



Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:21

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035

Johanna Rellman, Hellevi Ruokonen, Mikko Pietilä, Kati Kortelainen,
Kati Ojala ja Piitu Parmanne

Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2022

Julkaisujen jakelu

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-
arkivet Valto

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Julkaisumyynti

Beställningar av publikationer

**Valtioneuvoston
verkkokirjakauppa**

Statsrådets
nätbokhandel

vnjulkaisumyynti.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö
CC BY-NC-ND 4.0

ISBN pdf: 978-952-00-5395-6

ISSN pdf: 2242-0037

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto
Kannen kuvat: Tuula Holopainen, Irmeli Huhtala, Kuvatoimisto Rodeo, Shutterstock

Helsinki 2022

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2022:21

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö

Tekijä/t Johanna Rellman, Hellevi Ruokonen, Mikko Pietilä, Kati Kortelainen, Kati Ojala, Piitu Parmanne

Yhteisötekijä STM:n erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen ja yleislääketieteen erityiskoulutuksen koordinaatiojaoston asettama asiantuntijatyöryhmä

Kieli Suomi

Sivumäärä 207

Tiivistelmä

Suomessa on tällä hetkellä noin 13 000 työikäistä erikoislääkäreitä ja noin 690 erikoishammaslääkäreitä. Erikoislääkäreistä 52% ja erikoishammaslääkäreistä 61% saavuttaa eläkeiän (65-v) vuoteen 2035 mennessä. Useiden alojen erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärimäärä vähenee 2020-luvulla.

Nykyinen erikoislääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita parhaiten Tays-alueella ja heikoimmin Oys-alueella. Erikoishammaslääkäreiden määrässä on suuri alueellinen vaihtelu.

Erikoisalojen edustajien arvion ja laskentamallin perusteella vuonna 2035 tarve on noin 16 200 erikoislääkäreitä (128% suhteessa nykymäärään). Väestön ikääntyminen ja lääkäreiden osa-aikatyön yleistyminen ovat tärkeimmät lääkäritarvetta kasvattavat tekijät. Erikoishammaslääkäritarve on noin 1000.

Tulevina vuosina pitäisi valmistua noin 790 erikoislääkäreitä ja noin 50 erikoishammaslääkäreitä vuosittain, jotta em. tavoitteeseen päästään. Nykyinen lääkäreiden ja hammaslääkäreiden peruskoulutus (sisäänotto n. 800 ja 185) lisättynä ulkomailla opiskelevilla, riittää tähän tavoitteeseen.

Yliopistojen ja palvelujärjestelmän tulee sitoutua koulutusmäärien säätelyyn ja etsiä siihen keinot. Koulutusta tulee lisätä: psykiatrian alat, diagnostiset alat, sisätaudit ja sisätautialat, pl. kardiologia, akuuttilääketiede, anestesiologia, fysiatria, keuhkosairaudet, neurologia ja yleislääketiede sekä kariologia ja endodontia, lasten hammashoito, parodontologia, oikomishoito ja terveydenhuolto.

Asiasanat erikoisalat, ammatillinen jatkokoulutus, sosiaali- ja terveydenhuolto, yliopisto, erikoislääkärit, erikoishammaslääkärit, palvelujärjestelmä, koulutustarve, työvoima

ISBN PDF 978-952-00-5395-6

ISSN PDF 1797-9854

Julkaisun osoite <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5395-6>

Specialistläkar- och specialisttandläkarsituationen och utbildningsbehovet fram till 2035

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2022:21

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet

Författare Johanna Rellman, Hellevi Ruokonen, Mikko Pietilä, Kati Kortelainen, Kati Ojala, Piitu Parmanne

Utarbetad av

Språk Finska **Sidantal** 207

Referat

I Finland finns för närvarande cirka 13 000 specialistläkare i arbetsför ålder och cirka 690 specialisttandläkare. Av specialistläkarna uppnår 52 procent och av specialisttandläkarna 61 procent pensionsåldern (65-år) före 2035. Antalet specialistläkare och specialisttandläkare inom flera branscher minskar på 2020-talet.

Det nuvarande antalet specialistläkare motsvarar befolkningens och servicesystemets behov bäst inom Tays-området och svagast inom Oys-området. Antalet specialisttandläkare varierar stort från region till region.

Enligt uppskattning av företrädare för olika specialiteter och beräkningsmodell är behovet år 2035 cirka 16 200 specialistläkare (128% i förhållande till nuläget). Befolkningens åldrande och läkarnas allt vanligare deltidarbete är de viktigaste faktorer som ökar behovet av läkare. Behovet av specialisttandläkare är ca 1000.

Under de kommande åren bör det årligen utexamineras ca 790 specialistläkare och ca 50 specialisttandläkare för att detta mål ska kunna nås. Nuvarande grundutbildning för läkare och tandläkare (intagning ca 800 och 185) utöver dem som studerar utomlands räcker det med detta mål.

Universiteten och servicesystemet ska förbinda sig till att reglera utbildningsvolymen och söka metoder för det. Utbildningen bör ökas: psykiatri, diagnostiska tjänster områden, inre medicin och inre medicin branschen exkl. kardiologi, akutmedicin, anesthesiologi, fysiatri, lungsjukdomar, neurologi och allmän medicin samt kariologi, tandvård för barn, parodontologi, ortodonti och hälsovård.

Nyckelord specialiteter, yrkesinriktad påbyggnadsutbildning, social- och hälsovård, universitet, specialistläkare, specialisttandläkare, servicesystem, utbildningsbehov, arbetskraft

ISBN PDF 978-952-00-5395-6

ISSN PDF 1797-9854

URN-adress <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5395-6>

Medical and dental specialist situation and need for training until 2035

Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2022:21**Publisher** Ministry of Social Affairs and Health**Author(s)** Johanna Rellman, Hellevi Ruokonen, Mikko Pietilä, Kati Kortelainen, Kati Ojala, Piitu Parmanne**Group author****Language** Finnish**Pages**

207

Abstract

There are currently some 13 000 working-age medical specialists in Finland and about 690 dental specialists. 52% of medical specialists and 61% of dental specialists will reach retirement age (65-year-olds) by 2035. The number of medical and dental specialists in several fields will decrease in the 2020s.

Current number of specialists meets the needs of the population and the service system best in the TAYS area and weakest in the OYS area. There is great regional variation in the number of specialist dentists.

Estimated by specialty representatives and calculation model in 2035 there is a need for some 16 200 medical specialists (128% in relation to the present number). Ageing of the population and the increasing prevalence of part-time doctors are the most important factors increasing the need for doctors. The need for dental specialists is about 1000.

In the coming years, approximately 790 medical specialists and approximately 50 dental specialists should graduate each year in order to reach the above-mentioned goal. Current basic training of doctors and dentists (admission approx. 800 and 185) plus those studying abroad, it is enough to achieve this objective.

Universities and the service system must commit themselves to regulating the amount of education and find the means for this. More training should be provided: psychiatric fields, diagnostics fields, internal medicine and internal medicine field, excl. cardiology, emergency medicine, anesthesiology, physical and rehabilitation medicine, respiratory medicine, neurology and general practice as well as cariology, dental care for children, parodontology, orthodontic care and health care.

Keywords specialities, postgraduate professional education, healthcare and social welfare, university, medical specialists, dental specialists, service systems, educational needs, workforce**ISBN PDF** 978-952-00-5395-6**ISSN PDF**

1797-9854

URN address <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5395-6>

Sisältö

1	Johdanto	8
2	Arvioinnin tavoitteet ja asiantuntijatyöryhmän asettaminen	11
3	Yhteenveto ja työryhmän linjaukset	12
4	Koulutustarvearvioinnin taustaa	14
5	Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne	17
5.1	Erikoislääkärit	17
5.2	Erikoishammaslääkärit	23
6	Ennusteet lääkärimäärien kehityksestä	29
6.1	Erikoislääkärit	29
6.2	Erikoishammaslääkärit	33
7	Arviointimenetelmän kuvaus	36
8	Kysely sidosryhmille	38
9	Koulutustarvearviointiin vaikuttavat tekijät	39
9.1	Lääkärien eläköityminen	39
9.2	Erikoisalan tämänhetkinen lääkärivaje	40
9.3	Erikoistumaan hakeutuvien määrä	43
9.4	Lääkäreiden osa-aikatyö ja ns. tuplatutkinnot	45
9.5	Lääketieteen kehitys ja teknologia	48
9.6	Väestörakenne ja muuttoliike	49
9.7	Yliopiston koulutus omalle alueelleen	51
9.8	Terveystieteiden rahoitus ja resurssit	53
9.9	Terveystieteiden rakenteelliset muutokset	55

10	Erikoisalakohtaiset koulutustarvearviot.....	56
10.1	Erikoislääkärit.....	56
10.2	Erikoishammaslääkärit.....	158
11	Lausuntokierros	177
12	Lähteet	180
13	Liitteet	182
13.1	Käytetyt aineistot.....	182
13.2	Kyselylomake	183
13.3	Taulukoita.....	185
13.4	Kyselyn avointen vastausten yhteenvedot	191

1 Johdanto

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus on ammatillista jatkokoulutusta. Suomessa koulutusta annetaan 50:llä lääketieteen ja 5:llä hammaslääketieteen erikoisalalla. Yliopistot (5) vastaavat koulutuksen sisällöstä ja laadusta ja antavat siitä todistuksen. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) myöntää erikoislääkärin tai erikoishammaslääkärin laillistuksen.

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta säädetään sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa (1). Nykyisessä asetuksessa (55/2020) todetaan, että koulutuksen tulee antaa erikoislääkärille ja erikoishammaslääkärille valmiudet hallita vaativia erikoisalansa diagnostisia menetelmiä sekä suunnitella ja toteuttaa erikoisalansa vaativa sairauksien ennaltaehkäisy ja hoito yksilö- ja väestötasolla. Koulutuksen tavoitteena on lisäksi, että lääkäri ja hammaslääkäri saavat valmiudet terveydenhuollon johtamiseen, hallintoon, suunnitteluun, moniammatilliseen yhteistyöhön sekä oppimisen ohjaamiseen ja osaamisen arviointiin työyhteisössään.

Erikoislääkärikoulutuksen sekä suu- ja leukakirurgian erikoishammaslääkärikoulutuksen minimipituus on EU-direktiivin mukaisesti 5 vuotta ja hammaslääketieteen muilla erikoisaloilla vähintään 3 vuotta. Koulutuksesta vähintään yhdeksän kuukautta tulee suorittaa terveyskeskuksessa. Muualla kuin yliopistosairaalassa tapahtuvan koulutuksen pituuden tulee olla 9 kuukauden terveyskeskusjakson lisäksi vähintään yksi vuosi. Yliopistollisessa sairaalassa tapahtuvan koulutuksen pituuden tulee olla vähintään yksi vuosi lukuun ottamatta liikuntalääketieteen, terveydenhuollon, työterveyshuollon ja yleislääketieteen koulutusohjelmia. Erikoishammaslääkärikoulutuksessa käytännön koulutus tulee suorittaa soveltuvin osin yliopistosairaalassa tai muussa yliopiston määrittelemässä erikoissairaanhoidon yksikössä.

Sosiaali- ja terveysministeriö on vastannut erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen valtakunnallisesta ohjauksesta v. 2015 alkaen. Hallintovastuun siirtoa OKM:stä edelsivät v. 2007 julkaistu Puolijoki-Tuulosen raportti (2), jossa todettiin suomalaisessa erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksessa olevan useita kehit-

tämistarpeita ja v. 2011 valmistunut ”Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen uudistamistarpeet” raportti, jossa mm. ehdotettiin perustettavaksi valtakunnallinen koordinaatioelin ohjaamaan erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen kehittämistä ja koulutusmäärien säätelyä (3).

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen ja yleislääketieteen erityiskoulutuksen koordinaatiojaosto perustettiin STM:n terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan (TANK) alaisuuteen 4/2015. Koordinaatiojaostossa ovat edustettuna STM, OKM, yliopistot, lääkärijärjestöt, erikoistuvat lääkärit ja palvelujärjestelmä.

Koordinaatiojaoston tehtävänä on:

- 1) valmistella erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä ja yleislääketieteen erityiskoulutuksen valtakunnallinen kehittämissuunnitelma (strategia), joka sisältää arvion tarvittavista erikoisalakohtaisista koulutusmääristä sekä koulutuksen sisällöistä suhteessa sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän tarpeisiin sekä avustaa yliopistoja ja sosiaali- ja terveysministeriötä erikoistumiskoulutusta koskevissa arvioinneissa;
- 2) koota tiedot erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärimäärien kehitymisestä alueellisilta neuvottelukunnilta ja arvioida alueellisia erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritarpeita;
- 3) tehdä aloitteita sekä antaa lausuntoja ja suosituksia erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukseen sekä yleislääketieteen erityiskoulutukseen liittyvistä kysymyksistä;
- 4) kerätä ja välittää tietoa erikoislääkärikoulutuksen ja yleislääketieteen erityiskoulutuksen kansainvälisestä kehityksestä sekä;
- 5) tehdä sosiaali- ja terveysministeriölle esityksiä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen muuttamisesta.

Varsinainen erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus tapahtuu toimimalla erikoistuvana lääkärinä/hammaslääkärinä terveystalouden palvelujärjestelmässä. Koulutuspaikkojen määrä ja jakaantuminen ohjautuvat pitkälti sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten sen hetkisten työvoimatarpeiden ja resurssien mukaan. Yliopiston ja terveystalouden palvelujärjestelmän yhteistyötä varten lääketieteellisten tiedekuntien yhteydessä toimivat alueelliset neuvottelukunnat, joiden tarkoituksena on arvioida ja ohjata kunkin erityisvastuualueen/yhteistoiminta-alueen koulutusta.

Ensimmäinen valtakunnallinen selvitys ”Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutustarpeen arviointi vuoteen 2030” valmistui v. 2016. Siinä huomioitiin v. 2009–2012 tehdyt alueelliset selvitykset. Koulutustarpeeksi arvioitiin noin 600 erikoislääkäreitä ja noin 40 erikoishammaslääkäreitä vuosittain. Ikääntyvien lääkäreiden pysymistä työelämässä ja kouluttajina tulisi voimakkaasti tukea. Suurin koulutuksen lisäystarve todettiin fysiatrian, keuhkosairauksien, psykiatrian ja laboratoriolääketieteen sekä yleislääketieteen erikoisaloilla (4).

Sosiaali- ja terveysministeriö korvaa julkiselle palvelujärjestelmälle lääkärikoulutuksesta koituvia kustannuksia (ns. koulutus-EVO). Korvauksesta säädetään terveydenhuoltolaissa ja STM:n asetuksissa. Vuonna 2020 yliopistollista sairaalaa ylläpitävälle kuntayhtymälle maksettiin koulutuskorvausta jokaisesta valmistuneesta lääkäristä, hammaslääkäristä, erikoislääkäristä ja erikoishammaslääkäristä 46 000 euroa. Muille koulutusyksiköille maksettiin 860 euroa yliopiston hyväksymän koulutusohjelman mukaista koulutuskuukautta ja kutakin koulutuksessa ollutta lääkäreitä ja hammaslääkäreitä kohden. Kokonaissumma palvelujärjestelmälle on ollut noin 95 miljoonaa euroa.

Yliopistoille on maksettu v. 2017 alkaen koulutus-EVO:a erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta ja sen kehittämisestä aiheutuviin kustannuksiin yhteensä noin 3 miljoonaa euroa/vuosi. Yliopistot ovat viime vuosina kehittäneet erikoislääkärikoulutusta kohti osaamisperustaisuutta (competence based medical education, CBME), jossa keskeistä ovat määritellyt osaamistavoitteet ja osaamisen monipuolinen arviointi sekä tavoitteellinen ohjaus. Koulutuksen suunnitelmallisuutta on pyritty parantamaan nimeämällä sairaaloihin koordinoivia koulutus- eli KOVA-lääkäreitä ja järjestämällä kaikille erikoislääkäreille pedagogista koulutusta. Koulutuksen sähköinen seurantajärjestelmä (ELSA) otetaan käyttöön v. 2022 aikana kaikilla erikoisaloilla (5).

Koordinaatiojaosto asetti 1.10.2021 kolme selvityshenkilöä arvioimaan EVO-koulutuskorvausten laskennallisia perusteita sekä kohdentamista. Selvitys valmistui 7/2022. Selvityshenkilöt toteavat, että koulutuskorvaus on supistunut viimeisten vuosikymmenten aikana ja se kattaa yliopistosairaaloissakin vain noin 40 % todellisista kuluista. EVO-rahaman käyttökohteita ei raportoida riittävän selkeästi. Selvityshenkilöiden mielestä rahoituksen kohdentumista voisi parantaa malli, jossa yliopistoille annetaan merkittävä lisärahoitus ja perustetaan yksiköt tukemaan ja valvomaan koulutuksen toteutumista ja siltä edellytetään mm. pedagogisen koulutuksen järjestämistä sekä koulutuspaikkojen säännöllistä visitointia. Sähköisellä seurantajärjestelmällä voitaisiin reaaliaikaisesti seurata koulutettavien koulutuspaikkoja ja kohdentaa korvaus niihin. Muutamille erikoisaloille tai alueille rajattuja pilotteja voisi kokeilla vahvistettavien alojen tukemisessa koulutuskorvauksella (6).

2 Arvioinnin tavoitteet ja asiantuntijatyöryhmän asettaminen

Koordinaatiojaostossa on valmisteilla erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen valtakunnallisen toimenpideohjelman päivitys vuosille 2023–2027. Osana tätä työtä on tunnistettu tarve luoda pysyvä malli erikoislääkäreiden ja erikoishammaslääkäreiden koulutustarpeen säännölliseen arviointiin. Koordinaatiojaosto päätti kokouksessaan 13.9.2021 asettaa erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen tarvearvioinnin asiantuntijatyöryhmän, jonka tehtävinä ovat:

- 1) Luoda malli ja arvioida 5 vuoden välein (ensimmäinen arvio vuonna 2022) erikoislääkäreiden ja erikoishammaslääkäreiden koulutustarve noin 15 vuodeksi eteenpäin.
- 2) Päivittää arvio vuosittain helmi-maaliskuussa (haku- ja valintamenettelyä varten).
- 3) Tehdä suunnitelma siitä, miten professorikunta, erikoisalojen edustajat, palvelujärjestelmä, paikalliset ammatilliset jatkokoulutustoimikunnat ja muut sidosryhmät osallistuvat ja vaikuttavat arviotyöhön.

Koulutustarvearvion pohjalta työryhmä laatii lisäksi vuosittain ehdotuksen haku- ja valintamenettelyn opinto-oikeuspaikoista erikoisaloittain ja yliopistoittain syksyn hakukierrokselle. Koordinaatiojaostossa käsitellään ehdotus ja päätetään asiaa koskevan suosituksen antamisesta yliopistoille. **Ehdotus syksyn 2022 hakua varten valmistui 25.4.2022** ja se löytyy yliopistojen valtakunnalliselta sivustolta: https://www.laaketieteelliset.fi/site/files/ammattillinen-jatkokoulutus-dokumentit/Oman_erikoisalan_valinta/Opinto-oikeusEHDOTUS2022.pdf. Yliopistojen tiedekuntaneuvostot päättivät hakupaikkamäärät kesäkuussa 2022.

Koulutustarvearviota hyödynnetään haku- ja valintamenettelyn lisäksi koordinaatiojaoston sopimilla tavoilla jaoston tehtävissä. Asiantuntijatyöryhmän ensimmäinen toimikausi on 1.10.2021–4.3.2026. Koordinaatiojaosto vahvistaa vuosittain ryhmän kokoonpanon ja tehtävät.

Asiantuntijatyöryhmän kokoonpano on seuraava: Puheenjohtaja, koordinaattori Johanna Rellman, ylihammaslääkäri, linjajohtaja Hellevi Ruokonen, johtajaylilääkäri Mikko Pietilä, vs. johtajaylilääkäri Kati Ojala, tulosalueylilääkäri Kati Kortelainen ja tutkija Piitu Parmanne.

3 Yhteenveto ja työryhmän linjaukset

Tässä raportissa esitetty erikoisalojen koulutustarve perustuu alojen edustajien arviointiin tulevaisuuden lääkäritarpeesta raporttia varten tehdyssä sidosryhmäkyselyssä keväällä 2022 (vastaajia 492). Asiantuntijatyöryhmä on luonut laskentamallin, joka huomioi em. arvion lisäksi lääkäreiden eläköitymisen, erikoistumassa olevien määrän sekä osa-aikatyön ja kouluttautumisen useammalle alalle. Erva-alueiden tämänhetkinen lääkärimäärä, lääkärin liikkuvuus ja koulutusresurssit on huomioitu tarkentamalla laskennallista koulutustarvetta työryhmän arviolla.

Suomessa on tällä hetkellä noin **13 000** työikäistä erikoislääkäreitä ja noin **690** erikoishammaslääkäreitä. Erikoislääkärien kokonaismäärä on kasvanut v. 2010–20 noin 12 % eli 1,2 % vuodessa. Erikoishammaslääkärien määrä on kasvanut 13 %. Erikoisalojen välille on syntynyt huomattavia eroja: osalla aloista lääkärimäärä on kasvanut 20–40% ja osalla lääkärimäärä on vähentynyt. Koulutusmäärien ohjaus on siis välttämätöntä.

52 % erikoislääkäreistä ja **61 %** erikoishammaslääkäreistä saavuttaa eläkeiän (65-v) vuoteen 2035 mennessä. Psykiatrian aloilta eläköityy lähes 70 % nykyisistä erikoislääkäreistä ja useilta laboratorioaloilta, sisätautialoilta ja työterveyshuollosta yli 60 %.

Nykyinen erikoislääkärimäärä vastaa sidosryhmäkyselyn perusteella väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita parhaiten TAYS-alueella ja heikoimmin OYS-alueella. Yli 60 % vastanneista erikoislääkäreistä ja 80 % erikoishammaslääkäreistä arvioi, että oman alan lääkärimäärä ei vastaa palvelutarvetta. Noin 30 % vastaajista arvioi kuitenkin oman yksikön tilanteen hyväksi ja 10–20 % kohtalaiseksi.

Yli 90 % kyselyvastaajista arvioi erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärimäärässä olevan tällä hetkellä sekä alueellista (pääkaupunkiseutu ja muu Suomi) että yliopisto- ja keskussairaaloitten välistä epätasapainoa.

Erikoisalojen edustajien näkemyksen mukaan vuonna 2035 erikoislääkäritarve on noin **16 200** erikoislääkäreitä (128 % suhteessa nykymäärään) eli kasvua tarvittaisiin lähes 2 % vuodessa (ks. taulukko luvussa 10.1). Väestön ikääntyminen ja lääkäreiden osa-aikatyön yleistyminen nähdään tärkeimmiksi lääkäritarvetta kasvattaviksi tekijöiksi. Alakohtaiset arviot vaihtelevat pääosin 115–140 %:n välillä. Tämä erikoislääkärimäärä edellyttäisi laskennallisesti noin 650 valmistuvaa erikoislääkäreitä/vuosi vuosina 2022–2025 ja noin 850/vuosi vuosina 2027–2035.

Erikoishammaslääkäritarpeeksi alojen edustajat arvioivat v. 2035 noin **1 100** erikoishammaslääkäreitä (160 % suhteessa nykymäärään). Näin voimakas lääkärimäärän kasvu edellyttäisi yli 70 uutta erikoishammaslääkäreitä vuosittain (ks. luku 10.2).

Asiantuntijatyöryhmän linjaukset:

1. Asiantuntijatyöryhmän arvio koulutustarpeesta v. 2027–2035 on noin **790** erikoislääkärinä ja noin **50** erikoishammaslääkärinä vuosittain. Nykyinen lääkäreiden ja hammaslääkäreiden peruskoulutus (sisäänotto n. 800 ja 185) lisättynä ulkomailla opiskelevilla, riittää tähän tavoitteeseen. Erikoisalakohtaiset arviot on esitetty luvussa 10.
2. Yliopistojen ja palvelujärjestelmän tulee sitoutua koulutusmäärien säätelyyn ja ohjaukseen. Monien alojen erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärimäärä vähenee 2020-luvulla ja potilaiden hoito on vaarantumassa. Haku- ja valintamenettely on tärkein ohjaustyökalu, mutta myös erikoisalojen näkyvyyteen perusopinnoissa, uraohjaukseen ja alan vetovoimaan työmarkkinoilla pitää vastuullisten tahojen löytää keinoja.
3. Alueellista epätasapainoa tulee pyrkiä tasapainottamaan koulutusmäärien ohjauksella ja keskussairaaloitten koulutusvastuuta ja -mahdollisuuksia lisäämällä.
4. **Erikoisalajat, joilla koulutusta tulee nykyisestä lisätä:** kaikki psykiatrian alat, kaikki diagnostiset alat, sisätaudit ja sisätautialat (pois lukien kardiologia), akuuttilääketiede, anestesiologia, fysiatria, keuhkosairaudet, neurologia ja yleislääketiede.
5. **Alat, joilla erikoishammaslääkärikoulutusta tulee lisätä:** Kariologia ja endodontia, lasten hammashoito, parodontologia, oikomishoito ja terveydenhuolto.
6. Ulkomailla lääketieteen lisensiaatiksi opiskelevat suomalaiset tarvitaan erikoislääkärikoulutustarpeen toteuttamiseksi. Suomessa on myös merkittävä määrä erikoishammaslääkäriksi erikoistuvia ulkomaalaisia hammaslääkäreitä.
7. Lääkäritarve kasvaa tulevaisuudessa mm. lääketieteen kehityksen, väestön ikääntymisen, lääkäreiden yleistyvän osa-aikatyön ja työaikalain tuomien muutosten vuoksi. Lääkäreistä on tällä hetkellä monilla aloilla pulaa erityisesti keskussairaaloissa ja perusterveydenhuollossa, mutta myös yliopistosairaaloissa. Eri tasoisen pätevystysvalmiuden ylläpitäminen edellyttää riittävää lääkärimäärää kaikissa sairaaloissa.
8. Alueellista lääkäripulaa tai rekrytointivaikeuksia ei kuitenkaan pystytä ratkaisemaan pelkästään koulutusta lisäämällä vaan keinot tulee etsiä laaja-alaisesti. Ammattilaisten tulee keskittyä koulutustaan vastaavana työhön ja avustavaa henkilökuntaa tulee lisätä. Koulutusta voidaan hajauttaa ja osaamista jakaa alueiden välillä.
9. Onko lääkäritarve 2030–2040 edelleen kasvava? Lisääkö kasvava lääkärimäärä terveyshyötyä? Riittääkö terveydenhuollon rahoitus? Lääkäreiden peruskoulutuksen tarve tulee arvioida säännöllisesti yhteistyössä OKM:n, STM:n ja yliopistojen kanssa.

4 Koulutustarvearvioinnin taustaa

OECD:n (Organisation for Economic Co-operation and Development) julkaisusarjan ”Health Working Papers” katsausartikkeli kuvaa 18 OECD-maan terveydenhuollon työvoimaa koskevia ennuste- ja arviointimalleja (7). Malleissa on pääasiassa pyritty ennustamaan lääkäri työvoiman kehitystä ja arvioimaan koulutuksen riittävyttä suhteessa työvoiman kysyntään ja tarpeeseen.

Artikkelin yhteenvedossa todetaan, että terveydenhuollon työvoimaennusteissa tavoitteena on saavuttaa kysynnän ja tarjonnan tasapaino työntekijöiden määrässä sekä lyhyellä että pitkällä tähtäimellä. Koulutuksen suunnittelu on erityisen tärkeää terveysalalla, jossa koulutuksen kustannukset ovat korkeat (erityisesti lääkärinkoulutuksessa) ja koulutusaika on pitkä. Tilastotietoa ja ennusteita tarvitaan ohjaamaan koulutuspoliittisia päätöksiä ja suunniteltaessa esim. ikääntyvän väestön tarvitsemia palveluita.

Tiukat taloudelliset ajat ja muuttuvat terveydenhuollon tarpeet korostavat tarvetta työvoiman koulutustarpeen arviointiin. Palvelujärjestelmän ja ammattiryhmien välisen työnjaon muutokset vaikuttavat työvoimatarpeeseen. Terveyspalveluissa tapahtuu lyhyellä tähtäimellä joidenkin työntekijöiden tarpeen vähenemistä ja toisaalta pitkällä tähtäimellä kasvavaa ja muuttuvaa terveyspalveluiden tarvetta.

Katsausartikkelissa annetaan kuusi keskeistä suositusta, jotka tulisi Suomessakin huomioida lääkäreiden koulutustarvetta arvioitaessa:

1. Terveydenhuollon työvoimasuunnittelu ei ole eksakti tiede. Lääkäritarpeen arviointi esim. 10 tai 15 vuoden päähän on monimutkainen tehtävä, joka sisältää monta epävarmuustekijää. Tulevaisuuden olettamuksia on säännöllisesti uudelleenarvioitava uuden tiedon, poliittisten päätösten ja -muutosten valossa.
2. Pitää tietää mistä lähdetään, jotta voi ennustaa tulevaa. Tämänhetkisen tilanteen tarkka ja luotettava selvittäminen on ennakoitavuuden perusta.
3. Terveydenhuollon työvoimatarpeen ennusteiden avulla tulisi välttää ”jo-jo” efektiä opiskelijoiden sisäänottomäärissä. Tutkimusten perusteella tiedetään, että terveydenhuoltoalan työllisyys ei reagoi taloussuhdanteisiin (esim. lama) yhtä herkästi kuin muut yhteiskunnan sektorit. Muutokset esim. lääketieteen opiskelijoiden sisäänottomäärissä vaikuttavat pitkän koulutusajan vuoksi työmarkkinoille vasta n. 10 vuoden kuluttua. Ennakointityössä tulee arvioida pitkän ajan rakenteellisia muutoksia ja välttää reagoimasta lyhyisiin syklisiin muutoksiin.

4. Lääkärityövoiman tarjontaa arvioitaessa tulee erityisesti huomioida eläköitymisen vaikutukset. Mahdolliset muutokset suurten ikäluokkien eläköitymissäissä vaikuttavat merkittävästi tulevien vuosien työpanokseen.
5. Työvoimaennusteissa tulisi huomioida moniammatillisen työn lisääntyminen erityisesti perusterveydenhuollossa. Ammattien välinen työnjako vähentää mahdollisesti lääkäritarvetta.
6. Koulutustarvetta ja sen kehittymistä tulee arvioida myös alueellisesti. Valtakunnallinen kysynnän ja tarjonnan tasapaino ei merkitse välttämättä sitä, ettei alueellista ylituotantoa tai pulaa ilmenisi.

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen ohjaus Euroopassa

Erikoislääkärikoulutuksen vastuutahojä koskevat järjestelmät ja käytännöt vaihtelevat suuresti eri EU/ETA-maissa. Yliopistojen vastuulla erikoislääkärikoulutus on Suomen lisäksi vain Italiassa. Erikoistuvien lääkärin koulutusmäärää säädellään lähes kaikissa Euroopan maissa, pääosin vastaavan ministeriön toimesta – vuonna 2017 Suomi oli toinen niistä kahdesta maasta, jossa säätelyä ei vielä ollut (8). Suomen haku- ja valintamenettelyä kehitettäessä selvitettiin Kanadan, Iso-Britannian, Ruotsin, Tanskan ja Australian käytäntöjä (9). Ruotsissa ja Tanskassa aluehallinnoilla ja sairaaloilla on merkittävä rooli koulutuspaikkojen määrittelyssä ja erikoistuvien valinnassa. Alkupisteytyksen ja haastattelun yhdistelmä on yleisin käytössä oleva valintakäytäntö ja prosessiin sisältyy usein myös työsuhteen koeaikaa vastaava koejakso.

Erikoishammaslääkärikoulutuksen ohjauksessa on suurta vaihtelua kansainvälisesti ja myös Pohjoismaiden välillä. Monissa EU/EEA maissa suun terveydenhuollon työvoimaennakointi on vielä ollut vähäistä. Hammaslääkärityövoiman ja erityisesti erikoishammaslääkärin keskittyminen suuriin kaupunkeihin on todettu ongelmaksi esim. Britanniassa, Australiassa ja USA:ssa. Hammaslääkäripalvelujen yleiseen tarpeeseen vaikuttavat väestömäärä, väestön ikärakenteen muutokset, suusairauksien ilmaantuvuus, palvelujen hinta ja terveystalvelujen yleinen laatu. Pitkän aikavälin työvoimasuunnittelussa tulisi lähtökohtana olla eläköityvän hammaslääkäri- ja erikoishammaslääkärityövoiman korvaaminen, alueellisten terveystalvelujen kaventaminen turvaamalla yhdenvertaiset talvelut, väestönkasvuun vastaaminen sekä alan tutkimus-, koulutus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnasta huolehtiminen (10).

Lääkärityövoiman ohjaus Suomessa

Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt 2021 poikkihallinnollisen ohjelman sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaamiseksi (11). Tarkoituksena on löytää kestäviä ratkaisuja sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen kattamiseen. Työryhmä on jo mm. ehdottanut, että Suomeen luodaan pysyvä kansallinen arviointitoiminnon malli, joka yhteen sovittaen kokoaa ja analysoi vuosittain tilastoviranomaisten ja muiden toimijoiden tietopohjan, muodostaa ennusteet kehityksestä sekä tuottaa tietokuutioita.

Tilastotieto lääkäri- ja hammaslääkärimääristä on Suomessa tällä hetkellä kuitenkin hyvin puutteellista. Tilastokeskus luokittelee lääkärityövoiman yleislääkäreihin sekä ylilääkäreihin ja erikoislääkäreihin. Hammaslääkäreitä käsitellään yhtenä ryhmänä. Tämä luokittelu aiheuttaa epämääräisyyttä ja epätarkkuutta lääkärityövoiman ennusteissa ja mm. ammattibarometrin tiedoissa: yleislääkäreihin lasketaan sekä eri alojen erikoistuvia lääkäreitä että perusterveydenhuollossa työskenteleviä lääkäreitä, joista osa erikoistuu yleislääketieteeseen. Kevan tilastotiedot kertovat puolestaan vain julkisen sektorin lääkäreistä ja Kuntatyöntekijäviraston vuosittain keräämä tieto sairaaloiden vakanssien täyttöasteesta ei erottele, hoitaako vakanssia erikoislääkäri vai esim. sijaisena toimiva erikoistuva lääkäri.

Tässä raportissa on käytetty ensimmäisen kerran THL:sta saatua erikoisalakohtaista tietoa erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärimääristä. THL:n tilastoissa päästään ERVA-tason tietoon, joka perustuu lääkärin asuinpaikkaan. Työpaikkakohtaista tietoa ei ole järjestelmällisesti Suomessa saatavissa. Sairaaloiden HR-järjestelmistä on hyvin vaikea tuottaa erikoisalakohtaista lääkärimäärätietoa ja tämä on iso ongelma alueellisessa työvoima-arvioinnissa ja -suunnittelussa.

Opetus- ja kulttuuriministeriö ohjaa ja valvoo korkeakoulujen ja tiedelaitosten toimintaa ja toimii niiden pääasiallisena rahoittajana. Korkeakoulut ja ministeriö käyvät nelivuotisen sopimuskauden alussa neuvottelut, joissa sovitaan mm. tutkintotavoitteet ja rahoitus. OKM:n tutkintotavoitteet ovat yliopistoittain v. 2021–2024 (lääketiede ja hammaslääketiede yhteensä): Helsingin yliopisto 205 paikkaa, Turun yliopisto 185 paikkaa, Tampereen yliopisto 135, Itä-Suomen yliopisto 205 ja Oulun yliopisto 220. Lakisääteisesti sekä yliopistot että ammattikorkeakoulut valitsevat opiskelijansa. Aloituspaikoista päättäminen on yliopistojen autonomian piirissä eli käytännössä ne säätelevät erikoislääkärien ja erikoishammaslääkärien koulutusmääriä.

Työ- ja elinkeinoministeriö on arvioinut, että SOTE-alan työvoiman saatavuus näyttää tulevaisuudessa huolestuttavalta (12). Digitalisaatio ja teknologian kehittyminen tarjoaa sote-palveluissa aivan uudenlaisia näkymiä, mutta synnyttää myös uusia osaa- mistarpeita.

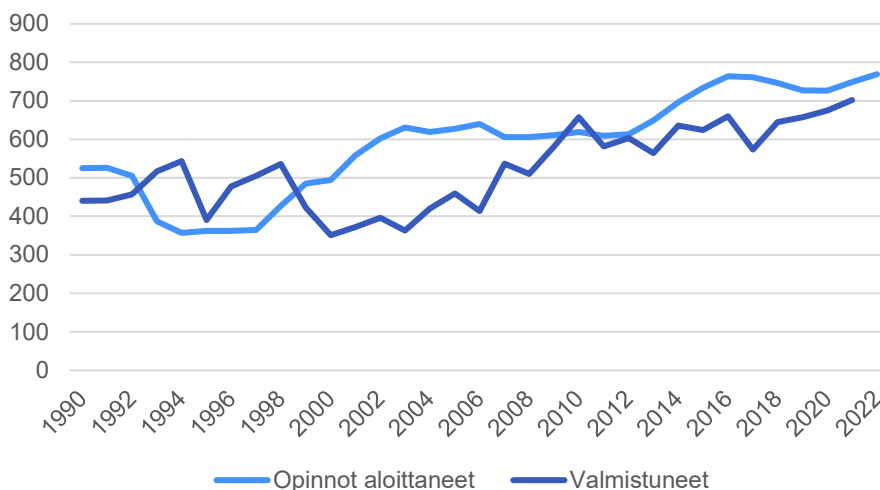
5 Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne

5.1 Erikoislääkärit

Lääkäreiden peruskoulutus

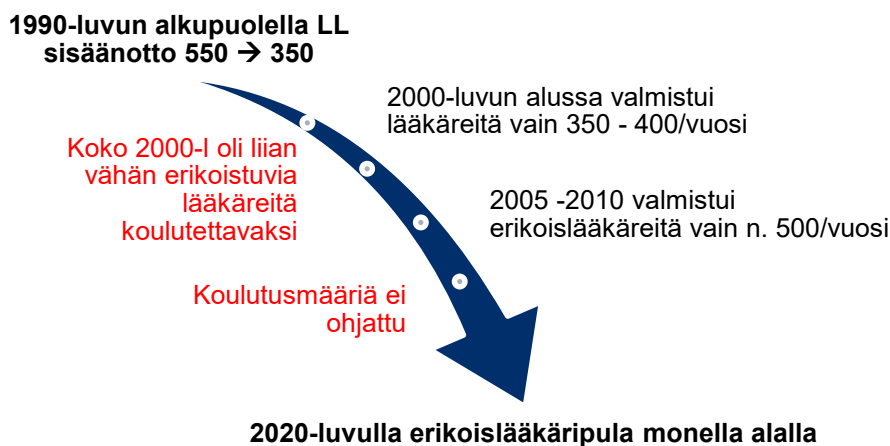
Yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien **sisäänottomääriä on lisätty vuodesta 2011 alkaen** (n. 600 opiskelijaa) siten, että v. 2021 opinnot aloitti 750 opiskelijaa. Valmistumisprosentti on perinteisesti ollut korkea, n. 95 %. Lisätyt sisäännotot alkavat näkyä valmistuneiden määrissä 2020-luvulla, jolloin uusia lääkäreitä valmistuu n. 700 vuosittain.

Kuvio 1. Lääketieteen lisensiaattikoulutuksen aloittaneet ja valmistuneet lääkärit 1990–2022.



Lääketiedettä ulkomailla opiskelevien määrä on kasvanut viime vuosina. Lukuvuonna 2021–2022 lääkäriksi opiskeli ulkomailla noin 1 200 suomalaista (ns. kuudes tiedekunta). Lääkäriliitto alkoi seurata ulkomailla lääketiedettä opiskelevia suomalaisia lukuvuonna 2011–12, jolloin heitä oli noin 300. Suosituin opiskelumaa on ollut Ruotsi (n. 300 opiskelijaa viime vuosina). Latviassa opiskelee lähes saman verran, Romaniassa n. 170 ja Virossa noin 100 suomalaista. Kyselyjen perusteella noin 60–80 % prosenttia opiskelijoista aikoo palata opintojen jälkeen Suomeen töihin ja erikoistumaan (13).

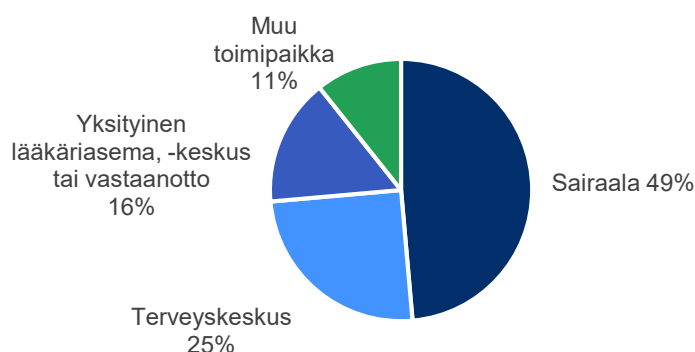
Lääkärien koulutusmäärien ohjauksessa on olennaista huomioida, että peruskoulutuksen muutokset näkyvät erikoislääkäriytyvoimassa vasta n. 15 vuoden kuluttua.



2000-luvun alussa Suomessa oli noin 16 000 työikäistä lääkäriä (14). Tällä hetkellä työikäisiä lääkäreitä on noin 22 000 eli yli 30 % enemmän. Lääkäritiheys oli Suomessa 3,8 lääkäriä tuhatta asukasta kohden (2018). Lääkärikunta jakautuu alueellisesti epätasaisesti: pienin lääkäritiheys on Pohjanmaalla, Kainuussa, Etelä-Karjalassa ja Itä-Savossa. Väestöön suhteutettuna Suomessa on noin 10 % vähemmän lääkäreitä kuin Ruotsissa ja Tanskassa, mutta lääkimäärät eivät ole suoraan vertailukelpoisia maiden välillä mm. terveydenhuoltojärjestelmän eroista johtuen.

Lähes 50 % lääkäreistä työskentelee päätoimissaan sairaalassa ja 25 % terveyskeskuksessa. Yksityisessä lääkärikeskuksessa tai -vastaanotolla työskentelee 16 % lääkäreistä ja 11 % on muussa toimipaikassa (kuvio 2).

Kuvio 2. Työikäiset lääkärit toimipaikan mukaan vuonna 2019 (Lääkäriin työt ja terveys 2019 -tutkimus, n=2 869).



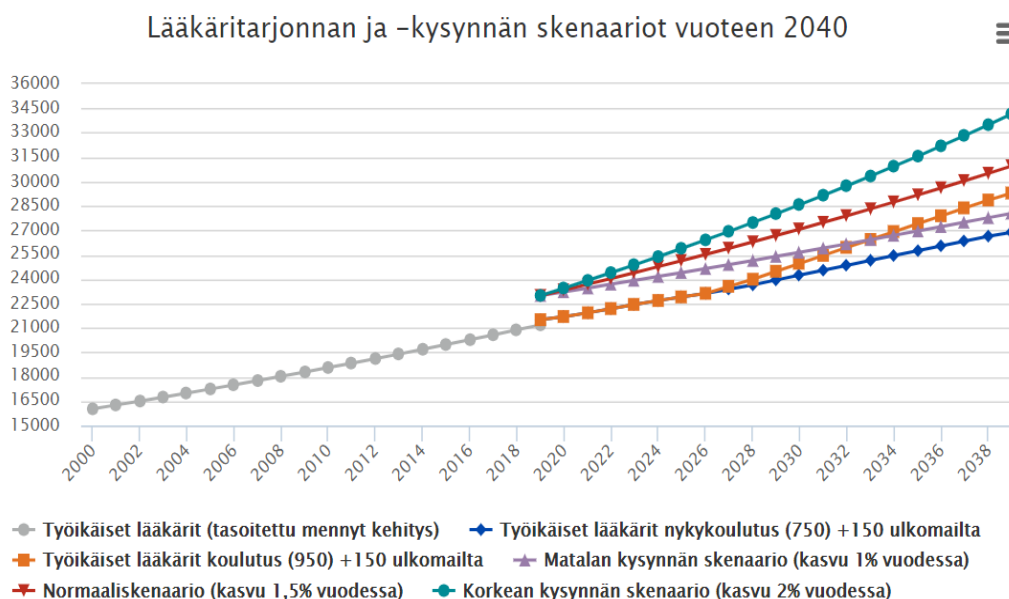
Jos lääketieteen opiskelijoiden sisäänotto pysyy n. 800 uuden opiskelijan määrässä vuosittain ja ulkomailla opiskelevien määrä säilyy nykyisellä tasolla, kasvaa lääkärimäärä Suomessa n. 27 000:een 2030-luvun lopulle tultaessa. Tämä tarkoittaa lääkärimäärän n. **70 %:n kasvua 2000-luvun alun tilanteeseen verrattuna**.

Onko lääkäritarve ja lääkäripalveluiden kysyntä tulevaisuudessa jatkuvasti kasvava? Kuinka paljon lääkäreitä tarvitaan 2040-luvulla? Terveystalouden rahoituspohja ja määritelty palveluvalikoima sekä syntyvät hyvinvointialueet luovat rajat julkiselle terveydenhuollolle, mutta voivat samalla aiheuttaa ennustamattomia muutoksia yksityissektorin palvelujen kysynnälle. Tutkimusten ja hoitojen vaikuttavuuteen pitää olla mitarit, joihin päätöksenteko resurssien määrästä ja käytöstä perustuu.

Valmistuvien erikoislääkäreiden työllistymiseen tulee kiinnittää huomiota. Koulutuspaikkoja ei voida avata vain sairaalan työvoimatarpeen perusteella - valmistuvalla erikoislääkärillä tulee olla realistinen mahdollisuus työllistyä alueelleen.

2040-luvun erikoislääkärimäärän ratkaisevat lääketieteen lisensiaattien sisäänottomäärät 2020–2030 -lukuilla. Lääkäreiden peruskoulutuksen tarve tulevina vuosikymmeninä tulisi arvioida säännöllisesti yhteistyössä mm. OKM:n, STM:n koordinaatiojoston ja yliopistojen kanssa.

Kuvio 3. KT:n ennuste lääkäri työvoiman kysynnästä ja tarjonnasta. Kysyntäskenaarioiden lähtötilanteeseen on lisätty noin 1000 lääkärin vajaus.



Erikoislääkärikoulutus

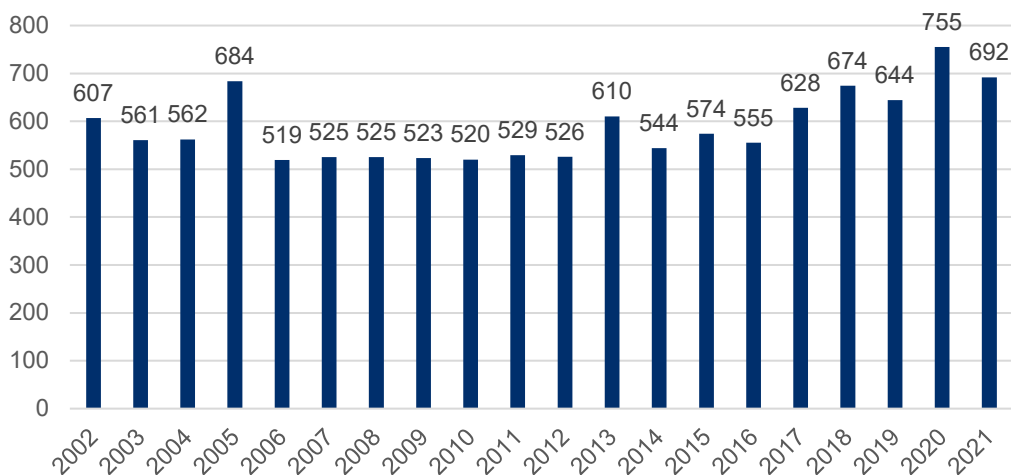
Lääketieteen erikoisaloja on tällä hetkellä 50, joista viimeisimpänä on perustettu akuuttilääketiede vuonna 2013. Suuri muutos koulutuksessa tapahtui 1999, kun erikoisalojen määrää asetuksella vähennettiin 92:sta 49:ään.

Tähän asti n. 80 % lääkäreistä on erikoistunut jossain vaiheessa työuransa aikana. Kyselyjen perusteella yli 90 % nuorista lääkäreistä aikoo erikoistua. Toisaalta epätyypilliset työnkuvat lääkäreillä yleistyvät, eivätkä kaikki lääkärit tulevaisuudessakaan erikoistu. Erikoistuvien osuutta tuleekin tarkasti seurata.

Tulevina vuosina valmistuu noin 700 lääketieteen lisensiaattia (+ ulkomailla opiskelevat, n. 100–150/vuosi). **Potentiaalisia erikoistumiskoulutukseen hakeutuvia on siis vuosittain n. 800 + edellisillä kierroksilla ilman koulutuspaikkaa jääneet hakijat.**

Vuosina 2012–2021 uusia erikoislääkäreitä on valmistunut vuosittain keskimäärin noin 620, viime vuosina noin 700. Jos uusia erikoislääkäreitä valmistuu tulevina vuosina 700 vuodessa, nousee erikoislääkärien kokonaismäärä v. 2035 mennessä nykyisestä (n. 13 000) huomattavasti (27 %) noin 16 200 erikoislääkäriin. Kasvu alkaa kuitenkin selkeämmin vasta 2030-luvulla, kun eläköitymisaalto taittuu.

Kuvio 4. Vuosittain valmistuneet erikoislääkärit 2002–2021.



Työikäisten erikoislääkärien määrät eri aloilla kehittyvät epätasaisesti. Erikoislääkärien kokonaismäärä on kasvanut v. 2015–2021 **noin 8 %**, mutta erikoislääkärimäärä on laskenut fysiatrian, kl. farmakologian, kl. fysiologian, kl. mikrobiologian, lastenneurologian, lastenpsykiatrian, patologian, psykiatrian, sisätautien ja yleiskirurgian erikoisaloilla. Voimakasta kasvua (yli 20 %) on ollut akuuttilääketieteen, geriatrian, käsikirurgian, liikuntalääketieteen, syöpätautien, terveydenhuollon ja verisuonikirurgian erikoisaloilla.

Taulukko 1. Erikoislääkärimäärän kehitys 2015–2021 (THL:n tilastot, ERL=erikoislääkärit)

<i>Erikoisala</i>	<i>ERL 2015</i>	<i>ERL 2021</i>	<i>Kasvu %</i>
<i>Akuuttilääketiede</i>	63	113	79 %
<i>Anestesiologia</i>	843	931	8 %
<i>Endokrinologia</i>	59	70	19 %
<i>Foniatria</i>	18	18	0 %
<i>Fysiatria</i>	158	150	-5 %
<i>Gastroenterologia</i>	113	131	16 %
<i>GE kirurgia</i>	246	269	10 %
<i>Geriatría</i>	253	337	38 %
<i>Ihotaudit ja allergologia</i>	191	199	4 %
<i>Infektiosairaudet</i>	108	120	11 %
<i>Kardiologia</i>	246	290	9 %
<i>Keuhkosairaudet</i>	200	209	4 %
<i>Kl. farmakologia</i>	32	28	-13 %
<i>Kl. fysiologia</i>	68	61	-10 %
<i>Kl. hematologia</i>	77	85	10 %
<i>Kl. kemia</i>	68	80	17 %
<i>Kl. mikrobiologia</i>	72	64	-11 %
<i>Kl. neurofysiologia</i>	74	80	8 %
<i>KNK-taudit</i>	335	343	2 %
<i>Käsikirurgia</i>	59	72	22 %
<i>Lastenkirurgia</i>	52	61	17 %
<i>Lastenneurologia</i>	94	92	-2 %
<i>Lastenpsykiatria</i>	219	213	-3 %
<i>Lastentaudit</i>	588	661	12 %
<i>Liikuntalääketiede</i>	24	30	25 %
<i>Naistentaudit</i>	665	683	3 %
<i>Nefrologia</i>	86	92	7 %
<i>Neurokirurgia</i>	74	89	20 %
<i>Neurologia</i>	315	335	6 %
<i>Nuorisopsykiatria</i>	166	166	0 %
<i>Oikeuslääketiede</i>	26	30	15 %
<i>Oikeuspsykiatria</i>	56	57	2 %
<i>Ortopedia</i>	482	511	6 %
<i>Patologia</i>	149	147	-1 %
<i>Perinnöllisyyslääketiede</i>	29	32	10 %

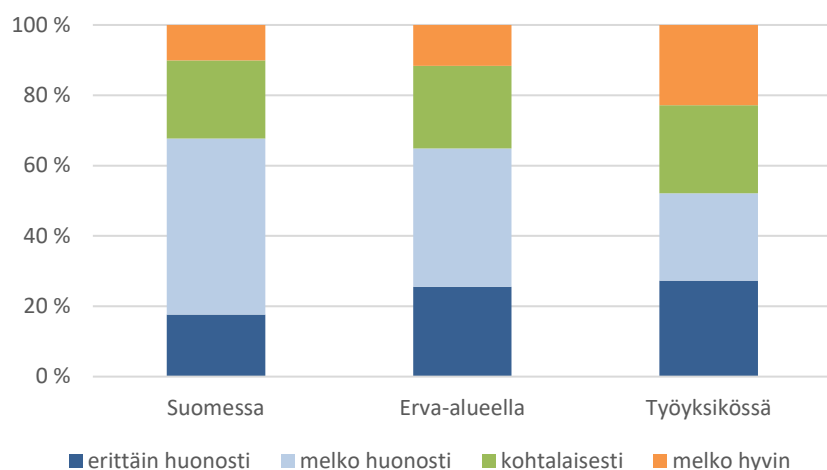
<i>Plastiikkakirurgia</i>	103	123	19 %
<i>Psykiatria</i>	906	882	-3 %
<i>Radiologia</i>	633	667	5 %
<i>Reumatologia</i>	110	118	7 %
<i>Silmätaudit</i>	478	519	9 %
<i>Sisätaudit</i>	408	372	-9 %
<i>Suu- ja leukakirurgia</i>	15	16	7 %
<i>Sydän- ja rintaelinkirurgia</i>	93	90	-3 %
<i>Syöpätaudit</i>	186	230	24 %
<i>Terveystenhoito</i>	80	109	36 %
<i>Työterveyshuolto</i>	798	875	10 %
<i>Urologia</i>	128	145	13 %
<i>Verisuonikirurgia</i>	45	65	44 %
<i>Yleiskirurgia</i>	112	102	-9 %
<i>Yleislääketiede</i>	1 694	1 883	11 %
Yhteensä	12 097	13 045	8 %

KYSELYVASTAUKSET

Tätä raporttia varten tehdyssä kyselyssä yli 60 % vastaajista oli sitä mieltä, että oman alan erikoislääkärimäärä Suomessa vastaa melko tai erittäin huonosti väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita ja vain reilun 10 % mielestä tilanne on hyvä.

Oman yksikön tilanne nähtiin selvästi parempana; 30 % arvioi tilanteensa melko tai erittäin hyväksi ja 20 % kohtalaiseksi.

Kuinka hyvin tämänhetkinen erikoislääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmätarpeita Suomessa, vastaajan erwa-alueella ja työyksikössä?
n=443–455



5.2 Erikoishammaslääkärit

Hammaslääketieteen erikoisalamäärä vaihtelee Euroopan maissa. Tämä selittyy erilaisilla suun terveydenhuollon järjestämistavoilla. Ortodontia (hampaiston oikomishoito) ja suukirurgia ovat Euroopan yleisimmät hammaslääketieteen erikoisalajat ja ne on määritelty myös EU-direktiiveissä. Parodontologia ja lasten hammashoito ovat myös laajasti hyväksytyjä spesialiteetteja (10).

Ruotsissa on 9 hammaslääketieteen erikoisalaa: suukirurgia, suurradiologia, oikomishoito, endodontia, parodontologia, suufysiologia, suulääketiede, lasten hammashoito ja protetiikka. Tanskassa on vain kaksi erikoisalaa; hampaiston oikomishoito ja suu- ja leukakirurgia. Norjassa on 7 erikoisalaa: endodontia, oikomishoito, suurradiologia, lasten hammashoito, parodontologia, protetiikka ja suulääketiede. Lisäksi on suu- ja leukakirurgian koulutus, johon kuuluu sekä hammaslääkäri että lääkärin perustutkinnot. Islannin yliopistossa ei ole erikoishammaslääkärikoulutusta, vaan kouluttautuminen tapahtuu yleensä muissa Pohjoismaissa tai USA:ssa - erikoisaloja on 12. Monissa maissa käydään keskustelua spesialiteettien tarpeesta ja määrästä. Suomessa on uutena erikoisalana esitetty suulääketiedettä.

Myös erikoishammaslääkärien suhteellinen osuus koko hammaslääkärimäärästä vaihtelee. Useita spesialiteetteja ja suuri erikoishammaslääkäreiden osuus hammaslääkärikunnasta on niissä maissa, joissa terveydenhuoltopalvelut ovat laajasti julkisesti järjestettyjä ja rahoitettuja. Esim. Tsekeissä, Virossa ja Ruotsissa erikoishammaslääkärien osuus on yli 15 %, Suomessa, Norjassa ja Britanniassa 10–15 % mutta Tanskassa, Irlannissa ja Ranskassa vain n. 5 % koko hammaslääkäri työvoimasta.

Suomessa erikoishammaslääkärikoulutusta järjestetään seuraavilla viidellä erikoisalalla, joista osa jakautuu painotusaloihin:

1. Hammaslääket. diagnostiikka
 - Suurradiologia
 - Suupatologia
 - Suun mikrobiologia
2. Hampaiston oikomishoito
3. Kliininen hammashoito
 - Kariologia ja endodontia
 - Lasten hammashoito
 - Parodontologia
 - Protetiikka ja purentafysiologia
4. Terveystenhuolto
5. Suu- ja leukakirurgia

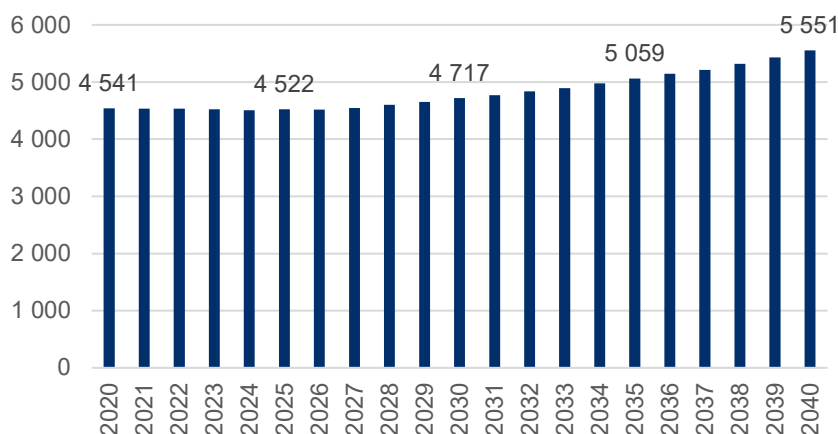
Erikoisaloilla 1–4 koulutuksen vähimmäispituus on täysipäiväisenä ohjattuna opiskeluna kolme vuotta ja suu- ja leukakirurgian erikoishammaslääkärikoulutuksessa vähintään viisi vuotta. Käytännön koulutus suoritetaan kouluttajan ohjaamana yliopiston hyväksymässä erikoisalan koulutukseen tarkoitettussa virassa, toimessa tai tehtävässä sekä osallistutaan tänä aikana yliopiston hyväksymällä tavalla säännölliseen toimipaikkakoulutukseen. Koulutusajasta vähintään yhdeksän kuukautta tulee suorittaa terveyskeskuksessa. Koulutusta tulee lisäksi suorittaa soveltuvin osin yliopistosairaalassa tai muussa yliopiston määrittelemässä erikoissairaanhoidon yksikössä.

Hammaslääkäreiden peruskoulutus

Vuonna 2021 Suomessa oli työelämässä **3 764** alle 65-vuotiasta hammaslääkärinä. Alle 65-vuotiaista on pysyvästi poissa työelämästä noin 5 % (painottuen yli 60 vuotiaisiin). Vuonna 2022 yhtä hammaslääkärinä kohden on Suomessa 1 227 asukasta.

Hammaslääkärien peruskoulutusta on lisätty 2000-luvun alkupuolelta alkaen. Vuodesta 2011 alkaen sisäänotto on ollut n. **185** uutta opiskelijaa vuosittain. 88 % aloittaneista on tähän asti suorittanut koulutuksen loppuun. Koulutusta annetaan Helsingin, Turun ja Oulun Yliopistoissa sekä Itä-Suomen Yliopistossa. Hammaslääkäriyövoiman kasvuennusteen (vuoteen 2040) perusteella kokonaishammaslääkärimäärä kasvaa eläköitymisaallon vuoksi hitaasti seuraavat 10 vuotta, mutta sitten kasvu kiihtyy ja 2030-luvulla hammaslääkärimäärä nousee 5 000:een, joka tarkoittaisi 1 hammaslääkäri/1100 asukasta.

Kuvio 5. Ennuste työikäisten hammaslääkärien lukumäärän kehityksestä nykyisellä koulutuksella (185) vuoteen 2040 asti.



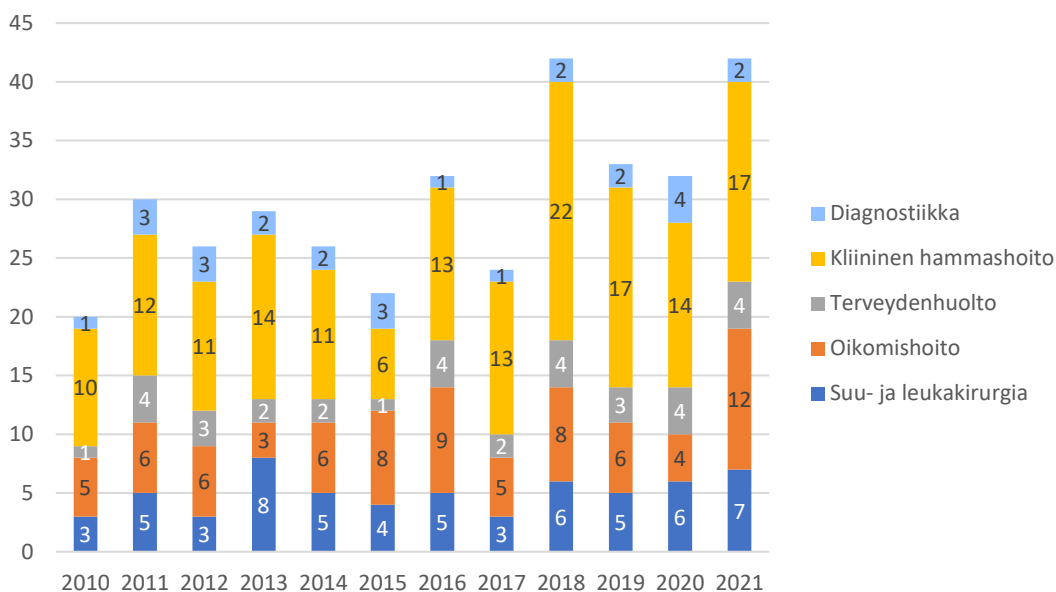
Ulkomailla koulutuksen saaneiden hammaslääkärien osuus työvoimasta on tällä hetkellä suuri, mutta se tulee todennäköisesti pienenemään kotimaisen työvoiman lisäntyessä. Lukuvuonna 2018–2019 Kela myönsi opintotukea lähes 130:lle hammaslääkäriksi opiskelevalle suomalaiselle ulkomailla. Ulkomailta oletetaan tulevan 20 hammaslääkärää Suomeen pysyvästi vuosittain.

Erikoishammaslääkärikoulutus

Työkäisiä erikoishammaslääkäreitä on tällä hetkellä n. **690**. Oheisessa kaaviossa on vuosittain valmistuneet erikoishammaslääkärit erikoisaloittain 2010–2021. Keskimäärin noin 40 % erikoishammaslääkäreistä on valmistunut Helsingin yliopistosta. Suun mikrobiologian painotusosalalle on valmistunut 1 erikoishammaslääkäri v. 2007–2021 ja tällä hetkellä on vain yksi alan opinto-oikeuden omaava hammaslääkäri.

Erikoishammaslääkärikoulutuksen vastuuhenkilöt ovat vuodesta 2019 alkaen arvioineet haku- ja valintamenettelyyn avattavien opinto-oikeuspaikkojen määrän. Paikkoja on ollut haettavana 48 hakukierroksella 2020–2021 ja 41 hakukierroksella 2021–2022. Hakijoita on ollut paikkoihin nähden moninkertainen määrä.

Kuvio 6. Vuosittain valmistuneet erikoishammaslääkärit erikoisalan mukaan 2010–2021.



Erikoishammaslääkärien koulutustarpeen arvio kytkeytyy Suomessa hammaslääkärien peruskoulutustarpeen arvioon. Vuonna 2016 tehdyssä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutustarpeen arvioinnissa asetettiin tavoitteeksi 750 erikoishammaslääkärinä v. 2030 eli erikoishammaslääkärien osuuden säilyttäminen n. 15 % kokonaishammaslääkärimäärästä. Tämä tavoite edellytti erikoishammaslääkärikoulutuksen lähes kaksinkertaistamista eli n. 40 uutta erikoishammaslääkärinä vuosittain. Tähän koulutustavoitteeseen on päästy vain muutamana vuonna (ks. kuvio 6).

Raportissa todettiin myös, että alueellisen epätasapainon korjaamisen tulisi olla keskeinen tavoite. **Erikoishammaslääkäreiden määrä suhteessa väestöön on kuitenkin edelleen erittäin epätasainen eli väestön saama hoito ei ole tasa-arvoista.** Hammaslääkäriiliiton rekisterin (2019) mukaan Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on yhtä erikoishammaslääkärinä kohti alle 5000 asukasta, kun Itä-Savon sairaanhoitopiirissä suhdeluku on 1/43 000 ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä 1/33 000.

Taulukko 2. Erikoishammaslääkärien määrä ja väestösuhde sairaanhoitopiireissä 2019 (Hammaslääkäriiliiton tilasto 2019).

Sairaanhoitopiiri	Väestö	Erikoishammaslääkärit	Väestö/erikoishammaslääkäri
<i>Etelä-Karjala</i>	130 506	7	18 644
<i>Etelä-Pohjanmaa</i>	196 572	12	16 381
<i>Etelä-Savo</i>	102 456	7	14 637
<i>Helsinki ja Uusimaa</i>	1 634 319	218	7 497
<i>Itä-Savo</i>	43 005	1	43 005
<i>Kainuu</i>	74 803	6	12 467
<i>Kanta-Häme</i>	173 781	12	14 482
<i>Keski-Pohjanmaa</i>	78 501	4	19 625
<i>Keski-Suomi</i>	252 651	23	10 985
<i>Kymenlaakso</i>	170 770	10	17 077
<i>Lappi</i>	117 703	7	16 815
<i>Länsi-Pohja</i>	62 504	4	15 626
<i>Pirkanmaa</i>	529 898	52	10 190
<i>Pohjois-Karjala</i>	167 599	5	33 520
<i>Pohjois-Pohjanmaa</i>	408 296	84	4 861
<i>Pohjois-Savo</i>	247 776	46	5 386
<i>Päijät-Häme</i>	212 548	10	21 255
<i>Satakunta</i>	221 740	13	17 057
<i>Vaasa</i>	159 042	15	10 603
<i>Varsinais-Suomi</i>	478 546	84	5 697
Yhteensä	5 463 016	620	8 811

Erikoishammaslääkärimäärä on kasvanut viimeisten 6 vuoden aikana voimakkaasti muutamilla kliinisen hammashoidon erikoisaloilla, mutta osalla erikoisaloista erikoishammaslääkärimäärä on laskenut. Eläköitymisprosentti v. 2035 mennessä on erittäin korkea (THL:n tilastot).

Taulukko 3. Erikoishammaslääkärien määrä vuosina 2015 ja 2021 ja vuoteen 2035 mennessä eläkeiän saavuttavien hammaslääkärien osuudet erikoisaloittain.

<i>Hammaslääketieteen erikoisalot</i>	<i>Erikoishammaslääkärit 2015</i>	<i>Erikoishammaslääkärit 2021</i>	<i>Kasvu-%</i>	<i>Eläkkeelle v. 2035 mennessä</i>
<i>Diagnostiikka</i>	33	14	-58 %	62 %
<i>Oikomishoito</i>	147	160	9 %	62 %
<i>Kliininen hammashoito</i>	266	388	46 %	63 %
<i>Terveystenhoito</i>	73	65	-11 %	83 %
<i>Suu- ja leukakirurgia</i>	92	113	23 %	49 %
Yhteensä	611	689	13 %	61 %

Suomen Hammaslääkäriliiton työmarkkinatutkimuksen (2022, n = 1 262, vastausprosentti 31 %) mukaan yli puolet hammaslääkäreistä työskentelee päätoimenaan terveyskeskuksissa (54 %). Toiseksi eniten hammaslääkäreitä työskenteli ammatinharjoittajina/vuokralaisena (10 %). Yksityisellä sektorilla työsuhteessa itsenäisessä asemassa toimi 8 % hammaslääkäreistä ja itsenäisenä ammatinharjoittajana myös 11 %. Sairaalassa, valtiolla ja työsuhteessa yksityisellä sektorilla sekä yliopistolla työskentelee kussakin päätoimenaan 2–4 % hammaslääkäreistä. (Hammaslääkäriliitto 2022).

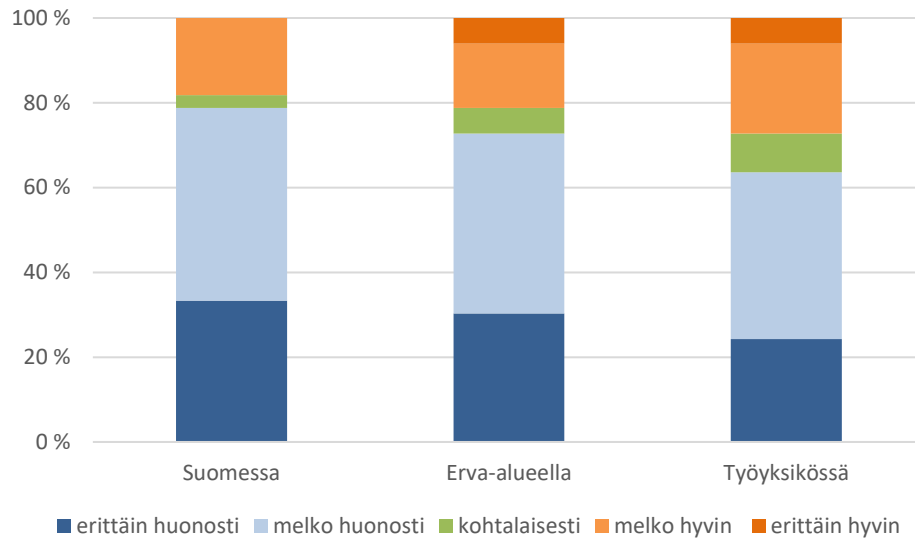
Yksityisen sektorin työvoimaselvityksestä (Hammaslääkäriliitto 2021) käy ilmi, että valtaosa yksityisen sektorin hammaslääkäreistä työskentelee vain yhdellä vastaanotolla (73 %). Päätoimisena yksityishammaslääkärinä työskentelee 78 % ja sivutoimisena 22 %. Yksityishammaslääkäreistä palvelujaan myy terveyskeskukselle 24 %. Samanaikaisesti kun terveyskeskuksissa on vajetta hammaslääkäreistä, alueella voi olla paljonkin laskennallista vapaata kapasiteettia yksityisellä sektorilla.

KYSELYVASTAUKSET

Tätä raporttia varten tehdyssä kyselyssä lähes 80 % vastaajista oli sitä mieltä, että oman alan erikoishammaslääkärimäärä Suomessa vastaa melko tai erittäin huonosti väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita ja vain reilun 20 % mielestä tilanne on hyvä.

Oman yksikön tilanne nähtiin selvästi parempana; 30 % arvioi tilanteensa melko tai erittäin hyväksi ja 10 % kohtalaiseksi.

Kuinka hyvin tämänhetkinen erikoishammaslääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita Suomessa, vastaajan erva-alueella ja työyksikössä? n = 33



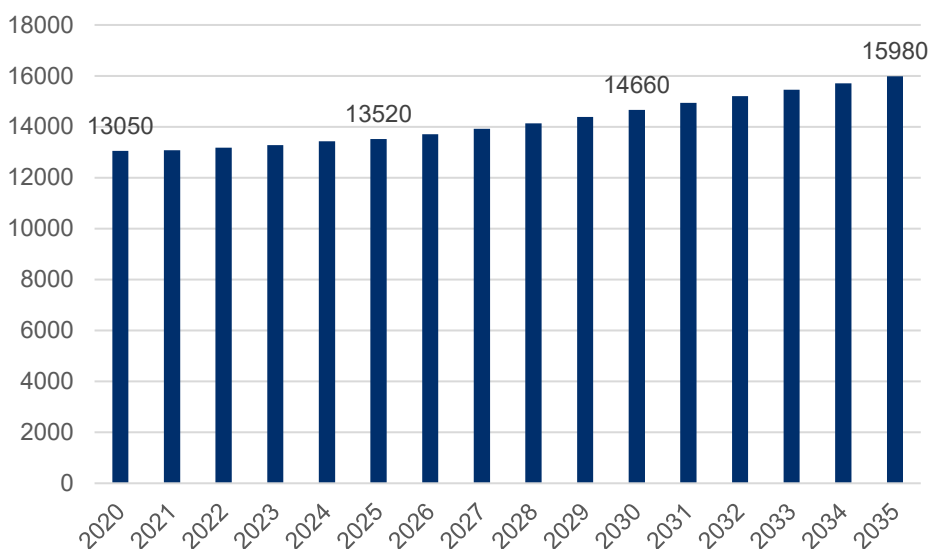
6 Ennusteet lääkärimäärien kehityksestä

Työryhmä laski ennusteen lääkärimäärän kehityksestä arviointityötä varten. **Ennuste kuvaa sitä, miten lääkärimäärä erikoisaloilla kehittyisi, jos erikoistumiskoulutus jatkuisi viime vuosien koulutusmäärien mukaisesti eikä koulutusmääriä säädel- täisi ja ohjattaisi.**

6.1 Erikoislääkärit

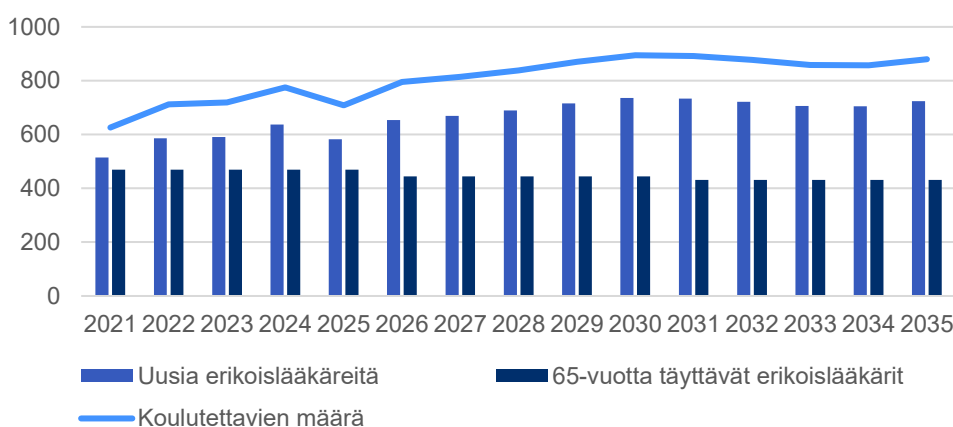
Ennusteen mukaan erikoislääkärien kokonaismäärä kasvaa 22 % seuraavan 15 vuoden aikana, mikä tarkoittaa keskimäärin noin 1,4 %:n kasvua vuodessa. Lukumääräisesti erikoislääkäreitä olisi ennusteen mukaan vuoden 2035 lopussa 2 900 lääkäriä enemmän kuin tällä hetkellä. Erikoislääkärien kokonaismäärä olisi vuonna 2036 lähellä 16 000 lääkärin tasoa (kuvio 7). Ennustejakson alkuvuosina eläkeiän saavuttaa noin 470 lääkäriä vuodessa. Eläkeikään tulevien erikoislääkärien määrästä johtuen, lääkärin kokonaismäärä kasvaa lähivuosina maltillisesti, mutta vuodesta 2026 lähtien vuosittain eläköityvien määrä pienenee ja lääkärimäärän kasvu nopeutuu.

Kuvio 7. Erikoislääkärimäärän kehitys vuosina 2020–035 työryhmän laatiman ennusteen mukaan.



Uusien erikoislääkäreitä valmistuisi ennustejakson alkupuolella noin 600 vuodessa ja loppua kohden noin 700 vuodessa. Koulutettavien lääkäreiden määrä olisi yhteensä noin 800 lääkäriä vuodessa. Koulutettavien määrä ylittää uusien erikoislääkäreiden määrän, sillä joka viides erikoislääkäri erikoistuu useammalle kuin yhdelle erikoisalalle (kuvio 8).

Kuvio 8. Valmistuvat uudet erikoislääkärit, koulutettavien määrä ja eläkeiän saavuttavien lääkäreiden määrä vuosittain 2021–2035.



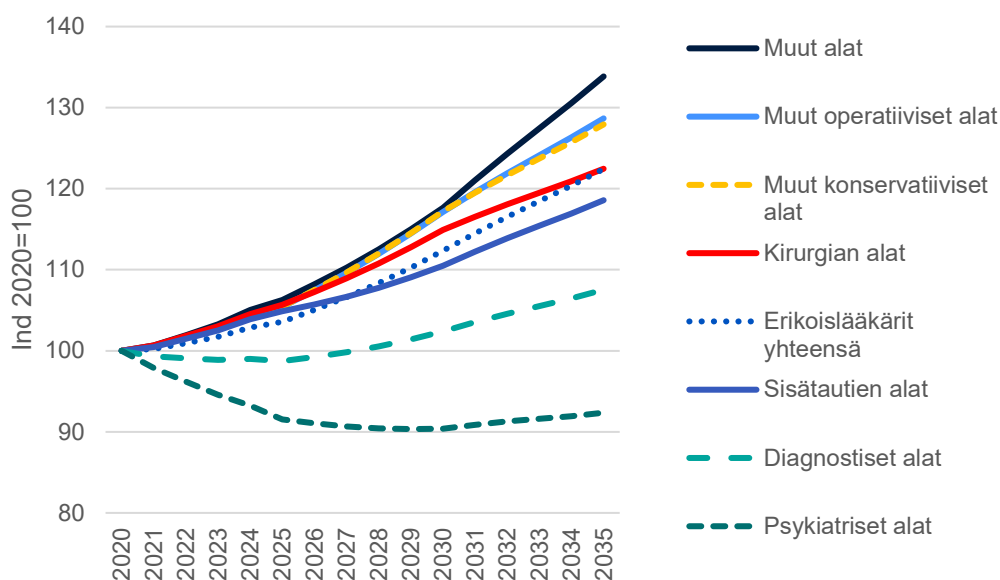
Jokaiselle 50 erikoisalalle laskettiin ennuste seuraavan 15 vuoden kehityksestä käyttäen tietoja viime vuosina toteutuneesta koulutuksesta ja alalta eläköityvien määrästä. Seuraavassa tarkastellaan tuloksia ryhmiteltyinä seitsemään erikoisalaryhmään. Suurimmat muutokset mainitaan erikoisalakohtaisesti.

Erikoisalaryhmistä voimakkaimmin ennusten mukaan kasvaisi ryhmä, johon kuuluvat lääkärimäärän mukaisessa järjestyksessä yleislääketiede, työterveyshuolto, terveydenhuolto, oikeuslääketiede ja liikuntalääketiede. Tämän ryhmän erikoisaloista eniten kasvaisi yleislääketiede, jonka lääkärimäärän kasvuksi ennustetaan 40 % nykytasoon verrattuna. Liikuntalääketiede on ainoa erikoisala tässä ryhmässä, jonka lääkärimäärän ei ennakoida kasvavan.

Kirurgian ja sisätautien erikoisalojen lääkärimäärät kasvaisivat noin viidenneksen, mikä on lähellä keskimääräistä tasoa. Ryhmien sisällä erikoisalojen kehityksessä on eroja. Kirurgian erikoisaloista lääkärimäärän ennustetaan kasvavan huomattavasti (+ 50 %) verisuonikirurgian, käsikirurgian ja neurokirurgian erikoisaloilla, sen sijaan yleiskirurgien ja suu- ja leukakirurgien määrän ennustetaan vähenevän. Sisätautien erikoisaloista kasvua ennustetaan kardiologian ja kliinisen hematologian erikoisaloille, muiden sisätautialojen kasvun jäädessä vähäisemmäksi.

Muut operatiiviset alat (pl. kirurgian alat) ja muut konservatiiviset alat (pl. sisätautien alat) kasvaisivat ennustejaksolla keskimääräistä tasoa enemmän. Ryhmien sisällä huomattavaa kasvua ennakoidaan akuuttilääketieteen, geriatrian, syöpätautien ja silmätautien erikoisaloilla. Sen sijaan operatiivisten ja konservatiivisten alojen joukossa foniatrian ja keuhkosairauksien ja allergologian erikoisalat säilyttävät lääkärimääränsä, mutta eivät kasvaisi lainkaan.

Kuvio 9. Ennuste lääkärimääriä erikoisalaryhmissä kuvaavien indeksien kehityksestä 2021–2035 (ind 2020 = 100).



Psykiatrian erikoisalojen lääkärin kokonaismäärän ennakoidaan vähenevän nykytasosta ennustejaksolla. Lukumääräisesti suurin muutos tapahtuisi psykiatrian erikoisalalla, jolla lääkäreitä olisi vuonna 2035 lähes kymmenesosa nykytasoa vähemmän. Suhteellisesti suurinta muutosta ennakoidaan oikeuspsykiatrian erikoisalalle, jonka lääkärimäärä vähenee jopa kolmanneksen. Psykiatrian aloista vain nuorisolääketieteen erikoisala kasvaisi ennusteen mukaan hiukan.

Laboratoriolääketieteen erikoisaloista lääkärimäärä vähenisi kliinisen farmakologian ja lääkehoidon ja kliinisen mikrobiologian erikoisaloilla.

Viidestä suurimmasta erikoisalasta yleislääketieteen (+ 40 %) ja naistentautien ja synnytysten (+ 24 %) erikoisalojen kasvuvauhti olisi keskimääräistä korkeampi, anesteziologian ja tehohoidon (+ 18 %) ja työterveyshuollon (+ 13 %) kehitys jäisi alle keskitason ja ainoastaan psykiatrian alan lääkärimäärä vähenisi (- 12 %). Ennusteen mu-

kaan suurimmat kasvuosuudet ovat odotettavissa akuuttilääketieteen (+ 160 %), terveydenhuollon (+ 90 %), oikeuslääketieteen (+ 72 %), verisuonikirurgian (+ 71 %) ja geriatrian (+ 66 %) erikoisaloilla.

Ennuste korostaa koulutusmäärien ohjauksen tarvetta. Monille aloille (mm. psykiatriset ja sisätautialat) on hakeutunut parin viime vuoden aikana selvästi koulutustarvetta vähemmän erikoistujia ja mikäli tämä tilanne jatkuu, nykyisten laskelmien mukainen ennuste lääkimäärän kehityksestä ei toteudu. Erikoisalakohontaista tilannetta on arvioitu alakohtaisissa taulukoissa (luku 10).

ENNUSTEIDEN LASKENNASSA KÄYTETYT TIEDOT

Erikoislääkärien määrä erikoisaloilla vuoden 2020 lopussa ja vuonna 2035 65-vuotta täyttävät erikoislääkärit (THL 2022).

Uudet lääketieteen lisensiaatit vuosina 2013–2021 ja opintonsa aloittaneet lääketieteen opiskelijat vuosina 2016–2021 (Opetushallitus 2022).

Tilastolähteisiin perustuen arvioimme erikoistumiskoulutuksen aloittavien osuudeksi 85 % uusista lääkäreistä ja erikoistumiskoulutuksen keskimääräiseksi kestoksi 8 vuotta lääkärin perustutkinnon suorittamisen jälkeen.

Erikoislääkärikoulutettujen vuosittainen määrä laskettiin keskiarvona vuosilta 2017–2021 (Lääketieteelliset tiedekunnat 2022) ja laskennassa huomioitiin joka viidennen erikoislääkärin uudelleen kouluttautuminen toiselle alalla, mistä syystä osa koulutuksesta ei lisää erikoislääkimäärää (THL 2020).

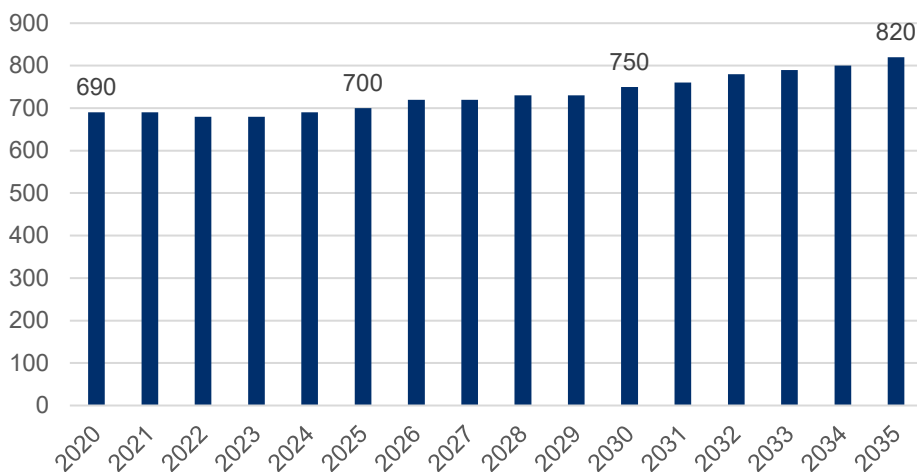
Erikoislääkimäärässä otettiin huomioon lääkärin kuolemanriski, joka on keskimäärin noin 0,1 %:a työkäisistä lääkäreistä (Lääkärirekisteri 2022).

6.2 Erikoishammaslääkärit

Ennusteen mukaan erikoishammaslääkärien kokonaismäärä kasvaisi 19 % seuraavan 15 vuoden aikana, mikä tarkoittaa keskimäärin noin 1,2 %:n kasvua vuodessa. Lukumääräisesti erikoishammaslääkäreitä olisi ennusteen mukaan vuoden 2035 lopussa noin 130 enemmän kuin vuonna 2020. Erikoishammaslääkärien kokonaismäärä olisi vuoden 2035 lopulla 820 lääkärin tasolla (kuvio 10).

Ennustejakson alkuvuosina eläkeiän saavuttaa noin 30 erikoishammaslääkäriä vuodessa. Eläkeikään tulevien erikoishammaslääkärien suuren määrän ja Suomessa tai ulkomailla vuosina 2009–2023 koulutettujen uusien hammaslääkärien lukumäärän vaihtelusta johtuen erikoishammaslääkärien kokonaismäärä ei vielä kasva 2020-luvun alkuvuosina. Ennustejakson keskivaiheilla uusien erikoishammaslääkärien määrä kasvaa ja ylittää useana vuonna keskimääräisen tason. 2030-luvulla eläköityvien määrä vähenee ja uusien erikoishammaslääkärien määrä asettuu noin 39 hammaslääkärin tasolle vuodessa (kuvio 11).

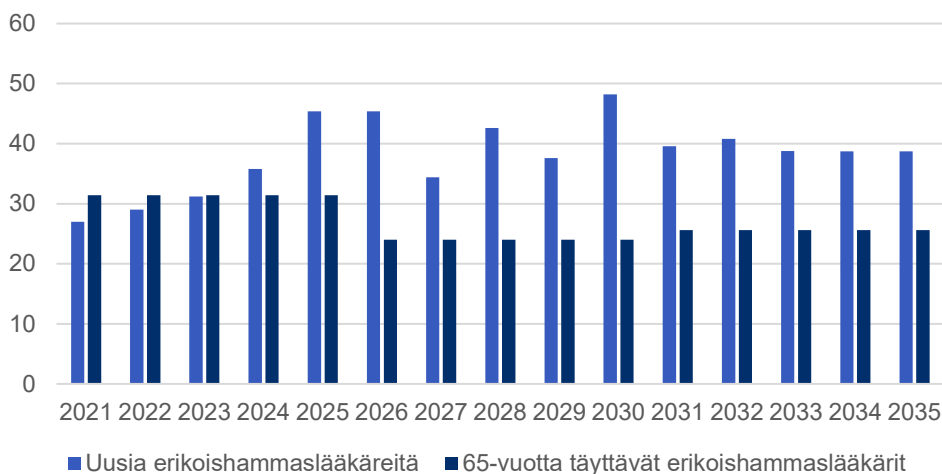
Kuvio 10. Erikoishammaslääkärien lukumäärän kehitys (kaikki erikois-/painotusalat yhteensä) 2020–2035.



Ennuste laskettiin hammaslääketieteen erikoisaloille sekä kliinisen hammashoidon ja hammaslääketieteellisen diagnostiikan painotusaloille. Laskennassa käytettiin tietoja viime vuosina toteutuneesta koulutuksesta ja erikoisalakohtaisesta erikoishammaslääkärien ikärakenteesta. Seuraavassa tarkastellaan tuloksia hammaslääketieteen erikoisaloittain.

Ennusteen tarkastelujakson aikana arvioidaan koulutettavan yhteensä 565 uutta erikoishammaslääkärinä, mikä olisi keskimäärin 38 erikoishammaslääkärinä yhtä vuotta kohden. Arvio perustuu valmistuvien hammaslääketieteen peruskoulutettujen määrään ja 20 %:n erikoistumisosuuteen. On huomattava, että ennusteen koulutusmäärä ylittää vain hieman nykyisen erikoishammaslääkärikoulutuksen keskiarvon. Vuosina 2017–2021 koulutettiin keskimäärin 35 erikoishammaslääkärinä vuodessa.

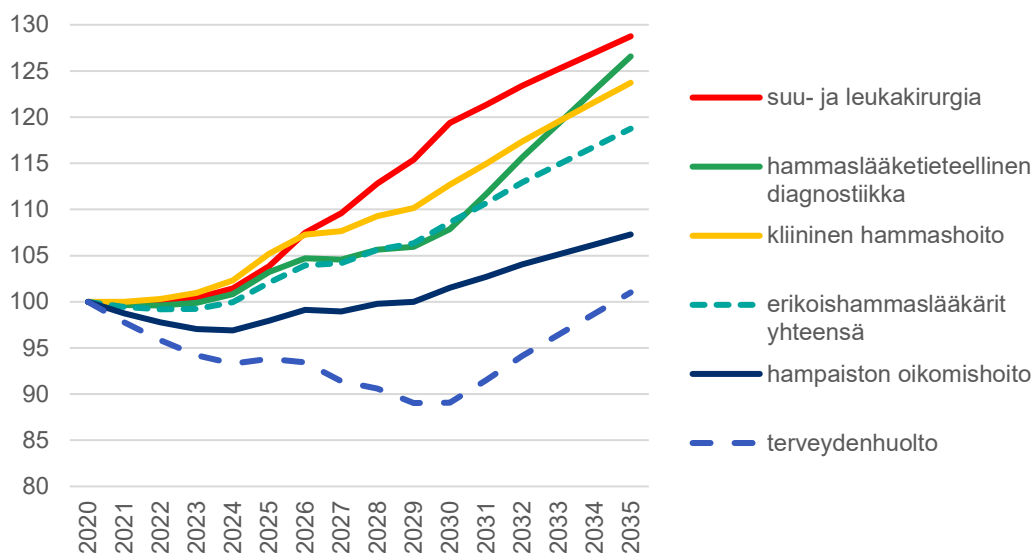
Kuvio 11. Valmistuvat uudet erikoishammaslääkärit ja eläkeiän saavuttavat erikoishammaslääkärit 2021–2035.



Ennusteen mukaan erikoisalojen hammaslääkärimäärät kasvavat kaikilla aloilla (kuvio 12). Suurinta kasvua ennakoidaan suu- ja leukakirurgian ja hammaslääketieteellisen diagnostiikan aloille. Hampaiston oikomishoitoon erikoistuneiden hammaslääkärien määrä väheee ennustejakson alkuvuosina voimakkaasta eläköitymisestä johtuen, mutta jakson päättyessä määrä olisi kasvanut 7 prosenttia nykytasoon verrattuna. Terveystuollon erikoishammaslääkäreistä 83 % saavuttaa eläkeiän ennustejakson aikana. Ikärakenteesta johtuen alan erikoishammaslääkärien määrä vähenisi 2030-luvun alkuun asti, mutta määrän ennakoidaan palautuvan lähtötasolle ennustejakson lopulla vuonna 2035.

Opinto-oikeuspaikkoja on viime vuosina avattu hammaslääketieteen erikoisaloille hyvin vähän. HY:ssa on tällä hetkellä 128, TY:ssa 44, TAU:ssa 25, UEF:ssa 21 ja OY:ssa 55 opinto-oikeuden omaavaa erikoistuvaa hammaslääkärinä. **Ennusteen mukaisesti valmistuvien määriin ei todennäköisesti tulla pääsemään ja monella alalla uhkaa erikoishammaslääkärimäärän väheneminen.** Erikoisalakohtaista tilannetta on arvioitu alakohtaisissa taulukoissa (luku 10).

Kuvio 12. Ennuste erikoishammaslääkärimäärän kehityksestä erikoisaloittain 2021–2035 (ind 2020 = 100).



ERIKOISHAMMASLÄÄKÄRIENNUSTEEN LASKENNASSA KÄYTETYT TIEDOT

Erikoishammaslääkärien määrä erikoisaloilla vuoden 2020 lopussa ja vuonna 2035 65-vuotta täyttävät erikoishammaslääkärit (THL 2022 ja Hammaslääkäriliitto 2022).

Uudet hammaslääkärit vuosina 2013–2021 ja opintonsa aloittaneet hammaslääketieteen opiskelijat vuosina 2016–2021 (Hammaslääkäriliitto 2022).

Tilastolähteisiin perustuen arvioimme erikoistumiskoulutuksen aloittavien osuudeksi 20 % uusista hammaslääkäreistä ja erikoishammaslääkäriksi valmistumisen ajankohdan olevan keskimäärin 12 vuotta hammaslääkäriin perustutkinnon suorittamisen jälkeen.

Erikoishammaslääkärikoulutettujen vuosittainen määrä laskettiin keskiarvona vuosilta 2017–2021 (Lääketieteelliset tiedekunnat 2022).

Erikoishammaslääkärimäärässä huomioitiin lääkärin kuolemanriski, joka on keskimäärin noin 0,1 %:a työikäisistä lääkäreistä (Lääkärirekisteri 2022).

7 Arviointimenetelmän kuvaus

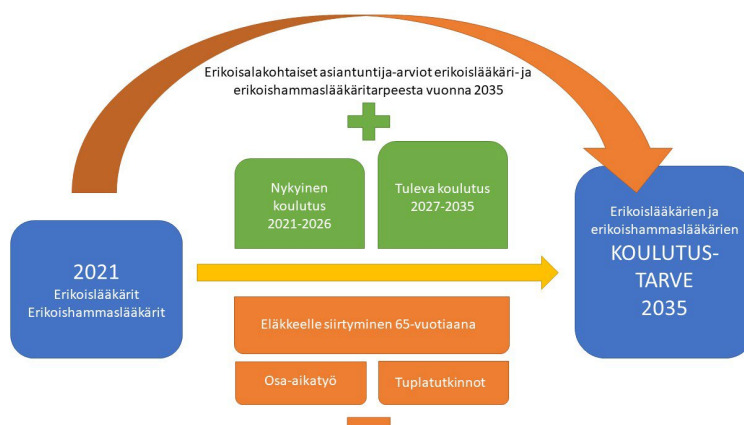
Asiantuntijatyöryhmä kehitti erikoisalojen koulutustarpeen arvioimiseksi laskentamallin (kuvio 13), jonka tietoja voidaan jatkossa päivittää vuosittain ja lisätä uusia tilastotietoja. Laskennan keskeiset muuttujat ovat:

1. Erikoisalan kaikkien työkäisten, alle 65-vuotiaiden erikoislääkärien ja erikoishammaslääkärien määrä ja ikäjakauma erva-alueittain (THL:n tilastot ja Lääkäri- ja Hammaslääkäriliiton tiedot).
2. Vuoteen 2035 mennessä eläkeiän (65 v) saavuttavien erikoislääkärien ja erikoishammaslääkärien määrä erva-alueittain.
3. Alan valtakunnallinen erikoislääkäri/erikoishammaslääkäritarve vuonna 2035, joka perustuu alan edustajien arvioon (ks. luku 8).
4. Osa-aikatyön yleistyminen on huomioitu laskennassa korottamalla koulutusmäärää niiden alojen kohdalla, joilla osa-aikatyö on keskimääräistä yleisempää. Erikoishammaslääkäreistä ei ollut käytössä erikoisalakohontaista tietoa osa-aikatyöstä, joten koulutusmäärän korotus tehtiin samalla osuudella kaikille aloille.
5. Lääkärien osalta uudelleen kouluttautuminen toiselle erikoisalalle eli ns. tuplatutkinnot (ks. tarkemmin osa-aikatyön huomioimisesta ja lääkärien uudelleen koulutumisesta toiselle erikoisalalle luku 9.4).
6. Koulutustoteuma v. 2021–2026 (tällä hetkellä erikoistumassa olevat lääkärit) ja koulutustarve v. 2027–2035.

Lääkimäärätilastot perustuvat lääkärin asuinpaikkaan ja tämä voi aiheuttaa jonkin verran virheitä pienten erikoisalojen osalta, jos lääkäri työskentelee ja asuu eri erva-alueilla.

Laskentapohjan osoittamaa laskennallista koulutustarvetta on tarkennettu asiantuntijatyöryhmän arviolla, joka tasoittaa ERVA-alueiden lääkimäärän eroja suhteessa väestöön. Asiantuntijatyöryhmän on myös arvioinut, että esitetyt koulutusmäärät ovat mahdollisia toteuttaa ottaen huomioon perustutkinnon suorittaneiden lääkäreiden määrä jatkossa, nykyiset koulutusresurssit ja kunkin alueen tämänhetkinen erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkimäärä.

Kuvio 13. Arviointimenetelmä laskee koulutusmäärän, joka vastaa erikoisalolen lääkäri- ja hammaslääkäritarpeeseen, kattaa alan lääkärien eläkepoistuman ja muita työssä olevien lääkärien määrää vähentäviä tekijöitä (osa-aikatyö ja ns. tuplatutkinnot).



Laskentapohja tuottaa erikoisalakohtaiset koulutusmäärät erva-alueittain (kuvio 14). **Sarakkeet:** Nykyinen erikoislääkäri- ja hammaslääkärimäärä (sarake B) ja eläkkeelle v. 2035 loppuun mennessä siirtyvien lääkärien määrä (sarake C). Alan edustajien arvio erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritarpeesta vuonna 2035 (sarake D). Laskennallinen työvoimatarve (sarake E) sisältää erikoisalalta eläköityvien lääkärien määrän (sarake C) ja työvoimatarpeen lisäyksen (sarake D). Laskennallista työvoimatarvetta korotettiin korvaamaan yleistyvää osa-aikatyötä (sarake F) ja alan lääkärien uudelleen kouluttautumista toiselle erikoisalalle (sarake G).

Laskentapohja tuottaa tiedon tarvittavasta koulutusmäärästä vuoteen 2035 mennessä (sarake G) ja saavutettavasta erikoislääkärimäärästä vuonna 2035 (sarake H). Koulutusmäärä vuosina 2027–2035 (sarake J) on vuosikeskiarvo tarvittavasta valmistuvien määrästä, jossa on huomioitu vuosien 2021–2026 aikana valmistuvat ja erikoistumiskoulutuksensa jo aloittaneet lääkärit ja hammaslääkärit (sarake I).

Kuvio 14. Mallikuvio arviointimenetelmässä käytetyistä tiedoista ja excel-laskentapohjasta.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
				Kasvutarve		Osa-aikatyö	Tuplatutkinnot			
			122 %			103 %	1,068656716		Nykykoulutus	Uusi koulutusmäärä
		Eläkkeelle 2035 loppuun mennessä	Lääkäritarve 2035	Työvoimatarve (eläköityvät + tarpeen lisäys)	Osa-aikatyön vaikutus	Koulutustarve	Lääkärit 2035	2021-2026 Koulutus/vuosi	2027-2035 Koulutus/vuosi	
Neurologia	Lääkärit 2021									
HYKS	147	80	179,3	112,3	116	124	183	6,7	9,3	
TYKS	52	23	63,4	34,4	36	38	65	3,8	1,7	
TAYS	54	32	65,9	43,9	45	48	67	2,3	3,8	
KYS	46	26	56,1	36,1	37	40	57	2,5	2,8	
OYS	36	20	43,9	27,9	29	31	45	0,8	2,9	
Yhteensä	335	181	408,7	254,7	263	281	417	16,2	20,5	

8 Kysely sidosryhmille

Palvelujärjestelmä, koulutusvastuuhenkilöt (professorit) ja erikoisalayhdistykset on osallistettu tämän koulutustarvearvion tekemiseen kyselyllä tämänhetkisestä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanteesta, alan lääkäritarpeeseen vaikuttavista tekijöistä ja tulevaisuuden lääkäritarpeesta.

Kysely toteutettiin maaliskuussa 2022 lähettämällä kyselylinkin sisältävä sähköpostiviesti keskus- ja yliopistosairaaloiden johtajaylilääkäreiden kautta kaikille ylilääkäreille ja ylihammaslääkäreille. Yliopistojen koulutusvastuuhenkilöille lähetettiin henkilökohtainen sähköpostiviesti, samoin erikoisalayhdistyksille. Yleislääketieteen osalta vastausta pyydettiin yliopistosairaaloiden yleislääketieteen yksiköiltä ja työterveyshuollon osalta paikallisosastoilta. Vastausaikaa oli kolme viikkoa ja kaikille tahoille lähetettiin yksi muistutusviesti. Kyselylomake on raportin liitteenä (luku 13.2).

Vastaajataho	Vastausmäärä
Palvelujärjestelmä	305
Professorikunta	150
Erikoisalayhdistykset	37

Keskeinen erikoislääkäritarvetta koskeva kysymys oli: ”Alani valtakunnallinen erikoislääkäri/erikoishammaslääkäritarve v. 2035 on _____% suhteessa nykymäärään (100 % on nykyinen määrä, kaikki alan työikäiset lääkärit)”.

Joka erikoisalalta saatiin useita vastauksia. Koska osa tarvearvioprosenteista oli epärealistisen suuria (useita satoja prosentteja), päätti työryhmä jättää suurimman arvion kaikilta aloilta pois ja muista arvioista laskettiin keskiarvo. Pienimmän arvion pois jättäminen ei olisi vaikuttanut keskiarvoon. Lähes kaikki alat arvioivat erikoislääkäritarpeen kasvavan tulevaisuudessa – arviot vaihtelivat pääosin 115–130 %:n välillä, joka vastaa 1–2 % vuosittaista lääkärimäärän kasvua.

Vastaajilta tiedusteltiin myös alan tämänhetkistä lääkäritilannetta valtakunnallisesti, alueellisesti ja omassa yksikössä sekä mahdollista alueellista epätasapainoa. Lisäksi pyydettiin arvioimaan lääkäritarpeeseen vaikuttavien tekijöiden merkitystä. Kyselyn kokonaistuloksia on kuvattu luvussa 9 ja erikoisalakohtaisia vastauksia alan koulutustarvearviossa luvussa 10. Kyselyn vastaajien avoimista vastauksista on alakohtaiset yhteenvedot raportin liitteenä (luku 13.4).

9 Koulutustarvearviointiin vaikuttavat tekijät

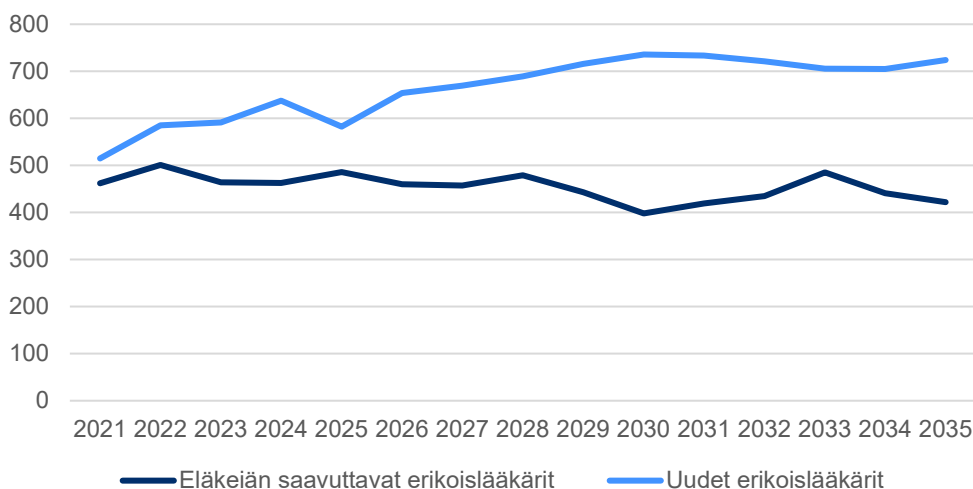
9.1 Lääkärien eläköityminen

Lääkärit jäävät tällä hetkellä vanhuuseläkkeelle keskimäärin noin 65-vuotiaina. Eläköityvien määrä on lähivuosina noin 600 lääkäriä vuodessa, mutta määrä laskee runsaaseen 500 lääkäriin 2030-luvulle tultaessa. Lääkäreistä noin 60 % eläköityy kuntasektorin tehtävistä. Noin puolet eläköityneistä lääkäreistä jatkaa työskentelyään vielä eläkkeellä ollessaankin. Laskennallisesti 65–69 -vuotiaiden lääkärien työmarkkinoille osallistuminen vastaa noin 500–600 kokoaikaisen lääkärin työpanosta.

Erikoislääkärien eläköityminen on suurimmillaan v. 2022–2028, jolloin n. 500 erikoislääkäriä jää vuosittain eläkkeelle. Monella erikoisalalla valmistuvien erikoislääkäreiden määrä ei 2020-luvulla riitä korvaamaan eläköityvien määrää.

Seuraavan 10 vuoden ajan erikoislääkärien kokonaismäärä kasvaa siis hitaasti ja monen alan erikoislääkärimäärä on jo kääntynyt laskuun, kun koulutusmääriä ei 2000-luvulla ole ohjattu (ks. luku 5.1 ja taulukko 1). Erikoishammaslääkärien eläköitymisestä on tietoja luvun 5.2 taulukossa 3.

Kuvio 15. Eläkeiän (65 v.) saavuttavat erikoislääkärit (Lääkäriliiton rekisteri) ja valmistuvat uudet erikoislääkärit (ennuste) vuosina 2021–2035.

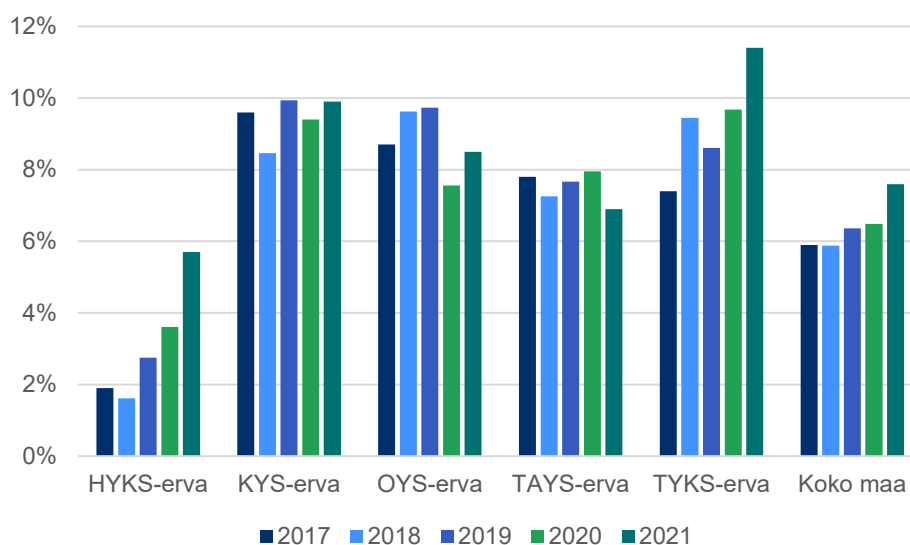


9.2 Erikoisalan tämänhetkinen lääkärivaje

Kuntatyönantajat (KT) tekee vuosittain kyselyn sairaaloiden lääkärien työvoimatilanteesta (16). Kyselyssä tiedustellaan työnantajilta virkojen/vakanssien täyttötilannetta sairaanhoitopiirissä tietynä lokakuun päivänä. Viime vuosina erikoissairaanhoidossa on ollut täyttämättä 600–700 lääkärin tehtävää. Työvoimatiedusteluissa vajeeksi lasketaan tehtävät, joissa ei ollut tekijää tutkimuspäivänä. Sijaisella, vuokratyöntekijällä tai erikoistuvalla lääkärillä täytetyt tehtävät ole vajetta. Muiden kuin julkisen sektorin osalta tilastotietoa ei ole käytettävissä.

Erva-alueista eniten vajetta oli syksyllä 2021 Tyks-ervassa ja paras tilanne oli Hyks-ervan alueella (kuvio 16). Sairaanhoitopiirikohtaista tietoa ei ole julkaistu.

Kuvio 16. Erikoissairaanhoidon lääkärien työvoimavaje erva-alueittain 2017–2021 (KT Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat).

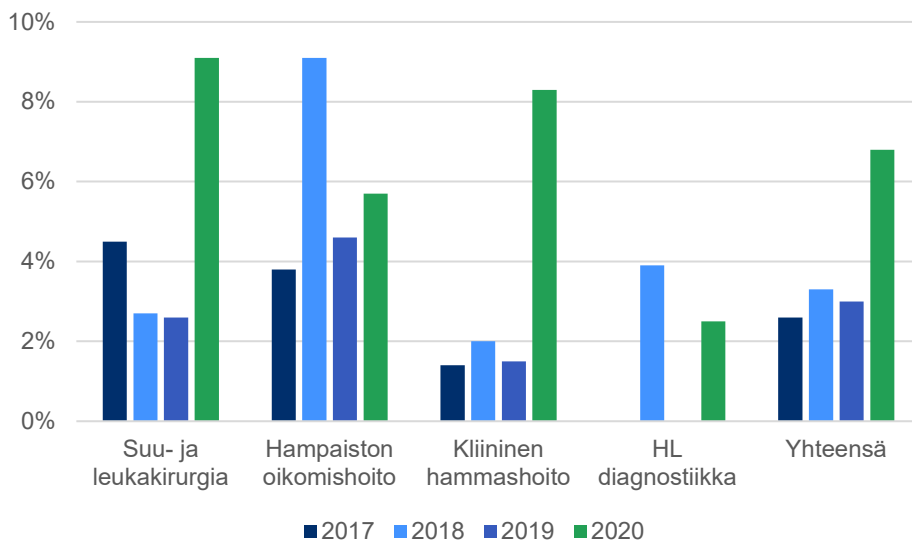


Erikoisalat, joissa oli vähintään 10% tehtävistä täyttämättä: Kl. kemia, geriatria, psykiatria, akuuttilääketiede, lastenpsykiatria, fysiatria, kl. fysiologia, liikuntalääketiede, verisuonikirurgia, keuhkosairaudet, nuorisopsykiatria, käsikirurgia, radiologia ja neurologia.

Alat, joilla oli vähiten (alle 3%) työvoimavajetta: korva-, nenä- ja kurkkutaudit, gastroenterologinen kirurgia, oikeuspsykiatria, kl. farmakologia, foniatria sekä suu- ja leikkikirurgia.

Sairaaloissa työskenteli 215 erikoishammaslääkärinä v. 2020. Sairaaloiden erikoishammaslääkäreillä työvoimavaje oli noin 7 % (kuvio 17). Pienten julkisen terveydenhuollon erikoishammaslääkärimäärien vuoksi vuosittaiset vaihtelut erikoisaloilla ja myös alueellisesti ovat suuria.

Kuvio 17. Erikoissairaanhoidon hammaslääkärien työvoimavaje erikoisaloittain 2017–2020 (KT Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat).



Terveyskeskusten lääkäritilanne -tutkimus selvittää vuosittain perusterveydenhuollon lääkärin virkojen, toimien ja tehtävien lukumäärää ja täyttötilannetta. Syksyllä 2021 lääkärivaje oli samalla tasolla kuin kahtena edellisellä vuonna. Terveyskeskuksissa oli hoitamatta 297 tehtävää (7,4 %). Lisäksi hoitamatta oli 105 tehtävää, joihin ei oltu haettu tekijää (esim. lyhytaikaisia poissaoloja). Terveyskeskuksissa oli johtavien lääkärin arvion mukaan 204 uuden lääkärinvakanussin tarve, joka on 5 % nykyisten vakanssien kokonaismäärästä.

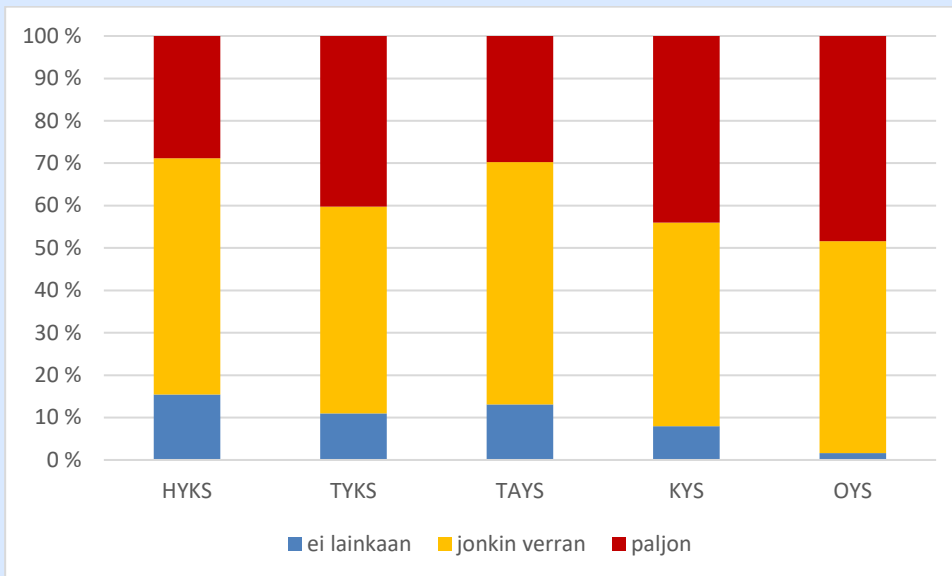
Hammaslääkärien vastaavassa selvityksessä oli terveyskeskuksissa v. 2021 hoitamatta 141 hammaslääkäriin tehtävää (7,2%). Lisäksi hoitamatta oli 72 tehtävää, joita ei pyritty täyttämään.

KYSELYVASTAUKSET

Tätä raporttia varten tehdyssä kyselyssä 90 % vastaajista arvioi, että erikoislääkärtilanteessa on merkittävää epätasapainoa pääkaupunkiseudun ja muun Suomen välillä.

Myös yliopistosairaalan ja keskussairaaloiden välillä on selvää epätasapainoa, joka vaikuttaa korostuvan OYS-ervassa.

Onko alallasi tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa yliopistosairaaloitten ja keskussairaaloiden välillä erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?
n = 435



9.3 Erikoistumaan hakeutuvien määrä

Opinto-oikeuden haku- ja valintamenettelyn kautta voidaan ohjata eri alojen koulutusmääriä. Tämä edellyttää kuitenkin erikoisalojen paikkamäärien rajaamista koulutustarpeen mukaisesti ja kaikkien yliopistojen sitoutumista yhteiseen tavoitteeseen.

Opinto-oikeuden haku- ja valintamenettelyssä on nyt toteutettu kolme täyttä hakukierrosta (2019–2020, 2020–2021 ja 2021–2022). Syksyn haussa täyttämättä jääneet aloituspaikat ovat uudelleen haettavissa kevään lisähaussa. Nuorilla lääkäreillä on yleensä mielessään useampi kiinnostava ala ja lisähaun tarkoitus on ohjata erikoistuvia harkitsemaan vaihtoehtoja.

Opinto-oikeuden hakupaikkojen määrä (erikoislääkärikoulutus) on perustunut vuosittain koulutustarpeen perusteella tehtyyn ehdotukseen, jossa on huomioitu myös olemassa olevien opinto-oikeuksien määrä. Yliopistojen tiedekuntaneuvostot ovat päättäneet lopulliset paikkamäärät vastuuhenkilöiden esitysten perusteella. Tähän mennessä joka hakukierroksella on ollut tarjolla enemmän opinto-oikeuspaikkoja kuin on ollut hakijoita, jolloin ohjausvaikutus ei ole riittävästi toteutunut (17). Viimeisimmässä 2021–2022 haussa paikkoja oli noin 1 100 (ehdotus n. 800) ja hakemuksia noin 1 000 (taulukko 4). Erikoishammaslääkäreiden osalta erikoisalojen vastuuhenkilöt ovat arvioineet paikkamäärät (ks. luku 5.2).

Erikoisalut, joissa lisähaun jälkeenkin vähintään 50 % tarjolla olleista opinto-oikeuspaikoista jäi täyttämättä: fysiatria, gastroenterologia, infektiosairaudet, keuhkosairaudet, kl. hematologia, kl. kemia, kl. neurofysiologia, lastenneurologia, lastenpsykiatria, nefrologia, oikeuspsykiatria, patologia ja perinnöllisyyslääketiede.

Koska näiden alojen hakupaikoista on aiemminkin kierroksilla jäänyt suuri osa vaille hakijaa ja olemassa olevia opinto-oikeuksia on vähän, vähenee kyseisten alojen erikoislääkärimäärä tulevaisuudessa (2020-luvulla).

Vastaavasti kirurgian aloille oli viimeisimmässä haussa yhteensä 161 hakijaa ja n. 50 % heistä ei saanut paikkaa haluamaltaan alalta. Ihotaudeille hakeneista vain n. 30 % valittiin, korva-nenä-kurkkutaudeille pääsi n. 40 % hakeneista ja silmätaudeille n. 60 %. Yleislääketiede ja työterveyshuolto olivat suurimmat alat; hakijoita oli yhteensä noin 300, mutta paikkoja yli 400.

Mahdollisia erikoistumaan hakeutuvia on vuosittain valmistuvien lisensiaattien määrä (noin 700/vuosi) ja ulkomailta opiskelevat (100–150/vuosi) sekä edellisillä kierroksilla ilman paikkaa jääneet. Hakijamääräennuste on n. 900 vuosittain. Avattavien paikkojen määrän ei pitäisi olla tätä suurempi, jotta ohjausvaikutus toteutuisi.

Taulukko 4. Opinto-oikeuden haku- ja valintamenettelyn 2021–2022 paikat ja hakemukset.

Erikoisala	Paikat 2021–22	Hakemukset 2021–22
Akuuttilääketiede	34	36
Anestesiologia ja tehohoito	47	48
Endokrinologia	10	6
Foniatria	4	5
Fysiatria	12	7
Gastroenterologia	12	5
Gastroenterologinen kirurgia	15	30
Geriatría	29	19
Ihotaudit ja allergologia	9	21
Infektiosairaudet	9	3
Kardiologia	15	26
Keuhkosairaudet ja allergologia	18	10
Kl. farmakologia ja lääkehoito	3	2
Kl. fysiologia ja isotooppilääketiede	6	5
Kl. hematologia	12	4
Kl. kemia	8	3
Kl. mikrobiologia	6	4
Kl. neurofysiologia	9	5
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	10	23
Käsikirurgia	5	18
Lastenkirurgia	7	9
Lastenneurologia	9	5
Lastenpsykiatria	19	9
Lastentaudit	26	27
Liikuntalääketiede	4	8
Naistentaudit ja synnytykset	32	42
Nefrologia	10	3
Neurokirurgia	3	6
Neurologia	21	16
Nuorisopsykiatria	25	16
Oikeuslääketiede	4	4
Oikeuspsykiatria	6	1
Ortopedia ja traumatologia	23	44
Patologia	10	5
Perinnöllisyyslääketiede	6	3
Plastiikkakirurgia	5	13
Psykiatria	57	62
Radiologia	30	30
Reumatologia	10	7
Silmätaudit	21	32
Sisätaudit	43	36
Suu- ja leukakirurgia	5	6
Sydän- ja rintaelinkirurgia	4	10
Syöpätaudit	18	12
Terveysthuolto	15	25
Työterveyshuolto	97	95
Urologia	8	17
Verisuonikirurgia	4	10
Yleiskirurgia	8	11
Yleislääketiede	308	199
Yhteensä	1 111	1 043

Erikois-/painotusala	Paikat 2021–22	Hakemukset 2021–22
<i>Suupatologia</i>	1	0
<i>Suuradiologia</i>	1	2
<i>Suun mikrobiologia</i>	1	0
<i>Hampaiston oikomishoito</i>	10	20
<i>Kariologia ja endodontia</i>	5	12
<i>Lasten hammashoito</i>	2	4
<i>Parodontologia</i>	4	14
<i>Protetiikka ja purentafysiologia</i>	5	17
<i>Suu- ja leukakirurgia</i>	5	11
<i>Terveysthuolto</i>	6	16
Yhteensä	40	96

Erikoishammaslääkärikoulutuksen osalta koulutusvastuuhenkilöt ovat vuosina 2019–2021 arvioineet avattavien opinto-oikeuspaikkojen määrän. Vaikka erikoishammaslääkärikoulutusta pitäisi lisätä, ei laajempaa opinto-oikeuspaikkojen avaamista ole pidetty mahdollisena erikoistumisvakanssien ja kouluttajien puutteen vuoksi. Hakijoita on ollut diagnostisia aloja lukuun ottamatta paikkoihin nähden moninkertainen määrä.

9.4 Lääkäreiden osa-aikatyö ja ns. tuplatutkinnot

Lääkäriliiton työmarkkinatutkimusten (2016, 2017 ja 2020, yhteensä n = 6 938) mukaan **78 %** erikoislääkäreistä tekee kokoaikatyötä päätoimessaan. Erikoislääkäreistä **8 %** tekee päätoimessaan osa-aikatyötä ja tämän lisäksi sivutoimista työtä esim. yksityisvastaanotolla. **15 %** tekee pelkästään osa-aikatyötä eli ei työskentele samanaikaisesti sivutoimisesti yksityisvastaanotolla. Osa-aikatyötä tekevien lääkärien keskimääräinen viikkotyöaika on 26 tuntia.

Erikoisalojen välillä on suurta vaihtelua osa-aikatyön yleisyydessä: esim. lastenpsykiatreista 69 % tekee päätoimessaan kokonaikatyötä ja 22 % on osa-aikaisia, silmälääkäreistä vain 54 % tekee päätoimessaan kokonaikatyötä, mutta 27 % jakaa työaikansa päätoimen ja yksityisvastaanoton välillä, jolloin todellisia osa-aikaisia on 19 %. Työterveyshuollon erikoislääkäreistä lähes 1/3 tekee osa-aikatyötä, kun taas yleislääketieteen alalla 78 % on päätoimessaan kokonaikaisia, yksityisvastaanottoa pitää lisäksi alle 5 % ja osa-aikatyötä tekee 19 % (ks. luvun 13.3 liitetaulukko 3).

Alat, joilla tehdään eniten osa-aikatyötä (kokoaikaisten osuus alle 85 %): lastenpsykiatria, liikuntalääketiede, työterveyshuolto, geriatria, ihotaudit, kl. farmakologia ja lääkehoito, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, lastentaudit, nuorisopsykiatria, psykiatria, reumatologia, silmätaudit ja yleislääketiede.

Näiden alojen osa-aikatyön yleisyys on huomioitu koulutustarvearviossa siten, että koulutusmäärää on lisätty osa-aikatyön yleisyydestä riippuen 7–9 % korvaamaan työvoimatarvetta. Niiden alojen osalta, joilla osa-aikatyön osuus oli keskimääräistä pienempi, koulutuslisäystä ei tehty, koska lähes kaikkien alojen edustajat ovat arvioissaan todenneet osa-aikatyön yleistymisen keskeiseksi lääkäritarvetta kasvattavaksi tekijäksi.

Hammaslääkäriliiton työmarkkinatutkimuksen (2022, yht. n = 1 262) mukaan erikoishammaslääkäreistä noin 40 % tekee lyhyempää kuin 38 tunnin viikkotyöaikaa ja heidän keskimääräinen viikkotyöaikansa on 30 h/vko. Erikoishammaslääkäreiden osa-aikatyön yleisyys on huomioitu koulutustarvearviossa siten, että koulutusmäärää on lisätty kaikilla erikoishammaslääketieteen aloilla 7 prosenttia.

Erikoislääkäreistä keskimäärin joka viidennellä on enemmän kuin yksi erikoisoikeus. Tyypillisintä tämä on sisätautien ja kirurgian erikoisaloilla, missä pääalat jakautuivat aiemmin ns. suppeisiin erikoisaloihin. Usean alan erikoisoikeudet ovat yleisiä myös yleislääketieteen erikoislääkäreillä (toisena alana yleisimmin työterveyshuolto, geriatria tai psykiatria). Muilla aloilla nk. tuplatutkintoja on hyvin vähän.

Tuplatutkinnot on huomioitu koulutustarpeen arvioinnissa, koska uusien erikoislääkäreiden määrä on tästä syystä pienempi kuin uusien erikoisoikeuksien määrä. Erikoisalan tuplatutkintoja kuvaa kerroin, joka muodostettiin jakamalla erikoisalan oikeuksien määrä lääkäreiden määrällä, joilla kyseinen erikoisoikeus on hankittu viimeisenä (ks. luku 13.3 taulukko 1).

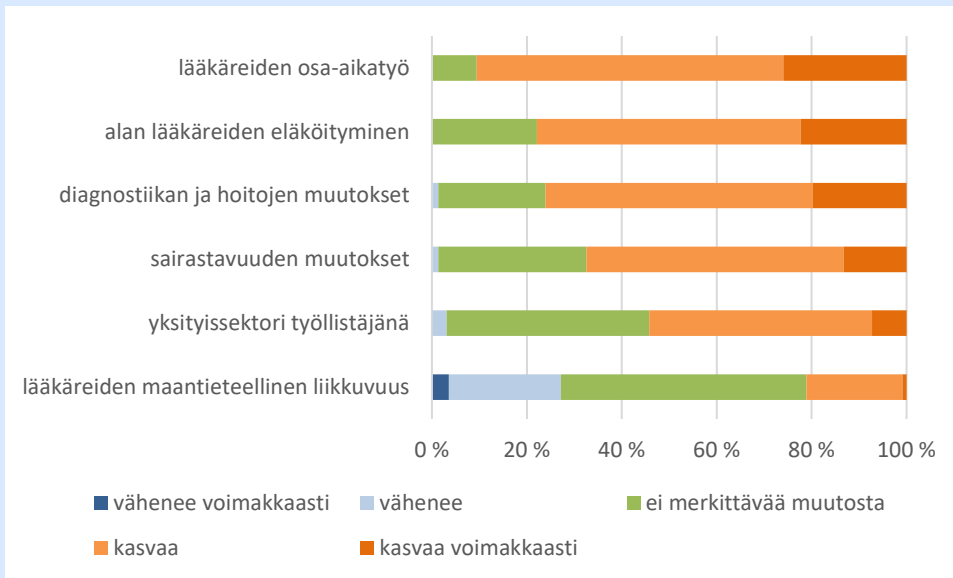
Tuplatutkinnoilla on erikoislääkäreiden kokonaismäärän kannalta merkitystä vain sisätautien, yleiskirurgian ja yleislääketieteen osalta - muilla aloilla tuplatutkintoja on vähän. Näille aloille laskettua kerrointa ei kuitenkaan voida suoraan käyttää ko. alojen koulutustarpeen arviossa, koska sisätautien osalta suora erikoistuminen sisätautialoille on merkittävästi yleistynyt ja kirurgian osalta yleiskirurgian asema on määrittelmättä. Yleislääketieteen osalta tuplatutkintokerroin johtaisi niin suureen koulutusmäärään, ettei se ole koulutusresurssien puolesta mahdollista.

KYSELYVASTAUKSET

Tätä raporttia varten tehdyssä kyselyssä 60 % vastaajista oli sitä mieltä, että lääkäreiden osa-aikatyö lisääntyy ja 30 % arvioi sen lisääntyvän voimakkaasti. Muutos vaikuttaa merkittävästi erikoislääkäritarpeeseen.

Noin puolet vastaajista oli sitä mieltä, että yksityissektorin merkitys työllistäjänä kasvaa. Lääkäreiden maantieteellisessä liikkuvuudessa ei odoteta tapahtuvan muutosta.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, n= 445–455



9.5 Lääketieteen kehitys ja teknologia

Lääketieteen kehitys on vuosikymmenten saatossa tuonut terveydenhuoltoon merkittävästi uusia hoitomahdollisuuksia. Uusien mahdollisuuksien hyödyntäminen edellyttää useimmiten lisää terveydenhuollon ammattilaisten panosta. Toisaalta mikäli uusi teknologia ja digitalisaatio lisäävät terveydenhuollon tuottavuutta, saattaa se vähentää lääkäri työvoiman kysyntää (18).

Lyhyemmän aikavälin muutoksia usein yliennakoidaan ja toisaalta pidemmän aikavälin muutoksia aliennakoidaan. Teknologian ja digitalisaation ihmistyövoiman tarvetta vähentävä trendi saattaa alkaa pienessä mittakaavassa jo huomattavasti ennen suurempaa murrosta, ja muutokset voivat vaihdella merkittävästi esimerkiksi erikoisaloikohtaisesti. Tietotekniikan kehityksen arvioitiin parikymmentä vuotta sitten johtavan ”lääkärien korvaamiseen roboteilla”. Perinteinen potilas-lääkärisuhde on kuitenkin säilyttänyt asemansa ja vuorovaikutustaitojen osaaminen on korostunut. Tietotekniikka ei ole toiveista huolimatta aina nopeuttanut toimintaa.

Osa erikoisaloista on panostanut viime vuosina oman alansa hoitojen vaikuttavuuden arviointiin. Esimerkiksi ortopedian alalla olkapään ja polven degeneratiivisen kierukka-repeämän leikkaushoito on vähentynyt vaikuttavuustutkimusten myötä merkittävästi. Monella alalla on kyseenalaistettu rutiiniseurantojen tai kontrollien tarve. Toisaalta lähitulevaisuuden megatrendejä ovat esimerkiksi geeniteknologia ja yksilöllinen lääketiede. Näiden vaikutusta lääkäri työvoiman kysyntään ja tarpeeseen on vaikea ennakoita.

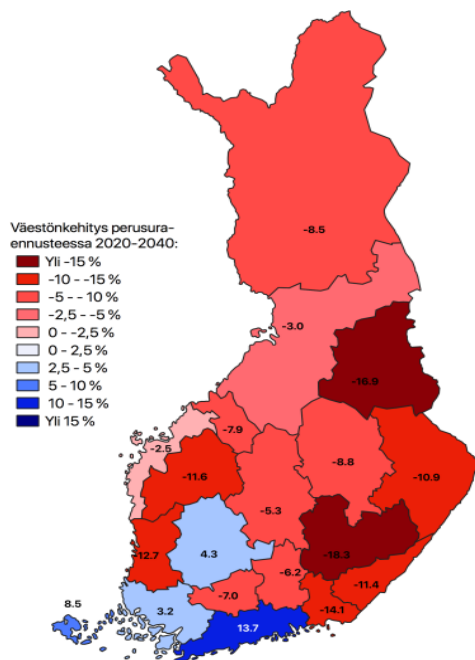
Teknologia mahdollistaa yhä sairaampien hoidon ja vaativammat toimenpiteet, joten kustannusten hillitsemiseksi priorisointi tutkitusti vaikuttaviin ja tehokkaisiin hoitoihin tulee olemaan välttämätöntä. Suomessa toivotaan kansallisia avoimia ja läpinäkyviä periaatteita priorisoinnin tueksi (19). Tulevilla hyvinvointialueilla on olennaista huolehtia, että vaikuttavuuden mittarit kattavat koko hoitoketjun. Arviointiyliilääkäriverkostoa tulisi laajentaa tuomaan tutkimusnäyttöön perustuvaan HTA-toimintaan (Health Technology Assessment) lääketieteellistä asiantuntijuutta ja yhtenäisyyttä (20).

Edellä kuvatut trendit vaikuttavat lääkäri työvoiman tarpeen osalta molempiin suuntiin eli kokonaisuutena niillä ei todennäköisesti ole merkittävää vaikutusta lähimmän 15 vuoden aikana.

9.6 Väestörakenne ja muuttoliike

MDI:n johtava asiantuntija Timo Aro kiteyttää Suomen aluekehityksen 2010-luvulta lähtien seuraaviin muutoksiin (21):

- Suurten ja keskisuurten korkeakoulukaupunkien sekä niiden kehysalueen väestönkasvu jatkuu. Vuonna 2020 noin 90 % muuttoliikkeestä suuntautui kaupunkiin ympäristöihin ja vain 10 % toiseen suuntaan.
- Alueista vain Helsingin seudulla, Pirkanmaalla ja Varsinais-Suomessa väestömäärä kasvaa. Kainuussa ja Etelä-Savossa väestö vähenee voimakkaasti.
- Suomen kokonaisväkiluku kääntyy laskuun 2030-luvulla, mikäli maahanmuutto ei merkittävästi lisäänty.



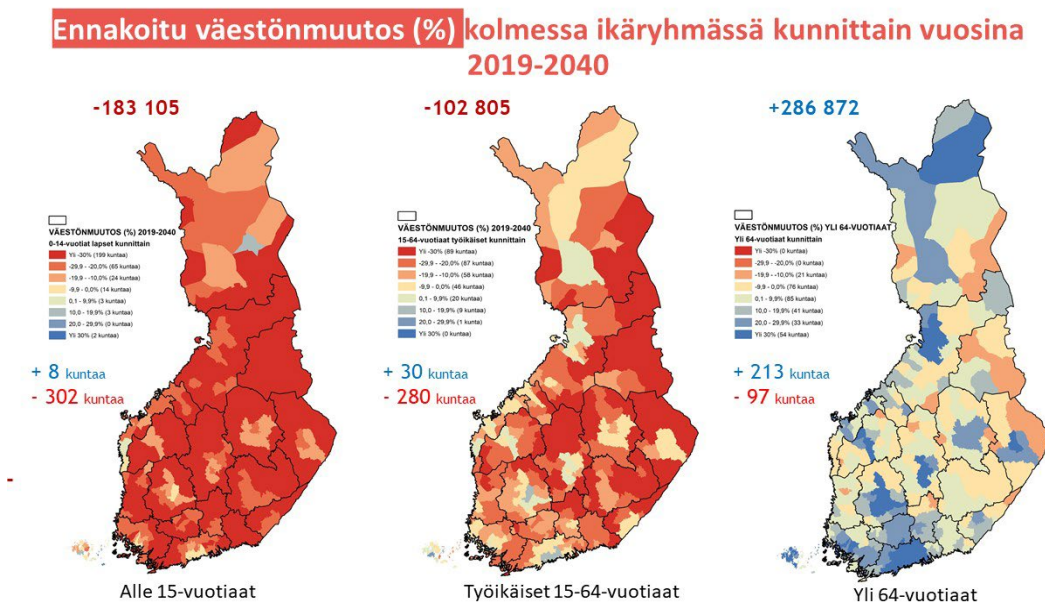
Kartta 5. Väestönkehitys 2020-2040 perusuran ennusteessa.

2020- ja 2030-luvuilla on käynnissä samanaikainen demografinen neloskierre:

1. Syntyvyyden aleneminen ja lasten määrän väheneminen
2. Yli 75-vuotiaiden määrän kasvu
3. Työkäisen väestön määrän väheneminen
4. Keskittävä, polarisoiva ja valikoiva muuttoliike

Suomen väestörakenteen kehitys huolettaa tutkijoita. Tietoa väestörakenteen kehityksestä ja vaikutuksista on olemassa paljon, mutta kehityksen suurta merkitystä esim. terveydenhuollon kannalta ei ole vielä ymmärretty. Maamme väkiluku lähtee nykyisellä kehityksellä ja syntyvyydellä laskuun vuonna 2031. Vuonna 2050 väkiluku on jo noin 100 000 nykyistä pienempi. Vain työ- ja koulutusperäisen maahanmuuton lisääminen voi vaikuttaa kehitykseen.

Eri ikä- ja väestöryhmien kehitys vaikuttaa merkittävästi terveyspalvelujen tarpeeseen. Yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa noin 390 000 ja vieraskielisten noin 490 000 henkilöllä vuoteen 2040 mennessä. Alle 15-vuotiaiden määrä vähenee lähes kaikissa kunnissa ja v. 2040 lapsia on lähes 180 000 vähemmän kuin nyt. Yli 64-vuotiaiden määrä kasvaa samoilla alueilla ja suurissa kaupungeissa, joihin työikäinen väestökin muuttaa. **Ikääntyvää väestöä hoitaa 100 000 työkäistä vähemmän kuin nyt.**



Väestörakenteen muutos (väestön ikääntyminen) lisää monen erikoisanalan lääkäritarvetta. Väestörakenteen perusteella lapsia hoitavien alojen lääkäritarve vähenee. Toisaalta väestö vähenee jo 2030-luvulta alkaen, mutta esim. maahanmuuttajaperheillä on enemmän palvelutarvetta.

Lääkäreitä on hyvin vaikea saada kulkemaan muuttoliikkeessä vastavirtaan, joten lääkärityövoiman keskittyminen yliopistokaupunkeihin ja muihin suuriin kaupunkeihin ja niiden kehyskuntiin jatkuu. Kaikki laadukkaat koulutusresurssit on otettava mukaan, jotta riittävä määrä erikoislääkäreitä saadaan koulutettua. Sairaaloiden työvoiman turvaaminen edellyttää tulevien YTA-alueiden yhteistyötä sekä joustavia ja kannustavia työtehtäviä (22).

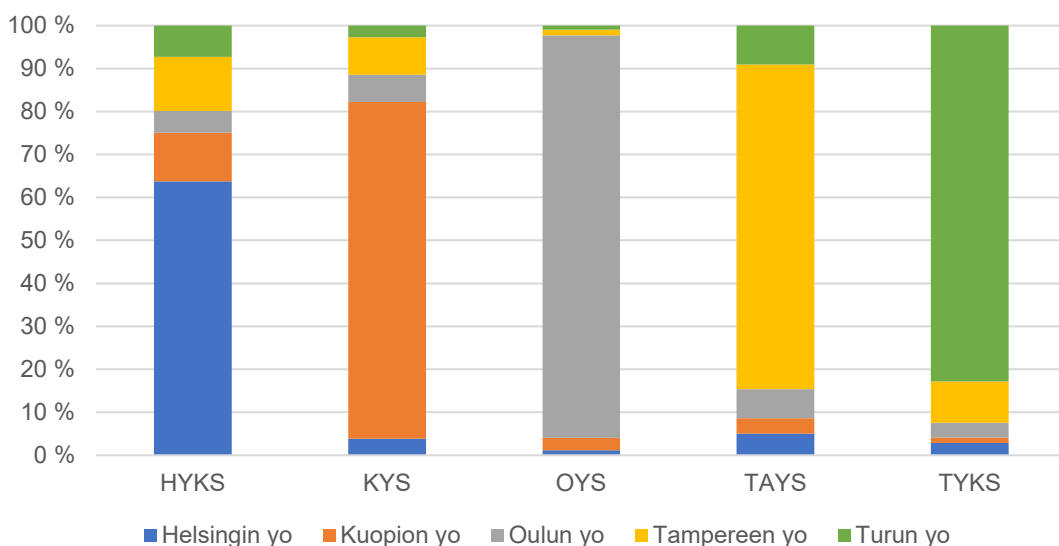
9.7 Yliopiston koulutus omalle alueelleen

Väestön terveystalvelut pitää pystyä turvaamaan koko Suomessa ja kaikilla erikoisaloilla. Valtakunnallista ja alueellista erikoislääkärien koulutustarvetta arvioitaessa täytyy siis huomioida uusien erikoislääkärien liikkuvuus.

Erikoislääkärikunnan liikkuvuutta selvitettiin tätä raporttia varten Lääkäri-tutkimuksista v. 1998–2018 (23). **Suurin osa erikoislääkäreistä jää työskentelemään sille yliopistosairaala-alueelle, jossa suorittaa erikoistumisensa:** Helsingin yliopistossa erikoislääkärikoulutuksen suorittaneista lähes 90 % jää töihin HYKS-erva-alueelle ja vain muutama prosentti siirtyy töihin muualle Suomeen. Lisäksi alueelle tulee muualla Suomessa erikoislääkärikoulutuksen suorittaneista 5–15 % joka alueelta.

TYKS-, KYS- ja OYS-alueet pitävät n. 80 % kouluttamistaan erikoislääkäreistä, mutta OYS-alueelle ei asetu pysyvästi juuri lainkaan muualla koulutettuja. TAU:ssa koulutetuista yli kolmasosa siirtyy muualle Suomeen - alueelle tuleva työvoima pääosin kuitenkin kattaa poistuman.

Kuvio 18. Erikoislääkärien koulutusyliopisto ja työskentelyalue (Nuori Lääkäri ja Lääkäri-tutkimukset 1998–2018, n = 16 057)



Taulukko 5. Erikoislääkärien koulutusyliopisto ja päätoimen toimipaikan erva-alue. Lähde: Nuori Lääkäri ja Lääkäri -tutkimukset vuosina 1998–2018.

<i>Erva-alue / koulutusyliopisto</i>	<i>Helsingin YO</i>	<i>Itä-Suomen YO</i>	<i>Oulun YO</i>	<i>Tampereen YO</i>	<i>Turun YO</i>
<i>N</i>	5510	2356	2564	3367	2260
<i>HYKS</i>	88 %	16 %	7 %	17 %	10 %
<i>KYS</i>	4 %	78 %	6 %	9 %	3 %
<i>OYS</i>	1 %	2 %	78 %	1 %	1 %
<i>TAYS</i>	4 %	3 %	6 %	64 %	8 %
<i>TYKS</i>	3 %	1 %	3 %	9 %	79 %
<i>Yhteensä</i>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

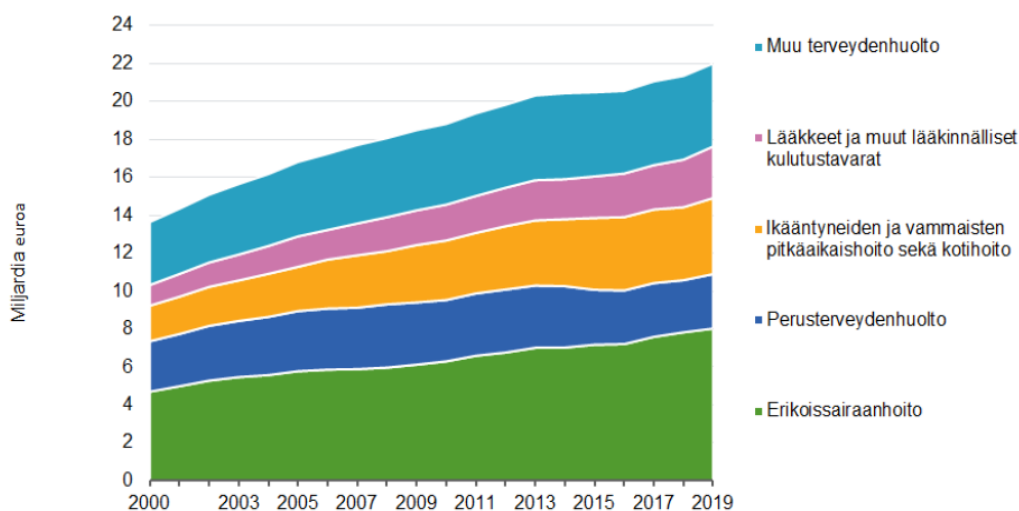
Käytännössä siis OYS-alueen on koulutettava omat erikoislääkäriinsä. TAYS-alueella koulutetaan merkittävä osa myös TYKS- ja KYS-alueen erikoislääkäreistä (esim. Jyväskylä, Pori, Vaasa) eikä alueelle muualta tuleva työvoima täysin korvaa poistumaa. Suhteessa muihin alueisiin on siis TAU:ssa koulutettava jonkin verran enemmän erikoislääkäreitä.

Pääkaupunkiseutu vetää merkittävän määrän valmiita erikoislääkäreitä muualta Suomesta, joten omaa koulutusta tarvitaan suhteessa väestöön muita alueita vähemmän. Em. liikkuvuus ja lääkimäärän suhde väestöön on huomioitu tässä raportissa asian-
tuntijatyöryhmän koulutustarvearviossa erikoisalakohtaisesti.

9.8 Terveydenhuollon rahoitus ja resurssit

Vuonna 2019 Suomen terveydenhuollon menot olivat 22,0 miljardia euroa. Edelliseen vuoteen verrattuna terveydenhuollon menot kasvoivat reaalisesti 3,0 %. Asukasta kohden menot olivat 3 983 euroa (24).

Kuvio 18. Terveydenhuollon menot Suomessa 2000-luvulla (THL).



Kasvua oli etenkin avohoidon reseptilääkkeiden (+ 10,1 %), perusterveydenhuollon (+ 4,5 %) sekä ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikais- ja kotihoidon (+ 4,2 %) menoissa.

Erikoissairaanhoito (8,0 miljardia euroa) muodosti terveydenhuollon menojen suurimman yksittäisen menoerän. Perusterveydenhuollon menot olivat 3,4 miljardia euroa sisältäen avohoidon, vuodeosastohoidon, suun terveydenhuollon, työterveyshuollon ja opiskeluterveydenhuollon sekä kuntien ja kuntayhtymien ostopalvelut yksityisiltä. Erikoissairaanhoitojen menoissa kasvua oli 2,5 % vuoteen 2018 verrattuna.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä pohjautuu verorahoitukseen. Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon käyttömenoista oli OECD:n tilaston mukaan 77,8 % vuonna 2019. Kotitalouksien ja työnantajien rahoitusosuus Suomen terveydenhuolto-menoista on selvästi suurempi kuin muissa pohjoismaissa.

Suomen terveydenhuollon käyttötalousmenojen suhde bruttokansantuotteeseen oli 9,2 % vuonna 2019. OECD-maissa se oli keskimäärin 8,8 %, Ruotsissa 10,9 %, Norjassa 10,5 %, Tanskassa 10,0 % ja USA:ssa 16,8 %. Eri maiden bkt-osuuksia vertailevia lukuja tarkasteltaessa on tärkeää huomata, että bruttokansantuotesuhde kasvaa, kun bruttokansantuote laskee, vaikka väestölle tuotettaisiin samat palvelut samalla volyymilla kuin aiempina vuosina.

OECD-maista mm. USA, Saksa, Sveitsi, Ranska, Ruotsi, Kanada, Belgia, Norja, Iso-Britannia ja Tanska käyttivät vuonna 2019 terveydenhuollon käyttömenoihin suhteessa kansantuotteeseensa enemmän kuin Suomi. Vastaavasti Suomea vähemmän rahaa käyttivät mm. Espanja, Italia, Islanti, Kreikka, Viro ja Puola.

Yhteiskunnan taloudellinen kehitys (bruttokansantuote) vaikuttaa siis merkittävästi siihen, kuinka paljon terveydenhuoltoon suunnataan rahaa ja resursseja. Kansainvälisessä tarkastelussa lääkimäärän kehitys on historiallisesti noudattanut BKT:n kehitystä. Erikoislääkärin määrä on Suomessa lisääntynyt v. 2000–2021 noin 6 000:lla joka vastaa n. 1 %:n vuosittaista kasvua.

Nykyisellä lääkärien koulutusmäärällä (noin 800 uutta opiskelijaa vuosittain) kokonaislääkimäärä kasvaa 2020-luvulla eläköitymisaallon vuoksi 0,5 % kasvukäyrällä, mutta 2030-luvulle tultaessa kasvu kiihtyy selvästi.

9.9 Terveydenhuollon rakenteelliset muutokset

Vuoden 2023 alusta lukien vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle (HVA). Poikkeuksena on Helsingin kaupunki, jolla säilyy sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu. Lisäksi HUS-yhtymällä on erikseen säädetty järjestämisvastuu erikoissairaanhoidon liittyvistä tehtävistä omalla alueellaan (25).

Sote-uudistuksen tavoitteena on turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelut hyvinvointialueella asuville. Lisäksi parannetaan palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta, kavennetaan hyvinvointi- ja terveyseroja, turvataan ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastataan ikääntymisen ja syntyvyyden laskun aiheuttamiin haasteisiin ja hillitään kustannusten kasvua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten muodostetaan viisi yhteistyöaluetta (YTA). YTA:n hyvinvointialueiden tulee sopia työnjako, yhteistyö ja toiminnan yhteensovittaminen mm. lakisääteisten tehtävien (esim. koulutus) osalta.

Sote-uudistuksen vaikutuksia erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritarpeeseen on vielä erittäin vaikea ennakoida eikä siihen oteta vielä tässä arviotaportissa kantaa. Jos perusterveydenhuollon vahvistaminen onnistuu, pitäisi sen vähentää painetta erikoissairaanhoidosta. Kun perheiden palvelut yhdistetään kokonaisuudeksi, voidaan lasten erikoissairaanhoidoa suunnata tarkemmin. Paljon palveluita käyttävien kansalaisten hoidon parempi koordinointi ja tarkoituksenmukaisempi työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä voisi vähentää kustannuksia ja työvoimatarvetta merkittävästi.

Osaavan työvoiman turvaaminen koko Suomessa ja kaikilla erikoisaloilla vaatii koulutusmäärien ohjaamista kaikin käytettävissä olevin keinoin. STM:n tuoreessa raportissa (2019:31) ehdotetaan, että erva/yhteistoiminta-alueen sairaanhoitopiirien tulisi toimia yhtenäisenä henkilöstön rekrytoijana. Koordinaatiojaoston tulevassa erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen toimenpideohjelmassa haetaan haku- ja valintamenettelyn lisäksi myös mm. EVO-rahoituksen keinoja koulutusmäärien tehokkaampaan ohjaamiseen. Työolosuhteiden parantaminen on palvelujärjestelmän vastuulla ja lääketieteen opiskelijoiden uraohjaukseen ja vahvistettavien alojen näkyvyyteen perusopinnoissa pitää panostaa.

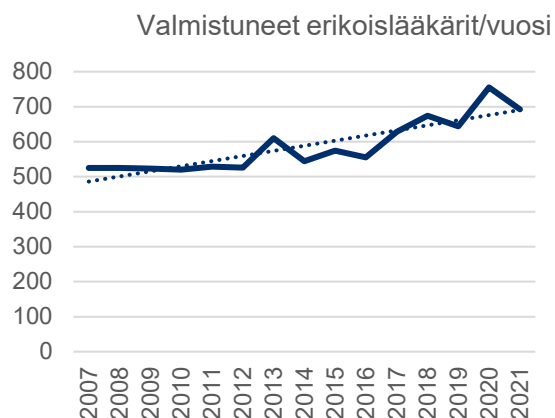
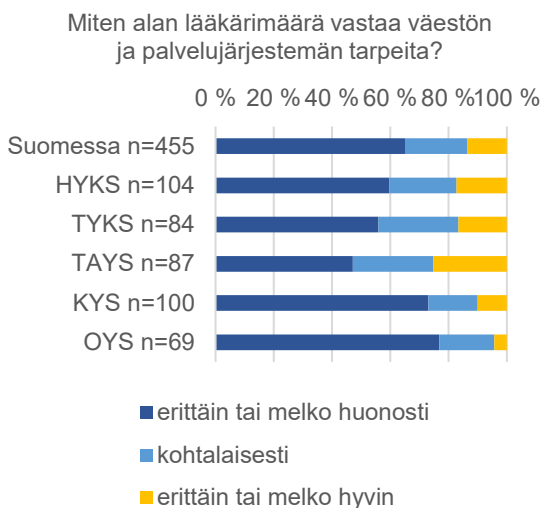
10 Erikoisalakohtaiset koulutustarvearviot

10.1 Erikoislääkärit

Suomessa oli v. 2021 noin 13 000 työikäistä erikoislääkärinä (THL:n tilasto, kaikki Suomessa asuvat alan erikoislääkärit). Tässä raportissa erikoisalojen edustajat ovat arvioineet, että v. 2035 tarvitaan n. 16 200 erikoislääkärinä (128 % suhteessa nykytilanteeseen). **Tämä edellyttäisi vuosina 2022–2026 noin 650 ja vuosina 2027–2035 noin 850 vuosittain valmistuvaa.**

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutustarve* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	5 145	234,1	2 840	6457	276,1	383,1	288
TYKS	2 088	232,2	1 066	2647	297,2	139,0	133
TAYS	2 227	246,7	1 075	2807	309,2	117,9	150
KYS	1 794	225,0	937	2268	302,7	124,4	110
OYS	1 596	216,7	804	1994	278,4	91,7	109
Yhteensä	1 2850	232,2	6 724	16173	288,8	856,8	790

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7. Laskentapohja ei huomioi nykyistä lääkimäärää/väestö; tämä on korjattu erikoisalakohtaisissa arvioissa.



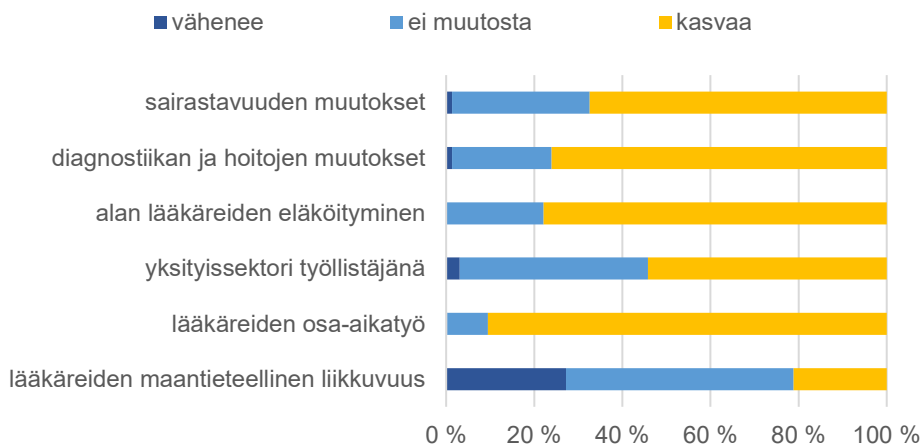
Erikoisalojen lääkärimäärän kasvu 2010–2020	12 %
Erikoisalojen näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	128 %
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	52 %
Päätoimessa osa-aikaisesti ilman sivutoimista vastaanottoa työskentelevien erikoislääkärien osuus	15 %
Erikoisaloille koulutetut/erikoislääkärit (ns. tuplatutkinnot)	122 %

Lääkärimäärä suhteessa väestöön on tällä hetkellä korkein TAYS-alueella ja se vastaa myös kyselyn mukaan parhaiten väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita.

Tätä raporttia varten tehdyssä kyselyssä erikoisalojen edustajat arvioivat lääkärimäärän kasvutarpeen siis merkittävästi suuremmaksi (lähes 2 %/vuosi) kuin mitä se on edeltävinä 20 vuonna ollut (n. 1 %/vuosi). Osa-aikaisen työskentelyn lisääntymistä pidetään merkittävimpänä työvoimatarvetta lisäävänä tekijänä.

Lääkäritarvearviota voidaan siis pitää korkeana, eivätkä kaikkien alojen määrätavoitteet ole mahdollisia. **Laskennallista koulutustarvetta on korjattu asiantuntijatyöryhmän erikoisaloikohtaisilla arvioilla siten, että ne tasoittavat ERVA-alueiden lääkärimäärää suhteessa väestöön ja ovat realistisia mm. koulutusresurssit, LL-koulutusmäärä ja alueen tämänhetkinen erikoislääkärimäärä ja lääkäreiden liikkuvuus huomioiden.**

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalojen vastaukset, n = 455



Akuuttilääketiede

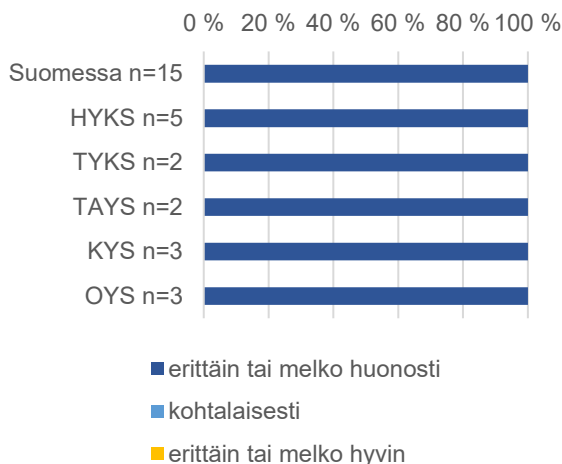
Akuuttilääketieteen erikoisala perustettiin 2013 ja ensimmäisiä 6 vuoden koulutuksen saaneita alan erikoislääkäreitä alkoi valmistua v. 2016. Uuden erikoisalan asema on vielä vakiintumaton ja tämän vuoksi koulutustarpeen arviointi on vaikeaa.

Alan edustajien näkemys on, että lääkäritarve olisi v. 2035 n. 430 erikoislääkäreitä (380 % enemmän kuin nyt). Jotta tähän lääkärimäärään päästäisiin, tulisi valmistuvia olla vuosittain lähes 30. Kouluttajien pieni määrä rajoittaa koulutusmahdollisuuksia.

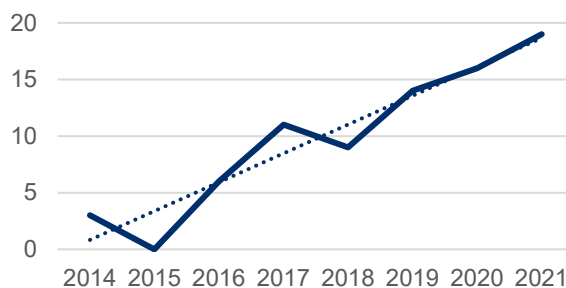
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	45	2,0	22	171	7,3	14,2	10
TYKS	25	2,8	7	95	10,7	5,4	4
TAYS	20	2,2	9	76	8,4	5,4	6
KYS	16	2,0	4	61	8,1	3,6	3
OYS	7	1,0	2	27	3,7	*	4
Yhteensä	113	2,0	45	430	7,7	28,6	27

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

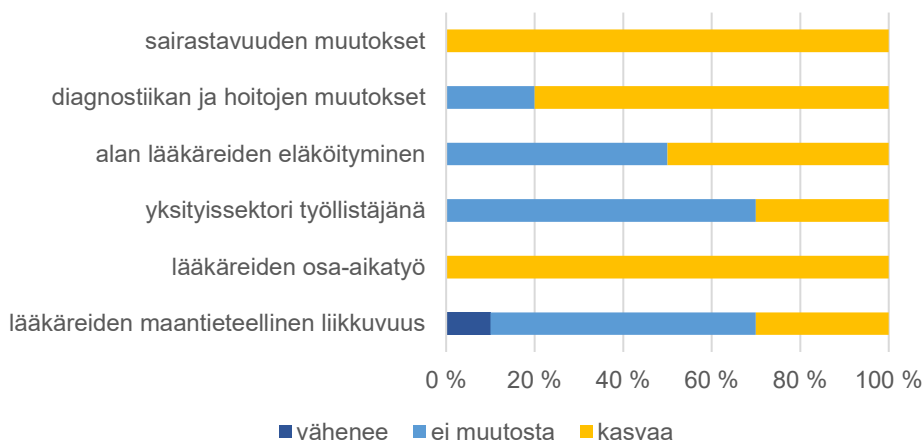


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2013–2020	88 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	380 %
Opinto-oikeudet 2021	238
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	40 %

Kyselykommentti: ”*Akuuttilääkäreitä on vielä varsin vähän arvioituun tarpeeseen nähden kaikilla alueilla. Joissakin keskussairaaloissa on parempi tilanne kuin yliopistosairaaloissa*”.

Päivystyskäyntien odotetaan kasvavan NHG:n arvion mukaan 15 % nykyisestä vuoteen 2040 mennessä. Kasvu tapahtuu erityisesti ikääntyvässä väestössä ja samana aikana yli 75-vuotiaiden osuus lähes kaksinkertaistuu (10 % -> 18 %). Monisairaiden, vanhojen potilaiden läpimenoaika päivystyksissä pitenee selvästi. Edellä oleva vaatii päivystyksen lääkäreiltä entistä laajempaa osaamista ja myös kokemusta, jotta päivystykset ja osastot ruuhkaudu ja koko terveydenhuollon järjestelmä hidastu.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 15



Anestesiologia ja tehohoito

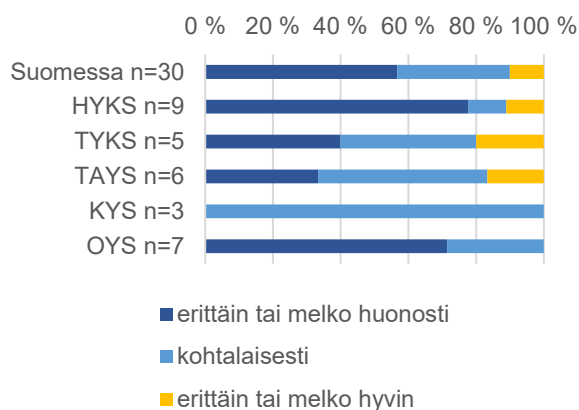
Anestesiologien määrä on lisääntynyt Suomessa edeltävän 10 vuoden aikana noin 30 %. Kyselyyn vastanneiden näkemykset lääkärimäärän vastaavuudesta palvelujärjestelmän tarpeisiin vaihtelevat.

Alan edustajien näkemys on, että lääkäritarve olisi v. 2035 noin 1140 erikoislääkärinä (130 % enemmän kuin nyt). Jotta tähän erikoislääkärimäärään päästäisiin, tulisi valmistuvia olla vuosittain lähes 50. Työryhmän arvio on hiukan maltillisempi, sillä yksikkökohtainen lääkäritarve nähdään pääosin pienemmäksi kuin valtakunnallinen erikoislääkäritarve.

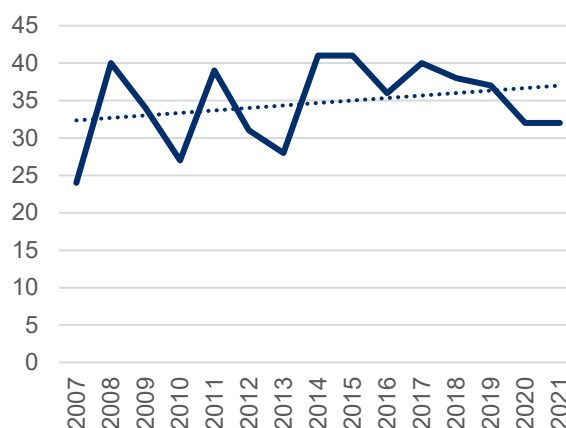
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	371	16,9	178	473	20,2	20,7	15
TYKS	134	14,9	57	170	19,1	7,7	7
TAYS	158	17,5	52	201	22,1	6,2	6
KYS	109	13,7	50	139	18,5	6,5	6
OYS	125	17,0	62	159	22,2	6,7	6
Yhteensä	897	16,2	399	1142	20,4	47,7	42

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

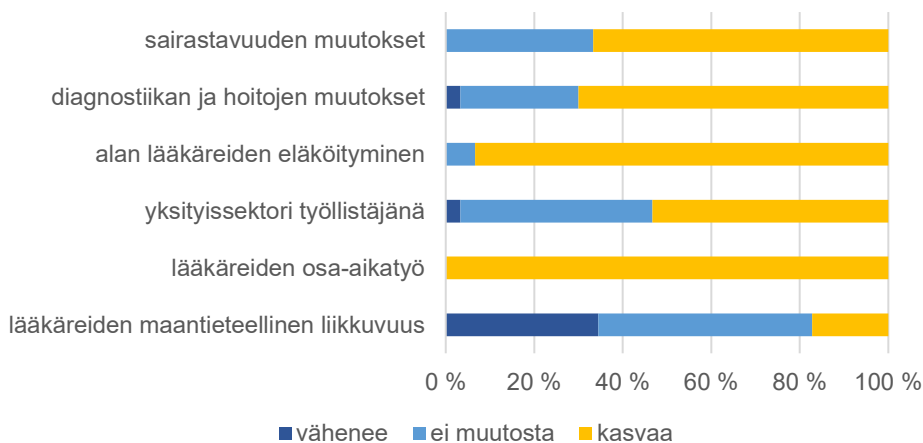


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	27 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	130 %
Opinto-oikeudet 2021	325
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	45 %

Kyselykommentti: ”Jopa HUS-piirissä on koettua pulaa, jonka lisäksi useissa keskussairaaloissa vajausta. Lääkäreiden osa-aikatyö ja epätyypilliset työjärjestelyt yleistyvät tulevaisuudessa”.

Anestesiologia on varsin suosittu erikoisala. Lisäksi pääosa Suomeen tulevista ulkomaisista erikoislääkäreistä on anestesiologeja, mutta heidän määränsä on vähäinen. KYS-ervan ja TYKS-ervan lääkärimäärä suhteessa väestöön on muita alueita pienempi. Nykyinen virkarakenne ei alan edustajien näkemyksen mukaan vastaa työaikalain vaatimuksia. Työaikalaki ja päivytyasetuksen muutokset lisäävät merkittävästi erikoislääkäritarvetta.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 30



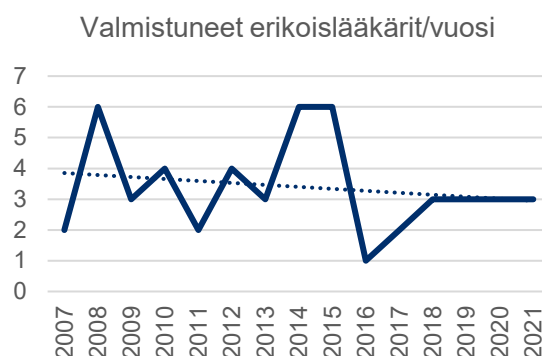
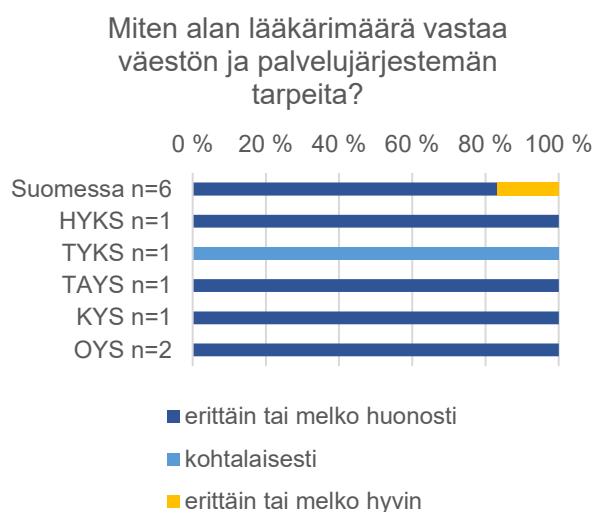
Endokrinologia

Endokrinologian työikäisten erikoislääkärien määrä on lähes kaksinkertaistunut viimeisen 10 v. aikana, mutta kasvu ei tule jatkumaan tulevaisuudessa, sillä erikoistumis- koulutukseen on hakeutunut viime vuosina hyvin vähän lääkäreitä. KYS- ja HYKS-er- van lääkärimäärä on suhteessa väestöön muita pienempi.

Alan edustajien näkemys on, että lääkäritarve olisi v. 2035 noin 100 erikoislääkäriä (140 % enemmän kuin nyt). Jotta tähän erikoislääkärimäärään päästäisiin, tulisi val- mistuvia olla vuosittain 5–6.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	24	1,1	19	34	1,4	2,7	2
TYKS	14	1,6	7	20	2,2	1,3	1
TAYS	13	1,4	8	18	2,0	1,0	1
KYS	9	1,1	5	13	1,7	0,5	1
OYS	9	1,2	5	13	1,8	0,9	1
Yhteensä	69	1,2	44	97	1,7	6,4	6

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

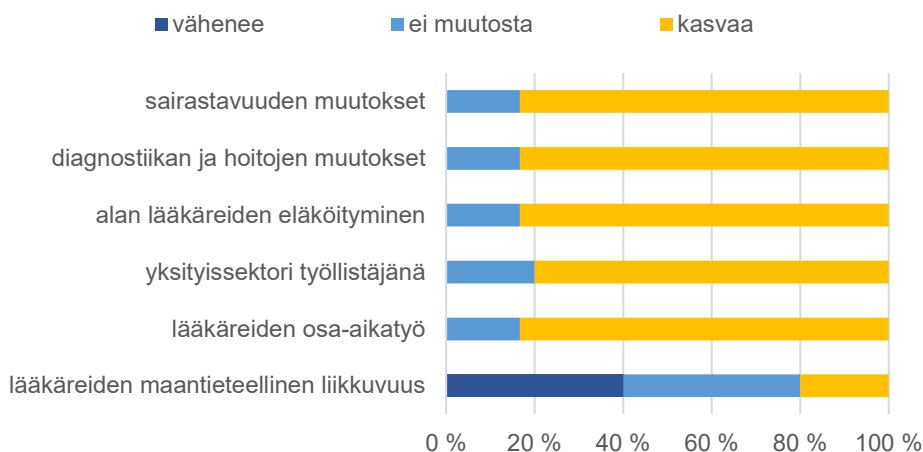


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	58 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	140 %
Opinto-oikeudet 2021	49
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	64 %

Kyselykommentti: ”Osa endokrinologisista potilaista voitaisiin hyvin hoitaa terveyskeskuksissa (diabeetikot, Addisonin tauti, osa kilpirauhassyövästä), mikäli siellä olisi riittävät resurssit, pysyvät työsuhteet ja perehtyminen aiheeseen”.

Aikaisemmin endokrinologiaa hoitivat sisätautilääkärit ja alan erikoislääkärikoulutus alkoi vasta 1990-luvun lopulla laajemmin koko maassa. Suurin osa alalle hakeutuvista suorittaa ensin sisätautien erikoislääkärikoulutuksen, jolloin kokonaiskoulutusaika on pitkä. Nyt eläköityminen kiihtyy ja koulutusta pitäisi lisätä, mutta opinto-oikeuden hakijoita on ollut liian vähän. Alan tavoittelemaan erikoislääkärimäärään tuskin päästään tulevaisuudessa.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 6



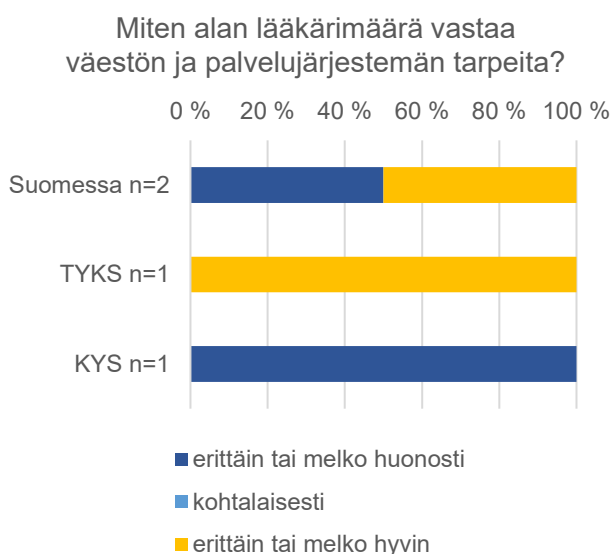
Foniatria

Pienen erikoisalan koulutustarvetta tulee arvioida valtakunnallisesti. Foniatrien määrä on kääntynyt v. 2010 jälkeen laskuun - työikäisiä erikoislääkäreitä oli v. 2021 vain 17 ja he työskentelevät pääosin yliopistosairaaloissa.

Alan edustajien näkemys on, että lääkäritarve olisi v. 2035 noin 20 erikoislääkärinä (130 % enemmän kuin nyt). 1–2 valmistuvaa vuodessa turvaisi erikoislääkärimäärän kasvun.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	7	0,3	4	9	0,4	0,6	*
TYKS	2	0,2	0	3	0,3	*	*
TAYS	2	0,2	2	3	0,3	0,4	*
KYS	2	0,3	2	3	0,4	0,4	*
OYS	4	0,5	2	5	0,7	0,3	*
Yhteensä	17	0,3	9	22	0,4	1,2	2

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

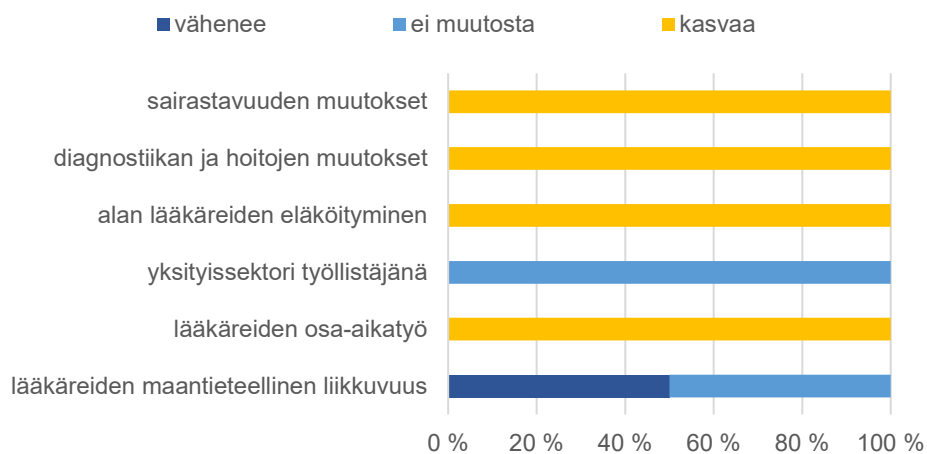


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	-23 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	130 %
Opinto-oikeudet 2021	5
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	47 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	122 %

Kyselykommentti: ”Alalla erikoislääkäreitä lähinnä yliopistosairaaloissa. Keskussairaalat joudutaan hoitamaan ota. Yliopistosairaaloiden virat hoidossa toistaiseksi, mutta eläköitymisaltoa tulossa”.

Tavoiteltuun lääkärimäärän kasvuun tuskin päästään, koska myönnettyjä opinto-oikeuksia on hyvin vähän. Kolmasosa foniatreista on peruskoulutukseltaan korva-nenäkurkkutautien erikoislääkäreitä ja alojen välinen yhteistyö on tiivistä.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 2



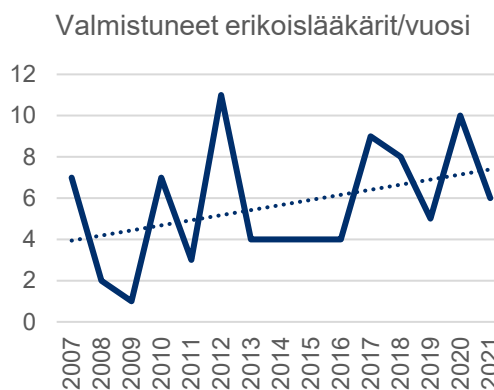
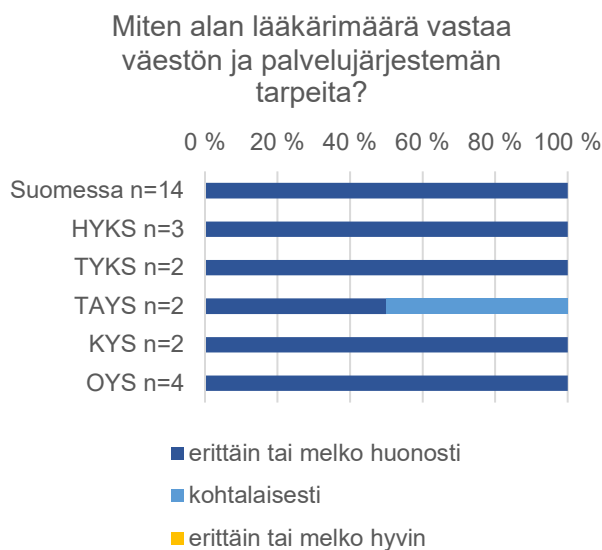
Fysiatria

Fysiatrian eläkepoistuma on lähivuosina erikoisaloista suurimpia, vaikka monet alan erikoislääkärit jatkavatkin työuraansa 65 ikävuoden jälkeen. Lääkärimäärä on ollut laskussa 2010–2020, mutta valmistuvien on viime vuosina saatu nousuun.

Alan edustajien näkemys on, että lääkärimäärä ei tällä hetkellä vastaa palvelutarvetta ja v. 2035 tarve olisi 175 erikoislääkärinä (120 % enemmän kuin nyt). Tämä edellyttäisi 8–9 valmistuvaa fysiatria/vuosi eli koulutusta tulisi lisätä.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	54	2,5	32	65	2,8	3,8	3
TYKS	19	2,1	13	23	2,6	1,4	2
TAYS	22	2,4	11	26	2,9	0,8	2
KYS	25	3,1	10	30	4,0	0,5	1
OYS	26	3,5	19	31	4,4	2,2	1,5
Yhteensä	146	2,6	85	175	3,1	8,7	9,5

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

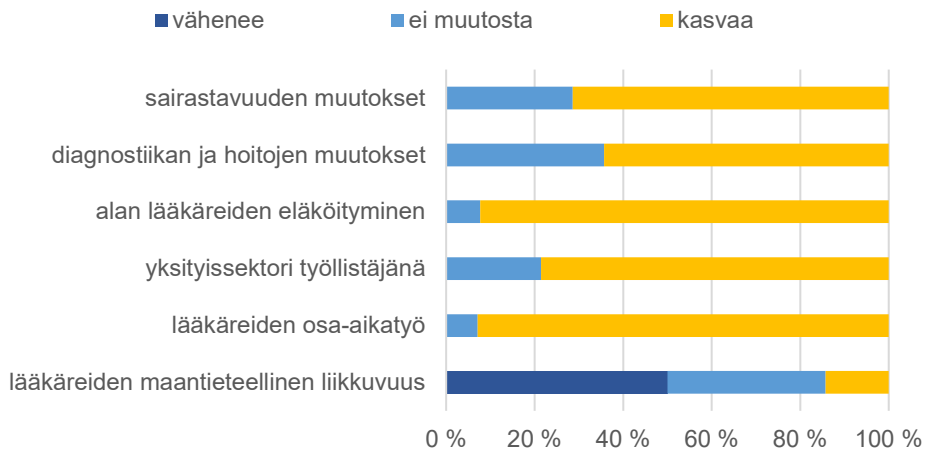


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	-13 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	120 %
Opinto-oikeudet 2021	94
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	59 %

Kyselykommentti: *”Alan koulutuspaikat eivät riitä tuottamaan tarvittavaa 8-10 erikoislääkäriä/vuosi Suomessa”.*

Keskussairaaloissa on usealla alueella merkittävä vaje - puuttuu 30–50 % fysiatrien työpanoksesta. Työpanokseen vaikuttaa lisäksi osa-aikatyön merkittävä lisääntyminen.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 14



Gastroenterologia

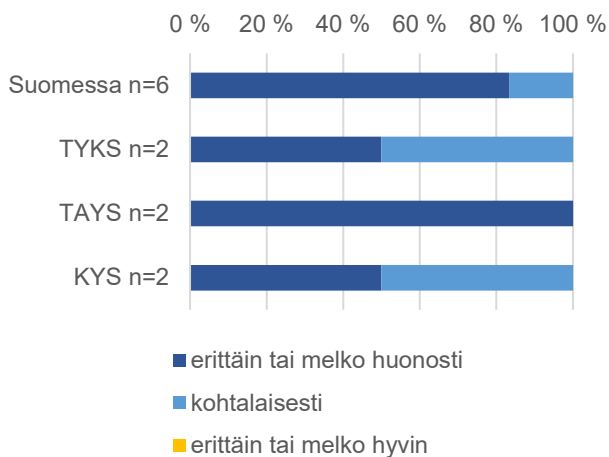
Gastroenterologian erikoislääkärimäärä on kasvanut v. 2010–2020 voimakkaasti, mutta kasvu ei jatkune tulevaisuudessa, koska alan opinto-oikeuksia on HY:a lukuun ottamatta vähän.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve on 155 erikoislääkärinä (123 % enemmän kuin nyt). Tämä edellyttäisi 6–7 valmistuvaa/vuosi.

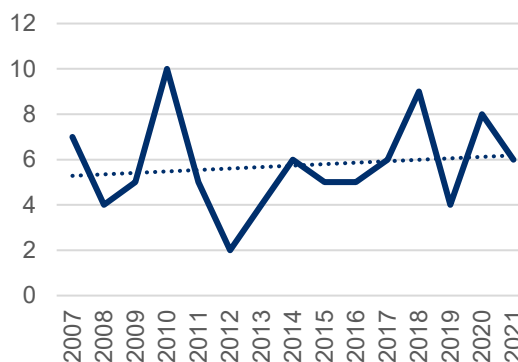
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	53	2,4	26	65	2,8	3,2	3
TYKS	24	2,7	11	30	3,3	0,9	1
TAYS	18	2,0	9	22	2,4	0,7	1
KYS	16	2,0	9	20	2,6	1,1	1
OYS	15	2,0	9	18	2,6	0,9	1
Yhteensä	126	2,3	64	155	2,8	6,7	7

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

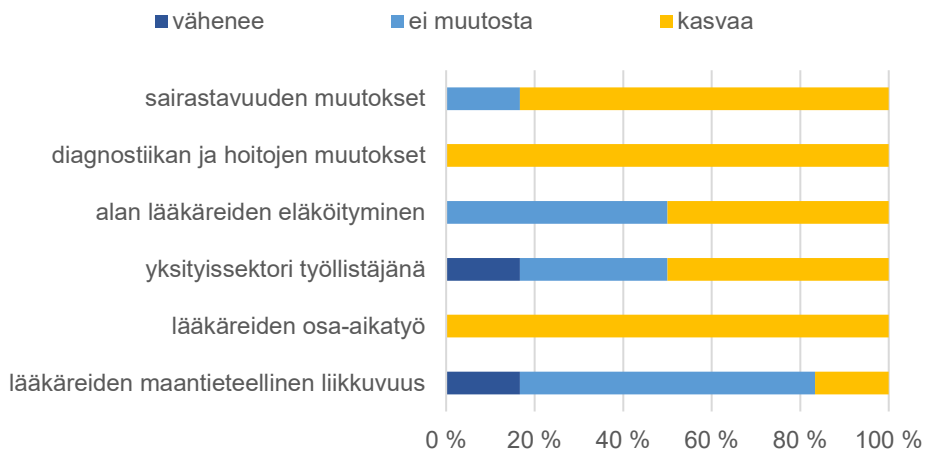


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	30 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	123 %
Opinto-oikeudet 2021	43
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	51 %

Kyselykommentti: *”Lääkäritarpeeseen vaikuttavat: Suolistosyöpien lisääntyminen, väestön ikääntyminen ja seulontojen aloittaminen. Nämä potilaat ovat usein nuoria aikuisia ja sairauden krooninen luonne huomioiden aiheuttavat huomattavaa resurssitarvetta”.*

Kouluttajien määrä on rajallinen, joten alan edustajat arvioivat, että keskussairaaloille tulee jatkossa isompi rooli alan koulutuksessa. Osa-aikatyön arvioidaan yleistyvän.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 6



Gastroenterologinen kirurgia

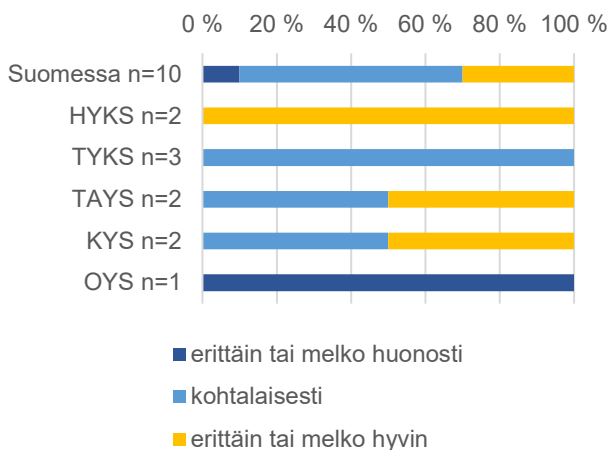
Gastrokirurgioiden määrä on lisääntynyt Suomessa 2010–2020 noin 20 % ja valmistuvia on ollut keskimäärin 11/vuosi. TYKS-erva:n erikoislääkärimäärä suhteessa väestöön on muuta maata pienempi.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve on n. 300 erikoislääkärää (115 % enemmän kuin nyt). Nykyinen koulutusmäärä (11–12/vuosi) riittää tähän tavoitteeseen.

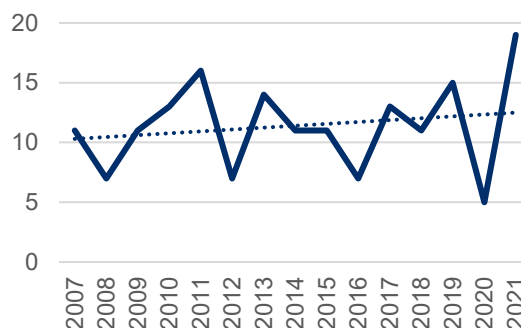
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi
HYKS	116	5,3	133	5,1	5
TYKS	32	3,6	37	0,9	1
TAYS	52	5,8	60	2,1	2
KYS	37	4,6	43	2,4	2
OYS	32	4,3	37	0,8	1
Yhteensä	269	4,9	309	11,5	11

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

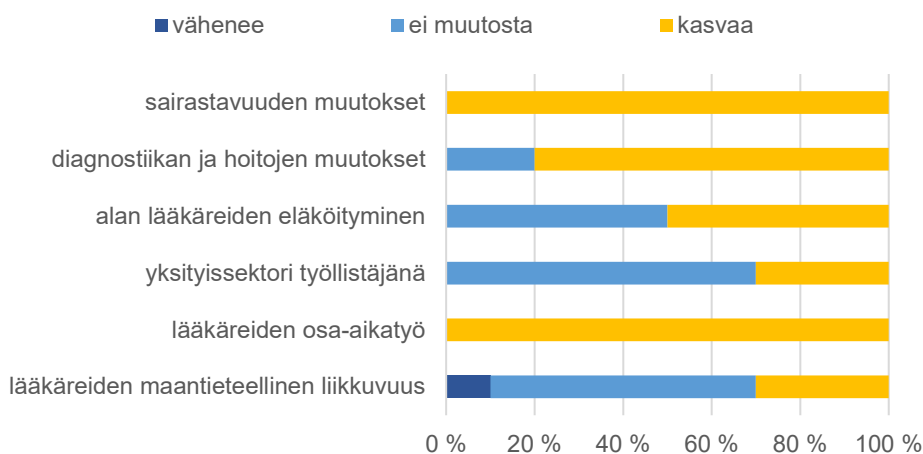


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	21 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	115 %
Opinto-oikeudet 2021	170
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	47 %

Kyselykommentti: *”Diagnostiikka, hoidontarpeen arviointi ja hoidon tarve tulevat lisääntymään väestön ikääntyessä ja pysyessä aiempaa pidempään aktiivisten toimien piirissä”.*

Alalla on paljon myönnettyjä opinto-oikeuksia ja erikoistumispaikkaa joutuu paikoin joutamaan. Päivystyskirurgia keskittyy entistä enemmän ge-kirurgiaan, joten sairaaloihin tarvitaan riittävästi kirurgeja tästä huolehtimaan. Myös työaikalain edellyttämät muutokset lisäävät päivystävien alojen lääkäritarvetta.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 10



Geriatria

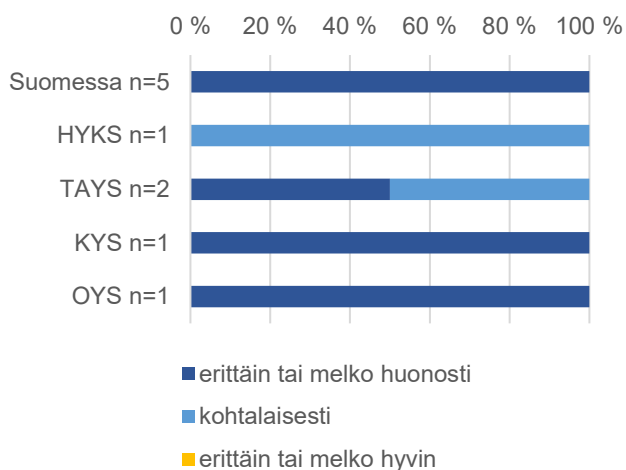
Geriatria on 2000-luvulla ollut hyvin suosittu erikoisala ja erikoislääkärimäärä on kasvanut v. 2010–2020 yli 70 %. Erikoislääkärimäärä suhteessa väestöön on kuitenkin epätasainen.

Ikääntyvä väestö on selkeä peruste geriatrien määrän kasvulle tulevaisuudessakin. Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve on n. 500 erikoislääkärinä (135 % suhteessa nykymäärään). Tämä tavoite edellyttää reilut 20 valmistuvaa geriatriaa vuosittain. Työryhmän arvio tasoittaa alueellista geriatrimäärää.

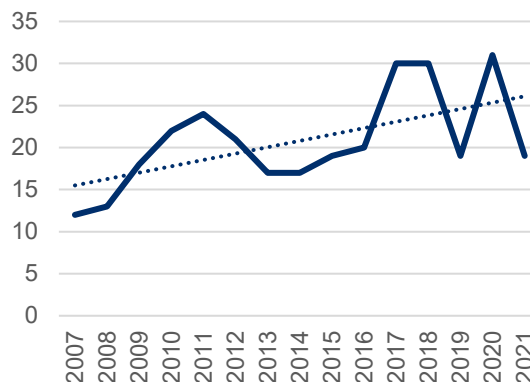
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	125	5,7	64	183	7,8	10,0	8
TYKS	54	6,0	20	78	8,8	2,5	3
TAYS	74	8,2	34	108	11,9	4,1	5
KYS	39	4,9	14	57	7,6	1,2	3
OYS	45	6,1	22	66	9,2	3,3	3
Yhteensä	337	6,1	154	492	8,8	21,1	22

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

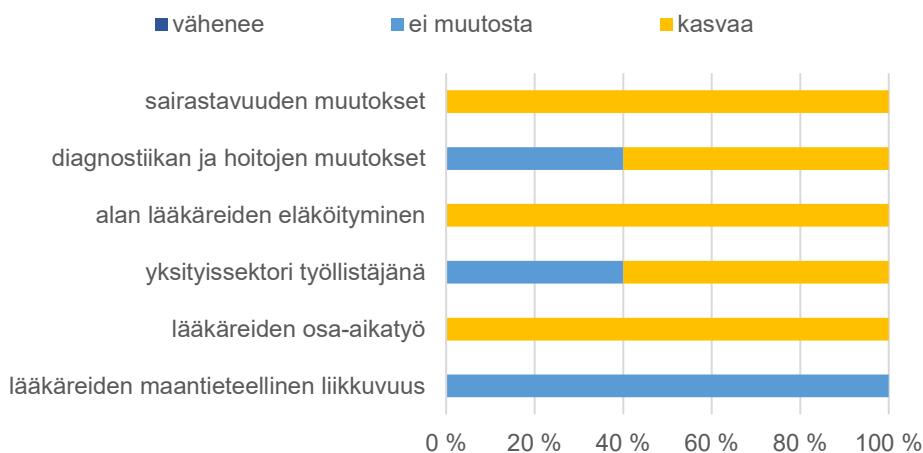


Erikoisalalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	76 %
Erikoisalalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	135 %
Opinto-oikeudet 2021	279
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	46 %
Päätoimessa osa-aikaisesti ilman sivutoimista vastaanottoa työskentelevien lääkärien osuus	17 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	111 %

Kyselykommentti: *”Erikoislääkäreiden lukumäärän lisäksi olisi väestön vanhenemiseen vuoksi syytä kiinnittää huomiota myös el-koulutusohjelmien sisältöön (geriatrian jaksot sisätaudeilla, neurologialla jne.)”.*

Merkittävä osa geriatreista työskentelee osa-aikaisesti ja trendin odotetaan kasvavan tulevaisuudessa. Tämä on huomioitu koulutustarpeen laskentapohjassa. Sairaanhoidopiirien välillä on jopa kaksinkertaisia eroja siinä, kuinka monta 75 vuotta täyttäneitä yhtä geriatria kohti on.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalalan vastaukset, n = 5



Ihotaudit

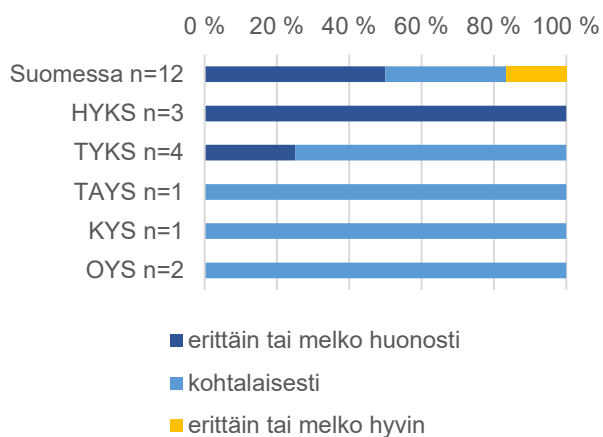
Ihotaudit on suosittu erikoisala ja alan lääkärimäärän arvioidaan pääosin vastaavan kohtalaisesti väestön tarpeita. Ala on erittäin naisvaltainen; 90 % alle 50-vuotiaista erikoislääkäreistä on naisia.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve on n. 230 erikoislääkärinä (114 % suhteessa nykymäärään). Tähän tavoitteeseen riittää 8–9 valmistuvaa vuosittain.

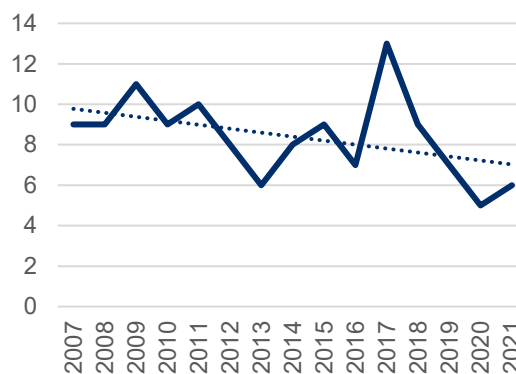
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	79	3,6	43	94	4,0	4,9	3,5
TYKS	28	3,1	15	33	3,7	1,4	1,5
TAYS	40	4,4	15	47	5,2	1,3	1
KYS	24	3,0	11	28	3,8	1,0	1
OYS	23	3,1	8	27	3,8	0,8	1
Yhteensä	194	3,5	92	229	4,1	9,5	8

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

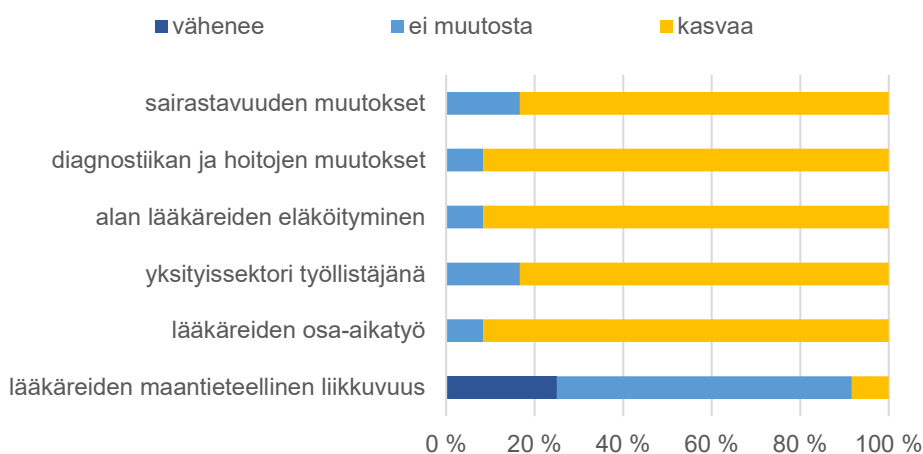


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	7 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	114 %
Opinto-oikeudet 2021	148
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	47 %
Päätoimessa osa-aikaisesti ilman sivutoimista vastaanottoa työskentelevien lääkärien osuus	18 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	107 %

Kyselykommentti: *”Keskussairaaloiden toiminta voi olla yhden erikoislääkärin varassa, joten yksiköt ovat hyvin haavoittuvia”.*

Ihotautilääkäreiden määrä on kasvanut 2010–2020 varsin maltillisesti. Lähes 20 % ihotautilääkäreistä työskentelee osa-aikaisesti. Yksityissektorin merkityksen arvioidaan kasvavan edelleen ja tämä on huomioitu alan koulutustarpeen laskentapohjassa.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 12



Infektiosairaudet

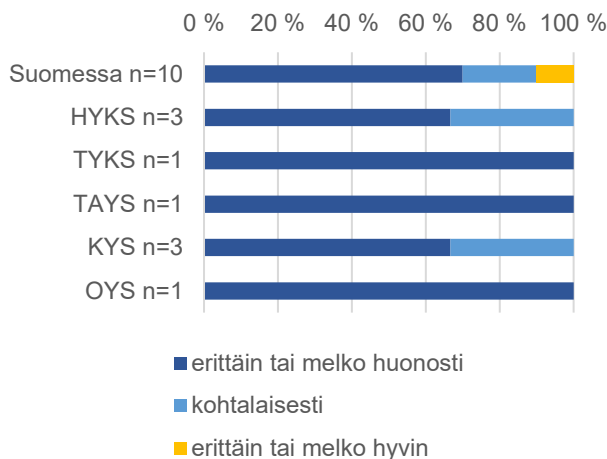
Pääosa infektiolääkäriksi hakeutuvista suorittaa ensin sisätautien erikoislääkärikoulutuksen. Erikoistumisaika on näin ollen pitkä. Hakutuminen alalle on viime vuosina ollut huolestuttavan vähäistä.

Näkemykset lääkimäärän vastaavuudesta palvelujärjestelmän tarpeisiin vaihtelevat. Jotta alan edustajien tavoitteeseen (n. 150 erikoislääkärinä v. 2035) päästäisiin, pitäisi nykypäätös lähes kaksinkertaistaa.

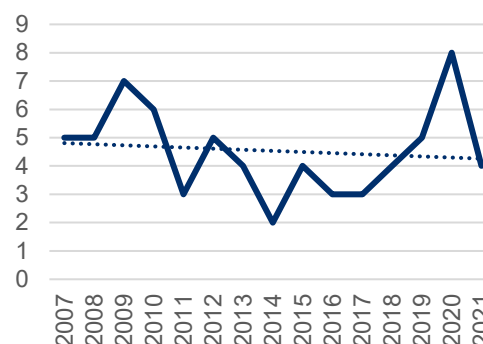
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	55	2,5	38	68	2,9	4,8	4
TYKS	17	1,9	9	21	2,4	1,1	1
TAYS	20	2,2	12	25	2,7	1,0	1
KYS	12	1,5	8	15	2,0	0,9	1
OYS	14	1,9	6	17	2,4	0,6	1
Yhteensä	118	2,1	73	146	2,6	8,4	8

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

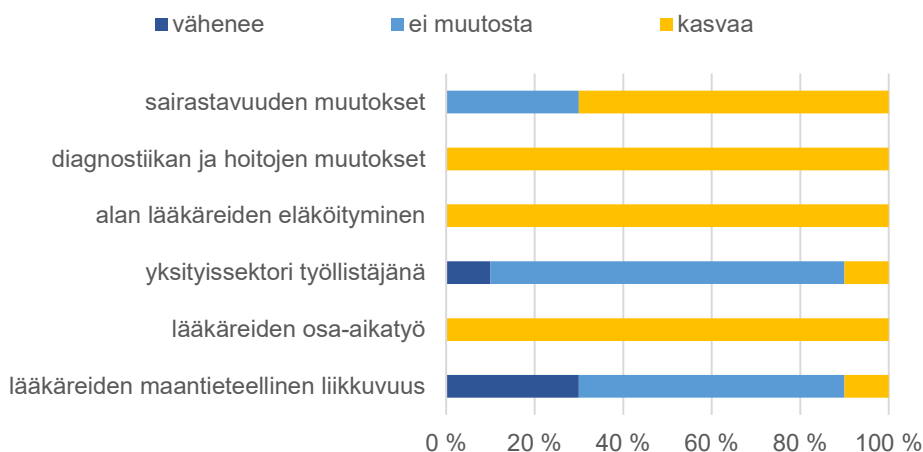


Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	36 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	123 %
Opinto-oikeudet 2021	49
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	61 %

Kyselykommentti: ”Nykyinen ja tulevat epidemiat ja pandemiat sekä lisääntyvä tarve infektioorjuntaan tulevilla hyvinvointialueilla lisäävät lääkäritarvetta”.

Infektiolääkäreiden määrä on kasvanut 2010–2020 voimakkaasti, mutta kasvu ei tulevaisuudessa jatku, sillä opinto-oikeuksia on HY:a lukuun ottamatta hyvin vähän. Voimakas eläköityminen ja osa-aikatyön lisääntyminen lisäävät koulutustarvetta.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 10



Kardiologia

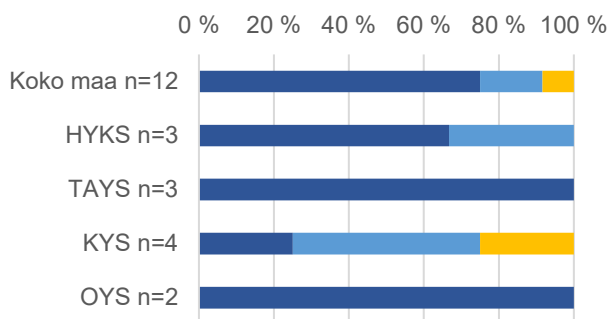
Kardiologien määrä Suomessa on kasvanut lähes 40 % v. 2010–2020 välisenä aikana ja ala on sisätautialoista selkeästi suosituin. Erva-alueiden lääkärimäärä suhteessa väestöön vaihtelee.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve on n. 360 erikoislääkärinä (125 % suhteessa nykymäärään). Tähän tavoitteeseen riittää 14–15 vuosittain valmistuvaa.

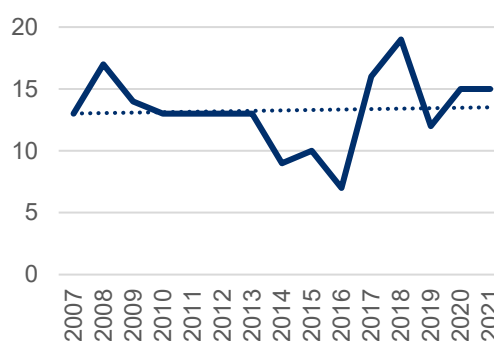
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	92	4,2	49	115	4,9	5,0	5
TYKS	44	4,9	19	55	6,2	2,1	2
TAYS	51	5,6	19	64	7,0	3,0	3
KYS	53	6,6	29	66	8,9	2,2	2
OYS	44	6,0	24	55	7,7	2,0	2
Yhteensä	284	5,1	140	356	6,3	14,3	14

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

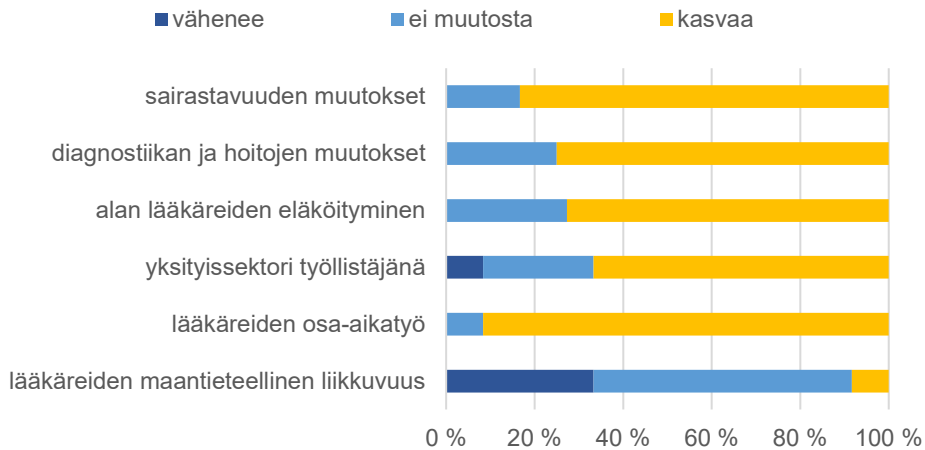


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	38 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	125 %
Opinto-oikeudet 2021	187
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	49 %

Kyselykommentti: ”Yksityisen sektorin kysynnän kasvu ja osa-aikatyön yleistyminen lisäävät lääkäritarvetta”.

Alalla on kyselyvastausten perusteella epätasapainoa yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden välillä. Koulutustarpeeseen nähden opinto-oikeuksia on melko paljon, joten erikoistumispaikkaa voi joutua jonottamaan.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 12



Keuhkosairaudet

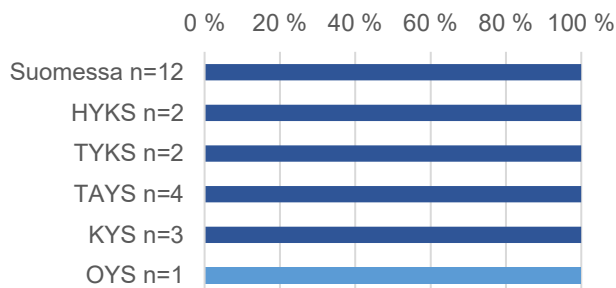
Keuhkosairauksien erikoislääkäreitä valmistui v. 2011–2016 erittäin vähän eikä lääkärimäärä tällä hetkellä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve on n. 270 erikoislääkärinä (130 % suhteessa nykymäärään). Tämän tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi 17 valmistuvaa vuosittain eli nykykoulutuksen kaksinkertaistamista. Työryhmä pitää realistisena tavoitteena n. 11-12 uutta keuhkolääkärinä vuosittain. Tällä koulutusmäärällä erikoislääkäreitä olisi v. 2035 noin 220.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	82	3,7	47	107	4,6	6,4	4
TYKS	34	3,8	18	44	5,0	2,5	2
TAYS	34	3,8	23	44	4,9	2,9	3
KYS	29	3,6	22	38	5,1	3,0	2
OYS	26	3,5	16	34	4,7	2,5	1,5
Yhteensä	205	3,7	126	267	4,8	17,3	12,5

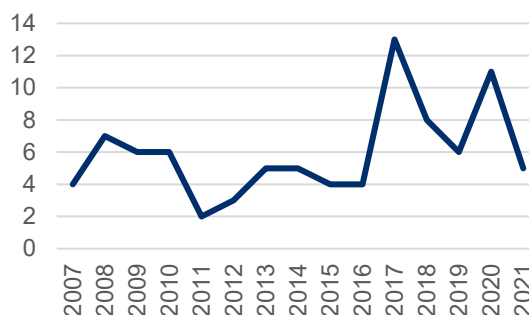
*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



- erittäin tai melko huonosti
- kohtalaisesti
- erittäin tai melko hyvin

Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

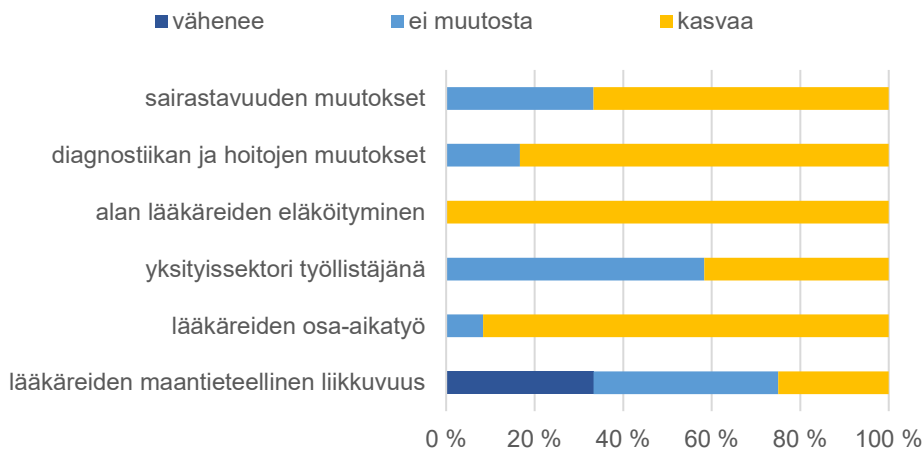


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	-2 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	130 %
Opinto-oikeudet 2012	99
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	62 %

Kyselykommentti: ”Alalla on kolminkertainen haaste: nykyisiä virkoja ei saada täytettyä, nykyiset virkamäärät eivät vastaa tämän hetken palvelutarvetta ja kysynnän kasvu on keskimääräistä nopeampaa”.

Keuhkolääkäreiden eläköitymisprosentti on erikoisaloista suurimpia. Alan opinto-oikeuksia ja HY:a ja TAU:a lukuun ottamatta vähän ja opinto-oikeuden hakupaikkoja on jäänyt täyttämättä. Lisäksi osa-aikatyön odotetaan lisääntyvän, joten alan työpanos uhkaa laskea edelleen.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 12



Kl. Farmakologia ja lääkehoito

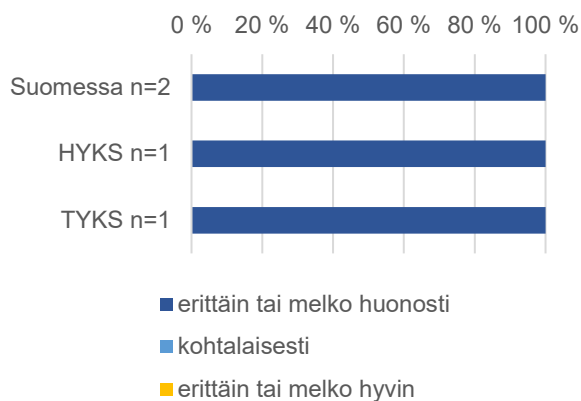
Pienen erikoisan koulutustarvetta tulee arvioida valtakunnallisesti. Kl. farmakologian erikoislääkäreitä on valmistunut 0–2 vuosittain ja erikoislääkärien määrä on vähentynyt v. 2010–2020.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve on reilut 30 erikoislääkärinä (110 % suhteessa nykymäärään). Tämän tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi 3 valmistuvaa vuosittain huomioiden kaksoistutkinnot ja osa-aikatyö.

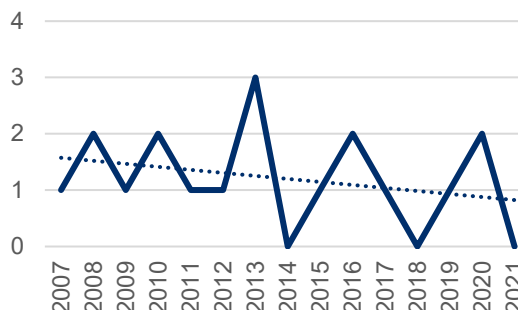
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	18	0,8	10	20	0,9	1,5	1
TYKS	5	0,6	2	6	0,7	0,3	0,5
TAYS	4	0,4	4	5	0,5	0,8	0,5
KYS	0	0,0	0	0	0,0	*	*
OYS	2	0,3	2	2	0,3	0,4	0,5
Yhteensä	29	0,5	18	33	0,6	3,0	2,5

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

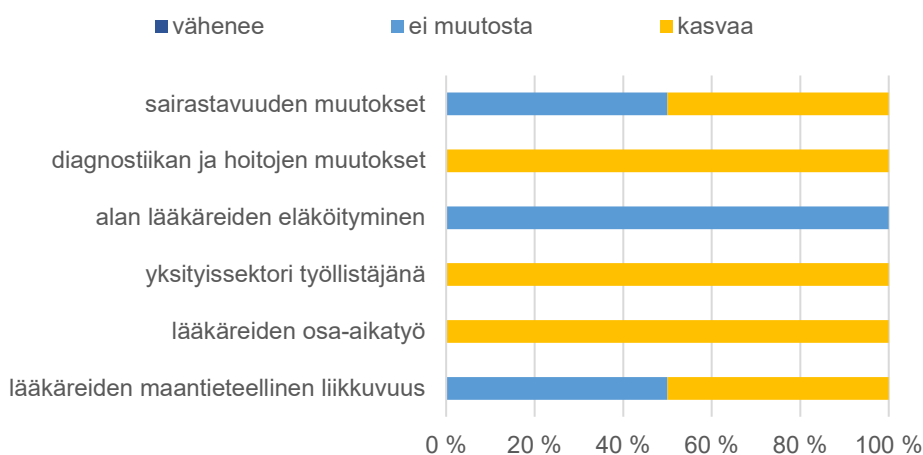


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	-6 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	110 %
Opinto-oikeudet 2021	24
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	69 %
Päätoimessa osa-aikaisesti ilman sivutoimista vastaanottoa työskentelevien lääkärien osuus	16 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	146 %

Kyselykommentti: *”Lääkehoitojen monimutkaistuminen ja yksilöllistyminen tulevat lisäämään alan erikoislääkäritarvetta”.*

Merkittävä osalla alan erikoisääkäreistä on kaksoistutkinto ja eläköitymisprosentti on erittäin korkea. Erikoislääkärihakemisto puuttuu tällä hetkellä Tampereen ja Kuopion yliopistosairaaloista. Kun alalle hakeutuvia ja opinto-oikeuksia lisäksi on vähän, tulee alan erikoislääkärimäärä todennäköisesti vähenemään myös tulevaisuudessa.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 2



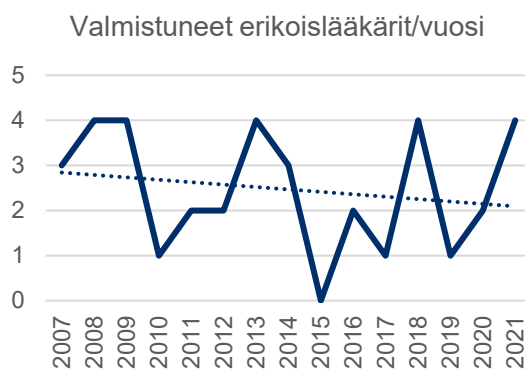
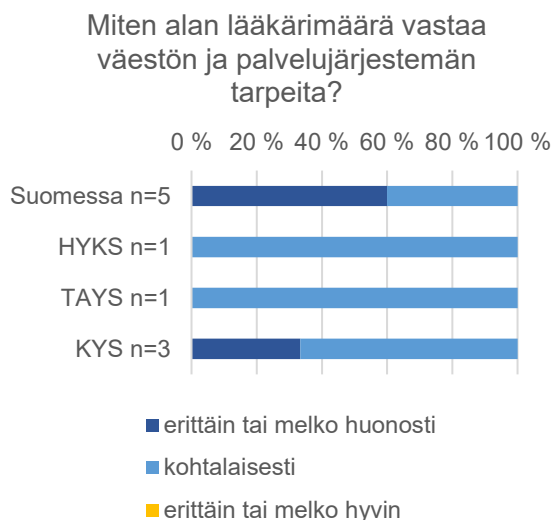
Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede

Kl. fysiologian erikoislääkärien määrä on ollut laskussa v. 2010–2020. OYS:ssa ei ole alan koulutusohjelmaa.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve olisi 76 erikoislääkärinä (123 % suhteessa nykymäärään). Tämän tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi 4–5 valmistuvaa vuosittain eli koulutusta pitäisi lisätä.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	24	1,1	12	29	1,3	1,7	1,5
TYKS	14	1,6	8	17	1,9	1,1	0,5
TAYS	13	1,4	5	16	1,7	0,5	1
KYS	9	1,1	7	11	1,5	0,8	1
OYS	2	0,3	2	2	0,3	0,3	*
Yhteensä	62	1,1	33	76	1,4	4,3	4

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

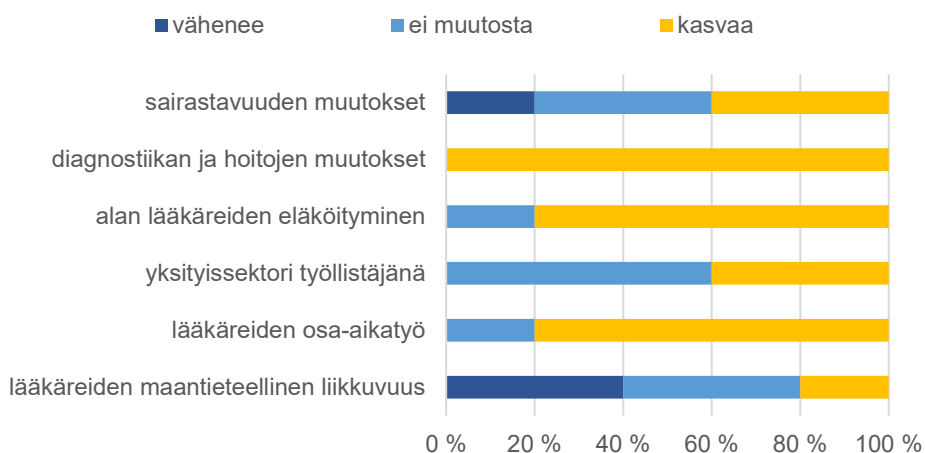


Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	-13 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	123 %
Opinto-oikeudet 2021	41
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	54 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	113 %

Kyselykommentti: ”Ala on kehittynyt voimakkaasti (molekyyli- ja fuusiokuvantaminen), ja uusille erikoislääkäreille olisi tarvetta. Yksiköt ovat pieniä”.

Osa-aikatyön arvioidaan yleistyvän tulevaisuudessa ja osa alan erikoislääkäreistä suorittaa myöhemmin myös toisen erikoisalan koulutuksen.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 5



KI. Hematologia

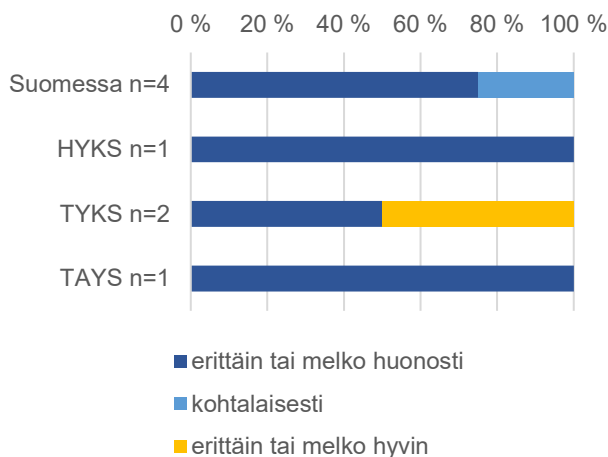
Hematologioiden määrä on kasvanut 2010–2020 voimakkaasti, mutta huomioiden alan vähäinen opinto-oikeuksien määrä HY:a lukuun ottamatta, kasvu tuskin jatkuu tulevaisuudessa. OYS-erva:n hematologimäärä on suhteessa väestöön pienempi kuin muualla Suomessa.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve olisi n. 120 erikoislääkärinä (140 % suhteessa nyky määrään). Tämän tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi vähintään 6 valmistuvaa vuosittain.

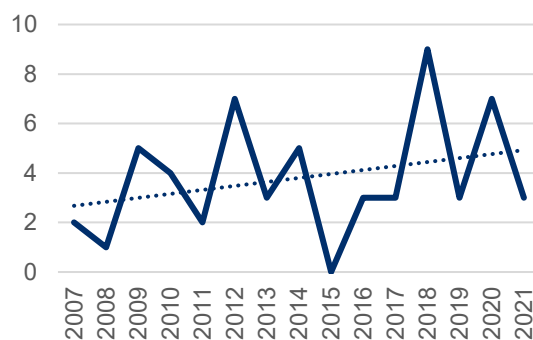
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	37	1,7	22	52	2,2	3,6	3
TYKS	13	1,4	5	18	2,0	0,5	1
TAYS	16	1,8	8	22	2,4	1,7	1
KYS	12	1,5	9	17	2,2	0,9	1
OYS	6	0,8	2	8	1,2	*	1
Yhteensä	84	1,5	46	117	2,1	6,5	7

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

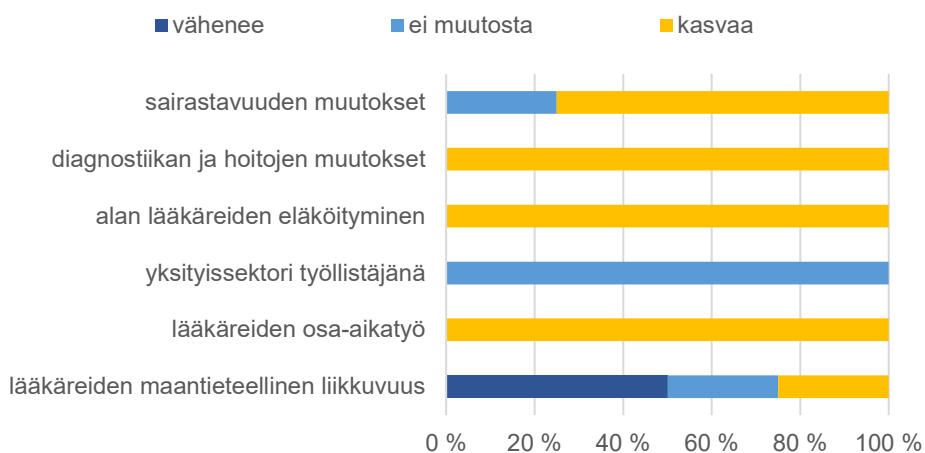


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	41 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	140 %
Opinto-oikeudet 2021	34
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	55 %

Kyselykommentti: *”Keskussairaaloissa ja osassa yo-sairaaloistakin on huomattavaa pulaa hematologeista”.*

Suurin osa hematologiksi hakeutuvista suorittaa ensin sisätautien erikoislääkärinkoulutuksen, jolloin koulutusaika on pitkä. Kun alan edustajat lisäksi arvioivat osa-aikatyön lisääntyvän voimakkaasti tulevaisuudessa, uhkaa tulevaisuudessa alan erikoislääkäripulan paheneminen.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 4



Kl. Kemia

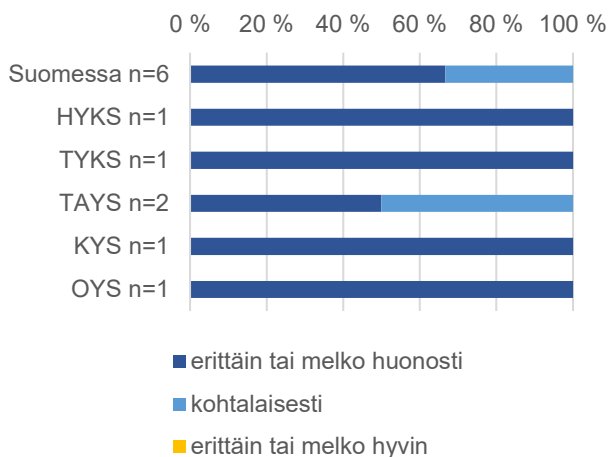
Kliinisen kemian erikoislääkärimäärä ei ole 10 vuodessa juurikaan muuttunut. Pääkaupunkiseudun ja muun Suomen välillä arvioidaan olevan jkv lääkärimäärän epätasapainoa.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve olisi noin 80 erikoislääkärinä eli nykyinen määrä. Tämän tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi vähintään 4-5 valmistuvaa vuosittain eli koulutuksen lisäämistä.

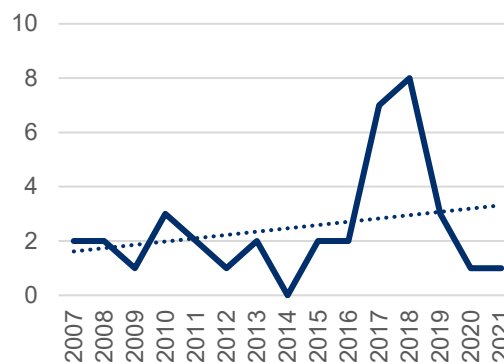
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	34	1,5	22	35	1,5	3,0	2
TYKS	16	1,8	10	16	1,8	1,4	1
TAYS	12	1,3	2	12	1,4	0,2	0,5
KYS	10	1,3	8	10	1,4	1,0	0,5
OYS	8	1,1	2	8	1,1	*	0,5
Yhteensä	80	1,4	45	82	1,5	5,8	4

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

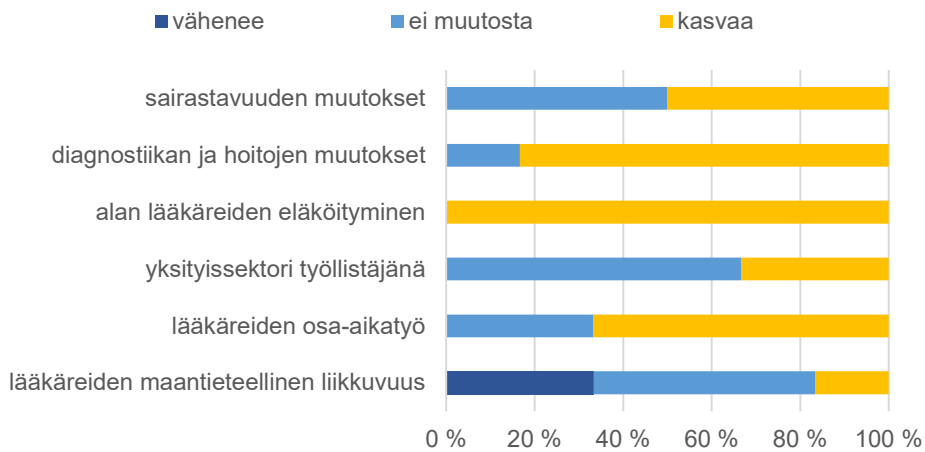


Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	1 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	102 %
Opinto-oikeudet 2021	22
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	57 %

Kyselykommentti: *”Alan houkuttelevuutta voi lisätä meneillään oleva digitalisaatio. Se tarjoaa mahdollisuuden etätöihin”.*

Erikoislääkärikunta on iäkästä ja kun alalle hakeutuvia on viime vuosina ollut varsin vähän, uhkaa lääkimäärä kääntyä laskuun tulevaisuudessa.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 6



KI. Mikrobiologia

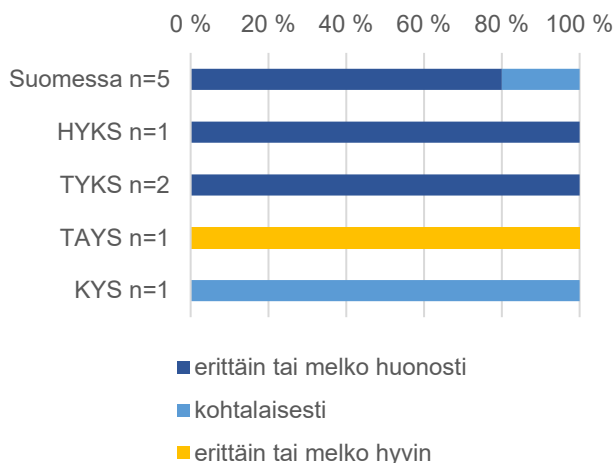
Kliinisen mikrobiologian alan erikoislääkärimäärä on vähentynyt yli 20 % v. 2010–2020 ja eläköitymisprosentti on erikoisaloista suurimpia. ERVA-alueiden lääkärimäärä suhteessa väestöön on epätasainen.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve olisi n. 70 erikoislääkärinä (108 % suhteessa nyky määrään). Tämän tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi 4-5 valmistuvaa vuosittain eli nykykoulutuksen kaksinkertaistamista.

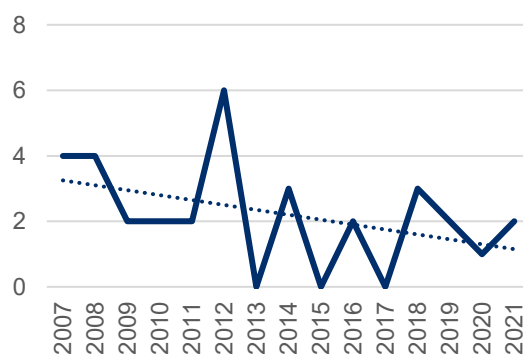
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkärit 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	30	1,4	21	32	1,4	2,9	2
TYKS	13	1,4	9	14	1,6	1,3	0,5
TAYS	8	0,9	6	9	0,9	0,8	0,5
KYS	10	1,3	9	11	1,4	1,1	0,5
OYS	2	0,3	2	2	0,3	*	0,5
Yhteensä	63	1,1	47	68	1,2	6,1	4

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

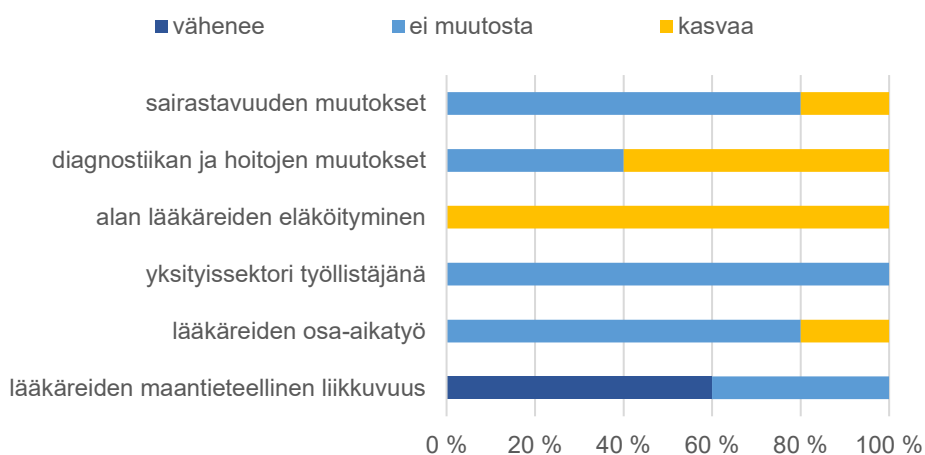


Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	-21 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	108 %
Opinto-oikeudet 2021	31
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	69 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	125 %

Kyselykommentti: *”Tieto sairauksien patogeneesistä kehittyi koko ajan, ja diagnostiikan pitää pysyä ajan tasalla. Toisaalta menetelmien kehitys tekee diagnostiikasta vähemmän työllistävää”.*

Merkittävä osa alalle valmistuvista suorittaa myöhemmin toisen erikoisalan koulutuksen. Opinto-oikeuksia on vain n. 30, joten tarvittava valmistuvien määrä ei todennäköisesti toteudu. Odotettavissa on siis alan erikoislääkärien väheneminen tulevaisuudessa.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 5



KI. Neurofysiologia

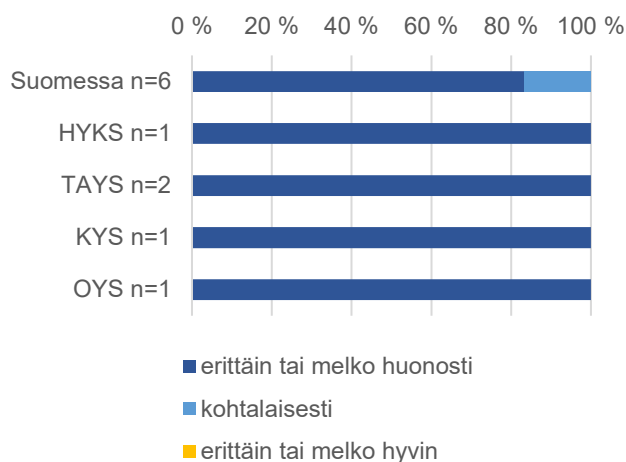
KI. neurofysiologioiden määrä suhteessa väestöön on OYS-erva:ssa muuta Suomea pienempi. Lääkärimäärä ei vastaa kyselykommenttien perusteella väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita millään alueella.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve olisi n. 110 erikoislääkärinä (140 % suhteessa nyky määrään). Tämän melko korkean tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi 6–7 valmistuvaa vuosittain eli koulutusmäärän selvää lisäystä.

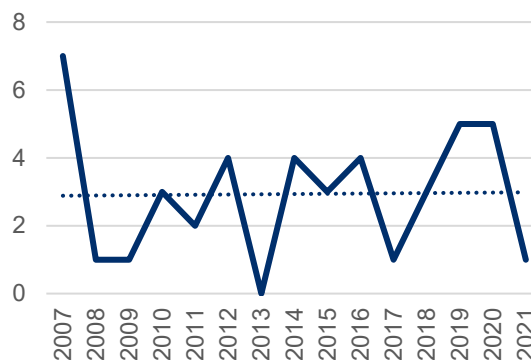
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	29	1,3	17	41	1,7	2,5	2
TYKS	14	1,6	7	20	2,2	1,1	1
TAYS	13	1,4	6	18	2,0	0,6	1
KYS	15	1,9	10	21	2,8	1,6	1
OYS	9	1,2	6	13	1,8	1,0	1
Yhteensä	80	1,4	46	112	2,0	7,0	6

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



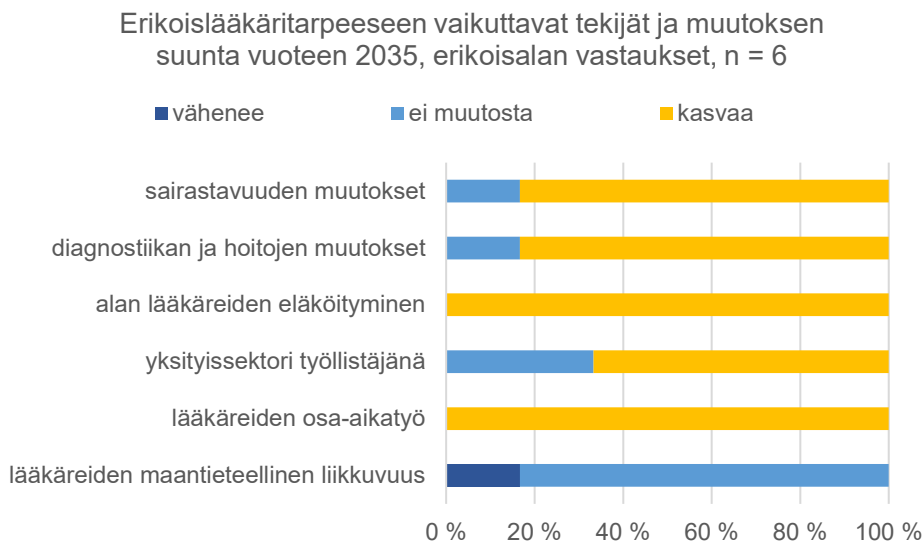
Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi



Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	11 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	140 %
Opinto-oikeudet 2021	43
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	58 %

Kyselykommentti: ”Alalla on painetta 24/7 päivystykselle (EEG-tutkimukset), joka toteutuessaan lisää erikoislääkärien tarvetta”.

Alalle hakeutuvien määrä ja olemassa olevat opinto-oikeusmäärät sekä kiihtyvä eläköityminen huomioiden koulutusmäärän lisäys tuskin toteutuu. Osa-aikatyö on myös yleistymässä, joten alan lääkäriyöpanos uhkaa vähentyä.



Korva-nenä-kurkkutaudit

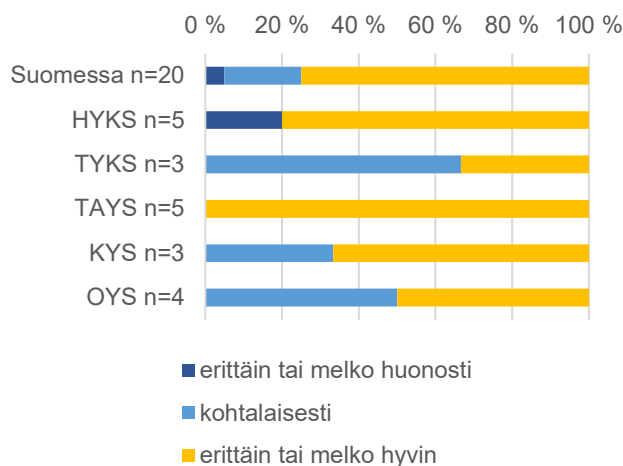
Korva-nenä-kurkkutautien erikoislääkärimäärä on kasvanut maltillisesti v. 2010–2020 eikä suurta kasvutarvetta nähdä tulevaisuudessakaan. Kyselyn perusteella lääkärimäärä vastaa varsin hyvin väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve olisi n. 360 erikoislääkärinä (107 % suhteessa nyky määrään). Noin 12 vuosittain valmistuvaa riittää turvamaan arvioitun kasvutarpeen eli koulutusta tulisi hiukan vähentää.

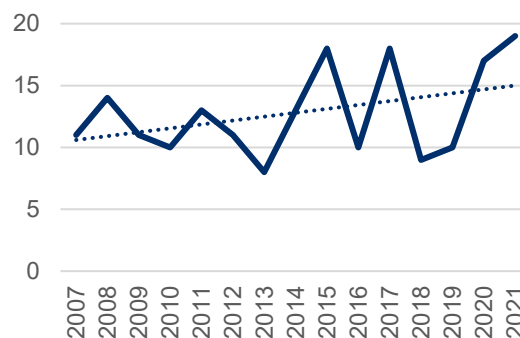
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	122	5,6	69	131	5,6	5,3	4
TYKS	60	6,7	36	64	7,2	3,3	2
TAYS	61	6,8	22	65	7,1	1,0	1,5
KYS	51	6,4	25	54	7,3	2,0	1,5
OYS	42	5,7	20	45	6,3	1,3	2
Yhteensä	336	6,1	172	359	6,4	12,9	11

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

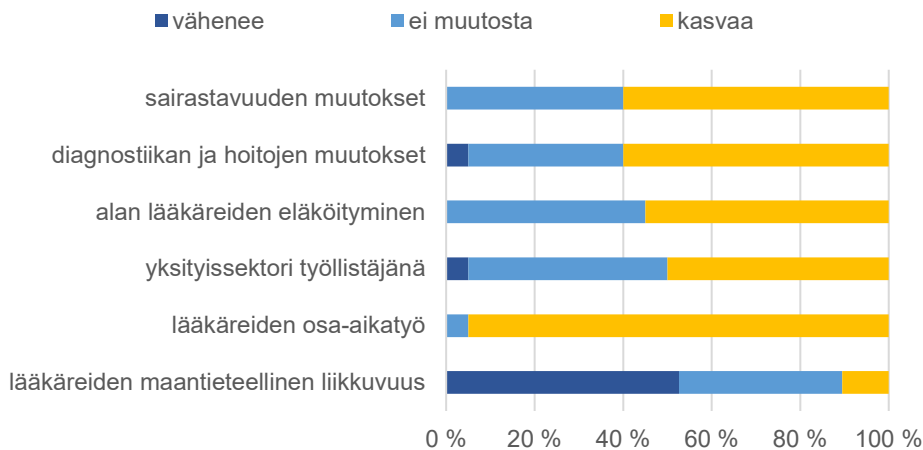


Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	3 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	107 %
Opinto-oikeudet 2021	129
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	51 %
Päätoimessa osa-aikaisesti ilman sivutoimista vastaanottoa työskentelevien lääkärien osuus	15 %

Kyselykommentti: *”Kaikkialla lääkäritilanne muutoin hyvä (jopa ylitarjontaa), mutta OYS:ssa vähäinen virkapohja”.*

Noin 15 % alan erikoislääkäreistä työskentelee osa-aikaisesti ja osa-aikatyön arvioidaan lisääntyvän tulevaisuudessa. Tämä on huomioitu koulutustarpeen laskentapohjassa. Ylikoulutuksen vaara on olemassa Etelä-Suomen osalta.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 20



Käsikirurgia

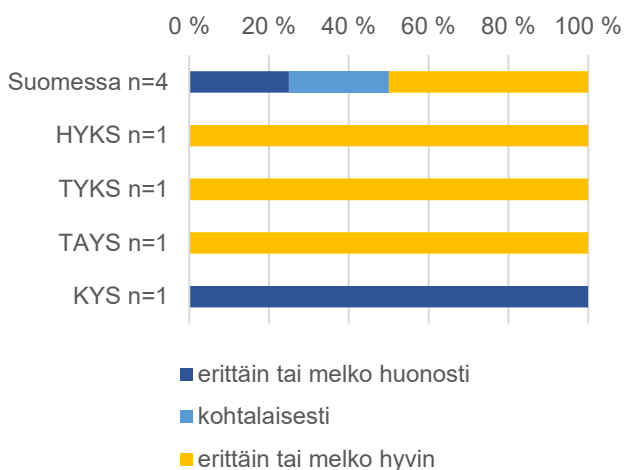
Käsikirurgia on nuori erikoisala, jonka lääkärien määrä on Suomessa kasvanut 50 % edeltävän 10 vuoden aikana. Lääkärimäärä vastaa kyselyn perusteella jo hyvin väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve olisi n. 80 erikoislääkärinä (113 % suhteessa nykymäärään). Alan eläköitymisprosentti on pieni, joten koulutusta tulisi vähentää.

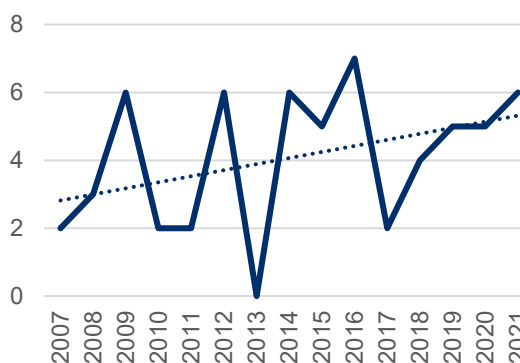
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	29	1,3	10	33	1,4	0,2	0,5
TYKS	9	1,0	4	10	1,2	0,5	0,5
TAYS	16	1,8	4	18	2,0	*	0,5
KYS	9	1,1	2	10	1,4	0,4	0,5
OYS	9	1,2	2	10	1,4	0,2	0,5
Yhteensä	72	1,3	24	81	1,4	1,2	2,5

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

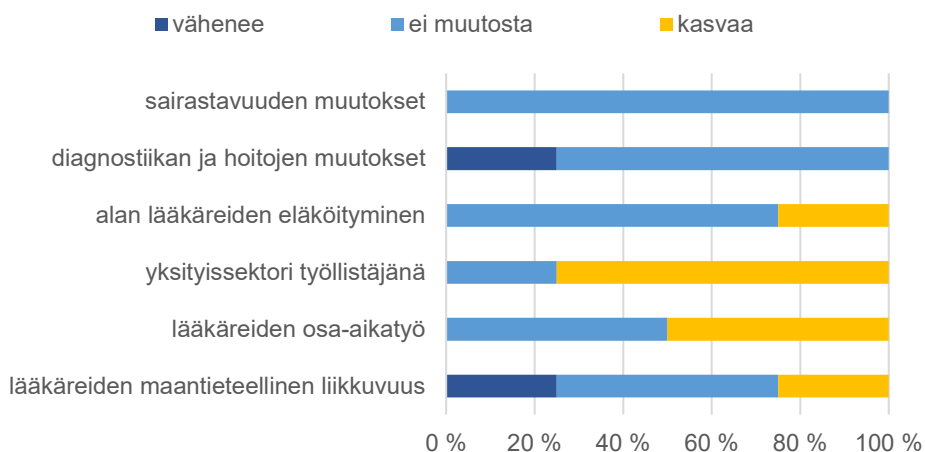


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	53 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	113 %
Opinto-oikeudet 2021	83
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	33 %

Kyselykommentti: *”Ala on varsin yliopistosairaalakeskeistä. Osa-aikatyö palvelee systeemiä, koska päivystystä varten tarvitaan enemmän lääkäreitä, kuin päivätyötä varten olisi töitä”.*

Alalle myönnettyjen opinto-oikeuksien määrä on suuri koulutustarpeeseen nähden, joten erikoistumispaikkaa joutuu jonottamaan. Sairastavuudessa, diagnostiikassa tai hoitomuodoissa ei odoteta tapahtuvan merkittäviä muutoksia.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 4



Lastenkirurgia

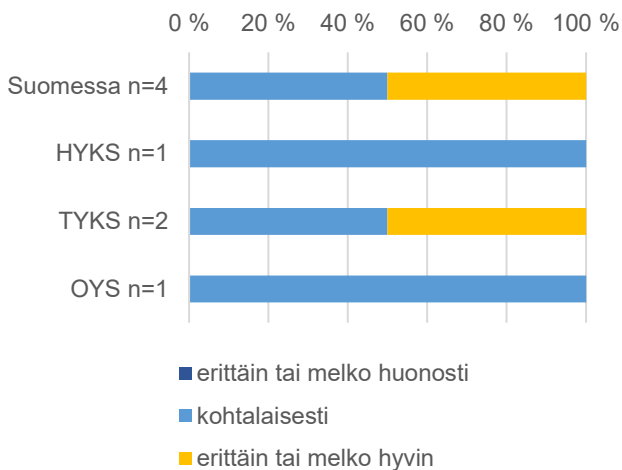
Alan edustajien näkemyksen mukaan lastenkirurgien määrä vasta melko hyvin väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita. Kasvutarve on tulevaisuudessa maltillinen.

Alan edustajat arvioivat, että v. 2035 tarve olisi n. 70 erikoislääkärinä (110 % suhteessa nykymäärään). Alan eläköitymisprosentti on pieni, noin 2 vuosittain valmistuvaa riittää arvioituun lääkäritarpeeseen.

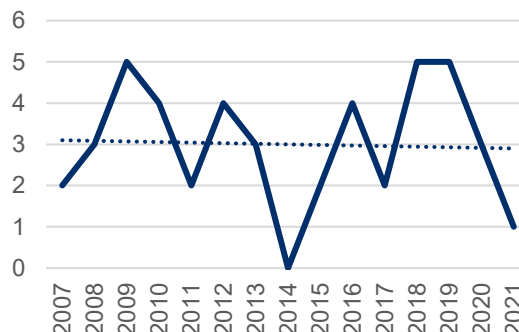
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	22	1,0	11	24	1,0	1,1	1
TYKS	13	1,4	2	14	1,6	*	*
TAYS	8	0,9	2	9	1,0	*	*
KYS	7	0,9	2	8	1,0	*	*
OYS	10	1,4	5	11	1,5	0,6	0,5
Yhteensä	60	1,1	24	66	1,2	1,7	2

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

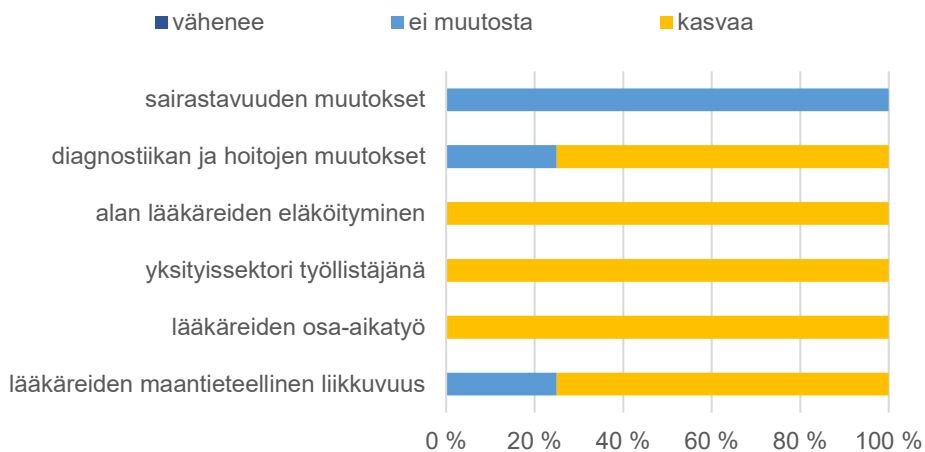


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	17 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	110 %
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	39 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	118 %

Kyselykommentti: *”Alan kehittyminen on johtanut/johtamassa alan sisäiseen erikoistumiseen, joten yo-sairaaloissa tarvitaan lasten ortopedian, gastrokirurgian ja neonataliikirurgian päivystäjät erikseen”.*

Merkittävä osa ala erikoislääkäreistä suorittaa myöhemmin toisen alan tutkinnon ja osa-aikatyön tekeminen yleistyy. Myös yksityissektorin merkityksen työllistäjänä nähdään kasvavan. Tämä on huomioitu työryhmän koulutustarvearviossa.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 4



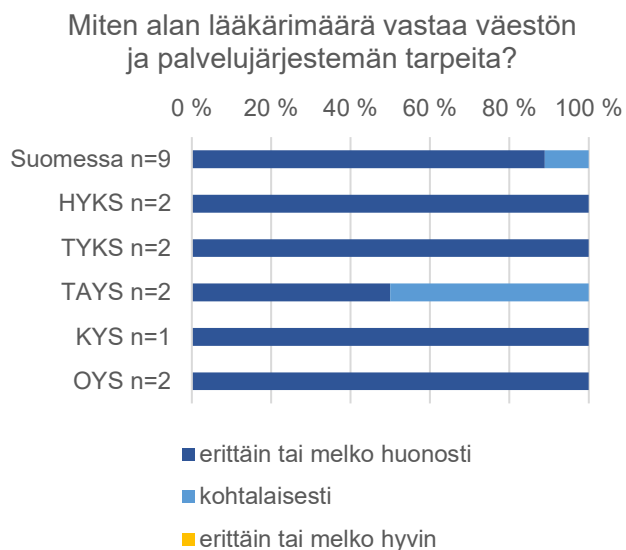
Lastenneurologia

Alan erikoislääkärimäärä on kasvanut v. 2010–2020 vain 10 % eikä kyselykommenttien perusteella vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita. Alalle hakeutuvia on viime vuosina ollut huolestuttavan vähän.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarve olisi yli 100 lastenneurologia (115 % suhteessa nykymäärään). Tämä edellyttäisi vähintään 6 valmistuvaa vuosittain.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	43	2,0	26	50	2,1	2,9	3
TYKS	12	1,3	4	14	1,5	0,1	0,5
TAYS	15	1,7	8	17	1,9	0,9	1
KYS	13	1,6	7	15	2,0	0,8	1
OYS	9	1,2	5	10	1,5	0,5	1
Yhteensä	92	1,7	50	106	1,9	5,2	6,5

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7



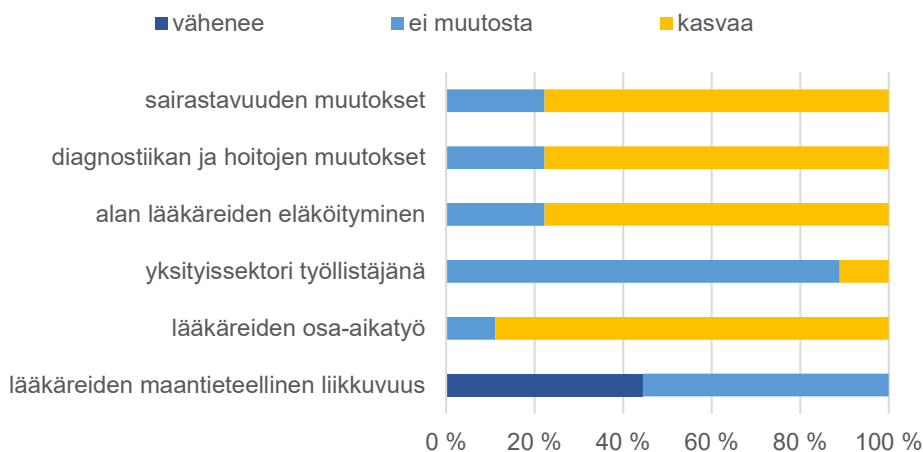
Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	10 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	115 %
Opinto-oikeudet 2021	57
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	54 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	117 %

Kyselykommentti: *”Mikäli lastenneurologialla pystyttäisiin keskittymään vaativan erikoissairaanhoidon tarpeessa olevien potilaiden hoitoon, olisi nykyinen erikoislääkärien määrä aivan riittävä”.*

Alan edustajien näkemyksen mukaan alan lääkäritarvetta lisäävät erityisesti konsultaatiot lasten- ja nuorisopsykiatrialta ja perusterveydenhuollosta.

Merkittävä osa alan erikoislääkäreistä suorittaa myöhemmin toisen alan koulutuksen. Lisäksi osa-aikatyön tekeminen yleistyy. Tämä on huomioitu koulutustarpeen laskentapohjassa.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 9



Lastenpsykiatria

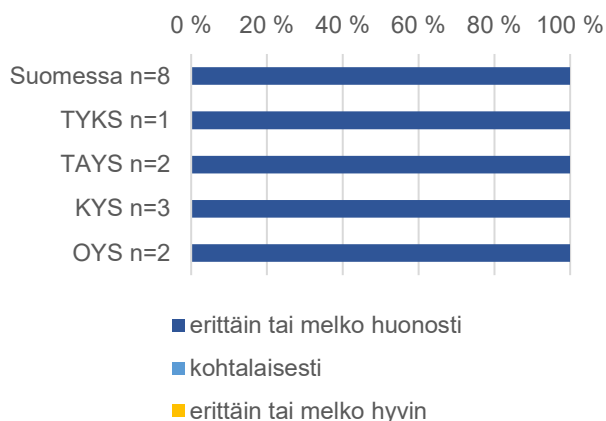
Lastenpsykiatrian tilanne on huolestuttava. Alan lääkärimäärä ei tällä hetkellä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita. Suomeen tarvittaisiin alan edustajien näkemysten mukaan 100 lastenpsykiatria enemmän v. 2035.

Tämä edellyttäisi n. 25 valmistuvaa vuosittain huomioiden alalla yleinen osa-aikatyö. Näin suureen koulutusmäärään ei tulla pääsemään, sillä alalle hakeutuvien määrä on ollut viime vuosina pieni ja valmistuvia on ollut alle 10 vuosittain.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	76	3,5	54	113	4,8	9,4	6
TYKS	35	3,9	22	52	5,8	3,9	3
TAYS	44	4,9	30	65	7,2	5,1	4
KYS	30	3,8	17	44	5,9	3,2	3
OYS	28	3,8	18	41	5,8	3,3	3
Yhteensä	213	3,8	141	315	5,6	24,8	19

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

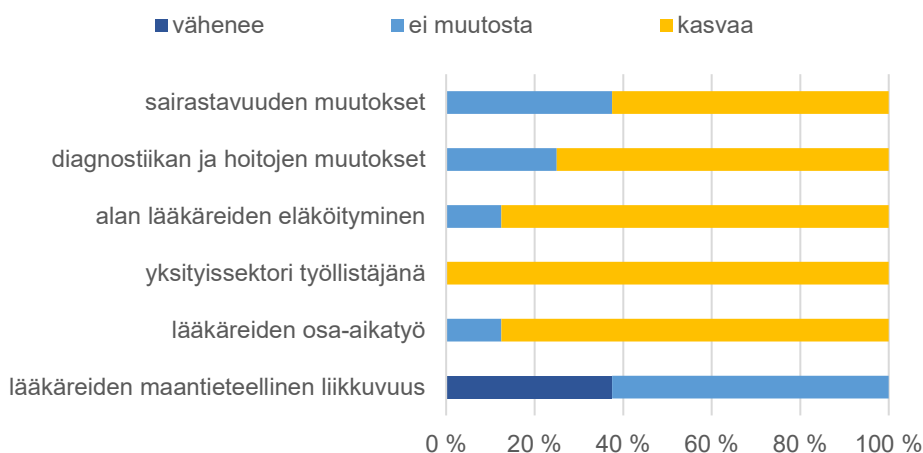


Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	4 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	140 %
Opinto-oikeudet	113
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	66 %
Päätoimessa osa-aikaisesti ilman sivutoimista vastaanottoa työskentelevien lääkärien osuus	22 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	113 %

Kyselykommentti: *”Etelä-Suomi vetää nuoria lääkäreitä, Pohjois-Suomi on suurissa vaikeuksissa. Virat ovat tyhjillään”.*

Edellä kuvatun tilanteen lisäksi alan eläköitymisprosentti on suuri ja ala on vahvasti naisvaltainen. Työryhmän koulutustarvetavoitteeseenkaan siis tuskin päästään. **Lastenpsykiatrien määrä ja työpanos tulee siis vähentämään tulevaisuudessa merkittävästi** yksityissektorin kasvattaessa lisäksi suosiotaan. Muut erikoisalajat ja ammattiryhmät joutuvat ottamaan suurempaa vastuuta lastenpsykiatristen potilaiden hoidosta.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 8



Lastentaudit

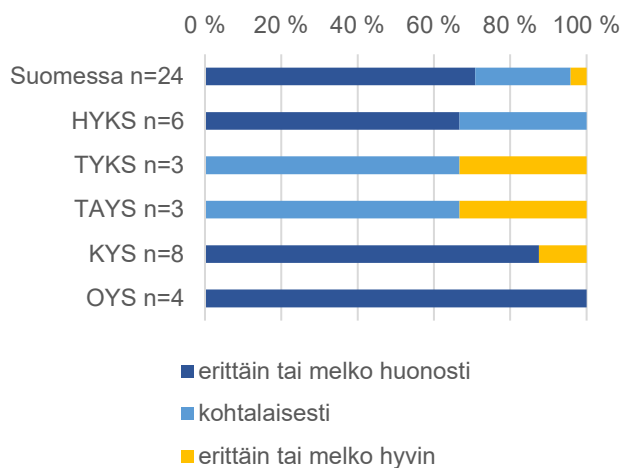
Lastenlääkärien määrä on kasvanut v. 2010–2020 yli 20 % ja valmistuvien määrä on viime vuosina ollut yli 30/vuosi. Lastentautien alan edustajien näkemykset lääkimäärän vastaavuudesta väestön ja palvelujärjestelmän tarpeisiin vaihtelevat. Myös lääkimäärä suhteessa väestöön vaihtelee ERVA-alueilla.

Alan edustajat arvioivat, että v. 2035 tarvittaisiin n. 100 lastenlääkärinä nykyistä enemmän (115 % suhteessa nykymäärään). Tämän saavuttamiseen tarvitaan n. 27–28 valmistuvaa vuosittain.

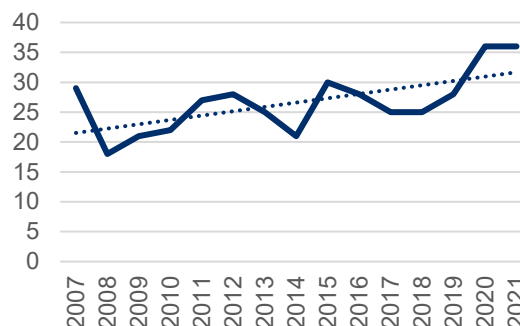
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	281	12,8	148	324	13,8	15,2	12
TYKS	114	12,7	58	131	14,7	5,3	5
TAYS	100	11,1	47	115	12,7	3,8	4
KYS	79	9,9	33	91	12,1	1,9	3
OYS	77	10,5	38	89	12,4	1,9	3
Yhteensä	651	11,8	324	749	13,4	28,2	27

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

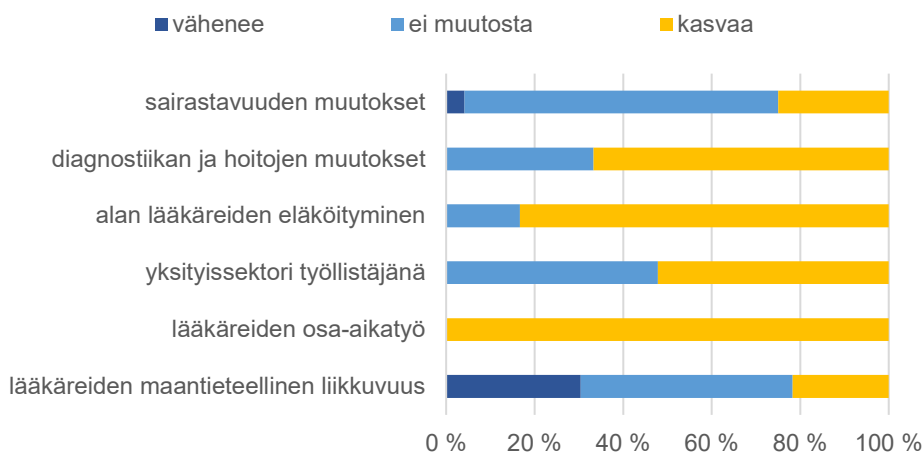


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	21 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	115 %
Opinto-oikeudet 2021	306
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	50 %
Päätoimessa osa-aikaisesti ilman sivutoimista vastaanottoa työskentelevien lääkärien osuus	17 %

Kyselykommentti: *”Lasten määrä vähenee tulevaisuudessa, joka saattaa vähentää pediatrien tarvetta.”*

Työryhmä pitää alan edustajien tarvearvioita melko korkeana, mutta osa-aikatyö lastenlääkäreiden keskuudessa lisääntynee, joten työpanos ei välttämättä kasva. Tämä on huomioitu koulutustarpeen laskentapohjassa. Alalla on paljon myönnettyjä opinto-oikeuksia, joten erikoistumispaikkaa voi joutua jonottamaan.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 24



Liikuntalääketiede

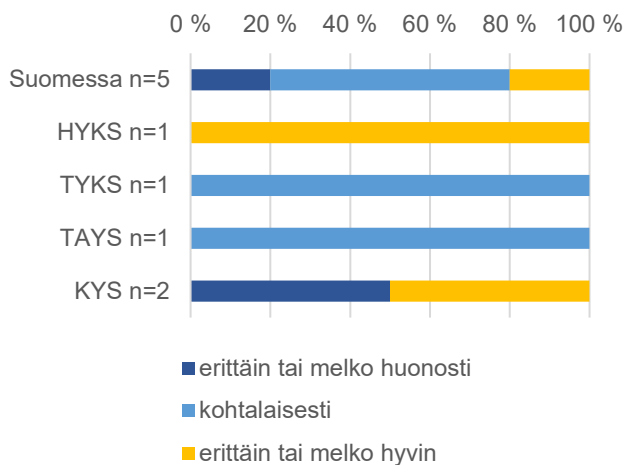
Liikuntalääketiede on pieni erikoisala, jonka koulutustarvetta tulee arvioida valtakunnallisesti. Viime vuosina (2015–2020) erikoislääkärimäärä on kasvanut ja vastaa jo pääosin väestön ja palvelujärjestelmän nykytarvetta.

Alan edustajien arvion mukaan lääkäritarve on v. 2035 noin 40 alan erikoislääkärinä. Tämän saavuttaminen edellyttäisi koulutusmäärän lisäämistä.

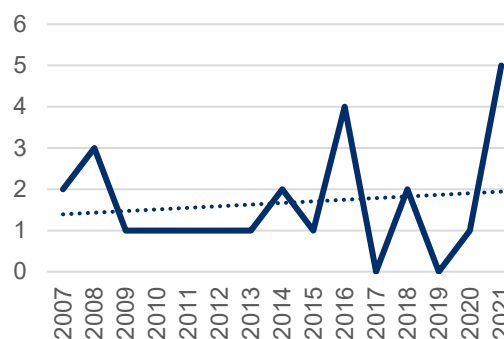
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	12	0,5	6	17	0,7	1,8	1
TYKS	2	0,2	2	3	0,3	0,3	0,5
TAYS	6	0,7	4	9	0,9	0,7	0,5
KYS	6	0,8	5	9	1,2	1,1	0,5
OYS	4	0,5	2	6	0,8	0,3	0,5
Yhteensä	30	0,5	18	43	0,8	3,9	3

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

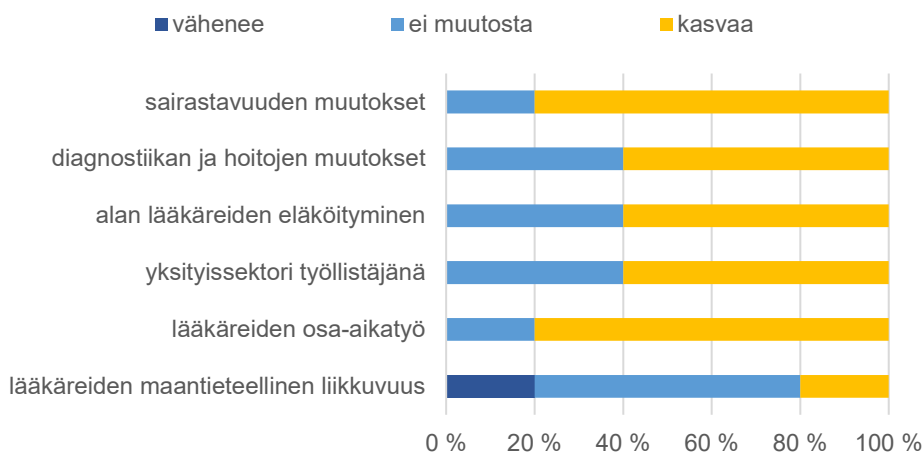


Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	-3 %
Erikoisalan näkemys koulutustarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	135 %
Opinto-oikeudet 2021	50
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	61 %
Päätoimessa osa-aikaisesti ilman sivutoimista vastaanottoa työskentelevien lääkärien osuus	29 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	153 %

Kyselykommentti: ”Yhdessäkään yliopistosairaalassa ei ole liikuntalääketieteen klinikkaa. Yli puolet koulutuksesta tapahtuu palvelujärjestelmän ulkopuolella, jossa rahoitus ja muut resurssit ovat puutteelliset”.

Alan edustajien näkemys lääkäritarpeesta v. 2035 on korkeahko, mutta lähes kolmannes alan erikoislääkäreistä tekee osa-aikatyötä ja lisäksi suorittaa toisen alan koulutuksen. Tämä on huomioitu koulutustarpeen laskentapohjassa. Opinto-oikeuden omaavia on HY:ta lukuun ottamatta vähän.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 5



Naistentaudit ja synnytykset

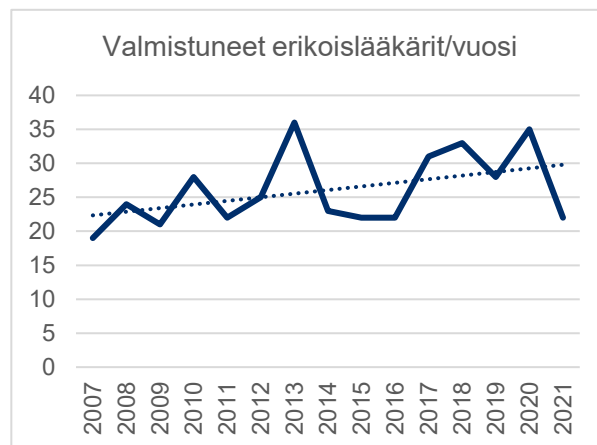
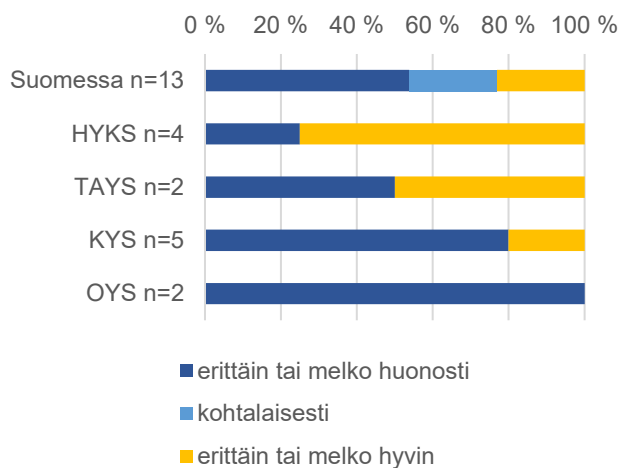
Naistentautien erikoislääkärimäärä on 2000-luvulla kasvanut melko maltillisesti, noin 1 %:n vuosivauhtia. Lääkärien työpanosta vähentää alan voimakas naisvaltaisuus ja lisäksi osa-aikatyö yleistyy. Näkemykset lääkärimäärän vastaavuudesta väestön ja palvelujärjestelmän tarpeisiin vaihtelevat, vaikka lääkärimäärä suhteessa väestöön on varsin tasainen eri puolilla Suomea.

Alan edustajien arvion mukaan lääkäritarve on v. 2035 noin 790 erikoislääkärä (118 % suhteessa nyky määrään). Tämän saavuttamiseen riittää n. 30 valmistuvaa vuosittain.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	275	12,5	135	325	13,9	12,8	10
TYKS	106	11,8	59	126	14,1	6,3	5
TAYS	103	11,4	43	121	13,4	3,0	5
KYS	91	11,4	38	107	14,3	4,3	4
OYS	90	12,2	41	106	14,8	3,8	4
Yhteensä	665	12,0	316	786	14,0	30,3	28

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

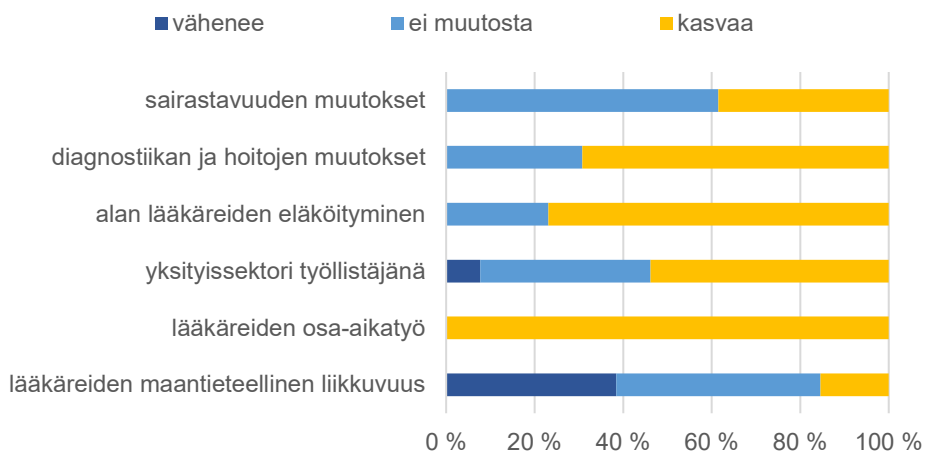


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	7 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	118 %
Opinto-oikeudet 2021	274
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	48 %

Kyselykommentti: *”Erikoislääkäreistä on paikoin jopa ylitarjontaa. Toisaalta maakuntien keskussairaaloihin ei kaikkialla riitä erikoislääkäreitä, virkoja on täyttämättöminä”.*

Alan eläköitymisprosentti ei ole kovin korkea. Myönnettyjä opinto-oikeuksia on melko paljon, joten tavoitteeseen n. 30 valmistuvasta vuosittain todennäköisesti päästään. Työaikalain muutokset ja päivystysasetus lisäsivät erikoislääkärien tarvetta merkittävästi ja työsidonnaisuus lisääntyi. Synnytysten keskittäminen vaikuttaa alueellisesti erikoislääkäritarpeeseen.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 13



Nefrologia

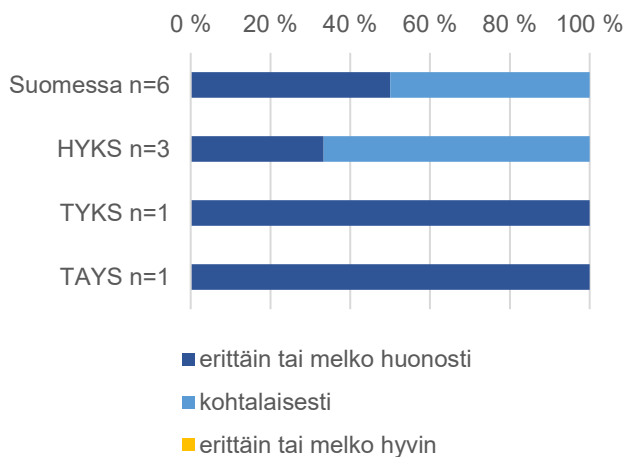
Alalle valmistuvien määrä on ollut hienoisessa nousussa ja erikoislääkärimäärä on kasvanut v. 2010–2020 noin 20 %. Nefrologien määrä ei kuitenkaan kaikilla alueilla vastaa tällä hetkellä väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita.

Eläkeiän saavuttavien määrä on suuri ja alan edustajien tavoite n. 115 erikoislääkäristä (125 % suhteessa nykymäärään) v. 2035 edellyttäisi noin 7 valmistuvaa vuosittain eli koulutusta pitäisi lisätä.

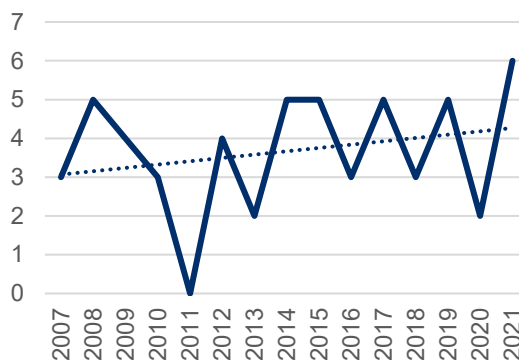
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v * 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	32	1,5	21	40	1,7	2,5	3
TYKS	20	2,2	12	25	2,8	1,4	1
TAYS	15	1,7	9	19	2,1	0,8	1
KYS	14	1,8	13	18	2,4	1,7	1
OYS	10	1,4	7	13	1,7	0,8	1
Yhteensä	91	1,6	62	114	2,0	7,1	7

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



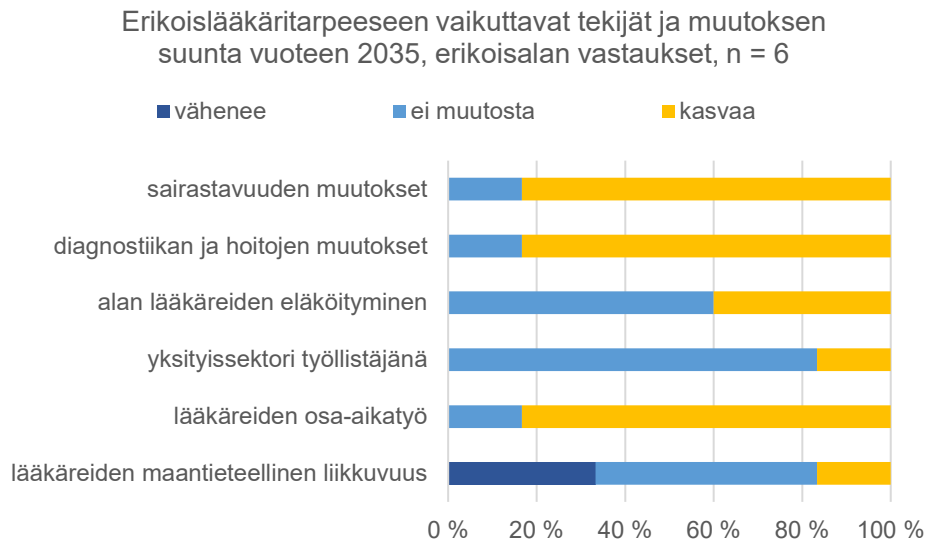
Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi



Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	22 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	125 %
Opinto-oikeudet 2021	26
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	68 %

Kyselykommentti: *”Sairastavuus lisääntyy, CKD-potilaiden osuus tulee kasvamaan arviolta 30 % seuraavan 10-15 v. aikana”.*

Suurin osa nefrologiksi hakeutuvista suorittaa ensin sisätautien erikoislääkäriskoulutuksen, joten koulutusaika on pitkä. Opinto-oikeuksia on vähän, joten tavoiteltua erikoislääkimäärän kasvua tuskin tulevaisuudessa saavutetaan.



Neurokirurgia

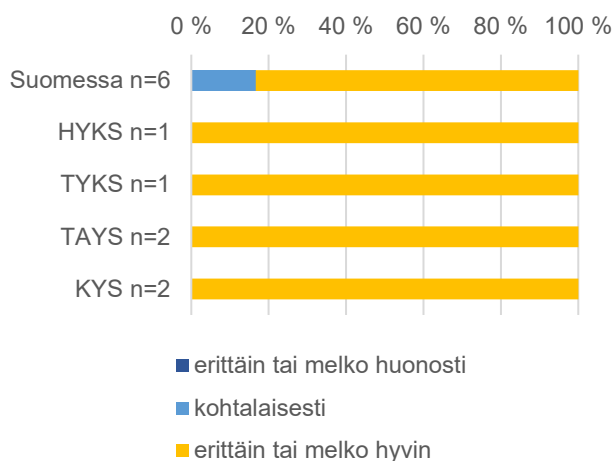
Neurokirurgien määrässä on tapahtunut viimeisten 10 vuoden aikana merkittävä kasvu: työikäisten alan erikoislääkärien määrä on kasvanut lähes 40 %. Erikoislääkärimäärä vastaa kyselyvastausten perusteella tällä hetkellä hyvin väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita.

Alan edustajien arvion mukaan lääkäritarve on v. 2035 reilut 90 erikoislääkärinä (109 % suhteessa nykymäärään). Tämän saavuttamiseen riittää 2–3 valmistuvaa vuosittain.

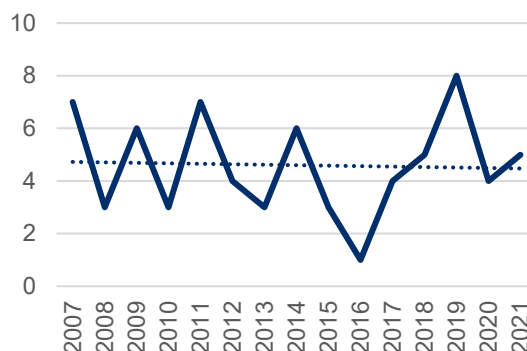
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	26	1,2	10	28	1,2	0,5	1
TYKS	18	2,0	5	20	2,2	*	0,5
TAYS	14	1,6	6	15	1,7	0,5	0,5
KYS	18	2,3	6	20	2,6	0,3	0,5
OYS	11	1,5	4	12	1,7	0,2	0,5
Yhteensä	87	1,6	31	94	1,7	1,4	3

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

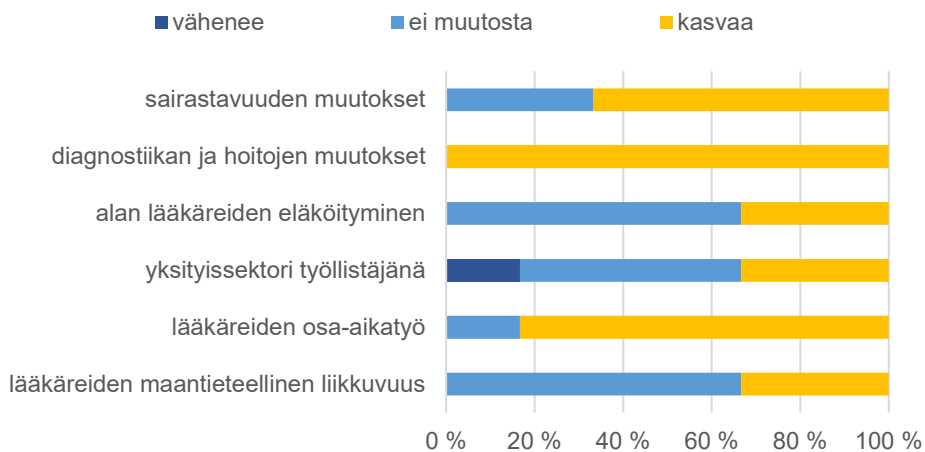


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	37 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	109 %
Opinto-oikeudet 2021	37
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	37 %

Kyselykommentti: ”*Neurokirurgia on lähes yksinomaan yo-sairaaloiden erikoisala ja jokainen yo-sairaala kouluttaa omaan tarpeeseensa. Pienehköllä erikoisalalla äkilliset muutokset voivat johtaa kuitenkin työvoimavajeeseen.*”

Alan eläköitymisprosentti on pieni ja opinto-oikeuksia on suhteessa koulutustarpeeseen melko paljon. Väestön ikääntyminen lisää lääkäritarvetta ja myös osa-aikatyö voi yleistyä. Tämä on huomioitu työryhmän koulutustarvearviossa.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 6



Neurologia

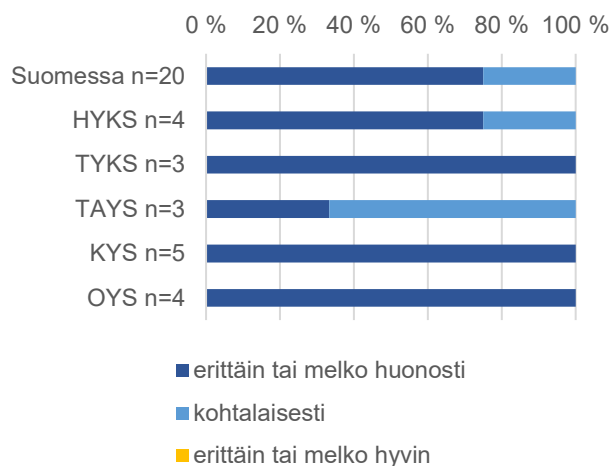
Neurologian erikoislääkäritarve kasvaa väestön ikääntyessä. Vuosina 2010–2020 kasvu on kuitenkin ollut vain 10 % eikä alan lääkimäärä vastaa tällä hetkellä väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita. OYS-ervan:n lääkimäärä on suhteessa väestöön muita alueita pienempi.

Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvittaisiin yli 400 neurologia (130 % suhteessa nykymäärään). Tämän saavuttaminen edellyttäisi n. 20 valmistuvaa vuosittain eli koulutusta pitäisi lisätä.

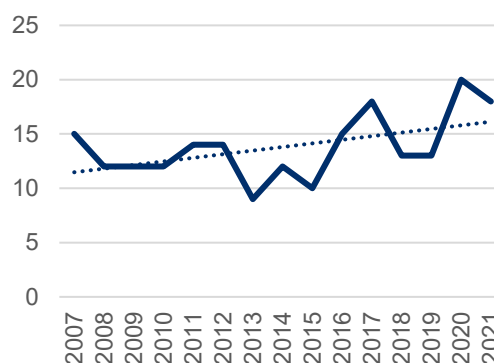
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	147	6,7	80	183	7,8	9,3	7
TYKS	52	5,8	23	65	7,3	1,7	2,5
TAYS	54	6,0	32	67	7,4	3,8	3,5
KYS	46	5,8	26	57	7,7	2,8	2,5
OYS	36	4,9	20	45	6,3	2,9	3
Yhteensä	335	6,1	181	417	7,4	20,5	18,5

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

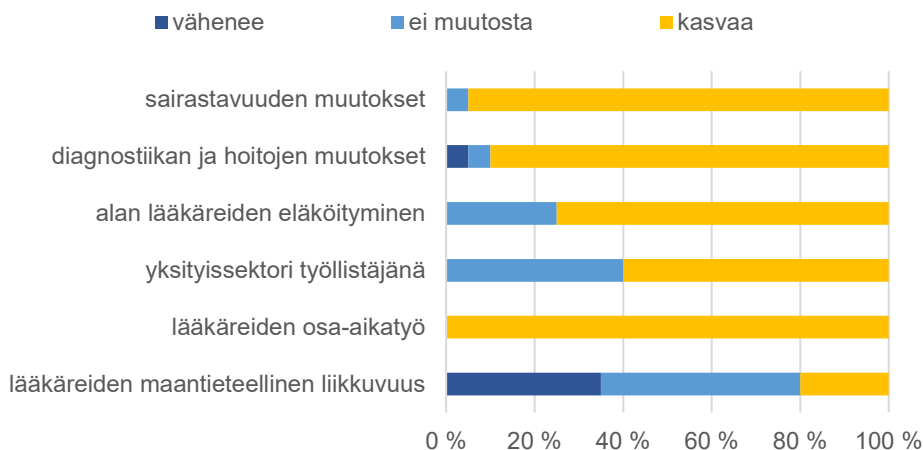


Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	10 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	130 %
Opinto-oikeudet 2021	186
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	54 %

Kyselykommentti: ”*Vajetta on sekä yliopistosairaaloissa (vähemmän) että keskussairaaloissa. Entistä enemmän perusterveydenhuollon potilaita tulee neurologialle, kun perusterveydenhuolto ei toimi, eikä siellä ole tarpeeksi yleislääkäreitä.*”

Väestön ikääntyminen lisää neurologitarvetta. Työaikalaki ja neurologian akuuttihoiton kehitys on lisännyt päivystykseen tarvittavaa lääkimäärää n. 20 %. Päivystysrastitteen lisääntyminen on vaikuttanut merkittävästi neurologian vetovoimaisuuteen, eivätkä virkapohja ja tekijät riitä päivystyksen toteuttamiseen. Aivoinfarktin rekanalisatiohoitojen vuoksi myös toimenpidelääkäreiden tarve kasvaa ja osa-aikatyön arvioidaan yleistyvän merkittävästi.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 20



Nuorisopsykiatria

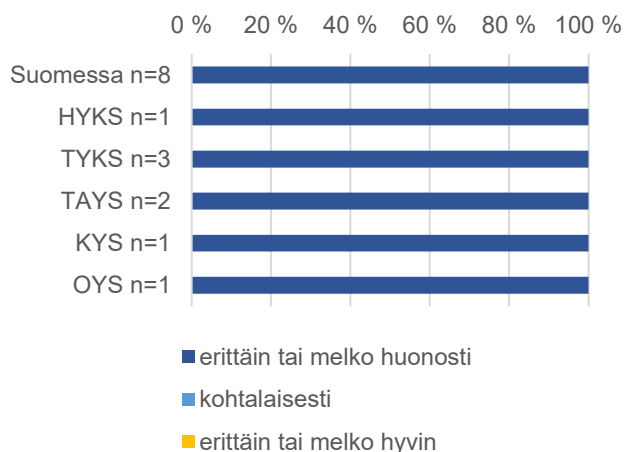
Alan erikoislääkärivaje julkisessa terveydenhuollossa on suuri - lääkimäärä ei vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita. OYS-erva:n lääkimäärä on suhteessa väestöön selvästi muuta maata pienempi.

Alan edustajien näkemys on, että vuonna 2035 tarvittaisiin vähintään 50 erikoislääkärä enemmän kuin tällä hetkellä (127 % suhteessa nykymäärään). Tämä edellyttäisi koulutusmäärän lisäämistä ja vähintään 13 valmistuvaa vuosittain.

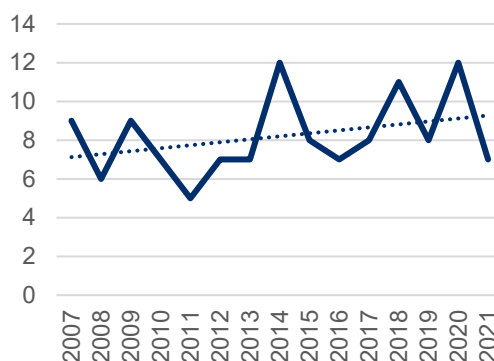
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	58	2,6	41	77	3,3	4,8	5
TYKS	34	3,8	22	45	5,0	2,6	2
TAYS	34	3,8	25	45	5,0	3,1	2
KYS	26	3,3	16	34	4,6	2,1	2
OYS	14	1,9	10	19	2,6	1,2	2
Yhteensä	166	3,0	114	220	3,9	13,8	13

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

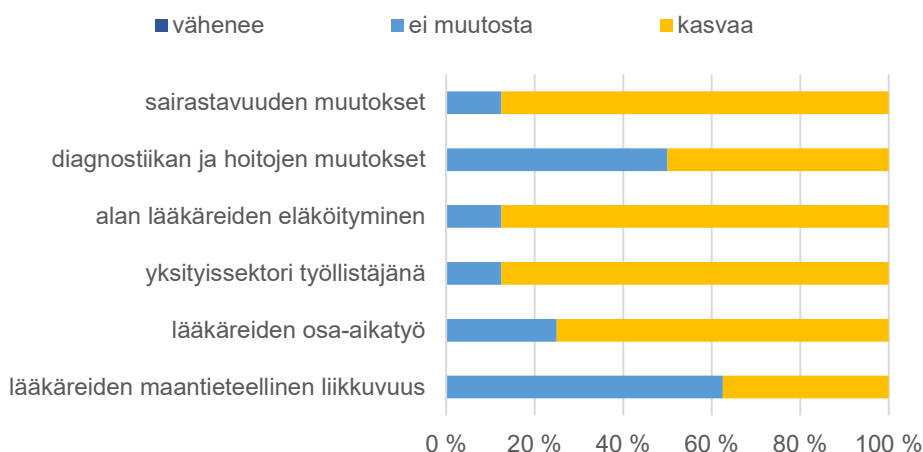


Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	8 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	127 %
Opinto-oikeudet 2021	148
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	69 %
Päätoimessa osa-aikaisesti ilman sivutoimista vastaanottoa työskentelevien lääkäreiden osuus	18 %

Kyselykommentti: *”Sote-uudistuksen vaikutus voisi olla ratkaiseva, mikäli koulujen ja oppilaitosten opiskelijahuollosta onnistuttaisiin kehittämään myös varhaista hoitoa antava toimija. Silloin paine erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatriassa helpottuisi”.*

Lähes 20 % nuorisopsykiatreista työskentelee osa-aikaisesti. Tämä on huomioitu koulutustarpeen laskentapohjassa. Lisäksi alan eläköitymisprosentti on suuri ja yksityissektorin merkityksen työllistäjänä arvioidaan kasvavan. Alan opinto-oikeuksien määrä on varsin hyvä, mutta valmistuvia on ollut keskimäärin alle 10 vuosittain.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 8

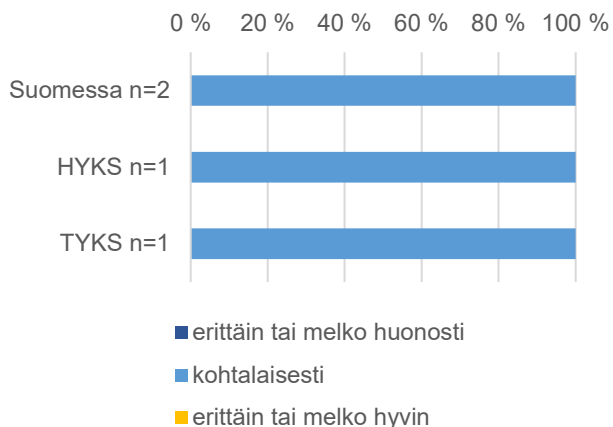


Oikeuslääketiede

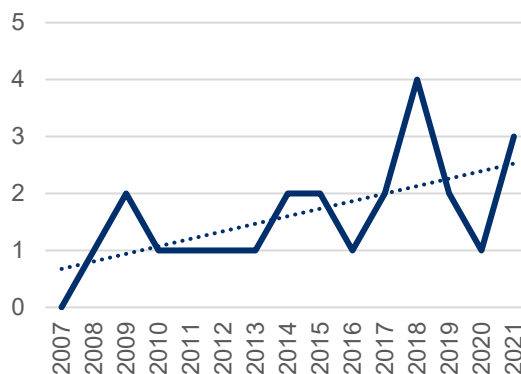
Pienen erikoisalan koulutustarvetta tulee arvioida valtakunnallisesti. Oikeuslääketieteen erikoislääkärimäärä on kääntynyt v. 2010 jälkeen laskuun - työkäisiä erikoislääkäreitä oli v. 2021 vain 31. Yksi valmistuva vuosittain turvaisi alan edustajien näkemyksen v. 2035 erikoislääkäritarpeesta (36 eli 115 % suhteessa nykymäärään).

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkärit 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	16	0,7	8	18	0,8	*	*
TYKS	4	0,4	2	5	0,5	*	*
TAYS	7	0,8	2	8	0,9	*	*
KYS	2	0,3	0	2	0,3	*	*
OYS	2	0,3	2	2	0,3	*	*
Yhteensä	31	0,6	14	36	0,6	1,0	1

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

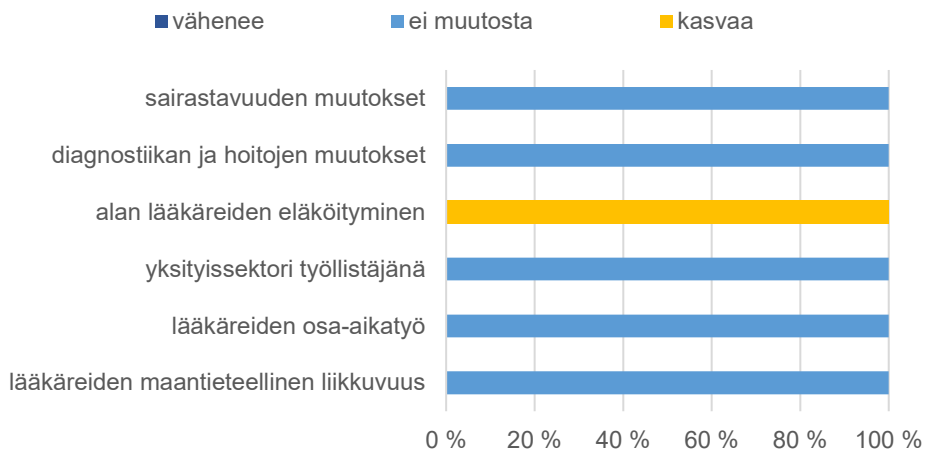


Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	-6 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	115 %
Opinto-oikeudet 2021	21
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	43 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	117 %

Alan eläköitymisprosentti ei ole kovin suuri, mutta merkittävä osa oikeuslääkäreistä suorittaa myöhemmin toisen erikoisalan koulutuksen.

Viime vuosina oikeuslääketieteen alalla on ollut muutoksia: Toiminta on keskitetty THL:n oikeuslääkintään ja samalla yliopistojen rooli ja henkilökunta on merkittävästi vähentynyt. Vain Helsingin ja Turun yliopistoissa on 100 % alan professorit.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 2



Oikeuspsykiatria

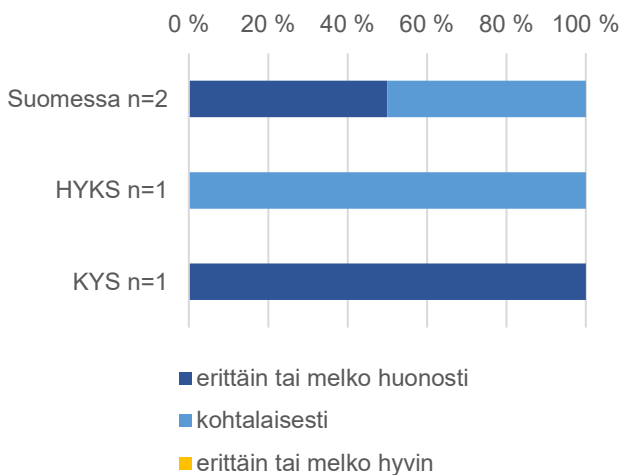
Oikeuspsykiatrian tilanne on huolestuttava. Lääkärimäärä on vielä v. 2010–2020 kasvanut, mutta viime vuosina alalle on hakeutunut vähän erikoistuvia ja valmistuvien määrä on laskussa. OY:ssa ei ole alan koulutusohjelmaa. Lähes 80 % nykyisistä oikeuspsykiatreista saavuttaa eläkeiän v. 2035 mennessä.

Alan edustajat arvioivat, että lääkäritarve on kuitenkin kasvava ja vuonna 2035 tarvittaisiin yli 60 alan erikoislääkärää. Tämä edellyttäisi 5–6 valmistuvaa vuosittain eli koulutusta pitäisi huomattavasti lisätä.

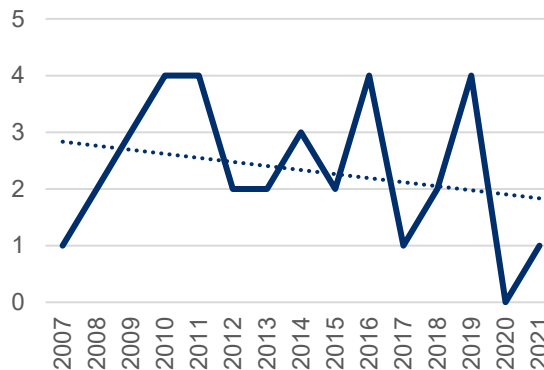
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	17	0,8	13	20	0,8	1,5	2
TYKS	12	1,3	10	14	1,6	1,3	1
TAYS	4	0,4	4	5	0,5	0,6	1
KYS	22	2,8	16	25	3,4	1,8	1
OYS	2	0,3	2	2	0,3	0,3	*
Yhteensä	57	1,0	45	66	1,2	5,5	5

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

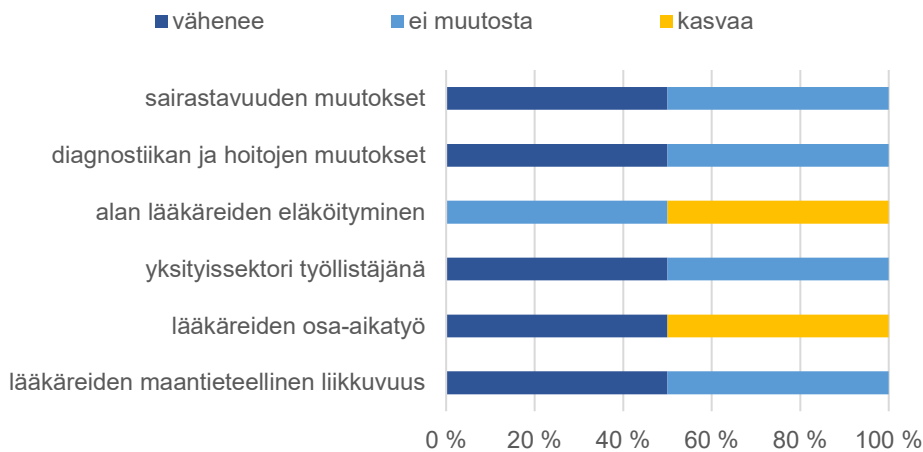


Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	16 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	115 %
Opinto-oikeudet 2021	22
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	79 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	114 %

Kyselykommentti: ”Koulutuspaikkoja on nykyisellään sopiva määrä pienelle alalle”.

Oikeuspsykiatrian opinto-oikeuksia on vain reilulla 20 lääkirillä, joten arvoituun koulutusmäärään ei tulla todennäköisesti pääsemään ja lääkimäärä uhkaa kääntyä laskuun. Osa oikeuspsykiatreista suorittaa myöhemmin myös toisen erikoisalan koulutuksen.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 2



Ortopedia ja traumatologia

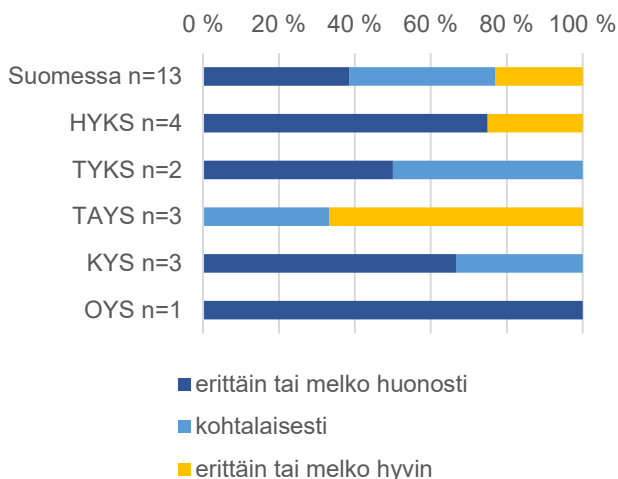
Ortopedioiden määrä on Suomessa v. 2010–2020 kasvanut aiempaa maltillisemmin, noin 20 %. Alan edustajien näkemykset lääkärimäärän vastaavuudesta väestön ja palvelujärjestelmän tarpeisiin vaihtelevat. Pienin ortopedioiden määrä suhteessa väestöön on KYS-erva:ssa, suurin TAYS-alueella.

Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvittaisiin noin 540 ortopedioiden (108 % suhteessa nykymäärään). Tämän saavuttamiseen riittää noin 17 valmistuvaa vuosittain.

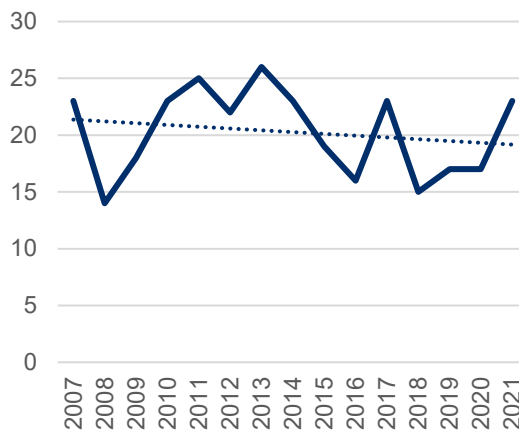
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	201	9,1	98	217	9,3	7,8	7
TYKS	77	8,6	27	83	9,3	1,8	2
TAYS	94	10,4	39	101	11,2	3,2	3
KYS	62	7,8	29	67	8,9	3,0	3
OYS	66	9,0	25	71	9,9	1,3	2
Yhteensä	500	9,0	218	539	9,6	17,0	17

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

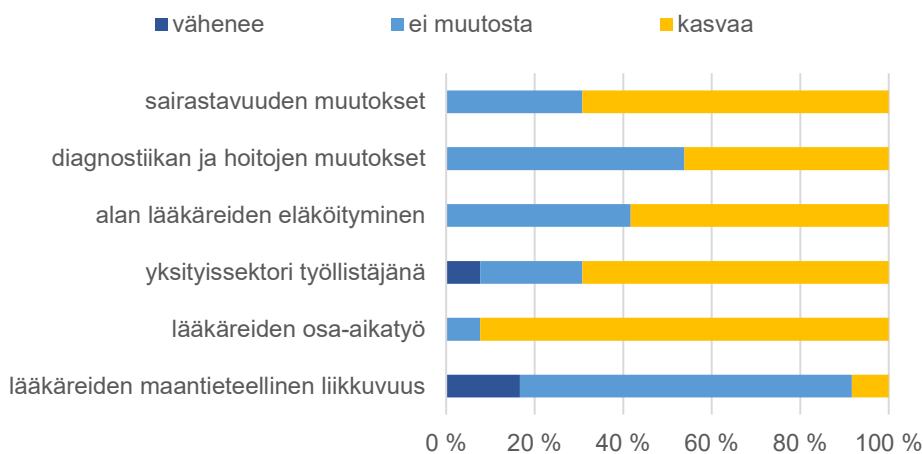


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	20 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	108 %
Opinto-oikeudet 2021	239
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	43 %

Kyselykommentti: *”Lukumääräisesti ortopedoja ei tarvita juurikaan lisää, mutta jakautuminen yo-sairaaloiden, keskussairaaloiden ja privaatin välillä on vääristynyt. Tämä uhkaa mm. päivystystä”.*

Alan eläköityvien määrä ei ole kovin suuri ja myönnettyjä opinto-oikeuksia on Itä-Suomen yliopistoa lukuun ottamatta paljon - erikoistumispaikkaa voi siis joutua jonottamaan. Osa-aikatyön ennustetaan yleistyvän tulevaisuudessa.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 13



Patologia

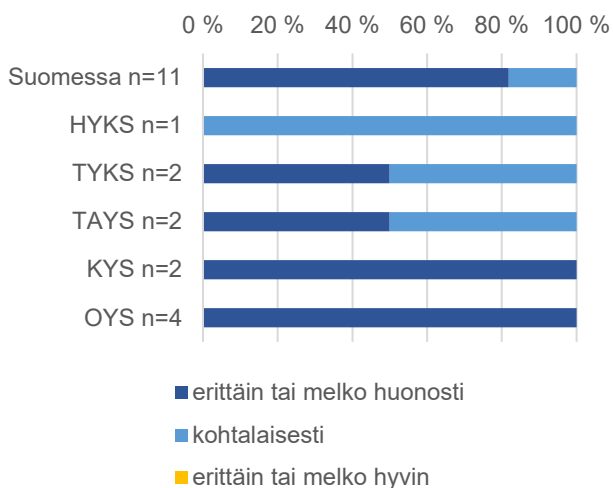
Patologiksi valmistuvien määrä on ollut hienoisessa nousussa, mutta alan erikoislääkärimäärä on v. 2010–2020 vähentynyt, eikä HYKS-aluetta lukuun ottamatta vastaa kyselyn mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita.

Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvittaisiin noin 170 patologia (115 % suhteessa nykymäärään). Tämän saavuttaminen edellyttää 7–8 valmistuvaa vuosittain.

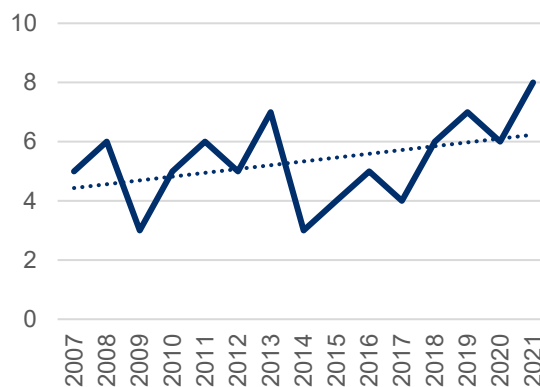
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	51	2,3	34	59	2,5	3,8	3
TYKS	29	3,2	15	33	3,7	1,3	1
TAYS	27	3,0	14	31	3,4	1,1	1
KYS	17	2,1	10	20	2,6	1,0	1
OYS	22	3,0	14	25	3,5	1,3	1
Yhteensä	146	2,6	87	168	3,0	8,5	7

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

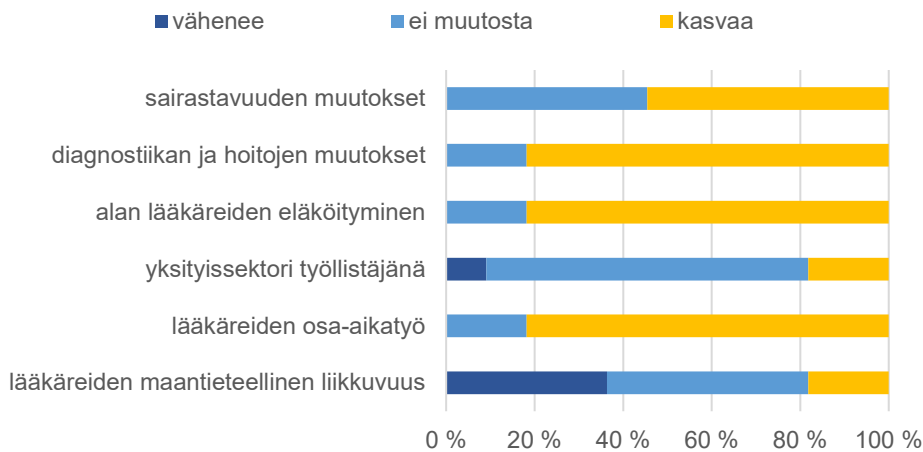


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	-5 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	115 %
Opinto-oikeudet 2021	62
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	60 %

Kyselykommentti: *”Kysyntää tulee kasvattamaan väestön ikääntyminen ja syöpien määrän kasvu, sekä syöpien täsmähoitojen edellyttämä entistä tarkempi diagnostiikka. Toisaalta digitalisaation ja erityisesti tekoälyn odotetaan muuttavan työn luonnetta ja vähentävän lääkäreiden tarvetta”.*

Alan eläköitymisprosentti on melko suuri ja opinto-oikeuden omaavia on koulutustarpeeseen nähden vähän, joten erikoislääkärien määrän lasku todennäköisesti jatkuu. Osa-aikatyön ennustetaan lisäksi yleistyvän.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 11



Perinnöllisyyslääketiede

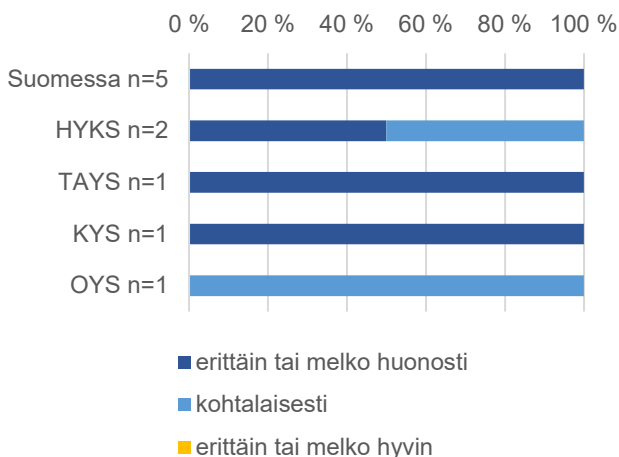
Perinnöllisyyslääkäreiden määrä on kasvanut 2010–2020, mutta se ei alan edustajien näkemyksen mukaan vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita. Alan palvelut keskitetty yo-sairaaloihin. Lähes kaikki erikoislääkäritutkinnot (lkm 1/vuosi) on 2000-luvulla suoritettu Helsingin yliopistossa ja haasteena on lääkärien rekrytointi muihin yliopistosairaaloihin, joissa on tällä hetkellä merkittävä vaje.

Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvittaisiin yli 40 alan erikoislääkärinä (140 % suhteessa nykymäärään). Tämän saavuttaminen edellyttää 2–3 valmistuvaa vuosittain.

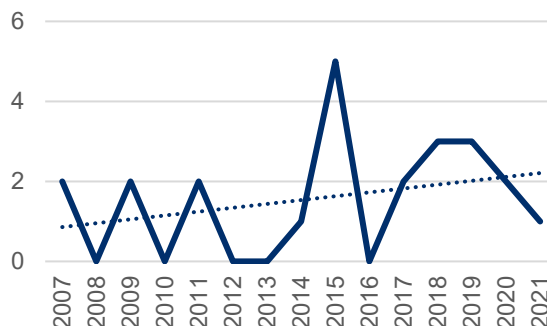
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	19	0,9	8	27	1,1	1,1	1
TYKS	4	0,4	2	6	0,6	0,2	0,5
TAYS	2	0,2	2	3	0,3	0,4	0,5
KYS	2	0,3	2	3	0,4	0,2	0,5
OYS	4	0,5	2	6	0,8	0,4	0,5
Yhteensä	31	0,6	15	43	0,8	2,2	3

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

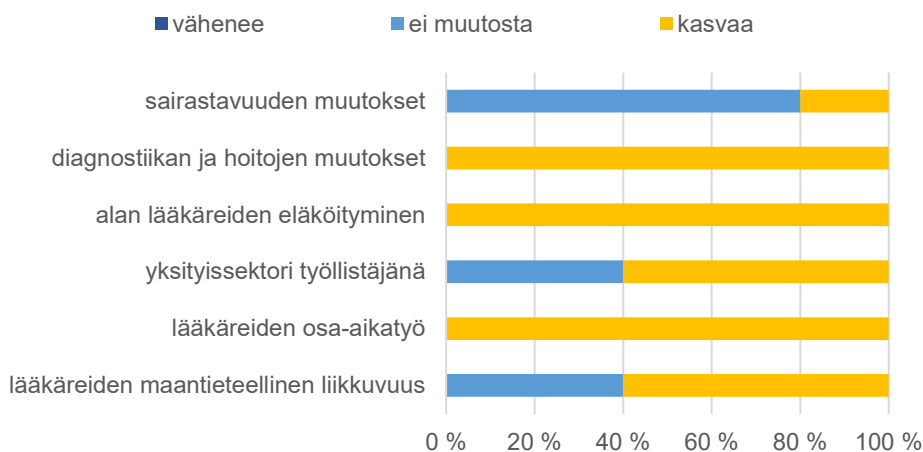


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	15 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	140 %
Opinto-oikeudet	30
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	45 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	113 %

Kyselykommentti: *”Geneettistä tietoa tuotetaan koko ajan enemmän myös terveydenhuollon ulkopuolella, mm. tutkimusryhmissä ja biopankeissa, mikä tulee lisäämään perinnöllisyyslääketieteen palveluiden kysyntää”.*

Alan eläköitymisprosentti ei ole erityisen suuri, mutta opinto-oikeuksia on vähän ja osa-aikatyön arvioidaan yleistyvän. Yli 10 % perinnöllisyyslääkäreistä suorittaa myös toisen erikoisalan koulutuksen.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 5



Plastiikkakirurgia

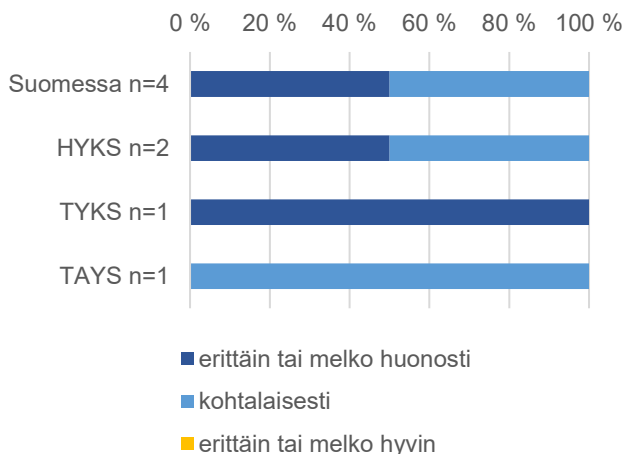
Plastiikkakirurgien määrä on kasvanut v. 2010–2020 voimakkaasti, noin 40 %. Alan edustajien näkemyksen mukaan lääkimäärä ei kuitenkaan vastaa palvelutarvetta (julkisessa terveydenhuollossa).

Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvittaisiin n.150 plastiikkakirurgia (120 % suhteessa nyky määrään). Tämän saavuttamiseen riittää noin 5 valmistuvaa vuosittain.

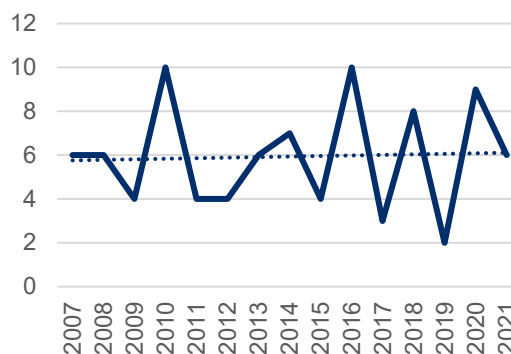
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	59	2,7	30	71	3,0	3,2	2
TYKS	12	1,3	4	14	1,6	0,3	1
TAYS	20	2,2	7	24	2,6	0,4	1
KYS	17	2,1	6	20	2,7	0,4	0,5
OYS	15	2,0	5	18	2,5	0,2	0,5
Yhteensä	123	2,2	52	148	2,6	4,5	5

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

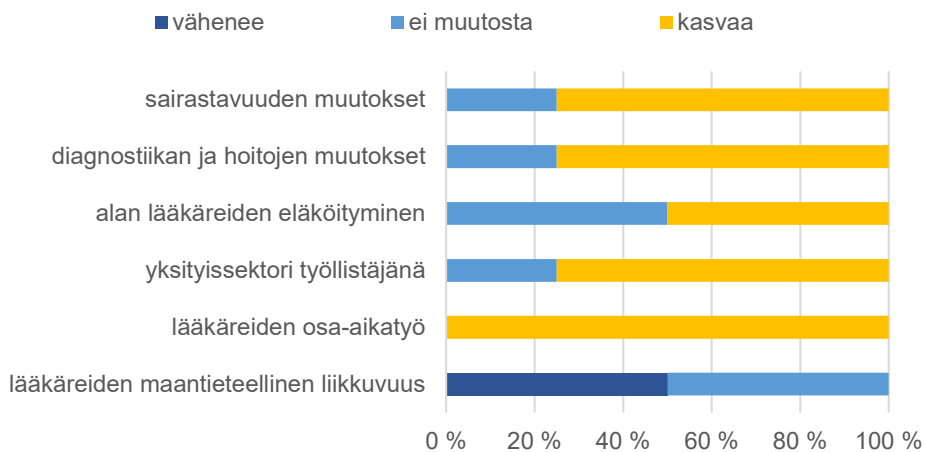


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	40 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	120 %
Opinto-oikeudet 2021	135
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	42 %

Kyselykommentti: ”Yleiskirurgiaa (esim. rintasyöpä sekä pehmytkudosinfektiot) siirtyy enenevästi plastiikkakirurgian hoidettavaksi, ja esteettinen kirurgia vie työvoimaa kuntasektorilta”.

Alan eläköitymisprosentti ei ole kovin suuri ja myönnettyjä opinto-oikeuksia on koulutustarpeeseen nähden paljon, joten erikoistumisaikaa joutuu tyypillisesti jonottamaan. Osa-aikatyön ja yksityissektorin merkityksen työllistäjänä arvioidaan kasvavan.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 4



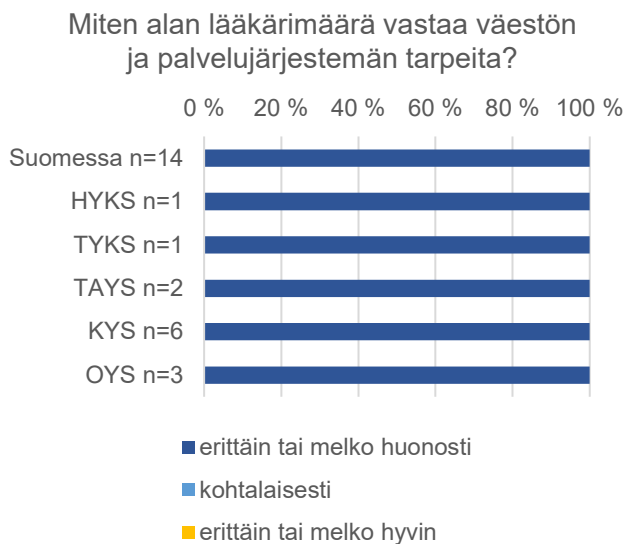
Psykiatria

Psykiatrian tilanne on ristiriitainen: työikäisiä erikoislääkäreitä on lähes 900, mutta alan edustajien selkeä näkemys on, ettei lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita (julkisessa terveydenhuollossa). Erikoislääkäreiden rekrytointi sairaaloiden ja avoterveydenhuollon palvelukseen on ollut jo vuosia vaikeaa.

Alan erikoislääkärimäärä on vähentynyt v. 2010–2020, koska 2000-luvun alkupuolella valmistui vain 20–30 psykiatria vuosittain. Viime vuosina valmistuvien määrä on ollut nousussa, mutta alan arvioituun tarpeeseen (noin 1 100 psykiatria v. 2035, 125 % suhteessa nykymäärään) tarvittaisiin lähes 80 valmistuvaa vuosittain.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	387	17,6	262	483	20,7	36,9	20
TYKS	127	14,1	84	159	17,8	11,3	9
TAYS	130	14,4	87	162	17,9	10,5	10
KYS	118	14,8	90	148	19,8	11,9	8
OYS	102	13,8	56	127	17,7	6,9	7
Yhteensä	864	15,6	579	1079	19,3	77,5	53

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

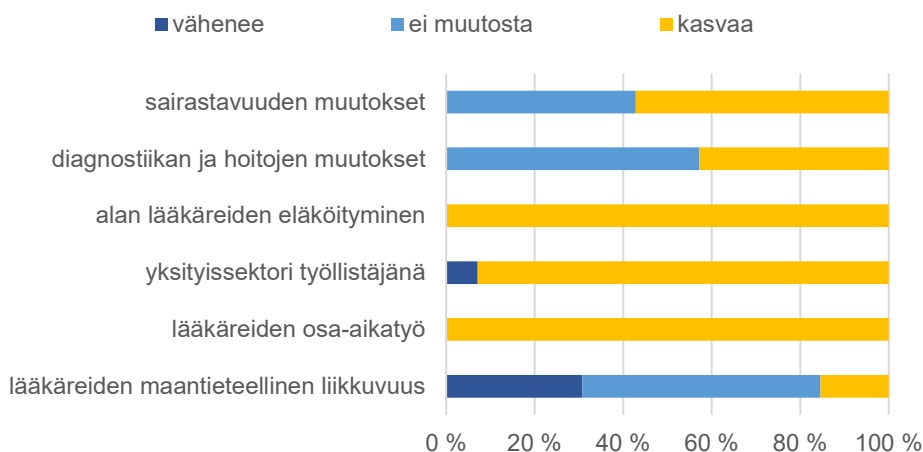


Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	-5 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	125 %
Opinto-oikeudet 2021	477
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	67 %
Päätoimessa osa-aikaisesti ilman sivutoimista vastaanottoa työskentelevien lääkärien osuus	19 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	114 %

Kyselykommentti: ”Yhteiskunnassa on tapahtunut kulttuurinen muutos, mielenterveysongelmien stigma on lieventynyt. Tämä on johtanut palveluiden kysynnän suureen kasvuun. Asiakkaat hakeutuvat yksityissektorille, joka vetää erikoislääkäreitä”.

Noin 20% psykiatreista tekee osa-aikatyötä ja tämän odotetaan edelleen yleistyvän. Osa suorittaa myös toisen alan erikoislääkäritutkinnon. Opinto-oikeuksien määrä ja alalle hakeutuvien määrä huomioiden n. 50 valmistuvaa/vuosi olisi työryhmän näkemyksen mukaan realistinen tavoite. Tällä koulutusmäärällä psykiatrien määrä pysyisi nykyisellä tasolla (n. 900). **Jos valmistuvien määrä jää alle 40, vähenee psykiatrien määrä myös tulevaisuudessa.**

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 14



Radiologia

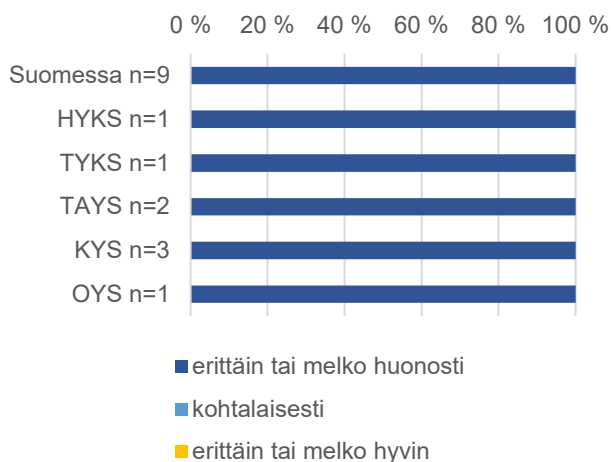
Radiologia on varsin suosittu erikoisala ja lääkärimäärä on kasvanut v. 2010–2020 reilun 1 %:n vuosivauhtia. Ulkomailta Suomeen tulevista erikoislääkäreistä merkittävä osa on radiologeja, mutta määrä on varsin vähäinen. Alan edustajien näkemyksen mukaan radiologioiden määrä ei vastaa tällä hetkellä palvelujärjestelmän tarpeita millään erwa-alueella.

Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvittaisiin n. 770 radiologia (120 % suhteessa nykymäärään). Tämän saavuttaminen edellyttäisi n. 30 valmistuvaa vuosittain.

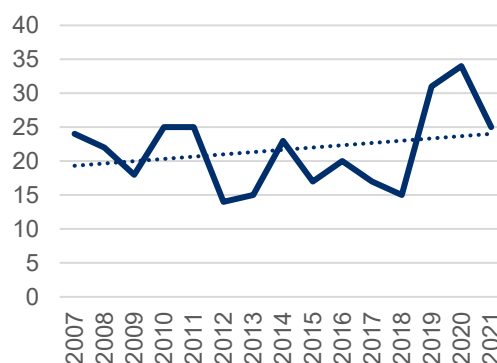
Erwa-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 men- nessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	278	12,6	139	14,3	14,5	12	
TYKS	96	10,7	54	116	13,0	4,9	5
TAYS	106	11,7	50	127	14,0	4,0	4
KYS	81	10,2	44	98	13,0	4,1	4
OYS	81	11,0	39	97	13,6	3,5	4
Yhteensä	642	11,6	326	772	13,8	31,0	29

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

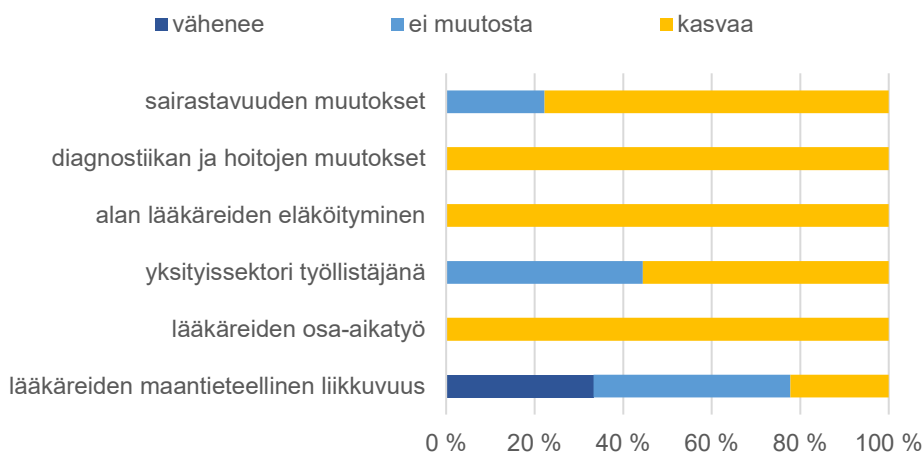


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	13 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	120 %
Opinto-oikeudet 2021	285
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	50 %

Kyselykommentti: *”Tekninen kehitys, erityisesti etätyö ja tekoäly, voi tuoda ratkaisuja erikoislääkäritarpeeseen - mutta eivät vielä lähitulevaisuudessa”.*

Radiologien eläköitymisprosentti ei ole erityisen suuri, mutta osa-aikatyön ja yksityissektorin merkityksen työllistäjänä arvioidaan kasvavan. Opinto-oikeuksien määrän ja alalle hakeutuvien määrän perusteella n. 30 valmistuvaa vuosittain on realistinen tavoite, joka turvaisi alan edustajien arvioiman lääkäritarpeen.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 9



Reumatologia

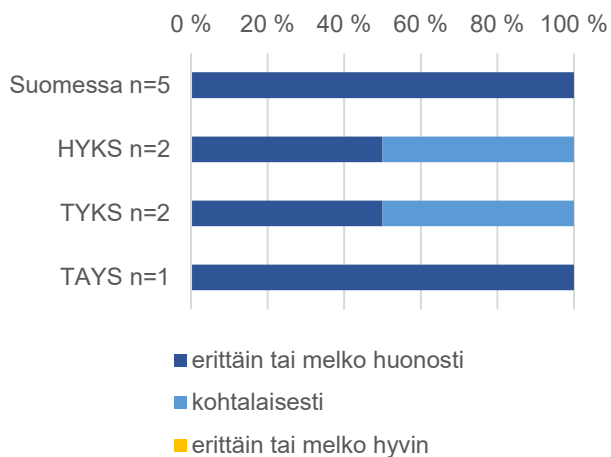
Reumatologien määrä on v. 2010–2020 kasvanut hyvin hitaasti ja eläköityvien määrä on lähivuosina suuri. Nykyinen lääkimäärä ei kyselykommenttien perusteella vastaa palvelujärjestelmän tarpeita.

Alan edustajien näkemys on, että v. 2035 tarvittaisiin n. 150 reumatologia (125 % suhteessa nykymäärään). Tämä edellyttää 7–8 valmistuvaa vuosittain eli koulutusta pitäisi lisätä.

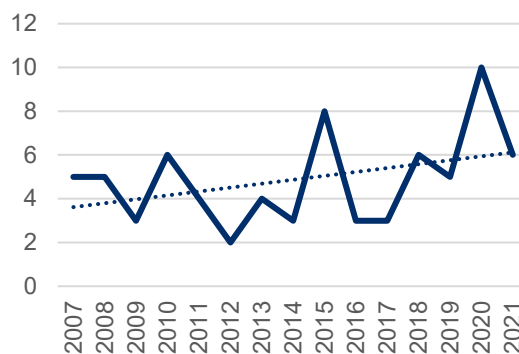
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	42	1,9	31	55	2,4	3,8	3
TYKS	20	2,2	11	26	2,9	1,1	1
TAYS	16	1,8	10	21	2,3	0,7	1,5
KYS	21	2,6	12	27	3,7	1,3	1
OYS	16	2,2	10	21	2,9	1,4	1,5
Yhteensä	115	2,1	74	151	2,7	8,3	8

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

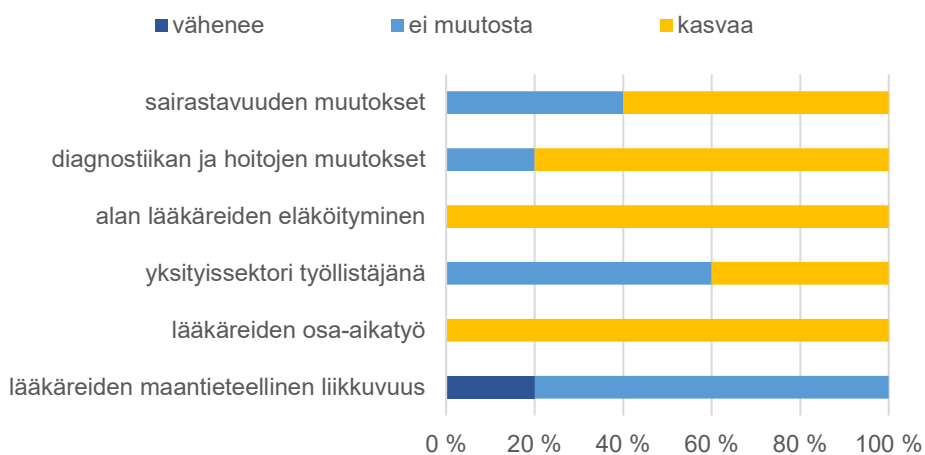


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	6 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	125 %
Opinto-oikeudet 2021	43
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	66 %
Päätoimessa osa-aikaisesti ilman sivutoimista vastaanottoa työskentelevien lääkärien osuus	16 %

Kyselykommentti: ”Perusterveyden huollon toimimattomuus nostaa lääkäritarvetta”.

Merkittävä osa reumatologeista työskentelee osa-aikaisesti. Tämä on huomioitu koulutustarpeen laskentapohjassa. Opinto-oikeuksia on Itä-Suomen ja Oulun yliopistoissa hyvin vähän ja valtakunnallisestikin liian vähän, jotta tavoiteltuun 7–8 valmistuvaan lääkäriin vuodessa päästäisiin. Alalle on hakeutunut viime vuosina huolestuttavan vähän erikoistuvia.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 5



Silmätaudit

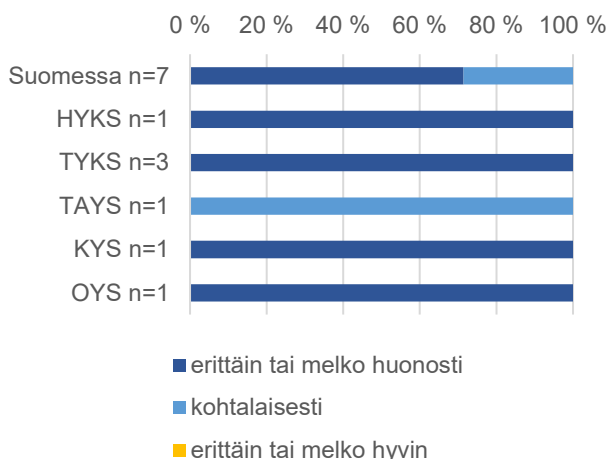
Silmälääkäreiden määrä Suomessa on eurooppalaisittain korkea. Alan edustajien näkemys on, ettei lääkimäärä pääosin kuitenkaan vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita (julkisessa terveydenhuollossa). KYS-alueen lääkimäärä on suhteessa väestöön suurin.

Alan edustajat arvioivat, että silmälääkäreitä tarvitaan 120 % suhteessa nykymäärään v. 2035 (noin 640). Nykyinen koulutusmäärä, 22–23 valmistuvaa vuosittain, riittää tähän tavoitteeseen.

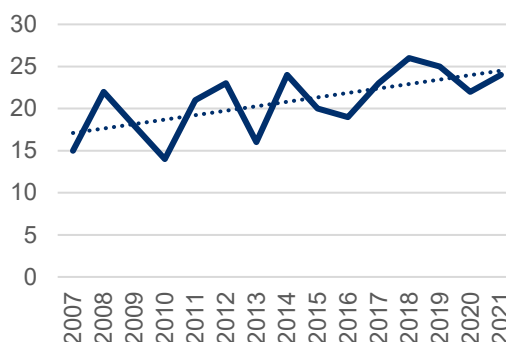
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	205	9,3	92	255	10,9	10,4	8
TYKS	83	9,2	43	104	11,6	4,8	4
TAYS	78	8,6	29	97	10,6	2,6	4
KYS	85	10,7	36	106	14,1	4,3	3
OYS	63	8,6	27	78	10,9	1,4	3
Yhteensä	514	9,3	227	639	11,4	23,5	22

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

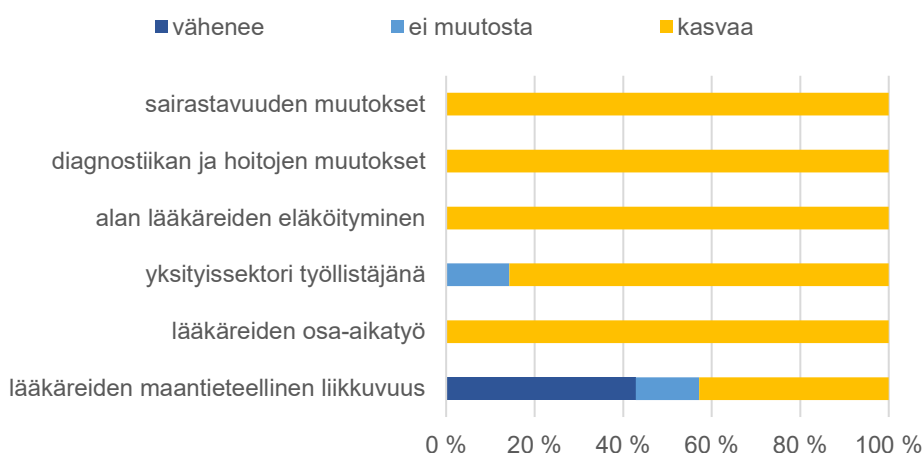


Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	16 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	120 %
Opinto-oikeuksia 2021	175
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	44 %
Päätoimessa osa-aikaisesti ilman sivutoimista vastaanottoa työskentelevien lääkärien osuus	19 %

Kyselykommentti: ”Julkisella sektorilla on silmälääkärivajetta kaikkialla. Yksityissektorin houkuttelevuus on suuri”.

Vain reilut 50 % alan erikoislääkäreistä tekee päätoimessaan kokonaikatyötä, mutta 27 % silmälääkäreistä jakaa työaikansa päätoimen ja yksityisvastaanoton välillä, jolloin todellisia osa-aikaisia on noin 20 %. Eläköitymisprosentti ei ole kovin korkea, mutta osa-aikatyön arvioidaan edelleen yleistyvän. Tämä on huomioitu koulutustarpeen laskentapohjassa.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 7



Sisätaudit

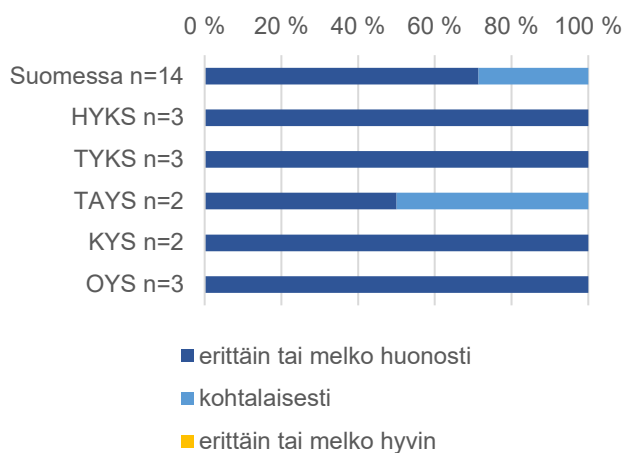
Sisätautien koulutustarpeen arviointi on vaikeaa, koska suuri osa alalle valmistuvista suorittaa edelleen jonkun sisätautialan koulutuksen ja tästä syystä alan lääkimäärä vähenee. Toisaalta suora erikoistuminen sisätautialoille on viime vuosina yleistynyt.

Sisätautien erikoislääkäreitä on valmistunut 2000-luvulla varsin tasaisesti n. 30 vuosittain. Alan edustajien näkemys on, ettei sisätautilääkäreiden määrä vastaa tällä hetkellä väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita.

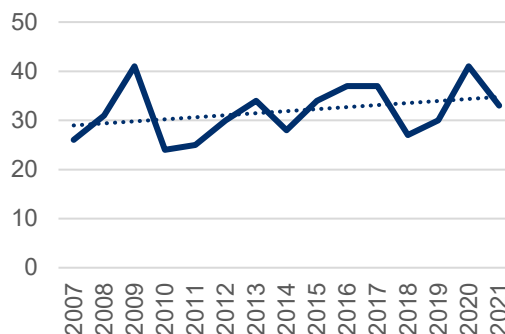
Jos tavoitteeksi otetaan n. 380 sisätautilääkärinä v. 2035, edellyttää se reilut 40 valmistuvaa vuosittain.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	169	7,7	82	175	7,5	20,2	16
TYKS	64	7,1	28	66	7,4	5,5	6
TAYS	59	6,5	31	61	6,7	7,1	8
KYS	42	5,3	22	44	5,8	6,3	6
OYS	30	4,1	16	31	4,3	3,0	5
Yhteensä	364	6,6	179	377	6,7	42,1	41

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

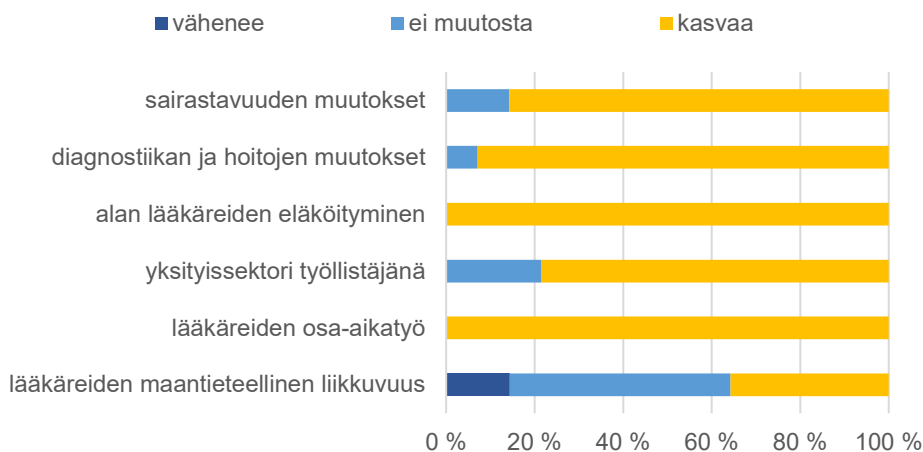


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	-27 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	120 %
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	49 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	303 %

Kyselykommentti: *”Keskussairaalat tarvitsevat edelleen kipeästi laajan osaamisen omaavia sisätautien erikoislääkäreitä”.*

Sisätautien erikoislääkäreitä pitäisi periaatteessa kouluttaa 2–3, jotta yksi jäisi alalle. Tuplatutkinnot johtavat hyvin pitkiin koulutusaikoihin eivätkä ole houkuttelevia nuorille lääkäreille, joten suora erikoistuminen sisätautialoille todennäköisesti lisääntyy. Em. syystä työryhmä on päätenyt tässä varovaiseen sisätautilääkäreiden koulutustarvearvioon.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 14



Suu- ja leukakirurgia

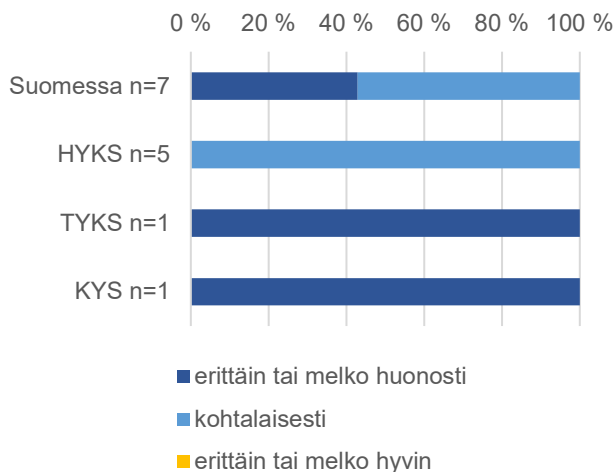
Suu- ja leukakirurgian erikoislääkäreitä on valmistunut 0–1 vuosittain, lähes kaikki HY:sta. Alan erikoislääkärimäärä on vähentynyt viime vuosina ja eläköitymisprosentti on korkea. Alan koulutustarvetta arvioitaessa tulee huomioida myös suu- ja leukakirurgian erikoishammaslääkärikoulutus (ks. luku 10.2).

Erikoisalan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvitaan 23 suu- ja leukakirurgian erikoislääkärinä (130 % suhteessa nykymäärään). Tähän päästään, jos valmistuvia on noin 2 vuosittain.

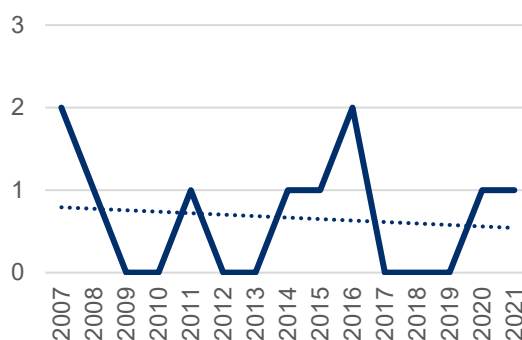
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkärit 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	12	0,5	8	16	0,7	0,9	*
TYKS	2	0,2	2	3	0,3	0,3	*
TAYS	2	0,2	2	3	0,3	0,3	*
KYS	2	0,3	0	3	0,3	0,1	*
OYS	0	0,0	0	0	0,0	*	*
Yhteensä	18	0,3	11	23	0,4	1,5	2

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

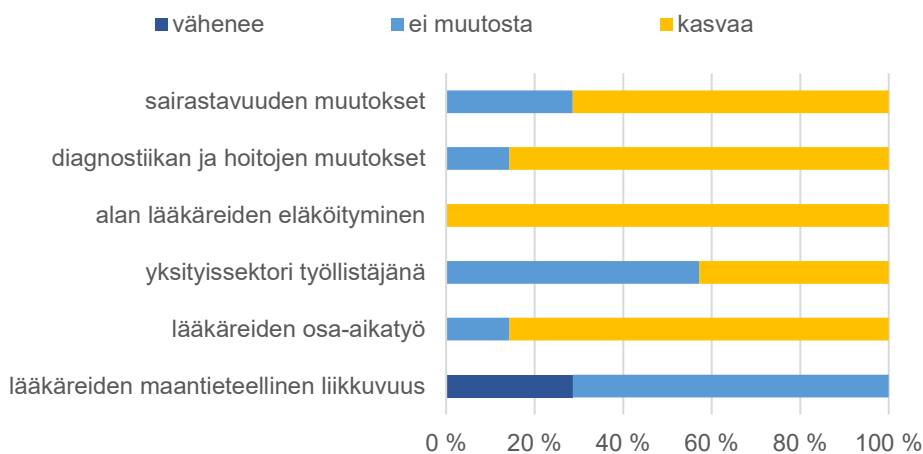


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	-10 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	130 %
Opinto-oikeudet 2021	23
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	65 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	119 %

Kyselykommentti: *”Erikoisalan osaajien, kouluttajien ja koulutettavien puute on estänyt erikoisalan alueellisesti tasapainoisen kehityksen”. ”Kaikissa sairaaloissa ei kyetä lakisääteiseen ilta- ja viikonloppupäivystykseen”.*

Lähes 20 % suu- ja leukakirurgian erikoislääkäreistä suorittaa myöhemmin toisen erikoisalan koulutuksen ja osa-aikatyön odotetaan yleistyvän. Opinto-oikeuksia on vähän, joten 2 valmistuvaan lääkäriin vuodessa tuskin päästään.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 7



Sydän- ja rintaelinkirurgia

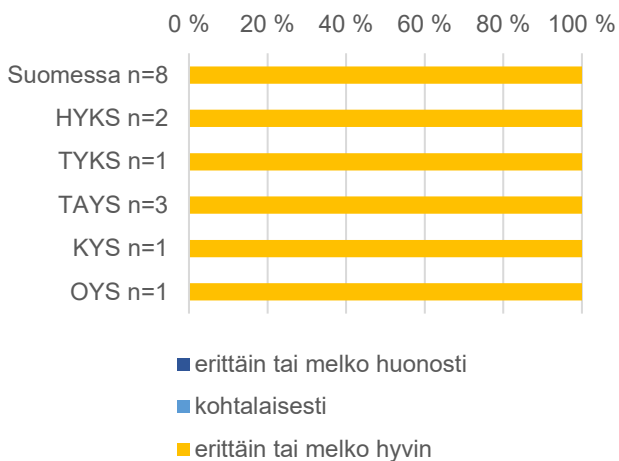
Vanhan erikoisalakjärjestelmän thorax- ja verisuonikirurgit lasketaan sydän- ja rintaelinkirurgian erikoisalaan, vaikka pääosa heistä tekee verisuonikirurgiaa. Sydän- ja rintaelinkirurgien nykyinen määrä vastaa alan edustajien näkemyksen mukaan varsin hyvin väestön ja palvelujärjestelmän tarvetta.

Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvitaan sama määrä alan erikoislääkäreitä kuin tällä hetkellä. Tähän päästään, jos vuosittain valmistuu 4–5 erikoislääkärinä.

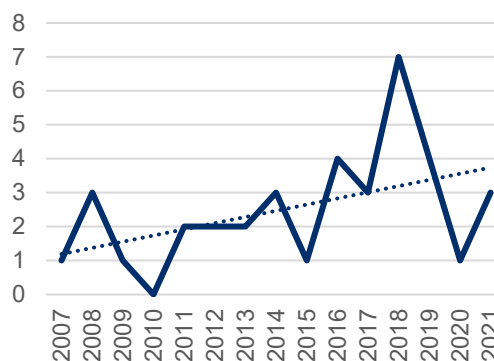
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	40	1,8	25	40	1,7	2,2	2
TYKS	10	1,1	4	10	1,1	*	0,5
TAYS	15	1,7	10	15	1,7	0,8	1
KYS	13	1,6	9	13	1,7	0,7	0,5
OYS	11	1,5	8	11	1,5	0,8	0,5
Yhteensä	89	1,6	56	89	1,6	4,4	4,5

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

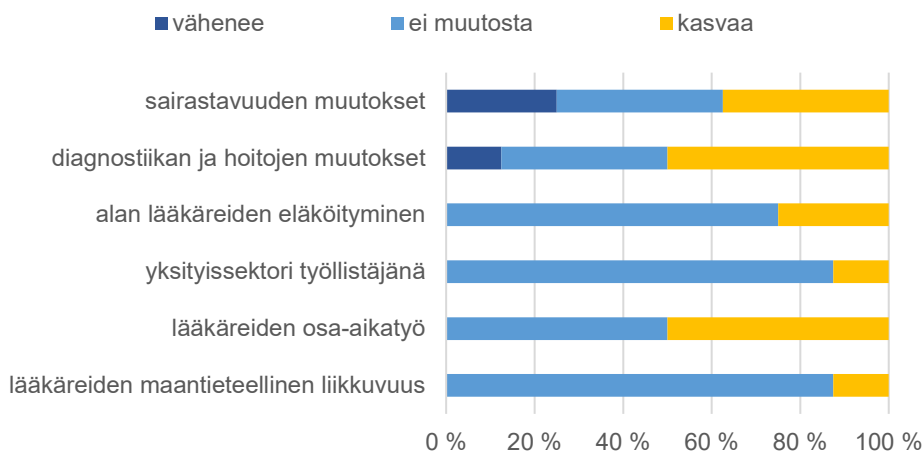


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	-18 %
Erikoisalan näkemys koulutustarpeesta 2021–2035, kyselyn vastausten keskiarvo	100 %
Opinto-oikeudet 2021	50
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	64 %

Kyselykommentti: ”Sydänkirurgian tarve on vähentynyt, mutta hybridihoitojen (kardiologi + sydänkirurgi) määrä on lisääntynyt eli työnkuva on muuttunut ja muuttumassa”.

Alan eläköitymisprosentti on varsin korkea, mutta nykyinen koulutusmäärä (n. 4/vuosi) riittää alan arvioituun tulevaisuuden tarpeeseen, mikäli osa-aikatyö ei lisääny ja alalle hakeutuneet suorittavat koulutuksen loppuun ja jäävät alalle.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 8



Syöpätaudit

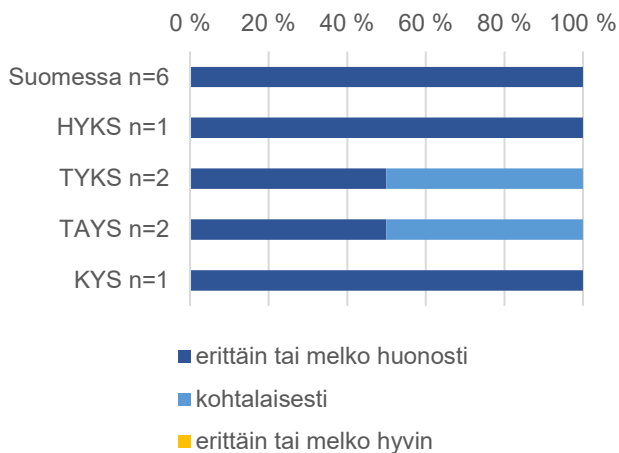
Syöpälääkäreiden määrä on kasvanut v. 2010–2020 voimakkaasti, noin 60 % ja valmistuvien määrä/vuosi on ollut nousussa. Tästä huolimatta lääkärimäärä ei alan edustajien mielestä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita. Suurin osa onkologeista työskentelee YO-sairaaloissa, vaikka merkittävä määrä potilaita hoidetaan myös keskussairaaloissa.

Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvitaan n. 300 syöpätautien erikoislääkäreitä (130 % suhteessa nyky määrään). Tähän tavoitteeseen päästään, jos vuosittain valmistuu 11–12 erikoislääkäreitä. Alalle hakutuvien ja opinto-oikeuksien määrä on koulutustarpeeseen nähden niukka.

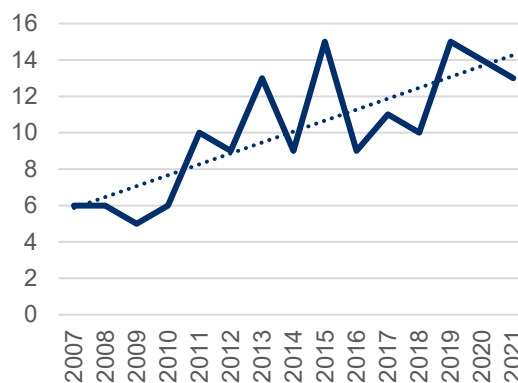
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	80	3,6	43	104	4,4	4,9	5
TYKS	48	5,3	23	62	7,0	2,9	2
TAYS	37	4,1	16	48	5,3	1,1	2
KYS	37	4,6	16	48	6,4	1,7	1,5
OYS	26	3,5	9	34	4,7	0,5	1
Yhteensä	228	4,1	107	296	5,3	11,2	11,5

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

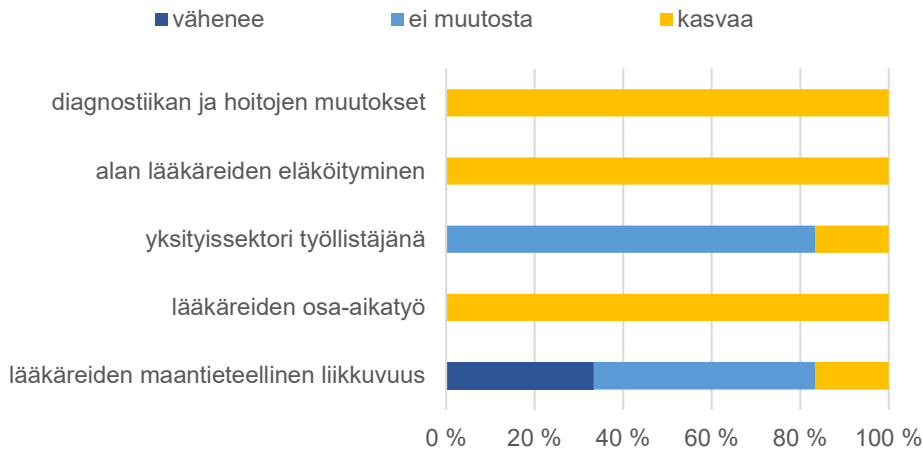


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	60 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	130 %
Opinto-oikeudet 2021	109
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	47 %

Kyselykommentti: ”Suurin syy yo-kaupunkien vetovoimalle on koulutuksen keskittymisen. Vasta äskettäin saatiin syöpätaudeille keskussairaalajakso pakolliseksi”.

Alan eläköitymisprosentti ei ole erityisen suuri, mutta osa-aikatyön arvioidaan lisääntyvän ja ikääntyvä väestö ja kehittyvät syöpähoitot lisäävät koulutustarvetta. Tämä on huomioitu työryhmän koulutustarvearviossa.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 6



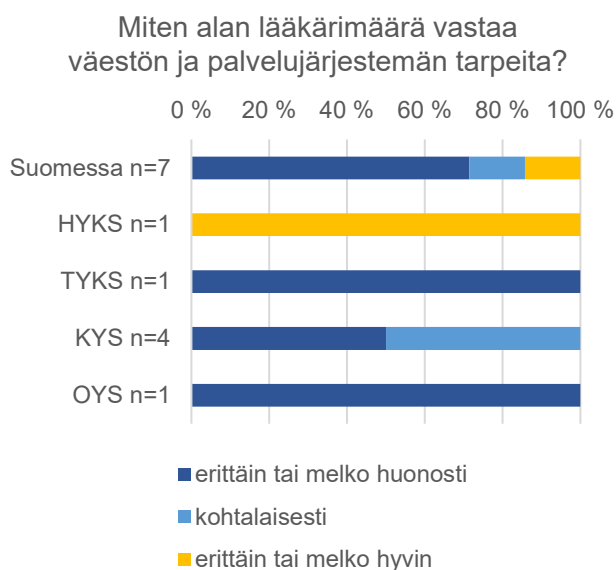
Terveydenhuolto

Terveydenhuollon erikoisalasta on tullut kliininen johtamiseen ja esimiestyöhön keskittyvä erikoisala ja sen suosio on ollut kasvussa. Alan erikoislääkäreiden määrä on lisääntynyt v. 2010–2020 yli 50 %. Alan edustajien näkemykset lääkimäärän vastavuudesta palvelujärjestelmän tarpeisiin vaihtelevat.

Alan edustajien arvion mukaan tavoitteena tulisi olla n. 150 alan erikoislääkärinä v. 2035 (140 % suhteessa nykymäärään). Tähän riittää 6–7 valmistuvaa vuosittain. Viime vuosien koulutusmäärä on ollut merkittävästi suurempi.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	65	3,0	34	91	3,9	3,7	4
TYKS	20	2,2	12	28	3,1	1,7	1,5
TAYS	7	0,8	4	10	1,1	0,6	1,5
KYS	8	1,0	2	11	1,5	*	0,5
OYS	9	1,2	6	13	1,8	1,0	1
Yhteensä	109	2,0	58	152	2,7	6,2	9

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

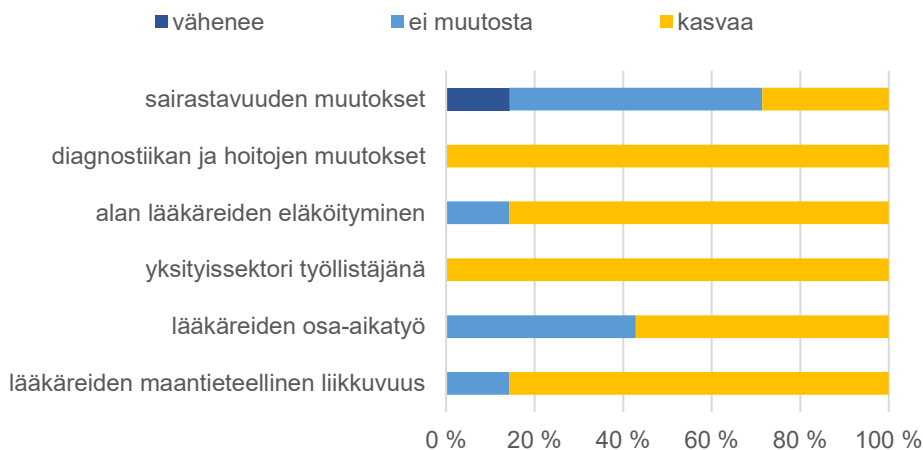


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	58 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	140 %
Opinto-oikeudet 2021	125
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	53 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	122 %

Kyselykommentti: ”Alalla ei ole koulutusvakansseja ja myös kouluttajien määrä on rajallinen. Työllistyminen tapahtuu oman osaamisen ja aloitteellisuuden kautta”.

Monet terveydenhuollon erikoislääkärit suorittavat myöhemmin toisen erikoisalan tutkinnon. Yksityissektorin merkitys työllistäjänä lisääntyy ja alan erikoislääkäreitä tarvitaan myös hyvinvointialueilla erilaisiin johtamis- ja kehittämistehtäviin aikaisempaa enemmän.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 7



Työterveyshuolto

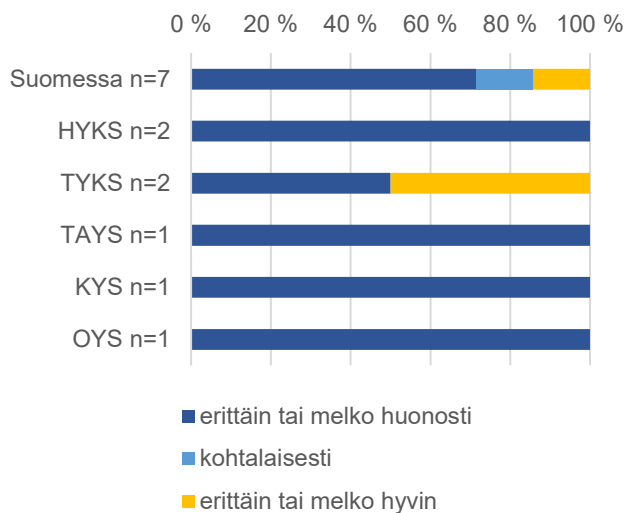
Työterveyshuollon erikoislääkärimäärä on kasvanut viime vuosikymmeninä voimakkaasti ja v. 2010–2020 edelleen noin 20 %. Alan edustajien näkemykset lääkärimäärän vastaavuudesta väestön ja palvelujärjestelmän tarpeisiin vaihtelevat. TYKS- ja KYS-alueen lääkärimäärät ovat suhteessa väestöön pienimmät.

Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvitaan n. 1000 työterveyslääkärinä (115 % suhteessa nyky määrään). Noin 50 valmistuvaa vuosittain riittää tähän tavoitteeseen.

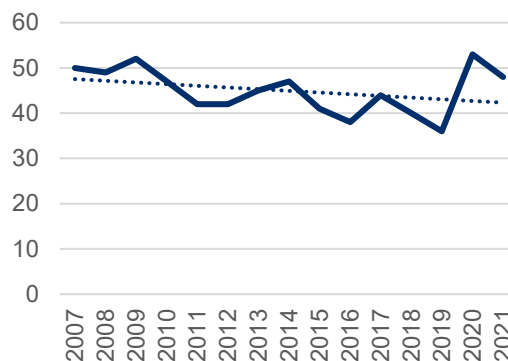
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	367	16,7	251	421	18,0	24,8	18
TYKS	116	12,9	80	133	14,9	6,5	8
TAYS	169	18,7	97	192	21,2	5,9	8
KYS	106	13,3	71	121	16,2	6,0	7
OYS	117	15,9	81	134	18,7	7,1	7
Yhteensä	875	15,8	580	1002	17,9	50,3	48

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi



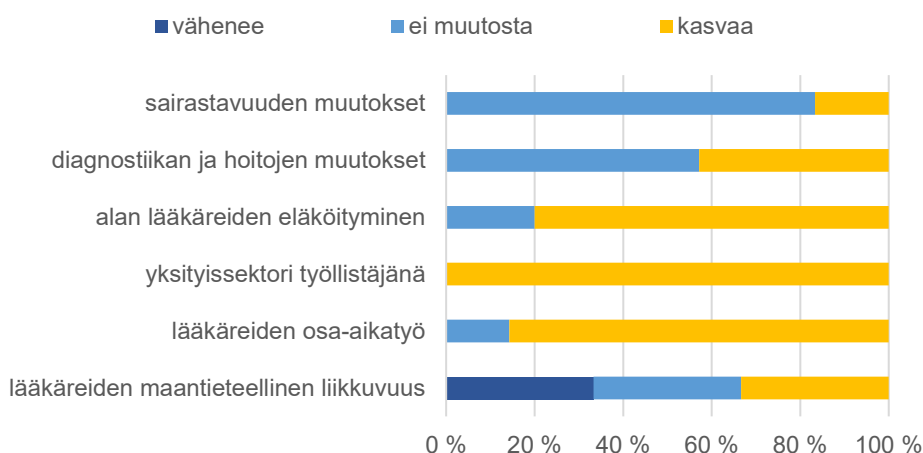
Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	19 %
Erikoisalan näkemys koulutustarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	115 %
Opinto-oikeudet 2021	933
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	66 %
Päätoimessa osa-aikaisesti ilman sivutoimista vastaanottoa työskentelevien lääkärien osuus	31 %

Kyselykommentti: ”*Paljon riippuu sotien onnistumisesta perusterveydenhuollon tarpeisiin vastaajana. Toivottavasti onnistuu - se tasaisi työterveyshuollon lääkäripalvelujen tarpeen kasvua*”.

Lainsäädäntö edellyttää, että päätoimisesti työterveyshuollossa toimivat lääkärit ovat työterveyshuollon erikoislääkäreitä tai erikoistuvia lääkäreitä. Erikoislääkärikoulutusta on tuettu erillisrahoituksella vuodesta 2005 ja tutkintojen määrä on ollut km. 47/vuosi. Valmistuvien määrä on pieni huomioiden, että opinto-oikeuden omaavia on lähes 1000. Vaikuttaa siltä, että monet työskentelevät alalla erikoistuvina lääkäreinä ilman suunnitelmaa valmistua erikoislääkäreiksi. Koulutuksen tehostamiseen tulisi löytää ratkaisuja.

Kolmannes alan erikoislääkäreistä työskentelee osa-aikaisesti ja osa-aikatyön odotetaan edelleen yleistyvän. Tämä on huomioitu koulutustarpeen laskentapohjassa.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 7



Urologia

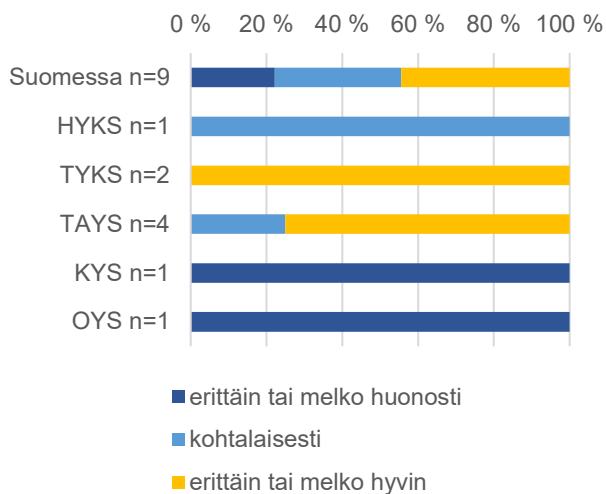
Urologien määrä on kasvanut v. 2010–2020 noin 20 %. Alan edustajien näkemyksen mukaan lääkärimäärä vastaa melko hyvin väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita KYS- ja OYS- aluetta lukuun ottamatta.

Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvitaan n. 170 urologia (117 % suhteessa nykymäärään). 5–6 valmistuvaa vuosittain riittää tähän tavoitteeseen.

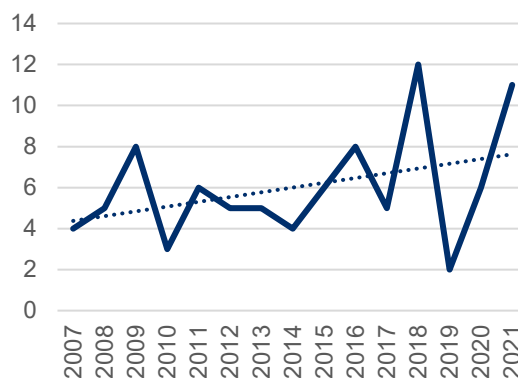
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	53	2,4	27	62	2,7	2,3	2
TYKS	29	3,2	16	34	3,8	1,7	1
TAYS	28	3,1	11	33	3,6	0,4	0,5
KYS	14	1,8	2	16	2,2	*	0,5
OYS	19	2,6	9	22	3,1	0,8	1
Yhteensä	143	2,6	66	167	3,0	5,3	5

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

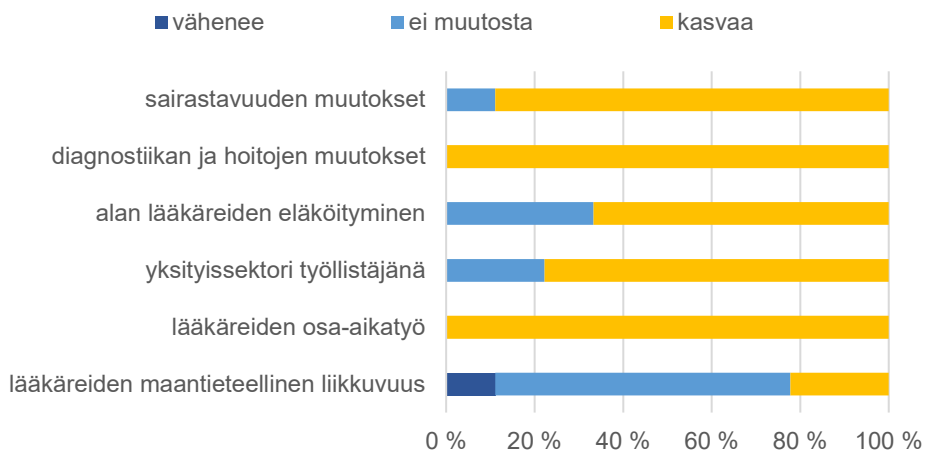


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	20 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	117 %
Opinto-oikeudet 2021	83
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	46 %

Kyselykommentti: *”Keskussairaaloiden toiminnasta ei ole enää varaa karsia, jotta osaaminen ja päivystysvalmius sekä laadukkaan koulutuksen tarjoaminen onnistuvat”.*

Alan eläköitymisprosentti ei ole kovin suuri ja opinto-oikeuksia on Itä-Suomen yliopistoa lukuun ottamatta melko paljon, joten paikoin erikoistumispaikkaa voi joutua odottamaan. Osa-aikatyön arvioidaan yleistyvän tulevaisuudessa ja työaikalain tuomat muutokset päivystykseen lisäävät lääkäritarvetta.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 9



Verisuonikirurgia

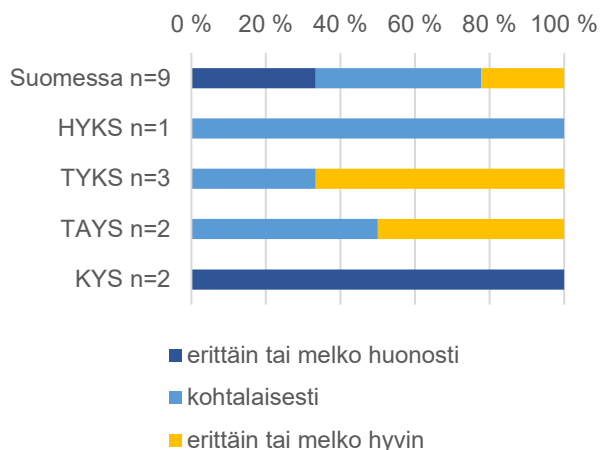
Verisuonikirurgioiden määrä on nuorena erikoisalana kasvanut v. 2010–2020 nopeasti ja eläköitymisaste on pieni.

Tällä hetkellä alan erikoislääkäreitä on suhteessa väestöön varsin tasaisesti ja määrä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita melko hyvin KYS-aluetta lukuun ottamatta. Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvitaan n. 70 verisuonikirurgia (115 % suhteessa nykymäärään). Noin 2 valmistuvaa vuosittain riittää tähän tavoitteeseen.

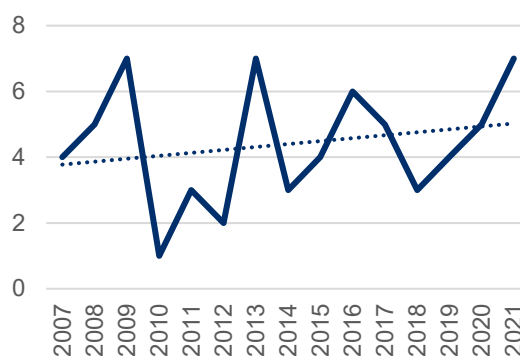
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	21	1,0	7	24	1,0	*	1
TYKS	11	1,2	2	13	1,4	*	*
TAYS	11	1,2	2	13	1,4	*	*
KYS	8	1,0	2	9	1,2	*	*
OYS	9	1,2	2	10	1,4	*	*
Yhteensä	60	1,1	16	69	1,2	1,5	2

* katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

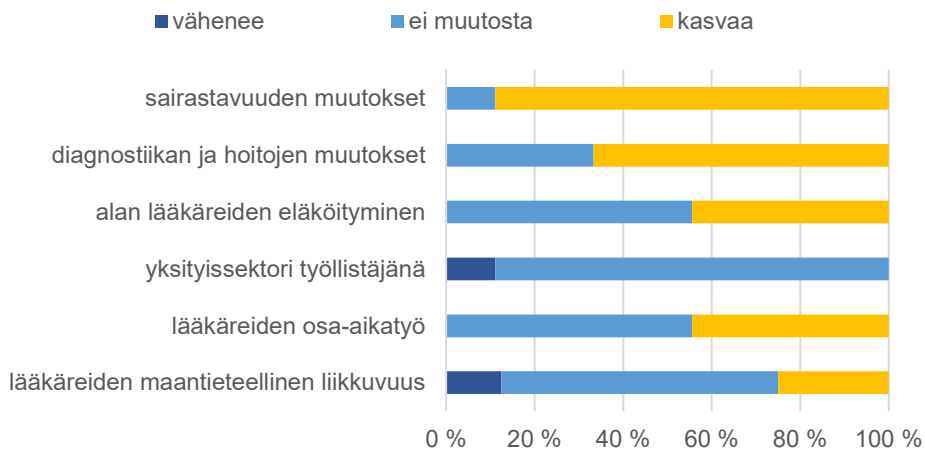


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	103 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	115 %
Opinto-oikeudet 2021	41
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	31 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	128 %

Kyselykommentti: *”Toimenpideradiologien vaje keskussairaaloissa jatkunee vielä pitkään. Tämä lisää tarvetta verisuonikirurgien angioradiologisiin valmiuksiin”.*

Eläköityvien määrä on pieni, eikä osa-aikatyön ei odoteta merkittävästi lisääntyvän. Opinto-oikeuksia on varsin paljon, joten erikoistumispaikkaa voi joutua jonottamaan.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 9



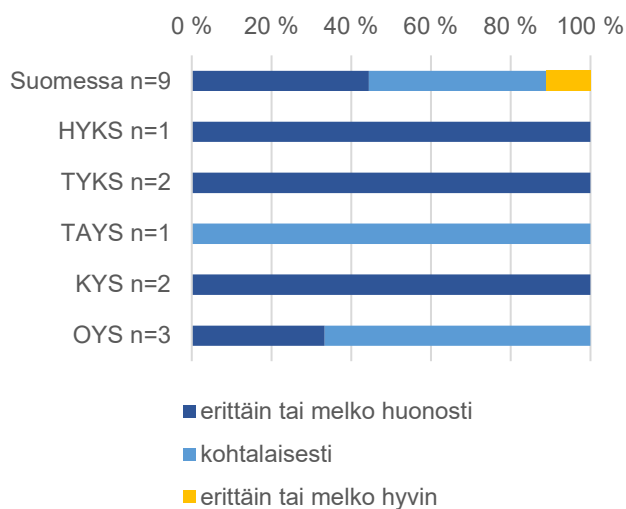
Yleiskirurgia

Yleiskirurgien määrä on ollut laskussa v. 2010–2020, mutta alalle valmistuvien määrä on hiljalleen noussut. Alan asema ja tehtävät palvelujärjestelmässä ovat epäselvät ja vaihtelevat, joten koulutustarpeen arviointi on vaikeaa.

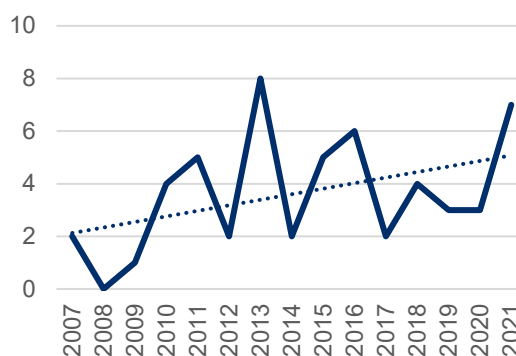
Jos tavoitteeksi otetaan n. 100 yleiskirurgia v. 2035, edellyttää se 7–8 valmistuvaa vuosittain (jos tuplatutkintoja ei huomioida). Alalle hakeutuvien ja opinto-oikeuksien määrä huomioiden tämä voisi olla realistinen tavoite.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	24	1,1	13	25	1,1	1,5	2
TYKS	26	2,9	16	27	3,1	2,4	2
TAYS	18	2,0	13	19	2,1	2,1	2
KYS	13	1,6	6	14	1,8	0,2	0,5
OYS	11	1,5	8	12	1,6	1,1	1
Yhteensä	92	1,7	56	97	1,7	7,3	8

Miten alan lääkimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi

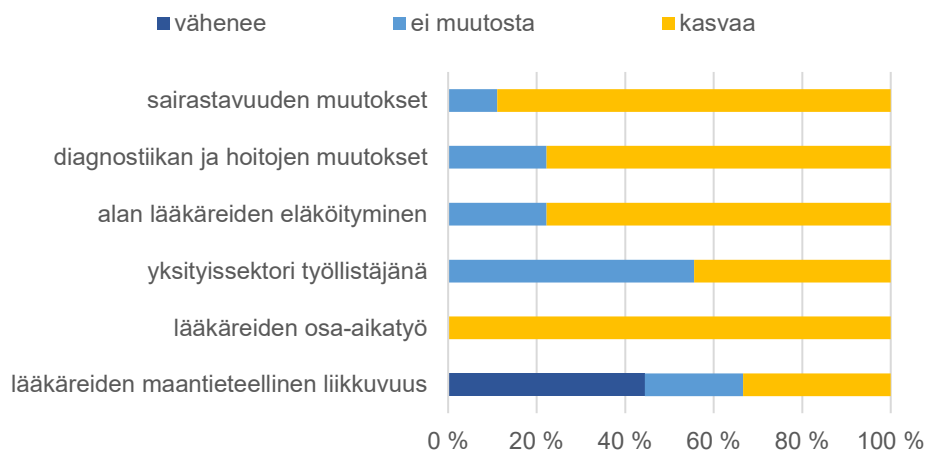


Erikoisalan lääkärimäärän kasvu 2010–2020	-11 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	115 %
Opinto-oikeudet 2021	91
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	57 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	566 %

Kyselykommentti: *”Tays ja Tyks kouluttavat yleiskirurgit rinta- ja kilpirauhaskirurgiaan, muissa sairaaloissa yksilöllistä vaihtelua on paljon enemmän. Yleiskirurgian roolia ja asemaa pitäisi valtakunnallisesti selkiyttää”.*

Merkittävä osa yleiskirurgeista suorittaa myöhemmin toisen kirurgian alan erikoislääkärikoulutuksen, mutta tämän huomioiminen nostaisi koulutustarpeen epärealistisen korkeaksi. Opinto-oikeuden omaavia on varsin paljon, mikä osin heijastanee sitä, että muille kirurgien aloille jonotetaan erikoistumispaikkaa.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 9



Yleislääketiede

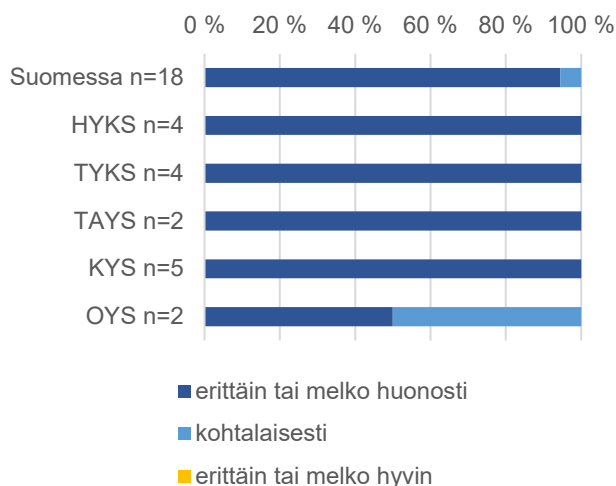
Yleislääketieteen erikoislääkärimäärä on lisääntynyt 2000-luvulla hyvin hitaasti, mutta v. 2018 alkaen vuosittain valmistuvien määrä on kasvanut huomattavasti, noin 150/vuosi. Tällä hetkellä alan erikoislääkärimäärä ei kuitenkaan kyselyn perusteella vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita (julkisessa terveydenhuollossa).

Alan edustajien näkemyksen mukaan tavoitteena tulisi olla n. 2 800 yleislääketieteen erikoislääkärää v. 2035 (150 % suhteessa nykymäärään). Tämä edellyttäisi yli 220 valmistuvaa vuosittain, joka ei ole mahdollinen huomioiden valmistuvien lisensoitettujen määrä (n. 700 + ulkomailta valmistuvat) ja koulutusresurssit.

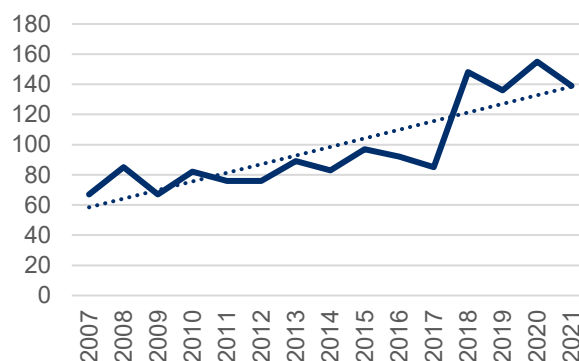
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	641	29,2	346	891	38,1	77,6	50
TYKS	321	35,7	154	445	49,9	32,0	35
TAYS	357	39,5	161	494	54,4	20,1	40
KYS	307	38,5	147	425	56,8	32,5	25
OYS	252	34,2	103	348	48,6	21,0	25
Yhteensä	1878	33,9	911	2602	46,5	183,2	175

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoislääkärit/vuosi



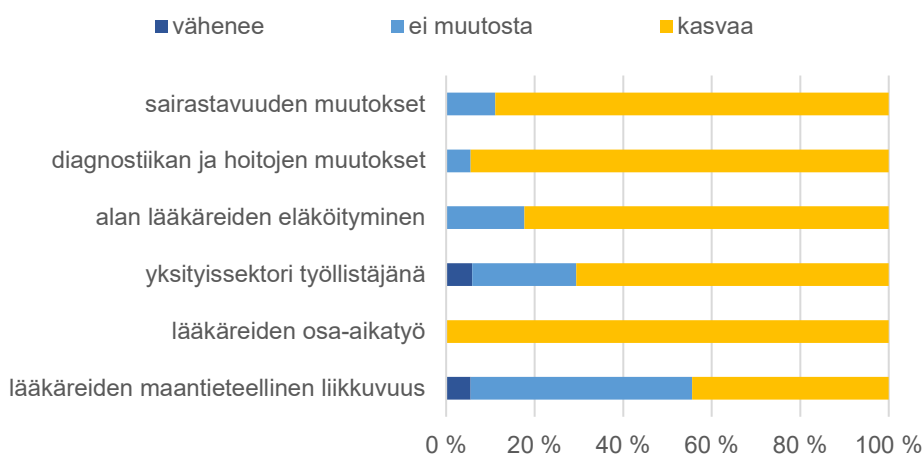
Erikoisalan lääkimäärän kasvu 2010–2020	5 %
Erikoisalan näkemys erikoislääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	150 %
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	49 %
Päätoimessa osa-aikaisesti ilman sivutoimista vastaanottoa työskentelevien lääkärien osuus	19 %
Erikoisalalle koulutetut/viimeisin erikoisala	155 %

Kyselykommentti: *”Haasteena on epätasapaino julkisen ja yksityisen (ml. työterveyshuolto) välillä. Julkisen puolen työkuorma ajaa myös kokeneita erikoislääkäreitä privaattipuolelle”.*

Noin 20 % yleislääketieteen erikoislääkäreistä tekee osa-aikatyötä ja sen arvioidaan vielä yleistyvän tulevaisuudessa. Joka toinen alalle erikoistuva suorittaa myöhemmin toisen erikoisalan tutkinnon. Jos nämä huomioidaan laskentapohjassa, kasvaa koulutustarve vieläkin suuremmaksi.

Työryhmän arvion mukaan n. 170–180 valmistuvaa vuosittain olisi korkea, mutta mahdollinen tavoite. Tämä nostaisi yleislääketieteen erikoislääkimäärän n. 2 600 vuoteen 2035 mennessä.

Erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 18



10.2 Erikoishammaslääkärit

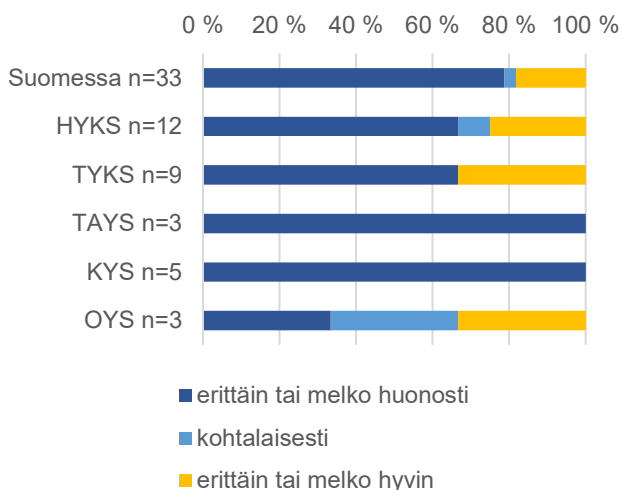
Erikoishammaslääkärimäärä on kasvanut viimeisten 5 vuoden aikana klinisen hammashoidon erikoisaloilla, mutta osalla erikoisaloista lääkärimäärä on laskenut. Erikoishammaslääkäreiden määrä vaihtelee erva-alueittain merkittävästi; TAYS-ervan EHL-määrä on vain noin puolet OYS-ervan EHL-määrästä suhteessa väestöön.

Tätä raporttia varten tehdyssä kyselyssä hammaslääketieteen edustajat arvioivat lääkäritarpeeksi n. 1 100 erikoishammaslääkärinä v. 2035 (160 % suhteessa nykymäärään). Arvio on huomattavan korkea ja se edellyttäisi yli 70 valmistuvaa erikoishammaslääkärinä vuosittain.

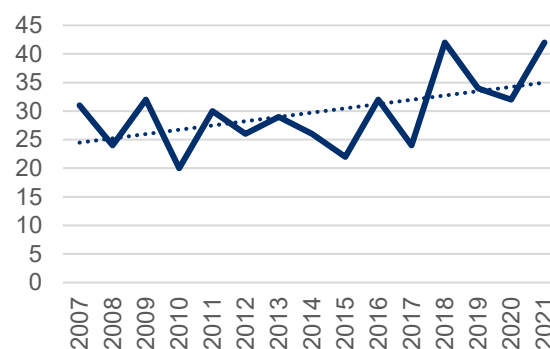
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus tarvearvio /vuosi		
HYKS	276	12,6	156	466	19,9	29,0	17
TYKS	119	13,2	80	191	21,4	13,4	7,5
TAYS	83	9,2	52	140	15,4	9,4	7,5
KYS	86	10,8	56	137	18,3	9,2	9
OYS	122	16,6	71	204	28,5	12,1	7
Yhteensä	687	12,4	415	1 137	20,3	73,2	48

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan hammaslääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoishammaslääkärit/vuosi

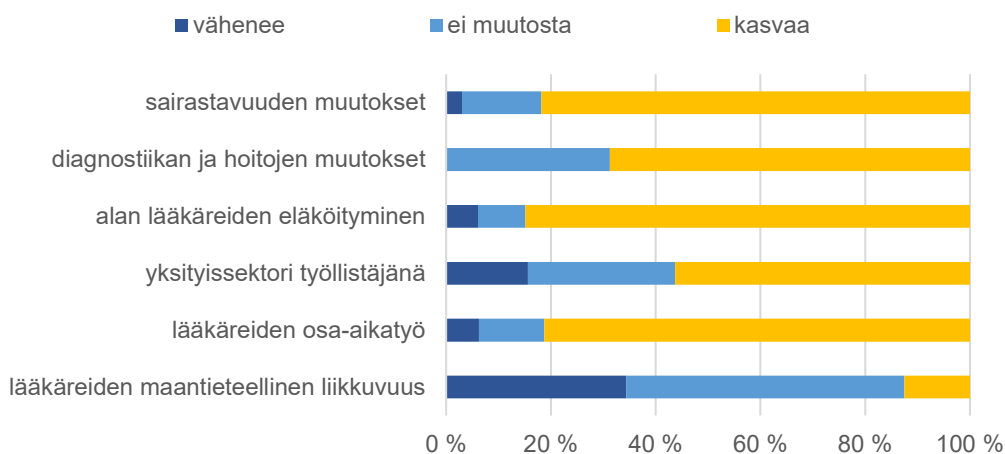


Erikoishammaslääkärimäärän kasvu 2010–2020	20 %
Erikoisalojen näkemys erikoishammaslääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	160 %
Opinto-oikeudet 2021	
HY	128
TY	44
TAU	25
UEF	21
OY	55
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	61 %

Erikoishammaslääkäreiden eläköitymisprosentti on korkea. Opinto-oikeuksia on myönnetty viime vuosina vähän ja koulutusresurssit huomioiden koulutusmäärien nostoon yli 70/vuosi ei päästä. **Työryhmän arvio realistisesta koulutustavoitteesta on n. 50 uutta erikoishammaslääkärää vuosittain.** Tämä koulutusmäärä nostaisi erikoishammaslääkäreiden määrän noin 1 000 vuoteen 2035 mennessä. Osa-aikatyön odotetaan edelleen yleistyvän.

Suun mikrobiologian tilannetta ei ole käsitelty tässä raportissa, koska alalla on vain yksi erikoishammaslääkäri ja yksi opinto-oikeuden omaava.

Erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalojen vastaukset, n = 33



Hammaslääketieteellinen diagnostiikka/Suurradiologia

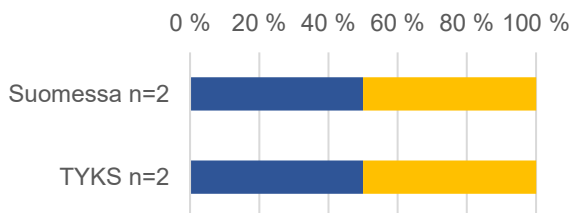
Suurradiologia on hammaslääketieteellisen diagnostiikan painotusala, jonka pätevyys on n. 30 erikoishammaslääkärillä.

Alan EHL-määrä on kasvanut 2010–2020 yli 50 % eivätkä alan edustajat näe suurta kasvutarvetta tulevaisuudessa (noin 40 suurradiologia v. 2035). 1–2 vuosittain alalle valmistuvaa riittää tähän tavoitteeseen.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	13	0,6	4	15	0,6	0,2	*
TYKS	8	0,9	7	10	1,1	0,9	*
TAYS	6	0,7	2	7	0,8	*	*
KYS	4	0,5	3	5	0,6	0,4	*
OYS	3	0,4	2	4	0,5	0,2	*
Yhteensä	35	0,6	18	40	0,7	1,6	1-2

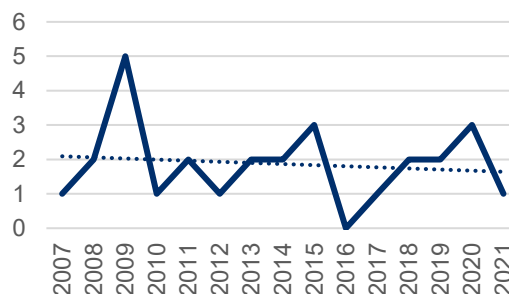
*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan hammaslääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



- erittäin tai melko huonosti
- kohtalaisesti
- erittäin tai melko hyvin

Valmistuneet erikoishammaslääkärit/vuosi

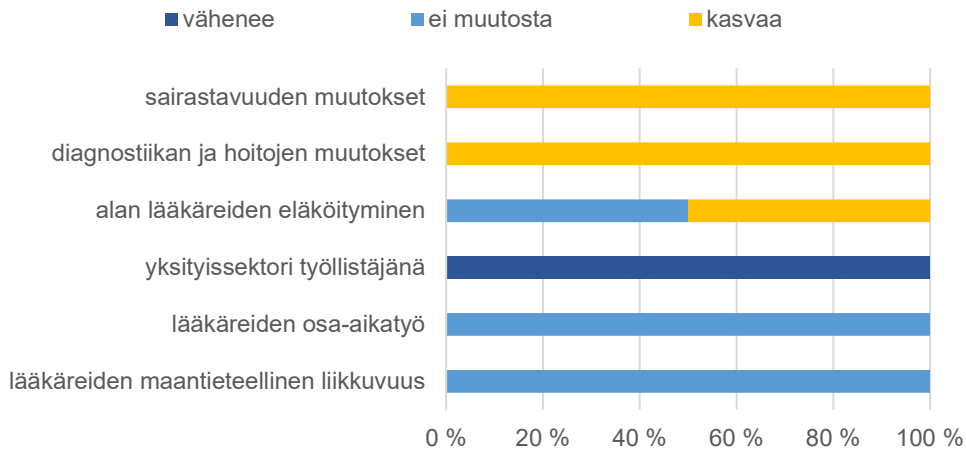


Erikoisalan hammaslääkärimäärän kasvu 2010–2020	52 %
Erikoisalan näkemys erikoishammaslääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	110 %
Opinto-oikeudet 2021	13
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	56 %

Kyselykommentti: *”Diagnostiset tekoälysovellukset voivat vaikuttaa tarpeeseen tulevaisuudessa”.*

Suomessa on suurradiologian oppialalla ainoastaan 2 dosenttia ja 1 professori, kaikki 1960-luvulla syntyneitä, joten eläköitymistä tapahtuu lähivuosina. Osa-aikatyön osalta ei odoteta tapahtuvan merkittäviä muutoksia.

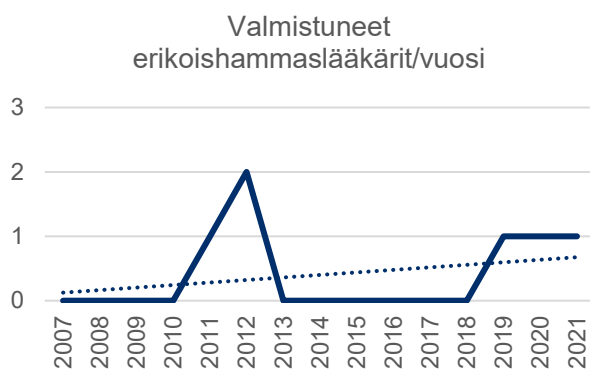
Erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 2



Hammaslääketieteellinen diagnostiikka/Suupatologia

Suupatologeja on Suomessa vain 10. Alalle on valmistunut edeltävän 10 vuoden aikana 1 erikoishammaslääkäri keskimäärin joka toinen vuosi. Oppialta ei tullut yhtään vastausta tätä raporttia varten tehtyyn kyselyyn. Mikäli alan erikoishammaslääkärimäärä pyritään säilyttämään nykyisellä tasolla, viime vuosien koulutusmäärä riittää.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 men- nessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	5	0,2	2	5	0,2	*	*
TYKS	0	0,0	0	0	0,0	*	*
TAYS	0	0,0	0	0	0,0	*	*
KYS	2	0,3	2	2	0,3	*	*
OYS	3	0,4	1	3	0,4	*	*
Yhteensä	10	0,2	5	10	0,2	0,3	0,5



Erikoisalan hammaslääkärimäärän kasvu 2010–2020	52 %
Erikoisalan näkemys erikoishammaslääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	100 %
Opinto-oikeudet 2021	5
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	55 %

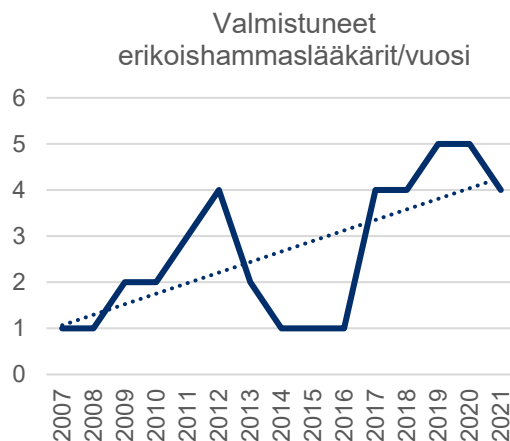
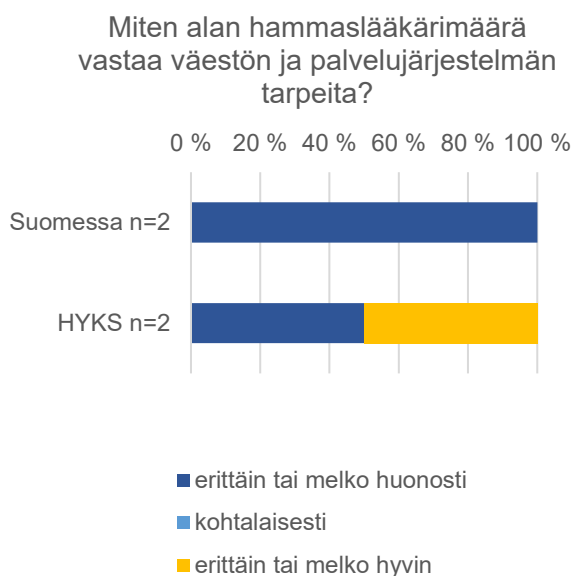
Kliininen hammashoito/Kariologia ja endodontia

Kariologian erikoishammaslääkäritarjonta keskittyy yliopistopaikkakunnille, missä on HLL- ja EHL-koulutusta (Helsinki, Turku, Kuopio, Oulu) ja muutamiiin muihin isompiin kaupunkeihin.

Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvitaan n. 170 erikoishammaslääkärinä (300 % suhteessa nyky määrään). Arvio on erittäin korkea (vastaajia vähän) ja se edellyttäisi 15–16 valmistuvaa erikoishammaslääkärinä vuosittain. Tämä ei ole mahdollista mm. kouluttajien rajallinen määrä ja eläköityminen huomioiden.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	26	1,2	15	82	3,5	6,7	2
TYKS	9	1,0	6	30	3,3	2,7	1
TAYS	7	0,8	7	23	2,5	2,5	1
KYS	4	0,5	4	13	1,8	1,1	2
OYS	13	1,8	8	43	5,9	3,4	1
Yhteensä	60	1,1	40	190	3,4	16,4	7

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

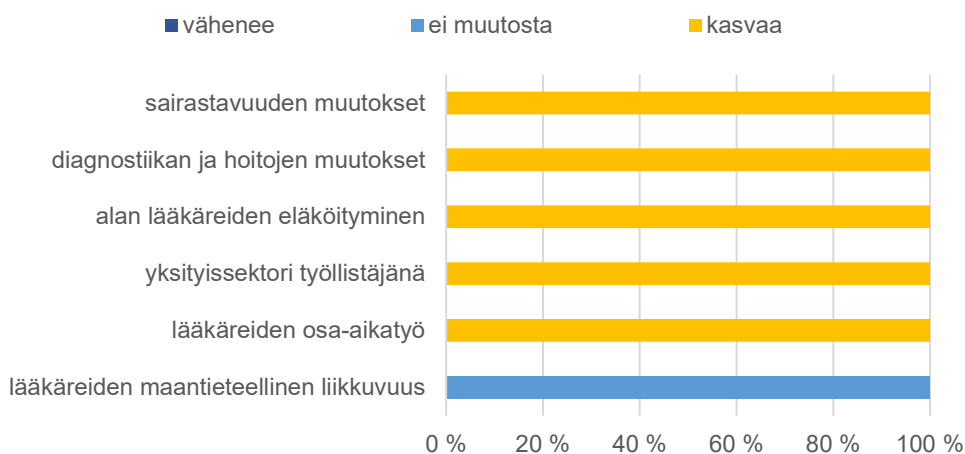


Erikoisalan hammaslääkärimäärän kasvu 2010–2020	28 %
Erikoisalan näkemys erikoishammaslääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	300 %
Opinto-oikeudet 2021	26
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	68 %

Kyselykommentti: *”EHL-tason palvelujen tasa-arvoinen jakautuminen alueittain vaatii sekä kansallisesti että hyvinvointialueiden sisällä enemmän koulutuspaikkoja keskussairaaloihin. Kunnallisella sektorilla on pitkät hoitojonot, yksityisvastaanotoilla hyvin tilaa, syynä hoidon kalleus”.*

Alan edustajien näkemys tulevaisuuden erikoishammaslääkäriskoulutustarpeesta heijastelee todennäköisesti tämän hetken alueellista pulaa, hoidon tarpeen lisääntymistä väestön vanhetessa hampaallisena ja hammaslääketieteen kehitystä ja hoidon laatuvaatimuksia mm. mikroskoopin käyttöä endodontiassa. Huomioiden opinto-oikeuksien pieni määrä ja voimakas eläköityminen, ei tavoiteltuun koulutusmäärän nostoon tulla pääsemään - päinvastoin **alan erikoishammaslääkärimäärä saattaa käänntyä 2020-luvulla laskuun.**

Erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 2



Kliininen hammashoito/Lasten hammashoito

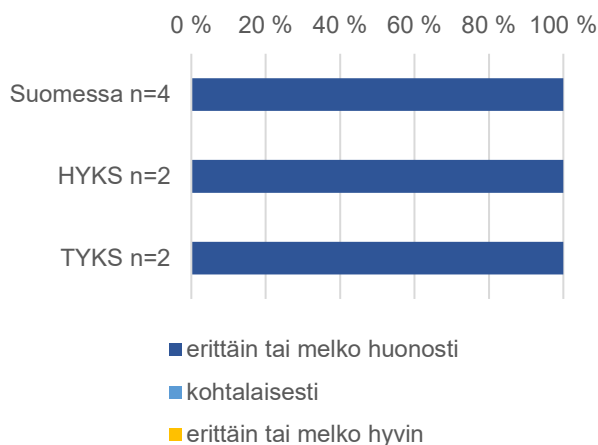
Valtakunnallisesti lasten hammashoidon erikoishammaslääkäreitä on vähän (20) ja lähinnä yliopistosairaaloissa eikä lääkimäärä vastaa alan edustajien mielestä väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita.

Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvitaan n. 60 lasten erikoishammaslääkärinä (300 % suhteessa nyky määrään). Arvio on korkea ja se edellyttäisi 4–5 valmistuvaa erikoishammaslääkärinä vuosittain eli nykykoulutuksen yli kaksinkertaistamista.

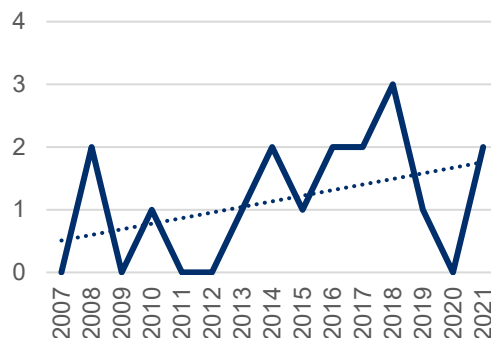
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	8	0,4	4	27	1,1	1,8	1
TYKS	2	0,2	2	7	0,8	0,7	1
TAYS	3	0,3	1	10	1,1	0,8	1
KYS	3	0,4	1	10	1,3	0,8	1
OYS	4	0,6	1	13	1,8	0,9	1
Yhteensä	20	0,4	9	66	1,2	5,0	5

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan hammaslääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoishammaslääkärit/vuosi



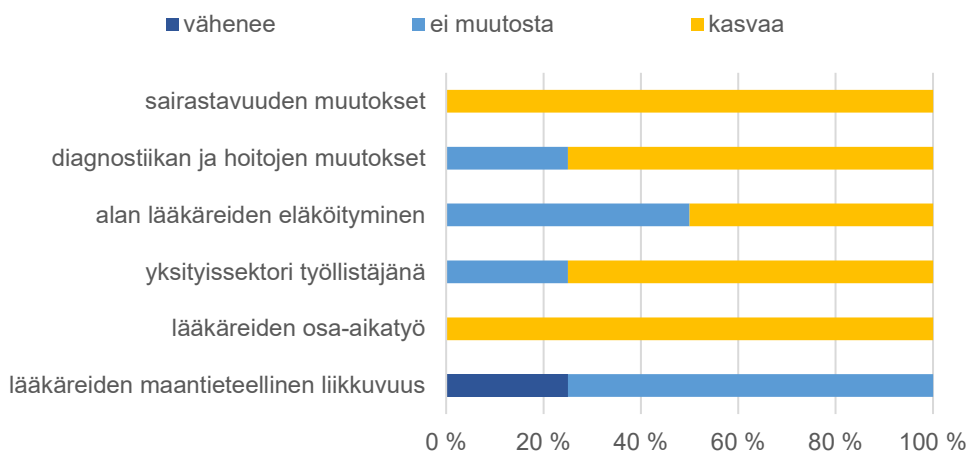
Erikoisalan hammaslääkärimäärän kasvu 2010–2020	28 %
Erikoisalan näkemys erikoishammaslääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	305 %
Opinto-oikeudet 2021	13
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	45 %

Kyselykommentti: *”Valtakunnallisesti lasten hammashoidon erikoishammaslääkäreitä on lähinnä yliopistosairaaloissa. Keskussairaالاتasolta puuttuu erikoisalan edustus, vaikka päivystys- ja keskittämisesetus on lisännyt lapsipotilaiden lukumäärää (lasten nukutushammashoidon keskittäminen).”*

Maahanmuutto, terveyden polarisoituminen sekä lasten muuttunut terveystyötyminen (energiajuomat, napostelu, perheiden säännöllisen ateriarhythmin puutos jne.) lisäävät vaikea-asteisesta kariesestä ja eroosiosta kärsivien lasten määrää. Myös vaikeasti sairaiden tai vammaisten lasten parantuneen ennusteen myötä hammaslääketeollista erikoisosaamista vaativien lasten ja nuorten osuus kasvaa.

Alan edustajien näkemys tulevaisuuden erikoishammaslääkärinkoulutustarpeesta on huomattavan korkea. Huomioiden opinto-oikeuksien erittäin pieni määrä HY:n ulkopuolella, ei tavoiteltuun koulutusmäärään todennäköisesti tulla pääsemään.

Erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 4



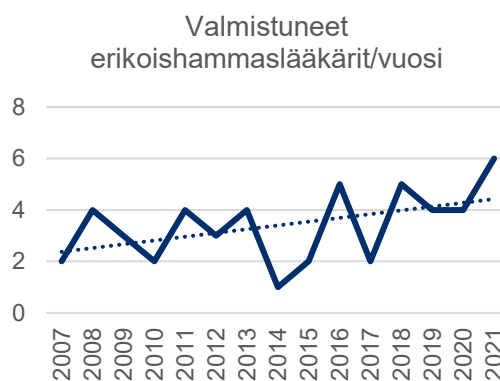
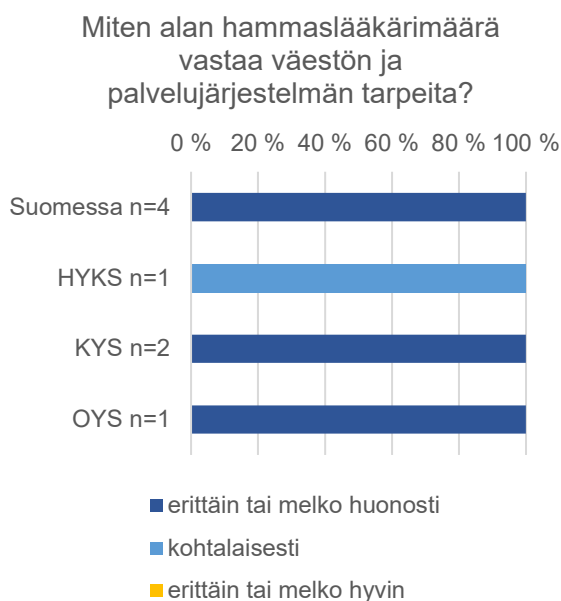
Kliininen hammashoito/Parodontologia

Parodontologian erikoishammaslääkäreiden määrä vaihtelee merkittävästi erva-alueiden välillä. Ongelmana nähdään erikoishammaslääkärikoulutukseen osoitettujen virkojen puuttuminen monelta alueelta.

Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvittaisiin n. 160 erikoishammaslääkärinä (167 % suhteessa nykymäärään). Tämä edellyttäisi n. 11 valmistuvaa/vuosi eli nykykoulutuksen yli kaksinkertaistamista.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	40	1,8	26	71	3,0	5,3	3
TYKS	16	1,8	11	29	3,3	2,5	1
TAYS	9	1,0	4	16	1,8	0,9	1
KYS	14	1,8	6	25	3,4	1,1	1
OYS	16	2,2	7	29	4,0	1,4	1
Yhteensä	97	1,7	54	170	3,0	11,2	7

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7



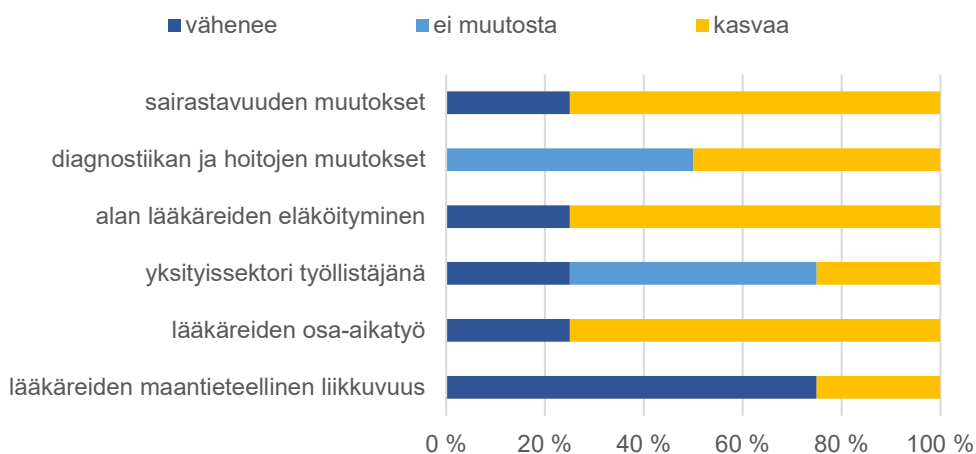
Erikoisalan hammaslääkärimäärän kasvu 2010–2020	28 %
Erikoisalan näkemys erikoishammaslääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	167 %
Opinto-oikeudet 2021	33
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	60 %

Kyselykommentti: *”Väestön ikääntyminen hampaallisena lisää hoidon tarvetta. Ikään-tyväällä väestöllä on useilla myös monia pitkäaikaissairauksia ja niihin lääkityksiä. Nämä altistavat etenkin parodontiitille, mikä lisää hoidon tarvetta”*

EHL-hammaslääkärien tarve riippuu myös työnjaosta suuhygienistien, peruskoulutuksen saaneiden hammaslääkäreiden panoksesta ja erikoishammaslääkäriin panoksesta. Jos perushammaslääkärit eivät hoida iensairauksia, niin se aiheuttaa kuormitusta erikoissairaanhoidon.”

Alan edustajat näkevät erikoishammaslääkäritarpeen v. 2035 huomattavan korkeaksi eikä siihen todennäköisesti tulla pääsemään mm. erikoistumisvakanssien ja kouluttajien vähäisyyden vuoksi. Opinto-oikeus on tällä hetkellä vain n. 30 hammaslääkärillä.

Erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 4



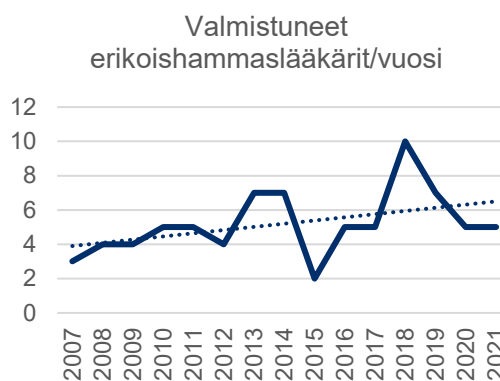
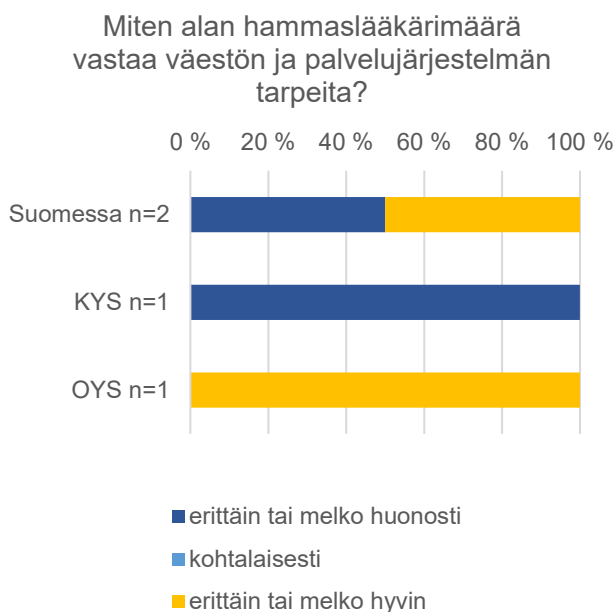
Kliininen hammashoito/Protetiikka ja parentafysiologia

Alan erikoishammaslääkärimäärä suhteessa väestöön vaihtelee huomattavasti: OYS-alueella erikoishammaslääkäreitä on yli kaksinkertainen määrä HYKS- ja TAYS-alueisiin verrattuna.

Alan edustajien näkemys erikoishammaslääkäritarpeesta on maltillinen (vastaajia vähän), n. 130 vuonna 2035 (105 % suhteessa nykymäärään). 5–6 valmistuvaa/vuosi eli nykykoulutus riittää tähän tavoitteeseen.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	34	1,5	20	37	1,6	1,6	1,5
TYKS	29	3,2	20	32	3,6	1,1	1
TAYS	15	1,7	8	17	1,9	0,7	1
KYS	20	2,5	13	22	2,9	1,2	1
OYS	30	4,1	20	33	4,6	1,7	1
Yhteensä	128	2,3	81	140	2,5	6,3	5,5

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

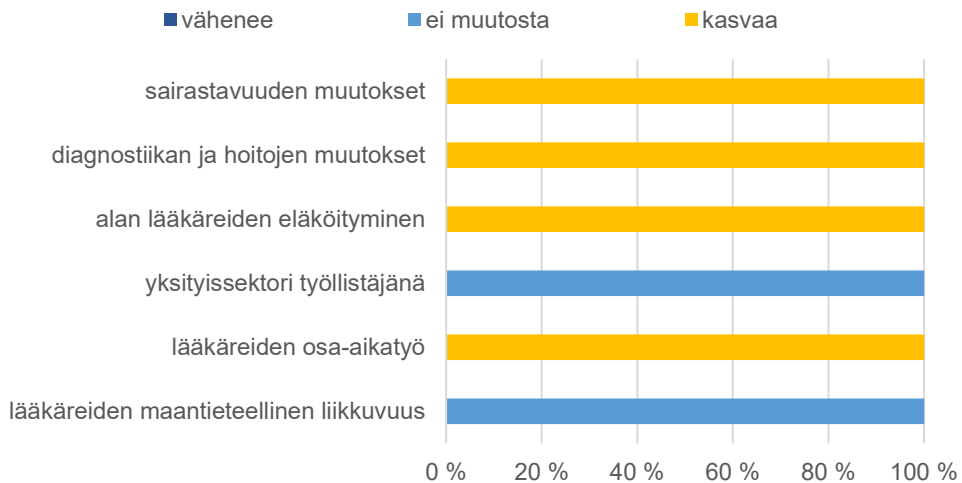


Erikoisalan hammaslääkärimäärän kasvu 2010–2020	28 %
Erikoisalan näkemys erikoishammaslääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	105 %
Opinto-oikeudet 2021	40
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	67 %

Kyselykommentti: *”Väestö vanhenee, hampaattomuus vähenee ja vaativien purennan kuntoutushoitojen tarve tulee kasvamaan”.*

Suurten ikäluokkien erikoishammaslääkäreitä on jäänyt ja jää lähiaikoina eläkkeelle ja myös osa-aikatyö yleistyne. Opinto-oikeuksia on alalla melko hyvin, joten 5–6 valmistuvaan vuosittain on mahdollista päästä.

Erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 2



Oikomishoito

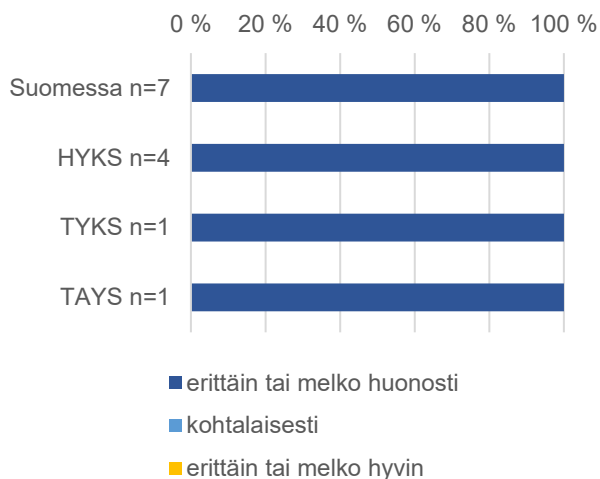
Oikomishoidon erikoishammaslääkärimäärä on kasvanut 2010–2020 noin 20 %, mutta se ei kyselykommenttien perusteella vastaa palvelujärjestelmän ja väestön tarpeita. Suurin EHL-määrä suhteessa väestöön on OYS-alueella.

Alan edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvittaisiin n. 250 oikomishoidon erikoishammaslääkärinä (160 % suhteessa nyky määrään). Arvio on korkea ja se edellyttäisi n. 18 valmistuvaa vuosittain eli nykykoulutuksen yli kaksinkertaistamista.

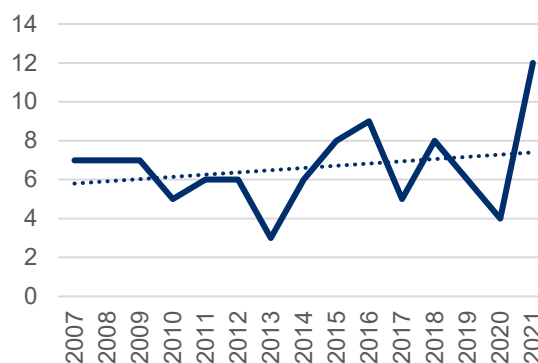
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	64	2,9	33	107	4,6	6,6	4
TYKS	29	3,2	20	49	5,5	3,6	2
TAYS	24	2,7	18	41	4,5	3,2	2
KYS	14	1,8	8	24	3,1	1,5	2
OYS	28	3,8	19	47	6,6	3,3	1
Yhteensä	159	2,9	98	268	4,8	18,1	11

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan hammaslääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoishammaslääkärit/vuosi



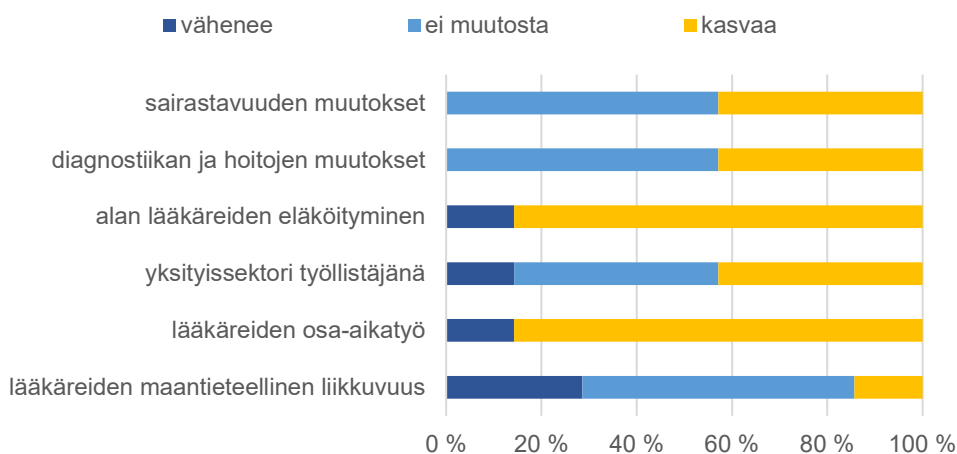
Erikoisalan hammaslääkärimäärän kasvu 2010–2020	18 %
Erikoisalan näkemys erikoishammaslääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	160 %
Opinto-oikeudet 2021	54
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	62 %

Kyselykommentti: *”Hoidot vievät aiempaa enemmän resursseja ja aikaa. Jos hoitoja ei tehdä oikea-aikaisesti, tulee hoidosta mahdollisesti ortognaattiskirurgiaa vaativia ja potilas tarvitsee hoidon erikoissairaanhoidossa”. ”Uniapneapotilaita hoidetaan nykyisin enemmän ortognaattiskirurgisina hoitoina, jotka vaativat erikoissairaanhoidoa.”*

Kansainvälisyys ja maahanmuutto lisääntyvät. Suomeen tulee henkilöitä, jotka eivät ole lapsuudessa ja nuoruudessa saaneet oikomishoitoa ja tämän seurauksena hoitamattomien aikuisten purentapoiikkeamien hoidon tarve lisääntyy.

Kouluttajista on pulaa valtakunnallisesti, joten koulutuksen kaksinkertaistaminen tuskin onnistuu. Työryhmän arvio realistisesta tavoitteesta on n. 11 valmistuvaa vuosittain. Opinto-oikeuksia on melko vähän ja osa-aikatyön odotetaan yleistyvän.

Erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 7



Suu- ja leukakirurgia

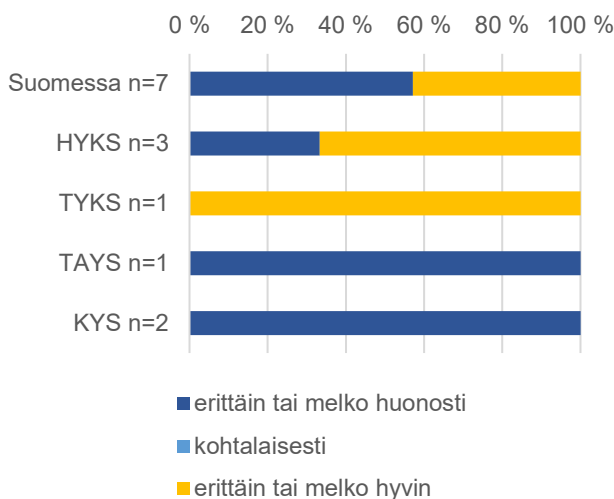
Suu- ja leukakirurgian erikoishammaslääkäreitä on valmistunut 5–6 vuodessa eli selvästi enemmän kuin suu- ja leukakirurgian erikoislääkäreitä (ks. luku 10.1.) Alan koulutustarvetta tulee arvioida valtakunnallisesti huomioiden molemmat koulutusohjelmat. TAYS- ja KYS-alueen erikoishammaslääkärimäärä on pienin suhteessa väestöön.

Hammaslääketieteen edustajien arvion mukaan v. 2035 tarvitaan n. 150 suu- ja leukakirurgian erikoishammaslääkärinä (128 % suhteessa nyky määrään). Tähän päästään, jos vuosittain valmistuu noin 6 alan erikoishammaslääkärinä.

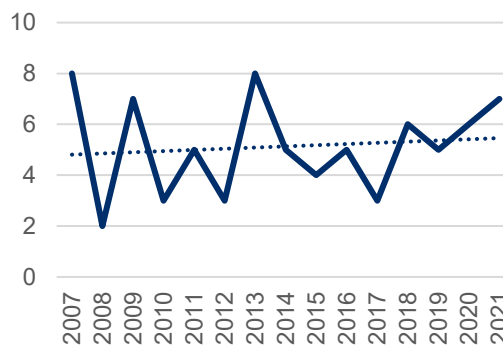
Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	53	2,4	26	71	3,0	3,2	2
TYKS	18	2,0	8	24	2,7	1,0	1
TAYS	10	1,1	6	13	1,5	0,6	1
KYS	12	1,5	6	16	2,1	0,8	1
OYS	19	2,6	9	25	3,5	1,0	1
Yhteensä	112	2,0	55	149	2,7	6,7	6

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

Miten alan hammaslääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?



Valmistuneet erikoishammaslääkärit/vuosi

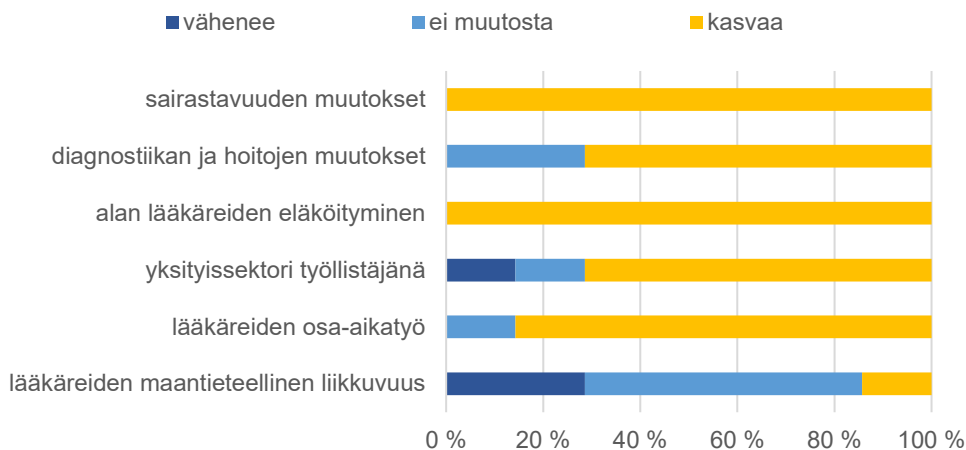


Erikoisalan hammaslääkärimäärän kasvu 2010–2020	26 %
Erikoisalan näkemys erikoishammaslääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	128 %
Opinto-oikeudet 2021	54
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	48 %

Kyselykommentti: *”Päivystyksen ylläpito vaatisi lisävirkoja HUS, TYKSin ja Taysin alueella. Päivystäjien viikkotyöajan toteutuminen edellyttäisi koulutusvirkojen lisäämistä”.*

Yliopistosairaaloissa suu- ja leukakirurgian erikoishammaslääkäreitä on hyvin, mutta keskussairaaloissa ja perusterveydenhuollossa on vajetta. Paikallista ylitarjontaa on yksityissektorilla. Alueelliset erot erikoishammaslääkärimäärässä ovat huomattavan suuret aiheuttaen potilaille hoidon eriarvoisuutta.

Erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 7



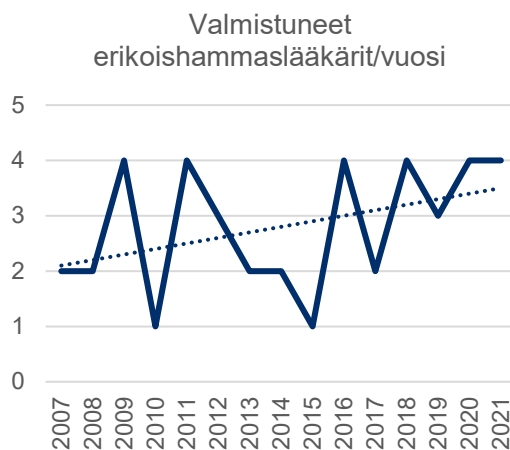
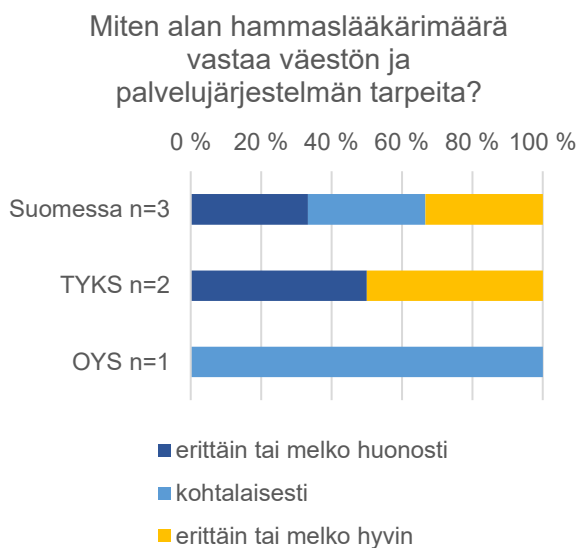
Terveydenhuolto

Terveydenhuollon erikoishammaslääkärien määrä on pudonnut 2010–2020 lähes kolmanneksella. Alan edustajien arviot erikoishammaslääkärimäärän vastaavuudesta palvelujärjestelmän tarpeisiin vaihtelevat. Erikoistumisvirkoja ja koulutuspaikkoja ei ole ja kouluttajikin hyvin vähän - ala nähdään hallintoon ja johtamiseen pätevöittäväenä erikoislääkäreiden vastaavan erikoisalan tapaan.

Alan edustajien näkemyksen mukaan v. 2035 tarvittaisiin n. 100 terveydenhuollon erikoishammaslääkäriä (147 % suhteessa nyky määrään). Tämä edellyttäisi n. 7 valmistuvaa vuosittain eli nykykoulutuksen kaksinkertaistamista.

Erva-alue	Lääkärit 2021 (/100 000 as)	Eläkkeelle 2035 v mennessä	Lääkäritarve 2035 (/100 000 as)	Laskennallinen koulutus- tarve/v* 2027-35	Työryhmän koulutus- tarvearvio /vuosi		
HYKS	32	1,5	25	50	2,1	3,5	2
TYKS	7	0,8	6	11	1,2	1,0	0,5
TAYS	8	0,9	6	12	1,4	0,8	0,5
KYS	13	1,6	13	20	2,7	2,0	1
OYS	5	0,7	4	8	1,1	0,3	1
Yhteensä	65	1,2	54	101	1,8	7,7	5

*katso laskentapohjan periaate ja muuttujat luku 7

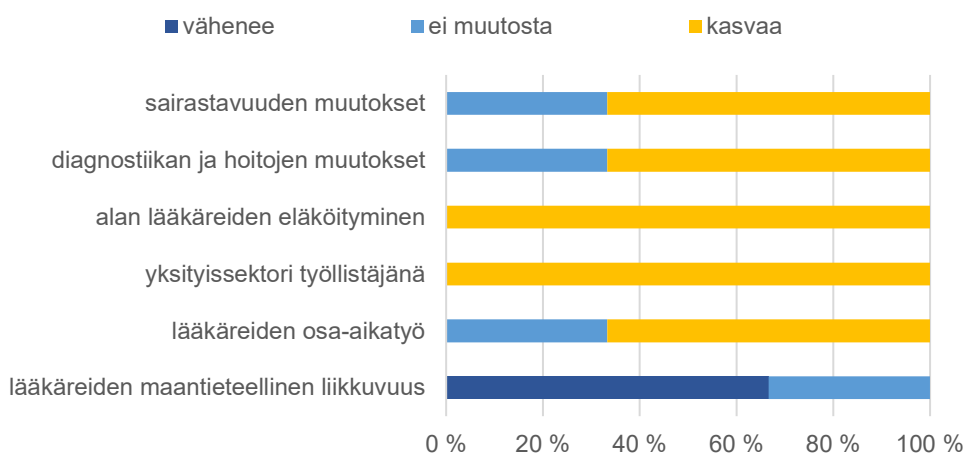


Erikoisalan hammaslääkärimäärän kasvu 2010–2020	-29 %
Erikoisalan näkemys erikoishammaslääkäritarpeesta 2035, kyselyn vastausten keskiarvo	147 %
Opinto-oikeudet 2021	32
Eläkkeelle 2035 mennessä siirtyvien osuus	83 %

Kyselykommentti: ”Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistuminen lisää myös hammaslääkärijohtajien, mm. terveydenhuollon erikoishammaslääkäreiden tarvetta”.

Alan erittäin voimakas eläköityminen (yli 80 % vuoteen 2035 mennessä) tekee nyky-
muotoisen koulutuksen jatkamisen käytännössä hyvin vaikeaksi, kun kouluttajia ei
pian ole. Opinto-oikeuksiakin on vain n. 30 hammaslääkärillä, joten alan erikoisham-
maslääkärimäärä tulee todennäköisesti vähenemään tulevaisuudessakin.

Erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta vuoteen 2035, erikoisalan vastaukset, n = 3



11 Lausuntokierros

Raporttiluonnos lähetettiin STM:n toimesta 5.9.2022 lausuntokierrokselle, jossa vastausaikaa oli kolme viikkoa. Lausuntoja saatiin yhteensä 12 kappaletta: Itä-Suomen yliopisto (alueellinen neuvottelukunta), Oulun yliopisto (alueellinen neuvottelukunta), Turun yliopisto (lääketieteellisen tiedekunnan dekaani ja alueellinen neuvottelukunta), Tampereen yliopisto (dekaani ja alueellinen neuvottelukunta), HUS-Erva alueellinen neuvottelukunta, Suomen Lääkäriliitto, Suomen Hammaslääkäriliitto, Suomen Erikoislääkäriyhdistys, Nuorten Lääkärien yhdistys, Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat (KT), Valtiovarainministeriö ja Turun yliopisto, Hammaslääketieteen laitos (professorit ja vastuukouluttajat).

Lausuntopalaute käsiteltiin asiantuntijatyöryhmän kokouksessa 27.9.2022 ja raporttiin tehtiin sen perusteella täsmennyksiä ja korjauksia. Palaute oli kokonaisuutena myönteinen ja raportti arvioitiin perusteelliseksi ja selkeäksi. Lausuntokooste:

1. Yleiset huomiot raportista

Esitetty asiantuntijatyöryhmän arvio tulevaisuuden erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritarpeesta on perusteltu ja laskentapohjassa on huomioitu kattavasti erilaisia koulutustarpeeseen vaikuttavia tekijöitä saatavilla olevista luotettavista lähteistä. Laskennallista arviota on tärkeää tarkentaa asiantuntija-arvioin ja sidosryhmäyhteistyötä hyödyntämällä. Tarvearvio tulee jatkossa toistaa säännöllisesti. Peruskoulutuksen tarve tulisi arvioida saman tyyppisenä jatkuvana prosessina.

Koulutusmääristä keskusteltaessa tulee arvioida tulevaisuutta myös siitä näkökulmasta, miten paljon rahaa yhteiskunta ja kansalaiset ovat valmiita käyttämään terveydenhuoltoon. Yksityissektorin erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanteesta ja muutoksista tulisi olla tilastotietoa. Pyrkimyksenä on löytää palvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapaino: Koulutettavat eivät voi olla vain täyttämässä sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten työvoiman tarvetta. Tarvitaan myös tietoa toimenpiteiden vaikutuksesta ja koulutustarpeen muutoksista erikoisaloittain myös eri raporttien välillä.

Suuri haaste koulutuksen lisäämiselle ovat riittämättömät koulutusresurssit (vakanssit, kouluttajat) varsinkin erikoishammaslääkärikoulutuksessa. Ikääntyvien lääkärien pysymistä työelämässä ja kouluttajina tulee voimakkaasti tukea. Uralalinnan ohjausta tulisi kehittää perusopetukseen ja nuoren lääkärin ja hammaslääkärin alkuvuosiin; sillä on suuri merkitys erikoisalavalintaan. Ulkomaalaistaustaisten erikoistumista tulee tukea (esim. harjoittelut, infisivusto).

2. Vastaavatko yhteenveto ja työryhmän linjaukset näkemystänne erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanteesta ja koulutustarpeesta?

Esitys erikoisaloista, joilla erikoislääkärikoulutusta ja erikoishammaslääkärikoulutusta tulee lisätä, on hyvin perusteltu ja kannatettava. Työaikalain vaikutus tulisi nostaa selkeämmin esiin - se kasvattaa merkittävästi lääkäritarvetta päivystävillä aloilla ja voi vaikuttaa niiden vetovoimaan. Lääkäriliitolta valmistuu lähiaikoina päivystystä koskeva työryhmäraportti.

Monen vastaajan arviot oman erikoisalansa valtakunnallisen lääkäritarpeen kasvusta vaikuttavat hyvin suurilta. Tuottavuuden lisääntymisen ja kustannusvajeen leikkaaminen tulevilla hyvinvointialueilla edellyttäisi päinvastaista kehitystä.

On ensiarvoisen tärkeää, että palvelujärjestelmä ja yliopistot sitoutuvat koulutusmäärien säätelyyn tarvearvion mukaisesti. Raportissa on löydetty vahvistettavat alat, joihin tulee kohdistaa pikaisesti erityisiä toimenpiteitä. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen uudistuksen eteenpäin vieminen edellyttää riittävän evo-rahoituksen turvaamista yliopistoille ja palvelujärjestelmälle.

3. Onko arviointimenetelmä ja käytetyt aineistot kuvattu selkeästi ja onko niissä kehittämistarpeita?

Laskentamalli on uusi tervetullut työkalu vertailukelpoisen koulutustarveseurannan toteuttamiseen. Erikoisaloiden arvioimisiin koulutustarpeisiin liittyy kuitenkin paljon epävarmuustekijöitä. Tilastoja ja laskentaa ei ole voitu tehdä eräällä pienemmissä alueissa (sairaanhoidopiirit/hyvinvointialueet/sairaalat) → tietojen saaminen on välttämätöntä jatkossa, jotta koulutusmäärien alueellista ohjausta voidaan tehdä.

4. Onko raportissa esitetty tavoite erikoislääkärimäärän kasvusta noin 30% vuoteen 2035 (n. 780 valmistuvaa erikoislääkäriä vuosittain) v. 2035 mennessä mielestänne oikeansuuntainen ja realistinen?

Tavoite on oikeansuuntainen, mutta sen realistisuutta epäillään (kouluttajien määrä, rahoitus, lääkäreiden erikoistumishalukkuus, alueellinen ja erikoisalakohtainen jakautuminen). Hyvinvointialueet kohdentavat rahoituksen perusterveydenhuollon vahvistamiseen, joten erikoissairaanhoidon vakanssien lisääminen on todennäköisesti vaikeaa.

Selvitäkseen tällä kasvumäärällä julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä tulee merkittävästi tehostaa ja erikoisaloiden välistä työnjakoa selkeyttää. Tukipalveluiden ammattitaitoista henkilökuntaa (sihteerit, avustajat) tulee lisätä, jotta kaikki ammatillaiset voivat keskittyä koulutustaan vastaavaan työhön.

5. Onko raportissa esitetty tavoite erikoishammaslääkärimäärän kasvusta noin 40% (n. 50 uutta erikoishammaslääkärinä vuosittain) vuoteen 2035 mennessä mielestänne oikeansuuntainen ja realistinen?

Arvio on oikeansuuntainen, mutta epärealistinen kouluttajien vähäisyys ja vakanssien puute huomioiden. Tarvittaisiin huomattava määrä uusia erikois-/painotusalaakohtaisia koulutusvirkoja sekä terveyskeskuksiin että sairaaloihin. Alueellisten ongelmien ratkaisemiseksi tarvitaan erillis-/erityisjärjestelyjä (esim. apuoiijat). Kaikki resurssit tulisi saada koulutuskäyttöön, myös yksityinen sektori.

6. Onko alueellinen lääkäritilanne ja koulutustarve huomioitu raportissa oikeansuuntaisesti?

Alueellinen tilanne ja tarve on huomioitu aiempaa paremmin ja perustellummin. Toisaalta raportti ei anna todellista kuvaa hyvinvointialueiden lääkäritilanteesta. Lääketieteellisten opiskelijavalintauudistuksen (todistusvalinta, yhteishaku) vuoksi yhä suurempi osa Pohjois- ja Itä-Suomen opiskelijoista tulee pääkaupunkiseudulta. Pääkaupunkiseutu vetää myös koulutettuja erikoislääkäreitä ja erikoishammaslääkäreitä muilta alueilta, joten on tärkeää, että alueen oma koulutustarve suhteutetaan siihen.

7. Muut huomiot

Kuntatyönantajan (KT) lausunto erosi muista kriittisyydellään: KT näki erikoislääkärien koulutusmäärän kasvun riittämättömäksi ja korosti lääkäreiden peruskoulutuksen lisäämisen tarvetta. Työvoiman kasvavan kysynnän mallintaminen erikoisalakohtaisesti sekä alueellisen koulutustarpeen huomioiminen nähtiin positiivisena asiana.

Erikoistumista ei ehkä enää koeta tarpeelliseksi (lääkäreiden epätyypilliset työt) tai se on taloudellisesti vaikea toteuttaa; erikoistumishalukkuus saattaa vähentyä. Samalla lääkärimäärällä saadaan aikaisempaa vähemmän suoritteita – työelämässä on tapahtunut kulttuurinen muutos, jossa vapaa-ajan arvostus kasvaa.

Koulutusta voidaan tuottaa niin julkisella kuin yksityisellä puolella, kunhan se on laadukasta, vertailukelpoista ja suunnitelmallista. Erikoistumisen koulutuspohja pitäisi rakentaa niin, että se vastaa kliinisen osaamisen lisäksi muuttuvan toimintaympäristön, johtamisen ja rajallisen rahoituksen tuomiin osaamisvaatimuksiin.

Haku- ja valintamenettely on keskeinen koulutusmäärien ohjauskeino, mutta muitakin keinoja tarvitaan pikaisesti. Millä taholla on ohjausvastuu? Raportti toimii hyvänä keskusteluavauksena, sillä toimet erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanteen korjaamiseksi ovat välttämättömiä.

12 Lähteet

1. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2020/20200055>
2. Puolijoki-Tuulosen raportti: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71960/Selv200747.pdf?sequence=1>
3. Erikoislääkärinkoulutustyöryhmän raportti: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/71959>
4. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärinkoulutustarpeen arviointi vuoteen 2030. file:///Z:/STM/RAP_2016_57_ErikoislaakariRellman.pdf
5. Yliopistojen sivusto erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärinkoulutuksesta: <https://www.laaketieteelliset.fi/amatillinen-jatkokoulutus/el-koulutus/>
6. Koulutus-EVO: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164275/STM_2022_16_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Ono, T, Lafortune G and Schoenstein M (2013): "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries.
8. https://uems-occupationalmedicine.org/wp-content/uploads/2019/05/bilbao_minutes_annex_11_-_ejd.pdf (EJD materiaali)
9. Valintamenettely: Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärinkoulutuksen valintamenettelyn kehittämistyö - yhteenveto projektista. Kristiina Tolvanen 2018.
10. Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämissuositukset, STM:n Raportteja ja muistioita 2013:39.7.
11. <https://stm.fi/-/ensimmaiset-ehdotukset-sosiaali-ja-terveydenhuollon-henkiloston-saatavuuden-ja-riittävyyden-varmistamiseksi>
12. Katsaus sote-alan työvoimaan 2021: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162852/TEM_2021_02_t.pdf
13. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5219/ulkomailla_opiskelevat_2020_paluuaiheet_suomeen_verkkoon.pdf

14. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/sll_taskutilasto_fi_220620.pdf
15. Sanz M, Widström E and Eaton K.A (2008): Is there a need for a common framework of dental specialties in Europe? European Journal of Dental Education.
16. KT:n työvoimakysely 2021: <https://www.kt.fi/sites/default/files/media/document/Sairaaloiden-laakarien-tyovoimatilanne-2021.pdf>
17. Tilastot valintamenettelystä: <https://www.laaketieteelliset.fi/ammattillinen-jatkokou-lutus/tilastotietoa#aloituspaikat-ja-hakijamaarat-1>
18. Terveystieteiden palveluvalikoiman priorisointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164298>
19. Tulevaisuusseminaari: <https://www.sitra.fi/app/uploads/2017/02/Tulevaisuuden20terveydenhuolto2022-2.pdf>
20. Antikainen T et al. Hyvinvointialueet tarvitsevat vaikuttavuuden arviointia. Suomen Lääkärilehti 7-8/2022 vsk 77, s. 288-289.
21. Väestönkehitys: https://www.ely-kes-kus.fi/documents/10191/45417050/Muutoksien_tulevaisuus_vaestonkehityksen_nakokulmasta_Aro.pdf
22. Osaamisen turvaaminen: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/lasten-laakareita-valmistuu-liikaa/>
23. Mattila P et al. Lääkäri 2018 : Uusinta tutkimustietoa lääkäreistä ja erikoislääkärinkoulutuksesta. Suomen Lääkärilehti. 75/nro 9, sivut 548-552 .
24. Rahoitus: <https://www.kuntaliitto.fi/ajankohtaista/2021/oecd-health-statistics-2021-taloustietoja>
25. <https://soteuudistus.fi/etusivu>
26. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/aineistot-ja-palvelut/tilastojen-laatu-ja-periaatteet/laatuselosteet/sosiaali-ja-terveyspalvelujen-henkilosto>
27. Suomen Lääkäriliiton Työmarkkinatutkimukset 2018-2020, n=7478, aiemmin julkaisemattomat tiedot.
28. Suomen Hammaslääkäriliiton Työmarkkinatutkimus 2022, n= 1 262, aiemmin julkaisematon tieto.

13 Liitteet

13.1 Käytetyt aineistot

THL:sta saatiin laskentaa varten tiedot erikoislääkäri ja erikoishammaslääkärimäärästä erva-alueittain ja erikoisoikeuksien kokonaismäärästä 31.12.2020 (23) Tiedot sisälsivät maassa asuvat työikäiset erikoislääkärit ja erikoishammaslääkärit, joiden asuinpaikkatieto oli väestötietojärjestelmässä.

THL:n toimittamissa tietotaulukoissa alle neljän henkilön lukumäärät oli tietosuojaan liittyvistä syistä korvattu luvulla 2. Erikoisalan ikäryhmä- ja erva-aluekohtaisissa taulukoissa pyöristyksiä oli paljon, mutta niiden aiheuttamaa laskuvirhettä pyrittiin korjaamaan tarkastamalla tietoja ristiin eri tietotaulukoiden välillä. Lukuihin on voinut jäädä joitain pieniä epätarkkuuksia ristiin tarkistuksista huolimatta.

Suomen Hammaslääkäriliitosta saatiin tarkat erikoistumisalakohtaiset tiedot erikoishammaslääkäreistä. Hammaslääkäriliiton tilastossa erva-alue määräytyi työpaikan perusteella, mikä aiheutti lukumäärissä joitain pieniä eroja verrattuna THL:n tilastoihin. Näiden tilastoerojen vaikutus oli niin pieni, että se ei vaikuta koulutusmäärien laskentaan ja johtopäätöksiin.

Valmistuneiden erikoislääkäreiden ja erikoishammaslääkäreiden määrätiedot v. 2002-2021 saatiin yliopistojen ylläpitämästä rekisteristä.

Erikoislääkärien ja -hammaslääkärien osa-aikaista työskentelyä koskevat tiedot saatiin Suomen Lääkäriliiton (27) ja Suomen Hammaslääkäriliiton työmarkkinatutkimuksista (28).

13.2 Kyselylomake



Kysely erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanteesta ja -tarpeesta vuoteen 2035

Vastaajan nimi/nimet:

Yksikkö/toimipaikka:

Erikoisala:

Erva-alue:

1. Kuinka hyvin alasi tämänhetkinen erikoislääkäri / erikoishammaslääkärimäärä **Suomessa** vastaa **väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?**
 - 1 erittäin huonosti (jatkuvaa pulaa erikoislääkäreistä koko Suomessa)
 - 2 melko huonosti (merkittävää alueellista pulaa erikoislääkäreistä, rekrytointivaikeuksia)
 - 3 kohtalaisesti (satunnaista/vähäistä alueellista pulaa erikoislääkäreistä)
 - 4 melko hyvin (erikoislääkärivakanssit ovat pääosin täynnä ja yksityis-sektori pystyy tarjoamaan palveluita)
 - 5 erittäin hyvin (erikoislääkäreistä on paikoin jopa ylitarjontaa)

2. Kuinka hyvin alasi tämänhetkinen erikoislääkäri / erikoishammaslääkärimäärä **ERVA-alueellasi** vastaa **väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?**
 - 1 erittäin huonosti (jatkuvaa pulaa erikoislääkäreistä koko erva-alueella)
 - 2 melko huonosti (merkittävää pulaa erikoislääkäreistä, rekrytointivaikeuksia)
 - 3 kohtalaisesti (satunnaista/vähäistä pulaa erikoislääkäreistä joissakin yksiköissä)
 - 4 melko hyvin (erikoislääkärivakanssit ovat pääosin täynnä ja yksityis-sektori pystyy tarjoamaan palveluita)
 - 5 erittäin hyvin (erikoislääkäreistä on paikoin jopa ylitarjontaa)

3. Kuinka hyvin alasi tämänhetkinen erikoislääkäri / erikoishammaslääkärimäärä **omassa yksikössäsi** vastaa **väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?**
 - 1 erittäin huonosti (jatkuvaa pulaa erikoislääkäreistä)
 - 2 melko huonosti (merkittävää pulaa erikoislääkäreistä, rekrytointivaikeuksia)
 - 3 kohtalaisesti (satunnaista/vähäistä pulaa erikoislääkäreistä)
 - 4 melko hyvin (erikoislääkärivakansseja on riittävästi ja ne ovat pääosin täynnä)
 - 5 erittäin hyvin (erikoislääkäreistä ajoittain on jopa ylitarjontaa)

4. Onko alallasi tällä hetkellä merkittävää **alueellista epätasapainoa** erikoislääkäri / erikoishammaslääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?
 - Pääkaupunkiseutu vs. muu Suomi -- kyllä/ei
 - Yliopistosairaalat vs. keskussairaalat -- kyllä/ei
 - Perustelut/tarkennukset:

5. Alan **erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät ja muutoksen suunta** vuoteen 2035
(**1** vähenee selvästi, **2** vähenee, **3** ei merkittävää muutosta, **4** kasvaa, **5** kasvaa voimakkaasti)
- lääkäreiden maantieteellinen liikkuvuus (1-5)
 - lääkäreiden osa-aikatyö (1-5)
 - yksityissektori työllistäjänä (1-5)
 - alan lääkäreiden eläköityminen (1-5)
 - diagnostiikan ja hoitojen muutokset (1-5)
 - sairastavuuden muutokset (1-5)
6. Mitä palvelujärjestelmän muutokset merkitsevät alasi lääkäritarpeen kannalta?
- keskittämisasiasetus
 - päivystyksen muutokset (keskittäminen ja työaikalaki)
 - työnjaon muuttuminen erikoisalojen välillä
 - muut alan lääkäritarpeeseen vaikuttavat tekijät?
7. Onko alallasi/yksikössäsi koulutustarpeeseen nähden **riittävästi koulutuspaikkoja** (erikoistuvien lääkäreiden virat/vakanssit)?
kyllä/ei
- perustelut
8. Onko alallasi/yksikössäsi koulutustarpeeseen nähden **riittävästi kouluttajia** (erikoislääkärit)?
kyllä/ei
- perustelut
9. **Alani valtakunnallinen erikoislääkäri/erikoishammaslääkäritarve v. 2035** on _____% suhteessa nykymäärään (100% on nykyinen määrä, kaikki alan työikäiset lääkärit)
10. Mihin tekijöihin arvioisi valtakunnallisesta tarpeesta perustuu?
11. **Oman yksikköni erikoislääkäri/erikoishammaslääkäritarve v. 2035** on _____% suhteessa nykymäärään (100% on nykyinen määrä, kaikki alan työikäiset lääkärit)
12. Mihin tekijöihin arvioisi valtakunnallisesta tarpeesta perustuu?
13. Lopuksi voit antaa lisätietoja tai kommentteja kysymyksistä ja kyselystä. Jos arvioit alasi lääkäritarpeen muuttuvan voimakkaasti, siihen liittyvät perustelut ja taustatiedot ovat erityisen hyödyllisiä.

13.3 Taulukoita

Taulukko 1. Työkäiset Suomessa asuvat erikoislääkärit viimeisen erikoisalan mukaan.

Erikoisala	Lääkärit 31.12.2020	50-64 -vuotiaiden osuus	Osa-aikatyön osuus	Koulutus/ viim. erikoisala
Akuuttilääketiede	113	40 %	10 %	1,03
Anestesiologia ja tehohoito	931	45 %	8 %	1,03
Endokrinologia	70	64 %	6 %	1,01
Foniatria	18	47 %	8 %	1,22
Fysiatria	150	59 %	14 %	1,05
Gastroenterologia	131	51 %	6 %	1,05
Gastroenterologinen kirurgia	269	47 %	7 %	1,04
Geriatría	337	46 %	17 %	1,11
Ihotaudit ja allergologia	199	47 %	18 %	1,04
Infektiosairaudet	120	61 %	5 %	1,02
Kardiologia	290	49 %	2 %	1,03
Keuhkosairaudet ja allerg.	209	62 %	11 %	1,08
Kl. farmakologia ja lääkehoito	28	69 %	16 %	1,46
Kl. fysiologia ja isotooppil.	61	54 %	10 %	1,13
Kl. hematologia	85	55 %	12 %	1,05
Kl. kemia	80	57 %	12 %	1,05
Kl. mikrobiologia	64	69 %	10 %	1,25
Kl. neurofysiologia	80	58 %	14 %	1,05
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	343	51 %	15 %	1,04
Käsi- ja käsikirurgia	72	33 %	12 %	1,08
Lastenkirurgia	61	39 %	8 %	1,18
Lastenneurologia	92	54 %	10 %	1,17
Lastenpsykiatria	213	66 %	22 %	1,13
Lastentaudit	661	50 %	17 %	1,06
Liikuntalääketiede	30	61 %	29 %	1,53
Naistentaudit ja synnytykset	683	48 %	11 %	1,02
Nefrologia	92	68 %	11 %	1,03
Neurokirurgia	89	37 %	6 %	1,03
Neurologia	335	54 %	10 %	1,07
Nuorisopsykiatria	166	69 %	18 %	1,05
Oikeuslääketiede	30	43 %	0 %	1,17
Oikeuspsykiatria	57	79 %	8 %	1,14
Ortopedia ja traumatologia	511	43 %	5 %	1,03

<i>Patologia</i>	147	60 %	5 %	1,03
<i>Perinnöllisyyslääketiede</i>	32	45 %	10 %	1,13
<i>Plastiikkakirurgia</i>	123	42 %	14 %	1,02
<i>Psykiatria</i>	882	67 %	19 %	1,14
<i>Radiologia</i>	667	50 %	8 %	1,01
<i>Reumatologia</i>	118	66 %	16 %	1,03
<i>Silmätaudit</i>	519	44 %	19 %	1,00
<i>Sisätaudit</i>	372	49 %	8 %	3,03
<i>Suu- ja leukakirurgia</i>	16	65 %	11 %	1,19
<i>Sydän- ja rintaelinkirurgia</i>	90	64 %	12 %	1,10
<i>Syöpätaudit</i>	230	47 %	15 %	1,02
<i>Terveystenhoito</i>	109	53 %	14 %	1,22
<i>Työterveyshuolto</i>	875	66 %	31 %	1,04
<i>Urologia</i>	145	46 %	3 %	1,01
<i>Verisuonikirurgia</i>	65	31 %	5 %	1,28
<i>Yleiskirurgia</i>	102	57 %	12 %	5,66
<i>Yleislääketiede</i>	1883	49 %	19 %	1,55
Yhteensä*	13053	52 %	15 %	1,22

Taulukko 2. Työkäiset Suomessa asuvat hammaslääketieteen erikoislääkärit 2022 (Hammaslääkäriliiton rekisteri).

Erikoisala	n	50-64-vuotiaiden osuus
<i>Hampaiston oikomishoito</i>	158	61 %
<i>Suu- ja leukakirurgia</i>	98	52 %
<i>Kliininen hammashoito: kariologia ja endodontia</i>	58	69 %
<i>Kliininen hammashoito: lasten hammashoito</i>	20	45 %
<i>Kliininen hammashoito: parodontologia</i>	94	57 %
<i>Kliininen hammashoito: protetiikka ja purentafysiologia</i>	124	65 %
<i>Hammaslääketieteellinen diagnostiikka: suurradiologia</i>	34	53 %
<i>Hammaslääketieteellinen diagnostiikka: suupatologia</i>	10	50 %
<i>Hammaslääketieteellinen diagnostiikka: suun mikrobiologia</i>	1	100 %
<i>Terveystenhoito</i>	63	78 %
Yhteensä	660	61 %

Taulukko 3. Osa-aikatyön yleisyys työssä olevilla työikäisillä erikoislääkäreillä (Lääkäriliiton työmarkkinatutkimukset 2016, 2017 ja 2020)

<i>Erikaisala</i>	<i>n</i>	<i>Kokoaikainen</i>	<i>Osa-aikainen ja sivutoiminen työ</i>	<i>Osa-aikainen</i>
<i>Akuuttilääketiede</i>	48	83 %	6 %	10 %
<i>Anestesiologia ja tehohoito</i>	553	90 %	2 %	8 %
<i>Endokrinologia</i>	35	86 %	9 %	6 %
<i>Foniatria</i>	12	33 %	58 %	8 %
<i>Fysiatría</i>	88	78 %	8 %	14 %
<i>Gastroenterologia</i>	64	80 %	14 %	6 %
<i>Gastroenterologinen kirurgia</i>	124	90 %	2 %	7 %
<i>Geriatría</i>	191	81 %	3 %	17 %
<i>Ihotaudit ja allergologia</i>	96	57 %	25 %	18 %
<i>Infektiosairaudet</i>	56	95 %	0 %	5 %
<i>Kardiologia</i>	124	90 %	8 %	2 %
<i>Keuhkosairaudet ja allergologia</i>	115	83 %	5 %	11 %
<i>Kliininen farmakologia ja lääkehoito</i>	19	84 %	0 %	16 %
<i>Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede</i>	30	83 %	7 %	10 %
<i>Kliininen hematologia</i>	34	88 %	0 %	12 %
<i>Kliininen kemia</i>	42	88 %	0 %	12 %
<i>Kliininen mikrobiologia</i>	39	90 %	0 %	10 %
<i>Kliininen neurofysiologia</i>	50	70 %	16 %	14 %
<i>Korva-, nenä- ja kurkkutaudit</i>	171	63 %	22 %	15 %
<i>Käsikirurgia</i>	17	59 %	29 %	12 %
<i>Lastenkirurgia</i>	37	92 %	0 %	8 %
<i>Lastenneurologia</i>	48	77 %	13 %	10 %
<i>Lastenpsykiatria</i>	121	69 %	9 %	22 %
<i>Lastentaudit</i>	362	76 %	7 %	17 %
<i>Liikuntalääketiede</i>	14	64 %	7 %	29 %
<i>Naistentaudit ja synnytykset</i>	409	77 %	12 %	11 %
<i>Nefrologia</i>	47	89 %	0 %	11 %
<i>Neurokirurgia</i>	31	94 %	0 %	6 %
<i>Neurologia</i>	174	87 %	3 %	10 %
<i>Nuorisopsykiatria</i>	67	70 %	12 %	18 %
<i>Oikeuslääketiede</i>	20	100 %	0 %	0 %
<i>Oikeuspsykiatria</i>	13	92 %	0 %	8 %
<i>Ortopedia ja traumatologia</i>	202	82 %	13 %	5 %
<i>Patologia</i>	82	93 %	2 %	5 %
<i>Perinnöllisyyslääketiede</i>	10	80 %	10 %	10 %
<i>Plastiikkakirurgia</i>	49	71 %	14 %	14 %

<i>Psykiatria</i>	503	70 %	11 %	19 %
<i>Radiologia</i>	265	85 %	7 %	8 %
<i>Reumatologia</i>	57	72 %	12 %	16 %
<i>Silmätaudit</i>	192	54 %	27 %	19 %
<i>Sisätaudit</i>	237	91 %	1 %	8 %
<i>Suu- ja leukakirurgia</i>	9	89 %	0 %	11 %
<i>Sydän- ja rintaelinkirurgia</i>	25	88 %	0 %	12 %
<i>Syöpätaudit</i>	80	85 %	0 %	15 %
<i>Terveydenhuolto</i>	76	79 %	7 %	14 %
<i>Työterveyshuolto</i>	592	63 %	6 %	31 %
<i>Urologia</i>	72	82 %	15 %	3 %
<i>Verisuonikirurgia</i>	39	85 %	10 %	5 %
<i>Yleiskirurgia</i>	34	82 %	6 %	12 %
<i>Yleislääketiede</i>	1 163	78 %	4 %	19 %
Yhteensä n	6 938	5 399	523	1 016
	100 %	78 %	8 %	15 %

Taulukko 4. Erikoislääkärien koulutusmäärä, yliopistojen keskiarvot 2016–2021

Erikoisalat	HY	TY	TAY	I-SY	OY	Yhteensä
<i>Akuuttilääketiede</i>	2,7	3,3	2,8	2,7	1,0	12,5
<i>Anestesiologia ja tehohoito</i>	15,5	4,5	6,5	3,7	5,7	35,8
<i>Endokrinologia</i>	0,8	0,2	0,7	0,7	0,2	2,5
<i>Foniatria</i>	0,3	0,5	0,0	0,0	0,2	1,0
<i>Fysiatría</i>	1,8	0,8	1,5	1,8	1,0	7,0
<i>Gastroenterologia</i>	2,0	1,5	1,3	0,7	0,8	6,3
<i>Gastroenterologinen kirurgia</i>	4,3	1,3	2,8	1,0	2,2	11,7
<i>Geriatría</i>	7,3	4,7	6,3	3,7	2,8	24,8
<i>Ihotaudit ja allergologia</i>	2,7	1,3	1,8	1,2	0,8	7,8
<i>Infektiosairaudet</i>	1,5	0,5	1,3	0,5	0,7	4,5
<i>Kardiologia</i>	4,8	1,5	3,3	2,2	2,2	14,0
<i>Keuhkosairaudet ja allergologia</i>	3,3	1,3	1,7	1,0	0,5	7,8
<i>Kliininen farmakologia ja lääkehoito</i>	0,8	0,2	0,0	0,0	0,0	1,0
<i>Kliininen fysiologia ja isotooppi lääketiede</i>	0,7	0,5	0,7	0,5	0,0	2,3
<i>Kliininen hematologia</i>	1,3	0,8	1,0	0,8	0,7	4,7
<i>Kliininen kemia</i>	1,3	0,5	0,5	0,3	1,0	3,7
<i>Kliininen mikrobiologia</i>	0,5	0,2	0,2	0,3	0,5	1,7

<i>Klininen neurofysiologia</i>	1,2	0,5	1,0	0,3	0,2	3,2
<i>Korva-, nenä- ja kurkkutaudit</i>	5,3	1,8	3,2	1,7	1,8	13,8
<i>Käsikirurgia</i>	2,3	0,5	1,2	0,3	0,5	4,8
<i>Lastenkirurgia</i>	1,0	0,8	0,5	0,7	0,3	3,3
<i>Lastenneurologia</i>	2,0	1,0	0,7	0,7	0,5	4,8
<i>Lastenpsykiatria</i>	2,7	1,7	1,8	1,5	1,8	9,5
<i>Lastentaudit</i>	9,7	5,3	5,3	4,2	5,2	29,7
<i>Liikuntalääketiede</i>	0,2	0,3	0,7	0,3	0,5	2,0
<i>Naistentaudit ja synnytykset</i>	12,2	3,8	5,8	2,7	4,0	28,5
<i>Nefrologia</i>	1,3	0,8	1,0	0,3	0,5	4,0
<i>Neurokirurgia</i>	1,3	1,3	0,5	0,8	0,5	4,5
<i>Neurologia</i>	6,7	3,8	2,3	2,5	0,8	16,2
<i>Nuorisopsykiatria</i>	3,3	1,8	1,7	1,2	0,8	8,8
<i>Oikeuslääketiede</i>	0,8	0,5	0,7	0,0	0,2	2,2
<i>Oikeuspsykiatria</i>	0,7	0,3	0,0	1,0	0,0	2,0
<i>Ortopedia ja traumatologia</i>	7,8	3,0	3,2	1,3	3,2	18,5
<i>Patologia</i>	1,5	1,3	1,5	0,7	1,0	6,0
<i>Perinnöllisyyslääketiede</i>	1,3	0,3	0,0	0,2	0,0	1,8
<i>Plastiikkakirurgia</i>	2,3	0,7	1,3	1,0	1,0	6,3
<i>Psykiatria</i>	12,5	3,7	4,5	6,8	5,0	32,5
<i>Radiologia</i>	10,8	4,0	3,0	2,5	3,3	23,7
<i>Reumatologia</i>	1,2	1,3	1,3	1,2	0,5	5,5
<i>Silmätaudit</i>	8,2	3,5	3,7	3,0	4,8	23,2
<i>Sisätaudit</i>	14,3	7,0	6,2	2,5	4,2	34,2
<i>Suu- ja leukakirurgia</i>	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
<i>Sydän- ja rintaelinkirurgia</i>	1,3	0,7	0,7	0,7	0,3	3,7
<i>Syöpätaudit</i>	3,7	2,2	3,0	1,7	1,5	12,0
<i>Terveydenhuolto</i>	6,5	1,5	0,5	2,2	0,5	11,2
<i>Työterveyshuolto</i>	15,7	6,0	9,8	5,3	6,3	43,2
<i>Urologia</i>	2,7	1,0	2,0	0,8	0,8	7,3
<i>Verisuonikirurgia</i>	1,7	0,7	1,0	0,7	1,0	5,0
<i>Yleiskirurgia</i>	1,3	0,7	0,3	1,3	0,5	4,2
<i>Yleislääketiede</i>	32,0	19,5	40,3	17,5	19,3	125,8
Yhteensä	230,0	106,5	144,0	86,0	91,5	658,0

Taulukko 5. Erikoishammaslääkärien koulutusmäärä, yliopistojen keskiarvot 2016–2021

Erikoisalojen koulutus	HY	TU	TY	I-SY	OY	Yhteensä
<i>Suu- ja leukakirurgia</i>	2,5	1,0	0,4	0,8	0,7	5,3
<i>Hampaiston oikomishoito</i>	2,8	1,5	0,7	1,3	1,0	7,3
<i>Terveydenhuolto</i>	1,8	0,7	0,3	0,2	0,5	3,5
<i>Kliininen hammashoito: kariologia ja endodontia</i>	1,8	1,2	0,5	0,3	0,0	3,8
<i>Kliininen hammashoito: lasten hammashoito</i>	1,0	0,3	0,2	0,0	0,2	1,7
<i>Kliininen hammashoito: parodontologia</i>	1,5	1,2	1,2	0,2	0,5	4,3
<i>Kliininen hammashoito: protetiikka ja purentafysiologia</i>	1,5	1,3	0,7	2,2	0,5	6,2
<i>Hammaslääketieteellinen diagnostiikka: suurradiologia</i>	0,7	0,2	0,0	0,0	0,7	1,5
<i>Hammaslääketieteellinen diagnostiikka: suupatologia</i>	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,5
<i>Hammaslääketieteellinen diagnostiikka: suun mikrobiologia</i>	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Yhteensä	14,0	7,5	3,7	5,2	4,0	34,3

13.4 Kyselyn avointen vastausten yhteenvedot

Yhteenvedot erikoisalojen kommenteista kyselyn avoimiin kysymyksiin. Asteikollisten kysymysten vastaukset on esitetty raportissa ja alakohtaisissa taulukoissa.

1. **Akuuttilääketiede** (15 vastausta)

- Akuuttilääkäreitä on edelleen aivan liian vähän todelliseen tarpeeseen nähden kaikilla alueilla. Joissakin keskussairaaloissa on paljon parempi tilanne kuin yliopistosairaaloissa.
- Alueellisia kiirevastaanottoja on supistettu aiheuttaen painetta yhteispäivystykseen.
- Ehdottomasti kannatan vuorotyönomaista toimintaa ja resurssien kohdentamista ruuhka-aikaan. Aamuvuorossa pyöritellään sormia.
- Erikoisalojen työnjaon muutokset vaikuttavat merkittävästi enemmän ja nopeammin kuin aiemmin ennakoitu. Päivystysklinikoissa lääkärin työ siirtyy entistä enemmän erikoistuvilta (kirurgisten ja sisätautisten alojen) lääkäreiltä akuuttilääketieteen erikoislääkäreille.
- Kliinisen työn ja koulutuksen lisäksi osa työpanoksesta menee päivystyspoliklinikan johtamiseen ja kehittämistyöhön.
- Akuuttilääketiede tulee aina olemaan ala, jossa tulee olemaan suuri vaihtuvuus ja jo erikoistumispaikan saaneistakin vaihtaa erikoisalaa jo erikoistumisaikana.
- Kouluttajia on vielä liian vähän, se vaikuttaa koulutettavien mahdolliseen määrään.
- Akuuttilääketieteen tulee ottaa vastuu päivystyksistä ja hoitaa itsenäisesti ainakin kaikki keskisuurten keskussairaaloiden päivystykset siiloutumatta eri erikoisaloihin.
- Uusi erikoisala, jolla erikoistuvien/erikoislääkäreiden suhde on vielä monessa yksikössä päinvastainen tavoitetilanteeseen verrattuna. Erikoistuvien virkoja voidaan jatkossa muuttaa EL-viroiksi. EL:EVL suhde olisi optimissaan päivystyksessä 3:1, kun nykyisin se on 1:3.
- Yksikköön on tänä vuonna saatu rekrytoitua kova-lääkäri ja lisäksi koulutuksen kokonaisvastuuta ottaa valmistuva erikoislääkäri. Näin olemme valmiita vastaamaan myös koulutus-uudistuksen aiheuttamaan lisätyöhön.

2. **Anestesiologia ja tehohoito** (34 vastausta)

- Jopa HUS-piirissä koettua pulaa, jonka lisäksi useissa keskussairaaloissa vajaan. Lääkäreiden osa-aikatyö ja epätyypilliset työjärjestelyt yleistyvät.
- Keskittämisesetuksen vaikutukset ovat jo toteutuneet; vaikeuttavat keskussairaaloiden rekrytointia.
- Yleisosaajista suuri pula. Yliopistosairaaloiden pitäisi ohjata erikoistuvia myös alueensa keskussairaaloihin, yhteistyön tiivistäminen erikoislääkäreiden osalta.
- Yliopistosairaaloihin on keskitetty raskaampaa kirurgiaa ja sairaampia potilaita, jolloin potilaskohtainen resurssintarve on lisääntynyt huomattavasti.
- Virkarakenne ei vastaa työaikalain vaatimuksia, liian vähän virkoja päivystyspistettä kohti.
- Työaikalaki ja uusi VES toivat 2v sitten tarpeen lyhentää päivystysrupeamien kestoa. Sen myötä päivystysvuorojen määrä kasvoi, ja yöpäivystystä edeltävä päiväaikainen vapaa (PEV) tuotti vaikeuksia saada virka-aikainen leikkaussalitoiminta pidettyä käynnissä, kun PEViä edellyttäviä pisteitä on paljon. Myös viikonloppupäivystyksistä syntyvä erillinen viikkolepopäivä vähensi päivätyöntekijöitä.
- Yksikkökohtainen lääkäritarve nähdään pääosin pienemmäksi kuin valtakunnallinen tarve.

3. **Endokrinologia** (7 vastausta)

- KYS ervalla enemmän pulaa kuin muissa yo- sairaaloissa.
- Toimimattomat potilastietojärjestelmät hidastavat työtä merkittävästi.
- Sisätaudeilta siirtymää erityisesti keskussairaaloissa →lisätarve
- Osa endokrinologisista potilaista voitaisiin hyvin hoitaa terveyskeskuksissa (diabeetikot, Addisonin tauti, osa kilpirauhassyövistä), mikäli siellä olisi riittävät resurssit, pysyvät työsuhteet ja perehtyminen aiheeseen.

- Kokeneiden sisätautilääkäreiden eläköityessä tarve endokrinologeille kasvaa, kun hoidettaviksi siirtyvät esimerkiksi yleiset kilpirauhasen liikatoiminta, lisäkilpirauhasen liikatoiminta, diabetes, lihavuus, osteoporoosi, kalsium-aineenvaihdunnan häiriöt ym., jotka yleistyvät niin ikään väestötasolla.
4. **Foniatria** (2 vastausta)
- Alalla erikoislääkäreitä lähinnä yliopistosairaaloissa. Keskussairaalat joudutaan hoitamaan ota. Yo-sairaaloiden virat hoidossa toistaiseksi, mutta eläköitymisaltoa tulossa.
 - Foniatria ja korva-, nenä-, kurkkutaudit ovat huomattavasti lähentyneet, koska jo 1/3 foniatreista on peruskoulutukseltaan KNK-erikoislääkäreitä.
 - Lääkäritarvetta lisää vanhuspotilaiden lisääntyminen ja lääkäreiden osa-aikaisuuden lisääntyminen.
5. **Fysiatria** (14 vastausta)
- Keskussairaaloilla usealla alueella merkittävä vajaus - puuttuu 30–50 % työpanoksesta. Virat tyhjinä. Osassa yliopisto-sairaanhoitopiireistäkin rekrytointivaikeuksia.
 - Selkäydinvammaiset seuranta keskitetty Helsinkiin, Tampereelle ja Ouluun. Tähän toimintaan on ollut vaikeuksia saada tästä kiinnostuneita lääkäreitä.
 - Keskittämisesetukseen mukaan yliopistosairaalla velvollisuus huolehtia alueellisesti vaativasta kuntoutustutkimuksesta.
 - Jos vaativa lääkinällinen kuntoutus jatkossa siirtyy Kelalta hyvinvointialueille, se lisää asiantuntijoiden tarvetta arvioinneissa ja päätöksenteossa.
 - Tules-vaivojen hoidon muutos yhä konservatiiviseen suuntaan lisää fysiatrien työmäärää. Fysiatrien vastuunottaminen neurokuntoutuksesta lisää myös tarvetta. Osatyökyisten kuntoutuksen tarve fysiatriisissa yksiköissä on kasvamassa.
 - Tulevilla hyvinvointialueilla tarvitaan työkyvyn ja kuntoutustarpeen arvioinnin keskitettyä osaamista, mistä osaajat ja tekijät saadaan yliopistosairaalaan?
 - Kliinisen opettajan virkoja on liian vähän ja professuurien määrä on riittämätön.
 - Koulutuspaikat eivät riitä tuottamaan 10 erikoislääkärinä/vuosi Suomessa, joka on katsottu jossain määrin mielekkään selviytymisen rajaksi. Osassa yliopistoista koulutusvastuuta kantaa vain yksi dosenttitasoinen kouluttaja.
6. **Gastroenterologia** (8 vastausta)
- Lääkäritarpeeseen vaikuttavat: Suolistosyöpien lisääntyminen, väestön ikääntyminen ja seulontojen aloittaminen. Nämä potilaat ovat usein nuoria aikuisia ja sairauden krooninen luonne huomioiden aiheuttavat huomattavaa resurssitarvetta.
 - Keskittämisesetukseen ja päivystyksen muutoksista ei merkittävää vaikutusta.
7. **Gastroenterologinen kirurgia** (10 vastausta)
- Gastrokirurgien määrä on kohtuullisen hyvä, mutta epätasapainoa on enemmän tai vähemmän sekä yo-sairaaloiden että keskussairaaloiden välillä kuten myös pääkaupunkiseudun ja muun Suomen välillä. Helsingissä on jopa ylitarjontaa.
 - Keskittämisesetus on jo pääosin toteutettu. Se on aiheuttanut painetta yo-sairaaloihin, virkapohjia ei ole lisätty. Keskittäminen lisää hakeutumista yo-sairaaloihin.
 - Työaikalain noudattaminen lisää kirurgien tarvetta, lisäksi päivystyskirurgia keskittyy entistä enemmän ge-kirurgiaan, joten esim. keskussairaaloihin tarvitaan riittävästi kirurgeja tästä huolehtimaan (erikoistuvat lääkärit).
 - Suolistosyövän lakisääteiset seulonnot on aloitettu tänä vuonna, laskennallisesti se tulee lisäämään skopioiden, endoskooppisten toimenpiteiden ja leikkausten tarvetta n. 5%. Syövät lisääntyvät muutenkin väestön ikääntyessä vuoteen 2030 mennessä n. 1,3 kertaiseksi.
 - Diagnostiikka, hoidontarpeen arviointi ja hoidon tarve tulevat lisääntymään väestön ikääntyessä ja pysyessä aiempaa pidempään aktiivisten toimenpiteiden piirissä.

8. Geriatria (5 vastausta)

- Pohjois-Suomessa on hyvin vähän geriatreja, samoin kaupunkien ulkopuolella.
- Sairaanhoidopiirien välillä on jopa yli kaksinkertaisia määriä siinä, kuinka monta 75 vuotta täyttänyttä yhtä geriatria kohti on.
- Erikoislääkäreiden lukumäärän lisäksi olisi väestön vanhenemiseen vuoksi syytä kiinnittää huomiota myös el-koulutusohjelmien sisältöön (geriatrian jaksot sisätaudeilla, neurologialla).
- Yksityisten hoiva-alan yritysten tarjoama korkeampi palkkaus ja joustavammat työajat houkuttelevat julkisen terveydenhuollon geriatrian erikoislääkäreitä.
- Erikoissairaanhoidon geriatrin tehtäviin tulee kouluttaa nuoria lääkäreitä, koska toimenkuva poikkeaa merkittävästi perinteisestä geriatrian kentästä.
- Aiempi 558 geriatriin v. 2035 päätynyt tarvelaskelma johtaisi siihen, että 80 vuotta täyttäneiden lukumäärä geriatria kohti kasvaisi 900--> 1000 hlöä.

9. Ihotaudit ja allergologia (12 vastausta)

- Erikoislääkäritilanne valtakunnallisesti melko hyvä. TAYS:n alueella erikoislääkärimäärä väestöpohjaan suhteutettuna merkittävästi korkeampi kuin muilla ERVO:illa.
- Keskussairaaloiden toiminta voi olla yhden erikoislääkärin varassa, joten yksiköt ovat hyvin haavoittuvia.
- Pitkien välimatkojen alueilla on tarvetta laajentaa SOTE-alueen erikoissairaanhoidon palveluja perustasolle.
- Ihosyöpien jatkuva lisääntyminen tulevina vuosina tulee vaatimaan lisää ihotautilääkäreitä ja erityisesti ihokirurgien kouluttamista
- Hakijoita erikoistumiskoulutukseen on paljon, mutta he pääsevät kohtuullisessa ajassa erikoistumaan. Iso osa erikoislääkäreistä on muualla kuin julkisen terveydenhuollon palveluksessa, erityisesti yksityispuolella.

10. Infektiosairaudet (10 vastausta)

- Erityisesti keskussairaalat potevat erikoislääkäripulaa, mutta myös yliopistosairaaloissa tarvetta kohtuulliseen lisätyövoiman lisäykseen olisi.
- Nykyinen ja tulevat epidemiat ja pandemiat sekä lisääntyvä tarve infektiorjuntaan tulevilla hyvinvointialueilla lisäävät lääkäritarvetta. Immunosuprimoitujen potilaiden lisääntyminen (ml. HIV- potilaat) sekä multiresistenttien mikrobien ilmaantuvuuden kasvu ovat myös merkittävä lisätarpeeseen vaikuttava tekijä.
- Erikoislääkärikoulutus hyvinvointialueella on järjestämättä ja vaatii niin ikään merkittävää erikoislääkäriosaamista ulottuen myös yliopistosairaalan ulkopuolelle.

11. Kardiologia (13 vastausta)

- Epätasapainoa on keskussairaaloiden ja yliopistosairaaloiden välillä.
- Kardiologian 24h päivystys liittyen ST-nousuinfarktien akuuttiin hoitoon ei toteudu suuressa osassa maata.
- Yksityisen sektorin kysynnän kasvu ja eläköityminen lisäävät lääkäritarvetta.
- Sepelvaltimoiden sekä sydämen läppien toimenpiteet ovat siirtymässä vähemmän kajoavien toimenpiteiden suuntaan, joita pääsääntöisesti tekevät tulevaisuudessa kardiologit sydänkirurgien sijaan.
- Useassa isossakin keskussairaalassa virkoihin ei ole ollut hakijoita ja osa virassa olevista tekee osapäivätyötä.

12. Keuhkosairaudet ja allergologia (12 vastausta)

- Keuhkolääkäreistä ei ole pulaa Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa eikä yliopistollisissa sairaaloissa, mutta monissa keskussairaaloissa on merkittävää erikoislääkäriajasta ja vaikeuksia saada myös erikoistuvia.
- Lääkäreiden määrässä on isoa alueellista eroa pääkaupunkiseudun ja muun Suomen välillä.
- Pienten keskussairaaloiden erikoislääkäritilanne on kriittisen heikkoa ja erikoisalalan toiminta on muutaman tai jopa yhden erikoislääkärin varassa.

- Kolminkertainen haaste: nykyisiä virkoja ei saada täytettyä, nykyiset virkamäärät eivät vastaa tämän hetken palvelutarvetta ja kysynnän kasvu on keskimääräistä nopeampaa.
 - Keuhkosityöpäleikkaukset tulisi keskittää yo-sairaaloihin, jossa opetus tapahtuu.
 - Jos esim. skopiatoiminta keskitetään vain yliopistosairaaloihin, niin maakuntaan on entistä vaikeampi saada lääkäreitä.
 - Keuhkolääkäripulan vuoksi osa perinteisesti keuhkolääkäreiden tekemästä työstä (esim. pneumonian hoito) on siirtynyt muille erikoisaloille.
 - PTH:n roolia ei olennaisesti voi nykyisestä kasvattaa. Puutetta keuhkolääkäreistä ollut jo vuosikymmeniä.
 - Koulutusvirkojen määrää pitäisi ohjata pulaerikoisaloille eli paikkoja vähennettäisiin niiltä aloilta, joissa lääkäreitä on riittävästi.
13. **Kl. farmakologia ja lääkehoito** (2 vastausta)
- Erikoislääkäriavokanssi puuttuu tällä hetkellä Tampereen ja Kuopion yliopistosairaaloista. Tästä johtuen näillä alueilla on pulaa erikoislääkäreistä.
 - Lääkehoitojen monimutkaistuminen ja yksilöllistyminen tulevat lisäämään alan erikoislääkäritarvetta.
14. **Kl. fysiologia ja isotooppilääketiede** (4 vastausta)
- OYS ei kouluta lainkaan KFI-erikoislääkäreitä, joten pohjoisessa Suomessa ei ole erikoislääkäreitä. Pienissä yksiköissä keskussairaaloissa on erikoislääkäreistä vajetta, jonka seurauksena näistä on vähennetty vakansseja.
 - Ala on kehittynyt voimakkaasti (molekyyl- ja fuusiokuvantaminen), ja uusille erikoislääkäreille olisi tarvetta. Yksiköt ovat pieniä.
 - Kaikki alalle soveltuvat ja halukkaat pitäisi voida ottaa koulutettaviksi.
15. **Kl. hematologia** (7 vastausta)
- Keskussairaaloissa huomattavaa pulaa hematologeista.
 - Hematologia on varsin uusi erikoisala, kuuluu 100 %:sti julkiseen terveydenhuoltoon.
 - Erikoisala on hyvin kapea ja pitkälle erikoistunut, jossa nykyään on lisääntyvä paino molekyyli-genetiikan, molekyylibiologian ja immunologian nopeasti lisääntyvällä tiedolla ja nopealla lääkekehityksellä. Siirtokeskukset tarvitsevat riittävän määrän osajia jo päivystyksenkin järjestämiseen.
16. **Kl. kemia** (6 vastausta)
- Jonkin verran epätasapainoa pääkaupunkiseudun ja muun Suomen välillä.
 - Kouluttajista on pulaa. Jo nyt iso osa vakansseista täyttämättöminä.
 - Alan houkuttelevuutta voi lisätä meneillään oleva digitalisaatio. Se tarjoaa mahdollisuuden etätyöhön.
17. **Kl. mikrobiologia** (5 vastausta)
- Iso epätasapaino yliopisto- ja keskussairaaloiden välillä, joskin tässä on alueellista vaihtelua. Pienistä sairaaloista puuttuu alan erikoislääkäreitä, ja resurssipulan takia toimintaa on jouduttu keskittämään yliopistosairaaloihin.
 - Tieto sairauksien patogeneesistä kehittyi koko ajan, ja diagnostiikan pitää pysyä ajan tasalla. Toisaalta menetelmien kehitys tekee diagnostiikasta vähemmän työllistävää.
18. **Kl. neurofysiologia** (6 vastausta)
- Keskussairaaloissa pula erikoislääkäreistä, virkoihin on vaikea saada hakijoita. Aloituspaikeissa on alueellisia eroja: jossakin on riittävästi, jossakin liian vähän.
 - Päivystysasetus tai työaikalaki ei vaikuta, mutta alalla on painetta 24/7 päivystykselle (EEG-tutkimukset), joka toteutuessaan lisäisi erikoislääkärien tarvetta.
 - Yksityissektori vetää erikoislääkäreitä, mikä lisää tarvetta.
 - Korkea lääkäritarvearvio tulevaisuuden tarpeesta perustuu osittain aiempaan v. 2016 arviointiin, joka osoittautui oikeaksi. Tutkimusten kysyntä kasvaa koko ajan.

19. **Korva-, nenä- ja kurkkutaudit** (20 vastausta)

- Kaikkialla lääkäritilanne muutoin hyvä (jopa ylitarjontaa), mutta OYS:ssa pieni virkapohja.
- HPV:n aiheuttamien syöpien insidenssin on ennustettu kaksinkertaistuvat vuoteen 2032 mennessä, jonka jälkeen rokotukset alkavat vaikuttaa ja tilanne pikkuhiljaa rauhoittua. HPV-syövän hoito on kansainvälisesti siirtymässä ensisijaisesti operatiiviseksi, joten tuumorikirurgien tarve siis lisääntyy.
- Väestön vanhetessa kuulonkuntoutustarve lisääntyy ja sitä myötä toki kuulonkuntoutusta tekevien lääkäreiden tarve.

20. **Käsikirurgia** (4 vastausta)

- Turku-Tampere-Helsinki –linjan alapuolella käsikirurgeja on riittävästi, mutta KYS ja OYS-ervassa on pulaa. Kyseessä on pieni erikoisala, joten yhdenkin kirurgin poistuminen/saapuminen heilauttaa yksikön tilanteen.
- Ala on toisaalta varsin yliopistosairaalakeskeistä, joten suuria muutoksia ei keskittämisesästä ole tullut. Osa-aikatyö palvelee systeemiä, koska päivystystä varten tarvitaan enemmän lääkäreitä, kuin päivätyötä varten olisi töitä.
- Jos lääkäritilanne on hyvä, rannemurtumien hoito siirtyy ortopedeilta käsikirurgeille etenkin keskussairaaloissa.
- KYS:ssä tarve on 150–200 %, koska vuosien 2009–2019 ei koulutettu yhtään käsikirurgia ja kaksi jäi eläkkeelle.
- Pienenä erikoisalana päivystyksen ylläpitäminen on ratkaiseva tekijä ja sen vuoksi tarvitaan tietty määrä osajia. Lisäksi alalla on paljon suppeampaa erityisosaamista vain muutamalla lääkärillä, joten pelkästään kokonaisluku ei kerro alan lääkimäärän tarpeesta riittävästi.

21. **Lastenkirurgia** (6 vastausta)

- Alueellista epätasapainoa sekä pääkaupunkiseudun/muun maan että keskussairaaloiden/yo-sairaaloiden välillä. Helsingissä erikoistuvat pääsevät liian vähän leikkaamaan.
- Pääkaupunkiseudulla kaikille valmistuville ei ole tarjolla virkaa, toisaalta esim. Kuopiossa tarvittaisiin erikoislääkäreitä.
- Laaja palveluverkosto on erikoisalan kannalta tärkeä, koska tiettyjen sairauksien ennuste on riippuvainen siitä ja toisaalta perheet toivovat lähipalveluita.
- Alan kehittyminen on johtanut/johtamassa alan sisäiseen erikoistumiseen, joten yo-sairaaloissa tarvitaan lasten ortopedian, gastrokirurgian ja neonataalikirurgian päivystäjät erikseen. Tämä lisää lääkäreiden tarvetta.
- Nuorten lääkäreiden työhön sitoutuminen vähenee, osa-aikaisuus lisääntyy.

22. **Lastenneurologia** (9 vastausta)

- Lastenneurologeja on vaikea saada muuttamaan koulutuspaikkakunnalta.
- Yliopistosairaalassa koulutus ei anna valmiuksia / rohkeutta itsenäiseen työhön keskussairaalassa. Ratkaisu voisi olla yksi shp:ien yhteinen konsultoivan lastenneurologin vakanssi (etä- ja jalkautuvaa työ) mahdollistamaan myös keskussairaalakoulutusjaksot erikoistuville.
- HUS piiriin ei määrät väestöpohjaan suhteutettuina moninkertaiset eli pitäisi siirtää erikoistumisresursseja (=vakansseja) Helsingistä muihin yo/keskussairaaloihin.
- Jos synnytykset keskussairaalassa päättyvät, niin lastenneurologin työ vähenee.
- Keskittäminen ja työaikalaki on saanut aikaan vaatimuksen siitä, että myös erikoislääkärit osallistuvat lastentautien päivystysrinkeihin.
- Osassa keskussairaaloita lastenlääkärit tekevät ison osan lastenneurologian työstä, kun lastenneurologeja ei ole.
- Vaikka neurologiset sairaudet eivät lisäänty, niin konsultaatiot lasten- ja nuorisopsykiatrialta lisääntyvät.
- Mikäli lastenneurologialla pystyttäisiin keskittymään vaativan erikoissairaanhoidon tarpeessa olevien potilaiden hoitoon, olisi nykyinen erikoislääkärien virkamäärä mahdollisesti aivan riittävä.

- Erikoistuvien vakansseja ei pääsääntöisesti ole keskussairaaloissa, ja erikoislääkäreitä tyyppillisesti vain 0–2, joten koulutus ei ole mahdollista. Erikoislääkärien liikkuvuutta yo-sairaala-paikkakunnilta keskussairaaloihin olisi tuettava luovin ratkaisuin.
- Lasten kuntoutukseen liittyvää erittäin raskasta ja byrokraattista lainsäädäntöä sekä Kelan käytäntöjä pitäisi keventää, jotta lastenneurologit voisivat keskittyä potilastyöhön.

23. Lastenpsykiatria (8 vastausta)

- Alalla on erittäin suuri alueellinen epätasapaino. Etelä-Suomi vetää nuoria lääkäreitä, Pohjois-Suomi on suurissa vaikeuksissa. Virat ovat tyhjillään.
- Keskussairaaloihin saadaan erikoislääkäreitä vain ostopalvelusopimuksilla osa-aikatyöhön.
- Lastenpsykiatrialle on siirtynyt tehtäviä lastenneurologialta (jossa myös pula lääkäreistä).
- Alan kiinnostus on vähäistä, ja työn raskaus tiedossa. Koko ajan tunnustetaan aiempaa enemmän hoitoa edellyttäviä asioita, vaikka sairastavuus ei sinänsä lisääntyisikään. Toisaalta lasten määrä vähenee.
- Koulutuspaikkoja on riittävästi, alalle hakeutuvien määrää pitäisi pystyä lisäämään.
- Sote-uudistuksen vaikutus voi olla merkittävä, kun perheiden palvelut yhdistetään yhdeksi kokonaisuudeksi. Onnistuessaan se voisi vähentää tarvetta esh:oon.
- Yksi kiinnostusta heikentävä tekijä on se, että lääkärien peruskoulutuksessa alan esille tuonti on riittämätöntä. Nuoret lääkärit hädin tuskin tietävät, että tällainen erikoisala on olemassa.

24. Lastentaudit (24 vastausta)

- Keskussairaaloissa on pulaa erikoislääkäreistä, mikä uhkaa palvelujen ja ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämistä, erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomessa. Yo-sairaaloissa on puolestaan ylitarjontaa.
- Työaikalain ja päivystysasetuksen muutos lisäsi erikoislääkärien tarvetta. Väliinpuotoajia ovat keskussairaalat, joiden pitää jakaa päivystykset ilman että työntekijämäärää pystytään lisäämään.
- Osa-aikatyön toive kasvattaa tarvetta. Isoissa kaupungeissa lastenlääkäreitä palkataan myös PTH avoterveydenhuoltoon ja tämä tulee lisääntymään SOTE-uudistuksen myötä.
- Lasten määrä vähenee tulevaisuudessa, joka saattaa vähentää pediatrien tarvetta.

25. Liikuntalääketiede (5 vastausta)

- Liikuntalääketieteen erikoislääkäreistä suurin osa töissä yksityissektorilla, heillä on toinen erikoisala tai he ovat liikuntalääketieteen keskuksissa. Eteläisessä Suomessa yksityislääkäreitä on sangen hyvinkin tarjolla.
- Yhdessäkään yliopistosairaalassa ei ole liikuntalääketieteen klinikkaa. Yli puolet koulutuksesta tapahtuu palvelujärjestelmän ulkopuolella ja rahoitus ja resurssit ovat puutteelliset.
- Liikuntalääketiede erikoislääkäreineen voisi ottaa enemmän vastuuta niin konservatiivisen puolen (mm. sisätaudit, keuhkosairaudet) kuin operatiivisen (ortopedia) puolen potilaista niin diagnostiikassa kuin erityisesti hoidossa ja kuntoutuksessa ja preventiossa.
- Erikoisalan kysynnän kasvaessa ei riitä, että koulutusvirkoja tulee lisää, vaan laadukkaan koulutuksen turvaamiseksi myös erikoislääkäri-vakansseja tarvitaan lisää.

26. Naistentaudit ja synnytykset (13 vastausta)

- Erikoislääkäreistä on paikoin jopa ylitarjontaa. Toisaalta maakuntien keskussairaaloihin ei kaikkialla riitä erikoislääkäreitä, virkoja on täyttämättöminä.
- Päivystysasetus lisäsi erikoislääkärien tarvetta merkittävästi, ja työsidonnaisuus lisääntyi. Työaikalakia ei pystytty täydellisesti noudattamaan päivystysten osalta varsinkaan keskussairaaloissa.
- Osa-aikatyön kysyntä on merkittävä tekijä tulevaisuudessa.
- Syntyvyys on laskussa, joka vaikuttanee gynekologien tarpeeseen kaikkiaan vähentävästi. Jos synnytyksiä keskitetään vielä nykyistä enemmän, gynekologien tarve periferiassa vähenee. Yksityissektori säilyttäneen vetovoimansa.

27. **Nefrologia** (10 vastausta)
- Alueellista epätasapainoa on kohtalaisesti.
 - Väestön ikääntymisen myötä dialyysipotilaiden määrä kasvaa.
 - Sairastavuus lisääntyy, CKD-potilaiden osuus tulee kasvamaan arviolta 30 % seuraavan 10–15 v. aikana.
28. **Neurokirurgia** (9 vastausta)
- Neurokirurgia on lähes yksinomaan yo-sairaaloiden erikoisala ja jokainen yo-sairaala kouluttaa omaan tarpeeseensa. Pienehköllä erikoisalalla äkilliset muutokset voivat johtaa kuitenkin työvoimavajeeseen etenkin HUS:n ulkopuolella.
 - Tämän hetkinen keskittäminen on hyvä ja toimiva.
 - Suurimmassa osassa yo-sairaita on siirrytty aktiivipäivystykseen, mikä on sekä lisännyt työvoiman tarvetta että työsidonnaisuutta. Tämä voi heikentää erikoisalan kiinnostavuutta.
 - Nuorten lääkäreiden sitoutumattomuus pitkäkestoiseen koulutukseen ja erikoisosaamisen hankkimiseen on pantu merkille.
29. **Neurologia** (20 vastausta)
- Yo-sairaalat eivät näe kokonaisvastuutaan koko ERVA:n lääkäritarpeen tyydyttämisessä.
 - Vajetta on sekä yliopistosairaaloissa (vähemmän) että keskussairaaloissa. Erityisen hankala on tilanne pienissä sairaaloissa, joissa vakituiset viranhaltijat saattavat puuttua kokonaan.
 - OYS:ssa on valtakunnallisesti vähiten neurologian virkoja väestöpohjaan nähden.
 - Aivoinfarktin rekanaalisaatiohoitojen vuoksi toimenpidelääkäreiden tarve kasvaa.
 - Työaikalaki on lisännyt päivystykseen tarvittavaa lääkimäärää n. 20 %. Vaikka kaikki virkapohjat olisivat täynnä, ei väki riitä päivystämään niin että työaikalain vaatimus täytyisi.
 - Huono KNF-lääkäreiden, psykiatrien ja fysiatrien saatavuus voi lisätä painetta neurologialle.
 - Entistä enemmän perusterveydenhuollon potilaita tulee neurologialle, kun perusterveydenhuolto ei toimi, eikä siellä ole tarpeeksi yleislääkäreitä.
 - Muistisairauksien sujuva hoitokehitys voi jnkv vähentää neurologitarvetta.
 - Jatkuvasti kehittyvät erityisesti akuuttihoito ja immunologiset hoidot vaativat pienessä yksikössä erikoislääkäreiltä laajaa osaamista.
 - Päivystyksen raskaus ja sitovuus on niin suuri, että neurologia ei houkuttele.
 - Tietojärjestelmiin ja kirjaamiseen käytetyn ajan merkittävä lisääntyminen vähentää potilasmäärää/päivä minkä lääkäri pystyy tutkimaan ja hoitamaan.
 - KOVA-lääkäreiden tehtävien perustaminen on ollut hyvä suuntaus, mutta erikoislääkäreitä on kouluttamiseen liian vähän.
 - Koulutuspaikkoja on riittävästi, ongelmana on se, ettei kukaan hae niihin. Evl-virkoja on jatkuvasti tyhjänä.
30. **Nuorisopsykiatria** (7 vastausta)
- Koko maassa on pulaa erikoislääkäreistä, niin yliopistosairaaloissa kuin keskussairaaloissa-kin. Lisäksi alalla on erittäin suuri alueellinen epätasapaino. Pohjois-Suomessa on kova pula erikoislääkäreistä.
 - Alan keskeisin haaste on jatkuva kysynnän kasvu, lähetemäärät ovat nousussa.
 - Sote-uudistuksen vaikutus voisi olla ratkaiseva, mikäli koulujen ja oppilaitosten opiskelija-huollosta onnistuttaisiin kehittämään myös varhaista hoitoa antava toimija. Silloin paine erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatriassa helpottuisi.
 - Koulutuspaikkoja olisi riittävästi, hakijoista on pulaa.
 - Osa-aikaisuuden vaikutus on alalla merkittävä.
31. **Oikeuslääketiede** (2 vastausta)
- Kuopiossa ja Oulussa erikoistuvien rekrytointi on haastavampaa kuin Helsingissä, Turussa ja Tampereella.
 - Viime vuosina oikeuslääketieteen toiminta on keskitetty THL:n oikeuslääkintään ja samalla yliopistojen rooli ja henkilökunta on merkittävästi vähentynyt.

- Erikoislääkärikoulutuksesta vastaavat yliopistojen professorit mutta heidän määränsä on vähentynyt siten, että vain HY:ssa ja TY:ssa on 100 % alan professorit.
32. **Oikeuspsykiatria** (2 vastausta)
- Alalla ei ole odotettavissa merkittävää kysynnän kasvua, mutta erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat eläköityminen ja osa-aikatyön lisääntyminen.
 - Koulutuspaikkoja on nykyisellään sopiva määrä pienelle alalle.
33. **Ortopedia ja traumatologia** (15 vastausta)
- Alueellista epätasapainoa on sekä pääkaupunkiseudun että muun Suomen ja yo-sairaaloiden ja keskussairaaloiden välillä. Kuitenkin myös HUS:ssa on erikoislääkäripulaa.
 - Julkisella puolella kiire, hoitojonot, tehokkuuden vaatimukset tekevät työskentelyn haastavaksi ja tämän vuoksi ortopedit hakeutuvat privaattiin ja yrityksiin.
 - Lukumääräisesti ortopedeja ei tarvita juurikaan lisää, mutta jakautuminen yo-sairaaloiden, keskussairaaloiden ja privaatin välillä on vääristynyt. Tämä uhkaa mm. päivystystä.
 - Keskussairaaloiden näkökulmasta valmistuvat erikoislääkärit jäävät töihin yliopistosairaalaan ja asumaan yo-sairaala paikkakunnille.
 - Keskitämisasetus on pahentanut lääkäripulaa ja kapeuttanut työnkuvia keskussairaalassa. Jos muiden erikoisalojen tuki häviää, se käytännössä tarkoittaa, että Suomeen jää 5 päivystävää yliopistosairaala ja muu ortopedia tehdään yksityissairaaloissa.
 - Päivystys siirtyy koulutusvaiheen lääkäreiden suoritettavaksi, koska vaativaa yliopistokirurgiaa tekevät kirurgit eivät voi päivystää ja olla pois päiväaikaan.
 - Työaikalain muutoksesta johtuvien poissaolojen vuoksi oppimiskäyrä pitenee.
 - Fysiatripula on johtanut epätarkoituksen mukaisiin hoitoketjuihin ja ortopedien työmäärän lisääntymiseen. Geriatri voisi auttaa vanhusortopedeja.
 - Alan naisistuminen ja muutenkin nuorten heikompi sitoutuminen kokopäivätyöhön lisäävät tarvetta. Yhdestä erikoislääkäristä saadaan aiempaa pienempi työpanos.
 - Ortopediassa on jo nyt neljä alan sisäistä erikoistumiskoulutusta: traumatologia, selkäkirurgia, jalkakirurgia ja lastenortopedia. Näille kaikille tarvitaan jatkossa omat osaajat, koulutusvirat ja kouluttajat.
 - Alalla on tutkimusnäyttöön perustuvaa tietoa entistä enemmän hoitojen tehosta tai tehottomuudesta.
 - Koulutuspaikoista on pulaa kaikissa julkisissa sairaaloissa, pitää kouluttaa riittävästi, jotta on ylitarjontaa.
34. **Patologia** (11 vastausta)
- Pohjois-Suomessa erityisesti keskussairaaloissa tilanne näyttää huolestuttavalta voimakkaan eläköitymisen vuoksi. Keskussairaaloissa virkoja on täyttämättä, yliopistosairaaloissa virat ovat täynnä.
 - Kysyntää tulee kasvattamaan väestön ikääntyminen ja syöpien määrän kasvu, sekä syöpien täsmähoitojen edellyttämä entistä tarkempi diagnostiikka.
 - Tulevaisuudessa on ennustettu digitalisaation ja erityisesti tekoälyn muuttavan työn luonnetta ja vähentävän lääkärin tarvetta.
 - Koulutus osajaksiksi on pitkä. Suomessa patologioiden määrä väestöön suhteutettuna on alle EU:n keskimääräisen tason.
35. **Perinnöllisyyslääketiede** (5 vastausta)
- Alan palvelut on keskitetty yo-sairaaloihin. Kaikkien yliopistosairaaloiden genetiikan yksiköissä tulisi olla väestöpohjaan suhteutettuna saman verran ja riittävästi (nykyistä enemmän) erikoislääkäreitä ja erikoislääkäreiden vakansseja.
 - Aiemmat resurssit on mitoitettu aivan eri tason toiminnalle kuin mitä nykyinen kysyntä on.
 - Asetuksen mukaisesti kullakin yo-sairaallalla on järjestämisvastuu koko erä-alueen palveluista, mutta tässä ei ole tapahtunut merkittävää muutosta.
 - Alkiodiagnostiikka on lailla keskitetty HUSin => kysyntä kasvaa koko ajan ja näin ollen myös perinnöllisyyslääkäritarve.

- Lisääntyvä tarve ottaa kantaa löydöksiin, joiden merkitystä muiden erikoisalojen lääkärit eivät osaa tilaamistaan geenitutkimuksista tulkita.
 - Geneettistä tietoa tuotetaan koko ajan enemmän myös terveydenhuollon ulkopuolella, mm. tutkimusryhmissä ja biopankeissa, mikä edelleen tulee lisäämään perinnöllisyyslääketieteen palveluiden kysyntää.
36. **Plastiikkakirurgia** (4 vastausta)
- HYKS, TAYS ja TYKS erikoislääkäritilanne on varsin hyvä. OYS:ssa huonoin ja KYS:ssakin kehno. Keskussairaaloiden tilanne vaihtelee.
 - Päivystys on yo-sairaaloissa, HYKS:ssä tämä on lisännyt lääkäritarvetta.
 - Yleiskirurgian rooli on epäselvä ja on siirtänyt rintasyövän sekä pehmytkudosinfektioiden yms. hoitoa plastiikkakirurgien hoidettavaksi osassa sairaaloita / yliopistosairaaloita.
 - Esteettinen kirurgia lisääntyy Suomessa ja vetää kirurgeja yksityispuolelle.
 - Palvelujärjestelmän ongelma on joustamaton vakanssijärjestelmä, josta olisi luovuttava. Vakanssijärjestelmä ei pysty reagoimaan lääkäritarpeen tai koulutusjärjestelmän muutoksiin. Yliopistojen ja palvelujärjestelmän keskinäistä yhteistyötä ja koordinoitua tulisi parantaa.
 - Plastiikkakirurgiset kansataudit lisääntyvät, tarve keskussairaaloissa on jo nyt. Yleiskirurgiaa siirtyä enenevästi plastiikkakirurgian hoidettavaksi, ja esteettinen kirurgia vie työvoimaa kuntasektorilta.
37. **Psykiatria** (13 vastausta)
- Yhteiskunnassa on tapahtunut kulttuurinen muutos, mielenterveysongelmien stigma on lieventynyt. Tämä on johtanut palveluiden kysynnän suureen kasvuun.
 - Asiakkaat hakeutuvat yksityissektorille, joka vetää erikoislääkäreitä. Yksityissektorin kysyntä on liki loputonta. Kuitenkin mm. mielenterveyslaki edellyttää riittävää määrää virkalääkäreitä julkisella sektorilla.
 - Psykiatrien työajasta menee liian suuri osa erilaisten lausuntojen laatimiseen.
 - Yliopistopaikkakunnat ja muut isot paikkakunnat vetävät lääkäreitä. Erikoislääkäripula on suurin Pohjois- ja Itä-Suomessa: Psykiatriyhdistys selvitti v. 2021 alan julkisen sektorin erikoislääkäritilannetta. Helsingin, Turun ja Tampereen alueella viroista oli täyttämättä kolmannes, Itä-Suomen ja Oulun alueen viroista 40–60 %.
 - Edellytys 24h aktiivipäivystyksen järjestämisestä sekä erikoislääkäreiden takapäivystysvelvoite 1h paikalle saapumisesta voi vaikeuttaa päivystyksen järjestämistä.
 - Etä- ja hybridityö voi tarjota apua psykiatrivajeeseen pienemmillä paikkakunnilla.
 - Osa-aikatyön kysyntä kasvaa.
 - Lääketieteellisen pääsykokeen painottuminen matemaattisiin aineisiin saattaa vähentää psykiatrisille aloille hakeutuvien määrää tulevaisuudessa entisestään.
38. **Radiologia** (9 vastausta)
- Kasvukeskusten ulkopuolella haastetta rekrytoinnissa. Virkoja on täyttämättöminä keskussairaaloissa.
 - Työaikalaki ei toimi pohjoisen Suomen lääkäriolyymieilla. Pakollinen päivystystä edeltävä vapaa syö työvoimaa ja häittää erikoistuvien koulutusta.
 - Tekninen kehitys, erityisesti tekoäly, voi tuoda ratkaisuja erikoislääkäritarpeeseen. Siksi koulutusmäärien nostoon on syytä suhtautua varauksella. Toisaalta diagnostiikan vaatimukset lisääntyvät koko ajan.
39. **Reumatologia** (8 vastausta)
- Alueellista epätasapainoa on - vain TAYS- ervassa tilanne on kohtuullinen.
 - Keskitämisasetus vaikuttaa reumakirurgiaan, mutta ei reumatologiaan.
 - Perusterveyden huollon toimimattomuus paikoin nostaa lääkäritarvetta.
 - Koordinaatiokeskus on arvioinut, että Suomessa tulisi olla 1 reumatologi/50 000 asukasta. Jotta tämä täyttyisi vuonna 2035, tarvittaisiin siis 156 reumatologiaa.

40. Silmätaudit (7 vastausta)

- Alueellinen epätasapaino merkittävää etenkin julkisella sektorilla.
- Julkisella sektorilla vajetta kaikkialla. Yksityissektorin houkuttelevuus on suuri.
- Lääkäritarpeeseen vaikuttavat suurten ikäluokkien tuleminen ikään, jossa yleensä tehdään kaihileikkaus tai tulee kosteaa ikärappeumaa, glaukoomaa tai diabeettisia silmänpohjamuutoksia. Kehittyvät uudet hoitomuodot erityisesti kosteaan ikärappeumaan ja mahdolliset uudet hoidot kuivaan ikärappeumaan.
- Osa-aikatyö on hyvin yleistä, vaikeuksia saada kokoaikavirkoja täytettyä.

41. Sisätaudit (10 vastausta)

- Keskussairaalat tarvitsevat edelleen kipeästi sisätautien erikoislääkäreitä.
- Pohjois- ja itä Suomessa selvästi heikko tilanne, Etelä-Suomi parempi.
- Nykyinen suunta on se, että sisätautien erikoislääkärit joko jatkavat erikoistumista suppeaan alaan tai tekevät suoraan suppean. Se vaikuttaa keskussairaaloiden tilannetta siksi, että valtaosa suppean erikoisan lääkäreistä haluaa tehdä työtä poliklinikalla, ei vuodeosastolla tai päivystyksessä. Takapäivystämisen kannalta sisätautien erikoislääkärin koulutus olisi paljon parempi. Toisaalta koulutuspolku on pitkä, jos ensin tehdään sisätaudit ja vasta sitten suppea. Nopeammin saadaan erikoislääkäri sairaalaan, kun hän tekee suoraan suppean. Molemmissa on siis puolensa.
- 80% tekee sisätaudit ja sen jälkeen sisätautialan koulutuksen. Tämä muuttumassa.
- Päivystyksen keskittäminen takavuosina oli yksi huonoimmista ratkaisuista mitä tiedän. Se on muuttanut sisätautipäivystystä entistä kuormittavampaan suuntaan ja aiheuttanut merkittäviä rekrytointivaikeuksia.
- Keskussairaالاتasolla on riittävästi erikoislääkäreitä kouluttamaan erikoistuvia, jos niitä meille riittävästi tulisi ja jos keskussairaالاتasolle myönnettäisi riittävät koulutus-oikeudet ja autonomia koulutuksen järjestämiseen.
- Aina, kun joku eläköityy, tarvitaan 2 uutta lääkäriä hoitamaan hänen työt.
- Työaikalaki ja osa-aikatyön yleistyminen lisäävät lääkäritarvetta.
- Yleissisätautilääkärien lisäkouluttaminen näkyy kustannuksissa, mm. ei tarvitse konsultoida muita aloja niin paljon.

42. Suu- ja leukakirurgia (5 vastausta)

- HUS:n tilanne on pääosin hyvä - siellä on jopa ajoittain ylitarjontaa. Sen sijaan kaikissa myös yo-sairaaloissa tilanne on huonompi. Alueellinen koulutus olisi tärkeää.
- Erikoisan osaajien, kouluttajien ja koulutettavien puute on estänyt erikoisan alueellisesti tasapainoisen kehityksen.
- Yliopistosairaaloihin on keskitetty vakavat traumat, kasvojen deformiteetit ja suun- ja leukojen alueen kasvainten hoito. Tämä on lisännyt työvoiman tarvetta.
- Kaikissa sairaaloissa ei kyetä lakisääteiseen ilta- ja viikonloppupäivystykseen.
- Hyvinvointialueiden suuri määrä tulee aiheuttamaan potilaiden eriarvoisuutta, koska erikoislääkäreiden määrässä on paljon vaihtelua alueiden välillä.
- Koulutuspaikkojen määrä on alimitoitettu. Vuonna 2035 tarve on n. 93 erikoislääkäriä (LL- ja HLL-pohjalta koulutetut yhteensä).

43. Sydän- ja rintaelinkirurgia (7 vastausta)

- Sydänkirurgia on keskittynyt kokonaan yo-sairaaloihin. Keskussairaaloissa on vielä jonkin verran vanhamuotoisen koulutuksen suorittaneita, mutta thoraxkirurgia on myös hyvin pitkälle keskittynyt yo-sairaaloihin.
- Kaikissa yo-sairaaloissa erikoislääkäritilanne on hyvä.
- Sydänkirurgian tarve on vähentynyt, mutta hybridihoitojen (kardiologi + sydänkirurgi) määrä on lisääntynyt eli työnkuva on muuttunut ja muuttumassa.
- Työnkuvan muutokset (toimenpiteiden määrä on puolittunut viimeisten 10 vuoden aikana), hoitolinjojen ja –menetelmien muutokset vähentävät lääkäritarvetta. Väestön ikääntyminen lisää tarvetta.

44. Syöpätaudit (6 vastausta)

- Suurin osa onkologeista työskentelee YO-sairaaloissa, vaikka merkittävä määrä potilaita hoidetaan myös keskussairaaloissa (myös jatkossa).
- YO sairaaloiden osaamisen vaativuustaso kasvaa (suppea erikoisosaaminen).
- Suurin syy yo-kaupunkien vetovoimalle on koulutuksen keskittyminen. Vasta äskettäin saatiin syöpätaudeille keskussairaalahakso pakolliseksi.
- Syövänhoito tulee olla parasta mahdollista kaikkialla Suomessa ja siihen tarvitaan koko sairaalaverkostoa.
- Syövän hoito ja kliininen syöpätutkimus tulee myös hajauttaa keskussairaaloihin, koska pitkät matkat hauralle syöpäpotilaalle ovat liian raskaita.
- Eval-pestejä tarvitaan myös palliatiivisella puolella.
- Potilasmäärät ja erilaiset hoitokontaktit kasvavat sekä syövän ilmaantuvuuden lisääntymisen takia (syy: väestön ikääntyminen) että hoitojen lisääntymisen ja monimutkaistumisen myötä.
- Tällä hetkellä kaikki ovat täysaikaisia, ja arvioisin että 65 % siirtyy osa-aikaisiksi.
- Erikoissairaanhoidon keskittäminen syöpätaudeilla on toteutumassa hallinnollisena eikä lääketieteellisiin hoitotuloksiin perustuen.

45. Terveystenhoito (4 vastausta)

- Terveystenhoitoon erikoistumista käytetään johtamiskoulutuksena, pätevöittämään johtamistehtäviin. Suurin osa alan erikoislääkäreistä työskentelee kehittämisen ja johtamisen tehtävissä ja sanoisin, että niissä on pulaa, mutta mikä olisi oikea tarve, sitä ei ole arvioitu.
- Huonosti johdettujen ja aliresursoitujen terveyskeskusten vajetta on ryhdytty paikkaamaan palvelusetelillä ja ulkoistuksilla. Niiden lääketieteellinen hyöty on heikko, taloudellinen hyöty surkea ja käytännössä vain potilaan asiaa siirretään vähän eteenpäin tai "näppylöiden näyttäjät" saavat mielenrauhan. Tähän tarvitaan parempaa lääkärijohtajuutta.
- Tarvitaan osaamista katsomaan kokonaiskuva: esim. päivystyksen ongelmia ei ratkota vain päivystystä kehittämällä.
- Olennaisinta olisi saada monisairaiden ja psykososiaalisten tarpeiden kanssa painivien kansalaisten hoidon jatkuvuus kuntoon ja erikoisalal konsultatiiviseen rooliin.
- Systeminen kehittäminen niin, että sei vain selvitetä asioita ja tehdä raportteja vaan seurataan toimeenpanoa, edellytetään sille rakenteet ja toimijat ja seurataan vaikuttavuutta. Näin saataisiin lääkäriä pois sieltä, missä se on tuottamatonta.
- Alalla ei ole koulutusvakanseja sellaisenaan käytännössä lainkaan, työllistyminen tapahtuu oman osaamisen ja aloitteellisuuden kautta. Koulutettuja kouluttajia ei ole tarpeeksi.

46. Työterveyshuolto (7 vastausta)

- Erikoistuvat tth-lääkärit ja yleislääkärit paikkaavat tehtävissä, joissa lakikin edellyttää erikoislääkäriä. Alueellisia eroja on koko maata ajatellen.
- Työterveyshuollossa on kokonaisuutena hyvä tilanne, alasta kiinnostuneita on sopivasti ja henkilöt ovat motivoituneita ja taitavia. Rahoitustakin on riittävästi. Suunnilleen ainoa ongelma on, ettei erikoisalalla tehdä kovinkaan paljon tutkimusta.
- Tth:n ja muiden erikoisalojen välistä yhteistyötä tiivistetään, esim. TYÖOTE-hanke.
- Paljon riippuu myös soten onnistumisesta pth:n tarpeisiin vastaajana. Toivottavasti onnistuu - se tasaisi työterveyshuollon lääkäripalvelujen tarpeen kasvua.
- Työterveyshuollon osaamisen tarve lisääntyy työkyvyn tukemisessa ja ylläpitämisessä. Eri-työryhminä ikääntyvät, vajaakuntoiset ja monisairaajat.
- Mahdolliset säädösmuutokset työterveyslääkäriin pätevyysvaatimuksia koskien voivat lisätä erikoistuvien motivaatiota valmistua erikoislääkäreiksi.
- Olemme arvioineet, että 1 000 tth el olisi minimi, jolla saadaan lakisääteiset tehtävät hoitumaan. Jos kaikki sairaudenhoito lähtee tth:sta pois ja hoidetaan ainoastaan lakisääteinen ennaltaehkäisevä tth, tarve voi olla vähäisempikin.
- Osa-aikatyö lisääntyy edelleen.

- Työterveyshuollolla on kattava kouluttajaverkosto (yli 300 kouluttajalääkäriä työterveyshuoltoyksiköissä) ja yli 200 sopimuksen tehnyttä koulutuspaikkaa.
47. **Urologia** (9 vastausta)
- Urologit jäävät yo-sairaaloihin, maakunnissa pulaa. TAYS, HUS, ja TYKS piireissä urologiti-lanne on hyvä, KYS-ervassa on puutetta jokaisessa sairaalassa, samoin OYS-ervassa.
 - Keskussairaaloiden toiminnasta ei ole enää varaa karsia, jotta osaaminen ja päivitysval-mius sekä laadukkaan koulutuksen tarjoaminen onnistuvat.
 - Harvinaisten sairauksien keskittäminen kannattaa, mutta paras tulos saavutettaneen alan sisäisen sopimisen suhteen. Kaikkea ei kannata tehdä Helsingissä. Yo-sairaaloissakin ta-pahtuu alansisäistä keskittämistä, mikä lisää lääkäritarvetta.
 - Erikoistuvien määrää pitäisi lisätä työaikalain velvoitteiden vuoksi.
 - Väestön ikääntyessä uro-onkologian ja toiminnallisen urologian tarve kasvaa. Osa-aikatyön lisääntyä, yksityissektori kasvaa.
 - Koulutustarvearviointi kannattaa tehdä hieman yläkanttiin, koska koulutusaika on pitkä ja ve-toivoiman säilyminen on arvoitus.
48. **Verisuonikirurgia** (9 vastausta)
- Yo-sairaalassa (HUS ja TAYS) ylitarjontaa, keskussairaaloissa (etenkin Pohjois-Karjala ja Itä-Savo) pulaa.
 - Tarvittaisiin lisää vakansseja, jotta työaikalain mukainen päivitys olisi mahdollista.
 - Päivitys säilynee nykymuotoisena, mutta tulevaisuus voi johtaa työpaikkapäivityksen aloittamiseen, jolloin erikoislääkäritarve tulee selkeästi lisääntymään.
 - Toimenpideradiologien vaje keskussairaaloissa jatkunee vielä pitkään. Tämä lisää tarvetta verisuonikirurgien angioradiologisiin valmiuksiin.
 - Riippuen poliittisista päätöksistä laskimokirurgian osuus voi lisääntyä yksityissektorilla tai toisaalta myös julkisella sektorilla.
 - Väestön ikääntyminen ja diabeteksin lisääntyminen eivät kuitenkaan ole lisänneet potilaiden määrää lineaarisesti, koska perussairauksien hoito on parantunut.
 - Erikoisala on nuori, joten kirurgikunta on vielä varsin nuorta myös. Vasta 20 vuoden päästä merkittävästi eläköityminen lisääntyy.
 - Erikoistumis uudistus aiheuttaa omat haasteensa. Alkupisteitä saa enemmän kandina teh-dystä väitöskirjasta kuin esim. pitkästä työkokemuksesta kirurgian erikoislääkärinä.
49. **Yleiskirurgia** (3 vastausta)
- Yleiskirurgian rooli on vaihteleva eri puolilla maata. Suuri osa tutkinnon suorittaneista saa sen toisen tutkinnon sivussa, erikoistumis uudistus toki poistaa tämän.
 - Tays ja Tyks kouluttavat yleiskirurgit rinta- ja kilpirauhaskirurgiaan, muissa sairaaloissa yksi-löllistä vaihtelua on paljon enemmän. Yleiskirurgian roolia ja asemaa pitäisi selkiyttää.
 - Päivityksen järjestäminen keskussairaalassa hankaloituu kirurgien koulutuksen suuntautu-essa jo hyvin varhaisessa vaiheessa omalle erikoisalalle.
50. **Yleislääketiede** (18 vastausta)
- Haasteena on epätasapaino julkisen ja yksityisen (ml. työterveyshuolto) välillä. Julkisen puolen työkuorma ajaa myös kokeneita erikoislääkäreitä privaattipuolelle, joka vaikeuttaa julkisen puolen tilannetta.
 - Virkojakin tarvittaisiin lisää, mutta akuutimpi ongelma on, että edes ne vakanssit joita on, ei-vät tahdo täytyä.
 - Koulutettuja erikoislääkärikouluttajia on riittävästi. He eivät ole kuitenkaan jakautuneet tasai-sesti toimipaikkojen kesken.
 - Yle-päivitysten keskittäminen yhteispäivityksiin aiheuttanut sen että (vakituisissa viroissa toimivat) yleislääkärit eivät merkittävässä määrin enää päivystä eivätkä koe päivystystä omaan virkatehtävään kuuluvaksi työksi. Jatkossa yhteispäivityksen toiminta eriytyy ehkä vieläkin selkeämmin terveyskeskuksista niin että siellä on selvästi oma päivystystyötä te-kevä lääkärin porukka.

- Kaikilta erikoisaloilta on suuria potilasryhmiä siirtynyt vuosien saatossa yleislääketieteen vastuulle. Nyt on suuri paine siirtää mielenterveys- ja päihdepotilaita psykiatripulan vuoksi.
- Pandemian ja erilaisten tiimimallien myötä työn luonne terveyskeskuksissa on muuttunut. Potilaita tavataan entistä harvemmin ja lääkärit joutuvat toimimaan muiden ammattihenkilöiden konsultteina kantaen vastuun myös muiden tekemistä päätöksistä. Osa-aikatyö ja epätyypilliset työsuhteet lisääntyvät kovaa vauhtia.
- Huonot potilastietojärjestelmät, tietosuojalait ja vaatimukset kirjaamisen tarkkuudesta. Näistä seuraa kankeutta ja hukkaa, joka kertautuu jo yhden työpäivän aikana merkittäväksi.
- Julkisen sektorin YLE-EL-määrän tulisi olla 2 800 nykyisen 1 000 sijasta.
- Julkisen sektorin palveluksessa perusterveydenhuollossa olevista lääkäreistä 25 % on yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Tavoite on, että vuonna 2035 heidän osuutensa olisi sama kuin sairaaloissa toimivilla erikoisaloilla eli noin 60 %.
- Yleislääketiede kouluttaa kaikkien muiden erikoisalojen lääkäreitä 9 kuukautta, mikä on heidän erikoistumisestaan n. yksi seitsemäsosa. Tähän tarvitaan erikoislääkäreitä eikä vasta valmistuneita kouluttamaan toistaan.
- YLE-erikoistumiseen kuuluvien muiden erikoisalojen jaksoja varten maassamme on muutama koulutusvirka esh:ssa, mutta niitä riittää harvalla erikoistuvalla kattaen heilläkin vain n. 3–6 kk erikoistumisajasta.

Hammaslääketiede

1. **Diagnostiikka: Suurradiologia** (2 vastausta)
 - Jonkin verran alueellista epätasapainoa pääkaupunkiseudun ja muun Suomen sekä Yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden osalta.
 - Diagnostiset tekoälysovellutukset voivat vaikuttaa tarpeeseen tulevaisuudessa.
 - Kouluttajia vähän. Yliopistolla tarvitaan HLT-tutkinnon suorittaneita suurradiologeja opettajiksi ja tutkijoiksi. Yliopistotyöhön on rekrytointivaikeuksia valtakunnallisesti.
 - Suomessa on suurradiologian oppialalla ainoastaan 2 dosenttia ja 1 professori, kaikki 1960-luvulla syntyneitä, joten eläköitymistä tapahtuu lähivuosina.
2. **Diagnostiikka: Suupatologia** (ei vastauksia)
3. **Diagnostiikka: Suun mikrobiologia** (ei vastauksia)
4. **Kliininen hammashoito: Kariologia ja endodontia** (3 vastausta)
 - Pääkaupunkiseudun ja muun Suomen välillä on paljon alueellista epätasapainoa samoin yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden välillä.
 - Erikoishammaslääkäri tarjonta keskittyy yliopistopaikkakunnille, missä on HLL- ja EHL-koulutusta (Helsinki, Turku, Kuopio, Oulu) ja muutamiin muihin isompiin kaupunkeihin. Keskussairaالاتasolla tarjonta on erittäin heikkoa, pienemmistä paikkakunnista puhumattakaan.
 - Suulääketieteen mahdollinen uusi erikoisala muuttaisi työnjakoa muiden kliinisten erikoisalojen osalta. Osa niiden työstä voisi siirtyä kokonaisvaltaisemmin suulääketieteen alle.
 - Väestön vanheneminen hampaallisena lisää vaativan erikoishammaslääkäritasoisien hoidon tarvetta. Lisäksi kohonnut hoidon laatuvaatimus (mm. mikroskoopin käyttö endodontiassa) tulee vaatimaan lisääntyvässä määrin kliinisen hammashoidon EHL-tasoista hoitoa.
 - Kunnallisella sektorilla on pitkät hoitojonot, yksityisvastaanotoilla hyvin tilaa, syynä hoidon kalleus. Kela-korvausten pieneminen lisää painetta kunnalliseen hammashoittoon.
 - Väestö vanhenee hampaat suussa, hoidon tarve ja vaativuusaste kasvaa.
 - Osa erikoishammaslääkäri tasoisesta hoidosta voidaan tehdä tulevilla hyvinvointialueilla keskussairaaloissa erikoishammaslääkärien ja erikoistuvien hammaslääkärien toimesta. Laatu, potilasturvallisuus, osaaminen ja hoidon kokonaisuus tulee varmistaa yhteistyössä yliopistosairaalan ja yliopiston kanssa.
 - Koulutusvirkojen perustamista ja kouluttajien palkkaamista ei saa jättää hyvinvointialueiden päätösten varaan, vaan valtiovallan ohjauksen tulisi olla velvoittavaa.

5. **Kliininen hammashoito: Lasten hammashoito** (5 vastausta)
- Pääkaupunkiseudulla on paljon lapsia, mutta vähän virkoja lasten hammashoidon alalla. Lasten hammashoidon erikoishammaslääkäreitä on lähinnä yo-sairaaloissa.
 - Keskussairaالاتasolta puuttuu lähes kokonaan lasten hammashoidon erikoisalanel edustus, vaikka päivystys- ja keskittämissetus on lisännyt juuri lapsipotilaiden lukumäärää (lasten nukutushammashoidon keskittäminen).
 - Alalle tarvittaisiin professori joka yliopistoon. Tällä hetkellä professori on vain Oulussa (vastaten kolmesta oppialasta, joista lasten hammashoito yksi) sekä Turussa (vastaten samanaikaisesti hampaiston oikomishoidon alasta).
 - Kaikilla SOTE-alueilla olisi vähintäänkin yksi lasten hammashoidon EHL.
 - Peruskoulutetun hammaslääkärin osaaminen hiipuu lasten hammashoidon osalta terveyskeskuksissa, koska suuri osa terveyskeskuksessa hoidettavissa potilaista on aikuisia. Lapsille terveystarkastuksia tekevät hammashoitajat ja suuhygienistit.
 - Em. johtaa siihen, että yleisanestesiassa tehtävä lasten hammashoito ja erityispotilasryhmät lisääntyvät ja tällä on merkitystä lasten hammashoidon erikoishammaslääkäritarpeeseen.
 - Lisääntynyt ymmärrys suun alueen infektioiden merkityksestä muun sairauden etenemiseen ja hoitoon vaikuttavina tekijöinä, myös lapsilla ja nuorilla, lisää alan erikoisosaajien tarvetta erikoissairaanhoidossa.
 - Maahanmuutto, terveyden polarisoituminen sekä lasten muuttunut terveyskäyttäytyminen (energiajuomat, napostelu, perheiden säännöllisen ateriarvymn puutos ja unirytmn häiriöt) lisäävät vaikea-asteisesta kariesestä ja eroosiosta kärsivien lasten määrää.
 - Erikoisala on kehittymässä analogiseksi lastentautien kanssa eli erikoishammaslääkäriltä odotetaan laajaa osaamista.
6. **Kliininen hammashoito: Parodontologia** (4 vastausta)
- Itä-Suomessa, Pohjois-Suomessa sekä rannikkoalueilla Vaasassa ja sen yläpuolella on puutetta parodontologian erikoishammaslääkäreistä. Keskussairaaloissa melkein kaikissa puutetta alan erikoishammaslääkäreistä.
 - Kuopion yliopiston ja KYS ervan tilanne on huolestuttava. Hammaslääkärinkoulutus oli 10 vuotta katkolla Itä-Suomessa, jona aikana erikoishammaslääkäreitäkään ei koulutettu alueelle. Alueelta puuttuu pth:n puolelta suun erikoishoidon yksikkö, joka kokoaisi keskitetysti kaikkien hammaslääketieteen erikoisalojen edustajia ja toimisi myös koulutusyksikkönä.
 - Naisvaltainen ala, vaikea saada rekrytoitua syrjäseuduille ja pieniin kaupunkeihin.
 - Ongelma on erikoishammaslääkärinkoulutukseen osoitettujen virkojen lähes täydellinen puuttuminen monelta alueelta.
 - EHL-hammaslääkärin tarve riippuu paljolti työnjaosta suuhygienistien, peruskoulutuksen saaneiden hammaslääkäreiden panoksesta ja erikoishammaslääkärin panoksesta. Jos perushammaslääkärit eivät hoida iensairauksia, niin se aiheuttaa turhaa kuormitusta ESH:oon.
 - Väestön vanheneminen, hampaattomuuden väheneminen ja hammasimplanttien yleistymisen lisää hoidon tarvetta
7. **Kliininen hammashoito: Protetiikka ja parentafysiologia** (3 vastausta)
- Pääkaupunkiseudulle sekä yliopisto kaupunkien ympärille keskittyy suurin osa erikoishammaslääkäreistä. Maakunnilla on suuria vaikeuksia rekrytoida osaajia muualle Suomeen.
 - Väestö vanhenee, hampaattomuus vähenee ja vaativien purennan kuntoutushoitosten tarve tulee kasvamaan.
 - Suuren ikäluokan erikoishammaslääkäreitä on jäänyt ja jää lähiaikoina eläkkeelle 5–10 v aikana ja nykyiset koulutusmäärät riittämättömiä korvaamaan tämä vaje.
 - Kliinisen hammashoidon eri oppiaineilla ei ole korvamerkittyjä koulutuspaikkoja.
 - Potilaan joustavan hoidon kannalta olisi tärkeää, että EHL-palveluja olisi kattavasti tarjolla myös pth:ssa, näin vähentäen erikoissairaanhoidon kuormitusta.
 - Erikoishammaslääkärit tekevät kouluttamista oman työn ohella eivätkä juurikaan saa korvausta tähän. Yliopistojen tuki kouluttajille on nykyisellään riittämätön

8. Hampaiston oikomishoito (8 vastausta)

- Alueellista epätasapainoa on pääkaupunkiseudun ja muun Suomen sekä yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden välillä jonkin verran. Perusterveydenhuollosta puuttuu oikomishoidon erikoishammaslääkäreitä.
- Kouluttajista pulaa valtakunnallisesti. Tulee olemaan myös vaikeaa löytää yliopistoihin vastuukouluttajia (professoreita).
- Hoidot vievät aiempaa enemmän resursseja ja aikaa. Jos hoitoja ei tehdä oikea-aikaisesti, tulee hoidosta mahdollisesti ortognaattiskirurgiaa vaativia ja potilas tarvitsee hoidon erikoissairaanhoidossa.
- Uniapneapotilaita hoidetaan enemmän nykyään ortognaattiskirurgisina hoitoina, jotka vaativat erikoissairaanhoidoa.
- Kansainvälisyys ja maahanmuutto lisääntyvät. Suomeen tulee henkilöitä, jotka eivät ole lapsuudessa ja nuoruudessa saaneet oikomishoitoa. Hoitamattomien aikuisten purentapokeamien hoidon tarve lisääntyy.
- Yliopistosairaaloiden 1.5 v koulutus säilyy oikomishoidon erikoistumiskoulutuksessa ja yliopiston vastuu ja päätösvalta koulutuksen ja koulutus sopimusten hyväksymisessä säilyy, mikä on keskeistä laadukkaana erikoishammaslääkärikoulutuksen toteuttamiseksi.
- Julkisen puolen kilpailukyvytön palkka ja tutkijoiden väheneminen, vaikuttavat työvoiman saatavuuteen. Työkulttuuri on muuttumassa. Toivotaan joustavuutta ja koulutusmahdollisuuksia aikaisempaa enemmän ja lisäksi työmäärän kohtuullisuutta suhteessa käytettävään työaikaan.

9. Suu- ja leukakirurgia (12 vastausta)

- Yliopistosairaaloissa suu- ja leukakirurgian erikoishammaslääkäreitä on hyvin, mutta keskussairaaloissa ja perusterveydenhuollossa on vajetta kaikkialla muualla paitsi HUS alueella.
- Paikallista ylitarjontaa on yksityissektorilla.
- Toimintojen keskittäminen yliopistosairaalaan hankaloittaa rekrytointia keskussairaaloissa ja perusterveydenhuollossa.
- Väestön vanheneminen hampaallisena, sairastuvuuden lisääntyminen, hoitomuotojen kehittyminen ja potilasmateriaalin haasteellisuus (muut yleissairaudet, lääkitykset) lisäävät erikoishammaslääkäritasoisien hoidon tarvetta.
- Yliopistosairaaloihin tarvitaan lisää koulutusvirkoja päivystyksen toteuttamiseksi.
- Päivystyksen ylläpito vaatisi lisävirkoja HUS, TYKSin ja Taysin alueella. Päivystäjien viikotyöajan toteutuminen edellyttäisi koulutusvirkojen lisäämistä.

10. Terveystenhoito (6 vastausta)

- Paljon alueellista epätasapainoa pääkaupunkiseudun ja muun Suomen välillä.
- Erikoistuminen keskittynyt pääkaupunkiseudulle. Erikoishammaslääkärikouluttajia löytyy myös eniten pääkaupunkiseudulta ja muualla heitä on vähän.
- Terveystenhoiton erikoishammaslääkärit asettuvat pääosin hallintoon ja se on muuttumassa soteuudistuksen myötä. Sosiaali- ja terveystenhoiton rakenteiden uudistuminen lisää myös hammaslääkärijohtajien, mm. terveystenhoiton erikoishammaslääkärien tarvetta.
- Tällä hetkellä erikoistumisvirkoja ja koulutuspaikkoja ei ole käytännössä lainkaan. Koulutuksen suunnittelu vaikeutuu. Epäselvät koulutusväylät eivät houkuttele erikoistujia.
- Ei ole riittävästi kouluttajia. Nykyisten erikoishammaslääkärien huomattavan suuri eläköityjien osuus.
- Tulisi olla nykyistä enemmän lääkärien työtä tukevia ammattiryhmien edustajia käytettävissä: puheterapeutteja tukemaan terveitä nielemis- ja hengitystottumuksia sekä oromotoristen tapojen poisoppimista (oikomishoidon tarve ja hoitotulosten pysyvyys), ravitsemusterapeutteja tukemaan paljon palveluita käyttäviä potilaita (kariologia, endodontia).

