

**KUVAILELEHTI**

Julkaisija

Julkaisun päivämäärä

Opetusministeriö

14.5.2002

Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri)		Julkaisun laji Työryhmämuistio	
Erikoishammaslääkärikoulutuksen työryhmä		Toimeksiantaja Opetusministeriö	
Puheenjohtaja: Marja-Liisa Niemi Asiantuntijasihteeri: Jaakko Tiekso Hallinnollinen sihteeri: Tarja Kurki		Toimielimen asettamispvm 6.4.2001	Dnro 39/043/2000
Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen) Erikoishammaslääkärikoulutuksen työryhmän muistio (Promemoria av arbetsgruppen för utbildning av speciallistandläkare)			
Julkaisun osat			
<p><b>Tiivistelmä</b></p> <p>Työryhmän tehtävänä oli selvittää erikoishammaslääkärikoulutuksen sisällöllisiä kehittämistarpeita sekä koulutusta koskevan tutkintoasetuksen ja valtakunnallisen kuulustelun ohjeiden uudistamistarpeita. Myös erikoishammaslääkärikoulutuksen riittävyttä tuli arvioida. Uudistamistarpeita arvioidessaan työryhmän tuli ottaa huomioon perus- ja erikoistumiskoulutuksen työnjako sekä kliinisen koulutuksen integraatio.</p> <p>Työryhmän työtä on edeltänyt Hammasklinikkatyöryhmä -96:n työ sekä hammaslääketieteen kliinisen koulutuksen terveystalvetojärjestelmään integrointia valmistelleiden paikallisten valmisteluryhmien sekä valtakunnallisen koordinaatioryhmän työ. Saadakseen laajemman kuvan kehittämistarpeista työryhmä suoritti kaikille terveyskeskuksille ja sairaanhoitopiireille osoitetun kyselyn suun terveydenhuollon virkatilanteesta sekä palveluiden ja koulutuksen määrällisistä ja sisällöllisistä kehittämistarpeista. Työryhmä on myös kuullut asiantuntijoita terveystalvetojärjestelmästä, koulutusyksiköistä, Suomen Hammaslääkäriiliitosta, STAKESista ja sosiaali- ja terveysministeriön Suun terveydenhuollon kehittämisprojektista. Työryhmä on kuullut myös koulutettavien edustajia. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi antoi raporttinsa juuri työryhmän työn valmistuessa, ja projektin suositukset sekä niiden pohjalta tehty valtioneuvoston periaatepäätös päätettiin ottaa huomioon työryhmän loppuraportissa.</p> <p>Työryhmän ehdotusten lähtökohtana ovat potilaiden ja terveystalvetojärjestelmän tarpeet. Työryhmä ehdottaa, että erikoishammaslääkärikoulutus järjestetään edelleenkin neljän erikoisalalan mukaisena: hampaiston oikomishoito, kliininen hammashoito, suu- ja leukakirurgia sekä terveydenhuolto. Sisällöllisten kehittämistarpeiden osalta työryhmä toteaa, että hampaiston oikomishoidon, suu- ja leukakirurgian ja terveydenhuollon alueella ei ole merkittäviä uusia kehittämistarpeita. Suu- ja leukakirurgian koulutus, joka uudistettiin 1.1.1999 alkaen, on yhteinen lääketieteen vastaavan koulutuksen kanssa ja sitä tulee edelleen kehittää yhdessä lääketieteen koulutuksen kanssa. Terveydenhuollon erikoisalalan koulutuksessa tavoitteena tulee myös olla yhteinen koulutus lääketieteen vastaavan erikoisalalan koulutuksen kanssa. Kliinisen hammashoidon erikoisalalla koulutuksen lähtökohtana tulee olla laaja-alainen osaaminen. Erikoisalajien koulutus ehdotetaan järjestettävän koulutusohjelmina. Koulutuksen käytännön järjestelyjen vuoksi laaja kliinisen hammashoidon koulutusohjelma voidaan järjestää painotusaloittain, joita ehdotetaan uudistettuun koulutukseen viisi nykyisen koulutuksen kuuden painotusalan sijasta. Työryhmä ehdottaa myös, että nykyinen hallinnon pätevyteen johtava koulutus lopetetaan ja tilalle kehitetään moniammatillinen johtamiskoulutus kansallisen terveysprojektin ehdotusten mukaisesti.</p> <p>Työryhmä ehdottaa, että tutkintoasetuksessa säädettävät erikoisalalat ovat: hampaiston oikomishoito, kliininen hammashoito, suu- ja leukakirurgia ja terveydenhuolto. Kliinisen hammashoidon painotusaloja ei esitetä otettavaksi tutkintoasetukseen. Asetuksessa painotetaan koulutuksessa olevan ohjausta ja aktiivista osallistumista koulutusjärjestelyjä ja omaa edistymistään koskevaan arviointiin. Työryhmä laati ehdotuksen myös valtakunnallisen kuulustelun ohjeiden uudistamisesta.</p> <p>Työryhmä toteaa, että nykyinen erikoishammaslääkärikoulutus ei pysty vastaamaan terveystalvetojärjestelmän määrälliseen tarpeeseen. Koulutusta tulee lisätä kaikilla erikoisaloilla, erityisesti kliinisessä hammashoidossa. Yhteensä erikoishammaslääkärikoulutuksen koulutusvirkoja tulee lisätä vähintään 35:llä. Koulutusmäärää lisäämällä ja koulutusta hajaannuttamalla on mahdollista kehittää myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjakoa sekä tasoittaa nykyisin suuria alueellisia eroja palveluiden tarjonnassa. Koulutusta hajautettaessa yhä laajemmin yliopistosairaaloiden ulkopuolelle tulee huolehtia siitä, että terveystalvetojärjestelmässä on käytävissä riittävästi kouluttajia ja ohjaajia.</p> <p>Myös hammaslääkäreiden peruskoulutuksessa tulee huolehtia riittävien kliinisten valmiuksien antamisesta opiskelijoille. Peruskoulutuksen valmistumismääriin tulee kiinnittää erityistä huomiota, ja työryhmän kannan mukaan myös peruskoulutuksen aloituspaikkoja tulee lisätä, kun erikoistumiskoulutusta lisätään.</p>			
Avainsanat (asiasanat) erikoishammaslääkärikoulutus, kehittämistarpeet, erikoisalalat, painotusalat, tutkintoasetus, valtakunnallisen kuulustelun ohjeet, koulutusmäärät			
Muut tiedot			
Sarjan nimi ja numero Opetusministeriön työryhmien muistioita 17:2002		ISSN 0359-761X	ISBN 952-442-142-9
Kokonaissivumäärä 40 + liitteet	Kieli suomi	Hinta	Luottamuksellisuus julkinen
Jakaja Yliopistopaino		Kustantaja Opetusministeriö	

## PRESENTATIONSBLAD

Utgivare  
Undervisningsministeriet

Utgivningsdatum  
14.5.2002

Författare (uppgifter om organet: organets namn, ordförande, sekreterare) Arbetsgruppen för utbildning av specialisttandläkare		Typ av publikation    Arbetsgruppspromemoria	
Ordförande: Marja-Liisa Niemi Sakkunnig sekreterare: Jaakko Tiekso Administrativ sekreterare: Tarja Kurki		Uppdragsgivare    Undervisningsministeriet	
		Datum för tillsättandet av organet    6.4.2001	Dnr 39/043/2000
Publikation (även den finska titeln) Promemoria av arbetsgruppen för utbildning av specialisttandläkare (Erikoishammaslääkärikoulutuksen työryhmän muistio)			
Publikationens delar			
Sammandrag			
<p>Arbetsgruppens uppdrag gällde att klarlägga behoven av innehållsmässig utveckling av utbildningen av specialisttandläkare samt behoven av en revidering av examensförordningen för utbildningen och anvisningarna för riksomfattande förhör. Även frågan om utbildningen av specialisttandläkare är tillräcklig skulle bedömas. I sin bedömning av revideringsbehoven skulle arbetsgruppen beakta arbetsfördelningen mellan grundutbildningen och specialiseringsutbildningen samt integreringen av den kliniska utbildningen.</p> <p>Före denna arbetsgrupp arbetade arbetsgruppen för tandkliniker -96 samt lokala grupper som beredde integreringen av den kliniska utbildningen i odontologi med hälsovårdssystemet samt en riksomfattande samordningsgrupp.</p> <p>För att få en bredare bild av utvecklingsbehoven riktade arbetsgruppen en förfrågan till alla hälsocentraler och sjukvårdsdistrikt om läget beträffande tjänsterna för munhälsovården samt om behoven att utveckla servicen och utbildningen i fråga om kvantitet och innehåll. Arbetsgruppen har även hört sakkunniga inom hälsovårdssystemet, utbildningsenheterna, Finlands tandläkarförbund, STAKES och social- och hälsovårdsministeriets projekt för utveckling av munhälsovården. Arbetsgruppen har även hört företrädare för dem som utbildas. Det nationella projektet för att trygga den framtida hälsooch sjukvården avgav sin rapport just innan arbetsgruppen blev klar med sitt arbete, och rekommendationerna i projektet samt det statsrådsbeslut som fattats utifrån dem beaktas i arbetsgruppens slutrapport.</p> <p>Arbetsgruppen utgår i sina förslag från patienternas och hälsovårdssystemets behov. Arbetsgruppen föreslår att specialisttandläkarutbildningen fortsättningsvis ordnas enligt fyra specialområden: tandreglering, klinisk tandvård, oral och maxillofacial kirurgi samt hälsovård. I fråga om de innehållsmässiga utvecklingsbehoven konstaterade arbetsgruppen att det inte finns betydande nya utvecklingsbehov inom områdena tandreglering, oral och maxillofacial kirurgi samt hälsovård. Utbildningen i oral och maxillofacial kirurgi, som förnyades 1.1.1999, är gemensam med motsvarande utbildning i medicin och kommer ytterligare att utvecklas tillsammans med den medicinska utbildningen. Utbildningen för specialområdet hälsovård bör också ha gemensam utbildning med motsvarande specialiseringsutbildning inom medicin som målsättning. Utbildningen i klinisk tandvård skall utgå från en bred kompetens. Utbildningen för specialområdena föreslås bli ordnad i utbildningsprogram. På grund av praktiska utbildningsarrangemang kan ett brett utbildningsprogram för klinisk tandvård ordnas enligt olika insatsområden, som till antalet i den omlagda utbildningen föreslås vara fem i stället för nuvarande sex. Arbetsgruppen föreslår också att den nuvarande utbildningen för administrativ kompetens läggs ner och i stället utvecklas en multiprofessionell ledarutbildning så som föreslås i det nationella hälsoprojektet.</p> <p>Arbetsgruppen föreslår att de specialområden som bestäms i examensförordningen är: tandreglering, klinisk tandvård, oral och maxillofacial kirurgi och hälsovård. Insatsområden i den kliniska tandvården föreslås inte bli intagna i examensförordningen. I förordningen betonas handledning av dem som deltar i utbildningen och deltagarnas aktiva deltagande i utvärderingen av utbildningsordningen och de egna framstegen. Arbetsgruppen lägger också fram ett förslag om revidering av anvisningarna för riksomfattande förhör.</p> <p>Arbetsgruppen konstaterade att den nuvarande utbildningen av specialisttandläkare inte förmår svara mot det kvantitativa behovet i hälsovårdssystemet. Utbildningen bör utökas på alla specialområden, i synnerhet inom den kliniska tandvården. Sammanlagt bör antalet utbildningsplatser i specialisttandläkarutbildningen ökas med minst 35 specialiseringstjänster. Genom ökad utbildningskvantitet och decentraliserad utbildning är det också möjligt att utveckla arbetsfördelningen mellan bashälsovården och specialsjukvården samt jämna ut dagens stora regionala skillnader i serviceutbudet. När utbildningen i högre grad decentraliseras utanför universitetssjukhusen bör det sörjas för att hälsovårdssystemet har tillgång till utbildare och handledare i tillräcklig utsträckning.</p> <p>Även i grundutbildningen av tandläkare bör det sörjas för att de studerande får tillräckliga kliniska färdigheter. Särskild vikt bör läggas vid antalet utexaminerade från grundutbildningen och enligt arbetsgruppens mening bör även antalet nybörjarplatser i grundutbildningen ökas när specialistutbildningen utökas.</p>			
Nyckelord specialisttandläkarutbildning, utvecklingsbehov, specialområden, insatsområden, examensförordning, anvisningar för riksomfattande förhör, utbildningsvolym			
Övriga uppgifter			
Seriens namn och nummer Promemorior av undervisningsministeriets arbetsgrupper 17:2002		ISSN 0359-761X	ISBN 952-442-142-9
Sidoantal 40 + bilagor	Språk Finska	Pris	Sekretessgrad Offentlig
Distribution Universitetstrycket		Förlag Undervisningsministeriet	

**DESCRIPTION**

Publisher Ministry of Education		Date of publication 14 May 2002	
Authors (If a committee: name, chair, secretary) Dental specialisation committee Chair: Marja-Liisa Niemi Secretaries: Jaakko Tiekso, Tarja Kurki		Type of publication Committee report Contracted by Ministry of Education Committee appointed on 6 April 2001	
		Dno 39/043/2000	
Name of publication Report of the Dental specialisation committee			
Parts			
Abstract			
<p>The committee was appointed to look into development needs in dental specialisation and the need to revise the Decree on Specialist Degrees in Dentistry and the instructions for the national examination. Another task was to assess the sufficiency of specialist dental training. In its work, the committee was also to take account of the division of labour between initial and specialist education and the integration of clinical training.</p> <p>The committee could build its deliberation on the work of the dental clinic committee '96 and that of the local taskforces and national coordination group preparing the integration of dentistry into the health services system. In order to get a wider picture of the development needs, the committee sent a questionnaire to all health care centres and health care districts concerning the situation in jobs relating to oral health care and the quantitative and qualitative development needs in services and training. The committee also heard experts from the health services system, training units, the Finnish Dental Association, the National Research and Development Centre for Welfare and Health, and the oral health care development project of the Ministry of Social Affairs and Health. The committee also heard representatives of dentists in specialisation training. The national project for safeguarding the future of health care submitted its report just as the committee was finalising its work, and the committee decided to take those recommendations and the Government Resolution based on them into account in its final report.</p> <p>The proposals of the committee are based on the needs of patients and the health services system. The committee proposes that dental specialisation continue to be provided within four specialities: orthodontics, clinical dentistry, oral and maxillofacial surgery, and public health. As regards educational contents, the committee noted that there were no major development needs. Training in oral and maxillofacial surgery, which was reformed in January 1999, is provided jointly with medical training, and therefore has to be developed together with it. In the public health specialisation, the aim must similarly be to develop it jointly with medical training. In clinical dentistry, the aim must be to provide broadly based competencies. It is proposed that the training in the dental specialisations be organised as degree programmes. For practical reasons, the extensive degree programme in clinical dentistry is organised into priority areas, and the committee proposes five such areas instead the present six. The committee proposes that the present specialisation in administration be discontinued and replaced by multiprofessional management training to be developed along the lines proposed in the national health project.</p> <p>The committee proposes that the following specialities be enacted in the decree: orthodontics, clinical dentistry, oral and maxillofacial surgery, and public health. The priority areas in clinical dentistry are to be determined in another context. The decree should stress the guidance of the trainees and their active participation in assessment relating to training arrangements and their own progress. The committee proposes that the instructions for the national examination be revised.</p> <p>According to the committee, the present dental specialisation training cannot respond to the quantitative needs in the health services system. Training must be increased in all specialities, especially in clinical dentistry. Overall, dental specialisation posts should be increased at least by 35. The increase in training and its decentralisation will also promote the division of labour between basic and specialist health care, as well as even out the great regional differences currently existing in health services supply. As the training is decentralised outside the university hospitals, care must be taken to ensure that there are a sufficient number of training and guidance personnel in the health care system.</p> <p>In initial dental training, care must be taken to ensure that students get sufficient clinical training. Special attention should be paid to the graduation rates in initial dental training, and the committee sees that intakes must also be increased in initial dental training as the specialisation training is increased.</p>			
Other information			
Name and number of series Ministry of Education committee reports 17:2002		ISSN 0359-761X	ISBN 952-442-142-9
Number of pages 40 + appendices	Language Finnish	Price	Degree of confidentiality Public
Distributed by Helsinki University Press		Published by Ministry of Education	

1. Työryhmän tausta.....	3
1.1. Hammasklinikkatyöryhmä –96.....	3
1.2. Hammaslääketieteen klinisen koulutuksen terveystalvelujärjestelmään integrointia koordinoiva seurantaryhmä.....	4
1.3. Suun terveydenhuollon kehittämisprojekti 1998-2000.....	5
1.4. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakoititoimikunta.....	5
1.5. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi.....	6
1.6. STM:n kysely lääkäreiden ja hammaslääkäreiden virkatilanteesta lokakuussa 2001.....	6
2. Koulutuksen nykytila.....	6
2.1. Asetus erikoishammaslääkärin tutkinnosta.....	7
2.2. Euroopan Unionin erikoishammaslääkärikoulutusta koskevat säädökset.....	7
2.3. Hammaslääketieteen tutkintojen määrä.....	9
2.4. Helsingin yliopisto.....	10
2.5. Oulun yliopisto.....	11
2.6. Turun yliopisto.....	12
2.7. Hammaslääketieteen erikoisalut.....	14
2.7.1. Hampaiston oikomishoito.....	15
2.7.2. Suu- ja leukakirurgia.....	15
2.7.3. Kliininen hammashoito.....	16
2.7.4. Terveydenhuolto.....	18
2.8. Hammaslääkäreiden hallinnon pätevyteen johtavan koulutuksen kehittämistarve.....	18
2.8.1. Nykyinen koulutus.....	18
2.8.2. Johtamiskoulutuksen kehittämishaasteet ja ehdotukset.....	19
2.9. Erikoishammaslääkärikuulustelu.....	20
2.10. Erikoishammaslääkärikoulutuksen opettajatilanne.....	21
2.11. Hammaslääkärikoulutuksen nykytilanne Suomessa Euroopan Unionin jäsenmaihin verrattuna.....	22
3. Suun terveydenhuollon organisointi ja henkilöstö Suomessa.....	25
3.1. Suun terveydenhuoltoon liittyvä lainsäädäntö.....	25
3.1.1. Kansanterveyslain ja sairausvakuutuslain uudistus.....	25
3.1.2. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut.....	26
3.2. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjako.....	26
3.2.1. Perusterveydenhuolto.....	26
3.2.2. Erikoissairaanhoido.....	27
3.3. Hammaslääkärit ja erikoishammaslääkärit Suomessa.....	27
4. Kehittämistarpeet.....	30
4.1. Kysely sairaanhoitopiireille ja terveyskeskuksille elokuussa 2001: määrälliset kehittämistarpeet.....	30
4.2. Kysely sairaanhoitopiireille ja terveyskeskuksille elokuussa 2001: sisällölliset kehittämistarpeet.....	33
4.3. Suun terveydenhuollon työnjaon ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sisällöllinen kehittäminen.....	33
4.4. Muiden työryhmien ja hankkeiden ehdotukset.....	34
5. Työryhmän ehdotukset.....	35
5.1. Koulutuksen uudistaminen.....	35
5.2. Tutkintoasetuksen uudistaminen.....	36
5.3. Kliinisen hammashoidon painotusalat.....	36
5.4. Erikoishammaslääkärikuulustelun uudistaminen.....	37
5.5. Moniammatillinen johtamiskoulutus.....	38
5.6. Erikoishammaslääkärien koulutusmäärä.....	38

5.7. Koulutuksen järjestelyt .....	39
5.8. Muut ehdotukset.....	39
6. Ehdotusten taloudelliset vaikutukset.....	39
Liitteet .....	40

## 1. Työryhmän tausta

Hammaslääketieteen koulutuksen kehittämistarpeita on arvioitu viime vuosina useassa yhteydessä. Hammasklinikkatyöryhmä -96 laati suhteellisen laajan selvityksen koulutuksen kehittämistarpeista lyhyen ja pidemmän aikavälin näkökulmasta. Työryhmä esitti, että peruskoulutuksen suorittaneiden kliinisiä valmiuksia tulee parantaa ja erikoishammaslääkärikoulutuksen uudistamistarpeet tulee arvioida kokonaisuutena sen jälkeen, kun perus- ja erikoistumiskoulutuksen kliinisen opetuksen integraatio terveystalvvelujärjestelmään on toteutettu. Koulutuksen kehittämistarpeiden arviointiin katsottiin kuuluvaksi myös kysymys tutkintoasetuksen uudistamistarpeista. Koulutuksen kehittämistarpeiden lisäksi työryhmä painotti myös hammaslääkäritarpeen uudelleen arviointia niin, että suun terveydenhuollon henkilöstön kokonaisuus ja työnjaon kehittäminen otetaan huomioon.

Hammaslääketieteen kliinisen koulutuksen integraatio on ollut merkittävä ja laaja uudistus niin koulutuksen kuin suun terveydenhuollon palvelujärjestelmän toiminnan kehittämisen kannalta.

Suun terveydenhuollon kehittämisprojekti on puolestaan arvioinut laajemmin suun terveydenhuollon tulevia tarpeita ja kehitysnäkymiä.

Hammaslääkäreiden määrälliseen tarpeeseen on kiinnitetty huomiota useissa eri yhteyksissä, mm. sosiaali- ja terveysministeriön sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ennakoititoini-kunta sekä kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Ikääntymisen myötä eläkkeelle poistuma kasvaa hammaslääkäreiden ja erikoishammaslääkäreiden osalta tuntuvasti seuraavan vuosikymmenen kuluessa. Vuonna 2001 voimaan tullut hammashuollon lainsäädännön uudistus, jonka perusteella koko väestö tulee julkisesti tuetun hammashoidon piiriin, lisää palveluiden tarvetta. Kehittämistarpeisiin vaikuttavat myös monet yleisemmät muutokset, esim. pyrkimys joustavampiin ja lyhyempiin työaika ratkaisuihin ja varhaiseläkemahdollisuuksien käyttö aiempaa laajemmin.

### *1.1. Hammasklinikkatyöryhmä -96*

Opetusministeriö asetti 9.4.1996 työryhmän selvittämään hammaslääketieteen koulutuksen kehittämistarpeita. Hammasklinikkatyöryhmä -96 luovutti ehdotuksensa opetusministeriölle 9.6.1997 (opetusministeriön työryhmien muistioita 10:1997). Koulutuksen kehittämistä koskien työryhmä ehdotti, että:

1. Lyhyen aikavälin kehittämistehtäviä ovat kliinisen koulutuksen terveystalvvelujärjestelmään integroinnin ohella valmistuvien hammaslääkäreiden kliinisten valmiuksien parantaminen.
2. Pidemmän aikavälin tehtävänä on uudistaa koulutuksen tavoitteita ja sisältöjä suun terveydenhuollon muuttuvien palvelutarpeiden pohjalta. Koulutuksen laajemman kehittämisen perustaksi työryhmä ehdotti, että sosiaali- ja terveysministeriö asettaisi työryhmän selvittämään suun terveydenhuollon henkilöstön tarpeessa, rakenteessa ja työtehtävissä tapahtuvia muutoksia sekä niiden vaikutuksia koulutukseen.
3. Erikoishammaslääkärikoulutuksen suukirurgian neljän vuoden koulutusohjelma lopetetaan ja perustetaan suu- ja leukakirurgian koulutusohjelma, jonka pituus on 6 vuotta ja joka toteutetaan yhteisenä suu- ja leukakirurgian erikoislääkärikoulutuksen kanssa. Terveydenhuollon

erikoishammaslääkärikoulutusta kehitetään ja toteutetaan yhteisenä lääkäreiden terveydenhuollon erikoistumiskoulutuksen kanssa.

Työryhmä esitti, että hammaslääketieteen koulutus tulee järjestää hallinnollisesti ja toiminnallisesti lääketieteen koulutuksen järjestelyjä vastaavalla tavalla. Hammaslääketieteen perus- ja erikoistumiskoulutuksen kliininen opetus tulee ehdotuksen mukaan antaa terveystalvujärjestelmän yhteydessä, ja siitä terveystalvujärjestelmälle aiheutuvat kustannukset tulee korvata erityisvaltionosuuslainsäädännön kautta vastaavalla tavalla kuin lääketieteen koulutuksen osalta tapahtuu.

Integraatiojärjestelyjen osalta työryhmä esitti, että kliinisen koulutuksen ja sitä palvelevien tukitoimintojen henkilöstövoimavarat, tarpeelliset tilat, laitteet ja välineistö siirretään terveystalvujärjestelmään siten kuin paikallisesti sovitaan. Myös apulaisosastonhammaslääkäreiden koulutusvirat ehdotettiin siirrettäväksi terveystalvujärjestelmään terveydenhuollon erikoisalan koulutusvirkoja lukuun ottamatta.

Työryhmän ehdotukset on toteutettu hammaslääketieteen kliinisen koulutuksen integroinnin osalta (opetusministeriön työryhmien muistioita 9:2000) sekä suu- ja leukakirurgian erikoisalan uudistamisen osalta (asetus erikoishammaslääkäriin tutkinnosta annetun asetuksen 4 ja 5 §:n muuttamisesta, 1196/1998). Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriössä on valmistunut kolmivuotinen (1998-2000) suun terveydenhuollon valtakunnallinen kehittämisprojekti, jonka työn pohjalta voidaan arvioida henkilöstön tarvetta, työnjakoa ja sisällöllisiä kehittämistarpeita.

## ***1.2. Hammaslääketieteen kliinisen koulutuksen terveystalvujärjestelmään integrointia koordinoiva seurantaryhmä***

Seurantaryhmä päätti integroinnille asetettavista periaatteista ja laati vuosia 1998 - 2000 koskevan valmistelusuunnitelman (opetusministeriön työryhmien muistioita 9:2000). Peruslähdekohta oli, että yliopistot vastaavat hammaslääketieteen perus- ja erikoistumiskoulutuksesta kokonaisuudessaan integraation jälkeenkin. Integraatio ehdotettiin toteutettavaksi hallinnollisesti ja toiminnallisesti lääkärikoulutuksen mukaisesti ja kustannukset terveystalvujärjestelmälle korvattavaksi erityisvaltionosuusjärjestelmän kautta. Tätä varten opetushallinnosta siirrettiin kliinisen opetuksen kustannuksia vastaava määräraha sosiaali- ja terveyshallintoon. Kliinisen koulutuksen henkilöstö, tilat, laitteet ja välineistö siirtyivät ehdotuksen mukaan terveystalvujärjestelmään niin, että kliininen opetus on annettu terveystalvujärjestelmässä 1.1.2000 alkaen.

Koulutuksen toteutusmallit poikkeavat eri yliopistoissa jonkin verran toisistaan, mutta yleisperiaatteena on, että peruskoulutuksen kliininen opetus tapahtuu pääsääntöisesti terveyskeskusten toiminnan osana ja erikoishammaslääkärikoulutuksen kliininen opetus sekä terveyskeskusten että yliopistollisten sairaaloiden ja muiden sairaaloiden toiminnan osana. Oulun yliopiston mallissa painottuu joustavan palveluketjun toiminta. Turun yliopistossa, jossa annetaan ainoastaan erikoishammaslääkärikoulutusta, kliininen opetus on hajautettu laajimmin.

Kliinisen koulutuksen toteutusta varten runsaat 150 henkilöä aloitti työnsä terveystalvujärjestelmän palveluksessa vuoden 2000 alusta. Lisäksi yliopiston kliinisiä opettajia varten terveystalvujärjestelmään perustettiin sivu- ja osa-aikaisia virkoja, joiden määrä vaihtelee paikkakunnittain. Tämän lisäksi kliinistä opetusta antavat myös terveyskeskusten ja sairaaloiden

suun terveydenhuollon yksiköissä jo ennen integraatiota työssä olleet hammaslääkärit ja erikoishammaslääkärit. Erikoistuvien hammaslääkäreiden koulutusvirat ovat terveystalvelujärjestelmän virkoja ja erikoistuvat hammaslääkärit ovat terveystalvelujärjestelmän palveluksessa. Tilat, laitteet ja muu kliinisen koulutuksen tarvitsema aineisto on sopimusten mukaisessa laajuudessa terveystalvelujärjestelmän käytössä. Kustannusten korvaamiseksi vuoden 2000 talousarviossa siirrettiin 26,8 mmk opetushallinnon momentilta sosiaali- ja terveyshallinnon momentille.

Henkilöstön eläke-etuudet turvaava lainsäädäntö (988/1999) valmisteltiin siten, että se tuli voimaan 1.12.1999. Kliinisen koulutuksen terveystalvelujärjestelmälle aiheuttamien kustannusten korvaaminen sisällytettiin sosiaali- ja terveysministeriön toimesta valmisteltuun erityisvaltionosuuslainsäädäntöön erikoissairaanhoidon muuttamisesta annetun lain (1115/1999) ja kansanterveystalvelun 40 §:n muuttamisesta annetun lain (1116/1999) myötä. Nämä lait tulivat voimaan 1.1.2000. Sosiaali- ja terveysministeriö valmisteli korvausten määräytymisperusteita koskevan päätöksen (119/2000) vuoden 2000 alkupuolella.

Integraation hyödyistä ollaan varsin yksimielisiä: opiskelijat saavat terveystalvelujärjestelmän potilaiden tarpeita vastaavaa kliinistä opetusta, koulutuksen ja talvelujärjestelmän kustannukset voidaan kohdentaa tehokkaammin, terveystalvelujärjestelmän suun terveydenhuollon talveluiden ketjutus kehittyy ja yliopistojen ja terveystalvelujärjestelmän tiivis yhteistyö antaa hyvän perustan kehittää tutkimusta, opetusta ja työkäytäntöjä.

### ***1.3. Suun terveydenhuollon kehittämishankkeet 1998-2000***

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 1997 (196/041/97) kehittämishankkeen, joka toteutettiin yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, STAKES:n, kymmenen kunnan ja ohjaus- ja seurantaryhmän kanssa 1.1.1998-31.12.2000. Hankkeen tarkoituksena oli selvittää, voidaanko käytettävissä olevat voimavarat suunnata kattavammin vastaamaan suun ja hampaiden terveydenhuollon tarpeita sekä kehittää hammashuollon kustannusvaikuttavuutta ja tiivistää yhteistyötä muun terveydenhuollon kanssa. Hankkeesta annettiin loppuraportti toukokuussa 2001 (sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2001:13).

Kehittämishankkeen loppuraportissa kiinnitettiin erityisesti huomiota hammashoidon perus-, erikois- ja erityistason työnjaon selkiytymättömyyteen. Erikoishoidon talveluiden määrän todettiin olevan julkisella sektorilla vähäistä ja lisäksi alueellisten erojen todettiin olevan suuria. Toimenpideehdotuksissa otettiin kantaa suun terveydenhuollon henkilöstörakenteeseen, väestövastuuseen ja näyttöön perustuvaan hoitoon. Hammashuollon kehittämistarpeiksi tunnistettiin väestön hammashuollon tasavertaisuuden toteutuminen ja asiakasmaksujen yhtenäistäminen muiden terveydenhuollon talvelumaksujen kanssa.

### ***1.4. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakoititöimikunta***

Toukokuun loppuun 2001 työskennellyt sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakoititöimikunta antoi muistiossaan (Komiteamietintö 2001:7) arvion julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeesta. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden työvoima- ja koulutustarvetta arvioitiin aikaisempien selvitysten pohjalta. Toimikunta totesi, että hammaslääkäritöivoi-



man saatavuus oli hyvä, mutta vuosina 2001-2002 toteutettava hammashuollon kokonaisuudistus saattaa vaikuttaa hammaslääkärien ja suun terveydenhuollon muun työvoiman tarpeeseen. Hammaslääkäreiden osalta tulisi tehdä selvitys vuoteen 2003 mennessä.

### ***1.5. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi***

Kansallisen terveystieteiden johtoryhmä antoi raporttinsa 9.4.2002. Raportissa ei oteta kantaa hammaslääkäreiden ja erikoishammaslääkäreiden koulutusmääriin, mutta todetaan, että tilanne on selvittettävä vuoden 2003 aikana.

Projektin esitysten pohjalta valtioneuvosto teki 11.4.2002 periaatepäätöksen, johon liittyy useita koulutusta koskevia kohtia. Hammaslääkärikoulutukseen tulee jatkossa sisällyttää perustutkinnon jälkeen vähintään 9 kuukauden jakso terveystieteiden keskuksessa. Hammaslääkäri-erikoistutkinnon jälkeen vähintään puolet suorittaa muualla kuin yliopistosairaaloissa. Valtioneuvoston päätöksen mukaan terveydenhuollon johtamista kehitetään järjestämällä moniammatillinen terveydenhuollon johtamiskoulutusohjelma lääketieteen ja terveystieteiden opetusta antaviin yliopistoihin viimeistään vuonna 2005.

Valtioneuvoston periaatepäätökseen sisältyy päätös, jonka perusteella siirretään vuosina 2003 - 2005 vuosittain 8 miljoonaa euroa erikoissairaanhoidon lain 47 ja 47 b §:n mukaiseen tutkimustoimintaan tarkoitettua valtion korvauksesta lääkäri- ja hammaslääkärikoulutukseen tarkoitettuun valtion korvaukseen. Nykyiseen käytäntöön palataan vuonna 2006.

### ***1.6. STM:n kysely lääkäreiden ja hammaslääkäreiden virkatilanteesta lokakuussa 2001***

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön ammattihenkilöiden neuvottelukunnan lääkäri- ja hammaslääkärintoimen jaos on tehnyt sairaaloille ja terveystieteiden keskuksille kyselyn lääkäreiden ja hammaslääkäreiden virkatilanteesta 16.10.2001. Selvityksessä todetaan, että avoimien hammaslääkäri- ja hammaslääkäri-erikoistutkinnon määrä on jonkin verran lisääntynyt vuodesta 1999, mutta virkojen täyttöaste on kokonaisuutena hyvä.

## **2. Koulutuksen nykytila**

Hammaslääkärikoulutus tapahtui vuoteen 2000 saakka yliopistojen hammasklinikoissa, suurimaksi osaksi julkisen terveydenhuollon ulkopuolella. Hammaslääkärikoulutuksen integraation yhteydessä hammaslääkäreiden kliininen koulutus siirtyi julkisen terveydenhuollon yhteydessä annettavaksi. Myös erikoishammaslääkärikoulutuksen koulutusvirat siirtyivät terveystieteiden palvelujärjestelmän viroiksi, minkä lisäksi sairaaloihin ja terveystieteiden keskuksiin on perustettu uusia virkoja. Poikkeuksena on terveydenhuollon erikoishammaslääkärikoulutus, joka edelleen tapahtuu yliopistoviroissa. Peruseriaattena hammaslääkärikoulutuksen integraatiossa pidettiin sitä, että koulutus saatetaan vastaamaan lääkärikoulutuksen järjestelyjä. Myös kliinisen koulutuksen rahoitus toteutetaan integraation jälkeen lääkärikoulutuksen tapaan erityisvaltionosuusjärjestelmän kautta.

Hammaslääketieteen lisensiaatin tutkinnon voi suorittaa Helsingin ja Oulun yliopistoissa. Erikoishammaslääkäritutkinnon voi suorittaa lisäksi Turun yliopistossa. Integraation yhteydessä sovittiin, että koulutusjärjestelyt voivat vaihdella paikallisesti, ja toteutuneet ratkaisut ovat olleetkin erilaisia.

## ***2.1. Asetus erikoishammaslääkärin tutkinnosta***

Voimassa oleva asetus erikoishammaslääkärin tutkinnosta on annettu 1984 (24.8.1984/629). Asetusta on muutettu kolme kertaa: 22.12.1993/1437, 4.11.1994/962 ja 30.12.1998/1996.

Erikoishammaslääkäritutkinnon voi Suomessa suorittaa Helsingin, Oulun ja Turun yliopistoissa. Erikoishammaslääkärin tutkintoon johtavia koulutusohjelmia on neljä: hampaiston oikomishoito, kliininen hammashoito, suu- ja leukakirurgia (vuodesta 1999 alkaen) ja terveydenhuolto. Erikoishammaslääkärin koulutus kestää asetuksen mukaisesti suu- ja leukakirurgian koulutusohjelmassa kuusi vuotta ja muissa koulutusohjelmissa kolme vuotta. Koulutus kostuu teoreettisesta opetuksesta, käytännön palvelusta ja erikoisalakohtaisesta päättökuulustelusta. Näiden osalta asetuksessa on varsin yksityiskohtaisia säädöksiä. Uuden yliopistolain voimaantulon jälkeen näin yksityiskohtaiseen säätämiseen ei ole nykyisellään perusteita.

Asetuksen uudistamistarpeista osa on säädösteknisiä muutostarpeita, mutta merkittävämpi asetuksen uudelleen tarkastelun lähtökohta on koulutuksen kehittäminen ja sen arviointi, ovatko asetuksessa nykyisin säädetyt erikoistumiskoulutukset väestön muuttuvien terveystarpeiden ja uudistuvan suun terveydenhuollon palvelujärjestelmän kannalta tarkoituksenmukaisia ja riittäviä.

Koulutukseen päästäkseen on hammaslääkärin työskenneltävä päätoimisesti kliinisissä tehtävissä vähintään kaksi vuotta. Suu- ja leukakirurgian uuteen koulutusohjelmaan voi päästä lääketieteen koulutuksen pohjalta suoraan perustutkinnon jälkeen, mutta myös tähän koulutukseen on hammaslääketieteen puolelta tuleville vaatimuksena kahden vuoden edeltävä kliininen työskentely. Kun koulutusta on kehitetty rinnan lääketieteen koulutuksen kanssa, on koulutukseen pääsyyllä asetettavia vaatimuksia jo mm. tästä syystä tarpeen arvioida. Lisäksi on arvioitava laajemmin, onko kahden vuoden kliininen palvelu laajuudeltaan riittävä ja tulisiko osan siitä olla pakollista perusterveydenhuollossa tapahtuvaa palvelua.

Koulutuksen kehittäminen yhteistyössä lääketieteen koulutuksen kanssa, samoin kuin yhteistyö erikoislääkärikoulutuksen tutkintoasetuksessa tarkoitettujen valtakunnallisten ja alueellisten yhteistyötahojen kanssa on tarpeen ottaa huomioon asetusta uudistettaessa.

## ***2.2. Euroopan Unionin erikoishammaslääkärikoulutusta koskevat säädökset***

Henkilöiden vapaan liikkuvuuden ja palveluiden tarjoamisoikeuden perustaksi on terveydenhuollon alueella pidetty tarpeellisena säätää tutkintojen vähimmäisvaatimuksista ja tutkintojen tunnustamisen periaatteista. Hammaslääkäri- ja lääkärikoulutus sekä sairaanhoitajien, kättilöiden ja proviisoreiden koulutus ovat terveydenhuollon aloja, joilla on erilliset tutkintojen tunnustamista ja liikkuvuutta koskevat direktiivit. Direktiiveissä on määritelty myös koulutuksen vähim-

mäisvaatimukset. Muiden terveydenhuollon alojen tutkintojen tunnustaminen tapahtuu ns. yleisen järjestelmän perusteella.

Hammaslääkäreiden osalta koulutuksen vähimmäisvaatimukset on määritelty neuvoston direktiivillä 78/687/ETY. Direktiivi koskee sekä peruskoulutusta että erikoistumiskoulutusta.

Peruskoulutuksen osalta direktiivi säätelee koulutuksen tavoitteita, sisältöjä, koulutukseen ottamista, koulutuksen pituutta ja järjestelyjä (artikla 1). Varsinaisen artiklan lisäksi direktiivissä on liite, jossa on lueteltu oppiaineet, joiden tulee sisältyä hammaslääkärin peruskoulutukseen.

Erikoistumiskoulutuksen säännökset sisältyvät mainitun direktiivin 2. ja 3. artiklaan. Neuvoston direktiivin 78/686/ETY perusteella erikoistumiskoulutuksina tunnustetaan automaattisesti jäsenmaan kansalaisten jossakin jäsenmaassa suoritettu tutkinto suukirurgiassa (artikla 5., kohta 1) ja oikomishoidossa (artikla 5., kohta 2). Lisäksi direktiivissä on keskeiset säännökset saavutettujen oikeuksien soveltamisesta ja tutkintonimikkeen käytöstä.

Suomen koulutus täyttää direktiivin vähimmäisvaatimukset ja on hyväksytty muutoksitta aluksi ETA-sopimuksen osana ja sittemmin Suomen liittymissopimuksen yhteydessä.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2001/EY, joka tulee voimaan 1.1.2003 (ns. SLIM-direktiivi), tuo tutkinnon tunnustamiseen joitakin uusia elementtejä. Jos koulutus ei vastaa direktiivissä asetettuja vaatimuksia, on vastaanottavan maan viranomaisten voimaan tulevan direktiivin mukaisesti tutkittava varsinaisen koulutuksen ohella se, millaista työkokemusta ja muuta koulutusta hakijalla on ja millä tavalla se korvaa sen ammatin edellyttämää koulutusta, johon hakija on vastaanottavassa maassa pyrkimässä. Lisäksi direktiivi sisältää eräitä teknisiä muutoksia.

Direktiivien toimeenpanoa koskevissa kysymyksissä komissiota on vuoteen 2000 saakka avustanut hammaslääkärikoulutuksen neuvoa-antava komitea. Jotta koulutuksen vähimmäisvaatimusten täyttyminen varmistuisi ja jotta jäsenmaiden kansalaiset saisivat mahdollisimman korkeatasoista hoitoa, neuvoa-antava komitea on valmistellut sekä peruskoulutusta, erikoistumiskoulutusta että täydennyskoulutusta koskevia suosituksia. Neuvoa-antava komitea on myös tehnyt suosituksen käytännön palvelusta.

Peruskoulutusta koskevissa suosituksissaan (asiakirja XV/E/8316/3/93 –FI sekä VX/E/8011/3/97 –FI) komitea on esittänyt näkemyksensä siitä, millaiset valmiudet valmistuneella hammaslääkärillä tulisi olla koulutuksen päättymisen jälkeen sekä millaiset kliiniset taidot hammaslääkärin peruskoulutuksen tulisi antaa. Suosituksissa on tehty ehdotuksia myös taitojen arvioinnissa käytettävistä menetelmistä.

Erikoistumiskoulutuksesta neuvoa-antava komitea on laatinut suosituksen suukirurgiasta ja oikomishoidosta (asiakirja XV/E/8385/95-EN Orig.). Suosituksessa on pyritty määrittelemään erikoistuneen henkilön edellytykset. Lisäksi on laadittu suositus siitä, millaisia kliinisiä taitoja erikoistuneella hammaslääkärillä tulee olla potilaan tutkimisessa, diagnoosin teossa ja ennusteen arvioinnissa, hoidon suunnittelussa ja hoidon antamisessa sekä hoitotuloksen arvioinnissa. Oikomishoidon suosituksia pidettiin Suomen näkökulmasta hyväksyttävänä, vaikkakin yleisinä. Suukirurgiaa koskevaa suositusta pidettiin suomalaisen koulutukseen nähden vaatimustasoltaan liian alhaisena. Suositukset eivät ole sitovia, joten jäsenmaat voivat soveltaa niitä tai olla soveltamatta.

### 2.3. Hammaslääketieteen tutkintojen määrä

Taulukko 1. Hammaslääketieteellisten tutkintojen määrä Helsingin, Oulun ja Turun yliopistoissa vuosina 1997-2001 (KOTA-tiedosto).

	Yliopisto	Perustutkinnot	Tieteelliset jatkotutkinnot.	Ammatilliset jatkotutkinnot
<b>1997</b>	HY	39	6	4
	OY	29	2	10
	TY	27	5	8
	Yht.	95	13	22
<b>1998</b>	HY	25	9	10
	OY	16	2	3
	TY	24	6	4
	Yht.	65	17	17
<b>1999</b>	HY	35	1	12
	OY	28	6	3
	TY	3 *	2	5
	Yht.	66	9	20
<b>2000</b>	HY	28	9	7
	OY	33	5	10
	TY		2	10
	Yht.	61	16	27
<b>2001</b>	HY	22	5	7
	OY	17	1	6
	TY		8	1
	Yht.	39	14	14
<b>Yhteensä</b>		326	69	100

\* Turun yliopiston hammaslääketieteen perustutkintoon ei ole valtioneuvoston 18.6.1993 päätöksen jälkeen otettu uusia opiskelijoita.

Peruskoulutuksen tutkintotavoitteena on viime vuosina ollut yhteensä 60 tutkintoa vuodessa. Tavoite on pääosin saavutettu, vuonna 2001 valmistuneita oli kuitenkin huomattavasti vähemmän (39). Kaikkiaan peruskoulutuksessa on parhaillaan 368 opiskelijaa (Helsingissä 191, Oulussa 174, Turussa 3). Koulutuksen ongelmana on jossain määrin ollut myös siirtyminen yhteisen prekliinisen vaiheen jälkeen lääketieteen koulutukseen. Mm. tästä johtuen sisäänoton määrää on viime vuosina suurennettu. Koulutukseen on otettu kahtena viime vuonna yli 80 uutta opiskelijaa aikaisemman vajaan 70 sijasta. Hammaslääketieteen koulutuksen kilpailukyvyyn parantaminen suhteessa lääketieteen koulutukseen onkin haaste koulutusyksiköille. Myös alan houkuttelevuutta yliopistoon pyrkijöiden joukossa on tarpeen parantaa, jotta alalle hakeutuisi riittävän lahjakkaita opiskelijoita.

Taulukko 2. Hammaslääketieteen tutkinnot suhteessa professoreiden lukumäärään vuosittain Helsingin, Oulun ja Turun yliopistoissa vuosina 1997-2001. Luvut ovat viiden vuoden keskiarvoja KOTA-tiedostosta.

	Helsinki	Oulu	Turku	Yhteensä
Perustutkinnot	3,04	3,73	1,32*	2,65
Ammat. jatkotutkinnot	0,82	0,97	0,66	0,80
Tiet. jatkotutkinnot	0,61	0,48	0,56	0,56

\* Viimeiset koulutukseen sisäänotetut 1993.

Erikoishammaslääkäritutkintoja on viimeisten viiden vuoden aikana suoritettu keskimäärin 20 vuosittain. Vuosittainen vaihtelu on ollut suurta, koska opiskelijat on pyritty ottamaan koulutusohjelmiin suurempina ryhminä. Vuoden 2002 alun koulutusvirkojen määrän perusteella tutkintojen määrä on laskennallisesti lähivuosina vuosittain noin 10 kliinisessä hammashoidossa, noin 5-6 hampaiston oikomishoidossa, 3-4 suu- ja leukakirurgiassa ja noin 2 terveydenhuollossa. Todellisuudessa tutkintojen määrä lienee hieman suurempi, koska osa koulutettavista voi lukea myös aiempia opintoja hyväkseen. Yhteensä vuoden 2002 alussa oli erikoishammaslääkärikoulutuksessa 72 opiskelijaa.

*Taulukko 3. Erikoistumiskoulutuksessa olevien määrä huhtikuussa 2002.*

	HY	OY	TY	Yhteensä
Hampaiston oikomishoito	8	5	7	20
Suu- ja leukakirurgia	6	2	6	14
Suukirurgia	1	2		3
Terveydenhuolto	1	2	3	6
Kliininen hammashoito	11	9	9	29
- Kariologia	3	2		5
- Parodontologia	3	2	3	8
- Protetiikka ja purennan kuntoutus	3	4	5	12
- Suupatologia	1	1		2
- Hammaslääk. radiologia	1		1	2
<b>Yhteensä</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>72</b>

## **2.4. Helsingin yliopisto**

Helsingin yliopiston erikoishammaslääkärikoulutuksen integraatoratkaisu perustui aluksi voimakkaasti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin virkoihin. Koulutusta on aloituksen jälkeen hajautettu myös terveyskeskuksiin. Tavoitteena yksilöllisesti suunniteltavissa koulutusohjelmissä on, että koulutettavat työskentelisivät koulutuksensa aikana sekä sairaalassa että terveyskeskuksessa, erityisesti oikomishoidon ja kliinisen hammashoidon erikoisaloilla. Perusajatuksena on kahden vuoden sairaalatyöskentely ja vuoden terveyskeskustyöskentely.

Koulutuksessa painotetaan riittävän ja monipuolisen teoreettisen koulutuksen antamista. Integraation myötä potilaita koulutukseen on ollut riittävästi ja potilaiden hoidot varsin monipuolisia. Kuitenkin erityisesti oikomishoidon kohdalla on koettu ongelmaksi sairaalapotilaiden painottuminen aikuisväestöön ja siten ortognaattiseen kirurgiaan. Oikomishoidossa lasten ja nuorten osuus on ollut vähäinen. Tästä johtuen oikomishoidon koulutusta on pyritty laajentamaan terveyskeskuksiin, joissa tehdään vaativaa lasten ja nuorten erikoishammashoitoa. Hajauttamisen ongelmana pidetään kouluttajien puutetta ja erikoistujien virkakierron joustavaa järjestämistä. Suurimpana ongelmana Helsingissä on koettu koulutus-EVO:n täysimääräisen kohdentumisen puute, mikä on haitannut sekä perus- että erikoistumiskoulutuksen järjestelyjä.

Helsingissä erikoistumisvirkoja on perustettu Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan, Helsingin, Espoon, Lappeenrannan ja Mikkelin kaupunkien terveyskeskuksiin. Terveyskeskusvirroista kaksi on kliinisen hammashoidon virkaa ja 4 oikomishoidon virkaa.

*Taulukko 4. Helsingin yliopistossa suoritettavaa erikoishammaslääkäritutkintoa varten perustettua koulutusvirat (kevät 2002).*

	Kliininen hammashoito	Suu- ja leukakirurgia	Oikomishoito	Yhteensä
HYKS	8	7	4	19
Helsingin kaupunki	2		1	3
Espoon kaupunki			1	1
Lappeenrannan kaupunki			1	1
Mikkelin kaupunki			1	1
<b>Kliiniset erikoisalajat yhteensä</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>25</b>

Terveydenhuollon erikoishammaslääkäriin koulutusvirkoja Helsingissä on 1.

Keskeisiä kehittämistarpeita ovat:

- Koulutus-EVO:n täysimääräinen kohdentuminen hammaslääketieteen opetukseen turvattava.
- Työnjaon sopiminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken.
- Erikoistumiskoulutuksen kannalta sopivien potilaiden saaminen erityisesti oikomishoidon ja protetiikan aloilla.
- Erikoistujien määrän lisääminen siten, että tietotaitoa ja myös kouluttajia löytyisi vastaisuudessa avosektorilta enemmän.
- Teoriakoulutuksen määrän ja laadun turvaaminen.
- Yhteistyön kehittäminen Oulun ja Turun hammaslääketieteen laitosten kanssa.

## **2.5. Oulun yliopisto**

Oulun yliopiston erikoishammaslääkärikoulutuksen ratkaisu on perustunut tiiviiseen yhteistyöhön kaupungin terveystoimen, sairaanhoitopiirin ja yliopiston välillä. Koulutus tapahtuu Oulun yliopiston hammaslääketieteen laitoksella, jossa toimivat OYS:n hammas- ja suusairauksien klinikka ja yliopistollinen opetusterveyskeskus. Perusajatuksena on, että noin puolet koulutusajasta on terveystieteiden opetusta ja puolet sairaalatyöskentelyä. Oulussa kokonaan koulutuksensa saavat työskentelevät sekä kaupungin että sairaalan viroissa. Poikkeuksen tekee suu- ja leukakirurgian koulutus, joka tapahtuu kokonaisuudessaan sairaanhoitopiirin virassa. Koulutusta on yhteistyössä myös Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) kanssa. Terveydenhuollon erikoistumisvirat ovat edelleen yliopiston virkoja.

Potilaiden hoito tapahtuu ns. ristiinhoitoperiaatteella riippumatta siitä, kumman osapuolen virassa erikoistuva on tai kumman osapuolen sivuvirassa kouluttaja on. Kouluttajina toimivat yliopiston päätoimiset senioriopettajat, jotka sivuvirkajärjestelyin on sidottu terveystieteiden palvelujärjestelmään. Sivuvirkoja on sekä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä että Oulun kaupungilla. Samat opettajat ovat vastuussa sekä peruskoulutuksen että erikoistumiskoulutuksen kliinisestä opetuksessa, mikä näkyy ajoittain kouluttajien/ohjaajien puutteena. Senioriopettajien sitominen terveystieteiden palvelujärjestelmään on osittain lisännyt myös hoitotyön osuutta. Tämä näkyy tutkimukseen käytettävien resurssien pienenemisenä.

Avainkysymyksenä Oulun koulutusratkaisussa voidaan pitää kouluttajien määrää. Erikoishammaslääkärien määrä on Pohjois-Suomessa vähäinen, mikä vaikeuttaa koulutuksen hajauttamista laajemmalle terveystieteiden keskuksiin. Pohjois-Suomessa ei myöskään pienemmissä sairaanhoitopiireissä ole erikoishammaslääkäreitä Lapin sairaanhoitopiirin suukirurgian virkaa lukuunottamatta. Myös erikoistumiskoulutuksessa tarvittavien perusterveydenhuollon potilaiden rekrytointia tulee edelleen kehittää monipuolisen koulutuksen takaamiseksi. Oulun ympäristökuntien

kanssa ei ole vielä ollut käytössä maksusitoumusjärjestelyjä, joiden avulla myös ympäristökunnat olisivat voineet hyödyntää koulutettavien tarjoamia palveluita.

*Taulukko 5. Oulun yliopistossa suoritettavaa erikoishammaslääkäritutkintoa varten perustetut koulutusvirat (kevät 2002).*

	Kliininen hammashoito	Suu- ja leukakirurgia	Oikomis- hoito	Yhteensä
OYS	4	3	3	10
Oulun kaupunki	4		1	5
KYS	1	1	1	3
<b>Kliiniset erikoisalajat yhteensä</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>18</b>

Terveydenhuollon erikoishammaslääkäriin koulutusvirkoja Oulussa on 2.

Keskeisinä kehitystarpeina on esitetty seuraavia:

- Kouluttajien/ ohjaajien määrän lisääminen varsinkin, jos erikoistumiskoulutuksessa ja/tai peruskoulutuksessa olevien määrää lisätään.
- Senioriopettajien sivuvirkojen palkkaukset ja muut edut (lomaedut, koulutusedut jne.) saatava yhteneväisiksi.
- Hajauttaminen ongelmallista, koska alueellisesti ei ole erikoishammaslääkäreitä kuin muutamassa harvassa paikassa.
- Perusterveydenhuollon erikoishammaslääkäritasoista hoitoa tarvitsevien potilaiden rekrytointia tulisi kehittää kattamaan koko yliopistollisen sairaalan (OYS) erityisvastuualue eli koko Pohjois-Suomi.
- Koulutus-EVO:n kohdentumista parannettava.

## **2.6. Turun yliopisto**

Koulutusuudistuksen valmistelun pohjaksi valittiin Turussa alusta lähtien mahdollisimman laaja yhteistyömalli. Käytännössä tämä tarkoittaa koko Länsi-Suomen läänin alueen huomioimista erikoistumiskoulutuksessa. Tavoitteena Turun mallissa on kliinisen koulutuksen kehittämisen lisäksi korostaa erikoishammaslääkäripalvelujen nykyistä tasaisempaa jakautumista läänin alueella. Erikoiskoulutuksen kliinisen osan hajauttaminen laajalti terveydenhuollon yksiköihin tekee potilaiden jakaumasta monipuolisen. Toimiessaan useammassa kuin yhdessä yksikössä, erikoistujat näkevät erilaisia hoitoratkaisuja ja toimintamalleja. Kun erikoistumisvirkoja perustetaan kaikkiin läänin keskussairaaloihin ja suurimpiin terveyskeskuksiin, hoitopalvelut lisääntyvät siellä, missä niistä on nykyisin puute. Samalla koulutusvirkojen määrä kasvaa, mikä vaikuttaa suotuisasti erikoishammaslääkärien määrän kehittymiseen Suomessa.

Myös koulutukseen hakeutuminen helpottuu, kun osa koulutuksesta voidaan suorittaa lähellä kotipaikkakuntaa. Tämä puolestaan vähentää houkutus jättää valmistumisen jälkeen yliopistopaikkakuntien läheisyyteen, mikä aikaa myöden tulee korjaamaan erikoishammaslääkärien epätasaista jakautumista. Kiinteä vuorovaikutus yliopistosairaalan ulkopuoleisten terveydenhuoltoyksiköiden kanssa varmistaa uusimman tiedon kulun yliopistosta keskussairaaloihin ja terveyskeskuksiin, ja yliopistot saavat puolestaan välitöntä palautetta sairaaloista ja terveyskeskuksista koulutuksessa esiintyvistä puutteista.

Toinen tärkeä periaate Turussa toteutetussa koulutusmallissa on tehdä ero erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköissä toteutettavan hoidon välillä siten, että vältetään perusterveydenhoidon potilaiden siirtyminen koulutuksen tarpeiden vuoksi erikoissairaanhoidon piiriin. Erityisesti oikomishoidon ja kliinisen hammashoidon erikoisalojen piiriin kuuluvia hoitoja voidaan toteuttaa myös osana perusterveydenhuoltoa. Tästä syystä koulutusta ei ole siirretty yksinomaan keskussairaaloihin, vaan alusta alkaen myös alueen terveystakeskukset otettiin mukaan yhteistyöhön.

Hajautettu koulutusmalli antaa mahdollisuuden lisätä erikoistujien virkoja tulevina vuosina Länsi-Suomen läänin muihin keskussairaaloihin ja suurimpiin terveystakeskuksiin. Hammaslääketieteen kliinisten alojen erikoiskoulutusvirkojen määrä on noussut integraatiota edeltävästä 16 virasta 22 virkaan (Taulukko 6.). Erikoishammaslääkärinkoulutuksen mitoitusta ja suunnittelua varten lääketieteellinen tiedekunta teki toukokuussa 2001 yhdessä Länsi-Suomen lääninhallituksen ja STM:n terveyttä 2000-luvulle –projektin kanssa selvityksen erikoishammaslääkäritarpeesta läänin alueella (Suomen Hammaslääkärilehti 2001,418-423). Kyselyn perusteella voidaan arvioida, että koulutusvirkojen lukumäärää on tarve lisätä vielä nykyisestä.

Vastuu erikoiskoulutuksesta on yliopistolla. Yliopisto huolehtii teoreettisesta koulutuksesta, ja kliininen hoitopalvelu suoritetaan sairaaloissa ja terveystakeskuksissa. Hammaslääketieteen laitoksen opettajat vastaavat teoreettisesta opetuksesta sekä hammaslääketieteen laitoksella työskentelevien erikoistuvien hammaslääkärien kliinisen työn ohjauksesta. Lisäksi opettajat vierailevat tarpeen mukaan muissa koulutuksen yhteistyöyksiköissä. Teoriaopetus, mukaan lukien hoitosuunnitteluseminaarit, joihin kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä toimivat erikoistujat osallistuvat, toteutetaan hammaslääketieteen laitoksella. Lisäksi osa teoriaopetuksesta toteutetaan etäopetuksena, jolloin erikoistujien matkustamistarve koulutusaikana pienenee. Laitoksella on käynnistetty joulukuussa 2001 etäopetusjärjestelmän rakentaminen, joka hyödyttää samalla terveyspalvelujärjestelmää, koska järjestelmän avulla voidaan tehdä myös potilaskonsultaatioita.

*Taulukko 6. Turun yliopistossa suoritettavaa erikoishammaslääkäritutkintoa varten perustetut koulutusvirat (kevät 2002).*

	Kliininen hammashoito	Suu- ja leukakirurgia	Oikomis- hoito	Yhteensä
Turun yliopistollinen keskussairaala	5	3	2	10
Tampereen yliopistollinen sairaala	1	1	1	3
Satakunnan keskussairaala			1	1
Keski-Suomen keskussairaala	1**		1	2
Vaasan keskussairaala		1*		1
Turun terveystoimi	1		2	3
Salon seudun terveystakeskus	1			1
Forssan terveystakeskus	1			1
<b>Kliiniset erikoisalot yhteensä</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>22</b>

\*05/2002 alkaen

\*\*09/2002 alkaen

Turun yliopistossa on lisäksi kolme terveydenhuollon erikoistumisvirkaa. Yhteensä erikoistumisvirkoja on siis 25.

Turun koulutusyksiköiden esittämiä keskeisiä kehittämistarpeita ovat:

- Koulutusvirkojen lisääminen erikoishammaslääkäripulan pahenemisen estämiseksi.
- Hajautetun koulutuksen toimintojen kehittäminen edelleen.



- Etäopusteknologian kehittäminen ja hyödyntäminen muissa terveydenhuollon yksiköissä tapahtuvassa koulutuksessa ja potilaskonsultaatioissa.
- Yliopistojen välisen yhteistyön parantaminen erikoiskoulutuksessa.
- Yliopiston opettajien sivuvirkojen lisääminen terveystalvelujärjestelmässä kattamaan kaikki oppiaineet monipuolisen kliinisen ohjauksen turvaamiseksi.
- Hoitoketjujen edelleen kehittäminen turvaamaan erikoiskoulutuksen kannalta sopivien potilaiden saaminen.
- Koulutuksessa olevien matkakustannusten korvaamisperiaatteiden parantaminen.
- Yksilöllisen koulutussuunnitelman yksityiskohtainen suunnittelu heti koulutuksen alkuvaiheessa koulutettavien perhe-, työsuhde- ja asuntoasioiden hoitamisen helpottamiseksi.

## ***2.7. Hammaslääketieteen erikoisalalat***

Erikoishammaslääkäritutkinnon voi Suomessa suorittaa neljällä erikoisalalla: kliinisessä hammashoidossa, hampaiston oikomishoidossa, suu- ja leukakirurgiassa sekä terveydenhuollossa. Erikoisalalat perustuvat asetukseen erikoishammaslääkäriin tutkinnosta, joka on annettu 1984 (24.8.1984/629). Hammasklinikkatyöryhmän ehdotuksiin perustuen asetusta muutettiin 1998 (30.12.1998/1196) lakkauttamalla aiempi suukirurgian koulutusohjelma ja perustamalla uusi suu- ja leukakirurgian koulutusohjelma. Koulutus kestää suu- ja leukakirurgian koulutusohjelmassa 6 vuotta ja muissa koulutusohjelmissa 3 vuotta.

Sekä Suomessa että kansainvälisesti erikoisalalan lähtökohtana on pidetty sitä, että alalle on sekä selkeä ihmisten terveydentilasta lähtevä perustelu että terveystalvelujärjestelmän ilmaisema tarve. Hammaslääketieteen erikoisalaa voidaan pitää perusteltuna tilanteissa, joissa peruskoulutetun hammaslääkäriin tietojen ja taitojen ei voida katsoa riittävän ongelman menestykselliseen ratkaisemiseen. On selvää, että terveydelliset kriteerit ovat kansainvälisessä vertailussa paremmin yhteensopivia kuin terveystalvelujärjestelmän tarpeet. Terveystalvelujärjestelmän tarpeet ovat kansallisista ratkaisuista ja mm. maan koosta johtuen erilaisia.

Suomessa erikoisaloista hampaiston oikomishoito ja terveydenhuolto ovat saaneet vakiintuneet muodot. Näillä aloilla ja myös suu- ja leukakirurgiassa sisällöllisiä kehittämistarpeita pidetään vähäisinä. Kliinisen hammashoidon sisällä koulutus on tapahtunut painotusalueittain. Kliinisen hammashoidon erikoisalalan tilaa on pidetty selkiytymättömänä, ja erityisesti diagnostisten painotusalojen sisällyttämistä kliinisen hammashoidon spesialiteettiin on arvosteltu.

On useita hammaslääketieteen osa-alueita, joiden voidaan katsoa täyttävän nimenomaan terveydentilasta, erityispotilasryhmästä tai erityismenetelmistä johdetun perustelun erikoisalalan olemassaololle: esimerkiksi radiologia, pediatrinen hammashoito, protetiikka. Kaikilla aloilla ei ole kuitenkaan kovin suurta tarvetta Suomen kokoisen maan terveystalvelujärjestelmässä. Erityisosaajia tarvitaan kuitenkin suppeillakin osa-alueilla koulutuksen tarpeista lähtien ja esimerkiksi yliopistosairaaloitten yhteyteen. Sekä terveystalvelujärjestelmälle tehdyn kyselyn perusteella että terveystalvelujärjestelmän asiantuntijakuulemisten perusteella tarve suppeille erikoisaloille Suomessa on vähäinen.

On esitetty myös, että kliinisen hammashoidon erikoisala poistettaisiin kokonaan, jolloin jäljelle jäisi EU:n tapaan vain oikomishoidon ja suu- ja leukakirurgian erikoisalalat. Tässä vaihtoehdossa tarpeellinen erityisosaaminen tulisi varmistaa muilla tavoilla kuin erikoishammaslääkärikoulutuksella.

### 2.7.1. Hampaiston oikomishoito

Oikomishoidon erikoiskoulutuksella on jo vakiintunut asema sekä teoreettinen ja kliininen sisältö. Ala on myös kansainvälisesti (mm. EU) tunnustettu hammaslääketieteen erikoisala. Koulutus on Suomessa kolmivuotinen. Oikomishoidon erikoiskoulutusta annetaan kaikissa kolmessa koulutusyksikössä. Koulutusvirkoja on kaikissa yliopistosairaaloissa, joissakin keskussairaaloissa sekä joissakin terveyskeskuksissa. Erikoishammaslääkäreiden tarve terveyspalvelujärjestelmässä on tällä hetkellä selvästi suurempi kuin koulutusmäärä.

Ennen kliinisen koulutuksen integraatiota, koulutuksen tapahtuessa yliopistojen hammasklinikoissa, potilaat ovat pääasiassa lapsia ja nuoria. Potilaat olivat terveyskeskusten ostopalveluiden kautta klinikoille tulleita, ja hoitosuhteet olivat useimmiten koko hoidon kestoisia. Integraation jälkeen sairaaloiden klinikoiden potilaat ovat olleet suurelta osin aikuispotilaita ja hoidot ortognaattiseen kirurgiaan painottuneita. Tilanne ei ole palvellut erikoisalan koulutuksellisia tavoitteita riittävän monipuolisesti. Lapsipotilaiden pieni osuus sairaaloissa on johtanut siihen, että oikomishoidon erikoiskoulutuksessa koulutuksen hajauttamista myös terveyskeskuksiin on edistetty aktiivisesti. Ongelmaksi on koettu myös vaikeus seurata hoitoja riittävän pitkään tilanteissa, joissa erikoistuvat hammaslääkärit joutuvat vaihtamaan kliinisen koulutuksen virkaa kesken koulutuksen. Koulutuksellisesti olisi kuitenkin tärkeätä voida seurata hoitojen edistymistä. Koulutusyksiköissä onkin haettu ratkaisumalleja, joissa koulutettavat voivat virka-asemastaan huolimatta hoitaa sekä sairaala- että terveyskeskuspotilaita, ja näin voidaan välttää liian jyrkkä raja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

### 2.7.2. Suu- ja leukakirurgia

Suu- ja leukakirurgian erikoiskoulutus uudistettiin erikoislääkärin tutkintoasetuksen uudistamisen ja erikoishammaslääkärin tutkintoasetuksen muuttamisen yhteydessä siten, että vuoden 1999 alusta lähtien suu- ja leukakirurgia on ollut sekä hammaslääketieteen että lääketieteen erikoisala. EU:n hammaslääketieteen koulutusta koskevaan direktiiviin ei sisälly suu- ja leukakirurgian koulutusta; direktiivissä säännellään suukirurgian koulutusta. Kuitenkin Suomen uusi suukirurgian koulutusta laajempi suu- ja leukakirurgian koulutus on hyväksytty suukirurgiaa vastaavaksi, automaattisesti tunnustettavaksi koulutukseksi. Suu- ja leukakirurgian koulutus ei tällä hetkellä aivan riitä tyydyttämään alan spesialistitarvetta.

Koulutusohjelmaan, joka on 6-vuotinen, voidaan ottaa joko hammaslääkärin tai lääkärin perustutkinnon suorittanut henkilö. Koulutettavalle annetaan hänen suorittamastaan perustutkinnosta riippuen varsinaisen erikoisalan koulutuksen lisäksi täydentävää hammaslääketieteen tai lääketieteen koulutusta. Erikoiskoulutuksen suorittamisen yhteydessä suoritetaan tarvittavat toisen perustutkinnon tiedot, mutta erikoistuminen tapahtuu edeltävän peruskoulutuksen mukaisesti. Siten hammaslääkärin perustutkinnon suorittanut valmistuu koulutuksen jälkeen suu- ja leukakirurgian erikoishammaslääkäriksi. Kummankin perustutkinnon pohjalta suoritettu erikoistumiskoulutus antaa yhdenmukaisen muodollisen kelpoisuuden suu- ja leukakirurgin tehtäviin. Mikäli koulutettava on erikoistumaan tullessaan suorittanut sekä hammaslääkärin että lääkärin tutkinnon, koulutusaikaa voidaan lyhentää kahdella vuodella. Kahden perustutkinnon suorittamista ei voida kuitenkaan pitää edellytyksenä erikoistumiskoulutukseen pääsyle.

Erikoistumiskoulutuksen käytössä olevia koulutusvirkoja on tällä hetkellä kaikkien viiden yliopistosairaalan suusairauksien tai suu- ja leukasairauksien klinikoilla. Muihin keskussairaaloihin ei suu- ja leukakirurgian alan erikoistumisvirkoja ole vielä perustettu.

Tutkinnon uudistamisen yhteydessä tarkoitus oli, että kaikissa yliopistoissa valitaan tutkintoon kummankin peruskoulutuksen suorittaneita. Käytännössä uudistus ei ole toteutunut kaikilta osiltaan asetetun tavoitteen mukaisesti, sillä kaikissa yliopistoissa koulutukseen ei vielä ole hyväksytty pelkästään hammaslääkäritutkinnon pohjalta hakeneita.

### 2.7.3. Kliininen hammashoito

Kliinisen hammashoidon koulutus tapahtuu koulutusohjelmassa, jossa koulutettavat ovat voineet valita itselleen painotusalueen kuuden painotusalueen joukosta. Painotusalueet ovat:

- kariologia (sis. endodontian ja pedodontian),
- parodontologia,
- protetiikka ja purennan kuntoutus (sis. purentafysiologian),
- suupatologia,
- radiologia ja
- oraalimikrobiologia.

Painotusalat on koulutusyksiköissä nimetty hieman toisistaan poikkeavasti, ja koulutus on voinut tapahtua esimerkiksi parodontologis-gerodontologisessa ohjelmassa tai pedodontian ohjelmassa. Valtaosa erikoistuvista on tähän mennessä valinnut painotusalueekseen protetiikan ja purennan kuntoutuksen. Koulutukseen liittyvä päättökuulustelu on muista erikoisaloista poiketen sisältänyt erikseen kysymyksiä valitulta pääosa-alueelta ja erikseen sivuosa-alueilta. Koulutuksen pituus on ollut 3 vuotta. Kliinisen hammashoidon erikoishammaslääkäreiden tarve terveystalvetojärjestelmässä on tällä hetkellä erikoisaloista suurin.

Kliinisen koulutuksen integraation jälkeen suurin osa koulutusviroista siirtyi yliopistosairaaloitten klinikoille. Tämän seurauksena potilasjakauman painopiste muuttui huomattavasti aiempaan verrattuna. Koska suusairauksien klinikoilla ei ole ollut erikseen peruskoulutettujen hammaslääkäreiden virkoja, erikoiskoulutettavat ovat joutuneet integraation jälkeen tekemään suhteellisen paljon myös hoitoja, jotka eivät palvele parhaalla mahdollisella tavalla koulutusta. Kliinisen koulutuksen yksipuolistumista on pyritty estämään hajauttamalla koulutusta myös terveystalvetojärjestelmiin. Tällä hetkellä erikoistumisvirkoja on kaikissa yliopistosairaaloissa sekä joissakin terveystalvetojärjestelmissä.

Kliinisessä hammashoidossa, kuten muillakin erikoisaloilla, potilaiden hoidot tulevat yhä enemmän olemaan komplisoituja terveystalvetojärjestelmiä (esimerkiksi vanhusväestössä), jotka vaativat laaja-alaista lähestymistapaa. Kyseessä on erityisesti yleisterveyteen liittyvien ongelmien yhdistymisen suun terveydentilaan, mutta myös teknisten hoitoratkaisujen vaikeutuminen. Terveystalvetojärjestelmä on painottanut (työryhmän kysely elokuussa 2001), että tarve on nimenomaan laaja-alaisen kliinisen hammashoidon osajista. Nykyisissä koulutusohjelmissä on ollut jonkin verran eroja koulutusyksiköiden välillä. Joissakin yksiköissä kliinisen hammashoidon sisällä on painotusalueella ollut suhteellisen suuri merkitys, joka on saattanut johtaa suppeampaan koulutukseen.

Kliinisen hammashoidon painotusalueita on ehdotettu sekä lisättäväksi että poistettavaksi. Asiantuntijoiden kuulemisissa ja terveystalvelujärjestelmälle tehdyssä kyselyssä on tuotu esiin seuraavia painotusalueita ja niitä koskevia perusteluja:

- Parodontologia; tämän merkitystä suun terveydenhuollossa ovat sekä koulutusyksiköiden edustajat että terveystalvelujärjestelmän edustajat pitäneet tärkeänä.

- Protetiikka, joka on myös katsottu keskeisen tärkeäksi alueeksi kliinisen hammashoidon sisällä.

- Purentafysiologia joko omana painotusalueenaan tai yhdistettynä protetiikan kanssa. Erikoistumiskoulutuksen lisäksi myös peruskoulutuksessa tulisi antaa aiempaa paremmat valmiudet tällä alueella.

- Endodontia on tuotu yksittäisissä kannanotoissa esille omana painotusalueenaan. Tarvetta on kuitenkin pidettävä niin pienenä, ettei oman painotusalueen luomiselle ole perustetta. Endodontia on luontevasti yhdistettävissä kariologian kanssa.

- Kariologiaa on itsenäisenä painotusalueena pidetty liian suppeana. Toisaalta kariologian on katsottu olevan se osa-alue kliinisessä hammashoidossa, jonka koulutus tulisi suhteellisen laajasti sisältyä myös hammaslääkäreiden peruskoulutukseen. Kariologiaa on ehdotettu painotusalueeksi myös yhdistettynä endodontiaan (ja pedodontiaan).

- Pedodontiaa on ehdotettu itsenäiseksi painotusalueeksi. Terveystalvelujärjestelmässä on tarve lasten suun terveyden erikoisosaajista, vaikka tarvetta voidaan pitää vähäisenä. Pedodontia on eräissä muissa maissa vakiintunut hammaslääketieteen erikoisala.

- Suulääketiedettä on ehdotettu sekä omaksi erikoisalakseen että kliinisen hammashoidon painotusalueeksi. Suulääketieteen sisällöllisistä kysymyksistä ei ole täysin yksimielistä näkemystä. Sekä terveystalvelujärjestelmän edustajat että asiantuntijat ovat katsoneet, että suulääketieteen erikoishammaslääkäreiden tarve olisi määrällisesti pieni.

- Gerodontologiaa on esitetty painotusalueeksi, koska vanhusväestön palvelutarpeiden kasvu ja toisaalta ikääntymisen ja yleissairauksien mukanaan tuoma terveystalvelu-ongelmien komplisoituminen on selkeästi tiedostettu. On kuitenkin todettu, että vanhusväestön suun terveyden ongelmat ovat nimenomaan sellaisia, joihin liittyvää riittävän laajaa opetusta tulee sisältyä sekä perus- että erikoistumiskoulutukseen alasta riippumatta. Lisäksi laaja-alainen kliinisen hammashoidon specialiteetti jo sinänsä pyrkii vastaamaan kyseisiin tarpeisiin.

- Suupatologian ja radiologian asema diagnostisina painotusalueina osana kliinisen hammashoidon erikoisalaa on todettu jossain määrin ongelmalliseksi niiden toisenlaisesta orientaatiosta johtuen. Diagnostiikan sisällyttämistä kokonaisuutena erikoisalan koulutukseen pidetään tärkeänä. Lisäksi on katsottu, että sekä patologiassa että radiologiassa tarvitaan pieni määrä erikoishammaslääkäreitä terveystalvelujärjestelmän tarpeisiin.

- Oraalimikrobiologian painotusalueella ei ole tähän mennessä erikoistunut yhtään hammaslääkärinä, eikä terveystalvelujärjestelmästä ole esitetty alan virkojen perustamista. Mikrobiologian sisällyttämistä muiden painotusalueiden koulutukseen pidetään tästä syystä perusteltuna.

## 2.7.4. Terveydenhuolto

Terveydenhuollon erikoishammaslääkärikoulutus tapahtuu muista erikoisaloista poiketen yliopistojen viroissa. Koulutusvirkoja on kaikissa kolmessa hammaslääketieteen koulutusta antavassa yliopistossa. Terveydenhuollon erikoishammaslääkäreiden lisätarve terveystaloustieteen ja epidemiologian tiedot, jotta alan erikoishammaslääkäri pystyy arvioimaan ja suunnittelemaan terveydenhuollon yksiköiden toimintaa. Koska koulutuksen keskeisenä tavoitteena pidetään kykyä arvioida suun terveydenhuollon toimintaa laajasti ja suhteessa muiden yksiköiden toimintaan, toimimista hammaslääkärinä perusterveydenhuollon tehtävissä ei pidetä koulutusta korvaavana. Harjoittelujakson aikana voidaan hyödyntää esimerkiksi lääninhallituksia, ja tässä vaiheessa myös terveystaloustieteen käyttö on mahdollista.

Myös terveydenhuollon erikoishammaslääkärin tutkintoon tähtäävä koulutus on kolmivuotinen. Kahden ensimmäisen vuoden koulutus on teoriapainotteista, ja kolmas vuosi on varattu kliinistä työskentelyä vastaavalle hallinnolliselle harjoittelulle. Koulutusyksiköiden näkemyksen mukaan terveydenhuollon erikoishammaslääkärikoulutuksen ei tulisi olla vain hallinnollista koulutusta, vaan koulutuksen tulee tarjota riittävän laajat terveystaloustieteen ja epidemiologian tiedot, jotta alan erikoishammaslääkäri pystyy arvioimaan ja suunnittelemaan terveydenhuollon yksiköiden toimintaa. Koska koulutuksen keskeisenä tavoitteena pidetään kykyä arvioida suun terveydenhuollon toimintaa laajasti ja suhteessa muiden yksiköiden toimintaan, toimimista hammaslääkärinä perusterveydenhuollon tehtävissä ei pidetä koulutusta korvaavana. Harjoittelujakson aikana voidaan hyödyntää esimerkiksi lääninhallituksia, ja tässä vaiheessa myös terveystaloustieteen käyttö on mahdollista.

Hammaslääkäreiden terveydenhuollon erikoistumiskoulutus tulisi yhtäläistä lääkärien vastaavan erikoisalan koulutuksen kanssa. Erikseen on tarvetta lyhyemmälle hallinnon koulutukselle, johon voivat osallistua sekä peruskoulutetut että erikoiskoulutetut hammaslääkärit. On esitetty, että myös hammaslääketieteen puolella nykyisestä hallinnon pätevyydestä tulee luopua samaan tapaan kuin lääkäreiden koulutuksessa, ja hallinnon koulutus tulee uudistaa.

## ***2.8. Hammaslääkäreiden hallinnon pätevyyteen johtavan koulutuksen kehittämistarve***

### **2.8.1. Nykyinen koulutus**

Hallinnon pätevyyteen johtavasta kaksivuotisesta koulutuksesta säädetään erikoishammaslääkärin tutkintoasetuksen 6 a pykälässä. Erikoishammaslääkärin tutkinnon suorittanut henkilö on vuodesta 1993 alkaen voinut suorittaa mainitun hallinnon pätevyyteen johtavan koulutuksen. Koulutuksen tavoitteena on perehdyttää erikoishammaslääkäri terveystaloustieteen tavoitteisiin, lainsäädäntöön ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään sekä hallinto- ja johtamistehtäviin. Vastaavanlainen hallinnon pätevyyden koulutus on ollut myös erikoislääkäreillä.

Nykyinen koulutus sisältää kahden vuoden laajuisen koulutuksen yliopiston hyväksymän suunnitelman mukaisesti; suunnitelmaan sisältyy käytännön palvelua ja teoreettisia opintoja. Lisäksi koulutukseen kuuluu osallistuminen toimipaikkakoulutukseen, teoreettiseen kurssimuotoiseen koulutukseen ja valtakunnallinen kuulustelu. Teoriakoulutuksen laajuus on 220 tuntia ja siihen tulee sisältyä terveydenhuollon hallintoa, kunnallista ja valtionhallintoa, johtamista ja henkilöstöhallintoa sekä taloushallintoa ja terveystaloustiedettä. Teoreettinen koulutus kootaan yliopistojen tiedekuntien sekä ulkopuolisten tahojen järjestämästä koulutuksesta.

Johtamisen ja hallinnon koulutuksen puutteisiin on kiinnitetty huomiota useassa eri yhteydessä Erikoislääkärikoulutuksen uudistamisen yhteydessä hallinnon pätevyyteen johtavan koulutuksen uudistamista pidettiin välttämättömänä. Tuossa yhteydessä sosiaali- ja terveysministeriö painotti moniammatillisen johtamiskoulutuksen tärkeyttä ammattiryhmille yksittäin annettavan koulutuksen sijasta. Mainituista perusteista johtuen koulutus lakkaa vuoden 2002 loppuun mennessä (678/1998, 9 §).

Nykyisellään maamme runsaasta 4800 työkäisestä hammaslääkäristä hallinnon pätevyyteen johtavan koulutuksen on suorittanut 69 henkilöä (noin 11 %). Parhailleen koulutukseen on rekisteröitynyt 9 erikoishammaslääkäriä.

## 2.8.2. Johtamiskoulutuksen kehittämishaasteet ja ehdotukset

Terveydenhuolto ja sosiaalihuolto ovat menneen vuosikymmenen aikana joutuneet toiminnassaan sopeutumaan moniin poliittisiin ja toiminnan rakenteiden ja ohjaus- ja rahoitusjärjestelmien muutoksiin. Erillisinä toimineet terveydenhuolto ja sosiaalitoimi yhdistettiin valtakunnallisella tasolla sosiaali- ja terveystoimeksi ajatuksena asiakaslähtöinen kokonaispalvelujärjestelmä. Palvelurakennetta on voimakkaasti uudistettu laitosmaisuuksia purkaen ja avohoitoa painottaen. Valtionosuusuudistuksen myötä vastuu ja velvollisuus väestön kannalta tarkoituksenmukaisen palveluiden järjestämiseen delegoitiin kunnille. Yksityiskohtaisesta normiohjauksesta on luovuttu ja siirrytty valtakunnallisten suunnitelmien sijasta informaatio-ohjaukseen, mitä kautta välitetään valtakunnallisen sosiaali- ja terveystoiminnan tavoitteet tiedoksi ja toiminnassa huomioon otettaviksi kunnille ja niiden yhteisorganisaatioille. Taloudellisuuden ja tuloksellisuuden korostaminen ovat tulleet toiminnalle asetettaviksi pysyviksi vaatimuksiksi hyvän asiakaspalvelun ja laadukkaan työn ohella. Tulevina vuosina edessä on voimakkaasti vanhenevan väestön palveluiden kasvavaan tarpeeseen vastaaminen ja nykyisellään puutteellisesti hoidettuihin palveluihin, kuten suun terveydenhuollon ja mielenterveyspalveluiden tarpeeseen vastaaminen samalla, kun sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ikääntyy ja siirtyy laajassa mitassa eläkkeelle. Kilpailu työvoimasta supistuvien ikäluokkien ja muidenkin alojen eläköitymisestä johtuvan työvoimatarpeen tilanteessa on merkittävä haaste.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien koulutus on ollut pitkälti ammattiryhmittäin annettua. Tutkinon suorittamaan työntekijä on edennyt esimiestehtäviin sairaaloihin, terveyskeskuksiin ja sosiaalitoimeen. Johtamistehtäviin kouliintuminen on tapahtunut lähinnä käytännön kokemuksen kautta. Käytännön kokemuksen ohella johtamistaitoja on lisätty erilaisten kurssien ja joidenkin ammattiryhmien hallinnon koulutuksen myötä. Hallinnon ja johtamisen koulutusta on ollut ylihoitajien hallinnon koulutus aluksi opistoasteella ja sittemmin yliopistoissa ylempään korkeakoulututkintoon johtavana, erikoislääkäreiden hallinnon pätevyyteen johtava koulutus ja vuodesta 1993 lähtien erikoishammaslääkäreiden hallinnon pätevyyteen johtava koulutus.

Olemassa olevaa johtamiskoulutusta on pidetty liian kapeana ja ammattikeskeisenä. On katsottu, että se ei vastaa niitä johtamiselle asetettavia haasteita, joita sosiaali- ja terveydenhuollon muutunut toimintaympäristö ja toiminnalle asetetut tavoitteet edellyttävät. Myös henkilöstön johtamista koskevan osaamisen puuttuminen on ollut ilmeistä. Näistä syistä sosiaali- ja terveysministeriö asetti 1995 työryhmän laatimaan ehdotusta sosiaali- ja terveysjohtamisen täydennyskoulutuksesta. Valmisteltavan koulutuksen tuli nimenomaan olla keskeisille ammattiryhmille yhteistä jatkokoulutusta. Toimeksiantonsa mukaisesti työryhmän tuli laatia ehdotus, joka tekisi mahdolliseksi noin 40 opintoviikon laajuisen PD-ohjelman suorittamisen työn ohessa kolmessa vuodessa. Koulutusohjelmien sisällöissä pyydettiin ottamaan huomioon mm. seuraavat edellytykset:

- edistää sosiaali- ja terveystalouden yhteistä näkemystä, sosiaali- ja terveydenhuollon verkostoitumista ja laatu- ja palvelujärjestelmän aikaansaamista;
- edistää sosiaali- ja terveydenhuollon monitasoista hallintaa ja kykyä vastata tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisen haasteisiin;
- tulee sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, talouteen, tietojärjestelmiin, asiakkuuteen, henkilöstöön ja kansainvälisyyteen liittyviä osuuksia välttämättä kuitenkin liiallista sirpaleisuutta;
- edistää osallistujien omia kehittämisvalmiuksia.

Työryhmän työn pohjalta rakennettuja koulutusohjelmia oli yliopistoissa vuosina 1996 - 2000 kaikkiaan 12. Koulutuksessa näissä oli kaikkiaan 198 henkilöä (joko koulutuksen suorittanut tai koulutuksessa). Sosiaali- ja terveysministeriö tuki ohjelmia yhteensä 4,3 miljoonalla markalla.

Arviointien ja uudistuvien haasteiden pohjalta johtamiskoulutusta on pohdittu kansallisen terveysprojektin toiminnan yhteydessä. Henkilöstön riittävyttä ja työnjakoa selvittäneen osahankkeen selvitysmiehet ehdottivat väliraportissaan yhtenäisen, moniammatillisen johtamiskoulutuksen käynnistämistä 40-60 opintoviikon laajuisena siten, että kokonaisuudesta vähintään 20 opintoviikkoa tulisi suorittaa moniammatillisissa opiskelijaryhmissä. Koulutuksen laajuus olisi lääkäreiden osalta 40 opintoviikkoa.

## **2.9. Erikoishammaslääkärikuulustelu**

Erikoishammaslääkärikoulutuksessa olevat osallistuvat koulutuksensa aikana erikoishammaslääkärikuulusteluun, joka järjestetään kolme kertaa vuodessa. Kuulustelusta on annettu valtakunnalliset kuulusteluohjeet. Kuulustelun valtakunnallisesta koordinaatiosta huolehtii Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta.

Opetusministeriö on joulukuussa 1987 antanut määräykset valtakunnallisten erikoisalakohtaisten kuulustelujen järjestämisestä (Dnro. 12359/410/87 ja 5983/47/87). Määräys on sekä sisällöltään että antamisperustaltaan vanhentunut. Määräys on annettu erikoistumiskoulutuksen ja sittemmin myös kuulustelujen siirryttyä sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalta opetusministeriön hallinnonalalle. Voimassa olevassa määräyksessä on ohjeet erikoislääkärikuulustelusta ja erikoishammaslääkärikuulustelusta.

Erikoishammaslääkärikuulustelun osalta määräyksessä on ohjeet

- kuulusteluun osallistumisen edellytyksistä (viimeisen erikoiskoulutusvuoden aikana tai sen jälkeen; poikkeaa yliopistojen kuulusteluohjeista)
- järjestämisestä (vähintään kaksi kertaa vuodessa - poikkeaa nykyisistä järjestelyistä)
- ohjeet kuulusteluvaatimusten hyväksymisestä
- kuulustelujen suorittamisesta (voi osallistua muussa kuin omassa yliopistossa, voi suorittaa suomen tai ruotsin kielellä, kuulustelijoiden nimiä ei julkisteta, kuulusteltava esiintyy koodinumerona)
- koordinoinnista (Helsingin yliopisto koordinoi)
- kuulustelupalkkioista
- siirtymäkauden järjestelyistä.

Määräyksessä on yksityiskohtaisia yliopiston toimintaa koskevia määräyksiä, jotka eivät ole enää perusteltuja. Uuden perustuslain tultua voimaan määräyksen antamisoikeus ja säädösmuoto tulee

harkita uudelleen. Mikäli valtakunnallista ohjetta tarvitaan, ja mikäli sen antamiselle katsotaan olevan riittävä perusta, se tulisi todennäköisimmin antaa opetusministeriön asetuksena.

Yliopistot ovat laatineet valtakunnallisten määräysten pohjalta omat yksityiskohtaisemmat valtakunnallisen erikoishammaslääkärikuulustelun kuulusteluohjeet.

Kuulusteluvaatimuksista sopivat koulutusyksiköiden nimeämät kuulustelijat, joiden tulee olla erikoishammaslääkäreitä ja joilla tulee olla dosentin pätevyys. Kliinisessä hammashoidossa on kuulusteluvaatimukset vahvistettu kaikille kuudelle painotusalueelle erikseen.

Kliinisen hammashoidon erikoisalan kuulustelu on muista erikoisaloista poikkeava, ja sen on katsottu olevan osittain ongelmallinen. Kliinisen hammashoidon erikoistujat ovat koulutusohjelmassaan työskennelleet jollakin pääosa-alueella. Myös tenttiin osallistuttaessa on ilmoitettava yksi pääosa-alue. Sen lisäksi tentissä on vastattava etukäteen ilmoitettujen kahden sivuosa-alueen kysymyksiin. Sekä pääalueen että sivualueiden tulee olla hyväksytyjen painotusalojen joukossa. Tenttivaatimukset pääosa-alueella ja sivuosa-alueilla ovat olleet erilaisia.

Kolmen osa-alueen sisällyttämistä kuulusteluun on pidetty ongelmallisena monestakin syystä. Osa-aluejakaumista muodostuu hyvin yksilöllisiä, ja kun tenttijöitä on vähän, kysymykset voivat olla hyvin henkilökohtaisia. Kun jokaisella osa-alueella on kaksi tarkistajaa, tulee jokaisen kolme osa-aluetta tenttineen kohdalle kuusi eri tarkistajaa. Myöskin yksittäisten osa-alueiden tenttien uusiminen johtaa moneen tenttimiskertaan.

Valtakunnallisen kuulustelun osalta on ehdotettu, että kliinisen hammashoidon erikoisalan tenttiä muutettaisiin vastaamaan muiden erikoisalojen tenttiä. Tenttiin kuuluisi vain pääosa-alueen kysymyksiä, joita olisi aiempaa useampia. Sivuosa-alueiden kuulustelut voitaisiin jättää koulutusyksiköiden tehtäväksi.

## ***2.10. Erikoishammaslääkärikoulutuksen opettajatilanne***

Hammaslääketieteen kliinisen koulutuksen integraation yhteydessä noin 150 henkilön virat siirtyivät yliopistoilta julkisen terveystalvurjärjestelmän viroiksi. Suurin siirtynyt ryhmä on erikoistujat, mutta myös avustavaa henkilökuntaa siirtyi runsaasti. Opettajakunnan pääosa säilyi yliopistoilla, mutta jonkin verran myös opettajavirkoja siirtyi terveystalvurjärjestelmään.

Eri paikkakunnilla toteutetut opettajaratkaisut ovat olleet poikkeavia. Eroja syntyi jo siitä syystä, että Helsingissä ja Oulussa integraation yhteydessä siirtyi sekä perus- että erikoistumiskoulutus, mutta Turussa vain erikoistumiskoulutus. Helsingissä pääosa kliinisten kouluttajien viroista siirtyi terveystalvurjärjestelmään erikoishammaslääkäriin viroiksi. Lisäksi yliopiston viroissa jatkaneilla senioriopettajilla on sivuvirkoja yliopistollisissa keskussairaaloissa. Oulussa kouluttajat ovat yliopiston viroissa mutta kaikilla senioriopettajilla on sivuvirat joko yliopistollisissa sairaalassa tai kaupungilla. Turussa kouluttajat ovat yliopiston viroissa, ja vain muutamalla henkilöllä on sivuvirka terveystalvurjärjestelmän puolella. Turussa hoitoon liittyvät vastuukysymykset on hoidettu keskinäisillä sopimuksilla. Erilaisten ratkaisujen seurauksena myös suu- ja hammasairauksien klinikoiden resurssitilanne eri paikkakunnilla on toisistaan selvästi poikkeava.

Hammaslääketieteen opettajatilanteen kehittymistä on pidetty huolestuttavana. Suuri osa erikoishammaslääkäriin viroissa (erityisesti kouluttajan viroissa) toimivista lähestyy eläkeikää. Sekä



koulutusyksiköt että hammaslääkärijärjestöt ovatkin ilmaisseet huolensa siitä, että kouluttajien saamiseen tulisi panostaa lisää voimavaroja. Kouluttajien ja tutkijoiden työskentelyolosuhteita on saatava muutetuksi houkuttelevammiksi, jotta toisaalta nuoret hammaslääkärit hakeutuisivat tutkimus- ja opetustyöhön ja toisaalta eläkkeelle siirtyvien tilalle voitaisiin saada erikoishammaslääkäri- ja/tai dosenttitason kouluttajia. Kouluttajaongelma on suuri myös terveystalvvelujärjestelmän puolella, jossa hajautetun koulutuksen edellytyksenä on erikoishammaslääkäritason kouluttajien löytyminen terveyskeskuksista ja sairaaloista. Tässä suhteessa myös koulutus-EVO:n kohdentuminen on tärkeä tekijä. Viime vuosina nuorten valmistuvien hammaslääkärien keskuudessa kliininen työskentely yksityissektorilla ja myös terveyskeskuksissa on ollut houkutteleva vaihtoehto, koska hammaslääkärien työtilanne on ollut hyvä. Hammaslääketieteen kliinisen koulutuksen integraation yhteydessä tapahtui lisäksi suuri organisaatiomuutos, joka alkuvaiheessa on saattanut aiheuttaa ongelmia opettajien ja tutkijoiden rekrytoinnissa. Kokemukset ovat tässä suhteessa kuitenkin lyhytaikaisia.

*Taulukko 7. Opetushenkilökunnan virkatilanne yliopistoissa 1997-2001 (KOTA-tiedosto).*

	Yliopisto	Professorit	Yliassistentit ja lehtorit	Assistentit	Yhteensä
<b>1997</b>	HY	10	19	14	43
	OY	6	18	17	41
	TY	9	19	12	40
	Yht.	25	56	43	
<b>1998</b>	HY	10	9	19	38
	OY	7	22	15	44
	TY	9	14	11	34
	Yht.	26	45	45	
<b>1999</b>	HY	10	10	16	36
	OY	6	22	12	40
	TY	8	19	8	35
	Yht.	24	51	36	
<b>2000</b>	HY	9	16	2	27
	OY	7	20	15	42
	TY	7	11	8	26
	Yht.	23	47	25	
<b>2001</b>	HY	10	14	4	28
	OY	7	20	14	41
	TY	8	12	7	27
	Yht.	25	46	25	

### ***2.11. Hammaslääkärikoulutuksen nykytilanne Suomessa Euroopan Unionin jäsenmaihin verrattuna***

Euroopan unionin viidessätoista jäsenmaassa on kaikkiaan noin 130 hammaslääketieteen koulutusta antavaa yliopistoa (v. 1997 127, mutta lisäksi muutama suljettu koulutusyksikkö on avattu myöhemmin). Ammatinharjoittajien ja heidän liikkumisoikeuksiensa turvaamiseksi tutkintojen automaattisen tunnustamisen perustaksi sekä peruskoulutuksen ja erikoistumiskoulutuksen osalta on säädetty yhteisistä koulutuksen vähimmäisvaatimuksista (neuvoston direktiivi (78/687/ETY). Näiden vähimmäisvaatimusten myötä myös potilaiden saaman hoidon laatu on pyritty varmistamaan.

Peruskoulutuksen osalta direktiivin 1. artiklan 1. kohdassa on säädetty osa-alueista, joita koskeva riittävän laajuinen tieto koulutuksessa tulee antaa, ja lisäksi liitteessä on lueteltu ne oppiaineet, jotka ainakin tulee koulutusohjelmaan sisältyä. Artiklan 2. kohdassa on säädetty koulutuksen kestoksi vähintään viisi vuotta täysipäiväistä teoreettista ja käytännöllistä opetusta yliopistossa tai vastaavan tasoisessa korkeampaa opetusta antavassa laitoksessa. Artiklan kohdassa 3. säädetään koulutukseen pääsyn perusteeksi todistus, joka oikeuttaa pääsemisen jäsenvaltiossa yliopistoon tai vastaavaan korkeampaa opetusta antavaan muuhun oppilaitokseen.

Vaikka säännökset ovat periaatteessa yksinkertaiset ja selkeät, on niiden tulkinnassa ja toimeenpanossa kuitenkin huomattavia eroja. Hammaslääkärikoulutuksen neuvoa-antavan komitean kanssa yhteistyössä laadittu selvitys vuodelta 1997 (Shanley et al. 1997) kuvaa näitä eroja mm. direktiivissä suoraan hammaslääketieteeseen liittyviin oppiaineisiin käytetyn ajan suhteen seuraavasti: ehkäisevän hammaslääketieteen osuus oppitunteina vaihteli 8,5 tunnista 220 tuntiin keskiarvon ollessa 78 tuntia), anestesiologian ja sedaation osuus 10 tunnista 88 tuntiin (ka. 42 tuntia), suupatologian osuus 8,5 tunnista 162 tuntiin (ka. 69 tuntia) hammas- ja suukirurgian osuus 16,5 tunnista 526 tuntiin (ka. 223 tuntia), sosiaaliin näkökohtiin käytetty aika vaihteli 0 tunnista 280 tuntiin. Vaikka tähän kyselyyn vastasi tuolloisesta 270 koulutusyksiköstä vain 30 (Suomen kaikki yksiköt vastasivat), antaa se kuitenkin kuvan siitä, miten suuria vaihteluita opetuksen sisällöissä on. Kliinisen koulutuksen osalta järjestelyt vaihtelivat erillisenä järjestetyistä erikoisalakohtaisista opinnoista integroituun kokonaisvaltaiseen kliniseen opetukseen. Vaikka selvityksessä ei asiaan ole otettu kantaa, saadun yleiskuvan perusteella pohjoismaissa koulutukseen sisältyy runsaasti potilastyötä.

Neuvoa-antava komitea on laatinut suositukset mm. peruskoulutuksesta valmistuvalta hammaslääkäriltä vaadittavista perustiedoista ja kliinisistä taidoista sekä esittänyt myös pohdintaa tietojen ja taitojen arviointimenetelmistä (asiakirjat XV/E/8316/8/93-FI; XV/E/8011/3/97-FI). Suomen edustajat ovat osallistuneet näiden suositusten valmisteluun.

Erikoistumiskoulutusta koskevat säännökset ovat saman direktiivin 2. artiklassa. Säännökset ovat huomattavasti yleisemmällä tasolla kuin peruskoulutusta koskevat säännökset. Koulutukseen pääsyn edellytyksenä samoin kuin edellytyksenä erikoishammaslääkärin tutkintotodistuksen antamiselle on, että hammaslääkäri on ennen erikoistumiskoulutukseen ottamista suorittanut viiden vuoden pituisen hammaslääkärin koulutuksen. Erikoishammaslääkärin koulutukseen on kuuluttava vähintään kolmen vuoden täysipäiväinen opiskelu ja opiskeluun tulee sisältyä teoreettista ja kliinistä koulutusta.

Euroopan unionin jäsenmaita, joissa ei ole virallista tutkintoon johtavaa erikoistumiskoulutusta, ovat Belgia, Italia, Itävalta, Luxemburg ja Portugali. Ranskassa on ainoastaan yksi erikoistumisala (oikomishoito). Ruotsissa on eniten erikoisalaja: oikomishoidon ja suu- ja leukakirurgian lisäksi endodontia, parodontologia, protetiikka, pediatrien hammashoito, radiologia sekä puurentafysiologia. Seuraavaksi eniten aloja on Suomessa: neljä erikoisalaa. Saksassa on kolme erikoisalaa: terveydenhuolto, oikomishoito ja suukirurgia.

Automaattisen tunnustamisen piiriin kuuluvina erikoisaloina ovat edelleen ainoastaan oikomishoito ja suukirurgia (neuvoston direktiivi 78/686/ETY, artikla 5.).

Suomessa suukirurgian koulutus lakkautettiin ja suu- ja leukakirurgian koulutus tuli voimaan 1.1.1999. Direktiivissä mainittujen nimikkeiden perusteella on vaikea päätellä, missä muissa maissa koulutus on laajempi suu- ja leukakirurgian koulutus. Kuitenkin ainakin Alankomaat,

Kreikka, Ruotsi ja Tanska ovat ilmoittaneet koulutustensa olevan suu- ja leukakirurgian koulutuksia (neuvoa-antava komitea: asiakirja XV/E/8640/96-En Orig.)

Kaikissa direktiiviin otetuissa maissa erikoistumiskoulutukset täyttävät direktiivissä asetetut minimivaatimukset, mm. ovat pituudeltaan vähintään kolme vuotta. Koulutusten sisällöllinen järjestäminen on jäsenmaiden vapaasti päätettävissä minimivaatimukset huomioon ottaen. Siten on oletettavaa, että koulutuksen sisällöt ja järjestämistavat vaihtelevat maittain samalla tavalla kuin peruskoulutuksenkin alueella, mutta erikoistumiskoulutuksen osalta ei ole vastaavaa koulutuksen sisältöä koskevaa selvitystä.

*Taulukko 8. Oikomishoidon ja suu- ja leukakirurgian koulutus Euroopan Unionin jäsenmaissa (ns. SLIM-direktiivi 2001/19/EY, liite B).*

Maa	Oikomishoito	Suukirurgia / suu- ja leukakirurgia
Alankomaat	+	+
Belgia	-	-
Espanja	-	-
Irlanti	+	+
Italia	-	-
Itävalta	-	-
Kreikka	+	+
Luxemburg	-	-
Portugali	-	-
Ranska	+	-
Ruotsi	+	+
Saksa	+	+
Suomi	+	+
Tanska	+	+
Yhdistynyt kuningaskunta	+	+

Komissiota avustava hammaslääkärikoulutuksen neuvoa-antava komitea (jonka viimeinen kokous on pidetty 10.11.2000) on laatinut suosituksen (asiakirja XV/E/8385/9/95-EN Orig. Brussel 5.4.2000) siitä, millaiset tiedot ja kliiniset taidot oikomishoidon ja suukirurgian erikoishammaslääkärikoulutuksen tulisi erikoistuvalla antaa. Oikomishoidon osalta suositusta on Suomen edustajien osalta pidetty kannatettavana, joskin suositus on melko yleinen ja mm. meillä on katsottu oikomishoidon erikoisalana koulutuksen jo kattavan esitetyt suositukset. Suukirurgian osalta Suomen edustajat ovat katsoneet suosituksen jäävän liian kapeaksi ja siksi sitä ei ole pidetty kannatettavana.

Hammaslääkärikoulutuksen neuvoa-antavan komitean 1996 kokoamien tietojen perusteella Belgia, Itävalta ja Portugali selvittävät oikomishoidon ja suukirurgian koulutuksen käynnistämismahdollisuuksia. Irlannissa on harkinnan alla korjaavan hammashoidon ala (restorative specialty). Vuonna 1996 Kreikka ilmoitti valmistelewansa oikomishoidon erikoistumiskoulutusta. Vuonna 2001 koulutus on otettu direktiiviin.

Näyttää siltä, että jäsenmaissa olisi lähes kolmekymmentä hammaslääketieteen erikoisalaa. Kyse saattaa pikemminkin olla tutkimuksen ja koulutuksen osa-alueista sekä eräänlaisesta täydennyskoulutuksen luonteisesta koulutuksesta, ei niinkään muodollisesta ammatillisesta erikoistumiskoulutuksesta. On myös mahdollista, että erikoistumiskoulutusta on, mutta sitä ei säännellä ammatinharjoittamissäädösten perusteella. Näin näyttää olevan esimerkiksi Belgiassa,

jossa on suhteellisen pitkiäkin koulutuskokonaisuuksia (kahdesta neljään vuoteen), mutta ne eivät johda lainsäädännöllisesti säänneltyyn erikoistumiseen.

### **3. Suun terveydenhuollon organisointi ja henkilöstö Suomessa**

Suun terveydenhuollon järjestelyt ovat Suomessa poikenneet huomattavasti muun terveydenhuollon järjestelyistä. Jo peruspalveluiden osalta sekä alueelliset että väestöryhmittäiset erot ovat olleet suuret. Kunnat ovat koko maassa huolehtineet lasten ja nuorten suun terveydenhuollosta, mutta aikuisikäinen väestö on voinut osallistua kunnalliseen hammashoitoon maan eri alueilla hyvin eri tavalla. Erityisesti suuret kaupungit eivät ole juurikaan pystyneet tarjoamaan suun terveydenhuollon palveluita aikuisväestölle, vaan yksityissektori on vastannut myös perushoitopalveluiden tuottamisesta. Valtaosa pienistä kunnista on pystynyt tarjoamaan nämä palvelut myös aikuisväestölle kunnallisina palveluina. Toisaalta yksityissektorin palveluita ei ole ollut tarjolla suuressa osassa maata, etenkin pienissä kunnissa. Aukkaiden valintamahdollisuudet hoidon tarjoajan suhteen ovat olleet näillä alueilla siis pienemmät.

Erikoissairaanhoito on suun terveydenhuollon osalta ollut pitkään huonosti järjestettyä. Vasta vuoden 1989 erikoissairaanhoitolain myötä suun alueen sairauksien hoito tuli lainsäädännöllisesti tasavertaiseen asemaan muun erikoissairaanhoidon kanssa. Koska erikoissairaanhoidon järjestelyjen kehittäminen on tapahtunut niin myöhään, on suun terveydenhuollon ketjutuksen järjestäminen edelleen hyvin keskeneräinen. Myös erikoishammashoidon palveluista on yksityisellä sektorilla ollut varsin huomattava osuus.

Kansanterveyslain ja sairausvakuutuslain muutoksilla, jotka tulivat voimaan 1.1.2000, on koko väestö saatettu suun terveydenhuollon palveluiden saatavuuden suhteen yhdenmukaiseen asemaan vuoden 2002 joulukuun alusta lähtien. Alle 18-vuotiaille on edelleen säädetty maksuton suun perusterveydenhuolto.

#### ***3.1. Suun terveydenhuoltoon liittyvä lainsäädäntö***

##### **3.1.1. Kansanterveyslain ja sairausvakuutuslain uudistus**

Vuoden 2000 lopulla säädettiin lait sairausvakuutuslain muuttamisesta (1202/2000) ja kansanterveyslain 14 ja 49 §:n muuttamisesta (1219/2000). Lakimuutosten tarkoituksena on laajentaa kunnallista hammashoitoa koko väestöä koskevaksi ja samanaikaisesti laajentaa sairausvakuutuslain mukaista hammashuollon korvauksia koko väestöä koskevaksi.

Kokonaisuudistuksen perusteluissa todettiin uudistuksen merkitsevän lisäkustannuksia ja resurssitarvetta erityisesti suurissa kaupungeissa, joissa hammashoitoon pääsyä oli aiemmin rajoitettu eniten. Samanaikaisella sairausvakuutusjärjestelmän laajennuksella oli tavoitteena tarjota kansalaisille mahdollisuus valita julkisen palvelujärjestelmän ja yksityisen sektorin palveluiden välillä. Uudistuksen valmistelussa arvioitiin, että sairausvakuutuskorvauksen vuoksi ei tulisi tapahtumaan merkittävää siirtymää yksityisestä hammashoidosta kunnalliseen hammashoitoon. Uudistuksen perusteluissa todettiin kuitenkin, että laajennus merkitsee sitä, että terveyskeskusten käytössä tulee olla aikaisempaa enemmän hammaslääkäreiden ja muun henkilökunnan työpästä. Tämä voidaan toteuttaa joko lisäämällä terveyskeskusten oman henkilökunnan määrää

tai ostamalla palveluja yksityisiltä hammaslääkäreiltä. Laskennallisesti henkilöstövoimavarojen lisätarpeen arvioitiin olevan 170 hammaslääkärin ja noin 270 muun henkilökunnan virkaa.

### **3.1.2. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut**

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista on säädetty laissa 3.8.1992/734 ja asetuksessa 9.10.1992/912 sekä näihin säädetyissä muutoksissa. Erikoishammaslääkärikoulutuksen näkökulmasta merkittäviä ovat em. asetuksen 9§ ja 9a§, joissa säädetään suun ja hampaiden tutkimuksesta ja hoidosta perittävistä maksuista terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidossa.

Suu- ja hammassairauksien klinikoiden toiminta on vielä suhteellisen uutta suuressa osassa sairaanhoitopiirejä. Hammaslääketieteen klinisen koulutuksen integraation myötä klinikoiden toiminta on varsinkin yliopistopaikkakunnilla laajentunut. Koulutuksessa tarvittavan potilasaineiston saatavuus on osittain ollut ongelmallista ja erityisesti suurien proteettisten ratkaisujen laboratoriomaksujen osuus on noussut merkittäväksi. Toisaalta on koettu jossain määrin ongelmalliseksi tilanne, jossa erikoishammaslääkärikoulutusta tapahtuu sekä terveyskeskuksessa että sairaaloissa. Terveyskeskuksissa proteettisten hoitojen maksuja peritään potilaalta itseltään, mutta erikoissairaanhoidossa laboratoriomaksut ovat kuntien maksettavia. Ongelman taustalla on suun terveydenhuollon ketjutuksen ja erikoissairaanhoidon selkiytymättömyys. Erikoissairaanhoidossa suun terveyden tulisi olla muuhun lääketieteelliseen hoitoon rinnastettavalla tasolla. Toisaalta yliopistosairaloissa täytyy pystyä koulutuksen lähtökohdista toteuttamaan myös vaihtoehtoisia hoitomalleja.

## ***3.2. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjako***

Suun terveydenhuollossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako ja hoitoketjujen kehittyminen on alkanut vasta 1980-luvun lopulla, ja kehitys on ollut hidasta aina viime vuosiin saakka. Hammaslääketieteen klinisen koulutuksen integraatio ja samaan ajankohtaan sijoittuva lakisääteisen hammashoidon kunnallisen järjestämisvastuun laajentaminen koko väestöä koskevaksi ovat vauhdittaneet työnjaon kehittymistä. Kehityksen suurimpana ongelmana on ollut nimenomaan erikoissairaanhoidon resurssien pienuus ja suuret alueelliset erot. Tähän asti lähinnä vain kiireellisimmät tapaukset on voitu hoitaa keskussairaloissa, ja hoidon pääpaino on ollut suu- ja leukakirurgisissa toimenpiteissä. Kliinisen koulutuksen integraation seurauksena resurssitilanne erityisesti koulutuspaikkakuntien (Helsinki, Oulu, Turku) yliopistosairaloissa on parantunut niin, että erikoissairaanhoidon palveluita alkaa olla tarjolla. Integraatio on mahdollistanut kehittämisen myös muissa sairaaloissa. Yhtenä erityispiirteenä suun terveydenhuollossa puuttuu terveyskeskusten ja keskussairaaloitten välinen porras, mikä on omalta osaltaan vaikuttanut hoitoketjujen kehittymiseen. Lisäksi erikoishammaslääkäreistä suuri osa toimii yksityisellä sektorilla, ja he hoitavat myös huomattavan osan suun terveydenhuollon sellaisista erikoishoidon potilaista, jotka eivät vaadi sairaalolosuhteita.

### **3.2.1. Perusterveydenhuolto**

Julkisin varoin tuettu suun terveydenhuolto on jakaantunut kuntien järjestämään ja sairausvakuutuksen kautta tuettuun yksityiseen terveydenhuoltoon. Lisäksi on joitakin pienempiä palveluntarjoajia (Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, puolustusvoimat). Oleellista peruspalveluiden osalta on ollut, että suuri osa aikuisväestöstä on ollut julkisesti tuetun hammashuollon järjestelyjen

ulkopuolella. Vasta vuoden 2001 alusta voimaan tulleiden kansanterveyslain ja sairausvakuutuslain muutosten seurauksena tilanne on muuttumassa.

Kunnat ovat voineet tuottaa palvelut omana toimintanaan tai kuntayhtymien kautta tai ostopalveluina toisilta kunnilta tai yksityiseltä sektorilta. Ostopalvelujen osuus perusterveydenhuollon palveluista on ollut käytännössä olematon aina nykypäivään saakka (työryhmän kysely terveyskeskuksille elokuussa 2001, liite 1). Hammashuollon laajennuksen yhteydessä ostopalveluiden määrän odotetaan myös peruspalveluiden osalta jonkin verran kasvavan, erityisesti suurissa kaupungeissa. Yksityiset palvelut ovat keskittyneet kaupunkeihin ja taajamiin. Myös erot maan eri alueiden välillä ovat suuret; eniten yksityisiä palveluita on tarjolla Etelä-Suomessa. Yksityissektori on vastannut lähinnä aikuisväestön hammashuoltopalvelujen tarjonnasta.

Suun terveydenhuollon peruspalveluiden tuottamisessa ovat mukana niin hammaslääkärit, hammashuoltajat ja –hoitajat kuin hammas- ja erikoishammasteknikot. Viime vuosina on keskusteltu erityisesti hammaslääkäreiden ja hammashuoltajien työnjaon kehittämistä siten, että hammashuoltajille voitaisiin siirtää enemmän aikaisemmin hammaslääkäreille kuuluneita tehtäviä. Kunnallisessa terveydenhuollossa työnjakoa onkin kehitetty, ja halukkuutta edelleen kehittämiseen on olemassa. Yhä edelleen osa hammashuoltajista terveyskeskuksissa työskentelee kuitenkin hammashoitajan viroissa. Toisaalta on myös todettu, että työnjaon kehittämällä ei välttämättä pystytä korvaamaan hammaslääkäreiden määrällistä tarvetta, koska samanaikaisesti tapahtuu hoidon kysynnän ja hoitojen vaatavuustason kasvua. Kun lisäksi suuri osa maan terveyskeskuksista on pieniä yksiköitä, ei näistä voida hammaslääkäriä korvata pelkästään työnjaollisilla toimenpiteillä, vaan muitakin ratkaisuja, kuten seudullista yhteistyötä, on kehitettävä.

### **3.2.2. Erikoissairaanhoito**

Erikoissairaanhoitolain mukaan erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia terveydenhuollon palveluita. Kunnan on lain mukaan huolehdittava, että kunnan asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Pääsääntöisesti erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan sairaanhoitopiirien kuntayhtymissä.

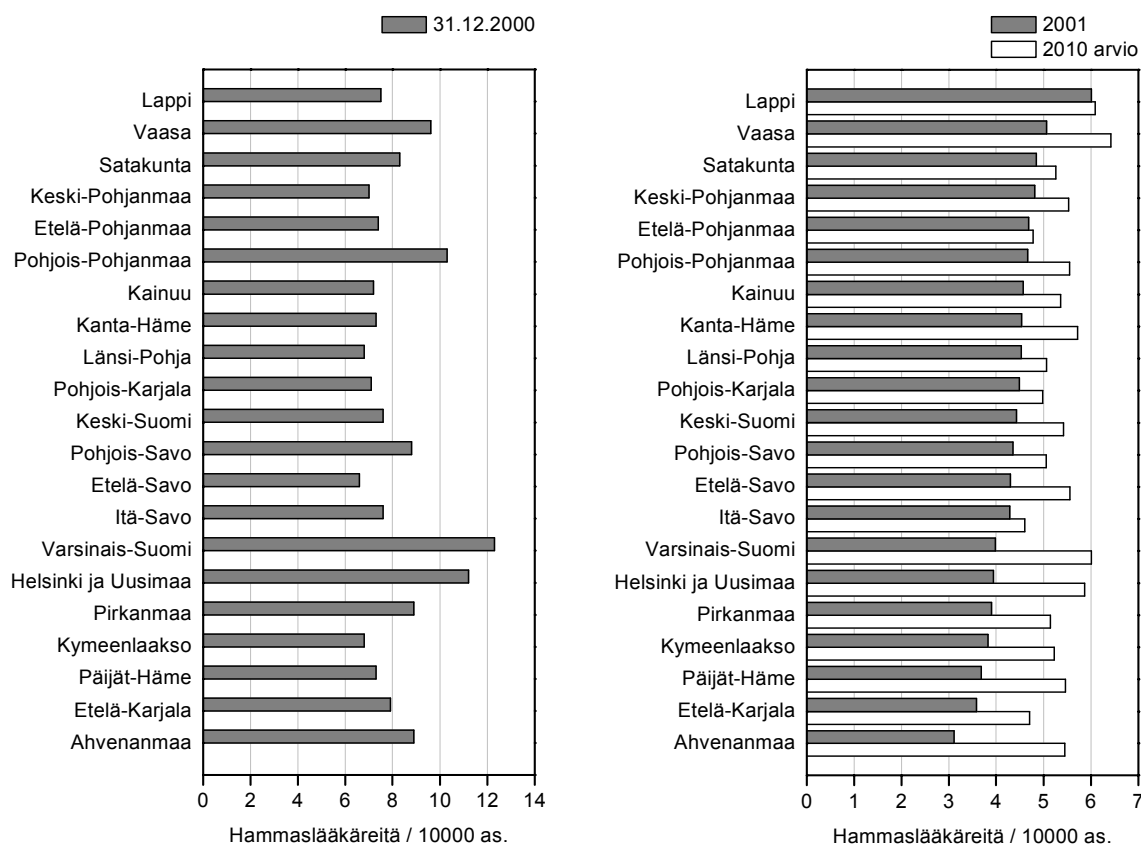
Suun terveydenhuollossa on raja peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon palveluiden välillä vielä selkiytymätön. Sairaanhoitopiirien tarjoamien palveluiden määrä on ollut vähäinen, ja erikoishammaslääkäreistä valtaosa työskentelee terveyskeskuksissa ja yksityissektorilla. Sairaanhoitopiirit ovat vastanneet aluksi lähinnä suu- ja leukakirurgisten palveluiden tarjonnasta. Tilanne on hitaasti muuttumassa, mutta esimerkiksi alueelliset erot ovat suuria, jopa yliopistosairaaloitten välillä. Samalla yli 20% terveyskeskuksista tuottaa kaikki suun terveydenhuollon palvelut itse. Toisaalta terveyskeskuksissakin on tilanne ollut sellainen, että suuri osa erikoishammaslääkäreistä on työskennellyt perushammaslääkärin virassa, koska kunnat eivät ole perustaneet erikoishammaslääkärin virkoja. Tässä suhteessa tilanne on ollut heikoin kliinisen hammashoidon erikoishammaslääkäreiden kohdalla. Yksityissektorilla työskentelee päätoimisesti hieman enemmän erikoishammaslääkäreitä kuin terveyskeskuksissa. Erityisesti oikomishoidossa terveyskeskukset ovat käyttäneet yksityisen sektorin tarjoamia palveluita ostopalveluina.

### **3.3. Hammaslääkärit ja erikoishammaslääkärit Suomessa**

Vuoden 2000 lopussa Suomessa oli 4810 työikäistä hammaslääkäriä (Terveydenhuollon ammattihenkilöt 31.12.2000). Terveyskeskuksissa ja yksityissektorilla työskentelee molemmissa noin 2100 hammaslääkäriä. Noin 300 hammaslääkäriä työskentelee sairaaloissa, yliopistoissa,

puolustusvoimissa tai Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä. Arvioiden mukaan lisäksi noin 400 palvelusuhteessa olevaa hammaslääkärinä työskentelee osa-aikaisesti yksityishammaslääkärinä.

Erikoishammaslääkärin pätevyys Suomessa oli vuoden 2000 lopussa 629:llä henkilöllä. Heistä noin 200 työskentelee terveyskeskuksissa, noin 60 sairaaloissa ja noin 250 päätoimisesti yksityishammaslääkärinä. Valtaosa palvelusuhteessa olevista erikoishammaslääkäreistä työskentelee lisäksi osa-aikaisesti yksityissektorilla. Erikoishammaslääkäripätevyudet jakautuvat erikoisaloittain seuraavasti: suu- ja leukakirurgia (suukirurgia) 84, hampaiston oikomishoito 140, kliininen hammashoito 268, terveydenhuolto (hammashuolto) 137.

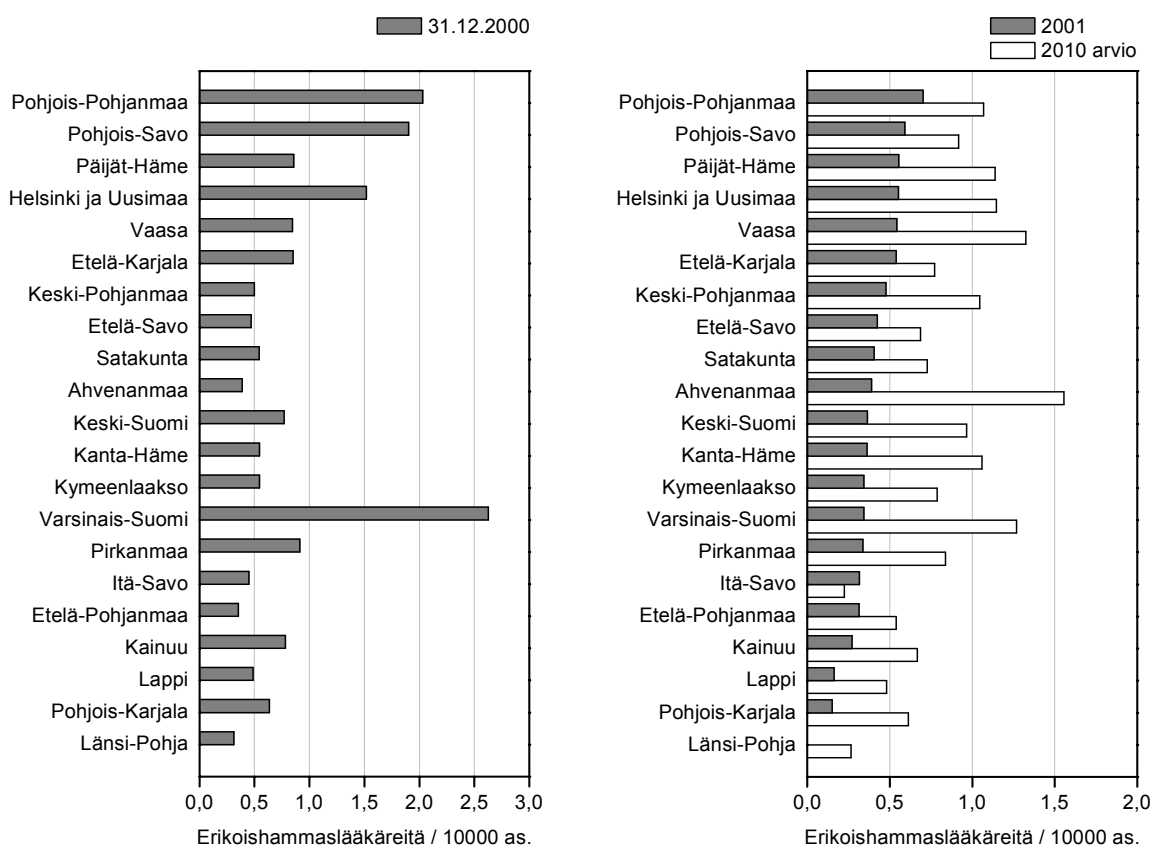


Kuva 1. Hammaslääkäreiden määrä suhteessa väestön määrään sairaanhoitopiireittäin. Vasemmanpuoleinen kaavio perustuu Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattihenkilöt 31.12. 2000 raportin tietoihin, ja sisältää kaikki työkäiset hammaslääkärit. Oikeanpuoleinen kaavio perustuu työryhmän keräämiin tietoihin julkisen terveystieteiden järjestelmän (terveyskeskukset ja sairaalat) hammaslääkärin viroista. Vuoden 2001 luku on tilanne elokuussa 2001. Arvio 2010 on terveystieteiden ja sairaanhoitopiirien vastauksissa annettu arvio virkatarpeesta vuonna 2010.

Kuvasta nähdään, että alueelliset erot hammaslääkäreiden määrässä suhteessa väestön määrään ovat suuret nykytilanteessa. Julkisen sektorin kohdalla suhteellisesti eniten hammaslääkäreitä oli Lapin sairaanhoitopiirissä, vähiten Ahvenanmaalla; ero on kaksinkertainen. Samanaikaisesti Lapissa on erittäin vähän yksityishammaslääkäreitä, mutta Ahvenanmaalla yksityishammaslääkäreiden suhteellinen osuus on suurimpia koko maassa. Kun sekä julkisen sektorin hammaslääkäri- virat että yksityisellä sektorilla työskentelevien määrät lasketaan yhteen, ovat alueelliset erot edelleen suuret, suurimmillaan lähes kaksinkertaiset (Varsinais-Suomi vs. Etelä-Savo). Yksityishammaslääkäreiden enemmistö on sijoittunut Etelä-Suomeen.

Työryhmän kyselyssä saadut arviot julkisen terveystalouden virkatarpeesta ovat hyvin johdonmukaisia ja alueellisia eroja tasoittavia. Lapissa ei ole oikeastaan lainkaan arvioitu lisätarvetta, ja lisätarve kohdistuu arvioissa nimenomaan niihin osiin maata, joissa julkisen sektorin suhteellinen osuus on ollut pieni, erityisesti aikuisväestön suun terveydenhuollossa. On kuitenkin huomattava, että tietyissä sairaanhoitopiireissä, julkisen palvelujärjestelmän arvioidun suuruinen laajennus nostaisi koko hammaslääkärimäärän suhteellisen osuuden erittäin korkeaksi ilman vastaavaa yksityissektorin supistumista. Vaihtoehtoisesti julkisen järjestelmän lisäykset voitaisiin toteuttaa myös ostopalveluiden kautta.

Erikoishammaslääkäreiden kohdalla tilanne ei ole läheskään yhtä selkeä, ja alueelliset erot sekä nykytilanteessa että arvioidussa tarpeessa ovat suuret (Kuva 2.). Tällä hetkellä hammaslääketehteen koulutusta antavien paikkakuntien (Helsinki, Oulu ja Turku) yliopistosairaaloitten resurssitilanne on muita yliopistosairaaloita parempi, koska erikoishammaslääkärinkoulutuksen virkoja on näissä sairaaloissa enemmän. Myös koulutettavat tuottavat erikoissairaanhoiton palveluita, vaikka heidän lukumääränsä ei näy erikoishammaslääkäritylöstä.



Kuva 2. Erikoishammaslääkäreiden määrä suhteessa väestön määrään sairaanhoitopiireittäin. Vasemmassa kaaviossa kaikki erikoishammaslääkärit, oikeassa kaaviossa terveystalouden ja sairaaloitten tilanne. Tietojen lähteet kuten kuvassa 1.



Erikoishammaslääkäreiden arvioitu lisätarve on suhteellisesti selvästi suurempi kuin hammaslääkäreiden kokonaislisätarve. Kuvioista nähdään kuitenkin, että niissä pienissä sairaanhoitopiireissä, joissa tälläkin hetkellä on pienin erikoishammaslääkäreiden suhteellinen osuus, myös tarve tulevaisuudessa on arvioitu kaikkein pienimmäksi. Kuten työryhmän kyselyssäkin kävi ilmi, erikoishammaslääkäripalvelujen puuttuessa on potilaiden hoidot monissa terveyskeskuksissa jouduttu toteuttamaan perushammaslääkäreiden toimesta. Näiden pienten sairaanhoitopiirien (Lappi, Länsi-Pohja, Kainuu, Etelä-Pohjanmaa, Itä-Savo) julkisen palvelujärjestelmän arvioima erikoishammaslääkäreiden tarve vastaa melko tarkkaan alueilla tällä hetkellä olevaa erikoishammaslääkäreiden määrää.

Suomessa toimivista hammaslääkäreistä tulee vuoteen 2010 mennessä vuosittain eläkeikään keskimäärin 110 henkilöä. Sen jälkeen eläkkeelle siirtyvien määrä tulee edelleen kasvamaan. Tällä hetkellä työikäisten sekä erikoishammaslääkäreiden että peruskoulutettujen hammaslääkäreiden määrä laskee selvästi, koska valmistumismäärät ovat pienempiä kuin eläkeikään tulevien määrät. Erikoishammaslääkäreistä vuoteen 2010 mennessä tulee eläkeikään keskimäärin 27,5 henkilöä vuosittain; suu- ja leukakirurgista 3, kliinisen hammashoidon spesialisteista 9, oikomishoidon spesialisteista 6 ja terveydenhuollon (lähinnä hammashuollon) erikoishammaslääkäreistä 9,5 tulee vuosittain eläkeikään. Erikoishammaslääkäreistä terveydenhuollon spesialistien määrä pienenee selvästi muita nopeammin. Myös kliinisen hammashoidon ja oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden lukumäärä pienenee nykyisillä tutkintomäärillä. Suu- ja leukakirurgien lukumäärä pysyy nykyisillä valmistumismäärillä suunnilleen samana vielä vuoteen 2010 saakka, mutta kääntyy sen jälkeen myös laskuun. Vuoden 2010 jälkeen terveydenhuollon erikoishammaslääkäreistä eläkeikään tulee vuosittain enää noin 4. Yksityissektorilla työskentelevien erikoishammaslääkärien ikäjakauma on selvästi vanhempi kuin julkisella sektorilla työskentelevillä. Vuoteen 2010 mennessä eläkeikään tulevista erikoishammaslääkäreistä vain joka neljäs työskentelee julkisella sektorilla.

*Taulukko 9. Arvio hammaslääkäreiden eläkkeelle siirtymisestä vuoteen 2010 mennessä. Arvio perustuu työryhmän kyselyyn ja STAKES:n ja Suomen Hammaslääkäriliiton tilastoihin.*

	Keskimäärin vuosittain	Yhteensä 2002-2010	Yhteensä julkiselta sektorilta
Kaikki hammaslääkärit	110	990	328
Erikoishammaslääkärit	27,5	241	77
- Hampaiston oikomishoito	6	48	
- Kliininen hammashoito	9	81	
- Suu- ja leukakirurgia	3	27	
- Terveydenhuolto	9,5	85	

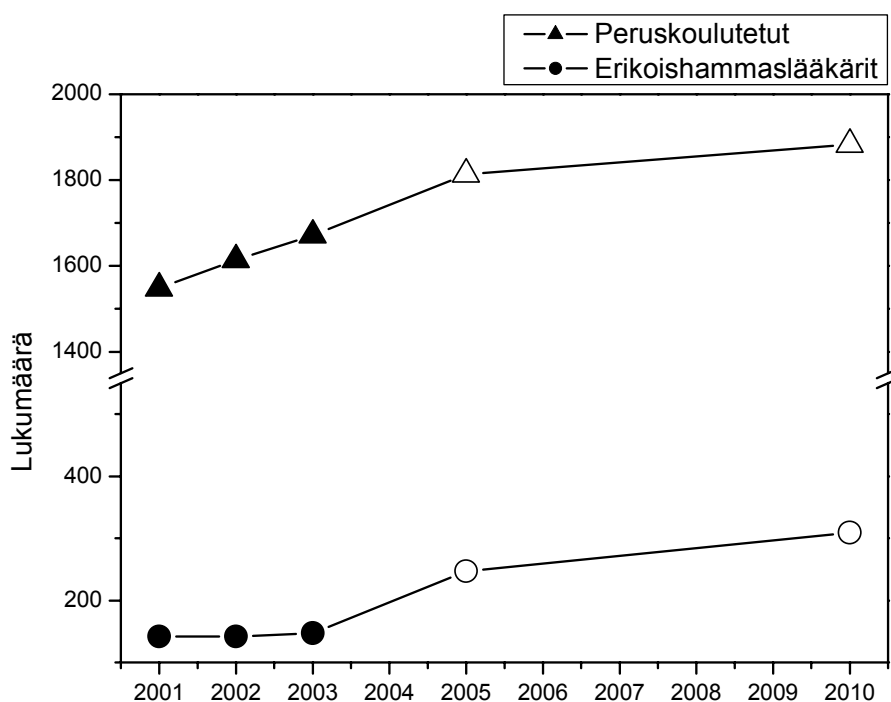
## 4. Kehittämistarpeet

### 4.1. Kysely sairaanhoitopiireille ja terveyskeskuksille elokuussa 2001: määrälliset kehittämistarpeet

Työryhmä toteutti kaikille sairaanhoitopiireille ja terveyskeskuksille osoitetun kyselyn suun terveydenhuollon henkilöstön määrästä ja kehitystarpeista koskien erityisesti erikoishammaslääkäritilannetta. Vastausaktiivisuus oli erinomainen, joten kysely edustaa hyvin julkisen sektorin ti-

lannetta. Vain Pohjois-Suomen terveystieteiden osalta vastausprosentti jäi alhaiseksi. Kyselyn pohjalta valmistettu raportti on tämän muistion liitteenä 1.

Terveystieteiden hyväksytyissä suunnitelmissa oli vuosille 2002 ja 2003 yhteensä vajaan 8%:n lisäys peruskoulutettujen hammaslääkäreiden virkoihin (Kuva 3.). Tilanteen arvioitiin jatkuvan samansuuntaisena vuoteen 2005 saakka, jolloin virkatarve taittuu. Virkatarpeen kehityksessä näkyy siis selvästi kansanterveystieteen muutoksen vaikutus. Erikoishammaslääkärin virkoja ei terveystieteiden perusteta vuosina 2002 ja 2003 kuin muutamia, mutta tarpeen arvioidaan kasvavan, ja jatkossa virkatarve kohdistuu nimenomaan erikoishammaslääkäreihin.



Kuva 3. Terveystieteiden hammaslääkäri- ja erikoishammaslääkäri virkojen tarve vuoteen 2010 mennessä. Vuoden 2001 tilanne on elokuussa 2001. Vuosien 2002 ja 2003 luvut (suljetut symbolit) ovat terveystieteiden hyväksytyistä suunnitelmista kyseisille vuosille. Vuosien 2005 ja 2010 luvut ovat terveystieteiden arvioita virkatarpeen kehittymisestä. Luvuissa ovat mukana ne 186 terveystieteen yksikköä, jotka ilmoittivat kyselyssä hyväksytyistä suunnitelmista.

Terveystieteiden järjestelmän arvioiden perusteella suun terveydenhuollon henkilöresurssien tarve julkisessa terveydenhuollossa kasvaisi selvästi vuoteen 2010 mennessä. Erityisen selvä lisätarve on erikoishammaslääkäreiden osalta. Taulukossa 10. on esitetty koko maata koskeva virkojen nykytila ja arvioitu lisätarve vuoteen 2010 mennessä.

*Taulukko 10. Hammaslääkärien, erikoishammaslääkärien ja hammashuoltajien virkojen nykytilanne (2001) ja arvioitu virkatarve julkisessa terveydenhuollossa vuoteen 2010 terveystieteiden ja sairaanhoitopiirien arvioon perustuen.*

	2001	2005	2010	Lisäys
Terveystieteiden keskus				
- Hammaslääkärit	1944	2270	2347	403
- Erikoishammaslääkärit	166	304	372	206
- Hammashuoltajat	459	765	836	377
Sairaanhoitopiirit				
- Erikoishammaslääkärit	69	114	133	64
- Hammashuoltajat	31	51	59	28
<b>Yhteensä</b>				
- Hammaslääkärit	1944	2270	2347	403
- Erikoishammaslääkärit	235	418	505	270
- Hammashuoltajat	490	816	895	405

Kun eläkkeelle siirtyminen otetaan huomioon, kasvaa esitettyjen arvioiden mukainen uusien hammaslääkäreiden tarve julkisessa palvelujärjestelmässä vuoteen 2010 mennessä 654:llä, uusien erikoishammaslääkäreiden tarve 347:llä ja uusien hammashuoltajien tarve 426:llä. Eläkkeelle siirtyminen saattaa tapahtua vielä jonkin verran nopeammassa tahdissa, koska erityisesti hammaslääkäreiden kohdalla erilaiset osa-aikaeläkeratkaisut ja yksilölliset eläkevakuutukset ovat yleisiä.

Kyselyn vastauksissa esitetty suun terveydenhuollon resurssien lisätarve julkisessa palvelujärjestelmässä on osittain seurausta kysynnän kasvusta ja lisääntyvästä hoidontarpeesta. Osittain kysymyksessä on myös reaktio kansanterveystieteen muutokseen (ns. hammashuollon kokonaisuudistus). Esitetyt virkatarpeet johtaisivat joillakin alueilla erittäin suureen hammaslääkäri- ja hammashuoltajien kokonaismäärään, mikä ei ole suhteessa hoidon tarpeen lisääntymiseen. Ratkaisuna resurssien lisätarpeeseen voivat siksi osittain olla järjestelyt yksityisen sektorin kanssa.

Kyselyn tuloksiin verrattuna sekä hammaslääkäreiden peruskoulutuksen että erityisesti erikoishammaslääkärikoulutuksen valmistuvien määrä on tällä hetkellä riittämätön turvaamaan tarvetta lähivuosina. Nykyisillä koulutusmäärillä on sekä hammaslääkäreiden että erikoishammaslääkäreiden kokonaismäärä Suomessa kääntynyt laskuun. Myös hammashuoltajien virkoihin kohdistuu lisätarvetta, mutta heidän lisäkoulutukseensa ei kyselyn tulosten perusteella ole tarvetta. Hammashuoltajien eläkkeelle siirtyminen on vielä tulevina vuosina suhteellisesti paljon vähäisempää kuin hammaslääkäreiden. Työnjakoa eri ammattiryhmien välillä tulee edelleen kehittää, mutta vastausten perusteella hammaslääkäreiden lisätarvetta ei ole mahdollista poistaa vain työnjaon muutoksilla. Hammashuoltajakoulutuksen määrillä ei ole vaikutusta erikoishammaslääkäreiden koulutustarpeeseen.

*Taulukko 11. Erikoisalojen määrälliset kehitystarpeet julkisessa terveydenhuollossa vuosina 2001-2010 terveystieteiden ja sairaanhoitopiirien arvioon perustuen.*

	2001	2005	2010	Lisäys
Oikomishoito	86	141	163	77
Kliininen hammashoito	39	132	167	128
Suu- ja leukakirurgia	47	73	91	44
Terveydenhuolto	63	72	84	21

Kyselyssä nousi selkeästi esille huoli suun terveydenhuollon palveluiden alueellisen jakautumisen epätasaisuudesta. Erikoishammaslääkäripalvelujen osalta erot ovat suurimmat, mutta monilla alueilla oltiin huolestuneita myös hammaslääkäreiden peruspalveluiden saatavuudesta.

Julkisen sektorin työvoimatarpeeseen vaikuttaa myös ostopalveluiden määrä. Perusterveydenhuollossa ostopalveluiden määrä on ollut toistaiseksi vähäinen, mutta hammashuollon laajennuksen seurauksena terveyskeskukset ovat ainakin tutkimassa ostopalvelutoiminnan laajentamismahdollisuuksia lähivuosina. Jo kyselyssä esitettyjen arvioiden perusteella ostopalvelujen määrä perusterveydenhuollon palveluista on kasvamassa lähes nelinkertaiseksi nykyiseen verrattuna. Erikoishammashoidossa ostopalveluita on toteutettu jo aiemmin enemmän kuin perusterveydenhuollossa, eikä niiden määrän odoteta oleellisesti kasvavan. Myös pienemmissä sairaanhoitopiireissä erikoissairaanhoidon toimenpiteitä hankitaan jonkin verran ostopalveluna, mutta koko maan mittakaavassa ostopalvelutoiminta on vähäistä.

Erikoistason hoidon toimivuutta pidettiin parhaana terveyskeskuksissa. Sairaanhoitopiireissä erikoistason hoidon toimivuutta pidettiin huonompana kuin terveyskeskuksissa tai yksityissektorilla. Erot olivat kokonaisuutena pieniä, vaikka alueellisia eroavaisuuksia on olemassa.

#### ***4.2. Kysely sairaanhoitopiireille ja terveyskeskuksille elokuussa 2001: sisällölliset kehittämistarpeet***

Kyselyssä tiedusteltiin myös hammaslääketieteen erikoisalojen tarkoituksenmukaisuutta suun terveydenhuollon kannalta. Hampaiston oikomishoidon, suu- ja leukakirurgian ja terveydenhuollon erikoisaloihin kohdistui terveyspalvelujärjestelmän suunnalta vain määrällisiä kehittämistarpeita, mutta kliinisen hammashoidon osalta myös painotuskysymykset nousivat esiin. Erityisesti vastauksissa painotettiin laaja-alaisen kliinisen hammashoidon erikoishammaslääkäritutkimuksen tarvetta. Monia nykyisiä painotusaloja pidettiin terveyspalvelujärjestelmän tarpeisiin nähden kapea-alaisina ja lähinnä yliopistojen tarpeista nousevina. Protetiikan ja puurenan kuntoutuksen, parodontologian ja parentafysiologian merkitystä pidettiin kliinisessä hammashoidossa tärkeänä. Lisäksi nousi esiin vanhusväestön suun terveydenhuollon erityistarpeiden merkitys.

Kyselyn tulosten perusteella ei ole tarvetta puuttua hampaiston oikomishoidon, suu- ja leukakirurgian ja terveydenhuollon erikoishammaslääkärikoulutuksen rakenteeseen. Kliinisessä hammashoidossa on säilytettävä laaja-alainen specialiteetti sekä harkittava joidenkin painotusalueiden muuttamista.

#### ***4.3. Suun terveydenhuollon työnjaon ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sisällöllinen kehittäminen***

Suun terveydenhuollon ketjutuksen parantamisen edellytyksenä on, että alueellisia eroja palvelujen tarjonnassa voidaan tasata. Työryhmän mielestä erikoishammaslääkärikoulutuksen määrällinen lisääminen on ensimmäinen toimenpide, jolla erikoissairaanhoidon palveluita suun terveydenhuollossa voidaan parantaa. Koulutuspaikkojen lisäämisellä on jo koulutusaikana suuri merkitys niille yksiköille, joihin virkoja perustetaan. Siksi työryhmä katsoo, että erikoishammaslääkärikoulutusta tulee pyrkiä hajauttamaan mahdollisimman laajalle sairaaloihin ja terveyskeskuksiin. Koulutuksen hajauttamisessa tulee huomioida laadukkaan ohjauksen järjestäminen.

Kunnat ja sairaanhoitopiirit ovat keskeisessä asemassa sekä erikoishammaslääkärikoulutuksen että yleensä erikoishammaslääkäripalvelujen lisäämisessä, koska koulutusvirat sijaitsevat julkisen terveystalouden järjestelmän yksiköissä. Helsingin, Oulun ja Turun yliopistolliset sairaalat saavat erityisvaltionosuusjärjestelmän kautta 58 700 euron korvauksen jokaisesta yksikössä suoritetusta erikoishammaslääkäritutkinnosta. Muut kliinisen koulutuksen antamiseen osallistuvat terveydenhuollon yksiköt saavat koulutuksen kustannuksiin kuukausikorvausta, joka on tällä hetkellä 1010 euroa hyväksytyltä koulutuskuukaudelta. Koska koulutuksen laajentuminen voi tapahtua lähinnä koulutuksen hajauttamisen kautta, tulee kuntia ja kuntainliittoja rohkaista sopivien virkojen ja toimien perustamiseen.

Sekä työryhmän kyselyssä että terveystalouden järjestelmän asiantuntijoiden kuulemisessa nousi esille huoli erityisesti peruskoulutettujen hammaslääkäreiden kliinisten valmiuksien tasosta. Erikoishammaslääkärikoulutus ei voi toimia ratkaisuna, jolla pyritään korvaamaan valmistuvien hammaslääkäreiden taidoissa esiintyviä puutteita. Sekä palvelutarpeen tyydyttämiseksi että onnistuneen hoidon ketjutuksen toteuttamiseksi on välttämätöntä, että peruskoulutettu hammaslääkäri pystyy vastaamaan perushoitopalveluiden tuottamisesta sekä lapsille että aikuisväestölle.

Suu- ja leukakirurgian ja hampaiston oikomishoidon erikoiskoulutukseen ei kohdistu suuria sisällöllisiä kehittämistarpeita. Tosin oikomishoidon koulutuksessa integraation seurauksena potilaiden jakauma on painottunut koulutusyksiköiden edustajien mukaan liiaksi sairaalaympäristöön ja aikuispotilaisiin. Kliinisen koulutuksen monipuolisuuden turvaamiseksi oikomishoidon koulutuksen hajauttamista terveyskeskuksiin, jossa hoidetaan lapsia ja nuoria, pidetään välttämättömänä.

Terveydenhuollon erikoishammaslääkärikoulutuksen sisällölliset kehittämistarpeet ovat myös vähäiset. Erikoisalan koulutuksen rinnalle kaivataan kuitenkin lyhyempää hallinnollista koulutusta korvaamaan aikaisempaa hallinnon pätevyyttä. Koulutuksen tehostamiseksi ehdotetaan erillistä arvosanakoulutusta, jota jo tällä hetkellä on toteutettu sekä lääkäreiden että hammaslääkäreiden koulutuksessa.

Kliinisen hammashoidon koulutuksessa on painottunut laaja-alaisen koulutuksen tarve. Vanhustyön erityisongelmien, proteettisen ja parodontologisen sekä purentafysiologisen sisällön lisäämistä koulutukseen ehdotettiin useissa työryhmän kyselyyn tulleissa vastauksissa. Laaja-alaisen koulutuksen tulee sisältää painotusalueen lisäksi riittävästi opintoja myös muilta kliinisen hammashoidon osa-alueilta diagnostiikka mukaan lukien. Myös erikoissalarajojen ylittävä koulutus on otettava koulutusohjelmissa huomioon.

#### ***4.4. Muiden työryhmien ja hankkeiden ehdotukset***

Hammashuollon osalta suun terveydenhuollon kehittämisprojekti nosti esiin keskeisinä tavoitteina hammashuollon tasavertaisen ja hoidontarpeet kattavan saatavuuden toteutumisen ja asiakasmaksujen yhtenäistämisen muiden terveydenhuollon maksujen kanssa. Väestövastuun tulisi toteutua myös suun terveydenhuollossa.

Henkilöstön työnjaon ja rakenteen osalta painotettiin hammashoidon työnjaon kehittämistä ja yhteistyötä. Työn ja tehtävien delegointia tulisi tukea täydennyskoulutuksella ja työpaikkakoulutuksella. Myös johtamiseen kiinnitettiin huomiota.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunta painotti, että hammaslääkäritarve tulee selvittää vuoteen 2003 mennessä

Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys lääkäreiden ja hammaslääkäreiden määristä (lokakuu 2001) oli terveyskeskusten virkojen osalta hyvin yhteensopiva työryhmän oman kyselyn tulosten kanssa. STM:n selvityksessä todettiin avoinna olevien hammaslääkäri virkojen määrän olevan jonkin verran suurempi kuin aikaisempina vuosina, mutta virkojen täyttöaste oli kuitenkin hyvä.

## 5. Työryhmän ehdotukset

### 5.1. Koulutuksen uudistaminen

Koulutuksen uudistamisessa lähtökohtana ovat potilaiden ja terveystalvelujärjestelmän tarpeet. Terveystalvelujärjestelmän näkemyksiä erikoisalujen sisällöllisistä uudistamistarpeista selvitettiin työryhmän laatimalla kyselyllä sekä asiantuntijoita kuulemalla. Selvitysten perusteella erikoisalujen nykyiseen rakenteeseen ja koulutuksen tuottamaan osaamiseen oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä. Vastauksissa painottui kuitenkin laajan kliinisen osaamisen tarve. Näin ollen työryhmä esittää, että erikoishammaslääkärikoulutuksen erikoisalajat olisivat edelleenkin seuraavat:

- kliininen hammashoito
- suu- ja leukakirurgia
- hampaiston oikomishoito
- terveydenhuolto.

Kaikkien alojen koulutuksessa tulee kehittää alakohtaiset rajat ylittävää, laajaa kliinistä näkemystä tuovaa osaamista. Koulutuksessa tulee varmistaa riittävän laajat ja monipuoliset teoreettiset opinnot. Kliinisen koulutuksen integraatiota on tarpeen kehittää edelleen niin, että koulutettavat saavat koulutuksessa ollessaan potilaita diagnostiikan, hoidon suunnittelun ja hoidon toteutuksen vaatimusten edellyttämällä tavalla sekä riittävän pitkät, hoidon vaikutuksia ja pysyvyyttä arvioivat seurantamahdollisuudet.

Suu- ja leukakirurgian koulutusta kehitetään edelleen yhdessä lääketieteen erikoistumiskoulutuksen kanssa. Myös terveydenhuollon koulutuksen kehittämisessä tulee huomioida yhteistyö erikoislääkärikoulutuksen vastaavan erikoisalalan kanssa. Tavoitteena tulee olla mahdollisimman pian yhteinen terveydenhuollon erikoistumiskoulutus suu- ja leukakirurgian koulutuksen tapaan niin, että koulutukseen voi hakeutua sekä hammaslääkäri- että lääkärikoulutuksen pohjalta ja että yhteinen koulutus antaa yhdenmukaisen kelpoisuuden terveydenhuollon tehtäviin.

Koulutusten pituudeksi esitetään entisten laajuuksien mukaisesti kolme vuotta kliinisessä hammashoidossa, oikomishoidossa ja terveydenhuollossa sekä kuusi vuotta suu- ja leukakirurgian koulutuksessa. Terveystalveluollon koulutus tulee jatkossa yhtäläistä lääkärien terveydenhuollon koulutuksen kanssa.

Työryhmä katsoo, että koulutukseen ottamisen edellytyksenä tulee edelleenkin pitää kahden vuoden kokopäivätoimista kliinistä työskentelyä. Työryhmä pitää tärkeänä, että osa kliinisestä kokemuksesta tulisi hankkia terveyskeskuksessa yleiskuvan saamiseksi terveydenhuollon palvelujärjestelmästä ja väestön suun terveydestä ja sen kehittämistarpeista. Tavoitetta tukee valtio-

neuvoston päätös, jonka mukaan hammaslääkärin on perustutkinnon suorittamisen jälkeen suoritettava 9 kuukauden käytännön palvelu terveyskeskuksessa.

Koulutusta on edelleen kehitettävä terveystalvurjestrclm4n kaikille tasoille hajautettuna. Edellytyksen4 on kuitenkin, ett4 koulutuspaikoissa on riitt4v4sti kokeneita erikoishammasl44k4reit4 klinisiksi kouluttajiksi ja ohjaajiksi. Kokoneiden klinisten kouluttajien ja ohjaajien tarve on erityisen ajankohtainen, sillä valtioneuvosto Kansallisen terveystalvurjestrclm4n suositusten perusteella 11.4.2002 tekem4ss4n periaatep44t4ksess4 edellytt44, ett4 erikoistumiskoulutuksesta v4hint44n puolet suoritetaan muualla kuin yliopistosairaalassa.

Ty4ryhm4 katsoo, ett4 koulutuksen kehitt4misess4 ja m44r4llisess4 suunnittelussa hammasl44k4ri- ja erikoishammasl44k4rikoulutusta tulisi avustaa valtakunnallinen Terveystalvurjestrclm4n ammattihenkil4iden neuvottelukunta ja yliopistojen yhteyteen perustetut, erikoisl44k4rin tutkintoasetuksessa tarkoitettut alueelliset neuvottelukunnat.

Valtakunnallisen koordinaation varmistamiseksi opetusministeri4n tulisi antaa koulutusta koskevat ohjeina valtakunnallista kuulustelua koskevat uudistetut ohjeet.

## **5.2. Tutkintoasetuksen uudistaminen**

Tutkintoasetuksen uudistamisessa on l4hdetty siit4, ett4 kehitt4misehdotusten perusteella valmistellaan uusi, tutkintoa ja koulutusta ohjaava asetus. Asetuksessa on otettu huomioon edell4 todettut koulutuksen ja tutkinnon kehitt4mist4 koskevat periaatteet.

Asetuksessa otetaan huomioon my4s erikoisl44k4rin tutkinnosta annettu, 1.1.1999 voimaan tullut asetus. Uusi asetus painottaa henkil4kohtaisen opetussuunnitelman laatimista, ohjauksen tehostamista ja opiskelijan aktiivista osallistumista niin oman edistymisen kuin koulutuksen j4rjestelyjen ja laadun arviointiin. T4h4n pyrit44n my4s hammasl44ketieteen erikoistumiskoulutuksessa, ja nykyinen k4yt4nt4 on jo edennyt t4h4n suuntaan.

Ty4ryhm4n ehdotus uudeksi tutkintoasetukseksi on liitteen4 3. Ty4ryhm4 esitt44, ett4 riitt4v4n valmisteluajan antamiseksi uusi asetus tulisi voimaan 1.8.2003. Lis4ksi ty4ryhm4 esitt44, ett4 erikoistumassa olevat voisivat opiskella vanhan, nyt voimassa olevan asetuksen mukaisesti vuoden 2006 loppuun saakka. Mik4li erikoistuva haluaa opiskelemaan uuden asetuksen mukaisesti, koulutusyksikk4 p44tt44 siit4, milloin siirtyminen on mahdollista.

Tutkintoasetuksen antamisessa ty4ryhm4n valmistelun ulkopuolelta tulleen4 asiana joudutaan ottamaan huomioon edell4 mainittuun valtioneuvoston periaatep44t4kseen sis4ltyv4 p44t4s siit4, ett4 erikoishammasl44k4rikoulutuksesta v4hint44n puolet tulee suorittaa muualla kuin yliopistosairaalassa.

## **5.3. Kliinisen hammashoidon painotusalat**

Terveystalvurjestrclm4n yksik4ille osoitetun kyselyn tuloksiin ja asiantuntijalausuntoihin perustuen ty4ryhm4 painottaa yksimielisesti laaja-alaista kliinisen hammashoidon koulutusta. Koulutuksen tulee kattaa erikoisalanan osa-alueet riitt4v4ss4 laajuudessa. My4s ik44ntyneen v4est4n suun terveystalvurjestrclm4n ongelmat tulee ottaa koulutuksessa huomioon. Ty4ryhm4 ehdottaa,

että tutkintoasetuksessa mainitaan kliinisen hammashoidon erikoisala, mutta ei erillisiä painotusaloja.

Koulutuksen käytännön syistä kliinisen hammashoidon koulutusohjelma ja kuulustelu voidaan järjestää ns. painotusalojen pohjalta. Valtakunnallisen koordinaation säilyttämiseksi on tarpeen, että kliinisen hammashoidon painotusaloista päätetään opetusministeriön antamissa valtakunnallista kuulustelua koskevissa ohjeissa.

Painotusalojen määrää ja rakennetta on käsitelty työryhmässä perusteellisesti ja erilaisia näkemyksiä arvioiden. Ehdotuksen pohjana on työryhmän enemmistön kanta painotusaloista. Työryhmä ehdottaa, että nykyisistä kuudesta painotusaloista poistetaan hammaslääketieteellinen mikrobiologia, suupatologia ja hammaslääketieteellinen radiologia. Kariologian painotusala tulee nimetä uudelleen kariesopin ja juurihoidon painotusalaksi. Protetiikka ja purenan kuntoutus ehdotetaan nimettäväksi protetiikan ja purentafysiologian painotusalaksi. Parodontologian painotusalan uudeksi nimeksi ehdotetaan hampaiston tukikudossairaudet. Uusina painotusaloina kliinisen hammashoidon erikoisalan sisällä ehdotetaan perustettavaksi hammaslääketieteellinen diagnostiikka (korvaa suupatologian, hammaslääketieteellisen radiologian ja hammaslääketieteellisen mikrobiologian) sekä lasten hammashoito.

Kliinisen hammashoidon painotusalat, jotka esitetään sisällytettäväksi opetusministeriön päätökseen tai asetukseen valtakunnallisesta erikoisalan kuulustelusta, ovat siis:

- kariesoppi ja juurihoito
- hampaiston tukikudossairaudet
- protetiikka ja purentafysiologia
- lasten hammashoito
- hammaslääketieteellinen diagnostiikka.

#### ***5.4. Erikoishammaslääkärikuulustelun uudistaminen***

Työryhmä ehdottaa, että erikoishammaslääkärikuulustelua uudistetaan siten, että valtakunnallisessa kuulustelussa kliinisen hammashoidon erikoisalan tentin suorittajat vastaavat vain koulutuksen pääosa-alueen kysymyksiin. Näin tentin rakenne vastaa muiden erikoisalojen tentin rakennetta. Kaikilla erikoisaloilla tentin kysymysten määräksi ehdotetaan kuusi, joista viiteen tulee vastata. Tentin hyväksytyt suorittaminen edellyttää, ettei yhtään vastausta arvostella 0-vastaukseksi ja että kokonaispistemäärä tentissä on vähintään ½ maksimipistemäärästä. Suu- ja leukakirurgian tentissä noudatetaan yhdenmukaista käytäntöä lääketieteen vastaavan erikoisalan kanssa. Sivuosa-alueiden tentit ehdotetaan järjestettäväksi koulutusyksiköissä. Työryhmä painottaa, että uudistetun kuulustelujärjestelmän käyttöönoton jälkeenkin koulutusyksiköt vastaavat siitä, että erikoistuville annetaan laaja-alaiset tiedot ja taidot ja että niiden saavuttamista arvioidaan riittävässä laajuudessa koulutuksen aikana.

Työryhmä esittää, että opetusministeriön antamat, vuodelta 1987 olevat valtakunnalliset ohjeet uudistetaan. Valtakunnallisissa ohjeissa tulee olla seuraavia asioita koskevat ohjeet:

- kuulustelun järjestäminen yliopistojen yhteistyönä, Helsingin yliopisto koordinoiva yksikkö
- yliopistot sopivat kuulustelujen järjestämisestä niin, että kuulusteluja pidetään riittävä määrä vuodessa
- kuulustelujen laadinnassa, niiden arvioitsijoiden nimeämisessä, arviointiperusteiden asettamisessa ja arvostelussa huolehditaan siitä, että erikoistujien tasavertainen kohtelu varmistuu



- erikoistuvilla on oikeus tietää hänen suorituksensa arvostellut henkilö ja oikeus valittaa arvostelusta
- erikoishammaslääkärin tutkintoon johtavan kliinisen hammashoidon painotusalat.

### ***5.5. Moniammatillinen johtamiskoulutus***

Työryhmä katsoo, että nykymuotoinen hallinnon pätevyyden koulutus on tarkoituksenmukaista lakkauttaa vastaavasti kuin on tehty lääkärikoulutuksenkin osalta. Tilalle tulee kehittää uusi muotoinen moniammatillinen sosiaali- ja terveystieteiden johtamisen ja hallinnon koulutus. Koulutuksen kehittämisessä otetaan huomioon Kansallisen terveysprojektin 9.4.2002 julkistamat suositukset sekä niiden perusteella tehty valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisesta.

Valtioneuvoston päätöksen mukaan terveydenhuollon johtamista kehitetään järjestämällä moniammatillinen terveydenhuollon johtamiskoulutusohjelma lääketieteen ja terveystieteiden opetusta antaviin yliopistoihin viimeistään vuonna 2005. Yliopistot yhdessä opetusministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton kanssa vastaavat koulutuksen sisällöstä.

### ***5.6. Erikoishammaslääkärin koulutusmäärä***

Erikoishammaslääkäreiden koulutusmäärää tulee lisätä kaikilla erikoisaloilla. Yhteensä koulutuksen aloituspaikkoja tulisi lisätä niin, että kliinisten erikoisalojen koulutuksen käytettävissä olisi vähintään 30 virkaa tai tointa nykyistä enemmän. Koulutusvirkojen ja -toimien lisäyksessä tulee huomioida koulutuksen hajauttaminen myös pienempiin sairaaloihin ja terveyskeskuksiin, jotta osa koulutuksesta voi tapahtua yliopistosairaaloiden ulkopuolella. Terveydenhuollon koulutuspaikkoja tulee lisätä noin viidellä. Aloituspaikkojen lisäyksen pohjalta erikoishammaslääkärin tutkintojen määrä lisääntyy 10-12:lla vuosittain.

Edellä esitetyn lisäyksen perusteella työikäisten erikoishammaslääkäreiden määrä on vuonna 2010 jokseenkin sama kuin nykyinen määrä. Sen jälkeen määrä ehdotetulla koulutusvirkojen lisäyksellä kääntyisi lievästi nousuun. Ehdotettu lisäys ei pysty täyttämään työryhmän kyselyssä terveyspalvelujärjestelmän esittämää erikoishammaslääkärin virkatarvetta, vaan yksityissektorin tarjoamia palveluita on hyödynnettävä edelleen runsaasti. Koulutusvirkojen perustamisella voidaan jossain määrin helpottaa myös palvelutarvetta, mutta koulutuspaikkojen valinnassa tulee kuitenkin huolehtia koulutuksen kannalta riittävän kliinisen ohjauksen saamisesta.

Uusista kliinisten erikoisalojen koulutusviroista tulisi työryhmän mukaan noin 15 olla kliinisen hammashoidon erikoisalan koulutuspaikkoja, 10 oikomishoidon ja 5 suu- ja leukakirurgian koulutuspaikkoja. Kliinisen erikoisalan sisällä on eniten tarvetta protetiikan ja parentafysiologian sekä hampaiston tukikudossairauksien painotusaloilla. Hammaslääketieteelliseen diagnostiikkaan ja lasten hammashoiton painottuneiden erikoishammaslääkäreiden tarve terveyspalvelujärjestelmässä on erittäin pieni, ja näiden painotusalojen koulutusmäärät tulee pitää pieninä. Yliopistojen välistä yhteistyötä tulee kehittää erityisesti pienten painotusalojen koulutuksessa.

Terveydenhuollon erikoishammaslääkärikoulutuksen määrällisessä kehittämisessä tulee huomioida myös moniammatillisen johtamiskoulutuksen kehittäminen kansallisen terveysprojektin ehdotusten mukaisesti.

## **5.7. Koulutuksen järjestelyt**

Erikoishammaslääkärikoulutus tapahtuu koulutusta varten perustetuissa viroissa, toimissa ja tehtävissä. Koulutuksen pituus on suu- ja leukakirurgiassa 6 vuotta ja muilla erikoisaloilla 3 vuotta. Koulutusvirkojen perustamisen yhteydessä tulee taata myös riittävät tietotekniset valmiudet sekä teoreettisen opiskelun edellyttämät resurssit koulutuspaikoissa. Erikoistuvien tasa-arvoisen kohtelun varmistamiseksi ja käytännön järjestelyjen suunnittelun ja sujuvuuden helpottamiseksi tulee henkilökohtainen opintosuunnitelma laatia mahdollisimman varhain koulutuksen alkaessa.

## **5.8. Muut ehdotukset**

Työryhmä ehdottaa, että hammaslääkäritutkinnon valmistumismääriin tulee kiinnittää huomiota, ja mm. selvittää keskeyttämisten ja koulutusosalta poissiirtymisten syyt. Nykyisiä aloituspaikkoja tulee työryhmän käsityksen mukaan lisätä erikoishammaslääkärikoulutuksen aloituspaikkojen lisäystä vastaavalla määrällä (30-40) hammaslääkäritarpeen tyydyttämiseksi.

Työryhmä painottaa edelleen, että peruskoulutuksessa annettavia kliinisiä valmiuksia tulee parantaa. Tässä suhteessa kliinisen koulutuksen integraation toimeenpanoa tulee kehittää ja turvata riittävän monipuolinen ja laaja-alainen kliininen työskentely ja ohjaus koulutusaikana.

Laajennettavaksi esitetyn koulutuksen kustannukset tulee ottaa huomioon sekä yliopistojen rahoituksessa että terveystalvujärjestelmälle myönnettävässä kliinisen koulutuksen rahoituksessa.

## **6. Ehdotusten taloudelliset vaikutukset**

Koulutusmäärien lisääminen vaikuttaa koulutuksesta maksettavan erityisvaltionosuuden määrään. Tutkinnoista maksettavan korvauksen määrä tulisi erikoishammaslääkäritutkintojen osalta nousemaan 469 600 – 587 000 euroa vuodessa (8-10 x 58 700 euroa) nykyisellä korvaustasolla. Koska valtaosa uusista koulutusviroista tulisi sijaitsemaan muualla kuin Helsingin, Oulun tai Turun yliopistollisissa sairaaloissa, terveystalvujärjestelmän yksiköille maksettava kuukausikorvaus tulisi kasvamaan noin 363 600 euroa vuodessa (30 x 12 x 1010 euroa).

Myös hammaslääkäreiden peruskoulutuksen lisääminen kasvattaa tutkinnoista maksettavan erityisvaltionosuuskorvauksen määrää. Koulutuksen aloituspaikkojen lisääminen 30-40:llä vuodesta 2008 alkaen nostaisi erityisvaltionosuuden tutkintokorvauksen määrää 1 734 000 – 2 348 000 euroa vuodessa.

Yliopistojen osalta erikoistumiskoulutuksen ja peruskoulutuksen lisäämisestä aiheutuisi yhteensä noin 6 miljoonan euron lisäkustannukset vuoteen 2010 mennessä.

## **Liitteet**

Liite 1. Erikoishammaslääkärikoulutuksen työryhmän terveystieteille ja sairaanhoitopiireille tekemän kyselyn yhteenveto.

Liite 2. Erikoishammaslääkärikoulutuksen työryhmän terveystieteille ja sairaanhoitopiireille tekemän kyselyn kyselylomake.

Liite 3. Ehdotus asetukseksi erikoishammaslääkäriin tutkinnosta.