

Aikuisten hammashoito suurten ja keskisuurten kaupunkien terveyskeskuksissa

EVA WIDSTRÖM – ANNAMARI NIHTILÄ

Johdanto

Kansanterveyslain muutos poisti ikärajoitukset hammashoidosta ja joulukuusta 2002 lähtien ovat kaikenikäiset voineet hakeutua terveyskeskushammashoitoon. Samalla laajennettiin yksityisen hammashoidon sairausvakuutuskorvaukset koskemaan koko väestöä. Uudistuksen tavoitteena oli edistää väestön tasa-arvoa hoitopalvelujen saatavuudessa ja vähentää hoitokustannusten merkitystä hoitoon hakeutumisen esteenä. Tavoitteena oli myös saattaa suun ja hampaiden hoito samaan asemaan muun terveydenhuollon kanssa niin, että palvelut järjestetään ja annetaan potilaan terveydentilan edellyttämän hoidon tarpeen perusteella.

Vaikka jo kansanterveyslakia säädettäessä tavoitteena oli luoda hammashoitoon samanlainen koko väestölle tarkoitettu peruspalvelujärjestelmä kuin muussakin terveydenhuollossa, hammashoitoa lähdettiin kehittämään erillisenä kokonaisuutena ja päähuomio kohdistettiin alkuvaiheessa lapsiin ja nuoriin. Näin terveyskeskusten suun terveydenhoitopalvelujen laajeneminen koko väestöä koskeväksi kesti noin 30 vuotta (taulukko 1). Samanaikaisesti yksityisten palvelujen käyttöä tuettiin enenevästi julkisista varoista.

Stakes on seurannut hammashoitopalvelutarjonnan kehittymistä terveyskeskuksissa 1990-luvun puolivälistä. Ennen vuosien 2000–2002 hammashoitouudistuksen voimaantuloa noin kolmannes väestöstä asui sellaisilla, useimmiten pienillä paikkakunnilla, joilla terveyskeskus tarjosi suun terveydenhoitoa kaikille ikään katsomatta. Toinen kolmannes asui kunnissa, joissa palveluja tarjottiin silloin voimassa olleen kansanterveysasetuksen mukaisesti ensisijaisesti vuonna 1956 syntyneille ja sitä nuoremmille sekä mahdollisesti vielä joihinkin erityisryhmiin kuuluvil-

le. Kolmannes väestöstä asui sellaisissa kunnissa, usein suurissa kaupungeissa, joissa suun terveydenhoito oli kunnan omalla päätöksellä rajoitettu koskemaan asetuksen suositusta nuorempia ikäryhmiä. (Widström & al. 1997.) Tämän ymmärtämiseksi on pakko palata historiaan. Lasten ja nuorten hammashoidon järjestämistä ja sen sisältöä ohjattiin ja lasten hammaskariesta seurattiin varsin yksityiskohtaisesti lääkintöhallituksen toimesta 1970- ja 1980-luvulla. Silloin käyttöön otetun ns. järjestelmällisen hammashoidon käsitteeseen sisältyivät säännöllisesti (aluksi kerran vuodessa) toistuvat tarkastukset ja kaikki tarpeelliset hoitotoimenpiteet kerran hoidon piiriin otetuille sekä terveille että sairaille. Hammassairauksien (etupäässä karieksen ja ientulehduksen) ehkäisyyn kohdennettiin paljon voimavaroja. 1970-luvulla tämä tapahtui pitkälti kollektiivisesti kouluilla harjausopetuksen ja fluoripurskuttelujen muodossa. 1980-luvulla ehkäisy muuttui yhä enemmän hoitoloissa yksilöllisesti tehtävien toimenpiteiden suuntaan. Tällaisia olivat mm. fluorilakkaukset ja vastapuhjenneiden hampaiden pinnoittaminen muovilla (Kärkkäinen 1997; Helminen 2003). Myös oikomishoitoon panostettiin runsaasti. Näin ollen lasten ja nuorten hoito on vinyt jatkuvasti runsaasti resursseja, vaikka suun terveys tässä ryhmässä on ollut parhain. Hoitojen vaikuttavuuteen sen sijaan on kiinnitetty vähän huomiota ja uusin näyttöön perustuva tieto puoltaisikin suusairauksien ehkäisyn painopisteen siirtämistä hoitoloista takaisin kotioloihin. Tällöin vapautuvaa kapasiteettia voitaisiin käyttää aikuisten hoitoon. Nuorten priorisointi terveyskeskuksissa johti siihen, että aikuisväestö jäi pääosin yksityisten hammashoitopalvelujen varaan ja yksityissektorin merkitys hammashoidossa oli suurempi kuin muussa terveydenhoidossa.

Taulukko 1. Yhteiskunnan tukeman hammashoidon kehittyminen Suomessa

Kunnallinen hammashoito kansakoululaisille aloitettiin vuonna 1956
Yleissairauden parantamiseksi välttämätön hammashoito sairausvakuutuskorvauksen piiriin vuodesta 1964
Kansanterveyslaki: kunnallisen hammashoidon piiriin kuuluvien ryhmää laajennettiin ikäluokka kerrallaan nuoremmista vanhimpiin vuonna 1972: 0–2- ja 6–12-vuotiaat
1980: 0–18-vuotiaat
1990: 0–32-vuotiaat
2000: 0–44-vuotiaat
Kela-korvaus yksityissektorilla annettavasta hoidosta otettiin käyttöön vuonna 1986: 0–25-vuotiaille
2000: 0–44-vuotiaille
Kansanterveyslain ja sairausvakuutuslain muutokset vuonna 2000:
koko väestö yhteiskunnan tukeman hoidon piiriin joulukuusta 2002

Suurin osa kunnista pystyi toteuttamaan hammashoitouudistuksen ensimmäisen vaiheen vuosina 2000–2002 eli vuonna 1946 syntyneiden ja sitä nuorempien hoidon piiriin saattamisen (Widström & al. 2004). Palvelujen järjestäminen koko väestölle ilman ikärajoituksia aiheutti kuitenkin ongelmia noin 40 terveyskeskuksessa. Pienissä kunnissa ongelmat olivat selkeästi sidoksissa yksittäisten hammaslääkäreiden työpanoksen muutoksiin. Suurimmissa kaupungeissa ongelmat näyttivät monimuotoisemmilta ja syitä niihin halettiin selvittää tarkemmin.

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää suun terveydenhoitopalvelujen tarjontaa aikuisille ja siihen liittyviä tekijöitä suurissa ja keskisuurissa kaupungeissa. Tutkimus suoritettiin kymmenen suurimman ja kymmenen keskisuuren kaupungin johtavien hammaslääkäreiden puhelinhaastatteluina. Keskisuuret kaupungit valittiin maantieteellisesti eri alueilta. Puhelinhaastattelut tehtiin helmi–maaliskuussa 2004 strukturoitua haastattelulomaketta apuna käyttäen. Kysymykset lähetettiin johtaville hammaslääkäreille etukäteen sähköpostitse.

Kyselyyn vastasivat kymmenen suurimman kaupungin johtavat hammaslääkärit (Helsinki, Espoo, Tampere, Vantaa, Turku, Oulu, Lahti, Kuopio, Jyväskylä, Pori). Kyselyyn osallistuneet keskisuuret kaupungit olivat Lappeenranta, Mikeli, Vaasa, Joensuu, Hämeenlinna, Porvoo, Rauma, Kajaani, Rovaniemi ja Kokkola. Tutkimukseen osallistuneiden kaupunkien yhteenlaskettu väestö oli noin 2 250 000 henkilöä (taulukko 2).

Haastattelu kesti noin 45 minuuttia. Haastattelusta johtavista hammaslääkäreistä 70 prosenttia oli miehiä. Haastattelutietoja täydennettiin Stakesin erillisselvitystilastoilla ja Kelan tilastoilla.

Kiireellisen hammashoidon tarjonta parantunut

Johtavien hammaslääkäreiden mukaan kiireellistä hoitoa oli tarjolla samana päivänä maanantaista perjantaihin kaikissa kymmenessä suurimmassa kaupungissa. Kiireellisen hoidon määrittely koettiin vaikeaksi ja siinä oli suuria eroja kaupunkien välillä. Useimmissa kaupungeissa akuuttia hoitoa tarvitsevat potilaat pyrittiin seulomaan ajanvarauksessa. Joissakin kaupungeissa ajanvaraus käytti kysymyspatteristoa, jonka perusteella potilaan hoidon tarve arvioitiin. Tällöin kiireellisen hoidon piiriin sisällytettiin särky- ja tapaturmapotilaat sekä sellaiset potilaat, joilla oli akuuttiin infekioon viittaavia oireita suun alueella. Joissain kaupungeissa potilaan itse kokema tarve riitti ensiapukäynnin syyksi. Esimerkiksi Lahdessa oli järjestetty päivystys arkipäivisin klo 12.00:sta klo 18.00:aan ja potilaan tarvitsi vain ilmoittautua.

Viikonloppu- ja arkipyhäpäivystystä oli järjestetty kunnan toimesta kahdeksassa kymmenestä suurimmasta kaupungista kaupungin omissa hammashoitoloissa tai sairaaloissa. Ainoastaan yksityishammaslääkäripäivystyksen varassa viikonloppuisin olivat Oulu ja Pori. Helsingissä kaupungin terveyskeskuksen järjestämän päivystyksen rinnalla käytettiin apuna sekä arkisin että viikonloppuisin yksityishammaslääkäreitä ostopalvelusopimuksilla. Muissa kaupungeissa yksityis palvelut täydensivät kunnan palveluja. Oulussa suunniteltiin siirtymistä joko kaupungin itse järjestämään päivystykseen tai päivystystoiminnan ostoa yksityissektorilta riippuen tarjouskilpailun tuloksista keväällä 2004.

Myös kaikissa tutkimukseen osallistuneissa keskisuurissa kaupungeissa kiireelliseen hoitoon pääsi samana päivänä maanantaista perjantaihin. Viikonloppupäivystystä oli järjestetty kaikissa muissa kaupungeissa paitsi Kajaanissa ja Joensuussa. Rovaniemellä toimi viikonloppuisin ainoastaan terveyskeskuslääkäripäivystys, josta tarvittaessa hälytettiin hammaslääkäri paikalle. Yhteistyössä yksityisten hammaslääkärien kanssa viikonloppupäivystys oli järjestetty Kajaanissa ja Porvoossa. Porvoossa yksityishammaslääkärien viikonloppu-

Taulukko 2. Aikuisten mahdollisuudet päästä terveyskeskushammashoitoon suurissa ja keskisuurissa kaupungeissa helmikuussa 2004 ja lisäykset henkilökunnassa johtavien hammaslääkärien mukaan

	Asukasluku ¹ 31.12.2002	Hoitoon pääsi ajanvarauksella ²	Otettiin jonotus- listalle ³	Hoitoaikoja jaettiin satunnaisesti ⁴	Henkilöstöä lisätty 2001–2003 hammas- lääkärit	hammas- huoltajat
Helsinki	559 330		x		25	10
Espoo	224 231			x	23	7
Tampere	200 966			x	7	7
Vantaa	184 039	x			16	5
Turku	175 059		x		0	0
Oulu	125 928		x		10	1
Lahti	98 253		x		0	2
Kuopio	88 250		x		-0,7	4
Jyväskylä	82 409				0	0
Pori	76 189	x			3	3
Porvoo	46 216		x		3	1
Lappeenranta	58 897		x		0	0
Vaasa	56 953	x			2	0
Joensuu	52 659		x		0,5	1
Hämeenlinna	46 909			x	1	0
Mikkeli	46 511	x			0	1
Rauma	36 869	x			0	5
Kajaani	35 713		x		0	1
Kokkola	35 756	x			0	1
Rovaniemi	35 081		x		1	0
Yhteensä	2 266 218	6	10	3	90,8	49

¹Asukasluvut Tilastokeskuksesta.

²Hoitoaika annettiin puhelimitse.

³Potilat asetettiin jonoon, josta hoitohenkilökunta kutsui hoitoon.

⁴Aikoja annettiin puhelimitse joinakin tiettyinä aikoina.

päivystyksen kerrottiin loppuvan maaliskuussa 2004, josta lähtien oli tarkoitus, että terveyskeskushammaslääkärit ryhtyisivät päivystämään sekä lauantaisin että sunnuntaisin.

Muun hoidon tarjonnassa ongelmia

Suurissa kaupungeissa muun kuin kiireellisen hoidon tarjonta vaihteli suuresti (taulukko 2).

Hoitojonoon asettaminen oli tavallista sekä suurimmissa että keskisuurissa kaupungeissa. Helsingissä oli ollut potilassulku kesäkuusta marraskuun lopulle 2003, jolloin oireettomia terveitä aikuisia ei otettu jonoon lainkaan. Jonojen pituudet vaihtelivat suuresti: Helsingissä jono oli tutkimushetkellä yli 7 000, Lahdessa noin 4 000, Turussa noin 3 700, Oulussa noin 1 200 ja Kuopiossa noin 600 henkilöä. Kuopiossa oli käytössä erikoinen kahden jonon järjestelmä: nopeutettu jono niille, joilla alustavassa seulontatarkastuksessa oli todettu selkeää mutta ei kiireellistä hoidon tarvetta, sekä ”ikuisuusjono” muille hoitoon haluaville. Nopeutetusta jonosta pääsi hoitoon noin

kolmen kuukauden sisällä, toista jonoa ei käytännössä pystytty purkamaan. Porissa ja Vantaalla hoitoon pääsi noin 4–12 viikossa.

Espoossa annettiin hoitoaikoja vain silloin, kun vapaita aikoja löytyi kahden kuukauden sisällä. Jos kuntalaiselle ei voitu tarjota hoitoaikaa Espoon terveyskeskuksissa, hänet ohjattiin yksityissektorille tai häntä pyydettiin soittamaan myöhemmin uudestaan. Tampereella hoitoaikoja annettiin kolmen viikon jaksoissa, joten tarkkaa tietoa hoidon saatavuudesta ei ollut. Sekä Espoossa että Tampereella suunniteltiin siirtymistä jonotuslistan käyttöön. Lahdessa hammashuoltajat (suuhygienistit) purkivat potilasjonoa arvioimalla hoidon tarvetta, ottamalla röntgenkuvia, puhdistamalla hammaskiveä ja antamalla potilaille kotihoidon ohjausta ja valistusta. Muissa kaupungeissa potilasjonoja purettiin sitä mukaa kuin uusia hoitoaikoja hammaslääkäreille vapautui. Helsingissä oli käytössä tietokoneohjelma, jossa ajan varaajan oli mahdollista valita vaihtoehdot: oman alueen hammashoitola tai kaupungin kaikki hoitolat. Mikäli hän valitsi kaikki hammashoitola -vaihtoehdon, hoitoon pääsy nopeutui. Es-

poo oli jaettu viiteen eri alueeseen ja alueelliset erot aikuisväestön hoitoon pääsyssä olivat suuria. Vastaavasti Länsi-Vantaalla hoitoajan sai noin kuukauden sisällä, mutta Itä-Vantaalla sitä joutui odottamaan 2–3 kuukautta. Porissa eroja eri toimipisteiden välillä oli pyritty pienentämään ohjaamalla hammashuoltajia työskentelemään ruuhkaisimmilla vastaanotoilla.

Ainoastaan Tampereella, Oulussa ja Vantaalla johtavat hammaslääkärit arvioivat hoitoon pääsyn parantuneen kesäkuusta 2003. Aikuisväestön parantunut hoitoon pääsy Tampereella johtui ostopalveluista. Jonojen pitenemisen takia hoitoon pääsy oli huonontunut Lahdessa ja Helsingissä.

Keskisuurissa kaupungeissa jonot olivat lyhyempiä: Rovaniemellä 200, Lappeenrannassa 581, Porvoossa noin 500, Kajaanissa noin 550 ja Joensuussa 1 000 henkilöä. Rovaniemellä oli päätetty purkaa koko jono keväällä 2004 lähettämällä jonossa olleille kehoitus varata aika tarkastukseen tietyn ajan kuluessa. Hoidon tarve määriteltiin vastaanottokäynnillä ennen jonoon asettamista Lappeenrannassa, Joensuussa ja Porvoossa. Joensuussa hoidontarvetta määrittivät sekä hammaslääkärit että hammashuoltajat. Mikäli potilaalla todettiin selvää hoidontarvetta, jonotusaika Joensuussa oli alle 12 viikkoa. Muiden jonotusaika oli noin 1 vuosi. Porvoossa hoidon arviointiin sai ajan noin kahdessa viikossa. Helmikuussa 2004 Porvoossa ei kuitenkaan pystytty purkamaan jonoa työvoimapolun vuoksi. Lappeenrannassa hoitoon pääsi noin 11 kuukaudessa ja Kajaanissa noin 3–4 kuukaudessa. Hämeenlinnassa priorisoitiin terveyskeskuksen hammashoitoloiden entisiä potilaita muuhun väestöön nähden ja se vaikeutti uusien potilaiden hoitoon pääsyä. Uusia hoitoaikoja tarjottiin noin kolmen kuukauden välein. Ajankohdasta tiedotettiin Hämeen Sanomissa.

Muissa kyselyyn osallistuneissa keskisuurissa kaupungeissa hoitoon pääsi 4–8 viikossa. Suurin osa keskisuurten kaupunkien johtavista hammaslääkäreistä arvioi, ettei suuria muutoksia ole tulossa aikuisväestön hoitoon. Porvoossa arveltiin tilanteen paranevan syksyllä, kun hammaslääkärin virat saadaan täytettyä. Rovaniemellä odotettiin terveyslautakunnan uusia ohjeita väestön suun terveydenhoidon järjestämiseksi.

Uusia suuritöisiä potilaita

Haastatellut olivat varsin yksimielisiä siitä, että

terveyskeskusten potilasaineisto oli muuttunut hammashoitouudistuksen käynnistämisen jälkeen. Hoitoon hakeutuvilla uusilla aikuispotilailta oli heidän mukaansa todettu paljon hoidontarvetta. Myös akuuttihoitoa tarvitsevien määrää oli kasvanut. Uskottiin myös, että potilaita olisi siirtynyt terveyskeskuksiin yksityispuolelta. Suurituloisimmat potilaat olivat kuitenkin usean vastaajan mukaan sellaisia, jotka eivät olleet moneen vuoteen käyneet hammashoidossa. Niissä keskisuurissa kaupungeissa, joissa oli aikaisemminkin pystytty tarjoamaan hoitoa koko väestölle, ei muutoksia ollut havaittu. Tilastoluvut vuoden 2003 hoitokäynneistä eivät vielä olleet johtavien hammaslääkärien tiedossa haastatteluja tehtäessä. Oulussa tiedettiin, että ennen hammashoitouudistusta hoidetuista potilaista 70 prosenttia oli ollut lapsia ja nuoria ja 30 prosenttia aikuisväestöstä. Uudistuksen jälkeen aikuispotilaiden osuus oli noussut noin 50 prosenttiin.

Henkilökuntaa lisätty

Useimmissa suurissa kaupungeissa oli palkattu lisää hammaslääkäreitä ja hammashuoltajia (taulukko 2) ja luonnollisesti myös hammashoitajia. Lahdessa oli laman aikana jäädytettyihin virkoihin palkattu hammaslääkäreitä. Kuopiossa terveyskeskushammaslääkäreiden henkilötyövuodet olivat hieman vähentyneet. Toisaalta hammaslääkärin osa-aikatyö oli monien johtavien hammaslääkärin mukaan lisääntynyt ”epidemian lailla”. Myös osa-aikaeläkkeelle siirtyminen oli suosittua vanhempien hammaslääkärin kohdalla. Tämä koettiin ongelmalliseksi organisaation kannalta. Sijaisia oli vaikea löytää. Johtavat hammaslääkärit kokivat myös, että osa-aikatyö vähensi hammaslääkärin sitoutumista työhön. Sekä yksityisinä että terveyskeskuksissa toimivien hammaslääkärin sitoutuminen väestövastuuajatteluun mietitytti. Ainoastaan Helsingissä osa-aikatyöhön suhtauduttiin positiivisesti ja johtava hammaslääkäri totesi, että osa-aikatyön avulla työpisteet olivat tehokkaassa käytössä, joskin kapasiteetti oli riittämätön vastaamaan kysyntään.

Työnjako ja tarjontapuolen kannusteet

Helsingin, Vantaan, Tampereen, Oulun, Kuopion, Lahden ja Porin johtavat hammaslääkärit

ilmoittivat, että hammaslääkäreiden ja hammasuoltajien työnjaossa oli tehty muutoksia, jotta pystyttäisiin paremmin hoitamaan aikuisväestöä. Hammashuoltajien vastuualueita oli laajennettu erityisesti alle kouluikäisten lasten hoidossa ja Lahdessa myös aikuisväestön hoidon tarpeen määrittämisessä. Turussa ja Espoossa työnjakoon suunniteltiin samansuuntaisia muutoksia. Jyväskylässä työnjakoa oli muutettu jo aikaisemmin. Siellä alle kouluikäiset lapset kävivät pääsääntöisesti hammashuoltajien vastaanotolla, samoin uudet aikuispotilaat ohjattiin ensin heille.

Lahdessa 1-vuotiaiden vanhemmille järjestettiin hammashuoltajien pitämä terveystarkastuskäynti ryhmissä ja tähän käytäntöön oltiin tyytyväisiä. Vantaalla hammashuoltajat tekivät terveystarkastuksia 9–10- ja 13–14-vuotiaille kouluikäisille sekä vastasivat alle kouluikäisten terveystarkastuksista. Vantaan hoito-ohjelman mukaan alle 18-vuotiaat kävivät neljä kertaa (7–8-vuotiaana, 11–12-vuotiaana, 15–16-vuotiaana sekä 17–18-vuotiaana) hammaslääkärin tutkimuksessa. Hoito-ohjelmat toimivat työn organisoinnin raameina. Kaikissa tutkimukseen osallistuneissa kaupungeissa suunniteltiin ja toteutettiin ns. riskipotilaiden hoidot yksilöllisen tarpeen perusteella. Myös keskisuurissa kaupungeissa oli pyritty kehittämään työnjakoa resursien rajoissa. Näistä viidessä kaupungissa (Mikkeli, Porvoo, Lappeenranta, Kokkola, Rauma) kaikki alle kouluikäiset pyrittiin ohjaamaan terveystarkastuksiin hammashuoltajille.

Työnjaon edelleen kehittäminen sekä palkitsemisjärjestelmien muuttaminen uskottiin tehokkaimmiksi keinoiksi parantaa aikuisväestön hoidon saatavuutta. Hammaslääkäreiden virkaehtosopimukseen perustuvaan toimenpidepalkkiojärjestelmään toivottiin uudistuksia, jotka motivoisivat hammaslääkäreitä aikuisväestön hoitoon sekä akuuttihoitoon. Useat johtavat hammaslääkärit ottivat esille toimenpidepalkkioiden ohjaaman terveiden lasten ”tarkastusruletin”, jota pitäisi pyrkiä vähentämään. Palkkiorakenteessa tulisi vastaajien mukaan ottaa paremmin huomioon väestövastuun periaate. Hammaslääkäreille suunnattuja henkilökohtaisia työn vaatavuuteen liittyviä palkanlisäyksiä pidettiin hyvänä kannustimena. Johtavat hammaslääkärit katsoivat tärkeäksi, että työparina toimimista tuettaisiin myös hammashoitajille suunnatulla kannustavalla palkkauksella. Osassa kaupungeista oli käytössä koko henkilökunnan tulospalkkiojärjestelmä ja osassa suunni-

teltiin järjestelmän käyttöön ottamista. Oulussa tulospalkkiojärjestelmää oli kokeiltu kahdella alueella hyvin tuloksin.

Toimintatilastot osoittavat muutoksen alkaneen

Stakesin erilliselvitysten (Widström & Erkinanti 2002; Suun ..., 2004) mukaan aikuisten hoito suurten kaupunkien terveystarkastushammashoidon potilaista on selvästi kasvanut (taulukko 3). Vuonna 2003 noin puolet hoidetuista oli aikuisia. Suurin aikuispotilaiden osuus oli Raumalla (63 %) ja alhaisin Lappeenrannassa (40 %). Tilastot eivät kuitenkaan kerro, kuinka suuri osa potilaista on uusia ja kuinka suuri osa ennenkin terveystarkastuksessa käyneitä.

Kuntatilastojen mukaan terveystarkastuksissa oli vuonna 2002 hoidettu 1 815 000 hammashoitopotilasta. Sairasvakuutuskorvauksiin oikeuttavia hammashoidon ns. peruspalveluita oli yksityissektorilla käyttänyt 1 015 000 henkilöä vuonna 2003. Koska kyseisenä vuonna kaikki ikäryhmät olivat ensimmäisen kerran tuen piirissä, korvauksen saajien kokonaismäärä saatiin ensi kerran näkyviin ja tästä johtuen korvauksen saajien määrä kasvoi 44 prosenttia vuoteen 2002 verrattuna. Koko väestöstä noin viidesosa (19,4 %) sai hammashoidon Kela-korvauksia. Suurista kaupungeista eniten korvauksen saajia oli Espoossa (34,0 %) ja vähiten Jyväskylässä (23,3 %) (taulukko 4). Keskisuurissa kaupungeissa vaihtelu oli suurempaa: Lappeenrannassa korvausta sai 35,7 prosenttia aikuisväestöstä ja Kokkolassa 14,2 prosenttia. Terveystarkastuksissa hampaiden ja suun hoitoa saaneiden aikuisten osuus vaihteli Rovaniemen 11,3 prosentista Rauman 29,7 prosenttiin. Yhteiskunnan tukemaa hammashoitoa oli suurissa kaupungeissa voinut käyttää lähes puolet aikuisväestöstä. Terveystarkastusten ja yksityissektorin roolit aikuis-hammashoitopalvelujen tuottajina vaihtelivat kaupungeittain.

Pohdinta

Tutkimuksemme osoitti, että hammashoitouudistus oli aiheuttanut muutoksia kaikkien suurten kaupunkien terveystarkastuksissa. Kiireellisen hammashoidon palvelut koko väestölle oli saatu järjestettyä normaaleina työpäivinä. Viikonlop-

Taulukko 3. Aikuisten osuudet kaikista suurten kaupunkien terveyskeskuksissa hammashoitoa saaneista potilaista vuosina 2000 ja 2003 Stakesin erillisselvitysten mukaan, %

	Aikuisten osuus hoidetuista	
	2000, %	2003, %
Espoo	36,2	45,0
Helsinki	45,4	54,9
Jyväskylä	57,2	61,9
Kuopio	46,2	48,0
Lahti	41,3	47,0
Oulu	32,2	49,5
Pori	35,8	47,3
Tampere	34,0	48,0
Turku	46,8	47,7
Vantaa	*	51,5
Hämeenlinna	*	52,3
Joensuu	33,6	51,9
Kajaani	37,7	45,4
Kokkola	52,1	57,1
Lappeenranta	27,5	40,4
Mikkeli	41,9	56,1
Porvoo	45,6	*
Rauma	54,4	63,1
Rovaniemi	34,0	41,5
Vaasa	40,3	53,8

*Tietoja ei ole saatu.

Taulukko 4. Vuonna 2003 terveyskeskushammashoidossa käyneiden aikuisten osuudet kyseisten kaupunkien aikuisväestöstä ja yksityisistä palveluista Kela-korvauksia saaneiden aikuisten osuudet väestöstä Stakesin erillisselvityksen ja Kelan tilastojen mukaan, %

	Terveyskeskusten aikuispotilaiden osuus aikuis- väestöstä, %	Subventoituja yksityispalvelu- ja käyttä- neiden aikuis- väestö- osuus, %	Yh- teensä %
Helsinki	16,6	29,7	46,3
Espoo	16,2	34,0	50,2
Tampere	15,6	32,6	48,2
Vantaa	21,7	28,1	49,8
Turku	12,8	33,3	46,1
Oulu	17,7	24,4	42,1
Lahti	18,0	30,6	48,6
Kuopio	17,4	27,7	45,1
Jyväskylä	23,8	23,3	47,1
Pori	16,6	31,5	48,1
Lappeenranta	11,8	35,7	47,5
Vaasa	22,7	26,4	49,1
Joensuu	18,7	24,8	43,5
Hämeenlinna	22,1	27,3	49,4
Mikkeli	20,2	30,9	51,1
Porvoo	*	29,8	*
Rauma	29,7	22,8	52,5
Kajaani	17,2	26,7	43,9
Rovaniemi	11,3	26,7	38,0
Kokkola	23,5	14,2	37,7

*Erillisselvitystietoja ei ole saatu.

pujen päivystysjärjestelyt sen sijaan vielä kanger-
telivat, vaikka eduskunnan oikeusasiamies on
kannanotoissaan nostanut kiireellisen hammas-
hoidon palvelut perusoikeuksiin verrattavaksi
välttämättömyydeksi. Hän ei myöskään ole pitä-
nyt yksityissektorille ohjaamista ilman kunnan
osallistumista perittäviin maksuihin lain hengen
mukaisena vaihtoehtona. Näin kuitenkin vielä
meneteltiin joillakin paikkakunnilla. Eduskun-
nan oikeusasiamies on todennut lausunnossaan
(2004) Kuopion tilanteesta, että kuntien on huole-
hittava siitä, että hammashuollon palvelut vas-
taavat määrältään ja laadultaan lakien edellyttä-
mää tasoa ja että ne ovat myös käytännössä yh-
denvertaisesti ihmisten saatavilla.

Ei-kiireellisen ”tavallisen hammashoidon” jär-
jestäminen tuotti vaikeuksia useissa kaupungeissa.
Yksi syy vaikeuksiin on luultavasti se, että ter-
veyskeskusten hammashoitohenkilöstö aikoinaan
mitoitettiin ensisijaisesti vain lasten ja nuorten
hoitoa varten. Tämä johtui suurten kaupunkien
runsaasta yksityisestä palvelutarjonnasta; yli puo-
let yksityishammaslääkäreistä ja 35 prosenttia vä-
estöstä asuu 10 suurimmassa kaupungissa. Myös
pitkä perinne keskittyä lasten ja nuorten hoitoon
on uudessa tilanteessa aiheuttanut priorisointi-
ongelmia – ja ehkä myös osaamisongelmia. Poti-
laiden priorisointi hoidontarpeen pohjalta on
osoittautunut vaikeaksi, vaikka ”vaikeasti sairaan
hoitamisen ennen terveen terveystarkastusta” tu-
lisi olla itsestään selvää. Käypä hoito -ohjeita tar-
vittaisiin hammashoidossa kipeästi. Myös profes-
sion tärkeänä pitämä ”oma hammaslääkäri” -ajat-
telu voi vaikeuttaa uusien potilaiden hoitoon pää-
syä ja aiheuttaa tunnollisesti itsestään huolehtivil-
le hyvähampaisille ylihoidon riskin erityisesti sil-
loin, kun muut tarjontapuolen kannusteet toimi-
vat niin, että tuloihin ei vaikuta hoidossa olevien
määrä vaan pikemminkin yksittäisten toimen-
piteiden määrä. Tiedon epäsuhta hammaslääkärin
ja potilaan välillä vähentää potilaan mahdolli-
suuksia arvioida hoidontarvetta.

Johtavien hammaslääkärien arvio siitä, että hoi-
toon olisi hakeutunut aikuisväestöä, jolla oli to-
dettu paljon hoidon tarvetta, kun se on ollut vuo-
sia ilman asianmukaista hammashoitoa, viittaisi
siihen, että lakiuudistuksella on saatu aikaisem-
min hoidon ulkopuolella ollutta väestöä hoidon
piiriin. Stakesin erillisselvitysten mukaan aikuis-
väestön osuus terveyskeskushammashoidon poti-
laista oli kasvanut tutkimukseen osallistuneissa
kaupungeissa. Väestön näkökulmasta kertovia

haastattelututkimustuloksia ei hammashoito-uudistuksen toteutumisesta ja hoidon koetusta saatavuudesta vielä ollut käytettävissä. Tilastot eivät myöskään kerro, miten hoidontarve ja annettu hoito kohtasivat.

Osassa tutkimukseen osallistuneista kaupungeista oli suun terveydenhuoltohenkilökunnan resurssien lisäys ollut huomattava vuosina 2000–2003. Tämän lisäyksen myötä suun terveydenhuollossa henkilöstövoimavarat nousivat lamaa edeltäneelle tasolle. Vaikka työnjaon mahdollisuuksista on puhuttu pitkään, uusia hammaslääkäreiden virkoja perustettiin selvästi enemmän kuin uusia hammashuoltajien virkoja. Kulloinkin optimaalinen hammaslääkäri–hammashuoltajasuhde riippuu monista tekijöistä. Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta käynnistettyyn suun terveydenhuollon kehittämissuunnitelmaan osallistuneissa terveyskeskuksissa selvitettiin hammashuollossa tehtyjä toimenpiteitä vuonna 1998 (Läärä & al. 2000). Sen mukaan lähes puolet (48 %) hammaslääkäreiden tekemistä hoitotoimenpiteistä oli vaativuudeltaan vähäisiä tai kestoltaan lyhyitä. Osa näistä toimenpiteistä olisi todennäköisesti voitu hyvin delegoida hammashuoltajille – ja osa ehkä jopa potilaille kotona tehtäväksi. Hammashuoltajien käyttö lasten ja nuorten hoidossa näyttäisi hieman lisääntyneen, mutta meillä hammashuoltajat tekevät edelleen vähemmän hoitotoimenpiteitä aikuisille kuin esimerkiksi Ruotsissa. Osassa tutkimukseen osallistuneista kaupungeista ostopalvelut lisäsivät resursseja. Ostopalvelujen rooleihin ei tässä tutkimuksessa kuitenkaan paneuduttu syvällisemmin.

Hammaslääkäreiden lisääntynyt osa-aikatyönteke aiheutti johtavien hammaslääkärien mukaan ongelmia terveyskeskuksissa. Hammaslääkäriliiton tilastojen mukaan kesäkuussa 2004 Suomessa oli 647 työssä käyvää hammaslääkärinä. Tilastokeskuksen mukaan kymmenen viime vuoden aikana hammaslääkäreiden keski-ikä on noussut miehillä 39,5 vuodesta 45,5 vuoteen ja naisilla 39,4 vuodesta 44,4 vuoteen. Osa-aikatyö on myös lisääntynyt kaikissa ikäluokissa ja ammattikunnan naisvaltaisuus (65 % naisia) lienee osasy syy tilanteeseen.

Uudistukset ja suuret muutokset koetaan yleensä stressaaviksi. Hammaslääkärien työssä jaksamisessa oli eroja tutkimuspaikkakuntien välillä. Osassa niistä hammaslääkärit pitivät työtään pakottahtisena ja kokivat, ettei työn määrään voinut vaikuttaa. Kiireenpoistoa ja työn ”rauhottamista” pidettiin tärkeinä. Uskottiin, että toimintatapojen

selkeä ohjeistus lisäisi työssä viihtyvyyttä. Useimmissa kaupungeissa johtavat hammaslääkärit kuitenkin kokivat, että henkilökunta oli motivoitunut ja suhtautui uudistukseen myönteisesti. Hammaslääkäriliiton äskettäin teettämässä hammaslääkäreiden työhyvinvointia koskevassa tutkimuksessa (Hakanen 2004) julkisen sektorin hammaslääkäreistä 80 prosenttia suhtautui hammashoitouudistukseen melko tai erittäin myönteisesti. Tutkimuksen toteuttamisajankohtana 52 prosenttia julkisen sektorin hammaslääkäreistä arvioi palvelujen kysynnän lisääntyneen paljon ja lähes yhtä moni (47 %) kiireellisen hoidon lisääntyneen paljon. Kolme neljästä hammaslääkäristä oli sitä mieltä, että hammaslääkäriin työ vaati erittäin kovaa työntekoa kummallakin sektorilla, mutta työn määrällinen kuormittavuus koettiin suuremmaksi julkisella sektorilla kuin yksityisellä. Julkinen sektori näyttääkin tällä hetkellä hoitavan hammaslääkärinä kohti enemmän potilaita kuin yksityinen sektori. Hoitojen vaikeudesta ei kuitenkaan ole tietoja.

Hammashoitouudistus on tuonut – ainakin teoriassa – aivan uudenlaisen kilpailuasetelman hammashuoltoon. Mitä hyötyä siitä on palvelujen käyttäjille tai miten se vaikuttaa sektoreitten asemaan ja hammashoitohenkilökunnan työtilanteeseen tai hammashoidon kustannuksiin, selvinnee lähivuosien kuluessa. Myös kansainvälisestä näkökulmasta toteutettu uudistus on mielenkiintoinen; onhan viime vuosina yleinen trendi Euroopassa ollut pikemminkin hammashoitopalvelujen yksityistäminen ja yksityisesti hankittavien vakuutususten käyttöönoton kannustaminen kuin yhteiskunnan tuen lisääminen. Voimmekin olla varmoja siitä, että uudistuksen vaikutuksista ollaan kiinnostuneita myös maamme rajojen ulkopuolella.

Johtavat hammaslääkärit suhtautuivat puhelinhaastatteluun positiivisesti ja keskustelivat mielellään hammashoitouudistuksen tuomista uusista haasteista. Uudistuksen toteuttamisen vauhdittamiseksi olisi toivottu korvamerkittyä rahaa henkilökunnan koulutukseen. Koulutuksella olisi haluttu yhdenmukaistaa hoitokäytäntöjä ja painottaa väestövastuujattelua ja tätä kautta parantaa aikuisväestön hoidon saatavuutta, jotta se toteutuisi nykyistä tasapuolisemmin eri kaupungeissa. Varsinaisen suuren haasteen, hoitoon pääsyn turvaamisen, toteuttamisesta johtavat hammaslääkärit olivat huolissaan, koska tähänastisikaan uudistuksia ei ollut saatu vielä täysin toteutettua.

TIIVISTELMÄ

Eeva Widström & Annamari Nihtilä: Aikuisten hammashoito suurten ja keskisuurten kaupunkien terveyskeskuksissa

Vuoden 2004 alkupuolella tehty 10 suurimman ja 10 keskisuuren kaupungin terveyskeskusten johtavan hammaslääkärin puhelinhaastattelu osoitti, ettei vuoden 2002 lopussa voimaan tullutta, ikärajat terveyskeskusten hammashoidosta poistanutta kansanterveyslain muutosta vielä ollut pystytty toteuttamaan läheskään kaikilla tutkimuksen kohteena olleilla isoilla paikkakunnilla ja ettei koko väestölle pystytty tarjoamaan muuta kuin kiireellistä hammashoitoa. Vaikka päivystysohjeista hoitoa oli varmimmin saatavilla vain arkipäivinä, tämäkin oli selvää palvelujen paranemista verrattuna tilanteeseen ennen hammashoitouudistusta. Vain kaksi suurta ja neljä keskisuurta kaupunkia antoi uusille potilaille hoitoaikoja puhelimitse; useimmissa uudet hoitoon hakeutajat laitettiin jonoon. Parissa kaupungissa jaettiin uusille potilaille hoitoaikoja satunnaisesti.

Vaikka hammashoidon työvoimaa oli kaupungeissa lisätty, hoidon kysyntään ei vielä kukaan pystytty vastaa-

maan. Osasyynä tähän haastatellut johtavat hammaslääkärit pitivät lisääntyneitä osa-aikatyötä. Hammaslääkärien, hammashuoltajien (suuhygienistien) ja hammashoitajien keskinäisen työnjaon ja palkitsemisjärjestelmän kehittämistä aikuishoitoa ja päivystystyötä kannustavammaksi pidettiin tärkeänä keinona toimintamuutosten aikaansaamiseksi. Uusien vaatimusten mukainen hoidettavien priorisointi hoidontarpeen mukaan eikä enää iän tai johonkin erityisryhmään kuulumisen perusteella tuotti monissa terveyskeskuksissa vaikeuksia.

Toimintatilastojen mukaan aikuisten hoito oli lisääntynyt kaikissa kaupungeissa. Karkeasti arvioiden noin kolmannes suurimpien ja keskisuurten kaupunkien aikuisväestöstä oli vuoden 2003 aikana käyttänyt Kelan subventoimia yksityishammaslääkäripalveluita ja noin viidennes terveyskeskusten järjestämää hammashoitoa. Kuitenkin aikuisväestön hammashoitopalvelujen kokonaiskäyttöaste jäi vielä huomattavasti vähäisemmäksi kuin muissa Pohjoismaissa. Terveyskeskusten merkitys aikuisten hammashoitopalvelujen tuottajina on perinteisesti yksityissektorin reviirinä pidetyissä suurissa kaupungeissa selvästi kasvanut.

KIRJALLISUUS

- EDUSKUNNAN OIKEUSASIAMIEHEN RATKAISU 1044/4/2002. Hammashuollon järjestäminen Kuopion kaupungissa. Helsinki 2004
- HAKANEN, JARI: Hammaslääkäreiden työhyvinvointi Suomessa. Helsinki: Työterveyslaitos, 2004
- HELMINEN, SEPPO: Long term change in dental prevention and check-up intervals in public dental service in Helsinki, Finland. Thesis. Helsinki: Yliopistopaino, 2003.
- KÄRKKÄINEN, SAKARI: Kariuksen ehkäisykäytäntö Suomessa 1990-luvun alussa. Väitöskirja. Oulu: Yliopistopaino, 1997
- LÄÄRÄ, MATTI & WIDSTRÖM, EEVA & MATTELMÄKI, ULLA & MERILÄINEN, TUOMO: Hoitotoimenpiteet terveyskeskusten hammashuollossa. Monisteita

2000: 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2000

- SUUN TERVEYDENHUOLLON ERILLISSELVITYS VUODELTA 2003. Käsikirjoitus. Stakes, 2004
- WIDSTRÖM, EEVA & ERKINANTTI, JAN: Erillisselvitys suun terveydenhuollon kustannuksista ja tuotoksista terveyskeskuksissa vuonna 2000. Aiheita 11/2002. Helsinki: Stakes, 2002
- WIDSTRÖM, EEVA & PIETILÄ, ILPO & ERKINANTTI, JAN: Hammashoitouudistuksen toteutuminen terveyskeskuksissa. Suomen Lääkärilehti 59 (2004): 9, 937–941
- WIDSTRÖM, EEVA & UTRIAINEN, PEKKA & PIETILÄ, ILPO: Suun terveydenhuollon palvelutarjonta terveyskeskuksissa vuonna 1996. Aiheita 12/1997. Helsinki: Stakes, 1997.