

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

2013

Pasi Alander

# SUUN TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN KEHITTÄMINEN HOITOTAKUUN NÄKÖ- KULMASTA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Alander Pasi

## SUUN TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN KEHITTÄMINEN HOITOTAKUUN NÄKÖKULMASTA

Hoitotakuulainsäädännöllä on tarkoitus turvata kansalaisten tasa-arvo hoitoon pääsyn suhteen. Hoitopääsyaika on yksi keskeinen seikka hoitotakuulainsäädännössä. Suun terveydenhuollossa lain määräämä hoitopääsytakuu on kuusi kuukautta. Tarpeen tälle kehittämisprojektille antoi suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn tilanne kehittämisprojektin alussa sekä valtakunnallisesti että kehittämisprojektin taustaorganisaatiossa Turun kaupungin suun terveydenhuollossa. Kehittämisprojektin alussa lokakuussa 2011 valtakunnallisesti jonossa oli yli 14000 potilasta ja Turussa yli 1500 potilasta, jotka olivat odottaneet hoitoon pääsyä yli kuusi kuukautta. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää toimintatapoja, joilla hoitotakuujonoja saadaan lyhennettyä, ja sitä myötä parantaa palvelujen saantia suun terveydenhuollossa.

Kehittämisprojektin soveltavan tutkimuksen osassa sovellettiin kahden kierroksen Delfoi-menetelmää. Siihen osallistui 15 asiantuntijaa. He olivat joko paikallisia tai valtakunnan tason suun terveydenhuollon päättäjiä, johtajia tai asiantuntijoita. Ensimmäinen kierros toteutettiin puolistrukturoituina yksilöhaastatteluina (vastausprosentti 100) ja toinen kierros postitse lähetetyllä, anonymillä kyselylomakkeella (vastausprosentti 87 %). Ensimmäisellä kierroksella kartoitettiin asiantuntijoiden näkemyksiä suun terveydenhuollon 1) hoitotakuun toteutumisesta, 2) sen esteistä, 3) toimenpiteistä hoitotakuujonojen välttämiseksi ja 4) rahoituksesta ja rakenteesta. Ensimmäisen kierroksen tulosten analysointi tehtiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tuloksista nostettiin esiin kehittämis ehdotuksia ja niitä aiheita, joissa asiantuntijoilla oli eniten näkemys eroja tai joiden sisältö kaipaisi syventämistä. Näistä kehitettiin teesit toisen kierroksen lomakkeeseen. Toisella kierroksella asiantuntijat antoivat arvionsa tulevaisuutta luotaavista teeseistä, joissa kysyttiin asiantuntijoiden mielipidettä teesin toivottavuuteen ja todennäköisyyteen. Vastaukset ristiintaulukoitiin nelikenttään.

Tulosten mukaan osa teeseistä jakoi edelleen asiantuntijoiden mielipiteet, eikä niihin kaikkiin saatu yhtä selkeää tulevaisuuden kuvaa. Yksi tällainen teesi oli: Vuonna 2025 hoitotakuu perustuu vielä hoitoon pääsyaikaan ja kokonaishoidon aikoja ei määritellä hoitotakuulainsäädännössä. Toisaalta joukossa oli myös teesejä, joita suurin osa asiantuntijoista piti toivottavina ja todennäköisinä vuonna 2025. Näiden teesien aiheena olivat suuhygienistien lisävaltuudet sekä suun terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän tai toimintarakenteen muutos. Konkreettisia kehittämis ehdotuksia tuli yksi, joka oli suuhygienistien pitämä suun terveydenhuollon kunnallinen palvelupiste. Muita kehittämis ehdotuksia olivat: terveyden edistämiseen panostaminen, yhteistyön lisääminen, työnjaon kehittäminen ja hoitotakuulainsäädännön muuttaminen niin, että siinä on mukana hoitojen loppuun saattaminen. Suun terveydenhuollon palvelupisteen alustavaa mallia voidaan käyttää sen mahdollisen jatkokehittämisen ja käyttöönoton pohjana.

### ASIASANAT:

Suun terveydenhuolto, hoitotakuu, Delfoi-menetelmä, asiantuntija arviointi

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Master's Degree Programme in Management and Leadership in Health Care

April 2013 | Total number of pages 112 + 26 appendix pages

Alander Pasi

## DEVELOPMENT OF ORAL HEALTH CARE SERVICES FROM THE PERSPECTIVE OF NATIONAL CARE GUARANTEE

The aim of the national care guarantee law is to ensure citizens' equality in terms of access to care. Access to treatment is a key factor in the law and in the public dental care it is six months. Despite the law, access to the health care centres varies a lot in different parts of Finland, especially in the case of dental care. More than 1500 patients have been waiting for over six months to get into the non-emergency dental care in Turku in October 2011 and nationally that number was over 14000 patients. The need for this development project arose due to the inequality of dental care on the national and the local level. The focus of this thesis was in dental care experts' opinions related to the care guarantee in dental care in Finnish health centres. The goal of this thesis was to give tools for improving national care guarantee situation in Finnish dental care i.e. improve the accesses to health care centres.

The Delphi method was used in the research part. It included two rounds and fifteen administrative dentistry experts. The first round was made with a half structured question list and individual interviews (response rate 100 %). The second round was sent by post and it was made by an anonymous questionnaire (response rate 87 %). There were four main research topics in the first round: 1.) How has the care guarantee in dental care been fulfilled? 2.) Which barriers are seen to prevent the implementation of the care guarantee? 3.) What local actions are seen as best when care guarantee queues are to be reduced? 4.) What kind of financial and structural alternatives would be available? Results of the first round were analysed using an inductive analysis. According to the result, the sentences to the second round questionnaire were prepared. Those included future oriented development ideas and other key topics. Experts were evaluating sentences two ways, by expectation and hope. Answers were cross-tabulated to the fourfold table.

With some sentences the result was unclear and the expert group did not have a single view. One that kind of a sentence was related to time to get in to the treatment versus time to complete the treatment. Which one is specifying the national care guarantee law in year 2025? On the other hand experts had very good consensus when they evaluated extending the role of dental hygienists or changes to the financial system or the operational model. They expected and hoped that changes will happen and skill-mix of dental hygienists will be a wider in the future. One concrete development idea was the public dental care service reception organized by the dental hygienists. A Model of it created in this development project can be used as a basis for further develop of the idea.

KEYWORDS: Dental care, national care guarantee, Delphi method

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>7</b>
<b>2 HOITOTAKUU</b>	<b>8</b>
2.1 Hoitotakuun historia ja lainsäädäntö	8
2.2 Hoitotakuu muissa maissa	11
<b>3 KUNNALLISEN JA YKSITYISEN SUUN TERVEYDENHUOLLON KEHITYS</b>	<b>13</b>
<b>4 SUUN TERVEYDENHUOLLON HOITOTAKUU</b>	<b>17</b>
4.1 Keskeisimmät toimijat suun terveydenhuollon hoitotakuussa	19
4.2 Hoitotakuun toteutuminen	20
4.3 Toimenpiteitä hoitojonojen purkamiseksi	21
4.3.1 Terveyskeskuksen omat toimenpiteet	21
4.3.2 Vuokratyövoima ja muualta ostettu hoito	23
4.3.3 Rahoituksen muutokset	25
4.3.4 Työntekijäryhmien väliset työnjaon muutokset	26
4.3.5 Terveyden edistäminen	30
4.4 Miten hoitotakuun toimimattomuus vaikuttaa?	31
4.5 Suun terveydenhuollon hoitotakuun kehittämistarpeet	32
4.5.1 Hoitotakuulainsäädännön tarkentaminen	32
4.5.2 Suun terveydenhuollon rahoitus	33
4.5.3 Hammaslääkäripula	34
<b>5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TARVE, TARKOITUS JA TAVOITE</b>	<b>35</b>
5.1 Kehittämisprojektin tarve	35
5.2 Taustaorganisaatio	38
5.3 Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoite	41
5.4 Kehittämisprojektin toteutus ja projektiorganisaatio	41
<b>6 KEHITTÄMISPROJEKTIIN LIITTYVÄ TUTKIMUS</b>	<b>43</b>
6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	43
6.2 Delfoi-menetelmä	43
6.3 Delfoi-menetelmän peruseräatteen	45
6.3.1 Asiantuntijat	46
6.3.2 Argumentointi ja kierrosten määrä	50
6.4 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen ensimmäisellä kierroksella	50
6.5 Aineiston analysointi ensimmäisellä kierroksella	52

6.6 Ensimmäisen kierroksen tutkimustulokset	53
6.6.1 Hoitotakuun toteutuminen	54
6.6.2 Hoitotakuun toteutumisen esteet	57
6.6.3 Hoitotakuujonojen purkamiseen vaikuttavat toimenpiteet	60
6.6.4 Asiantuntijoiden mielipiteet hoitotakuun rahoituksesta ja rakenteesta	67
6.7 Toisen kierroksen tutkimusaineiston kerääminen	69
6.8 Toisen kierroksen aineiston analyysi	71
6.9 Toisen kierroksen tulokset	72
6.9.1 Hoitotakuun toteutuminen	72
6.9.2 Hoitotakuun toteutumisen esteet	74
6.9.3 Hoitotakuun toimintaan vaikuttavat toimenpiteet	77
6.9.4 Rahoitus ja rakenne	79
6.10 Tutkimuksen johtopäätökset	82
6.11 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	92
<b>7 EHDOTUKSET HOITOTAKUUN TOTEUTUMISEN PARANTAMISEKSI</b>	<b>96</b>
<b>8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI</b>	<b>99</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>100</b>

## **LIITTEET**

### **LIITTEET**

- Liite 1. Ensimmäisen kierroksen kysymyslomake
- Liite 2. Analyysitaulukot
- Liite 3. Toisen kierroksen kysymyslomake
- Liite 4. Saatekirje
- Liite 5. Suostumuslomake

## **KUVIOT**

Kuvio 1. Hoitoon pääsyn toteutuminen valtakunnallisesti	21
Kuvio 2. Suun terveydenhuollon käyntimäärien muutos Turussa vuosina 2003–2010	38
Kuvio 3. Yli kuusi kuukautta odottaneiden potilaiden määrä Turussa	39
Kuvio 4. Asiantuntijoiden arviot hoitotakuun toteutumisesta eri vuosina	54
Kuvio 5. Hoitotakuujonojen purkutoimenpiteiden suosio	61

Kuvio 6. Asiantuntijoiden arvio työnjaon muutoksien vaikutuksesta	62
Kuvio 7. Viisiportaisten teesien keskiarvot, –hajonnat ja koodit	72
Kuvio 8. Ristiintaulukointi perusajatuksen osalta	73
Kuvio 9. Ristiintaulukointi hoitotakuun vaikutuksesta hoitojen loppuun saattamiseen	74
Kuvio 10. Ristiintaulukointi suun terveydenhuollon tulevaisuuden rahoituksen	75
Kuvio 11. Asiantuntijoiden arvio omahoidon tasosta vuonna 2025	76
Kuvio 12. Ristiintaulukointi yhteistyön osalta	77
Kuvio 13. Ristiintaulukointi toimenpidekohtaisten hoitotakuaikojen osalta	77
Kuvio 14. Ristiintaulukointi työnjaon osalta	78
Kuvio 15. Ristiintaulukointi syyhygienistien valtuuksien osalta	78
Kuvio 16. Ristiintaulukointi julkisen sektorin tehtävien muutosten osalta	79
Kuvio 17. Ristiintaulukointi suun terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän osalta	80
Kuvio 18. Ristiintaulukointi hinnoittelun tasa-arvon osalta	80
Kuvio 19. Ristiintaulukointi suun terveydenhuollon toimintarakenteen osalta	81
Kuvio 20. Ristiintaulukointi julkisen suun terveydenhuollon alasajon osalta	81
Kuvio 21. Ristiintaulukointi suun terveydenhuollon palvelupisteen osalta	82

## TAULUKOT

Taulukko 1. Kunnallisen suun terveydenhuollon ikäperusteinen laajentuminen kansanterveyslain voimaan tulon jälkeen	13
Taulukko 2. Suuhygienisti ja hammaslääkäri käyntien suhdeluku terveyskeskuksessa	28
Taulukko 3. Kehittämiprojektin aikataulutus ja kuvaus	42
Taulukko 4. Asiantuntijoiden taustat	48
Taulukko 5. Analysointiyksiköiden määrät ensimmäisellä kierroksella	54
Taulukko 6. Toisen kierroksen kysymyslomakkeen aihealueet	70

## KÄYTETYT LYHENTEET

AVI	Aluehallintovirasto
EHT	Erikoishammasteknikko
ETENE	Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta
EVA	Elinkeinoelämän valtuuskunta
HLL	Hammaslääketieteen lisensiaatti, hammaslääkäri
KASTE	Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma
KELA	Kansaneläkelaitos
SHG	Suuhygienisti
Sitra	Suomen itsenäisyyden juhlarahasto
SSHL ry	Suomen suuhygienistiliitto
Stakes	Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
STAL ry	Suun Terveystehon Ammattiliitto
STTV	Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus
SUUKKI	Turun kaupungin suun terveydenhuollon kiertävä terveyskioski
TEO	Terveydenhuollon oikeusturvakeskus
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
YHV	Yksilöllinen hoitoväli
Valvira	Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto

# 1 JOHDANTO

Hoitotakuulainsäädännöllä turvataan kiireettömään hoitoon pääsy sekä perusterveydenhuollon puolella että suun terveydenhuollon puolella. Hoitotakuun arvoperusta on kansalaisten oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden lisääminen hoitoon pääsyssä. (Pyykkö 2010.) Tarpeen tälle ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyölle tuo suun terveydenhuollon hoitotakuun toteutumisen nykytilanne. Lainsäädännöstä huolimatta suun terveydenhuollossa hoitoon pääsyn toteutumisessa on tällä hetkellä paljon eroja terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien välillä. Kehittämiprojektin alussa lokakuussa 2011 hoitoon pääsyä oli odottanut yli 6 kuukautta koko valtakunnassa yli 14000 kansalaista ja kehittämissuunnitelman taustaorganisaatiossa eli Turun kaupungissa noin 1500 kansalaista (Turun kaupunki 2011). Tämän ylemmän ammattikorkeakoulun kehittämissuunnitelman tarkoituksena on parantaa hoitotakuun toteutumista, eli palvelujen saantia suun terveydenhuollossa.

Kehittämissuunnitelmaan liittyvässä tutkimuksessa selvitetään asiantuntijoiden arvioita ja mielipiteitä hoitotakuun toteutumisesta suun terveydenhuollossa. Hoitotakuun eri osa-alueista keskitytään sen toteutumiseen säädetyssä kuuden kuukauden ajassa. Tutkimuksessa sovelletaan kahden kierroksen Delfoi-menetelmää. Ensimmäinen kierros toteutettiin puolistrukturoituna yksilöhaastatteluna ja toinen kierros postitse lähetetyllä, anonyymillä kyselylomakkeella. Tutkimuksen kysymyksissä painottuu se, miten hoitotakuu toteutuu asiantuntijoiden mielestä tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Lisäksi tutkimuksessa käsitellään hoitotakuun toteutustapoja sellaisissa tilanteissa, joissa hoitotakuulainsäädännössä määritelty hoitoon pääsy ei toteudu säädetyssä ajassa. Tutkimuksessa tarkastellaan myös potilaan julkisella ja yksityisellä sektorilla maksamien maksujen vaikutusta suun terveydenhuollon hoitotakuun toteutumiseen.

## 2 HOITOTAKUU

### 2.1 Hoitotakuun historia ja lainsäädäntö

Taustana hoitotakuulainsäädännölle voidaan sanoa, että vuoden 1972 kansanterveyslainsäädäntöä luotaessa oli tavoitteena kansalaisten tasa-arvo terveyspalveluita osalta. Tähän tähdättiin kunnallisten yleislääkäreiden tutkimus ja hoitotoimenpiteistä perittyjen palkkioiden poistolla ja määräyksellä, että kunnissa tuli olla terveyskeskus. (Hallituksen esitys 98/1971.) Lääkäri- ja hammaslääkäripulasta johtuen kansanterveyslaki tuli voimaan asteittain (Mattila 2011, 146). Terveyskeskuksia rakennettiin vähitellen pohjoisesta etelään 1970-luvun edetessä. Vaikka kansalaisten tasa-arvo oli tavoitteena kansanterveyslakia luotaessa, käytännössä näin ei ollut. Päätökset kansanterveislain toteutuksesta olivat kuntien päättäjillä, josta johtuen ratkaisut olivat hyvin erilaisia kunnasta riippuen. Terveystuotopalveluiden saatavuus riippui paljon asuinpaikasta. (Mattila 2011, 185.)

Kansanterveislain oltua voimassa 20 vuotta, vuonna 1993 tuli Suomessa voimaan valtiosuusuudistus, joka edelleen lisäsi kuntien päätäntävaltaa terveyspalvelujen suhteen. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että kunnissa terveyspalveluja tarjottiin kunkin kunnan voimavarojen puitteissa. Pari vuotta valtiosuusuudistuksen jälkeen voimaan tuli ns. perusoikeusuudistus. Sen kolmas momentti velvoitti julkisen vallan turvaamaan jokaiselle kansalaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Näiden kahden uudistuksen jälkeen avoimeksi jäi, miten julkinen valta voisi turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, kun niitä tarjottiin kunnissa voimavarojen mukaan. (Mattila 2011, 225.) Valtiosuusuudistuksen mahdollistamat kunnalliset päätökset terveydenhuollon toteuttamisessa johtivat hoitojonojen kasvuun 2000-luvulle tultaessa. Osa potilaisista ohjattiin kustannusten takia ”ikuisen jonoon” odottamaan hoitoa niissä kunnissa, joissa resursseja ei ollut tarpeeksi. (Mattila 2011, 226.)

Samaan aikaan perusoikeusuudistuksen kanssa kokeiltiin vuosina 1995 – 1998 myös hoitotakuujärjestelmää kolmessa sairaanhoitopiirissä (Liukko, Hakonen, Pajunen & Jaakkonen 2000). Nämä kokeilut eivät johtaneet vielä hoitotakuujärjestelmän säätämiseen. Vuonna 2001 tuli voimaan hoitotakuuta vastaava järjestelmä lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon koskevissa mielenterveyspalveluissa. Siinä määriteltiin, että hoidon tarpeen arviointi piti tehdä kolmen viikon kuluessa ja hoito aloittaa kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lääkäri teki lapsen tai nuoren henkilön mielenterveysongelmien vuoksi lähetteen erikoissairaanhoidon (Valtioneuvosto 2000, 3511). Vuonna 2001 alkoi kansallinen terveysprojekti nimeltään Terveys 2015 kansanterveysohjelma, jonka yhtenä osana oli valtioneuvoston periaatepäätöksellä hoitotakuu. Hoitoaikojen säätelyä pidettiin hyvänä tapana vaikuttaa hoitonojen pituuteen. Hankkeen tavoitteena oli turvata hoidon saatavuus, laatu ja riittävä määrä koko valtakunnassa, potilaiden maksuvyvästä riippumatta. Tavoitteet olivat hyvin samantyyppiset kuin aikanaan vuoden 1972 kansanterveyslain valmistelun yhteydessä. Hanketta toteutettiin kuntien ja valtion yhteistyöllä ja huomioon otettiin myös yksityisen ja kolmannen sektorin toiminta. (Mattila 2011, 232.)

Hoitotakuukokeilu ja siihen liittyvän lainsäädännön valmistelu veivät lähes 10 vuotta. Hoitotakuulaki tuli voimaan 1.3.2005. Siitä määräävät seuraavat säännökset:

- laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004
- laki erikoissairaanhoidolain muuttamisesta 856/2004
- laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta 857/2004
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellista yhteistyöstä 1019/2004

Hoitotakuu määrittää terveyskeskuksissa ja sairaaloissa tehtäville kiireettömille tutkimuksille ja hoidoille määrääaikoja, joiden kuluessa potilaan tulisi päästä hoitoon. Laki ei koske yksityisellä sektorilla tehtäviä tutkimuksia ja hoitoja. Lain tar-

koituksena on yhtenäistää eri puolilla Suomea asuvien potilaiden terveydenhuollon palvelujen saatavuutta. Lain tavoitteena on myös ollut tuottaa riittävästi terveydenhuollon palveluja vallitsevaan tarpeeseen nähden eli hoitovajeen poisto. Hoitotakuulain olennaisimmat kohdat potilaan kannalta ovat:

- Potilaan tulee saada yhteys terveystieteelliseen joko soittamalla tai käymällä arkipäivinä virka-ajan puitteissa. Muuna aikana potilaalla tulee olla mahdollisuus päästä päivystykseen joko omaan kuntaan tai yhteispäivystykseen muualle.
- Hoidon tarpeen arviointi tulee tapahtua viimeistään kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta.
- Hoitoon pääsulle on takarajat. Ne määritellään kansanterveyslaissa tai erikoissairaanhoidolaissa. Perusterveydenhuollossa takaraja on kolme kuukautta ja suun terveydenhuollossa kuusi kuukautta.

Tässä kehittämisprojektissa keskitytään hoitotakuun lainsäädännön niihin kohtiin, joissa käsitellään hoitoon pääsyn aikoja suun terveydenhuollossa. Näitä aikoja tarkasteltaessa tulee ottaa huomioon, että hoitotakuulainsäädäntö määrittää vain hoidon aloittamisesta, ei hoidon loppuun saattamisesta. Terveydenhuoltolain 26. pykälän mukaan ”hoidon jaksottaiselle toteutukselle tulee olla hammaslääketieteelliset perusteet”. Tällä on pyritty vaikuttamaan siihen, että kokonaishoitoajat eivät veny liian pitkiksi. Hoidon jaksottaminen mielletään yleensä negatiivisena asiana, kun resurssipulan takia hoitoja joudutaan venyttämään tarpeettoman pitkälle aikavälille. Toisaalta terveydenhuoltolain määritelmä antaa perusteet toimia myös toisin. Mikäli hoito vaatii hoitotakuuta nopeampaa hoitoa, tulee näin tehdä. Potilaan hoito tulee siis tehdä ensisijaisesti hammaslääketieteellisin perustein, huolimatta hoitotakuulain suomista aikarajoista.

## 2.2 Hoitotakuu muissa maissa

Norja otti ensimmäisenä Pohjoismaista hoitotakuujärjestelmän käyttöön vuonna 1990 (Hagena & Kaarbøe 2006, 322). Sitä seurasivat Ruotsi vuonna 1992 ja Tanska vuonna 1993. Iso-Britanniaan hoitotakuujärjestelmä tuli 1997. (Tuomi-nen & Mikkola 2008, 13; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2008, 15.) Jokaisessa maassa järjestelmä on hieman erilainen. Ruotsissa hoitotakuun alkuaikoina hoi-toon pääsyn kiireellisyys määriteltiin potilaan terveydentilan perusteella. Hoito-takuu-aika oli joko 3 tai 6 kuukautta. (Hanning 1996.) Lisäksi Ruotsin hoitotakuu-lainsäädäntö erosi suomalaisesta siinä, että potilailla oli mahdollisuus saada palveluseteli ja hakeutua hoitoon myös muihin terveydenhuollon yksiköihin, jos jonotus kesti liian pitkään omassa terveyskeskuksessa (Irvine, Hjertqvist & Gratzner 2002, 252). Britanniassa tarkastusväleiksi on määritelty puoli vuotta (Murtomaa & Letto 2005, 2328).

Irvine, Hjertqvist & Gratzner (2002) kuvaavat Ruotsin hoitotakuujärjestelmän al-kuaikoja ja toteavat, että myös siellä tavoiteltiin odotusaikojen lyhentämistä vuonna 1992, kun hoitotakuu tuli voimaan. Näin tapahtuikin aluksi; ensimmäi-senä vuonna hoitoon pääsyajat lyhenivät 22 %. Tätä ei kestänyt kovin pitkään, sillä laissa ei määritelty sakkorangaistuksia sille, jos jonot venyivät liian pitkiksi (Irvine, Hjertqvist & Gratzner 2002, 252). Muutaman vuoden päästä hoitojonot pitenivät jälleen ja hoitotakuu lakkautettiin Ruotsissa vuonna 1997 (Hanning & Lundström 2007, 5; Nordgren 2010, 72). Laajennettu hoitotakuu otettiin uudel-leen käyttöön Ruotsissa marraskuussa 2005 (SOU 2008, 83; Nordgren 2010, 68). Ruotsalaista hoitotakuuta kuvataan usein lukusarjalla 0-7-90-90. Numerot kuvaavat päiviä, jonka kuluessa hoitoon liittyviä toimenpiteitä tulisi viimeistään tehdä. Potilaan on hoitoa tarvitessaan saatava yhteys terveyskeskukseen sa-mana päivänä (numero 0). Potilaan on saatava aika terveyskeskuslääkäriltä seitsemässä päivässä yhteydenotosta hoidon niin vaatiessa. Potilaan on saata-va erikoislääkärin arvio 90 päivän aikana lähetteen saamisesta, tai hoito on aloi-tettava 90 päivän kuluessa siitä, kun hoidosta on päätetty (SOU 2008, 83).

Christiansen kuvaa Tanskan terveydenhuoltojärjestelmässä tapahtuneita muutoksia viimeisen kolmenkymmenen vuoden ajalta. Vuonna 2002 hoitotakuupotilaille annettiin mahdollisuus hakeutua hoitoon yksityiselle puolelle, jos hoitoa joutui odottamaan yli 2 kuukautta. Vuonna 2007 Tanskassa vähennettiin kuntien ja läänien määrää. Samalla terveydenhuollon tehtäviä siirrettiin lääneiltä uusille entisiä kuntia suuremmille kunnille. Yhtä aikaa kuntamuutoksen kanssa hoitotakuun odotusajat lyhenivät kahdesta yhteen kuukauteen, ja se lisäsi yksityisten sairaaloiden käyttöä. (Christiansen 2012.)

### 3 KUNNALLINEN JA YKSITYINEN SUUN TERVEYDENHUOLTO

Suun terveydenhuolto eroaa muusta terveydenhuollosta siinä, että historiallisista syistä johtuen yksityisen sektorin osuus on suuri (Soininvaara 2008, 5). Koko 1900-luvun alun hammaslääkäripalvelut olivat Suomessa yksityisten hammaslääkäreiden varassa. Vuonna 1956 alkoi kunnallinen suun terveydenhuolto, kun 17. toukokuuta vuonna 1956 säädettiin laki kansakoulujen hammaslääkäritoimesta. (Laki kansakoulujen hammaslääkäritoimesta 297/1956; Nordblad 1992, 23; Hallituksen esitys 149/2000; Widström & Nihtilä 2004, 394; Soininvaara 2008, 6.) Laki kansakoulujen hammaslääkäritoimesta kumottiin vuonna 1972 kansanterveyslailla, joka laajensi kunnallisen suun terveydenhuollon koskemaan koko väestöä (Kansanterveyslaki 66/1972). Kunnilla oli mahdollisuus tarjota suun terveydenhuollon palveluja kaikille ja osassa kuntia näin myös tapahtui. Hammassairauksien laajuudesta ja resurssien vähyydestä johtuen useissa kunnissa hoito kohdistettiin kuitenkin alle 17-vuotiaisiin, jotka järjestelmällisen hammashuollon toteuttamisohjelmassa mainittiin ensisijaisina hoidon kohteina. Hoitoon pääsyn vähimmäisikärajoja laajennettiin asteittain 1970- ja 1980-luvulla. Vuonna 1990 ikärajan piiriin kuuluivat vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneet (Taulukko 1). Näin jatkettiin vuosituhannen vaihteen yli, jolloin 1956 syntyneet olivat jo 44-vuotiaita (Hallituksen esitys 149/2000; Nordblad, Suominen-Taipale, Rasilainen & Karhunen 2004, 13; Suominen-Taipale & Widström 2006, 134.). Ikärajoista päästiin eroon vasta 2000-luvun alussa ja kunnallisella sektorilla hoitoon pääsyn perusteeksi tuli hoidon tarve. Tämä seikka erotti pitkään kunnallisen suun terveydenhuollon muusta kunnallisesta terveydenhuollosta.

Taulukko 1. Kunnallisen suun terveydenhuollon ikäperusteinen laajentuminen kansanterveyslain voimaan tulon jälkeen (Hallituksen esitys 149/2000).

Vuosi	1972	1979	1984	1985	1986	1988	1989	1990
Ikäryhmä	0-17	0-18	0-19	0-21	0-25	0-28	0-31	0-34
Syntymävuosi	1955	1961	1965	1964	1961	1960	1958	1956

Vuonna 1986 sairausvakuutuslakia muutettiin ja yksityisellä sektorilla tehdyistä suun terveydenhuollon hoidoista alettiin maksaa korvauksia. Korvauskäytäntö perustui osittain vastaavaan ikäjakoon, mikä kunnallisella sektorilla ohjasi hoitoon pääsyä. (Hallituksen esitys 149/2000; Widström & Nihtilä 2004, 394.) Päätös oli merkittävä, sillä vuonna 1986 suun terveydenhuollon yksityissektorin palveluja käytti noin 70 % aikuisväestöstä (Sotamaa 1999, 45). 1990-luvun lama viivästytti ikäryhmien laajentamista. Seuraavan kerran niitä laajennettiin vasta 2000-luvulla (Poutanen 2001, 250; Nihtilä & Widström 2005, 323; Paavola 2012, 9). Vaikka lasten ja nuorten hammashoito siirtyi vähitellen lähes kokonaan kuntien hoidettavaksi, niin vielä 2000-luvulle saakka yksityinen sektori tuotti suurimman osan aikuisten palveluista (Hallituksen esitys 149/2000; Widström 2011, 78).

Vasta 30 vuotta kansanterveyslain säätämisen jälkeen koko väestö saatiin suun terveydenhuollon osalta perusterveydenhuollon järjestämismallin mukaiseksi. Aikuisten suun terveydenhuollon hoitoon pääsy- ja korvauskäytäntö muuttui vuosina 2001 ja 2002. Tämän aiheutti lakimuutos kansanterveyslakiin (Laki kansanterveyslain 14 ja 49 §:n muuttamisesta 1219/2000), jolla taattiin kaikenikäisille mahdollisuus kunnan tarjoamaan hammashoitoon. Samaan aikaan muutettiin myös sairausvakuutuslaki koskemaan koko väestöä suun terveydenhuollon osalta (Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 1202/2000). Lakimuutoksilla oli seuraavat tavoitteet:

- Saada eri-ikäiset potilaat tasa-arvoiseksi suun terveydenhuollon korvauskäytäntöjen osalta (Hallituksen esitys 149/2000; Nihtilä & Widström 2005, 323; Happonen 2007, 20).
- Vähentää hoitokustannusten merkitystä hoitoon hakeutumisen esteenä (Nihtilä & Widström 2005, 323).
- Saattaa suun ja hampaiden hoito samaan asemaan muun terveydenhuollon kanssa tarjoamalla koko väestölle terveystarpeen mukaiset suun terveydenhuollon palvelut (Hallituksen esitys 155/2000: Nihtilä & Widström 2005, 323).

Osassa Suomen kuntia potilaan oli mahdollista jo ennen lakimuutoksia saada suun terveydenhuollon palveluja suun ja hampaiden terveydentilan edellyttämän hoidon tarpeen eikä iän perusteella (Widström, Utriainen & Pietilä 1997, 6; Hallituksen esitys 149/2000; Nihtilä & Widström 2005, 323). Lähteestä riippuen vuonna 1997 noin neljännes (Widström, Utriainen & Pietilä 1997, 6) tai kolmannes (Hallituksen esitys 149/2000; Nihtilä & Widström 2005, 323) Suomen kansalaisista asui sellaisten terveystieteiden alueella, jotka olivat järjestäneet hammashuollon koskemaan kaiken ikäisiä. Näiden terveystieteiden lukumäärä vastasi noin puolta Suomen senhetkistä terveystieteiden (Widström, Utriainen & Pietilä 1997, 6).

Suun terveydenhuollon kunnallisten palveluiden toteuttamiseen ohjattiin 10,2 miljoonaa euroa valtionosuuden lisäystä vuosina 2001–2003 hoitoon pääsyn ja korvauskäytäntöjen muutosten yhteydessä (Suun terveydenhuollon selvitysryhmä 2012). Hallituksen esitellessä lakimuutoksia eduskunnalle vuonna 2000, hallitus arvioi yksityisen sektorin potilaiden jatkavan pääsääntöisesti aikaisemmin syntyneitä hoitosuhteita, koska

kunnallisen ja yksityisen hoidon kustannusten ero nykyisen maksutason vallitessa pienenee potilaan näkökulmasta merkittävästi sen jälkeen kun hoitokuluihin voi saada sairausvakuutuskorvauksen (Hallituksen esitys 149/2000).

Näin ei kuitenkaan käynyt. Pääkaupunkiseudulla tehdyn kyselyn mukaan noin neljännes vastaajista oli vaihtanut tai yrittänyt vaihtaa hoitosektoria lakimuutosten jälkeen. Suurin osa vaihdossa onnistuneista vaihtoi yksityiseltä julkiselle (n. 64 %). Tavallisin syy hoitosektorin vaihtoon oli kustannukset (yli 50 % vaihtaneista) (Nihtilä & Widström 2005, 326). Yksityistä sektoria käyttävät maksoivat sairausvakuutuksen piirissä olevasta hammashoidosta itse 63 % ja terveystieteiden kuksessa käyneet 26 % (Widström 2011, 80). Julkiselta sektorilta yksityiselle vaihtaneiden vaihdon yhtenä syynä oli, että julkiselta sektorilta ei saa kaikkea hoitoa. Terveystieteiden kuksilla on keskimäärin hyvä laitekanta, koska yksiköt ovat hammaslääkärimäärältään usein isompia kuin yksityisen sektorin vastaanotot. Silti uudet, kalliimmat hoitomuodot ovat johtaneet siihen, että terveystieteiden kuksia ei ole resursoitu tuottamaan kaikkia tarvittavia palveluita (Pöyry 2008, 29). Esimerkiksi hammasimplantteja ei juurikaan asenneta terveystieteiden kuksissa. Suun

terveydenhuollon aikuispotilaiden määrää terveystakesuksissa lisää myös se, että nuoret, jotka ovat tottuneet käymään kuntasektorilla, usein jatkavat käyntejä kunta sektorilla myös aikuisiässä.

Suun terveydenhuollon potilasmaksuja käsiteltäessä tulee ottaa huomioon, että sairaudenhoitokorvauksena korvataan vain perushammashuolto, joka pitää sisällään hammaslääkärin suorittaman suun ja hampaiden hammaslääketieteellisen tutkimuksen, taudinmäärityksen ja siihen liittyvän hoidon suunnittelun sekä hoidon. Korvausta ei makseta oikomishoidosta, hammasproteettisista toimenpiteistä, hammasimplanteista tai hammasteknisistä kustannuksista. (Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 1202/2000; Kairisalo ym. 2007, 31.) Tämä saattaa johtaa jossain määrin laskelmointiin hoitotapoja valitessa. Potilaan hammas saatetaan hoitaa paikkaamalla tilanteessa, jossa potilaalle olisi perusteltua tehdä hammaskruunu tai -silta. (Soininvaara 2008, 19.)

Edellä kuvattu kehitys ja syyt ovat johtaneet siihen, että terveystakesuksissa käy nykyään enemmän aikuisasiakkaita kuin yksityisellä sektorilla. Suun terveydenhuollon kävijöitä oli terveystakesuksissa vuonna 2009 yhteensä 1,9 miljoonaa, joista noin 1,1 miljoonaa oli aikuisia ja 0,8 miljoonaa oli lapsia. Yksityisellä sektorilla kokonaiskävijöiden määrä oli noin 1 miljoona ja se koostui lähes kokonaan aikuisten käynneistä. (Widström 2011, 79.) Prosenteissa laskettuna kävijöistä noin 66 % käy julkisella puolella. Käyntimäärinä ero on suunnilleen samassa suhteessa. Kokonaiskäynneistä tehdään julkisella puolella noin 63 %. Leikolan mukaan vuonna 2010 terveystakesuksissa oli noin viisi miljoonaa suun terveydenhuollon käyntiä ja yksityisellä sektorilla noin kolme miljoonaa. Vaikka hampaita ei juurikaan hoideta työterveydessä, on yksityisen sektorin käyttö suun terveydenhuollossa muuta terveydenhuoltoa yleisempää. (Leikola 2011, 49.) Arajärven ja Väyrysen mukaan yksityissektorin osuus terveystakespalveluista on noin viidesosa, kun asiaa arvioidaan henkilöstömäärän mukaan (Arajärvi & Väyrynen 2011, 1).

## 4 SUUN TERVEYDENHUOLLON HOITOTAKUU

Suun terveydenhuollon hoitotakuun lainsäädäntö vastaa pääpiirteiltään perusterveydenhuollon lainsäädäntöä. Ainoastaan hoitotakuun toteutumisen mittari, arvioitu hoitoon pääsy aika, on erilainen. Se on pidempi, eli kuusi kuukautta. (Laki kansanterveystalain muuttamisesta 855/2004; Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004.) Tällä on arvioitu olevan vaikutusta siihen, että suun terveydenhuollon potilaat hakeutuvat useammin hoitoon yksityiselle sektorille kuin potilaat, joilla on vaivoja muualla kehossaan. (Leikola 2011, 49.) Useissa maissa hammashoito on pääosin yksityisen sektorin järjestämää. Vain pohjoismaissa ja Iso-Britanniassa toimii rinnakkain julkinen ja yksityinen sektori. (Widström 2011, 78.) Näissä maissa on myös käytössä hoitotakuujärjestelmä.

Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää tietoa hoitotakuun toteutumisesta suun terveydenhuollossa. Näiden tietojen pohjalta aluehallintovirastot (AVI) toteuttavat hoitotakuun valvontaa. Toimenpiteiden kriteerit, joiden perusteella AVI puuttuu toimintaan suun terveydenhuollossa, ovat:

1. Potilailta on jatkuvia ongelmia välittömässä yhteydessaannissa hammashoidon ajanvaraukseen ja puheluista pääsee läpi alle 80 prosenttia.
2. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä määritellyn hoidon järjestäminen kuuden kuukauden kuluessa ei onnistu.

AVI:n mahdolliset toimet silloin, kun hoitotakuu ei toteudu, ovat esim. ohjauskirje, selvityspyyntö ja uhkasakko (Mattila 2011, 224; Valvira 2011).

### 4.1 Keskeisimmät toimijat suun terveydenhuollon hoitotakuussa

Sosiaali- ja terveystalain lupa- ja valvontavirasto (Valvira) myöntää oikeuden toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä sekä valvoo myös hoitoon pääsyn kokonaistilannetta erikoissairaanhoidossa. Valvira syntyi vuonna 2009,

kun Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO) ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus (STTV) yhdistettiin (ETENE 2008, 18). Suun terveydenhuollossa laillistettuja terveydenhuollon ammattinimikkeitä ovat: hammaslääkäri, suuhygienisti ja hammasteknikko. Näiden lisäksi suun terveydenhuollossa työskentelee usein myös hammashoitajia, jotka olivat vuoden 2008 alkuun asti nimikesuojattuja ammattihenkilöitä. Nimike poistettiin asetuksesta, koska kyseistä koulutusta ei enää järjestetä Suomessa. (Valvira 2012.) Vastaavanlainen koulutus on nykyään mahdollista suorittaa lähihoitajakoulutuksessa, mikäli suuntautuu koulutuksen aikana suun terveydenhuoltoon. Muita suun terveydenhuollon toimijoita ovat hammaslaboratorioissa työskentelevät hammaslaborantit ja erikoishammasteknikot. Keskeisimmät toimijat potilaan kannalta ovat hammaslääkäri ja hammashoitaja, joiden välisellä tiimityöskentelyllä on pitkät perinteet. Lisäksi pääosin itsenäistä työtä tekevien suuhygienistien rooli on kasvussa. Näille on siirretty sellaisia toimenpiteitä, joihin ei edellytetä hammaslääkärin koulutusta, kuten esim. ennaltaehkäisevät toimet ja määräaikaistarkastukset. (Koivumäki ym. 2011, 11.)

Kun tarkastellaan hoitotakuuta suun terveydenhuollossa, on siihen vaikuttavien toimijoiden lista laajempi kuin yllä lueteltujen ammattiryhmien edustajat. Nämä tahot ja toimijat on alla kerätty erilaisten yläkäsitteiden alle. Yläkäsitteet kuvaavat kunkin edustajan vaikuttamisen/asiantuntijuuden luonnetta (asiantuntijuuden laji) suun terveydenhuollon hoitotakuun osalta. Samantyyppiset toimijat ja tahot on kerätty yhteen. Kaiken kaikkiaan seuraavat tahot ja toimijat ovat jollain tasolla vaikuttamassa suun terveydenhuollon hoitotakuuseen ja sen toteutumiseen:

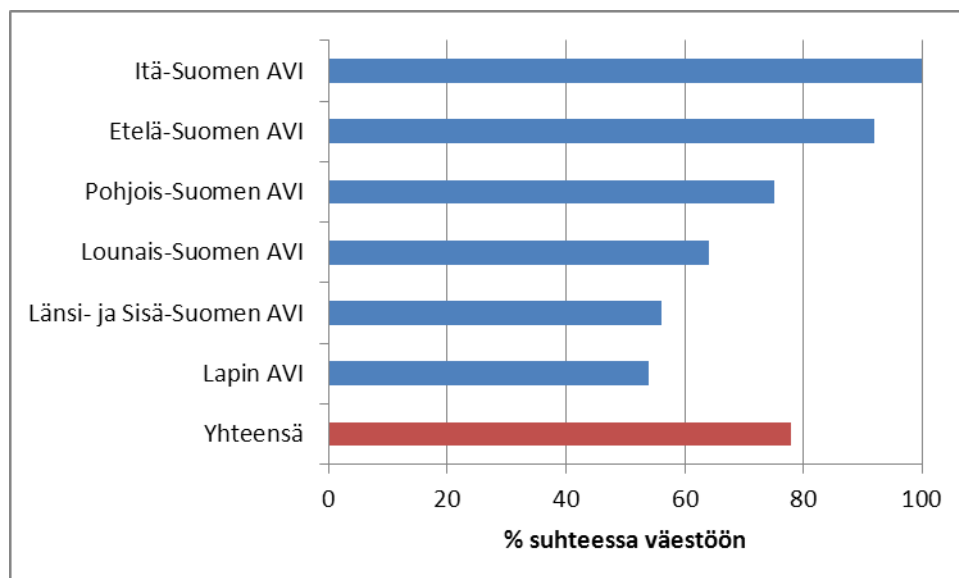
- Hoitotakuun toteutumisesta vastuussa olevat kunnalliset työntekijät:
  - Kuntien ja kaupunkien johtavat ylihammaslääkärit
- Hoitotakuuta toteuttavat muut kunnalliset työntekijät ja hammasteknikot
  - Kuntien ja kaupunkien hammaslääkärit
  - Terveyskeskusten suuhygienistit ja hammashoitajat
  - Hammas- ja erikoishammasteknikot
- Ostopalveluita tarjoavat terveydenhuoltoalan yritykset
  - Isot valtakunnalliset ketjut: Attendo, Coronaria, Mediverkko

- Ostopalveluita tarjoavat paikalliset yksityiset hammaslääkäriasemat
- Muille terveystieteille ostopalveluita tarjoavat terveystieteet
- Suun terveydenhuollon ammattihenkilöitä kouluttavat tahot:
  - Yliopistot, joissa koulutetaan hammaslääkäreitä (Helsinki, Kuopio, Oulu, Turku)
  - Ammattikorkeakoulut, joissa koulutetaan suuhygienistejä ja hammaslääkäreitä
  - Ammattioppilaitokset, joissa koulutetaan hammashoitajia
- Päätöksentekoon, valvontaan ja rahoitukseen liittyvät valtakunnalliset organisaatiot
  - Sosiaali- ja terveysministeriö (STM)
  - Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
  - Aluehallintovirastot (AVI)
  - Kansaneläkelaitos (KELA)
- Kunnallisen tason päättäjät, joilla on vaikutusvaltaa esim. hoitotakuun toteuttamisen resursseihin ja budjettiin
  - Kuntien ja kaupunkien peruspäätöksentekovaltuustot, valtuustot ja hallitukset
- Ammattiryhmien yhdistykset
  - Hammaslääkärien yhdistykset (Suomen Hammaslääkärisseura Apollonia ry, Suomen Hammaslääkäriliitto, Terveystieteidenhammaslääkäriyhdistys)
  - Erikoishammaslääkäriliitto
  - Suuhygienistien yhdistykset (Suomen suuhygienistiliitto SSHL ry, Suun terveydenhuollon ammattiliitto STAL ry)
  - Hammashoitajien yhdistys (Suun terveydenhuollon ammattiliitto STAL ry)
- Potilaat

## 4.2 Hoitotakuun toteutuminen

Ennen hoitotakuun voimaantuloa valtio ja kunnat jakoivat erillisrahoituksena 50 miljoonaa euroa ns. jononpurkurahaa. Kaikki tällä rahaa ei kuitenkaan käytetty niihin kohteisiin, joissa hoitojonot ja odotusajat olivat pisimmät. (Pekurinen, Mikkola & Tuominen 2008, 11.) Suun terveydenhuollon kunnallisten palveluiden uudistusten toteuttamiseksi ohjattiin 10,2 miljoonaa euroa ylimääräistä rahaa vuosina 2001–2003. Monessa kunnassa nämä rahat eivät kohdistuneet tarpeeksi suun terveydenhuollon palveluiden kehittämiseen. (Happonen 2007, 21.) Hoitotakuun voimaantulon jälkeen onkin ollut nähtävissä, että ostopalveluiden käyttö on kasvanut valtakunnan tasolla (Pekurinen, Tuominen & Mikkola 2008, 25). Myös esimerkiksi Turussa on käynyt näin (Turun kaupungin perusturvalautakunta 2011). Turun kaupungin palveluksessa olevien hammaslääkäreiden määrä ei sanottavasti muuttunut 2000-luvun ensimmäisenä vuosikymmenenä, vaikka suun terveydenhuollon ostopalveluja tarvittiin ensimmäisen kerran jo vuonna 2003 (Turun kaupungin perusturvalautakunta 2011). Turussa oli yli kuusi kuukautta odottaneita potilaita kehittämisprojektin alussa noin 1500 henkeä. Turun tilannetta käsitellään tarkemmin kappaleessa 5.2 kehittämisprojektin taustaorganisaatio.

Suun terveydenhuollossa hoitoon pääsyn toteutumisessa on ollut paljon eroja valtakunnallisesti terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien välillä. Tämä tuli ilmi Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lokakuussa 2011 keräämistä tiedoista. Kun tuloksia tarkasteltiin aluevalvontavirastoittain, huomattiin, että Itä-Suomen AVI:n alueella hoitoon pääsivät säädetyssä ajassa kaikki potilaat, mutta Lapin sekä Länsi- ja Sisä-Suomen AVI:en alueilla vain hieman yli puolet. Valtakunnan tasolla keskimäärin neljä viidestä potilaasta pääsi hoitoon säädetyssä ajassa (Kuvio 1). (THL 2011a.) Kappalemääräksi muutettuna yli 6 kk jonottaneita asiakkaita oli hieman alle 14000 koko Suomessa lokakuussa 2011 (THL 2011b). Seuraavan vuonna samaan aikaan yli kuusi kuukautta odottaneiden määrä oli puolittunut, ollen 7200 potilasta (THL 2012a).



KUVIO 1. Hoitoon pääsyn toteutuminen suun terveydenhuollossa säädettyssä kuuden kuukauden ajassa. Tilasto lokakuulta 2011 aluehallintovirastoittain sekä valtakunnan tasolla. Prosenttiosuudet ovat suhteessa aluevalvontaviraston väestöön vastanneissa terveystieteissä (THL 2011a).

#### 4.3 Toimenpiteitä hoitojonojen purkamiseksi

Useat terveystieteet ovat joutuneet miettimään suun terveydenhuollon osalta, miten menetellä, kun hoitotakuujonoja syntyy. Seuraavana on listattu ratkaisumalleja ja ehdotuksia, joilla asiaan on jo puututtu tai toivotaan pystyttävän puuttumaan terveystieteissä. Listalla olevia asioita kommentoidaan myös lyhyesti nykytiedon valossa. Tähän kehittämissuunnitelmaan liittyvään tutkimukseen osallistuvat asiantuntijat arvioivat myös kyseisiä toimenpiteitä ja niiden toimivuutta.

##### 4.3.1 Terveystieteen omat toimenpiteet

Soininvaaran mukaan **oman henkilökunnan lisääminen** on pitkällä aikavälillä edullisin vaihtoehto kaupungeille tai kunnille, jos voidaan varmistaa, että uusille hammaslääkäreille on riittävästi töitä tarjolla. Oman henkilökunnan lisääminen on sopiva korjaava toimenpide erityisesti silloin, kun suun terveydenhuollon hoitotakuujonossa on paljon yli 6 kuukautta jonottaneita potilaita. Vaikka tarvetta

olisi, niin lisähenkilökuntaa ei aina pystytä palkkaamaan esimerkiksi rahapulan vuoksi (Soinivaara 2008, 15). Eikä virkojen täyttö välttämättä onnistu, kun osassa Suomea hammaslääkäreistä on pulaa (Happonen 2007, 24; Suominen-Taipale 2007).

**Oman henkilökunnan yli- ja lisätöillä** voidaan terveyskeskuksessa tasata erityisesti ruuhkahuippuja. Käytäntöä voidaan hyödyntää myös silloin, kun hoitoa jonottavia potilaita ei ole paljon. Lisätyöt eroavat ylitöistä siinä, että ne ovat paikallisesti sovittuja, niitä tekevät usein vajaata viikkoa tekevät hammaslääkärit ja työnantaja voi korvata ne esim. vastaavan suuruisena vapaana. Hammaslääkäreiden keskuudessa osa-aikatyötä tekevien määrä on suuri; vuonna 2010 terveyskeskusten hammaslääkäreistä 31 % teki osa-aikatyötä (Koivumäki 2011, 14). Tämän vuoksi ylitöihin ei välttämättä ole helppo saada henkilöstöä. Henkilökuntaa palkattaessa osa-aikaisen työn teon mahdollisuus koetaan usein rekrytointivalttina.

Mikäli lisähenkilökuntaa ei ole mahdollista saada, yhtenä toimenpidevaihtoehtona on esitetty potilaiden kutsuvälin pidentämistä. Käytäntö onkin terveyskeskuksissamme yleistynyt. (Murtomaa & Letto 2005.) **Yksilöllisille hoitoväleille** (YHV) ei ole selkeää pituusmääritelmää. Suomalaisia potilaita on ohjeistettu tavallisesti käymään hammaslääkärissä noin kerran vuodessa. Tätä tukee myös se, että Kela korvaa potilaille suun tutkimuksen kerran kalenterivuodessa. Myös muissa pohjoismaissa kerta vuodessa on ollut tavallisin käyntitiheys. Englannissa hammastarkastukseen tullaan tyypillisesti 2 kertaa vuodessa. Suomalaista käypähoitosuosituksista vastaavan NICE-suosituksen mukaan hoitoväli voi vaihdella Englannissa kolmesta kuukaudesta enimmillään kahteen vuoteen (NICE 2004). Norjalaisen aineiston mukaan kahden vuoden tarkastelujaksolla, tilastollisesti merkittävää eroa hampaiden reikiintymisen suhteen ei tullut, kun lasten ja nuorten tarkastusväli pidennettiin vuodesta 24 kuukauteen (Beirne, Clarkson & Worthington 2007, 10). Maksimi tarkastusvälin suositus vaihtelee myös maailmalla ja on yleensä 12- 24 kuukautta (Keskinen 2009).

#### 4.3.2 Vuokratyövoima ja muualta ostettu hoito

Hammaslääkäriyötä tekemään voidaan **vuokrata vuokratyövoimaa**, jota voidaan käyttää monin tavoin, kuten äkillisesti sairastuneen hammaslääkäriin sijaisena, tai vaikka hoitamaan koko terveyskeskuksen toimintaa. Lokakuussa 2010 tehdyn työvoimaselvityksen mukaan suun terveydenhuollon osalta ulkoistaminen oli tehty kokonaan kymmenessä Suomen 166 terveyskeskuksesta (Suomen Hammaslääkäriliitto 2011a, 1). Vuokratyövoiman osuus on ollut tasaisessa kasvussa hoitotakuun voimaantumisen jälkeen. Vuonna 2005 vain 1,1 % terveyskeskushammaslääkäreiden tehtävistä hoidettiin vuokratyövoimalla ja vuonna 2010 jo 5,5 %. (Koivumäki 2011, 18.)

Yhtenä vuokratyövoiman käyttöesimerkkinä voidaan mainita viikonloppupäivystys. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) julkaisussa vuokratyövoiman käytön viikonloppuisin on todettu helpottavan vakinaisen henkilökunnan työtaakkaa. Toisaalta kaikkialle ei saada edes vuokrahenkilökuntaa. ETENE:n mukaan kaukana suurista väestökeskuksista toimiviin pienten kuntien terveyskeskuksiin työvoimaa ei saada rekrytoitua edes henkilöstöväilystyrytysten avulla. (ETENE 2008, 9; Soininvaara 2008, 18.)

**Ostopalveluilla** tarkoitetaan hammaslääkäripalveluiden ostamista joko yksityiseltä tai toiselta terveyskeskukselta. Vaikka ostopalvelut ovat yleinen tapa lyhentää hoitotakuujonoja suun terveydenhuollossa, liittyy ostopalveluihin joitakin negatiivisia seikkoja. Ne aiheuttavat kunnille alkuun lisätöitä, koska palvelut pitää hankintalain mukaan kilpailuttaa (Laki julkisista hankinnoista 30.3.2007/348). Kaikkien ostopalveluihin ohjattujen potilaiden hoito ei toteudu suunnitellusti. Esimerkiksi Turussa kunnallisen puolen tarkastuksen jälkeen yksityiselle puolelle ohjatuista potilaista noin 30 % jättää ostopalvelulähetteen käyttämättä (Turun kaupungin perusturvalautakunta 2011). Myös ostopalveluina tehtyjen hoitojen hallinnointi on haasteellista. Potilas on asiakassuhteessa palveluntuottajaan, mutta potilasrekisteristä ja asiakirjojen merkinnöistä vastaa ostopalvelulähetteen antaja. Tilaajan ja ostopalveluyrityksen asiakastietojärjestelmät eivät aina toimi keskenään yhteen. Tästä aiheutuu käsin kirjaamista työtä

tilaavalle organisaatiolle. Lisäksi potilaan hoitotakuujonoon liittyvä status ei välttämättä ole reaaliaikainen.

Turussa tutkittiin kaikki Turun kaupungin vuonna 2009 maksamat kokonaishammashoidon toimenpiteet 18 vuotta täyttäneille potilaille. Tutkimusten tulosten mukaan ostopalveluja Turun alueella tuottaneet yksityishammaslääkärit arvioivat tekemänsä hoitotoimenpiteet vaativammiksi ja siten taloudellisesti palkitsevammiksi kuin julkisen sektorin hammaslääkärit. Vertailtaessa eri toimenpideryhmiä (tarkastukset, iensairaudet, paikkaukset, juurenhoidot, poistot), kustannukset olivat yksityisellä puolella kaikissa ryhmissä merkittävästi kalliimmat kuin julkisen sektorin puolella. (Tuominen, Eriksson & Vahlberg 2012, 99–100.) Turun kaupungin perusturvalautakunnan selvityksen mukaan potilaskäynti maksoi ostopalveluina 84€ ja kaupungin vastaanotolla 60€ (Turun kaupungin perusturvalautakunta 2011).

Vuonna 2009 tuli voimaan laki sosiaali- ja terveydenhuollon **palvelusetelistä** (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569). Suun terveydenhuollossa ensimmäiset lainmukaiset palvelusetelit otettiin käyttöön Ylöjärvellä vuonna 2010 (Suomen Hammaslääkäriliitto 2010, 9). Palveluseteleiden käyttö ei ole kovin yleistä suun terveydenhuollossa. Kuntaliiton ja Sitran vuonna 2012 tekemään palvelusetelikyselyyn vastasi 196 kuntaa, kuntayhtymää tai kunnallista liikelaitosta. Näistä palveluseteliä käytti suun terveydenhuollossa vain viisi tahoa, jotka olivat Helsinki, Jyväskylä, Vantaa, Tampere ja Perusturvakuntayhtymä Karviainen. Palveluseteli oli käytössä sekä hammaslääkärien että suuhygienistien vastaanottotoiminnassa. (Suomen kuntaliitto, Nemlander, Sjöholm & Sitra 2012.)

Palveluseteli sopii parhaiten tilanteisiin, joissa potilailla on jokin selkeä etukäteen määritelty hoidon tarve. Tarkastuksen jälkeen asiakkaalle annetaan palveluseteli, jolla voi kustantaa määritellyn hoidon yksityisellä puolella kokonaisuudessaan tai osan hoidosta, jos yksityisen sektorin taksa on kalliimpi kuin palvelusetelin arvo. Palvelusetelin arvo voi olla kiinteä tai riippua asiakkaan tuloista. Potilaan kannalta palveluseteli saattaa siis olla kalliimpi vaihtoehto kuin ostopalvelu. Palveluseteleillä kustannettujen hoitojen hallinnoinnissa on samoja ongel-

mia kuin ostopalveluiden hallinnoinnissa. Tätä helpottamaan ollaan luomassa Sitran sähköinen palveluseteliportaali, joka osittain vähentää hallinnointityön määrää. (Salmivalli 2011, 4.)

Soinivaaran mukaan yksi versio palvelusetelistä on maksusitoumus. Siinä palvelusetelin antaja luettelee ne toimenpiteet, joita potilaalle tulee tehdä, ja kertoo, mitä kaupunki siitä maksaa. Potilas voi hakeutua haluamalleen yksityisen hammaslääkärin vastaanotolle ja maksaa koko hoidon maksusitoumuksella, jos yksityisen sektorin hammaslääkäri hyväksyy kaupungin määrittelemän hinnan. Tätä käytettiin Helsingissä menestyksellä hoitotakuun alkuvuosina. Osaltaan sen toimivuuteen vaikutti varmasti pääkaupunkiseudulla vallinnut yksityisten hammaslääkäreiden ”ylitarjonta”. (Soininvaara 2008, 16.)

#### 4.3.3 Rahoituksen muutokset

Yksityisen sektorin **sairausvakuutuskorvausten nostolla** valtio tukee potilaiden käynnejä yksityisellä sektorilla. Tällainen ns. kumppanuuskokeilu on käynnissä Jyväskylässä. Tämä kokeilu on mahdollista valtioneuvoston asetusmuutoksella sairausvakuutuksen korvaustaksojen perusteisiin sekä valtion lisärahoituksella. Hanke kuuluu Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelmaan, jossa haetaan uusia toimintamalleja terveyskeskusten ja yksityisen sektorin yhteistyöhön suun terveydenhuollossa. Kokeilussa potilaalle tarjotaan samansisältöistä ennaltaehkäisevän hoidon toimenpidepakettia yksityisellä tai kunnallisella sektorilla. Koska kokeilussa tätä ennaltaehkäisevää hammashoitoa korvataan tavanomaista enemmän yksityisen sektorin sairausvakuutuksen kautta, on potilaan maksama omavastuuosuus hoidosta yksityisellä sektorilla lähes sama kuin julkisella sektorilla. Ennaltaehkäisevä hoitopaketti on valittu kokeiluun, koska itsehoitoa tukemalla potilaan hampaiden kunto pysyy parempana ja hoitokäyntien tarve vähenee. Kokeilun on tarkoitus kestää vuoden 2013 loppuun, jonka jälkeen sitä arvioidaan. Arviointia rahoittaa STM ja hammaslääkäriliitto. (Kinnunen, 2011, 33; Tilander, 2012, 15.)

Kunnallisen hammashoidon **omavastuusuuden nostolla** aikuisväestön osalta (18 – 65v) palattaisiin osittain takaisin tilanteeseen ennen vuotta 1986, jolloin terveystieteiden hammashuolto oli kohdistettu lapsiin, nuoriin ja joihinkin erityisryhmiin. Kansanterveystieteen muutoksella vuonna 1986 kunnat velvoitettiin laajentamaan hammashoito myös vuonna 1961 (silloin alle 26-vuotiaisiin) ja sen jälkeen syntyneille. Samana vuonna sairausvakuutuslakiin otettiin vastaavat ikäryhmät mukaan. (Puotanen & Widström 2001, 248; Nihtilä & Widström 2005, 323; Paavola 2012, 8.)

Kunnallisen hoidon **taksojen porrastaminen tulojen mukaan** tarkoittaa sitä, että isotuloiset maksaisivat kunnallisen sektorin suun terveydenhuollon palveluista enemmän kuin pienituloiset. Tällainen malli on käytössä lapsiperheiden vanhempain päivärahasa, mutta sitä ei välttämättä haluta suun terveydenhuoltoon.

#### 4.3.4 Työntekijäryhmien väliset työnjaon muutokset

Työnjaon muutoksissa on kyse tehtävien ja toiminnan uudelleen järjestämistä ja kehittämisestä. Tavoitteena on järjestää sekä hoito kokonaisuutena että työntekijöiden välinen yhteistyö tarkoituksenmukaisemmin kuin aikaisemmin. Tähän voidaan päästä hyödyntämällä eri ammattiryhmien osaamista laajemmin ja lisäämällä yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. (Buchan & Calman 2004, 12-13; Sibbald, Shen ja McBride 2004, 28-29; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 12-13; Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 5-6.)

Hukkanen ja Vallimies-Patomäki (2005, 12–13) määrittelevät työtehtävien jaolle neljä työn jakamisen mallia, jotka ovat:

1. *Tehtävän kuvan laajentamisella* tarkoitetaan tietyn työntekijäryhmän, kuten suuhygienistit tai hammashoitajat, toimenkuvan uudistamista laajentamalla heidän tekemiensä erilaisten hoitotehtävien määrää. Uusien tehtävien hoitaminen vaatii usein osaamisen tason kehittämistä lisäkoulutuksella. Näin olisi esimerkiksi, jos erikoishammasteknikoille annettaisiin

oikeus tehdä itsenäisesti osaproteesit valmiiksi potilaalle, lääkärin esitarkastuksen jälkeen.

2. *Tehtävän siirrot* voivat tapahtua eri työntekijäryhmien välillä tai niiden sisällä. Näissä on kyse a) aiemmin toisen työntekijäryhmän tekemien hoitotehtävien sisällyttämisestä myös jonkun toisen henkilöstöryhmän tehtäviin tai b) tehtävien delegoimisesta saman työntekijäryhmän sisällä.

3. Uusien tehtäväkuvien luominen.

4. *Tehtävien täydentämisessä* on kysymys tietyn henkilöstöryhmän tehtävien täydentämisestä toisen henkilöstöryhmän tehtävillä. Kyseessä voi olla myös työtehtävän vaatiman erityisosaamisen syventäminen, kuten Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen esittävät (2009, 5-6).

Näiden käsitteiden taustalla ovat englanninkieliset termit *enhancement* (1), *substitution* ja *delegation* (2), *innovation* (3) ja *complementary* (4) (Buchan & Calman 2004, 12-13; Sibbald, Shen ja McBride 2004, 28-29). Suun terveydenhuollossa voidaan ajatella myös työn jakamista hammaslääkäreiden välillä. Hammaslääkärit voivat erikoistua moneen erikoisalaan (esim. protetiikka ja parodontologia) ja on järkevää, että erikoishammaslääkäreille ohjautuu oman erikoisalan potilaita muilta hammaslääkäreiltä. Suun terveydenhuollossa toimenkuvat ja työtehtävät ovat osittain päällekkäisiä ja täydentävät myös toisiaan. Siksi myös tiimityön ja yhteistyön kehittäminen on tärkeä ottaa huomioon työnjakoa mietittäessä. (Karjalainen, Turunen & Murtomaa 2010, 23.)

Osa hammaslääkärin tekemästä työstä on mahdollista siirtää **hammashoitajien ja suuhygienistien** tehtäväksi. He voivat tehdä terveysneuvontaa, ennaltaehkäisevää hoitoa ja tarkastuksia. Hammaslääkärin vastuulla on edelleen potilaan tutkimus ja diagnosointi sekä niiden perusteella laadittava hoitosuunnitelma ja hoitopäätös. (Koivumäki ym. 2011, 11.) Opetusministeriön määrittelemän ammatillisen osaamisen mukaan suuhygienistien työssä painottuu terveyden edistäminen. He voivat osallistua myös suun terveydenhoitoon, joko itsenäisesti tai moniammatillisessa ryhmässä. Suuhygienistien ammatinharjoittamisoikeuden edellyttämien koulutuksellisten vaatimusten mukaan ammattikorkeakoulus-

ta valmistuvan suuhygienistin oletetaan hallitsevan esim. parodontologisten ja kariologisten infektiosairauksien ehkäisyyn, varhaisoidon sekä terveyttä säilyttävän ylläpito-hoidon. Käytännön esimerkkeinä näistä tehtävistä voidaan mainita näkyvän hammaskiven poisto, hampaiden pinnoitus ja lasten väli-vuositar-kastukset. Opintoihin kuuluvaan harjoitteluun sisältyy myös asetuksen 423/2000 mukaisen valmiuden saavuttaminen intraoraali- ja panoraamakuvantamiseen osalta. (Opetusministeriö 2006, 93–97; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus säteilyn lääketieteellisestä käytöstä 423/2000.)

Vuonna 2000 tehdyn selvityksen mukaan puolet terveystakeskuksista oli tehnyt muutoksia suun terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisiin tehtäviin (Suomi-nen-Taipale 2007, 29). Tämän jälkeenkin työnjaon kehitystyötä on suun terveydenhuollon puolella jatkettu (Suominen-Taipale & Widström 2006, 139). Tehtävien siirtojen tavoitteena on parantaa terveystakeskuksen toimintaa ja helpottaa hammaslääkärien työpaineita (Happonen 2008, 22). Erityisesti lasten tarkastuksia ja ennaltaehkäisevää hoitoa on siirretty hammaslääkäreiltä suuhygienisteille (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 33). Näillä työnjaon muutoksilla saadaan myös kustannussäästöjä. Työnjaon tunnuslukuna on käytetty suuhygienisteillä käyntien suhteellista osuutta hammaslääkäreillä käyntien määrästä, mikä on kasvanut useita vuosia (Taulukko 2). (Arpalahti, Varsio & Nordblad 2006, 1268.)

Taulukko 2. Suuhygienisti- ja hammaslääkärikäyntien suhdeluku terveystakeskuksessa (Vainola & Vainikka 2011, 2).

Suuhygienisti- ja hammaslääkärikäyntien suhdeluku			
Vuosi	Käynnit (SHG)	Käynnit (HLL)	Suhdeluku
2002	672 513	4 133 798	16,3
2003	703 293	4 045 298	17,4
2004	762 019	4 045 255	18,8
2005	812 941	3 982 623	20,4
2006	858 469	3 906 605	22,0
2007	908 467	3 899 370	23,3
2008	951 696	3 897 444	24,4
2009	953 806	3 838 394	24,8
2010	956 806	3 765 196	25,4

Tällä hetkellä ei ole valtakunnallista suuhygienistien ja hammaslääkärien työnjaon ohjeistusta. Suomen Hammaslääkäriliitto ja Suun Terveysterveystieteiden Ammattiliitto STAL / Tehy ry. ovat tosin laatineet yhteisen muistion, joka käsittelee hammaslääkäriin, suuhygienistiin ja hammashoitajan välisten työnjakomallien kehittämistä. Muistiossa ei käsitellä konkreettisia työnjaon muutoksia, mutta siinä kannustetaan jäseniä aktiiviseen kehitystyöhön. (Suomen hammaslääkäriliitto, STAL & Tehy. 2008, 1.) Työnjako sovitaan paikallisesti, joka aiheuttaa vaihtelua valtakunnallisesti tarkasteltaessa.

**Erikoishammasteknikkojen** (EHT) kohdalla ei ole mahdollista sopia paikallisesti työnjaon muutoksista. Erikoishammasteknikkojen oikeudet toimia potilaiden kanssa on määritelty tarkkaan asetuksessa terveydenhuollon ammattihenkilöstä 564/1994. Asetuksen 17 §:ssä todetaan, että: ”Erikoishammasteknikko saa itsenäisesti valmistaa ja sovittaa irrallisia kokoproteeseja niiden käyttäjille.” (Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä 564/1994.) Erikoishammasteknikkojen on todettu valmistaneen myös osaproteeseja potilaille itsenäisesti, mikä ei ole asetuksen mukaista (Valvira 2010). Sosiaali- ja terveysministeriössä on meillä hankkeita, jossa mietitään erikoishammasteknikon toimenkuvan laajentamista koskemaan myös osaproteeseja. Toimenkuvan laajentamista varten pyydettiin lausunto terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta. Lausunnossa THL suhtautuu myönteisesti erikoishammasteknikoiden osaamisen laajempaan hyödyntämiseen, kunhan tämä huomioidaan joko EHT:een perus- tai täydennyskoulutuksessa (THL 2011c).

Laajentamalla erikoishammasteknikkojen oikeudet koskemaan myös irrotettavia osaproteeseja autettaisiin myös hoitotakuun kanssa kamppailevaa julkista suun terveydenhuoltoa. Koko- ja osaproteesien valmistusmäärän oletetaan laskevan tulevaisuudessa (Suominen-Taipale 2001, 2101; Suominen-Taipale, Nordblad, Vehkalahti & Aromaa 2004, 67). Silti niitä tarvitsevien potilaiden siirtyminen osittain pois terveyskeskuksista ei ole suun terveydenhuollon hoitotakuun kannalta merkityksellisen asia. Proteeseja tehtäessä käyntikertoja on merkittävästi enemmän kuin esimerkiksi hammasta paikattaessa. Amalgaamilla tai muovisilla paikka-aineilla paikkaus pystytään tekemään yleensä yhdellä käyntikerralla ja sa-

malla käyntikerralla on mahdollista paikata useampi hammas. Koko- ja osaproteesin valmistukseen liittyviä käyntikertoja hammaslääkäriin tai erikoishammas­teknikon vastaanotolle on useita. Käyntejä ovat: 1) alkujäljennöksen ottaminen, 2) tarkkuusjäljennöksen ottaminen yksilöllisellä jäljennöslusikalla, 3) purennan määrittäminen kaavioilla, 4) asettelun sovittaminen, 5) valmiin proteesin sovit­ taminen ja 6) proteesin jälkitarkastus sekä mahdollisten painaumakohtien kor­ jaaminen. Yksi käyntikerroista voidaan vähentää, kun tarkkuusjäljennös otetaan kaavioiden tai asettelun yhteydessä. Näin ollen käyntejä kokoproteesin valmis­ tuksen yhteydessä tulee viisi, samoin kuin osaproteesien kohdalla. (Suonperä 2012.) Nämä käyntikerrat eivät rasittaisi hammaslääkäriin vastaanottoa, jos ko­ koproteeseja ja osaproteeseja tarvitsevat potilaat voisivat mennä alkutarkastuk­ sen jälkeen erikoishammasteknikon vastaanotolle.

#### 4.3.5 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämistyötä ja sen vaikutusta hoitotakuujonoihin ei ole otettu tä­ hän kehittämissuunnitelmaan mukaan, koska terveyden edistämismuutosten (har­ jausohjeistus, fluorausohjelmat, poliittiset päätökset kuten makeisveron nosto, jne.) käsitteleminen kasvattaisi työn laajemmaksi kuin ylemmän ammattikorkea­ koulun ohjeistuksen mukaan on toivottavaa. Terveyden edistämisestä on kirjoi­ tettu runsaasti jo aiemmin, esimerkiksi kustannusvaikutusten osalta (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008), terveydenhuollon edistämisen toimintamallista suun terveydenhuollossa (Arpalahti, 2006) ja terveyden edistä­ misen periaatteista (Petersen & Nordrehaug-Åström 2008, 42-51) sekä kuntien toimista terveyden edistämiseksi (Hausen, Lahti & Nordblad 2006,55-56).

Tämän opinnäytteen tekijä tiedostaa terveyden edistämisen tärkeyden erityises­ ti suun terveydenhuollon osalta. Pidetäänhän terveyden edistämistä ja muuta ennalta ehkäisevää toimintaa suun terveydenhuollon perustehtävänä. Se priori­ soidaan tärkeysjärjestyksessä korjaavan hoidon edelle, vaikka suun terveyden­ huollon toiminta keskittyy edelleen usein korjaaviin toimenpiteisiin kuten esim. kariesvaurioiden paikkaukseen (Helminen 2004, 369). Yksi ennaltaehkäisevä ja

terveyttä edistävä toimintatapa suun terveydenhuollossa on asiakkaan omahoitoon tukemien ja siihen ohjaaminen. Suun terveydenhuollon asiakkaan omahoidon taso on yhteydessä hänen hampaiden kuntoon. (Suominen-Taipale 2007 KTL B16/2004, 157). Huono omahoito tai sen laiminlyönti johtaa huonoon suun terveyteen. Tällä on vaikutusta suun sairauksien esiintymiseen ja sitä kautta suun terveydenhuollon palveluiden käyttötarpeeseen. Potilaan omahoito on siten merkittävässä asemassa suun terveydenhuollon hoitotakuun toteutumises- sa. Suun terveydenhuollon toiminnan näkökulmasta tulisikin painottaa potilaan velvollisuutta omahoitoon eikä oikeutta korjaavaan hoitoon ja siihen pääsemis- aikoja, joka nousee esiin hoitotakuu lainsäädännöstä, sen hengestä ja sana- muodoista.

#### 4.4 Miten hoitotakuun toimimattomuus vaikuttaa?

Kun tarkastellaan suun terveydenhuollon hoitotakuun toimimattomuutta ja sen vaikutuksia, voidaan vaikutukset kohdistaa kolmeen tahoon:

1. Kunnalliseen organisaatioon eli kunnan terveystieteiden hammashuol- lon toimintaan. Hoitotakuun voimaantulon aikana suun terveydenhuollon päivystyspotilaiden määrää laski. Vuodesta 2003 vuoteen 2006 päivys- tyspotilaiden määrä laski noin 10 %. Käyntien määrän lasku oli maltilli- sempaa eli noin 5 %. Myöhemmin suunta on ollut toinen. (Widström, Väi- sänen & Nilkanen 2008, 15.) Sen jälkeen hoitotakuu on Pöyryn mukaan johtanut suun terveydenhuollon päivystyspotilaiden määrän kasvuun ter- veystieteiden keskuksissa. Potilaat eivät odota kiireettömään hoitoon pääsyä, vaan hakeutuvat päivystykseen. Päivystyksen ruuhkautuminen syö re- sursseja kiireettömältä hoidolta, eli kiireettömän hoidon jonot kasvavat. Jonottaessa voi kiireettömäksikin arvioitu hammas- tai suusairaus muut- tua akuutiksi jopa useasti, ja tämä lisää käyntimääriä ensiapuun. (Pöyry 2008, 30.)
2. Kunnallisissa terveystieteiden keskuksissa työskenteleviin suun terveydenhuollon ammattihenkilöihin eli hammaslääkäreihin, suuhygienisteihin ja ham-

mashoitajiin. Terveyskeskushammaslääkäreihin voi vaikuttaa monella tavalla se, että potilaat eivät pääse hoitoon säädetyssä 6 kuukauden ajassa. Seitsemän vuotta kestäneessä seurantatutkimuksessa (2003, 2006 ja 2010) tutkittiin hammaslääkärien työhyvinvointia Suomessa. Tutkimuksessa todetaan, että julkisella sektorilla kiire ja työn määrä olivat yleisin kuormitustekijä. Muita kuormitustekijöitä olivat esimerkiksi aikapaineet ja työroolien epäselvyys. Terveyskeskus- ja sairaalahammaslääkäreistä 44 % oli sitä mieltä, että heillä ei ole tarpeeksi aikaa tehdä hoitotyötä. Yksityishammaslääkäreistä 12 % oli samaa mieltä, että aikaa ei ole tarpeeksi. Tästä huolimatta työuupumus ei kuitenkaan ollut kasvanut kuin alle 36-vuotiaiden hammaslääkäreiden keskuudessa. (Hakanen & Perhoniemi 2011; Suomen Hammaslääkäriliitto 2011b.)

3. Kunnallisella sektorilla asioiviin suun terveydenhuollon potilaisiin. Hoitotakuulain toteuttamisesta johtuen potilaalla ei ole terveyskeskuksissa aina omaa vastuuhammaslääkärinä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että tämä johtaa siihen, että kokonaisuhoito ei toteudu ja siksi tehdään usein vain pikakorjauksia. (Pöyry 2008, 31; Suomen Hammaslääkäriliitto 2010, 19.)

#### 4.5 Suun terveydenhuollon hoitotakuun kehittämistarpeet

##### 4.5.1 Hoitotakuun lainsäädännön tarkentaminen

Osassa kunnista hoitotakuun lainsäädäntöä ei noudateta lain hengen mukaisesti. Potilaat pääsevät kyllä ajallaan tarkastukseen ja hoito aloitetaan lain säätämässä kuuden kuukauden ajassa. Koska laissa ei sanota mitään aikarajaa hoidon loppuun saattamisen osalta, voi potilas joutua hoidon aloituksen jälkeen hoitojonoon, jota määräykset ja mahdolliset rangaistukset, kuten AVI:n uhkasakot eivät koske. Näin saatetaan joskus menetellä kiireettömissä tapauksissa. Pahimmillaan esim. Helsingissä tämä hoitojono venyi 20 kuukauden mittaiseksi (Soininvaara 2008, 16). Soininvaara toteaaakin että, tätä lainkohtaa tulisi tarkentaa nykyisestä (Soininvaara 2008, 12 ja 44).

Toisaalta terveydenhuoltolain 26 pykälän mukaan pitkälle jonotukselle tulee olla hammaslääketieteelliset perusteet (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, § 26). Tämän pykälän hengen mukaan hoitokokonaisuudet eli kokonaihoito tulee järjestää määrätyssä ajassa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että yhdellä hammaslääkärillä ei voi olla enempää potilaita yhtä aikaa hoidossa, kuin hän pystyy kaikkien hoitokriteerien mukaan kohtuujassa ja hammaslääketieteellisesti ”turvallisesti” ottamaan. Tämä pitäisi ohjata myös kuntapäätäjät huolehti- maan riittävästä vakansseista suun terveydenhuollon puolelle.

#### 4.5.2 Suun terveydenhuollon rahoitus

Suun terveydenhuollossa voidaan puhua kaksikanavaisesta rahoituksesta. Sillä tarkoitetaan verovaroin tuettua kunnallista hoitoa sekä sairausvakuutuskorvaus- ten kautta tuettua yksityisen sektorin hoitoa. Kaksikanavaisen rahoituksen tasa- painossa pitäminen ei ole helppoa varsinkaan silloin, jos jompikumpi osapuoli pyrkii minimoimaan omia menojaan.

Jos valtio haluaisi minimoida suun terveydenhuollosta aiheutuvia menojaan, sen kannattaisi pitää sairausvakuutuskorvaukset niin alhaisina, että potilaan on kalliimpi käyttää yksityisiä palveluja. Tämä heijastuisi kuntien toteuttaman hoito- takuun toteutumiseen. Kuntien miettiessä kulujen minimointia niiden ei kannata panostaa jonojen lyhentämiseen tai palvelun laatuun liikaa. Jos kuntien tarjo- amien palvelujen laatu ja jonotusajat olisivat kunnossa, niin osa yksityisen puo- len asiakkaista siirtyisi kuntien asiakkaaksi samantasoisena mutta halvemman hoidon perässä. (Soininvaara 2008, 19.) Joissakin kunnissa hoitajonoja on ly- hennetty antamalla potilaille maksusitoumuksia tai palveluseteleitä, joilla pää- see yksityiselle puolelle hoitoon kunnan kustantamana. Tämä toiminta saattaa johtaa pitkällä aikavälillä siihen, että yksityislääkärille muutenkin menossa ole- vat asiakkaat hakisivat kunnalta palveluseteleitä omien kustannustensa alenta- miseksi. (Soininvaara 2008, 20.)

Kahdentyyppinen rahoitus aiheuttaa sekä potilaalle että palveluja järjestäville tahoille haittaa. Potilaan näkökulmasta valinta kunnallisen ja yksityisen ham-

mashoidon välillä on vaikeaa. Koska potilaan hoidosta maksama hinta yksityisellä puolella on suurempi, ei kaikilla asiakkaila ole varaa käydä siellä. Kaksi-kanavainen rahoitus luo myös eriarvoisuutta kuntien välille. Ne kunnat, joissa asiakkaat joutuvat jonojen takia käyttämään yksityisiä palveluja, siirtävät kustannuksiaan koko maan maksettavaksi. (Soininvaara 2008, 21.) Vuonna 2014 tulee voimaan laki, jonka mukaan potilaalla on oikeus valita vapaasti se terveyskeskus, jossa käyvät hoidossa (Terveystenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Tämän lain vaikutuksesta ei ole vielä selkeää näkemystä, miten se tulee vaikuttamaan potilaiden hoitopaikan valintaan.

#### 4.5.3 Hammaslääkäripula

Hoitovajeen suurimmaksi syyksi julkisessa suun terveydenhuollossa on mainittu hammaslääkäripula. Terveyskeskusten virkoja ei saada täytetyksi. Tämä koskettaa erityisesti niitä alueita, joiden lähellä ei ole yliopistollista hammaslääkärikoulutusta. (Happonen 2007, 24; Soininvaara 2008, 44.) Koko maan terveyskeskushammaslääkärivaje on saatu pysymään useita vuosia noin 12,5 % tasolla, kun samalla vuokrahammaslääkärien määrää on kasvatettu pikku hiljaa. Pahin pula terveyskeskushammaslääkäreistä oli Itä-Savon (27 %), Kainuun (26 %) ja Keski-Pohjanmaan (25 %) sairaanhoitopiirien alueella. (Koivumäki 2011, 18.) Esimerkiksi Kuhmon terveyskeskuksessa Kainuussa oli vuonna 2010 viidestä hammaslääkäriin vakanssista yksi täytettynä kokonaan ja toinen 80 prosenttisesti (Torvinen 2011, 6). Voi vain kuvitella, miten näin suuri vaje hoitohenkilökunnassa vaikuttaa kyseisen terveyskeskuksen mahdollisuuksiin hoitaa hyvin potilaitaan ja pysyä hoitotakuussa. Valtakunnallisesti hammaslääkärivajeeseen on reagoitu aloittamalla hammaslääkärikoulutus uudelleen sekä Turussa (vuonna 2004) että Kuopiossa (2010) (Tilander 2010, 12). Kuopiosta valmistuvista hammaslääkäreistä toivotaan apua alueellisen vajeen poistoon erityisesti Itä-Suomessa.

## 5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TARVE, TARKOITUS JA TAVOITE

### 5.1 Kehittämiprojektin tarve

Suun terveydenhuollosta on julkaistu ahkerasti raportteja ja selvityksiä viime vuosina. Ne ovat keskittyneet suun terveydenhuollon eri osa-alueisiin kuten

- rahoitukseen (esim. Pekurinen, Mikkola & Tuominen 2008; Valtioneuvoston kanslia 2011; Pekurinen ym. 2011),
- hoitotakuuseen (esim. Valtiontalouden tarkastusvirasto 2008),
- suun terveydenhuollon toimintaan (Soininvaara 2008, Vainiola & Vainikka 2011),
- henkilöstömääriin (esim. Suominen-Taipale 2007; Työministeriö 2007; Happonen 2008),
- nuoriin hammaslääkäreihin (Suomen Hammaslääkäriliitto 2011d),
- työnjaon muutoksiin (esim. Hyötilä & Yli-Junnila 2008, Haapa-Aho, Koskinen & Kuosmanen 2009),
- henkilökunnan jaksamiseen (Suomen Hammaslääkäriliitto 2011b).

Mikään näistä ei anna selkeää ja kattavaa vastausta siihen, mitä suun terveydenhuollon hoitotakuun nykytilanteelle pitäisi konkreettisesti tehdä, jotta järjestelmä saataisiin toimimaan säädetyssä ajassa kaikkialla Suomessa. Suomen hammaslääkäriliitto ehdottikin vuoden 2011 hallitusohjelmaan suun terveydenhuollon kehittämishanketta, jossa yhtenä osa-alueena olisi hoidon saatavuuden parantaminen (Suomen hammaslääkäriliitto 2011c). Kataisen hallituksen hallitusohjelmassa suun terveydenhuolto onkin uutena erityispainopistealueena

(Kottonen 2012, 7). Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2012 suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän, joka tehtävänä on muun muassa:

selvittää suun terveydenhuollon palvelurakenteen toimivuus ja tehdä ehdotukset palvelurakenteen kehittämiseksi tukemaan hoitoon pääsyn tehostumista ottaen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta koskeva selvitystyö. (Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmä 2012).

Hoitoon pääsyn tehostuminen vaikuttaa suoraan hoitotakuun toteutumiseen. Tällä kehittämisprojektilla onkin osittain yhtenevät tavoitteet suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kanssa.

Tämä kehittämisprojekti toteuttaa myös osaltaan sosiaali- ja terveyshuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE) tavoitteita. Kaste-ohjelma vuosille 2012–2015 koostuu kuudesta osaohjelmasta, joiksi on valittu sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden ja kansalaisten esiin nostamat keskeiset uudistustarpeet. Osaohjelmien alla luetellaan toimenpiteet, joita on yhteensä 13 kappaletta. (Kaste 2012, 11.) Nämä toimenpiteet tukevat säädösuudistusten toimeenpanoa (Kaste 2012, 18). Kehittämisohjelman tavoitteista seuraavat sopivat hyvin tämän kehittämisprojektin aihepiiriin:

- Hoitoon pääsyn säädöksiä uudistaminen ja suun terveydenhuollon palvelujen kehittäminen. (Osa-ohjelma 4: palvelurakennetta ja peruspalveluja uudistetaan. Toimenpide 9: varmistetaan tarpeenmukaisten palvelujen oikeudenmukainen saatavuus) (Kaste 2012, 15).
- Edistetään moniammatillista työssä oppimista ja jatketaan tehtäväkuvien ja -rakenteiden kehittämistä (Osa-ohjelma 6: johtamisella tuetaan palvelurakenteen uudistamista ja työhyvinvointia. Toimenpide 13: Vahvistetaan johtamista edistämään henkilöstön riittävyyttä ja kehittämään osaamista) (Kaste 2012, 17).

Aikaisempaan (2008–2011) ja nykyiseen kaste-ohjelmaan liittyy monia muita ohjelmia ja suosituksia. Yksi tällainen on Toimiva Terveyskeskus – toimenpideohjelma, jota toteutetaan Kaste-ohjelman linjausten mukaan (STM 2009, 1). Tämän toimenpideohjelman yhtenä osa-alueena on lääkärin työn, hammaslääkärin työn ja hoitajan työn uudelleen mallintaminen. Alatavoitteena on lisäksi

kyseisten työntekijäryhmien työnjaon uudistaminen. Näitä kysymyksiä käsitellään myös tässä kehittämisprojektissa osittain, kun tarkastellaan suun terveydenhuollon eri ammattiryhmien työnjaon muutoksia.

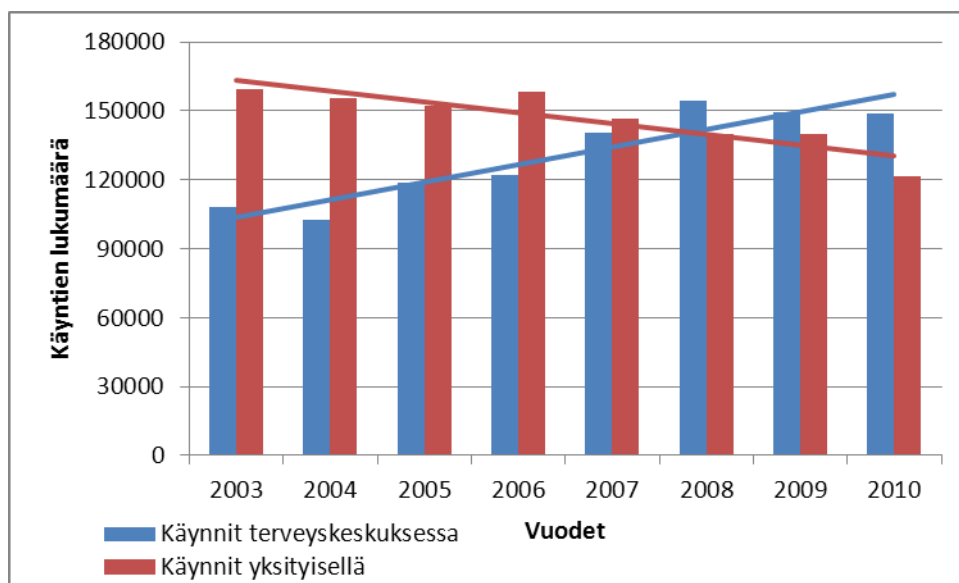
Myös toimintatapojen kehittämällä terveyserojen kaventamiseen pyrkivän TEROKA -hankkeen tavoitteissa on yhtymäkohtia tähän projektiin. Aihe on hyvin ajankohtainen; esimerkiksi peruspalveluministeri Maria Guzenina-Richardson ehdotti YLE Radio 1:n haastattelussa terveyskeskusmaksujen poistamista. Perusteluna hän mainitsi sosioekonomisista syistä johtuvan väestön terveyserojen kasvun viimeisen 20 vuoden aikana. (YLE Radio 1, 2011.) TEROKA -hanke selvittää näitä sosioekonomisia terveyseroja ja pyrkii niiden kaventamiseen. Hankkeen yhtenä tarkastelukohteena on terveyserojen esiintyminen alue- ja kuntatasolla, kuten tässäkin kehittämisprojektissa. (TEROKA 2012.)

Yhtymäkohtia tähän kehittämisprojektiin löytyy myös Turun kaupungin laatimista strategioista, joita toteutetaan suun terveydenhuollossa. Turun työikäisten hyvinvointiohjelman tavoitteissa, hyvinvoinnin ja terveyden tasa-arvon osiossa, mainitaan yhtenä toimenpiteenä: ”Painopisteen siirtäminen ennaltaehkäiseviin palveluihin, riittävä ehkäisevän terveydenhuollon määrä sekä hyvä ja oikea-aikainen sairaanhoito”. Tämän toimenpiteen yhtenä mittarina on hoitotakuun toteutuminen. (Turun kaupunki 2009.)

Lisäksi tarpeen tälle ylemmän ammattikorkeakoulun kehittämisprojektille tuo suun terveydenhuollon hoitotakuun toteutumisen nykytilanne. Hoitotakuun osalta opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, koska vain neljä viidestä suun terveydenhuollon potilaasta valtakunnan tasolla pääsee hoitoon säädetyssä kuuden kuukauden ajassa (Kuvio 1). (THL 2011a). Turun kaupungin Sosiaali- ja terveystoimen perusterveydenhuollon näkökulmasta kehittämisprojekti on myös ajankohtainen. Turun kaupungin suun terveydenhuollon hoitotakuujonossa oli lokakuussa 2011 noin 1500 potilasta. (Turun kaupunki 2011 - 2012.)

## 5.2 Kehittämiprojektin taustaorganisaatio

Tämä kehittämisprojekti toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun ja Turun kaupungin suun terveydenhuollon yhteistyönä. Turun kaupungin suun terveydenhuollossa oli kehittämisprojektin alussa noin 220 työntekijää. Toimipisteitä on 14. Kiireettömän hammashuollon tilanne Turussa muuttui huonompaan suuntaan vuonna 2002, jolloin koko väestö oikeutettiin käyttämään julkisia hammashoitopalveluita. Turussa hoitoon oikeutettujen määrä lisääntyi noin 70000 potilaalla. Prosenteissa kasvu oli yli 70 %. (Turun kaupungin perusturvalautakunta 2011.) Vertailun vuoksi mainittakoon, että Helsingissä potentiaalisten uusien asiakkaiden määrä oli neljännesmiljoona (Soininvaara 2008, 14).

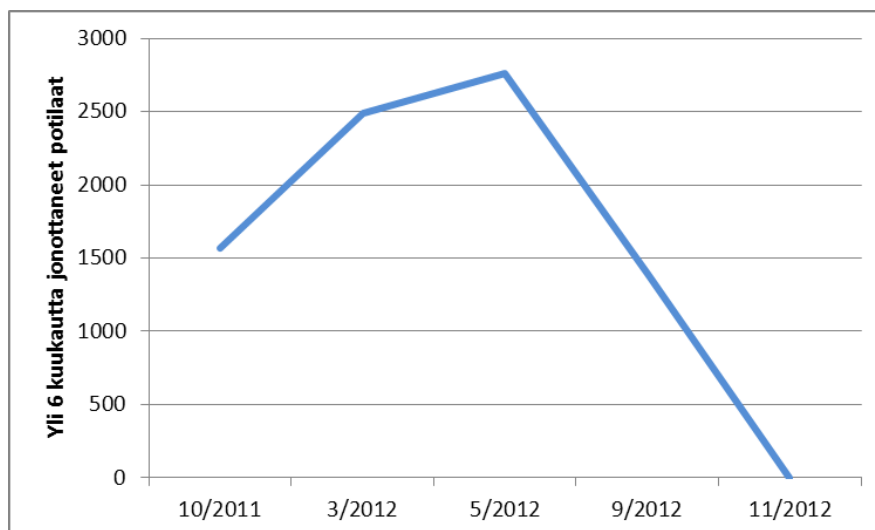


Kuvio 2. Suun terveydenhuollon käyntimäärien muutos Turussa vuosina 2003 – 2010. (Kinnarinen 2013)

Samaan aikaan hoitoon oikeutettujen kasvun kanssa ennakoitiin, että noin 50 yksityishammaslääkärä jäisi Turun seudulla eläkkeelle seuraavan kymmen vuoden kuluessa. Näiden korvaajista oli puutetta ja potilaat hakeutuivat julkiselle sektorille. Tämä johti siihen, että kappalemääräisesti turkulaisten suorittamien kelakorvattujen yksityisen sektorin suun terveydenhuollon käyntien määrä pieneni hieman alle 40 000 käynnillä vuodesta 2003 vuoteen 2010. Tämä näkyi vastaavana käyntimäärien kasvuna Turun kaupungin suun terveydenhuollon

yksiköissä. Enimmillään kasvu oli noin 50 % vuoden 2003 tasoon verrattuna (noin 50000 käyntiä). (Kuvio 2). (Turun kaupungin perusturvalautakunta 2011; Kinnarinen 2013). Samaan aikaan hammaslääkäreiden määrä ei lisätty. Tällä on merkitystä erityisesti suun terveydenhuollon hoitotakuun toteutumiseen, koska suurin osa suun terveydenhuollon (noin 80 %) käynneistä tehdään juuri hammaslääkäreille eikä muille suun terveydenhuollon ammattiryhmille. Suuhygienisteillä ja hammashoitajilla käyminen on kylläkin lisääntymässä; valtakunnan tasolla vuonna 2010 kävijöitä oli jo noin 23 %, kun vielä 2002 kävijöitä oli noin 17 %. (Vainiola & Vainikka 2011, 2.) Vuonna 2010 Turussa suun terveydenhuollon käynneistä 78 % oli hammaslääkärikäyntejä ja 22 % oli käyntejä suuhygienistillä (Turun kaupungin perusturvalautakunta 2011).

Vaikka Turku on ostanut kiireettömän perushammashoidon palveluja usealta eri yksityisiltä palveluntuottajalta vuodesta 2003 lähtien, oli yli kuusi kuukautta jonottaneita potilaita lokakuussa 2011 noin 1500 henkilöä. Lounais-Suomen AVI oli kiinnittänyt asiaan huomiota jo alkuvuonna ja määrännyt Turun kaupungin selvittämään asiaa ja saattamaan hoitoon pääsyn lain edellyttämälle tasolle suun terveydenhuollossa (Lounais-Suomen aluehallintovirasto 2011). Kehittämisprojektin aikana kuusi kuukautta jonottaneiden suun terveydenhuollon potilaiden määrä vaihteli suuresti ollen suurimmillaan yli 2700 potilasta (Kuvio 3).



Kuvio 3. Suun terveyden hoitotakuujonossa yli kuusi kuukautta odottaneiden potilaiden määrä kehittämisprojektin aikana (Turun kaupunki 2011 - 2012)

AVI:n ohjeistuksesta johtuen Turun kaupungin perusturvalautakunta käsitteli syksyllä 2011 kolmessa kokouksessa aikuisten kiireettömän suun terveydenhuollon palvelujen turvaamista. Perusturvalautakunnalle esitettiin johtavan ylihammaslääkärin ja palvelujohtajan toimesta, että Turkuun tulisi palkata kymmenen uutta hammaslääkäri-hammashoitaja työparia ja kahdeksan suuhygienistiä. (Turun kaupungin perusturvalautakunta 2011.) Vuoden viimeisessä kokouksessa eli joulukuussa perusturvalautakunta myönsi luvan palkata 10 hammaslääkärinä ja hammashoitajaa, sekä 8 suuhygienistiä. Lopullisesti päätöksen hyväksyi kaupunginhallituksen hallintojaosto 20.2.2012. Rekrytoinnit saatiin valmiiksi keuhällä 2012. Henkilökuntalisäys on yli 10 % ja se oli ainutlaatuisen suuri Suomen mittakaavassa. Lisäksi suun terveydenhuollon toimintaa parannettiin alla luetelluilla toimenpiteillä. Näillä toimilla jonot saatiin purettua lokakuun lopussa 2012. (Kuvio 3.)

- Ostopalveluihin varattiin rahaa rekrytoinnin ajaksi.
- Toimintaa tehostettiin työaikoja kehittämällä.
- Terveyskeskuksen oma henkilökunta teki lisätöitä, esim. lauantaisin ja iltaisin.
- 1.5.2012 lähtien otettiin käyttöön hoidontarpeen arvio. Tämän jälkeen kiireettömään hoitoon pääsi vain suuhygienistin vastaanotolla tekemän hoidontarpeen arvion kautta.
- Seuraava tarkastusaika määriteltiin yksilöllisen hoidontarpeen mukaan.
- Puhelimitse tapahtuva ajanvaraus ohjattiin palvelemaan lähinnä kiireellistä hoitoa ja neuvontaa.
- Ostopalvelua käytetään edelleen ruuhkahuippuina rekrytointien jälkeenkin

### 5.3 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoite

Kehittämiprojektin tarkoituksena on parantaa hoitotakuun toteutumista eli palvelujen saantia suun terveydenhuollossa. Tutkimuskohteena ovat suun terveydenhuollon asiantuntijoiden näkemykset hoitotakuun toteutumisesta ja sen tulevaisuuden näkymistä.

Kehittämiprojektin tavoitteena on laatia Delfoi-menetelmään perustuvan tutkimuksen avulla ehdotus/ehdotuksia hoitotakuun toteutumisen parantamiseksi.

### 5.4 Kehittämiprojektin toteutus ja projektiorganisaatio

Kehittämiprojekti toteutui ajallisesti syyskuun 2011 ja toukokuun 2013 välisenä aikana. Se voidaan jakaa viiteen vaiheeseen, jotka noudattivat AMK:n opinnäytetöiden ohjeistusta. Sen mukaan työtä ja sen etenemistä tarkastellaan yhdessä työn ohjaajan ja tutorryhmän kanssa viidessä seminaarissa sosiaali- ja terveystieteiden johtamisen ja kehittämisen ylemmän ammattikorkeakouluopinnojen aikana. Nämä ovat: idea-, esiselvitys-, suunnitelma-, väliraportti- ja loppuraporttiseminaari. Kehittämiprojektiin kuulunut tutkimus toteutettiin kaksivaiheisena. Tutkimuksen ensimmäinen osa tehtiin haastattelemalla ja toinen kierros postitse lähetetyllä kyselylomakkeella. Kehittämiprojektin vaiheiden aikataulut ja kuvaus (seminaarit ja tutkimuksen vaiheet) ovat taulukossa 3.

Kehittämiprojektin aikana projektipäällikkönä toimineen opinnäytetyöntekijän tukena olivat opinnäytetyön ohjaajat, työelämämentori, ohjausryhmä, projekti-ryhmä ja tutorryhmä. Kehittämiprojektin loppuraporttiin on vaikuttanut kaikilta näiltä tahoilta saatu palaute, josta työntekijä on hyvin kiitollinen. Työn ensimmäinen ja toinen ohjaaja olivat yliopettajia Turun ammattikorkeakoulusta (tutkimusmenetelmällinen tietämys ja opinnäytetyön ohjauksellinen vastuu). Tutorryhmä koostui opinnäytetyöntekijän opiskelijakollegoista. Työelämämentorina toimi Turun kaupungin suun terveydenhuollon ylihoitaja.

Ohjausryhmään kuului yliopettajat, sekä Turun kaupungin suun terveydenhuollon klinisen hammashoidon ylihampaslääkäri. Ohjausryhmä kiinnitti huomiota erityisesti asiantuntijoiden ja kysymysten laatuun. Kehittämiprojektin projekti-ryhmään kului joukko projektipäällikölle entuudestaan tuttuja hammaslääkäreitä. Näitä yksittäisiä hammaslääkäreitä hyödynnettiin tarpeen vaatiessa projektin eri vaiheissa olemalla heihin yhteydessä sähköpostilla tai puhelimitse.

Taulukko 3. Kehittämiprojektin aikataulut ja kuvaus.

Vaiheet	Työvaihe 1: Projektin aloitus	Työvaihe 2: Projektisuunnitelman kehittäminen	Työvaihe 3: Projektisuunnitelma hyväksyttäminen
Ajoitus	2011 syksy	1-3/2012	4-6/2012
Tulostavoite 1	Idean hyväksyttäminen	Esiselvitys ja kirjallisuuskatsaus	Haastattelu ajoista sopiminen
Tulostavoite 2	Aiheen valinta	Asiantuntijoiden suostumuksen saanti	Suunnitelman hyväksyminen
Tulostavoite 3	Opintojen aloitus	Tutkimus menetelmän valinta	Ensimmäisen kierroksen kysymyslomakkeen suunnittelu ja testaus
Vaiheet	Työvaihe 4: Haastattelut	Työvaihe 5: Ensimmäisen kierroksen loppuun saattaminen	Työvaihe 6: Kysely
Ajoitus	6-9/2012	9-12/2012	1-2/2013
Tulostavoite 1	Laadullisen aineiston analysoinnin opinnot	Ensimmäisen kierroksen tulosten esittely (väliraportti)	Toisen kierroksen aineiston analysointi
Tulostavoite 2	Haastatteluiden litteointi	Ensimmäisen kierroksen tulosten kirjoittaminen	Toisen kierroksen kysely
Tulostavoite 3	Haastattelut	Ensimmäisen kierroksen aineiston analysointi	Toisen kierroksen kysymyslomakkeen suunnittelu ja testaus
Vaiheet	Työvaihe 7: Tulokset ja kehittämissuositukset	Työvaihe 8: Raportin loppuun kirjoittaminen	Työvaihe 9: Kehittämiprojektin valmistuminen
Ajoitus	3/2013	4/2013	5/2013
Tulostavoite 1	Kehittämissuositusten kirjaaminen	Korjausten teko	Valmistuminen
Tulostavoite 2	Tulosten kirjaaminen	Loppuraporttiseminaari	Opinnäytetyön hyväksyttäminen
Tulostavoite 3	Menetelmien kirjaaminen	Raportin loppuun kirjoittaminen	Opinnäytetyön esittäminen

## 6 KEHITTÄMISPROJEKTIIN LIITTYVÄ TUTKIMUS

### 6.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat

Kehittämiprojektiin liittyvän tutkimuksen tarkoituksena on laajentaa ymmärtämystä hoitotakuun toteutumisesta, toteutumisen esteistä, rahoituksesta ja rakenteesta terveydenhuollon asiantuntijoiden näkemysten pohjalta. Nämä näkemykset voidaan jakaa neljään aihealueeseen eli tutkimusongelmaan, jotka luetellaan alla olevassa listassa. Numerot alla sulkeissa viittaavat ensimmäisen kierroksen kysymyslomakkeen (Liite 1) kysymyksiin.

1. Miten hoitotakuu on toteutunut suun terveydenhuollon asiantuntijoiden näkökulmasta? (kysymykset 1, 2, 3, 5, 16)
2. Mitä hoitotakuun toteutumisen esteitä asiantuntijat näkevät suun terveydenhuollossa? (4, 6)
3. Mitkä toimenpiteet toimivat asiantuntijoiden mielestä parhaiten hoitotakuujonojen purkamisessa? (kysymykset 7, 8, 13, 14, 15)
4. Mitä mieltä asiantuntijat ovat suun terveydenhuollon rahoituksesta ja rakenteesta? (kysymys 9, 10, 11, 12)

Tutkimuksen tavoitteena on hyödyntää tutkimuksen tulosta kehittämiprojektissa, jonka tarkoituksena on parantaa hoitotakuun toteutumista suun terveydenhuollossa.

### 6.2 Delfoi-menetelmä

Delfoi-menetelmän kehitti Olaf Helmer RAND Corporation nimisessä yrityksessä. Ensimmäisen kerran menetelmää käytettiin Neuvostoliiton vastaisten sotilasstrategioiden määrittelyyn 50 -luvulla. Koska kyseessä oli sotilassalaisuus, ”Project Delphi”-tutkimuksesta raportoitiin vasta myöhemmin. (Dalkey & Helmer

1963.) Alkuaikoina menetelmää käytettiin erityisesti teknologian kehityksen ennakointiin. Menetelmää kritisoitiin rankasti 1970-luvulla, kun Rand-yhtymään kuulunut Harold Sackman julkaisi kritiikin menetelmästä. Se kohdistui siihen että pienistä delfoi-paneeleista ei voi vetää johtopäätöksiä tai yleistyksiä siihen perusjoukkoon, jota sen ajatellaan edustavan. (Sackman 1975.) Nykyään sen käyttö on laajentunut monille muillekin aloille, kuten koulutustarpeiden ennakointiin (Kuusi 2002, 209; Kuusi 2003, 136). Linturin mukaan Delfoi-menetelmässä ihanteellinen kiistakysymys (engl. issue = "a matter that is in dispute between two or more") ja delfoi-tutkimuksen käynnistäjä on kiinnostava julkinen ja ratkaisematon keskustelunaihe ("a vital or unsettled matter"), joka odottaa lähitulevaisuudessa ratkaisua (Linturi 2007, 107). Menetelmä on yksi monista asiantuntijoiden kannanottojen keruumenetelmistä (Kuusi 2002, 205; Kuusi 2003, 134). Delfoi-menetelmän voidaan lyhyesti määritellä olevan menetelmä, jossa huolella valittu joukko yksilöitä käsittelee ryhmänä mutkikasta ongelmaa (Linstone & Turoff 1975, 3).

Ongelman käsittely tapahtuu yleensä vastaamalla kysymyksiin yksilönä tai osallistumalla ryhmäpaneeleihin. Asiantuntijaryhmä tuottaa uutta tietoa ja kommentoi aiheeseen liittyviä argumentteja ja näkökohtia yleensä useiden kierrosten ajan. Delfoi-menetelmällä tehdyissä tutkimuksissa käsiteltävänä oleva ongelma on yleensä tulevaisuuden visio tietystä aiheesta, jonka vuoksi menetelmää on pidetty yhtenä tulevaisuudentutkimuksen menetelmänä. (Kuusi 2003, 134.) Delfoi-menetelmää voi hyödyntää myös arvioitaessa menneisyyttä tai nykyhetkeä, eli sillä voidaan arvioida myös olemassa olevaa tietoa. Delfoi-menetelmää hyödynnettiin esim. matkaviestinnän sääntelyä tutkineessa väitöskirjassa ja menetelmän todettiin toimivan tehokkaasti myös menneitä ilmiöitä tutkittaessa. (Laakso 2011, iii.)

### 6.3 Delfoi-menetelmän peruseriaatteen

Delfoi-menetelmästä on useita versioita. Yksi yleisimmistä on **perinteinen Delfoi** (= Konsensus Delfoi tai Classical Delphi) (Dalkey & Helmer 1963), jossa py-

ritään saamaan käsiteltävään aiheeseen konsensus asiantuntijoiden kesken. Vaikka menetelmä on saanut kritiikkiä, on menetelmä yhä käytössä esim. käypähoitosuosituksia laadittaessa. Yleinen on myös politiikka-Delfoi -menetelmä (Policy Delphi) jolla voidaan selvittää eritellysti sekä toivottava että todennäköinen tulevaisuuden kuva (Turoff 1970). Tämän kehittämisprojektin tutkimuksessa käytettiin toisella kierroksella juuri Policy Delphi -tyyppistä kysymyksen asettelua. Asiantuntijoilta kysyttiin hoitotakuuseen liittyen, mitä he toivoivat, että tulee tapahtumaan, ja mitä uskoivat, että tulee tapahtumaan hoitotakuun osalta tulevaisuudessa.

Suomalaisten kehittämiä Delfoi-menetelmiä ovat: argumentoiva Delfoi-menetelmä (argument Delphi) (Kuusi 1999) ja erittelevä politiikka-Delfoi-menetelmä (the disaggregative policy Delphi) (Tapio 2002). Muita Delfoi-menetelmäversioita ovat tuntemattoman parametrin estimointiin tarkoitettu Delfoi-menetelmä (Delphi to estimate unknown parameters), trendi-Delfoi (trend Delphi), survey-Delfoi ja päätöksenteko-Delfoi-menetelmä (decision Delphi).

Eri Delfoi-menetelmien lisäksi sitä voidaan yhdistellä useiden eri muiden tutkimusmenetelmien kanssa, kuten:

- näennäisryhmäteknikka (nominal group technique) (Cook & Birrell 2007),
- kohderyhmähaastattelu (Focus Group) (Tan ym. 2010),
- näennäisryhmäteknikka ja focus group -haastattelu (Gibson, Fletcher & Casey 2003),
- ristivaikutusanalyysi (RVA) (Cross impact analysis) (Linstone & Turoff 1975, 3). ”RVA oli aluksi Delfoin alarutiini, mutta on kehittynyt sen jälkeen omaksi menetelmäksi” (Seppälä & Kuusi 2003, 146).

Delfoi-menetelmän variaatioiden runsaudesta johtuen on vaikea määritellä yleispäteviä Delfoi-menetelmän peruseriaatteita. Voidaan kuitenkin sanoa, että lopullinen tutkimustulos käsiteltävään aiheeseen syntyy usein triangulaatio-

menetelmällä, jossa hyödynnetään kyselyillä saatuja yksittäisten asiantuntijoiden mielipiteitä, näiden vastausten analysointia eri tekniikoilla ja ryhmässä luotua arviota aiheesta. Seuraavassa on listattu joitakin olennaisia seikkoja, jotka tulee ottaa huomioon Delfoi-menetelmää käytettäessä.

### 6.3.1 Asiantuntijat

Asiantuntijajoukon koosta ei ole Delfoi-tutkijoiden keskuudessa konsensusta (Loo 2002, 765). Asiantuntijoiden määräksi on ehdotettu useita variaatioita. Esimerkiksi Kuusi ehdottaa, että haastattelutekniikka soveltuu 20–50 osallistujan asiantuntijapaneeleille (Kuusi 2003 sivu 135) ja argumentoivaan Delfoi-työskentelyyn 20–60 panelistia olisi sopiva määrä (Kuusi 2003, 140). Kuusi mainitsee myös Englannissa vuonna 1993 tehdyn kansallisen Delfoi-tutkimuksen, johon arvioidaan osallistuneen jopa 10000 osallistujaa (Kuusi 2002, 208). Kuusen mielestä isojen paneelien ongelma on se, että niitä voidaan käyttää resurssien puutteen vuoksi vain pinnallisesti (Kuusi 2003, sivu 140). Murphy ja hänen kumppaninsa mainitsevat, että panelistien (tuomarien) määrän kasvattaminen lisää panelistien aiheesta yhdessä luoman yhteiskäsitelmän (tuomion) luotettavuutta. Luotettavuuden ja asiantuntijoiden suhdetta he kommentoivat seuraavasti: ”Näyttää todennäköiseltä, että kun asiantuntijoita on alle kuusi, paneelin aikaansaaman mielipiteen luotettavuus vähenee melko nopeasti suhteessa panelistien määrään. Kun asiantuntijoiden määrä ylittää 12 henkilön rajan, panelistien määrän lisääminen ei tuo enää lisää luotettavuutta suhteessa panelistien lisääntyvään määrään”. (Murphy ym. 1998, 37.) Käytännössä asiantuntijoiden määrään vaikuttavat usein tutkittava aihe ja käytettävissä olevat tutkimusresurssit. Tässä kehittämissuorituksessa resursseja enemmän asiantuntijaryhmän kokoon vaikutti tutkittava aihe ja asiantuntijoiden laatu; siksi asiantuntijaryhmän koko oli isompi kuin Myrphyn esittämä 12 henkilöä.

Delfoi-menetelmässä asiantuntijoiden määrää tärkeämpää on asiantuntijoiden laatu (Loo 2002, 765; Kuusi 2003, 140). Jos keskeisiä asiantuntijoita tai tahoja ei saada tutkimukseen mukaan, hyöty asiantuntijajoukon suuresta koosta jää

kyseenalaiseksi (Kuusi 2003, 135). Toisaalta, asiantuntijajoukkoa valitessa tulee huomioida myös se, että keskeiset tahot eivät välttämättä takaa mielipiteiden laajaa kirjoa. Tapion kehittelemän erittelevän politiikka –Delfoi-menetelmän mukaan jokaisella asiantuntijalla on tapana edustaa jotain intressiryhmää ja sen edustamaa mielipidettä tutkittavaan ilmiöön (Tapio 2002). Linturi esittääkin, että Delfoi-menetelmässä asiantuntijoiksi raatiin tulee valita tutkimusaihetta eri suunnilta hallitsevia ekspertejä (Linturi 2007, 103). Näin saadaan aiheeseen laaja-alaista näkemystä, millä on vaikutusta tulosten luotettavuuteen. Tässä kehittämissuunnitelmassa asiantuntijoiden valinta tehtiin pääsääntöisesti pohtimalla asian kannalta olennaisia suun terveydenhuollon toimijoita, tahoja ja organisaatioita (ks. kappale 4.1). Kun nämä oli kartoitettu, lähestyttiin eri tahojen organisaatioiden johtoa tai organisaatioissa hoitotakuun kanssa tekemisissä olevaa henkilöä ja pyydettiin mukaan tutkimukseen. Pieni osa asiantuntijoista valikoitui myös lumipallo-otannalla joko niin, että organisaation sisällä joku suositteli toista henkilöä tai niin, että jo valittu asiantuntija suositteli toisesta organisaatiosta tiettyä henkilöä. Valinnassa päädyttiin painottamaan erityisesti

- päättäviä, hoitotakuun toteutumisesta vastuussa olevia kunnallisia työntekijöitä (käytännössä johtavat ylihammaslääkärit),
- eri ammattiryhmien yhdistyksiä,
- muita organisaatioita, jotka vaikuttavat suun terveydenhuollon toimintaan ja seurantaan.

Mukaan valittujen kuntien johtavien hammaslääkärien joukossa on edustajia sekä sellaisista kunnista, joissa hoitotakuu toteutuu, että edustajia kunnista, joissa se ei toteudu kuudessa kuukaudessa. Tämän toivottiin monipuolistavan johtavien hammaslääkäreiden vastauksia vertailtaessa niitä keskenään. Työntekijäryhmien yhdistysten valitsemista voidaan perustella sillä, että näillä yhdistyksillä on valtakunnallisesti laajin tietämys kentän kokemuksista hoitotakuusta. Mukaan valikoituivat THL ja STM, sillä näillä organisaatioilla on lainsäädäntötyön ja ohjauksen kautta vaikuttamismahdollisuus suun terveydenhuollon muutosehdotuksiin.

TAULUKKO 4. Suun terveydenhuollon hoitotakuuseen vaikuttavat tahot ja organisaatiot, sekä niiden asiantuntijuuden taso ja tutkimukseen valikoituneiden asiantuntijoiden lukumäärät (n=15).

Asiantuntijuuden taso	Suun terveydenhuollon hoitotakuun toimivuuteen vaikuttajat toimijat	Osallistuvien asiantuntijoiden määrä
Hoitotakuusta vastuussa olevat kunnalliset työntekijät	- Kuntien ja kaupunkien johtavat ylihammaslääkärit	3
Hoitotakuuta toteuttavat kunnalliset ja muut työntekijät	- Terveyskeskusten hammashoitajat ja suuhygienistit - Erikoishammasteknikot	0
Suun terveydenhuollon ostopalveluja tarjoavat tahot	- Vuokrahammaslääkäreitä: Atendo, Coronaria, Mediverkko - Ostopalveluja tarjoavat yksityiset hammaslääkäriasemat	1
Suun terveydenhuollon ammattihenkilöitä kouluttavat tahot	- Yliopistot (HLL) (Helsinki, Kuopio, Oulu, Turku) Ammattikorkeakoulut (hammasteknikko, suuhygienisti) Ammattioppilaitokset (Hammashoitaja)	2
Päätökseen ja valvontaan liittyvät tahot	STM, THL, AVI, KELA	3
Hoitotakuun toteutukseen vaikuttavat kunnalliset päättäjät	Kuntien ja kaupunkien perusturvalautakunnat, valtuustot ja hallitukset	0
Ammattiryhmien yhdistykset	- HLL: Suomen hammaslääkäriliitto, Suomen hammaslääkäri-seura Apollonia, TKHLY - EHT-liitto - Syyhygienistit: SSHL ry, STAL ry - Hammashoitajat: STAL ry	6
Potilaat	---	0

Tämän tutkimuksen asiantuntijoiden valinnassa painottui osittain myös osaajien sijoittuminen Turun ammattikorkeakoulun vaikutusalueelle. Ammattikorkeakou-

lun kehittämis- eli opinnäytetöiden ohjeistuksessa työn toivotaan olevan alueellinen (Opetusministeriö 2007, 39). Tätä sääntöä noudattaen olisi hoitotakuuta kommentoivan asiantuntijaryhmän pitänyt koostua vain Turun seudulla tai Turun kaupungin suun terveydenhuollossa työskentelevistä henkilöistä. Jos mahdollista, niin asiantuntijaedustaja valittiin Turusta tai lähiseudulta. Näin tehtiin erityisesti johtavien ylihammaslääkäreiden osalta, joista neljä oli Turun seudulta. Pelkästään paikallisista asiantuntijoista koostuneessa asiantuntijaraadissa olisi korostunut vain paikallinen näkemys. Valtakunnallisen tason näkemys haluttiin myös mukaan; siksi asiantuntijaryhmässä oli mukana myös asiantuntijoita, jotka toimivat valtakunnantason organisaatioissa. Osa näistä toimii lisäksi kuntatason työtehtävissä, jolloin he pystyivät kommentoimaan hoitotakuuta paikallisen ja valtakunnallisen näkemyksen kautta. Asiantuntijaryhmän maantieteellisellä laajentamisella haluttiin lisätä erityisesti tulosten valtakunnan tason luotettavuutta, millä on merkitystä kun tuloksista yleistään valtakunnan tason ohjeita. Asiantuntijoiden määrä tässä tutkimuksessa on 15 henkilöä (Taulukko 4). Naisia oli 11 ja miehiä 4.

Kuusi esittää, että asiantuntijat voivat osallistua tutkimukseen useassa roolissa tai heillä voi olla aiheeseen liittyen useita intressitaustoja (Kuusi 2012). Näin oli myös tässä tutkimuksessa. Osallistujien asiantuntijanäkemykset vaihtelivat seuraavasti: 3 edusti pelkästään paikallista näkemystä, 8 pelkästään valtakunnallista ja loput 4 kumpaakin näkemystä. Kokonaisuutena tästä tulee 19 näkemystä, kun kumpaakin näkemystä edustavat osallistujat lasketaan mukaan kaksi kertaa. Asiantuntijoiden voidaan sanoa edustaneen seuraavia tahoja: Kaarina, Kirkkonummi, Lieto, Raisio, Turku, Vaasa, Vantaa, Turun yliopiston hammaslääketieteen laitos, Turun Ammattikorkeakoulun terveystalo, STM, THL, KELA, Mediverkko, Suomen hammaslääkäriliitto, Suomen hammaslääkärisseura, TKHLY, EHT-liitto, SSHL ry ja STAL ry. Asiantuntijoiden voidaan katsoa edustavan hyvin suun terveydenhuollon eri toimijoita, vaikka mukana ei ole yhtään hammashoitajaa tai potilaiden edustajaa. Hoitotakuun osalta olisi ollut mielenkiintoista ottaa mukaan myös sen valvonnasta vastaavasta AVI:sta edustaja mukaan. Myös rahoitukseen olisi voitu saada laajempi näkemys, mikäli mukana olisi ollut poliittinen kuntapäätätjä esimerkiksi Turun peruspalvelulautakunnasta.

### 6.3.2 Argumentointi ja kierrosten määrä

Delfoi-menetelmälle on tunnusomaista se, että asiantuntijat eivät tiedä mukana olevia muita asiantuntijoita eivätkä sitä, kuka vastaa miten mihinkin kysymyseen. Niin oli myös tässä tutkimuksessa. Tämän taustalla on ajatus siitä, että asiantuntijat voivat esittää mielipiteitä anonyymisti ilman, että panelistin asema suhteessa muihin panelisteihin rajoittaisi hänen tai muiden kommentointia. Näin toivotaan, että mahdolliset ”hullut” ideatkin tulevat esille, kun asiantuntijoiden ei tarvitse pelätä kasvojensa menettämistä ajatuksiaan esitellessään. Tämä tukee myös niiden henkilöiden vastausintoa, joilla ei välttämättä ole mielipiteidensä tueksi varmistettua tosiasiatietoa aiheesta. (Kuusi 2003, 140.)

Delfoi-kierrosten määrään ei ole yksiselitteistä ohjetta. Kun haetaan konsensus-ta, ei voida tietää etukäteen, montako kierrosta sen aikaansaamiseen tarvitaan. Siksi kierroksia voidaan jatkaa, kunnes konsensus saavutetaan. Tästä johtuen kierrosten lukumäärä on Delfoi-tutkimuksissa vaihdellut laajasti, esim. kahdesta (Cambell & Cantrill 2001, 10) jopa kymmeneen (Clark & Freidman 1982, 83). Myös se, miten yksittäiset kierrokset toteutetaan, eroavat Delfoi-menetelmällä tehdyissä tutkimuksissa suuresti. Asiantuntijoiden kommentit voidaan kerätä monella tavalla kuten haastattelemalla, tietokoneavusteisesti, pelkästään kyselylomakkeilla tai yhteispaneelilla. Vaihtelemalla haastattelutapaa, asiantuntijoiden määrää eri kierroksilla sekä kierrosten määrää voidaan Delfoi-menetelmää varioida lähes loputtomasti. Tässä tutkimuksessa aineistonkeruukierroksia oli kaksi. Ensimmäinen kierros käsitti henkilökohtaisia haastatteluja ja toinen kierros tehtiin kirjeitse vuoden 2013 helmikuussa.

### 6.4 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen ensimmäisellä kierroksella

Ensimmäisen kierroksen kysymyslomakkeen (Liite 1) luominen aloitettiin loppuvuonna 2011. Sen teoreettinen tausta ja erityisesti aihealueet pohjaavat pitkälti tekijän samaan aikaan tekemään kehittämisprojektin esiselvitysvaiheen kirjallisuuskatsaukseen ja keskusteluihin suun terveydenhuollon asiantuntijoiden

kanssa useissa eri suun terveydenhuollon tilaisuuksissa. Kysymyslomakkeen eri kehitysversioita on testattu projektiryhmäläisillä ja muokattu heiltä saadun palautteen mukaan. Lisäksi kysymyslomakkeen lopulliseen versioon on vaikuttanut suuresti myös kehittämisprojektin ohjausryhmä. Sitä on kehitetty laajasti myös tutkimuksen ohjaajalta saadun palautteen mukaan. Kysymyslomake oli puolistrukturoitu ja siinä oli sekä avoimia että strukturoituja kysymyksiä. Asteikkokysymyksissä oli käytössä 5-portainen Likert-tyyppinen asteikko. Kysymyslomake tehtiin Word-dokumenttina ja siinä oli seitsemän sivua ja 16 kysymystä. Kysymyslomakkeen kysymykset oli laadittu kartoittamaan kehittämisprojektin tutkimusongelmia. Alla on listattu ensimmäisen kierroksen kysymyslomakkeen kysymykset tutkimusongelmien mukaan. Sulkeissa olevat numerot viittaavat ensimmäisen kierroksen kysymyslomakkeen kysymysten numeroihin.

1. Miten hoitotakuu on toteutunut suun terveydenhuollon asiantuntijoiden näkökulmasta? (kysymykset 1, 2, 3, 5, 16)
2. Mitä hoitotakuun toteutumisen esteitä asiantuntijat näkevät suun terveydenhuollossa? (4, 6)
3. Mitkä toimenpiteet toimivat asiantuntijoiden mielestä parhaiten hoitotakuujonojen purkamisessa? (kysymykset 7, 8, 13, 14, 15)
4. Mitä mieltä asiantuntijat ovat suun terveydenhuollon rahoituksesta ja rakenteesta? (kysymys 9, 10, 11, 12)

Kysymyslomakkeessa painottuu kvalitatiivinen tutkimusote, vaikka kyselylomakkeessa on käytetty sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tutkimusotetta. Kvantitatiiviset kysymykset täydentävät kvalitatiivisilla kysymyksillä saatua tietoa. Näin ollen tutkimuksessa on käytetty metodologista triangulaatiota.

Kun suunnitelmavaihe oli suoritettu hyväksyttävästi ammattikorkeakoulussa toukokuussa 2012, niin tutkimuslupa kehittämisprojektin tutkimuksellista osiota varten anottiin tutkimuksen taustaorganisaatiolta eli Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta. Samaan aikaan kartoitettiin asiantuntijoiden kanssa sopivat haastatteluajankohdat. Ensimmäisen kierroksen tutkimusaineisto kerättiin hen-

kilökohtaisilla haastatteluilla asiantuntijoiden työpaikoilla (10kpl) tai puhelimitse (5kpl). Haastattelujen ajankohta sijoittui kesään 2012 (kesäkuu-elokuu). Ennen haastatteluja asiantuntijoille lähetettiin tutustumista varten kysymyslomake. Noin kolmasosalla asiantuntijoista oli tehtynä merkintöjä kysymyslomakkeeseen ennen haastattelua. Haastatteluiden aikana tutkimuksen tekijällä oli käytössä haastattelulomake omia muistiinpanoja varten. Haastattelut äänitettiin litterointia varten sanelimella MP3-tiedostoiksi. MP3-tiedostojen kokonaispituus oli 13 tuntia 30 minuuttia. Lyhyin haastattelu kesti 30 minuuttia ja pisin 90 minuuttia. Keskimäärin yhteen haastatteluun meni aikaa 54 minuuttia. Toimistolla tehdyt haastattelut kestivät yleensä pidempään kuin puhelimitse tehdyt. Toimistohaastatteluiden keskipituus oli 64 minuuttia ja puhelimitse tehdyjen 39 minuuttia.

#### 6.5 Aineiston analysointi ensimmäisellä kierroksella

Litteroinnin teki haastattelija. Suurin osa haastatteluista litteroitiin kokonaan sanasta sanaan. Tämä ei toteutunut kaikkien haastatteluiden osalta aineiston laajuuden takia. Osassa aineistoa litteroitiin vain puhuttu sisältö tarkoituksena ymmärtää, mitä asiantuntija kulloinkin tarkoitti. Tämä ajatus kirjattiin ylös asiantuntijan tarkoittaman merkityksen muuttumatta. Ensimmäinen litterointikierros käsitteli haastatteluiden ensimmäisen kuuntelukerran ja tekstin kirjaamisen. Toisella litterointikierroksella haastattelut kuunneltiin yhdessä jo litteroidun tekstin ja haastattelulomakkeen muistiinpanojen kanssa läpi. Tekstejä tarkennettiin vielä tässä vaiheessa, mikäli se oli tarpeellista. Litteroituna haastatteluja kertyi 138 sivua.

Aineisto analysoitiin kolmessa vaiheessa. Ne olivat aineiston koodaaminen pelkistyksiksi ja koodatun aineiston ryhmittely ja ryhmittelyn jälkeinen käsitteiden luominen. Tällaista analyysitapaa kutsutaan induktiiviseksi sisällönanalyysiksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109 – 112). Ensimmäisellä koodauskierroksella tarkastelu oli aineistolähtöistä, käytännössä litteroitua tekstiä luettiin ja siitä etsittiin analyysiyksiköitä eli asiantuntijoiden alkuperäisilmaisuja. Analyysiyksikkönä saattoi olla yksi sana, lause, kokonainen kappale tai useita kappaleita. Yhdeltä

asiantuntijalta poimittiin keskimäärin 31 alkuperäisilmaisua, vaihteluväli oli 19 – 43 alkuperäisilmaisua. Analyysiyksiköt numeroitiin ja ryhmiteltiin pelkistyksiksi. Numerointi viittasi pelkistyksen numeroon. Fyysisesti pelkistykset muodostuivat niin että analyysiyksiköt kopioitiin pelkistyslistaan (word-dokumentti). Riippuen analyysiyksikön sisällöstä, se aloitti pelkistyslistassa uuden pelkistyksen tai sijoittui jo olemassa olevaan pelkistyksen alle. Mahdollista myöhempää tarkastusta helpottamaan pelkistysluetteloön merkityn analyysiyksikön perään merkittiin asiantuntijan koodi ja sen kysymyksen numero, josta analyysiyksikkö oli poimitu. Pelkistyksiä oli tämän vaiheen jälkeen 98 ja analyysiyksiköitä 440 kappaletta.

Toisella koodauskierroksella pelkistyksistä etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Jos oli tarvetta, useampi pelkistys liitettiin yhdeksi pelkistykseksi tai ne jaettiin useampaan osaan. Sen jälkeen pelkistyksiä oli 111. Pelkistysten ryhmittely aloitettiin ryhmittelemällä pelkistykset neljään tutkimuskysymysten mukaiseen ryhmään. Käytännössä pelkistysten ryhmittely tehtiin niin, että ne printattiin ja leikattiin erilleen toisistaan. Irtonaiset pelkistykset ryhmiteltiin tutkimuskysymysten mukaan neljään ryhmään tutkimuskysymysten (pääkategoria) mukaan. Ryhmittely jatkui seuraavaksi käsitteiden luomisella. Tätä oli pelkistysten ja pääkategorioiden väliin tulevien ala- ja yläluokkien nimeäminen. Alaluokat koostuivat yhdestä tai useammasta pelkistyksestä ja yläluokat yhdestä tai useammasta alaluokasta. Yläluokat liitettiin pääkategorioihin. Alaluokkia syntyi 45 kpl ja yläluokkia 18kpl. (Liite 2.) Litterointi- ja analyysiprosessin aikana, kuten myös tulososion kirjoittamisen aikana, kuunneltiin tarvittaessa alkuperäisiä haastatteluja uudelleen. Tällä haluttiin varmistaa, että asiantuntijoiden haastatteluissa lausumat näkemykset tulivat varmasti oikein ryhmiteltyä.

## 6.6 Ensimmäisen kierroksen tutkimustulokset

Ensimmäisen kierroksen tulokset raportoidaan tutkimuskysymysten mukaisesti neljässä alaluvussa. Runsaimmin aineistoa on hoitotakuujonojen purkuun liitty-

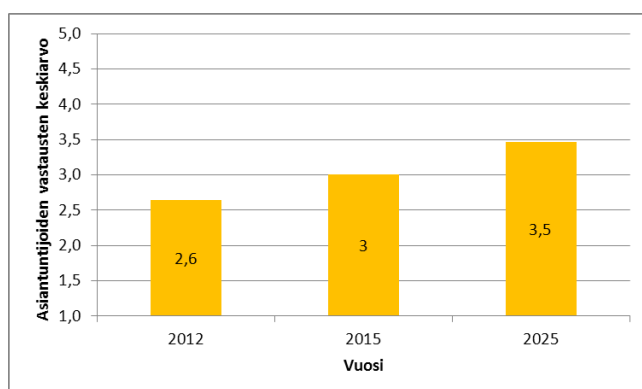
vistä toimenpiteistä. Vähiten aineistoa tuli kohtaan, jossa käsiteltiin suun terveydenhuollon rahoitusta ja rakennetta (taulukko 5).

Taulukko 5. Analysointiyksiköiden määrät ensimmäisellä kierroksella.

Pääkategorian nimi	Yläluokkien määrä	Alaluokkien määrä	Pelkistysten määrä
Hoitotakuun toteutuminen	2	9	23
Toteutumisen esteet	5	9	27
Hoitotakuujonojen purkamistoi- menpiteet	8	19	46
Rahoitus ja rakenne	3	8	15
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>18</b>	<b>45</b>	<b>111</b>

#### 6.6.1 Hoitotakuun toteutuminen

Kyselylomakkeen ensimmäinen kysymys käsitteli hoitotakuun toimivuutta vuonna 2012 ja viimeinen kysymys vuonna 2015. Vuosi 2025 kysyttiin vasta toisella kierroksella, mutta esitetään silti tässä yhteydessä muiden vuosien kanssa yhdessä. Asteikko oli 1-5. Arvio numerolla 1 tarkoitti, että hoitotakuu toteutuu kyseisenä vuonna erittäin huonosti. Arvio numerolla 5 tarkoitti, että hoitotakuu toteutuu erittäin hyvin. Keskiarvo osoittaa hitaasti nousevaa trendiä. Vastausten keskiarvot ovat kuviossa 4.



Kuvio 4. Asiantuntijoiden arviot hoitotakuun toteutumisesta eri vuosina (1= hoitotakuu toteutuu erittäin huonosti, 5 = hoitotakuu toteutuu erittäin hyvin).

Hoitotakuun toteutumista koskevat muut kysymykset olivat avoimia kysymyksiä, joihin liittyen asiantuntijat saivat kertoa vapaasti hoitotakuun toteutumista koskevia ajatuksiaan. Analyysin tuloksena syntyneet alaluokat muodostivat kaksi yläluokkaa: luokat, joissa näkemys hoitotakuusta tai sen vaikutuksesta oli positiivinen, ja luokat, joissa näkemys oli negatiivinen. Positiivisen näkemyksen mukaan hoitotakuu toteutui jo ennen lakia osissa Suomen kuntia.

Resurssit ovat pohjoisessa paremmat kuin etelässä. Aikoinaan vanha valtion apujärjestelmä 70- ja 80- luvulla, sehän suosi, kun oli nämä kantokykyluokat. Kuntien kannatti perustaa virkoja. Se suosi virkojen perustamista, parhaimmillaan kunnat taisi saada jopa 90 % rahaa virkaan valtiolta. Osassa kunnissa oli siis aikuishoidon edellytykset paremmat, koska ne jo tavallaan hoidettiin jo.

Hoitotakuusta sanottiin myös, että se ei toteutuisi ilman lainsäädäntöä ja että hoitotakuulaki turvaa riittävän henkilöstön määrän.

Se on osaltaan vahvistanut sitä perustetta, miksi nämä suun terveydenhuollon palvelut ovat ylipäätään tarpeellisia. Ne eivät ole kosmeettisia, vaan ne ovat ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin kannalta välttämättömiä palveluja, tarpeellisuuden perusteella. Minkä takia lainsäätäjä on asettanut niille tällaisia reunaehtoja, että palveluihin pitää päästä, vieläpä jopa jossakin ajassa.

Asiantuntijat kommentoivat hoitotakuulainsäädännön hyödyttäneen suun terveydenhuollon toimintaa monin tavoin. Tietoisuus siitä on kasvanut kuntapäätäjien ja kansalaisten keskuudessa. Hoitotakuun myötä panostusta aikuisten hammashoittoon on lisätty. Myös määrärahat ja resurssit sekä innovatiivisuus ja suunnitelmallisuus olivat vastaajien mukaan lisääntyneet hoitotakuun ansioista.

Jossain määrin ehkä se on lisännyt innovatiivisuutta terveyskeskuksissa kun on täytynyt miettiä miten siitä lain velvoitteesta selvittää. Se on tietysti aina myönteinen asia.

Asiantuntijoiden kommenttien mukaan hoitotakuu oli lisännyt kansalaisten tasa-arvoa ja suun terveydenhuollon tasa-arvoa suhteessa muuhun terveydenhuoltoon.

Huonommassa asemassa olevat ovat ruvenneet käymään useammin hammaslääkärillä.

Saatu entistä suurempi osa väestöstä enimmäisaikojen piiriin, jonka kuluessa hoitoja on toteutettava

Lisää positiivisiin alaluokkiin kuuluvia pelkistyksiä löytyy liitteestä 2. Eniten asiantuntijoiden mielipiteitä jakoi käsitys hoitotakuun perusajatuksista, eli siitä, että kaikki pääsevät hoitoon määrättyssä ajassa. Toisaalta hoitotakuuta pidettiin toimivana systeeminä ja sen perusajatuksista pidettiin.

Perusidea, että kaikki pääsee hoitoon, se on tietysti hyvä.

Ajatus on hyvä. Sillä halutaan turvata tietynlainen hoitoon pääsy oikeus, jotta yksittäinen henkilö ei joudu kärsimään kohtuuttomasti tai odottamaan kohtuuttomia aikoja.

Toisaalta hoitotakuulainsäädäntöä ja sen perusajatusta myös vastustettiin. Osa vastaajista suhtautui hyvin negatiivisesti hoitotakuuseen sanoen, että se ei tuonut mitään hyvää suun terveydenhuoltoon.

Olen periaatteessa tällaista kuukausirajaa vastaan täydellisesti. Eli en sitä perusajatustakaan hyväksy.

Hoitonpääsyajat on liian pitkiä. Joutuu odottamaan liian kauan ja se tuo mukanaan päällekkäisiä toimia. On näitä kurjia esimerkkejä näiden prosessien toimimattomuudesta. Ensin mennään suuhygienistille, mikä on hyvä asia. Sitten hän toteaa, että siellä on hammaslääkärihoidon tarvetta. Sitten mennään uuteen jonoon odottamaan sinne hammaslääkärille. Ja jos se jono ei vedä, niin sitten potilas käyttää taas välillä niitä suuhygienistin palveluja. Semmoista, päällekkäisiä käyntejä tulee ja toimimattomuutta.

Hoitotakuussa painotus on korjaavassa hoidossa. Sillä ideologialla ei oikein koskaan päästä oikeasti eteenpäin. Olisi ollut toivottavaa että hoitotakuu olisi painotunut enemmän ehkäisevään hoitoon.

Yhtenä syynä vastustukseen todettiin se, että potilaiden kokonaishoito ei toteudu kuudessa kuukaudessa.

Toisaalta se (hoitotakuu) vääristää vähän kuvaa, siitä saako aidosti hoitoa vai ei, vai hoidetaanko joku akuutti homma siinä ja sitten se jää taas ilmaan hieman pidemmäksi aikaa. Sitten jos katsotaan sitä 6 kuukauden aikaa. Siinä ajassa ihminen näyttää pääsääntöisesti pääsevän jonkinlaiseen ensiarvioon. Mutta se toisaalta antaa vähän vääristyneen kuvan yleisölle siitä, että se tarkoittaa sitä, että pääsee aidosti hoitoon.

Asiantuntijat listasivat muutamia suun terveydenhuollon hoitotakuun aiheuttamia negatiivisia asioita. Lainsäädännön voimassaoloaikana on todettu päivystyskäyntien ja potilaiden tekemien valitusten määrän kasvaneen. Laitospotilaiden hoidon väitettiin heikentyneen hoitotakuulainsäädännön voimaan tulon jälkeen.

Laitoksessa olevat potilaat jäävät ilman hoitoa. Ei osata vaatia hoitoa. Kuka laitaa ne laitoksessa olevien potilaiden nimet jonoon. Miten heidät saadaan mukaan hoitotakuuseen.

Hoitotakuun todettiin toteutuvan epätasa-arvoisesti, kun sitä tarkastellaan alueellisesta näkökulmasta. Erityisesti isojen kaupunkien katsottiin olevana ongelmassa hoitotakuun suhteen.

Aivan kuten muussakin terveydenhuollossa, se toteutuminen vaihtelee alueittain (hoitotakuu). Toteutuu epätasa-arvoisesti Suomessa, toteutuu hyvin ja huonosti. Vaihtelee alueittain, isompien alueiden sisällä kunnittain, kaupunkien sisällä palvelupisteidenvälillä. Epätasa-arvo pohjaa siihen, että palveluvastuu on jaettu kunnille.

Isommilla paikkakunnilla, niissä osassa varmaan pääsee hoitoon, mutta ei pääse hoidosta pois eli hoitovälit pitenee. Mikä sitten vaikuttaa kaikkeen, työhyvinvointiin ja pitkällä tähtäimellä hoidon laatuun. Hoitotakuu ei ihan lain hengen mukaisesti toteudu isommilla paikkakunnilla.

Lisää positiivisia ja negatiivisia alaluokkia ja pelkistyksiä löytyy liitteestä 2.

#### 6.6.2 Hoitotakuun toteutumisen esteet

Hoitotakuun toteutumisen esteet jakautuivat yhdeksään alaluokkaan, joiden yläluokat olivat seuraavat: resurssit, valtakunnallinen päätöksenteko, terveyskeskusten toimintatavat, aineelliset tekijät ja potilaat. Yleisimmin mainittu este hoitotakuun toteutumiselle asiantuntijoiden mielestä oli resurssipula. Pelkistykseen, jossa yhdistettiin pula rahoituksesta ja henkilökunnasta, tuli 28 kappaletta asiantuntijoiden alkuperäisilmaisuja. Resurssien vähäisyys nähtiin usein henkilökunnan saatavuusongelmana kuten hammaslääkäri-, hammashoitaja-, sekä yleisemmin sijaispulana. Vaikka resurssipula oli suosittu syy hoitotakuujonojen aiheuttajaksi, niin ajatusta myös kritisoitiin. Kritiikin mukaan resurssien niukkuudella ei ole suoranaista yhteyttä hoitotakuun toimivuuteen.

Onhan ne, rahoitus ja resurssit usein liian pienet, kun rahoja ei ole osoitettu suun terveydenhuoltoon lakimuutoksen aikana tai sen jälkeen. Kunnissa tapellaan näistä pienistä rahoista kunnan sisällä.

Sekin on kummallista, että nimenomaan Itä-Suomen alueella, jossa on suurin hammaslääkäripula. Siellähän ei ole välttämättä kaikkialla jonoja. Sitten niillä paikkakunnilla, missä on paljon hammaslääkäreitä, siis kokonaismääräisesti. Sekä yksityiset, että julkinen, yhteenlaskettuna. Siellä on jonoja. Mistä tämä?

Tietysti jos puhtaasti ajatellaan sitä julkisen puolen tilaa, niin resurssikysymyshän se tietysti on. Sitä kauttahan tullaan siihen että se resurssit on jaettu väärin. Ehkä se on jos lyhyesti laittaa: Resurssit on vähän jaettu väärin päin.

Henkilökuntaresurssien hyödyntämiseen vaikuttavat merkittävästi nykyiset voimassaolevat työehtosopimukset ja paikallisesti sovitut käytänteet. Osa hammaslääkäreistä kunnallisella puolella on osa-aikaisessa työsuhteessa. Ylitöihin hammaslääkäreitä tuntui olevan vaikea saada. Paikallisesti sovittaviin lisätöihin oli työntekijöillä jonkun verran halukkuutta, kun kompensationsa oli esim. lisätöitä vastaava vapaa. Näillä vapailta saatetaan pidentää varsinkin kesäaikana loman pituutta. Pitkät lomat hankaloittavat terveyskeskuksen toimintaa etenkin niillä paikkakunnilla, joissa samaan aikaan myös paikkakunnan yksityiset hammaslääkärit ovat pitkään poissa vastaanotoiltaan.

Nykyinen hammaslääkärisopimusjärjestelmä ei kannusta tekemään ylitöitä, mutta lisätyöt taas ovat rahallisesti hyviä. Lisätyö on vapaaehtoista ja niistä voidaan paikallisesti sopia.

Hirveän paljon hammaslääkärit tekevät osan viikkoa töitä. Osa hammaslääkäreistä tekee kolme päivää viikossa kunnallista duunia ja sitten ovat ehkä yksityisellä. Silloin kun on töitä paljon, niin ei tulisi olla lomalla tai tehdä osa-aikatyötä. Silloin tehdään kokopäivätöitä, siihen mihin on palkattu. Kesällä, kun kaikki ovat lomalla heinäkuussa ja osa ottaa vielä muita kertyneitä vapaita, niin ollaan poissa hyvässä lykyssä kaksi kuukautta. Silloin koko terveyskeskus seisoo. Ei täällä tapahdu mitään.

Poliittista päätöksentekoa ja päättäjien toimintaa kohtaan asiantuntijat esittivät kritiikkiä. Valtakunnan tason päättäjät olivat asiantuntijoiden mielestä osittain syypäitä resurssipulaan. Myös kuntapäättäjät saivat osansa kritiikistä. He eivät olleet reagoineet henkilökunnan määrään uudistusten aikana, vaikka henkilökuntaa olisikin ollut saatavilla. Asiantuntijoiden kommentteissa mainittiin hoitotakuun toteutumisen esteenä valtion taholta tulleen rahoituksen puute (esim. sairausvakuutuskorvauksiin käytettävissä olevat rahat), rahoituksen väärä ohjaus kuntatasolla, hammaslääkärimääriä koskevat koulutuspoliittiset virheet ja uudistusten liiallinen määrä.

Tässä on kyseessä ongelma, joka ei ole pelkästään terveysalan ongelma, vaan myös koulutuspoliittinen ongelma. Koulutuspolitiikkaan ei voi kunnat vaikuttaa, sen on aina päättänyt opetusministeriö, sisäänottomäärät jne. Jos niiden tyhmyyden takia hammaslääkärit loppuvat kesken, ja hampaat jää hoitamatta. Niin eihän se sitten ole terveyskeskuksen tai STM:n vika.

Vuonna 2014 tulee uudistus, jolloin potilas voi valita terveystakesuksensa. Mitä tämä tuo tullessaan? Terveystakeskus on kovassa puristuksessa, kun on niin paljon muutoksia tulossa ja myös ollut. Työtä ei voi suunnitella tämän takia kunnolla. Viimeisen 12 vuoden aikana on ollut tosi paljon muutoksia. (Kelakorvauksien ikärajamuutokset, kunnan hoitoonpääsyn ikärajamuutokset, hoitotakuun voimaantulo, vuonna 2014 voi valita sen terveystakesuksen, jossa asioi)

Osa asiantuntijoista arvosteli terveystakeskusten hoito- ja toimintakulttuuria. Sitä kuvailtiin laitosmaiseksi, jota korostaa vallitsevien käytänteiden muuttumattomuus. Tästä esimerkkinä mainittiin joillakin paikkakunnilla pitkään kestäneet hyvin pienet, alle 20 potilaan hoitotakuujonot, joissa jonotusajat olivat yli kuusi kuukautta. Pitkän jonotusajan väitettiin myös lisäävän hoidon tarvetta ja hoitokäyntien määrää. Muita hoitokäyntejä lisääviä ja sitä kautta hoitotakuun toimituutta heikentäviä hoito- tai toimintatapoja, joita asiantuntijat mainitsivat, olivat:

- Omahammaslääkärin puute. Tiedossa on, että kun potilasta hoitava hammaslääkäri vaihtuu, niin toimenpiteiden määrä lisääntyy.
- Päivystyksessä tehtävät väliaikaiset paikat, jotka korvataan toisella käyntikerralla lopullisilla paikoilla. Tämän takia potilaan pitää tulla kaksi kertaa hoidattamaan hampaitaan.
- Kun käyntikertojen määrää pidetään terveystakesuksen tehokkuuden mittarina, annetaan potilaille liian lyhyitä hoitoaikoja. Niiden aikana ei välttämättä ehdi hoitaa koko hammasta, vaan ehkä pahimmillaan vain yhden pinnan hampaasta.

Myös julkisen ja yksityisen sektorin välisen yhteistyön puute oli asiantuntijoiden mielestä tyypillistä terveystakeskusten toimintakulttuurille ja se nähtiin yhtenä hoitotakuun toteutumisen esteenä. Kritiikkiä kohdistettiin myös käytössä oleviin materiaaleihin ja välineisiin. Työn tekemistä haittaisivat lisäksi heikot paikkamateriaalit ja huonot ja työläät ATK-järjestelmät.

Myös potilaiden vastuun puute nousi merkittäväksi hoitotakuun toteutumisen esteeksi asiantuntijoiden mielestä. Suun terveydenhuollon hoitotoimenpiteet johtuvat monesti potilaan elämäntavasta: hampaiden hoitamattomuudesta tai säännöllisten tarkastusten puutteesta. Jos potilas ei pidä huolta hampaistaan, on suun terveydenhuollon ammattilaisen työ melko turhaa. Tällaiset potilaat

päätyvät usein takaisin vastaanotolle, vaikka heillä olisi tehty aikaisemmin isoja-kin hoitotoimenpiteitä. Julkisen ja yksityisen sektorin potilasaines arvioitiin erilaiseksi. Julkisen sektorin potilaiden koettiin tarvitsevan enemmän hoitoa.

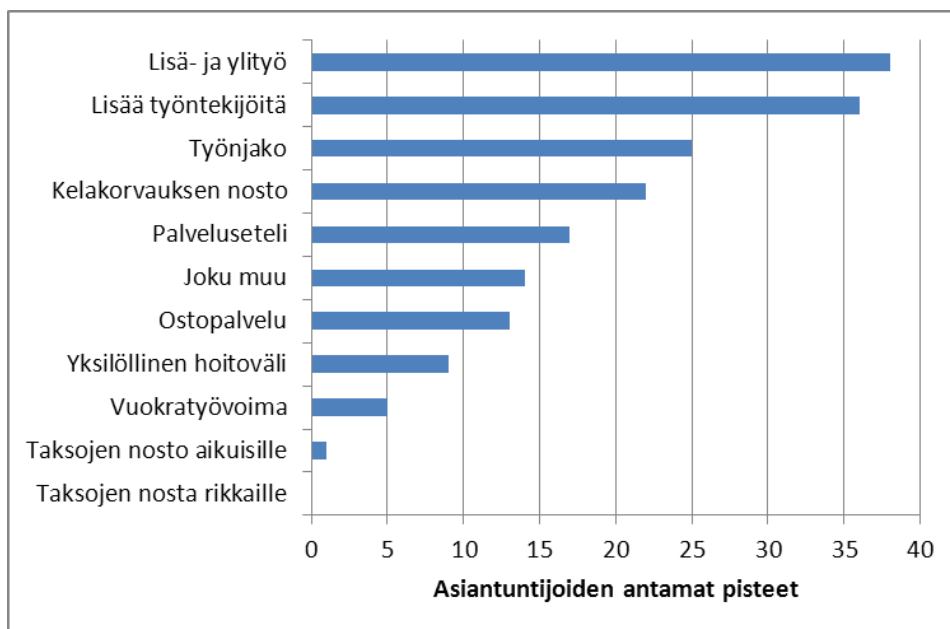
Kun on oikeus toimenpiteisiin, vaikka ei ole itse hoitanut hampaita, niin potilaan omavastuu hämärtyy. Toisinaan potilas ei jaksa hampaitaan hoitaa ja siksi joutuvat tulemaan hoitoon. Melko turhaa se meidänkin työ on terveyskeskuksessa, jos potilas ei itse osallistu hoitoon.

### 6.6.3 Hoitotakuujonojen purkamiseen vaikuttavat toimenpiteet

Hoitotakuun toimivuuteen vaikuttavia seikkoja lähestyttiin kysymyslomakkeessa kahden aihepiirin kautta. Ensin kysyttiin numeerisesti, mitkä toimenpiteet vaikuttavat parhaiten sen toimivuuteen. Toisena aihealueena oli työnjako. Sitä selvitettiin sekä numeerisesti että avoimilla kysymyksillä. Asiantuntijoilta tuli myös muihin avoimiin kysymyksiin kommentteja, joissa pohdittiin hoitotakuun toimivuuteen vaikuttavia seikkoja. Näistä syistä tähän osioon kerääntyi eniten analysoitavaa aineistoa. Kaiken kaikkiaan avoimien kysymysten vastausten analyysin tuloksena syntyi 19 alaluokkaa ja ne muodostivat 8 yläluokkaa (Liite 2). Alaja yläluokista keskitytään tässä tulosten tarkastelun osiossa seuraaviin: Henkilöstöresursseihin, työnjakoon (SHG ja EHT), yhteistyöhön eri toimijoiden välillä, yksilöllisiin hoitoväleihin, TK-toiminnan uudelleenorganisointiin, hoitotakuulainsäädännön hengen ymmärtämiseen ja lain muutokseen sekä terveyden edistämiseen.

Numeerisissa kysymyksissä asiantuntijoiden tuli arvioida hoitotakuujonojen purkutoimenpiteitä. Heiltä kysyttiin mielipidettä siitä, mitkä kolme toimenpidettä olisivat parhaita hoitotakuujonojen purkamiseksi terveyskeskuksissa, jos jonossa on vain a) vähän potilaita, tai jos jonossa on b) paljon potilaita. Vastaukset arvioitiin niin, että suosituin toimintatapa sai 3 pistettä ja toiseksi suosituin 2 pistettä ja kolmas pisteen. Saadut pisteet laskettiin yhteen (a+b). Suosituimmat toimenpiteet olivat oman henkilökunnan lisäys ja lisä/ylityöt sekä työnjaon muutokset (Kuvio 5). Lisä- ja ylityö -vaihtoehtoa suosittiin silloin, kun potilaita oletettiin olevan vähän jonossa (72 % saaduista pisteistä). Lisähenkilökunta-vaihtoehtoa suosittiin silloin, kun potilaita oletettiin olevan paljon jonossa (78 % saaduista

pisteistä). Muiden vaihtoehtojen kohdalla näin selkeää vastausten jakautumista ei ollut, lukuun ottamatta vuokratyövoimaa koskevaa vaihtoehtoa. Sitä pidettiin kannatettavana hoitotakuujonojen purkutoimenpiteenä vain silloin, kun potilaita oletettiin olevan jonossa vain vähän.



Kuvio 5. Hoitotakuujonojen purkutoimenpiteiden suosio asiantuntijoiden arvioimina.

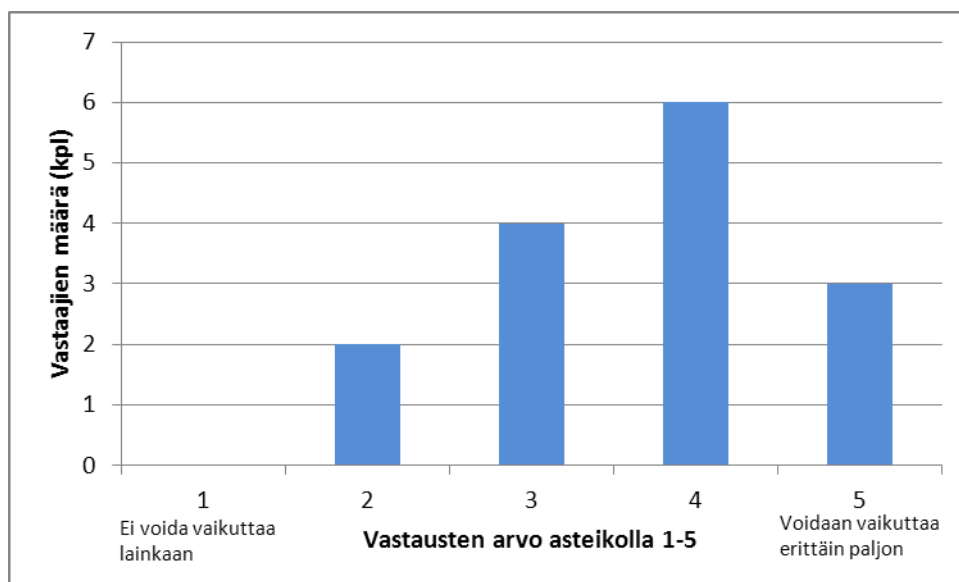
Jos resurssien vähyyys koettiin hoitotakuun toteutumisen esteenä, niin vastavasti resurssien lisäys koettiin hyvänä toimenpiteenä saada hoitotakuu toimimaan. Asiantuntijat ajattelivat tällöin oman henkilökunnan lisäämistä. Terveyskeskuksen ulkopuolisen resurssilisän suosio oli järjestyksessä palveluseteli, ostopalvelu ja vuokratyövoima. Yhteenlaskettunakin niiden suosio oli alhaisempi kuin lisä- ja ylityöt tai oman henkilökunnan lisääminen. (Kuvio 5.) Oman henkilökunnan lisäämisen kohdalla työntekijäryhmistä erikseen mainittiin suuhygienistit, hammashoitajat ja hammashoidon sihteerit.

Kannattaisi palkata lisää hammashoitajia suhteessa muihin työntekijäryhmiin. Koska suhteellisin pienillä investoineilla saataisiin kuitenkin hyvää aikaiseksi, sellaista työhyvinvointia ja sen tyyppistä. Että ei olisi sitä, kun joku on sairaana, niin puhelimesta on yksi henkilö ja niin pois päin.

Palkattaisiin ehkä hammashuoltoonkin sihteerit, jotkut terveydenhuollon sihteerit, jotka tekisivät näitä ns. paperitöitä. Vaikka se on vaikeaa, jos joutuu sijaistamaan asiakaspalveluluukulla, niin täytyy olla hoidontarpeen arvioinnin pätevyys. Kun

palkataan joku toimistoihminen, niin se ei voi enää tehdä sitä työtä. Mutta heille voisi siirtää kaikki ATK tukitoimet. Tämän tyyppiset työt voisivat olla kokonaan pois hoitohenkilökunnalta.

Työnjaon muutosten vaikutusta hoitotakuun toimivuuteen kysyttiin ensin numeerisella asteikolla. Asteikko oli 1-5. Arvio numerolla 1 tarkoitti, että työnjaon muutoksilla ei voida lainkaan vaikuttaa hoitotakuun toteuttamiseen. Arvio numerolla 5 tarkoitti, että työnjaon muutoksilla voidaan vaikuttaa erittäin paljon hoitotakuun toteuttamiseen. Kaikki asiantuntijat olivat sitä mieltä, että työnjaon muutoksilla voidaan vaikuttaa hoitotakuun toteutumiseen. Kuusikymmentä prosenttia vastaajista sijoittui asteikon numeroille neljä ja viisi. Keskiarvo sille, miten työnjaon muutos vaikuttaa hoitotakuun toteutumiseen, oli 3,7. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Asiantuntijoiden arvio sille, kuinka paljon työnjaon muutoksilla voidaan vaikuttaa hoitotakuun toteutumiseen.

Muut kysymykset työnjaosta olivat avoimia. Näiden kysymysten vastauksissa nousi esiin lainkohta, jonka mukaan vain hammaslääkäri voi tehdä diagnoosin. Muu henkilökunta voi tehdä hoidontarpeen arvon ja lähettää potilaan hammaslääkärille. Hammaslääkärin ja suuhygienistin työnkuvien erilaisuutta kuvattiin hyvin erään asiantuntijan kommentissa, kun hän sanoi että

Hammaslääkäri hoitaa sairautta ja suuhygienisti edistää terveyttä.

Tästä huolimatta työnjakoa kuvaavissa avoimissa kysymyksissä nousi esiin erityisesti suuhygienistien nykyisten työtehtävänkuvien kirjavuus ja heidän mahdolliset lisävaltuutensa. Eniten mainittuja suuhygienistien uusia oikeuksia olivat: oikeus tehdä paikkauksia, oikeus ottaa röntgenkuvia ja oikeus tehdä oikomishoidon toimenpiteitä. Asiantuntijoiden kommentteista ei voi muodostaa selkeitä määritelmiä oikeuksista. Esimerkiksi asiantuntijoiden paikkausoikeudesta esittämissä autenttisissa ilmaisuissa esiintyi seuraavia määritelmiä:

Yksinkertaiset paikkaukset.

Väliaikaiset paikkaukset.

Maitohampaiden paikkaus.

Paikkauksen loppuun saattaminen, kun hammaslääkäri on porannut kaviteetin auki.

Paikkaaminen on jossain sallittua, kun suuhygienistejä on siihen koulutettu.

Suuhygienistien oikomiseen kohdistuneiden oikeuksien kohdalla mainittiin seurantatarkastukset, oikomishoidossa olevien potilaiden välitarkastukset ja kaarien purku. Hammashoitajien ei koettu tarvitsevan uusia valtuuksia. Heidän koulutuksensa antama osaaminen on riittävä nykyisiin työtehtäviin ja työtehtävien määrä oli myös sopiva asiantuntijoiden mielestä

Erikoishammasteknikoita koskevat autenttiset ilmaisut työnjaon osalta koskivat erikoishammasteknikon toimenkuvan laajentamista niin, että he voisivat tehdä irrotettavia levy- ja rankaproteeseja potilaalle, joilla on omia jäännöshampaita jäljellä. Laajentamisedotuksen mukaan EHT voisi valmistaa itsenäisesti loppuun asti näitä proteeseja hammaslääkäriin lähetteen pohjalta. Ehdotus jakoi asiantuntijoiden mielipiteet, 2/3 kannatti ehdotusta ja 1/3 vastusti ehdotusta. Oikeutta tehdä osaproteeseja perusteltiin usein hyvin niukkasanaisesti, esim. sanomalla että osaproteesin oikeus on ok tai että kannatan ehdotusta, kun taas oikeutta vastustettiin hyvinkin laajoilla vastauksilla.

Jos HLL tarkistaa ja jatko on EHT:llä. Pelko on että rupeavatko osapuolet oikomaan ja potilaat menevät suoraan EHT:lle. Pitäisi varmistaa seuranta potilaalle, kenen luona potilas käy jatkossa ja kuka kantaa vastuun. Teknisestihän se on tehtävissä. Pelkään että vaikka se on teknisesti tehtävissä, niin sinne jää ainakin tiedollisesti ottamatta huomioon niiden jäännöshampaiden vieruskudoksien tiloja,

joitakin piileviä asioita sinne jäännöshampaisiin. Lisäkoulutus pitää olla laaja. Koulutus pitää olla melkein hammaslääkärikoulutus ja se on järjetöntä. Olisiko nyt sitten aika laajentaa sitä oikeutta? Minun on vaikea nähdä, että sitä voidaan laajentaa.

Asiantuntijat pitivät yhteistyön lisäämistä tärkeänä keinona vaikuttaa hoitotakuun toteutumiseen suun terveydenhuollon osalta. Yhteistyö jakautui kahteen eri alaluokkaan:

1. Yhteistyöhön julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon palvelujen tarjoajien välillä. Konkreettisimmillaan tätä yhteistyötä ajateltiin, kun asiantuntija mietti, miten saadaan palvelut turvattua kesälomakaudella:

Selvitetään etukäteen kaikilta yksityisiltä kunnan toimijoilta ovatko ne töissä, vai ei. Paljon niillä on resursseja ja sitten se meidän resurssit järjestetään sen mukaan. Pitää olla ehdoton yhteistyö yksityispuolen kanssa kesäaikana.

Toisaalta yhteistyö nähtiin myös laajemmin.

Hoitotakuun toimivuus ei minun mielestä ole resurssikysymys kokonaisuutena, jos otetaan yksityispuoli mukaan tähän talkoisiin. Resursseja on. Tekijöitä on ihan tarpeeksi, jos vaan se työ jaetaan oikein.

2. Julkisen sektorin sisäisen yhteistyön alaluokka jakautui kahteen osaluokkaan: suun terveydenhuollon ja muun terveydenhuollon väliseen sekä kuntien keskinäiseen. Yhteistyö kuntien välillä suun terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä arvioitiin positiiviseksi asiaksi. Esimerkkinä tästä mainittiin päivystys, jota hoidetaan jo yhteistyönä usealla paikkakunnalla. Myös harvemmin tarvittavan osaamisen turvaaminen todettiin kuntayhteistyön eduksi. Yhteistyöstä suun terveydenhuollon ja muun terveydenhuollon välillä todettiin, että suun terveydenhuolto toimii edelleen usein liian erillään muusta terveydenhuollosta.

Se että mentäisiin sinne terveydenhuollon sisään vahvasti tekemään ja yhteistyötä lisäämään. Miellä on paljon alueita esim. diabetes-potilaiden hoidot, missä me voitaisiin hyvin tehdä hyvää yhteistyötä ja vaikuttaa sen potilaan hyvinvointiin. Nyt me liian erillisenä vastataan vaan sen suun terveydenhuollon palveluista ja puhutaan vaan vaikka paikkaushoidon tarpeesta. Kokonaiskuva pitäisi olla mukana vahvemmin.

Koulutusyksiköt elävät jotain sellaista elämää, että hammaslääkärit toimivat yksin jossain vastaanotolla tai yhteisvastaanotolla ja hoitavat niitä potilaita, kun ne tulevat. Siis minä meinaan sellaisena syvänä ajattelumallina siellä. Ja sitten se, että on hammaslääkärikoulutusta, eikä ajatella, että se on tiimikoulutusta. Se jää

siihen HLL ja HH työparin tasolle, sitten siitä puuttuu se lääkäri-sairaanhoitaja - yhteistyö.

Olellisimmin vaikuttava seikka suun terveydenhuollon toimivuuteen on yhteistyö siellä sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä.

Samoin kuin yhteistyö, niin myös uudelleenorganisointi nähtiin tärkeänä tapana vaikuttaa hoitotakuun toimivuuteen suun terveydenhuollossa. Toiminnan uudelleenorganisoinnilla tarkoitettiin tiimityön tehostamista terveystieteissä ja terveyskeskusten oman toiminnan suunnittelua. Osana uudelleenorganisointia olivat ehdotukset erityyppisten potilaiden sijoittumisesta julkiselle tai yksityiselle sektorille.

Ja se on varmasti yksi avain tähän, että silloin kun se toiminta on ensin ihan palvelujen järjestämisen näkökulmasta suunnitelmallista, mutta myös ihan siinä yksilön tasolla se hoitosuunnitelman teko on sellainen, jolla pystytään turvaamaan että ne tarpeelliset palvelut toteutetaan

Korjaavan- ja korvaavan hammashuollon toimenpidekeskeisen alueen, sen jätettäisiin kokonaan pois julkiselta sektorilta. Julkinen sektori hoitaisi vain prevention. Koska se on väestötason toimintaa, silloin voitaisiin yrittää pitää tosiaankin koko väestö tietyissä ikäluokissa kriittisissä vaiheissa siinä mukana. Sitten jätettäisiin kokonaan erilaisilla korotetuilla kelamaksuilla ja palveluseteleillä tavallaan se ylläpito, se tuhojen korjaaminen yksityiselle sektorille. TK tekisi vain ennaltaehkäisevää toimintaa, jossa se on jo osoittanut toimivuutensa.

Osan ohjaisiin suoraan yksityiselle, varsinkin sellaiset terveet työssäkäyvät aikuiset.

Vaikka yksilöllinen hoitoväli -vaihtoehto ei pärjännyt numeerisessa arviossa kovin hyvin (kuvio 5), niin se mainittiin usein avoimissa vastauksissa. Se esiintyi kaksikymmentä kertaa alkuperäisilmaisuissa. Asiantuntijat halusivat pitää yksilöllisen hoitovälin mukaiset tarkastuskäynnit erillään hoitotakuusta. Erityisesti näin oli, kun kyseessä olivat hyvähampaiset potilaat, joilla ei ole tarvetta tulla joka vuosi tarkastukseen. Hoitotakuulainsäädännön yhden tulkinnan mukaan heidän tulisi päästä tarkastukseen kuudessa kuukaudessa kuten hoitoa tarvitsevien. Tämän nähtiin ruuhkauttavan terveystieteiset ja näin estävän hoitoa tarvitsevien hoitoon pääsyn. Yksilöllinen hoitoväli nähtiin selvästi hoitotakuusta erillisenä asiana, vaikka käytännössä näin ei aina ole.

Tutkimus korvataan nykyään vain kerran kalenterivuodessa. Tämä on selkeästi kompromissi. Toisten pitää käydä useammin ja toisten ei niin usein. KELA:n kor-

vauskäytännöstä johtuen jotkut potilaat käyvät säännöllisesti, koska kokevat sen hammaslääketieteelliseksi ohjeeksi. Pitäisi päästä yksilöllisiin käyntiaikoihin.

Sitten tämä kysymys, jos potilaalla ei ole hoidon tarvetta. Hyvin paljonhan tämä ongelma ja hoitojonot ovat syntyneet näistä terveystarkastukseen tulevista. Yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisten terveystarkastusten ei välttämättä tulisi olla hoitotakuun piirissä.

Hoitotakuuajan pitäisi olla joustavampi. Se on ajatuksena niin mieletön. Kiireetöntään terveystarkastukseen kun sinulla ei ole mitään oireita, on ihan sama onko se 6 tai 12 kuukautta. En hyväksy että on tällainen subjektiivinen oikeus, että on mahdollisuus saada terveystarkastus.

Yläluokassa, hoitotakuulainsäädännön hengen ymmärtäminen ja lain muutos, esiintyi ajatus hoitotakuun joustavasta tulkinnasta. Tällä tarkoitettiin joko lyhempiä tai pidempiä hoitotakuuaikoja. Samaan alaluokkaan kuuluivat myös ehdotetut toimenpidekohtaiset hoitotakuuajat. Muutama asiantuntija nosti esiin, että lainsäädännössä on maininta siitä, että hoito tulee ensisijaisesti järjestää hammaslääketieteellisesti oikein, hoidon laadun edellyttämässä kiireellisyydessä, vaikka hoitotakuuaikaa nopeammin.

Hoitotakuu ei toimi eri sairauksien kohdalla tasa-arvoisesti. Hoitotakuuajat voisivat olla 3kk, 6kk tai 12kk.

Eihän se yksi karies reikä puolessa vuodessa kauhean paljon kasva ja kehity. Hoitotakuuaika voisi olla keskivertona pidempi.

Laissa sanotaan sivulauseessa, että potilas tulee hoitaa hoidonlaadun edellyttämässä kiireellisyydessä. Ensin tulee miettiä, mikä sairaus on kyseessä ja sitten mitä se laadullisesti edellyttää.

Terveyden edistäminen nousi esiin lähes jokaisen asiantuntijan vastauksissa. Sitä eli ennaltaehkäisyä pidettiin suun terveydenhuollon perustehtävänä, vaikka toimenpidekeskeinen korjaava hoito korostuukin terveystarkastusten arjessa. Hoitotakuulainsäädännön katsottiin suuntaavan toimintaa jonojen purkuun ja siksi terveyden edistäminen jää vähemmälle huomiolle. Siitä seuraa, että potilaiden kotihoito ei toteudu kunnolla. Se lisää hoidon määrää ja vaikuttaa hoitotakuujonoihin.

Perustehtävä on terveyden edistäminen ja sen toteuttaminen kärsii, kun tuijotetaan vain hoitojonoja.

Terveys 2010 tutkimuksen mukaan eihän se suomalaisten suun terveydentila ole kohentunut. Terveyden edistämistyö on aliarvostettua, kun tulosten mittaaminen on hankalaa.

Aika paljon pystyisi itsekin tekemään sen suunterveyden eteen. Se jonkun verran tätä tilannetta helpottaisi. Väestön tietoisuuden nostamista pitäisi korostaa, kotihoitoa ja omahoitoa.

Jättimäinen seikka siellä takana on se, voiko ylipäättänsä korjaavan hammashoidon ja protetiikan kanssa tehdä niitä asioita, joita siellä pitäisi tehdä. Pitäisikö voimakkaammin, niin kuin ennen tehtiin menneinä vuosina, keskittyä siihen ennakoivaan hammashoittoon. Ja suosiolla jättää näitä korjaavia toimenpiteitä julkiselta sektorin tehtävistä pois. Tuntuu siltä että ei riitä resurssit.

Ennaltaehkäisyyn lisäksi terveyden edistämiseen liittyi ehdotus neuvontapistees-  
tä. Lisäksi tuli myös ehdotus omahoitajasta.

Suun terveydenhuollon tarpeen arviointiklinikka. Koska hoidon tarpeen arviointi puhelimesta on hankalaa, niin saisi tulla vaikka jonottomatta teetättämään suun terveyden hoidon tarpeen arviointia. Pari unittia tämän tyyppistä toimintaa varten. Suuhygienistit tekevät esim. Turussa 20 minuutissa tarpeen arviointi. Kaksi koria, kumpaan potilas laitetaan

#### 6.6.4 Asiantuntijoiden mielipiteet hoitotakuun rahoituksesta ja rakenteesta

Asiantuntijoilla ei ollut yhtä paljon sanottavaa suun terveydenhuollon hoitotakuuseen vaikuttavasta rahoituksesta ja rakenteesta kuin edellisistä tutkimus-  
syyksistä. Yläluokkia muodostui kolme (rahoitusmallit, yleiset periaatteet ja rakenne mallit) ja alaluokkia kahdeksan. Asiantuntijoiden rahoituspohdinnoissa esiin nousivat oikeastaan vain nykyinen malli ja yksikanavainen malli variaatioi-  
neen. Näitä variaatioita olivat järjestäjä/rahoittaja/tilaaja -malli ja malli, jossa ra-  
ha seuraa potilaan mukana, kuten Ruotsissa.

Niin monta kymmentä vuotta tätä on pyöritelty ja jos jotain uusia parempia malle-  
ja olisi, niin kai ne olisi ja keksitty ja tehty. Nykyjärjestelmässä on omat hyvät puolensa, koska mitään uutta ei ole tullut.

Sosiaali- ja terveyshuollon rahoitus tulisi koota yhden tahon hallintaan, yhden jär-  
jestäjätahon hallintaan. En kannata sitä, myöskään suun terveydenhuollossa, nyt Kelan kautta tulevaa rahaa, jolla osaltaan tuetaan yhteiskunnan rahoituksella suun terveydenhuoltoa. Vaan kaikki julkinen raha pitäisi olla yhdellä, siis sillä ta-  
holla, joka vastaa palvelujen järjestämisestä, eli nykyään kunta tai tulevaisuudes-  
sa kunta tai laajemmat SOTE alueet. Näen rahoituksen yksikanavaisena. Se on koko väestön kannalta tehokkain tapa hoitaa suun terveydenhuoltoa.

THL lähtee siitä että erotetaan tuottajat ja järjestäjä/rahoittaja/tilaaja toisistaan. Järjestäjä/rahoittaja/tilaaja on yksi organisaatio. Se on tämä iso, joka on rahoituksellisesti vahva. Yksi organisaatio on tuottajat. Alueella voi olla monenlaisia tuottajia: Julkisia, järjestöjä ja yksityisiä. Järjestäjä/rahoittaja/tilaaja -organisaatio taho sitten järjestää tekemällä sopimuksia tuottajien kanssa.

Järjestelmä pitäisi olla sellainen että se raha liikkuu potilaan mukana ja potilas valitsee sen hoitopaikan. Meillä edelleen voi olla ja varmaan tuleekin olemaan julkisen huollon yksiköitä ja julkisella sektorilla on järjestämismvastuu näistä palveluista. Mutta sitten näitä palveluja tuotetaan monin eri tavoin. Oleellista on se, että ainakin niistä perushoidoista potilaalla on suunnilleen omavastuu. Haki hän sen palvelun mistä tahansa.

Yleiset periaatteet liittyivät toisaalta rahoitusjärjestelmän yksinkertaisuuteen, toisaalta eettisyyteen. Eettisyys ilmeni siten, että julkisen ja yksityisen puolen taksojen toivottiin olevan lähempänä toisiaan, mikä parantaisi potilaan valinnan vapautta. Lisäksi koettiin tärkeänä, että rahoitusjärjestelmä tukee vähäosaisia.

Tiedetään, että eriarvoisuus korostuu. Nykyään on enemmän potilaita, joilla ei ole varaa tulla edes kunnalliselle puolelle. Kaikilla on menoja ja suun terveydenhuolto on asia, joka helpommin jätetään hoitamatta ensimmäisenä, kun kaikki maksaa.

Kyllä ihminen ohjautuu sinne, missä on halvinta hoitaa hampaitaan. Tavallaan se eriarvoistaa potilaita. Vaikka haluaisi käydä yksityisellä, niin se ei ole mahdollista.

Saksassa yksityinen ja julkinen tekee ihan samanhintaista työtä. Valtio tai sairauskassat maksaa ihan saman. Ja siksi päivystys ja kaikki tehdään yksityisten kanssa yhdessä. Eihän se muuten voi toimia. Ei voida julkista ja yksityistä yhdistää, jos hinnat eivät ole samat.

Rahoitusmallin pitäisi olla sellainen että potilas voisi valita. Nythän yksityinen puoli ei voi kilpailla julkisen puolen kanssa hinnalla. Niin kuin rahoitusmallina sanoisin, että se tietty rahamäärä mikä on käytettävissä, se pitäisi käyttää sillä tavalla että, ihminen pystyy valitsemaan palvelutuottajan, jonne hän haluaa mennä ja josta saa palvelun nopeammin ja tehokkaammin ja itse valitsemallaan hetkellä.

Asiantuntijoiden kommentoissa suun terveydenhuollon organisointirakenteesta tulivat esiin laajemmat yhtenäiset väestöalueet, kuten Ruotsin landstinget. Radikaalein ehdotus lakkauttaisi julkisen terveydenhuollon ja perustaisi tilalle samalla rahalla uuden nykyaikaisemman systeemin.

Suun terveydenhuollossa tulisi olla rahoituksellisesti riittävän vahvat järjestäjäorganisaatiot. Käytännössä ne väestöalueet tulisi olla nykyistä suuremmat.

Tulevien uudistusten, sairaanhoitopiirit lakkaavat ja Erva-alueet tulee, jälkeen Suomessa lähestytään Ruotsin mallia, jossa on isompia alueita/yksiköitä kuten Ruotsin landsting. Nyt vastuu on kunnilla ja varmasti se tarvitsee isompia hartiota. Esim. tulevaisuudessa pitää varmaan olla valtio mukana.

Kaikki näennäisesti laitostuneet yksiköt, TEKEStä lukuun ottamatta on lopetettu, yhdistetty ja perustettu uudelleen, jotta ne toimisivat tehokkaammin ja palvelisi paremmin. Nyt sitten koko terveyskeskusjärjestelmä, tylästi sanottuna, pitäisi ajaa täysin alas ja samalla rahalla rakentaa joku uusi systeemi, joka vastaa nykyisiin tarpeisiin.

## 6.7 Toisen kierroksen tutkimusaineiston kerääminen

Toisen kierroksen kysymyslomake pohjautui edelleen tutkimusongelmiin, niin kuin delfoi-menetelmässä on tapana (Rubin 2012, 14). Lomakkeen teko aloitettiin pohtimalla ensimmäisellä kierroksella tehtyä analyysiä. Aluksi tutustuttiin jokaisen pääkategorian alla oleviin pelkistykseen, ala- ja yläluokkiin. Ne analysoitiin ja mietittiin niiden merkitystä hoitotakuun toteutumiseksi säädetyssä kuudessa kuukaudessa. Tämä mielessä eroteltiin olennaisimmat ja niiden pohjalta valmisteltiin kysymyksiä. Valinta kohdistui niihin aiheisiin ja pelkistykseen,

- joissa asiantuntijoilla oli eniten näkemuseroja
- joiden sisältö kaipasi syventämistä.

Aiheiden valinnan jälkeen luotiin niihin liittyvät väittämät tai teesit. Aihealueita oli 21 ja niissä oli joko yksi tai kaksi esitettyä asiantilaa tai tulevaisuuden kehityskulkua kuvaavaa väittämää tai teesiä. Ne jaettiin neljän pääkategorian mukaan. Aiheiden jako ei noudattanut tiukasti ensimmäisen kierroksen pääkategoria luokittelua, koska joihinkin väitteisiin yhdistettiin kahden eri pelkistykseen tai alaluokan sisältöä. Tulevaisuutta kuvaavaksi vuodeksi valikoitui vuosi 2025. Näin aikaa mahdollisille muutoksille olisi selvästi enemmän kuin ensimmäisen kierroksen kyselyssä, jossa kysyttiin hoitotakuun toimivuutta vuonna 2015. Kysymyslomakkeeseen otettiin uudistusideoihin liittyen valittu vuosiluku mahdollistaa myös riittävän pitkän ajan lakiuudistusten ja muutosten läpiviemiseen. Näin ollen mahdollisella pitkäkestoisella lain voimaan saattamisella ei ole vaikutusta mahdollisen uudistusidean hyväksyttävyyteen.

Taulukko 5. Toisen kierroksen kysymyslomakkeen aihealueet jaoteltuina pääkategorioiden mukaan. Suluissa aiheisiin liittyvien teesien koodit eli kysymysten numerot.

1. Toteutuminen	2. Esteet
1. Hoitotakuun perusajatus (1/1 a & b) 2. Vaikutukset kansalaisten tasa-arvoon (1/2) 3. Vaikutus hoitojen loppuun saattamiseen (1/3 a & b) 4. Hoitotakuun toteutuminen (1/4 a & b)	1. Rahoituksen ja resurssien määrä esteenä (2/1 a & b) 2. Julkisen suun terveydenhuollon tehottomuus (2/2) 3. Työehdot (2/3) 4. Omahoidon laiminlyönti (2/4) 5. Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön puute (2/5) 6. Yhteistyön puute muun (2/6) terveydenhuollon kanssa 7. Kuntien välisen yhteistyön puute (2/7)
3. Toimenpiteet	4. Rahoitus ja rakenne
1. Yksilöllinen hoitoväli ja toimenpitekohtaiset hoitotakuuajat (3/1) 2. Työnjako yleisellä tasolla (3/2) 3. Suuhygienistien lisävaltuudet (3/3) 4. Julkisen sektorin suun terveydenhuollon tehtävien muutos (3/4) 5. Hoitotakuu ja resurssien tehokas käyttö (3/5)	1. Suun terveydenhuollon rahoitus (4/1) 2. Hinnoittelun tasa-arvo (4/2) 3. Suun terveydenhuollon toimintarakenne (4/3) 4. Julkisen suun terveydenhuollon uudelleenjärjestäminen (4/4) 5. Suun terveydenhuollon kunnallinen palvelu- ja neuvontapiste (4/5)

Kysymyslomake on liitteessä 3. Taulukossa 5 on nähtävissä teesien aihealueet. Väittämiä oli pääkategoriasta riippuen viidestä kahdeksaan, yhteensä 25kpl. Väittämät kuvasivat tilannetta vuonna 2025. Jokaisen väittämän kohdalla oli aiheeseen liittyvänä taustatietona asiantuntijoiden alkuperäisilmaisuja ensimmäiseltä kierrokselta. Kunkin väittämän kohdalla asiantuntijoiden tuli rastittaa omaa mielipidettä vastaava numero. Kun asiantuntijoita pyydetään arvioimaan Delfoi-menetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tulevaisuusväittämiä, tulee arviointi tehdä paitsi niiden toteutumisesta myös toivottavuudesta tai tärkeydestä (Kuusi 2003, 139). Teesien luonteesta johtuen noin 2/3 niistä sisälsi kaksi kriteerimuuttujaa (toivottavuuden ja todennäköisyyden). Näissä teeseissä oli seitsemänportainen asteikko, muissa viisiportainen.

- Viisiportainen Likert-asteikko (1=täysin eri mieltä ja 5= täysin samaa mieltä). Näitä oli yhteensä 9 kpl.
- Seitsenportainen Likert-asteikko. Näissä asiantuntijan tuli arvioida esitetyä väittämää kahden kriteerimuuttujan osalta, jotka olivat todennäköisyys (-3=epätodennäköinen ja 3=todennäköinen) sekä toivottavuus (-3=ei toivottava ja 3=toivottava). Näitä oli yhteensä 15 kpl.

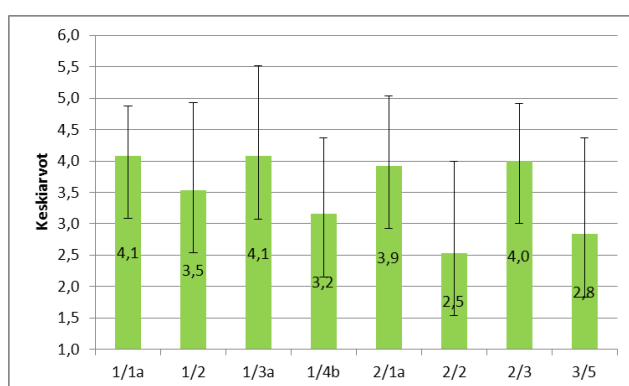
Tämän tyyppisissä kysymyslomakkeissa on tyypillisesti kysytty jokaisen teesin kohdalla myös asiantuntijan syytä valita kyseinen arvio. Saman vaihtoehdon valinneilla asiantuntijoilla syyt valintaan saattavat olla täysin erilaiset ja juuri näihin syihin tällainen Delfoi-kysely pyrkii pureutumaan (Rubin 2012, 14). Työmäärän pienentämiseksi näin ei tehty tässä tutkimuksessa. Toisen kierroksen kysely tehtiin kirjeitse. Vastaajille annettiin kaksi viikkoa aikaa vastata kyselyyn. Vastaaminen tapahtui nimettömästi.

## 6.8 Toisen kierroksen aineiston analyysi

Kysymyslomakkeita palautui 13 kpl ja vastausprosentiksi tuli 87. Osa vastanneista asiantuntijoista oli jättänyt joitakin kohtia vastaamatta ja näin joissakin väitteissä vastaajien määrä oli 12 kpl. Viisiportaisten väittämien vastaukset analysoitiin laskemalla asiantuntijajoukon kokonaismielipiteen keskiarvo heidän antamistaan arvioista. Asiantuntijoiden keskinäistä konsensusta (yksimielisyyttä) selvitettiin laskemalla vastausten keskihajonta. Seitsenportaisiin väittämiin annetut vastaukset analysoitiin ristiintaulukoimalla ne nelikenttään toivottavuuden ja todennäköisyyden mukaan. Tällä menetelmällä tehdyissä kyselyissä ei ole tapana tehdä tilastollisia testejä. Näin on erityisesti silloin, kun panelistien määrä on pieni, koska Kuusen mukaan tilastolliset päätelmät tämän kokoisissa paneeleissa eivät ole perusteltuja (Kuusi, 2012).

## 6.9 Toisen kierroksen tulokset

Toisen kierroksen tulokset raportoidaan tutkimuskysymysten mukaisesti neljässä alaluvussa aihe kerrallaan. Teesit on tekstissä kursivoitu ja teesin aihealueet on lihavoitu. Kuviossa 7 on esitetty tiivistettynä viisiportaisten teesien saamat keskiarvot ja –hajonnat. Seitsemänportaisista väittämistä tehtiin ristiintaulukointi ja laskettiin prosenttimäärät toivottavuudelle ja todennäköisyydelle. Prosentti laskettiin vastaajien määrästä, joka oli joko 12 tai 13, riippuen kuinka moni kyselyn palauttaneista oli vastannut kyseiseen teesiin.



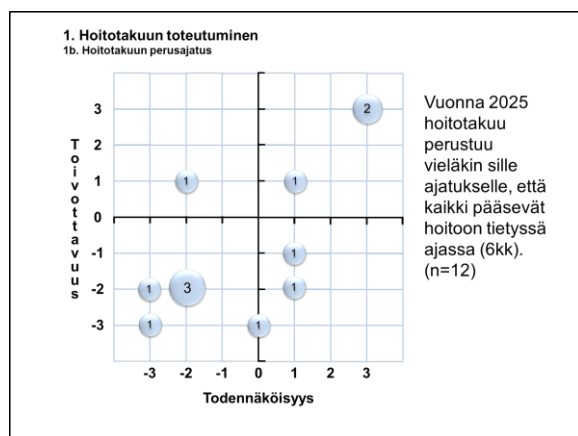
Kuvio 7. Viisiportaisten teesien keskiarvot, –hajonnat ja koodit.

### 6.9.1 Hoitotakuun toteutuminen

Teesi 1/1a käsitteli **hoitotakuulainsäädäntöä**. *Ilman lainsäädäntöä julkisen puolen suun terveydenhuollon hoitojen aloitus ei toteutuisi edes kuudessa kuukaudessa.* Asiantuntijoilla oli vahva usko, että teesi pitää paikkansa. Viisiportaisilla asteikoilla varustettujen teesien korkein keskiarvo luku oli 4,1. Vastaajien keskuudessa esiintyi vahva konsensus, koska keskihajonta oli vain 0,8 ja kaikki arviot sijoituivat asteikossa arvoille 3-5.

Teesi 1/1b käsitteli **hoitotakuun perusajatusta**. *Vuonna 2025 hoitotakuu perustuu vieläkin sille ajatukselle, että kaikki pääsevät hoitoon tietyssä ajassa (6kk).* Tätä teesiä arvioitiin seitsenportaisella asteikolla. Asiantuntijoista puolet piti teesiä epätodennäköisenä ja 42 % todennäköisenä. Vuonna 2025 hoitota-

kuun ei toivottu enää perustuvan kuuden kuukauden aikaan, koska toivottavuuden osalta painottui teesin ei-toivottavuus (75 % vastaajista). (Kuvio 8.)

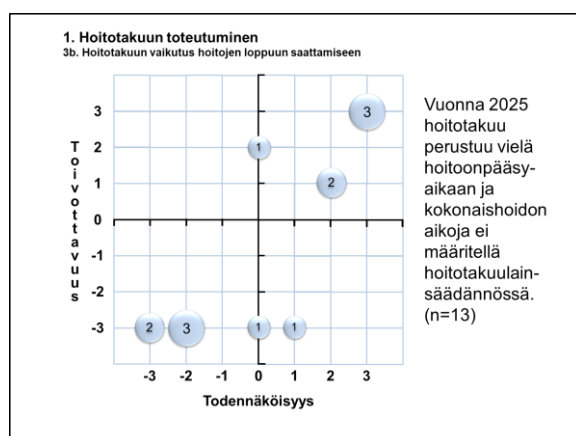


Kuvio 8. Ristiintaulukointi perusajatuksen osalta.

Teesi 1/2 käsitteli **kansalaisten tasa-arvoa**. *Hoitotakuulainsäädännön vaikutuksesta kansalaisten välinen tasa-arvo suun terveydenhuollon palvelujen käytössä on lisääntynyt*. Tasa-arvon katsottiin hieman lisääntyneen ja sen saama keskiarvo oli 3,5 asiantuntijoiden vastausten hajotessa koko arvosteluasteikolle tasaisesti, ja keskihajonta oli melko korkea 1,4. Tämä kuvastaa yksimielisyyden puutetta aiheen osalta.

Teesi 1/3a käsitteli **hoitotakuulain vaikutusta hoitojen loppuun saattamiseen**. *Suun terveydenhuollon kokonaishoidossa eli hoitojen loppuun saattamisessa on tällä hetkellä paljon parannettavaa julkisella sektorilla*. Asiantuntijoiden mielestä suun terveydenhuollon hoitojen loppuun saattamisessa julkisella sektorilla oli paljon parannettavaa tällä hetkellä. Yli puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä kuin teesi. Tämä väittämä sai myös viisiportaisten väittämien korkeimman keskiarvon eli 4,1. Vaikka keskiarvo oli korkea, jakoi teesi myös mielipiteitä, koska 17 % vastaajista oli täysin eri mieltä kuin teesi. Tästä johtuen keskihajonta oli 1,4, mikä oli keskihajonnoista toiseksi korkein. Teesi 1/3b käsitteli **hoitoonpääsyaikaa**. *Vuonna 2025 hoitotakuu perustuu vielä hoitoonpääsyaikaan ja kokonaishoidon aikoja ei määritellä hoitotakuulainsäädännössä*. Tämä väite jakoi mielipiteitä paljon, kuten kuviosta 9 näkee. Monivalintavastaukset hajaantuivat, teesin epätodennäköisyyttä ja todennäköisyyttä kannatti lähes saman

verran asiantuntijoita (38 % vs. 42 %). Yli puolet vastaajista oli teesiä vastaan (54 %) tehostaen mielipidettään valitsemalla vastausasteikon ei-toivottavan ääripään. Nämä vastaajat toivoivat siis, että hoitotakuu ei perustu tulevaisuudessa pelkästään hoitoonpääsyaikaan ja jonkinlaiset kokonaishoitoajat tulisi määritellä. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Ristiintaulukointi hoitotakuun vaikutuksesta hoitojen loppuun saattamisesta tulevaisuudessa.

Kysymys 1/4a käsitteli **hoitotakuun toteutumista**. *Miten arvelet suun terveydenhuollon hoitotakuun toteutuvan vuonna 2025?* Tämän kysymyksen tulokset on analysoitu ensimmäisen kierroksen tulosten yhteydessä.

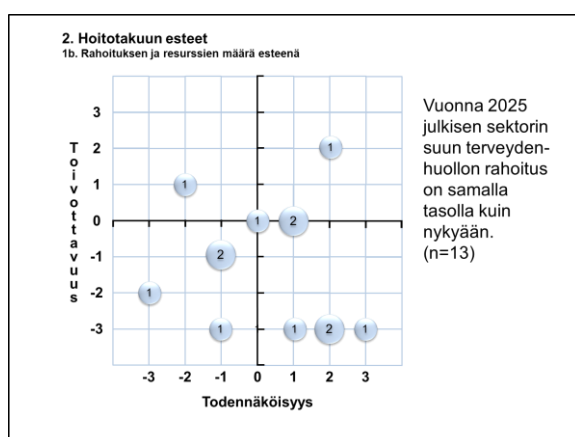
Teesi 1/4b. *Vuonna 2025 ei esiinny enää suun terveydenhuollon hoitotakuujonoja*. Vastusten keskiarvo sijoittui vain hieman yli asteikon keskiarvon ollen 3,2. Tyypillisin vastausvaihtoehtokin oli keskimäinen eli kolme. Sen oli valinnut kolmasosa vastaajista. Asiantuntijoiden mielestä jonoja esiintyy siis edelleen vuonna 2025.

### 6.9.2 Hoitotakuun toteutumisen esteet

Teesi 2/1a käsitteli **rahoitusta ja resursseja**. *Suurin este hoitotakuun toteutumiselle julkisessa suun terveydenhuollossa on rahoituksen ja resurssien niukkuus*. Rahoituksen ja resurssien niukkuus sai kannatusta asiantuntijoilta. Vasta-

usten keskiarvo oli 3,9 ja keskihajonta 1,1. Kukaan vastaajista ei ollut teesin kanssa täysin eri mieltä (vastausvaihtoehto 1).

Teesi 2/1b käsitteli **rahoituksen määrää**. *Vuonna 2025 julkisen sektorin suun terveydenhuollon rahoitus on samalla tasolla kuin nykyään.* Nykyisen kaltainen suun terveydenhuollon rahoitus nähdään tulevaisuudessa ei-toivottavana (62 %) mutta todennäköisenä (54 %) vastaajamäärillä mitattuna. Tulos on reaktiivinen. Teesin tapaista rahoitusta vastustavien vastauksissa korostui vastausasteikon ääripää. Neutraali kanta toivottavuuden osalta esiintyi myös usein, sen valitsi lähes neljäsosa asiantuntijoista. (Kuvio10.)

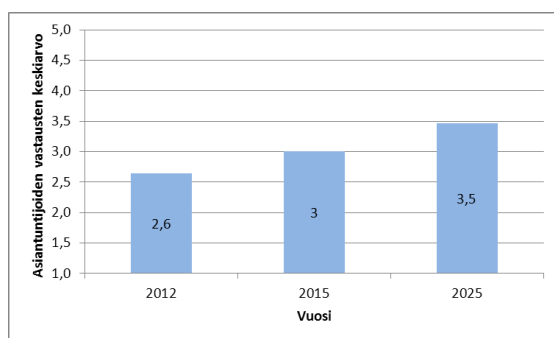


Kuvio 10. Ristiintaulukointi suun terveydenhuollon tulevaisuuden rahoituksen tasosta.

Teesi 2/2. käsitteli **julkisen terveydenhuollon väitettyä tehottomuutta**. *Yksityisellä sektorilla toimitaan tehokkaammin kuin julkisella sektorilla suun terveydenhuollon palveluiden organisoinnissa.* Tämä teesin suhteen asiantuntijat olivat eniten eri mieltä. Keskiarvo oli 2,5 ja – hajonta 1,5. Vastauksissa painottui vastausvaihtoehto 1 (täysin eri mieltä), sen antoi 30 % vastaajista. Toisaalta 15 % oli täysin vastakkaista mieltä.

Teesi 2/3 käsitteli **työehtoja**. *Työaikojen tehostamisella saadaan parannettua TK:n tilojen käyttöastetta ja sitä myötä hoitotakuu toimimaan tehokkaammin.* Asiantuntijat allekirjoittivat tämän teesin. Keskiarvo oli korkea eli 4. Asiantuntijoiden mielipide oli myös hyvin yksimielinen, kukaan ei antanut asteikon kahta alinta arvosanaa. Keskihajonta oli vain 0,9.

Teesi 2/4 käsitteli **omahoidon laiminlyöntiä**. *Verrattuna nykyhetkeen, vuonna 2025 potilaiden omahoito on parantunut.* Tämän teesin kohdalla ei kysytty mielipidettä teesin toivottavuuteen, koska sen oletettiin olevan itsestään selvästi toivottava. Vain sen todennäköisyyttä kysyttiin. Siinä asiantuntijoiden vastuksissa painottui positiivinen tulevaisuuden näkemys. Yli puolet asiantuntijoista (62 %) piti todennäköisenä, että potilaiden omahoito on parantunut vuoteen 2025 mennessä nykyhetkeen verrattuna. (Kuvio 11.)

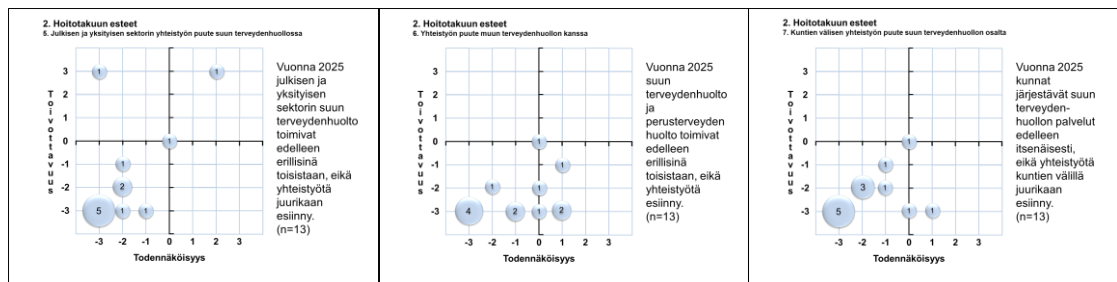


Kuvio 11. Asiantuntijoiden arvio omahoidon tasosta vuonna 2025 verrattuna nykyhetkeen.

Teesi 2/5 käsitteli **julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön puutetta**. *Vuonna 2025 julkisen ja yksityisen sektorin suun terveydenhuolto toimivat edelleen erillisinä toisistaan eikä yhteistyötä juurikaan esiinny.* Teesi 2/6 käsitteli **yhteistyön puutetta muun terveydenhuollon kanssa**. *Vuonna 2025 suun terveydenhuolto ja perusterveydenhuolto toimivat edelleen erillisinä toisistaan eikä yhteistyötä esiinny.* Teesi 2/7 käsitteli **kuntien välisen yhteistyön puutetta**. *Vuonna 2025 kunnat järjestävät suun terveydenhuollon palvelut edelleen itsenäisesti eikä yhteistyötä kuntien välillä juurikaan esiinny.*

Nämä teesit analysoidaan tarkoituksella yhtenä osiona, koska samalla on tarkoitus verrata niitä keskenään. Kaikenlainen yhteistyön puute nähtiin pääsääntöisesti ei-toivottavana ilmiönä ja sitä kautta esteenä hoitotakuun toteutumiselle. 85 % vastaajista piti epätodennäköisenä, että julkinen ja yksityinen suun terveydenhuolto toimii vielä vuonna 2025 toisistaan erillään ja yhteistyötä ei esiinny. Ainoastaan kaksi asiantuntijaa piti vahvasti toivottavana julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon toimimista erillään vuonna 2025. Toisaalta näiden

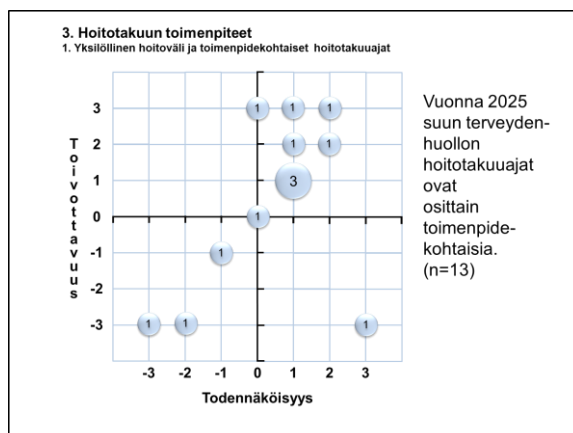
tahojen yhteistyön toteutumista pidettiin asiantuntijoiden mielestä kaikkein todennäköisimpänä, kun tässä mainittuja yhteistyön muotoja verrataan keskenään. Vähiten uskottiin suun terveydenhuollon ja perusterveydenhuollon väliin yhteistyöhön. Hieman yli puolet vastaajista (54 %) piti epätodennäköisenä tilannetta, jossa näiden tahojen välillä ei esiinny yhteistyötä vuonna 2025. Kuntien välisen suun terveydenhuollon yhteistyötä toivoi 77 % asiantuntijoista. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Ristiintaulukointi yhteistyön osalta.

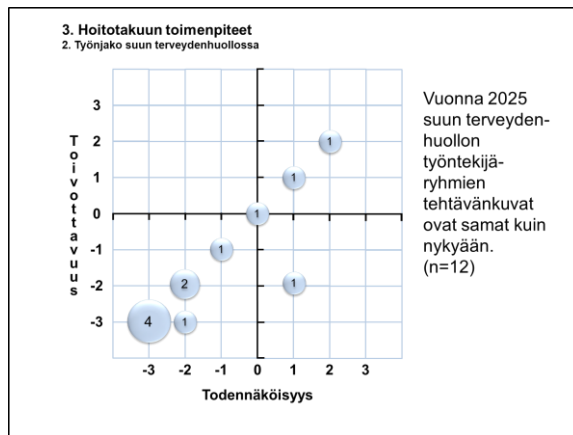
### 6.9.3 Hoitotakuun toimintaan vaikuttavat toimenpiteet

Teesi 3/1 käsitteli **yksilöllistä hoitoväliä ja toimenpidekohtaisia hoitotakuuaikoja**. *Vuonna 2025 suun terveydenhuollon hoitotakuuajat ovat osittain toimenpidekohtaisia*. Toimenpidekohtaisia hoitotakuuaikoja pidettiin yhtä toivottavina ja todennäköisinä vuonna 2025. Hieman yli 60 % asiantuntijoista oli tätä mieltä. (Kuvio 13.)



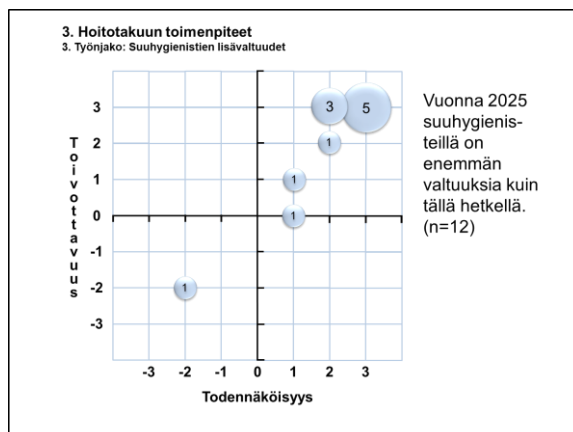
Kuvio 13. Ristiintaulukointi toimenpidekohtaisten hoitotakuuaikojen osalta.

Teesi 3/2 käsitteli **työnjakoa**. *Vuonna 2025 suun terveydenhuollon työntekijäryhmien tehtävänkuvat ovat samat kuin nykyään.* Asiantuntijoista 2/3 ei uskonut, että suun terveydenhuollon työntekijäryhmien toimenkuvat ovat vuonna 2025 samat kuin nykyään. Näin ei myöskään toivottu; niitä piti ei-toivottavina 3/4 asiantuntijoista. (Kuvio 14.)



Kuvio 14. Ristiintaulukointi työnjaon osalta.

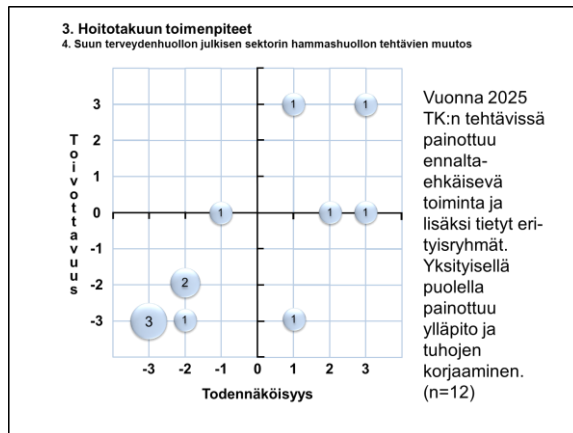
Teesi 3/3 käsitteli **suuhygienistien lisävaltuuksia**. *Vuonna 2025 suuhygienisteillä on enemmän valtuuksia kuin tällä hetkellä.* Suuhygienistien valtuuksien määrän kasvua kannatettiin runsaasti. Toivottavuus oli 80 % ja todennäköisyys yli 90 %, kun ne laskettiin asiantuntijoiden määrästä. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Ristiintaulukointi suuhygienistien valtuuksien osalta.

Teesi 3/4 käsitteli **tehtävien muutosta**. *Vuonna 2025 TK:n tehtävissä painottuu ennaltaehkäisevä toiminta ja lisäksi tietyt erityisryhmät.* Yksityisellä puolella pai-

*nottuu ylläpito ja tuhojen korjaaminen.* Monivalintavastaukset hajaantuivat tämän teesin kohdalla. Kun kriteerimuuttujana oli todennäköisyys, niin hieman yli puolet piti teesiä epätodennäköisenä (58 %) ja 42 % taas todennäköisenä vuonna 2025. Kun kriteerimuuttujana oli toivottavuus, painottui hieman ei-toivottavuus (58 %). Kolme asiantuntijaa antoi neutraalin arvion teesin toivottavuudesta (25 %). (Kuvio 16.)

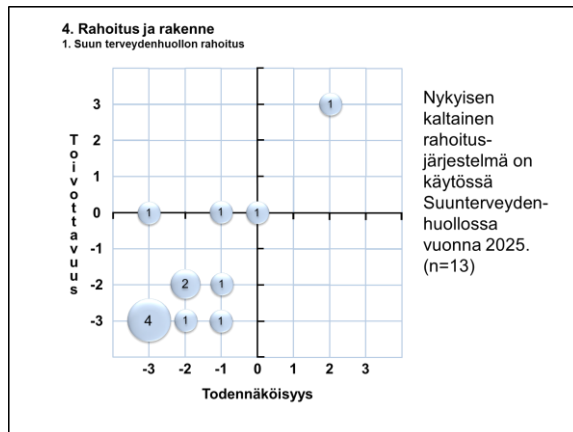


Kuvio 16. Ristiintaulukointi julkisen sektorin tehtävien muutosten osalta.

Teesi 3/5 käsitteli **resurssien tehokasta käyttöä**. *Resurssien niukkuudella ei ole suoranaista yhteyttä hoitotakuun toimivuuteen.* Tämän viisiportaisen teesin kanssa asiantuntijat olivat toiseksi vähiten samaa mieltä. Arvioiden keskiarvo oli 2,8. Se jakoi eniten asiantuntijoiden mielipiteitä, keskihajonta oli kaikista suurin (1,5).

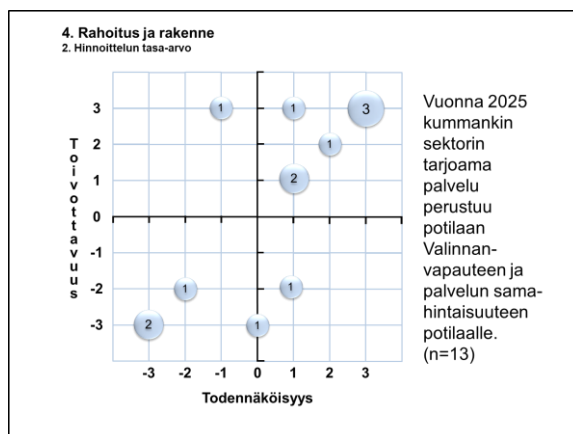
#### 6.9.4 Rahoitus ja rakenne

Teesi 4/1 käsitteli **rahoitusta**. *Nykyisen kaltainen rahoitusjärjestelmä on käytössä suun terveydenhuollossa vuonna 2025.* Asiantuntijoiden mielestä nykyisen kaltaista rahoitusjärjestelmää ei enää vuonna 2025 ole. Vastaukset painottuivat vahvasti ei-toivottavuuden ja epätodennäköisyyden suuntaan. Todennäköisyyden osalta 85 % vastaajista uskoi rahoitusjärjestelmän muutokseen ja 77 % toivoi sitä. (Kuvio 17.)



Kuvio 17. Ristiintaulukointi suun terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän osalta.

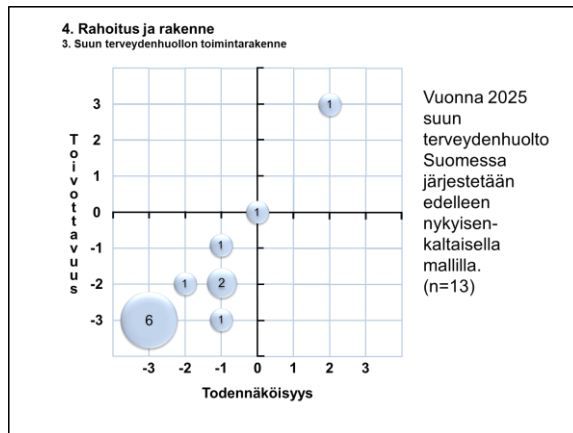
Teesi 4/2 käsitteli **hinnoittelua**. *Vuonna 2025 kummankin sektorin tarjoama palvelu perustuu potilaan valinnanvapauteen ja palvelun samahintaisuuteen potilaalle.* Enemmistö toivoi ja piti todennäköisenä valinnanvapautta ja suun terveydenhuollon palveluiden samahintaisuutta kummallakin sektorilla vuonna 2025. Asiantuntijoiden vastauksista 62 % painottui näille nelikentän alueille. (Kuvio 18.)



Kuvio 18. Ristiintaulukointi hinnoittelun tasa-arvon osalta.

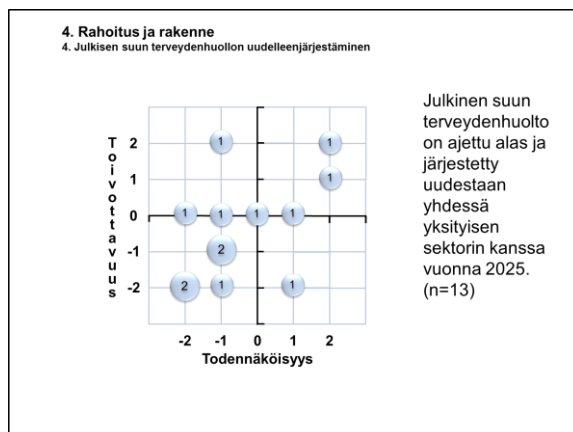
Teesi 4/3 käsitteli **toimintarakennetta**. *Vuonna 2025 suun terveydenhuolto Suomessa järjestetään edelleen nykyisenkaltaisella mallilla.* Tähän teesiin ei uskottu. Asiantuntijoista 85 %, ei pitänyt nykyisen kaltaista suun terveydenhuollon toimintarakennetta todennäköisenä enää vuonna 2025. Yhtä moni asiantuntija piti sitä myös ei-toivottavana mallina. Epäusko nykyiseen toimintarakentee-

seen painottui hyvin vahvasti, koska lähes puolet kaikista asiantuntijoista sijoitti arvionsa asteikon negatiiviseen ääripäähän. (Kuvio 19.)



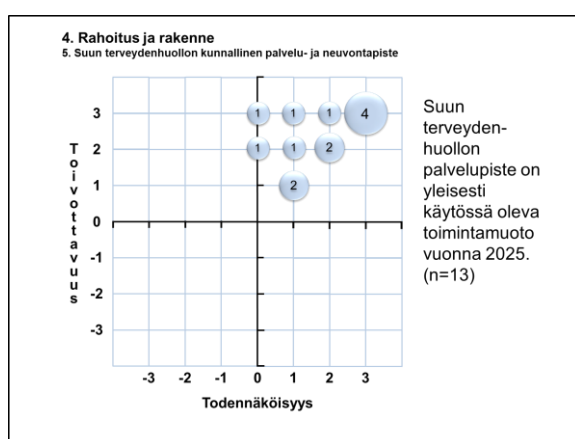
Kuvio 19. Ristiintaulukointi suun terveydenhuollon toimintarakenteen osalta.

Teesi 4/4 käsitteli **uudelleen järjestämistä**. *Julkinen suun terveydenhuolto on ajettu alas ja järjestetty uudestaan yhdessä yksityisen sektorin kanssa vuonna 2025.* Tämän teesin kohdalla sattui virhe asteikon osalta. Lomakkeeseen oli jäänyt viisiportainen asteikko. Näin ollen tämä teesi eroaa muista nelikenttäasteikon osalta. Suun terveydenhuollon uudelleen järjestämistä toivoi 23 % asiantuntijoista. Neutraalin kannan esitti 31 % vastaajista. Loput eivät toivoneet uudelleen järjestämistä, heitä oli eniten eli 46 %. Epätodennäköinen tulevaisuuden skenaario painottui, kun teesin todennäköisyyttä arvioitiin. Asiantuntijoista 62 % piti teesiä epätodennäköisenä ja 38 % todennäköisenä. (Kuvio 20.)



Kuvio 20. Ristiintaulukointi julkisen suun terveydenhuollon alasajon osalta.

Teesi 4/5 käsitteli **kunnallista palvelupistettä**. *Suun terveydenhuollon palvelupiste on yleisesti käytössä oleva toimintamuoto vuonna 2025*. Tämän teesin kohdalla esiintyi asiantuntijoiden keskuudessa suurin yksimielisyys. Suun terveydenhuollon kunnallista palvelupistettä pitivät toivottavana kaikki vastanneet asiantuntijat. Myös todennäköisyyden osalta tulos on samansuuntainen, joskaan ei aivan yhtä vakuuttava. Kaksi asiantuntijaa on päätenyt neutraaliin arviointiin palvelupisteen todennäköisyyden osalta. (Kuvio 21.)



Kuvio 21. Ristiintaulukointi suun terveydenhuollon palvelupisteen osalta.

## 6.10 Tutkimuksen johtopäätökset

Tutkimuksen johtopäätökset perustuvat asiantuntijoiden haastatteluiden tuloksiin ja tutkimuksen toisen kierroksen asiantuntijoiden antamiin arvioihin esitetyistä teeseistä. Näiden tutkimuskierrosten aikana esiin tulleiden ehdotusten ja osittain kirjallisten lähteiden pohjalta muodostetaan tutkimuksen ja kehittämissuunnitelman lopulliset johtopäätökset sekä kehittämissuunnitelmat. Tutkimuksen seitsemännen portaalin tulevaisuutta luotaavien teesien tulokset voidaan jaotella kahteen kategoriaan: niihin, joissa asiantuntijoiden näkemyksissä esiintyi yksimielisyyttä (näin on oletettavasti vuonna 2025), ja niihin, joissa oli näkemuseroja asiantuntijoiden välillä (vuonna 2025 näin tuskin on). Laajan yksimielisyyden perusteella voidaan esittää seuraavia yleistyksiä. Asiantuntijoiden vastausten perusteella vuonna 2025 on toivottavaa ja todennäköistä, että:

1. työnjako on vielä yleisempää kuin nyt (toivottavuus 75 % / todennäköisyys 66 %),
2. suuhygienisteillä on enemmän valtuuksia kuin nyt (toivottavuus 80 % / todennäköisyys 90 %),
3. yhteistyö on lisääntynyt
  - a. julkisen ja yksityisen sektorin välillä (toivottavuus 77 % / todennäköisyys 85 %)
  - b. suun terveydenhuollon ja perusterveydenhuollon välillä (toivottavuus 92 % / todennäköisyys 54 %)
  - c. kuntien kesken (toivottavuus 92 % / todennäköisyys 77 %),
4. rahoitus ei ole nykyisen kaltainen (toivottavuus 77 % / todennäköisyys 85 %),
5. rakenne ei ole nykyisen kaltainen (~ puolet asiantuntijoista toivottavuuden ja todennäköisyyden ääripäässä),
6. kunnallinen palvelupiste on toiminnassa (toivottavuus 100% / todennäköisyys 85 %).

Asiantuntijoiden vastauksista ei syntynyt laajaa yksimielisyyttä seuraavien väittämien kohdalla; siksi epäselvää on,

1. perustuuko hoitotakuu edelleen kuuden kuukauden aikaan vuonna 2025 (tätä piti puolet epätodennäköisenä ja 75 % ei toivottavana),
2. onko suun terveydenhuollon rahoitus vuonna 2025 samalla tasolla kuin nyt (hieman yli puolet ei toivonut tätä, mutta noin puolet piti todennäköisenä),
3. painottuuko terveyskeskus-sektorilla ennaltaehkäisy ja yksityisellä ylläpito ja tuhojen korjaaminen (epätodennäköisyys ja ei-toivottavuus painottuivat vain hieman),
4. hinnoittelun tasa-arvo (toivottavuus ja todennäköisyys painottuivat hieman),

5. ajetaanko julkinen sektori alas ja järjestetään uudelleen (4 kpl esitti neutraalin mielipiteen toivottavuuden osalta, hieman yli 60 piti vaihtoehtoa epätodennäköisenä).

Viisiportaisista vastauksista voidaan tiivistetysti sanoa, että asiantuntijoiden mielestä hoitotakuu ei toteutuisi, jos sen taustalla ei olisi lainsäädäntöä (keskiarvo 4,1). Kaikki asiantuntijoiden vastaukset sijoittuivat tämän teesin osalta viisiportaisen asteikon kohtiin 3, 4 tai 5. Asiantuntijoiden mielestä myös hoitojen loppuunsaattamisessa olisi paljon parannettavaa. Tämä teesi sai myös keskiarvon 4,1, mutta keskihajonta oli suuri (1,4). Suuri hajonta johtui siitä, että kaksi vastausta osui asteikon alkuun (numero 1) ja yli puolet toiseen päähän (numero. 5) ja loput kohtaan 4. Asiantuntijat olivat eniten eri mieltä sen väitteen kanssa, että yksityisellä puolella toimittaisiin tehokkaammin kuin julkisella (keskiarvo 2,5). Yleisellä tasolla voidaan sanoa, että viisiportaisissa vastauksissa asiantuntijat näkivät hoitotakuun kehittyvän positiiviseen suuntaan tulevaisuudessa. (Kuvio 4.) Tutkimuksen tarkemmat johtopäätökset käsitellään viidessä osassa, jotka ovat: rahoitus, rakenne, hoitotakuulainsäädäntö, työnjako ja palvelupiste.

Suun terveydenhuollon **rahoitusmalliin** suuri osa asiantuntijoista toivoi muutosta. Siitä huolimatta ensimmäisellä kierroksella avointen kysymysten vastauksissa ei muutosehdotuksia juurikaan esiintynyt. THL:n ehdottamaa yksikanavaista rahoitusmallia kannatettiin. Mallin mukaan järjestäjä, rahoittaja ja tilaaja ovat yksi ja sama taho, joka on erotettu palveluiden tuottajasta. Kannatusta sai myös THL:n terveydenhuollon rahoitusuudistuksessa esitetty ajatus, jossa rahan tulee seurata potilasta. (Pekurinen ym. 2011, 104.) Myös vastustajia löytyi. Heidän mukaansa palvelut eivät lisäänty, mikäli rahoituksen määrä pysyy samana, oli rahoitus sitten yhdessä tai kahdessa kanavassa.

Yksi rahoitusmalleihin liittyvä asiantuntijoiden ehdotus oli liikelaitosmalli, joka on ollut pilottina käytössä Vantaan suun terveydenhuollossa vuodesta 2010. Mallin nähtiin menestyneen hyvin, joten se voisi laajentua muuallekin. Vantaalla oli runsaat 800 yli kuusi kuukautta jonottanutta potilasta, kun liikelaitos aloitti. Yli kuuden kuukauden jonot oli saatu purettua seuraavan vuoden keväällä. (THL 2012b.)

Rahoitukseen liittyen asiantuntijat toivoivat järjestelmää, joka tukee vähäosaisia, lapsia, nuoria, kehitysvammaisia ja vanhuksia. Tätä perusteltiin sillä, että kaikilla ei ole varaa käydä edes terveyskeskuksissa hoidattamassa hampaita. Tätä tukisivat kokonaan maksuttomat terveyspalvelut, joita on vuosien saatossa ehdotettu silloin tällöin (Letto 2008, 235; Yle 2011). Vuonna 2007 tehdyssä kyselyssä 2/3 terveyskeskushammaslääkäreistä koki potilasmaksujen vaikuttavan potilaan hoitovalintoihin (Widström, Tiira, Alestalo & Pietilä, 2010, 29). Myös rahoituksen yksinkertaistamista sekä julkisen ja yksityisen puolen taksojen yhtenäistämistä toivottiin. Valinnanvapauden ei nähty toimivan, koska yksityisen sektorin hinnat ovat paljon korkeammat. Suun terveydenhuolto eroaa muusta terveydenhuollosta siinä, että yksityinen sektori tuottaa suuren osan palveluista. Myös tästä syystä taksojen tulisi olla samalla tasolla. Tällainen ns. kumppanuuskokeilu, jossa taksat ovat lähellä toisiaan, on meneillään Jyväskylässä (ks kappale 4.3.3). Sen toivotaan ohjaavan osan asiakkaista yksityiselle sektorille ja tehostavan omahoitoa. Jos näin tapahtuu, vähentää se terveyskeskukseen pyrkivien potilaiden määrä ja helpottaa hoitotakuun toteutumista.

Mikään edellä mainituista rahoitukseen liittyvistä ehdotuksista ei tuo täysin uusia ideoita nykyiseen rahoitusmallikeskusteluun. Tämä tutkimus ei siis saanut aikaiseksi rahoitukseen liittyviä kehittämisideoita.

Suun terveydenhuollon **rakenteeseen** ja sen kehittämiseen liittyvät ehdotukset käsittelivät yhteistyötä eri muodoissa, sekä koko suun terveydenhuollon järjestelmän uudelleen järjestämistä. Yhteistyötä käsitelleet kommentit eivät suoraan liittyneet rakenteiden kehittämiseen. Mutta koska yhteistyön puutteeseen tai vähyyteen vaikuttaa usein eri sektoreiden (julkinen/yksityinen), terveydenhuollon eri alojen (suun tai perusterveydenhuolto) tai hallinnollisten yksiköiden (kunnat) välinen toiminta, niin voidaan asiaa käsitellä tässä. Asiantuntijat arvioivat nämä yhteistyön puutteet hoitotakuun esteiksi ensimmäisellä tutkimuskierroksella, jossa haastateltavilta kysyttiin mielipiteitä avoimilla kysymyksillä. Toisen kierroksen tulosten mukaan asiantuntijat olivat vahvasti sitä mieltä että, yhteistyö on toivottavaa ja sitä esiintyy vuonna 2025 enemmän kuin nyt. Sitä miten yhteistyötä lisätään, ei tässä tutkimuksessa kysytty.

Aihe on joka tapauksessa ajankohtainen monestakin syystä. Julkisen ja yksityisen välistä yhteistyötä tehdään jo nykyään paljon esim. ostopalveluiden osalta. Joissain kunnissa selvitetään kesäaikaan, kuinka paljon yksityiset hammaslääkärit ovat lomilla ja sen myötä suunnitellaan terveyskeskuksen henkilöstöresurssit kesän ajaksi. Myös määrätyntyyppisten potilaiden ohjaamista eri sektoreille ehdotettiin. Osa suun terveydenhuollon kunnallisista johtajista ehdotti että terveimmät/helppoisimmat potilaat tulisi saada ohjata kunnalta yksityisille vastaanotoille. Toisaalta ehdotettiin, että kunnallisella puolella tehtävät painottuisivat ennalta ehkäisevään toimintaan, jossa se on osoittanut toimivuutensa. Jos asiaa ajatellaan kustannustehokkuuden näkökulmasta, niin olisihan se järkevää, että niihin yksiköihin, joissa joku toimenpide tehdään tehokkaammin, voitaisiin ohjata potilaita huolimatta siitä, onko kyseessä julkinen tai yksityinen vastaanotto. Yksi esimerkki tällaisesta toiminnasta on yksityinen Megaklinikka, joka mainostaa taksojensa olevan ”reilusti yksityishammaslääkäreiden hintatasoa huokeammat ja lähempänä julkisen hammaslääkäripalvelun hintoja.” Voitaisiinko sinne ohjata esim. hyvähampaisia potilaita tarkastuksiin ja hoitoa saamaan? Toinen yhteistyön kohde oli suun terveydenhuollon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö. Tätä yhteistoimintaa olisi nyt mahdollista parantaa samaan aikaan kun meneillään on kuntien sisäisiä ja valtakunnan tason sosiaali- ja terveysalan muutoksia. Samoin kuntien välisiä yhteistyömuotoja olisi mahdollista kehittää nyt, kun hallitus ajaa kuntauudistusta. Yhteistyömahdollisuuksien kehittämistä voisi tehdä vaikka YAMK-opiskelijoiden opinnäytetöiden yhteydessä.

Toisessa rakenteeseen liittyvässä ideassa ehdotettiin koko suun terveydenhuollon alasajoa ja uudelleen organisoimista. Tämä ehdotus on hyvin radikaali ja siksi yli 60 % asiantuntijoista piti ajatusta epätodennäköisenä tulevaisuuden vaihtoehtona, kun sitä esiteltiin toisella kierroksella. Silti ehdotus ei ehkä ole niin kaukaa haettu, kuin se saattaa aluksi tuntua. Suomessa on jo aikaisemmin lakautettu tai uudelleen organisoitu useita laitoksia tai organisaatioita, jotta ne toimisivat tehokkaammin ja palvelisivat paremmin. Näin ovat esim. syntyneet seuraavat organisaatiot:

- Aluehallintovirasto (AVI). Osa entisten lääninhallitusten tehtävistä ovat hoitaneet 1.1.2010 alkaen aluehallintovirastot, joita on kuusi kappaletta. Ne valvovat hoitotakuun toteutumista perusterveydenhuollossa ja sen osatoiminnoissa, kuten suun terveydenhuollossa.
- Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskukset (ELY-keskukset). Myös Ely-keskukset hoitavat nykyään lääninhallitukselle kuuluneita tehtäviä.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) syntyi vuonna 2009, kun yhdistettiin Terveysturvakeskus (TEO) ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus (STTV). Valvira valvoo hoitoon pääsyn kokonaistilannetta erikoissairaanhoidossa. Se myöntää myös oikeuden toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). THL syntyi kun Kansanterveyslaitos (KTL) ja Sosiaali- ja terveys-alan kehittämis- ja tutkimuslaitos (Stakes) yhdistyivät vuoden 2009 alussa. Se osallistuu hoitotakuun seurantaan vähintään kahdesti vuodessa kuntien johtaville hammaslääkäreille tehtävällä kyselyllä. Tiedot hoitotakuun toteutumisesta julkaistaan netissä Sampo-tietokannassa.
- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea aloitti toimintansa marraskuussa 2009 samalla, kun sen edeltäjävirasto Lääkelaitos lakkautettiin. Se toimii ihmisille tai eläimille tarkoitettujen lääkkeiden, veri- ja kudostuotteiden sekä lääkealan toimijoiden lupa- ja valvontaviranomaisena.

Uudelleenorganisoinneista on siis jo paljon kokemusta, ja jotain suun terveydenhuollon rakenteelle olisi tehtävä. Tätä mieltä olivat asiantuntijat, joista 85 % ei pitänyt todennäköisenä sitä, että nykyinen rakenne on käytössä vielä vuonna 2025. Nyt esitellyn kehittämisidean perusajatuksena on suun terveydenhuollon terveystuotoiminnan alasajo ja uudelleen järjestäminen yksityisen sektorin kanssa yhteistyönä. Tämä olisi tarkoitus tapahtua nykyisin käytössä olevalla rahamäärällä. Siihen miten tämä toteutettaisiin tai miten se vaikuttaisi hoitotakuuseen, ei asiantuntijoilta tullut kommentteja.

**Hoitotakuulainsäädäntöön** liittyvissä asiantuntijoiden kommenteissa esiintyivät ajatukset toimenpidekohtaisista hoitotakuuajoista ja hoidon loppuun saattamisen lisäämisestä hoitotakuulakiin. Jälkimmäistä ehdotti jo vuonna 2008 Osmo Soininvaara (2008, 44). Negatiivisena esimerkkinä hän mainitsee Helsingin, jossa ensitarkastuksen jälkeen vähemmän kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat laitettiin hoitojonoon, jota hoitotakuulaki ei määritellyt. Tämä jono oli pisimmillään 20 kuukautta pitkä. (Soininvaara 2008, 16.) Myös muunlaista statistista kikkailua on esiintynyt. Esim. potilaita on poistettu hoitotakuujonosta, kun he ovat saaneet tarkastus- tai hoitoajan, eikä vasta sitten, kun tarkastus- tai hoitokäynti on suoritettu.

Toimenpidekohtaisia hoitotakuuajoja perusteltiin ensimmäisellä kierroksella sillä, että yksi yksittäinen aikamääre on saanut liian suuren painoarvon toiminnan järjestämisessä ja potilaiden ajatuksissa. Tässä tapauksessa se määre on hoitotakuulainsäädännössä mainittu takuu, että potilaan tulee päästä hoitoon kuudessa kuukaudessa. Tämä saattaa johtaa siihen, että potilasta ei hoideta hoidon laadun edellyttämässä kiireellisyydessä, mikä on toisinaan alle ja toisinaan yli kuusi kuukautta. Samaan aihepiiriin liittyvät potilaille annetut yksilölliset hoitoonkutsuvälit. Tätä ns. asiakassegmentointia asiantuntijat eivät halunneet hoitotakuulainsäädännön piiriin. Yksilölliset hoitoonkutsuvälit koettiin tehokkaaksi keinoksi hoitotakuujonojen hallintaan. Hyvähampaisille potilaille ehdotettiin ensimmäisen kierroksen avokysymysten vastauksissa pisimmillään viiden vuoden hoitoonkutsuväliä. Tunnollisten hyvähampaisten potilaiden kun väitettiin tukkivan terveyskeskukset vuosittaisilla tarkastuskäynneillään.

Yhtenä isona tutkimusalueena tässä tutkimuksessa oli **työnjako**. Sitä on tehty jo paljon suun terveydenhuollossa (Suominen- Taipale, 2007; Hyötilä & Yli-Junnila, 2008; Widström, Tiira, Alestalo & Pietilä, 2010, 30). Työnjaon kehittymistä toivottiin (75 %) ja sen kehittymistä pidettiin myös todennäköisenä (66 %), kun asiantuntijoiden piti arvioida, kuinka työnjako kehittyy vuoteen 2025. Suuhygienistien toimenkuvien osalta tulos oli samansuuntainen, jopa vielä selvemmin. Suuhygienistien valtuuksien lisäämistä toivoi 80 % vastaajista ja 90 % piti valtuuksien lisääntymistä tulevaisuudessa todennäköisenä. Suuhygienistin oi-

keuksia verrattiin ensimmäisellä kierroksella usein ulkomaalaisten virkasisarien ja -veljien oikeuksiin. Oikeuksien toivottiin olevan kuin Ruotsissa, jossa suuhygienistit saavat tehdä esim. diagnooseja. Kommentteista syntyi myös käsitys, että suuhygienistien osalta valtuuksissa on paljon eroja terveyskeskuksittain valtakunnallisesti tarkasteltuna. Työnjakoon liittyi vielä erikoishammasteknikoiden oikeuksien lisääminen osaproteesi-oikeudella (THL 2011c). Tämä ehdotus jakoi selvästi asiantuntijoiden mielipiteet. 2/3 kannatti ehdotusta ja 1/3 osaa vastusti ehdotusta. Vastustajien mukaan on vaikeaa laatia lainsäädäntöä, jossa otettaisiin huomioon kaikki mahdolliset variaatiot, joita suussa voi esiintyä jäänöshampaiden osalta. Lisäksi pelättiin, että koulutuksesta tulisi niin laaja, että se olisi lähes sama kuin hammaslääkärillä. Siksi tätä kehittämissuunnitelmaa ei tässä työssä käsitelty laajemmin.

Asiantuntijoiden ensimmäisen tutkimuskierroksen vastausten pohjalta syntyi ajatus **kunnallisesta suun terveydenhuollon palvelupisteestä**. Se koostuisi suun terveydenhuollon palvelupisteestä ja siinä työskentelevästä omahoitajasta. Kun tätä toimintamallia arvioitiin toisella kierroksella, niin kaikki asiantuntijat pitivät ideaa toivottavana. Tämä kehittämissuunnitelma ei koostu vain tämän työn tekijän omasta näkemyksestä, vaan tutkimukseen osallistuneiden asiantuntijoiden näkemysten yhteenvedosta ja vastaavista toimintamalleista saaduista kokemuksista. Näitä toimintamalleja ovat seuraavat:

- Terveyskioskitoiminta (Kork, Kivimäki, Rimpelä & Vakkuri 2011; Kork, Kivimäki, Rimpelä & Vakkuri 2012)
- SUUKKI-toiminta (Turun kaupungin suun terveydenhuollon kiertävä terveystioski)
- Liisu-toiminta (Helsingin kaupungin liikkuva suunhoitoyksikkö) (Manninen 2009)
- Suuhygienistin tekemä hoidontarpeen arviointi (Syväoja & Äijälä 2009.)
- Hoitajavastaanottotoiminta (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 13; Säilä, Mattila, Kaunonen & Aalto 2006, 23)

- Hoitaja-lääkärityöparityöskentely (Peltonen 2009)
- Neuvola (Soininvaara 2008, 32)

Suun terveydenhuollon palvelupisteessä työskentelisi suuhygienisti, jota voitaisiin kutsua vaikka suun terveydenhuollon omahoitajiksi. Kyseessä olisi matalan kynnyksen suun terveydenhuollon neuvontaa potilaille (suun terveydenhuollon neuvola). Vastaavaa toimintaa on perusterveydenhuollon puolella tehty terveystioski-nimellä (Yhdysvalloissa retail clinic). Näissä kioskeissa sairaanhoitaja tarjoaa terveydenhoitopalveluja asiakkaiden luontaisissa asiointipisteissä kuten kauppakeskuksissa. Näistä on hyviä kokemuksia Suomessa jo esim. Ylöjärvellä ja Lahdessa. (Kork, Kivimäki, Rimpelä & Vakkuri 2011; Kork, Kivimäki, Rimpelä & Vakkuri 2012.) Turun kaupungin suun terveydenhuollossa toimii Turun kaupungin suun terveydenhuollon kiertävä terveystioski (SUUKKI). Se on jalkautunut kauppakeskuksiin ja myös kirjastoihin. Sieltä saa tietoa suun ja hampaiden omahoidosta, mutta potilaiden tarkastus tai hoitaminen ei ole mahdollista. Myös Helsingillä on kiertävää suun terveydenhuollon toimintaa nimellä LIISU. Yksi vertailukohde suun terveydenhuollon palvelupisteelle on sairaanhoitajan vastaanotto toiminta sekä lääkäri-sairanhoitaja -työparityöskentely. Näissä asiakas ottaa ajanvarausasioissa yhteyttä suoraan omaan sairaanhoitajaansa, jolla on määriteltä väestövastuu omista potilaista. Sairanhoitaja arvioi hoidon tarpeen ja varaa ajan tarvittaessa joko itselleen tai lääkärille. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 13; Säilä, Mattila, Kaunonen & Aalto 2006, 23; Peltonen 2009.)

Tässä esitellyn palvelupisteen hyötyjä pohditaan hoitotakuun näkökulmasta. Siksi sen yhtenä pääideana on poistaa ns. varmuuden vuoksi suun terveystarkastukseen tulijat jonoista tai ainakin saada heidät käymään tarkastuksissa riskiperustaisten yksilöllisesti suunniteltujen hoitovälien mukaan (esim. 6 kuukautta tai jopa 5 vuotta). Osa potilasta on siinä käsityksessä, että käynti kerran vuodessa tarkastuksessa on hammaslääketieteellinen ohje (esim. hampaiston perustutkimus korvataan kelan toimesta kerran kalenterivuodessa). Lisäksi potilaat ajattelevat, että hoitotakuun nojalla tarkastukseen tulee päästä yhteydenoton jälkeen kuuden kuukauden kuluessa. Jos omalla paikkakunnalla tiedetään olevan jonoja, jonoon hakeudutaan varmuuden vuoksi, jotta päästään joskus tar-

kastukseen. Näin saatetaan tehdä, vaikka hampaiden hyvä kunto ei sitä edellyttäisi.

Hammaslääkärin työssä painottuu potilaiden hoito ja suuhygienistin työssä painottuu terveyden edistäminen. Omahoitaja ei anna välttämättä vain hoitoa tai ohjaa hoitoon hammaslääkärille, vaan enimmäkseen neuvoo ja varmistaa että potilaalla on tieto tehdä omahoito kunnolla. Lisäksi voidaan esitellä vaikka potilaan velvollisuuksia. Terveystieteiden neuvottelukunnan julkaisun ”Autonomia ja heitteillejätö” mukaan itse aiheutettu sairaus on harhaan johtava käsite ja siitä pitäisi luopua (ETENE 2004, 3). Suun terveydenhuollon sairaudet ovat kuitenkin suurelta osin elämäntapasairauksia, monesti suuhygienian puutteen takia itse aiheutettuja. Hammasmätää pidetään maailman yleisimpänä ja kalleimpana itse aiheutettuna sairautena (ETENE 2004, 8). Näistä syistä terveyden edistäminen ja terveysneuvonta on erittäin tärkeää ja onnistuessaan tuloksellista toimintaa suun terveydenhuollon saralla. Omahoitajalla voisi olla myös jonkinlainen väestövastuu. Mitä useammalla hammaslääkärillä potilas käy, sitä enemmän potilaalle tulee yleensä toimenpiteitä. Tämän takia omanhoitajalla voisi olla pääsy potilaan hoitohistoriaan. Näin omahoitajan tekemä yksilöllinen hoitovälin suunnittelu voisi myös olla osittain mahdollista.

Palvelupisteen toiminta voisi olla osittain samantapaista kuin suun terveydenhuollon hoidon tarpeen arviointiklinikalla tai terveystioskeissa. Kolmimalli ei toimi kunnolla (1. soitto, 2. hoidontarpeen arviointi kolmen vuorokauden kuluessa ja 3. hoito puolen vuoden kuluessa), koska hoidontarpeen arviointi puhelimessa on vaikeaa. Siksi palvelupisteeseen voisi tulla vaikka jonottamatta. Suuhygienisti toimii itsenäisesti kuten terveystioskeissa ja arvioi, onko potilaalla hoidon tarvetta vai ei. Lisäksi arvioidaan, onko hoidon tarve kiireellinen vai kiireetön ja varataanko jatkokäynti suuhygienistille vai hammaslääkärille. Erikseen olisi vielä normaali päivystys. Näin toimitaan esimerkiksi Turussa. Toisaalta tällaista toimintaa on kritisoitu siitä, että pelkällä silmämääräisellä tarkastuksella ei esimerkiksi primääri-, sekundääri- tai approksimaalikariesta pysty havaitsemaan. Hammaslääketieteen käsikirjan, *Therapia Odontologica* mukaan sekundäärikarieksen tai molaarialueen aproksimaalikarieksen havaitsemisessa

purusiivekekuvaus (bite wing) on kiistatta paras menetelmä. (Kerosuo 1999, 510-511.) Kyseessä on röntgenkuvaus, jonka ottamisesta suuhygienistit eivät saa tehdä itsenäisesti päätöstä. Ruotsissa tämä olisi mahdollista, koska lain-säädäntö on siellä erilainen (Lindström 2003, 14). Nykymääritelmän mukaan suuhygienisti tekee tarkastuksia ja hammaslääkärit tutkimuksia. Siksi osa poti-laista joudutaan ohjaamaan uuteen tarkastukseen röntgenkuvia varten, jonka tekee hammaslääkäri. Näin ollen tarkastuksia tulee kaksi, yksi sekä suuhy-gienistin että hammaslääkärimen toimesta. Tämän potilaat kokevat helposti rahas-tukseksi. Röntgenkuvien osalta tilanne voisi olla toisin, koska asetuksen mu-kaan suuhygienistit saavat koulutuksen aikana säteilykoulutuksen röntgenkuvia varten (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus säteilyn lääketieteellisestä käytös-tä 423/2000). Jo se että he ottaisivat kuvat ja antaisivat hammaslääkärimen diag-nosoida ne, nopeuttaisi potilaan lopullisen diagnoosin tekoa, kun kuva olisi val-miina potilaan tullessa hammaslääkärimen tarkastukseen.

Voisiko palvelupisteen nimi olla esimerkiksi suun terveydenhuollon neuvola? Suun terveydenhuollon palvelupisteen toimintaa voidaan verrata osittain myös neuvolaan, missä lapsen tai äidin terveydentilan tarkastaa pääsääntöisesti ter-veydenhoitaja. Jos ongelmia on, hän lähettää lapsen tai äidin edelleen lääkärin vastaanotolle. Järjestelmä toimii hyvin ja säästää huomattavasti lääkärin työ-aikaa. (Soininvaara 2008, 32.) Ehkä se, missä toiminta fyysisesti sijaitsee ja mikä sen laajuus olisi, määrittäisi nimen. Suun terveydenhuollon neuvola voisi olla terveyskeskuksen tiloissa ja sen toiminta olisi laajempaa, kuin terveyskioski toiminta esim. kauppakeskuksessa.

### 6.11 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Asiantuntijat ja heidän alustavat osallistumissuostumuksensa hankittiin vuonna 2011 marraskuussa pidettyjen hammaslääketieteen päivien aikana sekä kevääl-lä 2012. Käytännössä kehittämisprojektin asiantuntijoilta kysyttiin suostumus henkilökohtaisesti hammaslääketiedepäivien aikana tai myöhemmin sähköpos-tilla. Asiantuntijoiden valintaa on selitetty tarkemmin kappaleessa 6.3.1. Sähkö-

postilla tehty yhteydenotto löytyy liitteestä 3. Tutkimuslupa anottiin tutkimuksen taustaorganisaatiolta eli Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta. Ammatti- korkeakoulun ohjeiden mukaan tutkimukseen osallistuvien asiantuntijoiden nimiä ei tule mainita. Näin tehtiin myös tässä tutkimuksessa. Delfoi-menetelmällä tehdyissä tutkimuksissa korostuu usein siihen osallistuvien asiantuntijoiden välinen anonymiteetti, niin myös tässä tutkimuksessa (ks. kappale 6.7).

Aineiston keruu, analyysi ja tulosten hyödyntäminen pohjasi terveydenhuollon ja tutkimuseettikan periaatteisiin, jotka on laatinut Tutkimuseettinen neuvottelukunta vuonna 2002 ja päivittänyt vuonna 2010 (Tutkimus eettinen neuvottelukunta, 2010). Tutkimukseen osallistuvilta asiantuntijoilta kysyttiin saatekirjeessä osallistumissuostumus tutkimukseen (Liite 4). Samalla mainittiin, että tutkimukseen osallistuminen on koko ajan vapaaehtoista ja että sen voi lopettaa milloin vain. Lisäksi mainittiin, että tutkimuksessa syntyvä aineisto on vain tutkijan käytössä ja se tuhotaan tutkimuksen loputtua. Kirjallinen suostumus täytettiin haastattelujen yhteydessä (Liite 5). Tutkimuksen eettisyyttä voidaan tarkastella myös aiheen valinnan kautta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Kehittämiprojektilla oli eettinen tilaus, kun hoitotakuun tilanne oli sekä valtakunnallisesti että paikallisesti huono. Kehittämiprojektilla oli tarkoitus parantaa hoitotakuun toteutumista eli palveluiden saantia, joka käytännössä helpottaa potilaiden hoitoon pääsyä.

Delfoi-menetelmä sopii hyvin luotettavuuden eli validiteetin näkökulmasta valitun ilmiön tutkimiseen. Kappaleessa 6.2 mainitaan, että Delfoi-menetelmällä tehdyn tutkimuksen käynnistäjänä on usein kiinnostava julkinen ja ratkaisematon keskustelunaihe, joka odottaa lähitulevaisuudessa ratkaisua. Tällainen aihe on esim. hoitotakuu, kun sitä arvioidaan suhteessa sen toteutumiseen ja mietitään, miten sitä voitaisiin kehittää tulevaisuudessa. Delfoi-menetelmää voidaan hyödyntää myös arvioitaessa menneisyyttä tai nykyhetkeä, eli sillä voidaan arvioida myös olemassa olevaa tietoa. Hoitotakuun toimivuus on aiheena myös tämänlainen. Sen nykytilaa tulee arvioida vertaamalla sitä aikaisempaan tilanteeseen. Näiden seikkojen nojalla Delfoi-menetelmä sopi hyvin tähän kehittämisprojektiin, jossa etsittiin ratkaisuja suun terveydenhuollon palveluiden parantamiseksi hoitotakuun näkökulmasta.

Kehittämiprojektin tutkimukseen valittujen menetelmien pätevyyttä lisää käytössä ollut menetelmien triangulaatio. Sen sanotaan laajentavan tutkimuksen lopullista näkemystä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Tuomi & Sarajärvi 2009, 144.) Triangulaatiota ei voitu toteuttaa aikataulullisista syistä kokonaan tutkimuksen toisella kierroksella. Teesien kohdalta jätettiin pois kysymys siitä, mikä oli syy asiantuntijan kyseisen arvion valitsemiseen. Asiantuntijoiden syyt samojen vaihtoehtojen valinnoille saattavat olla hyvinkin erilaisia ja siksi olisi ollut tärkeää päästä tutkimaan näitä syitä (Rubin 2012, 9). Syyhyn liittyvien kysymysten pois jättämistä voidaan pitää tutkimuksen yhtenä heikkoutena. Tutkimuksen luotettavuutta lisäävänä seikkana voidaan mainita laaja asiantuntijajoukko. Sen valinnassa painottui asiantuntijoiden tietämys ja näkemys suun terveydenhuollon hoitotakuusta, joko oman työtehtävänsä tai edustamansa organisaation kautta (ks. Taulukko 4). Validiteettia voidaan tarkastella myös sen mukaan, onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mikä on ollut aikomuksena. Tutkimusongelmat pidettiin mielessä tutkimuksen kummallakin kierroksella sekä mitaria luotaessa ja tuloksia analysoitaessa. Näin ollen tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset tuovat uutta näkemystä tutkimusongelmiin.

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan kirjaamisen, menetelmien ja tulosten kautta. Tutkimusprosessi on kuvattu tarkasti kehittämisraporttiin, pitäen sisällä mittareiden luomisen, niiden testaamisen, aineiston keruun, litteroinnin, analysoinnin ja tulosten kirjaamisen. Kysymyslomakkeita luotaessa ohjaus- ja projektiryhmää hyödynnettiin lomakkeiden esitestaamisessa. Lomakkeita muokattiin saadun palautteen mukaan. Aineisto kerättiin ensimmäisellä kierroksella haastatteleamalla asiantuntijat henkilökohtaisesti, minkä on todettu parantavan vastausprosenttia verrattuna postikyselyihin (Kuusi 2003, 135). Näin myös tapahtui. Ensimmäiselle kierrokselle osallistuivat kaikki mukaan lupautuneet asiantuntijat. Toisella kierroksella kysymyslomakkeen vastausprosentti oli 87. Litterointia ei tehty kaikkien asiantuntijoiden kohdalla sanasta sanaan työmäärän pienentämiseksi. Talteen kirjattiin kuitenkin tutkimuksen kannalta kaikki olennaiset asiat, asiantuntijan tarkoittaman merkityksen muuttumatta, eikä litteroinnilla ollut negatiivista vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen. Aineiston analysoinnissa huomioitiin, että Delfoi-menetelmällä tehdyissä tutkimuksissa on tärkeää

olla sekoittamatta toisiinsa asiantuntijoiden arvioiden toivottavuutta ja todennäköisyyttä (Kuusi 2003, 143). Tähän kiinnitettiin huomiota erityisesti ensimmäisen kierroksen analyysin yhteydessä ja toisen kierroksen kysymyslomaketta suunniteltaessa ja tuloksia analysoitaessa. Tulosten kirjaamisessa luotettavuudesta huolehdittiin sillä, että raporttiin otettiin mukaan laajasti asiantuntijoiden alkupe-  
räisilmaisuja.

Tutkimuksen luotettavuuteen liitetään usein sen toistettavuus. Näin ei ole Delfoi-  
menetelmällä tehdyissä tutkimuksissa, jotka perustuvat iteraatioon, eli tiedon induktiiviseen kerryttämiseen. Jatkokierrokset perustuvat aikaisemmilla kierrok-  
silla kerättyyn aineistoon. (Rubin 2012, 9.) Lopputulokseen vaikuttavat aina myös valitut asiantuntijat ja heidän tietotasonsa tutkimuksen toteuttamishetkellä. Jos tutkimus toistetaan myöhemmin, on asiantuntijoiden tietotaso muuttunut, mikä vaikuttaa ensimmäisen kierroksen argumentointiin. Tämä vaikuttaa seu-  
raavien kierrosten mittareihin ja sitä myötä koko tutkimuksen lopputulokseen. Tämän tutkimuksen toistettavuuteen ja luotettavuuteen vaikutti myös ajankohta. Kehittämisprojektin tekohetkellä SOTE-uudistus oli vielä keskeneräinen. Tämä on saattanut vaikeuttaa asiantuntijoiden tulevaisuudennäkymien luomista ja vastaamista kyselyihin.

## 7 EHDOTUKSET HOITOTAKUUN TOTEUTUMISEN PARANTAMISEKSI

Asiantuntijoiden ensimmäisen tutkimuskierroksen vastausten pohjalta syntyi ajatus **kunnallisesta suun terveydenhuollon palvelupisteestä** (kehittämisehdotus 1). Sen tarkempi kuvaus ja taustaa esitellään luvussa 6.10. Suun terveydenhuollon palvelupisteessä on paljon samaa kuin terveystioskissa, LIISU- ja SUUKKI-toiminnassa, sairaanhoitajan vastaanottoiminnassa, hoitaja-lääkäri -työparityöskentelyssä tai neuvolassa. Siihen on otettu osia kaikista näistä. Tästä johtuen sen voidaankin sanoa olevan uusi idea ja siksi se on nostettu tähän yhdeksi kehittämisehdotukseksi. Idea on mahdollista toteuttaa ilman mittavia lakimuutoksia, mikä tekee sen kokeilemisen suhteellisen helpoksi. Kokeilemiseen sopisi hyvin jonkin suuren kaupungin suun terveydenhuollon yksikkö. Turun kaupungilla on jo kokemusta SUUKKI-toiminnasta, siksi se voisi olla hyvä kohdeorganisaatio, kun tällaista toimintaa käytännössä kokeillaan. Ajatusta voisi kehittää eteenpäin vaikkapa kehittämishankkeessa, johon osallistuisi esimerkiksi suuhygienistiopiskelijoita (AMK tai YAMK).

**Terveyden edistämisen** eteen tehtävä työ on aina ajankohtainen kehittämiskohde suun terveydenhuollossa (kehittämisehdotus 2). Tämä näkyi myös asiantuntijoiden avoimissa vastauksissa, vaikka aihetta ei erityisesti painotettu haastatteluiden aikana. Suun terveydenhuollon ammattilaisten työ on melko turhaa, jos potilas on hakemassa hoitoa siitä syystä, että ei ole itse jaksanut pitää huolta hampaistaan. Terveyden edistämistä kuntasektori osaa tehdä ja siitä on näyttöä pitkältä ajalta. Siihen voisi myös nykyistä enemmän panostaa, esimerkiksi terveystioski tai SUUKKI -tyyppisellä toiminnalla. Kun potilaan omahoito ja sitä myötä myös hampaat ovat kunnossa, hänelle voidaan antaa riskiperustainen yksilöllinen hoitoväli, jonka pituudeksi osa asiantuntijoista ehdotti jopa viittä vuotta. Tällä on merkitystä potilaskiertoon, joka taas vaikuttaa hoitotakuun toteutumiseen.

Myös **yhteistyön lisääminen** nähtiin toivottavana ja todennäköisenä tulevaisuuden skenaariona suun terveydenhuollossa (kehittämisehdotus 3). Tämä olisikin ajankohtainen kehittämiskohde nyt, kun meneillään on SOTE- ja kuntauudistuksia. Näihin sopii erityisesti suun terveydenhuollon ja perusterveydenhuollon yhteistyö tai kuntien välinen yhteistyö. Esimerkkejä näistä voisivat olla suun terveydenhuollon erikoisalojen toimenpiteiden osalta tehtävä yhteistyö (suukirurgia, paro jne.) ja kuntayhteenliittymien tekemä suun terveydenhuollon päivystys- ja sijaispankkiyhteistyö.

**Työnjaossa** riittää edelleen kehittämistä, vaikka sitä on kehitetty jo vuosia suun terveydenhuollossa (kehittämiskohde 4). Suuhygienistit ovat tämän kehittämissprojektin tutkimuksen mukaan avainpaikalla työnjakoa kehitettäessä. Asiantuntijat ehdottivat heille eniten tehtävänkuvan laajentamisia ja tehtävien siirtoja. Näihin sisältyi mm. paikkaamiseen ja oikomiseen liittyvät uudet valtuudet ja röntgenkuvien ottamisoikeus. Oikomisen osalta myös hammashoitajille ehdotettiin työnjakoa ja mainittiin heidän tekevän jo tähän liittyviä työtehtäviä. Työnjaon mahdollisuuksista sanottiin, että lainsäädäntö antaa jo mahdollisuuden tehdä näitä laajempia tehtäviä, kunhan osaaminen ja sen varmistaminen on työyksikössä riittävällä tasolla. Tätä sovelletaan laajasti osassa kuntia ja vähemmän toisaalla. Tästä johtuen suuhygienistien ja hammashoitajien työtehtävissä on paljon eroja valtakunnan tasolla. Toinen työnjaon kehittämiskohde olisikin selvittää, miten niitä yhtenäistettäisiin valtakunnan tasolla. Suun terveydenhuollossa toimenkuvat ja työtehtävät ovat osittain päällekkäisiä ja täydentävät myös toisiaan. Siksi myös tiimityön ja yhteistyön kehittäminen on tärkeä ottaa huomioon työnjaon kehittämistä tehtäessä. (Karjalainen, Turunen & Murtomaa 2010, 23.)

**Hoidon loppuun saattamisen huomioon ottamista hoitotakuulainsäädännössä** ehdotti kehittämiskohteeksi jo vuonna 2008 Osmo Soininvaara (Soininvaara 2008, 44) (kehittämisehdotus 5). Asiaa ei ole vielä kukaan ratkaistunut, koska asiantuntijoiden mielestä ”*suun terveydenhuollon kokonaishoidossa eli hoitojen loppuun saattamisessa on tällä hetkellä paljon parannettavaa julkisella sektorilla*”. Yli puolet asiantuntijoista oli täysin samaa mieltä teesin kanssa. Se, olisiko mahdollista velvoittaa koko julkinen sektori nykyisen hammaslääkärivajeen ai-

kana hoitamaan potilaat kokonaan loppuun, ei tässä tutkimuksessa selvinnyt. Asian selvittäminen vaatisi hammaslääkärimäärien uudelleen arvioinnin ja tarkan mietinnän siitä, mikä olisi se aikamääre, joka tähän sopisi. Vai voisiko hoitotakuuaika olla jossain määrin joustava, eli toimenpidekohtainen. Joka tapauksessa asiaa tulisi miettiä huolellisesti ja mahdollisesti kehittää lainsäädäntöä.

Tiivistettynä kehittämisehdotukset ovat seuraavat:

1. Suun terveydenhuollon palvelupiste.
2. Terveyden edistämiseen panostaminen.
3. Suun terveydenhuollon ja perusterveydenhuollon sekä kuntien välisen suun terveydenhuollon yhteistyön tiivistäminen SOTE- ja kuntauudistusten yhteydessä.
4. Työnjaon muutokset erityisesti suuhygienistien ja hammashoitajien osalta koskien oikomishoitoa, paikkaamista ja röntgenkuvia.
5. Hoitotakuulainsäädännön kehittämistä niin, että siinä on tarkemmat määritelmät hoidon loppuun saattamiseen liittyen.

## 8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Kehittämiprojektin tavoitteena oli kehittää kunnallisia suun terveydenhuollon palveluja hoitotakuun näkökulmasta. Kehittämiprojektin tuotoksena syntyi opinnäytetyöraportti, jossa on viisi kehittämissuositusta, joilla voidaan vaikuttaa suun terveydenhuollon hoitotakuun toteutumiseen. Kehittämiprojekti on laaja. Sitä olisikin voinut tiivistää vähentämällä tutkimusongelmien määrää. Kehittämiprojektin laajuudesta johtuen raportin pituus on 99 sivua, mikä on ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi pitkä. Käytetty tutkimusmenetelmä sopi hyvin suun terveydenhuollon hoitotakuun kehittämiseen. Aineisto oli laajaa ja siitä oli mahdollista nostaa esiin kehittämissuhteita. Aineiston laajuuteen ja laatuun vaikutti se, että mukana oli käsiteltyä aiheen kannalta keskeisiä asiantuntijoita.

Kehittämiprojektin tuloksista tullaan kirjoittamaan kypsyysnäyte (Valtioneuvosto 2005), joka tullaan julkaisemaan Suuhygienisti-lehdessä. Muita suunniteltuja viestintäkanavia ovat Suun terveydeksi –lehti ja Hammaslääkärilehti sekä projektin esittely erilaisissa suun terveydenhuollon luentotilaisuuksissa, kuten hammaslääkäripäivät ja terveyskeskushammaslääkäriyhdistyksen kesäluentopäivät. Kypsyysnäytteessä tullaan painottamaan tämän kehittämisprojektin työnjakoon liittyviä tuloksia. Työnjaon tiedetään laskevan palveluiden tuottamiseen kuluvia kustannuksia. Tämä on ajankohtaista vuonna 2013, kun samaan syyhyyn vedoten ollaan tekemässä Suomessa kunta- ja SOTE-uudistuksia.

Kehittämiprojektia olisi mahdollista jatkaa niin, että siinä syntyneisiin kehittämisehdotuksiin syvennyttäisiin tätä projektia tarkemmin. Esimerkiksi suun terveydenhuollon kunnallista palvelupistettä voisi kokeilla jonkun suuren kaupungin suun terveydenhuollon organisaatiossa. Kokeilua ennen sitä voisi kehittää vaikka YAMK opiskelijoiden toimesta. Palvelupisteeseen liittyvä terveyden edistämisen näkökulma nähtiin kunnallisen suun terveydenhuollon vahvuusalueena ja mahdollisena painopistealueena tulevaisuudessa. Terveyden edistäminen tarjoaakin useita aihealueita suun terveydenhuollon kehittämiseksi opinnäytetöiden kautta.



Hallituksen esitys 149/2000. 2000. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoidonlain 59 §:n ja mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta. Viitattu 24.12.2000. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2000/20000149>

Hallituksen esitys 155/2000. 2000. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta. Viitattu 24.4.2012. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2000/20000155>

Hanning, M. 1996. Maximum waiting-time guarantee - an attempt to reduce waiting lists in Sweden. *Health Policy* 36; 1: 17-35.

Hanning, M. & Lundström, M. 2007. Waiting for cataract surgery – effects of a maximum waiting-time guarantee. *Journal of Health Services Research & Policy* 12; 1: 5–10.

Happonen, R-P. 2007. Selvitys hammaslääketieteen koulutuksen valtakunnallisesta kehittämisestä 2007. Opetusministeriö, Helsinki.

Hausen, H., Lahti, S. & Nordblad, A. 2006. Suun terveys. Teoksessa *Terveyden edistämisen laatusuositus*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006:19.

Helminen, S. 2004. Kansaneläkelaitos: Ensimmäinen vuosi hammashoidon Kela-korvauksia kokoväestölle. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2004; 6: 368-9.

Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Helsinki. 2005.

Hyötilä, M. & Yli-Junnila, P. 2008. Moniammatillisella yhteistyöllä vaikuttavuutta suun- ja terveydenhuoltoon. Fossaka 1 ja 2 kehittämishankkeiden loppuraportti. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 80. Turku.

Irvine, C., Hjertqvist, J. & Gratzner, D. 2002. Health reform abroad Teoksessa Gratzner, J. *Better medicine: Reforming Canadian health care*. ECW Press. Ontario. 249-268.

Kairisalo, A., Sukselainen, T., Jämsén, R., Partanen, M., Palm, H., Kivimäki, E., Mustakallio, P., Puura, H., Ilveskivi, P., Laurila, R., Vaisto, H., Ihalainen, R., Pöyry, M., Lukkarinen, S., Tikka, P., Korhonen, V. & Harno, J. 2007. Sairaanhoidovakuutuksen kehittäminen. Sairausriskivakuutuksen kehittämistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:34. Helsinki.

Kansanterveyslaki 66/1972. Viitattu 23.7.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066>

Karjalainen, H., Turunen, S. & Murtomaa, H. 2010. Työnjako hammashuollossa. *Suomen hammaslääkärilehti* 2010; 9: 22-27.

Kaste. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012–2015.

Kerosuo, E. 1996. Korjaava karieshoito. Teoksessa Meurman, J.H., Murtomaa, H., Le Bell, Y., Autti, H. & Luukkanen, M. *Therapia odontologica, hammaslääketieteen käsikirja*. 1996. Academic kustannus. Forssa. 505-538.

Keskinen, H. 2009. Tarkastusvälit ja hampaiden reikiintyminen. Näytönastekatsaukset. *Duodecim*. Artikkelin tunnus: nak06763 (000.000). 10.2.2009.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kinnarinen, M. 2013 Selvitys AVille. Sähköposti [pasi.alander@students.turkuamk.fi](mailto:pasi.alander@students.turkuamk.fi) 23.4.2012. Tulostettu 23.4.2012.

Kinnunen, J., Ohtonen J. & Teperi, J: 2011. Suun terveydenhuolto suomalaisen terveydenhuollon uudistamisen erityiskohteena. Suomen hammaslääkäriliitto. Helsinki.

Koivumäki, J. 2011. Terveyskeskushammaslääkärivaje pahentunut – yksityisen sektorin vapaa kapasiteetti lisääntynyt. Hammaslääkärilehti. XVIII; 15: 18-19.

Koivumäki, J., Auero, M., Eerola, A., Karaharju-Suvanto, T., Korhonen, S., Kottonen, A., Näpänkangas, R. & Vinkka-Puhakka, H. 2011. Nuori hammaslääkäri 2011. Tutkimus raportti Suomen hammaslääkäriliitto. Viitattu 7.3.2012.

[http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/Julkaisut/Nuori\\_hammaslaeakaeri\\_raportti\\_net.pdf](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/Julkaisut/Nuori_hammaslaeakaeri_raportti_net.pdf)

Kottonen, A. 2012. Palvelurakenteen palaset etsivät paikkaansa. Suomen Hammaslääkärilehti 2012; 6: 6-9.

Kuusi, O. 1999. Expertise in the Future Use of Generic Technologies. VATT Tutkimuksia 59. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki.

Kuusi, O. 2002. Delfoi-menetelmä. Teoksessa Kamppinen, M., Kuusi, O. & Söderlund, S. Tulevaisuuden tutkimus. Perusteet ja sovellukset. Helsinki. Suomalaisen kirjallisuuden seura. 204-225.

Kuusi, O. 2003. Delfoi-menetelmä (uud.). Teoksessa Vapaavuori, M. & Von Bruun, S. (toim.) Miten tukimme tulevaisuutta? Toinen, uudistettu painos. Tampere: Tulevaisuuden tutkimuksen seura: 134 - 144.

Kuusi, O. 2012. Delfoi-metodi Suomessa ja maailmalla. Luento Otavan Opiston pajassa 11.5.2012. Viitattu 31.3.2013. <http://www.viddler.com/v/c54f14a1?secret=109910717>

Laakso, K. 2011. Matkaviestinnän sääntely ja sen vaikutukset Suomessa 1985-2015. Tampereen teknillinen yliopisto. Julkaisu 965. Väitöskirja. Viitattu 25.1.2012. <http://URN.fi/URN:NBN:fi:tyy-2011052014681>

Laki erikoissairaanhoidon lain muuttamisesta 856/2004. Viitattu 21.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040856>

Laki julkisista hankinnoista 30.3.2007/348. Viitattu 23.2.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070348>

Laki kansakoulujen hammaslääkärinotoimesta 297/1956.

Laki kansanterveyslain 14 ja 49 §:n muuttamisesta. Kansanterveyslaki 1219/2000. Viitattu 22.2.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20001219>

Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004. Viitattu 21.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040855>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta 857/2004. Viitattu 21.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040857>

Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 1202/2000. Viitattu 22.2.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20001202>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569. Viitattu 7.3.2012 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090569>

Leppo, K. 2008. Kansanterveys, terveyserot ja yhteiskuntapolitiikka. Jäähäväisluento 24.10.2007. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008; 3: 228-38.

Leikola, M. & Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA 2011. Sairaat elämät. Taloustieto oy. Helsinki.

- Lindström, E. 2003. Terveysthuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:12.
- Linturi, H. 2007. Delfoin metamorfooseja. *Futura* 2007; 1: 102-114
- Linstone, H. A. & Turoff, M. 1975. *The Delphi Method: Techniques and Applications*. Addison-Wesley, Reading, Maine.
- Liukko, M., Hakonen, U.-L., Pajunen, R. & Jaakkonen, K. 2000. Pääseekö hoitoon? Hoitotakuukokeilun raportti 4. Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- Loo, R. 2002 The Delphi-method: a powerful tool for strategic management. *Policing: An International Journal of Police Strategy & Management* 25; 4: 762-769.
- Lounais-Suomen aluehallintovirasto. 2011. Selvitys- ja kuulemispyyntö hoitotakuun toteutumisesta suun terveydenhuollossa. Selvitys- ja kuulemispyyntö LSAVI/932/05.07.03/2011.
- Manninen, J. 2011. Suun terveyserojen kaventaminen Helsingissä liikkuvan suunhoitoyksikkö LIISUN avulla. Terveyskasvatuksen Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.
- Mattila Y. 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? 2011. Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali ja terveysturvan tutkimuksia 116. Tampere. Kelan tutkimusosasto.OK
- Murphy M. K., Black N., Lamping D. L., McKee C. M., Sanderson C. F. B., Askham J. & Marteau T. 1998. Consensus development methods and their use in clinical guideline development. *Health Technology Assessment* 2(3).
- Murtomaa, H. & Letto, P. 2005. Kansanterveyslaista hoitotakuuseen – kerran vuodessa hammaslääkärissä? *Duodecim* 121: 2325–31.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). 2004 .Dental Recall. Recall interval between routine dental examinations. Evidence, Methods & Guidance. Clinical Guideline 19. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- Nihtilä, A. M. & Widström, E. 2005. Haasteena oikeudenmukaisuus – keski-ikäisten kokemuksia hammashoitouudistuksesta pääkaupunkiseudulla. *Yhteiskuntapolitiikka* 70; 3: 323–333.
- Nordblad, A. 1992. Hammaslääkäreiden määrä ja toiminta Suomessa 1892 – 1990. Teoksessa Paunio, K., Calonius, B., Dahlström, E., Kosola, J., Muerman, J. H., Nordblad, A. & Ohtola, T. 100 vuotta hammaslääkärien seurassa. Hoitoa ja tutkimusta Ayräpäästä euroaikaan Suomen hammaslääkäri-seura. Gummerus. Jyväskylä. 17-28.
- Nordblad, A., Suominen-Taipale, I., Rasilainen, J. & Karhunen, T. 2004. Suun terveydenhuoltoa terveyskeskuksissa 1970-luvulta vuoteen 2000. *Stakes raportteja* 278/2004. Saarijärvi.
- Nordgren, L. 2010. Deconstructing the healthcare guarantee. *Offentlig förvaltning - Scandinavian Journal of Public Administration* 12; 1 & 2: 69-82.
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsinki.
- Opetusministeriö 2007. Opetusministeriön toiminta- ja taloussuunnitelma 2008-2011. Opetusministeriön julkaisu 2007:3.
- Paavola, P. 2012. Kolme näkökulmaan julkisen suun terveydenhuollon toimintaan. Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja työntekijöiden odotukset, käsitykset ja kokemukset. Turun yliopiston julkaisu, Sarja C 332.

- Pekurinen, M., Mikkola, H. & Tuominen, U. 2008. Hoitotakuun talous, Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Stakesin raportteja 5/2008. Helsinki. Stakes.
- Pekurinen, M., Mikkola H. & Tuominen, U. 2008. Hoitotakuun kolme ensimmäistä vuotta - yhteenveto hoitotakuun keskeisistä taloudellisista ja toiminnallisista vaikutuksista. Teoksessa Pekurinen, M., Mikkola, H. & Tuominen, U. Hoitotakuun talous, Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Stakesin raportteja 5/2008. Helsinki. 7-12.
- Pekurinen, M., Tuominen, U. & Mikkola H. 2008. Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin ja voimavaroihin. Teoksessa Pekurinen, M., Mikkola, H. & Tuominen, U. Hoitotakuun talous, Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Helsinki. Stakes. 17-29.
- Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Joonsson, P.-M., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E. & Vuorenkoski L. 2011. Sosiaali- ja terveyshuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2011. Helsinki.
- Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Väitöskirja, Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Petersen, P.E. & Nordrehaug-Åstrom, A. 2008. Terveyden edistäminen 2000-luvulla: Periaatteita ja strategioita. Suomen Hammaslääkärilehti 2008 (15); 3: 42-51.
- Poutanen, R. & Widström, E. 2001. Sosiaalinen tausta ja hammashoitopalvelujen käyttö. Katsaus 1950-luvulta nykypäivään. Yhteiskuntapolitiikka 66; 3: 248–255.
- Powell, C., 2003. The Delphi technique: myths and realities. Journal of Advanced Nursing 41; 4: 376-382.
- Pyykkö, V. 2010. Hoitotakuu. Sairaanhoidajan käsikirja. Artikkelin tunnus: shk04643 (043.040).
- Pöyry, M. 2008. Suun terveydenhuollon haasteet. Teoksessa: Terveydenhuollon työvoiman liikkuvuus, vaihtuvuus ja eettinen vastuu. ETENE-julkaisuja 24. 29-32.
- Rubin, A. 2012. FUTUREX –Future experts –projektin delfoi-tutkimus. Turun yliopiston koulutus- ja kehittämiskeskus Brahean julkaisuja B:9.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 19.4.2013.  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>
- Sackman, H. 1975. Delphi critique; expert opinion, forecasting, and group process. The Rand Corporation. Lexington books, Toronto.
- Salmivalli, L., Rasinen, A., Rantala, V., Koivisto, t. & Deloitte. 2011. Palvelusetelin sähköinen tuki. Sähköinen palveluseteli ja portaali. Sitran selvityksiä 48. Helsinki. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto.
- Seppälä, Y. & Kuusi, O. 2003. Ristivaikutusanalyysi. Sovellutuksena kuljetukset 2010. Teoksessa M. Vapaavuori & S. Von Bruun (toim.) Miten tukimme tulevaisuutta? Toinen, uudistettu painos. Tampere: Tulevaisuuden tutkimuksen seura: 145-166.
- Sibbald, B., Shen, J. & McBride, A. 2004. Changing the skill-mix of the health care workforce. Journal of Health Services Research & Policy 9; 1: 28-38.
- Soininvaara, O. 2008. Suun terveydenhuolto tasapainoa etsimässä. Selvitysmiesraportti elokuussa 2008. Suomen hammaslääkäriliitto. Helsinki 2008. Viitattu 3.3.2012.

[http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/Julkaisut/SHL\\_Soininvaara\\_net.pdf](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/Julkaisut/SHL_Soininvaara_net.pdf)

Sosiaali ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2009. Toimiva terveyskeskus – Toimenpideohjelma. Viitattu 3.3.2012. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=41254&name=DLFE-4602.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-4602.pdf)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2009. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus – Toimenpideohjelma. Viitattu 18.4.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20000423>

Sotamaa, M. 1999. Päättäjien palapelissä. Suomen Hammaslääkäriliitto vuosina 1975–1999. Suomen Hammaslääkäriliitto, Helsinki.

SOU. 2008. Patients rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning. Statens Offentliga Utredningar. Stockholm.

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Tammi. Sastamala.

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2010. Vuosikertomus 2010. viitattu 7.3.2012. [http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/vuosikertomus\\_2010.pdf](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/vuosikertomus_2010.pdf)

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2011a. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja yksityishammaslääkäreiden työvoimatilanne lokakuussa 2010. Hammaslääkäriliiton lehdistötiedote 14.1.2011. Viitattu 6.3.2012. [http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/tilastoja/Hammaslaakarityovoima-2010\\_tiedote\\_14-1-2011.pdf](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/tilastoja/Hammaslaakarityovoima-2010_tiedote_14-1-2011.pdf)

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2011b. Hammaslääkäreiden työuupumus ja stressi yhä yleistä. Viitattu 7.3.2012. <http://www.hammaslaakariliitto.fi/hammaslaakariliitto/tavoitteet/tiedotteet/2011/>

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2011c. Uusi suunta suun terveydenhuoltoon. Viitattu 15.3.2012. [http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/kannanotot/2011\\_hallitusohjelma.pdf](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/kannanotot/2011_hallitusohjelma.pdf)

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2011d. Nuorihammaslääkäri 2011. Viitattu 15.3.2012. [http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/Julkaisut/Nuori\\_hammaslaakaeri\\_raportti\\_net.pdf](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/Julkaisut/Nuori_hammaslaakaeri_raportti_net.pdf)

Suomen hammaslääkäriliitto, STAL & Tehy. 2008. Toimiva työnjako suun terveydenhuollon työpaikoilla, Muistio. Viitattu 22.2.2012. [http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/kannanotot/toimiva\\_tyonjako\\_2008.pdf](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/kannanotot/toimiva_tyonjako_2008.pdf)

Suomen kuntaliitto, Nemlander, A., Sjöholm, M. & Sitra. 2012. Selvitys palvelusetelin käytöstä kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tammi-helmikuussa 2012. Viitattu 7.8.2012. [http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2012/05/20120509palveluseteli/Palveluseteli\\_raportti2012.pdf](http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2012/05/20120509palveluseteli/Palveluseteli_raportti2012.pdf)

Suominen-Taipale, L. 2001. Hampaattomuus vähenee – hammashoidon tarve kasvaa. Duodecim 2001;117:2101–3.

Suominen-Taipale, L. 2007. Selvitys hammaslääkärityövoimasta. Arvioita hammaslääkäreiden määrästä tulevina vuosikymmeninä. Viitattu 18.1.2012. [http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/tutkimusraportit/tyovoimraportti\\_net.pdf](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/tutkimusraportit/tyovoimraportti_net.pdf)

Suominen-Taipale L. & Widström, E. 2006. Hammashoitouudistus ja hoitopalvelujen käyttö ja sisältö terveyskeskuksissa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 43:134–145.

Suominen-Taipale, L., Nordblad, A., Vehkalahti, M. & Aromaa, A. (toim.). 2004. Suomalaisten aikuisten suun terveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004,

Helsinki. Viitattu 15.5.2012.

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2004b16.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b16.pdf)

Suonerä, T. 2012 EHT osaamisvaatimukset ja määritetyt valtuudet. Email [ta-pio.suonerä@metropolia.fi](mailto:ta-pio.suonerä@metropolia.fi) 25.1.2012. Tulostettu xxx

Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmä. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 22.7.2012.

[http://www.hare.vn.fi/mHankkeenTaustatietojenSelailu.asp?h\\_ild=18490&tVNo=2&sTyp=Selaus](http://www.hare.vn.fi/mHankkeenTaustatietojenSelailu.asp?h_ild=18490&tVNo=2&sTyp=Selaus)

Säilä, T., Mattila, E., Kaunonen, M. & Aalto, P. 2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2006 Tampere.

Tan, K., Baxter, G., Newell, S., Smye, S., Dear, P., Brownlee, K., & Darling, J. 2010. Knowledge elicitation for validation of a neonatal ventilation expert system utilizing modified Delphi and focus group techniques, *International Journal of Human-Computer Studies* 68; 6: 344–354.

Tapio, P. 2002. Disaggregative policy Delphi Using cluster analysis as a tool for systematic scenario formation. *Technological Forecasting & Social Change* 70; 1: 83–101.

TEROKA. 2012. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen Suomessa. Viitattu 29.9.2012.

<http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=frontpage&Itemid=22>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. 2010. Viitattu 11.9.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2011a. Suun terveydenhuollon hoitopaäsy. Hoidon toteutuminen 6kk:ssa. Viitattu 18.1.2012. [https://sampo.thl.fi/select?area=STHjono&what=report-HH\\_toteutuuko\\_hoito\\_6kkssa-prod](https://sampo.thl.fi/select?area=STHjono&what=report-HH_toteutuuko_hoito_6kkssa-prod)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2011b. Suun terveydenhuollon jonojen kesto. Viitattu 18.1.2012. [https://sampo.thl.fi/select?area=STHjono&what=report-HH\\_jonotuksen\\_kesto-prod](https://sampo.thl.fi/select?area=STHjono&what=report-HH_jonotuksen_kesto-prod)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2011c. Lausunto: Erikoishammasteknikon toimenkuvan laajentaminen. Viitattu 23.1.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/bf8f3e6c-c8bc-47ec-a44c-4174e4ba96fe>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2012a. Suun terveydenhuollon hoitopaäsy. Viitattu 26.3.2012.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/perusterveydenhuollon\\_hoitopaasy](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/perusterveydenhuollon_hoitopaasy)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2012b. Suun terveydenhuollon hoitopaäsy, päivitetty

29.11.2012. Viitattu 1.4.2013. [https://sampo.thl.fi/select?area=STHjono&what=report-HH\\_jonotuksen\\_kesto-prod](https://sampo.thl.fi/select?area=STHjono&what=report-HH_jonotuksen_kesto-prod)

Tilander, A, 2010. Hammas palaa Kuopioon. *Suomen hammaslääkärilehti* 2010; 5: 9-13.

Tilander, A. 2012. Kumppanuus hanke jatkuu Jyväskylässä. *Suomen hammaslääkärilehti* 2012; 2: 15.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Tuominen, U. & Mikkola, H. 2008. kansainvälisiä kokemuksia hoitotakuusta – vertailussa Suomi, Ruotsi ja Iso-Britannia. Teoksessa Pekurinen, M., Mikkola, H. & Tuominen, U. Hoitotakuun talous, Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairastuvuuskorvauksiin. Helsinki. Stakes. 13-16.

Tuominen, R., Eriksson, A-L. & Vahlberg, T. 2012. Ostopalvelu korottaa hoitokustannuksia, esimerkki Turun hammashoidosta. Teoksessa Jan Klavus (toim.) Terveystaloustiede 2012. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 97-101.

Turoff, M. 1970. The Design of a Policy Delphi. Technological Forecasting and Social Change 2; 2: 149-171

Turun kaupungin peruspalvelulautakunta 14.12.2011 – Pöytäkirja, pykälä 322. 2011. Viitattu 11.3.2012. <http://www05.turku.fi/ah/perla/2011/1214016x/2644647.htm>

Turun kaupunki. 2009. Asukkaiden hyvinvointiohjelma 2009-2013. Viitattu 5.3.2012. <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=137796&nodeid=4906>

Turun kaupunki 2011- 2012. Suun terveydenhuollon jono. Noin kerran kuussa julkaistavat hoitotakuun toteutumisen tunnusluvut Turun kaupungin nettisivulla. <http://www.turku.fi/public/default.aspx?contentid=10484&nodeid=4947>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2010. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen, kolmas painos.

Työministeriö. 2007. Työvoima 2025. Täystyöllisyys, korkea tuottavuus ja hyvät työpaikat hyvinvoinnin perustana työikäisen väestön vähentyessä. Työpoliittinen tutkimus 325. Helsinki.

YLE radio 1. 2011. Guzenina-Richardson poistaisi terveyskeskusmaksut. Viitattu 23.9.2012. [http://yle.fi/uutiset/guzenina-richardson\\_poistaisi\\_terveyskeskusmaksut/5457001](http://yle.fi/uutiset/guzenina-richardson_poistaisi_terveyskeskusmaksut/5457001)

Vapaavuori, M. & von Bruun, S. (toim.) 2003. Miten tutkimme tulevaisuutta? Toinen painos. Helsinki. Tulevaisuuden tutkimuksen seura. Tampere.

Vainiola, T. & Vainikka, S. 2011. Suun terveydenhuolto terveyskeskuksissa 2010. Munhälsövården vid hälsovårdcentralerna 2010. Tilastoraportti 31/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 3.3.2012. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr31\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr31_11.pdf)

Valtioneuvosto 2000. Valtioneuvoston asetus mielenterveysasetuksen muuttamisesta. 1282/2000. Suomen säädöskokoelma 2000; vihko 183: 3511-3512.

Valtioneuvosto 2004. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004. Suomen säädöskokoelma 2004; vihko 153: 2776-2779.

Valtioneuvosto 2005. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakoulusta annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta 423/2005. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.

Valtioneuvoston kanslia. 2011. Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19/2011.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2008. Hoitotakuu. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 167/2008. Helsinki.

Valvira. 2010. Ohjauskirje Dnro 1679/05.00.02/2010. Viitattu 18.3.2012. [http://www.valvira.fi/tietopankki/kannanotot/osaproteesia\\_tarvitsevan\\_potilaan\\_hoito](http://www.valvira.fi/tietopankki/kannanotot/osaproteesia_tarvitsevan_potilaan_hoito)

Valvira. 2011. Hoitotakuun valvonta. Viitattu 9.12.2011. [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/organisaatioiden\\_valvonta/hoitotakuun\\_valvonta](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/organisaatioiden_valvonta/hoitotakuun_valvonta)

Valvira. 2012. Ammattioikeudet. Viitattu 18.1.2012. <http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet>

Widström, E., Utriainen, P. & Pietilä, I: 1997 Suun terveydenhuollon palvelutarjonta terveyskeskuksissa vuonna 1996. Aiheita 12/1997. Helsinki: Stakes.

Widström, E. & Nihtilä A. 2004. Aikuisten hammashoito suurten ja keskisuurten kaupunkien terveyskeskuksissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 69; 4: 393–400.

Widström, W., Niskanen, T. & Rintanen, H. 2005. Hammashuollon seuranta vuosina 2000-2003. *Stakes, Aiheita* 13/2005. Helsinki.

Widström, E., Väisänen, A. & Niskanen, T. 2008. Erillisselvitys suun terveydenhuollon tuotoksista ja kustannuksista terveyskeskuksissa 2006. *Stakesin työpapereita* 2008/7.

Widström, Tiira, Alestalo & Pietilä 2010. Terveyskeskushammaslääkärit uuden edessä. *Suomen hammaslääkärilehti* 2010, 8: 28–33.

Widström, E. 2011. Hammashoito. Teoksessa Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jons-son, P. M., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E. & Vuorenkoski, L. 2011. Sosiaali- ja terveyshuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti* 4/2011. Helsinki. 78-81.

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

2013

Pasi Alander

# HOITOTAKUUN TOTEUTUMISEN ESTEET JA EDELLYTYKSET SUUN TERVEYDENHUOLLON ASIANTUNTIJOIDEN ARVIOIMIN

- Ensimmäisen kierroksen kyselylomake



## Kysymyslomake

### **Hoitotakuun toteutumisen esteet ja edellytykset suun terveydenhuollon asiantuntijoiden arvioimina**

1) Miten hoitotakuu toteutuu tällä hetkellä suun terveydenhuollossa asteikolla 1-5, jossa 1 tarkoittaa että hoitotakuu toteutuu erittäin huonosti ja 5 tarkoittaa että hoitotakuu toteutuu erittäin hyvin? 1 2 3 4 5

Paikallinen taso:

Valtakunnallinen taso:

2) Miten hoitotakuu toteutuu mielestäsi tällä hetkellä suun terveydenhuollossa? Kerro vapaasti ajatuksiasi.

3) Mikä on parasta mitä hoitotakuu on saanut aikaiseksi suun terveydenhuollon puolella?

4) Mitkä ovat suurimmat esteet hoitotakuun toteutumiselle tällä hetkellä?

5) Mitkä seikat vaikuttavat olennaisimmin hoitotakuun toimivuuteen suun terveydenhuollossa?

6) Onko tässä perusmallissa (hoitotakuun perusidea: kaikki pääsevät hoitoon määrättyssä ajassa) jotain mikä ei toimi ja mistä ajattelet sen johtuvan?

7) Mitkä kolme korjaavaa toimenpidettä (kolme parasta 1-3) ovat mielestäsi toimivimmat silloin kun on vain vähän potilaita, jotka eivät pääse hoitoon säädettyssä 6 kuukauden ajassa (tilanne jatkuva, ei tilapäinen). Perustele väitteesi.

- a) oman henkilökunnan lisääminen
- b) oman henkilökunnan ylityöt/lisätyöt
- c) vuokratyövoima
- d) ostopalvelut
- e) palveluseteli
- f) yksityisen puolen kelakorvauksien nosto (ns. Jyväskylän kokeilu)
- g) kunnallisenhoidon taksojen nosto aikuisväestölle (18 – 65v)
  - h) kunnallisenhoidon taksojen nosto tulojen mukaan (isotuloiset maksaisivat enemmän)
- i) työntekijäryhmien välisen työnjaon muutokset
- j) kutsuvälin pidentäminen
- k) joku muu, mikä?

Perustelut:

8) Mitkä kolme korjaavaa toimenpidettä (kolme parasta 1-3) ovat mielestäsi toimivimmat silloin kun on paljon potilaita, jotka eivät pääse hoitoon säädetyssä 6 kuukauden ajassa (tilanne jatkuva, ei tilapäinen). Perustele väitteesi.

- a) oman henkilökunnan lisääminen
- b) oman henkilökunnan ylityöt/lisätyöt
- c) vuokratyövoima
- d) ostopalvelut
- e) palveluseteli
- f) yksityisen puolen kelakorvauksien nosto (ns. Jyväskylän kokeilu)
- g) kunnallisenhoidon taksojen nosto aikuisväestölle (18 – 65v)
  - h) kunnallisenhoidon taksojen nosto tulojen mukaan (isotuloiset maksaisivat enemmän)
- i) työntekijäryhmien välisen työnjaon muutokset
- j) kutsuvälin pidentäminen
- k) joku muu, mikä?

Perustelut:

9) Mitä mieltä olet tämän hetken hoitotakuun rahoituksesta ja resursseista?

10) Millaisella vaihtoehtoisella rahoitusmallilla asia voitaisiin hoitaa?

11) Millaisilla suun terveydenhuollon rakenteellisilla muutoksilla voitaisiin vaikuttaa hoitotakuun toteutumiseen?

12) Jos raha ja resurssit eivät vaikuttaisi päätöksiisi ja sinulla olisi ns. vapaat kädet tehdä mitä vaan, niin miten hoitotakuu tulisi hoitaa suun terveydenhuollossa?

13) Kuinka paljon suun terveydenhuollon toimijoiden työnjakoa muuttamalla voidaan vaikuttaa hoitotakuun toteutumiseen asteikolla 1 - 5? Asteikossa vastausnumero 1 tarkoittaa, että suun terveydenhuollon toimijoiden työnjakoa muuttamalla ei voida vaikuttaa lainkaan hoitotakuun toteutumiseen. Asteikossa vastausnumero 5 tarkoittaa, että suun terveydenhuollon toimijoiden työnjakoa muuttamalla voidaan vaikuttaa erittäin paljon hoitotakuun toteutumiseen. 1 2 3 4 5

14) Voidaanko suun terveydenhuollon toimijoiden työnjakoa muuttamalla vaikuttaa hoitotakuun toteutumiseen?

Hammashoitajille lisää valtuuksia, mitä?

Suuhygienisteille lisää valtuuksia, mitä?

Erikoishammasteknikoille lisää valtuuksia, mitä?

15) Muita kommentteja suun terveydenhuollon työjaon muutoksista.

16) Miten arvelet suun terveydenhuollon hoitotakuun toteutuvan vuonna 2015 asteikolla 1-5, jossa 1 tarkoittaa että hoitotakuu toteutuu erittäin huonosti ja 5 tarkoittaa että hoitotakuu toteutuu erittäin hyvin? 1 2 3 4 5.

Paikallinen taso:

Valtakunnallinen taso:

1. HOITOTAKUUN TOTEUTUMINEN		
Pelkistykset (23kpl)	Alaluokat (9kpl)	Yläluokka (2 kpl)
Hoitotakuu toteutui osassa kuntia jo ennen laki muutosta (77)	<b>Toteutui jo aikaisemmin</b>	<b>Positiivista</b>
Hoitotakuu ei toteutuisi hammashuollossa, jos sitä ei määriteltäisi hoitotakuulaililla (87)	<b>Vain laki takaa hoitotakuun toteutumisen</b>	
Hoitotakuulainsäädäntö määrää periaatteessa resurssien määrän (62)	<b>Hoitotakuulain säädännön hyöty suun terveydenhuollolle</b>	
Hoitotakuulainsäädäntö on lisännyt tietoisuutta suun terveydenhuollosta (78)		
Määrärahat ja resurssit ovat lisääntyneet hoitotakuun vuoksi (23)		
Innovatiivisuus ja suunnitelmallisuus ovat lisääntyneet hoitotakuun ansiosta (22)		
On panostettu myös aikuisten hammashoittoon (41)	<b>Tasa-arvo</b>	
Suun terveydenhuolto on tullut tasa-arvoiseksi muun terveydenhuollon kanssa (61)		
Hoitotakuu on lisännyt kansalaisten tasa-arvoa (51)		
Hoitotakuu toimii riittävän hyvin (2)	<b>Toimiva systeemi</b>	<b>Negatiivista</b>
Hoitotakuun perusajatuksessa ei ole mitään vikaa (64)	<b>Systeemi ei toimi</b>	
Hoitotakuu ei tuonut mitään hyvää (3)		
Perusajatus ei toimi (11)	<b>Mitä negatiivista aiheuttanut?</b>	
Kokonaishoito ei toimi (20)		
Luotu harha kansalaisille, että hoidetaan (91)		
Päivystyskäynnit ovat kasvaneet (13)		
Laitospotilaiden hoito kärsii (84)		
Valitusten määrä on lisääntynyt (76)		
Odotettua enemmän potilaita siirtyi julkiselle, kuin lakia säädettäessä odotettiin (31)	<b>Potilaiden hoitoontulokäyttäytyminen hoitotakuulain tultua voimaan yllätti</b>	
Potilaat hakeutuvat julkiselle sektorille hintojen takia (32)		
Paljon tulijoita eli potilaita (72)		
Suuret kaupungit ovat ongelmissa hoitotakuun suhteen (50)	<b>Epätasa-arvo on lisääntynyt</b>	
Alueellista epätasa-arvoa (83)		

<b>2. HOITOTAKUUN TOTEUTUMISEN ESTEET</b>		
<b>Pelkistykset (27kpl)</b>	<b>Alaluokat (9kpl)</b>	<b>Yläluokka (5 kpl)</b>
Resurssipula esteenä (henkilökunta ja taloudellinen) (4)	<b>Resurssien vähäisyys</b>	<b>Resurssit</b>
Täyttämättömät virat (8)		
Hammaslääkäripula estää hoitotakuun toteutumisen (5)		
Sijaispula estää hoitotakuun toteutumisen (7)		
Hoitajapula estää hoitotakuun toteutumisen (63)		
Henkilöiden määrää ei lisätty uudistusten aikana (27)		
Hammaslääkäreiden ei kannata tehdä ylityitä (14)		
Työntekijöiden osa-aikaisuus (71)	<b>Työehtojen vaikutus resursseihin</b>	
Resurssipula vaivaa erityisesti kesällä (10)		
Kandeja ei voi hyödyntää kunnolla (9)		
Henkilökunta rasittuu hoitotakuujonoista (58)	<b>Henkilökunnan jaksaminen</b>	<b>Valtakunnallinen päätöksenteko</b>
Poliittiset päätökset ajavat kentän ahtaalle (94)	<b>Poliittiset päätökset ja lainsäädäntö</b>	
Lainsäädäntö on este toteutumiselle (24)		
Valtion rahan niukkuus vaikuttaa hoidon korvauksiin (80)	<b>Hoito- ja toimintakulttuuri</b>	<b>TK:n toimintatavat</b>
Vallitsevien käytänteiden muuttumattomuus (25)		
Terveyskeskuksen laitosmainen toimintatapa (88)		
Hoidon ensiarviointi puhelimesta on epäluotettavaa (97)		
Tk:ssa ei ole välttämättä omahammaslääkäri-järjestelmää (92)		
Paikkaushoidon ja vaativien hoitojen määrä kasvaa (93)		
Pitkä jonotusaika lisää hoidon tarvetta (99)		
Julkisen ja yksityisen eriytyminen tuo ongelmia toimivuudelle (26)		
Erikoissairaanhoidon potilaat rasittavat perusterveydenhuollon potilaita (55)		
Heikot paikkamateriaalit lisäävät käyntejä (57)		
Tekniset apulaitteet ja ATK- ohjelmat haittaavat työn tekemistä, jos eivät toimi (43)		
Kaikki eivät käy hoidossa säännöllisesti (65)	<b>Omahoidon toteutumattomuus</b>	<b>Potilaat</b>
Oman hoidon laiminlyönti eli elämäntapasairaus (75)		
Potilasaines on erilaista julkisella ja yksityisellä sektorilla (100)		
	<b>Potilaiden hoidon tarpeet erilaisia</b>	

<b>3. TOIMENPITEET HOITOTAKUU JONOJEN PURKAMIKSEEN</b>		
<b>Pelkistykset (46kpl)</b>	<b>Alaluokat (19kpl)</b>	<b>Yläluokka (8 kpl)</b>
Palkkaamalla suuhygienistejä ja hammashoitajia parannetaan toimintaa (48)	<b>Henkilöresurssien lisääminen</b>	<b>Henkilöresurssien lisääminen</b>
Lisäämällä resursseja saadaan asia kuntoon (16)		

Hammashoidon sihteereistä olisi apua (101)		
Työnjakoa tulisi lisätä (45)	<b>Työnjaon lisääminen</b>	<b>Työnjako</b>
Lainsäädäntö tukee työnjakoa (38)		
Kokoproteesien valmistus pois hammaslääkäreiltä (18)	<b>Proteesien teko hammaslääkäreillä minimiin</b>	
Erikoishammasteknikot käymään laitoksiin, joissa on irtoproteesien käyttäjiä (102)		
Erikoishammasteknikoille tulisi sallia osaproteesien valmistus suoraan potilaalla (17)		
Uusia valtuuksia hoitajille (103)	<b>Hammashoitajille lisää valtuuksia</b>	
Paikkausoikeus SHG (56)	<b>Suuhygienisteille lisää valtuuksia</b>	
RTG-oikeus SHG (104)		
Oikomishoito-oikeus SHG (105)		
Muut uudet tehtävät SHG (106)		
Vain HLL voi tehdä diagnoosin (60)	<b>Työntekijäryhmien nyky-valtuudet ovat riittävät</b>	
Suuhygienistit ja hammashoitajat eivät halua lisää työtehtäviä (39)		
Ei lisää valtuuksia suuhygienisteille (68)		
Hammashoitajille on riittävästi valtuuksia (49)		
Erikoishammasteknikoille ei tule antaa valtuuksia tehdä osaproteeeseja (40)		
Ostopalvelut on hyvä keino jonojen purkuun (44)	<b>Ostopalvelu</b>	<b>Ulkopuolinen apu</b>
Ostopalvelu on hallinnollisesti raskas ja kallis vaihtoehto (46)		
Palveluseteli (73)	<b>Palveluseteli</b>	
Vuokratyövoima on kallista (6)	<b>Vuokratyövoima</b>	
Vuokratyövoiman laatu vaihtelee (66)		
Oma henkilökunta on paras vaihtoehto jonojen poistoon (67)	<b>Oma henkilökunta</b>	<b>Omat keinot</b>
Kannustinpalkkio (37)		
Jonojen pituuteen voidaan vaikuttaa yksilöllisillä hoitoväleillä (1)	<b>Yksilöllinen hoitoväli</b>	
Tiimityö (107)	<b>Työnteon uudelleenorganisointi</b>	
Toiminnan uudelleen suunnittelu tehostaa toimintaa (30)		
Osaaminen vaikuttaa hoitotakuun toteutumiseen (42)		
Resurssit eivät suoranaisesti vaikuta toimivuuteen (86)		
Hoitotakuuajan tulee olla joustavampi (12)	<b>Hoitotakuun joustava tulkinta</b>	<b>Hoitotakuulainsäädännön hengen ymmärtäminen ja lain muutos</b>
Hoito tulee järjestää hammaslääketieteellisesti hyvin huolimatta hoitotakuulainsäädännöstä (19)		
Hammaslääkärillä ei saa olla liikaa potilaita (21)		
Hoitotakuuaika voisi olla keskivertona pidempi (108)	<b>Pidempi hoitotakuuaika</b>	<b>Yhteistyö</b>
Yhteistyö yksityisten kanssa (109)	<b>Yhteistyö yksityisten kanssa</b>	
Korjaava hammashoito pois TK:sta (96)		
Hyvähampaisten tulisi mennä yksityisille hoitoon tai vähentää käyntejä (54)		
Kuntien välisellä yhteistyöllä vaikutetaan hoitotakuun toteutumiseen (59)	<b>Yhteistyö muiden julkisten kanssa</b>	
Kuntien ja valtion yhteistoiminta (89)		
Yhteistyö muun terveydenhuollon kanssa (110)		
Ennaltaehkäisy (29)	<b>Ennaltaehkäisy</b>	<b>Terveyden edistäminen</b>
Suun terveydenhuollon arviointiklinikka (98)	<b>Neuvontapiste</b>	
Omahoitaja (82)		
Tilat illalla käyttöön (70)	<b>Palvelun laajempi tarjonta ajallisesti ja fyysisesti</b>	<b>Ajankäyttölliset ja tiloihin liittyvät keinot</b>
Vaihtoehtoiset työajat (52)		
Palvelut ihmisten lähelle (81)		

4. RAHOITUS JA RAKENNE		
Pelkistykset (15kpl)	Alaluokat (8kpl)	Yläluokka (3 kpl)
Nykyinen suun terveydenhuollon rahoitusmalli on toimiva (53)	<b>Rahoitus nykyisin</b>	<b>Rahoitusmallit</b>
Tulisi olla yksikanavainen rahoitusmalli (74)	<b>Yksikanavainen rahoitusmalli</b>	
Yksikanavainen rahoitusmalli ei ole ratkaisu (111)		
Raha tulee seurata potilasta (35)		
Liikelaitos (69)	<b>Liikelaitos</b>	
Tuottajien ja järjestäjien/rahoittajien/tilaajien erottaminen toisistaan (85)	<b>Muut rahoitusmallit</b>	
Julkisen ja yksityisen sektorin taksojen tulisi olla lähellä toisiaan (34)	<b>Taksat ja korvaukset</b>	<b>Yleiset periaatteet</b>
TK-taksojen korotus (28)		
TK-maksuja ei saa poistaa (47)		
Kelakorvauksen korotukset valuvat yksityisten hintoihin (15)		
Tulopohjaiset asiakasmaksut on vaikea malli (79)		
Rahoitusjärjestelmää tulisi yksinkertaistaa (33)	<b>Yksinkertaisuus ja eettisyys</b>	
Järjestelmän tulee tukea vähäosaisia (36)		
Nykyrakenne säilyy (90)	<b>Rakenne nykyisin</b>	<b>Rakennemallit</b>
TK:n alas ajo ja toiminnan uudelleen järjestäminen (95)	<b>Terveyskeskustoiminnan uudelleenorganisointi</b>	

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

2013

Pasi Alander

# HOITOTAKUUN TOTEUTUMISEN ESTEET JA EDELLYTYKSET SUUN TERVEYDENHUOLLON ASIAN- TUNTIJOIDEN ARVIOIMINA

- Toisen kierroksen kyselylomake



Hyvä suun terveydenhuollon asiantuntija

Kiitos vastauksistanne tämän tutkimuksen ensimmäisen kierroksen haastattelukysymyksiin. Tämä kysymyslomake koostuu suun terveydenhuollon hoitotakuuseen liittyvistä tulevaisuuteen kohdistuvista väitteistä. Teidän tulisi tarkastella väitteiden toteutumisen todennäköisyyttä ja esittää niistä numeerinen arvio. Väitteiksi on valittu aiheita, joissa tutkimukseen osallistuneiden mielipiteet erosivat eniten ensimmäisellä kierroksella ja joiden sisältö kaipaa syventämistä. Väitteiden kohdalle, niitä taustoittamaan, on liitetty alkupe-  
räisilmaisuja ensimmäisen kierroksen haastatteluista. Kysymykset on jaettu neljään osaan opinnäytetyön tutkimuskysymysten mukaan:

1. Hoitotakuun toteutuminen (4 kpl)
2. Hoitotakuun toteutumisen esteet (7kpl)
3. Toimenpiteet hoitotakuujonojen purkamiseksi (5kpl)
4. Rahoitus ja rakenne (5kpl)

Kysymyslomakkeeseen vastataan ympyröimällä kyseistä väittämää mielestäsi parhaiten kuvaava numero.

Asteikkoja on kahdenlaisia:

- Viisiportaisella Likert-tyyppisellä asteikolla (1, 2, 3, 4 ja 5) olevat väittämät ovat vaaleanharmaalla pohjalla ja niissä kysytään mielipidettä esitettyyn väittämään. Vastausnumero 1 tarkoittaa, että olet väittämän suhteen täysin eri mieltä, ja vastausnumero 5 tarkoittaa, että olet väittämän suhteen täysin samaa mieltä.
- Seitsemänportaisella asteikolla (-3, -2, -1, 0, 1, 2, ja 3) olevat väittämät ovat tummanharmaalla pohjalla ja niissä kysytään sitä, miten epätodennäköisenä / todennäköisenä tai miten ei-toivottavana / toivottavana pidät väitteessä esitettyä tulevaisuuden näkymää. Miinusmerkkiset numerot tarkoittavat väitteen epätodennäköisyyttä tai ei-toivottavuutta. Yli nollan olevat luvut tarkoittavat väittämän toteutumisen todennäköisyyttä ja toivottavuutta.

Toivoisin teidän vastaavan kysymyslomakkeeseen viimeistään kahden viikon kuluessa. Tarvittaessa voitte kysyä lisäohjeita sähköpostilla ([pasi.alander@students.turkuamk.fi](mailto:pasi.alander@students.turkuamk.fi)).

# 1. Toteutuminen

## 1. Hoitotakuun perusajat

Eniten asiantuntijoiden mielipiteitä jakoi käsitys hoitotakuun perusajatuksesta, eli siitä, että kaikki pääsevät hoitoon määrättyssä ajassa. Suun terveydenhuollossa tämä tarkoittaa kuutta kuukautta.

Toisaalta ajatuksesta pidettiin:

- ”Perusidea että kaikki pääsee hoitoon, se on tietysti hyvä.”
- ”Ajatus on hyvä. Sillä halutaan turvata tietynlainen hoitoon pääsyn oikeus, jotta yksittäinen henkilö ei joudu kärsimään kohtuuttomasti tai odottamaan kohtuuttomia aikoja.”

Toisaalta ajatuksesta ei pidetty

- ”Hoitopääsyajat ovat liian pitkiä. Joutuu odottamaan liian kauan, se tuo mukanaan päällekkäisiä toimia. On näitä kurjia esimerkkejä näiden prosessien toimimattomuudesta. Ensin mennään suuhygienistille, mikä on hyvä asia. Sitten hän toteaa että siellä on hammaslääkärin hoidon tarvetta. Sitten mennään uuteen jonoon odottamaan sinne hammaslääkärille. Ja jos se jono ei vedä, niin potilas käyttää taas välillä niitä suuhygienistin tai päivystyksen palveluja. Semmoista, päällekkäisiä käyntejä tulee ja toimimattomuutta.”
- ”Olen periaatteessa tällaista kuukausirajaa vastaan täydellisesti. Ajan pitäisi olla joustavampi. Se on ajatuksena niin mieletön. Kiireettömään terveystarkastukseen kun sinulla ei ole mitään oireita, on ihan sama onko se 6 tai 12 kuukautta. En hyväksy että on tällainen subjektiivinen oikeus, että on mahdollisuus saada terveystarkastus.”

Ilman lainsäädäntöä julkisen puolen suun terveydenhuollon hoitojen aloitus ei toteutuisi edes kuudessa kuukaudessa.							
Täysin eri meiltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä	

Vuonna 2025 hoitotakuu perustuu vieläkin sille ajatukselle, että kaikki pääsevät hoitoon tietyssä ajassa (6kk).								
epätodennäköinen	-3	-2	-2	0	1	2	3	todennäköinen
ei-toivottava	-3	-2	-1	0	1	2	3	toivottava

## 2. Hoitotakuulainsäädännön vaikutukset kansalaisten tasa-arvoon

Hoitotakuulainsäädännön vaikutuksesta kansalaisten tasa-arvoon asiantuntijat olivat seuraavaa mieltä.

- ”Huonommassa asemassa olevat käyvät nykyään useammin hammaslääkärillä kuin ennen hoitotakuulakia”
- ”Saatu entistä suurempi osa väestöä enimmäisaikojen piiriin, jonka kuluessa hoitoja on toteutettava”
- ”Sillä on pystytty luomaan kansalaisille mielikuva, että heistä pidetään huolta. Mutta kansalaiset tajuvat kumminkin, että se on keksitty juttu, jolla ei ole mitään vaikutusta.

Hoitotakuulainsäädännön vaikutuksesta kansalaisten välinen tasa-arvo suun terveydenhuollon palvelujen käytössä on lisääntynyt.						
Täysin eri meiltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä

## 3. Hoitotakuun vaikutus hoitojen loppuun saattamiseen

Kokonaishoito ei välttämättä toimi kaikissa kunnissa, vaikka potilaat on muodollisesti saatu pois hoitotakuujonosta ja hoitotakuutilastot näyttävät hyviltä. Tästä raportoi esim. Soininvaara vuonna 2008 (sivu 16).

[www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/Julkaisut/SHL\\_Soininvaara\\_net.pdf](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/Julkaisut/SHL_Soininvaara_net.pdf)

Asiantuntijoiden alkuperäisilmaisuja aiheeseen:

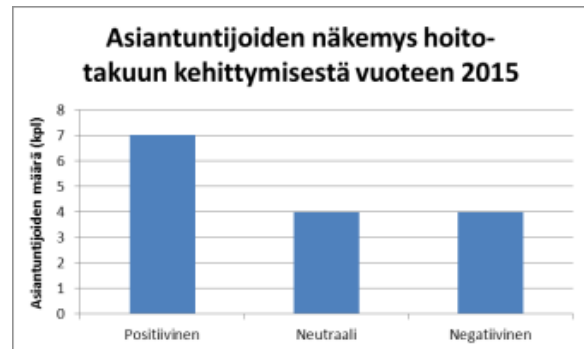
- ”Suun terveyden ja suun terveydenhuollon kannalta se on huono juttu, että otetaan potilaita vaan hoitoon ja ne saavat sen ensimmäisen hoitokäynnin. Mutta ei ole mahdollista tehdä sitä koko hoitoa kohtuullisessa ajassa.”
- ”Hoitotakuuajat ovat perälauta-aikoja, milloin viimeistään on tehtävä joku asia. Laissa sanotaan sivulauseessa, että potilas tulee hoitaa hoidonlaadun edellyttämässä kiireellisyydessä. Ensin tulee miettiä, mikä sairaus on kyseessä ja sitten mitä se laadullisesti edellyttää.”

Suun terveydenhuollon kokonaishoidossa eli hoitojen loppuun saattamisessa on tällä hetkellä paljon parannettavaa julkisella sektorilla.						
Täysin eri meiltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä

Vuonna 2025 hoitotakuu perustuu vielä hoitoonpääsyaikaan ja kokonaishoidon aikoja ei määritellä hoitotakuulainsäädännössä.								
epätodennäköinen	-3	-2	-1	0	1	2	3	todennäköinen
ei-toivottava	-3	-2	-1	0	1	2	3	toivottava

#### 4. Hoitotakuun toteutuminen

Asiantuntijoiden ensimmäisellä kierroksella antamien arvioiden keskiarvo hoitotakuun toteutumisesta vuonna 2012 asteikolla 1 - 5 oli 2,8 (keskihajonta  $\pm 1$ ) ja arvio vuodelle 2015 oli 2,9 ( $\pm 0,8$ ). Asiantuntijoista seitsemän näki hoitotakuun kehityksen vuoteen 2015 positiivisena ja neljä negatiivisena (Kuvio 1.).



Miten arvelet suun terveydenhuollon hoitotakuun toteutuvan vuonna 2025 asteikolla 1-5, jossa 1 tarkoittaa, että hoitotakuu toteutuu erittäin huonosti, ja 5 tarkoittaa, että hoitotakuu toteutuu erittäin hyvin.

Toteutuu erittäin huonosti	1	2	3	4	5	Toteutuu erittäin hyvin
----------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------

Vuonna 2025 ei esiinny enää suun terveydenhuollon hoitotakuujonoja.

Täysin eri meiltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä
-------------------	---	---	---	---	---	---------------------

## 2. Esteet

### 1. Rahoituksen ja resurssien määrä esteenä

Yleisimmin mainittu este hoitotakuun toteutumiselle oli raha- ja resurssipula.

- ”Onhan ne rahoitus ja resurssit usein liian pienet, kun rahoja ei ole osoitettu suun terveydenhuoltoon lakimuutoksen aikana tai sen jälkeen. Kunnissa tapellaan näistä pienistä rahoista kunnan sisällä.”
- ”Tässähän on kyseessä ongelma, joka ei ole pelkästään terveysalan ongelma, vaan myös koulutuspoliittinen ongelma. Koulutuspolitiikkaan ei voi kunnat vaikuttaa, sen on aina päättänyt opetusministeriö, sisäänottomäärät jne. Jos niiden tyhmyyden takia hammaslääkärit loppuvat kesken, ja hampaat jää hoitamatta. Niin eihän se sitten ole terveyskeskuksen tai STM:n vika.”
- ”Tietysti jos puhtaasti ajatellaan sitä julkisen puolen tilaa, niin resurssikysymyshän se tietysti on. Sitä kauttahan tullaan siihen, että ne resurssit on jaettu väärin. Jos sen lyhyesti laittaa: Resurssit on jaettu vähän väärin päin.”

Suurin este hoitotakuun toteutumiselle julkisessa suun terveydenhuollossa on rahoituksen ja resurssien niukkuus.						
Täysin eri meiltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä

Vuonna 2025 julkisen sektorin suun terveydenhuollon rahoitus on samalla tasolla kuin nykyään.								
epätodennäköinen	-3	-2	-1	0	1	2	3	todennäköinen
ei-toivottava	-3	-2	-1	0	1	2	3	toivottava

### 2. Julkisen suun terveydenhuollon tehottomuus

Osa asiantuntijoista esitti, että:

- ”Hoitotakuujonot johtuvat osittain siitä, että julkisen suun terveydenhuollon puolella toimitaan tehottomasti”
- Hoitokulttuuri: Kyllähän se työn tekemisen ajatus ja työtahti on yksityisellä puolella toisenlainen. Siinä on tarkoitus saada rahaakin ja toisaalta saada ne hoidot johonkin pisteeseen mahdollisimman nopeasti että ne rahat tiliytyy itselle nopeasti. Julkisella puolella se palkka tulee automaattisesti.”
- ”Terveyskeskukset ovat kovassa puristuksessa, kun on niin paljon muutoksia ollut ja tulossa. Viimeisen 12 vuoden aikana on ollut tosi paljon muutoksia kunnallisessa suun terveydenhuollossa, kuten Kelakorvausten ikäraajat, kunnan hoitoonpääsyn ikäraajat, hoitotakuu, TK:n voi valita vuonna 2014 jne. Työtä ei voi suunnitella tämän takia kunnolla.”

Yksityisellä sektorilla toimitaan tehokkaammin kuin julkisella sektorilla suun terveydenhuollon palveluiden organisoinnissa.						
Täysin eri meiltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä

### 3. Hoitotakuu ja työehdot

Yhtenä esteenä mainittiin työehtoihin liittyvät seikat, kuten alla luetellut ylitöiden korvaukset, osa-aikaisuus ja lomien pituus:

- a. "Nykyinen hammaslääkärisopimusjärjestelmä ei kannusta tekemään ylitöitä, mutta lisätyöt taas ovat rahallisesti hyviä. Lisätyö on vapaaehtoista ja niistä voidaan paikallisesti sopia."
- b. "Hirveen paljon hammaslääkärit tekevät osan viikkoa töitä. Osa hammaslääkäreistä tekee kolme päivää viikossa kunnallista duunia ja sitten ovat ehkä yksityisellä. Silloin kun on töitä paljon, niin ei tulisi olla lomalla tai tehdä osa-aikatyötä. Silloin tehdään kokopäivätöitä, siihen mihin on palkattu. Kesällä, kun kaikki ovat lomalla heinäkuussa ja osa ottaa vielä muita kertyneitä vapaita, niin ollaan poissa hyvässä lykyssä kaksi kuukautta. Silloin koko terveyskeskus seisoo. Ei täällä tapahdu mitään."

Työaikojen tehostamisella saadaan parannettua TK:n tilojen käyttöastetta ja sitä myötä hoitotakuu toimimaan tehokkaammin.

Täysin eri meiltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä
-------------------	---	---	---	---	---	---------------------

### 4. Omahoidon laiminlyönti

Suun terveydenhuollon sairaudet aiheutuvat osittain potilaan omahoidon laiminlyönneistä ja voidaankin kysyä, onko kyseessä elämäntapasairaus ja mikä on potilaiden vastuu. Lisäksi iso joukko potilaista ei käy säännöllisesti tai lainkaan hammaslääkärin vastaanotolla.

- a. "Potilaiden kotihoito ei toteudu, se lisää hoidon määrää."
- b. "Potilaiden omavastuu on hämärtynyt. Toisinaan potilas ei jaksa hampaitaan hoitaa ja siksi joutuvat tulemaan hoitoon. Melko turhaa se meidänkin työ on terveyskeskuksessa, jos potilas ei itse osallistu hoitoon."
- c. "Yksi syy mikä siihen vaikuttaa, on se, että terveys 2000-tutkimuksen mukaan vain 40 % potilaista käy säännöllisesti hoidossa. Elikkä mitenkä me voidaan vaikuttaa niihin 40 % potilaista joka käyttää vain päivystyspalveluja."
- d. "Jouko Kallion tutkimusten mukaan jotkut nuoret eivät ole käyneet viiteen vuoteen missään. Eli ne, jotka eivät käytä palveluja, miten me saadaan ne palvelujen piiriin?" Aiheeseen liittyvään Jouko Kallion esitelmään voi tutustua Kelan nettisivulla:

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/110512130945HJ/\\$File/Kallio100512.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/110512130945HJ/$File/Kallio100512.pdf?openElement)

Verrattuna nykyhetkeen, vuonna 2025 potilaiden omahoito on parantunut.

epätodennäköinen	-3	-2	-1	0	1	2	3	todennäköinen
------------------	----	----	----	---	---	---	---	---------------

### 5. Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön puute suun terveydenhuollossa

- ”Suun terveydenhuoltoa täytyy tarkastella kokonaisuutena, julkinen ja yksityinen yhdessä. Nyt on sinnitelty ja yritetty terveyskeskuspuolella mahdollistaa ne kaikki potilaat hoitoon. Se ei ole mahdollista.”
- ”Toimivuus ei minun mielestä ole resurssikysymys kokonaisuutena, jos otetaan yksityispuoli mukaan tähän talkoisiin. Resursseja on, tekijöitä on ihan tarpeeksi, jos vaan se työ jaetaan oikein.”
- ”Yksityisen ja julkisen yhteistyö. Jokaisessa kunnassa, alueessa tai hoitopiirissä tulisi kartoittaa yksityisen terveydenhuollon palveluiden määrä ja sitten istua yhdessä pöydän ääreen ja käyttää niitä voimavaroja.”

Vuonna 2025 julkisen ja yksityisen sektorin suun terveydenhuolto toimivat edelleen erillisinä toisistaan, eikä yhteistyötä juurikaan esiinny

epätodennäköinen	-3	-2	-1	0	1	2	3	todennäköinen
ei-toivottava	-3	-2	-1	0	1	2	3	toivottava

### 6. Yhteistyön puute muun terveydenhuollon kanssa

- ”Suurimmat esteet ovat siinä suun terveydenhuollon sisällä itsessään. Eli se kulttuurin muutos ei ole vielä riittävä. Kuvitellaan edelleen, että se suun terveydenhuolto on jotain erillistä toimintaa, johon tarvitaan jotain erillisiä ratkaisuja. Ei riittävästi tehdä sitä terveydenhuollon yhteistyötä.”
- ”Mentäisiin sinne terveydenhuollon sisään vahvasti, toimijana tekemään ja yhteistyötä lisäämään. Meillä on paljon alueita esim. diabetespotilaiden hoidot, missä voitaisiin hyvin tehdä hyvää yhteistyötä ja vaikuttaa potilaiden hyvinvointiin. Nyt liian erillisenä vastataan vaan sen suun terveydenhuollon palveluista ja puhutaan vaan vaikka paikkaushoidon tarpeesta. Kokonaiskuva pitäisi tulla vahvemmin.”

Vuonna 2025 suun terveydenhuolto ja perusterveydenhuolto toimivat edelleen erillisinä toisistaan, eikä yhteistyötä esiinny.

epätodennäköinen	-3	-2	-1	0	1	2	3	todennäköinen
ei-toivottava	-3	-2	-1	0	1	2	3	toivottava

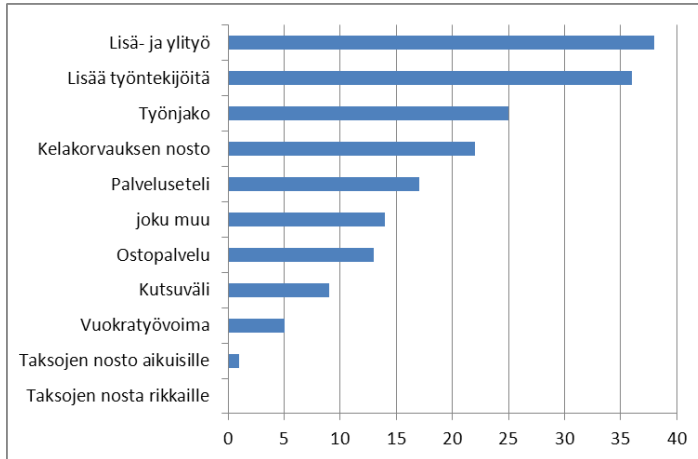
### 7. Kuntien välisen yhteistyön puute suun terveydenhuollon osalta

- ”Nyt on jo päivystisyhteistyö, jolla haetaan jo niitä leveämpiä hartioita. Se on hyvä. Niitä toimenpiteitä pitää keskittää, jotka vaativat osaamisen osalta että sinä teet niitä riittävän määrän.”
- ”Olisi rahoituksellisesti riittävän vahvat järjestäjäorganisaatiot suun terveydenhuollossa. Käytännössä ne väestöalueet tulisi olla nykyistä suuremmat. THL:n malli lähtee siitä että vähintään 200 000 olisi riittävän suuri alue tai järjestäjä taho.”

Vuonna 2025 kunnat järjestävät suun terveydenhuollon palvelut edelleen itsenäisesti, eikä yhteistyötä kuntien välillä juurikaan esiinny.

epätodennäköinen	-3	-2	-1	0	1	2	3	todennäköinen
ei-toivottava	-3	-2	-1	0	1	2	3	toivottava

### 3. Toimenpiteet



Kuviossa on hoitotakuujonojen purku-toimenpiteiden suosio asiantuntijoiden arvioimina ensimmäisellä kierroksella. Asiantuntijan mielestä paras vaihtoehto sai kolme pistettä ja toinen kaksi ja kolmas yhden pisteen. Näin tehtiin kaksi kertaa, a) jos jonoa oli vähän ja b) jos jonoa oli paljon. Kuviossa kumpikin vaihtoehto yhteen laskettuna.

#### 1. Yksilöllinen hoitoväli ja toimenpidekohtaiset hoitotakuuajat

Yksilöllinen kutsuväli ei ollut kovin suosittu, kun asiantuntijoiden piti valita kolme toimivinta jonon purku-toimenpidettä TK:ssa (ks kuvio). Silti se nousi lähes kaikkien asiantuntijoiden sanallisissa vastauksissa esiin. Sen väitettiin auttavan hoitotakuujonojen hallinnassa.

- ”Jos olet 40-kymppisenä ehjähampainen, niin ihan surutta voi hoitoväli olla 5 vuotta. Jotkut jopa 10 vuotta.”
- ”Ei ole järkevää että se on kaikille sama. Asiakassegmentointi. Kaikkien ei tarvitse käydä joka vuosi. Voisi olla nopea linja. Vain tarkastusta tarvitsevat potilaat, jotka käy ehkä vain joka kolmas vuosi ja vaativampi linja.”
- Kutsuväliä ei voida pidentää. Hoitosuunnitelma on tehtävä sen hoidon tarpeen mukaan. Sitä ei voi pidentää, jos tarvitsee vaikka paronhoitoa puolen vuoden välein.”

Toimenpidekohtaisista hoitotakuuajoista asiantuntijat esittivät mielipiteitä puolesta ja vastaan

- Hoitotakuu ei toimi eri sairauksien kohdalla tasa-arvoisesti. Hoitotakuu ajat voisivat olla 3kk, 6kk tai 12kk.
- ”Sitten tämä kysymys, jos potilaalla ei ole hoidon tarvetta. Hyvin paljonhan tämä ongelma ja hoitojonot ovat syntyneet näistä terveystarkastukseen tulevista. Yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisten terveystarkastusten ei välttämättä tulisi olla hoitotakuun piirissä.”
- ”Tutkimus korvataan nykyään vain kerran kalenterivuodessa. Tämä on selkeästi kompromissi. Toisten pitää käydä useammin ja toisten ei niin usein. KELA:n korvauskäytännöstä johdettujen jotkut potilaat käyvät säännöllisesti, koska kokevat sen hammaslääketieteelliseksi ohjeeksi. Pitäisi päästä yksilöllisiin käyntiaikoihin.”

Vuonna 2025 suun terveydenhuollon hoitotakuuajat ovat osittain toimenpidekohtaisia.								
epätodennäköinen	-3	-2	-1	0	1	2	3	todennäköinen
ei-toivottava	-3	-2	-1	0	1	2	3	toivottava

## 2. Työnjako suun terveydenhuollossa

Asiantuntijat arvioivat ensimmäisellä kierroksella asteikolla 1-5, kuinka paljon työntekijäryhmien välisillä työnjaon muutoksilla voidaan vaikuttaa suun terveydenhuollon hoitotakuun toteutumiseen. Vastausten keskiarvo oli 3.8.

- ”Meillähän lainsäädäntö lähtee siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilö saa tehdä osaamisensa rajoissa melkein mitä tahansa. Meillä on hyvä lainsäädäntö. Sitä ei ole rajattu. Ensiksi siihen liittyy se, mitä on opetettu. Lisäksi, mitä uusia asioita täydenniskoulutuksen kautta voi oppia ja opetella. Sitten niitä saa tehdä, jos osaa.”
- ”Kun tästä keskustellaan, niin useasti tulee aika äkkiä esiin, että tämä on minun työtehtävä ja tästä en luovu. Se on turhaa. Kun se osaamisen varmistetaan, niin tätä työtä riittää kaikille. Omaan poteroon kaivautuminen ei auta.”

Vuonna 2025 suun terveydenhuollon työntekijäryhmien tehtäväkuvat ovat samat kuin nykyään.								
epätodennäköinen	-3	-2	-1	0	1	2	3	todennäköinen
ei-toivottava	-3	-2	-1	0	1	2	3	toivottava

## 3. Työnjako: Suuhygienistien lisävaltuudet

Suuhygienistien työnkuva vaihteli suuresti asiantuntijoiden vastauksissa. Työnjakoon liittyviä lisävaltuuksia, joita suuhygienisteille ehdotettiin, olivat esim. paikkaus, RTG-kuvien ottaminen ja oikomishoitoon liittyvät tehtävät. Toisaalta esitettiin myös, että suuhygienistien valtuudet ovat jo riittävän hyvät.

- ”Paikkaaminen on jossain päin Suomea sallittua, kun suuhygienistejä on koulutettu siihen.”
- ”Olisi kyllä ihan älyttömän hyvä, jos suuhygienistit pystyisivät ottamaan pieniä röntgen-kuvia eli PV-kuvia ilman sitä hammaslääkärin lähetettä. He kuitenkin käyvät sen säteilyturvakoulutuksen viiden vuoden välein, ihan saman kuin hammaslääkärikin.”
- ”Meilläkin on tehty sellainen työnjako, että suuhygienistejä on koulutettu hirvesti sekä oikomishoitoon, että lastentarkastuksiin. Meillä alle 18-vuotiaat on lähes kokonaan suuhygienistien varassa.”
- ”En keksi lisää valtuuksia. Heillä on jo erittäin hyvät valtuudet.”

Vuonna 2025 suuhygienisteillä on enemmän valtuuksia kuin tällä hetkellä.								
epätodennäköinen	-3	-2	-1	0	1	2	3	todennäköinen
ei-toivottava	-3	-2	-1	0	1	2	3	toivottava

#### 4. Suun terveydenhuollon julkisen sektorin hammashuollon tehtävien muutos.

Osa asiantuntijoista olisi valmiita siirtämään osan potilaista yksityiselle puolelle. Samalla julkisen sektorin tehtäviksi jäisivät valistus ja tietyt erityisryhmät.

- Osa asiakkaista, kuten ”terveet työssäkäyvät aikuiset”, ”omatoimiset”, ”80-luvulla syntyneet hyvähampaaiset jonottajat”, ”varmuuden vuoksi jonottajat” eli ”rusinat pullasta” siirtyisivät yksityiselle sektorille.
- ”Korjaavaa ja korvaavaa toimenpidekeskeistä suun terveydenhuoltoa tarvitsevat tulee ohjata yksityiselle sektorille.”

Vuonna 2025 TK:n tehtävissä painottuu ennaltaehkäisevä toiminta ja lisäksi tietyt erityisryhmät. Yksityisellä puolella painottuu ylläpito ja tuhojen korjaaminen.								
epätodennäköinen	-3	-2	-1	0	1	2	3	todennäköinen
ei-toivottava	-3	-2	-1	0	1	2	3	toivottava

#### 5. Hoitotakuu ja resurssien tehokas käyttö

Suun terveydenhuollon palvelujen tuottaminen onnistuneesti terveyskeskuksissa pienilläkin resursseilla herättää mielenkiintoa, esimerkkinä SUHAT-hankkeeseen osallistunut Sipoo. (Lue lisää: Hyvä vastaanotto, loppuraportti Sipoon terveyskeskus)

- ”Sekin on kummallista, että nimenomaan Itä-Suomen alueella, jossa on suurin hammaslääkäripula. Siellähän ei ole välttämättä kaikkialla jonoja. Sitten niillä paikkakunnilla, missä on paljon hammaslääkäreitä, siis kokonaisuudessaan. Sekä yksityiset että julkinen yhteenlaskettuna, siellä on jonoja. Mistä tämä?”

Resurssien niukkuudella ei ole suoranaista yhteyttä hoitotakuun toimivuuteen.						
Täysin eri meiltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä

# Rahoitus ja rakenne

## 1. Suun terveydenhuollon rahoitus

Erilaisilla rahoitusmalleilla oli omat kannattajansa asiantuntijoiden keskuudessa. Nykymallin kannattajat sanoivat seuraavaa:

- Rahoitus on hyvä nykyisellä tavalla hoidettuna. ”Niin monta kymmentä vuotta tätä on pyöritelty ja jos uusia parempia malleja olisi, niin kai ne olisi ja keksitty ja tehty. Nykyjärjestelmässä omat hyvät puolensa, koska mitään uutta ei ole tullut.”
- Minä en näe suun terveydenhuollossa yksikanavamallia ratkaisuna. Ei sillä näitä palveluja lisätä. Ei se mikään ihmetemppu ole, millä ne lisääntyisi yhtäkkiä. Nyt ne palvelut ovat sekä siellä yksityisellä puolella että kuntapuolella. Vaikka rahat pistetään yhteen, ei lisää palveluja tule.”

Vastustajien mielestä rahoitus kaipasi muutosta.

- ”Suun terveydenhuollossa ja ehkä terveydenhuollossa yleisimminkin rahoitusjärjestelmää tulisi yksinkertaistaa, koska se ohjaa ihan hulluun suuntaa tätä suun terveydenhuoltoa.”
- ”Ruotsissa potilaan valinnan vapaus on paljon pidemmällä kuin Suomessa. Siellä raha liikkuu potilaan mukana.”

Nykyisen kaltainen rahoitusjärjestelmä on käytössä suunterveydenhuollossa vuonna 2025.								
epätodennäköinen	-3	-2	-1	0	1	2	3	todennäköinen
ei-toivottava	-3	-2	-1	0	1	2	3	toivottava

## 2. Hinnoittelun tasa-arvo

Tasa-arvo palveluiden hinnoissa ja valinnan vapaus tulivat esiin asiantuntijoiden vastauksissa.

- ”Tiedetään, että eriarvoisuus korostuu. Nykyään on enemmän potilaita, joilla ei ole varaa tulla edes kunnalliselle puolelle. Kaikilla on menoja, ja suun terveydenhuolto on asia, joka helpommin jätetään hoitamatta ensimmäisenä, kun kaikki maksaa.”
- ”Kyllä ihminen ohjautuu sinne, missä on halvinta hoitaa hampaitaan. Tavallaan se eriarvoistaa potilaita. Vaikka haluaisi käydä yksityisellä, niin se ei ole mahdollista.”
- ”Saksassa yksityinen ja julkinen tekee ihan samanhintaista työtä. Valtio tai sairaskassat maksaa ihan saman. Ja siksi päivystys ja kaikki tehdään yksityisten kanssa yhdessä. Eihän se muuten voi toimia. Ei voida julkista ja yksityistä yhdistää, jos hinnat eivät ole samat.”
- ”Rahoitusmallin pitäisi olla sellainen, että potilas voisi valita. Nythän yksityinen puoli ei voi kilpailla julkisen puolen kanssa hinnalla. Rahoitusmallina sanoisin, että se tietty rahamäärä mikä on käytettävissä, se pitäisi käyttää sillä tavalla, että ihminen pystyy valitsemaan palvelutuottajan, jonne hän haluaa mennä, ja josta saa palvelun nopeammin ja tehokkaammin.”
- ”Potilasmaksuthan on TK:ssa aika pieniä, niitä olisi voinut tarkastaa hieman enemmän ylöspäin. Kelakorvausten määrää olisi pitänyt myös nostaa. Yksityisen ja julkisen puolen potilaan maksamien taksojen tulisi olla lähempänä toisiaan.”

Vuonna 2025 kummankin sektorin tarjoama palvelu perustuu potilaan valinnanvapauteen ja palvelun samahintaisuuteen potilaalle.								
epätodennäköinen	-3	-2	-1	0	1	2	3	todennäköinen
ei-toivottava	-3	-2	-1	0	1	2	3	toivottava

### 3. Suun terveydenhuollon toimintarakenne

Asiantuntijat näkivät suun terveydenhuollon rakenteen monella tavalla. Usea vastaaja oli sitä mieltä, että nykyinen suun terveydenhuollon toimintarakenne on hyvä:

- ”Muutos maksaa. Nykymalli kelpaa myös, jos resurssit ja rahoitus on kunnossa.”
- ”Minä näen, että ihan nykyisellä mallilla voitaisiin jatkaa.”

Toisaalta muunlaisiakin kommentteja tuli:

- ”Suun terveydenhuollossa tulisi olla rahoituksellisesti riittävän vahvat järjestäjäorganisaatiot. Käytännössä ne väestöalueet tulisi olla nykyistä suuremmat.”
- ”Tulevien uudistusten, sairaanhoitopiirit lakkaavat ja Erva-alueet tulee, jälkeen Suomessa lähestytään Ruotsin mallia, jossa on isompia alueita/yksiköitä kuten Ruotsin landsting. Nyt vastuu on kunnilla ja varmasti se tarvitsee isompia hartioita. Esim. tulevaisuudessa pitää varmaan olla valtio mukana.”
- ”Oleellista on se, että ainakin joistain perushoidoista potilaalla on omavastuu. Haki hän sen palvelun mistä tahansa. Minä ajattelen rakenteen ja rahoituksen tällä lailla yhtenä. Niitä ei voi ajatella erilleen. Tämän kaltainen järjestelmä, jota monet muutkin ovat perään kuuluttaneet, jollainen on muun muassa Ruotsissa. Se ei ole hassumpi ja se olisi myös rakenteellinen muutos.”

Vuonna 2025 suun terveydenhuolto Suomessa järjestetään edelleen nykyisenkaltaisella mallilla.								
epätodennäköinen	-3	-2	-1	0	1	2	3	todennäköinen
ei-toivottava	-3	-2	-1	0	1	2	3	toivottava

### 4. Julkisen suun terveydenhuollon uudelleenjärjestäminen

Valtion virastoja on lakkautettu, yhdistetty ja uudistettu (Valvira=TEO+STTV, THL=Stakes+KTL, AVI+ELY=entinen lääninhallitus, Fimea oli ennen lääkelaitos jne.).

- ”Kaikki näennäisesti laitostuneet yksiköt, Tekestä lukuun ottamatta on lopetettu, yhdistetty ja perustettu uudelleen, jotta ne toimisivat tehokkaammin ja palvelisi paremmin. Nyt sitten koko terveystieteiden järjestelmä, tylästi sanottuna, pitäisi ajaa täysin alas ja samalla rahalla rakentaa joku uusi systeemi, joka vastaa nykyisiin tarpeisiin.”

Julkisen suun terveydenhuolto on ajettu alas ja järjestetty uudestaan yhdessä yksityisen sektorin kanssa vuonna 2025.							
epätodennäköinen	-2	-1	0	1	2	todennäköinen	
ei-toivottava	-2	-1	0	1	2	toivottava	

#### 4. Suun terveydenhuollon kunnallinen palvelu- ja neuvontapiste

Palvelupisteessä työskentelisi suuhygienisti, jota voitaisiin kutsua vaikka suun terveydenhuollon omahoitajiksi. Kyseessä olisi matalan kynnyksen suun terveydenhuollon neuvontaa potilaille (suun terveydenhuollon neuvola, suun terveyden arviointiklinikka tai suun terveyden neuvontapiste...)

Hammaslääkäri hoitaa sairautta ja suuhygienisti edistää terveyttä. Omahoitaja enimmäkseen neuvoo ja varmistaa, että potilaalla on tieto tehdä omahoito kunnolla. Lisäksi hän voi antaa pienimuotoista hoitoa, ohjata hoitoon hammaslääkärille tai vaikka esitellä potilaan velvollisuuksia. Omahoitajalla voisi olla myös jonkinlainen väestövastuu ja pääsy potilaan hoitohistoriaan. Näin omahoitajan tekemä yksilöllinen hoitovälin suunnittelu voisi myös olla osittain mahdollista.

Palvelupiste voisi toimia yhdessä suun terveydenhuollon hoidon tarpeen arviointiklinikan kanssa. Kolmimallia ei toimi kunnolla (1. soitto, 2. hoidon tarpeen arviointi kolmen vuorokauden kuluessa ja 3. hoito puolen vuoden kuluessa), koska hoidon tarpeen arviointi puhelimesta on vaikeaa. Siksi klinikalle voisi tulla vaikka jonottamatta. Suuhygienisti toimii itsenäisesti ja arvioi, onko kyseessä kiireellinen vai kiireetön hoidontarve. Erikseen olisi vielä normaali päivystys.

Suun terveydenhuollon palvelupiste on yleisesti käytössä oleva toimintamuoto vuonna 2025.								
epätodennäköinen	-3	-2	-1	0	1	2	3	todennäköinen
ei-toivottava	-3	-2	-1	0	1	2	3	toivottava

Liite 3: Saatekirje (sähköposti)

Otsikko: Opinnäytetyö hoitotakuusta 2.1.2012

Hyvä vastaaja,

Olen hammasteknikko ja tällä hetkellä jatko-opiskelen Turun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa (YAMK). Nyt käynnistelen opinnäytetyötäni. Työni aihe on: Hoitotakuun toteutumisen esteet ja edellytykset suun terveydenhuollon asiantuntijoiden arvioimina. Opinnäytetyöni ohjaajana toimii yliopettaja Marjo Salmela. Työn taustaorganisaatio on Turun kaupungin suun terveydenhuolto.

Teen tutkimuksen Delfoi-menetelmällä, jossa haastatellaan noin kymmenen hengen asiantuntija ryhmää samasta aiheesta kolme kertaa. Ottaisin mielelläni mukaan myös asiantuntijan, joka työskentelee \_\_\_\_\_. Nyt kysynkin olisitteko käytettävissä asiantuntijana tähän tutkimukseen? Tiedon muodostus etenee kierroksittain niin, että edellinen kyselykierros muodostaa pohjan seuraavalle. Näin asiantuntijoiden vastaukset "jalostuvat" joka kierroksella, koska he saavat ennen toista ja kolmatta kierrosta luettavakseen myös muiden vastaukset. Kyselyn tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäisen vastaajan näkemykset ole tunnistettavissa ja haastatteluilla saatu aineisto tuhoataan tutkimusraportin kirjoittamisen jälkeen.

Aikomukseni on haastatella asiantuntijat ensin yksitellen kasvotusten ja sitten pyytää täsmennyksiä sähköpostilla.

Tutkimukseen osallistuminen koostuu siis kahdesta haastattelu kerrasta. Osallistuminen tutkimuksen on koko ajan vapaaehtoista ja asiantuntija voi lopettaa milloin vain. Lupa aineiston keruuseen on saatu Turun kaupungin suun terveydenhuollosta.

Jos olette kiinnostunut osallistumaan, niin voisitteko ystävällisesti ilmoittaa milloin voisin ottaa yhteyttä ja keskustella aiheesta lisää ja sopia ensimmäisen haastattelukierroksen ajan.

Ystävällisin terveisin Pasi Alander

Tutkimuksen tekijä:  
Pasi Alander  
YAMK-opiskelija  
Turun ammattikorkeakoulu  
pasi.alander@students.turkuamk.fi  
040-9000754

## Liite 4: Suostumuslomake

**Kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta**

Tietoisena Pasi Alanderin toteuttaman: **Hoitotakuun toteutumisen esteet ja edellytykset suun terveydenhuollon asiantuntijoiden arvioimina**, tutkimuksen tarkoituksesta, suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimuksen haastatteluihin.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta kesken kaiken, jos niin haluan. Jos vetäydyn pois tutkimuksesta, siihen mennessä antamani aineistoa voidaan hyödyntää tutkimuksessa. Tiedän, että haastattelut nauhoitetaan ja niitä saatetaan lainata kehittämisprojektin raportissa. Saatu aineisto on vain tutkijan käytössä ja eikä se joudu kenenkään ulkopuolisen käsiin. Kyselyn tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäisen vastaajan näkemykset ole tunnistettavissa ja haastatteluilla

saatu aineisto tuhotaan tutkimusraportin kirjoittamisen jälkeen.

Olen myös tietoinen mahdollisuudestani ottaa tarvittaessa myöhemmin yhteyttä tutkijaan ja olen saanut tarvittavat yhteystiedot häneltä. Tätä suostumusta on tehty kaksi kappaletta. Toinen niistä jää minulle itselleni ja toinen tutkijalle.

Päiväys ja paikka \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tutkimukseen osallistuja

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennys

\_\_\_\_\_  
Tutkimuksen tekijä

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennys