

# Erikoishammasteknikon toimenkuvan laajentuminen saa tukea THL:ltä



Erikoishammasteknikoiden toimenkuvan laajentamista koskeva kuuntelutilaisuus järjestettiin Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta 5. toukokuuta 2011

**S**osiaali- ja terveysministeriön kokoustiloissa oli paikalla laaja suunterveydenhuollon asiantuntija joukko. Mukana oli suurempien yliopistojen hammaslääketieteen professorit, hammaslääkäriliiton edustus, kaikki hammasteknisten alojen järjestöjohtajat, Valvira, THL ja ammattikorkeakoulujen edustajat sekä STM hallinto- ja lääkintöneuvokset jotka olivat kokouksen koollekutsujina.

Tilaisuuden keskustelun pohjalta anoi THL (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos) lisää aikaa lausuntonsa antamiseen. Lausunto valmistui 20. kesäkuuta ja on nyt kokonaisuudessaan tässä luettavana.



Sosiaali- ja terveysministeriö Hallitusneuvos Päivi Kaartamo

Viite: Kuulemistilaisuus ja lausuntopyyntö 21.4.2011

Erikoishammasteknikon toimenkuvan laajentaminen

Sosiaali- ja terveysministeriössä on käynnistynyt erikoishammasteknikon toimenkuvan laajentamista koskeva hanke. Erikoishammasteknikot ovat ilmaisseet olevansa kiinnostuneita valmistamaan myös irrotettavia osaproteeseja kokoproteesien lisäksi itsenäisesti suoraan potilaille. Asiaa koskevassa kuulemistilaisuudessa 10.5.2011 kävi ilmi että THL:n oli aiheellista laatia myös kirjallinen lausunto, jossa erityisesti kartoitettaisiin proteettisen hoidon tarvetta. Tähän pyydettiin tilaisuudessa lisää aikaa. Ohessa lausunto.

### Proteettisen hoidon tarve

Aikuisväestön proteettisen hoidon tarvetta on tutkittu perusteellisesti ja raportoitu varsin kattavasti viimeisimmässä Terveys 2000 tutkimuksessa (1, Suominen-Taipale et al., 2004). Tutkimus perustui edustavaan väestöaineistoon ja huolelliseen kliiniseen ja röntgenologiseen hammaslääkäritutkimukseen ja haastatteluihin. Näin perusteellisia tutkimuksia on käytössä harvoissa maissa. Vaikka tutkimuksesta jo on kulunut 10 vuotta, tulokset voidaan kohtuullisen hyvin ekstrapoloida tämän päivän tilanteeseen, koska suun terveys paranee ja hampaattomuus vähenee nuoremmista ikäluokista alkaen eivätkä kerran poistetut hampaat uusiudu.

Terveys 2000 tutkimuksen tulosten mukaan täydellinen hampaattomuus oli huomattavasti vähentynyt. Vuonna 2000 työikäisistä oli kokonaan hampaattomia 6 %, kun vielä 1980-luvulla 35-49-vuotiaistakin 21 % ja 50-64-vuotiaista 42 % oli menettänyt kaikki omat hampaansa. Eläkeikäisistä lähes puolet (44 %) oli kuitenkin vielä hampaattomia, mutta vastaava osuus oli paljon suurempi (67 %) 1980-luvulla. Omien hampaiden säilyminen on - paradoksaalista kyllä - lisännyt hammashoidon tarvetta. Keski-ikäisillä ja vanhemmilla aikuisilla oli runsaasti paikkaushoidon tarvetta, hoitamattomia iensairauksia ja puuttuvien hampaiden korvaamisen tarvetta. Irrotettavia hammasproteeseja oli 32 % yli 30-vuotiaita. 25 %:lla oli irrotettava kokoproteesi ylä- tai alaleuassa tai molemmissa. Lisäksi osaproteesi oli 11 %:lla tutkituista. Irrotettavat hammasproteesit yleistyivät iän myötä. Joka toisella (49 %) yli 74-vuotiaalla oli kokoproteesit molemmissa leuoissa ja lisäksi 27 %:lla kokoproteesi vain toisessa leuassa tai osaproteesit eli kaiken kaikkiaan 76 %:lla oli irtoproteesit. Ikäryhmässä 54 - 64 vuotta jonkinlainen irtoproteesi oli 46 %:lla ja ikäryhmässä 65 - 74 vuotta proteeseja oli 65 %:lla. Nuoremmassa 45 - 54-vuotiaiden ikäryhmässä irtoproteeseja oli neljäsosalla (26 %) tutkituista.

Hammasproteesien kunto ei tutkimuksen mukaan ollut kovin hyvä. Hammaslääkärin arvioimaa proteesin korjaustarvetta oli 48 %:lla irtoproteesin käyttäjistä ja itse arvioitua korjaustarvetta 45 %:lla. Proteeseista johtuvat ongelmat olivat yleisiä. Kolmanneksella iäkkäistä tutkituista oli syömiseen liittyviä ongelmia. Lähes puolella (45 %) irtoproteesien käyttäjistä oli jokin proteesin aiheuttama limakalvomuuutos. Tutkimukseen osallistuneilla todettiin myös runsaasti yksittäisten tai useampien rinnakkaisten hampaiden poistojen seurauksena syntyneitä hammasrivistön aukkoisuutta, mikä aiheuttaa ulkonäköön ja purentakykyyn liittyviä haittoja. Aukkoja hammasrivistössä oli 16 %:lla 30 - 44 - vuotiaista, 57 %:lla 45 - 64 -vuotiaista ja 84 %:lla eläkeikäisistä. Valtaosa aukoista oli ilman hammasproteesia.

Hampaattomuus ja jäljellä olevien hampaiden vähäinen määrä olivat vahvasti sidoksissa alhaiseen sosioekonomiseen asemaan. Pohjois-Suomessa hampaattomuus oli yleisempää kuin muualla maassa. Kaiken kaikkiaan tutkimus osoitti että suomalaisella väestöllä oli varsin runsaasti tyydyttämätöntä proteettisen hoidon tarvetta. Kun huomioidaan tutkimuksesta kulunut aika, voidaan todeta että eläkeikäisellä väestöllä kaikenlaisen proteettisen hoidon tarve on erityisen suurta ja kohtalaisen suurta 50 - 65 -vuotiaalla väestöllä.

Suomalaisten aikuisten hampaiden kunto on selvästi huonompi kuin ruotsalaisten, tanskalaisten ja norjalaisten aikuisten. Tämä johtuu suurelta osin pitkään vallinneesta tilanteesta, jossa aikuisille oli tarjolla hammashoitopalveluja lähinnä vain yksityisellä sektorilla julkisen sektorin keskittyessä lapsiin ja nuoriin. Aikuisten hammashoito pysyi aina 1990-luvulle saakka varsin elitistisenä (2. Poutanen. 2001). mikä näkyy selvästi nykyisten eläkeikäisten suista. Myös hammashoitoon käytettävät resurssit olivat pitkään niukkoja ja esimerkiksi sairausvakuutuskorvauksia alettiin maksaa vasta 1980-luvun puolivälissä, silloinkin vain nuorimmille aikuisille. Vasta 2000-luvun alussa koko väestö tuli yhtenäisin perustein kattavien ja yhteiskunnan tukemien hoitopalvelujen piiriin.

Myös pääkaupunkiseudulla suun terveys ja hoidon tarve ovat selvästi yhteydessä sosiaaliseen taustaan. Tutkimuksen mukaan korkeasti koulutetuilla ja hyvätuloisilla keski-ikäisillä suut olivat hyvässä kunnossa, mutta vähän koulutetuilla ja pienituloisilla hammas-sairauksia esiintyi runsaammin. Ylemissä sosiaaliryhmissä saatu hoito oli yleensä teknologisesti kehittyneempää (kruunuja, siltoja, implantteja) kuin alemmis-

sa (puuttuvia hampaita näkyvillä alueilla ja irtoproteeseja) (3. Nihtilä & Widström. 2005). Tärkeimpinä syinä hoitoeroihin ryhmien välillä voidaan pitää proteettisen hoidon kalleutta yksityissektorilla ja vähäistä tarjontaa julkisella sektorilla. Proteettista hoitoa on korvattu sairausvakuutuksesta ainoastaan rintamaveteraaneille.

Kelan tilastoista on voitu seurata veteraanien saamia proteettisia hoitoja vuosina 1992 - 2002 (4. THL & KELA. 2011). Kymmenen vuoden seuranta aikana 42 % veteraaneista oli käyttänyt yksityisen hammashoidon palveluja. Proteettinen hoito aiheutti melkein 60 % hammashoitokustannuksista tässä ryhmässä. Tavallisin hoito oli kokoproteesit ja niistä 70 % oli erikoishammasteknikkojen tekemiä. Niiden seitsemän vuoden aikana, joista oli käytettävissä yksityiskohtaista toimenpidetietoa noin 36 000 veteraanille oli tehty kokoproteesit ja noin 12 500 veteraanille kiinteää protetiikkaa. Tämä osoitti selvästi sen, että silloin kun hoitoa on subventoitu, myös suomalaiset ovat pystyneet hankkimaan kiinteitä konstruktioita. Potilaiden maksukykyä selvittäneessä, hiljattain tehdyssä hypoteettisessa tutkimuksessa pääkaupunkiseudun keski-ikäisistä asukkaista noin puolet ilmoitti pystyvänsä hoidattamaan pudonneen paikan korjauksen terveyskeskustaksoilla ja toinen puoli myös yksityissektorin hinnoilla. Yllättäviin isompiin hammashoitomenoihin lähes puolet tutkimuksen kohteena olleista ilmoitti voivansa käyttää vain 50 - 299 € ja noin puolet 300 - 500 €. Noin 7 % ei käytännössä olisi pystynyt maksamaan muusta kuin hampaan poistosta (5, Widström & Seppälä 2011). Tutkimus osoitti että hammashoidon hinta on yhä merkittävä tekijä hoitoja valittaessa.

Uusimmat tutkimustulokset Etelä-Ruotsista ovat osoittaneet, ettei aikuisväestöllä siellä enää juuri ole kokoproteeseita eikä edes osaproteeseita, vaan puuttuvat hampaat on useimmiten korvattu kiintein ratkaisuin (6, Lundegren et al., 2011). Siellä sairausvakuutus on pitkään subventoinut myös kiinteää protetiikkaa erityisesti iäkkäämmälle väestölle ja hammashoittoon on ylipäättään käytetty paljon enemmän rahaa kuin meillä ja tulokset näkyvät. Meillä Etelä-Ruotsin tilanne on vielä kovin kaukana ja pikemminkin on odotettavissa että irtoproteesien kysyntä entisestään kasvaa. Hammaslääketieteellisesti kiinteitä proteettisia ratkaisuja pidetään yleensä osaproteeseja parempina hoitovaihtoehtoina mm. hygieniasyistä. Suuhygienian ollessa huono irtoproteesia käytettäessä tukihampaat karioituvat helposti (toki näin voi käydä myös kiinteille kruunuille ja silloille). Potilasnäkökulmasta kiinteät ratkaisut ovat paikallaan pysyvinä helppokäyttöisempiä ja usein myös esteettisesti parempia. Kiinteät proteettiset ratkaisut ovat kuitenkin varsin kalliita ja kun omia hampaita puuttuu paljon, myös irtoproteesit koetaan hyvinkin tarpeelliseksi sekä purennallisista että ulkonäöllisistä syistä.

## Hoitokapasiteetti ja sen hyödyntäminen

Hammaslääkärien määrän odotetaan laskevan 27 hammaslääkärien vuosivauhdilla nykyisestä noin 4200 noin 3900 vuoteen 2020 mennessä (7, Hammaslääkäriliitto 2011 a). Yksityisellä sektorilla arvioidaan olevan noin 5 % vapaata kapasiteettia joustovarana, mutta julkisella sektorilla on täyttämättömiä vakansseja noin 11 % (8, Hammaslääkäriliitto 2011). THL:n selvitysten mukaan 25 potilasta 10 000 asukasta kohti jonottaa yhä hammashoittoon (THL 2011). Myös erikoishammaslää-

kärien määrä vähenee lähivuosina.

Hammashoitouudistuksen jälkeen hoidossa käyneiden aikuisten määrä on kasvanut terveyskeskuksissa noin 8 % ja yksityisellä sektorilla noin 3 % ja hoidossa käyneiden ikärakenne on muuttunut. Terveyskeskuksissa keski-ikäisten ja iäkkäiden potilaiden osuudet ovat nousseet merkittävästi (THL/Sotkanet). Myös yksityissektorilla hoidetaan suhteellisesti enemmän iäkkäitä potilaita kuin ennen. Terveyskeskuksissa hammaslääkärien mukaan uusien ja iäkkäämpien potilaiden myötä hammaslääkärien työ on vaikeutunut ja vie enemmän aikaa (9, Widström et al., 2010). Muutoksen on pitkään lapsiin ja nuoriin keskittyneessä suuressa terveyskeskuksessa todettu aiheuttaneen palvelujen suurkulutusta mm. toistuvina käynteinä saman vaivan vuoksi osittain henkilöstön osaamiseen liittyvistä syistä kun terveyskeskuksessa ei ole ollut riittävästi erikoishammaslääkäreitä (10, Nihtilä & Widström, 2011). Aikaisempaa iäkkäämmät ja vaikeahoitosemmat potilaat ovat lisänneet läheteitä ja aiheuttaneet paineita erikoissairaanhoidon edellä mainitusta syystä, vaikka potilaat eivät tarvitsisi sairaalatasoista hoitoa (11, Forss, 2011). Tämä on ennestään niukkojen sairaalaresurssien hukkakäyttöä. Kun tutkimukset vielä lisäksi ovat osoittaneet että kariesen hoitokäytännöt ovat meillä paikkausvaltaisia (12, Forss & Widström, 2011) ts. suuriakin kariesvaurioita ja lohjenneita paikkoja hoidetaan yhä uudestaan ja uudestaan paikkaamalla sen sijaan että tehtäisiin pitkäkestoisempia kruunuproteettisia ratkaisuja. Tällaiset hoitokäytännöt vievät runsaasti hammaslääkärien hoitoaikaa, ja hammashoitotoimintaa pitäisi pystyä uudelleen organisoimaan monella eri tasolla ja luomaan kannusteita pitkäkestoisten hoitotoimenpiteitten käytön lisäämiseksi.

Erikoishammasteknikot on meillä koulutettu valmistamaan kokoproteeseita kokonaan hampaattomiin suihin. Äskettäin tehty selvitys (13, Widström & Suokko, 2011) osoitti että potilaat olivat vähentyneet noin kolmanneksella erikoishammasteknikoita ja ammattikunnalla olisi kaiken kaikkiaan kapasiteettia laajentaa hoitotarjontaa osaproteeseihin ja niiden korjauksiin. Johtavien hammaslääkärien mukaan työnjaon tehostaminen hammaslääkärien ja suuhygienistien välillä oli yksi tärkeimmistä keinoista toteuttaa hammashoitouudistus terveyskeskuksissa (14, Vesivalo et al., 2004). Vallitsevassa tilanteessa, josta hammaslääkäreistä on pulaa ja potilailla on runsaasti hammaslääkäriin erityisosaamista vaativaa hoidon tarvetta, tulisi sellaisia hoitoja joita alan muut työntekijäryhmät pystyvät tekemään voida entistä laajemmin delegoida näille. Hoitamatta jättäminen on yllättävän tavallista suomalaisten aikuisten proteettisia ratkaisuja vaativissa hoitotilanteissa eikä sitä voida pitää hyväksyttävänä käytäntönä.

Silloin kun hammaslääkäreistä on puutetta eikä suun terveydenhuollon rahoituksen lisäystä ole näköpiirissä, erikoishammasteknikkojen osaamisen laajempi hyödyntäminen olisi väestönäkökulmasta hyvinkin tarkoituksenmukaista. Suun terveydenhuollon eri ammattiryhmien ”oikeuksista” on ammattiryhmien kesken aina ollut kiistaa ja eturistiriitoja. Silloin kun työtä on riittävästi tarjolla kaikille osapuolille, tulisi ammattilaisten, kouluttajien ja päättäjien pystyä sopimaan tarkoituksenmukaisista käytännöistä. Voidaan ajatella, että irrotettavat levy- ja rankaproteesit kuuluisivat erikoishammasteknikoitten toimenkuvaan esimerkiksi hammaslääkäriin lähteen pohjalta, jolloin riittävän laaja osaaminen potilaan suun

terveydestä ja purennasta tulisi huomioitua. Luonnollisesti erikoishammasteknikoitten perus- ja täydennyskoulutukseen tulisi lisätä osio, jossa aikaisempaa laajempien oikeuksien edellyttämä erityisosaaminen huomioidaan. Osaproteesien korjauksia voitaisiin tehdä myös ilman lähetettä. Erikoishammasteknikot saavat valmistaa osaproteeeseja potilaille hammaslääkärin läheteellä mm. Hollannissa ja jopa ilman sitä mm. Sveitsissä ja Kanadassa. Suuhygienistien ja erikoishammasteknikoitten yhteistyötä voitaisiin myös lisätä.

## Yhteenveto

Suomalaisella yli 50-vuotiaalla väestöllä on runsaasti puuttuvia hampaita ja suuri tyydyttämätön proteettisen hoidon tarve. Sosiodemografiset erot hoidon tarpeessa ja sen hankkimismahdollisuuksissa ovat proteettisen hoidon kohdalla erityisen suuret. Iäkkään aikuisväestön hammashoidon tarve ja kysyntä ovat voimakkaassa kasvussa lähimmät parikymmentä vuotta. Proteettista hoitoa on tarjottu etupäässä yksityisellä sektorilla terveyskeskusten keskittyessä lasten ja nuoren väestön hoitoon. Erikoishammasteknikot ovat olleet merkittävä kokoproteesien tuottaja. Hammaslääkärityövoimaa ei ole väestön hoidontarpeeseen nähden riittävästi ja seuraavan vuosikymmenen aikana tilanne huononee entisestään eläköitymistä takia. Monilla hammaslääkäreillä protetiikan taidot ovat unohtuneet nuorten parissa työskennellessä. Työnjakoa tulisi hammashoidossa entisestään tehostaa niin että hammaslääkärit voivat keskittyä pääosin hammaslääkärin erikoisosaamista vaativiin tehtäviin ja muut suun terveydenhuollon ammattiryhmät, kuten erikoishammasteknikot, voivat hoitaa koulutuksensa piiriin kuuluvia tehtäviä nykyistä laajemmin. Väestölle hoitamatta jättäminen ei nykyaikana ole tyydyttävä vaihtoehto. Proteettinen hoito on kallista eikä ole tarkoituksenmukaista että esim. irtoproteesihoidosta joutuu maksamaan sekä hammaslääkärille että hammasteknikolle, silloin kun erikoishammasteknikko pystyisi tekemään koko hoidon. Erikoishammasteknikoiden toimenkuvan laajentaminen niin että he voivat tehdä aikaisempaa useammanlaisia irtoproteeseita hammaslääkärin läheteellä, vähentää riskiä siitä että potilaalla olisi hoitamattomia, vaikeita suun alueen sairauksia, jotka jäisivät huomioimatta.

THL:n käsityksen mukaan on ilmeistä että erikoishammasteknikkojen osaamisen laajempi hyödyntäminen olisi väestön näkökulmasta tarpeellista erityisesti kun terveydenhuollossa muutenkin pyritään lisäämään työnjakoa ja hyödyntämään eri ammattiryhmien osaamista. Voidaan ajatella, että irrotettavat levy- ja rankaproteesit kuuluisivat erikoishammasteknikoitten toimenkuvaan esimerkiksi hammaslääkärin läheteen pohjalta. Osaproteesien korjauksia voitaisiin tehdä myös ilman lähetettä. Tällöin erikoishammasteknikoitten perus- ja täydennyskoulutukseen tulisi lisätä osio, jossa aikaisempaa laajempien oikeuksien edellyttämä erityisosaaminen huomioidaan. Erikoishammasteknikoitten ja suuhygienistien yhteistyötä voitaisiin myös lisätä.

Pääjohtaja  
**Pekka Puska**

Ylilääkäri, professori  
**Eeva Widström**

## Lähteet

1. Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.). Suomalaisen aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2004.
2. Poutanen R, Widström E (2008). Sosiaalinen tausta ja hammashoitopalvelujen käyttö. Katsaus 1950-luvulta nykypäivään. Yhteiskuntapolitiikka 2001; 66 (3), 248-255.
3. Nihtilä A, Widström E. Haasteena oikeudenmukaisuus - keski-ikäisten kokemuksia hammashoitouudistuksesta pääkaupunkiseudulla. Yhteiskuntapolitiikka 2005: 70(3): 323-33.
4. THL & Kela. Rintamaveteraanien hammashoidon sisältö tilastojen mukaan. Julkaisematon aineisto, 2011.
5. Widström E, Seppälä T. Willingness and ability to pay for unexpected dental expenses among Finnish adults. Manuscript in preparation. THL 2011.
6. Lundegren N, Axtelius B, Åkerman S. Self perceived oral health, treatment need and the use of oral health care of the adult population in Skåne, Sweden. Swedish Dental Journal 2011, painossa.
7. Hammaslääkäriliitto (2011a) Ennuste vuoteen 2060 työikäisistä hammaslääkäreistä. < <http://www.hammaslaakari.fi/hammaslaakariliitto/tilastoja/hammaslaakarimaria/ennuste-vuoteen-2060-hammaslaakarimaria/>>
8. Hammaslääkäriliitto (2011) Terveyskeskushammaslääkärin ja yksityishammaslääkärin työvoimatilanne lokakuussa 2010. Hammaslääkäriliiton tiedote 14.1.2011.
9. Widström E, Tiira H, Alestalo P, Pietiä I. Terveyskeskushammaslääkärit uuden edessä. Suomen Hammaslääkärilehti 2010: 27(8):28-33.
10. Nihtilä A, Widström E, Elonheimo O. Heavy consumption of dental services among Finnish adults. Community Dental Health 2010;27(4):227-232.
11. Forss H. Personal communication 2011.
12. Forss H, Widström E. Hampaiden paikkaushoito Suomessa: syyt, materiaalit ja täytteiden pitkäaikaiskestävyys. Suomen Hammaslääkärilehti 2011: 28, painossa.
13. Widström E, Suokko S. Erikoishammasteknikkojen työtilanne - kyselytutkimus keväällä 2010. Hammasteknikko 2011 :66(1): 8-13.
14. Vesivalo A, Widström E, Mikkola H, Tampsi-Jarvala T. Terveyskeskusten hammashoidon tavoitteet ja kannusteet hammashoitouudistuksen implementoinnissa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2006; 43:146-56.