

HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

LAUSUNTO

1 (4)

1.3.2023

Lausunto selvitystyöryhmien raportista ”Selvitys hammaslääketieteen erikoisalojen ja erikoistumiskoulutuksen uudistamisesta ja suu- ja leukakirurgian erikoisaloista”

Kiitän mahdollisuudesta ottaa kantaa selvitystyöryhmien raporttiin, ja pyydän kohteliaimmin huomioimaan alla esille tuomani seikat.

1. Painotusalueiden eriyttäminen kliinisen hammashoidon ja diagnostiikan aloilla

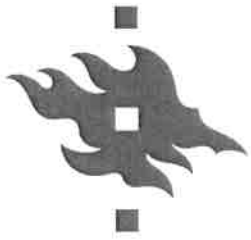
Työryhmän esitys ”Eriytetään kliinisen hammashoidon ja hammaslääketieteellisen diagnostiikan painotusalat omiksi erikoisaloikseen” on kannatettava. Kuten kannanotoissa todettiin, ”eriyttämisen jälkeen erikoisalajat ovat yhdenmukaiset EU:n yleisen käytännön kanssa” - sikäli kuin mitään EU:n yleistä käytäntöä nyt voidaan määritellä. On syytä huomioida, että painotusalojen eriyttäminen ei automaattisesti tarkoita koulutuksen sisällön ja laadun nousemista verrokki- maiden tasolle.

Joka tapauksessa suomalainen kliinisen hammashoidon ja diagnostiikan EHL-koulutusjärjestelmä on kansainvälisesti vähintään erikoinen. Lisäksi käytännössä näillä erikoisaloilla painotusalueiden eriytyminen on ainakin joissakin yliopistoissa jo pitkälle eriytynyt, ja nykykäytäntö on osaltaan esteenä painotusalueiden koulutuksen nostamisen kansainväliselle huipputasolle.

2. Erikoishammaslääkäripalvelujen ja -koulutuksen alueellinen epätasapaino

Raportissa puhutaan edelleen terveyskeskuskoulutuksesta, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu on hyvinvointialueilla. Ero on merkittävä, koska uudistus tarjoaa hyvän tilaisuuden kehittää erikoishammaslääkärikoulutusta. Erikoishammaslääkärien määrä suhteessa väestöön vaihtelee voimakkaasti alueiden välillä, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 612/2021 mukainen hyvinvointialueen väestön tarpeen edellyttämä palvelu toteutuu useimmilla hyvinvointialueilla huonosti, ja väestö on epätasa-arvoisessa asemassa hoitopalvelujen saatavuuden suhteen.

Raportissa mainitaan myös STM:n selvityshenkilöiden raportissa (Pitkälä ym. 2022) ehdotettu pilotti pula-alojen kohdennetusta koulutusrahoituksesta. On erittäin kannatettavaa, että tällainen pilotti (tai useampia) järjestetään erikoishammaslääkärikoulutuksen aloilla, joissa vallitsee suurin erikoishammaslääkäritarve. Myös alueellisen tarpeen huomiointi, mahdollisesti yksityissektoria hyödyntäen, on kannatettava ajatus. Ylipäättään EHL-koulutuksen järjestämismahdollisuuksia yksityissektorilla tulisi helpottaa ja luoda kannustimia esim. isojen ketjujen asemille, joissa toimii



useiden erikoisalojen erikoishammaslääkäreitä. Luonnollisesti koulutuksen sisällön ja laadun määrittäminen täytyy säilyä yliopistoilla.

Raportti tuo esiin myös alueellisen harkinnan puutteen esteenä koulutuksen leviämislle. Ongelma on todellinen. Ainakin omalla oppialallani olisi maakunnan keskussairaалassa koulutusoppimus ja kouluttaja, mutta mikään ei takaa, että paikallinen hakija menestyy opinto-oikeushaussa. Tilanne on turhauttava kaikille osapuolille eikä kannusta järjestämään koulutusmahdollisuuksia tai hakemaan opinto-oikeutta. Sen sijaan pääkaupunkiseudulla opinto-oikeudet vanhenevat rajallisten koulutuspaikkaresurssien vuoksi.

Järjestämislaki mahdollistaa palvelujen kokoamisen suurempiin kokonaisuuksiin, mikä suun erikoishoidossa tulisi toteuttaa perustamalla keskussairaалoihin kaikki hammaslääketieteen erikoisalat kattavia suun erikoishoidon yksiköitä esim. Helsingin, Vantaan ja Oulun mallin mukaisesti. Näissä yksiköissä voitaisiin potilasohjannalla järkevästi ja tehokkaasti toteuttaa sekä nykyistä terveyskeskus- että keskussairaалatason koulutusjaksoja vastaava koulutus (lähes) koko erikoistumisen ajan. Tämä helpottaisi sekä koulutuksen että koulutettavan henkilökohtaisia (ainakin lähes) koko koulutuksen toteutuessa samassa paikassa. Toiminnan ja koulutuksen aloittaminen voisi ensi alkuun olla mahdollista rekrytoimalla osa-aikaisia kouluttajia vaikkapa yksityissektorilta esim. 20-40 % tehtäviin, joissa selkeä osuus työajasta selkeästi allokoitaisiin koulutukseen. Vähitellen järjestelmä tuottaisi lisää erikoishammaslääkäreitä puutealoille ja -alueille, ja mahdollistaisi myöhemmin täysiaikaisen EHL-rekrytoinnin terveys- ja koulutusjärjestelmien palvelukseen.

On kuitenkin tärkeää varmistaa, että ko. yksiköissä kaikki erikoisalat ovat edustettuina. Vain siten voidaan taata järkevä ja laadukas kokonaishoidon suunnittelu, hoidon järkevä porrastus perus- ja erikoishoidon tasoille, sekä tasapuoliset kouluttautumismahdollisuudet eri erikoisaloille.

3. Sivuosa-aluepalvelut

Raportissa mainitaan myös seuraavaa: *"Haittana painotusalojen eriyttämiselle nähtiin vastauksissa useimmiten mahdollinen osaamisen kaventuminen. Kuitenkin koulutuksen sivuosa-alueet takaavat osaltaan osaamisen laaja-alaisuutta myös jatkossa."* Totta on, että suomalainen kliinisen hammashoidon EHL-koulutusmalli on parhaimmillaan antanut vähintäänkin hyvän ymmärryksen omaa spesialiteettia lähellä olevien alojen perusasioista. Parhaimmillaan se on myös mahdollistanut koulutettavan omista tarpeista lähteneen syventymisen sellaisilla kliinisillä alueilla, jotka koulutettava on itse katsonut tarvitsevänsä. Sivusa-alueen tai -alueiden vaatimuksen sisällyttämistä kliinisen hammashoidon EHL-painotusaloille vielä eriytymisen jälkeenkin tulee kuitenkin harkita tarkkaan. Suomalaiseen koulutukseen asetusperusteisena kuuluva vähintään 10 opintopisteen johtamiskoulutus on aikaa vievä ja syö oman alan koulutusta; huonosti toteutettuna uudenmuotoinen sivusa-alueen vaatimus voi heikentää tilannetta edelleen.

Sivuosa-aluevaatimusta pohdittaessa kannattaa huomioida ainakin seuraavat seikat:

- kenen lähtökohdista sivusa-alue suunnitellaan: yksittäisen erikoistuvan, oman painotusalan koulutuksen ja kouluttajien, vai sivusa-alueen kouluttajien näkökulmasta;
- onko syytä määrittää sivusa-aluevaatimusta ollenkaan, vai voisiko erikoistuva yhdessä oppialan vastuuprofessorin ja -kouluttajien kanssa henkilökohtaiseen opintosuunnitelmaansa täydentäviä opintoja muiden oppialojen alueilta;
- kuka määrittelee sivusa-aluekoulutuksen teoria- tai käytännön sisällön;
- missä koulutuksen vaiheessa sivusa-alueen opinnot tulee suorittaa.



4. Suulääketieteen erikoisala

Työryhmän esitys ”Perustetaan suulääketieteen erikoisala” on kannatettava.

5. Kahden vuoden kliinisen työkokemuksen vaatimus

Työryhmän esittää seuraavaa: *”Muutetaan ammattihenkilölain 4 a § toista momenttia siten, että sana ”kliininen” poistetaan viimeisestä lauseesta: ”... ja joka on työskennellyt päätoimisesti hammaslääkärin kliinisissä tehtävissä vähintään kaksi vuotta”*.

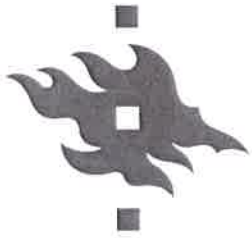
Kahden vuoden kliinisen työkokemuksen vaatimuksesta luopumista kaikilla aloilla vastusti 84 % kyselyyn vastanneista ja vain 10 % kannatti poistamista. Tämä on vahva viesti siitä, miten hyödyllisenä ja tarpeellisenä kliininen kokemus ennen erikoistumaan hakeutumista koetaan. Mielenkiintoista on havaita, että jopa ”ei-kliinisillä” hammaslääketieteellinen diagnostiikan (62 %) ja terveydenhuollon (56 %) aloilla enemmistö kannatti kliinisen työkokemusvaatimuksen säilyttämistä. Onkin selvää, että esim. suurradiologi tai johtava hammaslääkäri hyötyy työssään siitä, että hänellä on hyvä tuntuma suusairauksien ilmentymiseen ja ruohonjuuritason kliiniseen työhön.

Kahden vuoden kliininen työkokemus takaa myös sen, että EHL-koulutukseen hakeutuvalla on selvä käsitys alasta, jolle on hakeutumassa, ja omista mahdollisuuksistaan selviytyä koulutuksesta ja vaativien potilaiden hoitamisesta. Tämä on erikoislääkärikoulutukseen verrattuna vahvuus, ei haitta: siten poistamisen perustelu sillä, että se asettaa hammaslääkärin eriarvoiseen asemaan verrattaessa lääketieteen erikoistumiskoulutukseen hakeutuviin on perusteeton. Tosi-asiassa kliinisen kokemuksen vaatimus asettaa monilla aloilla erikoistumiskoulutukseen hakeutuvan lääkärin heikompaan asemaan. Olisikin mielenkiintoista tietää, kuinka paljon erikoislääkärikoulutuksessa on koulutus keskeytetty koejakson aikana, joko kouluttajan tai koulutettavan toimesta. Hammaslääketieteen EHL-koulutuksessa keskeyttäminen tai alan vaihto on työkokemusvaatimuksen ansiosta äärimmäisen harvinaista, ja harvat keskeytyksetkin ovat yleensä johtuneet muista kuin kliinisistä syistä.

Ajatus työkokemusvaatimuksen poistamisesta siksi, että kyvyttömyys kliinisen työn tekemiseen terveydellisistä syistä estää erikoistumiskoulutukseen pääsyn haettaessa terveydenhuollon tai diagnostiikan eri aloille on yliampuva. Todellisen terveydellisen kyvyttömyyden täytyy olla todella harvinaista, ja sellaisissa tapauksissa esimerkiksi yliopisto voisi myöntää lääkärintodistukseen perustuvan erivapauden kouluttautua soveltuvalla erikoisalalla ilman kliinistä kokemusta.

Kahden vuoden työkokemuksesta luopuminen ja koulutuksen muuttaminen viisivuotiseksi sisällyttäen siihen hyvin strukturoitu erikoisalan koulutukseen valmistava kahden vuoden koulutusjakso perusterveydenhuollossa on epärealistinen. Koulutuksen suunnittelu, ohjaus ja arviointi vaatisi resursseja, joita sen enempää yliopistoilla kuin terveydenhuoltojärjestelmälläkään ei ole. Lisäksi tällainen koulutusjärjestelmä pikemminkin pidentäisi valmistumista kuin lyhentäisi sitä. Iso osa valmistuvista hammaslääkäriestä ei vielä tiedä mikä ala heille sopii tai kiinnostaa eniten, ja nykyinen monipuolinen toiminta perushammaslääkärinä selkeyttää ajatuksia ja ohjaa nuorta hammaslääkäriä omalle alalleen.

On myös syytä huomata, että kaikissa muissa Pohjoismaissa on vastaava kahden vuoden työkokemusvaatimus. Tämä osoittaa, että sellaisissa maissa, joissa on pitkälle suomalaisen terveydenhoitojärjestelmään verrattava järjestelmä, on ko. kokemus katsottu tärkeäksi ennen erikoistumiskoulutukseen hakeutumista. Haluammeko tulla rinnastetuksi muihin Pohjoismaihin vai Italiaan?



Edellä esitetyn perusteella työryhmän esitys **”Muutetaan ammattihenkilölain 4 a § toista momenttia siten, että sana ”kliininen” poistetaan viimeisestä lauseesta: ”... ja joka on työskennellyt päätoimisesti hammaslääkärin kliinisissä tehtävissä vähintään kaksi vuotta” ei siis ole kannatettava.** Sen sijaan on luotava mahdollisuus saada terveydellisistä syistä erivapaus hakeutua EHL-koulutukseen ilman kliinisen kokemuksen vaatimusta erikoisaloille, joissa ei tehdä kliinistä työtä.

6. Kaksoistutkinto

Työryhmän esitys *”Selvitetään mahdollisuus erikoishammaslääkärikoulutuksessa oleville suorittaa tarvittaessa lääketieteen lisensiaatin tutkinto”* on kovin epämääräinen. Ensinnäkin, lauseella ilmeisesti tarkoitetaan suu- ja leukakirurgian erikoishammaslääkärikoulutuksessa olevia, ei EHL-koulutettavia yleensä. Tämä kuitenkin tekee mahdollisuudesta hakeutua – ja päästä – LL-koulutukseen pelkän suu- ja leukakirurgian opinto-oikeuden perusteella entistä hankalammaksi yhdenvertaisuusperiaatteen kannalta, joka myös on raportissa nostettu esiin.

Entä kuka määrittää mikä on ”tarvittaessa”? Muillakin hammaslääketieteen erikoisaloilla, erityisesti mahdollisesti tulevalla suulääketieteen alalla, LL-koulutus olisi jopa enemmän tarpeen kuin dentoalveolaarikirurgiaan suuntautuvalla suu- ja leukakirurgian erikoishammaslääkärillä.

Helsinki 1.3.2023,

Leo Tjäderhane
Professori, Kariologia ja Endodontia
Suu- ja Leukasairauksein osasto, Helsingin yliopisto