

Lausunto

16.09.2025

Asia: VN/9914/2025

Lausuntopyyntö luonnoksesta valtioneuvoston asetukseksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen 17 §:n kumoamisesta

Lausunnonantajan lausunto

Onko esitys kannatettava?

Ei

Perustelut ja lisähuomiot

Lausunto Valtioneuvoston asetuksen 17 § kumoamisesta

Esitys ei ole kannatettava sellaisenaan.

Pidämme tärkeänä sitä, että ennen kuin erikoishammasteknikko voisi aloittaa osaproteesin valmistuksen, potilas on tutkittu hammaslääkärin vastaanotolla ja mahdolliset hoidot tehty. Tällä varmistetaan, että hampaiston ja suun tila on arvioitu kliinisesti ja hoito on turvallista.

Osaproteesien valmistus hampaalliseen suuhun ei ole pelkkää teknistä työtä, vaan siihen liittyy jäännöshampaiston kunnon ja ennusteen arviointia, limakalvojen ja tukikudosten tarkastelua sekä purennan analysointia. Erikoishammasteknikoiden koulutus ei sisällä tarvittavaa diagnostiikkaa, kuten röntgenkuvien tulkintaa tai suun sairauksien hoitoa. Niin laajaa kokonaisuutta voi ottaa pelkällä lisäkoulutautumisella haltuun, joten hammaslääkärin rooli on välttämätön hoidon suunnittelussa. Maininta selkeästä lähetekäytänöstä ratkaisi osin tämän haasteen.

Hammaslääkäriliiton vuoden 2019 lausunnossa korostettiin, että osaproteesihoito edellyttää tiiviimpää yhteistyötä hammaslääkärin ja erikoishammasteknikon välillä kuin kokoproteesihoito. Samaa periaatetta tulisi soveltaa nyt, jotta potilaan turvallisuus ja hoidon laatu varmistetaan.

Vaikka vuonna 2018 on arvioitu, että erikoishammasteknikon toteuttama kokoproteesihoito voidaan tehdä pienemmin kokonaiskustannuksin kuin hammaslääkärin ja hammasteknikon yhteistyönä, tätä arviota ei voida sellaisenaan rinnastaa osaproteesihoitoon. Osaproteesien valmistukseen liittyy usein enemmän hampaiston hoitoa, purennan analyysiä, täytteidensä kestävyyden arviota, hiomista ja mahdollisia toimenpiteitä, joita erikoishammasteknikko ei voi itsenäisesti toteuttaa. Näin ollen kokoproteeseihin perustuva kustannusvertailu ei anna oikeaa kuvaa todellisesta kustannusvaikutuksesta.

Ehdotettua muutosta perustellaan kustannussäästöillä, mutta on epäselvää, toteutuvatko säästöt todellisuudessa. Jos proteeseja tehdään ilman asianmukaista kliinistä arviota ja hoitoa, seurauksena voi olla uusintaprotetiikkaa, lisähoitoja ja pidemmän aikavälin kustannusten kasvu. Nopeat, hetkelliset taloudelliset tavoitteet eivät saa vaarantaa hoidon laatua ja kasvatta pidemmän aikavälin kustannuksia.

On myös huomioitava, että monimutkaisimmat osaproteesitilanteet, joissa suussa on laajempia sairauksia kuten komplisoitunutta parodontiittia, monia puuttuvia hampaita esim. toispuoleisesti leuasta tai haastavia purentaongelmia edellyttävät joka tapauksessa hammaslääkärin ja hammasteknikon tiivistä yhteistyötä. Näissä tilanteissa henkilöstöresurssin tarve ei vähene, ja mahdollinen kustannushyöty jää pieneksi. Suurin huoli liittyy siihen, että jos näissä monimutkaisissa tapauksissa suun sairaudet jäävät diagnosoimatta lakimuutoksen takia, seurauksena voi olla potilaalle merkittäviä haittoja ja yhteiskunnalle korkeampia kustannuksia myöhemmin.

Potilaan näkökulmasta kustannukset voivat myös kasvaa, jos proteesi joudutaan uusimaan tai jos hoitamattomien sairauksien takia tarvitaan myöhemmin laajempaa hoitoa. Joissakin tapauksissa terveyskeskuksessa tehty osaproteesi voi olla potilaalle edullisempi, kun hyvinvointialue on kilpailuttanut hammastekniset palvelut ja tuottanut hoidon osana kokonaisuutta. Tämäkin seikka jää huomiotta, jos kustannuslaskelmissa tarkastellaan vain yksityisen erikoishammasteknikon toteuttamaa työtä. Lisäksi myös asiakasmaksutuotto proteetisistä töistä on myös hyvinvointialueelle melko hyvä, erityisesti, jos hoitokokonaisuus saadaan valmiiksi tiiviinä hoitokokonaisuutena.

Esityksessä mainitaan, että "Erikoishammasteknikon valmistaessa osaproteesin itsenäisesti asiakas maksaa hoidosta yhden tai kahden hammaslääkärikäynnin ja toimenpidemaksujen lisäksi ainoastaan erikoishammasteknikon veloittamat kulut, myös eri valmistusvaiheissa olevan osaproteesin kuljettamiskustannukset hammaslääkärin ja hammasteknikon laboratorion välillä jäisivät pois." Kliinisen työn kustannus kerryttää myös maksukatkoa. Kustannukset osalta Siun Soten alueella proteettinen hoito on saatu hinnaltaan jopa edullisemmaksi asiakkaalle verraten paikallisten teknikkojen hinnastoihin, kun lasketaan kustannus asiakkaalle proteettisten töiden kilpailutuksen edullisimman hinnan mukaan yhteenlaskettuna asiakasmaksujen kanssa. Lisäksi tässä tilanteessa asiakasmaksutuotto jää hyvinvointialueelle. Huolen aiheena siis on, että potilaan maksettavaksi jäävät kokonaiskustannukset kasvavat.

Digitaalisten CAD-CAM-tekniikoiden yleistyminen muuttaa tilannetta olennaisesti, sillä vuonna 2018 CAD-CAM tekniikka ei ollut riittävän kehittyntä. Hammaslääkärin vastaanotolla voidaan yhä useammin valmistaa osaproteesi nopeammin ja vähemmällä käynneillä kuin perinteisin menetelmin, mikä vähentää sekä potilaan että terveydenhuollon kustannuksia. Laitteistot yleistyvät jatkuvasti eri hyvinvointialueilla. Nämä kustannuslaskelmat eivät nykyisellään huomioi digitalisaation tuomia mahdollisuuksia hoitopolun tehostamiseen.

On selvennettävä, kuka kantaa vastuun, jos proteesi valmistetaan potilaalle, jolle hammaslääkäri ei olisi katsonut sitä aiheelliseksi, ja seurauksena potilaan suun tila heikkenee. Ilman selkeää vastuunjakoja ja vakuutusturvaa riskinä on, että potilas jää ilman korvausta aiheutuneesta haitasta ja syntyy lisäkustannuksia.

On hyvä, että perustelumuiiston kohdassa 5.2.2 tunnistetaan tilanteet, joissa erikoishammasteknikon osaaminen ei riitä, kuten merkittävien rakenteellisten vammojen tai vakavien suun sairauksien yhteydessä. Kuitenkin ilmaisu "jokin vakava sairaus" on liian yleinen ja vaatii tarkennusta. Myös ei-vakavat suun sairaudet ovat este protetiikalle.

Vaikka säädösten mukaan hammasteknikon on ohjattava potilas jatkotutkimuksiin esimerkiksi hammaslääkärille, mikäli potilaan tilanne edellyttää hammaslääketieteellistä tutkimusta, taudinmäärittäystä tai siihen liittyvästä hoidosta päättämistä, edellä mainittujen asioiden arvio kuuluu hammaslääkärin osaamisen alle, eikä erikoishammasteknikon. Eli kysymys kuuluukin, että kuinka voidaan varmistua siitä, että edellämainittu kohta potilasturvallisuudessa toteutuu.

Ehdotamme, että tässä yhteydessä määritellään tarkemmin, mitä sairauksia tällä tarkoitetaan, jotta käytäntö olisi yhtenäinen ja potilasturvallisuus varmistuu. Tällaisia voivat olla esimerkiksi:

aktiivinen karies, jonka hoito ja seuranta on kesken

hoitamaton parodontiitti tai ientulehdus

hoitamattomat limakalvomutokset

akuutit infektiot tai kiputilat

hoitamattomat purentaelimen toimintahäiriöt

Näiden kirjaaminen muistioon selventäisi, milloin erikoishammasteknikon tulee ohjata potilas hammaslääkärille ennen työn aloittamista. Samalla se vähentäisi tulkinnanvaraa, parantaisi potilasturvallisuutta ja helpottaisi myös erikoishammasteknikoiden vastuukysymyksiä. Lähetteellä tai hammaslääkärin todistuksella tämä vastuullisuusongelma olisi ratkaistu.

Tekninen osaaminen ja hammaslääketieteellinen arviointi täydentävät toisiaan. Potilaan suun kokonaishoidon tulee olla keskiössä, ja hammaslääkärin rooli tulee säilyttää kiinteänä osana hoitopolkua myös jatkossa.

Joensuussa 15.9. 2025

Konsta Naumanen

HLL, vs. ylihammaslääkäri

Siun Sote , Suun terveydenhuolto/ perusterveydenhuolto

Outi Hirvonen

EHL, kliininen hammashoito, parodontologia

Siun Sote, Suun terveydenhuolto/perusterveydenhuolto

Virva Vääntinen

Siun sote, johtava ylihampaslääkäri pth, EHL

Vänttinen Virva

Pohjois-Karjalan Ympäristöterveys / Pohjois-Karjalan sosiaali- ja
terveyspalvelujen kuntayhtymä - Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, suun
perusterveydenhuolto