



Hammaslääkäriasemat ketjuuntuvat – miten ketjuuntuminen näkyy hammaslääkärin työssä?

Käynyt läpi vertaisarvioinnin.
Hyväksytty julkaistavaksi 7.5.2021.



Lähtökohdat

Vuosituhanen alussa käynnistyi kiihtyvä trendi, jossa yksityisen hammaslääkärialan toimijat alkoi-
vat muodostaa suurempia ketjuja. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, vaikuttaako ketjuuntuminen hammaslääkärin työhön ja sitä kautta potilaisiin, heidän palvelukemukseensa ja heille annettavaan hoitoon.

Menetelmät

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, joka lähetettiin kaikille Suomen Hammaslääkäriliiton jäsenille tammikuussa 2018. Tutkimuksen pääkohderyhmänä olivat hammaslääkärit, jotka ovat 2000-luvulla työskennelleet yksityisen sektorin vastaanotolla ajankohtana, jolloin kyseinen vastaanotto myytiin osaksi suurempaa yritystä.

Tulokset

Kyselyn perusteella ketjuuntuminen oli yhtenäistänyt hoitokäytäntöjä, tuonut uutta tekniikkaa ja apuvälineitä hammaslääkärin työskentelyn tueksi sekä mahdollistanut hoidon toteuttamisen moniammatillisemmin. Toisaalta moni vastaajista koki ketjuuntumisen lisänneen työhön kohdistuvaa taloudellista ohjausta ja kaventaneen kliinistä autonomiaa.

Johtopäätökset

Ketjuuntumisella on ollut sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia. On tärkeää, että hammaslääkärit säilyttävät muutoksessa kliinisen autonomiansa ja pystyvät tekemään hoitotyötään lääketieteellisin perustein, mikä on myös potilaiden etu.

Miten ketjuuntuminen näkyy hammaslääkärin työssä?

Aapo Hettula, Minna Kaila, Jaakko Koivumäki, Aura Heimonen

Noin puolet (48,7 %) suomalaisista hammaslääkäreistä toimii pää- tai sivutoimisesti yksityisvastaanotoilla (1). Hammaslääkäri-
vastaanotot ovat perinteisesti olleet pieniä ryhmävastaanottoja tai yhden ihmisen niin sanottuja soolovastaanottoja. Vuosikymmeniä ainoa suuri yksityinen toimija Suomessa oli 1970-luvulla toimintansa käynnistänyt Plusterveys (2).

Ketjuuntuminen on kiihtynyt koko 2000-luvun ajan. Yhdeksi syyksi on arvioitu yhä lisääntyvää velvoitteiden määrää. Nämä uudet velvoitteet, jotka liittyvät muun muassa sähköiseen arkistointiin, ovat saaneet monet pienyritykset myymään yrityksensä isomalle toimijalle (2). Isompien ketjujen ostohalukkuutta puolestaan on lisännyt pienten toimijoiden potilaskunta, joka on usein uskollista sitä hoitaneelle hammaslääkärille (2). Myös pelko sosi-
aali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen eli sote-uudistuksen tuomista haasteista pienyrityksille on

saanut yhä useamman yrittäjän harkitsemaan vastaanottonsa myyntiä (3).

Terveydenhuollon markkinaehtoisuus on voimistunut monessa maassa, ja pääomasijoittajien kiinnostus terveydenhuoltoon on lisääntynyt (4). Suomi on näyttäytynyt houkuttelevana maana sijoittajien silmissä muun muassa siksi, että meillä yksityisen hammaslääkäri-
vastaanoton omistajan ei tarvitse olla suun terveydenhuollon ammattilainen (5).

Pääomasijoittajapohjaisten terveydenhuollon alan yritysten haasteena on saada sovittua yhteen voitontavoitteleminen ja lääketieteellisesti perusteltu hoito. Näiden yritysten kohdalla vaarana pidetäänkin sitä, että taloudelliset seikat ylikorostuvat tarvittavan ja riittävän hoidon kustannuksella. Vaikka pääomasijoittajapohjaiset terveydenhuollon alan yritykset voivat tuottaa korkeatasoista hoitoa, liiallinen taloudellinen ohjaus saattaa johtaa turhiin hoitoihin tai ylihoitamiseen (6), mikä edistää pi-

kemminkin potilaiden jatkohoitoa kuin terveyttä (7). Toisaalta suuressa yrityksessä potilaan kokonaishoito voi olla helpompi toteuttaa parhaalla mahdollisella tavalla kuin pienellä vastaanotolla, sillä henkilöstön osaaminen on laajalaisempaa (8).

Yksityisen hammaslääkärialan ketjuuntumisesta on tehty Suomessa hyvin vähän tutkimusta, vaikka aihe on puhuttanut sekä mediassa että terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Tähänastinen tutkimus koostuu lähinnä yksityisten yritysten teettämistä selvityksistä, joissa kartoitetaan markkinoita ja niiden mahdollisuuksia yritysten näkökulmasta. Näitä selvityksiä ei kuitenkaan yleensä ole julkaistu. Lähes ainoiksi kotimaisiksi lähteiksi jäivät näin ollen aihetta käsittelevät artikkelit esimerkiksi Kauppalehdessä ja Taloussanomissa.

Tässä tutkimuksessa keskityttiin yritysten ja yrittäjien sijasta vastaanotoilla työskenteleviin hammaslääkäreihin ja heidän näkökulmaansa: olivatko he kokeneet muutoksia omassa arkityössään yrityksen siirtyessä osaksi isompaa ketjua. Keskeiset tutkimuskysymykset olivat:

1. Onko työnjako ja potilaiden ohjaus muuttunut?
2. Onko yrityksen taholta tullut ohjeistusta hoitopäätösten tekemiseen?
3. Onko työntekijöiden työtyytyväisyys ketjuun siirtymisen myötä muuttunut?

Tutkimuksen tekeminen aiheesta on tärkeää, jotta saadaan tietoa siitä, vaikuttaako ketjuuntuminen käytännössä hammaslääkärin työhön ja sitä kautta potilaisiin, heidän palvelukokemukseensa ja heille annettavaan hoitoon.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena yhteistyössä Suomen Hammaslääkäriliiton kanssa. Linkki sähköiseen kyselylomakkeeseen lähetettiin kaikille Hammaslääkäriliiton jäsenille liiton uutiskirjeen yhteydessä tammikuussa 2018. Tutkimuksesta tiedotettiin ja kyselyn verkko-osoite jaettiin myös Ham-

maslääkärilehdessä. Kysely sisälsi sekä määrällisiä että laadullisia kysymyksiä. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja siihen vastattiin anonymisti, eikä yksittäisiä vastaajia ole ollut mahdollista tunnistaa. Tutkimuksessa noudatettiin yleisiä tieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita, eikä erillistä eettistä lupaa tarvittu.

Tutkimuksen pääkohderyhmänä olivat hammaslääkärit, jotka ovat 2000-luvulla työskennelleet yksityisen sektorin vastaanotolla aikana, jolloin vastaanotto on myyty osaksi suurempaa yritystä. Vastausmahdollisuus annettiin kaikille kyselyn saajille, mutta kyselylomakkeella eroteltiin muista vastaajista ne, jotka olivat työskennelleet myytävässä yrityksessä yritysfuusion aikana. Vastaajaryhmille osoitettiin eri kysymykset.

Kysely koostui pääasiassa pääkohderyhmälle osoitetuista strukturoidusta kysymyksistä, joista useimmissa oli mahdollista tarkentaa omaa vastaustaan sanallisesti. Lisäksi kysely sisälsi yhden aihepiiriin liittyvän avokysymyksen. Osa kysymyksistä oli esitetty väittämän muodossa, ja vastausvaihtoehdot oli annettu 5-portaisella Likert-asteikolla (täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä). Pääkohderyhmään kuulumattomille vastaajille osoitettiin kyselyn lopussa viisi aiheeseen liittyvää yleisluontoista kysymystä. Tässä tutkimuksessa viimeksi mainittujen vastaajien vastauksia ei kuitenkaan analysoitu, vaan tutkimus keskittyi pääkohderyhmän vastauksiin.

Kyselylomakkeen alussa kysyttiin vastaajan taustatietoja sekä vastaanottoon ja sen fuusioitumiseen liittyviä yksityiskohtia. Lisäksi tiedusteltiin, millaisia vaikutuksia ketjuuntumisella oli ollut vastaanoton toimintaan, toimintakäytänteisiin, työyhteisöön, potilasmääriin, potilaiden hoitoon sekä vastaajan työnkuvaan ja työhyvinvointiin. Väittämämuotoisia kysymyksiä ja Likert-asteikkoa hyödynnettiin kysymyksissä, jotka käsitelivät ketjuuntumisen aiheuttamia muutoksia vastaanoton toiminnassa; tällaisia olivat esimerkiksi ”Koen, että ketjuuntumisen myötä toiminta yrityksen sisällä on järjestelmällisempää

hallinnollisesti” sekä ”Koen, että toiminta vastaanotolla on taloudellisesti tuloshakuisempaa aiempaan verrattuna”. Väittämämuotoisilla kysymyksillä selvitettiin myös yksittäisen hammaslääkärin työssä tapahtuneita muutoksia; tähän liittyviä väitteitä olivat esimerkiksi ”Koen ketjuuntumisen myötä työni aiempaa merkityksellisemmäksi” sekä ”Koen, että ketjussa työskennellessäni kliininen autonomiani on kaventunut”.

Tutkimusaineiston analysointi perustui suorien jakaumien ja avoimien vastausten tulkintaan. Tutkimusaineiston käsittelyyn käytettiin IBM SPSS Statistics -ohjelmiston versiota 25.

Tulokset

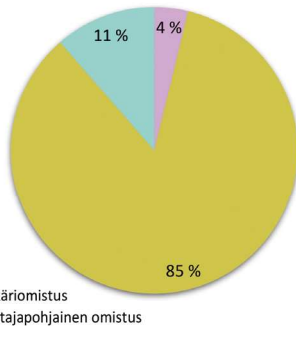
Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi yhteensä 179 hammaslääkärää, joista naisia oli 116 (65 %) ja miehiä 63 (35 %). Kaikista vastaajista 168 (94 %) oli työskennellyt yksityisellä sektorilla; päätoimisesti yksityissektorilla toimi 144 (80 %). Tutkimuksen pääkohderyhmän muodostivat vastaajat, jotka olivat työskennelleet 2000-luvun aikana yksityisellä hammaslääkäri-vastaanotolla aikana, jolloin vastaanotto muuttui itsenäisestä yrityksestä osaksi hammaslääkäriasemaketjua. Näitä vastaajia oli 73 (41 %) kaikista kyselyyn vastanneista. Tässä artikkelissa analysoidaan vain pääkohderyhmän vastauksia.

Kohderyhmän vastaajista 43 (59 %) työskenteli HYKS-erityisvastuualueella (erva-alueella), 9 (12 %) TAYSin erva-alueella, 9 (12 %) TYKSin erva-alueella, 6 (8 %) KYSin erva-alueella ja 4 (6 %) OYSin erva-alueella. Suurin osa vastaajista (70 %) työskenteli yli 100 000 asukkaan kunnassa.

Vastaajien keski-ikä oli 52 vuotta (vaihteluväli 28–68 vuotta), ja heistä 61 (84 %) oli laillistettu hammaslääkärik-si ennen vuotta 2000. Erikoishammaslääkärin tutkinnon suorittaneita oli 10 (14 %).

Vastaajista 43 (59 %) oli aiemmin ollut omistajana vastaanotolla, joka oli myyty osaksi jotakin hammaslääkäriasemaketjua. Suurimmalla osalla



Kuvio 1. Vastaanottojen omistus ketjuuntumisen jälkeen tutkimusaineistossa (n = 79).

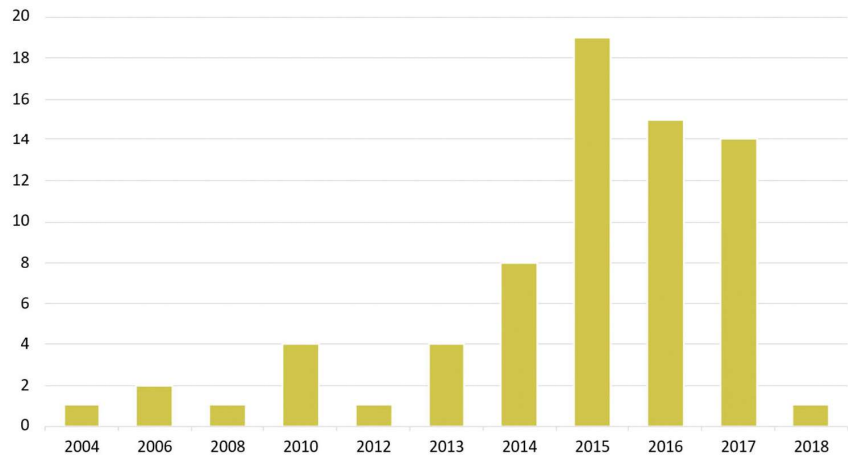
vastanneista yrityksen omisti myynnin jälkeen pääomasijoittaja (kuvio 1). Kyselyn vastausten perusteella pääosa vastaanottojen ketjuuntumisesta oli tapahtunut 2010-luvulla (kuvio 2). Koska kysely toteutettiin alkuvuodesta 2018, ovat vuoden 2018 tiedot vajavaiset.

Klininen työ

Vastaajien näkemykset siitä, miten ketjuuntuminen on vaikuttanut vastaanoton toimintaan, on kuvattu taulukossa 1. Niistä vastaajista, joiden mielestä oma potilasmäärä oli muuttunut ketjuuntumisen myötä, suurin osa (n = 28; 90 %) ilmoitti potilasmääränsä vähentyneen.

Ne vastaajat, joiden mielestä potilaat ohjattiin ketjuuntumisen myötä hoitavalle henkilölle eri periaatteilla kuin ennen, katsoivat, että keskitetty ajanvaraus ei toiminut. Heidän mukaansa potilaille jaettiin yleensä lähimmät vapaat ajat, jotka eivät välttämättä olleet samalle hammaslääkärille kuin aiemmin (4 vastaajaa). Osa vanhoista työntekijöistä (6 vastaajaa) koki, että uusia aikoja annettiin epätasapuolisesti eli enemmän uusille työntekijöille, joilla oli enemmän tyhjiä aikoja.

Kyselyssä tarkasteltiin myös ketjuuntumisen aiheuttamia muutoksia yksittäisten toimenpiteiden tasolla. Joidenkin avovastausten perusteella potilaita ohjattiin ketjuuntumisen myötä



Kuvio 2. Vuosi, jolloin itsenäinen vastaanotto muuttui ketjuvastaanotoksi tutkimusaineistossa (n = 70).

aiempaa enemmän erikoishammaslääkäreille (5 vastaajaa), ja lisäksi ketjun johto oli kehottanut hammaslääkäreitä lähettämään potilaita parodontologiseen hoitoon suuhygienistille aiempaa enemmän (4 vastaajaa). Vastaajat kokivat edellä mainitut muutokset sekä hyvänä että huonona asiana: yhtäältä pidettiin myönteisenä sitä, että tarjolla on erikoishammaslääkäreitä vaativampiin hoitoihin, mutta toisaalta koettiin, että yleishammaslääkärin toimenkuvaa oli supistunut.

Vastaajista 33 (46 %) oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä väitteestä, että ketjussa konsultointi (esim. erikoishammaslääkäri) oli helpompaa aiempaan verrattuna. Vastaajista 27 (38 %) taas oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä väitteestä. Suurin osa niistä vastaajista, jotka olivat jättäneet tähän kysymykseen avovastauksen (14 vastaajaa), tarkensi, että konsultointi oli aiemminkin onnistunut hyvin, eikä ketjuuntuminen ollut tuonut asiaan merkittävää muutosta huonompaan tai parempaan suuntaan.

Vastaajista 10 (14 %) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä väitteestä, että potilas saa ketjuun kuuluvassa yrityksessä parempaa kokonaisuhoitoa. Täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä oli

50 vastaajaa (69 %). Suurin osa sanallisen vastauksen jättäneistä (12 vastaajaa) arvioi, että ketjuun kuulumisella ei ole mitään tekemistä annetun hoidon laadun kanssa, vaan tämä riippuu hammaslääkäristä itsestään. Muutamassa avovastauksessa (3 vastaajaa) arveltiin kuitenkin, että suuressa yksikössä joillakin hammaslääkäreillä voi olla paine antaa potilailleen aiempaa laadukkaampaa kokonaisuhoitoa.

Vastaajista suurin osa (48 vastaajaa, 66 %) koki, ettei hammaslääkärin kliiniseen työhön ollut tullut ketjuuntumisen myötä uusia velvoitteita liittyen esimerkiksi raportointiin. Kolme vastaajaa kuitenkin kertoi, että hammaslääkäreille oli tullut velvoite tiettyyn keskituntilaskutukseen, jota työnantaja seurasi ja johon se myös puuttui. Yleisesti ottaen tietokoneella vietetyn ajan koettiin kasvaneen, mutta vastaajien mukaan tämä liittyi useimmiten Kanta-arkistoon ja sen edellyttämään rakenteiseen kirjautumiseen, joka olisi tullut osaksi työtä josta tapauksessa.

Vastaajista 46 (63 %) oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä väitteestä, että ketjussa työskennellessä kliiniseen työhön liittymättömiä asioita (esim. lasutus, materiaalihankinnat ja mainonta) on hoidettavana vähemmän, kun

taas 20 (27 %) oli täysin tai jokseenkin eri mieltä. Avovastauksissaan monet vastaajat (7 vastaajaa) tarkensivat, että kliiniselle työlle oli jäänyt enemmän aikaa, kun yritys hoiti esimerkiksi kirjanpidon ja palkanlaskennan sekä huolehti erilaisten viranomaismääräysten noudattamisesta.

Noin puolet vastaajista (36 vastaajaa, 49 %) ilmoitti, että ketju oli antanut ohjeistuksia tai suosituksia liittyen hoitopäätösten tekemiseen. Vastaajat kokivat painostuksena kehotukset tehdä mahdollisimman paljon erilaisia pikatestejä (3 vastaajaa), kallista kiinteää protetiikkaa (4 vastaajaa) ja läheteitä suuhygienistin vastaanotolle (4 vastaajaa). Joissakin tapauksissa (3 vastaajaa) potilaille oli myyty jo aikaa varatesa parodontologiseen diagnostiikkaan käytettävä entsyymitesti tehtäväksi vastaanotolla, ilman hoitavan hammaslääkärin arviota testin tarpeellisuudesta.

Useissa avovastauksissa (18 vastaajaa) nousi esiin, että ketju painosti hammaslääkäreitä suoraan tekemään erilaisia röntgentutkimuksia, erityisesti panoraamatomografia (PTG) -kuvauksia, huomioimatta hoitavan hammaslääkärin arviota siitä, täytyivätkö säteilytutkimuksen oikeutusperiaatteet. Yksi vastaaja jopa kertoi, että hammaslääkärin palkkioprovisiot oli sidottu siihen, paljonko hän otattaa PTG-kuvia suun perustutkimusten yhteydessä.

Kysyttäessä suoraan mielipidettä väitteeseen ”Koen, että ketjussa työskennellessäni kliininen autonomiani on kaventunut” jakautuivat näkemykset lähestulkoon kahtia: vastaajista 29 (40 %) vastasi ”Täysin samaa mieltä” tai ”Jokseenkin samaa mieltä”, kun taas 33 (45 %) vastasi ”Täysin eri mieltä” tai ”Jokseenkin eri mieltä”. Tähän kysymykseen saatujen avovastausten perusteella ketju ei puuttunut kliiniseen työhön suoraan, mutta muun muassa materiaalivalikoimaan ja instrumenttien käyttöön oli tullut rajoituksia. Muutama vastaaja (4 vastaajaa) kertoi tässä yhteydessä kuitenkin, että hammaslääkärin oli jatkuvasti puolustettava kliinistä autonomiaansa.

Taulukko 1. Ketjuuntumisen vaikutukset vastaanoton toimintaan.

Tilanne ketjuuntumisen jälkeen:	Avovastauksissa esille tulleet syyt:
Potilasmäärä	
Vähentynyt: 28 (90 %)	• hintojen nousu • toimistomaksu • ketjujen yleinen huono maine • palvelu muuttunut joustamattommaksi ja ”kasvottomammaksi”
Kasvanut: 3 (10 %)	• parempi markkinointi • verkkoajanvaraus
Potilaiden ohjaus hammaslääkäreille	
Muuttunut: 29 (40 %)	• keskitetty ajanvaraus ei toimi • vääränmittaiset vastaanottoajat • uusien aikojen epätasapuolinen jako
Ei muuttunut: 24 (33 %)	
Toimenpiteiden jako työntekijöiden kesken	
Muuttunut: 25 (34 %)	• erikoishammaslääkäreille ohjaaminen lisääntynyt • kehoitettu ohjaamaan potilaita parodontologiseen hoitoon suuhygienistille
Ei muuttunut: 33 (45 %)	
Uudet velvoitteet (esim. raportointi)	
Kyllä: 25 (34 %)	• velvoite tiettyyn keskituntilaskutukseen • tietokoneella vietetty aika kasvanut
Ei: 48 (66 %)	
Uudet ohjeistukset/suosituksiset hoitopäätösten tekemiseen	
Kyllä: 36 (45 %)	• hoito Käypä hoito -suositusten ja tiettyjen laatukriteerien mukaan • uusien diagnostisten tai toimenpiteisiin liittyvien apuvälineiden ja tekniikan käyttöönotto
Ei: 37 (51 %)	

Lisäksi vastaajat kertoivat avovastauksissaan, että kiire ja työn kontrollointi ulkopuolelta olivat lisääntyneet. Myös hoitohenkilökunnan vaihtuvuus ja kliiniseen työhön liittymättömät tehtävät olivat lisääntyneet. Toisaalta osa aiemmin vastaanottonsa omistaneista (7 vastaajaa) ilmoitti, että ketjussa työskennellessä kliiniseen työhön oli enemmän aikaa, koska muut hoitivat hallinnolliset asiat. Vastausten perusteella hammashoitajien työnkuva oli laajentunut ja avustava henkilökunta usein kiersi ketjun eri toimipisteissä (7 vastaajaa). Tämä koettiin sekä hyväksi että huonoksi asiaksi.

Jotkut vastaajat olivat tyytymättömiä siihen, että hammaslääkärin tuli käyttää ketjun osoittamaa yhteistyöhammaslaboratoriota, vaikka klinikko olisi esimerkiksi ollut tyytymättömän työn laatuun tai hänen jostakin muusta syystä olisi ollut tarpeen käyttää toista hammaslaboratoriota (6 vastaajaa). Myös vaikutusmahdollisuuksien sen suhteen, millaisia aineita tai instrumentteja hammaslääkäri sai käyttää työssään, koettiin kaventuneen (5 vastaajaa).

Reilu puolet (40 vastaajaa, 55 %) oli täysin tai jokseenkin eri mieltä väitteestä, että ketjussa toiminta on hallinnollisesti järjestelmällisempää, kun taas



noin kolmasosa (22 vastaajaa, 30 %) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Avovastausten perusteella jotkut (7 vastaajaa) kokivat ketjun hallinnon raskaaksi ja byrokraattiseksi. Monien vastaajien (15 vastaajaa) mukaan hallinnossa oli liian vähän substanssiosaamista ja paikallistuntemusta, minkä koettiin huonontavan toiminnan laatua.

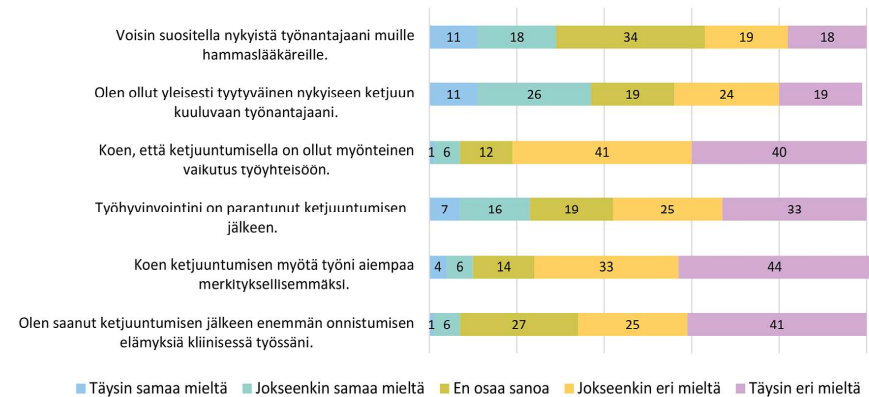
Kolmasosa (24 vastaajaa, 33 %) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä väitteestä, että vaikutusmahdollisuudet omiin työaikoihin tai -määrään olivat huonontuneet. Suurin osa (42 vastaajaa, 58 %) oli kuitenkin tästä väitteestä täysin tai jokseenkin eri mieltä. Avovastauksissa kerrottiin, että yhtäältä omiin työaikoihin ja lomiin pystyi hyvin vaikuttamaan, mutta toisaalta ketjussa työaikoja seurattiin tarkemmin ja ne olivat aiempaa joustamattomammat.

Suurin osa vastaajista (60 vastaajaa, 83 %) ilmoitti olevansa täysin tai jokseenkin samaa mieltä väitteestä, että ketjussa toiminta on taloudellisesti tuloshakuisempaa; 6 (8 %) vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä, ja täysin eri mieltä ei ollut yksikään. Avovastauksissa moni oli huolissaan taloudellisten seikkojen ja tuoton ylikorostumisesta (14 vastaajaa). Vastaajat katsoivat, että liika taloudellinen ohjautuvuus on riski hoidon laadulle.

Työtyytyväisyys

Yleisesti ottaen vastaajat kokivat, etteivät työtyytyväisyys ja -hyvinvointi olleet parantuneet ketjuuntumisen myötä, vaan monella osa-alueella suunta oli ollut päinvastainen (kuvio 3). Avovastauksissaan vastaajat kertoivat kuitenkin, ettei ketjuuntuminen ollut vaikuttanut omiin onnistumisen elämyksiin päivittäisessä klinisessä työssä.

Vastaajista 67 (92 %) oli havainnut työyhteisössä muutoksia ketjuuntumisen jälkeen. Avovastausten perusteella ilmapiiriin vastaanotoilla oli koettu kirstyneen. Joissakin avovastauksissa (8 vastaajaa) tuotiin ilmi epävarmuuden lisääntyminen sen myötä, että hammaslääkärin ja -hoitajien sopimukset uusittiin ja erityisesti avustavan hen-



Kuvio 3. Työtyytyväisyys ketjuuntumisen jälkeen (%) (n = 73).

kilökunnan työnkuviin tuli muutoksia. Vastauksissa koettiin negatiiviseksi se, että avustava henkilökunta kiersi eri hammaslääkärin ja ketjun eri toimipisteiden välillä, eikä yksilöllisiä toiveita otettu huomioon. Työyhteisö koettiin aiempaa pirstaloituneemmaksi, minkä myötä yhteishengen vastaanotoilla katsottiin huonontuneen.

Ketjujohdon taholta tulleen sääntelyn, jatkuvan tulosseurannan ja toiminnanohjauksen sekä byrokratian koettiin huonontaneen ilmapiiriä. Monet vastaajat katsoivat, että vastaanottojen toimintaa muutettiin ja yhtenäistettiin keskushallinnon mielen mukaan, otamatta tarpeeksi huomioon vastaanotoilla työskentelevän henkilöstön mielipiteitä (7 vastaajaa).

Toisaalta erityisesti useampi sellainen vastaaja, joka aiemmin oli omistanut vastaanottonsa (7 vastaajaa), koki työhyvinvointinsa parantuneen, kun taloudellinen vastuu ja toiminnan ohjaaminen oli siirtynyt muille henkilöille ja itse pystyi keskittymään kliniseen työhön. Toisaalta tulosvastuu oli ketjuissa laskutuksen osalta tiukempaa ja ketjujohto kiinnitti laskutettavaan potilastyöhön aiempaa enemmän huomiota, mistä vastaajat eivät yleisesti ottaen pitäneet.

Monista kehittämistarpeista ja epämieluisista muutoksista huolimatta 27 vastaajaa kertoi olevansa yleisesti ottaen tyytyväisiä ketjuun kuuluvaan vuokran- tai työnantajansa. Sen sijaan 31

vastaajaa oli täysin tai jokseenkin tyytymättömiä. Hieman alle kolmannes (21 vastaajaa) katsoi, että voisi suositella nykyistä ketjuun kuuluvaa työn- tai vuokranantajaansa muille hammaslääkäreille. Avovastauksissaan neljä vastaajaa kertoi, että toiminta ketjussa oli vasta aluillaan, eikä asiasta siksi ollut vielä mielipidettä. Moni (12 vastaajaa) kuitenkin ilmoitti suoraan harkitsevansa työpaikan vaihtoa ja kertoi, että näin tekivät myös monet vastaanotolla työskentelevät kollegat.

Pohdinta

Kyselytutkimuksen perusteella voidaan varovaisesti päätellä, ettei ketjuuntumisen itsessään ole tuonut hammaslääkärin päivittäiseen työskentelyyn muutoksia, jotka vaikuttaisivat potilaalle annettavaan hoitoon merkittäväällä tavalla. Parhaimmillaan ketjuuntuminen on saanut aikaan sen, että hoitokäytänteitä on yhtenäistetty Käypä hoito -suositusten mukaisiksi ja hammaslääkärit ovat saaneet uutta tekniikkaa ja apuvälineitä työskentelyn tueksi. Laajemman työyhteisön avulla hoitoja on mahdollista toteuttaa enemmän moniammatillisesti, jolloin esimerkiksi työnjako hammaslääkärin, erikoishammaslääkärin ja suuhygienistin välillä onnistuu helpommin. Isommissa organisaatioissa voidaan pitää myönteisenä myös sitä, että hammaslääkärin on mahdollista käyttää enemmän aikaa kliniseen työhön, kun

siihen liittymättömiä asioita – kuten markkinointia – hoitaa pääasiassa muu henkilöstö.

Myönteisten asioiden lisäksi ketjuuntuminen on tuonut mukanaan myös kielteisiä ilmiöitä. Ketjuuntumisen myötä toiminnan taloudellinen ohjaus on lisääntynyt, jolloin vaarana on taloudellisten seikkojen ylikorostuminen potilaille annettavan hoidon laadun kustannuksella. Monien vastaajien mukaan ketjuutuksen hallinnossa työskentelee liian paljon sellaisia henkilöitä, joilla ei ole alan substanssiosaamista, jolloin ero lääketieteellisesti perustellun hoidon ja tuloksen tekemisen välillä sumentuu. Yksityisillä terveydenhuoltomarkkinoilla onkin haaste sovittaa yhteen taloudellinen voitontavoittelu ja lääketieteellisesti perusteltu hoito. On ymmärrettävää, että tietty vähimmäiskeskittämiskäytäntö on yksityisen yrityksen kannattavuuden ja toiminnan seurannan keskeinen mittari, mutta se ei kuitenkaan saa vaikuttaa potilaille annettavaan hoitoon.

Liiallinen toiminnan muuttaminen taloudellisen voitontavoittelun nimissä vaarantaa myös hammaslääkärikunnan kliinisen autonomian. Yksi tämän autonomian keskeinen elementti on perinteisesti ollut hammaslääkärin oikeus päättää potilaan hoidosta itsenäisesti. Tämän tutkimuksen perusteella alan ketjuuntuminen ei ainakaan vielä ole vienyt hammaslääkäreiltä kliinistä autonomiaa, mutta viitteitä sen heikentymisestä on jo nähtävissä. On luonnollista, että isossa organisaatiossa yhtenäistetään toimintatapoja, jotta toiminta on taloudellisesti kannattavaa ja kustannukset saadaan pidettyä kohtuullisina. Toimintaa yhtenäistettäessä tulee kuitenkin aina pitää mielessä, että jokaisella klinikalla on oikeus itse päättää antamistaan hoidoista ja käyttämistään hoitomenetelmistä.

On tärkeää, että ketjujen hallinnossa työskentelee riittävästi terveydenhuoltoalan ammattilaisia, jotta alan erityispiirteet voidaan ottaa toiminnassa huomioon. Asian tärkeyttä valaisee hyvin tässä tutkimuksessa vahvasti esiin

Dental private practice is in the process of chaining – how is this reflected in the dentist's work?

A clear trend is apparent as private dental practices have been forming bigger aggregates since 2000. The aims of this study were to explore chaining: whether and how it affects the dentist's work, and, thereby, patients, their service experience and the way they are treated.

This was a survey sent electronically to all members of the Finnish Dental Association in January 2018. We were especially interested in dentists who had worked in private practice from 2000 onwards, and whose practice was fused with a larger

chain later.

According to the responses, chaining of a private practice has unified treatment procedures, brought in new technologies and enhanced working interprofessionally. On the other hand, it has also increased economic control and reduced clinical autonomy.

The chaining of private practices has positive and negative sides. It is important that dentists retain their clinical autonomy in providing evidence based care, which is also in the patients' best interest.

noussut tilanne, jossa yrityksen hallinto on kehottanut hammaslääkäreitä ottamaan mahdollisimman paljon röntgenkuvia. Jokainen hammaslääkäri tietää, että röntgenkuvauksen täytyy aina olla hammaslääketieteellisesti indikoitu ja täyttää säteilyn käytön oikeutusperiaatteet. Ylimääräisten röntgenkuvien ottaminen taloudellisen voitontavoittelun nimissä ei ole ainoastaan eettisesti väärin, vaan se myös vaarantaa potilasturvallisuuden.

Hammaslääkärien työtilanteen kannalta huolestuttavaa on, että noin kolmasosa vastaajista ilmoitti potilasmääränsä muuttuneen ketjuuntumisen myötä; suurimmalla osalla näistä vastaajista potilasmäärä oli vähentynyt. Potilasmäärän vähentyminen ei välttämättä suoranaisesti johdu liittymisestä ketjuun, vaan osasyynä lienee palveluntarjoajan uusi nimi ja konsepti, joiden myötä potilailla on luonnollinen hetki kilpailuttaa palveluntarjoajansa uudelleen. Voidaan olettaa, että ketjujen maine potilaiden silmissä paranee, kun tilanne vakiintuu. Erilaisten alennuskampanjoiden sijaan ketjujen tulisi keskittyä tarjoamaan laadukasta hoitoa kohtuuhinnoin, jolloin potilaiden luottamus isoa organisaatiota kohtaan pa-

ranee. Potilasmäärän vähentymiseen olivat varmasti vaikuttaneet myös ketjuun liittymisen myötä nousseet hinnat sekä toimistomaksu, jota ei useimpien vastausten perusteella ollut aiemmin laskutettu. Ketjujen hinnat ovat keskimäärin korkeammat kuin itsenäisten vastaanottojen (9), mutta vielä huomattavasti enemmän potilaiden kukkarossa on tuntunut Kela-korvausten pieneneminen. Yksityisen hammashoidon Kela-korvauksia leikattiin vuosina 2015 ja 2016. Tällöin yksityisestä hammashoidosta maksettujen korvausten määrä pieneni 41 prosenttia ja korvausta saaneiden osuus koko väestöstä supistui 5,7 prosenttia. Vuonna 2015 tuli myös voimaan rajaus, jonka mukaan potilas voi saada Kela-korvauksen suun perustutkimuksesta vain joka toinen kalenterivuosi. (9.) Ketjuuntumisen aikainen Kela-korvausten pieneminen ja potilaan omavastuusuuden kasvaminen on siis osaltaan voinut vaikuttaa vastaajien kokemaan potilasmäärän vähentymiseen.

Yksityisen hammashoidon historiassa ketjut ovat suhteellisen uusi ilmiö, ja toiminta näissä yrityksissä hakee vielä muotoaan. Tämä vaikuttaa varmasti kyselyssä ilmenneeseen työtyytyväisyyden heikentymiseen. Siirtyminen osaksi



isompaa organisaatiota aiheuttaa aina muutoksia, joihin tottuminen vie aikaa. Parhaimmassa tapauksessa ketjut kuuntelevat henkilöstön palautetta ja toimitaan muutetaan työtyytyväisyyden parantamiseksi.

Perinteisesti hammaslääkäriasemat ovat toimineet erillään lääkäriasemista, mutta viime vuosina jotkut aiemmin vain yleisterveyteen keskittyneet lääkäriasemaketjut ovat ottaneet palveluvalikoimaansa myös suun terveydenhuollon palvelut. Ketjuuntuminen antaakin parhaimmillaan mahdollisuuden integroida suunterveys tiiviimmin osaksi yleisterveyttä, parantaa suun terveydenhuollon arvostusta ja siten mahdollistaa myös sen, että yhteiskunta ohjaisi tulevaisuudessa enemmän resursseja suun terveydenhuoltoon.

Hammaslääkärikunnan on ensiarvoisen tärkeää säilyttää yhtenäisyytensä ja puolustaa profession – ja sitä kautta myös potilaiden – etuja maailmassa, jossa markkinavoimilla on yhä suurempi valta myös terveydenhuoltoalalla. Alan ketjuuntuminen on haaste niin hoitohenkilöstölle kuin potilaillekin, mutta parhaimmillaan se antaa potilaille mahdollisuuden laadukkaampaan

hoitoon ja hammaslääkäreille monipuolisempaan työhön.

Suomessa on noin 4 500 työikäistä hammaslääkärää (11), joista Hammaslääkäriliittoon kuuluu noin 95 % (12). Kyselytutkimus lähetettiin kaikille Hammaslääkäriliiton jäsenille uutiskirjeen yhteydessä, ja huomionarvoista onkin, että lähes kaikki Suomen hammaslääkärit saivat mahdollisuuden osallistua tutkimukseen. Vastauksia saatiin 179, ja tutkimuksen kohderyhmään kuului 73 vastaajaa. Vastausmäärä jäi tavoiteltua pienemmäksi, mikä vaikuttaa tulosten edustavuuteen. Aihepiiristä ei kuitenkaan ole Suomessa tehty aiempaa tieteellistä tutkimusta, joten puutteineenkin aineisto tuottaa uutta tietoa ja antaa virikkeitä uusille tutkimuksille. Joka tapauksessa tuloksista tehdyt tulokset ja päätelmät ovat luonteeltaan enemmän suuntaa antavia ja yleisluontoisia kuin yksityiskohtaisia.

Tämän kyselytutkimuksen perusteella hammaslääkäriasemien liittyminen osaksi suurempia ketjuja on vaikuttanut niiden toiminnan järjestämiseen ja hammaslääkärien jokapäiväiseen työhön. Tutkimustuloksiin tulee kuitenkin suhtautua kriittisesti, koska vastaaja-

joukko oli pieni eikä vastaajia valittu satunnaisotannalla. Yleisesti ottaen kyselytutkimuksiin liittyy usein myös se haaste, että niihin vastaavat erityisesti sellaiset henkilöt, joilla on vahvoja mielipiteitä aihealueeseen liittyen, eikä tutkimusaineistoon näin ollen saada kohderyhmästä kattavaa mielipidejakaumaa. ■

Aapo Hettula, HLL
Helsingin yliopisto
hettula.aapo@gmail.com

Minna Kaila, LT, professori
Helsingin yliopisto

Jaakko Koivumäki, YTT, erikoistutkija
Suomen Hammaslääkäriliitto

Aura Heimonen, HLT, EHL, yliopistonlehtori (suun terveydenhuolto)
Helsingin yliopisto

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia, jotka voisivat vaikuttaa artikkelin sisältöön.

Artikkeli perustuu Aapo Hettulan hammaslääketieteen lisensiaatin tutkintoon kuuluvien syventävien opintojen kirjalliseen työhön.

KIRJALLISUUS

1. Työmarkkinatutkimus 2018. Suomen Hammaslääkäriliitto; 2018. [https://www.hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/kuvat/liiton_toiminta/suomen_hammaslaakariliiton_tyomarkkinatutkimus_2018.pdf]. Viitattu 8.11.2020.
2. Muhonen T. Isot ketjut ahmivat nyt yksityisiä vastaanottoja – miten käy tutun hammaslääkärin? Taloussanomien 16.12.2016. [<http://www.is.fi/taloussanomien/yrittaja-art-2000005008923.html>]. Haettu 8.11.2020.
3. Ostajat ovat valmiina. Talouselämä 29.1.2016. [<https://www.talouselama.fi/uutiset/ostajat-ovat-valmiina/4c8e8b86-839c-3226-ad23-e6ea71ac73f2>]. Viitattu 8.11.2020.
4. Fran Collyer, Kevin White. The privatisation of Medicare and the National Health Service, and the global marketisation of healthcare systems. Health Sociology Review 2011; 20(3):

238–44. [<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14461242.2011.11003086?journalCode=rhsr20>]. Haettu 8.11.2020.

5. EU Manual of Dental Practice. Council of European dentists. [<https://cedentists.eu/library/eu-manual.html>]. Haettu 23.9.2020.
6. Cohen LC, Dahlen G, Escobar A, Fejerskov O, Johnson NW, Manji F. Dentistry in crisis: time to change. La Cascada Declaration. Aust Dent J 2017; 62(3): 258–60.
7. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, List S. ym. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. Lancet 2019; 394(10194): 261–72.
8. KPMG. The dental chain opportunity. [<https://home.kpmg.com/xx/en/home/insights/2017/05/the-dental-chain-opportunity.html>]. Haettu 23.9.2020.
9. Mikkola H, Komu M. How does competition work in private dental care services? – A study on pricing policy, market concentration and penetration. A paper presented at the 35th

NHESG Meeting in Reykjavik; 2014.

10. Blomgren J, Majanen T, Virta L. Yksityisten sairaanhoitopalveluiden käyttö, kustannukset ja Kela-korvaukset vuosina 2013–2016. Kuinka paljon Kela-korvausten alentamiset ovat vaikuttaneet palveluiden käyttöön? Kansaneläkelaitos; 2017. [<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/194795/Tyopapereita121.pdf?sequence=4&isAllowed=y>]. Haettu 23.9.2020.
11. Koivumäki J. Hammaslääkäriprofession ja suun terveydenhuolto taitekohdassa. Diasteema 2019; 2: 2–3. [http://tkhly.fi/wp-content/uploads/2019/04/Diasteema-2_2019_valmis_net-tiin.pdf]. Haettu 8.11.2020.
12. Suomen Hammaslääkäriliitto. Liitto edunvalvojana, asiantuntijana ja vaikuttajana. [<https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/liiton-toiminta/liitto-edunvalvojana-asiantuntijana-ja-vaikuttajana>]. Viitattu 8.11.2020.