

ORTODONTIA ERIALA ARENGUKAVA.

1. Eriala kirjeldus.

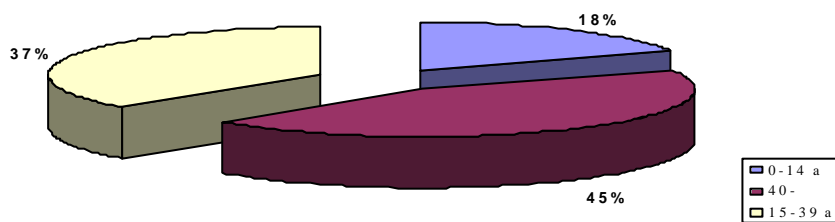
1.1. Eriala ja võimalike alamerialade definitsioon.

Ortodontia on hambaravi eriala, mis tegeleb näo kasvu ja arengu, anomaaliade etioloogia ja patogeneesi uurimisega; diagnostiliste, profülaktiliste ja ravimeetodite täiustamisega; laste ja täiskasvanute hamba-lõualuusüsteemi anomaaliade ennetamise, diagnoosimise ja raviga.

1.2. Erialast tervishoiuteenust vajava sihtgrupi kirjeldus põhidiagnoosi, vanuselise ja soolise struktuuri alusel.

2000. a. alguse seisuga moodustavad kuni 14 aastased lapsed 18% Eesti elanikkonnast (258 666, neist poisse 132 485, tüdrukuid 126 181). 15-40 aastaseid on 36,1% (519 195, neist mehi 262 878, naisi 256 317).

Elanikkonna vanuseline koosseis 2000 a. seisuga.



Ortodontilist teenust vajavad nii lapsed kui ka täiskasvanud, kellel on hamba-lõualuusüsteemi anomaaliaid, funktsionaalseid häireid, esteetilisi kõrvalekaldeid. Kirjanduses (vt. lisa 1) on välja toodud järgmisi andmeid.

- 6-11a. lapsed
 - ❖ ideaalne hambumus 25%
 - ❖ hambumusanomaalia 75%
- Hambumusanomaaliatest:
- klass I - 50-55%
 - klass II - 15-20%
 - klass III - alla 1%.

Eesti rahvastikust (1 439 197) moodustavad 6-11 aastased lapsed 8% (115 171), neist 75%-I (86 378) on mitmesuguse raskusega hambumusanomaalia ja viimastest 25% vajavad spetsialisti hinnangu järgi kindlasti ortodontilist ravi. Peale selle vanusegrupi vajavad ortodontilist ravi ka kõik ülejäänud vanusegrupid.

2. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine.

2.1. Olukorra analüüs.

2.1.1. Eriala tervishoiuteenuste osutamise kirjeldus maakonniti demograafiliste ja elanikkonna haigestumise näitajate alusel.

Hambumusanomaaliade esinemissagedus Eesti maakonniti on sarnane.

Eesti rahvastiku hambumusanomaaliade esinemissagedus on sarnane teistele Euroopa riikide omaga (vt. Lisa 1).

Ortodontilise ravi vajadus (vt. lisa 2), kui arvestame, et lapsed moodustavad Eesti rahvastikust 18%, siis peaks mitmesuguste anomaaliatega lapsi olema hetkel ligikaudu 270 000. Kui 75%-l nendest on üht või teist liiki hambumusanomaalia, siis teeb see kokku 202 500 last. Kui nendest 25%-l on raske hambumusanomaalia, siis vajab Eestis aktiivset ortodontilist ravi 50 625 last, sest hambumusanomaalia halvendab nende elukvaliteeti ja mõjub halvasti näiteks seedimisele, vaimsele tervisele jne.

Nõudlus ortodontilise ravi järele on märksa suurem. Kergemate anomaaliatega lapsed soovivad üha rohkem ortodontilist ravi, sest inimestel on kasvanud nõudmised oma väljanägemise suhtes, eriti linnades.

Seega on igati mõistetav ortodontide koondumine Tartusse ja Tallinnasse, sest nõudlus ortodontilise teenuse järele on seal suurem kui maapiirkondades (vt. Lisa 3 – Eesti kaart koos ortodontide arvuga). Kuid 50 625 ravi vajavat last jagunevad ühtlaselt üle kogu Eesti, järelikult peaks teenuse kättesaadavus olema ühesugune kõigis Eesti piirkondades. Kirde- ja Edela-Eesti on halvemini teenindatud.

Et haiglate arengukava näeb just nimetatud piirkondadesse ette keskhaiglate loomise, siis on need haiglad eeldatavasti hästi varustatud diagnostiliste aparatuuridega. Ortodont vajab head röntgenoloogilist teenust (ortopantomogramm, kolju otse- ja külgülesvõtted). Samuti vajab ortodont stomatoloogilise laboratooriumi kõrgkvaliteedilist teenust (ortodontiliste raviaparatuuride valmistamine), mille kvaliteedist sõltub samuti ortodontilise ravi efektiivsus.

Nende loodavate haiglate piirkonnas saaksid ortodontid sõlmida lepingu haigekassaga, selle piirkonna laste ortodontiliseks teenindamiseks.

2.1.2. Tervishoiuteenuste jaotus etappide kaupa, ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi vahel.

Tervishoiuteenuste jaotus etappide kaupa pole ortodontias otseselt vajalik, kaudselt aga küll.

Spetsialisti juurde suunavad patsiente hambaarstid, kellel on kõige suurem kontakt lasteasutustega. On otstarbekas, et hambaarstid (Eesti Haigekassa juhendite kohaselt), paiknedes Eestis ühtlasele (see on muidugi alles unistus) moodustavad kontrollsüsteemi, mis korraldab kõikide laste hammaste profülaktilisi läbivaatusi, vajadusel ravib ja suunab hambumusanomaaliaga lapsed ortodontilisele ravile. Seda tehakse ka praegu, kuid puudub ülevaade, kas need lapsed ravile jõuavad ja kas suunati just raskete hambumusanomaaliatega lapsi. Vaja on täpseid juhendeid, kuidas raviarst peab kontrollima, määrama raskusastme, millal suunama ortodonti vastuvõtule.

Kindlasti on vajalikud näitlikud vahendid hambumusanomaalia tekkepõhjuste ja ravivõimaluste kohta lapsevanematele, perearstidele, hambaarstidele.

2.1.3. Eriarstide arv maakonniti 10 000 elaniku kohta.

Linnades pole põhjust ortodontide arvu määrata, spetsialistide arvu määrab nõudlus. Eriarste on juurde vaja nendes piirkondades, kus ortodonte napib (Kirde-, Edela-Eesti). Keskmiselt on tarvilik üks ortodont 25 000 (Maailma Tervishoiuorganisatsiooni andmetel) inimese kohta, seega Eestis keskeltläbi 60 ortodonti. Et inimeste teadlikkus ortodontilise ravi võimalustest Eestis ei ole eriti suur, siis on ravile pöördunute arv väiksem, paljud katkestavad ortodontilise ravi (tegemist on vähemotiveeritud lapsipatsientidega ja ravi kestus raskete vormide korral keskmiselt kaks aastat), siis on 60 ortodonti võimalised teenindama ka neid patsiente, kes soovivad ravi näiteks esteetilistel näidustustel.

2.2 Tervishoiuteenuste prognoos.

2.2.1. Eriala teenuse vajaduse muutuse prognoos aastateks 2005, 2010, 2015 lähtuvalt haigestumise struktuuri ja ravivõimaluste muutusest.

- Ortodontilist ravi vajavate lapspatientide arv jääb samaks, suureneb täiskasvanud patientide osatähtsus, sest suureneb esteetilise ravi nõudlus.

2.2.2. Prognoosi põhjendus.

- Suurenenud on inimeste nõudlus elukvaliteedi parandamise järele, seega nõudlus ravi järele esteetilistel näidustustel.

2.3 Teenuste jaotumine.

2.3.6. Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine.

Töökoormuse planeerimine oleneb sellest, kas on tegemist esimest aastat töötava ortodontiga, kellel pole varem patiente olnud, või aastaid praktiseeriva ortodontiga, kellel on palju patiente ja ravi kestab keskmiselt paar aastat. Skandinaavia maades on esmakordsete patientide arv aastas määratud, Eestis võiks esialgu oma töökoormuse määrata arst ise. Kui arvestada tööpäeva pikkuseks kaheksa tundi, siis kuus tundi kulub tööle patientidega ning 2 tundi andmetöölusele ja raviplaani koostamisele. Esimaskordsele patientile kulub 30 minutit, korduvale 15 minutit.

2.4. Voodikohtade arvu prognoos.

Ortodontilised patientid ei vaja voodikohti v.a. ortognaatilise kirurgia patientid, kellega näolõualuukirurgide arengukava koostades on arvestatud.

2.5. Eriarstide vajadus.

Praegu on Eesti Vabariigis väga vähe ortodonte. Ajutiselt oleks otstarbekas kehtestada üleminekuperiood, et võimaldada täiendõpet aastaid ortodontina ilma spetsialisti kutsetunnistusega töötanud arstidele.

Üheks mitmetest võimalustest on üleminekuperioodi ajal jaotada ortodontilist ravi osutavad hambaarstid kahte kategooriasse:

- I kategooria ortodont – tal on spetsialisti tunnistust ja õigus kasutada kõiki ortodontilisi raviaparatuuride - võib ravida iga raskusastme anomaaliaga patienti.
- II kategooria ortodont - ei ole kutsetunnistust ja ei saa kasutada keerukat ravitehnikat, näiteks brekettehnikat – võib ravida ainult lihtsamate anomaaliatega patiente.

Üheks võimalustest on anda üleminekuperioodi ajaks ortodonti ajutine(tähtajaline) tunnistus koos kohustusega läbida teatud aja jooksul täiendkoolitus Tartu Ülikoolis või mõnes välisriigis.

2.5.1. Eriarstide vajadus 10 000 elaniku kohta aastatel 2005, 2010 ja 2015.

Aastaks 2015 oleks optimaalne 1 ortodont 25 000 (WHO andmetel) inimese kohta.

2.5.2. Eriarstide optimaalne absoluutne arv aastatel 2005, 2010 ja 2015.

Inimeste arvu ja raskemate hambumusanomaaliatega esinemissageduse alusel oleks Eestis vaja 60 ortodonti, kuid nõudlus on tegelikult suurem, sest ortodonti poole pööratakse ka väiksemate hambumusanomaaliatega korral.

2.5.3. Ettepanek koolitustellimuseks.

Kaks riiklikku residentide aastast ja töötavatele arstidele täiendkoolituse võimalus (vt - lisa 3), mis tagaks aastaks 2015. optimaalse arvu ortodonte:

- 2005. aastaks on olemasolevate plaanide kohaselt koolitatud 13 ortodontia resident, lisaks töötavad ortodontid, keda on Eestis 33, kokku 46.
- 2010. aastaks on lõpetanud veel 10 ortodonti, kokku 56, see oleks optimaalne arv raskete anomaaliatega laste tarvis.
- 2015. aastaks on lõpetanud veel 10 resident, antud arv peaks tagama nii optimaalse arvu kui ka juurdekasvu.

Optimaalne oleks võtta vastu igal aastal kaks resident.

3. Olemasoleva eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks.

3.1. Seadusandlus.

Siiani dikteerivad ortodontilise raviaparaadi valiku määrused (kõigile lastele kuni 16. eluaastani tasuta ortodontiline ravi suust eemaldatavate plaataparaatidega, sõltumata anomaalia raskusastmest ja huule-suulaelõhega patsientidele ka tasuta breketravi).

Teeme ettepaneku jagada patsiendid hambumusanomaalia raskusastme järgi järgmiselt:

- Tasuta ortodontilist ravi saavad lapsed kuni 18. eluaastani ja huule-suulaelõhega patsiendid kuni 19. eluaastani kõikide ortodontiliste raviaparaatidega, kui tal on järgmine diagnoos:
 - I rühm, ortodontiline ravi on möödapääsmatu:
 - K07.1 Huule-suulaelõhe ja teised näo-lõualuusüsteemi kaasasündinud väärarengud;
 - K07.2 Prognaatne hambumus sagitaalse lahiga 9 mm või enam;
 - K07.2 Progeenne hambumus;
 - K07.2 Lahihambumus, kui kontaktis on ainult molaarid;
 - K01.0 Peetunud jäävintsisiivid või kaniinid;
 - K00.0 Kui puudub intsisiiv, kaniin või rohkem kui üks hammas kummalgi lõualuupoolel.

Ideaalne oleks, kui ortodontiline ravi laieneks traumadega patsientidele ja täiskasvanutele, kellele planeeritakse ortognaatilise kirurgia operatsiooni, kui raske hambumusanomaaliaga kaasneb funktsioonianomaalia (esteetiliste näidustuste korral tasub ise), s.t. täiskasvanutele oleks tasuta ortodontiline eel- ja järelravi ükskõik millise ortodontilise raviaparaadiga (tavaliselt breketitega), praegu on selliste patsientide arv Eestis väike, kuid on ette näha nende osakaalu mõningast tõusu.

- II rühm – ortodontiline ravi on vajalik, lapspatientidele tasutakse haigekassa poolt 50% ravikulude maksumusest, kui tal on järgmine diagnoos:
 - K07.2 Prognaatne hambumus sagitaalse lahiga 6 mm või rohkem koos raskendatud mälumisega ja kõnedefektiga;
 - K07.2 Risthambumus kolme või enama hambapaari ulatuses koos näo asümmeetriaga kahe või enama hamba kaotus kaariese komplikatsiooni või muu tagajärjel;
 - K07.2 Lahihambumus front- või külgmiste hammaste piirkonnas koos infantilise neelamistüübi ja kõnedefektiga;
 - K07.2 Sügav traumeeriv hambumus;
 - K07.3 Ruumipuudus intsisiivide piirkonnas 6 mm või rohkem;
 - K07.3 Ülemise intsisiivi palatinaalne asend.
- III rühm - ortodontiline ravi on soovitatav, haigekassa ravi eest ei tasu, s.t. patsient peab tasuma ise kõik ravikulud järgmiste diagnooside korral:
 - K07.2 Prognaatne hambumus sagitaalse lahiga 3-5 mm;
 - K07.2 Sügavhambumus;
 - K07.2 Lahihambumus vertikaalse lahiga 1-2 mm;
 - K00.0 Puudub üks hammas külgmises segmendis;
 - K07.3 Ruumipuudus intsisiivide piirkonnas 3-6 mm.

Patsientide jagamist anomaalia raskusastme järgi kasutatakse näiteks Soomes, Eestis oleks esialgu vaja väga lihtsat süsteemi, mida oleks võimalik edaspidi arendada.

3.2. Ravijuhised.

Eesti Stomatoloogia Selts ja Hambaarstide Liit võtsid vastu otsuse, et ravijuhised valmistatakse ette protseduurist lähtuvalt. Kuid meie arvame, et ravijuhis ortodontidele võiks lähtuda patsiendi vanusest ja diagnoosist. Näiteks piimahammaskonnaga, vahelduva ja jäävhammaskonnaga patsientidele eri anomaaliate korral. See on väga pikaajaline töö.

Iga ortodontilise patsiendi puhul peaks ravi alustades ja lõpetades arstil olema:

- Täidetud spetsiaalne haiguslugu;
- Kontrollmudelid;
- Ortopantomogramm;
- Kolju külgülesvõte.

3.3. Teised standardid.

Ortodondi kutsenõuded.

Üldsätted.

- Lõpetanud kõrgkooli ja omab hambaarsti diplomit.
- Lõpetanud vähemalt kolme aastase residentuuri ja omab residentuuri lõputunnistust ning spetsialisti kutsetunnistust.
- Hambaravi -ortodondi praksisega on õigus tegelda isikutel, kellel on kehtiv SM litsentsibüroo poolt väljastatud litsents.
- Hambaravi -ortodondi kvalifikatsioonikategooria annab esitatud dokumentide alusel viieks aastaks välja Tervishoiuamet.
- Üleminekuperioodil oleks Eestis otstarbekas eristada ortodonte kahte kategooriasse:
 - II kategooria ortodont - kasutab raviks suust eemaldatavaid ja hammastele fikseeritud raviaparaate, välja arvatud brekettehnikat ega ravi ortognaatilise kirurgia patsiente.
 - I kategooria ortodont - kasutab raviks kõiki ortodontilisi raviaparaate ja valmistab patsiente ette ortognaatiliseks kirurgiaks.

Niisugune ortodontide eristamine on vajalik, et kutsenõuete vastuvõtmine ei jäta Eesti osa piirkondi ilma ortodontideta, sest enamus töötavaid ortodonte on iseõppijad ja neil ei ole mingeid tunnustusi, samas näeme ette ümberkvalifikatsiooni võimalust.

Pädevus.

- Diagnoosida kõiki hamba-lõualuusüsteemi anomaaliaid, hinnata ravi mahtu, teha ortodontilist ravi vastavalt oma kategooriale, prognoosida ravitulemust;
- Pre- ja postoperatiivset täiskasvanute ortodontilist ravi osutavad ainult I kategooria ortodondid;
- Ortodondil peavad olema praktilised kogemused röntgendiagnostika rakendamise kohta, lastestomatoloogias, hammaste proteesimises, parodontoloogias, hammaste proteeside ja ortodontiliste aparaatide laboratoorse valmistamise tehnoloogias.

Oskused.

- diagnoosida hammaste, lõualuude ja funktsioonide anomaaliaid;
- kindlaks määrata kõrvalekaldeid hambumuse arengus, näo kasvus;
- formuleerida raviplaani ja ette näha selle kestust ning lõpptulemust;
- ortodontilise ravi juurde kuuluv psühholoogiline aspekt;
- kasutada anomaaliate profülaktilisi võtteid;
- teha lihtsaid ja komplitseeritud raviprotseduure;
- ravida ortognaatilise kirurgia ja huule-sulaelõhega patsiente.

4. Ettepanekud eriarstide kvalifikatsiooni parendamiseks.

4.1. Koolitus.

Ortodonte koolitatakse TÜ arstiteaduskonna stomatoloogia osakonnas ortodontia residentide õppekava alusel kolme aasta vältel (vt. lisa 4).

4.2. Täiendkoolitus.

- Tartu Ülikooli arstiteaduskonna täienduskeskuses.
- Eesti Stomatoloogia Seltsi korraldatavatel konverentsidel, kursustel.
- Eesti erakliinikutes toimuvatel kursustel.
- Teiste riikide poolt ortodontidele korraldatavatel kursustel.

4.3. Resertifitseerimise vajalikkus ja optimaalne sagedus.

Vajalik iga viie aasta tagant.

4.4. Teised ettepanekud kvalifikatsiooni parendamiseks ja säilitamiseks.

Kvalifikatsioonikategooria antakse ortodontile viieks aastaks ja seda on vaja uuesti kinnitada, seepärast on ortodont huvitatud osalemisest täiendkoolitusel, et koguda vajalik arv tunnistusi ja esitada need siis kvalifikatsiooni tõstmise või kinnitamise tarvis.

Seoses uue Ravikindlustusseaduse eelnõu esitamisega on vaja arengukavade jätkuv läbivaatamine ja arutelu kogu uue seaduse menetlemise protsessis, et ei tekiks vastuolusid ideede ja reaalse elu vahel.

Lisa 1. Kirjanduse ülevaade.

Hambumusanomaaliade esinemissagedus.

Lasteaialaste uuringute põhjal 2000.aastal (R.Nõmmela, M.Tõniste 2000) leidsime, et normaalse hambumusega lapsi oli 76,6% uuritustest, ülejäänutel olid hambumusanomaaliad. Viimastest oli kõige enam prognaatset hambumust 8,2%, sügavat kattumist 6,35%, risthambumust 2,6%, lahihambumust 2,6%, progeenset hambumust 1,1%, fronthammaste labiaalset kallet 3,4%, traumaatilist sügavhambumust 0,15%, fronthammaste ruumpuudust 0,1%.

Lasteaialapsi on 1968, 1973, 1986. uurinud TÜ õppejõud, nende uurimistulemuste andmetel on hambumusanomaaliaid 50-70%-l lasteaialastest.

Eesti üliõpilastel esines hambumusanomaaliaid 59,2% -l uuritustest (M.Saag, 1990).

Mujal maailmas on tehtud väga ulatuslikke uurimusi, selgitamaks hambumusanomaaliade sagedust eri vanusegruppides ja etnilistes piirkondades. Hambumusanomaaliade esinemissagedus Euroopa riikides kõigub 38,5-82,5% vahel (Miller ja Hobson 1961; Mills 1966; Haynes 1970; Bowden 1973; Lavelle 1976; Richter 1978; Roberts ja Goose 1979).

13-14. aastaste laste hambumusanomaaliade kohta tehti WHO (1985) uurimus "The International Collaborative Study Manpower System (ICS-I/1985)". Tulemuseks saadi hambumusanomaaliade esinemine 50-80%-l selle vanusegrupi lastest.

Mitmesuguses vanuses laste hambumusanomaaliade esinemissagedust on uuritud ka Skandinaavia maades. Hambumusanomaaliade esinemissagedust leiti nii lastel kui ka täiskasvanutel paljudes uuringutes (Helm 1968; Björk ja Helm 1969; Helm 1970; Ingervall 1972; Thilander ja Myberg 1973; Ingervall 1974; Magnusson 1976; Magnusson 1977; Ingervall 1978; Helm ja Prydsö 1979). Vanusegrupiti võib hambumusanomaaliade esinemissagedus erineda. Koolieelikute (3-5a.) hambumusanomaaliade esinemissagedus Islandil (Möller 1963) oli 20% ja sama vanadel Rootsi lastel 15-24% (Holm 1975). WHO andmetel (1967) esines 20-30% -l koolieelikutest kuues Euroopa riigis hambumusanomaaliaid. Soomes leiti hambumusanomaaliaid 26 %-l koolieelikutest (Hannuksela 1977). Soomes oli hambumusanomaaliaid (Jämsä 1988) 44,9% -l viieaastastest, 71,6% -l 10-aastastest ja 77,6% -l 15-aastastel lastest.

Uuringud näitavad, et hambumusanomaaliade esinemissagedus suureneb vanusega. Inglismaal suurenes nelja aastastest 20%, 11-12-aastasteni 50% lastel (Miller ja Hobson 1961). Kanada kolme aastast 66,1% 12-aastastel 88%ni (Popovich ja Grainger 1959). Soome lastel (Myllärniemi 1970) leiti anomaaliaid piimahammaskonnas 20,1%, vahetuvas hammaskonnas 38,9% ja jäävhammaskonnas 58%.

Eesti kohta kõiki vanusegrupe hõlmavad uuringud puuduvad, hambumusanomaaliat esinemissagedus on sarnane teiste Euroopa riikide omadega. Täiskasvanutel võib hambumusanomaaliat esinemissagedus olla isegi suurem, kuna ortodontiline ravi ei olnud paljudele võimalik ja efektiivne.

Lisa 2

Ravivajadus.

Ortodontilist ravi vajavad nii lapsed kui ka täiskasvanud. Uuringud on andnud ravivajaduse kohta väga erinevaid tulemusi, alates 19%-st (Linder-Aronson 1975) kuni 76%-ni (Ingervall 1978).

Ortodontiline ravi võib olla näidustatud mitmel põhjustel: esteetilised, psühholoogilised, funktsionaalsed, profülaktilised.

Hambumusanomaaliat esinemissagedus ja ravivajadus on erinevad mõisted. Väikesed kõrvalekalded normist võivad olla aktsepteeritavad ega pruugi põhjustada mingeid vaevusi. Kliinilisest aspektist hambumusanomaalia raskusastme üle otsustamisel on väga palju subjektiivseid komponente.

Hambumusanomaaliat ravivajadust on uurinud WHO (1985) "International collaborative study of Dental Manpower System". Arenenud riikides vajab ortodontilist ravi keskmiselt 40% uuritutest (vahemikus 24%-64%).

Rasket või väga rasket hambumusanomaaliat, mis vajab kindlasti ortodontilist ravi, esines 14-29%-l lastest (Kelly 1973; Linder-Aronson 1975; Graf 1975; Committee on Handicapping Orthodontic Conditions 1976; Kelly ja Harvey 1979; Ratschiller ja Ingervall 1984). Ravivajadus erineb ka vanusegrupiti.

Täiskasvanute ravivajadust on vähem uuritud. Rootsi täiskasvanutest vajab ortodontilist ravi 58% uuritavatest (Ingervall 1974); 76% meestest (Ingervall 1978) ja 83% naistest (Mohlin 1982). SWB (Swedish Medical Board 1966) klassifikatsiooni alusel vajab ortodontilist ravi 19% patsientidest, möödapääsmatult 10% täiskasvanud patsientidest.

Ortodontilise ravi nõudlus.

Ravi nõudlus on patsiendi või patsiendi vanema ravisov, mis võib erineda ortodonti määratud ravivajadusest. Sageli on ravi nõudlus seotud esteetiliselt laadi ja kergemate hambumusanomaaliatega.

Ravi nõudlust mõjutavad perekonna majanduslik seis, geograafiline paiknemine, patsiendi teadlikkus jne. 21,2% Rootsi lastest, kelle ortodont liigitas ravi vajavateks, ei olnud ise ravist huvitatud. Täiskasvanud meestest (19-54-a), kes vajasid ortodontilist ravi, soovisid ainult 3-4% (Ingervall et al. 1978). Naiste hulk, kes soovivad ka ise ortodontilist ravi, on paljudes uuringutes suurem.

Viimastel aastatel on patsientide nõudlus ortodontilise ravi järele tunduvalt kasvanud. Üheksa-aastaste Šveitsi laste vanematest 39% pidas ortodontilist ravi vajalikuks (Ratschiller ja Ingervall 1984). Eriti on suurenenud täiskasvanud patsientide ravinõudlus.

Lisa 3

Vajalik ortodontide arv maakonniti sõltuvalt elanike arvust.

| Maakond | Pindala | Soovitatav ortodontide arv 1/25000 | Täidetud ortodontide ametikohad | Täitmata ortodontide ametikohad | Elanike arv |
|---------------|---------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------|
| Harjumaa | 4331.6 | 21.4 | 13.85 | 7.55 | 535131 |
| Hiiumaa | 1023.3 | 0.5 | 0 | 0.5 | 11798 |
| Ida-Virumaa | 3364.0 | 7.8 | 1.75 | 7.8 | 195460 |
| Järvamaa | 2603.8 | 1.7 | 0 | 1.7 | 43144 |
| Jõgevamaa | 2622.8 | 1.7 | 0.5 | 1.7 | 41377 |
| Läänemaa | 2382.8 | 1.3 | 0.5 | 1.3 | 31850 |
| Lääne-Virumaa | 3464.6 | 3.0 | 2.75 | 3 | 75819 |
| Pärnumaa | 2164.9 | 4.0 | 3 | 4 | 100100 |
| Põlvamaa | 4806.2 | 1.4 | 0.85 | 1.4 | 35610 |
| Raplamaa | 2980.1 | 1.6 | 0.5 | 1.6 | 40137 |
| Saaremaa | 2922.2 | 1.6 | 0.5 | 1.6 | 40111 |
| Tartumaa | 2992.7 | 6.0 | 6.75 | 6 | 151010 |

| | | | | | |
|--------------------|--------|-----|------|-----|-------|
| Valgamaa | 2043.6 | 1.5 | 0 | 1.5 | 38668 |
| Viljandimaa | 3422.5 | 2.5 | 0.75 | 2.5 | 62336 |
| Võrumaa | 2305.3 | 1.7 | 1 | 1.7 | 43029 |

Arengukava on koostanud ortodontia erialakomisjon koosseisus:

Dr. Rita Nõmmela

Dr. Triin Jagomägi