

HAMBARAVI ERIALA ARENGUKAVA

1. Eriala kirjeldus

1.1 Eriala ja võimalike alaerialade definitsioon

Hambaravi on eriala, mis tegeleb suu piirkonna pehmete ja kõvakudede haiguste, defektide, traumade ja kaasasündinud anomaaliade diagnostika, ravi ja ennetusega. Hambaravi võib teostada ainult hambaarst. Tegevuse eesmärgiks on säilitada ja/või taastada maksimaalselt nii funktsioon kui ka esteetika.

Lisaks nendele oleks tarvidus veel järgmiste spetsialistide järgi:

- kliinilise hambaravi eriarst
- hambaravi administratiivarst (*public health*)
- kohtumeditiinialase ettevalmistusega hambaarst

Kliinilise hambaravi eriarsti mõiste on laiem ning seda on kirjeldatud arengukava punktis 4.2. Residentuuriõpe viiakse läbi Tartu Ülikoolis.

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

Erinevatesse hambahaigustesse haigestumine on elanikkonnas praktiliselt 100%. Kõige levinumaks diagnoosiks on dentiinikaaries (K02.1) ja selle komplikatsioonid (K04.0; K04.4-K04.7). Johtuvalt haiguse kulu iseloomust on kaariesediagnoosiga haigete osakaal hambaravivastuvõtus kõige suurem. Täiskasvanud populatsiooni hulgas on laialdaselt levinud ka hammaste ekstraktsiooni tagajärjel tekkinud osaline või täielik hambutus. Puuduvate hammaste asendamiseks tehtavate proteeside arv on aga praegusel hetkel palju väiksem, kui tegelikult vajadus oleks. 1999 aastal tehti proteese 64 929 isikule. Terapeutiline ja ortopeediline hambaravi on traditsionaalselt enamlevinud raviliigid Eesti hambaraviasutustes. Raviteenust muudes hambaravivaldkondades aga pakutakse tunduvalt vähem, ehki vajadus selle järele on erinevatel andmetel 80-95% elanikkonnast. Sellisteks hambaraviteenusteks on parodontaalravi, hambumusfüsioloogiline ravi.

Haiguste esinemissagedus erinevates vanusegruppides varieerub, seega ühelgi haigusel teatud kindlat esinemisvanust ei ole. Osalise ja täieliku hambutusega patsientide arv kasvab vastavalt vanusele, st. vanemate hulgas on rohkem proteese vajavaid, seda eriti pensionäride hulgas. Eakaid inimesi (+65) on hetkel umbes 210 000 ja see arv kasvab pidevalt. Ortodontilise ravi vajadus on kõige suurem lastel ja noorukitel kuni 19 a. Parodonti haigused on levinud samuti eeskätt täiskasvanute hulgas.

DMF indeksi (s.o. karioossete, plombeeritud ja eemaldatud hammaste summa)väärtus kõigub oluliselt Eesti erinevates piirkondades 1,6 - 4,8ni. Kõige kõrgem karioosus on Lõuna-Eestis ja Kagu-Eestis, kus joogivees on fluori vähe. Vähem kahjustatud on kaariesest laste hambad Lääne-Eesti piirkondades.

Piimahammaskonna haaratus kaariesest on kõrge ulatudes 6-7 aastastel lastel isegi 7,7 hambani (M. Saag). Viimastel aastatel on suurenenud fluorootiliste kahjustuste esinemine jäävhammaskonnas, ulatudes kohati 35-60%-ni.

2. Erialaste tervisehoiuteenuste planeerimine.

2.1 Olukorra analüüs.

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

Eesti elanikkond on 1 439 197 elanikku (01.01.2000), mis jaguneb suhteliselt ebaühtlaselt maa ja linna vahel. Neid teenindab 1020 hambaarsti, mis teeb keskmiselt 1410 elanikku ühe hambaarsti kohta. Erinevused on regiooni väärtused. Nii näiteks tuleb Ida-Virumaal ühe

hambaarsti kohta 3030 elanikku, Läänemaal 1:2632, Võrumaal 1:1724, Tallinnas 1:1100, Tartus aga on see suhe 1:700.

1999. aastal tehti Eestis hambaarstile 1,94 miljonit visiiti, s.o. igale arstile ca 10 visiiti tööpäevas. Keskmiselt ühe elaniku kohta 1,3 visiiti aastas. Laste visiitide arv moodustas 20% visiitide üldarvust. Ravitud hambaid arvuliselt kokku 1,39 miljonit.

1995.a. töötas 38,8% hambaarstidest Tartus ja Tallinnas. Tänaseks see suhe kindlasti parem ei ole. Maakonnad on suhteliselt halvemini kindlustatud hambaraviga. Majanduslik olukord ei stimuleeri investeerima suuri summasid maakohdades, kus see ennast väga aeglaselt tasa teenib, sest maarajoonides on töötuid palju ja elanikkonna maksuvõime väike.

Esimesed erakliinikud hakkasid hambaravis tekkima 1988-1991. Tänaseks töötab erasüsteemis üle 70% hambaarstidest.

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

Hambaravi esmatasandil teostavad kõik diplomit omavad hambaarstid. Näeme ette kliinilise hambaravi eriarstide koolitamise, kelle kompetentsi kuuluvad keerulisemad diagnostika- ja ravimenetlused. Tulevikus peaks aset leidma ka eriarstikoolitusega hambaarstide kitsam spetsialiseerumine ning keerulisemate juhtumite koondumine nende ravi alla. See toob endaga kaasa ravikvaliteedi olulise tõusu.

Statsionaarse eriarstiabina eksisteerib hambaravis vaid näo-lõualuu kirurgia keerulisemate operatsioonide puhul st. suurte kasvujate eemaldamine, rekonstruktiiv- ja ortognaatne kirurgia. Selliste operatsioonide läbiviimine on vaid näo-lõualuu kirurgide kompetentsi kuuluv ning peaks toimuma suuremate haiglate juures. Sellise raviteenuse maht on täpsemalt esitletud vastava eriala arengukavas. Ravikvaliteedi tagamiseks peaksid eelpoolnimetatud spetsialistid tulevikus töötama käsikäes kliinilise hambaravi eriarstidega, et oleks tagatud soovitud lõppresultaat. Üldanesteesias sooritatakse ka probleemsete väikelaste, arengupeatusega invaliidide ja muu tavahambaraviks sobimatu kontingendi hambaravis.

2.1.3 Hambaarstide arv maakonniti 10 000 elaniku kohta.

Eesti elanikkonda teenindab 1020 hambaarsti. Neist 985 hambaarsti täidavad 1032,5 ametkohta, mis teeb keskmiselt 1410 elanikku ühe hambaarsti kohta. Erinevused on regiooni väga suured. Nii näiteks tuleb Ida-Virumaal ühe hambaarsti kohta 3030 elanikku, Läänemaal 1:2632, Võrumaal 1:1724, Tallinnas 1:1100, Tartus aga on see suhe 1:700. Üldiselt on arstid enam koondunud linnadesse. Nii näiteks töötas juba 1995.a. seisuga 38,8% kõikidest hambaarstidest Tartus ja Tallinnas. Maakonnad on suhteliselt halvemini kindlustatud hambaraviga.

Soo poolest domineerib naissugu - 91% hambaarstidest on naised. Viimastel aastatel küll on üliõpilaste hulgas rohkem noormehi, kuid ülekaalu ei saavuta nad nii pea. Praktiseerivate arstide ealist struktuuri on kirjeldatud 1995 aasta statistika andmete põhjal, sest puuduvad hilisemad andmed. 72% hambaarstidest olid sel aastal nooremad kui 55 aastat, 14,1% 55-59 aastased, 7,1% 60-64 aastased ja 6,6% 65-75 aastased.

Hambaravi kliinikutes töötab 942 hambaarsti abilist, kellest 460 (48,8%) on lõpetanud meditsiinikooli meditsiiniõe või velskri erialal ja töökohal juurde õppinud hambaravi spetsiifika. Reeglina töötab hambaarst ühe õega/abilisega. Kliiniku suurus määrab lisapersonali vajaduse.

2.2 Tervishoiuteenuste prognoos.

Tervishoiuteenuste mahu prognoosimisel tuleb arvestada kahe põhilise faktoriga: vajadus teenuse järgi ja nõudlus teenuse järgi. Nagu eelnevast näha, on ravivajadus populatsioonis peaaegu 100%. Hoolimata eri vanuse- ja sotsiaalsete gruppide erinevast tervisedefiniitsioonist vajavad praktiliselt kõik inimesed mingil hetkel hambaarsti teenuseid.

Nõudlus tervishoiuteenuse järgi sõltub aga eelkõige majanduslikest võimalustest ja sotsiaalsetest teguritest (õpetaja elukutse dikteerib esteetilise välimuse, seega väärtustab ta hambaid rohkem kui kaevur). Arusaadav on, et hetkel kehtiva solidaarsusprintsibiil baseeruva tervisekindlustussüsteemi juures ei ole võimalik pakkuda kõigile soovijaile kõiki teenuseid õige hinnaga. Arvesse võttes hambaraviteenuste suhteliselt kõrget hinda, siis on selge, et osa

ravikuludest jääb ka tulevikus patsientide endi kanda. Seda eriti täiskasvanud populatsiooni hulgas.

Kõige olulisem nõudluse prognoosi mõjutav faktor on Haigekassa finantseerimise osakaal ravikulude katmisel. Eesti Haigekassa poolt välja pakutud plaan lülitada täiskasvanud riiklikult doteeritavast ravikindlustussüsteemist välja on igati loogiline samm eelnevate aastate jätkuvale rahanappusele. Sellise sammu kaugresultaate on praegu raske hinnata. Arusaadav on, et juhul, kui Haigekassa poolne finantseering väheneb, mõjutab see eelkõige maapiirkondade elanikkonna ostujõudu, suurenedes võib eluohtlike komplikatsioonide arv. Peame vajalikuks jätta haigekassa poolt tasutavaks vähemalt esmaabi valuga haigetele ja samuti plaanilised ekstraktsioonid, et välistada eluohtlike tüsistuste teket. Teiste finantseerimist mõjutavate faktoritena võiks välja tuua majanduskasvu ja seeläbi teostuva palgataseme tõusu. Üldiselt eeldatakse siiski nende kasvu. Kolmanda seigana mõjutab nõudlust hambaraviteenuse järgi elanikkonna üldiste prioriteetide muutus, millede radikaalne muutmine lähimate aastate jooksul on äärmiselt ebatõenäoline. Suure tõenäosusega suureneb vajadus lihtsate proteeside järele tulenevalt planeeritavast hambaravi tasustamise süsteemist ja tänasest elatustasemest.

Seega kokkuvõttes võib öelda, et suuri (kiireid) muudatusi hambaraviteenuste tarbimises võib kaasa tuua Haigekassa poolse finantseerimisskeemi muutus. Kõige drastilisem nõudluse kollaps saab ilmselt olema maapiirkondades. Juba praegu on maal elavate ja töötavate inimeste hammaste olukord häbiks tervishoiukorraldusele, olukord halveneb aga veelgi. Nõudluse ühtlane, aga aeglane muutus (kasv) tulevikus johtub aga üldiselt elatustaseme muutusest (tõusust). Praegune hetkeolukord ei võimalda teha täpseid prognoose tuleviku suhtes, otstarbekas oleks käesolev arengukava analüüsida ja töödelda pärast Ravikindlustusseaduse vastuvõtmist.

Tervishoiuteenuste prognoos laste hambaravis.

Ravikindlustusseaduse eelnõu seletuskirjast võib lugeda, et Haigekassa eesmärgiks on "Hambaraviteenuste osas tagada tasuta hambaravi kuni 19-aastastele kindlustatutele". Juhul, kui sellise lubadusega kaasneb ka laste hambaravis kehtiva hinnakirja muutmine tõelistele kulutustele vastavaks, on see vägagi tervitatav muutus. Sellisel juhul muutub laste hambaravi hambaarstile taas majanduslikult põhjendatuks, mida ta viimastel aastatel pole olnud Haigekassa madala hinnakirja tõttu. Laste hammastele kõrgendatud tähelepanu pööramine on igati õigustatud, sest tõhus profülaktika õieti ajastatuna tagab terved hambad kogu eluks (=väiksemad väljaminekud hammaste peale). Haigekassa hindade korrigeerimisel on prognoositav nõudluse kasv laste hambaravis. Juhul, kui Haigekassa hindu laste hambaravi osas ei korrigeerita, on prognoositav teenusepakujate vähenemine, sest täiskasvanute kontingendi Haigekassa süsteemist väljalülitamise tagajärjel muutub mõttetuks ja majanduslikult kahjulikuks Haigekassa lepingu sõlmimine. See aga toob endaga kaasa äärmiselt suure tagasilöögi laste hammaste tervises, mis annab ennast tunda veel järgmised 15 aastat. Laste hambaid ravides ja viies ellu efektiivseid profülaktikaprogramme on meil võimalik aastaks 2015 jõuda järele Põhjamaade DMFS indeksile.

Loomulikult, lisaks majanduslikele faktorile, sõltub prognoos laste hambaravi teenuste osas piirkondlikest näitajatest sh. joogivee fluoriidide sisaldusest, elanikkonna tihedusnäitajatest, koolieelsete lasteasutuste ja koolide arvust. Optimaalseks tuleks pidada planeeritud regulaarset sanatsiooni korraldamist. Eiramata lastevanemate vaba soovi ja valikuvabadust lasta ravida lapse hambaid oma arsti juures, on vajalik siiski lepingu vormis kinnistada ka lasteaiad ja koolid kindla hambaarsti juurde. Viimane võimaldab läbi viia süstemaatilist raviprofülaktikat ja kontrolli ravi teostamise üle mujal.

Kui laste hambaravi ja profülaktika on Haigekassa prioriteediks, siis peaks Haigekassa koordineerima ka profülaktikatööd ja laste regulaarseid ülevaatusi. Haigekassal on kõige parem ülevaade kehtivatest lepingutest, nende mahtudest ja laste hambaraviga tegelevatest arstidest. Samuti on kasutuselolev arvutitarkvara arenenud ja lubab sellist järelvalvet teostada.

Riigi rahaliste võimaluste suurenedes näeme ette Haigekassa poolt tasustatava hambaravi kontingendi laienemise tulevikus alguses näiteks 20 eluaastani, hiljem 25 eluaastani.

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

Hambaraviteenuse vajadus tulevikus on sama suur kui praegusel hetkel. Ühelt poolt kasvab peale uus generatsioon noori täiskasvanuid, kelle hambad on keskmisest paremas korras. Nende arv on praegusel hetkel väga väike. Kaariesevabade laste ja noorukite osakaal vanusegrupis peaks aga igal juhul tõusma, kui ainult leitakse vahendid profülaktikaprogrammide käivitamiseks. Selle töö vilju, statistiliselt arvestatavaid, suuri kaariesevabasid kohorte pole aga varem oodata, kui 10-15 aasta pärast. Kaaries, kui kõige tavalisem hambahaigus mängib väga olulist rolli ka tulevikus. Tulevikus hakkab Eesti lastel kindlasti ilmnema kaariese polariseerumine, st. on indiviide, kellel DMFS=0 ja siis on ka lapsi, kellel DMFS=20. Viimaste ravi on väga keeruline ja ajamahukas. Teisest küljest aga elanikkond vananeb, üha rohkem on pensionäre. Vastupidiselt vanuritele, kes jõudsid pensioniikka 10-20 aastat tagasi, on praegustel pensionäridel üha sagedamini suus omad hambad, mitte (totaal-)proteesid. See aga tähendab seda, et selle vanusegrupi ravivajadus on tulevikus palju suurem. Kui veel arvestada seda, et vanurite hambaravi on keerulisem ja ajamahukam, siis lõpptulemusena võibki järeldada, et hambaraviteenuse maht on sama suur kui praegu. Elanikkonna majanduslike võimaluste suurenemisega tõuseb nõudlus keerukamate raviprotseduuride, eelkõige proteesimine, implantoloogia, ortodontia, järgi.

2.2.2 Prognoosi põhjendus.

Haigekassa madala hinnakirja tõttu on hambaarstidel majanduslikud kitsendused kaarieseprofülaktika teostamisel. Tihtipeale ei ole seda näit. kaariesaktiivsetel lastel võimalik teha nii tihti, kui see oleks vajalik. Eesti taasiseseisvumise järgselt on lakanud osaliselt funktsioneerimast koolihambaarstide võrk. Ei ole olnud ka head süsteemi, mis oleks võimaldanud teostada profülaktikat erakabinettides. Samal ajal on turule tulnud mitmeid ahvatleva reklaamikampaaniaga toetatud maiustusi, mis reeglina sisaldavad fermenteeruvaid süsivesikuid. Praegune meditsiinistatistika ei võimalda kaariese arengu jälgimist, seega võime kaugresultaatidest rääkida alles aastatel 2005 või 2010. Muus maailmas levinud kaariese vähenemistrend Eestisse veel jõudnud ei ole ja ilma tõhusate profülaktikaprogrammideta vaevalt et jõuabki.

2.3 Teenuste jaotumine.

Hambaravi teenuseid osutavad kõik hambaarstid. Komplitseeritud juhud suunatakse kas suu-, näo-, lõualuude kirurgi, ortodonti ja tulevikus ka kliinilise hambaravi eriarsti juurde vastuvõtule.

2.3.1 Patsientide ja teenuste optimaalne jaotus (põhidiagnooside ja protseduuride alusel) haiglas ja haiglavälise eriarstiabi vahel.

Selline jaotus hambaravis on keeruline, sest ühe diagnoosiga patsiendi raviskeem võib olla vägagi erinev sõltudes muuhulgas nii patsiendi soovidest kui ka majanduslikest võimalustest. Põhiosa hambaraviteenusest osutatakse siiski haiglaväliselt, tavalistel hambaravivastuvõttudel. Tulevikus ravivad komplitseeritumaid juhtumeid põhiliselt spetsialistikoolitusega hambaarstid. Vaid suu-, näo- ja lõualuude kirurgid vajavad haiglatingimusi oma igapäevases töös.

2.3.2 Patsientide arvu ja teenuse osutamise jaotus akuutravihaiglate vahel vastavalt haiglavõrgu arengukava printsiipidele (regionaal-, kesk-, üld- ja erihaiglates).

Näo- ja lõualuukirurgide jaotus suuremate haiglate vahel on täpsemalt määratletud vastava eriala arengukavas.

2.3.3 Järeldravi vajavate patsientide arvu ja järeldravi kestuse prognoos.

Järeldravi vajavad vaid tõsiste näo- ja lõualuu-regiooni probleemidega patsiendid. Tavalist hambaraviteenust saavad patsiendid ei vaja järeldravi.

2.3.4 Päevastatsionaari vajalikkus teie erialal. Protseduuride loetelu, mille puhul on näidustatud päevastatsionaari kasutamine.

Vt. näo- ja lõualuukirurgide arengukava.

2.3.5 Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa.

Kõige suurem vajadus elanikkonnas on tavalise hambaravi valveteenuse järgi. Tavaliselt on probleemiks hambavalu, mida tihtipeale saab lahendada konservatiivsetel meetoditel (st. hammast eemaldamata). Sellisteks puhkudeks suuremates linnades munitsipaalraviasutuste poolt organiseeritud nädalavahetuse valve. Juhul, kui tulevikus peaks hambaravi olema 100% privaatstruktuuridel baseeruv, peaks valve olema organiseeritud ja jagatud erinevate erakabinettide vahel. Hea näide sellise süsteemi reaalsest toimimisest on Tartu, kus mitmed hambakliinikud teevad telefonivalvet. Ka suuremate haiglate näo- ja lõualuukirurgia osakondades on valve, mis võimaldab eluolulike komplikatsioonide lahendamise ka väljaspool tööaega.

2.3.6 Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine.

Hambaarsti optimaalseks töökoormuseks oleks 6 tundi kliinilist tööd päevas, ühe külastuse keskmine pikkus on 45 minutit. Sellele lisandub 1-2 tundi administratiivset tööd, st. paberite täitmine, ravi planeerimine, konsultatsioonid kolleegidega jne.

2.4 Voodikohtade arvu prognoos.

Voodikohtade arvu prognoos haigla liikide kaupa, eraldi välja tuua päevastatsionaari ja intensiivravi voodikohtade arv.

Vt. näo- ja lõualuukirurgide arengukava.

2.5 Eriarstide vajadus.

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

Vajadus praegusel hetkel:	Absoluutarv	10 000 kohta
Kliinilise hambaravi spetsialiste:	60	0,4
Ortodonte:	60	0,4
Näo- ja lõualuu kirurge	30	0,2
Hambaravi administratiivarste	3	0,02
Hambaarstid	1000	6,67

Kuna sellise määra spetsialistide koolitamine korraga on võimatu, siis näeme ette spetsialistide sellist arvu vähemalt aastaks 2015. Eeskätt tuleb aga reaalset arvestada meie materiaalse ja teadusliku baasiga ning koolitada spetsialiste vastavalt võimalustele. Lähemalt on seda temaatikat käsitletud punktis 4.

2.5.2 Spetsialistikoolituse saanud hambaarstide optimaalne absoluutne arv aastatel 2005, 2010 ja 2015.

Vt. eelmist punkti.

2.5.3 Ettepanek koolitustellimuseks.

4 resident aastast, vastavalt Tartu ülikooli võimalustele kliinilise hambaravi spetsialisti õppele ja igal aastal 30 üliõpilast hambaravi põhiõppesse.

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

3.1 Seadusandlus.

Kehtivatest seadusaktidest mõjutab hambaarste nende igapäevases töös kõige enam sotsiaalministri määrus nr: 18 17.aprill 1997.a. "Stomatoloogia kabinet. Ruumide planeerimise

ja töökorralduse juhendi kinnitamine". Selles määruses on mitmeid punkte, mis seavad mitmeid tarbetult kõrgeid nõudmisi hambaravikabinetile ja seeläbi tõstavad teenuse hinda märgatavalt. Ravikvaliteedile või sanitaarnõuetele need nõudmised samas oluliselt ei mõju. Käesoleval hetkel on alustatud selle juhendi korrigeerimist koostöös Sotsiaalministeeriumiga ja Tervisekaitseametiga. Tulevikus muutub aktuaalseks ka arstide ja patsientide vaba liikumine Euroopa Liidu liikmesriikide ja Eesti vahel. Direktiivide harmoniseerimisel on erialaorganisatsioonide spetsialistid osalema seadusloomes. Käesolev hambaravi arengukava vajab ümbervaatumist iga 3 aasta tagant, sest olukord võib kiiresti muutuda, eelkõige just finantseerimisskeemide poolest. Hiljem, kui olukord Eesti tervishoiukorralduses stabiliseerub, piisab arengukava re-evalueerimisest iga 5 aasta tagant.

3.2 Ravijuhised.

Ravijuhiste või õigemini konsensusraportite väljatöötamine on alanud koostöös Eesti Hambaarstide Liidu, Eesti Stomatoloogia Seltsi ja Tartu Ülikooli vahel.

3.3 Teised standardid.

Kõrvuti ravijuhistega lähtutakse meditsiiniteenuse osutamise üldaktsepteeritud headest tavadest.

4. Ettepanekud eriarstide kvalifikatsiooni parendamiseks.

4.1 Koolitus.

Viimase 5 aasta jooksul on täielikult uuendatud õppebaas. Üliõpilaste kasutada on kaasaegsed raviseadeldised ja instrumentarium. Keeruliseks teeb õppetöö arendamise asjaolu, et on vähendatud stomatoloogia üliõpilaste haridussummasid. Ideaaljuhul peaks olema stomatoloogia koefitsient 8, oli 6,8. Seda vähendati 4,2, millest teaduskonnas kättesaadav on reaalselt 3,7. Seda võrdselt raviosakonna üliõpilastega, kelle jaoks diplomieelne õpe on põhiliselt rühmaõpe. Meie üliõpilaste praktiliseks koolituseks on vajalik personaalne, igati kaasaegselt varustatud töökoht, sest vastasel juhul on ülikooli lõpetanu maha jäänud erialaselt juba diplomit saades. Haridussummad ei saa olla samuti võrdsed üldmeditsiini ja stomatoloogia erialade praktikumide läbi viimiseks. See puudutab ka rühmade suurust. 8 üliõpilast rühmas võib sobida üldmeditsiini praktikumide läbi viimiseks, kuid ei sobi kuidagi kui ka stomatoloogia eriala polikliiniliste praktikumide läbiviimiseks. Meil on võimalik korraga rühmale anda 4-5 töökohta. See tähendab, et ühel töökojal on korraga kaks üliõpilast. See võiks nii olla, kui praktilise töö tundide arvu kahekordistada, sest vastasel juhul on iga üksiku praktiline kogemus poole väiksem kui varasema 5 üliõpilasega rühmaõppe korral. 1997.a. tehti õppekavas muudatused eriala ainete osakaalu suurendamiseks ja nädala auditoorse töö koormuse vähendamiseks.

Iseseisev töö kirjandusega stomatoloogia erialadel on tõsiseks probleemiks, sest raamatukogus praktilised puuduvad õpikud, monograafiad ja ajakirjad kitsaste teemade kohta. Üliõpilased saavad faktiliselt kasutada õppejõudude tellitud ajakirjade ja ostetud raamatute koopiad.

Tartu Ülikooli hambaravi osakonna parimaks funktsioneerimiseks oleks eluliselt vajalik noorte ja võimaluse korral välisriigis koolituse saanud õppejõudude kaasamine kateedri töösse. Välisülikoolis koolitatud õppejõududel võiks olla ka huvi teadusliku töö vastu ja nii oleks võimalik luua oma teaduslik baas, mis on eluliselt oluline kvaliteetse baaskoolituse andmisel. Siis võiks aastaks 2015 Tartu Ülikooli hambaravi osakond olla rahvusvaheliselt tunnustatud teadustöökeskus. Väga hea pinnase näiteks karioloogilisteks profülaktikauuringuteks annab Eesti suhteliselt kõrge kaariesetase.

Riigi rolli vähenemine täiskasvanute hambaravi doteerimisel ei tähenda riigi kohustuste vähenemist hambaarstide koolitamisel ning seeläbi hambaravi kvaliteedi ja rahva tervise edendamisel ja hoidmisel. Tartu Ülikooli hambaravi osakonna koolitustaseme tõstmiseks tuleb kasutada kõikvõimalikke fonde, stipendiume ja muid saadaolevaid vahendeid. Eelkõige tuleks koolitusrahad suunata nende (noorte) õppejõudude koolitamisele, kes elavad Tartus ja seeläbi saavad efektiivselt osaleda õppetöös.

4.2 Täiendkoolitus.

Lisaks kehtivatele spetsialistikoolitusprogrammidele (ortodontia ja näo-lõualuukirurgia), peame vajalikuks ette valmistada süvendatud erialaste teadmistega hambaarste – kliinilise hambaravi eriarste. Nende kompetentsusvaldkonda kuuluks komplitseeritud juhtude diagnostika ja ravi. Kliinilise hambaravi eriarsti kitsamaks spetsialiteediks võiks olla:

- ortopeedia
- parodontoloogia
- endodontia
- karioloogia
- hambumusfüsioloogia
- suupatoloogia
- radioloogia
- pedodontia

Kitsama spetsialiteedi nimetust kutsenimes välja tuua on otstarbetu. Sellised eriarstid peaksid suhteliselt hästi orienteeruma kõikides hambaravivaldkondades.

4.3 Resertifitseerimise vajalikkus ja optimaalne sagedus.

Erinevalt kehtivast litsentseerimiskorrast peaks tulevikus väljaantavad litsentsid olema nimelised, st. igal arstil oma nimel olev litsents. Selle uuendamine iga 5 aasta tagant võiks olla resertifitseerimine, kus arst peaks tõestama oma pädevust ja vahepeal läbitud koolituskursusi.

4.4 Teised ettepanekud kvalifikatsiooni parendamiseks ja säilitamiseks.

Hambaraviteenuse kvaliteet sõltub eelkõige ravi *meeskonda* kaasatud personali kvaliteedist. Ei maksaks unustada, et ka hambaarsti abilise ja tehniku töö kvaliteet mõjutavad otseselt lõppresultaati. Seega oleks oluline, et Eestis käivituks kvaliteetne hambaarstiabiliste koolitus. Erialaorganisatsioonide poolt oleme püüdnud riiklike meditsiinikoolide huvi äratada hambaarsti abiliste koolituse vastu, et tagada programmikohane ja üliõpilasele tasuta õpe, kuid tänaseni pole riik selleks raha leidnud. Hambaravi abipersonali on proovitud (ja proovitakse ka edaspidi) koolitada erakapitalil baseeruv tervishoiukoolis. Kõigi teiste meditsiiniharude õenduspersonali koolitus on riigi eelarve baasil, miks peaks hambaarsti abilised omal jõul toime tulema. Ja mis maksab sellise omal kulul õppinud inimese töö ja kuidas see mõjutab raviteenuste hinda? Ja samas on ka arusaadav, et õpilased ei jaks kinni maksta kvaliteetsete õppejõudude loenguhonorare. Lisaks sellel tegeletakse suuhügieenistide koolitusega, mille mittevajalikkust on erialaorganisatsioonid korduvalt toonitanud.

Arengukava on koostanud hambaravi erialakomisjon koosseisus:

Dr. Kristjan Gutmann

Dr. Tenno Jänes

Dr. Mare Saag