

# HAMBARAVI ERIALA ARENGUKAVA KAASAJASTAMINE JA TÄIENDAMINE 2004. AASTAL

20.10.2004

## 1. Eriala areng

### 1.1 Eriala arengu prioriteedid

- elanikkonna kindlustamine hambaraviga
- raviteenuste kvaliteedi parandamine
- uute ravi- ja diagnostiliste meetodite juurutamine
- diplomieelse koolituse standardiseerimine ja vastavusse viimine Bologna deklaratsiooniga 2010 aastaks (ülesanne kõigis Euroopa riikides, arutelud toimuvad EADEE (European Association of Dental Educators) töörühmades
- kõigi laste haaramine profülaktiliste läbivaatuste ja sanatsiooni ringi

### 1.2 Võrdlus eriala arenguga ja prioriteetidega Euroopa Liidu maades

Eesti hambaravi kliinikute varustatus aparatuuri ja instrumentariumi osas on võrreldav Euroopa teiste riikide tasemega. Elanike arv 1 hambaarsti kohta läheneb Euroopa parima kindlustatusega riikidele : 31.12.2002 aasta seisuga

Taani 1032

Soome 1100

Itaalia 1154

Rootsi 1176

Eesti 1200 (18.10.2004.a.1247 hambaarsti; suhe 1: 1090)

Läti 1477

Sloveenia 1530

Slovakkia 1812

Sveits 1717

Inglismaa 2105

Holland 2118

Hispaania 2667

Järgnevatel aastatel on vaja hoida hambaarstide arvu, mitte seda enam suurendada.

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 2002.a. aastal tehti proteese 63 153 isikule. Statistika andmetel on valmistatud proteeside arv suurenenud : 1995.a. 55630 ja 2001.a. 62390 patsiendile.

Hambaravi ja hammaste proteesimine on traditsionaalselt enamlevinumad raviliigid Eesti hambaraviasutustes. Raviteenust muudes hambaravi valdkondades aga pakutakse tunduvalt vähem, ehki vajadus selle järele on erinevatel andmetel 80-95% elanikkonnast. Sellisteks hambaraviteenusteks on parodontiaaravi (K.05), 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 215 000 ja see arv kasvab pidevalt. Võrdluseks 01.01.2000 oli see arv 205 189.

Parodondi haigused on levinud eeskätt täiskasvanute hulgas, kuid esineb ka lastel ja noorukitel.

DMFT indeksi (s.o. karioosete, plombeeritud ja eemaldatud hammaste summa) väärtus kõigub oluliselt Eesti erinevates piirkondades: 1,6 - 4,8 ni. Kõige kõrgem karioosus on Lõuna-Eestis ja Kagu-Eestis, kus joogivees on fluori vähe. Vähem kahjustatud on kaariesest laste hambad Lääne-Eesti piirkondades. Võime täheldada vähenemistendentsi kaariese juurdekasvus. Nii on 12.a. lastel keskmiselt DMFT 2001.a. 2,12 võrreldes 3,32 1972.aastal. 15 aastastel vastavalt 3,29 ja 5,14 (ETF grant nr 4427).

Piimahammaskonnas 3 aastastel lastel dmft 1,66 (J.Olak, M. Saag, ETF grant 5293) ja 6-7 aastastel lastel isegi 7,7 hambani (M. Saag). Viimastel aastatel on suurenenud fluorootiliste kahjustuste esinemissagedus jäävhammaskonnas, ulatudes kohati 35-60% -ni. 2004.a. on Eesti Stomatoloogia Seltsi poolt tellitud joogivee fluoris sisalduse kaardistamine. On esitatud taotlus ETF granti saamiseks töö jätkamiseks sh. korreleerivate epidemioloogiliste andmete kogumine elanike hammaste seisundi kohta.

## **2. Erialaste tervisehoiuteenuste planeerimine.**

Eriala tervisehoiuteenuste osutamise kirjeldus maakonniti demograafiliste ja elanikkonna haigestumise näitajate alusel.

Eesti elanikkond on 1 390 000 elanikku (2004), mis jaguneb suhteliselt ebaühtlaselt maa ja linna vahel. Neid teenindab 1247 hambaarsti (14.10.04 [www.tervishoiuamet.ee](http://www.tervishoiuamet.ee)), mis teeb keskmiselt 1090 elanikku ühe hambaarsti kohta. Võrreldes 01.01.2000 TH statistika andmetega (vastavalt 1020 ja 1410) on elanikkonna hambaravi kättesaadavus paranenud ja jõudnud Euroopa riikide tipptasemele. Suurt erinevust hambaarstide arvus võib seletada see, et 1999 ilmselt ei olnud osa arste registreeritud.

Erinevused on regiooniti väga suured. Nii näiteks tuleb Valgamaal 1:1854; Ida-Virumaal ühe hambaarsti kohta 1694 (1999.a. 3030) elanikku; Läänemaal 1: 1596 (2632); Võrumaal 1: 1120 (1724); Tallinnas 1:934; Tartus aga on see suhe 1:738, Tartumaal 1: 1488.

2002. aastal tehti Eestis hambaarstile 1,73 miljonit visiiti, s.o. igale arstile ca 10 visiiti tööpäevas. Keskmiselt ühe elaniku kohta 1,2 visiiti aastas. Laste visiitide arv moodustas 24% visiitide üldarvust. Ravitud hambaid arvuliselt kokku 1,18 miljonit. Kolme aasta jooksul on langenud visiitide arv elaniku kohta, suurenenud laste visiitide osakaal. Visiitide arv elaniku kohta kõigub 1,0 visiidist (Järva, Lääne ja Rapla maakond) 1,8 (Tartu maakond).

Arstid on koondunud põhiliselt linnadesse. Maakonnad on suhteliselt halvemini kindlustatud hambaraviga. Endiselt ei stimuleeri majanduslik olukord investeerima suuri summasid maakohtades, kus see ennast väga aeglaselt tasa teenib. Maarajoonides on elanikkonna maksuvõime väike, mis mõjutab ka arstide töökoormust. Täiskasvanud tasuvad hambaravi eest täismahus ise. On vaja leida riiklikul või maakonna tasandil hoobasid, mis suunaksid hambaarste maapiirkondadesse.

Arstide ealine struktuur 2002. aasta statistika andmete põhjal: 9,7% (1999.a. 6,6%) arstidest vanemad kui 65, 55-64 - 18,5%, 45-54.a. - 18,5 % ja 53,3% arstidest olid sel aastal nooremad kui 45 aastat. Pensionile jäävad üksikud hambaarstid.

Hambaravi kliinikutes töötab (31.12.2002 seisuga) 943 hambaarsti abilist, kellest 558 (59%) on lõpetanud meditsiinikooli meditsiiniõe või velskri erialal ja töökohal juurde õppinud hambaravi spetsiifika. Õdede osakaal on suurenenud. Reeglina töötab hambaarst ühe õega/abilisega. Kliiniku suurus määrab lisapersonali vajaduse.

## **2. Tervishoiuteenuste prognoos.**

Hambaraviteenuse vajadus lähema kümne aasta jooksul ei vähene!

Ühelt poolt kasvab küll peale uus generatsioon noori täiskasvanuid, kelle hambad on keskmisest paremas korras.

Profülaktilise töö vilju, statistiliselt arvestatavaid, suuri kaariesevabasid kohorte pole varem oodata kui 10-15 aasta pärast. Hambahaiguste ennetamine eeldab lisaks investeeringutele ka elu- ja mõtlemisviisi muutust, mida on aga kõige raskem saavutada. 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, järele.

Tervishoiuteenuste mahu prognoosimisel tuleb arvestada kahe põhilise faktoriga: vajadus teenuse järgi ja nõudlus teenuse järgi. Ravivajadus on populatsioonis peaaegu 100%.

Hoolimata eri vanuse- ja sotsiaalsete gruppide erinevast tervisedefinitsioonist vajavad praktiliselt kõik inimesed mingil hetkel hambaarsti teenuseid.

Arvesse võttes hambaraviteenuste suhteliselt kõrget hinda, siis on selge, et tingimustes, kus kogu ravikulu patsientide endi kanda, ei saa kõik kodanikud seda endale lubada täies mahus. Suureneda võib eluohtlike komplikatsioonide arv.

Täiskasvanute hambaravilt haigekassa toetuse äravõtmine viib proteesivajaduse suurenemisele.

Praegustes tingimustes saab täiskasvanute nõudmine hambaravi järele suurendada ainult koos elatustasemega tõusuga.

## **Tervishoiuteenuste prognoos laste hambaravis.**

Tasuta hambaravi kuni 19 aastastele tagab lastele terved hambad. 2001 aastal esitatud arengukavas oleme kirjutanud, et viies ellu efektiivseid profülaktikaprogramme on meil võimalik aastaks 2015 jõuda järele Põhjamaade DMFS indeksile. Tegelikult jätkub hetkel profülaktika raha ainult 1, 4, 9 ja 12 klassi õpilaste läbivaatamiseks. Selle tõttu on sageli juhtumeid, kus teismelisel on suus 1 või enam eemaldamist vajavat jäävhammast.

Kaariesaktiivsed lapsed vajavad aastas korduvat läbivaatamist. Täiskasvanutest ülejääv raha peaks jääma laste hambaraviks ja ei tohiks liikuda üldmeditsiini.

Piimahammastega lastest esineb kaariest 39,2% lastest ja nendest 72% ei ole mingit ravi saanud (Grant 5293)

Loomulikult, lisaks majanduslikele faktoritele, sõltub prognoos laste hambaravi teenuste osas piirkondlikest näitajatest sh. joogivee fluoriidide sisaldusest, elanikkonna tihedusnäitajatest, koolieelsete lasteasutuste ja koolide arvust. Vaatamata asjaolule, et tervisekaitse teostab kontrolli ja nõuab veevarustussüsteemide ümberehitamist ei näita hammaste fluuroos vähenemistendentsi. Kahjustatud hambad vajavad taastava ravi menetlusi.

Optimaalseks tuleks pidada planeeritud, regulaarse sanatsiooni korraldamist.(profülaktiliste visiitide arv võrdub laste arvuga).

### **3. Tervishoiuteenuste jaotus etappide kaupa, ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi vahel.**

Hambaravi esmatasandil teostavad kõik diplomit omavad hambaarstid. Teenuste jaotus hambaravis on keeruline, sest ühe diagnoosiga patsiendi raviskeem võib olla vägagi erinev sõltudes muuhulgas nii patsiendi soovidest kui ka majanduslikest võimalustest.

Tulevikus ravivad komplitseeritumaid juhtumeid põhiliselt spetsialistikoolitusega hambaarstid. Oleme alustanud hambaravi eriarstide koolitamist, kelle kompetentsi kuuluvad keerulisemad diagnostika- ja ravimenetlused. Põhiosa hambaraviteenusest osutatakse siiski haiglaväliselt, tavalistel hambaravivastuvõttudel.

Statsionaarse eriarstiabina eksisteerib hambaravis vaid suu-, näo- ja lõualuu kirurgia. Suurte kasvajate eemaldamine, rekonstruktiivsete ja ortognaatsete operatsioonide läbiviimine on vaid näo-lõualuu kirurgide kompetentsi kuuluv ning toimub suuremate haiglate juures. Sellise raviteenuse maht on täpsemalt esitletud vastava eriala arengukavas.

Üldanesteesia sooritatakse hambaravi probleemsetel väikelastel, ülikartlikel patsientidel, arengupeetusega invaliididel jt. näidustatud kontingentidel.

### **4. Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa.**

Kõige suurem vajadus elanikkonnas on tavalise hambaravi valveteenuse järgi. Tavaliselt on probleemiks hambavalu, mida tihti peale saab lahendada konservatiivsetel meetoditel (st. hammast eemaldamata). Sellisteks puhkudeks peaks suuremates linnades olema valve organiseeritud ja jagatud erinevate kliinikute vahel. Hea näide sellise süsteemi reaalsest toimimisest on Tartu, kus mitmed hambakliinikud teevad telefonivalvet (ka öist).

Ka haiglate suu-, näo- ja lõualuukirurgia osakondades on valve, mis võimaldab eluohtlike komplikatsioonide lahendamise väljaspool tööaega.

### **5. Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine.**

Hambaarsti optimaalseks töökoormuseks oleks 6 tundi kliinilist tööd päevas, ühe külastuse keskmine pikkus on 45 minutit (30-90 min.). Sellele lisandub 1-2 tundi administratiivset tööd, st. paberite täitmine, raviplaanide koostamine (sh. ravimaksumus), konsultatsioonid kolleegidega jne.

### **6. Eriarstide vajadus.**

Vajalik on eriarstikoolitusega hambaarstide kitsam spetsialiseerumine ning keerulisemate juhtumite ravi koondumine nende alla. See toob endaga kaasa ravikvaliteedi olulise tõusu.

2004.a. võeti vastu 3 residenti spetsialiseerumiseks parodontoogia alal.

Vajadus praegusel hetkel	Absoluutarv	100 000 elaniku kohta
Hambaravi eriarste kokku	84	6
Neist: Parodontoloog	28	2
Endodontist	14	1
Hambaproteesimise eriarst	28	2
Lastehambaarst	14	1

Kuna sellise arvu spetsialistide koolitamine korraga on võimatu, siis näeme ette spetsialistide sellist arvu vähemalt aastaks 2025.

Lisaks nimetatutele oleks Eestisse vaja koolitada:

- 2 hambumusfüsioloogia spetsialisti (väliskoolitus)
- 4 suu-, näo- ja lõualuude haiguste radiodiagnostikale spetsialiseerunud radioloogi ( 1 väliskoolitusega)

## **7. Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks koos põhjendustega**

### **7.1 Seadusandluses**

Näha ette laste hammaste läbivaatuste, ravi ja profülaktika korraldamiseks munitsipaalhambaarsti 4 ametkohta vastavalt haigekassa piirkondadele

### **7.2. Ravijuhised**

Eesti Haigekassa nõukogule on esitatud laste hambaravi juhised (M. Saag, S. Russak). Need on retsenseeritud ja saadud tagasi täiendamiseks. Esitamise lõplik tähtaeg on 31.12.04 Ravijuhistes on antud suunised nii suu- ja hambahaiguste ennetuseks kui ka raviks piima- ja jäävhammaskonnas.

**7.3** Kõrvuti ravijuhistega lähtutakse meditsiiniteenuse osutamise üldaktsepteeritud headest tavadest.

## **8. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana. Hambaarstide pädevuse hindamise süsteem**

2003.a. Eesti Stomatoloogia Seltsi juures on loodud pädevussertifitseerimise komisjon, kuhu tuleb esitada avaldus ja vajalikud dokumendid läbitud koolituse kohta pädevuse hindamiseks üks kord 5 aasta jooksul (1.aprilliks või 1.oktoobriks). Minimaalne tunnistustega tõestatud täienduspunktide arv on 150 t. 5 aasta jooksul. Lisaks auditoorsele õppele eeldame 150 tunni ulatuses individuaalset õpet (ajakirjad, õpikud, internet, jt. allikad).

Võrdluseks näiteid teistest Euroopa riikidest: Läti – 250 t; Inglismaal 75 t.(spetsialistidele rohkem); Belgia 30 t; Sloveenia 10 kursust 7 a. jooksul.

Komisjon väljastab pädevussertifikaadi.

2005.a. jätkab sertifitseerimist Eesti Hambaarstide Liit . NB! 2004.a. detsembris jõuab lõpule Eesti Stomatoloogia Seltsi ja Eesti Hambaarstide Liidu ühinemisprotsess. Ühinemise järgselt kannab organisatsioon nime Eesti Hambaarstide Liit ja õigusjärglasena Eesti Stomatoloogia Seltsi logo muudetud tekstiga.

## **9. Muid eriala probleeme, ettepanekuid**

### **9.1 Diplomieelne koolitus.**

Viimase 5 aasta jooksul on täielikult uuendatud TÜ õppebaas. Üliõpilaste kasutada on kaasaegsed ravi- ja diagnostika seadeldised ja instrumentarium. Õppekava on akrediteeritud 2002.a. Koolitus on tunnistatud vastavuses olevaks EU nõuetele.

Keeruliseks teeb õppetöö arendamise asjaolu, et hambaarstide koolitamiseks eraldatud haridussummadest ei piisa. Ideaaljuhul peaks olema stomatoloogia koefitsient 8. Tegelikult on 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 hambaarsti töökoht, et omandada ülikooli lõpetamiseks kõik hambaarstile vajalikud oskused ja olla vastutusvõimeline. Haridussummad ei saa olla võrdsed üldmeditsiini ja stomatoloogia erialade praktikumide läbi viimiseks. Kuna raviosakonnas toimub spetsialiseerumine, ravivõtete detailne omandamine residentuuri ajal. See puudutab ka rühmade suurust: 8 üliõpilast rühmas võib sobida üldmeditsiini praktikumide läbi viimiseks, kuid ei sobi kuidagi hambaravi eriala polikliiniliste praktikumide läbiviimiseks. Meil on võimalik korraga rühmale anda 5 töökohta. See tähendab, et ühel töökohal on korraga kaks üliõpilast. Ka erialase prekliinilise koolituse kulud on suured. Vaja on täiendavalt ühte 10 kohaga fantoomklassi (2,5 miljonit) ja kahte kliinilise õppe klassi (4 miljonit krooni). Ka raamatukogu olukord on paranenud: elektrooniliselt on kättesaadavad 24 erialast ajakirja. Veel napib paberandjal erialaseid ajakirju ja õpikuid. Arvutiklasside kaudu on kindlustatud juurdepääs internetile.

Riigi rolli vähenemine täiskasvanute hambaravi doteerimisel ei tohi tähendada riigi kohustuste vähenemist hambaarstide koolitamisel ning seeläbi hambaravi kvaliteedi ja rahva tervise edendamisel ja hoidmisel.

### **9.2 Hambaravi rahastamine.**

- 9.2.1. Hambaravile eraldatud rahad ei tohiks liikuda meditsiini teistele erialadele: vabanenud, kasutamata summad peaks üle kantama laste hambaravi läbiviimisele ja ennetustegevusele. Regulaarne 3-aastase intervalliga laste hammaste epidemioloogiline uuring koos ravivajaduste prognoosimisega peaks rahastatama hambaravile eraldatud summadest.
- 9.2.2 Lisaks esmaabile valuga haigetele ( sisuliselt ainult hamba eemaldamine), peame vajalikuks ka plaaniliste ekstraktsioonide haigekassa poolset tasustamist, et välistada eluohtlike tüsistuste tekke võimalust. On arusaamatu miks limaskestast haiguste ravi on inimesele tasuline, nahahaiguste ravi aga on haigekassa poolt tasutud. Ka parodontiidi kui kroonilise infektsioonhaiguse ravi peaks olema haigekassa poolt tasutud täiskasvanule. Alalõualiiigese uuringute eest tasub haigekassa ainult kirurgi saatekirja puhul. Tänapäevaks on olemas Tartus spetsialist, hambaravi eriarst – kuid uuringud ainult patsiendi enda tasuda.
- 9.2.3 Juhul kui pensionär ei vaja proteesi, kaaluda võimalust proteesikompensatsiooni (2000 krooni kolme aasta jooksul ) kasutada hammaste ravideks

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

9.2.5 Kui laste hambaravi ja profülaktika on Haigekassa prioriteediks, siis peaks Haigekassa koordineerima ka profülaktikatööd ja laste regulaarseid ülevaatusi. Eiramata lastevanemate vaba soovi ja valikuvabadust lasta ravida lapse hambaid oma arsti juures, on vajalik lepingu vormis kinnistada kõik lasteaiad ja koolid kindla hambaarsti juurde. Viimane võimaldab läbi viia süstemaatilist raviprofülaktikat ja kontrolli ravi teostamise üle teise arsti juures.

Ühe täiendava kindlustusaasta tagamine haigekassa poolt regulaarselt ravil käinud noorukile oleks üks hoob lapsevanemate kaudu laste hammaste seisundi parandamiseks Hea ülevaate teostatud raviprofülaktilistest menetlustest võiks anda laste sanatsiooni register. Munitsipaalarsti koostatuna või korralikult täidetud "Hambapass". Külastusi tõendab visiidi ajal tehtud arsti sissekanne hambapassi, milliseid peaks trükitama haigekassa kulul ja jagatama sünnitusmajades.

Arengukava on koostanud hambaravi erialakomisjon koosseisus:

Dr. Mare Saag  
Dr. Kristjan Gutmann  
Dr. Tenno Jänes