

# **Restauratiivse hambaravi eriala arengukava aastani 2020**

2012

**Koostaja:**

Dr. Ene-Renate Pähkla PhD

## Sisukord

Arengukava preambula .....	4
1. Eriala areng .....	4
1.1 Eriala definitsioon ja olemus.....	4
1.2 Eriala arengu prioriteetid .....	5
1.3 Eriala arengu prioriteetide taust.....	6
2. Teenuste jaotumine .....	8
3. Harvaesinevad haigusseisundid.....	8
5. Koormusstandardid .....	9
6. Prognoosid .....	9
7. Regulaatiivne keskkond ja vajalikud muudatused.....	10
7.1 Seadusandlus .....	10
7.2. Ravijuhised .....	11
8. Professiiooni tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana .....	11
9. E-tervis.....	13
10. Muid eriala probleeme, ettepanekuid .....	13
Viidete loetelu.....	14

## **Arengukava preambula**

Hambaravi eriala arengukava ei tohi tekitada hambaraviteenuse osutajaile riiklikke lisakohustusi, mis põhjustavad lisakulu, mida ei suudeta riiklikult rahastada. Hambaraviteenuse osutajate ainsaks tuluks on patsientide poolt makstav tasu, sest hambaravi täiskasvanutele on nõ „avalik teenus, mida riik rahastab patsientide omaosaluse kaudu“, kus paraku patsiendi omaosaluse määr on üldjuhul 100%. Teisisõnu, riik enamasti ei rahasta hambaravi (kaetakse vaid laste ja vanurite hambaravi teatud ulatuses). Osadel hambaraviteenuse osutajatel puudub igasugune riiklik finantseering (st puudub leping Haigekassaga). Enamus hambaraviteenuse osutajaist toimivad eraettevõtjana. Riigi poolt eraettevõttele kehtestatud kohustustest tulenevad täiendavad tegevuskulud tuleb rahastada 100% riigi poolt (sh E-tervisesse andmete edastamisest tulenev lisatöö, kohustuslike pädevuskoolituste kulud, kohustuslike valveteenistuste kulud). Kui eraettevõttele riigi poolt kehtestatud kohustusi riiklikult rahastada ei suudeta, tuleb kohustuse kehtestamisest loobuda või kaotada vastav kohustus, kui see on juba kehtestatud. Eeltoodud väited järgivad Põhiseaduses kehtestatud ettevõtlusvabaduse sätteid ja võrdse kohtlemise printsiipi. Lisaks on eeltoodud väited kooskõlas Riigikogu kantselei õigus- ja analüüsiosakonna seisukohaga 27.01.2011 majandustegevuse seadustiku kohta. Loodav arengukava peab olema kooskõlas eeltoodud põhimõtetega.

## **1. Eriala areng**

### **1.1 Eriala definitsioon ja olemus**

Restauratiivne hambaravi tegeleb suu- ja hambahaiguste diagnoosimise, profülaktika ja raviga. Parodontoloogia on restauratiivne hambaravi eriala spetsialiteet, mis tegeleb igemehaiguste diagnoosimise, profülaktika ja raviga. Igemehaiguste eriarst on parodontoloog.

## 1.2 Eriala arengu prioriteetid

Restauratiivse hambaravi eriala prioriteetid on:

- Ebavõrduses vähendamine hambaravi kättesaadavuse osas, seoses elukohaga.
- Hambaarstide kohustuslike koolituste otstarbekuse hindamine (ohutuse ja majandusliku otstarbekuse valguses).
- Riik peaks Sotsiaalministeeriumi kaudu soodustama hambaarstide teadustöid ja - projekte, läbi mille toimub eriala tegelik arendamine.
- Igemehaiguste süstemaatilise ennetamise ja ravi kättesaadavuse parandamine elanikkonnale.
- Süstemaatilise igemehaiguste profülaktika, ravi ja järelravi süsteemi loomine ja arendamine (sh riigipoolse hüvituste süsteemi loomine).
- Kuna hetkel riik rahastab laste- ja noorukite hambaravi, siis peaks eriala prioriteet olema laste ja noorukite igemehaiguste süstemaatiline profülaktika ja riskipatsientide välja selekteerimine.
- Elanikkonna terviseteadlikkuse tõstmine igemehaiguste olemuse, profülaktika ja ravivajaduse osas.

### 1.3 Eriala arengu prioriteetide taust

Erinevatesse hambahaigustesse haigestumine on elanikkonnas kõrge. Vajadus suu- ja hambahaiguste professionaalse profülaktika järel on suur ja puudutab iga kodanikku. Igemehaiguste süstemaatilise raviga ja eriti profülaktikaga tegelemise võimalused on väikesed, seoses patsientide madala maksujõulisusega.

**Probleem:** Mujal riikides tegelevad igemehaiguste ja hambakaariese professionaalse profülaktikaga suuhügienistid. Ka Eestis on Terviseameti tervishoiutöötajate nimekirjas registreeritud suuhügienistid. Nende ametlikku koolitamist Eestis ei toimu. Samuti ei oma suuhügienist iseseisva patsientide vastuvõtu õigust ega saa luua hambaravi ettevõtet. Üksikud suuhügienistid on seni edukalt integreeritud hambaravi kabinettide meeskonda. Osad suuhügienistid on sunnitud töötama mitmes ettevõttes, et saaksid oma koormuse täis. Tekkinud olukorda ei paranda suuhügienistide arvu suurendamine.

**Ettepanek:** Meie tingimustes oleks mõistlikum koolitada hambaarstidega koostöötavaid keskkaridusega meditsiinilist personali e. assistente, kes oleksid võimelised ka iseseisvalt teatud teenuseid (nõustamine, professionaalne profülaktika) pakkuma. Suuhügienistide suhtarvu elanikkonna suhtes, saab vaadata koos elanikkonnale makstavate hüvitiste osakaaluga ja käsikäes ettevõtluskeskkonnaga. Adekvaatse otsuse vastuvõtmiseks antud küsimuses, oleks eelnevalt vaja teha majandusanalüüs.

Me ei saa pidada hambaravi eriala prioriteediks kitsa spetsialiteedigaüleharitud tugipersonali välja koolitamist, kuna sellise personali ülalpidamine tekitab patsientidele lisakulusid ja vähendab omakorda ravi kättesaadavust. Kindlasti peab säilima olukord, kus hambaarst võib pakkuda raviteenust ilma tugipersonalita.

#### **Parodonti haigused**

Vastavalt põhjamaade erinevatele andmetele [1] on igemete veritsuse esinemine laiaulatuslik probleem.

#### **Parodontiidi levimus**

Parodontiidi levimuse kohta Eestis on vähe andmeid. Eestis määrati 128 lapsel (15 aastased) CPI, terveid 52.3% ja erineva raskusastmega parodonti kahjustust leidis 47,7% lastest). Parodontiidi süstemaatilise raviga on Eestis vähe tegeletud. Selle haiguse levimus on uurimata. Puuduvad süstemaatilise profülaktika ja järelravi võimalused. Soome täiskasvanute populatsiooni uuringus tuvastati 62% elanikkonnast parodonti haigusi, 21% elanikkonnast esines raske kaugelearenenud parodontiit [2]. Parodontiidi haigetel esines

aktiivset hambakaariest sagedamini (33%) kui terve parodondiga täiskasvanutel (23%) [3]. Antud uuring näitas, et igemetaskuid üle 4 mm esines 2/3 uuritutest, 50% 30-34 aastastest. Meestest 69% ja naistest 78% kellel olid naturaalhambad, esines kõikidel hammastel igemetaskuid 25%. 30-60 aastastest 6% on kaotanud kõik hambad. Üle 65 aastastest 44%. Üle 55 aastastest 20% on eemaldatavad proteesid. Epidemioloogilised andmed parodontiidi levimuse kohta mujal maailmas on saadaval WHO koduleheküljel (WHO Global Oral Health Data Bank).

### **Parodontiidiravi**

Parodontiidi ravi on komplitseeritud, kompleksne. Vajalik võib olla nii süsteemne antibakteriaalne ravi, mida korratakse vajadusel samal patsiendil. Selline ravi peaks olema tekitajapõhine, mitte empiiriline. Ravimresistentsuse ärahoidmiseks. Kirurgiline ravi põletiku keskkonna vähendamiseks aga ka regeneratiivsed protseduurid hambakinnituse taastamiseks. Raskematel juhtudel tuleb kasutada interdistsiplinaarset lähenemist. Kuna tegemist on kroonilise haigusega, vajaksid need patsiendid regulaarset parodonti seisu kontrollimist ja järelravi.

Parodontiit võib levida lähisugulaste vahel nii emalt lapsele kui ka elukaaslaste ja õdedevendade vahel. Seega on profülaktikavajadus parodontiidahaigete peredes kõrge. Kuna varajases staadiumis diagnoositud haiguse prognoos on parem. Parodontiit on krooniline infektsioosne haigus, ulatuslik põletiku ala organismis. Parodontiit on seotud südameveresoonekonna haiguste tekkimise mehhanismiga [4].

**Ei saa toimuda süstemaatilist parodontiidi profülaktikat, ravi ja järelravi ilma riigipoolsete hüvitiste süsteemita.**

## 2. Teenuste jaotumine

Hambaraviteenust vajavad isikud jagunevad kaheks põhigrupiks:

1. Isikud, kes suudavad istuda tavalises hambaravi toolis ja kellele on võimalik osutada rutiinset hambaravi. Nendel isikute teenindusvalmidus peaks olema piisav. Hambaarstide arv elanikkonna suhtes on piisav, aga teenuse pakkujate jaotumine Eesti eri regioonides on ebaproportsionaalne (vt Terviseameti andmed)

2. Isikud, kes vajavad erivarustusega hambaravikabinetti, üldnarkoosi. Peab olema tagatud kõrgema etapi intensiivravi võimalus. Hetkel ei ole. Erivajadustega patsientide ravi peaks olema tagatud nii Lõuna- kui Põhja-Eestis. Erivajadustega lapsed patsientide jaoks ei ole eraldi kabinetti. Hetkel vastav võimalus selliseid patsiente ravida on Tallinna Lastehaigla operatsiooni blokis.

**Ettepanek:** Erivajadustega patsientide ravi peaks olema tagatud nii Lõuna- kui Põhja-Eestis. Kabinet peaks olema loodud nii, et oleks võimalik teenindada nii erivajadustega lapsed patsiente kui ka täiskasvanuid, et tagada toimimiseks vajalik töömaht. Koostöö perearstidega peaks paranema. Perearstid peaksid suunama lapsed patsiente hambaravi profülaktilistele läbivaatustele tihedamini. Hambaravis ei ole vaja täiendavat tugipersonali.

## 3. Harvaesinevad haigusseisundid

Kõik restauratiivse hambaravi protseduurid on Eestis kättesaadavad.

## 4. Valveteenistus

Vajadus selle teenuse järgi peaks teoreetiliselt suurenema, kuna ravi kättesaadavus halveneb. Hetkel rahastatakse vältimatut ravi. Vältimatu ravi definitsioon, eriti restauratiivse hambaravi kontekstis, ei ole üheselt mõistetav. "Muudel juhtudel on täiskasvanutel õigus saada tasuta hambaravi vältimatu abi korras, kui abi edasilükkamine või selle andmata jätmine võib põhjustada surma, või püsiva tervisekahjustuse. Vältimatu abi vajaduse otsustab arst" (Pevkur, Riikikogu stenogramm 22.03.2010).

Ravikindlustatud isiku eest tasub vältimatu abi Haigekassa, ravikindlustamata isiku puhul tasutakse vältimatu abi eest riigi eelarvest:

2008 aastal 13,9 milj EEK

2009 aastal kulus 11,2 milj EEK (Pevkur, Riikikogu stenogramm 2010)

Tuleks kokku leppida kas hamba kaotus on püsiv tervisekahjustus. Kas ravimine hamba eemaldamise näol on püsiva tervisekahjustuse tekitamine? Probleem, mis vajaks arutamist, on selles, et hambaravile pöörduvad hambavaluga patsiendid, kes ei ole surmaohus.



Hambaarstile on jäetud otsustada, kes seda ravi saab subjektiivsete kriteeriumite kaudu. Samas patsientidele pakkuda seda teenust kui hambavalu ravi ei oleks hea otsus, kuna see võib motiveerida patsiente ilmuma kohale alles siis, kui hammas valutab. Meil oleks vaja minimaalset patsiendipõhist hambaravi kontot, teisisõnu jagada see 11.2 milj hambaravi hüvitist mittesaava elanikkonna vahel võrdselt. Seda argumenti peaks arutama, eesmärgiga luua tingimused hambaravis vältimatu ravi raha õiglasemaks jaotumiseks.

Erakabinettidelt ei saa nõuda töötamist väljaspool tööaega k.a nädalavahetustel ja öösi. Erakabinettide vastava teenuse kujundab turg. Eriti suurlinnades. Sellise teenuse tagamine peaks olema kohalike omavalitsuste ülesanne.

## 5. Koormusstandardid

Hambaarsti optimaalseks töökoormuseks oleks 6 tundi kliinilist tööd päevas, ühe külastuse keskmine visiitipikkus on 45 min. Sellele lisandub 1-2 tundi administratiivset tööd, s.t dokumentide vormistamine, ravi planeerimine, konsultatsioonid kolleegidega jne. Ühel vastuvõtu päeval on 8 visiiti. Eelkirjeldatud ravikabineti, hambaarsti, abipersonali, tarvikute ja kulumaterjalide kulu saab antud ajahetkel esitada ajaliselt - 100 EUR tunnis ühe hambaravitooliga ravikabineti kohta. Antud numbrilised väärtused tulenevad minu ja kolleegide praktikast (näiteks AS LTKH Hambaravikliinik, kliiniku juhataja Dr. Krista Vapper). Millised võiksid olla hambaarsti standardkoormused on Eestis ebaselged. Majanduslikke põhjendusi koormusstandarditele ei ole senimaani välja selgitatud.

## 6. Prognoosid

Maapiirkondades hambaravi kättesaadavus on halvem ja halveneb veelgi. Maapiirkonda hambaravikabinetti loomine on suure sisenemisbarjääriga ettevõtmine (sobivate pindade soetamise, ehitamise ja renditingimustega, samuti aparatuuri soetamisega). Noorele hambaarstile, kes oma elu alustab ja soovib ka oma isiklikku elu planeerida, ei ole sellise äri riski võtmine mõeldav. Lahendus võiks olla kohalike omavalitsuste poolt munitsipaalhambaravikabinettide väljarentimine või hambaravi bussi sisustamine ja väljarentimine ja teenuse osutamise igakülgne soodustamine. See probleem peaks olema kohalike omavalitsuste prioriteet, et parandada hambaravi kättesaadavust kohalikule elanikkonnale.

**Probleem:** Eestis ei määra hambaravi kättesaadavust niivõrd arstide suhtarv elanikkonna suhtes, kuivõrd täiskasvanud elanikkonna hambaravi hüvitiste puudumine. Eestis on täiskasvanute hambaravi kättesaadavuse põhjuseks patsientide madal maksujõulisus ja riigipoolsete hüvitiste puudumine ja patsientide ebavõrdne seisukord elukohajärgselt (maainimene vs. linnainimene). Maainimesele lisanduvad ravile ka transpordikulud. Riigi regionaal- ja tervishoiupoliitika tõttu on enamus hambaraviteenuse osutajaid koondunud linnadesse, enamuses Tallinna ja Tartu. Hambaarstide optimaalset arvu saab prognoosida

peale põhjalikumat majandusanalüüsi, kus arvestatakse kohalikku tervishoiupoliitikat ja suundi, hüvitiste süsteemi ja patsientide maksujõulisust.

**Ettepanek:** Ei ole mõistlik vaadata arstide- või suuhügienistid suhtarvu ainult kui numbrilisi võrdlusi teiste riikidega. Võrrelda tuleks arstide, eriarstide ja suuhügienistide suhtarvu komplekselt koos tervishoiu süsteemides kasutusel olevate hüvitiste ja kompensatsiooni mehhanismidega, üldise tervishoiu poliitika suundade ja samuti võrrelda riikide SKP-sid ja patsiendi rahulolu uuringuid antud kontekstis.

## 7. Regulaatiivne keskkond ja vajalikud muudatused

### 7.1 Seadusandlus

Keskkonna ministri määrus. nr 86, § 48 poolt kehtestatud kiirgustöötaja kiirgusohutusosalase koolitamise nõuded on hambaarstide suhtes üleregulatsioon. Keskkonnaameti Kiirguskaitse osakonna poolt on antud valdkond hambaarstidele ülereguleeritud kohustusega osaleda iga 5 aasta tagant kiirguskaitse alasel koolitusel. Kiirgusravi, röntgenoloogia ja vastava ohutuse alased teadmised on hambaarstidel omandatud kõrghariduse käigus. Meid ei puuduta nt tolliametis või lennunduses kasutatavad kiirgajad või kiirguskaitse ohutuse nõuded ehitussektoris ja lennunduses. Antud koolitusi viib läbi Äriinfo OÜ hinnaga 110.- EUR + km ja hambaarstile lisandub ärajäänud vastuvõtuga seonduvad kulud.

Kiirgusallika kontrollmõõtmine ja kabineti varjustuse mõõdistamine ja kooskõlastamine kiirguskaitse loa väljastamisel peaks olema piisav. Kiirguskaitseameti paikvaatluse käigus võiks toimuda ohutuse alane nõustamine. Samuti võiksid ohutuse nõuded olla kättesaadavad Kiirguskaitse Ameti koduleheküljel ja nõustamine kättesaadav ka telefoni teel. Seda kõike peaks korvama juba praegu vastava sertifikaadi väljastamiselt tasutav riigilõiv. Eriti tingimustes, kus mõne ravikabineti kiirguskoormus võib olla 4-8 röntgen ülesvõtet kuus. Samuti on tehnoloogiad vimmase 10 a jooksul oluliselt arenenud, võimaldades ohutuse kontrolli ilma eelneva ühepäevase koolitusega. Kabineti tegevusluba ise tagab juba vajalike ohutusnõuete täitmise.

**On põhjendamatu, et hambaarst peab osalema iga 5 aasta järel kiirgusohutusosalasel tasulisel koolitusel. Antud kohustus teenib vaid koolitajate ärihuve, pakkudes neile garanteeritud tulu, hambaarstidele koormav ning tuleks kaotada. Juhul kui riik antud kohustust kaotada ei taha, siis tuleks kõik kohustusega kaasnevad kulud (sh koolituspäeval saamata jäänud tulu) hambaraviettevõttele hüvitada.**

## 7.2. Ravijuhised

Restauratiivse hambaravi ravijuhiste väljatöötamine ja regulaarne uuendamine peaks toimuma koostöös Eesti Hambaarstide Liidu, Tartu Ülikooli ja teiste, mitte Eesti Hambaarstide Liitu kuuluvate hambaarstide vahel. Eesti Hambaarstide Liidu kui organisatsiooni põhieesmärk peaks olema: Eesti hambaarstide ühendamise, tervishoiupoliitika kujundamine, meditsiini eetika edendamine ning oma liikmete kutsehuvide ja õiguste kaitsmine. **EHL ei esinda kõikide hambaarstide huve. Demokraatlikus riigis ei saa olla ühe seltsi arvamus ülemuslik.**

EHL juhtkonnal on kavas tekitada uus võimu kandev institutsioon - Hambaarstide Koda. Sellise institutsiooni loomises on huvide konflikt. Koja näol oleks tegemist kitsa huvigrupiga, kes rakendab oma võimu konkurentide suhtes. Hambaravi valdkond Eestis on liiga väikesearvuline, et kanda ise välja õiglaselt esindatud reguleeriv institutsioon. Ei saa lubada, et Hambaarstide Koda oleks võimu kandev institutsioon.

## 8. Professiiooni tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana

Ei ole õiguslik nõuda riigi poolt kunstlikult eraettevõtte parendamist. Soov ja vajadus oma oskusi ja teenust parendada tuleb ettevõtte / ettevõtja seest. Seda määrab turg ja konkurents. Riigi eesmärk saab olla kahjustava tegevuse ärahoidmine või ennetamine. See süsteem on hetkel piisavalt reguleeritud läbi Terviseameti tervishoiutöötaja registreerumise protseduuri ( mis tõendab, et isik on saanud vastava erialase väljaõppe) ja samuti tervishoiu asutuste regulaarse litsentseerimise. Ka litsentseerimise puhul võiks Tervishoiu ameti juures olla nõustaja, kes vajadusel tuleb paikvaatlusele ja nõustab vajadusel ettevõtet/ ettevõtjat litsentsi taotlejat nõuete täitmisel. Samuti reguleerib antud küsimust Sotsiaalministri 15.12.2004 a. määrus „ Tervishoiu teenuste kvaliteedi tagamise nõuded“.

Praegu toimub regulaarse pädevuse sertifikaatide väljastamine Hambaarstide liidu poolt arsti avalduse alusel. **Selline punktikogumise süsteem tohib töötada ainult vabatahtlikkuse alusel.** Nii nagu see on toimunud senimaani. Selle põhjenduseks on pakutavate koolituste taseme suured erinevused. Samuti on enesetäienduse võimalused iseseisva tööna ja ka info kättesaadavus viimase viie aasta jooksul omandanud uue taseme. Võimalused ja ligipääs erialalisele kirjandusele on erinev varasemast. Samuti on võimalik osaleda rahvusvahelistes ja kodumaistes arstide foorumites, et oma kogemusi arutada kolleegidega. Seega arvan, et iseseisva õppimise võimalused on alahinnatud. Samuti ei kajasta punktisüsteem läbitud koolituse kvaliteeti. Hambaarstid kui eraettevõtjad tasuvad ise oma koolituskulud. Punktisüsteem võib hakata koormama ressursse selliselt, et arstidel ei ole võimalik enam ennast välismaal täiendada. Samas ei jätku Eestis piisavalt ressursi tippspetsialistide täiendkoolituse tarvis juba praegu.

Arsti pädevus peaks tõusma probleemiks kaebuste puhul või siis kui arst ei ole piki aastaid oma erialalisel tööl. Viimast peaks saama jälgida Terviseameti registrite kaudu. Pealesurutud ülereguleeritud või lisaorganisatsioonide loomine pädevuse kunstlikuks tekitamiseks pärsib innovatsiooni. Selline kohustuslik punktisüsteem loob tingimused akrediteerimata koolitajatele garanteeritud tulu tekitamiseks.

Riik peaks Sotsiaalministeeriumi kaudu soodustama eraettevõtjate s.h hambaarstide teadustööd ja projekte, läbi mille toimub tegelik eriala arenemine. Näiteks, senimaani ettepanekud „Eesti elanike suuõõne haiguste levimus, ravi vajadus ning selle läbiviimise organisatoorsed vormid“ teadusliku uurimusena TÜ stomatoloogia osakonna sihtfinantseerimiste taotlemisel, ei ole kordagi leidnud toetust Sotsiaalministeeriumi ega Eesti Haigekassa poolt.

## 9. E-tervis

Kohustus edastada andmeid E-tervise infosüsteemidesse on ettevõtlusvabaduse piiramine ning on kehtestatud ebavõrdsetel alustel. Andmete edastamise võimalikud hüved ei ole proportsioonis lisanduva koormusega ja ületavad ka mõõdukuse.

Hambaaraviteenuse osutajailt on õigus tegevusluba ära võtta, kui asutus ei edasta andmeid E-tervise infosüsteemi. See piirab põhjendamatult põhiõigust (PS §29) töötada valitud erialal ja piirab ka ettevõtlusvabadust. Dokumenteerimismeetodi valik (pabermeetod või elektrooniline) ei saa olla piisavaks põhjuseks tegevusloa eemaldamisel. Eeltoodud väited on kooskõlas Riigikogu kantselei õigus- ja analüüsiosakonna seisukohaga 27.01.2011 majandustegevuse seadustiku kohta [5], kus on täpsemalt analüüsitud tegevusloa eemaldamise õiguslikke aspekte.

Kui riik soovib säilitada E-tervise infosüsteemi andmete edastuse kohustuse hambaarstidele, siis riigi poolt eraettevõttele tekitatud tegevuskulud tuleb rahastada riigi poolt (sh arvutid, digisensorid, intraoraalne kaamera ja andmesisestuse lisatöö). Kui seda ei suudeta, tuleb kaotada kohustus eraettevõtetele.

## 10. Muid eriala probleeme, ettepanekuid

Hambaarst peaks olema ülikooli lõpetamise järgselt mitte ainult kitsa eriala tippspetsialist vaid ka ettevõtja. Praegusel hetkel on hambaarstide õppekavas ettevõtlusega seonduvalt ainekursus ARTH 05.008 „Tervishoiu ökonoomika ja tervishoiu korraldus“. Sellele lisaks peaks kindlasti olema ka ettevõtluse ja ärijuhtimise kursused, mille põhjal tulevane ettevõtja omandataks praktilised oskused ja teadmised. Vastasel juhul on hambaarstid võrreldes teiste arstiteaduskonna tudengitega ebavõrdses olukorras, seoses erasektorisse tööle asumisega.

## Viidete loetelu

1. „Caries prevalence among children, adolescents and adults, and periodontal condition among adults, in Denmark, Sweden, Norway and Sweden“ Malmö 2007
2. Mattila PT, Niskanen MC, Vehkalahti MM, NordbladA, Knuuttila ML. „Prevalence and simultaneous occurrence of periodontitis and dental caries“ J Clin Periodontol 2010 37(11):962-7
3. „Oral Health in the Finnish Adult Population“ Health 2000 Survey: Liisa Suominen-Taipale, Anne Nordblad, Miira Vehkalhati, Arpo Aromaa , Helsinki 2008.
4. The American Journal of Cardiology and Journal of Periodontology Editors Consensus: Periodontitis and Atherosclerotic Cardiovascular Diseases (2009)
5. Majandustegevuse seadustiku üldosa seaduse eelnõu (803 SE) majandustegevuse keelamise sätete vastavusest põhiseadusega  
Viide: [http://www.riigikogu.ee/?page=pub\\_file&op=emsplain&file\\_id=1312925](http://www.riigikogu.ee/?page=pub_file&op=emsplain&file_id=1312925)