

**Hambaravi eriala arengukava
2021 – 2030**

Arengukava koostasid:

Dr Anastassia Kuldmaa

Dr Martin Martma

Dr Katrin Metstak

Dr Epp Pohlak

Dr Ave Pöld

Dr Mare Saag

Dr Marjo Sinijärv

Dr Kati Vald

Dr Marek Vink

Dr Piret Väli

Sissejuhatus	5
Eriala arengu prioriteedid Eestis	7
1. Eriala kirjeldus	9
1.1. Eriala areng ja prioriteedid maailmas	12
2. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine	16
3. Raviteenuste kirjeldus	19
3.1. Suutervise edendus	19
3.1.1 Ülevaade toimunud ennetustegevusest	22
3.1.2 Ennetustegevuse eesmärgid	23
3.1.3 Täiskasvanute suuterviseteadlikkuse tõstmine	23
3.1.4 Hambaarsti rolli suurendamine profülaktilises tegevuses	24
3.1.5 Teiste meditsiinitöötajate aktiivne kaasamine nõustamise protsessi	24
3.1.6 Õpetajate aktiivne kaasamine laste ja lapsevanemate nõustamise protsessi	25
3.1.7 Riigi osaluse suurendamine suuhaiguste ennetustöös	25
3.2. Hambakaariese haigus ja kaariesekahjustus	26
3.3. Suuõõne vähk	29
3.4. Süsteemse haiguse suuõõne/stomatognaatse süsteemi manifestatsioonid ja nende ravi (<i>oral medicine</i>)	32
3.5. Parodontoloogia	32
3.6. Endodontia	36
3.7. Proteetiline ravi	37
4. Hambaravi teenuse kättesaadavus maakonniti	39
5. Tervishoiuteenuste prognoos	42
6. Hambaravi teenuste jaotus ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi vahel	43
6.1. Hambaarsti valveteenuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa	44
7. Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine	46
7.1. Kokkuvõtte hambaravi ergonoomika ja töökoormuse küsitlusest	46
8. Eriarstide vajadus	47
9. Kehtiv regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks	48
9.1. Seadusandlus	48
9.1.1. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus	48
9.1.2. Reklaamiseadus	48

9.1.3. Tulumaksuseadus	49
9.2. Jäätmekäitlus	50
9.3. Hambaraviteenuse miinimumnõuete kaasajastamine	51
10. Hambaarsti pädevus ja vastutus	51
10.1. Mittesüüline vastutuskindlustus	52
11. Muud eriala probleemid ja ettepanekud	53
11.1. Diplomieelne koolitus	53
11.2. Hambaravi assistentide ja profülaktika assistentide koolitus	54
11.3. Hambaraviteenuse rahastamine	55
11.4 Hambaarstide Koda	57
11.5 Hambaarstide omandinõue	59
11.6 Tehisintellekti kasutamine hambaravis	60
11.7 Digilugu ja Pildipank	60

Sissejuhatus

Suutervis on osa üldtervisest, mängides tähtsat rolli sotsiaalses ja mentaalses heaolus. Terve ja elujõuline elanikkond on aga riigi majandusarengu ja jätkusuutlikkuse eelduseks.

- Suutervis on üldtervise lahutamatu osa, mistõttu on ka hambaarst, sarnaselt teistele eriarstidele, rahvastiku tervise vaates mitte kulu, vaid tulu, mis toob pikemas perspektiivis mitmekordselt tagasi.
- Hambaarst on suuhaigusi ennetava eksperdina spetsialist, kelle tegevus on inimese üldtervise seisukohalt sama oluline kui mis tahes teisel eriarstil. Õigeaegselt avastatud ning ravitud suuõõnehaigused aitavad ära hoida või leevendavad mõne üldhaiguse kulgu, mille ravi on kordades kallim kui suuhaiguste ravi.
- Paradigma muutus, mis eeldab suutervise säilitamist, peab algama riiklikest tervishoiukorraldajatest ning tervishoiu rahastamise poliitikast.
- Hambaravihüvitise süsteem peab olema patsiendikeskne, lihtne ja läbipaistev ehk hüvitis peab olema rahaline ning seotud patsiendiga, mitte haigekassa lepingupartneritest kliinikutega.
- Eriala arenguks on vaja delegeerida funktsioonid, mille kohaseks täitmiseks pole riigil piisavalt ressursse või teadmisi erialaliidu ekspertkogule (näiteks patsiendi kaebuste lahendamine, hambaarstide jt hambaravispetsialistide registri pidamine, suutervise edenduse meetmete planeerimine, kutse-eetika ja -tegevuse järelevalve).
- Riikliku suutervisepoliitika eesmärk peab olema kvaliteetse tervishoiuteenuse kättesaadavaks tegemine.
- Rahvatervise üldise paranemisega suureneb tervena elatud aastate arv ning väheneb koormus sotsiaalhoolekande- ja tervishoiusüsteemile.

Suutervis sõltub elukeskkonna ja -viisi, pärilikkusaine ning vähemal määral meditsiinisüsteemi koostmõjust. Hammaste, suuõõne ja lõualuude haigusi raviv eriarst ehk stomatoloog (üldkeeles hambaarst) diagnoosib, ravib ja ennetab hammaste ja nende kinnituskudede, suuõõne pehmete kudede, lõualuudega seotud haigusi, traumasid ja väärarenguid kasutades modernse hambaarstiteaduse põhimõtteid ja tõenduspõhiseid protseduure. Hambaarst kasutab suutervise pro- ja reaktiivseks teraapiaks väga laia valikut tänapäevaseid spetsiifilisi diagnostika- ja raviseadmeid ning -võtteid.

Käesolevas hambaravi eriala arengukavas antakse ülevaade eriala hetkeseisust, prioriteetsetest suundadest, seatakse järgmise aastakümne eesmärgid ning pakutakse lahendusi hambaraviteenuse patsiendikesksemaks, kvaliteetsemaks ja efektiivsemaks muutmiseks.

Arengukava on koostanud Eesti Hambaarstide Liit MTÜ (edaspidi EHL), mis ühiskondliku arvamusi liidrina esindab kogu Eesti hambaarstkonda, kaitseb oma hambaarstide huve ning teostab järelevalvet nende eetilise käitumise üle. Liitu kuulub ca 1200 hambaarsti ehk rohkem kui 80% Eestis töötavatest hambaarstidest. EHL koondab endas suutervise eksperte, kes osalevad aktiivselt tervise- ja hariduspoliitika kujundamisel, tervishoiusüsteemi arendamisel, hambaraviteenuse kvaliteedi tõstmisel, rahva suutervise edendamisel ning näo-lõualuu piirkonna haiguste ennetamisel. Riikliku suutervisepoliitika eesmärk peab olema rahvastikule kvaliteetse tervishoiuteenuse kättesaadavaks tegemine ning, eriala ekspertiisi kaasates, meditsiini arengut soosiva seadusandluse loomine.

Eestis on hambaravi heal tasemel. Ülikool pakub head baasharidust ning EHL on pädevussertifikaatide väljastamisega motiveerinud hambaarste elukestvale õppele ja täiendusele. Eesti hambaravikliinikute varustatus aparatuuri ja instrumentaariumi osas on valdavalt modernne ja võrreldaval tasemel teiste Euroopa riikidega. Tervise Arengu Instituudi (edaspidi TAI) 2019. aasta andmetel on Eesti elanikud ühed kõige aktiivsemad hambaarsti külastajad Euroopa Liidus külastades hambaarsti keskmiselt 1,5 korda aastas.

Positiivsete üldnäitajate juures valmistab hambaarstidele muret just laste suutervis, sest hoolimata haigekassa rahastusest jõuab iga-aastaselt arsti vastuvõtule üha vähem lapsi. Ka vanemate kui 19-aastaste patsientide visiitide arv on olnud pea pooltes Eesti maakondades languses. Sellised arengud kinnitavad vajadust võimalikult varajase, süsteemse ja kestliku suuhaiguste ennetustegevuse järele.

Ideaaleesmärgiks on, et üles kasvaks tervete hammastega põlvkond. Selleks tuleb kõigepealt rahvastiku tasemel teadvustada, et peaaegu kõigile on jõukohane suu tervena hoida. Riik peab looma võimalused ja tingimused (keskkond), mis toetavad inimest oma tervise eest vastutuse võtmisel. See tähendab tervishoiusüsteemi mõtte- ja tegutsemisviisi muutmist inimkeskseks, kus tervisesektor võrdse partnerina võimestab konkreetsete vajadustega indiviidi tervise säilitamisel ja haigustega toimetulekul. Eesti riik on piisavalt kompaktne, et Tervisekassa eestvedamisel, koostöös EHLiga, selline mõtteviisi muutmisele keskenduv (suu)tervishoiureform käivitada. Tänu järjest paranevatele tervisenäitajatele, kasvab elanikkonna elukvaliteet ning suureneb tervena elatud aastate arv, mis omakorda vähendab koormust sotsiaalhoolekande- ja tervishoiusüsteemile.

Kõrgelt kvalifitseeritud spetsialistid ja moodsad digitaalsed meditsiiniseadmed tähendavad küll järjest kasvavaid kulusid, aga seda saab edukalt tasakaalustada terviseedenduse, haiguste ennetamise ja varasema sekkumisega ehk tervisepoliitika parema koordineerimisega. Tervishoiuteenus peab ka edaspidi olema kättesaadav, patsiendikeskne, kvaliteetne ja samas hinnatud. Just terviseteadlikkuse kasvatamine aitab inimesel aktiivse partnerina suurendada kontrolli oma tervise üle.

Vähem tähtis pole ka jätkuv ravivõimaluste toetamine, eelkõige nõrgemasse sotsiaalmajanduslikku gruppi kuuluvate patsientide osas. Arengukava üks prioriteete on pakkuda võimalusi kehtiva hambaravi hüvitise süsteemi reorganiseerimiseks, et muuta teenuse saamine patsiendikesksemaks ning jõuda suurema hulga abivajajateni.

Kuigi valdav osa tervishoiu kogukulust kaetakse Eestis sotsiaalmaksust, millest 13% läheb ravikindlustuseks, oli leibkondade tervisekulude omaosaluse osakaal 2018. a 24,5%, mis on oluliselt suurem kui WHO soovituslik 15%, kusjuures suurima omaosaluse (27,9%) moodustavad kulud hambaravile.¹ 3% leibkondi satuvad omaosaluse tasumise järel vaesusesse ja üle 7% on leibkondi, kellele omaosalus on katastroofiliselt tasemel.² Just selle tõttu peab olema riiklik hambaravihüvitis paremini sihitud kõige rohkem abi vajavale elanikkonna rühmale.

Majandusliku ja sotsiaalse arengu tulemusena on Eesti muutunud üheks tööranne sihtpunktiks, millega kaasnevad probleemid. Erinevalt paljudest teistest eriarstiabi liikidest, pole Eestis hambaarstidest puudust. Pigem on puudus hambaravi eriala sees olevatest spetsialistidest (ortodondid, laste hambaarstid, endodondid, parodontoloogid jne.) ja erialast väljaõpet omavatest hambaravi assistentidest, suuhügienistidest/profülaktikaassistendist. Seetõttu puudub ka kolmandatest riikidest pärit hambaarstide kaasamise vajadus. Hetkel puudub kolmandatest riikidest tulnud hambaarstidele selgelt kontrollitav keelenõue enne praktika alustamist ja vastu võetavate arstide piirmäär on reguleerimata. Arengukavas tehakse ettepanekud selle probleemi lahendamiseks nii, et tööranne päriselt ei peatuks, kuid saabuvate hambaarstide teadmiste ja oskuste tase vastaks kõikidele nõuetele ning riiklikke ressursse ei raisataks tervishoiutöötajatele, kes Eestit kasutavad uksena Euroopa tööloa saamiseks. Globaliseeruv maailmas on ranne paratamatu, kuid Eestis vajab see karmimat regulatsiooni.

Eriala arengu prioriteedid Eestis

- Elanikkonnale hambaraviteenuse kättesaadavuse kindlustamine.
- Hambaraviteenuse kvaliteedi järjepidev tõstmine ravipersonali täiendkoolituse, ravimeetodite ajakohastamise ning raviasutuste tegevus- ja kvaliteedistandardite välja töötamisega.
- Suuhaiguste ennetamise ja proaktiivse ravi osatähtsuse tõstmine. Süsteemse riikliku suuhaiguste ennetustegevuse rakendamine.
- Riikliku ravirahastuse vajaduspõhine suunamine leibkondadele, kellele praegune

¹ Tervise Arengu Instituut veebileht <https://tai.ee/et/terviseandmed/tervisestatistika-ja-uuringute-andmebaas/uuendused/4894-hambaravi-2019> (20.10.2020)

² Vörk, A., Habicht, T. WHO Euroopa "Kas inimesed saavad endale tervishoiu eest tasumist lubada?" 2019 https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/402061/Estonia-Estonian-WHO-FP-014-digital-single-pages.pdf

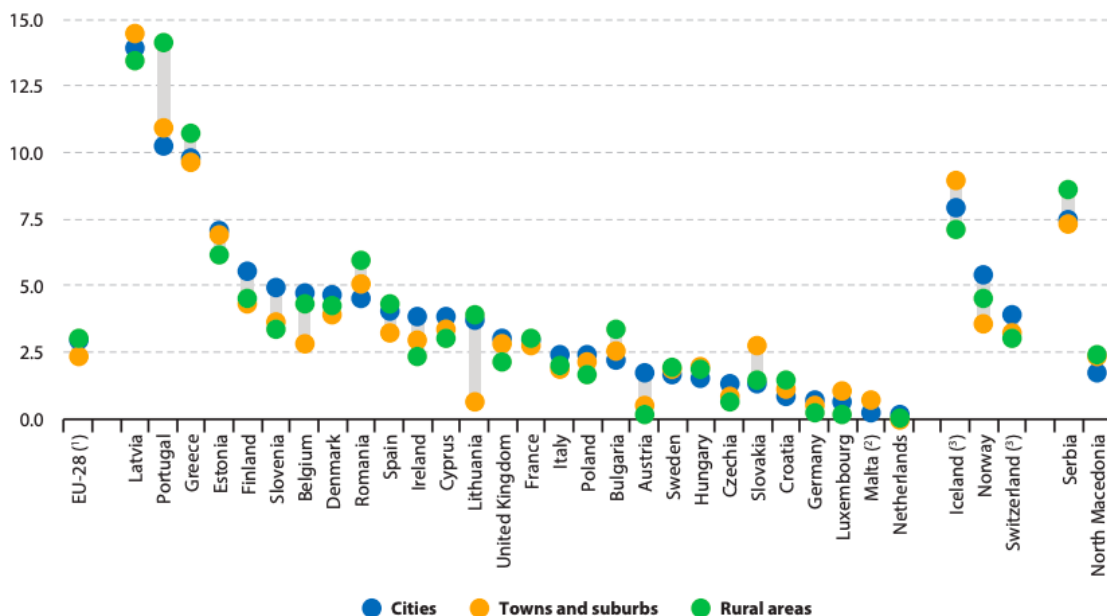
hambaravikulu omaosalus üle jõu käib ning erihooldust vajavate inimeste suutervise säilitamine.

- Täiskasvanute riikliku hambaravihüvitise kasutamine ka raviasutuses, kus haigekassaga ravi rahastamise leping puudub ehk hüvitis peab olema rahaline ning seotud patsiendiga.
- Suutervise osatähtsuse teadvustamine üldmeditsiinis, sest paljud süsteemsed haigused on seotud suupiirkonna haigustega.
- Tööjõu vajaduse planeerimine, sh kitsamate erialade spetsialistide koolitusvajaduse hindamine ja töörände reguleerimine.
- Eriala hea maine ja meditsiinieetika taseme tagamine.

1. Eriala kirjeldus

Eesti hambaravi paistab Euroopas silma mitme positiivse näitajaga. TAI 2019. aasta andmetel on Eesti elanikud ühed kõige aktiivsemad hambaarsti külastajad Euroopa Liidus, tehes kõikidel hambaravi erialadel kokku ligi 1,97 miljonit visiiti ehk keskmiselt 1,5 visiiti inimese kohta aastas.³ Eespool on vaid Holland, Tšehhi, Leedu ja Saksamaa. Eestis praktiseerivate hambaarstide hulk, 98 arsti 100 000 elaniku kohta, on EL kuue parima hulgas, finantsilise kättesaadavuse poolest oleme ELi keskmiste seas. Hambaravi kulusid hindab kõrgetena vaid 13,7% Eesti elanikest, samas kui Euroopa Liidu riikide keskmine näitaja on 16,4% (nt Lätis hindavad hambaravi kulusid kõrgetena 35,5% ning Leedus 28,6% elanikest).

Figure 3.4: People with unmet needs for dental examination, 2017
(%, share of population aged ≥16 years, by degree of urbanisation)



Note: ranked on cities. Unmet needs for medical examination due to it being too expensive, too far to travel, or because of waiting lists.

(¹) Rural areas: estimate.

(²) Rural areas: not available.

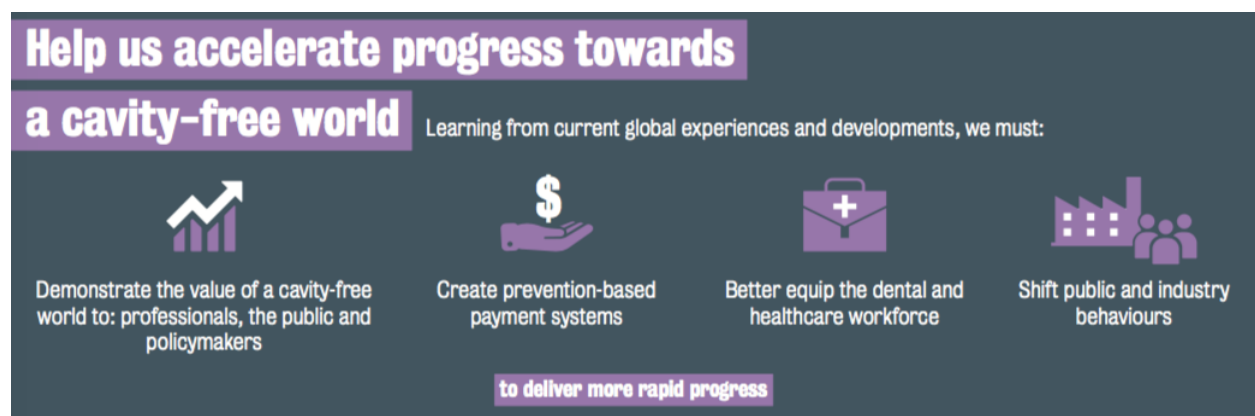
(¹) 2016.

Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_22)

Vaadeldes hambaravi arengut Eestis kaheksa aasta jooksul, siis on üldpilt positiivne. Hambaravi visiite tehti kokku pea kümnendiku võrra enam, hambaarsti külastas rohkem kui viiendiku võrra rohkem inimesi ning visiitide käigus ravi vajanud ja eemaldatud hammaste hulk on kahanenud.

³ Tervise Arengu Instituut veebileht <https://tai.ee/et/terviseandmed/tervisestatistika-ja-uuringute-andmebaas/uuendused/4894-hambaravi-2019> (20.10.2020)

Paraku jõuab hambaarsti juurde aina vähem lapsi. Hiljuti läbiviidud uuring näitas, et hambaravi ei vajanud 71% 3-aastastest, vaid 28% 6-aastastest ning vaid 32% 12-aastastest lastest.⁴ Selle tendentsi peamiseks põhjuseks on puudulikud teadmised suuhügieenist ja -tervisest, millest omakorda on tingitud perekondlikult levivad suutervist kahjustavad harjumused. Selle probleemi lahendamine eeldab tervishoiusüsteemi korraldamist enam patsiendikeskseks, mis võimestaks inimesi oma (laste) tervise eest vastutust võtma. Tervishoiukorralduslikult tähendab see preventatsioonile põhineva tasustamissüsteemi loomist.⁵



Kui veel kaheksa aastat tagasi oli lootus, et uus põlvkond kasvab peale paremate suuhügieeni teadmiste ja harjumustega, siis praegused tulemused näitavad, et see ei ole sugugi nii. Seetõttu on vaja luua süsteemne suuhaiguste ennetustegevuste riiklik raamistik, mis ühendaks endas kõigi seotud osapoolte sammud ühiseks pingutuseks, et aidata inimeste hambad tervetena hoida. Alustada tuleb juba lapseootel emadele suurema tähelepanu suunamisest, et lapsel vajalikud harjumused tulevikus kinnistuksid.

Näiteks Šotimaal kontakteerub piirkondlik suutervise spetsialist üldise terviseedenduse programmi raames juba kolme kuu vanuse lapse vanemaga. Lisaks suutervise teadlikkuse kasvatamisele on selle eesmärk võimalikult varakult välja sõeluda võimalikud riski patsiendid, et neile perekondadele erilist tähelepanu pöörata. Sarnaseid riiklikke teenuseid ja ennetavaid samme saab astuda aga erinevates eluetappides, mitte alles siis, kui inimene tuleb hambaarsti juurde tõsiste probleemidega.

Suutervise seisukord mõjutab meie üldtervist ja elukvaliteeti laiemalt, raskendades paljude süsteemsete haiguse nagu näiteks diabeet või reumatoidartriit kulgu.⁶ Igeme põletiku korral levivad haigustekitajad vereringega kogu organismi ning samu baktereid, mis elavad põletikulises igemetaskus, leitakse infarkti

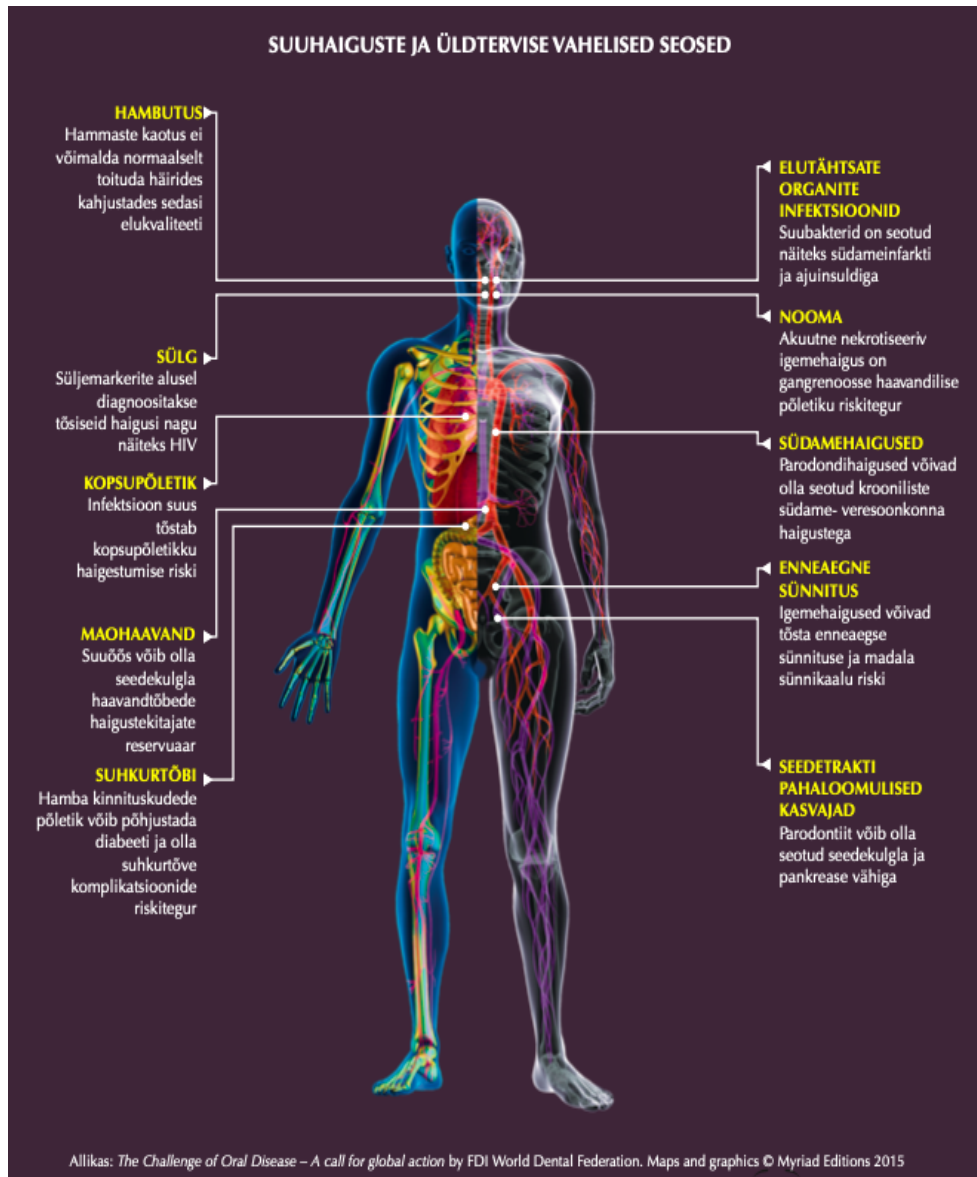
⁴ Olak J, Nõmmela R, Lilleberg M, Murakas R. Ülevaade 3-, 6- ja 12-aastaste laste suutervise uuringust. Ajakiri Hambaarst (2019)

⁵ Pitts N, The Alliance for a Cavity-Free Future. King's College London "Towards a Cavity Free Future" 2017.

https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/2020-11/2017_acff_policy_lab_report.pdf (lk. 20)

⁶ Engbretson S, Kocher T. [Evidence that periodontal treatment improves diabetes outcomes: a systematic review and meta-analysis](#). J Clin Periodontol 2013; 40 (Suppl. 14): S153–S163

surnu ummistunud pärgarteri ja insulti surnu aju veresoone seinast.⁷ Krooniline suupõletik ja mädanik tekitavad sepsist (veremürgistust) ja suust lähtunud põletikukaskaad võib põhjustada letaalse lõpu intensiivravi patsiendi suuõõnest lähtunud haigustekitajate põhjustatud kopsupõletiku näol.⁸



⁷ Herzberg MC, Meyer MW: Dental plaque, platelets and cardiac diseases. Ann Periodontol 1998; 3:222; Scannapieco FA et al. Associations between periodontal disease and risk for atherosclerosis, cardiovascular disease and stroke. A systemic review, Ann of Periodontology 2003 vol8 no1

⁸ Garcia R.I., Nunn M.E., Vokonas P.S. Epidemiologic associations between periodontal disease and chronic obstructive pulmonary disease, Ann Periodontol 2001; 6:71-77; Linden GJ, Herzberg MC. Periodontitis and systemic diseases: a record of discussions of working group 4 of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. J Periodontol 2013;40;(Suppl.14): S20–S23.

1.1. Eriala areng ja prioriteedid maailmas

Eestis on hambaravi kõrgel tasemel. Ülikool pakub head baasharidust ning EHL motiveerib pädevussertifikaatide väljastamisega hambaarste elukestvadele õppele. Ka haigekassaga ravi rahastamise lepingu sõlmimise kriteeriumiks on ravisutuses pädevate arstide töötamine. Eesti hambaravikliinikute aparatuur ja instrumentarium on igati tänapäevane ja võrreldav teiste Euroopa riikidega.

Ülemaailmne Hambaarstide Föderatsioon (edaspidi FDI) on traditsioonilise restauratiivse hambaravi asemel nimetanud prioriteediks ennetustegevuse, sest maailmas enim levinud krooniline mittenakkushaigus — hambakaaries — on suures osas ennetatav.⁹ Seetõttu tuleb ka Eesti tervisepoliitika kujundajatel ja hambaarstidel suuremat tähelepanu pöörata proaktiivsele ravile. Traditsiooniliselt tegeleb meditsiinisüsteem reaktiivse ehk sümptomaatilise ravimisega, millele kulutatakse umbes 97% haigekassa tervishoiuteenuste rahastusest.

Euroopa Liidu elanike suutervishoiu tõhustamiseks kutsub Euroopa Hambaarstide Nõukogu (edaspidi CED) poliitikakujundajaid üles:

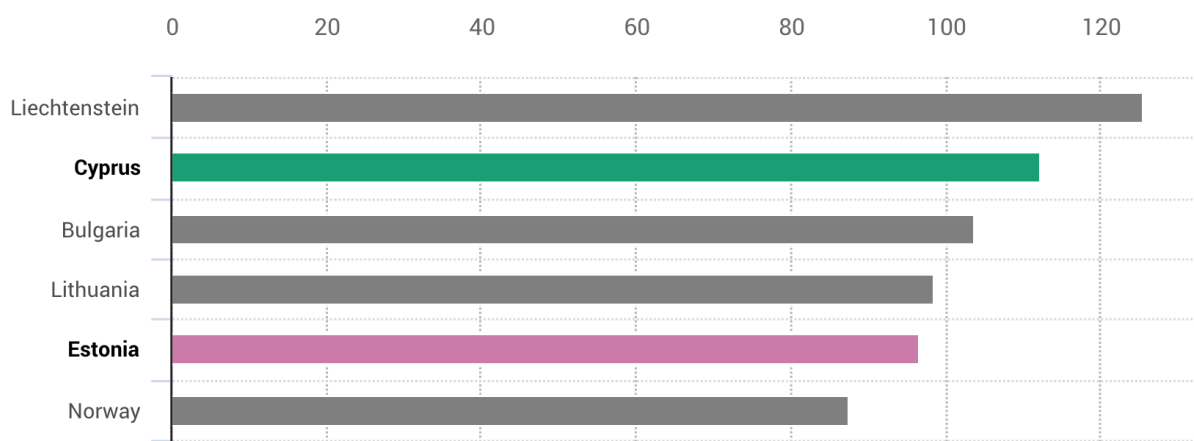
1. rääkima suuõõne tervishoiust kui üldise tervisliku seisundi lahutamatu osast ja nii erialade vahelises koostöös suutervist edendama;
2. vähendama suhkru tarbimist, sest suhkur kujutab endast ohtu nii üldtervisele (nt diabeet ja rasvumine), kui on ka kõige olulisem kaariesehaiguse riskitegur;
3. edendama adekvaatset individuaalset suuhügieeni;
4. soovitama (hambapasta) fluoriidi kui peamist kaariesekahjustuse ennetusvahendit;
5. teavitama kodanikke suuõõne pahaloomulistest kasvajatest ning vähi varajase avastamise ja ennetusmeetmete olulisusest;
6. investeerima suutervise teadlikkuse kasvatamisse, et teavituskampaaniatega rõhutada suutervise säilitamise olulisust ja tervisliku eluviisi kasulikkust;
7. keskenduma tervishoiutöötajate (sealhulgas hambaarstide) õppekavades ja kutsetegevuses haiguste ennetamisele ja terviseedendusele ning investeerima suuõõne tervise alastesse teadusuuringutesse.¹⁰

⁹ FDI pressiväljaanne "Caries prevention partnership" Madrid, 29. august 2017

¹⁰ Euroopa Hambaarstide Nõukogu (CED) "Euroopa Hambaarstide Nõukogu valge raamat. Suuhooldus: ennetamine on parem kui ravimine" CED-DOC-2019-015-FIN-E (mai 2019)

1.1.1. Tööjõu vajadus, tööränne ja registreerimine

Eestis töötas 2019. aasta seisuga 1303 hambaarsti, mis suhtarvuna on 98 arsti 100 000 elaniku kohta.¹¹ See on suurem kui Euroopas keskmiselt, tõstes Eesti hambaraviteenusega kindlustatuse osas viie parema riigi hulka. Lähedase suhtarvuga riigid on Küpros 112, Bulgaaria 104, Leedu 98, Norra 87, Saksamaa 86, Rootsi 81 hambaarstiga 100 000 elaniku kohta.



<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00045/default/bar?lang=en>

1303st Eesti hambaarstist on 226 mehed ja 1077 naised. 137 (10,7%) on vanemad kui 65 aastat.¹² Kuna hambaravitöö on intensiivne ja sundasendi tõttu kurnav, töötatakse palju osalise tööajaga. Hambaarstide väljaränne (põhiliselt Soome) on pidurdunud seoses nõudluse ja elanikkonna ostuvõime suurenemisega kodumaal.

Eestis praktiseerivate hambaarstide arv on võrreldes 2008. aastaga (1223) kasvanud 80 võrra, mis on pensioneeruvate ja tööturule sisenevate hambaarstide arvu stabiliseerumise tunnuseks. Hambaravi kättesaadavus on samuti paranenud. 2018. aastal luges hambaravi halvasti kättesaadavaks ainult 5,2% küsitletutest, kusjuures 2005. aastal oli see 15%.

Hambaraviteenuse osutajad on peamiselt eraõiguslikud ettevõtted ja iseseisvate hambaraviasutuste arv on aastatega kasvanud 364-lt (2000. aastal) 490-ni (2019).¹³ Domineerivad 1-5 arstiga väikesed kliinikud, mis on kontsentreerunud linnadesse. Paljude suuremate kliinikute juhid on mittemeedikutest administraatorid, olles sageli ka äriimeestest investorid.

¹¹ TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas: THT001: Tervishoiutöötajad, täidetud ametikohad ja ületunnid ameti järgi <http://statistika.tai.ee/api/v1/et/Andmebaas/04THressursid/05Tootajad/THT001.px>

¹² TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas: THT002: Tervishoiutöötajad soo, vanuse ja ameti järgi. <http://statistika.tai.ee/api/v1/et/Andmebaas/04THressursid/05Tootajad/THT002.px>

¹³ TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas: TTO40: Hambaraviasutused ja -võimalused maakonna järgi. <http://statistika.tai.ee/api/v1/et/Andmebaas/04THressursid/01TTosutajad/TTO40.px>

Täpne statistika selle kohta, kui palju on hetkeseisuga täisajaga töötavaid hambaarste, puudub. Samuti puudub täielik ülevaade pensioneerunud ja/või välismaal töötavatest hambaarstidest, sest Terviseameti tervishoiutöötajate register näitab kõiki Eestis kehtivat registreeringut omavaid arste (kuni rahvastikuregistrist kustutamiseni), olenemata nende tegelikust töötamisest. Tuleb luua paremini toimiv süsteem Terviseameti registri täiendamiseks ja kiiremaks uuendamiseks, et seal kuvatav info oleks alati ajakohane ning annaks tervikliku üldpildi. See on oluline saamaks korralikku ülevaadet praktiseerivatest arstidest, täitmata ametikohtadest ning oleks adekvaatseks sisendiks ka riiklikuks õppetellimuseks.

EHL on riigile teinud ettepaneku võtta üle hambaravitöötajate registripidamine. Järelevalve hambaarstide registri osas peab olema senisest asjatundlikum, et vältida olukorda, kus Euroopas töötamise keelu saanud hambaarst jätkab oma tegevust Eestis. Terviseamet kontrollib registrikande tegemisel haridust tõendavaid dokumente, mille põhjal tehakse otsus, hindamata arsti reaalselt valmisolekut meie tervishoiusüsteemis hakkama saada. Kuigi Terviseamet mõnab, et korraliku järelevalve tegemiseks puuduvad neil vahendid, võimalused ja oskusteave, pole sotsiaalministeerium valmis riigi ülesandeid liidule delegeerima viidates vastava traditsiooni ja eneseregulatsiooni kogemuse puudumisele.

Majandusliku arengu tulemusena on Eesti muutunud sarnaselt Skandinaavia riikidele üheks töörande sihtpunktiks. Peamised probleemid seisnevad selles, et Eesti hambaravisektoris, erinevalt paljudest teistest eriarstiabi liikidest, ei ole puudust hambaarstidest, küll aga kitsamalt eriala spetsialistidest nagu ortodondid, laste hambaarstid, endodondid, parodontoloogid jne. Välisriikidest tulnud hambaarstidele puudub enne praktikale suundumist vajalikul tasemel keeleoskuse kontroll. Samuti pole kehtestatud kolmandatest riikidest vastu võetavate hambaarstide arvu piirmäära. Kvaliteetse ravi tagamiseks ning Eestis töötamise motivatsiooni tuvastamiseks, tuleb kõigile, ka Euroopa Liidust tulnud, hambaarstidele rakendada keeleoskuse nõuet, vähemalt C1 tasemel, riiklikult korraldatud keeleeksamina. Lisaks tuleb piirata aastas kolmandatest riikidest vastuvõetavate arstide arvu, et mitte üle koormata ülikooli ja praktikabaase.

Aastatel 2011-2020 on Terviseameti registrisse kantud 101 hambaarsti, kelle haridus on omandatud väljaspool Euroopa Liitu (Tabel 1). Enamiku nendest moodustavad Venemaalt ja Ukrainast tulnud hambaarstid.

Tabel 1 Perioodil 2011-2020 Eesti registreeritud hambaarstid kolmandatest riikidest

Austraalia	1
Egiptus	1
Gruusia	1
India	1
Jaapan	4
Jordaania	1
Kirgiisi Vabariik (Kõrgõzstan)	2
Ukraina	40
USA	1
Valgevene	6
Vene Föderatsioon	42
Vietnam	1

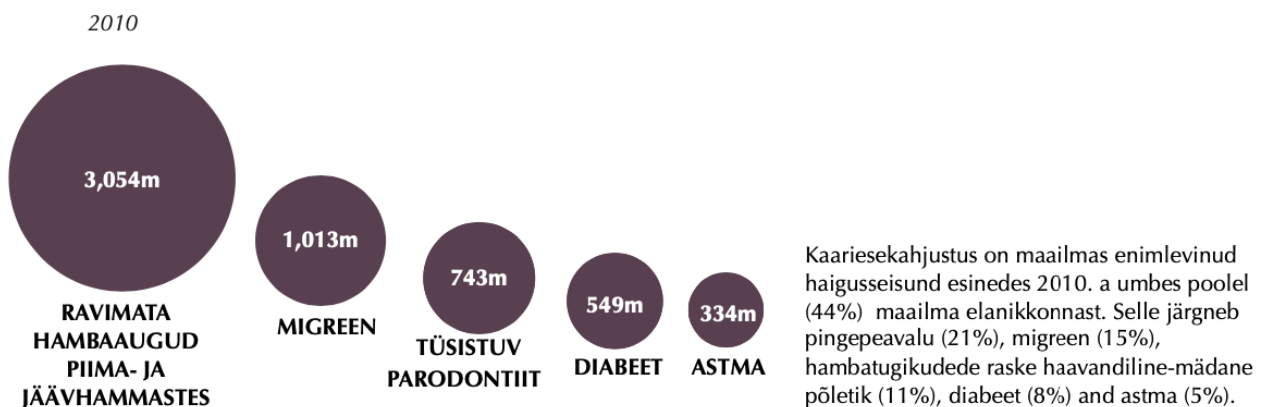
Ühe ettepanekuna on EHL esitanud Terviseametile piirmäära, mille järgi lubada ühes aastas Terviseameti tervishoiutöötajate registrisse kanda maksimaalselt neli võõrriigist pärit hambaarsti.¹⁴

¹⁴ Uudis Eesti Rahvusringhäälingu veebiväljaandes <https://www.err.ee/1074828/eesti-hambaarstide-liit-soovib-et-eesti-piiraks-kolmandatest-riikidest-parit-hambaarstide-sisserannet>

2. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine

Täiskasvanute seas on hambakaariesesse ja selle tüsistustesse haigestumine väga kõrge. Kõige levinumaks diagnoosiks on dentiinkaaries ja selle komplikatsioonid. Täiskasvanud populatsiooni hulgas leidub hulgaliselt hammaste eemaldamise tagajärjel tekkinud osalist või täielikku hambutust. Puuduvate hammaste asendamiseks valmistatavate proteeside arv on palju väiksem, kui tegelik vajadus.

HAIGESTUNUD INIMESTE HINNAGULINE ARV 2010. AASTAL MAAILMAS (MILJONITES)



Allikas: *The Challenge of Oral Disease – A call for global action* by FDI World Dental Federation. Maps and graphics © Myriad Editions 2015

Üleilmselt olid 2015. aastal suuõõnega seotud probleemid jätkuvalt rahvatervise valdkonnas oluliseks katsumuseks. Demograafiliste muutuste, sealhulgas rahvastiku kasvu ja vananemise tõttu suurenes suuõõne haiguste kumulatiivne koormus aastatel 1990–2015 oluliselt. Ravimata suuõõne haigustega inimeste arv kasvas 2,5 miljardilt 1990. aastal 3,5 miljardini 2015. aastal, samas kui haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastate (DALY) määr suurenes maailmas suuõõne haiguste tõttu 64% võrra. On selge, et suuõõne haigused on kogu maailmas väga levinud.^{15 16}

Rootsis teostatud uuringus võrreldi suus olevate hammaste arvu aastatel 1973 ja 2003. Leiti, et 2003. aastal oli täiskasvanutel suus keskmiselt viis hammast rohkem (vastavalt 21.5 ja 26.1) kui 1973.a. 50-aastastel suurenes suus olevate hammaste arv 14,6-lt (1968/69.a.) 27,3-le (2004/2005.a.), 70-aastastel

¹⁵ Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabe E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, Murray CJL, Marcenes W; GBD 2015 Oral Health Collaborators (2017). Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dent Res.* Apr;96(4):380–387

¹⁶ Euroopa Hambaarstide Nõukogu (CED) "Euroopa Hambaarstide Nõukogu valge raamat. Suuhooldus: ennetamine on parem kui ravimine" CED-DOC-2019-015-FIN-E (mai 2019) lk 3

13,3-lt ja 20,7-ni.¹⁷ Sarnane trend on ka Eestis, mis tähendab, et ravi ja proaktiivsete protseduuride vajadus vanematel inimestel kasvab seoses suurema arvu suus olevate hammastega. Mitmekesisust ka valmistatavate proteeside valik.

Pensionäride osakaal ühiskonnas on 19,7% ja pensionäride sissetulek on ca 60% mediaanpalgast. Vaesusriskiga pensionäride osakaal on Eestis 54%, kusjuures Euroopa Liidu keskmine on 15%. See on määrav ka proteeside nõudluse suhtes. Haigekassa proteesihüvitis (260 € üks kord kolme aasta jooksul) on püsinud aastaid samal tasemel ning pole tänapäevaste proteeside jaoks piisav.

Regulaarselt hambaarsti külastavate patsientide hammaste raviprotseduuride vajadus langeb, mis annab võimaluse tegeleda profülaktilise kontrolli ja haigestumist ennetavate protseduuridega, mis on rahvamajandusele restauratiivsest ravist oluliselt odavam. 2019. a. hambaarsti külastanud patsientidest ei vajanud ravi 70 233 patsienti (2013. aastal ei vajanud ravi 59 679 inimest).

Tabel 2 Hambaarsti visiidid ja töö aastatel 2013 ja 2019¹⁸

	2013	2019
Hambaravi visiite kokku	1 455 441	1 571 183
Ravi ei vajanud	59 679	70 233
Visiitide arv vanuserühmas 0-14	366 555	326 630
Parodondi haiguste raviks tehtud visiite	Statistika puudub	94 361
Ravitud hammaste arv	1 068 753	1 017 844
Juureravi	174 094	116 561
Hambaid eemaldatud	203 402	202 660
Hügienistide visiite	13 275	28 865
Ambulatoorseid operatsioone	20 793	36 402

Seoses implanteerimise populaarsuse suurenemisega, on perioodil 2013-2019 suurenenud ambulatoorsete operatsioonide arv ca 15 600 (75%) võrra. 0-14-aastaste laste hambaarsti visiidid moodustasid visiitide üldarvust 20,8%, ent visiitide üldarv on langenud ca 11%.

¹⁷ Frencken JE, Sharma P, Stenhouse L, Green D, Lavery D, Dietrich T. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis – a comprehensive review. J Clin Periodontol 2017; 44 (Suppl. 18): S94–S105. doi: 10.1111/jcpe.12677

¹⁸ TAI Tervisestatistika ja Terviseuuringute Andmebaas. AV50: Hambaarsti visiidid ja töö vanuserühma ja maakonna järgi. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_03Tervishoiuteenused_01Vastuvotud/AV50.px/

Parodontiidi ravivajadus kasvab elanikkonna keskmise vanusega, sest järjest vanematel inimestel on üha rohkem oma hambaid suus. Samuti kasvab koos keskmise vanusega ka diagnostikat vajavate suuõõne (pahaloomuliste) kasvajate hulk.

Tabel 3 Radioloogiliste uuringute dünaamika¹⁹

	2013.a.	2019.a.
Radioloogilised uuringud kokku	261 596	318 647
Radioloogilised suusisesed uuringud	165 116	165 803
OPTG	91 007	129 982
Koonuskiir-kompuutertomograafia	571	12 952
Külgülesvõtted	4 880	9 910

Perioodil 2013-2019 on hambaravikliinikud teinud suures mahus investeeringuid modernse diagnostilise meditsiinitehnika soetamiseks, mida kinnitab koonuskiir-kompuutertomograafia (3D) ja ortodontiliseks raviks vajaliku kolju külgülesvõtete tegemise kasv patsientide uurimiseks ja ravi täpseks planeerimiseks.

¹⁹ Tervisestatistika ja Terviseuuringute Andmebaas. AV50: Hambaarsti visiidid ja töö vanuserühma ja maakonna järgi. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__03Tervishoiuteenused__01Vastuvotud/AV50.px/

3. Raviteenuste kirjeldus

3.1. Suutervise edendus

Hambaarstid eristavad kolme peamist suuhaiguste rühma: hambahaigused (levinuim kaaries), hamba tugikudede haigused ja suulimaskesta haigused, sh. pahaloomulised kasvaja. Ortodontilised ning suu-, näo- ja lõualuukirurgias lahendamist vajavad probleemid leiavad käsitlemist vastavate erialade arengukavades.

Primaarne preventatsioon tähendab tervise säilitamist ehk haigestumise ära hoidmist. Selleks on kõige tähtsam populatsiooni tasemel minimeerida, ideaalis elimineerida, haiguse etioloogilised faktorid. Hammaste regulaarne harjamine, vähemalt 1000ppm fluoriidi sisaldava hambapastaga kaks korda päevas, ja hammaste kontaktpindade adekvaatne puhastamine, on endiselt peamine soovitus hambapinnale biofilmi formeerumise takistamiseks, kuid kaariesehaiguse kontrolli all hoidmiseks sellest ei piisa. Viimasel kümnendil tekkinud paradigma muutus hambaarstiteaduses, soovib biokile kvantitatiivse hävitamise asemel edendada suhu tervisliku ja hambasõbraliku mikrobiota arenemist, eelkõige dieediharjumuste muutmisega, aga ka pre- ja probiootikume kasutades. Kodus kasutatud antibakteriaalsed suuloputused ja -geelid ei ole kaariesehaiguse esinemist efektiivselt vähendanud. Tõendatult on kaariese ennetamiseks kõige tõhusam kasutada fluoriidi mistahes vormis (joogiveele, söögisoolale või piimale lisades), vastuvõtul kontsentreeritud fluoriidlaki või -geelina hammastele aplitseerides ja kodus piisavalt kõrge fluoriidisaldusega hambapastat, -geeli või -lahust igapäevaselt kasutades.

Ka komposiidi baasil silandid on tõendatult efektiivsed äsjalõikunud jäävpurihammaste fissuuride kaitsmisel. Süljeerituse stimuleerimine peale söögikorda 10-20 min jooksul nätsu närides või kuiva suuga patsiendi korral farmatseutiliselt võib abiks olla.

Hambaravivastuvõtu raames toimunud põgus toitumisharjumuste nõustamine ei pruugi suhkru kasutamise vähendamiseks piisavalt mõjus olla. Suhkru tarbimise vähendamiseks võib populatsiooni tasemel edu saavutada suhkrumaksu kehtestamise või suhkru mõjust suu- ja üldtervisele rääkiva ennetuskampaania korraldamisega.

Caries prevention strategies



Hamba kinnituskudede haiguse ära hoidmiseks on efektiivseim meede hambapindade biokile mehhaaniline “õhutamise”, eriti igemevaost ja hambavahedest. Tubaka ja alkoholi tarvitamise vähendamine säästab lisaks ka kantserogeensete uudismoodustiste eest. Kuna suuhaigused evivad samu riskitegureid fataalsete üldhaigustega, siis mõjutavad kõik tervisekampaaniad positiivselt ka suutervist. Sõeluuringuid saab läbi viia ka üha laiemalt levinud kommertsiaalsete kiirtestidega, mis Eestis veel laialt levinud pole. Parodontiidi riski mõõtmiseks on näiteks igemetasku vedeliku uuring “*Gingival crevicular fluid collagenase-2 (MMP-8) test*”. Suuvähi kahjustuste avastamiseks on lisaks süljest kasvaja geenide biomarkerite otsimisele, olemas ka kasvaja rakke siniseks värviv loputuslahus või spetsiaalne valgusseade, mis ebanormaalse koe heledamalt välja toob ja mille tulemuse siis biopsiaga kinnitada saab.

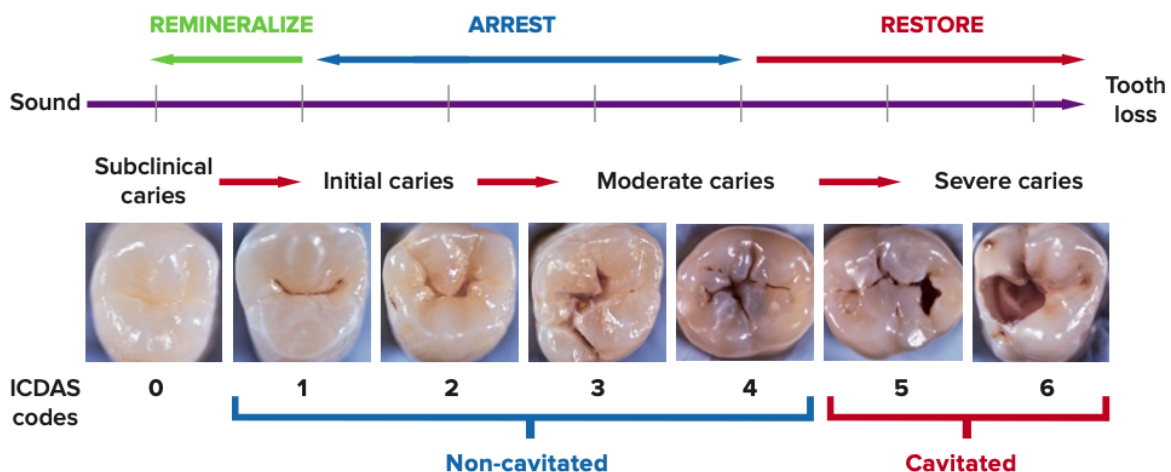
Primaarse preventsiiooni ebaedu üks põhjus on vastavate proaktiivsete teenuste puudumine raviteenuste loetelust. Näiteks puhkeoleku ja stimuleeritud süljeerituskiiruse mõõtmise test, puudub siiani haigekassa teenuste loetelust.

Sekundaarse preventsiiooni eesmärk on takistada hambaaukude restauratiivse ravi tsüklisse langemist. Kaariesehaiguse puhul tähendab see algjärgus kaariesekahjustuste võimalikult varast avastamist ja selle

kahjustuse aktiivsuse (äge või krooniline) hindamist. Kui kahjustuse pinnakiht on intaktne, siis rakendades primaarse preventsiiooni võtteid – teadlikku suuhügieeni ja hambasõbralikku dieeti – on võimalik lasta kahjustusel peetuda ehk remineraliseeruda. Parimaks sekundaarse preventsiiooni valikuks on kõrge kaariese riskiga patsientidele iga kolme kuu tagant hammaskonda fluoriidlaki aplitseerimine, lisaks igapäevasele optimaalse fluoriidisialdusega hambapasta õigesti kasutamisele.

Proaktiivse ravi paradigma juurutamisel võib tekkida tagasilööke, sest ollakse harjunud kasutama lihtsustatud “on auk/ei ole auk” meetodit (DT indeks), ega olda tuttavad rahvusvahelise ICDAS (*International Caries Detection and Assessment System*) kaariesekahjustuse aktiivsuse diagnostika ja ICCMS²⁰ (*International Caries Classification and Management System*) kaariesehaiguse klassifikatsiooni ja kontrollimise standardiga.²¹

Figure 4 - Caries diagnosis and management continuum



Caries Prevention Partnership: Executive Summary on Dental Caries Prevention and Management www.fdiworlddental.org 9

Tertsiaarne kaariesehaiguse preventsiioon tähendab hambakõvakude maksimaalselt säästvat restauratiivset ravi, millega ennetatakse kaariesekahjustuste tüsistuste tekkimist. Lisaks jäävad aktuaalseks kõik esmases ja teisese preventsiiooni proaktiivsed ravivõtted, et uute kahjustuste teket ära hoida ja algjärgus olevaid remineraliseerida.

²⁰ ICCMS Caries Management <https://www.iccms-web.com/> (13.02.2021)

²¹ CariesCare International <https://cariescareinternational.com/> (13.02.2021)

Ennetustööd tuleb läbi viia nii indiviidi, rühma kui populatsiooni tasandil. Viimane on kõige keerulisem saavutada, sest eeldab interdistsiplinaarset ja intersektoraalset koostööd. Aga eelkõige eeldab haiguste ennetamine riikliku tervishoiuteenuste rahastamismudeli ümbervaatamist haigestumise ärahoidmisele suunatuks.

3.1.1 Ülevaade toimunud ennetustegevusest

Eesti laste hammaste tervise olukorra kaardistamiseks on viimase 12 aasta jooksul tehtud kaks uuringut. 2010. aastal läbi viidud lapseea kaariese uuringu tulemused olid muret tekitavalt halvad: ühel lapsel oli keskmiselt kuus kaariese kahjustusega hammast ja neli täidisega parandatud hammast.²²

2009. aastal alustati suutervise alase ennetustegevusega Haigekassa rahastatud projekti „Laste hammaste tervis” raames, mille elluvijateks on olnud läbi aegade Eesti Õdede Liit, Eesti Suuhügienistide Liit ja alates 2012. aastast EHL.

2016. aastal koostati ennetustöö efektiivistamiseks ja erinevate vanusegruppide kõnetamiseks uus strateegia ning loodi bränd Suukool. Sõnumi edastamise lihtsustamiseks ning suuhügieeni õpetamiseks on loodud erinev mänguline ja vanusegrupile vastav sisu. Tehtud on ka pikemad õppefilmid ning lühikesed animatsioonid, mis selgitavad hambaaugu tekkemehhanismi, magusa mõju hammastele, hammaste puhastamise olulisust jpm. Sõnumit edastatakse lisaks veebilehele sotsiaalmeediaplatvormidel Facebook ja Youtube.

Koduleht www.suukool.ee on eesti ja vene keeles ning sisaldab informatsiooni nii lapsevanematele kui ka suutervise spetsialistidele. Suukooli õppematerjalide abil viivad projekti lektorid ja hambaarstid läbi loenguid nii lastele kui ka täiskasvanutele.

Väikelaste hambapesu entusiasmi aitab tekitada Suukooli hambapesu laul, mille tegi populaarne Eesti muusik Stig Rästa nii eesti, vene, kui inglise keeles. Laulu on saatnud Youtube'is edu ning see on saanud head tagasisidet nii lastelt kui täiskasvanutelt.

2019. ja 2020. aastal on läbi viidud kaks üleriigilist lasteaedadele suunatud kampaaniat, mille käigus tuletasid õpetajad lastele meelde igapäevase hambapesu tähtsust terve õppeaasta jooksul. Mõlemal aastal võttis kampaaniast osa keskmiselt 11 000 last 500-st lasteaiaühmest ehk umbes pooled Eesti lasteaiaid.

²² E. Honkala et al. Measuring Dental Caries in the Mixed Dentition by ICDAS. Int J of Dentistry vol. 2011

2019. aastal sai Suukool FDI hambahaiguste ennetustegevuse auhinna „Smile Award”. Leiti, et Suukooli hambapesukampaania edendab Eesti laste suutervist, viies läbi tegevusi, mis kaasavad innovatiivselt ja võimalikult efektiivselt suure osa ühiskonnast. 2020. aastal tunnustati projekti FDI poolt Ülemaailmse Suutervisepäeva tähistamisel parima hariva tegevuse eest.

Hambahaiguste ennetustegevuse rahastamine on läbi aegade olnud süsteemitu ja kahjuks projektipõhine. Alates 2009. aastast eraldab haigekassa kord aastas raha „Laste Hammaste Tervis” projektile, mille eelarve on aasta-aastalt kasvanud. Suurim oht Suukooli projekti jätkusuutlikkusele on rahastamine avaliku riigihanke kaudu, mis annab kellele tahes võimaluse teha odavam pakkumus, mille tagajärjel katkeb EHL parimal ekspertteadmisel põhinev süsteemne ennetustegevus. Seetõttu tuleb haigekassal riigiga koostöös astuda samme, leidmaks Suukooli ennetustegevustele püsiv riigihangetega mitte seotud rahastus.

3.1.2 Ennetustegevuse eesmärgid

- Täiskasvanute teadlikkuse tõstmine suutervise teemal;
- Hambaarsti rolli suurendamine profülaktilises tegevuses;
- Teiste meditsiinitöötajate aktiivne kaasamine suutervise nõustamise protsessi;
- Õpetajate aktiivne kaasamine laste ja lapsevanemate nõustamise protsessi;
- Riigi süsteemne eelarveline panustamine suuhaiguste ennetustöösse.

3.1.3 Täiskasvanute suuterviseteadlikkuse tõstmine

1. Rasedad naised saavad informatsiooni suutervise kohta ämmaemanda vastuvõtul – vastav info on lisatud haigla poolt välja antud materjalidesse. Haigekassa poolt koostatud raamatuke rasedatele ja väikelapse vanematele ja trükised sisaldavad suutervise teemat ja viidet suukool.ee lehele.
2. Imiku kontrollis 6. elukuul saab lapsevanem/hooldaja perearstilt/pereõelt suutervist puudutava Suukooli trükise „Sinu lapse hammaste rõõmuks”. Sellest leiavad lapsevanemad vastused kõige sagedasematele lapse hammaste tervisega seotud küsimustele. Trükises tuuakse välja erinevate vanuseastmete (imik, väikelaps, koolilaps) tähtsamad kohad, millele lapsevanem peab tähelepanu pöörama.
3. EHL kõneisikud esinevad regulaarselt suutervise teemaga meedias, ilmuvad artiklid ajakirjanduses.
4. Viiakse läbi loenguid, kus sihtgrupiks on täiskasvanud – eakate ülikoolid, diabeediühingu üritused jne.
5. EHL poolt on koostatud lühike materjal, voldik või infoleht olulisemate täiskasvanute suutervist puudutavate teemade kohta (proteesimine, implantatsioon, hügieen jne). Neid materjale jagavad nii hambaarstid kui ka vajadusel teiste erialade spetsialistid.
6. Suutervise teemade kajastamine EHL ja Suukooli sotsiaalmeedia kanalites.

3.1.4 Hambaarsti rolli suurendamine profülaktilises tegevuses

1. Hambaarstid viivad regulaarselt läbi loenguid lastele ja täiskasvanutele, kasutades Suukooli materjale.
2. Hambaarstid peaksid teostama koolilaste profülaktilisi läbivaatusi, mida finantseeritakse riigi poolt ja mis ei ole seotud haigekassa laste hambaravi lepinguga.
3. Hambaarstid kontrollivad suuõõne läbivaatusel kohustuslikus korras ka limaskesta kahjustusi. Muutuste avastamisel suunab hambaarst patsiendi õige spetsialisti juurde.
4. Hambatrauma puhul tegutsemise skeem (nii arstile kui patsiendile) on selge ja juhul, kui arstil ei ole võimalik ise anda esmaabi, siis ta teab täpselt, kuhu ja kelle juurde patsient kiiresti suunata.
5. Pädevussertifikaadi saamiseks on lisaks täienduspunktide kogumisele oluline kuulata põhiteadmiste värskendamiseks loenguid profülaktika, suulimaskesta kahjustuste ja hambatraumade teemadel. Profülaktika loengu kuulamise asemel võib pidada ise loengu Suukooli abimaterjalidega lastele või täiskasvanutele.
6. Hambaarstid viivad regulaarselt läbi loenguid hooldustöötajatele hooldekodudes.

3.1.5 Teiste meditsiinitöötajate aktiivne kaasamine nõustamise protsessi

1. Imiku kontrollis 6. elukuul on perearstil/pereõel kohustus jagada suutervist puudutavat Suukooli trükist „Sinu lapse hammaste röömuks”. See on abiks perearstidele, pereõdedele, hambaarstidele, lastearstidele ja kõikidele teistele tervishoiutöötajatele, kes puutuvad kokku imiku, väikelapse ja koolilapse vanemate või hooldajatega. Trükis lihtsustab suutervise alast nõustamist, on tänapäevase informatsiooni ja kujundusega ning katab suure vanusevahemiku. Kui seda hetkel nt perearstikeskuses ei ole, siis on võimalik perearstil/pereõel teha vastava informatsiooniga väljaprint suukool.ee veebilehelt, et imiku hambaid puudutav info jõuaks lapsevanema/lapse hooldajani õigel ajal.
2. Perearsti/pereõe kasutatavat patsiendikaarti on uuendatud nii, et selle täitmiseks peaksid nad vaatama lapsele suhu, mis võimaldab abivajavaid lapsi varakult välja selekteerida ning suunata õigel ajal hambaarsti juurde.
3. Perearsti õppeprogrammis on suutervist puudutav osa.
4. Meditsiiniõdede õppeprogrammis on põhjalik suutervise õpe, tänu millele on sel teemal valmis nõustama nii pere- kui ka kooliõed.
5. EHL koos Suukooliga korraldavad erinevatele spetsialistidele suutervise teemalisi koolitusi ning teevad koostööd erialaliitudega.

3.1.6 Õpetajate aktiivne kaasamine laste ja lapsevanemate nõustamise protsessi

1. Regulaarselt korraldatakse lasteaedades ja koolides suutervise teemalisi kampaaniaid, mida finantseeritakse riigi ja/või Haigekassa eelarvest ning koordineeritakse Suukooli poolt.
2. Õpetajatele on loodud suutervise teemalised juhised, mis on toetatud koolitustega ja väljaprintitava materjaliga.
3. Suukooli poolt koostatud materjal on lisatud kooli õppeprogrammi.
4. Suukool korraldab nii lastele, lapsevanematele kui ka õpetajatele suunatud suutervise koolitusi lasteaedades, koolides, huvikeskustes jne.

3.1.7 Riigi osaluse suurendamine suuhaiguste ennetustöös

1. Ennetustegevus muutub prioriteediks ja leiab projektipõhisuse asemele stabiilse rahastuse kindlalt eelarverealet.
2. Haigekassa teavitab lapsevanemaid lapse kahe aastaseks saamisel, et temaga on vaja minna hambaarsti juurde.
3. Haigekassa peab tasuma laste hambaravi teenuse eest kõikidele kliinikutele, sõltumata lepingu olemasolust, mis tähendab "raha käib patsiendiga kaasas" hambaravi rahalist hüvitist.
4. EHL ja Suukool vahendavad sotsiaalmajanduslikult raskes seisus inimestele riigi poolset abi, alates hambapasta ja -harjade ning informatsiooni jagamisest, lõpetades hambaraviteenuse eest tasumisega.
5. Riik lisab riiklikusse vaktsineerimiskavasse ka poistele papilloomviiruse vastase vaktsiini²³ suuvähi ennetamiseks.
6. Haigekassa poolt täielikult rahastatud elupuhune tasuta hambaraviteenus laieneb onkoloogilistele haigetele, kaasuvate üldhaigustega patsientidele, kelle üldhaiguste kontrolli alla saamiseks on vältimatult vajalik suuõõne kiire saneerimine.

²³ Inimese papilloomviiruse (HPV) on vaktsineeritav, mistõttu CED soovib HPV vastu vaktsineerimist pakkuda nii tüdrukutele kui ka poistele. Euroopa Hambaarstide Nõukogu (CED) "Euroopa Hambaarstide Nõukogu valge raamat. Suuhooldus: ennetamine on parem kui ravimine" CED-DOC-2019-015-FIN-E (mai 2019) lk 9

3.2. Hambakaariese haigus ja kaariesekahjustus

Hambakaaries on biokile abil leviv ja suhkru põhjustatud mitme teguriga, dünaamiline mittenakkuslik haigus, mille tulemuseks on hammaste kõvakudede faasiline demineraliseerumine ja remineraliseerumine.²⁴ Inimene loetakse kaariesehaigeks, kui tal on viimase kolme aasta jooksul tekkinud uusi restauratiivset ravi vajavaid hambaauke. Hambakaariese varajasi staadiume on võimalik diagnoosida ja haiguse põhjusi kontrollides konservatiivselt ravida, kuid sageli puuduvad sellel sümptomid. Kaugele arenenud kaariesehaiguse nähud - kaariesekahjustused (hambaaugud) võivad tüsistudes põhjustada hambanärvivalu, infektsiooni ja abstsessi ning isegi sepsist.²⁵

Hambakaariese rahaliste kulutustega seotud koormus ühiskonnale ja majandusele on tohutu. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) hinnangul kulus kaariesega seotud otseste kulutuste katteks ülemaailmselt 298 miljardit dollarit. Hambakaariese raviks kulub 5–10% tööstusriikide tervishoiueelarvetest. Kõrge sissetulekuga riikides on see peamine põhjus, miks lapsed vajavad haiglaravi. Lisaks rahalistele kulutustele mõjutab hambakaaries ka inimeste elukvaliteeti, põhjustades töölt ja koolist puudumist, tõsiseid söömis- ja magamisprobleeme ning tugevat valu, samuti võib see avaldada suurt mõju suhtlemisele.

Suuõõne haigustega on seotud palju riskitegureid, mille hulgas on hambavaenulik toitumine, tubaka ja alkoholi tarvitamine, isikliku hügieeni harjumused ja sotsiaalmajanduslikud tegurid. Hambakaariese peamiseks riskiteguriks on kergelt fermenteeritavad süsivesikud, millest bakterid metaboliseerivad suukeskkonda happeid, mis demineraliseerivad hamba kõvakude. Levinud suhkru allikad on näiteks mahlad, magustatud joogid, kondiitritooted, magustoidud, kompvekid, šokolaad jne.²⁶

Algusjärgus kaariesekahjustus paraneb, kui selleks võimalus luuakse, või progresseerub, kui haiguse põhjustajat (ehk suhkrutarbimist) ei kontrollita. Inimene ise märkab auku hambas, kui hambaluud ehk dentiini õõnestav kahjustus on kasvanud nii suureks, et hammast kattev hambavaap ehk emailikiht kokku variseb. Nii suur kahjustus vajab reeglina juba kallist restauratiivset hambaravi.²⁷

Kaariesehaiguse kontrolli all hoidmiseks tuleb välja selgitada haiguse põhjused hinnates konkreetse patsiendi tervisekäitumist ja elukeskkonna mõju niimoodi kaariesehaiguse riskitegureid kaardistades. See eeldab aeganõudvat anamneesi ja diagnostilisi protseduure (nt puhkeoleku sülje erituskiiruse määramist),

²⁴ Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, Tagami J, Twetman S, Tsakos G, Ismail A. Dental Caries. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 May 25;3:17030.

²⁵ Euroopa Hambaarstide Nõukogu (CED) "Euroopa Hambaarstide Nõukogu valge raamat. Suuhooldus: ennetamine on parem kui ravimine" CED-DOC-2019-015-FIN-E (mai 2019) lk 3

²⁶ Euroopa Hambaarstide Nõukogu (CED) "Euroopa Hambaarstide Nõukogu valge raamat. Suuhooldus: ennetamine on parem kui ravimine" CED-DOC-2019-015-FIN-E (mai 2019) lk 3

²⁷ Pitts, Zero White Paper on Dental Caries Prevention and Management: A summary of the current evidence and the key issues in controlling this preventable disease 2016 lk 30.

mille eest ei patsient ega haigekassa ole täna valmis maksma, sest harjumuspäraselt eeldatakse meditsiinisüsteemilt sümptomite reaktiivset ravi ehk “hamba korda tegemist”. Haiguse põhjusi kontrolli alla võtmata satutakse aga “hambaravimise spiraali”, kus hambasse asetatud täidiste kõrvale tekkivaid kaariesekahjustusi üha ulatuslikumalt ja kallimalt restaureeritakse, mis lõpuks viib hamba kaotuseni.

Probleemi lahendamiseks peab alustama tervishoiuteenuse rahastamisemudeli ümbervaatamisest, et ravipersonalil oleks stiimul proaktiivselt patsient terve hoida. Loodetavasti juurdub selline mõtteviisi muutus haigekassa sisulises muutumises Tervisekassaks. Kui praegu kulub 97% tervishoiuteenuste eelarvest reaktiivsele ravile, siis tulevikus sotsiaalmaksu tasujate arvu langusest tingitud järjest pingelisema eelarve juures peab proaktiivse ravi osakaal suurenema, sest see on odavam – iga haiguste ära hoidmisse paigutatud euro toob parema tervise näol tulevikus hinnanguliselt 4-8 kordselt tagasi.

FAKTE FLUORIIDIGA HAMBAPASTA KOHTA

Hambapasta peamised ülesanded	Soovitused hambapasta kasutamisel
Vaapa tugevdav toime: standardne (üle 1,000) või kõrge fluoriidi sisaldusega (kuni 5,000ppm). Katukontroll: antibakteriaalne toime. Vähendab hambakaela tundlikkust. Mööndustega valgendav toime. Hingeõhku värskendav toime.	• Harja kaks korda päevas. • Ära loputa peale pesemist veega. • Kasuta hernetera-suurust kogust hambapastat. • Eelkooliealist last tuleb pesemise juures abistada.
Iga dollar mis, kulutati fluoriidi sisaldava hambapasta propageerimiseks Nepaalis, aitab kokku hoida 87 kuni 356 dollarit võimalikke tulevase kulutusi hammaste ravile.	
2016. aastal oli globaalne hambapasta turu maht	
14 miljardit USA dollarit	

\$87 – \$356

The Challenge of Oral Disease – A call for global action by FDI World Dental Federation. Maps and graphics © Myriad Editions 2015

Kaariesehaiguse kontrolli alla saamiseks ning hoidmiseks saab juba enne visiiti koguda ja töödelda

vajalikke andmeid, kasutades moodsaid infotehnilisi abivahendeid. Näiteks saab elektrooniliselt täita veebis või äpis/rakenduses autoanamneesi ankeedi ja vastata lihtsatele sümptomeid kontrollivatele küsimustele. Tehisintellekt saab algoritmi abil hakkama vastuste auditeerimisega ja vastavalt individuaalsele riskile, määrab konservatiivse ravi standardskeemi ning saadab vajalike visiitide meeldetuletused.

Eesmärk peab olema saavutada terviklik raviteekond, kus patsient muudab elustiili hambasõbralikumaks, vähendades haiguse riskitegureid, nagu maiustamine, ebaadekvaatne individuaalne suuhügieen, suitsetamine. Harjumuste muutmine vajab teadmisi, võtab aega ja nõuab järjepidevust. Motiveerimisel on abiks spetsialistid ja kaasata tuleb ka lähedased (perekonnaliikmed), kelle toitumisharjumusi tõenäoliselt samuti modifitseerida tuleb.

Kaariesehaiguse ravi tänapäevane kontseptsioon on hamba kõvakoe säilitamine selle kunstmaterjaliga asendamise asemel. Kui siiski on vajadus restauratiivseks raviks, siis peab see baseeruma minimaalselt invasiivse ravi põhimõttele.²⁸

2018. aastal Tartu Ülikooli, EHL ja Eesti Haigekassa koostöös läbiviidud uuringu tulemuste põhjal võib väita, et Eesti 3-aastaste laste seas on tervete hammastega lapsi 71%, kaariese ravi vajab 29% lastest. Maksimaalne ravi vajavate hammaste arv oli 15 20-st. Algavat kaariest, mis veel kohe ei vaja operatiivset ravi, diagnoositi 49%. DMFT-indeksi väärtuseks oli 3-aastastel lastel 1,1, mis on väiksem kui 2001/2002. aastast pärineva 2-4-aastaste laste uuringu käigus saadud DMFT indeks 1,6.²⁹

6-aastaste laste hulgas oli tervete piimahammastega lapsi 28%, samas 58% lastest esinesid piimahammastes kohest ravi vajavad kaviteedid. Esmaseid muutusi, mis viitavad võimalikule kaariese arengule, esines 66% uuritavatel. Selles vanuses olemasolev jäävhammaskond oli terve 96% lastest. 24% lastest esinesid jäävhammade emailil muutused, millest suur osa võib vajada tulevikus ravi. Ravimata kaariest jäävhammaskonnas esines 10 lapsel (3%).

12-aastastest oli tervete hammastega lapsi 32% (sh tervete jäävhammastega 39%). Hinnates eraldi esimeste jäävhammade olukorda, leiti, et täidiseid esimestes molaarides oli kasutatud 47% lastest, kaariesega kahjustatud esimesi molaare esines 20% lastest. Keskmise DMFT indeksi väärtus oli 2,0. Ainult 4% uuritavatest lastest olid hammastel silandid. Silandite asetamine on näidustatud sügavate fissuuridega hammastele kõrge kaariese riskiga lastele, mis on kindlasti optimaalsest väiksem haaratus.

Puhaste ja peaaegu puhaste hammastega oli 57% 3-aastastest lastest, rohkelt esines kattu 43%-l. 6-

²⁸ Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, Tagami J, Twetman S, Tsakos G, Ismail A. Dental Caries. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 May 25

²⁹ Olak J, Mandar R, Karjalainen S, Soderling E, Saag M. "Dental health and oral mutans streptococci in 2-4-year-old Estonian children." *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2007; 17: 92–97

aastastel lastel esines nähtavat hambakattu 57% lastel. 12-aastastel lastel olid suhteliselt puhtad hambad 39% lastest. Rohke katuga hammastega lapsed (hambakatu indeksi väärtus 2 või suurem) oli 9%.^{30 31}

Tuginedes eeltoodud uuringu andmetele võib väita, et vaatamata Haigekassa rahastatud laste hambaravile lepingupartnerite juures, mis on suhteliselt hea kättesaadavusega, on laste hammaste haigestumus kaariesesse suhteliselt kõrge. Kahtlemata on üheks põhjuseks puudulikud teadmised suutervisest, milles mängivad suurt rolli perekondlikud harjumused. Lapse hambaravi, nagu tervisekäitumine laiemalt, on enamasti lapsevanemate vastutus, mistõttu on vaja oluliselt tõsta ka nende teadlikkust suutervise ja -hügieeni teemadel.

Jätkuvalt tuleb koolitada laste hambaravile spetsialiseerunud hambaarste. Seni on laste hambaravi suunaga restauratiivse hambaravi eriarsti programmi läbinud ainult neli hambaarsti, 2020. aastal alustas vastavas õppes kolm hambaarsti.

Sarnane täiskasvanud elanikkonna suutervise uuring on käimas ja täpsemad andmed erinevates vanuserühmades täiskasvanute suu- ja hambahaigustesse haigestumise kohta hetkeseisuga puuduvad. Ravi vajadus kasvab seoses elanikkonna vananemisega ja asjaoluga, et vanematel inimestel on järjest rohkem oma hambaid suus, mis vajavad professionaalset raviteenust.

3.3. Suuõõne vähk

Suuõõne vähk on hilise avastamise tõttu üks vähiliike, mille ellujäämismäär on Euroopa Liidus kõige madalam. Ellujäämismäär väheneb 80%-lt varajase avastamise korral vaid 50%-le hilise avastamise korral.³² Tegelikult tähendab see seda, et näiteks 2018. aastal oli Euroopas umbes 45 547 suu- ja huulevähi juhtu, millest 15 103 juhtu peeti surmavaks.³³ Tegelikult on suuõõne ja suuneelu vähi esinemissagedus Euroopas vanuserühmasid arvestades maailmas teisel kohal, kohe pärast Kagu-Aasiat. Suuõõne vähi tekkimise peamised põhjused on tubaka ja alkoholi tarbimine ning inimese papilloomiviirus (HPV). Seetõttu on ülioluline tõhustada haiguse varajast avastamist meditsiinitöötajate, patsientide ja

³⁰ Olak J, Nõmmela R, Lilleberg M, Murakas R. Ülevaade 3-, 6- ja 12-aastaste laste suutervise uuringust. Ajakiri Hambaarst (2019);

³¹ Olak J, Mandar R, Karjalainen S, Soderling E, Saag M. Dental health and oral mutans streptococci in 2-4-year-old Estonian children. International Journal of Paediatric Dentistry. 2007; 17: 92–97

³² Euroopa Hambaarstide Nõukogu (CED) "Euroopa Hambaarstide Nõukogu valge raamat. Suuhooldus: ennetamine on parem kui ravimine" CED-DOC-2019-015-FIN-E (mai 2019) lk 4 – 5.

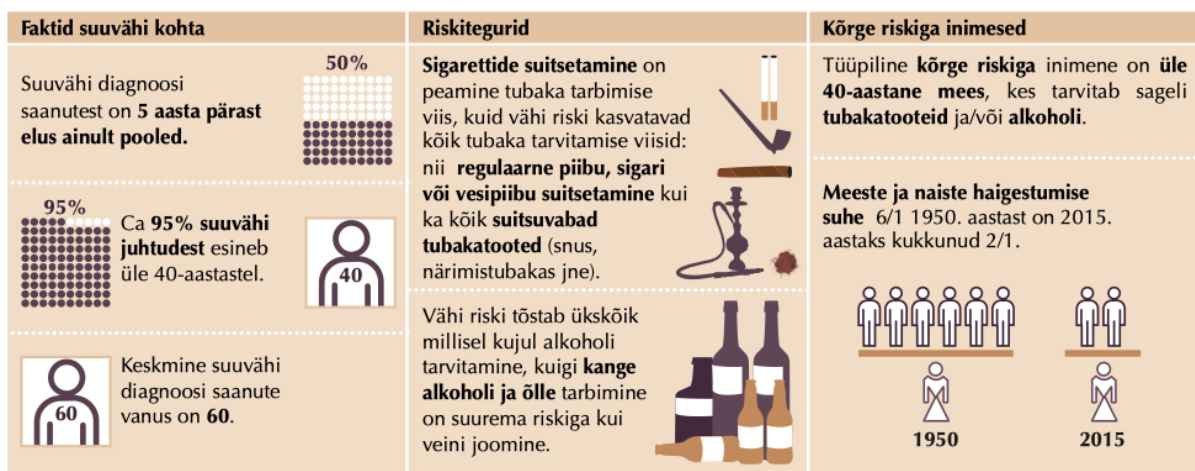
³³ European Cancer Information System (2018). *Estimates of cancer incidence and mortality in 2018*. Leitav veebist: [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?\\$1-All\\$2-All\\$4-1.2\\$3-1\\$6-0.14\\$5-2008.2008\\$7-7\\$0-0\\$CEstByCountry\\$X08-3\\$CEstRelative\\$X18-3\\$X19-AEE](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$1-All$2-All$4-1.2$3-1$6-0.14$5-2008.2008$7-7$0-0$CEstByCountry$X08-3$CEstRelative$X18-3$X19-AEE)

avalikkuse teadlikkuse ning teadmiste suurendamise kaudu.³⁴

Patsiendile tuleb teadvustada, et suuõõne vähi varajase avastamise hõlbustamiseks peavad nad regulaarselt hambaarsti juures käima, arvestades et hilinenud avastamisel on ellujäämismäär vaid 50%.³⁵

Kord aastas, tervisekampania korras läbiviidav suuvähi sõeluuring aitab ära hoida raskete tüsistustega haigused. HPV vaktsineerimise hõlmatus kasvatamisel tuleb sihtgruppi kaasata ka poisid.

FAKTID SUUVÄHI KOHTA



From *The Challenge of Oral Disease – A call for global action* by FDI World Dental Federation.
Maps and graphics © Myriad Editions 2015

Tubaka (erinevad sigaretid, suitsuvabad tubakatooted jmt) tarbimine on suuõõne vähi ja hambakinnituskoe põletiku peamine riskitegur ning see võib tõsiselt mõjutada ka sündimata lapsi (nt huule- ja suulaelõhe). Lisaks mõjutab see negatiivselt immuunsüsteemi võimet suuõõne infektsioonidega toime tulla, takistades seega patsiendi taastumisvõimet. Uuringutes on leitud, et tubaka ja alkoholi tarvitamisest tingitud suuõõne mikrofloora muutused võivad olla tõsiseks teguriks kaariese tekkimisel ja kulgemisel.³⁶

Kuigi suitsetamise populaarsus noorte seas langeb, on see siiski veel probleem. Lisaks sellele, et tubakas põhjustab hammaste kollaseks muutumist mõjutades nii inimese esteetilist välimust, on see ohtlik eelkõige suuõõne pehmetele kudede ehk limaskestale ja hammaste kinnituskudede. Tubakas põhjustab värvimuutust rohkem kui kohv ja must tee. Suitsetamine põhjustab halba hingeõhku ja

³⁴ Euroopa Hambaarstide Nõukogu (CED) "Euroopa Hambaarstide Nõukogu valge raamat. Suuhooldus: ennetamine on parem kui ravimine" CED-DOC-2019-015-FIN-E (mai 2019) lk 4 – 5.

³⁵ Euroopa Hambaarstide Nõukogu (CED) "Euroopa Hambaarstide Nõukogu valge raamat. Suuhooldus: ennetamine on parem kui ravimine" CED-DOC-2019-015-FIN-E (mai 2019) lk 9

³⁶ Euroopa Hambaarstide Nõukogu (CED) "Euroopa Hambaarstide Nõukogu valge raamat. Suuhooldus: ennetamine on parem kui ravimine" CED-DOC-2019-015-FIN-E (mai 2019)

kahjustab haistmis- ja maitsetundlikkust.³⁷

Huuletubakas ja muud suitsuvabad tubakatooted sisaldavad nikotiini, mis põhjustab sõltuvust. Üldiselt vabaneb neist sama palju nikotiini kui sigarettidest. Ka suitsuvabad tubakatooted põhjustavad parodontiiti, kaariest, hammaste kaotust, igemetaandumist jm.³⁸ Risk jääda nikotiinist sõltuvusse on huuletubaka tarvitamisel 2-4 korda suurem.³⁹

Elektrooniliste sigarettide kasutamine moodustab tubaka tarbimises märkimisväärse ja kasvava osa, kujutades suuõõne tervisele suurenevat ohtu.⁴⁰ E-sigaretid kasutavad magustajat nimega propüleenglükool. Seda leidub näiteks ka vedelas magusaines, mida kasutatakse jäätises ja vahukoores. Selle suhkuralkoholi suus lagunemisel tekib hape, mis kahjustab hambaid ja pehmeid kudesid. E-sigaretis sisalduv nikotiin kahjustab otseselt limaskesta epiteeli, muutes nii inimese igemehaigustele väga vastuvõtlikuks.⁴¹

Huuletubaka kui ka e-sigareti tarvitajaid on ka nende noorte seas, kes traditsioonilisi sigarette veel ei suitseta, kuid uuringud näitavad, et need on vahesammud enne traditsioonilist sigaretti. Vaatamata sellele, et huuletubakaga kauplemine on Euroopa Liidus üldiselt keelatud, on see Rootsi, kus see on erandina lubatud, läheduse tõttu Eesti noorte hulgas kasvavas trendis. Õnneks on Eestis vesipiibu populaarsus 15-aastaste noorte hulgas tugevalt langenud.⁴²

Teadusuuringutes on leitud, et suitsetamine tapab vähemalt pooled suitsetajad ja et suitsetamine on ka üks suurimaid tervena elatud eluaastate vähendajaid. On teada, et Eesti noored hakkavad teiste Euroopa riikide noortega võrreldes suitsetamisega eksperimenteerima noores vanuses ning et suitsetamine käib sageli koos madalama haridustasemega.⁴³

³⁷ Reibel J, Tobacco and oral diseases. Update on the evidence, with recommendations 2003:6

³⁸ Schaller K, Nair U, Kahnert S, Red Series Tobacco Prevention and Tobacco Control Volume 19: Electronic Cigarettes – An Overview 2010:1

³⁹ Tubakainfo <https://www.tubakainfo.ee/tweets-catalog/snus-e-suits-vesipiip/> (13.02.2021)

⁴⁰ Froum DDS, S, Neymark DDS, A Vaping and oral health: It's worse than you think 2019. Leitav veebis: <https://www.dentaleconomics.com/science-tech/article/16386291/vaping-and-oral-health-its-worse-than-you-think>

⁴¹ Samas, viide 40

⁴² Oja, Piksööt, Aasvee, Haav, Kasvandik, Kukk, Kukke, Rahno, Saapar, Vorobjov Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine 2017/2018. õppeaasta uuringu raport. 2019 (lk. 121)

⁴³ Reibel J, Tobacco and oral diseases. Update on the evidence, with recommendations 2003

3.4. Süsteemse haiguse suuõõne/stomatognaatse süsteemi manifestatsioonid ja nende ravi (*oral medicine*)

Hambaarstiteaduse haru, mis tegeleb süsteemsete haiguste orofastsiaalsete manifestatsioonide või lokaliseerunud hammastega mitte seotud suuõõne haigusseisundite raviga. Haigusseisundid on sageli kroonilised ja mõjutavad otseselt patsiendi elukvaliteeti. Patsiendi ravi on sageli interdistsiplinaarne. Tegeletakse diagnostika, nõustamise, ravi ja jälgimisega.

Eestis on väga vähe selliste seisundite ravile spetsialiseerunud hambaarste (enamasti restauratiivse hambaravi residentuuri läbinud). Tervishoiuteenuste loetelus puudub vastav peatükk, ravi on patsiendi jaoks tasuline. Samas on spetsialiseerunud hambaarst ainsaks spetsialistiks, kes antud haigusseisundite raviga tegeleb. Kuigi patsiendi haigus on süsteemne, siis teiste erialade arstid selliste suuõõnel esinevate manifestatsioonide raviga ei tegele.

Järgnevalt mõned näiteid seotud süsteemsetest haigustest:

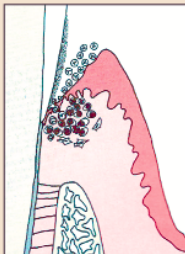
- Dermatoloogilised haigused – *Lichen planus*, *Pemphigus*, *Erythema multiforme*, pemfigoid.
- Maosooletraktiga seotud – põletikuline soolehaigus (Crohni tõbi, ultseratiivne koliit), refleks, tsöliaakia.
- Hematoloogilised haigused – leukeemia, leukopeenia, aneemia, lümfoom.
- Infektsioonhaigused – bakteriaalsed-, viirus- ja seeninfektsioonid.
- Neurooloogilised haigused – hulgiskleroos, ALS, kroonilised valusündroomid (põletava suu sündroom).
- Endokrinoloogilised haigused – diabeet, kilpnäärme haigusseisundid, Addisoni tõbi.
- Reumatoloogilised haigused – RA, Sjögreni sündroom.
- Ravimitest tingitud seisundid: ravimite kõrvaltoimed suuõõnes, kemoteraapia, pea- ja kaelapiirkonna radioteraapia.
- Immuunpuudulikkusest tingitud suuõõne haigusseisundid (HIV), immuunsupressiooniga kulgevad seisundid (organtransplantatsioon).
- Avitaminoosid, toitainete ja mikroelementide defitsiit jt haigusseisundid.

3.5. Parodontoloogia

Hamba kinnituskudede põletikku põhjustab hambakaelal igemeserva vahetus läheduses vahav bakterikiht ehk biokile. Gingiviidi ehk igemepõletiku nähud on punetus, turse ja veritsus juba kergel kokkupuutel. Parodontiidi ehk hamba tugikudede põletiku korral on haigustekitajad levinud hambakaela mööda

sügavamale nii, et hamba kinnituskoeid hävinevad. Kahjustuse süvenedes hakkavad hambad loksuma ja adekvaatse ravi puudumisel need kaotatakse.⁴⁴

HAMBA KINNITUSKUDEDE HAIGUSED

Krooniline igemepõletik ehk gingiviit	Destrktiivne hamba ümbriskoe põletik ehk parodontiit
 Ebapiisava puhastamise korral kasvab igemeserva juures hambapinnale haigustekitajaid sisaldav igemepõletikku põhjustav biokile. Tavaliselt suudavad vohanud kapillaaride kaudu kohale toimetatud immuunsüsteemi rakud põletikutekitajate sügavamale leviku kontrolli all hoida ehk krooniline igemepõletik parodontiidiks ei arenegi. Põletik paraneb hügieeni paranedes..	 Lokaalse immuunvastuse alla andes kasvab biokile ja sellega koos mädane põletikuprotsess hamba kaela mööda järjest sügavamale. Parodont kahjustub pöördumatult, sest sügava igemetasku biofilmi toksiinide käivitatud enesehävituslik immuunreaktsioon hävitab hammast ümbritseva luukoe, hammas hakkab liikuma ja irdub.
Seos ülejäänud tervisega Hammast ümbritseva kinnituskoe põletikku põhjustavad biokile bakterid ja nende toksiinid tungivad ka läbi veresoonte seina ja tekitavad niimoodi kahjustusi kõikjal organismis. Süsteemsed immuunsüsteemi haigused (näiteks suhkurtõbi) võivad omakorda tüsistada parodontiidi kulgu.	

Allikas: *The Challenge of Oral Disease – A call for global action* by FDI World Dental Federation. Maps and graphics © Myriad Editions 2015

Parodontihaiguste esinemissagedus erinevates maades on 20-50% elanikkonnast.⁴⁵ 2010. aastal läbi viidud suure valimiga (291 170 uuritavat isikut vanuses 15-99, 37st erinevast riigist) tõestas, et kaugele arenenud parodontiit on 6. kohal 291 haiguse hulgas ja hõlmab 11,2% populatsioonist. Eestis on haigekassa poolt rahastatud uuring täiskasvanute parodonti haiguste levimuse kohta hetkel käimas. M. Saagi ja S. Russaku poolt 2001. aastal läbiviidud uurimuses leiti 15-aastastel lastel erineva raskusastmega parodonti kahjustusi 47,7% uuritutest.

Parodontiidile iseloomulikud tunnused on veritsemine, lehkav suu, hammaste asendi muutus ja liikuma hakkamine, mis viib hammaste kaotamiseni. Parodontiit on seotud teiste süsteemsete haiguste esinemisega, sealhulgas ka krooniliste mittenakkuslike haigustega. Väljakujunenud parodontiidi puhul on haavandunud igemetaskuepiteeli pindala sõltuvalt haiguse raskusastmest 8-36 cm², mis toimib väratina üldvereringesse tekitades baktereemiat kas hambaarsti manipulatsioonide (sügavpuhastus või hamba eemaldamine) tagajärjel või igapäevaste protseduuride ajal nagu hambapesu, niiditamine ja mälumine.⁴⁶

⁴⁴ Herrera D, Meyle J, Renvert S, Jin L "White paper on prevention and management of periodontal diseases for oral health and general health" 2018:4

⁴⁵ The Scientific World Journal / 2020 / Article ID 2146160 | <https://doi.org/10.1155/2020/2146160/>

⁴⁶ Parahitiyawa NB et al. Microbiology of odontogenic bacteremia: beyond endocarditis. Clin Microbiol Rev 2009; 22: 46–64; Reyes L et al. Periodontal bacterial invasion and infection: contribution to atherosclerotic pathology. J Clin Periodontol 2013; 40: S30–S50

Väga tugev seos esineb parodontiidi ja diabeedi, kardiovaskulaarhaiguste ja raseduse halva tulemuse vahel.⁴⁷



Populatsiooni tasemel ennetamiseks on vajalik suurendada inimeste suutervise alast teadlikkust läbi õpetajate, suuhügienistide/profülaktika assistentide (plaan alustada läbirääkimisi koolitusvõimaluse osas Tallinna Tervishoiu Kõrgkooliga) ja hambaarstide meeskonnatöö. Kõrvuti patsientidega tuleb ka hambaarstidel teravdada tähelepanu haiguse varaseks diagnostikaks.

FDI 2017.a. aruanne näitab, et tervishoiutöötajate ja suutervise spetsialistide teadlikkus parodonti haigusest on madal või väga madal (62%), et ainult 51% riiklikest hambaarstiorganisatsioonidest peavad parodontoloogilist läbivaatust kohustuslikuks osaks regulaarsest hammaste kontrollist.⁴⁸ Selle põhjuseks võib olla, et suutervist ja -hooldust ei ole arvestatud Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) poolt

⁴⁷ Sanz M, Kornman K. Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: consensus report of working group 3 of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. J Clin Periodontol 2013; 40: S164–S169; Linden GJ, Herzberg MC. Periodontitis and systemic diseases: a record of discussions of working group 4 of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. J Periodontol 2013; 84: S20–S23

⁴⁸ Survey shows less than half of NDAs monitor and evaluate periodontal disease. FDI World Dental Federation, 2017 (<http://www.fdiworlddental.org/news/20171101/survey-shows-less-than-half-of-ndas-monitor-and-evaluate-periodontal-disease>, accessed 7 November 2017).

soovitavate tervislike eluviiside hulka. Samuti on märgitud, et riiklikud määrused ja suunised, mis on suunatud peamiselt krooniliste üldhaigustega toimetulekuks (NCDs), ei sisalda endas suu/parodondi tervishoidu.⁴⁹

Sageli arvatakse, et puuduvat hammast saab edukalt asendada ja taastada hambaimplantaadiga. Hambaimplantaatide kasutuselevõtt on teinud esteetika, mälumisfunktsiooni ja hea elukvaliteedi säilitamise paljudele patsientidele võimalikuks. Hambaimplantaate peetakse hulgi hambakaotusega või hambutu parodontiidiga patsiendi ilmselgeks ravivalikuks, hoolimata uuringutest, mis näitavad oma hammastele toetatud konstruktsioonide paremust võrreldes implantaatidele toetuvatega. Hiljutised andmed näitavad, et periimplantiidi levimus on kõrge (22%, vahemikus 1% kuni 47%). Nimelt on implantaate ümbritsevat infektsiooni enamasti keerulisem kontrolli alla saada kui parodontiiti. Periimplantiidi kirurgilises ravi edukuse määr on vahemikus 11-47%. Seega tuleks suhtuda implantaatide kasutamisse parodontiidi riskirühma kuuluvatel inimestel kriitiliselt, kuna neil on suur risk periimplantiidi tekkeks.⁵⁰ Edu võtmeks on süstemaatiline parodondi kudesid säilitav ravi.

Soovitused ja lahendused

Selleks, et parandada avalikku ja professionaalset teadlikkust hea suutervise olulisusest tuleb keskenduda haiguste ennetamisele ja propageerida terve suu olulisust.

Suuhaiguste ja üldhaiguste vahelistest seostest tuleb informeerida kõiki meditsiinitöötajaid, et paremini ravida juba parodontiiti haigestunud. Parodondi haiguste riskifaktorid on samad nagu peamiste krooniliste mittenakkuslike haiguste puhul ja parodontiidist tulenev põletikukoormus võib omada kriitilist mõju teistele mittenakkuslikele haigustele.

Hambaarstide roll üldtervise edendamisel on suurenenud, sest hambaravi ei käsitle ainult suutervist ja restauratiivseid probleeme, vaid jälgib ka patsiendi üldtervist. Seetõttu on oluline edendada eriarstide interdistsiplinaarset koostööd, tagamaks patsientide efektiivne ravi.

⁴⁹ Varela-Centelles P et al. Periodontitis Awareness Amongst the General Public: A Critical Systematic Review to Identify Gaps of Knowledge. J Periodontol 2015; 87: 403–415

⁵⁰ Derks J, Tomasi C. Peri-implant health and disease. A systematic review of current epidemiology. J Clin Periodontol 2015; 42: S158-171

3.6. Endodontia

Apikaalne periodontiit on kaariese tūsistuse tagajärjel tekkiv periradikulaarsete kudede põletik. Tavaliselt on see juurekanali infitseerumise tagajärg, kui mikroobid või nende toksiinid tungivad lõualuusse hambajuure tipu piirkonnas. Hamba juurekanalis paiknevate mikroobideni peremehe kaitsemehhanismid, ega ka süsteemsed antibiootikumid, ei ulatu ja seega ei ole võimalik apikaalse periodontiidi iseeneslik paranemine.⁵¹

Võrdluseks ülejäänud Euroopa ja kogu maailmaga on praeguseks meie käsutuses uuringud apikaalse periodontiidi levimuse kohta Lõuna-Eestis⁵² ja meile sarnase ajaloolise taustaga naaberriikide Läti pealinna Riia⁵³ ja Leedu pealinna Vilniuse kohta.⁵⁴

Apikaalse periodontiidi levik Lõuna-Eesti elanikel läbi viidud uuringus oli 54,7%, mis on küll väiksem, kui vastavates uuringutes naaberriikides Lätis (72%) ja Leedus (70%), ent kõrgem vastavate uuringute andmetest enamikes Euroopa riikides.⁵⁵

Need uuringud viitavad selgelt, et apikaalne periodontiit, mis on üheks peamiseks hammaste kaotuse põhjuseks, on väga laialt levinud. Tänapäevane kvaliteetne suurendussüsteeme eeldav endodontiline ravi nõuab kitsalt juureravile spetsialiseerunud hambaarsti – endodontisti – oskusi. Endodontia eriarste on erinevates maades miljoni elaniku kohta: Poolas 41, Norras 12,8, Rootsis 4,6, Ühendkuningriigis 3,8. Belgias ja Austrias endodontist nimetusena puudub.⁵⁶ Eestis on endodontia eripädevusega restauratiivse hambaravi eriarste 15.

Endodontiline ravi tuleb läbi viia vastavalt nüüdisaegsetele standarditele, arsti teadmistele, kliinilisele kogemusele ja tehnilistele oskustele. Standardid on pidevas muutumises baseerudes uutele tõenditele ja tehnoloogiatele. Iga praktiseeriva arsti kohus on olla pidevas elukestvas enesetäiendamises, et vastata nüüdisaegsetele standarditele.⁵⁷

⁵¹ Nair, P. (2004). Pathogenesis of Apical Periodontitis and the causes of endodontic failures. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 348-381

⁵² Vengerfeldt, V. Apical periodontitis in southern Estonian population: prevalence and associations with quality of root canal fillings and coronal restorations. *BMC Oral Health* (2017) 17:147

⁵³ Jersa I, Kundzina R. Periapical status and quality of root fillings in a selected adult Riga population. *Stomatologija*. (2013);15:73–7

⁵⁴ Sidaravicius B, Aleksejuniene J, Eriksen HM. Endodontic treatment and prevalence of apical periodontitis in an adult population of Vilnius, Lithuania. *Endod Dent Traumatol*. (1999);15:210–5

⁵⁵ Vengerfeldt V, Mändar R, Nguyen MS, Saukas S, Saag M. Apical periodontitis in southern Estonian population: prevalence and associations with quality of root canal fillings and coronal restorations. *BMC Oral Health* 2017 Dec 12;17(1):147. doi: 10.1186/s12903-017-0429-7. Supplementary tables

⁵⁶ European Manual of Dental Practice 2015. Edition 5.1

⁵⁷ AAE Treatment Standards White Paper 2020

Sellest lähtuvalt tuleb lisaks juureravi spetsialistide koolitamisele tõsta iga hambaarsti teadmiste ja oskuste taset, tundmaks ära kriteeriumid, millal patsient suunata vastava spetsialisti vastuvõtule. Sellega kasvab oluliselt juureravi edukus ning saavutatakse parim ravitulemus.

Väga oluline on teostada kvaliteetselt esmane juureravi, mille järgi on vajadus juba alla 19-aastastel patsientidel. On väga tähtis, et need noored saaksid tänasele standarditele vastava juureravi kohe kui probleem tekib. Seega tuleb järgnevatel aastatel kindlustada, et iga alla 19-aastase patsiendi vastava ravi kompenseerib haigekassa.

Kuna periodondi haiguse peamiseks põhjustajaks loetakse hambakaariest⁵⁸, siis rõhutavad juureravi spetsialistid kaariese ennetuse ja kvaliteetse restauratiivse ravi olulisust pulpiidi ja apikaalse periodontiidi ärahoidmisel.

3.7. Proteetiline ravi

Nõudlus proteetiliste lahenduste, seal hulgas implantaatidele toetuvate kroonidega taastamise, vastu on seotud eelkõige elanikkonna keskmise vanuse ja majandusliku võimekuse kasvuga. Eksitavast reklaamist tulenevalt on tekkinud mitmed valed arusaamad, nagu implantaat oleks parem kui oma hambajuur või implantaat oleks eluaegne. Olukord, kus tõmmatakse välja terveid hambaid ja asendatakse need implantaatidega, ei ole teaduspõhine ega eetiline. Proteetilise ja implantoloogilise hambaravi eesmärk peab olema patsiendi elukvaliteedi parandamine minimaalselt kahju tekitades.

⁵⁸ Trowbridge HO. Histology of pulpal inflammation. In: Hargreaves KM, Goodis HE, editors. Seltzer and Bender's Dental Pulp. Chicago: Quintessence Publish. Co; 2002. p. 227–45. 4

Tabel 4 Hammaste proteesimine aastatel 2013 ja 2019⁵⁹

	2013.a.	2019.a.
Proteesivisiite aastas	241 400	247 466
Proteese saanud inimeste arv	67 215	63 683
Proteeside koguarv	90 264	107 559
- täisproteesid	15 253	15 449
- kroonid	32 768	52 122
- sillad	8 563	6 223
- partsiaalproteesid	23 908	26 416
- implantaadid	5 577 3 643 inimesele	15 142 8 864 inimesele

Võrreldes 2013. ja 2019. aasta statistikat nähtub, et proteese saanud inimeste arv on pigem vähenenud, kuid samas valmistatud proteeside arv on kasvanud 17 295 võrra, põhiliselt kroonide ja asetatud implantaatide arvu suurenemise tõttu. 2019. aastal raviti osalist hambutust implantaatidega 5 221 inimesel enam kui 2013. aastal.

Osalise ja täieliku hambutusega patsientide arv kasvab vastavalt keskmise vanuse kasvule, st eakate inimeste osakaalu kasvades kasvab aasta-aastalt ka proteese vajavate patsientide arv. Samas väheneb järjest hambutute patsientide osakaal. Rootsi näitel langes 36 aasta jooksul hambutute naiste protsent 18,2-lt 0,3-le.⁶⁰ Suurenenud on hammastele kinnitatud ja osaliste proteeside vajadus, täieliku hambutuse raviks vajalike täisproteeside nõudlus on stabiilne.

⁵⁹ Tervisestatistika ja Terviseuuringute Andmebaas. AV50: Hambaarsti visiidid ja töö vanuserühma ja maakonna järgi. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_03Tervishoiuteenused_01Vastuvotud/AV50.px/

⁶⁰ Wennstrom, A., Ahlqvist, M., Stenman, U., Bjorkelund, C. & Hakeberg, M. (2013) Trends in tooth loss in relation to socio-economic status among Swedish women, aged 38 and 50 years: repeated cross-sectional surveys 1968–2004. BMC Oral Health 13

4. Hambaravi teenuse kättesaadavus maakonniti

Sotsiaalministeeriumi andmetel (tuginedes Eurostat EUSILC andmetele) on elanike hinnangul 2018. aastaks maksumusest, vahemaast ja ooteajast tingitud kättesaadavus paranenud. Vaadeldes eelnimetatud komponente eraldi nähtub aga, et maksumusest tingitud kättesaadavus on kahanenud 2015. aastast alates, st enne uue hambaravihüvitise süsteemi rakendamist.

Võrreldes aastatel 2017. ja 2018. antud elanike hinnanguid selgub, et hambaravi kättesaadavus on halvenenud vahemaa ning ooteaja komponentides, kusjuures hambaraviteenuste osutajate üldarv on suurenenud. See viitab hambaravihüvitise süsteemi kasutuselevõtuga tekkinud olukorrale, kus patsiendil tuleb hüvitise saamiseks liikuda teise hambaarsti juurde.

Statistikaameti andmetel on hambaarstiabi kättesaadavus 2019. aastal Põhja- ja Kesk-Eestis, võrreldes 2018. aastaga, vähenenud, kuigi varem on see stabiilselt alates 2015. aastast suurenenud.

Hinna kättesaadavuse osas on Eurostat 2017. aastal, enne uut hambaravihüvitise süsteemi kasutuselevõttu, teostanud uuringu, mis näitab, et hambaravi kulutuste koormust hindavad Eesti elanikud väiksemaks kui ELis keskmiselt.⁶¹

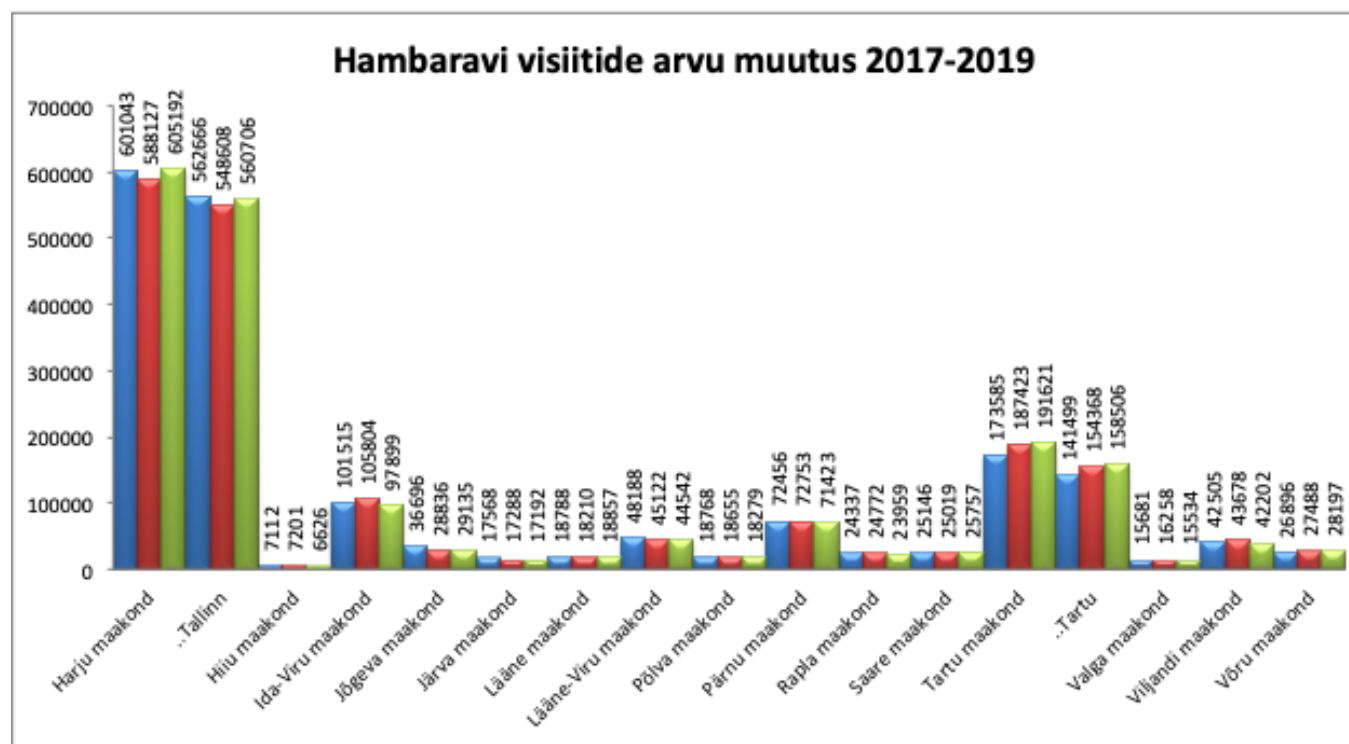
TAI andmetel⁶² langes enam kui 15-aastaste patsientide ravivisiitide arv 2018. aastal, võrreldes 2017. aastaga, pea pooltes Eesti maakondades. Tallinnas vähenes visiitide arv 14 000 võrra, suuremad langused olid veel Jõgeva maakonnas, Lääne-Virumaal ning Läänemaal. 2019. aastal hambaarsti külastuste arv osades maakondades taastus, ent endiselt oli üheksas maakonnas visiitide number langustrendis, võrreldes eelnenud aastaga. 11 Eesti maakonnas külastati 2019. aastal hambaarsti vähem kui 2017. aastal, kuigi neist kuues maakonnas (Hiiu, Ida-Viru, Pärnu, Rapla, Valga ja Viljandi maakond) 2018. aastal visiitide arv tõusis.

⁶¹ Eurostat "The burden of healthcare on households' budgets" avaldatud 19.02.2019 <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190219-1>

⁶² TAI Tervisestatistika ja Terviseuuringute Andmebaas. AV50: Hambaarsti visiidid ja töö vanuserühma ja maakonna järgi. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_03Tervishoiuteenused_01Vastuvotud/AV50.px/

Tabel 5 Hambaravi visiitide arv aastatel 2017-2019

	2017	2018	2019
Harju maakond	601 043	588 127	605 192
..Tallinn	562 666	548 608	560 706
Hiiu maakond	7 112	7 201	6 626
Ida-Viru maakond	101 515	105 804	97 899
Jõgeva maakond	36 696	28 836	29 135
Järva maakond	17 568	17 288	17 192
Lääne maakond	18 788	18 210	18 857
Lääne-Viru maakond	48 188	45 122	44 542
Põlva maakond	18 768	18 655	18 279
Pärnu maakond	72 456	72 753	71 423
Rapla maakond	24 337	24 772	23 959
Saare maakond	25 146	25 019	25 757
Tartu maakond	173 585	187 423	191 621
..Tartu	141 499	154 368	158 506
Valga maakond	15 681	16 258	15 534
Viljandi maakond	42 505	43 678	42 202
Võru maakond	26 896	27 488	28 197



Tabel 6 Hambaarstide arv 100 000 elaniku kohta 2019. aastal (täidetud ametikohad maakonniti)

Eesti KOKKU	78,68
Harju maakond	92,51
Tallinn	118,07
Hiiu maakond	42,94
Ida-Viru maakond	53,09
Jõgeva maakond	65,43
Järva maakond	53,56
Lääne maakond	62,12
Lääne-Viru maakond	58,49
Põlva maakond	51,73
Pärnu maakond	56,22
Rapla maakond	60,09
Saare maakond	40,99
Tartu maakond	112,77
Tartu	150,69
Valga maakond	37,76
Viljandi maakond	65,08

Üldiselt on Eestis maakonniti hambaarstidega kaetus hea. Samas nähtub, et patsiendid liiguvad maakonna keskustesse või suurematesse linnadesse hambaravi teenust saama.

5. Tervishoiuteenuste prognoos

Viimasel aastakümnel on hambaraviteenust pakkuvate, sh teiste üksuste allasutusena tegutsevate asutuste arv Eestis tõusnud 539ni (2019. aasta seisuga). Üle poolte hambaravidest paiknevad Tallinnas (236) ning Tartus (55).⁶³ Seega on Tallinnas 5,4 ja Tartus 5,7 hambaravikliinikut või -filiaali ning maakondades keskmiselt 3,6 hambaraviteenuse osutajat 10 000 elaniku kohta.

2019. aasta seisuga on Eestis registreeritud 1303 hambaarsti, millest saab arvutada välja, et meil on üks hambaarst 1016 elaniku kohta. Arvestades maha kliinilist tööd mittetegevad ning osalise koormusega töötavad arstid, jääb ligikaudseks suhteks 1:1100, olles üks suuremaid Euroopa Liidus.⁶⁴ WHO poolt peetakse soovituslikuks suhteks 1:1200.

Vaatamata hambaravi asutuste ning hambaarstide piisavale hulgale riigis, on teenuse kättesaadavus endiselt piiratud. Haigekassa 2017. aasta hambaravihüvitise reform suunab arstide tegevuse pigem sümptomaatilisele ravile ja tagajärgedega tegelemisele, mille tulemusena ei parane mitte elanikkonna suutervis, vaid kasvab vajadus raviteenuste järele.

Selleks, et prognoosida tervishoiuteenuseid aastaks 2030, tuleb lähtuda elanikkonna vajadustest ning võtta arengu keskmesse rahva suutervise edendamine ning hambaravi teenuste kättesaadavuse suurendamine.

Ennetustegevusele rõhku asetades panustatakse inimeste tervisesse ning kasutatakse ressursse tõhusalt ning tulevikku vaadates. Lisaks suuna muutusele praeguselt raviteenuste toetuselt ennetusele, on oluline arvestada ka hambaravi- ning ennetusteenuse kättesaadavuse parendamisega kõigis maakondades. See hõlmab nii hambaravide jätkusuutlikku toetamist maapiirkondades kui ka teiste tervishoiuteenuse pakujate (õed, arstid, ämmaemandad jne) toetamist suutervise edendamisel.

Jätakuvalt on oluline, lisaks elustiili muutuste propageerimisele, pakkuda ka rahalist ja geograafilist tuge sotsiaalmajanduslikult nõrgematele gruppidele hambaraviteenuste saamiseks.

Parandamaks riiklikku abi hambaraviteenuse kättesaadavaks tegemisel, on vaja teostada uuringuid, hindamaks ravi vajadust ning kättesaadavust riigi eri piirkondades. Käesoleva arengukava koostamise ajal viiakse EHLi, Haigekassa ja Tartu Ülikooli koostöös läbi täiskasvanud elanikkonna suutervise uuring, mis

⁶³ TAI TAI Tervisestatistika ja Terviseuuringute Andmebaas. TTO40: Hambaraviasutused ja -võimalused maakonna järgi <http://statistika.tai.ee/api/v1/et/Andmebaas/04THressursid/01TTosutajad/TTO40.px>

⁶⁴ Dental Tribune International (2017). 345,000 dentists practise in the European Union. Lehte külastatud 24.08.2020: <https://eu.dental-tribune.com/news/345000-dentists-practise-in-the-european-union/>

annab tõenduspõhise materjali, mille alusel saab objektiivselt hinnata populatsiooni hambaravi vajadust, barjääre vajamineva ravi saamisel ja planeerida indiviidi tasandil hambaravi. Eeltoodu rakendamine eeldab ka regionaalpoliitilisi otsuseid seadusandja poolt.

Elanikkonna järgmise 10 aasta ravivajadust prognoosides tõdetakse, et hambaraviteenuste vajadus ei vähene selles ajaperioodis märkimisväärselt. Tänu edukale ennetustegevusele on uus laste ning noorte täiskasvanute põlvkond parema suutervisega, kuid paralleelselt on suurenenud ka osalise hammaskonnaga täiskasvanute arv, kellel esineb tihti suur ravivajadus, kuid limiteeritud juurdepääs hambaravi teenustele. Lisaks on jätkuvalt suurenemas erivajadustega ning sotsiaalmajanduslikult nõrgemate ühiskonnaliikmete hulk, kelle ravivajadus on suur, kuid kes ei oma piisavaid rahalisi vahendeid hambaravi teenuste tarbimiseks. Nimetatud elanikkonna gruppidesse kuuluvad inimesed põevad tihti ka kroonilisi haigusi ning omavad kõrgeenenud riski kehvast suutervisest tingitud komplikatsioonide tekkeks.

6. Hambaravi teenuste jaotus ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi vahel

Hambaravi võivad teostada kõik diplomit omavad hambaarstid. Teenuste kitsam jaotus hambaravis on aga keeruline, sest ühe diagnoosiga patsiendi raviskeem võib olla väga erinev sõltudes muuhulgas nii patsiendi soovidest kui ka majanduslikest võimalustest.

Tulevikus ravivad komplitseeritumaid juhtumeid põhiliselt spetsialisti koolitusega residentuuri läbinud hambaarstid. Riiklikult on alustatud hambaravi eriarstide koolitamist, kelle kompetentsi kuuluvad keerulisemad diagnostika- ja ravimenetlused. Põhiosa hambaraviteenusest osutatakse siiski haiglaväliselt, plaanilistel hambaravivastuvõttudel.

Statsionaarse eriarstiabina eksisteerib hambaravis vaid suu-, näo- ja lõualuukirurgia. Kasvajate eemaldamine, rekonstruktiivsete ja ortognaatsete operatsioonide läbiviimine, ulatuslike ja raskete näo-lõualuude piirkonnas esinevate traumade ravi, peapiirkonnast lähtunud abstsesside ja flegmoonide ravi, süljenäärmete patoloogiate ravi, temporomandibulaarliigese operatiivne ravi, komplitseeritud retineerunud hammaste eemaldamine, ulatuslike mõõtmatega tsüstide ravi on vaid suu-, näo- ja lõualuukirurgide kompetentsi kuuluvad ning teenuse osutamine toimub valdavalt Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ja SA Tartu Ülikooli Kliinikumis. Sellise raviteenuse maht on täpsemalt esitletud vastava eriala arengukavas.

Ambulatoorsest hambaravi üldanesteesias osutatakse piirkonnahaiglates või anesteesia võimalusega hambaravikabinettides. Meditsiinilisel näidustusel üldanesteesias hambaravi osutatakse sügava ja raske puudega inimestele ning hulgikaarise kahjustusega lastele. Teenus on Haigekassa poolt rahastatud, kuid pole patsientidele piisavalt kättesaadav, sest operatsiooniaegu ja teenust osutavaid spetsialiste on vähe.

Laiendamist vajab meditsiinilisel näidustusel hambaravi mõiste. Haiglatingimustes teostatavad kiireloomulise vajadusega protseduurid, seal hulgas hemato-onkoloogilise diagnoosi saanud, transplantatsiooni ootavate ja kardioloogiliste patsientide suuõõne kiireloomuline saneerimine, lisaks eriarsti suunamisel mikrobiaalse või pato-histoloogilise uuringu teostamine, peavad olema riiklikult rahastatud. Selliste teenuste osutamiseks on vajalik haiglates koolitatud spetsialisti igapäevane kättesaadavus ja võimalus eriarstil kutsuda hambaarst patsiendi suutervise seisundit hindama, vajadusel ravima ja soovitusi andma. **Levinud praktika peab olema hambaarstide kui suutervise spetsialistide kaasamine eelpool nimetatud haiguslike seisunditega patsientide ravikonsiiliumisse.**

Raviteenuse eest tasumise peab aga sellistel juhtudel täies mahus ja ilma täiendavate piiranguteta üle võtma haigekassa.

6.1. Hambaarsti valveteenuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa

Hambaravis esineb seisundeid, mille korral patsient vajab vältimatut abi (ulatuslik turse näo-lõualuude piirkonnas, suuavamistakistus, tarkusehamba raskendatud suhulõikumine, ekstraktsioonijärgne haava infitseerumine, ägedad süljenäärme haigused ja temporomandibulaarliigese haigusseisundid) ja seisundid, mille korral patsient vajab esmaabi (täidise eemaldumine, hambanärvi põletik). Diagnoosid, mille korral vältimatut abi osutatakse, peavad olema täpselt määratletud, sest on seisundeid, mis kulgevad tugeva valuga ja patsient otsib abi, kuid tegelik vältimatu abi vajadus puudub.

Eesti Haigekassa rahastab vältimatu hambaravi teenuse valmisoleku tagamist kvartalis pikendatud lahtioleku vältel, kuid teenus on võrreldes teiste arstlike erialade valveteenusega alarahastatud.

Tabel 7 Väljavõte Tervishoiuteenuste loetelust⁶⁵

Tervishoiuteenuse nimetus	Kood	Piirhind eurodes
Ööpäevaringse valmisoleku tagamine kvartalis ühe arstliku eriala kohta	2280K	56 460,09
Vältimatu hambaravi teenuse valmisoleku tagamine kvartalis pikendatud lahtioleku vältel	2285K	4 970,79

Koodiga 2285K tervishoiuteenuse piirhinda rakendatakse vähemalt neli tundi päevas puhkepäevadel ja riiklikel pühadel hambaravi valmisoleku tagamiseks ühe tervishoiuteenuse osutaja juures Pärnus, Tartus, Jõhvis ja Tallinnas ravi rahastamise lepingus kokkulepitud tingimustel. See teeb hambaravi valveteenuse tunnihinnaks ~11 €. Võrdluseks kood 2280K sisaldab neid kulusid, mis kaasnevad ka hambaravi valveteenuse osutamisega, kuid mille kulusid hambaravisse sisse pole arvestatud ning teenuse tagamise tunnihinnaks on ~26 €.

Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ja SA Tartu Ülikooli Kliinikumis on tagatud ööpäevaringne suu-, näo- ja lõualuukirurgia teenuse kättesaadavus. Töövälisel ajal on kirurgid valdavalt telefonivalves. Samane printsiip võiks olla eesmärgiks vältimatu hambaraviteenuse tagamisel. Esmase patsiendi seisundi hindamise teostab erakorralise meditsiini osakond, kes konsulteerib valvehambaarstiga, teostatakse vajadusel täiendavad uuringud ja analüüsid, otsustatakse patsiendi vältimatu ravi vajadus ja teostamine. Täpsustamist vajab, milline spetsialist (suu-, näo- ja lõualuukirurg või hambaarst) konkreetse seisundi korral patsiendile vältimatut abi osutama peaks.

Üheks võimaluseks on koondada valveteenus regionaalhaiglate juurde, kus erakorralise meditsiini teenuse osana osutatakse vajadusel ka vältimatu hambaravi teenust. Haiglates töötavad koos erinevate erialade spetsialistid ja on olemas patsiendile vältimatu abi teenuse osutamiseks vajalik pädevus, laboratoorsed ja radioloogilised diagnostikavõimalused ning Haigekassa rahastus. Professionaalse ja piirkondlikult kättesaadava valveteenuse pakkumine ei ole hetkel kehtivas rahastussüsteemis võimalik.

Kõigil täiskasvanutel on õigus saada vältimatut hambaravi, sõltumata sellest, kas neil on ravikindlustus või mitte. Haigekassa poolt rahastatud hambaravi osutatakse juhul, kui abi edasilükkamine või selle andmata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse. Vältimatut abi osutatakse selliste erakorraliste seisundite korral, mis vajavad hamba väljatõmbamist või mädanikukolde avamist. Seda, kas tegemist on vältimatu abiga, otsustab hambaarst. Vältimatu abi saamiseks tuleb pöörduda Haigekassaga lepingu sõlminud hambaarstide poole, sest Haigekassa maksab nii ravikindlustatud kui ka ravikindlustamata täiskasvanule osutatud teenuse eest ainult oma lepingupartneritele. Kindlustuseta inimeste vältimatu abi tasutakse riigieelarvest.⁶⁶ Vältimatu abi andmine ning selle teenuse hüvitamine

⁶⁵ Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu <https://www.riigiteataja.ee/akt/118082020001>

⁶⁶ Haigekassa veebileht <https://www.haigekassa.ee/hambaravi/patsiendile/valtimatu-abi>

teenusepakkujaile Haigekassa poolt, peab toimuma kõikides hambaraviteenust pakkuvates asutustes, hoolimata Haigekassa partnerlepingu olemasolust. See tagab patsiendile võimaluse saada abi talle lähima teenusepakkuja juures ning välistab olukorra, kus potentsiaalselt ohtlikus seisundis inimene peab hakkama abi saamiseks kõigepealt sobivat teenusepakkujat otsima.

7. Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine

7.1. Kokkuvõtte hambaravi ergonoomika ja töökoormuse küsitlusest

Viimastel aastakümnetel on maailmas viidud läbi mitmeid kvalitatiivseid uuringuid, et mõista paremini tegureid, mis mõjutavad hambaarstide rahulolu oma tööga. 1990. aastal Shugarsi poolt läbiviidud uuring USAs leidis, et hambaarstide üldine rahulolu tööga on enim seotud töövälise elu kvaliteediga ning nelja erineva tööga seonduva teguriga nagu austus, sissetulek, suhted patsientidega ning stress.⁶⁷

Selleks, et saada esialgne ülevaade töökoormuse ning tööga rahulolu mõjutavate tegurite kohta Eesti hambaarstide hulgas, viis EHL septembris 2020 läbi veebiküsitluse. Anonüümsele küsitlusele vastas 351 hambaarsti ehk veidi enam kui kolmandik kõigist EHLi liikmetest.

Eesti hambaarstide seas läbiviidud küsitlus oli oluline samm, et koguda esialgset informatsiooni arstide töökoormuse, motivatsiooni ning töövõtete kohta.

Küsitluse tulemuste põhjal jääb Eesti hambaarstide keskmine nädala töötundide arv soovituslike piirnormide vahemikku, kuid valdaval enamusel arstidest ei jää patsientide visiitide vahel aega puhkamiseks. Arstid hindavad oma töökoormust keskmisest kõrgemaks ning üle pooled vastanutest kannatavad krooniliste valude käes. Olulise teemana tuleb veelgi enam selgitada arstidele puhkepauside olulisust ning töökoormuse optimaalset jaotamist. Lisaks tuleb rõhutada ravi planeerimiseks kuluva aja võtmise olulisust toetamaks edukat kliinilist ravi.

⁶⁷ Shugars, D. A., DiMatteo, M. R., Hays, R. D., Cretin, S., & Johnson, J. D. (1990). Professional satisfaction among California general dentists. *Journal of dental education*, 54(11), 661–669.

Veelgi enam peab suurenema abivahendite nagu luupide ning mikroskoobi kasutajate hulk ning ergonoomiliste töövahendite kasutus. Kliinikute juhatajad peavad veelgi enam suhtlema oma alluvuses töötavate hambaarstidega ning pakkuma konstruktiivset tagasisidet nende tööle.

Selleks, et süüvida veelgi enam hetkeolukorra põhjustesse ning leida lahendusi vajakajäämistes, on võimalik tulevikus kavandada ka kvalitatiivne uuring. Loodetavasti on antud küsitluse tulemused kasulikud nii hambaarstidele kui ka tööandjatele ning annavad motivatsiooni veelgi edendada töökeskkonda ning toetada arstide füüsilist ja vaimset tervist.

Põhjalikku ülevaadet küsitluse tulemustest on võimalik lugeda ajakiri "Hambaarst" novembrikuu (2020) väljaandest.

8. Eriarstide vajadus

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

Võtta kasutusele täpsemad hambaravi erialade nimetused restauratiivsele hambaravi all (parodontoloogia, endodontia, proteetiline hambaravi, laste hambaravi, hambaravi radioloog). Hetkel on tunnustatud hambaravi eriarstid ainult ortodondid ja suu-, näo- ja lõualuukirurgid.

Seoses 3D röntgenaparaatide laia levikuga on tekkinud vajadus hambaravi valdkonnale spetsialiseerunud radioloogi järele. Radioloog ei pea olema igas kliinikus, kuid suuremates piirkonnahaiglates. Ettepanek hambaravi radioloogi koolitamiseks tuleb teha Tartu Ülikooli Meditsiiniteaduste valdkonnale.

Muuta residentuuri vastuvõtmise korda. Pärast lõpetamist tuleb arstil praktiseerida vähemalt kaks aastat hambaarstina ja alles seejärel saab astuda residentuuri. Hetkeolukord, kus residentuuri võetakse vastu kohe peale põhiõppe lõpetamist ei soosi pühendunud spetsialistide teket, sest residentuuri astunul puudub üldhambaravi ja spetsialiseerumiseks oluline töökogemus. See aitab vältida ebasobivaid erialavalikuid ning ressursside raiskamist ja ebaotstarbekat kasutamist.

9. Kehtiv regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks

9.1. Seadusandlus

9.1.1. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus

Tervishoiuteenuse, sh hambaraviteenuse osutamist reguleerivad mitmed seadused ja määrused. Teenusepakujate paljususe ja tööranne tingib aga vajaduse mõningate regulatsioonide muutmiseks ja täiendamiseks.

Keeleseadus ning Vabariigi Valitsuse 20.06.2011 määruse nr 84 "Ametniku, töötaja ning füüsilisest isikust ettevõtja eesti keele oskuse ja kasutamise nõuded" § 9 p 8 kehtestab C1 tasemel riigikeele oskuse nõude arstidele (sh veterinaaridele), psühholoogidele, farmatseutidele ja proviisoritele. Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56 "Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord" § 3 lg 2 sätestab nõude dokumenteerida tervishoiuteenuse andmeid eesti keeles, vajadusel ka ladina keeles.

Eestis hariduse omandanud hambaarstidega pole probleeme, nad valdavad riigikeelt. Samas EL-st ja kolmandatest riikidest saabunud hambaarstide keeleoskus sageli nõutud tasemele ei vasta. 2018. aastal kehtestatud eesti keelse vastavuseksami sooritamise nõue (tervishoiuteenuste korraldamise seadus § 30 lg 3¹) mõnevõrra leevendas probleemi, ent ei lahendanud. Seetõttu tuleb viia seadusesse sisse keeletaseme kontrolli ja keeleeksami sooritamise nõue kolmandatest riikidest saabuvatele hambaarstidele enne TTKS § 30 lg-s 3² sätestatud tööpraktikale suunamist. Euroopa Liidu liikmesriigis, Euroopa Majanduspiirkonna liikmesriigis või Šveitsis kvalifikatsiooni omandanud isikule võiks aga kehtida C1 keeletõendi esitamise nõue koos muude registreerimiseks vajalike dokumentidega.

9.1.2. Reklaamiseadus

Valdkondliku konkurentsi tihenedes, suureneb ka hambaraviteenuse osutajate vajadus reklaami järele. See on tekitanud olukorra, kus kehtivat seadusandlust tõlgendatakse vääralt ning patsienti eksitavalt. Reklaamiseaduse (RekS) § 4 keelab üheselt eksitava reklaami mistahes valdkonnas. Kui üldiselt on tervishoiuteenuste reklaam keelatud (RekS § 22 lg 1), siis teatud mõõndused on siiski tehtud (RekS § 22 lg 4).

Meditšiiniteenus on vajaduspõhine teenus, mistõttu seaduse erinev tõlgendamine ning ebapiisav järelevalve reklaamide sisu ja sõnumi üle võivad kallutada patsienti valedele, ebatervislikele ja/või põhjendamata valikutele ning tekitada inimesele ebareaalset ootust tulemuse osas.

Teine ohukoht reklaamis on teenuse hinna kuvamine. Hambaravi ei koosne kunagi ainult ühest komponendist, vaid tervest reast erinevatest tööetappidest, mille sooritamise vajadus sageli selgub alles patsiendi läbivaatusel ja raviplaani koostamisel. Seega on patsienti eksitav info, kui reklaamis tuuakse välja ainult üks hinna osa, kuid lõplik maksumus kujuneb töö käigus.

Seetõttu tuleb muuta RekS § 22 lg 4 p-i 1 nii, et reklaamidel oleks lubatud kuvada ainult tervishoiuteenuse osutaja nime, tööaega, tegevuskohta ja eriala ning tervishoiutöötaja nime, eriala, akadeemilist kraadi ja kontaktandmeid ning osutatavate tervishoiuteenuste loetelu. Hinnakirja või hinna kuvamine on lubatud üksnes teenusepakkuja kodulehel. Reklaamis võib hinda kuvada teenuse maksumuse vahemikuna ning märkusega, et lõplik teenuse hind selgub pärast raviplaani koostamist. Tervishoiuteenuste reklaamimisel peab olema otsesõnu keelatud eripakkumiste tegemine, mille üheks osaks on raviteenus, mida võib osutada ainult vastava näidustuse korral (näiteks 3D röntgen).

Hetkel on veel täiesti reguleerimata suhteliselt uus, ent jõuliselt arenev sisuturunduse valdkond. Tegemist on just kui ajakirjanduslike artiklitega, mis oma sisult on aga tervishoiuteenuse osutaja ja tema poolt pakutavate teenuste reklaam. Sellistes artiklites sisalduv info võib patsientidele tunduda tõendus põhine ning kallutada valikutele, mis ei pruugi olla kõige paremad.

9.1.3. Tulumaksuseadus

Hetkel kehtiva tulumaksuseaduse (TumS) § 48 lg 5⁵ sätestab, et erisoodustusena ei maksustata järgmisi töötaja tervise edendamiseks tehtavaid kulusi 100 euro ulatuses töötaja kohta kvartalis, kui tööandja on neid võimaldanud kõikidele töötajatele:

- 1) avaliku rahvaspordiürituse osavõttu;
- 2) sportimis- või liikumispäeva regulaarse kasutamisega otseselt seotud kulusi;
- 3) tööandja olemasolevate spordirajatiste ülalpidamiseks tehtavaid kulusi;
- 4) kulusi tervishoiutöötajate riiklikusse registrisse kantud või vastavat kutsetunnistust omava taastusarsti, füsioterapeudi, tegevusterapeudi, kliinilise logopeedi või kliinilise psühholoogi teenustele;
- 5) ravikindlustuslepingu kindlustusmakset.

Eesti Hambaarstide Liit teeb ettepaneku lisada TumS § 48 lg 5⁵ p-i 4 loetellu ka hambaraviteenus, kui terviseedenduslik suutervist säilitada aitav teenus.

Nimetatud maksusoodustus oleks töövõtjale, mitterahalise hambaravihüvitise kõrval, suureks abiks ning kahtlemata motiveeriks inimesi oma suutervise eest hoolt kandma. Prognoosime, et reaalsele kuludele mittevastavate haigekassa piirhindadega hambaraviteenuse osutamiseks ei soovi hambaarstid haigekassaga lepinguid sõlmida. See takistab hüvitist soovivate patsientide vaba tervishoiuteenuse osutaja valikut, mille tagajärjel hambaraviteenuse kättesaadavus kokkuvõttes hoopis väheneb. Kaugemas vaates viib piirhinnaga (ehk alarahastatud) hambaraviteenuse halb kvaliteet selleni, et kokkuvõttes nii ravivajadus kui ka maksumus suurenevad, sest “odavama täidisega ravi” tagajärjel tekkivate komplikatsioonide ravi on kordades kallim.

EHL soovib haigekassa tervist edendava tegevuse pea olematut eelarverida kompenseerida, andes tööandjale lisavõimaluse toetada oma töötaja tervist erisoodustusmaksuta.

9.2. Jäätmekäitlus

Viimase kümne aasta jooksul on keskkonnahoid ja jäätmemajanduse jätkusuutlik areng saanud oluliseks ka hambaravisektoris. Hambaraviteenuse osutajad kasutavad rohkelt ressursse, sh vett ja elektrit, paratamatult tekib raviteenuse osutamisel ka erineva ohtlikkustasemega jäätmeid.

Erinevate ressursside säästlik kasutamine, jäätmete vähendamine ning jäätmekäitluse edendamine on teemad, millega ka järgmise 10 aasta jooksul aktiivselt tegeleda tuleb. Hetkel on globaalselt aktuaalne teema amalgaami kasutamise vähendamine ning alternatiivide leidmine erinevatele plastikmaterjalidele nagu näiteks komposiit. Selleks, et arendada keskkonnasõbralikku majandamist soosivat mõttelaadi tulevaste hambaarstide hulgas, on oluline kaasata säästvat arengut toetava hariduse põhimõtteid ülikooli õppekavasse.

Oluline on kliinikute vahelise suhtluse edendamine ning informatsiooni ja innovaatiliste ideede jagamine jäätmete vähendamise ning jäätmekäitluse valdkonnas.

9.3. Hambaraviteenuse miinimumnõuete kaasajastamine

Hetkel on olemas määrusega kehtestatud nõuded hambaravikabinetile ruumi suuruse, sisseseade ja aparatuuri osas, mis on vananenud ning vajaksid kaasajastamist, kuid hambaraviteenuse kohta selged nõuded puuduvad. Hambaarstiõppes antakse teadmised kaasaegse hambaraviteenuse osutamise kohta ja kehtib teenuse osutamise hea tava.

Seetõttu on vaja koostada hambaraviteenuse osutamise miinimumnõuded, mis kehtivad kliinikutele tervikuna, administratsioonist kuni hügieenini. Hambaraviteenuse osutamise nõuete koostamise eesmärk on tõsta hambaravikliinikute kvaliteeti terves riigis.

10. Hambaarsti pädevus ja vastutus

Turg ja konkurents motiveerib ettevõtjaid oma teenuseid parendama ning hambaarste elukestvate õppele. Riiklike regulatsioonide eesmärk peab olema eelnimetatud tegevusi toetav, kahjustava tegevuse ärahoidmine või ennetamine, vältimatu ja statsionaarse hambaraviteenuse tagamine ning ennetustöö.

Pädevuse sertifitseerimise süsteem on rajatud vabatahtlikkusele. Pädevussertifikaate väljastab EHL hambaarsti avalduse alusel. See on võimalik saada kõikidel hambaarstidel, kes eelneva viie aasta jooksul on osalenud minimaalselt 150 tunni ulatuses täiendkoolitustel ja/või –kursustel. Lisaks auditoorsele õppele eeldatakse 150 tunni ulatuses ka individuaalset õpet (ajakirjad, õpikud, internetipõhised koolitused, veebinarid jmt).

Sarnane süsteem on kasutusel veel mitmes Euroopa riigis, näiteks Lätis, kus täiendõppe maht on 250 t, Suurbritannias (75 t, keskendutakse spetsialistidele), Belgias 30 t, Sloveenias 10 kursust seitsme aasta jooksul.

Taotleja esitab talle väljastatud tunnistused, sertifikaadid ja muud asjakohased dokumendid EHLi ning kaks korda aastas kogunev komisjon väljastab pädevussertifikaadi. Terviseamet lisab selle registrisse ning selle olemasolu on kõigile nähtav.

Arsti pädevus on probleemiks kaebuste puhul või siis kui arst ei ole pikki aastaid oma erialal töötanud. Haigekassa on seadnud hambaarstide pädevuse üheks lepingupartnerite valikukriteeriumiks.

Tervishoiuteenuse osutaja kui juriidiline isik ja hambaarst füüsilise isikuna vastutavad patsiendile kahju tekitamise eest solidaarselt. Seetõttu on hambaarstidel on kohustus sõlmida erialane vastutuskindlustus. EHL on otnud kindlustuspakkujalt vastava kaitse, et kaitsta oma liikmetest hambaarste füüsilise isiku vastu esitatud nõuete eest.

10.1. Mittesüüline vastutuskindlustus

2011. aastal võeti vastu Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Selle direktiivi artikkel 4.2.d ütleb, et ravi osutav liikmesriik tagab, et tema territooriumil osutatava ravi puhul on olemas kutsealase vastutuskindlustuse süsteemid või tagatis või samalaadne meede, mis on oma eesmärgilt samaväärne või põhiolemuselt võrreldav ning vastab riski laadile ja ulatusele⁶⁸. Pärast selle direktiivi jõustumist 2013. aastal hakati üha enam rääkima taolise vastutuskindlustuse vajalikkusest, kuni 2017. aastal koostas sotsiaalministeerium vastava instrumendi väljatöötamiskavatsuse, milles toodi, Põhjamaade näitel, välja mittesüüline vastutuskindlustuse peamiste eelistena:

- kaebused lahendatakse kiiresti ja ligipääs kaebuste süsteemile on lihtne ja laialdane;
- peamine hüvitamise kriteerium on "välditavus";
- kaebuste esitamine ja menetlemine on tasuta;
- süsteemide peamiseks eesmärgiks on kahjukannatajate ja teenuseosutajate vaheliste heade suhete säilitamine.⁶⁹

Kuigi sellel kindlustussüsteemi puhul on välja toodud ka puuduseid,⁷⁰ on aegade jooksul leidnud kõik meditsiinieriala kutseorganisatsioonid, et selline kindlustus on vajalik. EHL on oma liikmeid kaitsnud, kindlustades kõik töötavad liidu liikmed erialase tegevuse vastutuskindlustuse lepinguga. Siiski on tegu olukorraga, kus kindlustuskaitse rakendumise eelduseks on arsti viga ehk süü, kusjuures süülisust peab tõendama patsient. Lisaks on sellel kindlustusel ka piiratud kaitse. Kui arst vea tegemise hetkel ei kuulunud EHL-I või on sealt lahkunud kahju ilmnemise või nõude esitamise ajaks, siis kindlustuskaitse ei kehti selle arsti puhul.⁷¹

⁶⁸ Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2011/24/EL patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Artikkel 4.2.d. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/HTML/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN>

⁶⁹ Sotsiaalministeerium Lisa 1 TTO vastutuskindlustuse väljatöötamiskavatsus. Tervishoiuteenuse osutajate kohustusliku kutsekindlustuse süsteemi loomine Eestis. Värskendatud kontseptsioon. 2017 lk 15

⁷⁰ Sotsiaalministeerium Lisa 1 TTO vastutuskindlustuse väljatöötamiskavatsus. Tervishoiuteenuse osutajate kohustusliku kutsekindlustuse süsteemi loomine Eestis. Värskendatud kontseptsioon. 2017 lk 15

⁷¹ Kasur M, "Hambaarsti erialane vastutuskindlustus Eesti Hambaarstide Liidu liikmele" Hambaarst, mai 2015.

Seetõttu on äärmiselt oluline, et sotsiaalministeerium töötaks edasi ning kehtestaks mittesüülise vastutuskindlustuse, kui mehhanismi patsiendile tekitatud kahju heastamiseks ning õiglase hüvitise maksmiseks, mille aluseks poleks mitte süülisus, vaid tervishoiuteenuse osutamise fakt iseenesest.

11. Muud eriala probleemid ja ettepanekud

11.1. Diplomieelne koolitus

Aastatel 2008 – 2011 suurendati hambaarsti õppekavas oluliselt erialaainete mahtu. Peamiseks probleemiks õppetöö arendamisel on ebapiisav rahastus mitte ainult seadmete soetamiseks vaid ka õppetöö jooksvate ja prekliiniliste koolituste kulude katmiseks. Hambaarsti eriala praktikumi läbiviimiseks eraldatavad summad ei saa olla võrdsed üldmeditsiini tarbeks ette nähtud summadega, sest raviosakonnas toimub spetsialiseerumine ja ravivõtete detailne omandamine residentuuri ajal. Üliõpilaste praktiliseks koolituseks on vajalik personaalne, kaasaegselt varustatud hambaarsti töökoht, sh töö teostamise materjalid, et omandada ülikooli lõpetamiseks kõik hambaarstile vajalikud teadmised ja oskused. 2021. aastal kolib hambaarstiteaduse instituut Tartus uutesse ruumidesse, mis võimaldab integreeritud õpet paremini korraldada.

Oluline on õppekavas jätkata ka üldmeditsiiniliste ainetega, tagamaks oskused seostada üldtervisega seotud seisundeid, mis avalduvad suuõõnes.

Lisaks erialastele ainetele, tuleb hambaarstide õppekavasse lisada senisest enam ettevõtluse ja ärijuhtimisega seotud ainekursuseid, et ülikooli lõpetanud spetsialistist saaks soovi korral ka ettevõtja ja tööandja. Hetkel on kohustuslikus ainekavas kaks ärandusega seotud kursust: “Tervishoiu ökonomika ja tervishoiu korraldus” ning valikainena on üliõpilastel võimalus läbida veel “Ettevõtlus Hambaarstiteaduses”. Seda on aga liiga vähe olukorras, kus paljudest hambaarstidest saavad pärast kooli lõpetamist ka eraettevõtjad.

E-tervise keskkondade ja digitaalseadmetega teostatava hambaravi kiire arenguga seoses, tuleb omandada teadmised ka IT-valdkonnas – andmekaitse, küberturvalisus, digitaalhügieen ning tööks vajalike arvutiprogrammide kasutamise oskused.

11.2. Hambaravi assistentide ja profülaktika assistentide koolitus

EHL on koostöös Tallinna Tervishoiu Kõrgkooliga alustanud hambaarsti assistentide koolitamist. Õppekava on mõeldud töötavatele hambaravi assistentidele, kellel puudub meditsiinialane (meditsiiniõe) haridus.

Assistentide koolitus toimub hetkel mittestatsionaarselt, ent eesmärk on tulevikus neid koolitada statsionaarse õppe vormis. Ühena võimalustest, assistentide ja suuhügienistide väljaõppele panustada, näeb EHL tulevikus ka erakapitalil rajaneva kutsekooli asutamist. Kuna hambahaigused on ennetatavad ja suuõõne tervise säilitamine peale ravi omandab järjest olulisema tähenduse, on arvestades Eesti elanikkonna arvu, võiks olla võimalus hambaravi assistentidel omandada profülaktika assistendi lisapädevus, kelle peamiseks ülesanneteks on profülaktiliste menetluste läbiviimine ja patsiendi nõustamine toitumisharjumuste ja hügieeni osas. Profülaktika assistendid töötavad koostöös hambaarstidega, olles meditsiinipersonali osa, mitte eraldiseisev teenusepakkuja.

Soomet eeskujuks võttes ja Eestis töötavate hambaarstide arvu arvestades võiks Eesti vajada umbes 150 hambaravikliiniku koosseisu kuuluvat profülaktika assistenti. Täpse profülaktika assistentide arvu planeerimiseks on vaja eelnevalt kaardistada tegelik vajadus, koostada kutsestandard ning selgitada välja Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli tehniline võimekus ning õppejõudude olemasolu vastava ala koolitamiseks. Hetkel on Eestis tunnistustega suuhügieniste 33 (Dentese Tervishoiukooli tunnistusega. Eesti Suuhügienistide Liidu liikmeid 7).

EHL teeb ettepaneku, et aastaks 2030 on seadusandlikul tasandil reguleeritud, et ilma meditsiinilise väljaõppeta pole hambaravi kliinilises töös võimalik osaleda.

11.3. Hambaraviteenuse rahastamine

2019. aastal kulus Eestis tervishoiule üle 1,4 miljardi euro, sh hambaraviteenusele 55 miljonit.

Üle 19-aastastest ravikindlustatud isikutest kasutas hambaravihüvitist 263 700 täiskasvanut, mis moodustab 27% sihtgrupist. Haigekassa tasus teenuse eest 13,5 miljonit eurot. Proteesihüvitist sai 40 957 isikut summas 7,6 miljonit eurot. 62% 3-19-aastastest lastest käis hambaarsti juures. 82% elanikest jäi viimase hambaarsti külastusega rahule.

Ravikindlustuse seaduse kohaselt tasub Haigekassa kuni 19-aastaste kindlustatud isikute hambaraviteenuste eest. Kõigile vähemalt 19-aastastele ravikindlustatud inimestele kehtib alates 2017. aasta juulist mitterahaline hambaravihüvitis 40 eurot aastas. Arve koostab Haigekassa lepingupartner seaduses sätestatud piirhindu rakendades, patsiendi omaosalus on sellest 50%.

Vanadus- ja töövõimetuspensionärile, osalise või puuduva töövõimega inimesele ning rasedale ja alla üheaastase lapse emale on ette nähtud aastane hambaravihüvitis 85 eurot, millest patsiendil tuleb omaosalusena tasuda 15%.

Elupuhune hambaravi hüvitis on mõeldud füüsilise ja/või vaimse puudega inimestele, kes ise ei suuda oma suuhügieeni eest hoolt kanda. Nende hambaravi eest tasub Haigekassa terves ulatuses kogu patsiendi elu.

Kõigil täiskasvanutel, sõltumata ravikindlustuse olemasolust, on võimalik Haigekassa lepingupartneri juures saada Haigekassa poolt rahastatud vältimatut abi.

Hetkel kehtiva ravikindlustuse seaduse ja Vabariigi Valitsuse määrusega on kehtestatud Haigekassa poolt rahastatavate teenuste loetelu ja piirhinnad. Tulenevalt teenuseosutajate erinevatest investeeringutest tööjõu koolitustesse, ruumidesse, seadmetesse ja materjalidesse, tähendab see paljudele raviteenuste müüki alla omahinna. Seetõttu tuleb hüvitada hambaraviteenuseid kulupõhiselt ning Haigekassa partneritele kehtestada hambaravikabineti miinimumnõuded. Selle kaudu on tagatud ühtlasema kvaliteediga teenus patsiendile ja õiglane rahastus teenusepakkujatele. See motiveerib hambaarste veelgi enam panustama kaasaegsesse tehnikasse ja inventari ning sõlmima Haigekassaga partnerlepinguid.

Mitterahaline hüvitise süsteem on küll mugav, ent piirab patsiendi valikuvabadust teenuse osutajate vahel. Lisaks peab hambaravihüvitis olema pigem vajaduspõhine ning suunatud vähekindlustatud patsientide toetamiseks. Isikustatud hüvitis, kus raha liigub koos patsiendiga, sarnaselt proteesihüvitise süsteemiga, on efektiivsem nii ressursside kasutamise kui ka suutervise parendamise seisukohast. See tagab ka raha

kasutamise suurema läbipaistvuse Haigekassa ja patsiendi jaoks.

Alates 2018. aasta algusest ei maksustata erisoodustusena tervise edendamiseks tehtavaid kulusi 100 euro ulatuses töötaja kohta kvartalis, kui tööandja on neid võimaldanud kõikidele töötajatele. Muu hulgas on maksuvabad kulutused tervishoiutöötajate riiklikusse registrisse kantud või vastavat kutsetunnistust omava taastusarsti, füsioterapeudi, tegevusterapeudi, kliinilise logopeedi või kliinilise psühholoogi teenustele.⁷² Eeltoodud tervishoiuteenuste loetelu tuleb täiendada hambaraviteenusega, mis oleks samuti efektiivne meede suutervise parandamiseks ning motiveeriks patsiente hambaarsti juurde pöörduma.

Hetkel on võimalik kõigil osalise või puuduva töövõimega inimestel, vanadus- ja töövõimetuspensionäridel ning üle 63-aastastel ravikindlustatud inimestel saada proteesihüvitist summas 260 eurot kolme aasta peale. See summa on olnud samal tasemel aastaid ning seda oleks vaja suurendada. Lisaks võiks olla võimalus kasutada antud hüvitist hammaste raviks juhul, kui pensionär ei vaja proteese.

Eriala arenedes tekib vajadus ka uute teenuste lisamiseks Haigekassa nimistusse, mistõttu tuleb neid protsesse lihtsustada.

Keerulise üldhaigusega patsientide paremaks raviks, suutervise kontrolli alla saamiseks ja suutervisega seotud põhihaigusest tingitud tüsistuste vältimiseks, tuleb praegu olemasoleva elupuhuse hambaravi saajate nimekirja lisada teatud põhjendatud kriteeriumite alusel ka patsiendid, kes vajavad kaasuvast haigusest lähtuvalt kiireloomulist suuõõne saneerimist. Selliste patsientide raviplaani koostamisel peab konsiiliumisse kuuluma ka hambaarst.

Hambaravi teenusteks eraldatud summadest üle jääv raha tuleb suunata laste hambaravisse ja ennetustegevusse.

Alalõualiigese radioloogiliste uuringute eest tasub Haigekassa ainult suu-, näo ja lõualuukirurgi saatekirjaga patsientidele. Ka restauratiivse hambaravi residentuuri läbinud hambaarstidel peab olema õigus suunata Haigekassa toel patsiendi analüüse mikrobioloogiliseks ja pato-histoloogiliseks uuringuks ning vajadusel suunata patsienti magnetresonantstomograafia, kompuutertomograafia või koonuskiir-kompuutertomograafia uuringu teostamiseks (näiteks alalõualiigese haigustega patsiendid).

⁷² Maksu- ja tolliameti veebileht <https://www.emta.ee/et/ariklient/tulu-kulu-kaive-kasum/erisoodustused/maksusoodustus-tervise-ja-spordikuludele-alates-1> (17.11.2020)

11.4 Hambaarstide Koda

Enamikus Kesk-Euroopa riikides on kodade poolne hambaraviteenuste korraldamine, koostöös vastutava ministeeriumiga, andnud väga häid tulemusi. EHL on valmis Terviseametilt üle võtma osa avalik-õiguslikest kohustustest, nt registripidamine ja teenuse osutamise järelvalve.

Terviseameti peetavas tervishoiutöötajate registris on hambaarste, kes seal erinevatel põhjustel olema ei peaks. Järelevalve hambaraviteenuse ja hambaarstide üle peab olema senisest asjatundlikum, vältimaks olukorda, kus näiteks Euroopas töötamise keelu saanud hambaarst jätkab oma tegevust Eestis. Suurim kannataja on eelkõige patsient.

Terviseametile on täna antud hulk järelevalve ülesandeid, tagamaks patsiendi ohutus ja raviteenuse kvaliteet ning on mõistetav, et patsiendid usaldavad Terviseametilt tegevusloa saanud tervishoiuteenuse osutajat. Seda suurem on nende pettumus, kui saadud ravi ei vasta nõutud standarditele või ei mõista arst eestikeelse patsiendi tervisemuret.

Selliste kaebustega on aegade jooksul mitmed patsiendid EHL-i poole pöördunud. Kuigi EHL on suurim eriarste ühendav mittetulundusühing, pole liidul taoliste kaebuste menetlemiseks sisulist ega õiguslikku instrumenti. Kuigi EHL on korduvalt astunud samme abi otsivate patsientide sisuliseks kaitseks ning probleemide lahendamiseks, on riigi seisukoht, et MTÜ ei peaks tegelema arsti-patsiendi konfidentsiaalse suhtega, mistõttu on taoline eneseregulatiivne tegevus takistatud.

Paraku näeb tänane protsess ette, et Terviseamet kontrollib vaid nõuete täitmist, jättes sisuliselt hindamata, kes ja millisel viisil hambaraviteenust osutab. Näiteks registrikande tegemisel kontrollib Terviseamet haridust tõendavaid dokumente, mille põhjal tehakse otsus, hindamata arsti reaalselt valmisolekut kohalikus tervishoiusüsteemis hakkama saamiseks, näiteks keeleoskust. Selle tagajärjel ongi meedias kajastatud juhtumeid, kus patsient on kannatanud hambaarsti puuduliku tegevuse tõttu.

Siinkohal on Terviseamet möönnud, et sisulise järelevalve tegemiseks puuduvad neil vahendid, võimalused ja oskusteave. See probleem pole unikaalne vaid Eestis. Paljudes väikese haldusaparaadiga riikides on ressursside puudumine järelevalve läbiviimiseks väga aktuaalne teema.

Hambaraviteenuste osutajate registri pidamise ja järelevalve funktsioonid tuleb üle anda loodavale Eesti Hambaarstide Kojale, mille eelkäija on tänane Eesti Hambaarstide Liit, võttes eeskuju kutseühendustena toimivatest avalik-õiguslikest isikutest, nagu Eesti Advokatuur või Notarite Koda, kellele on nii era kui avalikest huvidest tingituna seadusega antud ülesandeid, mis on seotud kutse arendamise ja

järelevalvega. Koja liikmeid kaitseb detailideni lahti kirjutatud koja seadus.

EHL-i esimene eelistus on viia hambaarstide registripidamise ning järelevalvefunktsioon üle loodavale Eesti Hambaarstide Kojale, mis tegutseks avalik-õigusliku juriidilise isikuna. Lisaks jätkaks Hambaarstide Koda praeguse liidu ülesannete täitmisega.

Registripidamise ja järelevalve delegeerimisel on kaks olulist eesmärki. Esiteks, on liidul kui valdkondlikul ekspertide ühendusel kompetents hinnata, suunata ning koordineerida hambaravivaldkonda teadmispõhiselt. Liit täidab juba täna aktiivset rolli tervishoiusüsteemi arendamisel ja selle rolli täiendamine registripidamise ja järelevalve funktsiooniga on loomulik jätk hambaravivaldkonna kvalitatiivseks muutmisel. Teiseks, vähendab eelnimetatud funktsioonide delegeerimine isemajandavale erialaühendusele riigi kulusid, kuid hambaraviteenuse järelevalve kvaliteet paraneb.

Hambaarstid on Hambaarstide Koja loomiseks valmis, olles EHL volikogu otsusega võtnud selgelt suuna hambaravi valdkonna kvalitatiivseks muutmiseks, sest on kogu ühiskonna huvides, et hambaravisektoris oleks kord majas ja patsiendid õnnelikud.

Eesti Hambaarstide Liit näeb Kojale ette järgmisi pädevusi:

- Koja liikmete vastuvõtmine, kutsealane registripidamine ja registrist väljaarvamine;
- hambaraviteenuse osutajate omavalitsuse elluviimine ja hambaraviteenuse osutajate tegevuse koordineerimine;
- hambaraviteenuse osutamise järelevalve, sh liikmete kutsetegevuse ja kutse-eetika nõuete täitmise kontrollimine;
- hambaarstide töö-, teenistuse- ja kutsealaste, majanduslike ning sotsiaalsete õiguste ja huvide esindamine ning kaitsmine, tehes koostööd riiklike, era- ja ühiskondlike struktuuride ning eraisikute ja rahvusvaheliste organisatsioonidega;
- ametiõppe ja koolituse koordineerimine ja korraldamine;
- hambaraviteenuste arendamise, patsientide harimise, ametialase koolitamise, kvalifikatsiooni tõstmise ja meditsiinikultuuri eest seismine, sealhulgas ennetuspoliitika edendamine;
- patsientide kaebuste menetlemine.

11.5 Hambaarstide omandinõue

Sarnaselt apteegi omandinõude reformile tuleb kaaluda omandinõude kehtestamist või juhatuse liikmete koosseisu reguleerimist (hambaarstide osakaal juhatuses) hambaraviteenuse osutajate hulgas, et tagada teenuse osutamine vastavalt hambaarsti kvalifikatsioonile ja arstieetikale. Hambaraviteenuse osutamine põhineb eraettevõtlusel ja on muutunud investorite jaoks atraktiivseks valdkonnaks. Põhiline probleem, millega juba mitmes Euroopa riigis tegeletakse, seisneb investori huvis teenida võimalikult kiiret ja suurt kasumit. Ühtlasi võib investori väljumisotsus ühel hetkel jätta abitusse olukorda nii patsiendid kui ka arstid. Hambaarsti kutse kuulub vabade (*liberal profession*) kutsete hulka, mis tähendab, et hambaarstidele on antud õigus teenust osutada vastavalt kvalifikatsioonile. Erialast haridust mitte omav investor pole piisavalt pädev, et sekkuda meditsiinilise teenuse osutamisse.

Euroopa Hambaarstide Nõukogu (CED) on andnud välja ka resolutsiooni, milles tuuakse välja, et suured meditsiinetid tegusevad ärimudeli järgi, mille esmane eesmärk on kasumi teenimine, mistõttu võib see kahjustada patsientide huve. Näiteks on suurfirmade töötajate palkamise põhimõtted või majanduslikust efektiivsusest ajendatud raviotsused juba mitmes Euroopa riigis avaldanud patsientide tervisele negatiivset mõju.⁷³

Eeltoodust tulenevalt on CED seisukohal, et patsientide turvalisuse nõue peab olema ülimuslik. Tähtsaim on hambaraviteenuse osutamisel arsti-patsiendi koostöö, mille tulemusel valitakse parimad ravimeetodid lähtudes patsiendi huvest, mitte tervishoiuteenuse osutaja majanduslikest eesmärkidest.⁷⁴

Seetõttu on CED teinud alljärgnevad ettepanekud:

- juriidilisi isikuid, kes tegutsevad hambaravi valdkonnas tuleks asutada ja juhtida ainult hambaarstide poolt;
- kui hambaarst on hambaraviteenust osutava juriidilise isiku osanik/aktsionär, siis peab ta ka selles asutuses töötama;
- tuleb kindlustada, et:
 - a) ettevõtte juht või juhatuse esimees on hambaarst, kes vastutustundlikult koordineerib hambaraviteenuse osutamist;
 - b) osade/aktsiate kontrollpakk ning häälteenamus kuulub hambaarsti(de)le;
 - c) kolmandatel isikutel pole ettevõttes majanduslike huvisid;
- ettevõtjad või investorid ei tohi teha hambaarstidele takistusi oma eetiliste ja seaduslike kohustuste täitmisel;
- ettevõtjatel ja investoritel ei tohi olla mitte mingisugust mõju hambaarsti poolt tehtavatele

⁷³ Council of European Dentists resolution "Corporate Dentistry in Europe" 2018.

⁷⁴ Samas, viide 73

raviotsustele;

- ettevõtjad ja investorid ei tohi patsiente eksitada valereklaami, allahindluste või kahtlaste finantsskeemidega.⁷⁵

11.6 Tehisintellekti kasutamine hambaravis

Järjest enam räägitakse ka hambaravis tehisintellekti (AI) kasutamise võimalustest. See teema vajab järgmiste aastate jooksul teravdatud tähelepanu nii arstkonna kui ka seadusandjate poolt. Tehisintellekti abil diagnoosimisega tegelev meditsiinitehnika on küll innovaatiline, ent tugevuste ja võimaluste kõrval tuleb näha ka nõrkuseid ja ohtusid.

Lisaks selliste meditsiiniseadmete pikale ja põhjalikule tootearendusele, testperioodile ning kasutajate väljaõppe tagamisele arendajate poolt, vajab see valdkond **enne AI kasutuselevõttu väga selget seadusandlikku regulatsiooni**. Eelkõige tuleb tagada patsiendi ohutus, andmete privaatsus, sätestada erinevate osapoolte (seadme tootja, tarkvaraarendaja ja kasutaja) vastutus ning küberturvalisuse nõuded.

11.7 Digilugu ja Pildipank

Digilugu.ee keskkonna arendamisele ei ole hambaarste siiani kaasatud. Hambaarstid saavad ainult öelda, milline info peaks sinna hambaravi programmidest jõudma. Tingimuseks peab olema, et kliinik saadab andmed ravi kohta Digilugu.ee-sse.

Pildipanga teenuse kasutamine peab olema rahastatud Haigekassa poolt, sõltumata teenuse rahastamise lepingu olemasolust. Erinevad teenuseosutajad pole leidnud veel sobivat tehnilist lahendust, et röntgenülesvõtteid saaks lihtsalt ja mugavalt ning kvaliteetselt Pildipanka üles laadida. Siiski, tuleb astuda samme olukorra lahendamiseks ning vältimaks olukorda, kus patsient saab mitmekordse kiirgusdoosi, tuleb hambaarstidel Pildipanka üles laadida vähemalt kõik panoraam- ning koonuskiir- kompuutertomograafi ülesvõtted.

Mida enam on hambaravis vaja kasutada erinevaid digitaalseid kanaleid, seda suurem on vajadus ka hambaarstide digipädevuse suurendamiseks. See hõlmab endas nii IT-õpet ülikoolis kui ka juba töötava hambaravipersonali koolitusi.

⁷⁵ Council of European Dentists resolution "Corporate Dentistry in Europe" 2018.