

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Greta Pedaja

**HAMBARAVITEENUSTE KÄTTESAADAVUS
JA LIGIPÄÄSETAVUS PUUETEGA
INIMESTELE PÄRNU LINNA NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: Liina Käär, MA

Pärnu 2025

Soovitan suunata kaitsmisele

(allkirjastatud digitaalselt)

Liina Käär

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht

(allkirjastatud digitaalselt)

Monika Kumm

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

(allkirjastatud digitaalselt)

Greta Pedaja

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Teoreetiline ülevaade puuetega inimeste tervisest ja võimalustest saada tervishoiuteenuseid.....	7
1.1. Puuetega inimeste terviseolukord ja suutervis	7
1.2. Tervishoiuteenuste korraldus puuetega inimestele	10
1.3. Hambaraviteenuste kättesaadavus ning ligipääsetavus puuetega inimestele	14
2. Empiiriline uuring Pärnu kesklinna hambaraviasutuste ligipääsetavusest ja teenuste kättesaadavusest puuetega inimestele	19
2.1. Ülevaade hambaraviteenuste korraldusest ja Pärnu kesklinnas pakutavast hambaravist	19
2.2. Uurimismetoodika ja valim	21
2.3. Uurimistulemused ja nende analüüs	25
2.3.1. Teadlikkus suuhügieenist ja hambaraviteenuste kättesaadavus puuetega inimestele Pärnu kesklinnas	25
2.3.2. Hambaraviteenuste ligipääsetavus puuetega inimestele Pärnu kesklinnas	30
2.4. Arutelu ja ettepanekud	34
Kokkuvõte	39
Viidatud allikad.....	41
Lisad.....	49
Lisa 1. Patsiendi teekond Eesti tervishoiusüsteemis	49
Lisa 2. Pärnu kesklinna jaotus ning hambaraviasutuste arv asumis	50
Lisa 3. Intervjuu hambaraviasutustes	51
Lisa 4. Intervjuu hoolekandeesutuste esindajatega ja puuetega inimestega	53
Summary	55

SISSEJUHATUS

Maailma Terviseorganisatsiooni andmete kohaselt on 16% ehk 1,3 miljardit inimest kogu maailma populatsioonist mingisuguse puudega (World Health Organization, 2022, lk 15). Eestis elab puuetega inimesi 2024. aasta jaanuari seisuga 116 464 inimest ehk 8,5% elanikkonnast (Statistikaamet, 2024a). Piisav iseseisvuse puudumine, töötus, madal sissetulek, vähene sotsiaalne kaasatus ning halb arstiabi kättesaadavus on mõned peamistest probleemidest, millega puuetega inimesed igapäevaelus kokku puutuvad (European Commission, 2021, lk 10, 16).

Hambaraviteenuse kättesaadavus on seotud hambaraviasutuse asukohaga, transpordiga, teenuse hinnaga, hambaarstide pädevusega ravida puuetega inimesi ning riikliku tervishoiusüsteemi lepingut omavate hambaarstide olemasoluga (Ahmad & Quiñonez, 2014, lk 1; Khan *et al.*, 2022, lk 533; Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 1). Ligipääsetavus tähendab kogu elanikkonna kaasamist elu- ja teabekeskkonda. Igal inimesel on õigus ja peab olema võimalus füüsilisele ligipääsetavusele hoonetele, ligipääs erinevatele teenustele ning infole. (Riigikantselei, 2021, lk 6) Keskkond peaks olema kujundatud nii, et kõik inimesed saaksid osaleda tegevustes, mida nad soovivad ja vajavad (Carlsson *et al.*, 2022, lk 1). O'Neill (2021, lk 1) toob oma uurimuses välja, et puuetega inimesed puutuvad tihti kokku ligipääsetavusega seotud probleemidega ning see on neile takistuseks iseseisvalt toimetulekul.

Lisaks teistele tervislikele seisunditele on puuetega inimestel suurem tõenäosus halvale suutervisele ning hammaste kaotusele (World Health Organization, 2022, lk 63). Üks põhjuseid võib olla raske ligipääsetavus hambaraviteenustele (Da Rosa *et al.*, 2020, lk 1). Hambaraviteenustele ligipääs on iga inimese, kaasa arvatud puuetega inimeste, õigus. Suutervis on eluliselt tähtis üldiseks ja terviseiga seotud heaoluks. (Ishaque *et al.*, 2016, lk 230) Hea suutervis tagab inimestele esmaste vajaduste, nagu söömine ja rääkimine, rahuldust. Lisaks mängivad terved hambad tähtsat rolli suhtlemisel. Halb suutervis võib

põhjustada madalat enesehinnangut, mis omakorda mõjutab suhtlemist teiste inimestega. (Zare *et al.*, 2024, lk 2) Puuetega inimesed kogevad palju suurema tõenäosusega üksildustunnet, vähest sotsiaalset kaasatust ning madalat heaolu tunnet (Emerson *et al.*, 2021, lk 1). Chadwick jt (2018, lk 379) toovad oma uuringus välja, et hea suutervis tekitab kõrgemat enesehinnangut, mis aitab kaasa teiste inimestega suhtlemisele ning tagab parema elukvaliteedi. Tavaliselt on suutervis vähem tähtsal kohal üldise terviseiga võrreldes ning see kerkib esile alles siis, kui hambad hakkavad suuremat probleemi tekitama (Devinsky *et al.*, 2020, lk 1).

Mitmed uuringud on näidanud, et puuetega inimesed puutuvad hambaraviteenuseid kasutades kokku erinevate probleemidega seoses füüsilise ligipääsetavuse, suhtlemise ning hambaarstide valmidusega ravida puuetega inimesi. Ameerikas on üheks suurimaks murekohaks hambaarstide kogemuse puudumine ravimaks puuetega patsiente. (Da Rosa, *et al.*, 2020, lk 10) Itaalias viidi läbi uuring, mis näitas, et nendest hambaarstidest, kes ravivad puuetega inimesi, üle poolte ei võta vastu intellektipuudega patsiente ning neid patsiente, kes ei ole suutelised koostööd tegema. Samas töid uuringus osalenud patsiendid välja, et neil on keeruline väljendada oma probleeme arstidele. (D'Addazio *et al.*, 2021, lk 1) Lisaks eelpool nimetatud katsumustele töid Khan jt (2022, lk 533) välja murekohtadena teenuse kalliduse ning samas ka madala sissetuleku puuetega inimestel. Probleemiks on ka kartus hambaarstide ees ning ebamugavad hambaravitoolid (Khan *et al.*, 2022, lk 533).

Lähtudes eelnevast on antud lõputöö uurimisprobleemiks hambaraviteenuste piiratud kättesaadavus ja halb ligipääsetavus puuetega inimestele.

Töö eesmärk on välja selgitada Pärnu linna hambaraviteenuste kättesaadavus ja ligipääsetavus puuetega inimestele ning lähtudes saadud tulemustest teha ettepanekuid Tervisekassa Tervishoiu osakonnale ja Eesti Hambaarstide Liidule puuetega inimestele hambaraviteenuste kättesaadavuse ja ligipääsetavuse parandamiseks. Töö eesmärgist lähtudes on püstitatud kaks uurimisküsimust:

- Kuidas hindavad puuetega inimesed ja hoolekandetasutused hambaraviteenuste kättesaadavust ning ligipääsetavust?

- Kuidas hindavad Pärnu linna hambaraviasutused oma teenuste kättesaadavust ja ligipääsetavust puuetega inimestele?

Uurimiseesmärgi saavutamiseks toetutakse töös ökoloogilise süsteemiteooriale, mis keskendub sellele, et inimese arengut mõjutavad mitmed omavahel seotud keskkonnategurid (Guy-Evans, 2024).

Lõputöö koosneb kahest peatükist. Esimene peatükk annab teoreetilise ülevaate puuetega inimeste tervisest ja võimalustest saada tervishoiuteenuseid. Peatükis keskendutakse üldtervisele, suutervisele, tervishoiusüsteemi toimimisele ning hambaraviteenuste kättesaadavusele ja ligipääsetavusele puuetega inimestele. Esimese peatüki kirjutamisel otsis autor allikaid peamiselt sellistest andmebaasidest nagu Google Scholar, PubMed ja ScienceDirect. Töö teine peatükk annab ülevaate Pärnu keskuslinna hambaraviasutuste ligipääsetavusest ja teenuste kättesaadavusest puuetega inimestele. Samuti kirjeldab teine peatükk uurimismetoodikat, mis tugineb kvalitatiivsele uurimisviisile. Edasi tuuakse välja uuringu valim, selle kirjeldus, uurimistulemused ja nende analüüs. Teine peatükk lõppeb aruteluga, kus kõrvutatakse uuringu tulemusi teoorias väljatooduga ning tehakse järeldused ja ettepanekud.

1. TEOREETILINE ÜLEVAADE PUEETEGA INIMESTE TERVISEST JA VÕIMALUSTEST SAADA TERVISHOIUTEENUSEID

1.1. Puuetega inimeste terviseolukord ja suutervis

Puuetega inimeste üldine tervis ja suutervis on tihedalt seotud, mõjutades nende elukvaliteeti ning osalemist ühiskonnas. Varasemad uuringud on näidanud, et puuetega inimestel esineb sagedamini terviseprobleeme ning nad saavad vähemal määral ennetavat ravi võrreldes ülejäänud elanikkonnaga. Erinevad keskkonnategurid mõjutavad suutervise olukorda ning seeläbi ka üldist tervislikku seisundit.

Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus (1999) § 2 defineerib puuet kui kõrvalekallet normist või mõne oskuse kaotust, mille tulemusel ei saa inimene osaleda ühiskonnaelus teistega samadel tingimustel. Puuetega inimesed peavad enda tervist tunduvalt rohkem pigem rahuldavaks või halvaks võrreldes muu populatsiooniga (Krahn *et al.*, 2015, lk S198). Kuper jt (2024, lk e316) toovad välja, et puuetega inimeste tervise kahjustused, tervislik seisund, erinevad riskitegurid ja tervishoiuteenuste mitterahuldav kättesaadavus on põhjuseks halvemale tervisele ning kõrgemale suremusele. Erinevad keskkonnategurid nagu ligipääs haridusele, transport, tööhõive ja tervishoid, võivad olla takistuseks puuetega inimeste osalemisel ühiskonnas teistega võrdsetel alustel. Võrreldes üldise elanikkonnaga erinevad nende tervisenäitajad märkimisväärselt. Maailma Terviseorganisatsioon jagab need erinevused järgmiselt: toimetulek, haigestumus ja suremus. (World Health Organization, 2022, lk 4, 16) Samuti on leitud, et puuetega inimeste pikaajaline tervislik seisund erineb tervishoiuvajaduste täitmise ning vaimse heaolu poolest (Krahn *et al.*, 2015, lk S203). Näiteks halba suutervist võib seostada ärevusega ning vähese sotsiaalse kaasatusega, mis mõjutavad omakorda vaimset tervist (Wilson *et al.*, 2019, lk 1). Lisaks ärevusele on puuetega inimestel suurem võimalus

depressiooni tekkeks. Puuetega inimestel on suuremal määral funktsioonihäireid ning kroonilisi haigusi, mille hulka kuuluvad ka suuõõne tervisega seotud haigused. (World Health Organization, 2022, lk 16–18) Hoolimata sellest, et puuetega inimestel on krooniliste haiguste osakaal suurem, saavad nad vähemal määral ennetavat ravi (Krahn *et al.*, 2015, lk S201). Näiteks intellektipuudega inimestel esineb suuremal määral ülekaalulisust, kõhukinnisust, diabeeti, astmat, epilepsiat, nägemiskahjustust, kuulmislangust, kaasasündinud kõrvalekaldeid arengus ning neil on suurem võimalus ennetatavate põhjuste tõttu varajasesel surra (Liao *et al.*, 2021, lk 2, 5, 7).

Suutervist mõjutavad erinevad tegurid nagu toitumine, suuhügieen, suitsetamine, alkoholi tarbimine ja kroonilised haigused. Hambaaugu tekkimise kõige suurem põhjus on suhkru tarbimine nii söögi kui joogina. Puuetega inimestel võib igapäevaselt vaja minna ravimeid või toidulisandeid, mis on kõrge suhkrusisaldusega. Ravimid võivad suurendada igemepõletikku, tekitada luukadu ja suukuivust, mis tähendab, et sülg on suus vähem, kui peaks olema hammaste kaitseks. (Chadwick *et al.*, 2018, lk 380) Hinnanguliselt on üle 500 ravimi sellised, mille kasutamisel on mõju suutervisele (Kane, 2017, lk 30). Kroonilist põletikku suus seostatakse paljude mittenakkuslike haigustega. See on riskifaktor diabeedi, südame-veresoonkonna haiguste ja kopsupõletiku tekkes ja arenemises. Samuti seostatakse halba suutervist ka enneaegselt alanud sünnitegevusega. (Dörfer *et al.*, 2017, lk 14; Winkelmann, Rossi & van Ginneken, 2022, lk 21) Puuetega inimestel võib esineda reflukshaigust, mis tekitab kulumist hambapindadel (Chadwick *et al.*, 2018, lk 380).

Puuetega inimeste seas on väga levinud halb suuhügieen ning hambakaaries, mis on maailma kõige levinum nakkushaigus. Samuti on suutervis mõjutatud erinevatest faktoritest nagu näiteks vanus, sugu ja puude raskusaste. (Kane, 2017, lk 31; Suresh *et al.*, 2022, lk 527) Puuetega inimeste sotsiaaltoetuse seadus (1999) §2 järgi jagunevad puude raskusastmed järgmiselt: sügav, raske ja keskmine puue. Sealjuures määratakse puue selle järgi, kui palju on inimesel vaja kõrvalist abi, juhendamist või järelevalvet. Kõrvalise abi osutamise või juhendamise all peetakse silmas inimese abistamist ka hügieenitoimingutes. Puuetega inimestel võib olla keerulisem täita motoorseid ülesandeid nagu seda on hambapesu ning säilitada head suuhügieeni. Kuid ebaefektiivne hambakatu eemaldamine hammastelt tingib igemete ja hambaid ümbritsevate kudede haigusi.

(Suresh *et al.*, 2022, lk 528) Nägemispuudega inimestele võib probleeme tekitada hambapasta asetamine hambaharjale ning ebakorrektned harjamistehnika, mis võib põhjustada kroonilist põletikku hammast ümbritsevas kudes (Schembri *et al.*, 2018, lk 4622). Intellektipuudega inimestel võib olla probleeme hammaste eest hoolitsemise vajaduse mõistmisega. Käeliste oskuste puudumine võib põhjustada probleeme hammaste pesemisel ning nad võivad vajada kõrvalist abi hügieenitoimingute läbiviimiseks. Mõnel juhul võib olla keeruline intellektipuudega inimestel hambaid pesta, sest nad näevad hambaharja, krigistavad hambaid, söövad hambapastat, liigutavad pead ning neil võib esineda ülitundlikkust, mistõttu ei meeldi neile puudutused näo ja suu piirkonnas. Samuti on vajalik neile meelde tuletada, et hambaid on vaja pesta. (Chadwick *et al.*, 2018, lk 380, 385, 388) Suur osa puuetega inimesi vajab hooldaja, vanema või kellegi kolmanda kõrvalist abi suuhügieeni toimingutes. Seetõttu on tähtis, et lisaks puuetega inimestele oleks ka nende abistajad teadlikud hea suuhügieeni tähtsusest. (Juzbašić *et al.*, 2021, lk 171–172) Juzbašić jt (2021, lk 172) tõid välja, et hea suuhügieeni saavutamiseks ja säilitamiseks puuetega inimestel, aitaks kaasa elektriliste hambaharjade ja hambavaheharjade kasutamine ning suuhügieeni õppeprogramm, mis on suunatud ka nende abistajatele.

Brasiilias ja Pakistanis läbi viidud uuringud näitasid, et puuetega inimestest suur hulk polnud kunagi hambaarsti külastanud. Samuti toodi uuringutes välja, et esimene hambaarsti külastus toimus palju hilisemas vanuses, kui see tegelikult peaks aset leidma. (Ishaque *et al.*, 2016, lk 232; De Gutierrez *et al.*, 2018, lk 5) Bhadauria jt (2024, lk 3) toovad oma uuringus välja, et suur osa Downi sündroomiga ja füüsilise puudega lastest jõuab esimest korda hambaarsti juurde kuueaastaselt või vanemana. Kuna puuetega inimestel on suurel määral lisaks puudele muid kaasuvaid haigusi, siis jääb suutervis üldiselt tahaplaanile (Da Rosa *et al.*, 2020, lk 10). D'Addazio jt (2021, lk 1) puuetega inimeste seas läbi viidud uuringust tuli välja, et peaaegu pooled vastanutest jõuavad hambaarsti juurde alles hädaolukorras, kui vajavad erakorralist abi. Hammaste korda tegemise asemel on suurem tõenäosus, et probleemi tekitav hammas eemaldatakse (World Health Organization, 2022, lk 63). Halb suutervis mõjutab inimese toitumist, seedimist ja kõne (Suresh *et al.*, 2022, lk 527). Üldine tervislik seisund ning suutervis on omavahel tihedalt seotud ning halb suutervis võib mõjuda kahjustavalt üldisele tervisele ja vastupidi (FDI World Dental Federation, 2015, lk 7).

Toetudes ökoloogilise süsteemi teooriale, mängib puuetega inimeste suutervises olulist rolli inimese mikrotasand, kus inimese enda võimekus ning tema pere ja hooldajate toetus ning suunamine mõjutab suutervise olukorda (Schembri *et al.*, 2018, lk 4622; Chadwick *et al.*, 2018, lk 380, 385, 388; Juzbašić *et al.*, 2021, lk 172–173; Suresh *et al.*, 2022, lk 528). Eksotasandil on inimese tervislik seisund mõjutatud erinevatest välistest teguritest nagu haridus, transport, tööhõive ja tervishoiuteenuste ligipääsetavus (Kuper *et al.*, 2024, lk e316). Mesotasandil on omavahel seotud hambaarstide ja puuetega inimeste suhted ning see kui varakult ja kui sageli inimene hambaarsti poole pöördub. Samuti erinevad suuhügieeniõpet pakkuvad programmid, mis võiksid parandada puuetega inimeste suutervist puuetega inimeste ja nende hooldajate seas. (Juzbašić *et al.*, 2021, lk 172; De Gutierrez *et al.*, 2018, lk 5; D’Addazio *et al.*, 2021, lk 8) Lisaks võib halb suutervis mõjutada inimese toimetulekut erinevatel tasanditel. Näiteks mikrotasandil, mille puhul kannatab inimese vaimne tervis ning sotsiaalne elu. (Krahn *et al.*, 2015, lk S203; Wilson *et al.*, 2019, lk 1)

Puuetega inimeste kehvat tervislikku seisundit mõjutavad mitmed tegurid. Kuna paljud puuetega inimesed vajavad igapäevastes suuhügieeni toimingutes kõrvalist abi, sõltub nende suutervise kvaliteet ka hooldajate teadmistest ja oskustest. Sageli jõutakse hambaarsti juurde liiga hilja, mistõttu lahendatakse probleeme hammaste eemaldamisega, mitte ennetava raviga. Halb suutervis võib süvendada üldtervise probleeme, mõjutades näiteks toitumist, enesehinnangut, füüsilist ja vaimset heaolu.

1.2. Tervishoiuteenuste korraldus puuetega inimestele

Kuigi puuetega inimestel on õigus võrdsele juurdepääsule tervishoiuteenustele, seisavad nad sageli silmitsi märkimisväärsete takistustega. Puuetega inimeste seas on rahuldamata arstiabi vajaduse määr kõrge ning seda mõjutavad erinevad faktorid.

Hoolimata sellest, et puuetega inimestel on samasugune õigus kvaliteetsele arstiabile, jäävad nende meditsiinilised vajadused neli korda suurema tõenäosusega vastamata võrreldes inimestega, kellel ei ole ühtegi puuet (European Commission, 2021, lk 19). Võrreldes teiste Euroopa Liidu riikidega on Eestis kõige kõrgem protsent inimesi, kelle

vajadus arstiabi kättesaadavuse järele on rahuldamata. Seda nii teenuse kalliduse, vahemaa, ravijärjekorra kui ka ligipääsmatuse tõttu. (Habicht *et al.*, 2023, lk 12–13; Kuper *et al.*, 2024, lk e316) Kõige madalam, ehk alla 0,5%, on antud näitaja Saksamaal, Hollandis, Austrias ja Tšehhis (OECD, 2023, lk 102). Rahuldamata vajadus tervishoiuteenuse kättesaadavusel tähendab, et inimesel on olnud vajadus teenuse järele, kuid ta ei ole seda saanud kasutada mõne takistuse tõttu (Sotsiaalministeerium, 2021, lk 43). Euroopa sotsiaalharta järgi peab tervishoiusüsteem olema kättesaadav ning tähendab, et tervishoiuteenused peavad olema tagatud kogu elanikkonnale (European Commission, 2014, lk 7–8). Puuetega inimestel on suurem võimalus uute tervisehäirete tekkeks ning haigestumiseks. Tihtipeale on see seotud tervishoiuteenuste ning ka rehabilitatsiooniteenuste puuduliku kättesaadavusega. (World Health Organization, 2022, lk 18)

Eestis kuulub tervishoiuteenuste nimekirja vältimatu abi, üldarstiabi, eriarstiabi, kiirabi, hambaravi ja õendusabi (Sotsiaalministeerium, 2021, lk 42). Enamus Eesti tervishoiusüsteemist on rahastatud riigieelarvest, mis moodustub makstavast sotsiaalmaksust (Habicht *et al.*, 2023, lk 4). Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (2001) järgi tuleb ülejäänud rahastus valla- ja linnaeelarvetest, patsientide enda finantseeringust või muudest allikatest. Riigieelarvest rahastatud on ka enamus teised Euroopa Liidu liikmesriikide tervishoiusüsteemid (European Commission, 2014, lk 9). Selleks, et puudega tööealisel inimesel oleks riigi poolt tagatud ravikindlustus, peab tal olema kas püsiv töövõimetus, osaline või puuduv töövõime (Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2018, lk 91). Eestis on 6% elanikkonnast ravikindlustuseta ning hoolimata sellest, et kõigil inimestel on võimalus ravikindlustuse katvuseks, kuulub Eesti kindlustuskaitse poolest madalama kindlustatusega riikide hulka. Ravikindlustuseta inimestel on siiski õigus vältimatu abi ja perearstiabi jaoks. (Koppel *et al.*, 2018, lk 10–11) Patsientide omaosalus on Eestis Euroopa keskmisest kõrgem ning enamus kulutustest moodustavad ravimid ning hambaraviteenused, millest viimane on rohkem kui kaks korda kõrgem Euroopa keskmisest (Habicht *et al.*, 2023, lk 4). Inimesed peavad teenuse eest kas osaliselt või täielikult ise tasuma, mis tekitab majanduslikku ebavõrdsust ning kõrge ja madala sissetulekuga inimeste vahel on märgata olulisi erinevusi rahuldamata hambaravi vajaduste tasemes (OECD, 2014, lk 114; Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 2).

Eestis on patsientide esmane kontakt tervishoiusüsteemiga läbi perearsti. Perearstid töötavad koos pereõdedega ning annavad vajadusel saatekirju eriarstidele (vt lisa 1). Ilma saatekirjata eriarstile minnes tuleb patsiendil tasuda vastuvõtu kulud täielikult ise. Kuigi hambaarstid kuuluvad eriarstide nimistusse, siis nende vastuvõtule pääsemiseks ei ole saatekiri vajalik. (Habicht *et al.*, 2023, lk 9) Perearsti suunamine on vajalik ka näiteks Soomes, Norras, Sloveenias, Itaalias, Hispaanias, Portugalis, Iisraelis ja Tšiilis (OECD, 2020, lk 156).

Tervishoiutöötajate puudus on märkimisväärne probleem mitmes Euroopa riigis ning see võib ohtu seada tervishoiuteenuste kättesaadavust, kvaliteeti ja vastupidavust (OECD & European Commission, 2024, lk 20). Selleks, et arstiabi oleks kättesaadav üleriigiliselt, on vaja piisavat arvu arste ning nende jaotust kõigis riigi piirkondades. Arstide puudus võib suurendada patsientide transpordiga seotud probleeme, ajakulu sõidule ning ravijärjekorra pikkust, mis kokkuvõttes põhjustavad rahuldamata ravivajadusi. (OECD, 2014, lk 112) Üks suuremaid takistusi puuetega inimestele tervishoiuteenuste tagamisel on arstide vähene koolitatus ja teadmised puuetega inimeste ravimiseks ning eelarvamused puuetega inimeste suhtes (Krahn *et al.*, 2015, lk S204). Rotenberg jt (2022, lk 4) toovad oma töös välja, et lahenduseks võiks olla puuetega inimeste kaasamine ülikooli õppekavades. Näiteks võiksid puuetega inimesed jagada enda kogemusi tervishoiuteenuste kasutamise kohta või viia läbi mõnda loengut (Rotenberg *et al.*, 2022, lk 4).

Vastavalt ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioonile on riigil kohustus kindlustada puuetega inimestele tervishoiuteenused elukoha lähedal, sealhulgas maapiirkondades. Siiski on see maapiirkondades probleemiks ning seetõttu peavad puuetega inimesed tervishoiuteenuste kättesaamiseks lootma kas ühistranspordile või sotsiaaltranspordile, kuid ka sotsiaaltranspordi korraldamine on probleemne, sest kohalikel omavalitsustel ei ole piisavalt vahendeid selle korraldamiseks. Kohalikel omavalitsustel on murekohaks isikliku abistaja ning tugiisiku teenuste finantseerimine. (Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2018, lk 70, 94)

Erinevatel põhjustel on tervishoiuteenuste ligipääsetavus raskendatud kurtidele ja vaegkuuljatele. Probleeme tekitab aja broneerimine arstile, sest üldiselt peab seda tegema telefoni ja mitte e-posti teel ning viipekeele tõlketeenused ei ole piisavalt kättesaadavad.

(Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2018, lk 100) Liikumispuudega inimestele tekitab probleemi füüsiline ligipääsetavus, sest leidub tervishoiuasutusi, mis ei ole ratastoolisõbralikud. Pimedatel ja vaegnägijatel on raske tervishoiuasutustes ilma saatjata ringi liikuda. (Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2018, lk 100–101)

Ravijärjekorrad eriarstide juurde on mõjutatud mitmetest teguritest nagu patsiendi soov kindla eriarsti või asutuse järgi, tagasikutsutud patsientide arv, välja antud vastuvõtuajad, arstide, ruumide ja seadmete saadavus, visiidile mitteilmuvate patsientide arv ning haigekassa lepingu olemasolu tervishoiuteenuse pakkujal (Sotsiaalministeerium, 2021, lk 42–43). Pikad ravijärjekorrad eriarstide juurde on süvendanud ebavõrdsust raviteenuste kättesaamisel ning inimesed maksavad teenuste eest, et saada kiiremini abi (OECD/European Observatory, 2023, lk 16).

Tervishoiuteenuste kättesaadavust Eestis saaks parandada kindlustamata inimeste arvu vähendamise ja ooteaegade lühendamisega (Habicht *et al.*, 2023, lk 12). Võrdsus tervishoiuteenuste tagamisel tõstaks puuetega inimeste kaasatust ühiskonnas (World Health Organization, 2022, lk 15).

Lähtudes ökoloogilise süsteemi teoriast mõjutab puuetega inimeste meditsiiniliste vajaduste täitmist eksotasand, kus tervishoiuteenuste rahastus, sotsiaalhoolekandesüsteem ning haridussüsteem mõjutavad otseselt tervishoiuteenuste kättesaadavust puuetega inimestele. Tervishoiuteenuste rahastuse vähesuse tõttu on puuetega inimestel rahaline koormus ravimite ja hambaraviteenuste osas märkimisväärne. Sotsiaalhoolekandesüsteemis on väljakutseks puuetega inimestele sotsiaaltranspordi, isikliku abistaja ning tugiisikuteteenuste pakkumine, mis omakorda mõjutab hambaraviteenustele minekut. Haridussüsteemis on murekohaks arstide vähene koolitatus töötamiseks puuetega inimestega. (Krahn *et al.*, 2015, lk S204; Koppel *et al.*, 2018, lk 10–11; Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2018, lk 70, 94, 100–101; Habicht *et al.*, 2023, lk 4, 12–13; Kuper *et al.*, 2024, lk e316).

Puuetega inimestel on sageli kõrgetest kuludest, ravijärjekordadest ja füüsilisest ligipääsmatusest tulenevaid raskusi tervishoiuteenuste kättesaadavusega. Probleemi süvendab tervishoiutöötajate puudus ning vähene ettevalmistus puuetega patsientide raviks. Samuti esinevad mitmed puuete eripäradest tulenevad takistused.

1.3. Hambaraviteenuste kättesaadavus ning ligipääsetavus puuetega inimestele

Hambaraviteenuste kättesaadavus varieerub riigiti. Erinevad rahastussüsteemid, toetused, ligipääsetavus, kättesaadavus ja hambaarstide vähesus mõjutavad teenuste kasutamist, eriti puuetega inimeste seas. Eestis on viimastel aastatel rakendatud erinevaid meetmeid, et parandada hambaraviteenuste kättesaadavust, kuid puuetega inimeste ligipääs vajalikele teenustele on endiselt piiratud.

Suutervis on rohkemat kui ainult terved hambad ning hõlmab endas kõike, mis suuõõnes toimub ja võimaldab inimestel elada igapäevaselt täisväärtuslikku elu (FDI World Dental Federation, 2015, lk 7). Eestis võivad hambaraviteenust osutada kõik litsentsi omavad äriühingud ja füüsilisest isikust ettevõtjad. Hambaarstid peavad ennast registreerima Terviseameti tervishoiutöötajate registris. (Habicht *et al.*, 2018, lk 41; 2023, lk 11)

Hambaraviteenuste parandamiseks on vaja mõista nii kättesaadavusega, füüsilise ligipääsetavusega kui ka teenuste pakkujatega seotud takistusi. Siiski on praeguseks vähe uuritud, kuidas süsteemi muuta või millised need takistused täpsemalt on. Vaatamata sellele, et hea suutervis mõjutab üldist heaolu, on paljudes riikides hambaraviteenuste kasutamine riikliku ravikindlustuse poolt kaetud ainult teatud vanuserühmal. (Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 2) Kõige kõrgem rahulolu hambaraviteenuste kättesaadavuse suhtes on Hollandis, Saksamaal ja Austrias (OECD, 2023, lk 102). Hollandi tervishoiusüsteem on üles ehitatud kindlustuspaketile, mille peab ostma iga täiskasvanu ning lisaks tasuma kindlaks määratud omaosaluse. Hambaravi ei kuulu kindlustuspaketti ning selle tagamiseks peavad inimesed ostma erakindlustuse või maksma ise hambaraviteenuse eest. (Koppel *et al.*, 2020, lk 25–26) Saksamaa on Euroopa Liidus esikohal hambaarstide, hambaraviõdede ja hambatehnikute arvukuse poolest (Ziller *et al.*, 2015, lk 239). Ravikindlustus on Saksamaal tagatud kas riiklikult või erakindlustuse kaudu ning hambaraviteenuste omaosalus on Euroopa üks madalmaid (Blümel *et al.*, 2024, lk 2, 5). Saksamaal makstakse hambaarstidele täiendavaid toetusi intellektipuudega patsientide hambaravi eest, et hüvitada pikemat tööaega, mis kulub nende raviks (Kuper *et al.*, 2024, lk 321). Austria tervishoiusüsteem on riiklikel maksudel põhinev ning tervisekindlustus on kohustuslik, mis tähendab, et peaaegu kogu rahvas on

kindlustatud. Hambaraviteenuste puhul on nõutud omaosalus, kuid seda mitte kõigil inimestel. (Bachner *et al.*, 2024, lk 3, 4)

2017. aastal hakati Eestis uuesti osaliselt katma hambaravi kulusid patsientidele (Habicht *et al.*, 2018, lk 141). Hambaravihüvitis täiskasvanutele on 60 eurot aastas, kuid patsient peab ise tasuma 50% ravist ning hüvitatavate teenuste nimekirja ei kuulu kõik hambaraviteenused. Suurenenud hambaravi vajadusega inimesed, kelle hulka kuuluvad ka osalise või puuduva töövõimega inimesed, saavad hüvitist 105 eurot aastas, tasudes ise 12,5% arvest. (Tervisekassa, 2024a) Sarnaselt Eestile on Rootsis hambaravihüvitamise süsteem, mille puhul patsient peab ise tasuma osa ravikuludest ning mingi osa summa tasumiseks on võimalus kasutada hambaravitoetust (Lees *et al.*, 2014, lk 23). Rootsis on täiskasvanutel võimalus saada hambaravihüvitist kuni 60 eurot aastas, teatud puudega inimestele on hüvitis 120 eurot aastas. Lisaks on loodud süsteem, mis peaks pakkuma kaitset kõrgete teenuste hindade eest, mille puhul hambaraviteenuste tasud, mis ületavad teatud piiri, on hüvitatud kõrgema protsendiga. (Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 4–5) Ühtlasi on Rootsis puuetega inimestele määratud eraldi omaosaluse ülempiir (Lees *et al.*, 2014, lk 24).

Eestis on 2019. aastast võimalus osadel puuetega inimestel saada tasuta hambaravi. Selleks annab õiguse perearst või raviarst, kui inimene vastab teatud kriteeriumitele. Tasuta hambaravi saavad psüühilise erivajadusega inimesed, kellel on näiteks intellektipuue, dementsus, autismispektri häire või mõni muu psüühiline kõrvalekalle. Samuti need, kes on halvatud, kellel on mõni füüsiline iseärasus, nagu jäseme täielik või osaline puudumine ning need, kellel kaasnevad mõne haigusseisundiga liigutushäired. Tasuta hambaravi osutavad vaid need hambaraviasutused, kes on haigekassa partnerid ning pakuvad hambaraviteenuseid puuetega inimestele. (Eesti Haigekassa, 2019, lk 3–4, 6). 2023. aasta seisuga oli Eestis selliseid hambaraviasutusi kokku 442 ning tasuta hambaravi võimalust kasutas 1272 puuetega inimest (Tervisekassa, 2023, lk 41–42).

Eestis on lepinguliste hambaarstide hulk ühe inimese kohta väga väike ning see on üks peamisi piiranguid teenuse kättesaadavusel. Hambaarstide vähesus tekitab olukorra, kus enamus hambaarste on linnades ning inimesed peavad leidma aja ja transpordi, et teenusele pääseda. Esmaabi pakuvad hambaraviasutused on põhimõtteliselt kõik koondunud suurematesse linnadesse. Samuti mõjutab hambaarstide vähesus ka

ravijärjekordasid. (Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 8–9) Teenuse kättesaadavust võiks parandada mobiilsed hambaravikliinikud, mis jõuaksid inimesteni ka kaugemates kohtades (Bhadauria *et al.*, 2024, lk 9). Mobiilsete hambaravikliinikute võimalus on loodud näiteks Lätis (Lees *et al.*, 2014, lk 10).

Da Rosa jt (2020, lk 10) tõid välja, et hambaarstidel puuduvad piisavad teadmised ja kogemused, ravimaks puuetega inimesi. Hambaarsti erialal ei õpetata piisavalt puuetega inimeste hambaravi ning see on probleemiks, miks paljud hambaarstid ei ravi puuetega inimesi (Balasubramanian, 2014, lk 184). Hambaravi on kiiresti arenev eriala ning tehnika ja võimalused on pidevas muutumises, mistõttu on tähtis, et hambaarstid koolitaksid ennast ning käiksid ajaga kaasas (Da Rosa *et al.*, 2020, lk 10). Puuetega inimeste edukaks ravimiseks peaksid lisaks hambaarstidele olema treenitud puuetega patsientidega suhtlemiseks ka kõik ülejäänud hambaraviasutuse töötajad (hambaraviassistendid, suuhügienistid, administraatorid). (Devinsky *et al.*, 2020, lk 2) Kasuks võib tulla vastuvõtuaegade pikemaks muutmise puuetega inimeste jaoks (Bhadauria *et al.*, 2024, lk 9).

Väga suureks probleemiks on üldnarkoosis hambaravi kättesaadavus, mida teostatakse ainult mõnes Eesti hambaraviasutuses. See tähendab paljude jaoks seda, et ravile tuleb minna mõnda teise linna ning ravijärjekorrad on pikad. (Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2018, lk 95) Üldnarkoosis hambaravi annab võimaluse ravida patsiente, kellega on raskem koostööd teha ning võimaldab tagada kvaliteetse teenuse pakkumist puuetega inimestele (Jockusch *et al.*, 2020, lk 1). Näiteks autismispektri häirega, dementsuse ja intellektipuudega inimeste puhul, kui nende kaasatõtamise võime ei võimalda neid ravida. Samuti on narkoosis hambaravi vajalik patsientide puhul, kellel esineb tahtmatuid liigutusi. (Choi & Doh, 2021, lk 88–89)

Kurtidel ja vaegkuuljatel on kõige suuremaks takistuseks hambaraviteenuste kasutamisel kommunikatsioon. Kurdid ja vaegkuuljad kasutavad suhtlemiseks viipekeelt, huultelt lugemist ja kirjakeelt. Kuna tihtipeale hambaarstid ei oska viipekeelt on vajalik kaasata hambaarsti külastamiseks viipekeeletõlk või mõni lähedane, kes oskab viipekeelt. Kirjakeele kasutamine on aeganõudev ning võib esineda probleeme arusaamisel, kuna kurtidel ja vaegkuuljatel ei ole kirjakeelest arusaamine või kirjutamine sellisel tasemel, et mõista tervise kohta käivat informatsiooni. (Dimitra *et al.*, 2014, lk 103–104; Kuenburg

et al., 2016, lk 2–3). Huultelt lugemine on keerukas protsess, mida oskavad vähesed kurdid ning vaegkuuljad. Samuti võivad esineda erinevad takistused, et huultelt lugeda nagu näiteks halb valgus, kõneleja habe või arsti mask. (Dimitra *et al.*, 2014, lk 104) Vaatamata tehnoloogia arengule ning e-posti olemasolule on kõige kiirem ja tihti ainuke viis arstile aja registreerimiseks helistamine (Kuenburg *et al.*, 2016, lk 4). Lisaks on võimalik, et väljakutseks osutub ooteruumis enda nime kuulmine, kui inimest ravikabinetti kutsutakse (Dimitra *et al.*, 2014, lk 104).

Vaegnägijate jaoks sobiva keskkonna loomisel tuleb mõelda nii ohutusele, praktilisusele kui selgele info edastamisele. Hoone sissekäik peaks olema tähistatud ning tähtis info kättesaadav sissekäigu juures. Ruumid võiksid olla vajalikus mahus valgustatud ning sildid piisavalt kontrastsed. Ruumide planeering loogiline ja lihtsasti mõistetav. (Eesti Pimedate Liit, 2016, lk 10)

Teenuste kohta info kättesaamiseks peaksid olema loodud kõigile võrdsed võimalused. Vaegnägijaid aitavad ekraanilugemisprogrammid kodulehtedel ning info edastamiseks on hea kasutada kirjeldustõlget või Braille' kirja. Vaegkuuljaid aitab teabe saamisel videotele lisatud subtiitrid või viipekeele tõlk ning intellektipuudega inimestele peab olema info edastatud neile arusaadavalt. (Sotsiaalministeerium, 2020, lk 5)

Paljudes Euroopa riikides on füüsiline ligipääsetavus hambaraviasutustesse probleemne. Suurel määral pole loodud võimalusi ratastooliga ligipääsuks, kuna puuduvad kaldteed või on ukсед ratastooliga läbi pääsemiseks liiga kitsad. (Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 9–10) Ratastoolis liikujatele teeks hoone ligipääsetavamaks piisavalt laiad ukсед, mis ei vaja suurt jõudu avamiseks ning mille lingid või käepidemed oleksid mugava kujuga ja õigel kõrgusel. Hambaraviasutused võiksid olla sisutatud nii, et administraatori laud oleks paraja kõrgusega, et ratastoolis inimene näeks administraatorit üle laua, koridorid oleksid piisavalt laiad, ooteruumis oleks toolide kõrval ruumi ratastoolile ning ratastooliga liikumiseks ei oleks muid takistusi koridorides ja ooteruumis. (Makansi *et al.*, 2021, lk 335) Probleemi võib tekitada ka röntgenseadme puudumine, mis tähendab, et inimene peab pöörduma mõnda teise hambaraviasutusse röntgeni tegemiseks, millele ligipääsemine võib samuti olla keeruline (Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 8). Näiteks Itaalias on puuetega inimestele loodud võimalus saada hambaraviteenuseid avalikes haiglates, mis on ligipääsetavamad

(D'Addazio et al., 2021, lk 2). Inglismaal on rajatud eriotstarbelised asutused, kus on sisse seatud vastavad tingimused puuetega inimeste hambaraviks (Lees *et al.*, 2014, lk 15).

Eestis reguleerib nõudeid ehitistele, mis pakuvad avalikkusele suunatud teenuseid ehitusseadustiku (2015) § 11 lõige 4 ning määrus 28 sätestab nõuded ehitistele nii, et need vastaksid puuetega inimeste vajadustele (Ehitusseadustik, 2015). Praktikas on ligipääsetavust siiski raske realiseerida ning see jäetakse sageli ehitus- ja planeerimisprotsessis tähelepanuta. (Carlsson *et al.*, 2022, lk 1) Vaatamata sellele, et uuematele hoonetele on kindlaks määratud nõuded, millele need peavad vastama, et olla ligipääsetavad, siis mitmed vanemad tervishoiuasutused seda ei ole (Habicht *et al.*, 2018, lk 49). Aastal 2019 loodi Eestis rakkerühm, mille üheks eesmärgiks on muuta Eesti ligipääsetavaks 2035 aastaks. Seda tehes tugineti eelkõige kaasava disaini põhimõttele. Selline põhimõte tähendab, et tarbekaubad, keskkond, hooned ja teenused on kujundatud nii, et neid saab kasutada ilma kohandamiseta ning neid saavad kasutada võimalikult paljud inimesed. (Riigikantselei, 2021, lk 6)

Tuginedes ökoloogilise süsteemi teooriale mõjutab puuetega inimeste suutervist ja hambaraviteenuste kättesaadavust suurel määral makrotasand, kus riiklik hambaravihüvitis on üks peamisi hambaraviteenuste kättesaadavust puudutavaid faktoreid (Habicht *et al.*, 2018, lk 140–141; Tervisekassa, 2024a) Makrotasand puudutab ka hambaraviteenuste ligipääsetavust, kus riigi poolsed regulatsioonid ja nõuded määravad, kui universaalselt ligipääsetavad peavad hooned olema (Habicht *et al.*, 2018, lk 49; Riigikantselei, 2021, lk 6). Samuti on tähtis roll kronotasandil, kus riiklikud reformid liiguvad suutervist toetava ühiskonna poole, luues hambaravihüvitise kasutamise võimalusi (Habicht *et al.*, 2018, lk 140–141; Eesti Haigekassa, 2019, lk 3–4, 6).

Suutervis on oluline osa üldisest tervisest, kuid puuetega inimestel on hambaraviteenuste kättesaadavus ja ligipääsetavus sageli piiratud. Eestis on hambaravi osaliselt rahastatud, hüvitised on piiratud ning tasuta teenust saavad vaid osad puuetega inimesed. Peamisteks probleemideks on hambaarstide vähesus, nende ebapiisav ettevalmistus ning üldnarkoosis hambaravi vähene kättesaadavus. Üldnarkoosis hambaraviteenusele pääsemiseks tuleb sageli sõita teise linna ja oodata pikalt järjekorras. Füüsilist ligipääsu takistavad ligipääsetavusnõuetele mitte vastavad hooned.

2. EMPIIRILINE UURING PÄRNU KESKUSLINNA HAMBARAVIASUTUSTE LIGIPÄÄSETAVUSEST JA TEENUSTE KÄTTESAADAVUSEST PUUETEGA INIMESTELE

2.1. Ülevaade hambaraviteenuste korraldusest ja Pärnu keskuslinnas pakutavast hambaravist

Pärnu keskuslinnas asuvad mitmed hambaraviasutused, kuid nende paiknemine ja pakutavad teenused ei pruugi kõikidele elanikele ühtlaselt kättesaadavad olla. Käesolev peatükk annab ülevaate Pärnu geograafilisest asukohast, hambaraviteenuste jaotusest Pärnu keskuslinnas ning hüvitiste süsteemi toimimisest, keskendudes puuetega inimeste võimalustele saada vajalikke raviteenuseid.

Pärnu maakond asub Eesti edelaosas ning on suurim maakond Eestis (Pärnumaa Arenduskeskus, 2023, lk 12). Pärnu linna koosseisu moodustavad Audru, Paikuse ja Tõstamaa osavald ning Pärnu keskuslinn. Pärnu keskuslinn jaguneb kümneks asumiks: Vana-Pärnu, Ülejõe, Rääma, Niidu, Tammiste, Kesklinn, Eeslinn, Mai, Papiniidu ja Raeküla (vt lisa 2). Pärnumaal oli 2024. aasta 1. jaanuari seisuga elanikke kokku 87891 (Statistikaamet, 2024b), nendest puuetega inimesi 8050 (Statistikaamet, 2024a).

Pärnu keskuslinnas on kokku 19 hambaraviteenust pakkuvat asutust, millest 15 on Tervisekassa lepingupartnerid ning pakuvad hambaravihüvitise kasutamise võimalust täiskasvanutele. Hambaraviasutused asuvad Pärnu keskuslinna kümnest asumist kuues ning kõige enam asub hambaraviasutusi kesklinnas ja eeslinnas (vt lisa 2). Neljast kolm hambaraviasutust, mis ei paku hambaravihüvitise kasutamise võimalust täiskasvanutele asuvad kesklinnas ning üks Räämal. Vastavalt Tervisekassa kodulehe informatsioonile pakub üldnarkoosis hambaravi üks hambaraviasutus. (Tervisekassa, 2025a) Kuid samas

ei paku see hambaraviasutus hambaravihüvitise kasutamise võimalust täiskasvanutele (Tervisekassa, 2025a). Hambaravihüvitist saab rakendada vaid esmavajalikele hambaraviteenustele: diagnostika ja raviplaani koostamine, radioloogilised uuringud, proaktiivne ravi, anesteesia, hammaste restauratiivne ravi, endotontia, parodontoloogia, kirurgia (Tervisekassa, 2025b). Hüvitise süsteem on automaatne ja arvestatakse hambaraviasutuses arvest kohe maha ning inimene ei pea lisaks esitama ühtegi dokumenti. Nimekirja mittekuuluvate teenuste eest tuleb patsiendil ise tasuda. (Tervisekassa, 2024a) Samuti on igal inimesel õigus saada tasuta vältimatut hambaravi, kui ravi saamata jäämine võib lõppeda surmaga või püsiva tervisekahjustusega (Asari & Eylandt, 2022, lk 74).

Puudega isikule hambaraviteenusele aega broneerides on vaja hambaraviasutusele jagada informatsiooni inimese puude kohta, tema võimete kohta suhelda ja aru saada arstist, istuda hambaravitoolis, avada suud ning teada, mis teda ärritab ja rahustab. Esmane informatsioon puudest tulenevate eripärade kohta antakse telefoni teel aega broneerides. (Tervisekassa, 2024b)

Eestis on puuetega inimeste hambaravi edendamiseks korraldatud haigekassa ja Eesti Puuetega Inimeste koja koostööl tasuta koolitusi hambaarstidele. Näiteks koolitus, mis tutvustab füüsilise ja vaimse puudega inimeste erivajaduse olemust ning õpetab kohandama suhtlemisviise, et tagada patsientidele sobiv ja toetav ravi. (Kalbin, 2021, lk 29)

Pärnumaa tervise ja heaolu tegevuskava eesmärkide hulka kuulub puuetega inimestele ligipääsu võimaldamine ning liikumisvõimaluste suurendamine (Pärnumaa Arenduskeskus, 2024, lk 9, 26) Arengustrateegias on välja toodud, et Pärnumaa puudusteks on avalike teenuste ebastabiilne kättesaadavus ning tase. 2027. aastaks tahetakse kaardistada avalike teenuste ligipääsetavus ning võimaldada puuetega inimestele ligipääs avalikes kohtades ja hoonetes. Seda tehes tuginetakse universaalse disaini põhimõttele. (Pärnumaa Arenduskeskus, 2023, lk 14, 48, 50)

Kuigi hambaravihüvitise süsteem aitab katta esmavajalikke teenuseid, ei hõlma see kõiki ravivajadusi. Oluline on, et hambaraviasutused arvestaksid puuetega inimeste erivajadustega juba teenusele registreerimisel. Pärnumaa on pidevalt arenev ning arvestav

maakond, kus eesmärgiks on nii ligipääsetavuse kui ka kättesaadavuse parandamine puuetega inimestele.

2.2. Uurimismetoodika ja valim

Uurimistöö läbiviimiseks kasutati kvalitatiivset uurimisviisi. Kvalitatiivne uurimisviis keskendub nähtuste, kogemuste ja käitumiste kirjeldamisele ning mõistmisele nende loomulikus keskkonnas. Kvalitatiivses uurimistöös keskendutakse eelkõige inimeste kogemustele ning see võimaldab mõista probleemi respondentide kogetu põhjal. (Õunapuu, 2014, lk 54, 58) See on hea viis uurimaks inimeste kogemusi tervishoiu teenuste kasutamise kohta (Foley & Timonen, 2015, lk 1197). Kvalitatiivse uurimisviisi puhul ei lähtuta arvulistest andmetest vaid sügavuti minevast analüüsist, mille väljundiks on teooria või üksikasjalik selgitus nähtusest (Õunapuu, 2014, lk 54). Autor valis kvalitatiivse uurimisviisi seetõttu, et soovib mõista respondentide kogemusi, mõtteid ja hinnanguid.

Uurimistöö läbiviimisel kasutati andmekogumismeetodina intervjuerimist, mis aitab minna süvitsi delikaatsete teemade uurimisel, milleni ei jõuta küsimustike või vaatlusega (Õunapuu, 2014, lk 170). Intervjuud on hea võimalus mõistmaks respondentide nägemust asjadest või sündmustest (Lune & Berg, 2017, lk 70). Intervjuud hambaraviasutuste esindajatega võimaldavad saada teavet nii teenuste ligipääsetavuse ja kättesaadavuse, hambaarstide teadlikkuse ning valmisoleku kui ka puuetega patsientidega suhtlemise kohta. Intervjuud hoolekandetasutuste esindajatega ning puuetega inimestega võimaldavad saada informatsiooni puuetega inimeste kogemustest, erinevatest takistustest teenuse kättesaadavuse ja ligipääsetavuse osas ning võimalike ootuste osas teenuse parendamiseks. Intervjuudes kasutati poolstruktureeritud intervjuud, mis ei allu väga kindlatele reeglitele ning mille puhul küsimuste esitamine ja sõnastamine on paindlikud. Samuti ei ole küsimuste arv ja liik piiratud ning vajadusel on võimalus esitada täpsustavaid küsimusi. (Õunapuu, 2014, lk 171) Algselt planeeriti kõik intervjuud poolstruktureeritud, kuid kuna andmete kogumise protsessis soovis üks respondent vastata kirjalikult, siis viidi läbi nii poolstruktureeritud kui struktureeritud intervjuud. Struktureeritud intervjuu puhul on intervjuul kindel ülesehitus, kus küsimused esitatakse kindlas järjekorras, küsimuse sõnastust ei muudeta, lisaküsimusi ei esitata ning

intervjueerija ei selgita ega vasta intervjuu ajal tekkinud küsimustele (Lune & Berg, 2017, lk 68). Intervjuukavade koostamisel tugineti esimeses peatükis viidatud allikatele. Hambaarstidele mõeldud intervjuukava küsimused on lisas 3 ja hoolekandeesutuste esindajatega ja puuetega inimestega on lisas 4. Lisa 4 intervjuukava küsimusi kohandati intervjuu ajal vastavalt sellele, kellega intervjuud läbi viidi.

Pärnu linnas on kokku 19 hambaraviasutust ning valimi moodustasid kaheksa hambaraviasutust, mis on valitud lähtudes hambaraviasutuses töötavate hambaarstide arvust (vt tabel 1). Autor valis hambaraviasutused, kus töötab vähemalt kolm hambaarsti. Kuna valim pandi kokku teatud kriteeriumitele vastates on tegu ettekatsetatud valimiga (Campbell *et al.*, 2020, lk 653–654). Hambaraviasutustes viidi läbi viis intervjuud. Üks hambaraviasutus, kus juhataja ei tööta ise hambaarstina, intervjueeriti lisaks ühte hambaarsti (ravijuht), kelle valiku aluseks oli arsti vabatahtlik nõusolek osalemiseks. Hambaarstidega intervjuu läbiviimine annab teavet selle kohta, kuidas toimub ravi puuetega inimestega ning millised on nende arvates suurimad väljakutsed või murekohad ravimaks puuetega patsiente. Hambaraviasutuste juhatajad oskavad jagada infot hambaraviasutuse juhtimise ja teenuste osutamise korraldamise kohta ning teenuste kättesaadavuse ja ligipääsetavuse osas.

Tabel 1. Pärnu linna hambaraviasutused.

Linnaosa	Hambaraviasutuste koguarv	Valimis olevate hambaraviasutuste arv	Hambaarstide arv valimis olevates hambaraviasutustes kokku
Vana-Pärnu	0	0	0
Ülejõe	3	1	10
Rääma	2	0	0
Niidu	0	0	0
Tammiste	0	0	0
Kesklinn	6	2	13
Eeslinn	6	2	17
Mai	1	1	4
Papiniidu	1	1	3
Raeküla	0	0	0

Samuti võeti ühendust puuetega inimeste (liikumis-, kuulmis-, nägemis- ja intellektipuuetega inimesed) eestkosteorganisatsioonidega Pärnu linnas (Pärnu Puuetega Inimeste koda, Pärnumaa Kurtide ühing, Pärnu Pimedate ühing, Pärnumaa Vaegkuuljate

ühing, Pärnu Ratastooli Klubi) ning ühe teenusepakkujaga erihoolekandevaldkonnas (AS Hoolekandeteenused), kel on vahetu kogemus teenusesaajate kogemustega hambaraviasutustes. Kolme hoolekandeesutuse esindajaga viidi läbi poolstruktureeritud intervjuud ning läbi eestkosteorganisatsioonide tehti üleskutse liikmetele kohtumiseks, mille puhul inimesed osalesid intervjuul oma vabast tahtest ning ühtegi isikut tuvastavat informatsiooni neilt ei küsitud. Kohtumised viidi läbi silmast silma kohtudes, respondentidele sobivas kohas. Valimisse kuulus 14 respondenti. Valim on eesmärgipärane ning vastab kindlatele tunnustele, vastates ettekavatsetud valimi kriteeriumitele (Õunapuu, 2014, lk 143). Intervjuud aitavad hinnata puuetega inimeste kogemusi hambaraviteenuste kättesaadavuse ja ligipääsetavuse kohta.

Respondentidega hambaraviasutustes, eestkosteorganisatsioonides ja hoolekandeesutustes võeti ühendust e-kirja teel (kontaktid võeti asutuste kodulehtedelt) 09.03.2025 ning 13.03.2025, tutvustati uurimistööd ning intervjuuga nõustudes lepiti kokku kohtumise aeg intervjuu läbi viimiseks. 13.03.2025 võeti telefoni teel uuesti ühendust hambaraviasutustega, kes ei olnud kutsele reageerinud ning pakuti neile sobivaid variante intervjuu läbi viimiseks. Kaks hambaraviasutuse esindajat ei soovinud intervjuul osaleda suure töökoormuse tõttu. Ühe hambaraviasutuse juhataja viibis hambaraviasutusest saadud informatsiooni kohaselt pikal haiguslehel ning ei saanud seetõttu osaleda. Üks hambaraviasutuse juhataja ei soovinud intervjuus osaleda. HR3 soovis intervjuukava e-kirja teel saada eelnevalt tutvumiseks ning vastasid küsimustele kirjalikult, peale mida lepiti kokku intervjuu aeg nende ravijuhiga täpsustavate küsimuste jaoks. Kõik intervjuud, peale kahe, viidi läbi silmast silma kohtudes. Kaks respondenti soovisid intervjuul osaleda telefoni teel, sest kokkusaamine oli respondentide jaoks ilma kõrvalise abita raskendatud.

Pärnu Puuetega Inimeste koda edastas kirja osadele enda liikmesühingutele, millest üks võttis autoriga ühendust intervjuul osalemiseks. Pärnumaa Invaühing jagas töö autorile kahe respondendi kontakti, kes soovisid intervjuul osaleda ning kellega autor võttis ühendust telefoni teel ja leppis kokkusaamise kokku. Intervjuud viidi läbi ajavahemikul 12.03–28.03.25.

Kokku koguti 14 intervjuud, mis kestsid keskmiselt 30 minutit (vt tabel 2). Respondendid tähistati pseudonüümiga: hambaraviasutuste esindajad tähistusega HR1–HR5,

hoolekandeesutuste esindajad tähistusega O1–O3 ning puuetega inimesed tähistusega R1–R6. Valimisse kuulunud hoolekandeesutuste esindajate ning kahe hambaraviasutuse esindaja käest küsiti luba jätta töösse sisse laused, mille põhjal on lugejal võimalik neid tuvastada ning sellega seonduvalt jätta neile tagamata täielik konfidentsiaalsus.

Tabel 2. Ülevaade läbiviidud intervjuudest

Tähistus	Kuupäev	Intervjuu pikkus, min
R1	12.03.2025	18
HR1	12.03.2025	21
HR2	13.03.2025	38
R2	14.03.2025	33
HR3	17.03.2025	Vastatud kirjalikult
R3	18.03.2025	22
HR4	18.03.2025	20
O1	19.03.2025	28
R4	19.03.2025	47
HR5	20.03.2025	20
R5	20.03.2025	32
R6	20.03.2025	30
O2	25.03.2025	39
O3	28.03.2025	43

Intervjuude salvestamiseks küsiti eelnevalt luba ning loa saamisel intervjuud salvestati mobiiltelefoni helisalvestajaga ning transkribeeriti kasutades rakendust Tekstiks.ee (Olev & Alumäe, 2022). Seejärel tõsteti intervjuude helifailid ning transkribeeringud väliskõvakettale, kus need olid parooliga kaitstud ning hoiti kuni töö kaitsmise lõpuni. Telefonist kustutati failid kohe, kui need olid kopeeritud välisele kõvakettale.

Intervjuu andmete analüüsimiseks kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi. Kvalitatiivset sisuanalüüsi rakendatakse, et teha põhjalikke ja usaldusväärseid järeldusi kogutud andmetest (Õunapuu, 2014, lk 160). Sisuanalüüsi eesmärk on teksti mõistmine, et tuvastada teemasid, mustreid ja seoseid ning tõlgendada tulemusi (Lune & Berg, 2017, lk 182). Sisuanalüüs sisaldab andmete kategoriseerimist, kodeerimist ja tõlgendamist (Mayer, 2015, lk 62). Uuringu tulemusi analüüsiti respondentide alagruppide kaupa (hambaraviasutused, hoolekandeesutused, puuetega inimesed) ning teemade lõikes kõrvutati saadud vastuseid ja toodi välja sarnaseid ja vastanduvaid arvamusi.

2.3. Uurimistulemused ja nende analüüs

2.3.1. Teadlikkus suuhügieenist ja hambaraviteenuste kättesaadavus puuetega inimestele Pärnu keskuslinnas

Intervjuudes olid esindatud liikumis-, kuulmis-, ja -nägemispuudega inimesed, kolm hoolekandeesutust ning hambaraviasutused. See andis võimaluse saada maksimaalselt erinevaid seisukohti ning arvamusi uuritava teema kohta. Puuetega inimeste puhul alustati intervjuud üldistest andmetest nagu vanus, puue, erivajadused ning abivahendid. Intervjuude sissejuhatuses hoolekandeesutustes küsiti esmalt üldandmeid: asutuses olevate klientide puue, nende erivajadused ning abivahendid. Hambaraviasutustes läbi viidud intervjuudes koguti samuti kõigepealt üldandmeid: arstide arv hambaraviasutuses, mitu arsti võtab vastu puuetega inimesi ning kas hambaraviasutus on Tervisekassa partner ja pakub hambaravihüvitise kasutamise võimalust.

HR3–HR5 hambaraviasutustes võtavad puuetega patsiente vastu kõik hambaarstid ning HR1–HR2 hambaraviasutustes on mõned hambaarstid, kes ei võta vastu puuetega patsiente. Kõik hambaraviasutused koguvad esmase informatsiooni puudega patsiendi kohta aja broneerimisel, mis toimub tavaliselt telefoni teel. HR4 ütles, et kuna Pärnu on väike, siis leidub ka neid patsiente, kes käivad koha peal aega broneerimas või kelle eest seda käiakse tegemas. Enne ravile tulekut kogutakse peamiselt informatsiooni selle kohta, kas patsiendil on elupuhuse diagnoos ning kuidas on tema liikuvus. HR3 tõi lisaks välja, et kogutakse informatsiooni ravimite, haiguste ja transpordi kohta ning kas esineb ajalist piirangut visiidile tulemiseks. Lisaks märkisid HR1–HR3, et on juhtunud ka nii, et inimene ei anna aega broneerides teada, et tal on puue ning sellisel juhul saadakse esmane informatsioon patsiendi käest hambaraviasutuses koha peal, kui ta täidab ära anamneesi.

R2–R6 märkisid, et külastavad hambaarsti siis, kui on hädavajalik ning R1 proovib käia regulaarselt vähemalt kord aastas kontrollis. Hoolekandeesutused üritavad enda kliente vähemalt kord aastas kontrolli viia, kuid toovad välja, et nende klientide suutervised on väga kehvad ning tavaliselt ei piisa enam kontrolli minekust, vaid peab käima hambaid ravimas mitmel korral ja paljud jõuavad hambaarsti juurde siis, kui hammas juba valutab. R2–R6 ütlesid, et hambaarsti juurde jõutakse alles mure korral seetõttu, et ei nähta põhjust hambaarsti juurde ilma mureta pöörduda. R5 leidis, et oleks mugav, kui hambaarst teeks

sellise kohustusliku visiidi, et kui käid ära hambaarsti juures, siis ta paneb kohe kaheks aastaks ajad ette ära ja siis tead, et pead jälle minema.

Puuetega inimesed hindavad enda suuhügieeni ning teadmisi suuhügieenist üldiselt heaks. Kuid samas tõid kõik respondendid välja, et alati saaks paremini ning veel hoolikam olla. Kõik vastajad hoolekandeesutustest ütlesid, et nende klientide suuhügieen on puudulik, seda eelkõige seetõttu, et kliendid ei pea vajalikuks hambaid pesta ning nad ei mõista tagajärgi enda tervisele. Samuti peab paljudele neist nii hommikuti kui õhtuti meelde tuletama, et selline tegevus on vajalik. O2 tõdes, et kahjuks on palju kliente selliseid, kellel ei ole enam suurel määral hambaid ning see võib olla lisaks puudulikule suuhügieenile seotud ka ravimitega, mida nad tarvitavad. Lisaks ütles O3, et neil on palju kliente, kelle suuhügieen sõltub hooldajatest, kes nende hambaid pesevad. Kõik hoolekandeesutused mainisid, et suuhügieeni teadlikkuse tõstmiseks korraldavad nad majasiseseid koolitusi oma klientide seas ning tavaliselt viivad neid läbi tegevusjuhendajad.

Aeg-ajalt on meil ka niisugused sisekoolitused elanikele, kus jälle räägitakse lihtsas keeles, et kuidas hambaid pesta, milline on tervislik toitumine, kui tähtis on suuhügieen. /.../ Kunagi oli küll kellegagi koostöös meil selline loeng, läbi Teamsi, kus kutsuti keegi rääkima sellel teemal ja siis elanikud said arvuti taga kuulata (O3).

Suuhügieeni teadmised on kõigil respondentidel omandatud lapsepõlvest ning professionaalset suuhügieeni õpet ei ole keegi saanud, kuid mõningaid näpunäiteid on ka hambaarstid jaganud. Kõik hambaraviasutused tõid välja, et hambaarstid nõustavad patsiente suuhügieeni alal vastuvõtu ajal, kuid seda pigem pealiskaudselt. HR2 ja HR3 hambaraviasutustes on olemas ka suuhügienistid. Hoolekandeesutustes elavate patsientide puhul tõstis HR2 esile suuhügieeni puudulikkuse puhul inimliku aspekti. „Inimesena saame aru sellest, et hooldajatel on neid inimesi majas korraga palju ja ei jõua ükshaaval neid kõiki läbi käia ja põhjalikult hambaid pesta või suunata, kuna on muid tähtsamaid asju, millele tähelepanu pöörata“ (HR2). Suuhügieeni parandamise lahendusena pakkusid kõik hambaraviasutused esimese asjana välja elektriliste hambaharjade kasutamise, mis tagab parema tulemuse suuhügieenis ka juhul, kui inimene ise elektrilist hambaharja päris õigesti käsitleda ei oska või hooldaja ei saa maksimaalselt

hästi seda kliendi suus liigutada. HR1–HR5 poolt pakuti välja, et suuhügieeni parandamiseks puuetega inimeste ning nende hooldajate seas tuleks luua sarnane programm nagu on Suukool, mis viib läbi koolides ja lasteaedades suuhügieeni õppeprogrammi. R1–R2 ütlesid, et suuhügieeni teadlikkuse tõstmiseks võiks olla internetis loodud piisavalt kättesaadav materjal, mis on nii visuaalne kui ka arusaadava audioga. O1–O3 nõustusid hambaraviasutustega, et kasuks tuleks mõne õppeprogrammi loomine puuetega inimestele ning nende hooldajatele. O3 ütles, et elektriliste hambaharjade puhul võib probleemiks osutuda klientide võimekus seda endale soetada.

Kõige suurema probleemina hambaraviteenuste kättesaadavusel toodi välja kõikide vastajate poolt hambaraviteenuste maksumus ja hüvitissüsteem. R3 ütles, et teab enda tutvusringkonnas inimesi, kes ei saa käia üldse hambaarsti juures, sest teenus on liiga kallis. „Puuetega inimeste jaoks võiks teenus ikka odavam olla. Kui on hind väga suur, siis ma ikka küsin, et millest need hinnad koosnevad, et miks nii kallis on“ (R6). O2 märkis, et nende klientide põhiline sissetulek on töövõimetoetus, millest peavad nad maksma kohatasu ja ravimid, mis tähendab, et hambaravi jaoks neil lihtsalt puuduvad võimalused. Ning kui perearst ei ole määranud elupuhuse diagnoosi (tasuta hambaravi sügava vaimse ja füüsilise puudega inimestele), siis nad lihtsalt ei käigi hambaarsti juures.

Hambaraviasutused rõhutasid, et kuigi hambaravihüvitis on tänuväärne lahendus, siis enamuse juhtudel jääb sellest väheks, et inimest päriselt aidata. HR1 sõnul on hüvitise süsteem üldiselt õnnetus ning rahaline pool ei kompenseeri kulunud aega ja tehtud kulutusi. HR3 tõdes, et kahju on kõrvalt vaadata, kuidas patsiendid, kellel puudub elupuhuse diagnoos, peavad tavapärasel tingimustel teenuste eest tasuma ning selliste patsientide suutervis on üldiselt kehvast seisust.

See ei ole normaalne, et ettenähtud hüvitis ei käi patsiendiga kaasas, vaid on asutustesse jagatud. Hüvitis, mis on inimesele määratud, ka mitte puudega inimesele, peab käima inimesega kaasas, mitte nii, et ta saab valida mingist nimekirjast asutusi. /.../ Ja see puude määramise lugu on võrdlemisi keeruline, et meile võib tulla inimene, kes on elupuhuse koodi saanud, aga näen, et ta on täis teovõimeline, tal ei ole sellist piiravat puuet, mis takistaks tal suuhügieeni eest hoolt kanda. Ja siis tuleb näiteks patsient, kellele korduvalt ütlen, et räägi perearstiga või kasvõi erialaeristiga, sul on see võimalus see kood sinna saada ja

neil ei ole seda koodi. /.../ Et see elupuhuse diagnoosi saamine tundub väga olenevat hindaja suvast, kas inimene selle lõpuks saab või ei saa. (HR2)

Elupuhuse diagnoosi saamise raskuseid mainisid ka O1 ja O2, öeldes, et mingil põhjusel ei ole perearstid nõus seda määrama isegi nendel klientidel, kellel on ilmselgelt aru saada, et nad ei ole võimelised mingil moel enda suuhügieeni eest ise hoolt kandma. O3 ütles, et nende klientidel on enamustel elupuhuse diagnoos olemas, kuid ka nemad puutusid mõne kliendi puhul kokku selle probleemiga, et perearst ei olnud alguses nõus diagnoosi panema. „Perearst ütles, et käed on otsas, et miks ta peaks saama selle diagnoosi, kui ta suudab oma hambaid pesta. /.../ Liiga asjalik nägi välja ühesõnaga“ (O3). O1 tõi näiteks olukorra, kus ühele kliendile sooviti saada elupuhuse diagnoosi ning tema perearst ei olnud nõus seda määrama, öeldes, et on vaja pöörduda psühhiaatri poole, psühhiaater omakorda käskis pöörduda perearsti poole. Kaks kuud hiljem oli perearst puhkusel ning teda asendas teine arst, kelle poole pöördudes saadi lõpuks kliendile elupuhuse diagnoos ning inimene sai üldnarkoosis hambaravi järjekorda ja lõpuks ka hambad korda.

Teise kõige suurema takistusena hambaraviteenuste kättesaadavusel toodi välja hambaravijärjekorrad. Keskmiselt hindasid puuetega inimesed ja hoolekandeesutused hambaravijärjekordade pikkuseid kahe kuni nelja kuu pikkuseks. Samuti nõustusid sellega hambaraviasutused (HR1, HR2, HR5), pidades enda keskmiseks teenusele pääsemise ajaks kolme kuud. Hambaraviasutused nõustusid kõik, et lõppude lõpuks on pikkade ravijärjekordade põhjuseks hambaarstide vähesus. HR3 ja HR5 leidsid, et see on probleem, millega peaks eelkõige riiklikul tasandil tegelema, suurendades rahastust ülikoolidele, et tagada rohkem kohti õppimiseks. Lisaks tõi HR5 välja hambaarstide vähesuse tõmbekeskustest väljaspool, mida saaks parandada luues mõne motivatsioonipaketi hambaarstidele, et käia ravimas patsiente ka väljaspool tõmbekeskusi. „On riike, kus toetatakse hambaarste, nagu näiteks Soome, kus hambaarstid, kes lähevad kaugemale Põhja-Soome tööle, saavad mingisugust kompensatsiooni“ (HR5).

HR3–HR5 näevad küll mobiilsete hambaravikliinikute potentsiaali, kuid samas nõustuvad kõik hambaraviasutused, et suures pildis ei muudaks see midagi.

Ma ei näe, et see suuremat probleemi lahendab. Palju see kättesaadavust siis tegelikult tõstab? Suures pildis mitte väga. /.../ Kui selle bussiga minna kuskile kohale ja tekib edasine ravivajadus inimesel, mis me siis teeme? /.../ Reeglina on puudega patsiendil, vähemalt meie kogemuse järgi, seal ikka rohkesti teha. Selle ühe iluparanduse tegemine, sellest on vähe kasu. Neid visiite on päris palju vaja tegelikult. (HR2)

HR3 tõstis esile, et sellise teenuse puhul on vaja kindlasti arvestada, et sinna pääseks ka näiteks ratastooliga ning oleksid loodud suurepärased võimalused puuetega inimeste raviks. HR4 tõi näiteks taolise lahenduse mammograafiabussi näol, mis ei ole ligipääsetav ning kuhu peab redelist ronima, et ligi pääseda. HR2 nentis, et sellise lahenduse loomine oleks väga keeruline eelkõige seadusi silmas pidades, sest buss peaks vastama meditsiiniastutuse nõuetele ning seal peaks olema kõik raviks vajalik olemas. Samas leiab HR2, et lihtsalt suutervise kontrolli või suuhügieeni parendamiseks võiks see isegi olla mõeldav.

Üldnarkoosis hambaraviteenus on põhiline koostöö koht, mille hambaraviasutused välja töid. Need, kes teenust ei paku, suunavad puuetega inimesi raviasutustesse, kus seda tehakse. Pärnus pakub üldnarkoosis hambaraviteenust kaks hambaraviasutust. HR1 on mõelnud üldnarkoosis hambaraviteenuse pakkumisele, kuid selgitas, et ei ole seda siiani teinud bürokraatia tõttu. HR5 leidis, et see pole siiani vajalik olnud, kuna nõudlus ei ole nii suur ja vajadusel suunavad nad patsiendid mujale. Üks hambaraviasutus Pärnus, kus pakutakse üldnarkoosis hambaravi, pakub teenust ainult lastele. Põhjuseks on ruumide puudumine täiskasvanutele narkoosijärgse monitooringu teostamiseks. Samas nenditi, et suure vajaduse puhul saaksid nad täiskasvanud patsiendi paigutada narkoosivastuvõtu viimaseks ning jätta ta ärkamise ajaks hambaravitooli. HR2 märkis, et üldnarkoosis hambaraviteenusel moodustavad puuetega inimesed väikese osa patsientidest. Piiranguna teenuse pakkumisel tõi HR2 välja peamiselt anesteesia meeskonna võimekuse patsiendi magamas hoidmisel, äratamisel ja intubeerimisel ehk kas meeskond leiab, et on võimeline patsiendiga turvaliselt ümber käima hambaraviasutuse tingimustes. O3 mainis, et neil on palju kliente, kellega käiakse üldnarkoosis hambaravis ning üldiselt on need autistlikud kliendid, kelle jaoks on üldnarkoosis hambaravi ainuke võimalus hambaarsti juures käimiseks. Üldnarkoosis hambaravi puhul on oluline hambaraviasutuste vaheline

koostöö, mille üheks põhjuseks on vastavalt eelpool toodule see, et hambaraviasutused kas pole ise valmis üldnarkoosis hambaravi pakkuma või on teenuse pakkumisega seotud mitmed erinevad takistused. Hambaraviasutuste vahelise koostööna toodi veel välja röntgenpiltide tegemine teiste hambaraviasutuste patsientidele ning müofunktsionaalse terapeudi juurde suunamine.

Intervjuudest selgus, et puuetega inimeste suutervis ja suuhügieeni harjumused on kehvad. Suurimate probleemidena tõusid esile hambaraviteenuste kõrge hind, elupuhuse diagnoosi määramise keerukus ning pikk ravijärjekord, mille põhjustajaks peeti hambaarstide nappust. Hambaraviasutused rõhutasid, et hüvitissüsteem on ebapiisav ega kata ravivajadust. Elupuhuse diagnoosi määramine sõltub sageli perearstide otsusest ning praktika on ebahühtlane. Üldnarkoosis hambaraviteenust pakuvad vähesed hambaraviasutused, mistõttu koostöö erinevate asutuste vahel on oluline.

2.3.2. Hambaraviteenuste ligipääsetavus puuetega inimestele Pärnu keskuslinnas

Järgnevalt vaadeldakse hambaraviteenuste ligipääsetavust klienditeekonna lõikes. Uuringus osalejatelt uuriti alustuseks kuidas nad leiavad informatsiooni hambaraviasutuste kohta. R1, O1 ja O3 saavad internetist informatsiooni hambaraviasutuste kohta, kes on Tervisekassa partnerid ja pakuvad hambaravihüvitise kasutamise võimalust. Ülejäänud respondendid ütlesid, et nad lihtsalt teavad, et saavad enda väljakujunenud hambaraviasutuses hüvitist kasutada ja rohkem pole uurinud. Hambaravihüvitise kasutamise võimalustest oskasid respondendid välja tuua selle, et teavad lihtsalt kui suur summa neil aasta peale kasutada on ja R2 oskas täpsemalt välja tuua ka selle, kui suur on omaosaluse suurus. Kodulehtedelt informatsiooni otsimine ei tekita ühelegi respondentile probleemi, kuna üldiselt võetakse sealt ainult kontakt telefoninumber ja küsitakse vajalik informatsioon hambaraviasutuse registratuurist. Hambaraviasutused uuendavad oma kodulehtesid vastavalt vajadusele. Ainult HR1 ütles, et neil uuendatakse kodulehte regulaarselt kord kvartalis.

Puuetega inimestel ei ole hambaarstile aja broneerimise protsessis olulisi takistusi, kuid esile kerkis kaks peamist probleemi. Mitmetel puuetega inimestel on vaja broneerimisel

kõrvalist abi, mis tähendab, et sõltutakse teistest inimestest (R2–R6, O1–O3). Teiseks probleemiks aja broneerimisel on pikad hambaravi järjekorrad.

Puuetega inimeste teekond hambaraviasutustesse ei tekita üldjoontes mingisugust probleemi. R1–R3, R5 ja R6 selgitasid, et Pärnus on ühistranspordi võrgustik hästi arenenud ning seetõttu on lihtne bussiga igale poole liikuda. R4 on igapäevaselt kasutusel enda spetsiaalne buss, millega tugiisik teda sõidutab, kuid tõi näiteks ühe juhtumi, kus buss läks katki ning oli vaja transporti, aga sotsiaaltranspordi järjekord oli pikk ning teenuse eest pidi ise maksma. R4 leiab, et kui oleks olnud olukord, kus hambaarstile oleks olnud vaja minna, siis oleks jäänud tookord sotsiaaltranspordi tõttu minemata. Üldiselt ei ole hambaraviasutuse kaugus elukohas tähtis, kuid R3 ja R5 leidsid, et pigem võiks olla kodu lähedal.

Puuetega inimesed ning hoolekandeasutused osutasid asjaolule, et neil on tekkinud üks kindel hambaraviasutus, mida tavapäraselt külastatakse ning üheks valiku aluseks on ligipääsetavus. Seega ei tekita füüsiline ligipääsetavus suuremat probleemi, kuna enda jaoks on leitud sobiv asutus, kuhu pääseb hõlpsasti ligi. Küll aga töid R1–R3 ja R6 välja, et peamist probleemi füüsilisel ligipääsetavusel võivad tekitada kas liiga kõrged või liiga järsud trepid. „Need trepid on sellised kõige ebasoodsamad asjad nende hambaravide puhul. Trepid on väga pahad asjad meiesuguste jaoks“ (R2).

Kõik hambaraviasutused hindavad enda füüsilist ligipääsetavust heaks ning põhiliselt tuuakse välja kaldteede olemasolu. HR1–HR2 leiavad, et praegune lahendus on parim, mis neil on võimalik pakkuda. „Hetkel parim, mis me oleme suutnud välja mõelda ja mis meil lubatud on. /.../ Ei lubatud teha seda linna tänava peal, et saada seda laugeks ja normikohaseks“ (HR2). HR5 tõstis esile, et hambaraviasutust planeerides pöörati tähelepanu sellele, et see oleks kõigile ligipääsetav. HR3 toob ainukesena välja probleemi teenindamiseks lamavaid patsiente, kuna kandraamiga ei mahu ühtegi kabinetti ära. Samuti toodi välja mitmete vastajate poolt (HR2–HR4) puudujääk Pärnus ravimaks lamavaid patsiente, kuna see peaks toimuma haigla tingimustes ning Pärnu haiglas ei ole seda võimalust loodud. Lisaks puudub Pärnu haiglas näo- ja lõualuukirurg. Lahendusena ligipääsmatute treppide parandamiseks pakkus HR2 välja, et linn võiks toetada või muuta kuidagi kättesaadavamaks motoriseeritud ratastooli tõstjate soetamise ettevõtetele.

O3 osutas autoga parkimise probleemile, mis tekib, kui nad käivad klientidega üldnarkoosis hambaraviteenusel.

Kui me lähme mitmekesi ühe kliendiga ja peame teda füüsiliselt ohjeldama, siis tegelikult on keeruline, kuna meil ei ole praegu ka inva parkimiskaarti ja kui ma lähen klienti enda autoga viima, siis pole seal kuskil peatuda ega parkida peale kõnnitee. /.../ Minek ei olegi võibolla nii hull, kuna me saame nendega ka kuskilt nurga tagant kohale jalutatud. Aga kui ta tuleb narkoosist ja on veel narkoosist loid või segaduses ja me peame teda kahekesi alla aitama, siis tekib probleem, kuna autoga ei saa maja ette sõita. (O3)

Ükski hambaraviasutus ei ole teinud eraldi kohandusi võtmaks vastu pimedaid/vaegnägijaid, kurte/vaegkuuljaid või intellektipuudega patsiente. HR3 tõi ainsa kohandusena välja intellektipuudega patsientide puhul selle, et esmaabi puhul antakse soovitatavalt aeg visiidiaja lõppu. Hambaraviasutused osutasid asjaolule, et ei tea, milliseid kohandusi võiks eelpool mainitud puuete puhul üldse rakendada.

Hambaraviasutused tõid kõik välja, et pimedad/vaegnägijad ning kurdid/vaegkuuljad ei valmista neile patsientidena mingisugust probleemi, sest nad käivad enamusele kõik saatjatega. Samas toovad puuete inimesed välja, et nende jaoks on probleemne saatja või viipekeele tõlgi organiseerimine vastuvõtule minekuks. „Suureks takistuseks on ikka see, et ma ei saa üksi kuskile minna. Pean alati kõrvalist abi kasutama“ (R2). O1 tõi välja, et neil on kliente, kes vajavad tugiisikut kaasa, et inimene mõistaks, mis hambaarst räägib. O2 ütles, et nendel võiksid enamusele kliente küll käia üksinda hambaarsti juures, aga kui neile seal mingisugust informatsiooni jagatakse, siis sellest nad aru ei saa ning ei suuda seda ka omandada.

Kõige keerulisemad patsiendid, keda teenindada on hambaraviasutuste sõnul intellektipuudega patsiendid. Eelkõige tõid hambaraviasutused välja, et intellektipuudega patsientide teenindamise keerukus seisneb põhiliselt nendega kontakti saamises ning nende väljendusoskustes. „Vaimse sügava puudega patsiente, sest raske on saavutada koostööd. Patsiendid, kes ei suuda emotsioone kontrollida ega ole võimelised protseduuri ajal paigal püsima“ (HR3). Teisena tõsteti esile liikumispuudega patsiendid. Liikumispuude puhul seisneb keerukus peamiselt nende teekonnas hambaraviasutusse

ning hambaravitooli saamises. HR4 nendib, et ei pane ratastoolis patsiente alati hambaravitooli, vaid saab ratastooli nihutada nii, et kergemad tööd saab ära tehtud ning vastavalt vajadusele saab liigutada ka instrumentide kandikut ja valgustust.

R1–R6 ei ole keegi kogenud hambaarstide või hambaraviasutuse personali poolt negatiivset suhtumist. R6 leidis, et pigem on teinekord tunne, et temasse suhtutakse paremini sellepärast, et tal on puue. O3 sõnul on jäänud mulje, et hambaarstid pelgavad töötada täiskasvanud puudega patsientidega ning lasevad tegevusjuhendajatel neil käest kinni hoida ja kõrval istuda, et patsient püsiks rahulikult toolis ega tekitaks probleeme. O2 leiab, et hambaarstide suhtumine on väga suur probleem.

Ma arvan, et takistuseks võib saada hambaarsti suhtumine. Kas ta saab aru, mis inimene, millise diagnoosiga tal vastas istub. Olen kogenud seda ise kliendiga, kus hambaarst ütleb lihtsalt, et- teil puudub igasugune suuhügieen, mis te siit otsite, alustage sellest, et hakake hambaid pesema. /.../ Tihtipeale öeldakse saatjale, et mis te kaasa tulete, täiskasvanud inimene, saab üksi hakkama. Ja siis kui see inimene on viis minutit toolis ära olnud, siis saab arst aru, et ta ei saa vastuseid ja siis kutsutakse tegevusjuhendaja. /.../ Tegelikult kõigi arstide puhul saab selle välja tuua, et nad oskaksid suhelda inimesega, kellel ongi psüühikahäire või intellektipuue, et nad mõistaksid, et nad on samaväärsed ja vajavad samaväärset abi, aga neid on vaja lihtsalt veidi rohkem toetada. (O2)

Siiski oskas HR3 vastajatest ainukesena tuua välja, et hambaarstidel on mingisugune puuetega inimeste ravi puudutav loeng ülikoolis õppides. Teised hambaraviasutused tõdesid, et selliseid loenguid nende meelest ei ole.

Ülikoolis on selline õppeaine nagu professionaalne areng, mida annab psühholoog. Seal käsitletakse erinevate vanusegruppide ja erinevate puuetega inimesi teoreetiliselt. Lisaks on üksikud rühmatööd, kus rühmas mängib keegi keerulist patsienti, üks on vaatleja ja kolmas arsti rollis. /.../ Puuetega inimeste ravi ei erine igapäevasest hambaravist, vajalik on empaatia ja paindlikkus protseduuride planeerimisel, et vähendada visiitide arvu ja mitte ületada patsiendi taluvuspiiri. (HR3)

R1–R2 leidsid, et hambaarstidel või nende assistentidel võiks olla kasvõi minimaalsed teadmised sellest, kuidas näiteks juhatada pimedat hambaravitooli või koridorist kabinetti. R1–R3 ja O1–O3 leidsid, et hambaarstide ja hambaraviasutuse personali teadlikkuse ja valmisoleku tõstmiseks töötamaks puuetega inimestega, peaksid nad läbima mingisuguseid täiendkoolitusi. Lisaks tõi O3 välja, et omaltpoolt aitaks kaasa see, kui inimesele aega broneerides antakse hambaraviasutusele võimalikult täpne informatsioon, kuidas selle inimesega peab suhtlema või millised on tema erivajadused. Hambaraviasutused ütlesid, et eraldi nõuet ennast koolitada puuetega inimestega töötamiseks, ei ole ning samuti ei tea nad, et oleks ka otseselt loodud selleks eraldi koolitusi hambaarstidele. HR3–HR5 leidsid, et põhiline õpe puuetega inimestega töötamiseks toimub praktikas ehk siis, kui mõni puudega patsient nende vastuvõtule juhtub. HR3 lisas, et: „puuetega inimeste ravi ei erine igapäevasest hambaravist, vajalik on empaatia ja paindlikkus protseduuride planeerimisel, et vähendada visiitide arvu ja mitte ületada patsiendi taluvuspiiri“. Kõik hambaraviasutused leidsid, et oleks väga teretulnud, kui puuetega inimesed jagaksid enda kogemuslugusid ülikoolis õppivatele hambaarsti tudengitele ning see oleks hea algatus ka praktiseerivatele hambaarstidele.

Intervjuudes kerkis esile, et puuetega inimestel on kujunenud välja kindlad hambaraviasutused, kus teenust saadakse, ning teabe kättesaamine ja aja broneerimine ei tekita enamasti raskusi. Füüsilise ligipääsetavuse puhul osutati mõnel juhul probleemidele, nagu järsud trepid või parkimisvõimaluste puudumine. Hambaraviasutused ei ole teinud spetsiifilisi kohandusi erinevate puuete jaoks ning keerulisemaks peetakse intellektipuudega patsientide teenindamist. Hambaarstide ja hambaraviasutuse personali teadlikkuse tõstmiseks peeti vajalikuks täiendkoolituste läbiviimist.

2.4. Arutelu ja ettepanekud

Puuetega inimeste hambaraviteenuste kättesaadavus ja ligipääsetavus on Eestis oluline teema, mis vajab parendamist. Läbiviidud intervjuud erinevate osapooltega heidavad valgust mitmetele kitsaskohtadele, mis mõjutavad nii teenuste kasutajate kogemusi kui ka teenuse osutajate valmisolekut puuetega patsientide teenindamiseks. Järgnevalt

analüüsitakse peamisi esile kerkinud probleeme ja pakutakse välja võimalikke lahendusi olukorra parendamiseks.

Suuhügieeni teadlikkus on puuetega inimeste seas puudulik ning puuetega inimestele ja nende hooldajatele ei pakuta professionaalselt suuhügieeni. Mitmed uuringud on esile tõstnud ravimite mõju suutervisele (Kane *et al.*, 2017, lk 30). Ravimite tarvitamise mõju suutervisele, toodi välja ka intervjuus hoolekandeesutusega. Puuetega inimeste suuhügieeni teadlikkuse tõstmiseks on vajalik koostada erinevatele sihtrühmadele arusaadavaid õppematerjale ja teha aktiivsemat koostööd hoolekandeesutuste ja tugiisikutega. Suuhügieeni parandamiseks puuetega inimeste ning nende hooldajate seas pakuti välja võimalus, luua puuetega inimestele võimetekohane ja sobiv õppeprogramm. Samuti tõid hambaraviasutused, et väga palju aitaks elektriliste hambaharjade kasutamine. Suuhügieeni parandamiseks pakkusid Juzbašić jt (2021, lk 172) oma uuringus samuti välja suuhügieeni alase õppeprogrammi ning elektriliste hambaharjade kasutamise. Paraku viidati läbiviidud uuringus, et elektrilised hambaharjad ei pruugi oma hinna tõttu olla inimestele kättesaadavad. Kinnitust leidis tõsiasi, et osade puuetega inimeste puhul mängib suurt rolli suutervise hoidmisel mikrotasand, kus inimese enda võimekus ning hooldajate abi mõjutavad suutervist. Mitmed uuringud tõstsid esile puuetega inimeste suuhügieeni säilitamise raskusi, kuna neil võib olla keerulisem täita käelisi ülesandeid või nad vajavad kõrvalist abi hammaste pesemisel (Juzbašić *et al.*, 2021, lk 171–172; Suresh *et al.*, 2022, lk 528). Seda tõstsid esile ka eelkõige hoolekandeesutused, kus klientidel on vaja meelde tuletada, et hambaid on vaja pesta, seega sõltub nende suuhügieen kõrvalisest abist. Lisaks on hoolekandeesutustes kliente, kellel pesevad hambaid hooldajad.

D'Addazio jt (2021, lk 1) uuringus toodi välja, et puuetega inimesed jõuavad hambaarsti juurde siis, kui vajavad erakorralist abi. Sarnane tulemus ilmnes ka puuetega inimesi intervjuerides, kus suurem enamus pöördub hambaarsti juurde hambavaluga ning tavapäraselt kontrollis kord aastas ei käi. Uuringus toodi põhjendusena välja, et kuni hammas probleemi ei tee ja endast märku ei anna, siis ei nähta ka põhjust minna arsti juurde. Teoorias leiti, et see võib tuleneda asjaolust, et teiste kaasuvate haiguste kõrval jääb suutervis lihtsalt tahaplaanile (Da Rosa *et al.*, 2020, lk 10).

Intervjuudes leidis kinnitust tõsiasi, et hambaravi järjekorrad on pikad ning seda põhjustab eelkõige hambaarstide vähesus (Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 8). Hambaravi järjekordade pikkust peeti teiseks kõige suuremaks probleemiks hambaraviteenuste kättesaadavusel. Uuringust selgus, et Tervisekassa koduleheküljel, kus on võimalus leida hambaraviasutusi, kes on Tervisekassa partnerid, on väljatoodud, et üldnarkoosis hambaravi pakub vaid üks hambaraviasutus. Paraku on see aegunud informatsioon.

Uuringust selgus, et hambaraviteenuste maksumus ja kehtiv hüvitissüsteem on puuetega inimeste jaoks suurimaks takistuseks hambaraviteenuste kättesaadavusel. Sama järeldus tuli välja ka Eesti tervishoiusüsteemi kokkuvõttest, kus toodi välja, et Eestis on patsientide omaosalus hambaraviteenuste puhul Euroopa keskmisest kõrgem (Habicht *et al.*, 2023, lk 4). Eraldi probleemina tõusis teravalt esile elupuhuse diagnoosi saamise keerukus, mille puhul perearstid ei ole nõus diagnoosi määrama isegi ilmsete vajaduste korral. See näitab, et hindamiskriteeriumid võivad olla subjektiivsed ja takistada abivajajatel tasuta hambaraviteenuste saamist (Eesti Haigekassa, 2019, lk 3–4). Kinnitus asjaolu, et eksotasand mõjutab puuetega inimeste meditsiiniliste vajaduste täitmist, kuna teenuste maksumus ning hüvitissüsteem mõjutavad otseselt puuetega inimeste hambaraviteenuste kättesaadavust. Intervjuudest ilmnas, et hüvitise kasutamise süsteem ei toimi puuetega inimeste vajadusi arvestades paindlikult ega isikukeskselt. Nimelt ei liigu hüvitis inimesega kaasa, vaid on seotud kindlate partnerasutustega, mille valik on piiratud (Eesti Haigekassa, 2019, lk 6). Süsteemi makrotasandi korraldus mõjutab otseselt puuetega inimeste mikrotasandit, kuna piiratud valikuvõimalused ja hüvitissüsteemi paindumatus võivad tähendada, et inimene peab jääma oma senise hambaarsti juurde või loobuma ravist juhul, kui partnerasutus ei ole talle ligipääsetav. Seega ei toeta praegune süsteem mitte ainult finantsiliselt ebavõrdset olukorda, vaid loob ka takistusi inimese isiklikul tasandil suutervise säilitamisel ja tervishoiuteenustele ligipääsemisel.

Hambaarstide valmisoleku suurendamiseks puuetega inimeste raviks on vajalik integreerida vastavad teemad ülikoolide õppeprogrammidesse. Lisaks tuleks pakkuda eraldi koolitusi ja teadlikkuse tõstmise loenguid praktiseerivatele hambaarstidele ning hambaraviasutuse personalile, kaasates ka puuetega inimesi ning nende eestkosteorganisatsioone ja hoolekandeesutusi. Rotenberg jt (2022, lk 4) leidsid, et

puuetega inimesed võiksid oma kogemusi jagada ülikoolides. Selle potentsiaali nägid ka uuringus osalenud puuetega inimesed, hoolekandeesutused ning hambaraviasutused, kes tõid välja, et see oleks kasulik ja vajalik ettevõtmine ning puuetega inimesed võiksid lisaks tudengitele jagada oma kogemusi ka juba töötavatele hambaarstidele.

Uuringu eesmärk täideti, saadi ülevaade hambaraviteenuste kättesaadavusest ja ligipääsetavusest puuetega inimestele ning tehti ettepanekud Tervisekassa Tervishoiu osakonnale ja Hambaarstide Liidule. Lähtudes töö teoreetilises osas väljatoodule ning läbiviidud uuringu andmetele leiab töö autor, et hambaraviteenuste kättesaadavus puuetega inimestele Pärnu linnas on piiratud. Samuti kogevad puuetega inimesed hambaraviteenuste ligipääsetavusega seotud probleeme, millest enim kerkisid esile kõrvalise abi vajadus aja broneerimisel ning visiidil käimisel, kohanduste puudumine pimedate, vaegnägijate, kurtide, vaegkuuljate ja intellektipuudega inimeste jaoks ning hambaarstide ja hambaraviasutuse personali ebapiisav teadlikkus puuetega inimeste vastu võtmiseks.

Autor teeb lähtuvalt saadud tulemustest ettepanekud Tervisekassa Tervishoiu osakonnale:

- parandada Tervisekassa kodulehe sisu uuendamist, et informatsioon oleks ajakohane.

Eesti Hambaarstide Liidule teeb autor järgmised ettepanekud:

- töötada välja iseseisvaks kasutamiseks veebikoolitusi või koolitusmaterjale, mis oleks vabalt kättesaadavad Hambaarstide Liidu, Tervisekassa või Eesti Puuetega Inimeste koja kodulehel ning oleksid ligipääsetavad erinevate puuetega inimestele. Näiteks subtiitrid videotel ja lihtsas keeles koolitusmaterjalid;
- korraldada ja populariseerida täiendkoolitusi ja seminare hambaarstidele ning hambaraviasutuste personalile, et tõsta teadlikkust ja valmisolekut töötamiseks puuetega inimestega;
- korraldada suuhügieeni alaseid koolitusi nii puuetega inimestele, nende abistajatele, eestkostjatele kui ka hooldajatele;
- initsieerida hambaarstide õppekavade täiendamist puuetega patsientide vajadusi tutvustavaid valikkursustega, et tulevased hambaarstid saaksid piisava ettevalmistuse puuetega inimeste raviks;

- arendada hambaraviteenuste standardeid ligipääsetavuse osas. Anda liikmeskonnale juhised ja soovitusel, kuidas kohandada hambaraviasutuse füüsilist keskkonda, suhtlust ja infosüsteeme erivajadustega patsientidele sobivamaks.

Töös püstitatud eesmärk sai täidetud ja uurimisküsimustele leiti vastused. Hambaraviteenuste kättesaadavuse puhul pidasid puuetega inimesed ja hoolekandeesutused peamiseks probleemideks hambaraviteenuste maksumust, hüvitissüsteemi toimimist, ravijärjekordasid ja elupuhuse diagnoosi saamise keerukust. Probleemiks on ka puuetega inimeste ning nende hooldajate suuhügieeni õppeprogrammi puudumine. Hambaraviteenuse ligipääsetavuse puhul leiti, et murekohtadeks on kõrvalise abi vajadus, kohanduste puudumised enamus puuetele ja hambaraviasutuse personali vähene teadlikkus töötamiseks puuetega inimestega. Füüsiline ligipääsetavus probleeme ei tekita. Hambaraviasutused jagasid sarnaseid seisukohti, lisades probleemiks ka hambaarstide nappuse. Nende hinnangul on füüsiline ligipääsetavus lahendatud olemasolevate võimaluste piires, ent personali ettevalmistus ja teadlikkus vajavad parandamist. Lisaks olid hambaraviasutused seisukohal, et kitsaskohaks on puuetega inimestele ning nende hooldajatele suuhügieeni õppeprogrammi puudumine.

KOKKUVÕTE

Puuetega inimesed seisavad igapäevaelus silmitsi mitmete probleemidega, mille hulka kuulub muuhulgas arstiabi kättesaadavus ja ligipääsetavus. Puuetega inimestel esineb sagedamini nii üldtervise kui ka suutervise probleeme võrreldes muu elanikkonnaga, mis on tihedalt seotud ja mõjutab oluliselt nende elukvaliteeti. Puuetega inimeste suuhügieen on sageli puudulik, sõltudes hooldajate teadmistest ja abist. Hambaarsti poole pöördutakse tihti alles hädaolukorras. Vaatamata õigusele võrdsel juurdepääsule tervishoiuteenustele, seisavad puuetega inimesed silmitsi märkimisväärtete süsteemsete takistustega, mis põhjustavad kõrget rahuldamata arstiabivajaduse määra. Peamised tuvastatud barjäärid hõlmavad teenuste kõrget maksumust, pikki ravijärjekordi ning tervishoiutöötajate, sealhulgas hambaarstide, nappust ja ebapiisavat ettevalmistust puuetega inimeste spetsiifiliste vajadustega tegelemiseks. Samuti on probleemiks hambaraviasutuste füüsiline ligipääsetavus ning kommunikatsiooni takistused erinevate puuete korral, lisaks spetsiifiliste teenuste, nagu üldnarkoosiga hambaravi, piiratud kättesaadavus.

Töö autor kasutas uuringu läbiviimiseks kvalitatiivset uurimismeetodit, mille raames viidi läbi 13 poolstruktureeritud intervjuud ning üks struktureeritud intervjuu. Intervjuud viidi läbi puuetega inimeste, hoolekandeesutuste ja hambaraviasutuste seas.

Puuetega inimesed, hoolekandeesutused ning hambaraviasutused tõid esile hambaraviteenuste kõrge hinna, hambaravihüvitise ebapiisavuse, elupuhuse diagnoosi saamise keerukuse ja pikad ravijärjekorrad kui peamised kättesaadavuse probleemid. Lisaks on murekohaks suuhügieeni koolituste puudumine. Ligipääsetavus ei tekita suuremat probleemi neile puuetega inimestele, kes on leidnud sobiva hambaraviasutuse. Murekohtadena toodi siiski välja järsud ja kõrged trepid ning parkimisvõimaluste puudumine hambaraviasutuse juures. Enamik hambaraviasutusi hindas oma füüsilist ligipääsetavust heaks, peamiselt tänu kaldteede olemasolule, kuid probleemina tõsteti

esile võimaluse puudumine teenindada lamavaid patsiente. Hambaarstid tõdesid, et puuduvad erikohandused teenindamiseks pimedaid, vaegnägijaid, kurte, vaegkuuljaid ja intellektipuudega inimesi, kuna enamik neist käivad ravil koos saatjaga. Puuetega inimeste poolt mainiti, et neil on vaja sageli saatjat või tugiisikut ning see võib olla piiranguks teenuste kasutamisel. Hambaarstidel napib teadlikkust puuetega patsientide teenindamiseks, koolitusi on vähe või üldse mitte ning õpe toimub enamasti praktika käigus. Samas suhtuvad hambaraviasutused positiivselt mõttesse, et puuetega inimesed jagaksid oma kogemusi üliõpilastele ning juba praktiseerivatele hambaarstidele.

Lähtudes eespool käsitletust võiks edaspidi uurida kuidas mõjutab elupuhuse diagnoosi olemasolu puuetega inimeste tegelikku ligipääsu tasuta hambaraviteenustele, arvestades kehtivaid hüvitise saamise tingimusi. Samuti oleks oluline analüüsida hambaravihüvitise süsteemi vastavust puuetega inimeste tegelikele vajadustele, keskendudes hüvitise suurusele, hüvitatavate teenuste nimekirjale ning sellele, mil määral olemasolev hüvitis katab reaalseid teenusekulusid. Selline uuring aitaks selgitada, kas praegune hüvitissüsteem toetab piisavalt suutervise hoidmist või vajab täiendavat kohandamist.

VIIDATUD ALLIKAD

- Ahmad, A., & Quiñonez, C. (2014). Disparities in the availability of dental care in metropolitan Toronto. *Journal of the Canadian Dental Association*, 80, Article e3. <https://jcda.ca/article/e3>
- Asari, E. M., & Eylandt, O. (2022). Täiskasvanute hambaravihuvis on hambaravis ebavõrdsust suurendanud ja vajab muutmist. *Eesti Arst*, 101(2), 72–75. <https://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/view/18764>
- Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W., Winkelmann, J., & Maresso, A. (2024). *Austria: Health system summary 2024*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/austria-health-system-summary-2024>
- Balasubramanian, R. (2014). Education and training in special care dentistry – A review. *Medico Research Chronicles*, 1(2), 183–189. <https://medrech.com/index.php/medrech/article/view/30>
- Bhadauria, U. S., Purohit, B., & Priya, H. (2024). Access to dental care in individuals with disability: a systematic review. *Evidence-Based Dentistry*, 25(2), Article 111. <https://doi.org/10.1038/s41432-024-00970-3>
- Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Hengel, P., Eriksen, A., Maresso, A., & Busse, R. (2024). *Germany: Health system summary 2024*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-summary-2024>
- Campbell, S., Greenwood, M., Prior, S., Shearer, T., Walkem, K., Young, S., Bywaters, D., & Walker, K. (2020). Purposive sampling: complex or simple? Research case examples. *Journal of Research in Nursing*, 25(8), 652–661. <https://doi.org/10.1177/1744987120927206>
- Carlsson, G., Slaug, B., Schmidt, S. M., Norin, L., Ronchi, E., & Gefenaite, G. (2022). A

- scoping review of public building accessibility. *Disability and Health Journal*, 15(2), Article 101227. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101227>
- Chadwick, D., Chapman, M., & Davies, G. (2018). Factors affecting access to daily oral and dental care among adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(3), 379–394. <https://doi.org/10.1111/jar.12415>
- Choi, J., & Doh, R. M. (2021). Dental treatment under general anesthesia for patients with severe disabilities. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 21(2), 87–98. <https://doi.org/10.17245/jdapm.2021.21.2.87>
- D’Addazio, G., Santilli, M., Sinjari, B., Xhajanka, E., Rexhepi, I., Mangifesta, R., & Caputi, S. (2021). Access to dental care – A survey from dentists, people with disabilities and caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), Article 1556. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041556>
- Da Rosa, S. V., Moysés, S. J., Theis, L. C., Soares, R. C., Moysés, S. T., Werneck, R. I., & Rocha, J. S. (2020). Barriers in Access to Dental Services Hindering the Treatment of People with Disabilities: A Systematic Review. *International Journal of Dentistry*, 2020(1), Article 9074618. <https://doi.org/10.1155/2020/9074618>
- De Gutierrez, G. M., Diniz, M. B., Lima, B. F. A., dos Santos, K. K., & Santos, M. T. B. R. (2018). Barriers to access to dental treatment for people with physical disabilities in a Brazilian Metropolis. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 18(1), Article 3946. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en;/biblio-967066>
- Devinsky, O., Boyce, D., Robbins, M., & Pressler, M. (2020) Dental health in persons with disability. *Epilepsy & Behavior*, 110, Article 107174. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107174>
- Dimitra, M., Christina, A., & Evangelos, F. (2014). Deaf people’s accessibility in health services. *Health Science Research*, 1(4), 102–106. <http://article.aascit.org/file/pdf/9080764.pdf>
- Dörfer, C., Benz, C., Aida, J., & Campard, G. (2017). The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. *International Dental Journal*, 67(2), 14–18. <https://doi.org/10.1111/idj.12360>

- Eesti Haigekassa. (2019). *Tasuta hambaravi puuetega inimestele*. <https://www.tervisekassa.ee/infomaterjalid/tasuta-hambaravi-puuetega-inimestele>
- Eesti Pimedate Liit. (2016). *Ehitatud keskkonna ligipääsetavus nägemispuudega inimestele*. https://pimedateliit.ee/wp-content/uploads/2022/02/EPL_juhend_august2016.pdf
- Eesti Puuetega Inimeste Koda. (2018). *Puuetega inimeste eluolu Eestis: ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni täitmise variraport*. https://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2018/03/EPIK_variraport_webi.pdf
- Ehitusseadustik. (2015). *Riigi Teataja I*, 05.03.2015, 1; *Riigi Teataja I*, 15.04.2025, 2. <https://www.riigiteataja.ee/akt/EhS>
- Emerson, E., Fortune, N., Llewellyn, G., & Stancliffe, R. (2021). Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study. *Disability and Health Journal*, 14(1), Article 100965. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100965>
- European Commission. (2014). *Communication from the commission on effective, accessible and resilient health systems*. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/a1a5bb20-be49-11e3-86f9-01aa75ed71a1/language-en>
- European Commission. (2021). *Union of equality: strategy for the right of persons with disabilities 2021–2030*. Publication Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/31633>
- FDI World Dental Federation. (2015). *Oral health worldwide*. <https://www.fdiworlddental.org/oral-health-worldwide>
- Foley, G., & Timonen, V. (2015). Using grounded theory method to capture and analyze health care experiences. *Health Services Research*, 50(4), 1195–1210. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12275>
- Guy-Evans, O. (2024, January 17). Bronfenbrenner's ecological systems theory. *Simply Psychology*. <https://www.simplypsychology.org/bronfenbrenner.html>
- Habicht, T., Kahur, K., Kasekamp, K., Köhler, K., Reinap, M., Vörk, A., Sikkut, R., Aaben, L., Ewout, V. G., & Webb, E. (2023). *Estonia: health system summary, 2022*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/366157>
- Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K., Sikkut, R., Aaben, L., & van Ginneken, E.

- (2018). Estonia: health system review. *Health systems in transition*, 20(1), 1–189. <https://iris.who.int/handle/10665/330201>
- Ishaque, M. Y., Rahim, S., & Hussain, M. H. (2016). Factors that limit access to dental care for person with disabilities: Access To Dental Care for Disabled. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 66(2), 230–234. <https://pafmj.org/PAFMJ/article/view/498>
- Jockusch, J., Sobotta, B. A. J., & Nitschke, I. (2020). Outpatient dental care for people with disabilities under general anaesthesia in Switzerland. *BMC Oral Health*, 20(1), Article 225. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01203-6>
- Juzbašić, M., Seifert, D., Tomas, M., Čandrlić, M., & Matijević, M. (2021). Importance of Oral Hygiene and Maintaining Oral Health in Persons With Disabilities. *Southeastern European Medical Journal*, 5(1), 170–175. <https://doi.org/10.26332/seemedj.v5i1.176>
- Kalbin, M. (2021). Puuetega inimeste tasuta hambaravi. *Sinuga*, 28–29. <https://ajakiri.epikoda.ee/media/pages/ajakirja-pdf/2021/1ac7639800-1621503598/kevadnumber-veebis.pdf>
- Kane, S. F. (2017). The effects of oral health on systemic health. *General Dentistry*, 65(6), 30–34. [https://www.agd.org/docs/default-source/self-instruction-\(gendent\)/gentent_nd17_aafp_kane.pdf](https://www.agd.org/docs/default-source/self-instruction-(gendent)/gentent_nd17_aafp_kane.pdf)
- Khan, A. J., Sabri, B. A. M., & Ahmad, M. S. (2022). Factors affecting provision of oral health care for people with special health care needs: A systematic review. *The Saudi Dental Journal*, 34(7), 527–537. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2022.08.008>
- Koppel, K., Paat-Ahi, G., Masso, M., Kadarik, I. (2020). *Eesti tervishoid tulevikus-võtmetrendid ja näiteriigid*. Poliitikauuringute Keskus Praxis. <https://arenguseire.ee/raportid/eesti-tervishoid-tulevikus-votmetrendid-ja-naiteriigid/>
- Koppel, K., Piirits, M., Masso, M., Aaben, L., Vainre, M., Paat-Ahi, G., Jüristo, T., Saluse, J., & Veldre, V. (2018). *Ravikindlustus valitutele või ravikaitse kõigile-kuidas täitsa lüngad Eesti ravikindlustuses?*. Poliitikauuringute Keskus Praxis. <https://www.praxis.ee/uploads/2017/09/Ravikindlustus.pdf>
- Krahn, G. L., Walker, D. K., & Correa-De-Araujo, R. (2015). Persons with disabilities as

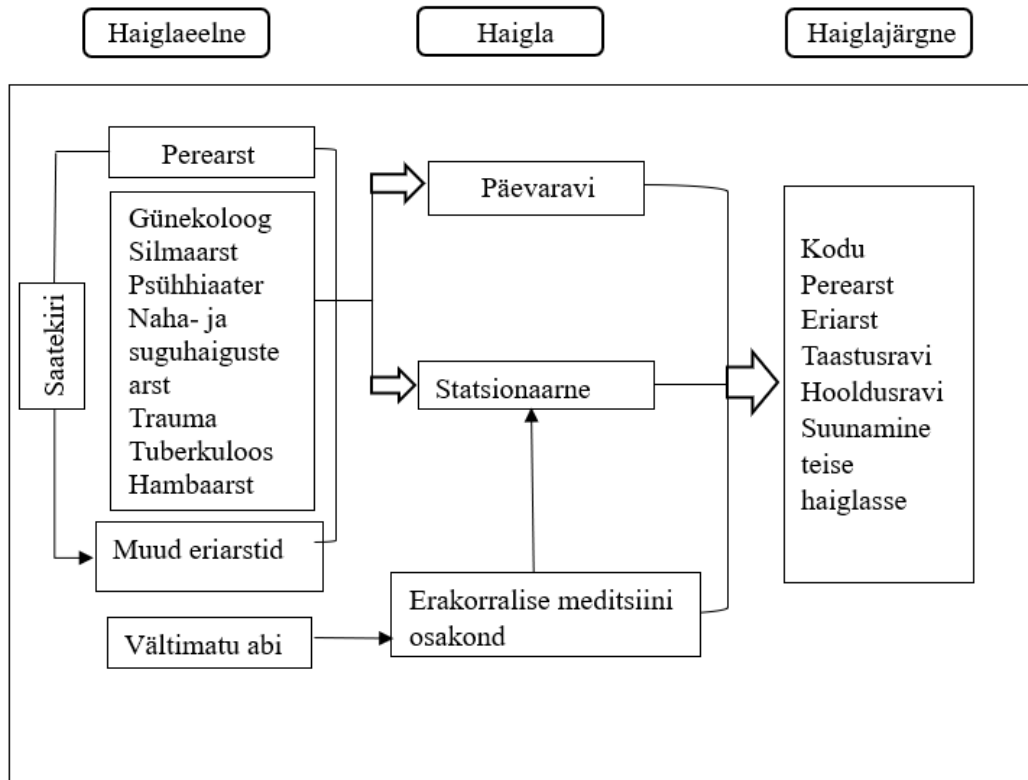
- an unrecognized health disparity population. *American Journal of Public Health*, 105(S2), S198–S206. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302182>
- Kuenburg, A., Fellingner, P., & Fellingner, J. (2016). Health Care Access Among Deaf People. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1093/deafed/env042>
- Kuper, H., Azizatunnisa', L., Gatta, D. R., Rotenberg, S., Banks, L. M., Smythe, T., & Heydt, P. (2024). Building disability-inclusive health systems. *The Lancet Public Health*, 9(5), e316–e325. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00042-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00042-2)
- Lees, K., Humal, K., & Espenberg, K. (2014). *Välisriikide: Inglismaa, Hollandi, Soome, Rootsi, Taani, Läti, Leedu, Ungari, Sloveenia ja Prantsusmaa elanikkonna hambaravi ja hambahaiguste ennetuse rahastamise ülevaade ning rahastamisel kasutatavate põhimõtete analüüs*. Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE. ADA. <http://hdl.handle.net/10062/84896>
- Liao, P., Vajdic, C., Trollor, J., & Reppermund, S. (2021). Prevalence and incidence of physical health conditions in people with intellectual disability – a systematic review. *PloS ONE*, 16(8), Article e0256294. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256294>
- Lune, H., & Berg, B. L. (2017). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (9th ed., Global Edition). Pearson Education Limited.
- Makansi, N., Blaizot, A., Vergnes, J. N., Morris, M., Rousseau, J., & Bedos, C. (2021). A scoping review on dental clinic accessibility for people using wheelchairs. *Special Care in Dentistry*, 41(3), 329–339. <https://doi.org/10.1111/scd.12565>
- Mayer, I. (2015). Qualitative research with a focus on qualitative data analysis. *International Journal of Sales, Retailing ja Marketing*, 4(9), 53–67. <https://www.circleinternational.co.uk/wp-content/uploads/2021/01/IJSRM4-9.pdf#page=57>
- O'Neill, J. L. (2021). Accessibility for All Abilities: How Universal Design, Universal Design for Learning, and Inclusive Design Combat Inaccessibility and Ableism. *Journal of Open Access to Law*, 9(1), 1–15. <https://ojs.law.cornell.edu/index.php/joal/article/view/107>
- OECD & European Commission. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

- OECD. (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en
- OECD. (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
- OECD. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *State of Health in the EU. Estonia: Country Health Profile 2023*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/bc733713-en>
- Olev, A., & Alumäe, T. (2022). Estonian Speech Recognition and Transcription Editing Service. *Baltic Journal of Modern Computing*, 10(3), 409–421. <https://doi.org/10.22364/bjmc.2022.10.3.14>
- Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus. (1999). *Riigi Teataja I*, 16, 273; *Riigi Teataja I*, 31.12.2024, 25. <https://www.riigiteataja.ee/akt/PISTS>
- Pärnu linna Geoveeb. (s. a.). *Pärnu linna kaart* [Kaart]. Loetud 14. märts 2025 aadressil <https://storymaps.arcgis.com/stories/1f18bfbb083d406cb50438b2654f0f98>
- Pärnumaa Arenduskeskus. (2023). *Arengustrateegia Pärnumaa 2035+*. <https://arenduskeskus.eu/parnumaa-arengustrateegia/>
- Pärnumaa Arenduskeskus. (2024). *Pärnumaa tervise- ja heaoluprofil ning tervisedenduse strateegia 2035+ Tegevuskava 2024-2027*. [https://pol.parnumaa.ee/content/editor/files/Terviseprofiil%202024%20\(1%C3%B5plik\).pdf](https://pol.parnumaa.ee/content/editor/files/Terviseprofiil%202024%20(1%C3%B5plik).pdf)
- Riigikantselei. (2021). *Ligipääsetavuse rakkerühma lõpparuanne*. https://www.riigikantselei.ee/sites/default/files/documents/2021-09/Riigikantselei_Ligip%C3%A4%C3%A4setavuse_rakker%C3%BChma_%20lopparuanne.pdf
- Rotenberg, S., Rodríguez Gatta, D., Wahedi, A., Loo, R., McFadden, E., & Ryan, S. (2022). Disability training for health workers: A global evidence synthesis. *Disability and Health Journal*, 15(2), Article 101260. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101260>
- Schembri, A., Borg, W., Santucci, D., & Attard, N. (2018). The Impact of Blindness on

- the Oral Health and the Perceived Need to Seek Treatment in a Community of Maltese Older Adults. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 5(4), 4621–4629. <https://doi.org/10.26717/bjstr.2018.05.001224>
- Sotsiaalministeerium. (2020). *Parimad viisid võrdsete võimaluste loomiseks*. https://s3-web-1a.tehnik.ee/kompetentsikeskus-live-web-prd/s3fs-public/2021-02/Parimad-viisid-vordsete-voimaluste-loomiseks_VEEB_final_0.pdf
- Sotsiaalministeerium. (2021). *Analüüs tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse ning ravikindlustamata isikutele tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamiseks*. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/tervishoiu_rahastamise_analuus.pdf
- Statistikaamet. (2024a, 17. mai). *THV21: Puudega inimesed maakonna järgi, 1. jaanuar* [andmebaas]. https://andmed.stat.ee/et/stat/sotsiaalelu__tervishoid__puudega-inimesed__uldandmed/THV21
- Statistikaamet. (2024b, 14. mai). *RV0222U: Rahvastik soo, rahvuse ja maakonna järgi, 1. jaanuar* [andmebaas]. https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikuna-itajad-ja-koosseis__rahvaarv-ja-rahvastiku-koosseis/RV0222U
- Suresh, S., Indiran, M. A., Doraikannan, S., Prabakar, J., & Balakrishnan, S. (2022). Assessment of oral health status among intellectually and physically disabled population in Chennai. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(2), 526–530. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1038_21
- Zare, Z., Bahrami, M. A., Bastani, P., & Kavosi, Z. (2024). Oral and dental utilization determinants in special health care needs: a systematic review of reviews. *BMC Oral Health*, 24(1), Article 965. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04734-4>
- Ziller, S., Eaton, K., E., & Widström, E. (2015). The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 1: Germany. *British Dental Journal*, 218(4), 239–244. <http://doi.org/10.1038/sj.bdj.2015.95>
- Tervisekassa. (2025b, 6. jaanuar). *Esmavajalike hambaraviteenuste piirhinnad*. <https://www.tervisekassa.ee/esmavajalike-hambaraviteenuste-piirhinnad>
- Tervisekassa. (2023). *2023 majandusaasta aruanne*. https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/finants/tervisekassa_aastaaruanne_2023_02.04.2024.pdf
- Tervisekassa. (2024a). *Hambaravihüvitised*. <https://www.tervisekassa.ee/infomaterjalid/hambaravihuvitised>

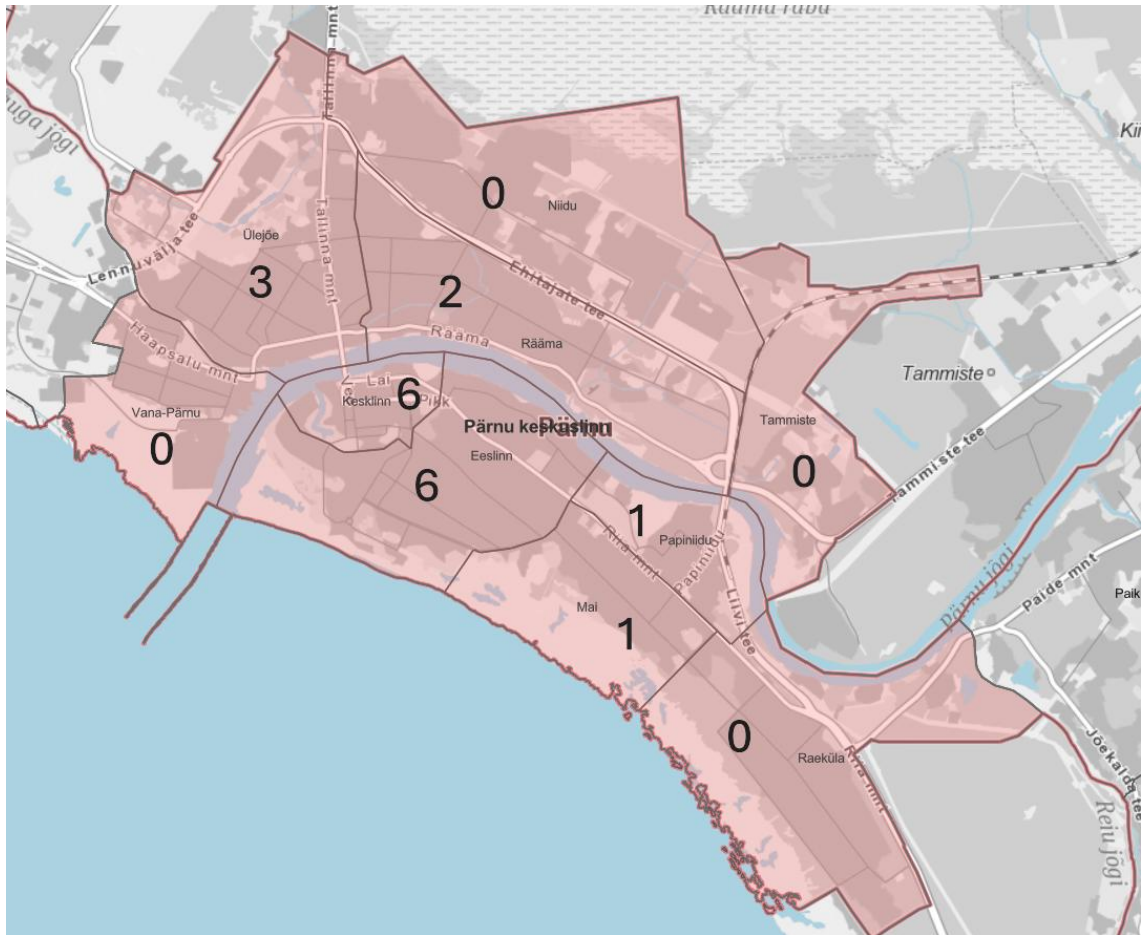
- Tervisekassa. (2024b, 19. september). *Tasuta hambaravi*. <https://www.tervisekassa.ee/inimesele/hambaravi/taiskasvanute-hambaravi/tasuta-hambaravi>
- Tervisekassa. (2025a, 30. aprill). *Hambaarstid*. <https://www.tervisekassa.ee/inimesele/arsti-ja-oendusabi/tervisekassa-lepingupartnerid/hambaarstid>
- Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (2001). *Riigi Teataja I*, 50, 284; *Riigi Teataja I*, 11.12.2024, 8. <https://www.riigiteataja.ee/akt/TTKS>
- Wilson, N. J., Lin, Z., Villarosa, A., Lewis, P., Philip, P., Sumar, B., & George, A. (2019). Countering the poor oral health of people with intellectual and developmental disability: a scoping literature review. *BMC Public Health*, 19(1), Article 1530. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7863-1>
- Winkelmann, J., Rossi, J. G., Schwendicke, F., Dimova, A., Atanasova, E., Habicht, T., Kasekamp, K., Gandré, C., Or, Z., McAuliffe, Ú., Murauskiene, L., Kroneman, M., De Jong, J., Kowalska-Bobko, I., Badora-Musiał, K., Motyl, S., Augusto, G. F., Pažitný, P., Kandilaki, D., ... Panteli, D. (2022). Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach. *BMC Oral Health*, 22(1), Article 65. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02095-4>
- Winkelmann, J., Rossi, J. G., & van Ginneken, E. (2022). Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health Systems in Transition*, 24(2), 1–176. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355605/HiT-24-2-2022-eng.pdf>
- World Health Organization. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu Ülikool. ADA. <http://hdl.handle.net/10062/36419>

Lisa 1. Patsiendi teekond Eesti tervishoiusüsteemis



Allikas: Habicht *et al.*, 2018, lk 120; Habicht *et al.*, 2023, lk 9.

Lisa 2. Pärnu kesklinna jaotus ning hambaraviasutuste arv asumis



Allikas: Pärnu linna Geoveeb, s. a., autori kohandatud.

Lisa 3. Intervjuu hambaraviasutustes

1. Kui palju hambaarste Teie kliinikus töötab?
2. Mitmed neist võtavad vastu puuetega patsiente? (D'Addazio *et al.*, 2021, lk 6)
3. Palun selgitage oma sõnadega, mis on puue?
4. Millise puudega kliente on teil kõige raskem teenindada? Palun põhjendage oma vastust. (D'Addazio *et al.*, 2021, lk 7)
5. Kas Teie kliinik on Tervisekassa partner? (Tervisekassa, 2023, lk 41)
6. Kuidas kogute informatsiooni ravile tuleva puudega patsiendi kohta?
7. Millist informatsiooni kogute enne puudega patsiendi vastu võtmist temalt või tema hooldajalt? (Tervisekassa, 2024b)
8. Millised on Teie arvates peamised takistused puuetega inimeste hambaraviteenuste kättesaadavusel? (Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 3)
9. Millisel määral pakute professionaalset suuhügieeniõpet puuetega patsientide eestkostjatele või puuetega inimestele? (Juzbašić *et al.*, 2021, lk 172)
10. Mida arvate mobiilsete hambaravide loomisest, et teenus oleks puuetega inimestele kättesaadavam? (Bhadauria *et al.*, 2024, lk 9)
11. Milline on ettevalmistus ülikoolides hambaarstidele töötamiseks puuetega inimestega? (Balasubramanian, 2014, lk 184)
12. Kui palju peavad hambaarstid ennast koolitama puuetega inimestega töötamiseks? (Da Rosa *et al.*, 2020, lk 10)
13. Vastavalt Tervisekassa kodulehe informatsioonile, ei paku teie hambaravi üldnarkoosis hambaraviteenust. Olete Te selle pakkumise peale mõelnud? (Tervisekassa, 2025a)
14. Millised on seni olnud peamised takistused üldnarkoosis hambaravi pakkumisel? (Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2018, lk 95)
15. Mida arvate Eesti Tervisekassa hambaravihüvitamise süsteemist puuetega inimestele? (Tervisekassa, 2024a)
16. Millised on Teie meelest peamised takistused puuetega inimeste hambaraviteenuste ligipääsetavusel? (Da Rosa *et al.*, 2020, lk 1)
17. Kuidas hindate enda kliiniku füüsilist ligipääsetavust? (Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 8–9; Carlsson *et al.*, 2022, lk 6–7)

Lisa 3 järg

18. Milliseid kohandusi olete teinud, et võtta vastu liikumispuudega patsiente? (Makansi *et al.*, 2021, lk 335)
19. Mis on peamised väljakutsed liikumispuudega patsientide teenindamiseks?
20. Milliseid kohandusi olete teinud, et vastu võtta intellektipuudega patsiente? (Choi & Doh, 2021, lk 88–89)
21. Mis on peamised väljakutsed intellektipuudega patsientide teenindamiseks? (Choi & Doh, 2021, lk 88–89)
22. Milliseid kohandusi olete teinud, et vastu võtta pimedaid/nägemispuudega patsiente? (Eesti Pimedate Liit, 2016, lk 10)
23. Mis on peamised väljakutsed pimedate/nägemispuudega patsientide teenindamiseks? (Eesti Pimedate Liit, 2016, lk 10)
24. Milliseid kohandusi olete teinud, et vastu võtta kurte/kuulmispuudega patsiente? (Dimitra *et al.*, 2014, lk 103–104)
25. Mis on peamised väljakutsed kurtide/kuulmispuudega patsientide teenindamiseks? (Dimitra *et al.*, 2014, lk 103–104)
26. Kui palju teete koostööd teiste hambaraviasutustega? (Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 9)
27. Milles see koostöö seisneb pidades silmas puuetega patsientide ravi? (Näiteks röntgen) (Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 9)
28. Kuidas on Teie kodulehel arvestatud informatsiooni kättesaadavust puuetega inimestele? (Sotsiaalministeerium, 2020, lk 5)
29. Kui sageli uuendate kodulehel olevat informatsiooni?
30. Kes tegeleb kodulehe sisuloome ja haldamisega?
31. Kuidas suhtute sellesse, kui puuetega inimesed jagaksid enda kogemusi ülikoolis arsti tudengitele tervishoiuteenuste kasutamise kohta? (Rotenberg *et al.*, 2022, lk 4)
32. Mis võiks Teie arvates parandada puuetega inimeste suuhügieeni? (Juzbašić *et al.*, 2021, lk 172)
33. Kuidas muuta hambaraviteenused kättesaadavamaks?
34. Kuidas muuta hambaraviteenused ligipääsetavamaks?
35. Kui Teil on veel enda poolt midagi lisada, siis kuulan Teie mõtteid hea meelega.

Lisa 4. Intervjuu hoolekandeesutuste esindajatega ja puuetega inimestega

1. Kui vana Te olete?
 - 18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69, 70+
2. Milline on Teie puue?
3. Millised on Teie erivajadused lähtudes Teie puudest?
4. Milliseid abivahendeid kasutate igapäevaselt?
5. Kui vanalt külastasite esimest korda hambaarsti? (De Gutierrez *et al.*, 2018, lk 5)
6. Kui tihti külastate praegu hambaarsti? (D’Addazio *et al.*, 2021, lk 8)
 - Siis kui on hädavajalik, harvem kui kord aastas, kord aastas, kord poolaastas, rohkem kui kord poolaastas
7. Kuidas hindate enda teadmisi suuhügieenist? (Juzbašić *et al.*, 2021, lk 171–172)
 - Väga hea, hea, keskmine, halb, väga halb, ei oska/ei taha öelda
8. Kuidas olete omandanud suuhügieeni teadmised? (Juzbašić *et al.*, 2021, lk 171–172)
9. Kuidas saate informatsiooni hambaraviasutuste kohta, kes on Tervisekassa partnerid ning kelle juures saab kasutada hambaravihüvitist? (Eesti Haigekassa, 2019, lk 6)
10. Mida teate hambaravihüvitise kasutamise võimalustest? (Tervisekassa, 2024a)
11. Millised võimalused on Teil valida endale sobivat hambaravi teenust ehk mitut hambaraviteenuse pakkujat Te teate, kuhu mure korral pöörduda? (Tervisekassa, 2023, lk 41–42)
12. Milliseid väljakutseid olete kogunud hambaraviasutuste kodulehtedelt informatsiooni otsides? (Sotsiaalministeerium, 2020, lk 5)
13. Millist rolli mängib hambaarsti valikul kaugus elukohast? (Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 8)
14. Kui lihtne on hambaarstile aja broneerimine? (Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2018, lk 100)
15. Mis on peamised probleemid, millega Teie või Teie tutvusringkonnas sama abivajadusega inimesed kokku puutuvad hambaravi aega broneerides? (Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2018, lk 100)
16. Kui kaua peate tavaliselt hambaravi järjekorras ootama, enne kui arsti juurde pääsete? (OECD/European Observatory, 2023, lk 16)
17. Milliseid takistusi kogete teekonnal hambaraviasutusse? (Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 8–9)

Lisa 4 järg

18. Millised on Teie meelest peamised ligipääsetavust puudutavad murekohad hambaraviasutustes lähtudes Teie erivajadusest? (Winkelmann, Rossi, Schwendicke *et al.*, 2022, lk 9–10; Carlsson *et al.*, 2022, lk 6–7)
19. Millised on Teie arvates peamised takistused puuetega inimeste hambaraviteenuste kättesaadavusel? (Habicht *et al.*, 2023, lk 12–13; Kuper *et al.*, 2024, lk e316)
20. Kuidas hindate hambaravi üldist maksumust ja selle jõukohasust? (Kui ravi ise on tasuta, siis kas lisakulud transpordile jm on jõukohased?) (Habicht *et al.*, 2018, lk 141; Tervisekassa, 2024a)
21. Kuidas hindate saadud hambaravi vastavust Teie vajadustele?
22. Kuidas on Teie kogemused hambaarstide ja kliiniku personaliga mõjutanud Teie suhtumist hambaraviteenuste kasutamisse? (Devinsky *et al.*, 2020, lk 2)
23. Milline on Teie valmisolek ülikoolides jagama enda kogemusi arsti erialal õppivatele üliõpilastele, tervishoiuteenuste kasutamise kohta? (Rotenberg *et al.*, 2022, lk 4)
24. Kuidas veel tõsta hambaarstide ja kliiniku personali teadlikkust ja valmisolekut töötada puuetega inimestega? (Rotenberg *et al.*, 2022, lk 4)
25. Kuidas võiks Teie arvates parandada ning tõsta puuetega inimeste teadlikkust suuhügieenist? (Juzbašić *et al.*, 2021, lk 172)
26. Kuidas muuta hambaraviteenused kättesaadavamaks?
27. Kuidas muuta hambaraviteenused ligipääsetavamaks?
28. Kui Teil on veel enda poolt midagi lisada, siis kuulan Teie mõtteid hea meelega.

SUMMARY

AVAILABILITY AND ACCESSIBILITY OF DENTAL CARE SERVICES FOR PEOPLE WITH DISABILITIES: THE EXAMPLE OF PÄRNU COUNTY

Greta Pedaja

The purpose of this work is to find out the availability and accessibility of dental care services for people with disabilities, using the city of Pärnu in Estonia as a case study. The research focused on both the experiences of people with disabilities and the perspectives of dental care providers, highlighting key barriers and proposing practical solutions to improve access to dental care. The topic is particularly relevant due to the disparities in health and oral health outcomes between people with disabilities and the general population.

Based on the purpose of the work, the author formulates the following research questions:

- How do people with disabilities and representatives of care institutions assess the availability and accessibility of dental services?
- How do dental care providers assess the availability and accessibility of dental services?

The study relies on the ecological systems theory to achieve the research objective.

People with disabilities experience a higher incidence of general and oral health problems compared to the general population, which significantly impacts their quality of life and social inclusion. Despite their right to equal access to healthcare, they face substantial systemic barriers, leading to a high rate of unmet healthcare needs. Key identified barriers include the high cost of services, particularly dental care, where out-of-pocket expenses in Estonia are significantly above the European average, long waiting lists for specialist

appointments, and a shortage of healthcare professionals, including dentists, coupled with insufficient training to meet the specific needs of patients with disabilities.

The empirical study employed a qualitative research method using semi-structured and structured interviews with individuals with disabilities, representatives of care institutions, and representatives of dental clinics. The findings confirmed that the availability and accessibility of dental services for people with disabilities are limited. The main issues affecting availability were the high cost of services and an inadequate compensation system, which does not cover actual treatment costs and lacks flexibility. Difficulties in obtaining a free dental care diagnosis, crucial for accessing free dental care for individuals with severe mental and physical disabilities, were also identified as a barrier. Long waiting lists were a common problem due to the shortage of dentists. The study also revealed a lack of professional oral hygiene education for people with disabilities and their caregivers. Regarding accessibility, while physical access seemed mostly resolved for those who had found a suitable clinic, issues like steep stairs and lack of parking persisted. Dental clinics generally have not made specific adjustments for patients with visual, hearing, or intellectual impairments, assuming the presence of a companion, yet finding a companion or interpreter is often difficult for individuals with disabilities. A significant problem is the insufficient knowledge and preparedness of dentists and clinic staff to work with people with disabilities, with limited training primarily occurring through practical experience. These multifaceted problems, confirmed by both theoretical background and empirical findings, collectively significantly restrict the availability and accessibility of essential dental services for people with disabilities.

Additionally, it would be valuable to assess whether the structure and scope of the dental reimbursement scheme truly reflect the needs of people with disabilities—particularly regarding the reimbursement limits, the range of covered services, and the extent to which these benefits offset actual treatment costs. Such research would provide insights into whether the existing system adequately supports oral health care or requires policy adjustments to better meet patient needs.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Greta Pedaja,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Hambaraviteenuste kättesaadavus ja ligipääsetavus puuetega inimestele Pärnu linna näitel“, mille juhendaja on Liina Käär, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Greta Pedaja

19.05.2025