

Powszechna opieka stomatologiczna

Obcęgi i wiertło czy szczotka



foto: iStockphoto

Wciąż słyszymy: „To tylko zęby! Kogo to obchodzi?”. Jednak w Europie i na świecie w ciągu tych minionych trzech lat o zdrowiu jamy ustnej mówiło się dużo, głównie o konieczności interdyscyplinarnego traktowania leczenia stomatologicznego.

12 września 2010 r. będziemy obchodzić po raz trzeci Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej, ustanowiony uchwałą Światowej Federacji Dentystycznej (FDI), która jest jedną z najstarszych międzynarodowych zawodowych organizacji, kompetentnym i niezależnym głosem stomatologów. Zamiarem FDI jest uświadomienie rządowi i społeczeństwu znaczenia zdrowia jamy ustnej dla zdrowia ogólnego, a także komfortu życia jednostki, zwrócenie uwagi decydentów na konieczność zapewnienia pieniędzy i możliwości poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństw w zakresie zdrowia jamy ustnej oraz wprowadzenie działań wzmacniających profilaktykę w tym zakresie. Dlatego głównym problemem eksponowanym przez lekarzy dentystów zaangażowanych w promocję zdrowia jamy ustnej jest ukazanie wagi schorzeń i aspektu ekonomicznego ich wczesnego leczenia.

Epidemiologia

Z danych na temat zdrowia i zdrowego stylu życia opracowanych przez CEBOS jasno wynika, że zdrowie to jedno z najwyższej cenionych dóbr w polskim społeczeństwie. Zachowanie go w dobrym stanie jako jedną z najważniejszych wartości codziennego życia wskazuje prawie trzy piąte respondentów (59 proc.), wyżej jest cenione jedynie szczęście rodzinne (76 proc.). Choć 75 proc. społeczeństwa uważa, że samemu trzeba dbać o własne zdrowie, deklaracja ważności zdrowia nie przekłada się na aktywną postawę, jak choćby proste ćwiczenia fizyczne czy badania lekarskie i wizyty profilaktyczne u stomatolo-

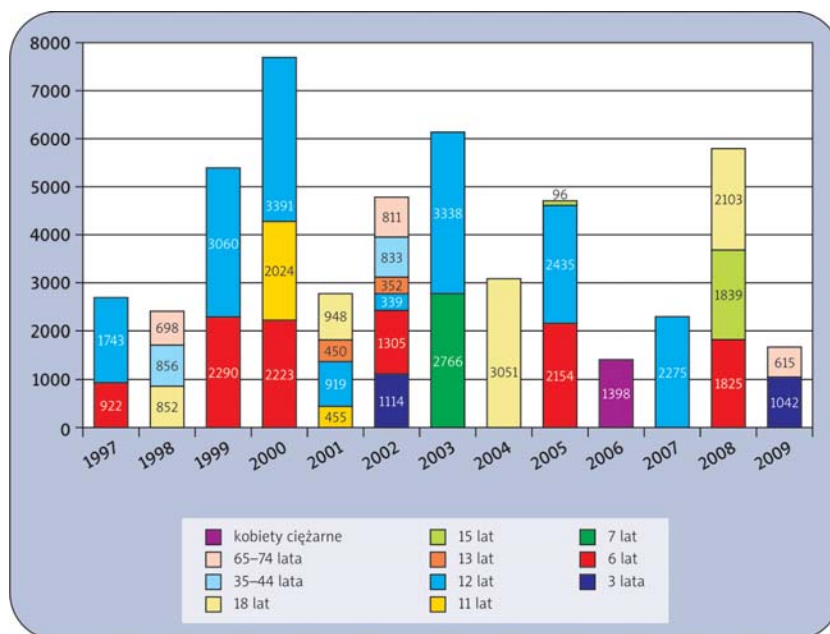
ga, na które 26 proc. osób nie zgłasza się w ogóle, a 43 proc. maksymalnie raz na rok.

Trochę lepiej wypadły opublikowane w marcu przez Komisję Europejską wyniki pierwszego ankietyowego Eurobarometru dotyczącego samooceny jamy ustnej Europejczyków. W 2009 r. konsultowało się ze stomatologiem tylko 57 proc. ankietowanych, połowa respondentów stwierdziła, że ich ostatnia wizyta w gabinecie stomatologicznym była wizytą kontrolną, jedna trzecia poddała się rutynowemu badaniu, natomiast u co piątego konieczna była terapia stomatologiczna.

Większość respondentów wprawdzie nie narzekała na problemy dotyczące jamy ustnej, ale zaledwie 41 proc. zachowało wszystkie naturalne zęby, 15 proc. miało problemy z przeżuwaniami i nagryzaniem jedzenia wynikającym z własnych zaniedbań, a 16 proc. doświadczało bólu zębów i przyzębia. Wyglądu swoich zębów, zarówno prawdziwych, jak i sztucznych, wstydziło się 7 proc. ankietowanych. Eurobarometr podaje również główne powody unikania dentysty przez ankietowanych (w ostatnich dwóch latach): lekceważenie problemów jamy ustnej (33 proc.), brak uzębienia lub posiadanie sztucznych zębów (16 proc.), kosztowność leczenia (15 proc.) oraz dentofoobia (10 proc.). Badania przeprowadzono w październiku 2009 r. Wzięło w nich udział 27 państw należących do UE oraz trzy kraje ubiegające się o członkostwo. Skupiono się na trzech aspektach: stanie uzębienia, nawykach żywieniowych i leczeniu zębów.

Główną bazą danych o zdrowiu jamy ustnej jest „Monitoring zdrowia jamy ustnej” przeprowadzany od 13 lat w Polsce. W poszczególnych latach badano różne grupy wiekowe oraz kobiety ciężarne.

Dane z Monitoringu 2009 pokazują wagę problemu nie tylko w odniesieniu do dzieci, ale i dorosłych. Odsetek bezzębnych Polaków w wieku od 65 do 74 lat to aż 43,9 proc.! Jest coraz gorzej, bo w 1998 r. było ich jedynie



Rycina 1. Trzydzieści lat monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej w Polsce

34,7 proc. A z zachowaną funkcją żucia w tej samej grupie wiekowej mamy tylko 49,6 proc. osób, gdy jeszcze niedawno (w 2002 r.) wskaźnik ten wynosił 69,4 proc.

Mobilizacja stomatologów

Podczas 60. Światowego Zgromadzenia Zdrowia zorganizowano sesję poświęconą zagadnieniom zdrowia jamy ustnej i przyjęto zgłoszoną przez FDI rezolucję Zdrowie jamy ustnej: plan działania dla promowania i zintegrowanego zapobiegania chorobom.

O związkach między zdrowiem ogólnym a zdrowiem jamy ustnej debatowano ponadto na ostatniej siódmej WHO Global Conference on Health Promotion [GCHP]. Pierwszy raz w historii światowej konferencji dotyczącej promocji zdrowia zdrowie jamy ustnej otrzymało tak wysoki status.

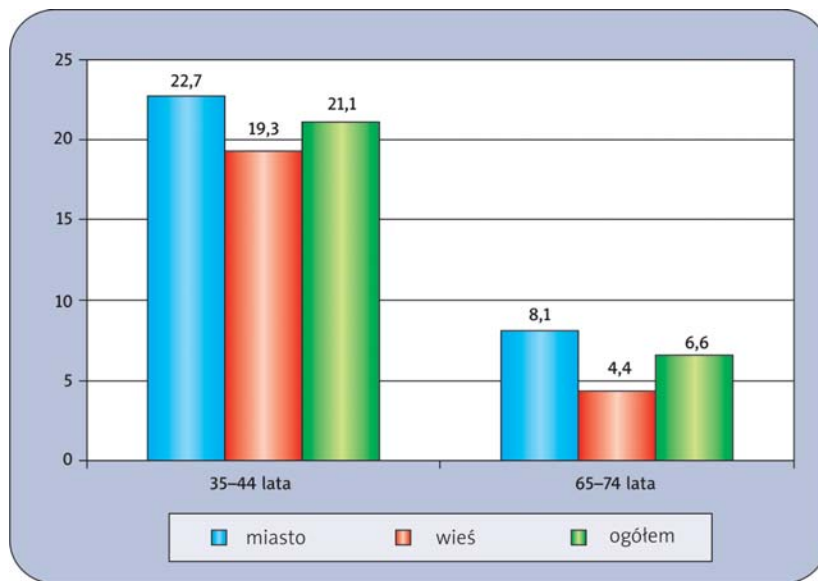
Także w Parlamencie Europejskim 27 kwietnia odbyła się debata

na temat zdrowia jamy ustnej. Wezwano Komisję Europejską do opracowania szczegółowego planu działania UE w tym zakresie.

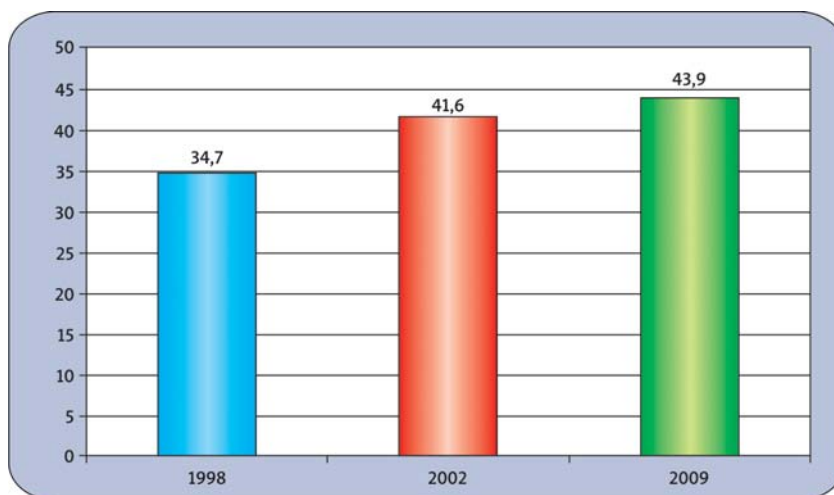
Polski zębodół

Czy jednak za słowami podążają działania? W Polsce tego nie widać. W krajach o wysokich przychodach chorobom jamy ustnej przeciwstawiono się poprzez wprowadzenie zaawansowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu jamy ustnej. Większość systemów opiera się na opiece świadczonej przez prywatne gabinety dentystryczne, chociaż kilka państw zorganizowało publiczne systemy zdrowia jamy ustnej. W większości krajów o niskich lub średnich przychodach inwestycje w opiekę zdrowotną jamy ustnej są niskie, a zasoby przede wszystkim przeznacza się na opiekę zdrowotną w sytuacjach nagłych i w celu łagodzenia bólu.

„ Odsetek bezzębnych Polaków w wieku od 65 do 74 lat to aż 43,9 proc. ”



Rycina 2. Liczba zachowanych zębów własnych u osób w wieku 35–44 oraz 65–74 lat



Rycina 3. Odsetek bezzębnych osób w wieku 65–74 lat w latach 1998–2009

Jakby na przekór wskazaniom światowych i europejskich organizacji zajmujących się ochroną zdrowia, w Polsce fundusze przeznaczone na opiekę stomatologiczną w ramach pieniędzy publicznych, którymi zarządza NFZ, systematycznie są uszczuplane. Zlikwidowano praktycznie szkolne gabinety stomatologiczne, zniknęło bezpowrotnie planowane leczenie dzieci i młodzieży. Często w debatach słyszymy, że największym błędem, jaki popełniła polska medycyna w ostatnim dwu-

dziestoleciu, było wycofanie pediatrów i stomatologów ze szkół. Polskie Towarzystwo Pediatryczne postuluje powrót lekarzy i lekarzy dentystów do szkół.

A NFZ swoje... czyli nic

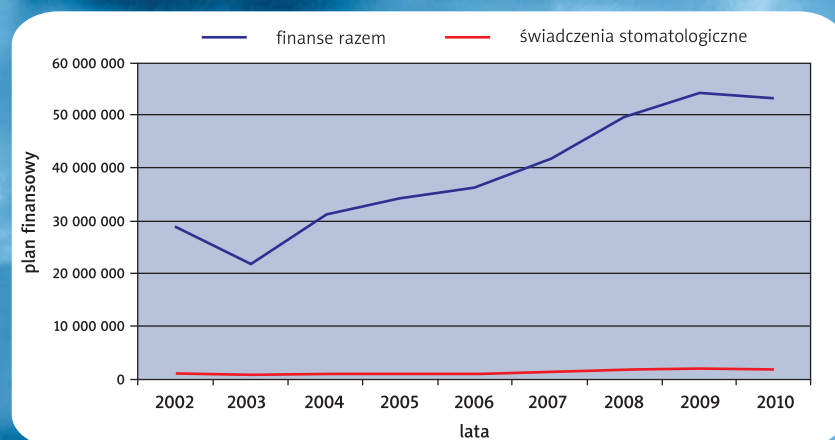
Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej wielokrotnie zwracała się do przedstawicieli administracji państwowej z apelem o podjęcie działań w celu urzeczywistnienia polityki zdrowotnej zawartej w Narodowym Programie Zdrowia



oraz umożliwienie sprawowania opieki zdrowotnej nad obywatelami zgodnie z wytycznymi rezolucji Światowej Organizacji Zdrowia.

Opisując negatywne zjawiska w polskim systemie, należy stwierdzić, że na pierwszy plan wysuwają się problemy ekonomiczne, czyli bardzo niskie nakłady na publiczny sektor ochrony zdrowia, w tym na stomatologię. Od kilkunastu lat spada ranga problematyki stomatologicznej, co przyczynia się do dużego ograniczania funduszy na ten cel. Przykładem jest średnia kwota w opiece stomatologicznej przeznaczona rocznie na osobę, pokrywająca zaledwie jedną czwartą kosztu wypełnienia jednego ubytku.

Rycina 4. Plan finansowy NFZ



„ Aż 15% Europejczyków ma problemy z przeżuwaniem i nagryzaniem jedzenia wynikającym z własnych zaniedbań, a 16% doświadcza ból zębów i przyzębia ”

Monitorowanie kontraktowania świadczeń stomatologicznych finansowanych z pieniędzy publicznych od kilku lat wskazuje na podobną liczbę podmiotów współpracujących z NFZ, tj. 9,5 tys. umów kontraktowych. W tym są 4352 praktyki lekarskie, a pozostałe to publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (wg GUS). Stomatologia jest niemal całkowicie sprywatyzowana, oparta na indywidualnych praktykach lekarskich. W tej formie zawód wykonuje 80 proc. stomatologów. Z centralnego rejestru lekarzy i lekarzy stomatologów NIL wynika, że 29 tys. spośród 35 tys. dentyistów w Polsce ma czynne prawo wykonywania zawodu. Samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów

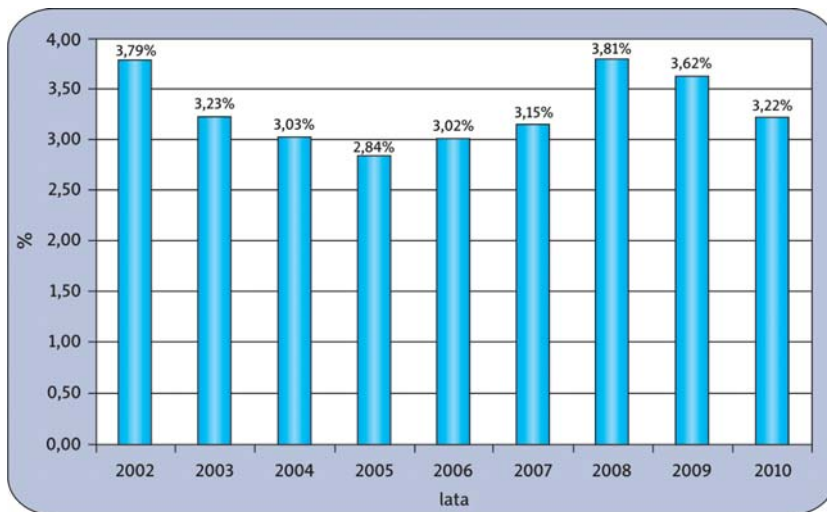
berze udział w określaniu polityki zdrowotnej państwa. Negocjowanie cen za poszczególne procedury medyczne nie mieści się w bezpośrednich kompetencjach samorządu, choć przedstawiciele KS w licznych rozmowach z NFZ starali się uzmysłowić faktyczne koszty świadczeń stomatologicznych i potrzeby zdrowotne w tym zakresie.

Duże nadzieje wiązano z korzystnym dla stomatologów wyrokiem UOKiK. Prace nad tą sprawą trwały latami. Podstawą do wystąpienia były wyliczenia rzeczywistych kosztów usług stomatologicznych dokonane przez Waldemara Stylę, zlecone przez Komisję Stomatologiczną NRL, a następnie aktualizowane. NFZ zadeklarował, że do końca 2009 r.

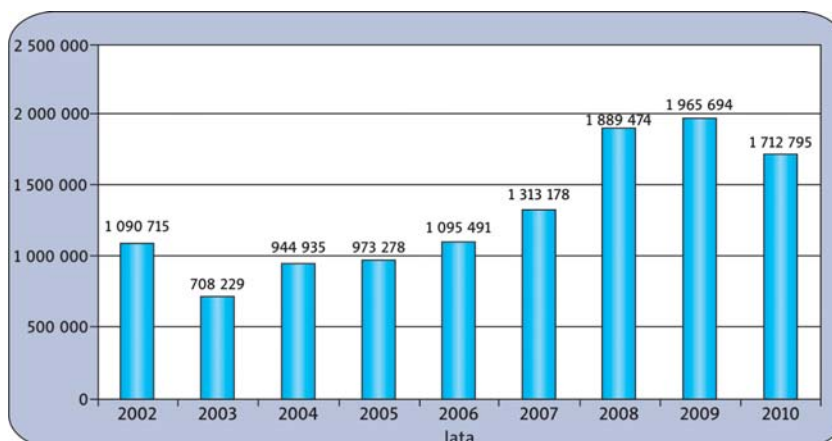
ceny NFZ zrównają się z rzeczywistymi. Wiemy, że tak się nie stało.

Jedynie w 2008 r. budżet na stomatologię wzrósł, jednak nie nastąpił satysfakcjonujący wzrost liczby punktów za poszczególne procedury, nie wzrosła również wartość kwotowa punktu. Są też kontraktowane dodatkowe świadczenia profilaktyczne dla dzieci i młodzieży. Uwzględnia to częściowo priorytety przyjęte przez KS NRL. Niestety, przy nadal niskich i limitowanych nakładach na stomatologię pogłębia się przepaść pomiędzy rzeczywistym poziomem kosztów a możliwościami ich finansowania z pieniędzy publicznych.

Apele polskich stomatologów wpisują się w jednobrzmiące monity



Rycina 5. Procentowy udział środków przeznaczonych na leczenie stomatologiczne



Rycina 6. Kwota zaplanowana na świadczenia stomatologiczne w latach 2002–2010

europejskie i światowe, wydarzeń związanych ze zdrowiem jamy ustnej przybywa.

Aspekt ekonomiczny schorzeń jamy ustnej

Komisja Stomatologiczna NRL wielokrotnie wskazywała, że znaczenie opieki stomatologicznej jest niedoceniane. Mamy nadzieję, że argu-

menty wyrażone przez KS NRL, poparte autorytetem WHO oraz Parlamentu Europejskiego, skłonią odpowiedzialnych za politykę zdrowotną do wzmocnienia wysiłków propagujących działania na rzecz profilaktyki zdrowotnej w stomatologii i zapobiegną pogarszaniu poziomu finansowania świadczeń stomatologicznych.

„ Wiedza z zakresu chorób wewnętrznych nabiera coraz większego znaczenia dla lekarzy dentystów ”

Świadomość zdrowotna społeczeństwa, powodująca wczesną zgłaszalność, wbrew ogólnemu mniemaniu nie rodzi kosztów, lecz przynosi ogromne oszczędności finansowe, pozwalając uniknąć kosztocłonnych powikłań. Nie wolno też zapominać o poprawie komfortu życia – o dzieciach bez dentofobii, o dorosłych bez uporczywego bólu zęba, o ludziach starszych bez kłopotów żywieniowych spowodowanych szczątkowym uzębieniem, o uśmiechu nieprzysłanianym dłonią. To wszystko warte jest rzeczywistych działań na rzecz profilaktyki zdrowotnej w stomatologii.

Dla stomatologów wiedza na temat poważnych, negatywnych konsekwencji, jakie choroby jamy ustnej mogą mieć dla zdrowia człowieka, jest sprawą oczywistą. W społeczeństwie atakowanym wiadomościami o chorobach nowotworowych, cukrzycy czy schorzeniach układu krążenia – szkodliwe efekty próchnicy mogą wydawać się kwestią mniej ważną i są ignorowane. Najważniejsze, że ponad 90 proc. chorób jamy ustnej jest możliwe do uniknięcia i wiemy, jak to robić.

Próchnica jest najbardziej rozpowszechnioną na świecie przewlekłą chorobą, szczególnie dotyczącą dzieci. W Polsce powszechność chorób jamy ustnej jest zatrważająca. Ich konsekwencje to niepotrzebny ból i cierpienie, przy tym są one przyczyną absencji chorobowej na równi z chorobami ogólnymi. Stanowią one zagrożenie w przebiegu ciąży i porodu. Wpływają na niepomysłny przebieg leczenia innych chorób. Nieleczona próchnica ze swoimi następstwami ma ogromny wpływ na jakość życia we wszystkich jego aspektach.

Pacjenci nie są w stanie ocenić, a często nawet dostrzec, zmian rozwijających się w jamie ustnej. To zadanie spoczywa na stomatologu. Jak powiedział prof. Jan Zapala podczas konferencji w NIL, nowotwory głowy i szyi stanowią 12,2 proc. zachorowań na nowotwory

złośliwe w Polsce. Tymczasem większość chorych (od 73 do 90 proc.) trafia do kliniki w III lub IV stopniu zaawansowania raka, co znacznie zmniejsza szanse ich 5-letniego przeżycia. O ułomności systemu opieki zdrowotnej świadczy przerażający fakt, że średni czas od rozpoznania choroby do leczenia to dwa lata!

Aby było lepiej

W planowaniu opieki stomatologicznej wymienia się sześć najważniejszych kwestii: potrzeby populacji, docenianie znaczenia zdrowia ogólnego i zdrowia jamy ustnej, zasoby finansowe i ludzkie, wolę oraz wpływy polityczne, kto podejmuje decyzje, systemy pilotażowe i monitorowanie. Potrzeby populacji muszą być oceniane za pomocą lokalnych i ogólnokrajowych badań. Oprócz potrzeb istnieją wymagania pacjentów, które w stomatologii coraz częściej są związane nie tylko ze zdrowiem, ale i z kosmetyką. Zdarzają się akcje zdrowotne w miastach czy gminach, ale nie ma programu edukacyjnego z prawdziwego zdarzenia.

Planowanie poprawy opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą utrudniają przeszkody w rejestracji i funkcjonowaniu działalności gospodarczej małych firm, jakimi są gabinety stomatologiczne. Utrudnienia biurokratyczne, zwiększanie wymagań formalnych, wreszcie obciążenia finansowe zniechęcają potencjalnych lekarzy przedsiębiorców do prowadzenia działalności, tym bardziej że od lat mówi się bez skutku o potrzebie ułatwień.

Komisja Stomatologiczna NRL zorganizowała konferencję Stomatologia 2010, która odbyła się 16 czerwca 2010 r. w siedzibie NIL z udziałem m.in. konsultantów krajowych. Konferencja była okazją do wymiany poglądów na temat stanu opieki stomatologicznej w Polsce oraz zainteresowania tą problematyką mediów. *Menedżer Zdrowia* był jej patronem medialnym.

Zainteresowanie było duże, salę wypełnili liczni goście, przybyło wielu konsultantów wojewódzkich, głównie ds. periodontologii i stomatologii dziecięcej. To druga taka konferencja zorganizowana z inicjatywy przewodniczącej KS NRL. Poprzednia debata (Kierunki usprawnienia opieki stomatologicznej w Polsce) była okazją do wymiany poglądów na szerokim forum. Gościem był wówczas prof. Kenneth Eaton, ekspert Europejskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego

Światowe trendy

Trendy w opiece stomatologicznej mają wpływ na profil zawodu lekarza dentysty. Obciążenia chorobami jamy ustnej stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego. Znalazło to odzwierciedlenie w rezolucji Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) Lekarz Dentysta Przyszłości.

CED z zadowoleniem przyjmuje fakt, że UE próbuje stworzyć zintegrowaną strategię zdrowia, która

„ Na przekór wskazaniom światowych organizacji zajmujących się ochroną zdrowia, w Polsce z pieniędzy publicznych coraz mniej wydaje się na opiekę stomatologiczną ”

Jamy Ustnej, CEEDO i paru innych organizacji ds. finansowania systemów ochrony zdrowia, planowania personelu.

Podczas tegorocznej konferencji omówiono epidemiologię schorzeń jamy ustnej w Polsce i w Europie, problemy onkologii w stomatologii, rolę stomatologa jako lekarza pierwszego kontaktu, podkreślając korelacje schorzeń jamy ustnej i chorób ogólnoustrojowych. Mówiono o chorobie próchnicowej i schorzeniach przyzębia jako o publicznym problemie zdrowotnym, światowych standardach, opiece stomatologicznej w szkołach i kontraktowaniu usług.

Padły różne propozycje naprawy obecnej sytuacji, m.in. fluorkowania produktów spożywczych, opieki nad przedszkolakami w postaci nadzorowanego szczotkowania, a przede wszystkim większych nakładów na stomatologię, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki. Wielki nacisk we wszystkich publikacjach i dyskusjach kładzie się na profilaktykę jako podstawowe działanie długoterminowe.

mogłaby rozwiązać problemy wynikające z narastającego różnicowania socjalnego, nierówności ekonomicznej, globalizacji, starzenia się społeczeństwa i bardzo intensywnego rozwoju technologicznego. Stomatologia ma do odegrania ważną rolę w tej strategii. Promocja zdrowia jamy ustnej powinna być integralną częścią ogólnej promocji zdrowia wśród Europejczyków, gdyż jest determinantą zdrowia ogólnego i jakości życia. Rezolucja CED odnosi się do roli lekarza stomatologa jako lekarza pierwszego kontaktu: ...należy bardziej medycznie ukierunkować kształcenie lekarzy dentystów. Wzrasta liczba osób w podeszłym wieku, które oprócz problemów w zakresie chorób jamy ustnej mają poważne problemy ogólnozdrowotne. Wiedza na temat chorób wewnętrznych nabiera coraz większego znaczenia dla dentystów, którzy przed rozpoczęciem leczenia stomatologicznego muszą rozpoznawać tego rodzaju problemy kliniczne i właściwie współpracować z innymi pracownikami ochrony zdrowia.

Anna Lella, Tomasz Korkosz