

Zdrowie jamy ustnej 2

Zlikwidować zaniedbania w zakresie zdrowia jamy ustnej na świecie: czas na radykalne działania

Richard G Watt, Blanaid Daly, Paul Allison, Lorna M D Macpherson, Renato Venturelli, Stefan Listl, Robert J Weyant, Manu R Mathur, Carol C Guarnizo-Herreno, Roger Keller Celeste, Marco A Peres, Cristin Kearns, Habib Benzian

Choroby jamy ustnej są poważnym, globalnym problemem z zakresu zdrowia publicznego, dotyczącym ponad 3-5 miliardów osób. Stomatologia jak dotąd nie jest w stanie rozwiązać tego problemu. Obecnie potrzebne jest całkowicie odmienne podejście. W niniejszym, drugim z tekstów w Serii poświęconej zdrowiu jamy ustnej, przedstawiamy krytykę stomatologii, podkreślając jej główne ograniczenia oraz zwracając uwagę na pilną potrzebę reformy systemu. W krajach o wysokich dochodach obecne podejście – zdominowane przez leczenie, coraz bardziej zaawansowane technologicznie, interwencyjne i specjalistyczne – nie zajmuje się podstawowymi przyczynami chorób i nie rozwiązuje nierówności w zakresie zdrowia jamy ustnej. W krajach o niskich i średnich dochodach ograniczenia związane z tzw. zachodnią opieką dentystyczną są najostrzej widoczne. Opieka dentystyczna jest często niedostępna fizycznie oraz finansowo i niewłaściwa dla większości tych populacji – w szczególności dla osób ubogich z regionów wiejskich. Zamiast izolacji i oddzielania od głównego systemu opieki zdrowotnej stomatologia musi być bardziej zintegrowana, zwłaszcza z usługami opieki podstawowej. Globalne dążenie do zapewnienia powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych stanowi doskonałą okazję do przeprowadzenia takiej integracji. Systemy opieki stomatologicznej powinny w większym stopniu koncentrować się na promowaniu i utrzymywaniu zdrowia jamy ustnej oraz na osiągnięciu większej równości w zakresie zdrowia jamy ustnej. Spożycie cukru, alkoholu i palenie tytoniu oraz leżące u ich podstaw czynniki społeczne i komercyjne są wspólnymi czynnikami ryzyka występującymi wspólnie z szeregiem innych chorób niezakaźnych. Potrzebne są spójne i kompleksowe regulacje i przepisy prawne, aby stawić czoła tym wspólnym czynnikom ryzyka. W niniejszym dokumencie skupiamy się na potrzebie ograniczenia konsumpcji cukru i opisujemy, w jaki sposób można to osiągnąć poprzez przyjęcie szeregu strategii politycznych opracowanych w celu zwalczania strategii korporacyjnych stosowanych przez światowy przemysł cukrowniczy dla promowania konsumpcji cukru i zysków. Obecnie przemysł cukrowniczy wywiera wpływ na badania naukowe w obszarze stomatologii, na politykę w zakresie zdrowia jamy ustnej oraz na organizacje profesjonalne poprzez swoje dobrze rozwinięte strategie korporacyjne. Konieczne jest opracowanie jaśniejszych, bardziej przejrzystych zasad i procedur dotyczących konfliktów interesów, aby ograniczyć i wyjaśnić wpływ przemysłu cukrowniczego na badania, politykę i praktykę. Zwalczanie komercyjnych czynników wpływających na choroby jamy ustnej i na inne choroby niezakaźne powinno być głównym priorytetem politycznym.

Wprowadzenie

Pomimo znacznych postępów nauki w zakresie rozumienia patogenezы i przyczyn chorób jamy ustnej, jakie zostały poczynione w ostatnich dziesięcioleciach, globalny problem dotyczący tych chorób utrzymuje się i w rzeczywistości może się zaostrzyć¹. Jak wskazano w pierwszym artykule z

tej Serii² choroby jamy ustnej dotyczą około 3 do 5 miliardów ludzi na całym świecie, a nieleczona próchnica jest najbardziej rozpowszechnionym globalnym problemem zdrowotnym. W krajach o wysokich dochodach, gdzie ogólna liczba przypadków próchnicy zmniejszyła się w populacji dziecięcej, postępowy i kumulacyjny charakter tego stanu w dorosłości i wieku starszym nadal pozostaje dużym problemem.^{3,4} Duże społeczno-ekonomiczne nierówności w zakresie zdrowia jamy ustnej oznaczają, że szczególnie dotknięte są ubogie i wrażliwe grupy społeczne. W ten sposób choroby jamy ustnej nadal wywołują ból i infekcje oraz obniżają jakość życia wielkiej liczby osób na całym świecie, a koszty leczenia dentystrycznego mogą wywierać znaczący wpływ na budżety gospodarstw domowych⁵ i na szerzej ujęte systemy opieki zdrowotnej.⁶

W niniejszym, drugim z tekstów w Serii poświęconej zdrowiu jamy ustnej², przedstawiamy krytykę stomatologii, podkreślając jej główne ograniczenia oraz zwracając uwagę na pilną potrzebę reformy systemu. Globalne spojrzenie na stomatologię obejmuje trzy silnie kontrastujące, lecz powiązane ze sobą rzeczywistości. W krajach o wysokich dochodach obecny system opieki dentystrycznej – zdominowany przez leczenie i coraz bardziej skoncentrowany na technologii – jest ofiarą cyklu interwencjonistycznego, który nie zajmuje się podstawowymi przyczynami chorób, ani też nie spełnia potrzeb dużej części populacji. W wielu krajach o średnim poziomie dochodów obciążenie chorobami jamy ustnej jest znaczące, a systemy opieki dentystrycznej są często niewystarczająco rozwinięte i finansowo niedostępne dla większości populacji.⁷ Sytuacja jest najgorsza w krajach o niskich dochodach. Co prawda ogólne obciążenie chorobami jest nadal względnie niskie, rośnie jednak częstotliwość ich występowania.¹ Ponieważ istnieją inne potrzeby angażujące niewystarczające środki, inwestycje w zdrowie jamy ustnej są bardzo ograniczone, co sprawia, że stomatologia jest niedostępnym fizycznie i finansowo luksusem, zastrzeżonym dla osób zamożnych. W związku z tym większość chorób pozostaje nieleczona w większości populacji, ale zwłaszcza wśród ubogich osób z terenów wiejskich, które mają bardzo ograniczony dostęp do opieki stomatologicznej. Skuteczne poradzenie sobie z globalnym problemem chorób jamy ustnej wymaga zasadniczo odmiennego podejścia. Twierdzimy, że konieczna jest zmiana systemowa – dalsze stosowanie obecnego interwencjonistycznego podejścia nie da dobrych rezultatów. Ta potrzeba zmiany systemowej jest szczególnie istotna w krajach o niskich dochodach, gdzie tak zwany zachodni model stomatologii jest niedostępny finansowo, nieodróżnowany oraz nieodpowiedni.⁸⁻¹⁰ Poza reformą usług dentystrycznych zwracamy uwagę także na pilną potrzebę zmiany zindywidualizowanego, odgórnego podejścia prewencyjnego, które dominuje obecnie, ale które nie było w stanie wygenerować wyraźnej poprawy stanu zdrowia jamy ustnej w populacji, ani skutecznie zwalczać nierówności. Szczególnie koncentrujemy się na konieczności podjęcia spójnych, wszechstronnych i zintegrowanych działań politycznych zmierzających do zredukowania spożycia cukrów, które jest bardzo znaczącym wspólnym czynnikiem ryzyka próchnicy zębowej oraz innych chorób niezakaźnych.¹¹ Rekomendujemy podjęcie odważnych działań w celu rozwiązania problemu światowego przemysłu cukrowniczego, który wykorzystuje szeroki wachlarz środków dla promocji swoich wyrobów na całym świecie i do zmniejszania efektów wszelkich działań z zakresu zdrowia publicznego, zmierzających do ograniczenia spożycia cukrów. Te komercyjne czynniki wpływające na zdrowie jamy ustnej podkreślają pilną potrzebę wprowadzenia silnych regulacji i przepisów prawa oraz znaczenie opracowania jasnych i przejrzystych zasad dotyczących konfliktów interesów, aby odsunąć wpływy przemysłu cukrowniczego od badań naukowych w zakresie stomatologii, od polityki dotyczącej zdrowia jamy ustnej oraz od profesjonalnych organizacji stomatologicznych. Zamykamy niniejszy dokument apelem o zwiększenie intensywności globalnych działań na rzecz ochrony zdrowia i powszechnego rozwoju społecznego, aby położyć kres powszechnym zaniedbaniam w zakresie zdrowia jamy ustnej.

Kluczowy przekaz

- Stomatologia nadal stosuje podejście do opieki, które jest zdominowane przez leczenie, interwencyjne, techniczne, coraz bardziej polegające na rozwoju technologii i specjalistyczne.
- Podejście to nie zaradziło skutecznie globalnym problemom chorób jamy ustnej; obecnie potrzebna jest radykalna reforma systemów opieki dentystycznej.
- Powszechne ubezpieczenia medyczne stwarzają możliwość lepszego zintegrowania usług stomatologicznych z szerszym systemem opieki medycznej oraz poprawy ich dostępności i responsywności do potrzeb populacji, dotyczących zdrowia jamy ustnej.
- Systemy płatności świadczeniodawców powinny silniej motywować do działań prewencyjnych, zamiast wynagradzać zachowawczą i interwencyjną opiekę stomatologiczną.
- Konieczne jest także odmienne podejście do prewencji, skoncentrowane na efektach dotyczących całej populacji, ponieważ obecny indywidualistyczny paradygmat kliniczny nie przyczynił się do osiągnięcia trwałej poprawy zdrowia jamy ustnej w populacji ani nie rozwiązał problemu utrzymujących się nierówności.
- Niezbędna jest zintegrowana polityka dotycząca zdrowia publicznego, aby zaradzić wspólnym czynnikom ryzyka chorób jamy ustnej i innych chorób niezakaźnych (tj. spożyciu cukru i alkoholu, używania tytoniu oraz wpływającym na nie czynnikom społecznym i handlowym).
- Globalny przemysł cukrowniczy stosuje różne, dobrze rozwinięte strategie korporacyjne w celu zwiększania sprzedaży i zysków oraz w celu podważania starań z zakresu zdrowia publicznego, zmierzających do ograniczenia spożycia cukrów.
- Istnieje pilna potrzeba opracowania jaśniejszych, bardziej przejrzystych zasad i procedur dotyczących konfliktów interesów, aby ograniczyć i wyjaśnić wpływ przemysłu cukrowniczego na badania z zakresu stomatologii oraz na politykę dotyczącą zdrowia jamy ustnej.

Ograniczenia stomatologii: system niedostosowany do celu

Stomatologia znajduje się w kryzysie. W XXI wieku stomatologia nadal nie jest w stanie pokonać globalnego wyzwania, jakim są choroby jamy ustnej.^{1,12,13} Ta niemożność nie jest winą poszczególnych stomatologów, troszczących się o swoich pacjentów. Winę ponoszą tutaj ogólne podejście filozoficzne, system oraz model realizacji opieki dentystycznej (załącznik nr 1).

Zawód stomatologa i praktyka stomatologiczna są nadal mocno zdominowane przez skoncentrowaną na leczeniu, interwencyjną i silnie techniczną filozofię, która odzwierciedla wzorce oraz sposób rozumienia chorób zębów, jakie były aktualne ponad 80 lat temu, a sięgają chirurgicznych źródeł tego zawodu.^{7,9} Takie podejście podkreśla biomedyczne i redukcjonistyczne rozumienie przyczynowości chorób oraz przekonanie, że leczenie oraz wysoce techniczynowane interwencje przywrócą ostatecznie zdrowie jamy ustnej oraz tak zwaną dobrą formę stomatologiczną.⁷ Podstawowe zasady szkolenia lekarzy stomatologów pozostają zasadniczo niezmiennie od dziesięcioleci. Co prawda nauczanie dotyczące pewnych technik i podejść rozwinęło się, jednak paradygmat chirurga dentysty nadal trwa. Lekarze stomatolodzy są przeważnie szkoleni w zakresie interwencji reaktywnych (tj. gdy choroba lub problem zaczyna się objawiać), zamiast działania proaktywnego i prewencyjnego. Szkolenie stomatologów przygotowuje ich do koncentracji na chorobie, zamiast do koncentracji na pacjencie lub na zdrowiu.^{7,14}

Z wielu różnych przyczyn historycznych, profesjonalnych, politycznych i ekonomicznych

stomatologia na całym świecie jest praktykowana głównie przez dentystów działających niezależnie w sektorze prywatnym, samodzielnie lub w niewielkich grupkach, często w izolacji od głównego nurtu usług medycznych.^{9,15} W wielu państwach widoczny jest rozwój dużych korporacji i firm ubezpieczeniowych, które zapewniają opiekę medyczną, w tym stomatologiczną. Te komercyjne, działające dla zysku organizacje są w stanie zapewnić opiekę wysokiej jakości, lecz jednocześnie muszą zapewniać odpowiedni zysk z inwestycji swoim udziałowcom i dlatego też mają nieodłączną tendencję do promowania nadmiernych badań diagnostycznych i nadużywania leczenia.^{12,16,17} Taka komercyjna presja i motywacja wspiera podejście interwencyjne i niesie ze sobą ryzyko zbędnej i nieodpowiedniej opieki. Leczenie opiera się na motywacji i prowadzi do dalszego leczenia, zamiast do zdrowia.

Występuje znaczne niedopasowanie potrzeb społecznych dotyczących zdrowia jamy ustnej i dostępności, lokalizacji oraz rodzaju świadczonych usług dentystycznych. Stomatologia jest zasadniczo usługą sterowaną popytem, często źle planowaną na skutek niewłaściwych wyborów dokonywanych przez przedsiębiorców, przez co jest niedopasowana do potrzeb miejscowej populacji w zakresie zdrowia jamy ustnej. W krajach o wysokich i średnich dochodach małe dzieci, osoby o niskich dochodach, grupy zmarginalizowane, takie jak osoby bezdomne oraz więźniowie, a także osoby z niepełnosprawnościami mają zwykle niewystarczający dostęp do tych usług,¹⁸⁻²² jako że usługi stomatologiczne są często lokalizowane w bogatszych dzielnicach miejskich, w których zamożni, zdrowi dorośli mogą korzystać z niepotrzebnej opieki dentystycznej. To doskonały przykład prawa opieki odwróconej.²³⁻²⁵ Sytuacja jest o wiele gorsza w wielu miejscach o niskich dochodach. W większości Afryki subsaharyjskiej i w wielu krajach o niskich dochodach usługi dentystyczne są lokalizowane w obszarach miejskich, niedostępnych dla większości ubogich mieszkańców rejonów wiejskich. Osoby mające problemy z zębami, aby dotrzeć do dentysty mogą być zmuszone do odbycia dalekiej podróży lub uciekają się do korzystania z usług lokalnych tradycyjnych ulicznych wykonawców usług dentystycznych, przez co są narażone na ryzyko związane z korzystaniem z takich usług, niepodlegających żadnym regulacjom.²⁶ Co prawda istnieją koncepcje zintegrowania podstawowej opieki z zakresu zdrowia jamy ustnej z podstawową opieką medyczną, jednak nie zostały powszechnie przyjęte, co dodatkowo przyczynia się do wyzwania, jakim jest zapewnienie dostępu nawet do podstawowej opieki jamy ustnej.²⁷⁻²⁹ Odsetek ludności objętej opieką w zakresie zdrowia jamy ustnej w krajach o niskich i średnich dochodach (LMIC) jest na ogół niższy niż w krajach o wyższych dochodach (HIC), przy czym mediana szacunków waha się od 35% w krajach o niskich dochodach, 60% w krajach o niższych-średnich dochodach, 75% w krajach o wyższych-średnich i 82% w krajach o wysokich dochodach.³⁰ W ramach poszczególnych krajów, najbiedniejsze kwintyle mają najniższy wskaźnik pokrycia usługami – na przykład w Laosie (Azja Południowo-Wschodnia) pokrycie najbogatszego kwintyla jest ponad ośmiokrotnie wyższe niż w przypadku najbiedniejszego kwintyla.³⁰

Zakres, w jakim pacjenci muszą pokrywać w całości lub w części koszt opieki dentystycznej oraz sposób zwracania usługodawcom dentystycznym kosztów wykonanych przez nich usług, znacząco wpływają na skalę korzystania oraz na jakość tej opieki.⁶ Dowody z badań przeprowadzonych w regionach o wysokich dochodach, na przykład US RAND Health Insurance Experiment, wykazały, że osoby, które muszą wносить wyższe dopłaty, korzystają z opieki dentystycznej w mniejszym zakresie niż osoby, które dokonują niższych dopłat.³¹ Na całym świecie istnieją znaczące różnice skali dopłat do opieki dentystycznej³², wnoszonych przez pacjentów, przy czym wyższy poziom dopłat może ograniczać dostęp do opieki i korzystanie z niej przez osoby o niższych dochodach. Rodziny w krajach o niskich i średnich dochodach (LMIC), które płacą za opiekę dentystyczną, są narażone na znacznie wyższe ryzyko przeznaczenia na nią dużej części dochodu rozporządzalnego oraz na wyższe ryzyko zubożenia, w porównaniu do rodzin, które nie

płacą za opiekę dentystyczną.⁵

Typowe rodzaje płatności dla usługodawców stomatologicznych obejmują opłatę za usługę, stałe wynagrodzenie oraz płatności ryczałtowe za zarejestrowanych pacjentów.^{6, 33} Niewiele jest dowodów empirycznych dotyczących wpływu różnych systemów wynagradzania na opiekę dentystyczną.³⁴ Płatności ryczałtowe i stałe wynagrodzenie stanowią dobrą motywację do ograniczania kosztów, ale z kolei wiążą się z ryzykiem prowadzenia selekcji pacjentów i ich niewystarczającego leczenia. Opłaty za usługę sprzyjają wyższemu korzystaniu z opieki, ale mogą utrudniać ograniczanie kosztów. W 2018 r. Chalkley i Listl³⁵ zidentyfikowali znaczny wzrost liczby wykonywanych potencjalnie szkodliwych dentystycznych badań radiologicznych, realizowanych przez dentystów otrzymujących wynagrodzenie za usługę zamiast stałej pensji.

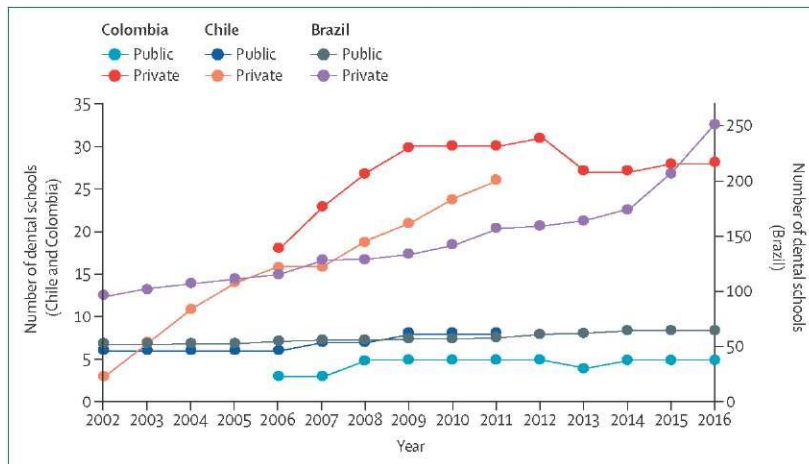
Nie podejmowano większych starań w celu planowania liczby lub rozmieszczenia lekarzy dentystów i, bardziej ogólnie, personelu zajmującego się zdrowiem jamy ustnej ani też zestawu umiejętności, jakie osoby te powinny posiadać. Chociaż stosunek liczby lekarzy dentystów do liczby ludności jest jedynie prostą miarą dostępności usług w zakresie opieki zdrowotnej jamy ustnej i nie jest skorelowany z chorobami, liczba personelu dentystycznego wykazuje znaczne różnice zarówno w poszczególnych krajach, jak i w obrębie poszczególnych krajów.^{36, 37}

W niektórych krajach wystąpił ostatnio znaczny przyrost liczby uczelni kształcących dentystów, na przykład w Brazylii³⁸, Chile³⁹⁻⁴⁰, Kolumbii⁴¹, Indiach⁴² oraz w USA⁴³, jednak wiele tych szkół to instytucje prywatne, działające dla zysku, reagujące na konkurencję oraz zapotrzebowanie na szkolenie dentystów. Nie interesują ich potrzeby miejscowej ludności⁴⁴ (rys. 1). Szybki wzrost wskaźnika liczby dentystów w populacji, widoczny zwłaszcza w krajach o wysokich i średnich dochodach, może doprowadzić do nadpodaży dentystów, podwyższonego ryzyka jatrogennego, nadmiernego leczenia oraz rosnącego bezrobocia wśród dentystów.⁴⁵ Ponadto bardzo niewielu spośród tych nowych dentystów przeprowadza się w regiony wiejskie oraz oddalone obszary, w których wskaźnik liczby dentystów do ludności jest niski, w związku z czym grupy najbardziej narażone i najbardziej potrzebujące leczenia stomatologicznego pozostają bez opieki. W wielu krajach o niskich dochodach liczba szkół kształcących dentystów jest niewielka, zatem podaż fachowego personelu jest bardzo niska. Sytuacji tej nie sprzyja również tzw. drenaż mózgowi lekarzy dentystów do krajów o wyższych dochodach, gdzie mogą uzyskiwać wyższe zarobki, korzystać z lepszych perspektyw zawodowych, praktykować stomatologię zaawansowaną technologicznie, której uczono ich w szkole dentystycznej, i cieszyć się lepszą jakością życia niż w krajach o niskich dochodach.³⁶

Problemy związane ze szkoleniem dentystów i brakiem dopasowania pomiędzy potrzebami a świadczoną opieką są dodatkowo zastrzane przez rozwój specjalizacji dentystycznych.⁴⁵ Na przykład w Wielkiej Brytanii istnieje obecnie około 13 różnych specjalizacji dentystycznych, według listy specjalistów publikowanej przez Ogólną Radę Stomatologiczną Zjednoczonego Królestwa (UK Dental Council) (dane aktualne na rok 2019). Co prawda pewna część pacjentów niewątpliwie ma skomplikowane potrzeby dotyczące zdrowia jamy ustnej, wymagające dodatkowych, specjalistycznych umiejętności, jednak większość potrzeb dotyczących zdrowia jamy ustnej może zostać zrealizowana przez dentystów oferujących opiekę podstawową. Prowadzone są spory, czy rozwój specjalizacji dentystycznych faktycznie odzwierciedla potrzeby z zakresu zdrowia jamy ustnej społeczności i czy jest do nich dopasowany.⁴⁶ Wzrost liczby specjalizacji zwiększa koszty opieki, a dostępność dentystów w obszarach o największych potrzebach jest często utrudniona. Przejście pomiędzy podstawową a zaawansowaną opieką stomatologiczną może być problematyczne pod względem równego dostępu do skierowań na leczenie zaawansowane, bezproblemowości opieki, jej skuteczności oraz wydajności.⁴⁷ Dodatkowo rosnąca liczba specjalistów zmniejsza stabilność i ciągłość opieki oraz profilaktycznego wsparcia udzielanego w

ramach podstawowej opieki zdrowotnej, tzw. domowych usług stomatologicznych. Ciągłość opieki jest bardzo istotna w przypadku dzieci i dorosłych, którzy są szczególnie narażeni na rozwój chorób jamy ustnej, takich jak osoby niepełnosprawne i cierpiące na choroby przewlekłe.

W przeciwieństwie do medycyny, w stomatologii rzadko tworzy się szerszy zespół profesjonalistów, zapewniający opiekę.⁴⁵ Jest to częściowo dziedzictwo paradygmatu chirurga dentystycznego, w którym dentysta był postrzegany jako wyłącznie odpowiedzialny za diagnozę choroby i zapewnienie leczenia.⁷



Rys. 1. Przyrost liczby prywatnych szkół dentystycznych w Brazylii, Chile i Kolumbii w latach 2002–2016

Dane pozyskane z publikacji Saliba i współpracownicy,³⁸ Venturelli Garay i Watt,³⁹ Cartes-Velasquez,⁴⁰ oraz Jaramillo i współpracownicy.⁴¹

Strona prawa wykresu: Liczba szkół dentystycznych w Chile i Kolumbii

Prawa strona wykresu: Liczba szkół dentystycznych w Brazylii

Wiele szkół stomatologicznych na całym świecie nadal uczy dentystów leczenia i pracy w izolacji zamiast szkolić szeroką gamę specjalistów z różnymi i uzupełniającymi się umiejętnościami, którzy są w stanie zaspokoić potrzeby swoich pacjentów i lokalnych społeczności w zakresie opieki nad jamą ustną.^{44,45} Potrzeby w zakresie leczenia są bardzo zróżnicowane, począwszy od bardzo prostych procedur profilaktycznych (takich jak miejscowe stosowanie fluoru), aż po kompleksowe zabiegi (takie jak protezy oparte na implantach). Zabiegi te mogą być wykonywane z większą wydajnością, skutecznością i zasięgiem przez stomatologów posiadających odpowiednie, zróżnicowane umiejętności. Świadczeniodawcy średniego szczebla odgrywają również zasadniczą rolę w zwiększaniu dostępu do opieki stomatologicznej w grupach ludności zamieszkujących oddalone regiony i objęte niewystarczającym zakresem opieki. W wielu sytuacjach, zwłaszcza w krajach o niskich-średnich dochodach, szkolenie pracowników zorientowanych bardziej na zapewnianie zdrowia jamy ustnej w społecznościach lokalnych, zamiast specjalistów stomatologów, jest realistycznym rozwiązaniem z uwagi na poważne niedobory pracowników oraz trudności z dostępem do lekarzy.⁴⁹ Rodzaje i nazwy wyszkolonych specjalistów dentystycznych różnią się w zależności od kraju, ale zwykle obejmują higienistów dentystycznych, pielęgniarki i asystentów dentystycznych, protetyków i techników dentystycznych. Podobnie jak w wielu innych zawodach dyskusje dotyczące zakresu praktyki oraz niezależności tych różnych grup są nierzadko skomplikowane i drażliwe. Spór dotyczący działań, jakie mogą wykonywać wymienieni wyżej specjaliści, oraz w jakich okolicznościach, jest często rozstrzygany na drodze kompromisu pomiędzy tymi grupami, nie zaś w oparciu o dobro czy potrzeby społeczności.⁵⁰

Pomimo postępów dokonanych przez Cochrane Collaboration oraz inne grupy w promowaniu

stomatologii opartej na dowodach poważnym problemem pozostaje brak dowodów i dokumentacji dla wielu procedur dentystycznych. Na przykład leczenie próchnicy tradycyjnie polega na usuwaniu próchnicy i umieszczeniu wypełnienia, które – niezależnie od początkowego rozmiaru ubytku – rozpoczyna cykl powtarzających się uzupełnień o coraz większej złożoności, kończący się niepowodzeniem leczenia i utratą zęba.^{7,51-55} To tradycyjne podejście do leczenia nie uznaje, że próchnica nie może być całkowicie wyleczona, ani też nie uwzględnia nowoczesnego rozumienia patogenezы próchnicy.⁵⁶⁻⁵⁹ Dowody kliniczne wskazują, że próchnicy można zapobiegać, a także, że po jej wystąpieniu może cofnąć się, jeżeli zostanie odpowiednio wcześnie wykryta i poddana leczeniu.⁵⁸⁻⁶⁰ Nowe osiągnięcia w dziedzinie klejonych materiałów dentystycznych oznaczają, że leczenie stwierdzonej choroby, które obejmuje właściwe miejscowe stosowanie fluoru,^{61,62} może przebiegać z mniejszym niszczeniem tkanki zęba⁵⁸ i z mniejszym zapotrzebowaniem na stosowanie wysoce technologicznych, rehabilitacyjnych procedur dentystycznych niż przy obecnym podejściu naprawczym.⁷ Od 2017 roku tak zwany amalgamat dentystyczny – materiał do wypełnień, bardzo istotny w podejściu naprawczym – jest stopniowo wycofywany zgodnie z Konwencją ONZ w sprawie rtęci.⁶³ Inne tradycyjne metody stosowane w standardowej praktyce stomatologicznej także są podważane z powodu braku dowodów na ich skuteczność.⁶⁴⁻⁶⁶ Przykładem mogą tu być dwa filary standardowej, klinicznej praktyki stomatologicznej: przeglądy dentystyczne co 6 miesięcy oraz usuwanie kamienia i polerowanie zębów w celu leczenia chorób dziąseł i przyzębia. Narodowy Instytut Doskonałości Zdrowia i Opieki Medycznej w Zjednoczonym Królestwie (UK National Institute for Health and Care Excellence) nie znalazł podstaw naukowych dla stosowania wizyt kontrolnych co 6 miesięcy i zarekomendował, aby terminy kolejnych wizyt były ustalane dla konkretnych pacjentów, na podstawie chorobowości i ryzyka zachorowania.⁶⁷ Badanie przeprowadzone w Zjednoczonym Królestwie w 2018 r. także nie wykazało klinicznych korzyści wynikających z usuwania kamienia nazębnego i polerowania co 6 lub co 12 miesięcy.⁶⁸

Dodatkowym niedociągnięciem w stomatologii jest wąskie i nieco uproszczone podejście przyjęte w celu zapobiegania chorobom jamy ustnej. Udowodniono wysoką skuteczność klinicznych zabiegów profilaktycznych, takich jak miejscowe stosowanie fluoru w celu ograniczania próchnicy,^{59-62,69} a mimo to procedury takie są postrzegane jako lek na wszystko, przez co traci się z oczu fakt, że to spożycie cukrów jest podstawowym czynnikiem sprawczym rozwoju próchnicy. Chociaż miejscowe stosowanie fluoru jest sprawdzoną kliniczną metodą profilaktyczną i dostęp do tego profilaktycznego zabiegu powinien być promowany i udoskonalany,^{61,62,69} próchnica nadal będzie się rozwijać w przypadku spożycia cukrów przekraczającego o 10% zapotrzebowanie energetyczne danej osoby.⁷⁰ Nawet jeśli stosowanie fluoru jest na optymalnym poziomie, dowody wskazują, że spożycie cukru przekraczające zaledwie o 2-3% łączne zapotrzebowanie energetyczne nadal wiąże się z ryzykiem wystąpienia próchnicy.⁷¹ Ogólne podejście do próchnicy było dotychczas indywidualne i redukcjonistyczne, skoncentrowane na edukowaniu pacjentów i ogółu społeczności w zakresie indywidualnych ryzykownych zachowań dotyczących higieny jamy ustnej i żywienia, lecz niewiele uwagi poświęcano temu, kiedy i jak można rozwijać i kształtować prawidłowe zachowania. To kliniczne podejście do profilaktyki okazało się nieskuteczne w realizowaniu długofalowej poprawy zdrowia jamy ustnej oraz w rozwiązywaniu problemu nierówności w zakresie zdrowia jamy ustnej.⁷²⁻⁷⁴

Podsumowując, stomatologia oraz systemy opieki w zakresie zdrowia jamy ustnej wymagają radykalnych reform. Obecne nieaktualne, skoncentrowane na leczeniu podejście, nie realizuje potrzeb znacznej części globalnej populacji, dotyczących zdrowia jamy ustnej; jest także niewłaściwe i niedostępne dla większości grup o niskich dochodach. Obecnie potrzebne jest odmienne podejście.

Zmiana myślenia o opiece zdrowotnej dotyczącej jamy ustnej i poprawa wyników w populacji

Opisane ograniczenia dominującego podejścia do stomatologii (załącznik, strona 1) wskazują na jego złożoność, a jednocześnie ujawniają jego nieadekwatność w zakresie redukcji globalnego obciążenia chorobami jamy ustnej. Z perspektywy zdrowia publicznego ten brak efektów na skalę globalną wydawać się może dobrym punktem wyjścia i może stać się zachętą do poważnych, nawet rewolucyjnych innowacji w sposobie świadczenia opieki stomatologicznej. W wielu krajach o wysokich dochodach reformy systemów opieki stomatologicznej podejmowane są w reakcji na podnoszone sprawy dotyczące ograniczania kosztów, zamiast być proaktywnymi staraniami podejmowanymi dla poprawy jakości opieki. Jeżeli kraje o niskich-średnich dochodach wdrażają lub wzmacniają systemy opieki w zakresie zdrowia jamy ustnej, często czynią to na wzór krajów o wysokich dochodach, liberalizując rynek opieki zdrowotnej lub ograniczając publiczne usługi zdrowotne. Publiczna opieka stomatologiczna jest często pierwszą usługą poddawaną redukcji, ponieważ jest uznawana za drogą i mniej istotną, co powoduje wzrost niezrealizowanych potrzeb dotyczących zdrowia jamy ustnej.⁷⁵⁻⁷⁷

Sformułowano najważniejsze cechy idealnego systemu opieki w zakresie zdrowia jamy ustnej: nie powinien rozróżniać opieki stomatologicznej i opieki ogólnozdrowotnej; powinien kłaść nacisk na promocję zdrowia i zapobieganie chorobom; powinien monitorować potrzeby populacji i reagować na nie; powinien być oparty o dowody, skuteczny klinicznie oraz efektywny pod względem kosztów, a także zrównoważony, sprawiedliwy i powszechny; powinien też umacniać pozycję jednostek i populacji.⁷⁸ Całościowym celem idealnego systemu byłoby osiągnięcie lepszego i sprawiedliwego stanu zdrowia jamy ustnej dla wszystkich poprzez uczynienie opieki zdrowotnej jamy ustnej integralną częścią powszechnego systemu opieki zdrowotnej, danie ludziom narzędzi i wiedzy w zakresie opieki własnej, zapewnienie ochrony przed zagrożeniami dla zdrowia oraz zapobieganie nieodpowiednim wydatkom pacjentów korzystających z wysokiej jakości opieki zdrowotnej jamy ustnej.

Patrząc na aktualną praktykę stomatologiczną, aby osiągnąć te podstawowe cele, konieczne byłyby poważne reformy w pięciu kluczowych obszarach: (1) zapewnianie powszechnie dostępnych, podstawowych usług z zakresu zdrowia jamy ustnej, spełniających najczęstsze potrzeby populacji; (2) nowatorskie modele działania oraz szkolenia pracowników zajmujących się zdrowiem jamy ustnej; (3) sprzyjający kontekst zarządzania systemem opieki zdrowotnej, który umożliwia elastyczne i ciągłe wsparcia skoncentrowane na pacjencie, przy zachowaniu odpowiedniej jakości usług; (4) zintegrowany nadzór i monitoring programu oraz badania jego wdrażania w celu zapewnienia odpowiednich wyników zdrowotnych; oraz (5) przesunięcie punktu ciężkości interwencji w kierunku polityki oddolnej, obejmującej całą populację. Wdrożenie wszelkich reform musi uwzględniać kontekst lokalny i priorytetowo traktować potrzeby populacji. Podsumowujemy nasze zalecenia dotyczące reform na Planszy 1.

Plansza 1: Rekomendacje w ramach Serii

Poprawa systemów epidemiologii i kontroli stanu zdrowia jamy ustnej

Potrzebne są znormalizowane i porównywalne systemy nadzoru nad chorobami jamy ustnej, umożliwiające ocenę pełnego zakresu i nasilenia chorób jamy ustnej w skali globalnej. Stosowanie szeregu klinicznych środków epidemiologicznych powinno być uzupełnione odpowiednimi wskaźnikami, które oceniają szerszy wpływ chorób jamy ustnej na populację. Istniejące, powszechnie stosowane wskaźniki zdrowia jamy ustnej powinny zostać dostosowane i zintegrowane z systemami nadzoru chorób niezakaźnych (NCD), aby umożliwić porównywalność

z globalnymi celami dotyczącymi NCD i celami ONZ w zakresie zrównoważonego rozwoju, a także ich monitorowanie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) odgrywa kluczową rolę w rozwijaniu i wzmacnianiu zintegrowanych systemów nadzoru zdrowia jamy ustnej, w skali globalnej.

Reforma systemów opieki w zakresie zdrowia jamy ustnej

Pilnie potrzebna jest ogólnosystemowa reforma usług z zakresu zdrowia jamy ustnej. Zreformowany system musi zostać zintegrowany z szerszą opieką zdrowotną, zachęcać i motywować do działań profilaktycznych i dbania o zdrowie jamy ustnej, wykorzystywać umiejętności i kompetencje szerszego zespołu specjalistów ds. zdrowia jamy ustnej i innych pracowników służby zdrowia, zapewniać wysokiej jakości leczenie oparte na dowodach naukowych oraz odpowiadać na zróżnicowane potrzeby społeczności lokalnych i promować równość w zakresie zdrowia jamy ustnej. Narastające międzynarodowe dążenie do wprowadzenia powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych jest wyjątkową szansą na zintegrowanie i zreformowanie systemu zapewniania zdrowia jamy ustnej.

Edukacja i szkolenia przyszłych specjalistów ds. zdrowia jamy ustnej

Realizacja celów i aspiracji zreformowanego systemu opieki w zakresie zdrowia jamy ustnej wymaga odpowiednio przeszkolonych specjalistów, posiadających właściwe kwalifikacje. Niezbędna jest zmiana modelu zapewniania opieki – od modelu, którego centrum stanowi dentysta do podejścia zespołowego. Potrzebne są zintegrowane modele szkoleń, oparte na społecznościach lokalnych, aby zapewnić, że przyszli specjaliści rozumieją i są przygotowani do reagowania na potrzeby w zakresie zdrowia jamy ustnej w całej populacji oraz do zapewnienia właściwej, wysokiej jakości opieki opartej na dowodach.

Rozwiązanie problemu nierówności opieki w zakresie zdrowia jamy ustnej

Specjaliści ds. zdrowia jamy ustnej ponoszą profesjonalną i etyczną odpowiedzialność za zapewnienie opieki w sposób równościowy i sprawiedliwy, w celu zaspokojenia różnorodnych potrzeb pacjentów i społeczności lokalnych. Systemy opieki nad zdrowiem jamy ustnej muszą sprzyjać włączeniu społecznemu, być bardziej dostępne oraz przystosowane do potrzeb osób w trudnej sytuacji społecznej i szczególnie wrażliwych. W celu wypracowania lepszej równości w zakresie zdrowia jamy ustnej konieczne będą szkolenia personelu oraz ściślejsza współpraca z właściwymi agencjami. Potrzebne są również działania na rzecz propagowania i szeroko zakrojone zmiany polityczne, aby zająć się szerszymi społecznymi czynnikami nierówności w zakresie zdrowia jamy ustnej, które leżą poza zakresem kompetencji systemów opieki zdrowotnej.

Działania oddolne, aby zmaksymalizować poprawę zdrowia jamy ustnej

Podejścia indywidualne, kliniczne i edukacyjno-prewencyjne mogą dać krótkoterminowe korzyści, jednak nie utrzymują się one długo, chyba że zostaną podjęte działania wobec przyczyn leżących u podstaw choroby. Pierwszeństwo należy przyznać inwestycjom w oddolne, spójne i zintegrowane zasady dotyczące całej populacji, takim jak opodatkowanie napojów słodzonych, ostrzejsze regulacje reklam i promocji słodzonych napojów i produktów żywnościowych kierowanych do dzieci, promowanie właściwej ekspozycji na fluor za pomocą pasty do zębów i wody, a także przyjęcie wspólnego podejścia opartego na czynniku ryzyka w celu ograniczenia używania tytoniu i szkodliwego spożycia alkoholu.

Rozwiązanie kwestii komercyjnych uwarunkowań chorób jamy ustnej

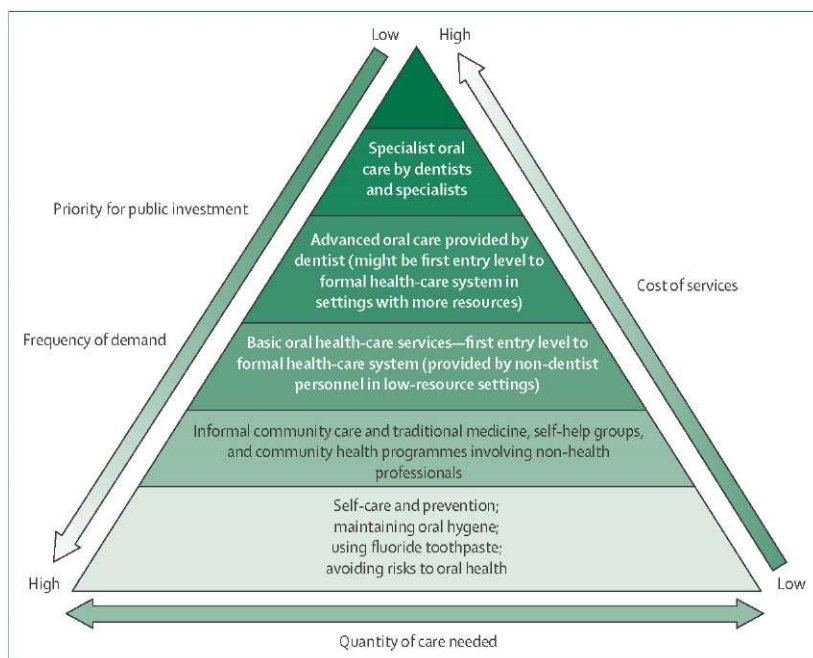
Konieczne są ostrzejsze przepisy i prawa w celu przełamania strategii korporacyjnych, które zagrażają i pogarszają stan zdrowia jamy ustnej i wpływają na związane z nim choroby niezakaźne. Na podstawie doświadczeń uzyskanych w toku działań zmierzających do ograniczenia użycia tytoniu profesjonalne organizacje stomatologiczne, instytucje akademickie, poszczególni badacze oraz osoby odpowiedzialne za tworzenie polityki nie powinny akceptować żadnego finansowania, sponsoringu ani innych form wsparcia ze strony przemysłu cukrowniczego. Konieczne jest wskazanie jasnych i przejrzystych procedur i zasad w celu identyfikacji i ograniczania wszelkich możliwych obiektywnych lub domniemanych konfliktów interesów.

Rozwijanie programów badań naukowych

Badania dotyczące chorób jamy ustnej są często traktowane w sposób mało priorytetowy przez agencje finansujące badania. Zważywszy na globalne obciążenie zdrowia publicznego wynikające z chorób jamy ustnej należy w przyszłości przeznaczyć większe środki finansowe na ten ważny obszar. Określenie globalnego programu badań nad zdrowiem jamy ustnej pomogłoby w ukierunkowaniu zasobów i wysiłków w celu usunięcia istotnych luk wiedzy, w tym w dziedzinach badań mających praktyczne przełożenie na działania i wdrożeniowych. W przyszłości badania dentystyczne powinny koncentrować się bardziej na potrzebach populacji dotyczących zdrowia jamy ustnej, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach, oraz oceniać interwencje poprawiające stan zdrowia jamy ustnej, które promują równość w zakresie dostępu do zdrowia jamy ustnej. Niezbędne są interdyscyplinarne partnerstwa badawcze z szeregiem odpowiednich metodologii i projektów badawczych.

Wzmacnianie globalnych działań wspierających

Zaniechanie zdrowia jamy ustnej w dyskusjach na temat zdrowia na poziomie globalnym i krajowym powinno być rozwiązywane poprzez wielopoziomowe działania wspierające, których celem powinno być: (1) zwiększanie poziomu wiedzy i świadomości skali wyzwań związanych ze zdrowiem jamy ustnej; (2) tworzenie kultury integracji i uznania w zakresie zdrowia jamy ustnej oraz różnych sposobów podejścia do nich w kontekście istniejących polityk i programów (tj. włączenie kwestii zdrowia jamy ustnej do wszystkich zasad), w celu zapewnienia właściwego dopasowania działań zmierzających do priorytetowego traktowania zdrowia jamy ustnej do międzynarodowych polityk i działań ramowych (takich jak Cele Zrównoważonego Rozwoju oraz plan WHO dotyczący działań globalnych wobec chorób niezakaźnych); oraz (4) wykorzystanie istniejącego tempa działań w celu promowania zdrowia jamy ustnej (np. postanowienia dotyczące promocji zdrowia jamy ustnej zawarte w Konwencji ONZ w sprawie rtęci).



Rys. 2. Opieka w zakresie zdrowia jamy ustnej w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej: koncentracja na zapewnieniu podstawowej opieki i realizacji najpowszechniejszych potrzeb z wykorzystaniem zestawu lokalnie opracowanych interwencji, efektywnych kosztowo.

Opracowane na podstawie publikacji Benziana i Williamsa³⁶, za zgodą FDI Światowej Federacji Dentystycznej 2015.

[treść rysunku]:

Niski		Wysoki
Priorytet inwestycji publicznych	Specjalistyczna opieka stomatologiczna zapewniana przez dentystów i specjalistów	
	Zaawansowana opieka stomatologiczna zapewniana przez dentystów (może być pierwszym poziomem wejścia do formalnego systemu opieki zdrowotnej w lokalizacjach dysponujących większymi zasobami)	Koszt usług
Częstotliwość zapotrzebowania	Podstawowe usługi z zakresu zdrowia jamy ustnej – pierwszy poziom wejścia do formalnego systemu opieki zdrowotnej (realizowane przez personel niespecjalistyczny w lokalizacjach dysponujących niewielkimi zasobami)	
	Nieformalna opieka w ramach społeczności i medycyna tradycyjna, grupy samopomocy i programy zdrowotne w społeczności, w które zaangażowani są pracownicy niebędący specjalistami w dziedzinie zdrowia	
	Samodzielna opieka i profilaktyka Dbałość o higienę jamy ustnej Stosowanie pasty do zębów z fluorem Unikanie zagrożeń dla zdrowia jamy ustnej	
Wysoki	Ilość potrzebnej opieki	Niski

Powszechna opieka stomatologiczna

Narastające międzynarodowe dążenie do wprowadzenia powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych jest wyjątkową szansą na zintegrowanie i zreformowanie systemu zapewniania zdrowia jamy ustnej (Rys. 2).^{79, 80} Przykłady odważnych działań z Brazylii (załącznik strona 2) i z Tajlandii⁸¹ dowodzą, że znaczące reformy są możliwe i że dają one pozytywne rezultaty dla zdrowia jamy ustnej. Koncepcje zdrowia publicznego są potrzebne, aby informować decydentów politycznych

oraz by wybierać interwencje w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w jamie ustnej, które powinny obejmować profilaktykę i opiekę własną. Zatwierdzony przez WHO podstawowy pakiet opieki stomatologicznej, którego celem było skierowanie ograniczonych środków przeznaczonych na zdrowie jamy ustnej na interwencje oparte na dowodach, uwzględniające podstawowe i wspólne potrzeby²⁷, powinien zostać zweryfikowany i dostosowany w świetle doświadczeń z wdrażania i najnowszych dowodów. Koncepcja interwencji najlepszej pod kątem finansowym (best-buy), ustanowiona przez WHO w celu zwalczania chorób niezakaźnych, powinna zostać rozszerzona i powinna objąć efektywne kosztowo, priorytetowe interwencje w zakresie profilaktyki i leczenia chorób jamy ustnej. Należy zdefiniować odpowiednie wskaźniki zasięgu powszechnej opieki medycznej dotyczącej zdrowia jamy ustnej, w celu oceny wszystkich trzech wymiarów powszechnej opieki: pokrycia, ochrony finansowej i jakości usług. Najlepiej byłoby, gdyby podstawowe usługi – efektywne kosztowo i oparte na dowodach naukowych – zaspokajające najczęstsze potrzeby, były dostępne dla wszystkich grup ludności, z naciskiem na osoby ubogie, i świadczone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Bardziej kosztowne usługi specjalistyczne byłyby dostępne na wyższych, drugorzędnych poziomach systemu opieki zdrowotnej. Aspekty takie, jak równowaga pomiędzy dostępnością usług a ich włączeniem w system powszechnej opieki medycznej, organizacja ich realizacji przez szersze zespoły specjalistów zdrowia jamy ustnej oraz właściwa ochrona finansowa muszą być określane na poziomie lokalnym.

Innowacje dotyczące specjalistów ds. zdrowia jamy ustnej

Uzyskanie powszechnej dostępności opieki w zakresie zdrowia jamy ustnej wymaga odpowiednio przeszkolonych specjalistów z tej dziedziny, posiadających odpowiedni zestaw umiejętności na wszystkich poziomach usług podstawowych i drugorzędnych. Wiąże się to z przesunięciem modelu opieki skupionej wokół stomatologa w kierunku podejścia zespołowego, w którym osoby inne niż dentysta realizują większość podstawowych działań na wstępnym etapie systemu podstawowej opieki zdrowotnej. Bardziej wyspecjalizowane usługi, świadczone przez dentystów i specjalistów, u których wizyta możliwa jest na podstawie skierowania, powinny uzupełniać wachlarz możliwości o opcje dotyczące zaawansowanej opieki. Taki model wymaga wypracowania nowego podejścia do edukacji dentystycznej i szkoleń, nieograniczonego z góry zdefiniowanymi opisami stanowisk i zakresami działań, ale skoncentrowanego raczej na potrzebach społeczności i ścieżkach opieki opartych na dowodach empirycznych, aby wymagana opieka mogła być realizowana elastycznie, w sposób zintegrowany.^{82,83} Szkolenie powinno koncentrować się głównie na prewencji i promocji zdrowia, co obejmowałoby kontakty i współpracę z pracownikami zintegrowanych publicznych usług zdrowotnych oraz osobami ze społeczności lokalnej, zajmującymi się oddolnymi czynnikami decydującymi², a także system skierowań do bardziej zaawansowanej opieki.⁸⁴ Należy wprowadzić obowiązek ciągłego doskonalenia zawodowego, szkoleń w trakcie pracy oraz odpowiedniego nadzoru, przy czym szkolenia powinny obejmować także etykę zawodową, wartości dotyczące zdrowia publicznego, odpowiedzialność społeczną oraz unikanie konfliktów interesów.

Sprzyjający kontekst systemu opieki zdrowotnej

Zintegrowane, finansowane ze środków publicznych systemy opieki zdrowotnej (także opieki nad zdrowiem jamy ustnej) wymagają infrastruktury, finansowania i struktur zarządzania dostosowanych do wspierania praktyki współpracy i usług wysokiej jakości o maksymalnym zasięgu. Licencje zawodowe i odpowiednie regulacje prawne powinny objąć nakładające się, uzupełniające i elastyczne zakresy praktyk, aby umożliwić opartą o potrzeby opiekę nad pacjentem. Koncepcje płatności i wynagrodzeń oparte o rezultaty dla zdrowia, takie jak systemy typu „płatności za wyniki”, mają pewien udowodniony potencjał poprawy jakości i rezultatów opieki.⁸⁵⁻⁸⁷

Udział usług realizowanych przez publicznych i prywatnych świadczeniodawców może być zróżnicowany i może zmieniać się z czasem, w zależności od kontekstu danego kraju, zasobów oraz priorytetów politycznych. Priorytetem wydatków publicznych powinno pozostać świadczenie i wzmacnianie publicznych usług opieki zdrowotnej (w tym w zakresie zdrowia jamy ustnej),⁸⁸ przy czym usługodawcy z sektora prywatnego powinni nadal zapewniać specjalistyczną opiekę dla tych grup ludności, które są w stanie opłacić ich usługi lub posiadają odpowiednie ubezpieczenie. Rozwiązania dotyczące zapewnienia jakości, przepisy regulujące praktykę oraz prawo dotyczące profesji stomatologicznej powinny obowiązywać tak samo wobec sektora publicznego i prywatnego, aby zapobiegać różnicowaniu jakości usług i powszechnego przekonania pacjentów, że jakość usług publicznych jest gorsza.

Zintegrowany nadzór, monitoring i badania dotyczące wdrożenia

Dowody kliniczne, dane dotyczące usług opieki zdrowotnej i oceny wpływu są niezbędne do propagowania, opracowywania, zarządzania, dopracowywania i świadczenia usług na większą skalę. Należy wdrożyć odpowiedni nadzór nad chorobami, zintegrowany z nadzorem nad chorobami niezakaźnymi oraz innymi obszarami nadzoru, wykorzystujący odpowiednie istniejące lub nowe wskaźniki. Priorytetem dla badań nad zdrowiem jamy ustnej powinna być promocja stosowanych usług zdrowotnych i badań wdrożeniowych, z wykorzystaniem metod takich jak ocena wpływu na zdrowie, ocena ekonomiczna oraz metody jakościowe i mieszane. Dzięki temu planiści powinni być w stanie kompleksowo ocenić realizację programu, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy równego dostępu. Należy zachęcać do włączania odpowiednich informacji na temat zdrowia jamy ustnej do monitorowania i rozliczania Celów Zrównoważonego Rozwoju ONZ w kontekście chorób niezakaźnych.

Przeniesienie działań interwencyjnych na oddolne zasady dotyczące całej populacji

Choroby jamy ustnej oraz nierówności w zakresie zdrowia jamy ustnej są powodowane przez złożony wachlarz czynników – indywidualnych, społecznych, środowiskowych, ekonomicznych, politycznych i komercyjnych – w większości wspólnych dla innych chorób niezakaźnych. Co prawda przedstawiciele profesji stomatologicznej na całym świecie coraz częściej przyjmują ten zestaw czynników do wiadomości,^{89,90} główna reakcja nadal polega na określaniu priorytetów interwencji odgórnych. Te odgórne interwencje koncentrują się na realizacji klinicznych rozwiązań prewencyjnych oraz na tradycyjnej edukacji zdrowotnej, której celem jest zmiana zachowań. Dowody wykazują jednak, że to podejście jest skuteczne tylko na krótką metę^{72,73,91,92} i może wręcz zwiększać, zamiast zmniejszać, nierówności społeczno-ekonomiczne w zakresie zdrowia jamy ustnej.⁹³⁻⁹⁵ Obecnie konieczne jest bardziej radykalne podejście do kwestii profilaktyki. Kontynuacja tych samych działań nie da zadowalających efektów, a w większości krajów o niskich i średnich dochodach są one poza zasięgiem finansowym ludności. Zintegrowane i skoordynowane działania strategiczne, nakierowane na politykę oddolną, odgórną oraz średniego szczebla, są konieczne, aby zwalczać społeczne i komercyjne przyczyny chorób jamy ustnej. Podejścia te muszą zostać zintegrowane z szerszym planem zapobiegania chorobom niezakaźnym i wymagają współpracy pomiędzy wieloma sektorami, wykraczającej poza systemy usług stomatologicznych i opieki zdrowotnej. Włączenie kwestii zdrowotnych (także zdrowia jamy ustnej) do polityki wymaga skutecznych działań na rzecz uzyskania szerszych zmian społecznych. Interwencje powinny być dopasowane do potrzeb społeczności i realizowane w sposób proporcjonalny, aby zapewnić równość w zakresie zdrowia jamy ustnej.

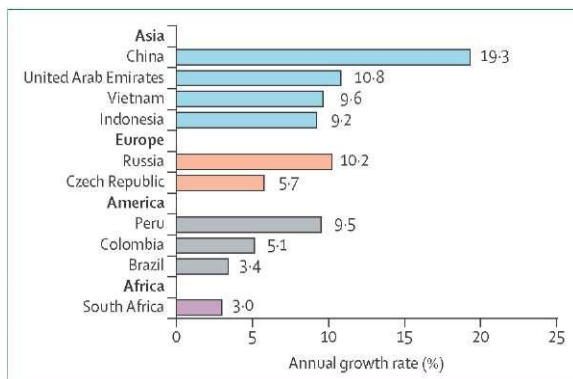
Strategie redukcji spożycia cukru

Zarządzenie nadmiernemu spożyciu cukru było dotychczas raczej peryferyjnym tematem, jednak obecnie stało się jednym z priorytetów podstawowej polityki dotyczącej zdrowia publicznego. Krajowe i międzynarodowe wytyczne żywieniowe, oparte na kompleksowych i szczegółowych ocenach międzynarodowych dowodów naukowych na temat roli wolnych cukrów w przybieraniu na wadze i próchnicy,^{70, 96} obecnie opowiadają się za globalnym zmniejszeniem spożycia cukrów wolnych.^{11, 97, 98} WHO zaleca, aby zarówno dzieci, jak i dorośli ograniczyli swoje spożycie cukrów wolnych do mniej niż 10% łącznego zapotrzebowania na energię oraz warunkowo zaleca także, aby cukier stanowił nie więcej niż 5% łącznego zapotrzebowania na energię.¹¹ W większości państw na świecie spożycie wolnych cukrów jest znacznie wyższe niż zalecenia WHO, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży, a także osób o niskich dochodach oraz w niekorzystnej sytuacji. Kolejnym istotnym problemem jest wysoka zawartość wolnych cukrów w produktach żywnościowych dla niemowląt i małych dzieci (Plansza 2 i rysunek 3). Zrealizowanie zaleceń WHO dotyczących spożycia cukru będzie wymagało ambitnej, systematycznej i spójnej strategii redukcji zawartości cukru.^{98, 102, 103} Oddolne zasady polityczne muszą dotyczyć także międzynarodowych umów handlowych dotyczących kwot produkcji cukru, subsydiowania cen, cen minimalnych oraz mechanizmów handlowych. Inne wprowadzane oddolnie polityki mogą obejmować działania przemysłu w zakresie zmiany składu produktów w celu obniżenia zawartości cukru (podobnie jak miało to miejsce ze zmniejszaniem zawartości soli), wprowadzanie rządowych podatków lub opłat od produktów zawierających cukier (najbardziej skuteczny jest wzrost cen o 20%⁹⁸), lepsze oznakowanie produktów, umożliwiające klientom dokonywanie świadomych wyborów, oraz ograniczanie marketingu i promocji słodzonej żywności i napojów, zwłaszcza wobec dzieci. Strategie średniego szczebla powinny obejmować ograniczenia dla sprzedawców detalicznych sprzedających wysokosłodzone produkty spożywcze i napoje przy kasach sklepowych, zlikwidowanie promocji produktów cukrowych (np. oferty typu kup jeden produkt, otrzymaj dwa) zmniejszenie porcji słodkiej żywności i napojów sprzedawanych w kinach i innych miejscach publicznych. Organizacje sektora publicznego nie powinny wspierać sprzedaży produktów cukrowych swoim pracownikom i osobom odwiedzającym je, a w szkołach i przedszkolach należy wprowadzić obowiązkowe rekomendacje żywieniowe, bardziej ograniczające zawartość cukrów wolnych. Dobrowolne porozumienia zawierane z branżą spożywczą w celu ograniczenia spożycia cukrów okazały się nieskuteczne.¹⁰⁴⁻¹⁰⁶ Obecnie potrzebne są mechanizmy regulacyjne i legislacyjne, z wyznaczeniem konkretnych, mierzalnych celów oraz z wprowadzeniem niezależnych procesów monitoringu. Oddolne zasady dla zmniejszenia spożycia cukru powinny być oceniane z wykorzystaniem odpowiednich metod i powinny obejmować skutki dla zdrowia jamy ustnej.

Plansza 2. Gotowa żywność dla dzieci: słodki początek życia

Wartość światowego rynku gotowej żywności dla dzieci była szacowana na ponad 37 miliardów USD w 2010 roku. Europa, USA i Azja mają największe udziały w tym rynku. Jednak wzrost skali jest oczekiwany w gospodarkach rozwijających się.⁹⁹ Analiza danych sprzedażowych w wybranych krajach wykazuje duży wzrost sprzedaży pomiędzy rokiem 2004 a 2017, zwłaszcza w Chinach, Zjednoczonych Emiratach Arabskich, Rosji, Wietnamie, Peru oraz Indonezji, aczkolwiek sprzedaż rosła też stabilnie w Czechach, Kolumbii, Brazylii i Afryce Południowej (Rys. 3).

Gotowa żywność dla niemowląt i małych dzieci to zwykle produkty wysokoprzetworzone, często z dużą zawartością cukru. Raport Komisji Europejskiej z 2018 roku dotyczący ponad 4200 komercyjnych produktów spożywczych i napojów dla dzieci sprzedawanych w całej Europie ujawnił, że 41% analizowanych produktów zawierało wolne cukry.¹⁰⁰ Zawartość wolnych cukrów była szczególnie wysoka w biszkoptach i sucharkach dla dzieci, w produktach zbożowych, sokach i napojach, w produktach owocowych dla małych dzieci, deserach i jogurtach oraz w innych przekąskach dla małych dzieci. Również w 2018 roku badanie przeprowadzone w Australii doniosło, że prawie jedna czwarta (23%) niemowląt w wieku od 12 do 14 miesięcy spożywała wolne cukry w ilościach przekraczających zalecane przez WHO 5% dziennego zapotrzebowania energetycznego oraz że głównymi źródłami cukrów były gotowe produkty żywnościowe dla dzieci (27%), produkty zbożowe (20%) oraz jogurty (10%).¹⁰¹ Spożycie słodzonej żywności gotowej od najwcześniejszych lat życia jest poważnym problemem, ponieważ wiąże się z ryzykiem próchnicy wczesnego dzieciństwa, rozwija upodobanie do słodkości i może przyczyniać się do nadwagi w późniejszym dzieciństwie.



Azja

Chiny

Zjednoczone Emiraty Arabskie

Wietnam

Indonezja

Europa

Rosja

Republika Czeska

Ameryka

Peru

Kolumbia

Brazylia

Afryka

Republika Południowej Afryki

Roczna stopa wzrostu w %)

Rysunek 3. Skumulowany roczny wzrost sprzedaży gotowej żywności dla dzieci w latach 2004-2017 w wybranych krajach o niskich dochodach i o średnich dochodach.

Dane surowe zostały dostarczone przez Euromonitor International, 2018 r.

Dzięki wprowadzeniu podatku od cukru i opłat od napojów słodzonych cukrem w ponad 59 krajach osiągnięto znaczący postęp.¹⁰⁷ Dane z Meksyku podkreślają, że polityka cenowa dotycząca napojów słodzonych cukrem może zmniejszyć ich sprzedaż i spożycie, a także liczbę osób z nadwagą w populacji.^{108,109} Te pozytywne skutki osiągnięte wprowadzeniem polityki cenowej okazały się szczególnie korzystne dla grup osób o niskich dochodach, które zwykle spożywają większe ilości napojów słodzonych cukrem.¹⁰⁹ Wprowadzenie krajowego podatku cukrowego może także mieć znaczny wpływ na przemysł spożywczy, który może opracować nowe receptury, by zmniejszyć zawartość cukru i w ten sposób uniknąć podwyżki cen, jak miało to miejsce w Zjednoczonym Królestwie. Jednak sama polityka cenowa nie jest w stanie zaradzić epidemii problemów związanych z cukrem, potrzebny jest tu zestaw spójnych polityk i zasad. Specjaliści stomatologii odgrywają ważną rolę we wspieraniu wdrażania wytycznych WHO dotyczących zmniejszania konsumpcji cukru; należy jednak zająć się problemem niezgłoszonych i niejasnych konfliktów interesów między przemysłem cukrowniczym a niektórymi organizacjami stomatologicznymi i instytucjami akademickimi.¹¹⁰

Wyższy priorytet polityczny zdrowia jamy ustnej: rola globalnego poparcia

Biorąc pod uwagę znaczne obciążenie i skutki chorób jamy ustnej, nieadekwatne reakcje systemu opieki zdrowotnej oraz proponowane koncepcje reformy, kolejnym logicznym krokiem może być opracowanie globalnego planu działań, z globalnym poparciem jako kluczową strategią przejścia od koncepcji do działania. Osoby działające na rzecz poprawy zdrowia jamy ustnej oraz organizacje profesjonalne wielokrotnie podkreślały zaniedbania w globalnym zdrowiu jamy ustnej, lecz bez proponowania realistycznej wizji sposobów trwałej poprawy zdrowia jamy ustnej dla połowy populacji świata. Wręcz przeciwnie, dyskurs zaniedbań jest tak zakorzeniony w środowisku zawodowym stomatologów, że często wydaje się być jedynym i głównym wyzwaniem dla zdrowia jamy ustnej na świecie. Zdrowie jamy ustnej jest faktycznie traktowane niewystarczająco priorytetowo w wielu kontekstach; objawy i konsekwencje tego zaniedbania są wielorakie.

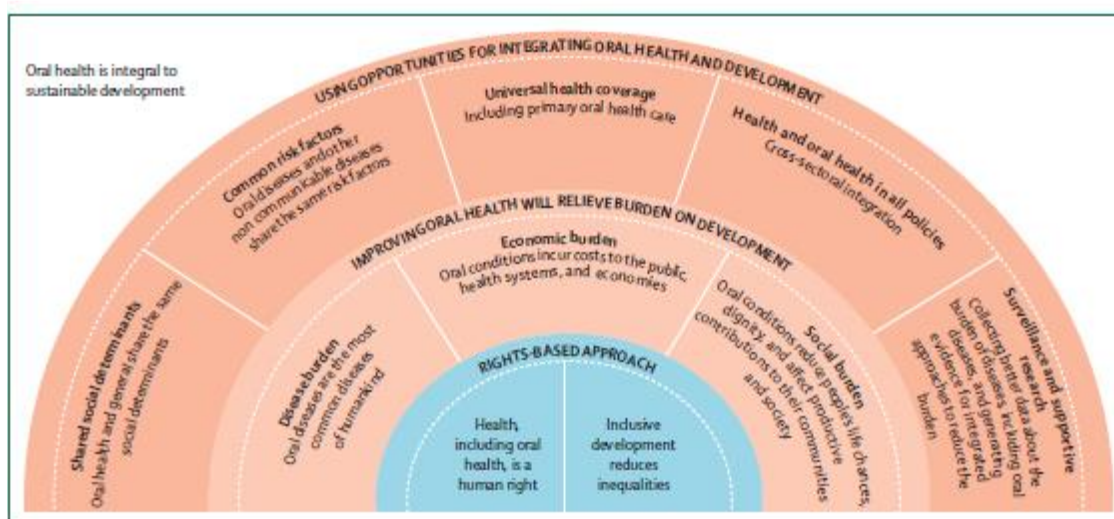
Wynikająca z tego debata jest jednak często dość ograniczona i reaktywna. Koncentruje się na uzasadnieniu zwiększania zasobów w celu rozszerzenia obecnych modeli opieki zdrowotnej, co pogłębia istniejący stan. Wskazuje to na kluczową słabość, stojącą na przeszkodzie skutecznemu poparci. Zamiast tego konieczny jest jasny cel, aby opowiedzieć się za innowacyjną polityką zdrowotną lub przeciw niej. Wąski zakres poparcia na rzecz przyznania większego priorytetu kwestiom zdrowia jamy ustnej mógł odbiegać od zasobów i wysiłków zmierzających do osiągnięcia szerokiego konsensusu między głównymi zainteresowanymi przedstawicielami sektora, dotyczącego wspólnej definicji problemu, porozumienia w sprawie interwencji na poziomie populacji oraz podejścia do reformowania i wzmacniania systemów zdrowia jamy ustnej. Obecna sytuacja zdrowia jamy ustnej na świecie wynika zatem nie tylko z czynników zewnętrznych, takich jak konkurujące ze sobą priorytety w zakresie chorób lub niedobór zasobów, ale także z niewystarczającej współpracy i przywództwa podmiotów zajmujących się zdrowiem jamy ustnej na świecie, co jeszcze bardziej pogłębia odcięcie od głównego globalnego nurtu ochrony zdrowia.¹¹¹

Zbadano procesy i politykę stojące za zmieniającymi się priorytetami w zakresie zdrowia na świecie oraz zidentyfikowano kluczowe elementy zmian.¹¹² Obecna sytuacja jest daleka od przyznania zdrowiu jamy ustnej miejsca tak priorytetowego, jak w roku 1994, kiedy WHO ogłosiła pierwszy w historii Międzynarodowy Rok Zdrowia Jamy Ustnej, po deklaracji z 1984 roku dotyczącej globalnych celów dla zdrowia jamy ustnej, które miały być osiągnięte do 2000 roku.¹¹³⁻¹¹⁵ Od początku lat 90., Globalny Program Zdrowia Jamy Ustnej WHO został zredukowany, z dobrze obsadzonej jednostki do jednego stanowiska na poziomie centrali. Zmiany te zostały następnie odzwierciedlone przez państwa członkowskie WHO, które również ograniczyły zasoby

lub wręcz nie ustanowiły krajowych programów zdrowia jamy ustnej. Trwająca reforma organizacyjna WHO może być dobrą okazją do skorygowania niedofinansowanej dziedziny zdrowia jamy ustnej w centrali WHO i na szczeblu regionalnym.

Zdrowie jamy ustnej stanowi część podstawowego prawa człowieka do zdrowia i jest nieodłączną częścią zrównoważonego rozwoju człowieka – dwóch kluczowych pojęć opartych na prawach podejścia do światowego rzesznicstwa.³⁶ Promowanie zdrowia jamy ustnej ma pozytywny wpływ na ogólny rozwój, ponieważ łagodzi choroby, obciążenia gospodarcze i społeczne związane z chorobami jamy ustnej (patrz Rys. 4).

Globalny program działań na rzecz zdrowia stwarza wiele możliwości dla rzesznicstwa, ale muszą one być monitorowane, filtrowane i wykorzystywane (załącznik, strony 3-5). W ostatnich latach rosnącą uwagę poświęcano czynnikom komercyjnym i podkreślano ich różne powiązania z innymi czynnikami determinującymi stan zdrowia. Wraz z innymi międzynarodowymi ramami zdrowotnymi, program dotyczący czynników komercyjnych stwarza możliwości skutecznego wspierania, przynosząc korzyści nie tylko w zakresie zdrowia jamy ustnej, ale także chorób niezakaźnych i zrównoważonego rozwoju w ogóle.



Rys. 4. Zdrowie jamy ustnej w szerszym kontekście zrównoważonego rozwoju

Reprodukcja z publikacji Benziana i Williamsa,³⁶ za zgodą FDI Światowej Federacji Dentystycznej 2015

Oral health in integral to...	Zdrowie jamy ustnej nieodłącznie związane ze zrównoważonym rozwojem.
USING OPPORTUNITIES FOR...	WYKORZYSTYWANIE MOŻLIWOŚCI DLA INTEGRACJI ZDROWIA JAMY USTNEJ I ROZWOJU
Shared social determinants...	Wspólne społeczne czynniki decydujące Zdrowie jamy ustnej i zdrowie ogólne mają te same społeczne czynniki decydujące
Common risk factors...	Wspólne czynniki ryzyka Choroby jamy ustnej i inne choroby niezakaźne mają wspólne czynniki ryzyka
Universal health coverage...	Powszechny dostęp do opieki zdrowotnej , w tym podstawowej opieki dentystycznej
Health and oral...	Zdrowie i zdrowie jamy ustnej we wszystkich politykach Integracja w różnych sektorach

Surveillance and...	Nadzór i badania wspierające Gromadzenie lepszych danych o obciążeniu chorobami, w tym o chorobach jamy ustnej i opracowywanie dowodów dla zintegrowanych rozwiązań, które mają zredukować to obciążenie
IMPROVING ORAL HEALTH...	POPRAWA STANU ZDROWIA JAMY USTNEJ ZMNIĘJSZY OBCIĄŻENIA DLA ROZWOJU
Disease burden...	Obciążenia chorobami Choroby jamy ustnej są najczęściej występującymi chorobami ludzkości
Economic burden...	Obciążenia ekonomiczne Choroby jamy ustnej oznaczają koszty dla społeczeństwa, systemów opieki zdrowotnej oraz gospodarek
Social burden...	Obciążenia społeczne Choroby jamy ustnej zmniejszają szanse życiowe, obniżają poczucie godności i zmniejszają produktywny wkład osób w ich społeczności lokalne i w społeczeństwo ogółem
RIGHTS-BASED APPROACH	PODEJŚCIE OPARTE O OPRAWA
Health, including...	Zdrowie, w tym zdrowie jamy ustnej, jest prawem człowieka
Inclusive development...	Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu zmniejsza nierówności

Wniosek

Choroby jamy ustnej są poważnym, globalnym problemem z zakresu zdrowia publicznego. Obecne reakcje ze strony systemu zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej są w dużej mierze niewystarczające, niesprawiedliwe i kosztowne, co sprawia, że miliardy ludzi nie mają dostępu nawet do podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia jamy ustnej. Istnieją proste, opłacalne i sprawiedliwe interwencje, jak również oddolne środki polityczne dotyczące całej populacji, mające na celu zmniejszenie ryzyk wspólnych dla chorób zakaźnych i chorób jamy ustnej. Dopasowanie priorytetów w zakresie zdrowia jamy ustnej, zdrowia publicznego i systemów opieki zdrowotnej oraz związanej z nimi polityki w dziedzinie edukacji, szkoleń, badań i zdrowia na drodze do opracowania powszechnego systemu opieki zdrowotnej jamy ustnej wymaga trwałego i skoordynowanego wsparcia politycznego oraz zaangażowania wszystkich zainteresowanych stron, w tym pacjentów i społeczności. Uzyskanie takiej spójności starań wymaga śmiałego przywództwa, solidnych dowodów na skuteczność interwencji, innowacyjnej polityki oraz otwartości na agendę globalnych zmian na wszystkich poziomach. W miarę jak świat intensyfikuje starania dla osiągnięcia Celów Zrównoważonego Rozwoju w ciągu najbliższej dekady, zdrowie jamy ustnej nie może pozostawać w tyle i wymaga pilnych, zdecydowanych działań.