



**COUNCIL OF
EUROPEAN DENTISTS**

LISTOPAD 2007

REZOLUCJA RADY EUROPEJSKICH LEKARZY DENTYSTÓW (CED)

LEKARZ DENTYSTA PRZYSZŁOŚCI

WPROWADZENIE

Głównym celem Rady Europejskich Lekarzy Dentystów, reprezentującej ponad 300 000 lekarzy dentystów w Europie, jest promocja wysokich standardów w stomatologii i opiece stomatologicznej dla obywateli Europy. W związku z tym Rada jest zaangażowana w stałe rewidowanie i uaktualnianie swojego planu strategicznego, tak aby wychodził on naprzeciw potrzebom leczniczym Europy zarówno dziś jak i w przyszłości.

W odniesieniu do przyszłości stomatologii zasadniczym celem CED jest zapewnienie, aby każdy Europejczyk miał dostęp do wysokiej jakości opieki stomatologicznej świadczonej przez dobrze wykwalifikowanych, w pełni kompetentnych lekarzy dentystów stosujących najnowocześniejszą i najbardziej odpowiednią technologię.

W ostatnich latach zagadnienia dotyczące zdrowia zyskały na znaczeniu w Europie. Wysokiej jakości świadczenia zdrowotne są w coraz większym stopniu uznawane za priorytetową sprawę dla obywateli Unii Europejskiej.

Za organizację i dostępność opieki zdrowotnej odpowiadają poszczególne państwa członkowskie. Jednocześnie, sytuacja wynikająca z transgranicznego przepływu zarówno pacjentów jak i personelu medycznego ma wpływ na system opieki zdrowotnej i socjalnej we wszystkich państwach UE.

CED z zadowoleniem przyjmuje więc fakt, że UE próbuje stworzyć zintegrowaną Strategię Zdrowia¹, która wychodziłaby naprzeciw nowym problemom wynikającym z narastającego zróżnicowanie socjalnego, nierówności ekonomicznej, globalizacji, starzenia się społeczeństwa oraz bardzo intensywnego rozwoju technologicznego. Stomatologia ma do odegrania istotną rolę w tej nowej strategii. Promocja zdrowia jamy ustnej powinna być integralną częścią ogólnej promocji zdrowia wśród Europejczyków, gdyż ma jest ona determinantą zdrowia ogólnego i jakości życia.²

Dyrektywa 2005/36 określa minimalne wymogi szkolenia w zakresie stomatologii, która jest odrębnym zawodem. Dyrektywa wymaga co najmniej 5-letniego nauczania

teoretyczno-praktycznego w pełnym wymiarze godzinowym. Dyrektywa określa także procedurę aktualizowania wymogów szkolenia uwzględniając postęp naukowy i techniczny.

W świetle powyższych uwag, sylwetka przyszłego lekarza dentystry powinna zostać powtórnie zdefiniowana i istnieje potrzeba opracowania konkretnego zakresu kompetencji w oparciu o poniżej przedstawione cechy i zadania lekarza dentystry przyszłości.

TRENDY W OPIECE STOMATOLOGICZNEJ I ICH WPŁYW NA PROFIL LEKARZA DENTYSTY PRZYSZŁOŚCI

Zmieniające się obciążenia chorobami jamy ustnej: pomimo zmniejszania się problemu próchnicy u dzieci oraz utraty zębów u dorosłych, inne choroby i stany chorobowe jamy ustnej – takie jak próchnica korzenia, choroba przyzębia, schorzenia choroby błony śluzowej, urazy twarzoczaszki, stany zapalne twarzoczaszki, ustna manifestacja HIV / AIDS, nowotwory ustnogardłowe, erozja zębów – nadal stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego wśród osób dorosłych.^{2,3}

Stany chorobowe jamy ustnej zajmują czwarte miejsce na świecie pod względem kosztów ich leczenia.⁴

Starzenie się społeczeństwa: wzrasta liczba osób w podeszłym wieku, które oprócz problemów w zakresie chorób jamy ustnej mają poważne problemy ogólnozdrowotne. Wiedza z zakresu chorób wewnętrznych nabiera coraz większego znaczenia dla lekarzy dentystry, którzy przed rozpoczęciem leczenia stomatologicznego muszą rozpoznawać tego rodzaju problemy kliniczne i właściwie współpracować z innymi pracownikami ochrony zdrowia.

Związek między zdrowiem ogólnym a zdrowiem jamy ustnej: istnieje coraz więcej dowodów² związku między zapaleniem przyzębia a cukrzycą, chorobami serca, udarem krwotocznym i chorobami układu oddechowego. Wiele stanów chorobowych jamy ustnej takich jak kandydoza, leukoplakia włochata, HIV, mięsak Kaposiego, chłoniaki niezwiązane z ziarnicą złośliwą, czy zespół suchości jamy ustnej są wczesnymi objawami chorób ogólnych.

Lekarze dentyści powinni odnosić się do spraw zdrowotnych w sposób wykraczający poza tradycyjną opiekę w zakresie chorób jamy ustnej i przyczyniać się do ratowania życia poprzez wczesne rozpoznawanie chorób u leczonych pacjentów.³

Zakres praktyki lekarsko-dentystycznej będzie wykraczać poza same leczenie zębów i tkanek podtrzymujących, tak więc lekarz dentystry powinien posiadać wiedzę z zakresu patofizjologii chorób ogólnych.^{3,5}

Wzrastająca liczba chorób związanych ze stylem życia: podstawowe czynniki ryzyka dla chorób jamy ustnej są takie same jak dla wielu przewlekłych niezakaźnych chorób ogólnych takich jak otyłość, choroby serca, nowotwory, cukrzyca. Do 70 % czynników ryzyka dla tych chorób stanowią czynniki głównie o charakterze behawioralnym, społecznym i środowiskowym, a tylko około 30 % to czynniki uwarunkowane genetycznie. Podejmowanie środków przeciwko wspólnym czynnikom ryzyka jest efektywnym, skutecznym sposobem ograniczenia tych chorób. Włączenie do wczesnego etapu programu kształcenia lekarzy dentystry podstawowych zasad nauk behawioralnych, w połączeniu z zasadami nauk

ogólnomedycznych w praktyce klinicznej, ma podstawowe znaczenie dla ogólnego lekarza dentysty przyszłości.^{6,7}

Zróżnicowanie kulturowe: społeczeństwa większości krajów europejskich są bardzo zróżnicowane etnicznie i kulturowo. Wiążą się z tym odmienne problemy i potrzeby opieki stomatologicznej. Kształcenie zawodowe powinno przygotowywać lekarzy dentystów do sprostania potrzebom tych społeczeństw. W szczególności dotyczy to umiejętności komunikowania się z pacjentem, tak aby zrozumieć jego stosunek do choroby mający często podłoże kulturowe czy religijne.

Nauka, badania, technologia: postęp naukowy i technologiczny, jaki nastąpił w ostatnich latach w stomatologii, znacznie poprawił zrozumienie przyczyn i konsekwencji wielu stanów chorobowych jamy ustnej.^{7,8} Jednocześnie wiedza uzyskana w drodze badań nad nowymi materiałami, instrumentarium i urządzeniami konkuruje z klasycznymi umiejętnościami klinicznymi o jak najwięcej czasu w i tak już przeciążonym programie kształcenia lekarzy dentystów. Stomatologia powinna czerpać korzyści z najnowszych osiągnięć nauki i techniki oraz mieć udział w ich rozwijaniu.⁷

PODSUMOWANIE

- W celu sprostania zwiększającym się, bardziej złożonym wymaganiom społecznym lekarz dentysta przyszłości musi przyczyniać się do ograniczania chorób jamy ustnej i do poprawiania zdrowia jamy ustnej, ponieważ zdrowie przestrzeni szczękowo-twarzowej jest ściśle powiązane z ogólnym zdrowiem i dobrem człowieka i ma istotne znaczenie dla jakości życia Europejczyków.
- Podstawowym celem lekarza dentysty przyszłości jest, aby potrafił on postępować zarówno z klasycznymi jak i nowymi problemami dotyczącymi zdrowia jamy ustnej, które są rezultatem powyżej wskazanych tendencji. Lekarz dentysta musi być w stanie wykonywać zawód w pełnym zakresie w oparciu o dowody naukowe zarówno w formie praktyki indywidualnej, grupowej, jak też w ścisłej współpracy z innymi pracownikami ochrony zdrowia. Dodatkowo należy bardziej medycznie ukierunkować kształcenie lekarzy dentystów (szkolenia ogólnomedycznego), co spowoduje konieczność zmian treści i formy 5- letniego programu kształcenia stomatologicznego .
- Rada Europejskich Lekarzy Dentystów jest zdania, iż wiedza i umiejętności lekarza dentysty przyszłości nabywane w trakcie podstawowego kształcenia stomatologicznego powinny stanowić pierwszy etap w procesie kształcenia trwającego przez całe życie zawodowe lekarza dentysty oraz powinny umożliwiać lekarzowi dentyście zapobieganie i leczenie wszystkich typowych chorób jamy ustnej. Właściwe podstawowe kształcenie stomatologiczne musi umożliwiać lekarzowi dentyście wykonującemu zawód uczestniczenie z własnej inicjatywy w ustawicznym doskonaleniu zawodowym zależnie od jego potrzeb.

Przyjęto jednogłośnie na posiedzeniu plenarnym Rady Europejskich Lekarzy Dentystów w dniu 30 listopada 2007 r.

// ODESŁANIA

1. **Health in Europe:** A Strategic Approach. Discussion Document for a Health Strategy in EU (2007).
2. **Petersen PE.:** The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003 (31)
3. **Hobdell M., Petersen P.E. Clarkson J., Johnson N.:** Global goals for oral health 2020. International Dental Journal. 2003., (53/No.5)
4. **Sixteenth World Health Assembly:** Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention. Report by the Secretariat, March 2007
5. **Nils-Erik Fiehn.:** Perspectives on Dental Education in the Nordic Countries. Journal of Dental Education, 2002 (66)
6. **ADEA Commission on Change and innovation in Dental Education:** Competencies for the new General Dentist (2006).
7. **General Dental Council.:** The First Five Years. A Framework for Undergraduate Dental Education (2002).
8. **FDI Policy Statement:** Basic Dental Training. Adopted by the FDI General Assembly,9/2003