Wewnątrz numeru:
Cosmetic Tribune

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

ISSN 1730-315X

SIERPIEŃ 2011 www.dental-tribune.com CENA: 9,50 zł VOL. 9, NR 5+6

Opinie
Kontrola infekcji w gabinecie dentystycznym
Strona 6

Perspektywy
Lasery w traumatologii stomatologicznej
Strona 9

Wydarzenia
Stomatologia estetyczna w Dubrowniku
Strona 15

XXI Wystawa CEDE

Tegoroczna wystawa CEDE odbędzie się w dniach 22-24. września, obejmie aż 5 pawilonów (7, 7A, 8, 8A i 6A), w których wystawcy z Polski i zagranicy będą prezentować swoje produkty.

Równolegle z wystawą będzie odbywać się Zjazd Zespołów Stomatologicznych. W tym roku tematyka ZZS w dużej mierze będzie dotyczyła zmieniających się warunków społecznych, ekonomicznych, prawnych, z którymi lekarze muszą się zmierzyć w codziennej praktyce lekarskiej. Pondto w programie Zjazdu znajdą się wykłady z zakresu: endodoncji, stomatologii odtwórczej, okluzji, stomatologii estetycznej oraz odbudów ceramicznych.

Ponadto tradycyjnie odbędą się sesje specjalne dla higienistek i asystentek stomatologicznych, a także dla techników dentystycznych.

Podczas wystawy odbędzie się również niezwykle obiecująca sesja implantologiczna New York University College of Dentistry, obejmująca prezentacje następujących wykładowców: H. Kendall Beacham, MBA, Edgard El Chaar, DDS, MS, dr n. med. Piotr Majewski, prof. dr hab. Andrzej Wojtowicz.

Wystawa CEDE rozszerza się w tym roku o akcent motoryzacyjny. Organizatorzy, chcąc urozmaicić zwiedzającym pobyt na targach, zaprosili do współpracy firmę Szpot – największego w Wielkopolsce dealera samochodów: Opel, Chevrolet, Kia, Citroen, Hyundai, Saab, Cadillac, Corvette, Isuzu i Tata, który zorganizuje na Placu pomiędzy pawilonami 6A i 8 MIASTECZKO SAMOCHODOWE. Do każdego z samochodów będzie można wsiąść, przejechać się nim, a pracownicy firmy Szpot będą służyli fachową poradą na miejscu.

Więcej informacji na temat wystawy oraz Zjazdu można znaleźć na stronie: *www.cede.pl*

DT

AD
KAVO
www.kavo.pl

AD
DÜRR DENTAL
www.duerr.pl

Karta Identyfikacyjna Grupy Krwi – cenna pomoc dla lekarzy i ratowników

W 2010 r. w wypadkach na polskich drogach zginęło 3.907 osób. Ogromne znaczenie dla przeżycia poszkodowanych w wypadku może mieć natychmiastowa identyfikacja grupy krwi, która pozwala skrócić oczekiwanie na transfuzję o 30 min.

W polskiej telewizji ruszyła kampania promująca bezpieczną jazdę. Uświadomienie zasad ma na celu ograniczenie liczby wypadków, nie tylko w sezonie wakacyjnym. Dla poszkodowanych w wypadkach często jedynym ratunkiem może okazać się transfuzja krwi. Wtedy liczy się natychmiastowa identyfikacja grup krwi. Posiadanie karty z tą informacją pozwala skrócić przygotowanie do transfuzji o ok. 30 min.

W medycynie ratunkowej funkcjonuje pojęcie tzw. złotej godziny, czyli czasu, jaki upływa od doznania urazu do podjęcia działań ratujących życie. To właśnie pierwsze minuty decydują, czy ofiara ma szansę na przeżycie. Posiadanie Karty Identyfikacyjnej Grupy Krwi pozwala ominąć procedurę pobierania próbki i wykonywania oznaczeń. Lekarz może od razu zamówić potrzebną krew z banku i przystąpić do wykonywania „krzyżówki" – mówi Michał Meller z Ogólnopolskiej Sieci Laboratoriów Medycznych.

Karta z informacją o grupie krwi pacjenta zalecana jest nie tylko kierowcom samochodów czy użytkownikom motocykli. Każdy może znaleźć się w sytuacji wymagającej szybkiej transfuzji. Taki identyfikator może posłużyć również podczas wielokrotnych pobytów w szpitalu jako dokument wiarygodnie poświadczający grupę krwi jego posiadacza. Kiedyś istniała możliwość umieszczenia takiej informacji w dowodzie osobistym. Dziś taką funkcję pełnią tylko karty spójne z wzorem przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia.

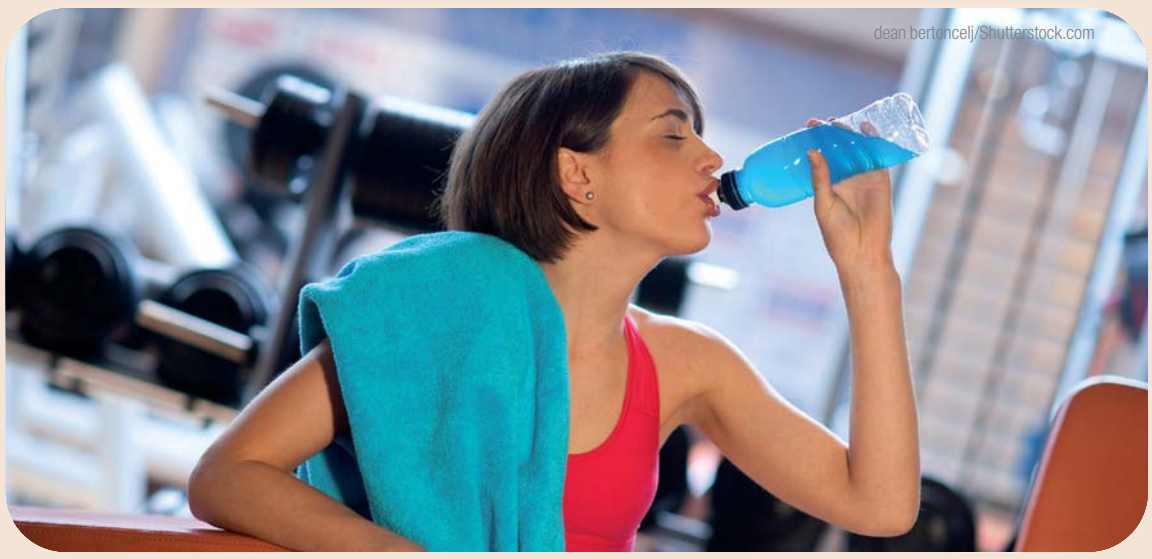
Kartę Identyfikacyjną Grupy Krwi zgodną z przepisami prawa i akceptacją Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie można uzyskać w każdym punkcie pobrań. W tym celu należy wypełnić formularz danych oraz oddać 2 próbki krwi, które zostaną poddane 2 osobnym badaniom, co wyklucza możliwość popełnienia błędu w oznaczeniu grupy.

Kartę wyrabia się jednorazowo, ponieważ wykonana jest w podobnej formie jak dowód osobisty czy karta kredytowa, a dane zachowują ważność przez całe życie. Noszona w portfelu pozwala uniknąć wielokrotnych badań grupy krwi w szpitalu, a w razie wypadku zaoszczędzić cenne minuty podczas akcji ratunkowej. DT

Napoje dla sportowców niszczą zęby

Australijscy dentyści, opiekujący się sportowcami ostrzegają, że napoje dla sportowców niszczą zęby.

„Zazwyczaj mamy do czynienia z dwoma mechanizmami: erozją, czyli rozpadaniem się zębów i próchnicą, która pojawia się, po-



dean bertoncelj/Shutterstock.com

Dr Brett Dorney, który był dyrektorem serwisu dentystycznego podczas olimpiady w Syndey potwierdza wzrastającą liczbę przypadków erozji zębów i ścisły związek tego zjawiska ze spożywaniem napojów przeznaczonych dla osób wyczynowo uprawiających sport. nieważ napoje dla sportowców mają kwaśny odczyn, a to pozwala bakteriom odpornym na działanie kwasów osadzać się na płytce zęba" – wyjaśnia dr Dorney. Podkreśla jednak, że nie nakłania sportowców do zaprzestania spożywania tych napojów, jednak powinni być oni świadomi ryzyka i niebezpieczeństwa z tym związanego. „Uważam, że nowoczesna dentystyka polega przede wszystkim na edukacji. Dentysta powinien udzielać pacjentom informacji, a dzięki temu oni sami będą mogli dokonywać wyborów w sprawach dotyczących zdrowia jamy ustnej oraz podejmowania ryzyka" – mówi Dr Dorney.

DT

DENTAL TRIBUNE Polish Edition

„Sensodyne® Odbudowa i Ochrona” – pasta przyszłości

Nadwrażliwość zębiny dotyczy 35% dorosłych Polaków. Nieznośny ból zębów spowodowany tą przypadłością potrafi skutecznie utrudnić życie i zmusić do zrezygnowania z ulubionych potraw i napojów.

GlaxoSmithKline Consumer Healthcare z myślą o tych, którym nagły przeszywający ból zębów towarzyszy na co dzień, wprowadza na rynek nową, specjalistyczną pastę „Sensodyne® Odbudowa i Ochrona”, która nie tylko znosi ból, ale także odbudowuje obszary odsłoniętej zębiny i chroni ją przed potencjalnymi uszkodzeniami w przyszłości.

Nowa pasta „Sensodyne® Odbudowa i Ochrona” oparta jest na unikalnej formule NovaMin® o klinicznie potwierdzonej skuteczności i nie zawiera wody. Innowacyjna formuła pasty polega na połączeniu technologii NovaMin®, opracowanej pierwotnie na potrzeby regeneracji tkanki kostnej z fluorkiem, który jest niezbędny w codziennej higienie jamy ustnej.

NovaMin® to technologia oparta na fosforanie wapnia, która tworzy trwałą warstwę ochronną, taką jak hydroksyapatyt – zarówno na odsłoniętej zębinie, jak i wewnątrz kanalików zębowych. Warstwa ta jest odporna na codzienne działanie szkodliwych czynników w jamie ustnej. Wytrzymuje niszczący wpływ czynników mechanicznych, takich jak zbyt mocne szczotkowanie zębów, a także chemicznych czynników pokarmowych, tzn. kwasów zawartych m.in. w napojach typu coca-cola i sokach z owoców cytrusowych. Badania udowadniają, że ta innowacyjna pasta, stosowana 2 razy dziennie przynosi długotrwałą ulgę w bólu spowodowanym nadwrażliwością zębiny.

Zaawansowana technologicznie formuła pasty odnajduje i odbudowuje wrażliwe miejsca zębów, likwidując przyczynę nadwrażliwości. Preparat przeznaczony jest do codziennego stosowania. Aby zapewnić długotrwałą ochronę dla wrażliwych zębów, najlepiej szczotkować zęby pastą „Sensodyne® Odbudowa i Ochrona” 2 razy dziennie, nakładając na szczoteczkę ok. 2 cm pasty. Podczas mycia zębów może pojawić się w jamie ustnej delikatne uczucie ciepła, które jest dowodem na to, że pasta zaczyna działać. Miętowy smak pozostawia w jamie ustnej uczucie świeżości i czystości.

„Sensodyne® Odbudowa i Ochrona” poszerza obecną ofertę marki Sensodyne®, do której należą pasty do zębów, szczoteczki i płyny do płukania jamy ustnej, zapewniające kompleksową ochronę wrażliwych zębów. DT

Otyłość wpływa na zdrowie jamy ustnej

Niska jakość zdrowia jamy ustnej to kolejna pozycja, która pojawiła się na liście efektów otyłości. Naukowcy potwierdzają, że im gorszy stan jamy ustnej, tym więcej osób mających wynik BMI (Body Mass Index) ponad 30 – kryterium, które wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) określa otyłość.

W 2008 r. na świecie 1,5 bln dorosłych osób w wieku ponad 20 lat było otyłych. Podczas inauguracji National Childhood Obesity Week dr Nigel Carter (British Dental Health Foundation) wyraził swoje zaniepokojenie wynikami tych badań i zachęcił lekarzy, by jeszcze bardziej angażowali się w walkę ze złym stanem zdrowia jamy ustnej.

Dr N. Carter powiedział: „Jako, że 1 na 4 dorosłych Brytyjczyków cierpi z powodu otyłości, a choroba dziąseł została rozpoznana jako główny czynnik utraty zębów wśród dorosłych, to ryzyko pogorszenia zdrowia jamy ustnej jest znaczne. Było już wiele dyskusji dotyczących roli dentysty w rozpoznawaniu chorób, np. cukrzycy, ale w zakresie otyłości lekarze zwykle opierają się na informacjach dotyczących wpływu diety na ogólny stan zdrowia jamy ustnej. Eksperci wskazują np. na tzw. przegryzki jako możliwą przyczynę wzrostu liczby osób otyłych”.

Zespół naukowców z University of North Carolina zanalizował dane z ankiety dotyczącej nawyków żywieniowych w USA w latach 70., 80. XX w. oraz podczas ostatniej dekady. Okazało się, że gdy stopień otyłości wzrastał w każdym przedziale czasowym, liczba posiłków oraz rozmiar porcji ulegały znacznym zmianom. Dr Carter dodaje: „Przegryzki i złe nawyki żywieniowe stają się coraz większym problemem, zwłaszcza gdy ludzie coraz więcej pracują. Jeśli już musimy jeść w przerwach między posiłkami, to należy zadbać o to, by były to zdrowie przekąski, np. orzechy albo surowe warzywa”. DT

Sztuczny nos wyczuje raka jamy ustnej?

Wg izraelskich naukowców, sztuczny nos mógłby grać istotną rolę w diagnozowaniu nowotworów głowy i szyi.

Wyniki przeprowadzonych w tym zakresie badań pokazały, że wynalazek nazwany NA-NOSE, opracowany w Izraelskim Instytucie Technologii może poprzez wykorzystanie próbek oddechu efektywnie odróżnić pacjentów z nowotworem głowy i szyi oraz płuc od pacjentów bez nowotworu.

Nowotwory głowy i szyi są 8. pod względem rozpowszechnienia leczonym nowotworem na całym świecie, jednak bardzo często są one diagnozowano zbyt późno, najczęściej z powodu braku odpowiednich metod diagnostycznych.

Wydaję się, że są to pierwsze tak obiecujące badania w tym zakresie, dlatego dr Nigel Carter z British Dental Health Foundation (BDHF) uważa, że należy je pogłębić w celu uwierzytelnienia tego przełomu w walce z nowotworem jamy ustnej. Dr N. Carter mówi: „Wynalezienie efektywnych metod diagnozujących w sytuacji, gdy tylko w Wielkiej Brytanii nowotwór zabija jednego pacjenta co 5 godz., oznacza niezwykły postęp. BDHF apeluje jednak o dalsze badań, zanim sztuczny nos zostanie zastosowany na większą skalę”. DT

Kobiety w wieku pomenopauzalnym często tracą zęby

Wyniki nowych badań pokazały, że 25% kobiet w wieku pomenopauzalnym znajduje się w grupie ryzyka wypadania zębów w ciągu 5 lat po menopauzie.

Badania ponad 1 000 kobiet w wieku pomenopauzalnym wskazują, że średnio 1 na 4 kobiety jest narażona na wypadanie zębów w ciągu 5 lat po menopauzie, a ryzyko to wzrasta do ponad 90%, jeśli obecne są jeszcze inne czynniki, jak np. cukrzyca lub palenie tytoniu.

Amerykańscy naukowcy dowiedli, że spośród 1 021 kobiet w wieku pomenopauzalnym 293 (28,7%) doświadczyło utraty zębów w okresie 5 lat po menopauzie. Poprzednio przeprowadzone badania potencjalnie połączyły menopauzę z utratą zębów z powodu takich czynników jak słabnięcie kości i spadek poziomu estrogenu.

Wpływ menopauzy może w pewien sposób tłumaczyć, dlaczego kobiety częściej tracą zęby pomimo ogólnie lepszego stanu zdrowia jamy ustnej w porównaniu z mężczyznami. Wyniki badań opublikowanych w *Community Dentistry and Oral Epidemiology* są efektem jednych z wielu badań zajmujących się zdrowiem kobiet w wieku pomenopauzalnym, pomocnych dla grup wysokiego ryzyka.

Dr Nigel Carter powiedział: „Wypadanie zębów może pojawić się u każdego, bez względu na wiek, ale ostatnie badania zwracają uwagę na zwiększone ryzyko u kobiet w wieku pomenopauzalnym. Naukowcy podkreślają też, że kumulacja czynników takich jak palenie tytoniu, cukrzyca, nadwaga oraz wcześniejsze problemy ze zdrowiem jamy ustnej sumują się i stwarzają bardzo wysokie ryzyko utraty zębów, co ma ogromny wpływ na dalszą jakość życia. DT

Próchnica pod kontrolą

CarieScan PRO to urządzenie, które umożliwia kontrolę zmian próchnicowych i nim zapobieganie. Dokładność CarieScan PRO w ocenie próchnicy i zdrowych zębów wynosi 92,5%; przy uwzględnieniu błędów fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych.

CarieScan PRO oferuje najwcześniejszą z dostępnych na rynku metod diagnozowania próchnicy. Zapewnia dokładny i powtarzalny pomiar wykorzystywany w monitorowaniu próchnicy, który pozwala na rozpoczęcie leczenia zapobiegawczego we właściwym czasie i wspiera plan leczenia próchnicy oparty na obiektywnym pomiarze. Badanie jest bezbolesne dla pacjenta.

CarieScan PRO jest pierwszym urządzeniem diagnostycznym stosującym technologię ACIST (AC Impedence Spectroscopy Technology) w celu oceny próchnicy poprzez pomiar gęstości mineralnej tkanek twardych zęba. Ma rodowód szkocki i jest wynikiem 6-ciu lat badań i testów prowadzonych na Uniwersytecie St.Andrews i Dundee, Wielka Brytania. Urządzenie jest proste w obsłudze, kalibrujące się automatycznie, działające na bezprzewodowym przekazie Bluetooth. Dzięki wyświetlaczowi wynik badania jest również czytelny dla pacjenta, co bardzo wspiera plan leczenia i edukację nt. próchnicy, na którą cierpi większość Polaków.

Więcej informacji:
www.cariescan.com DT

Konieczna zmiana nawyków higienicznych!

Niemal 7% brytyjskich mężczyzn przeżyło ponad tydzień bez szczotkowania zębów – m.in. takie są wyniki najnowszych ankiet, przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii z okazji, zorganizowanego w czerwcu br. Narodowego Miesiąca Uśmiechu.

Ankieta dotycząca nawyków w zakresie pielęgnacji jamy ustnej ujawnia także, że ok. 60% kobiet zapomina o szczotkowaniu zębów przed położeniem się spać. Ponad 11% Brytyjczyków przyznaje się do opuszczania porannego szczotkowania zębów, a 28% ujawnia, że potrafi nie myć zębów przez całą dobę. Aż 9% mężczyzn przyznaje się do nie szczotkowania zębów przez cały weekend.

„Te dane są przerażające! – mówi dr James Russell – ludzie potrafią nie myć zębów przez tydzień, a przecież szczotkowanie zębów 2 razy dziennie jest bardzo prostym sposobem na przestrzeganie higieny jamy ustnej".

Brytyjczycy (ponad połowa badanych) sami przyznają, że jako naród nie dbają o swoje zęby. Jest jednak szansa na zmianę złych nawyków, bowiem poglądy młodych ludzi na te kwestie zaczynają się różnić od opinii starszego pokolenia: 43% osób w wieku 16-24 lat zgadza się z cytowaną opinią w porównaniu z 58% ludzi w wieku 55-64 lat. DT

O wydawcy

Wydawca :
dti Dental Tribune International

Biuro w Polsce:
Dental Tribune Polska Sp. z o.o.
Al. Jerozolimskie 44, lok. 518
00-024 Warszawa

info@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Zespół redakcyjny:

Redaktor naczelna:
Magdalena Wojtkiewicz
m.wojtkiewicz@dental-tribune.com

Tłumacze:
Ewa Aleksińska,
Marcin Aleksiński,
Ewa Ganowicz,

Redakcja i korekta tekstów:
Marzena Bojarczuk,
m.bojarczuk@dental-tribune.com

Marketing i reklama:
Grzegorz Rosiak,
g.rosiak@dental-tribune.com
Tel.: (22) 433 63 62

Informacje w sprawie prenumeraty:
Dental Tribune Polska Sp. z o.o.,
info@dental-tribune.com
Tel.: 664 608 740

Nakład: 10.000 egz.

Wydawca i redakcja nie ponoszą odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń. Publikacja ta jest przeznaczona dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

Redakcja *Dental Tribune* dokłada wszelkich starań, aby publikować artykuły kliniczne oraz informacje od producentów jak najrzetelniej. Nie możemy odpowiadać za informacje, podawane przez producentów. Wydawca nie odpowiada również za nazwy produktów oraz informacje o nich, podawane przez ogłoszeniodawców. Opinie przedstawiane przez autorów nie są stanowiskiem redakcji *Dental Tribune*.

Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

DENTAL TRIBUNE The World's Dental Newspaper

Licensing by Dental Tribune International

Publisher
Torsten Oemus

Group Editor
Daniel Zimmermann
newsroom@dental-tribune.com
Tel.: +49-341/4 84 74-107

Editors
Claudia Salwiczek, Anja Worm

Editorial Assistant
Yvonne Bachmann

Copy Editors
Sabrina Raaff, Hans Motschmann

President/CEO
Torsten Oemus

Sales & Marketing
Peter Witteczek, Antje Kahnt

Director of Finance & Controlling
Dan Wunderlich

Marketing & Sales Services
Nadine Parczyk

License Inquiries
Jörg Warschat

Accounting
Manuela Hunger

Business Development Manager
Bernhard Moldenhauer

Project Manager Online
Alexander Witteczek

Executive Producer
Gernot Meyer

Dental Tribune International

Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: +49-341-4 84 74-302
Fax: +49-341-4 84 74-173
info@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Regional Offices

Asia Pacific
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177
Fax +8523113 6199

The Americas
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York,
N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181
Fax: +1 212 224 7185

International Editorial Board

Dr Nasser Barghi, USA – Ceramics
Dr Karl Behr, Germany – Endodontics
Dr George Freedman, Canada – Esthetics
Dr Howard Glazer, USA – Cariology
Prof. Dr I. Krejci, Switzerland – Conservative Dentistry,
Dr Edward Lynch, Ireland– Restorative
Dr Ziv Mazor, Israel – Implantology
Prof. Dr Georg Meyer, Germany – Restorative
Prof. Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function,
Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology

© 2010, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved

AD

DENTAL TRIBUNE Polish Edition

Ryzyko zakupu usługi stomatologicznej z punktu widzenia pacjenta

Jan Marcinowski, Polska

Pacjent nie spotyka się z lekarzem po raz pierwszy w gabinecie. Śmiem twierdzić nawet, iż jego przyjście do gabinetu dentystycznego jest „kolejną wizytą". Dla ogromnej rzeszy ludzi spotkanie z dentystą jest poprzedzone bardzo wieloma chwilami zwątpienia w sensowność takiej „wycieczki", połączonych z negowaniem przeżywania jakiegokolwiek bólu.

Mój dobry znajomy przyznaje otwarcie, iż dopiero, kiedy odwracając się do klientki w swoim sklepie, wystraszył ją gigantyczną opuchlizną połowy twarzy, zdecydował się na wizytę u lekarza. Kiedy się jednak do dentysty udał, był pełen obaw. Poniżej przedstawię pokrótce naturę lęków, które towarzyszą każdej wizycie w gabinecie stomatologicznym i są w swej istocie podobne u większości pacjentów.

Co ciekawe, w segmencie usług stomatologicznych nie działają powszechnie rozumiane prawa rynku usług. W ramach takich zakładamy, iż klient pragnie uzyskać efekt jak najmniejszym sumptem. Kupuje to, co zna, kiedy tego potrzebuje (czasy magazynowania odeszły w zapomnienie), dokonuje zakupów coraz częściej przez Internet, a kiedy już postanawia się ruszyć z domu, to chce wiedzieć, że będzie mógł kupić to, co chce, tam gdzie dojdzie. Jako przykład mogę podać choćby wszechobecne skupiska dealerów samochodowych w każdym mieście. To, że Škoda mieści się zaraz obok Citroena, a dalej jest Renault, nie wynika z miłości właścicieli tych salonów do siebie. Wynika z faktu, że kiedy ktoś chce kupić samochód, to nie ma ochoty biegać po całym mieście, a więc najwygodniej mu pojechać raz i obejść wszystkie salony. Nikt nie będzie się przecież fatygował do jednego punktu poza miastem. I tu dochodzimy do wygody. Z czysto racjonalnego punktu widzenia, pacjent powinien chcieć – załatwić „sprawę", kiedy już pojawia się w gabinecie. Jeśli się boi, powinien chcieć „mieć to już za sobą". Jeśli trudno znaleźć mu czas po pracy, to powinien ten czas cenić i pragnąć załatwić sprawę jak najszybciej. Wszystkie znaki na niebie i ziemi wskazują więc, iż jeśli pacjent pojawia się w naszym gabinecie to powinien był już sobie wszystko przemyśleć, a my możemy jedynie zaproponować i dobrze wykonać usługę, na którą już się zdecydował.

Nic bardziej błędnego. Nie zdecydował się jeszcze i wcale nie zamierza łatwo się decydować. W każdej rozmowie, jaką lekarz przeprowadza z pacjentem kryje się wiele zasadzek, w które jeśli wpadniecie – pacjent będzie mógł, poparłszy swoje domniemania, zrezygnować. Wszystko przez to, że pacjent RYZYKUJE.

Nie mam na myśli, oczywiście, tego, że ryzykuje, przychodząc do kongretnego gabinetu. Ryzykuje, decydując się na jakąkolwiek akcję, która może zmienić jego stan na gorszy. Wszak nawet ból zęba (własnego) może być lepszy niż jego usuwanie.

Ryzyko to wynika z kilku czynników, które zazwyczaj charakteryzuje się jako:
1. ryzyko wielkości zakupu,
2. liczba decydujących osób,
3. ryzyko efektywności oferty,
4. ryzyko nowego.

Strach ma wielkie oczy…

Ryzyko wielkości zakupu

Ryzyko wielkości zakupu nie odnosi się oczywiście, do wymiarów lecz do nieodwołalności decyzji oraz ceny. Kiedy kupujemy samochód (co jest zakupem obiektywnie „dużym"), bierzemy pod uwagę fakt, iż będziemy musieli z nim jakiś czas żyć, że będziemy musieli swojego wyboru bronić przed milionami zawistnych osób, które będą krytykować go jako zbyt krzykliwy lub nudny itp., oraz iż będziemy musieli spłacać kredyt lub też wydać oszczędności ostatnich kilku lub nawet kilkudziesięciu lat. Tak samo w przypadku usług stomatologicznych pacjent zadaje sobie pytania: „Czy naprawdę warto wydać na te licówki aż tyle pieniędzy? Przecież za to mógłbym…". Nie należy go absolutnie za to winić, co więcej, najlepszą metodą jest zrozumieć ten fakt. Najczęstszym błędem, z jakim zdarza mi się walczyć w przypadku np. sprzedawców samochodów jest ten, że zbytnio naciskają oni na sprzedaż, nie rozumiejąc, że dany klient nie jest w stanie podjąć tak ważnej decyzji w ciągu jednego dnia. Najlepszą metodą postępowania w przypadku takiego ryzyka jest ostrożne uświadamianie danej osobie płynących z tego faktu korzyści. Wszak często rozwiązanie takie jak implanty, które są dla pacjenta kosztowne („duże"), pojawia się na horyzoncie w efekcie jakiejś pojedynczej potrzeby. Przyjmijmy za tę potrzebę stwierdzenie „chcę ładnie wyglądać na weselu syna". Taka potrzeba jest spełniana przy pomocy implantów, ale dodatkowo pacjent otrzymuje: trwałość na lata, estetykę, wygodę oraz brak ingerencji w sąsiednie zęby. Jeśli więc próbujemy rozwiązać tak prosty problem jak „chcę ładnie wyglądać na weselu syna" tak dużym rozwiązaniem, to najlepszą metodą przezwyciężenia strachu będzie oczywiście podkreślanie reszty elementów i wykluczanie rozwiązań mniej trwałych jako mniej opłacalnych – pewnie kolejne będą chrzciny.

Kto tu rządzi?

Ryzyko osób decydujących

Pytanie, od którego powinniśmy zacząć brzmi kto kupuje usługę stomatologiczną? „Najprostsza odpowiedź brzmi „Pacjent." Ale czy rozmawiając o mężczyźnie kupującym kwiaty odpowiemy, że to on jest faktycznie klientem? Gratuluję wszystkim Panom, którzy znają się na chryzantemach i innych fiołkach, ale dla mnie istnieją róże i reszta. Nie zmienia to jednak faktu, że kwiaty kupować muszę i muszą być dobre. Dobre dla kogo? Dla mojej narzeczonej. Moja rozmowa z kwiaciarką jest więc tak naprawdę próbą odtworzenia upodobań bliskiej mi osoby.

AISPIX/Shutterstock.com

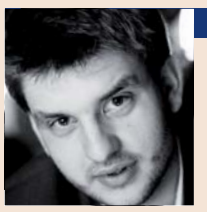
Takie same pytania warto zadać sobie, rozmawiając z pacjentem. Czy ten pan faktycznie leczy się, ponieważ tego chce? Jeśli mówimy o pacjentach zgłaszających się z bólem, to najczęściej tak jest, ale czy w przypadku wybielania zębów… też? Jeśli więc dochodzimy do wniosku, że nie zawsze, to kogo w takim razie przekonujemy do danego rozwiązania? Czasami osoby z jego środowiska pracy, czasami jego żonę, a czasami dzieci, które powiedziały mu, że ma w końcu pójść do lekarza. On zatem nie będzie odpowiadał własnymi argumentami. On będzie przed nami „grał" swoją żonę, czy też koleżankę z pracy. Dlaczego to wszystko? Dlatego, iż on sam NIE WIE. Nie wie, czy to rozwiązanie jest dobre, czy złe, może tylko polegać na lekarzu, że ten przedstawi mu takie argumenty, które powtórzone będą bronić tej, a nie innej decyzji. Może w końcu polegać tylko na wybranym przez siebie specjaliście z tego względu, iż to on jest po wielu latach studiów medycznych i z wieloma latami praktyki. To jednak absolutnie nie gwarantuje, że jego żona nie powie: „No i jaki sobie ten kolor zęba wybrałeś, co?"

Co za to otrzymam?

Ryzyko efektywności oferty

Tutaj kłaniają nam się wszystkie przyczyny dzisiejszych haseł reklamowych wychwalających okresy gwarancyjne wszystkiego – od samochodów zaczynając, poprzez kuchnie aż na deskach do krojenia kończąc. Klient chce być pewien, że jego decyzja jest słuszna i że się nie zawiedzie na jakości wybieranego produktu, a firmy postanowiły mu pomóc informując, że jeśli coś nie będzie działało tak jak obiecują to biorą na siebie odpowiedzialność. Pacjent wychodzi z założenia: „Jeśli to nie zadziała tak, jak sobie wymarzyłam i mój małżonek nie zacznie się do mnie uśmiechać częściej, to kto poniesie konsekwencje?". Efektywność oferty buduje się poprzez wiele czynników. Budują ją na przykład certyfikaty w poczekalni – cokolwiek by się o nich nie mówiło, działają na świadomość pacjenta, mówiąc mu „zobacz, byłem na wielu kursach, aby umieć lepiej leczyć". Przeświadczenie o kompetencjach lekarza buduje także opinia, dzięki której pacjent do nas trafił. Oczywistym jest, że pacjent nie jest w stanie ocenić efektywności oferty przed zakupem, ponieważ nie otrzymał w tym celu wystarczającej edukacji medycznej. Nie zmienia to jednak faktu, że będzie się nią martwił. Tutaj także pojawia się argument ceny. Czy za tę kwotę gdzie indziej mógłbym otrzymać więcej? Musimy zdawać sobie sprawę, że pacjent będzie oceniał naszą praktykę, nas samych i proponowane przez nas rozwiązania. Niestety, sam fakt, iż to my jesteśmy lekarzem i działamy według dobrej woli względem pacjenta nie usprawiedliwi nas z autorytatywnego rozwiązywania problemów. Jeśli nie będziemy tłumaczyć zalet i uświadamiać ryzyka usługi, to pacjent będzie musiał uwierzyć nam w pełni i wyłączyć wszelkie lampki, które migają mu w głowie. Trochę trudu włożonego w

Autor



Jan Marcinowski
Profesjonalny trener firmy Audytorium od 2007 roku. Prowadzi szkolenia z technik autoprezentacji, erystyki i retoryki oraz technik perswazyjnych. Prowadził szkolenia dla takich firm, jak: PricewaterhouseCoopers, Nordea, PKO BP, Millenium i innych. Z wykształcenia aktor posiadający dyplom PWSFTViT w Łodzi. Jako aktor występował między innymi w: *M jak Miłość, Ojciec Mateusz* czy *Barwy Szczęścia,* a także użycza głosu w dubbingu. Doświadczenie z dziedziny zarządzania zdobywa, prowadząc Stowarzyszenie Kultura Fabric QFA w roli prezesa zarządu.

Kontakt:
Jan Marcinowski,
trener komunikacji,
managing director,
MEGGOT Entertainment Bistro
E-mail:
j.marcinowski@meggot.pl

przedstawienie pacjentowi przebiegu zabiegu i późniejszych efektów już na etapie decydowania się na określone rozwiązanie pomaga mu przezwyciężyć ryzyko efektywności oferty.

Nowość!

Ryzyko nowego

Powszechnie wiadomo, że ludzie kupują w większości to, co już znają – stąd też przywiązanie pacjentów do danego lekarza. Nie łudźmy się jednak, że nasi pacjenci, którzy są z nami już dłuższy czas nie będę doświadczać ryzyka nowego. Każdy zabieg o ile nie jest bliźniaczy do tego, który wykonywaliśmy u pacjenta podczas ostatniej wizyty jest dla niego czymś nowym. Pacjenci boją się zabiegów nie tylko dlatego, iż mogą być one bolesne, ale także dlatego, że nie wiedzą, jakich narzędzi użyje dentysta i czy będzie się to wiązało z odczuwaniem bólu. Boją się, czy po powrocie do domu nie będą mieli jednak tej „opuchlizny", którą straszą wokoło. Jest tylko jedno rozwiązanie tego problemu. Przedstawić pacjentowi osobę, która z takim zabiegiem zetknęła się wielokrotnie i która się go nie boi. Ta osoba musi być otwarta i powinna opowiedzieć dokładnie, jakie były efekty całego zabiegu i jaka była procedura. Myślę, że zawsze znajdzie się ktoś, kto może opowiedzieć rzetelnie o tym wszystkim z perspektywy pacjenta i tym kimś może być sam lekarz…

Strach się bać!

Podsumowanie

Na decyzję pacjenta wpływa wiele bodźców. Są to w dużej mierze potrzeby, chęci i lęki. Jeśli poradzimy sobie z tymi najmroczniejszymi, czyli przeciwstawimy ryzyku wystarczająco dużo korzyści, to odniesiemy sukces. To jeszcze nie będzie sukces medyczny, ale zasadniczy krok, który pozwoli rozpocząć leczenie.

Dla pacjenta sam zabieg nie jest największym przeżyciem. Tutaj zostaje już tylko kwestia, czy bolało, czy też nie.

Obawy i wątpliwości powadują pytania: Czy ten „implant" jest wart takiej ceny, co na to wszystko powie rodzina, czy na pewno wszystko, czego się po nim spodziewa się ziści oraz czy będzie mu się podobał ten nowy ząb. Są to aż 4 powody do zmartwień i występują prawie zawsze równocześnie.

Uświadomienie sobie tego pozwoli uśmiechać się częściej i być bardziej wyrozumiałym dla pacjentów i ich „potworów pod łóżkiem".

DT

CEDE 2011 Dental Tribune Study Club

Jan Marcinowski będzie jednym z wykładowców podczas Dental Tribune Study Club na CEDE 2011.

W dniach 22-24. września zapraszamy na prezentacje, które będą odbywały się w samym sercu targów CEDE między pawilonami 7A i 8A, zaczynamy codziennie o godzinie 11.00.

Program wykładów Jana Marcinowskiego:

- *Czwartek, 22.09.*
  Zarządzanie relacją z pacjentem – proste sposoby

  Podczas tej części prezentacji uczestnicy dowiedzą się, jak w prosty sposób utrzymywać stały kontakt ze wszystkimi pacjentami. Przypominanie o terminach wizyt i możliwości pojawienia się na przegląd jest stałą praktyką w USA już od 1983 r., jednak nie tak łatwo przenieść takie rozwiązanie do Polski. Dziś, w dobie Internetu wreszcie okazuje się to możliwe i co ważne – proste. Do dobrej komunikacji będziemy potrzebować jedynie imienia i nazwiska naszego pacjenta oraz ok. 1 godz. raz na 3 miesiące. Proponowane rozwiązanie bazuje na darmowym serwisie e-mailingowym – *Mailchimp.com*

- *Piątek, 23.09.*
  Czego pacjent chce, a czego potrzebuje i ... jak to pogodzić?

Zdarza się że pacjent usłyszy od znajomych o świetnym zabiegu lub też rozwiązaniu i natychmiast zapragnie je posiadać. Jak poprowadzić pacjenta przez pole minowe, na końcu którego znajdują się jego upragnione implanty lub wybielanie?

- *Sobota, 24.09.*
  O czasie traktat niedługi

  Leczenie stomatologiczne jako usługa jest rozłożone w czasie. Pacjent rzadko widzi efekt zaraz po wykonaniu, a już na pewno nie w momencie płacenia. Wszystko to oddziałuje na zadowolenie pacjenta z usługi. Czasem jednak da się zarządzać. Najprostszymi formami jest transparentność działań, zakomunikowany przebieg i oczywiście, ewaluacja efektów w momencie, kiedy efekt następuje.

Wstęp wolny, ale liczba miejsc ograniczona, o uczestnictwie zadecyduje kolejność zgłoszeń. Zapraszamy!

AD

EMS-SWISSQUALITY.COM

EMS ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

PS – WSZYSTKO CZEGO POTRZEBUJESZ

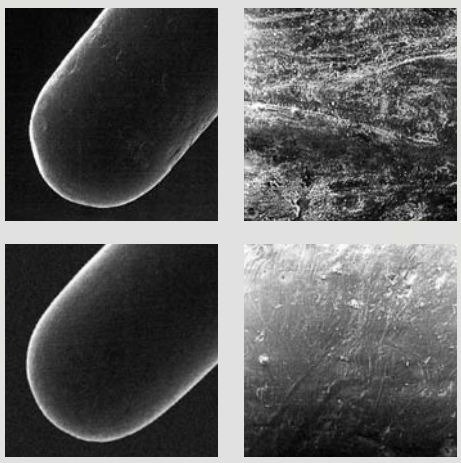
SZWAJCARSKA KOŃCÓWKA ROBOCZA EMS – TYP PS - ORYGINALNA KOŃCÓWKA PERIO SLIM DO WIĘKSZOŚCI ZASTOSOWAŃ W SKALINGU

Wszechstronność, najwyższa szwajcarska precyzja i „Najlepszy dostęp do powierzchni interproksymalnych i poddziąsłowych" (CRA – Clinical Research Association, USA): to atrybuty i cechy wyjaśniające, dlaczego ten prekursor wśród ultradźwiękowych końcówek roboczych znajduje zastosowanie w niemal 90% wszystkich zastosowań podczas zabiegu skalingu.

PIEZON® NO PAIN ems-swissquality.com

Pierwsza tego rodzaju końcówka powstała na bazie doświadczeń wynalazcy Oryginalnej Metody Piezon. Po latach badań klinicznych i ciągłego rozwoju technologii ta szwajcarska końcówka robocza EMS o nazwie PS stała się niedoścignionym wzorem dla innych. Połączona z oryginalną rękojeścią Piezon pozwala uzyskać narzędzie do praktycznie bezbolesnego leczenia.

Rezultaty skalingu wykonanego różnymi końcówkami pokazują, że wyłącznie ultragładkie powierzchnie końcówek roboczych pozwalają uzyskać ultragładkie powierzchnie zębów.



> Końcówka ultradźwiękowa „no name" w porównaniau z oryginalną szwajcarską końcówką EMS typu PS

> Powierzchnia zęba po skalingu końcówką X w porównaniu z powierzchnią zęba po skalingu oryginalną szwajcarską końcówką EMS typu PS

Końcówki robocze produkowane przez EMS są niewątpliwie najczęściej kopiowanymi instrumentami – w pełni zasłużenie - ale stosowanie podróbek jest ryzykowne. Wyłącznie zastosowanie oryginału gwarantuje znakomite rezultaty leczenia, długą żywotność końcówki i pełne wykorzystanie potencjału Oryginalnej Metody Piezon.

"I FEEL GOOD"

> Firma EMS przeprowadziła sondaż internetowy o leczeniu chorób przyzębia: ponad 93% uczestniczących stomatologów zadeklarowało, że są świadomi braku jakichkolwiek oszczędności w przypadku zakupu podróbek. Około 80% lekarzy biorących udział w sondażu potwierdziło, że stosowanie oryginalnych końcówek EMS typu PS daje lepsze rezultaty leczenia.

WIĘCEJ WYNIKÓW SONDAŻU ZNAJDUJE SIĘ NA STRONIE WWW.EMS-SWISSQUALITY.COM

DENTAL TRIBUNE Polish Edition

Kontrola infekcji w gabinecie dentystycznym

Frank Yung, Kanada

Ponad 20 lat temu u pacjentki Kimberly Bergalis zdiagnozowano AIDS. Źródłem infekcji wirusem HIV okazał się dentysta.

Chociaż nie udało się poznać dokładnej drogi zakażenia, ten pierwszy udokumentowany oraz opisany przez media przypadek przekazania wirusem HIV przez lekarza wywołał ogromną panikę wśród pacjentów. Śmierć pacjentki w 1991 r. spowodowała, że zasady wykonywania zawodu dentysty zmieniły się niemal z dnia na dzień. Wprowadzono m.in. rozmaite regulacje i wytyczne dotyczące sterylizacji instrumentów stomatologicznych.

Ryc. 1: Przykładowa maska ochronna o wysokim stopniu filtracji polecana do pracy z laserami stomatologicznymi.

Ryc. 2: Przykładowe wskaźniki, które poddawane są testom wykazującym poziom skuteczności sterylizacji narzędzi w gabinecie.

Ryc. 3: Przykładowe wysterylizowane włókna optyczne i kątnice.

19. grudnia 2003 r. amerykańskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (CDC) opublikowało dokument na temat kontroli infekcji w środowisku stomatologicznym. Wytyczne stanowią najnowsze naukowe uzasadnienie stosowania praktyk kontroli infekcji. Sugerowane rozwiązania zostały poparte przez wiele organizacji ds. zdrowia stomatologicznego, takie jak Amerykańska Administracja Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (OSHA) oraz kanadyjska organizacja służby zdrowia Health Canada.

Każdego dnia przyjmujemy pacjentów z różnych środowisk, którzy przynoszą do gabinetów stomatologicznych rozmaite patogeny. Do naszej odpowiedzialności należy zatrzymanie czynników chorobotwórczych oraz uniemożliwienie rozprzestrzenienia się infekcji poza gabinet. Stosowanie zalecanych przez amerykańskie centrum CDC wytycznych i procedur może pomóc w zapobieganiu przenoszenia infekcji przez krew, wydzieliny z ust i dróg oddechowych oraz kontakt zakażonymi narzędziami w gabinecie dentystycznym. Jednym z czynników, które należy rozważyć jest ocena ryzyka zakażenia spowodowanego wydzielinami, na które narażony jest personel medyczny. Ludzka krew ma wysoki współczynnik zaraźliwości. Z kolei ludzka ślina, oprócz bakterii i grzybów jest w stanie przechowywać wiele rodzajów wirusów zakaźnych. Bez możliwości przeprowadzenia bezpośredniej analizy, personel medyczny musi zakładać, że każdy pacjent jest potencjalnym nosicielem. Z tego powodu gabinety stomatologiczne powinny być wyposażone w uniwersalny protokół dotyczący prewencji infekcji.

Wytyczne CDC wyjaśniają m.in. jak należy odpowiednio zakładać rękawice chirurgiczne oraz jak stosować związany z nimi protokół postępowania. Te zalecenia pomogą uniknąć zakażeń pochodzących z płynów oraz tkanek ustnych pacjenta. Jeśli chodzi o maski chirurgiczne, należy zdawać sobie sprawę z faktu, że ablacja laserowa tkanki ludzkiej lub uzupełnień może spowodować destrukcję termiczną oraz wytworzyć produkty uboczne zawierające martwy i żywy materiał komórkowy (w tym fragmenty krwi), wirusy oraz toksyczne gazy i opary. Problematyczna może się także okazać zawartość materiału zakaźnego rozproszonego w aerozolu, który znajduje się w smudze po aplikacji światła lasera. Materiał ten może zawierać wirus opryszczki pospolitej lub brodawczaka ludzkiego, który może dostać się do błony śluzowej przeprowadzającego zabieg lekarza lub przebywającego w pobliżu personelu. Chociaż nie ma dowodów na to, że wirus HIV lub wirus zapalenia wątroby typu B są przenoszone poprzez opary aerozolowe i wdychanie, istnieją badania naukowe potwierdzające ryzyko występowania tej drogi zakażenia. Zagrożenie dla personelu medycznego spowodowane kontaktem ze smugami oraz dymem powstałym po stosowaniu lasera jest realne, zaleca się więc stosowanie ssania o dużej sile oraz masek o wysokiej zdolności filtracyjnej (Ryc. 1).

Sterylizacja jest wieloetapową procedurą, którą personel gabinetu stomatologicznego musi wykonać ostrożnie i prawidłowo, aby zyskać pewność, że wszystkie instrumenty są dokładnie wyjałowione i bezpieczne dla pacjenta. Czyszczenie – pierwszy podstawowy etap wszystkich procesów odkażania i sterylizacji polega na fizycznym usuwaniu szczątków, co zmniejsza liczbę mikroorganizmów znajdujących się na instrumencie lub urządzeniu. Pozostawienie szczątków lub odpadków organicznych może ujemnie wpłynąć na proces dezynfekcji lub sterylizacji. Prawidłowe monitorowanie procedur sterylizacji powinno uwzględniać stosowanie wskaźników wydajności i wskaźników biologicznych oraz przeprowadzanie cotygodniowej kontroli (Ryc. 2).

Ryc. 4: Przykładowe wysterylizowane końcówki szklane i kątnice.

Instrumenty wykorzystywane do pracy z pacjentem dzieli się na 3 grupy w zależności od przeznaczenia oraz występowania potencjalnego ryzyka przeniesienia choroby. Do narzędzi najwyższego ryzyka należą instrumenty mające kontakt z tkanką miękką, kostną lub krwioobiegiem. Z ich użyciem związane jest najwyższe ryzyko przeniesienia infekcji, dlatego przed wizytą każdego pacjenta należy je sterylizować nad płomieniem. Do instrumentów wysokiego ryzyka należą także narzędzia chirurgiczne, np. skalery periodontyczne, wiertła, włókna optyczne (Ryc. 3) oraz końcówki (Ryc. 4). Dlatego też każdorazowe sprawdzanie, rozszczepianie, polerowanie i sterylizowanie włókien optycznych oraz końcówek jest niezwykle ważne. Można też stosować wyjałowione narzędzia jednorazowego użytku.

Do grupy średniego ryzyka należą narzędzia, które wchodzą w reakcję z błoną śluzową, ale nie penetrują tkanki miękkiej. Wiążą się one z mniejszym ryzykiem przeniesienia infekcji. Do instrumentów tej grupy można zaliczyć m.in. lusterka dentystyczne, upychacze do amalgamatu oraz łyżki wyciskowe. Większość z instrumentów należących do tej kategorii jest odporna na wysokie temperatury, można je więc każdorazowo sterylizować nad płomieniem. W przypadku narzędzi wrażliwych na wysoką temperaturę, należy stosować wysoki poziom dezynfekcji. W grupie niskiego ryzyka znajdują się instrumenty i narzędzia, które wchodzą w kontakt tylko z nienaruszoną skórą, stanowiącą skuteczną barierę dla mikroorganizmów. Narzędzia te niosą ze sobą niskie ryzyko przenoszenia infekcji i zazwyczaj wymagają wyłącznie czyszczenia oraz zastosowania niskiego poziomu dezynfekcji. W tej kategorii znajdują się m.in. nasadki rtg, rękawy do pomiaru ciśnienia krwi, narzędzia laserowe o niskim poziomie emisji oraz okulary ochronne. W przypadku terapii laserowej niskiego stopnia, można wykorzystać przezroczystą barierę podobną do rękawów jednorazowego użytku. Okulary ochronne można czyścić środkiem dezynfekującym niskiego stopnia, jeśli jego przeznaczenie do usuwania wirusów HIV i HBV zostało zatwierdzone przez Amerykańską Administrację Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (OSHA).

Pozbywanie się zużytych narzędzi oraz usuniętych tkanek biologicznych powinno być zarządzane oddzielnie. Rozszczepione włókna optyczne, złamane końcówki i zużyte włókna należy umieścić w pojemniku z narzędziami chirurgicznymi. Zebrane odpady biologiczne trzeba włożyć do pojemnika oznaczonego symbolem zagrożenia biologicznego. Aby chronić personel transportujący próbki zawierające tkanki uzyskane podczas biopsji, każdą z nich należy umieścić w wytrzymałym, szczelnym pojemniku zabezpieczonym pokrywką, która chroni przed ewentualnym wyciekiem podczas transportu.

Poprzez stosowanie opisanych wytycznych można uniknąć rozprzestrzeniania patogenów wśród pacjentów, ich rodzin i personelu. Zadbajmy o to, aby śmierć Kimberly Bergalis nie poszła na marne. DT

Oświadczenie:
Dr Yung nie czerpie żadnych komercyjnych ani finansowych korzyści z tytułu opublikowania niniejszego artykułu. Artykuł po raz pierwszy ukazał się w dzienniku Journal of Laser Dentistry, 18/2 (2010): 68-70.

Piśmiennictwo dostępne u wydawcy.

Kontakt

Dr Frank Y. W. Yung
Toronto (Ontario), Kanada
E-mail: frankyung@rogers.com
www.drfrankyung.com

„Edukacja pacjentów powinna stać się codziennością w praktyce stomatologicznej”

My Dental Hub to pierwszy na rynku internetowy dentystyczny program edukacyjny dla pacjentów. Można go zainstalować na komputerze lub na urządzeniu przenośnym, także na tablecie iPad. Oprogramowanie zawiera materiały informacyjne dotyczące głównych dziedzin stomatologii w postaci trójwymiarowych animacji. Dzięki temu pacjenci mogą podejmować przemyślane decyzje związane z proponowanym leczeniem. Dr Reenę Gajjar mówi o przeznaczeniu i korzyściach z nowej aplikacji.

Skąd wziął się pomysł na stworzenie oprogramowania My Dental Hub?

Początki programu *My Dental Hub* (wcześniej *Click & Print*) sięgają 1996 r., kiedy zaczęłam pracę w gabinecie protetycznym mojego męża. Ponieważ miałam doświadczenie w grafice komputerowej, wykorzystałam je do stworzenia drukowanych materiałów edukacyjnych, zawierających zdjęcia i proste opisy. Używałam ich podczas konsultacji z pacjentami. Szybko okazało się, że dzięki tym materiałom wskaźnik akceptacji planu leczenia znacznie wzrósł. Mój mąż, dr Ken Hebel, również zaczął stosować przygotowywane przeze mnie materiały i rezultaty były równie pozytywne. Pacjenci pytający o dostępne opcje leczenia otrzymywali drukowane broszury, które mogli zabrać ze sobą i dokładnie przeczytać w domu. Oboje z mężem doszliśmy do wniosku, że nasze materiały nie tylko przyczyniają się do wzrostu akceptacji leczenia, ale także sprawiają, że pacjenci polecają nas innym. Początkowo nasze cyfrowe narzędzie edukacyjne, ułatwiające pacjentom zrozumienie i akceptację proponowanego planu leczenia nosiło nazwę *Click & Print*. Program zawierał broszury do drukowania oraz kilka animacji demonstrujących procedury dentystyczne. Płyty z *Click & Print* cieszyły się popularnością przez wiele lat, ale 4 lata temu zauważyliśmy zmianę w sposobie prowadzenia firmy i postanowiliśmy zainwestować w zmianę nośnika naszego produktu z płyty na przestrzeń internetową. Zajęło nam to ponad rok, ale inwestycja okazała się sukcesem. Efektem naszych prac jest *My Dental Hub* – pierwsze edukacyjne i marketingowe rozwiązanie tego typu. Mamy możliwość ciągłego aktualizowania naszego produktu oraz dopasowywania rozwiązań do potrzeb naszych klientów. Ponieważ przemysł stomatologiczny coraz częściej korzysta z takich rozwiązań, nasza pozycja się umacnia, oferujemy bowiem nie tylko usługi dla indywidualnych praktyk stomatologicznych, ale wychodzimy naprzeciw potrzebom organizacji dentystycznych.

W jaki sposób pozyskujecie informacje wykorzystywane w aplikacji?

Większość informacji opracowałam samodzielnie lub wspólnie z dr. Hebel. Niektóre materiały kliniczne powstały przy współpracy z zaprzyjaźnionymi dentystami, a wszystkie trójwymiarowe animacje to nasza własna produkcja. Ponieważ tworzymy produkt oparty na potrzebach klientów, użytkownicy naszego programu odgrywają ważną rolę w rozwoju jego zawartości. Klienci wysyłają nam sugestie z informacjami, jakie chcieliby znaleźć, a my – w zależności od potrzeb i popularności – dodajemy nową zawartość. To użytkownicy wyznaczyli kierunek rozwoju naszej aplikacji, a to tylko jedna z wielu korzyści, jakie płyną ze stworzenia firmy oferującej usługi internetowe. W miarę rozwoju nowych materiałów, wprowadzamy je do programu, są one więc natychmiast udostępniane naszym użytkownikom. Nie trzeba już czekać na kolejną aktualizację programu wydawanego na płycie!

Dr Reenę Gajjar

Przekonanie pacjentów do zainwestowania w leczenie stomatologiczne, np. w zabieg implantologiczny jest dużym wyzwaniem. Jak aplikacja My Dental Hub może w tym pomóc?

Wierzymy, że na akceptację proponowanego rozwiązania składają się 3 główne elementy. Pacjenci zainwestują w leczenie stomatologiczne, jeśli zrozumieją problem i oferowane rozwiązanie. Co więcej, muszą zrozumieć wartość takiego leczenia oraz sposób, w jaki poprawi ono jakość ich życia bez względu na to, czy zabieg dotyczy funkcjonalności, czy estetyki. Poszczególne materiały edukacyjne aplikacji *My Dental Hub* przygotowano w języku zrozumiałym dla pacjentów. Trójwymiarowe animacje wyjaśniają w sposób obrazowy procedury oraz korzyści leczenia, a dokumenty przeznaczone do drukowania i przesyłania pocztą elektroniczną stanowią dodatkowe źródło informacji, z którego pacjenci mogą skorzystać w domu.

Jakie dodatkowe opcje oferuje oprogramowanie My Dental Hub?

Jedną z głównych opcji jest możliwość przesłania pacjentom animacji oraz dokumentów drogą mailową. Takie rozwiązanie rozszerza działalność gabinetu i pozwala dotrzeć do domów pacjentów, w których dzielą się oni informacjami i omawiają zalecane leczenie z osobami, biorącymi udział w procesie podejmowania decyzji. Aplikacja *My Dental Hub* ma kilka modułów. Zawiera animacje, obrazy, pokazy slajdów ze ścieżką dźwiękową, dokumenty tekstowe, kreator dokumentów, menadżer danych o pacjencie, który umożliwia umieszczanie i przechowywanie zdjęć pacjentów oraz moduł do tworzenia prezentacji. Nasz najnowszy moduł *Easy Consult* zyskał ogromną popularność i jest obecnie najczęściej używanym komponentem oprogramowania. *Easy Consult* umożliwia gabinetom przeprowadzenie konsultacji w 3 prostych krokach, a następnie wysłanie dokumentu ze spotkania do pacjentów pocztą elektroniczną. To sprawia, że proces konsultacyjny staje się bardziej zautomatyzowany. Narzędzie jest bardzo proste i skuteczne! Oprogramowanie *My Dental Hub* oferuje także aplikacje (tzw. appsy) zawierające wszystkie animacje i pokazy slajdów, które są kompatybilne z urządzeniami przenośnymi, takimi jak iPad, iPhone czy tablety z systemem Android. Aplikacja na iPada jest niezwykle popularna wśród praktyk stomatologicznych, ponieważ w prosty sposób wyjaśnia pacjentom proponowane leczenie. Zawiera m.in. wyjątkową prezentację na temat utrzymywania higieny jamy ustnej, co stanowi ważny czynnik rozwoju każdego gabinetu. Dodatkowo oferujemy produkt o nazwie *Web Site Content,* który umożliwia użytkownikom umieszczenie wszystkich naszych animacji i pokazów slajdów (lub linków) na ich własnych stronach internetowych. Wysokiej jakości animacje dostępne na stronie ułatwiają pacjentom pozyskiwanie informacji na temat procedur oferowanych przez gabinet i stanowią ważne narzędzie marketingowe.

Jakie są Pani zdaniem, najczęstsze błędy popełniane przez dentystów, związane z edukacją pacjenta i prowadzeniem działań marketingowych własnego gabinetu?

Istnieją 2 rodzaje marketingu, który powinny stosować gabinety: wewnętrzny i zewnętrzny. Ten pierwszy działa w oparciu o plakaty, broszury, rozmowy z pacjentami itd. Drugi polega na wykorzystywaniu stron internetowych, reklam, wiadomości przekazywanych tradycyjną lub elektroniczną pocztą. Wielu dentystów nie ma doświadczenia w zakresie marketingu, czego rezultatem są trudności w promowaniu własnej działalności. Wielu nie wie, jak się reklamować, a inni nie odczuwają takiej potrzeby. Wielu dentystów nie poświęca czasu na uświadomienie swoim klientom, jak ważna jest edukacja pacjenta. Wielu myśli, że pacjent zaakceptuje leczenie tylko dlatego, że dentysta widzi taką potrzebę. Może kildyś tak było, ale obecnie żyjemy w społeczeństwie informacyjnym i jeśli pacjenci nie otrzymają stosownych informacji od lekarza, będą starali się znaleźć je gdzie indziej. Przeprowadziliśmy sondaż wśród klientów aplikacji *My Dental Hub*, aby sprawdzić, jak skuteczna jest edukacja pacjenta w gabinetach, z których korzystają. Nasi użytkownicy końcowi przyznali, że wzrost akceptacji metod leczenia wśród pacjentów wzrósł o 53%! Ten wynik wskazuje na to, jak ważna jest edukacja pacjentów i jak duży ma wpływ na prowadzenie każdej firmy, także gabinetu stomatologicznego. Proces edukowania pacjentów musi stać się częścią codziennego harmonogramu zajęć w praktyce stomatologicznej. Takie podejście wymaga z kolei przeszkolenia pracowników oraz wdrożenia nowego systemu. Wielu dentystów nie znajduje czasu na wprowadzenie tego nowego podejścia. Trzeba zdać sobie sprawę, że zaakceptowanie filozofii prowadzenia gabinetu niesie ze sobą pewne zobowiązania, zgodnie z którymi wdrażanie nowych procedur jest tak samo ważne, jak ich techniczne opanowanie.

Czy program My Dental Hub może być także narzędziem pomagającym w przezwyciężaniu barier językowych lub trudności w komunikacji z pacjentami niepełnosprawnymi?

Oczywiście! Jeden obraz jest wart tysiąca słów. Obrazy, a w szczególności animacje, opowiadają historię, nawet jeśli słowa są niezrozumiałe. Wielu współpracujących z nami dentystów wykorzystuje w tym celu naszą aplikację na iPada. Nawet przy wyłączonej ścieżce dźwiękowej, pacjenci przeglądają animacje i zdobywają informacje o zabiegach dentystycznych oferowanych przez gabinet. Większość z nas preferuje wzrokowy styl przyswajania wiedzy. Okazuje się, że w sytuacjach, w których występuje bariera komunikacyjna, materiały wizualne wpływają na decyzje pacjentów w zakresie wyrażenia zgody na leczenie.

Czy oprogramowanie jest dostępne w różnych wersjach językowych?

Obecnie nasza aplikacja jest dostępna tylko w języku angielskim. Pracujemy jednak nad wersją hiszpańską i francuską. Wiele gabinetów z różnych krajów zgłosiło się do nas z prośbą o udostępnienie aplikacji w ich wersji językowej, naszym celem jest więc poszerzenie oferty o wiele innych języków, abyśmy spełnili oczekiwania międzynarodowych klientów.

Ile kosztuje program i czy aktualizacje dostępne są bez dodatkowych opłat?

Na oprogramowanie *My Dental Hub* składa się zestaw produktów dostępnych w ramach wykupionego abonamentu. Wszystkie aktualizacje są zawarte w głównej opłacie. Pełny pakiet zawiera animacje, pokazy slajdów, dokumenty, menadżera pacjenta, prezentacje oraz aplikację *Easy Consult.* Wraz z oprogramowaniem uzyskujemy nielimitowaną licencję, co oznacza, że w danym gabinecie program można zainstalować na dowolnej liczbie urządzeń dla dowolnej liczby użytkowników. W skład subskrypcji wchodzi: nieograniczona liczba warsztatów, pomoc techniczna, aktualizacje, nowe materiały, nieograniczona liczba e-maili, nielimitowane przechowywanie danych pacjentów, obrazów i dokumentów oraz codzienne tworzenie kopii bezpieczeństwa. Członkom Amerykańskiej Akademii Periodontologicznej, która wybrała nas jako wyłącznego dostawcę usług z zakresu edukacji pacjenta oraz innych organizacji, oferujemy specjalne warunki. Cennik można znaleźć na naszej stronie internetowej. Nasze oprogramowanie oferujemy także w wersji, która daje dostęp do wszystkich animacji i pokazów slajdów zarówno na komputerach, jak i urządzeniach przenośnych. Aplikacja *Web Site Content* umożliwia gabinetom podlinkowanie ich własnych stron internetowych do całej biblioteki animacji i pokazów slajdów, aby pacjenci mogli przeglądać dostępne materiały lub umieszczać wybraną zawartość bezpośrednio na swoich stronach. Na naszej stronie internetowej można także zamówić bezpłatną 10-dniową wersję próbną.

Jak Pani zdaniem, narzędzia cyfrowe zmienią oblicze praktyki stomatologicznej i sposobu, w jaki lekarze porozumiewają się z pacjentami?

Cały świat już jest cyfrowy. Dentyści muszą zrozumieć ten nowy sposób prowadzenia firmy, ponieważ przejawia się on w każdym aspekcie naszego życia – od płacenia rachunków w restauracji, poprzez kupowanie wycieczek i robienie zakupów, aż do tak podstawowej czynności, jaką jest czytanie. Narzędzia cyfrowe umożliwiają szybką, łatwą i skuteczną komunikację z pacjentami. Nie musimy już drukować dokumentów, wysyłać ich pocztą, czy troszczyć się zmniejszaniem wydatków i poniesionymi w związku z tym stratami. Społeczeństwa zmieniają się. Ludzie mają większą świadomość na temat środowiska oraz swojej roli w systemie. Za pomocą prostych narzędzi praktyka stomatologiczna może dostarczyć wysokiej jakości materiały edukacyjne i zarazem promować postawę przyjazną dla środowiska. Jeszcze 10 lat temu nikt nie uwierzyłby w możliwość wysyłania pacjentom drogą elektroniczną animowanych prezentacji. Dziś w ten właśnie sposób prowadzi się firmę. Wierzę, że wraz z zastosowaniem narzędzi cyfrowych w praktyce stomatologicznej, prostota i nieskrępowana łączność z pacjentami i współpracownikami staną się standardem. Ci, którzy już dziś nauczą się wykorzystywać technologię, niebawem staną się liderami. Wszyscy żyjemy w połączonych ze sobą światach. Program *My Dental Hub* pokazuje, jak znaleźć się w centrum tej sieci połączeń w świecie stomatologii. DT

Wspólnie zadbamy o długoterminowe zdrowie jamy ustnej

Rekomendowanie elektrycznych szczoteczek do zębów Oral-B® może pomóc Twoim pacjentom w osiągnięciu ich celu - długoterminowego zdrowia jamy ustnej. Jest to możliwe, ponieważ wyjątkowy, okrągły kształt końcówki szczoteczki elektrycznej w połączeniu z jej oscylacyjno-rotacyjnymi ruchami zapewnia bardziej efektywne czyszczenie trudno dostępnych obszarów jamy ustnej, niż zwykła szczoteczka manualna.

Sukces ten zapewni nasza szczoteczka i Twoje instrukcje prawidłowego mycia zębów.

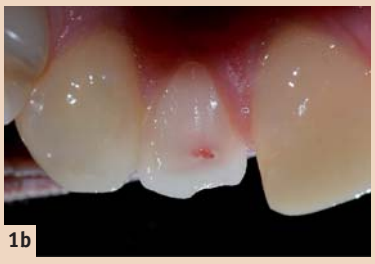
INSTYTUT blend-a-med Oral-B®

P&G Oral Health

Lasery w traumatologii stomatologicznej

Claudia Caprioglio, Włochy

1a


1b

2a

2b

3

Ryc. 1a i b: Skomplikowany przypadek ułamanej korony z całkowitym oderwaniem fragmentu powierzchni podniebiennej zęba (fot. dzięki uprzejmości prof. R. Grandini). • Ryc. 2a i b: Fragment zęba. Wykonanie częściowej pulpotomii oraz leczenie brzegów siecznych za pomocą lasera erbowego. • Ryc. 3: Ząb oraz jego fragment są wytrawiane kwasem i umieszczane w zębodole przy użyciu żywicy kompozytowej, ułatwiającej przystosowanie się. Wzmacnianie powierzchni wargowej ułamanego zęba: fazowanie płaszczyzny licowej za pomocą lasera Er: YAG.

Traumy stomatologiczne dotyczą przede wszystkim dzieci. Często wiążą się ze skomplikowanymi przypadkami, a nawet sytuacjami krytycznymi. Ponieważ urazy traumatyczne dotyczą wszystkich dziedzin stomatologii (endodoncji, stomatologii rekonstrukcyjnej, periodontyki, chirurgii szczękowo-twarzowej, ortodoncji), traumatologia może być postrzegana jako dziedzina multidyscyplinarna.

Okazuje się, że technologia laserowa jest bardzo skuteczną metodą leczenia w traumatologii stomatologicznej (od prostych pęknięć koron do replantacji, złamanych korzeni i różnych rodzajów zwichnięć zęba), ponieważ jest w stanie zastąpić, uzupełnić lub uprościć tradycyjne metody leczenia. Ze względu na niski poziom inwazyjności oraz dopasowaną technikę, terapia laserowa przyczynia się także do zmniejszenia nadwrażliwości pozabiegowej, co pozytywnie wpływa na stan psychiczny pacjentów. Co więcej, stosowanie lasera stanowi alternatywną technikę wybielania, która rozwiązuje pourazowe problemy związane z estetyką.

Kolejnym wyzwaniem jest praca bez stosowania znieczulenia, z wykorzystaniem wywoływanej laserowo analgezji. W porównaniu z tradycyjnymi procedurami, terapia laserowa znacznie zmniejsza potrzebę stosowania leków po przeprowadzeniu zabiegu.

Literatura międzynarodowa nie zawiera wielu materiałów na temat laserowej terapii traumatologicznej w stomatologii. Brak także jednoznacznych wytycznych dotyczących zastosowania lasera w tej dziedzinie klinicznej. Ta wymagająca technologia stanowi idealne rozwiązanie problemów pourazowych. Należy ją jednak zweryfikować zgodnie z istniejącymi wytycznymi i protokołami, dotyczącymi traumy stomatologicznej (Andreasen i in., 2007).

Epidemiologia i prewencja

Urazy stomatologiczne występują przede wszystkim podczas zabawy (56%), uprawiania sportu (21%), uczestniczenia w wypadkach drogowych (11%) lub aktach przemocy (12%), których wpływ jest wciąż niedoceniany. Wysoka częstotliwość występowania urazów stomatologicznych została opisana w badaniach, które na szeroką skalę przeprowadzono w USA. Wśród dorastającej młodzieży, prawdopodobieństwo wystąpienia urazów jest dwukrotnie większe u chłopców (1 na 6) niż u dziewczynek. Rodzaj urazu jest uzależniony od wieku badanych – w niskich przedziałach wiekowych częstotliwość występowania urazów jest tak samo wysoka u obu płci (Glendor, 2008).

Ok. 20% dzieci doznaje urazów zębów mlecznych, a ponad 15% zębów stałych (Andreasen i in., 2007). Najczęściej narażonymi zębami, zarówno w uzębieniu mlecznym, jak i stałym są górne siekacze centralne (50%) oraz górne siekacze boczne (30%), dlatego pediatrzy i dentyści powinni przywiązywać szczególną uwagę do działań prewencyjnych.

Wymienione urazy wraz z próchnicą zębów są najczęściej występującymi zmianami patologicznymi występującymi w stomatologii dziecięcej. Potrzebne są zatem działania w zakresie: specjalistycznych szkoleń, zjazdów edukacyjnych, szerzenia wysokiej jakości wiedzy oraz aktualizacji wytycznych, dotyczących leczenia urazów traumatycznych.

Klasyfikacja

W 1978 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stworzyła klasyfikację traumatycznych urazów stomatologicznych. W 1992 r. opublikowano poszerzoną jej wersję. Klasyfikacja obejmuje urazy zębów, tkanek otaczających, dziąseł oraz błony śluzowej jamy ustnej. Dotyczy zarówno uzębienia mlecznego, jak i stałego (Tab.1), (Andreasen i in., 2007).

Wykorzystywanie lasera w traumatologii stomatologicznej

Dokładne zapoznanie się z historią leczenia stomatologicznego oraz przeprowadzonymi wcześniej badaniami klinicznymi jest podstawą do postawienia odpowiedniej diagnozy. Korzystanie ze specjalnie opracowanych wykresów standardowych pozwala zaoszczędzić czas i wyczerpująco zbadać temat. Zarówno przed, jak i po leczeniu należy przygotować pełną dokumentację radiograficzną i fotograficzną każdego etapu oraz przeprowadzić testy żywotności miazgi. Taka procedura ułatwi i przyspieszy monitorowanie rozwoju przypadku klinicznego podczas kolejnych wizyt oraz ułatwi zgromadzenie pełnego medycznego raportu, który jest często wymagany podczas leczenia traumatologicznego i po jego zakończeniu.

W przypadku badań urazowych testowanie miazgi jest kontrowersyjną procedurą. Wśród proponowanych metod znalazła się m.in. laserowa przepływometria dopplerowska (LDF), która stanowi eksperymentalną metodę diagnozowania rewaskularyzacji miazgi. Pomimo tego, że metoda ta jest obiecująca, obecnie nie można jej stosować na szeroką skalę.

Technologia laserowa sprawdza się jako metoda konserwacji uzębienia (mikrostomatologia) oraz zapo-

1. Traumatyczne urazy tkanki twardej oraz miazgi

naruszenie korony
nieskomplikowane złamanie korony
złożone złamanie korony
nieskomplikowane złamanie korony i korzenia
złożone złamanie korony i korzenia
złamanie korzenia:
- część wierzchołkowa
- część środkowa
- część koronowa

2. Traumatyczne urazy tkanek przyzębia

wstrząśnięcie
nadwichnięcie
zwichnięcie częściowe
zwichnięcie boczne
zwichnięcie całkowite

3. Urazy kości podpierającej

Nieopisane, ponieważ są one związane z chirurgią szczękowo-twarzową.

4. Urazy dziąseł lub błony śluzowej jamy ustnej

Uszkodzenia dziąseł lub błony śluzowej jamy ustnej
Stłuczenia dziąseł lub błony śluzowej jamy ustnej
Obtarcia dziąseł lub błony śluzowej jamy ustnej

Tab. 1: Klasyfikacja urazów traumatycznych.

AD