



News

Kobiety w czasie ciąży unikają wizyt u dentysty

► Strona 3



Business

Atrakcyjna i prosta forma finansowania inwestycji

► Strona 8



Wydarzenia

„Osteologia 2012” z transmisją DT Study Club

► Strona 11

W Polsce konieczne jest wdrożenie procedur poekspozycyjnych

Corocznie w Europie dochodzi do ponad 1 mln zakłuć igłami i innymi ostrymi narzędziami wśród pracowników opieki zdrowotnej. Aż 75% zranień powstaje podczas czynności związanych z opieką nad pacjentem, zaś ok. 80% przypadkowo zakłutych osób nikomu tego nie zgłasza.

Spotkanie ekspertów z lekarzami, pielęgniarkami i przedstawicielami instytucji związanymi z opieką zdrowotną podczas Ogólnopolskiego Kongresu Ekspozycji Zawodowej, który odbył się w Warszawie miało na celu określenie kierunku działań implementacji Dyrektywy 2010/32/UE z 10 maja 2010 r. dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze opieki medycznej.

Skala problemu

Pomimo znacznych różnic pomiędzy danymi statystycznymi poszczególnych państw, szacuje się, że corocznie na 100 łóżek szpital-

nych przypada 12-30 zakłuć. Dr hab. n. med. Maria Gańczak z Zakładu Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego podkreśla, że skala zjawiska jest bardzo duża. „W Polsce dochodzi rocznie do ok. 37 000 zakłuć ostrym sprzętem medycznym, czyli do ok. 100 zakłuć dziennie. Trzeba powiedzieć jasno, że w polskich szpitalach nie ma mechanizmów pozwalających na precyzyjne monitorowanie takich zdarzeń, wobec tego rzeczywista ich liczba może być całkiem inna” – wyjaśnia.

Z badań przeprowadzonych w naszym kraju wynika, że tylko 20-25% przypadków ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny jest zgłaszanych przez pielęgniarki lub ekipy sprząające, zaś przez lekarzy – jedynie 2%. Ekspertki tłumaczą, że duży odsetek zakłuć, a jednocześnie niska zgłaszalność takich zdarzeń wynika z braku wystarczającej świadomości na temat zagro-

żeń, jakie może wywołać ekspozycja zawodowa oraz brak jednolitego systemu zgłaszania i monitorowania tego rodzaju wypadków. „Każda procedura medyczna niesie za sobą wysokie ryzyko zakażenia ponad 30 potencjalnie niebezpiecznymi patogenami, m.in. WZW B i C oraz HIV. Osoba ekspozowana powinna jak najszybciej, nie później niż 48 godz. po zdarzeniu, zgłosić się do lekarza i podjąć stosowne w takiej sytuacji kroki” – dodaje dr Paweł Grzesiowski ze Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa.

Koszty ekonomiczne i społeczne

Koszt leczenia poekspozycyjnego to ok. 6 000 PLN. Dodatkowo trzeba brać pod uwagę koszty leczenia szpitalnego osoby, u której dojdzie do zakażenia np. wirusem zapalenia wątroby typu B lub C. Tymczasem, wg Hiszpańskiej Rady Pielęgniarek wprowadzenie bezpiecznego sprzętu to oszczędność nawet 75% kosztów wynikających z postępowania poekspozy-

cyjnego, ponoszonych przez pracodawców.

Nowe przepisy

Polska jest zobowiązana do wprowadzenia do 11 maja 2013 r. Dyrektywy 2010/32/UE z 10 maja 2010 r. Najważniejszym celem Dyrektywy jest ochrona pracowników narażonych na ekspozycję poprzez zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy oraz zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania ostrych narzędzi medycznych. Zgodnie z jej wytycznymi, konieczne jest też przyjęcie zintegrowanego podejścia w formułowaniu polityki w odniesieniu do oceny ryzyka, określenia metod zapobiegania oraz monitorowania epizodów ekspozycyjnych. Implementacja Dyrektywy pomoże wyznaczyć minimalny standard dla wyrobów zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem oraz szczegółowo określić procedury poekspozycyjne. Jednocześnie przy-



czyni się do eliminacji stosowania zagrażającego zranieniem ostrego sprzętu medycznego i zastąpienia go bezpiecznymi wyrobami medycznymi. Powinny zostać również ustanowione skuteczne kary finansowe dla pracodawców za nieprzestrzeganie przepisów bezpieczeństwa pracy. [1]

Polacy wciąż niechętnie chodzą do dentysty

Aż 10% mężczyzn i 3% kobiet w Polsce nigdy nie było u dentysty. Pozostali, jeśli odwiedzają gabinety, to robią to rzadko – 17% raz na kilka lat i zwykle wtedy, kiedy pojawi się dotkliwy ból.

Polacy także krócej myją zęby – niezbędne 3 min. na szczotkowanie poświęca obecnie 25%, w 2007 r. było ich 33%. Prawie 1 mln Polaków nie ma szczo-

teczki do zębów. Walka z dentofobią Polaków przynosi już jednak efekty. Do gabinetów coraz częściej przychodzą ludzie młodzi, którzy chcą mieć zdrowe i równe zęby. Co ciekawe, leczą się bez obaw, ale wymagają dużego kom-

fortu i estetycznego otoczenia, np. pachnącego gabinetu.

Aż 43% Polaków deklaruje, że to właśnie strach jest głównym powodem, dla którego rzadko lub w ogóle odwiedzają gabinet stomatologiczny. U dentysty stresować może wszystko, np. dźwięk wiertła przeszkadza 41% pacjentów. Stresuje także stan kiepski stan własnych zębów – powstrzymuje on przed wizytami aż 18% Polaków. Twierdzenie „Nie lubię dentysty” deklaruje 81%. „Przed wizytą u dentysty sami się nakręcamy. Mamy projekcje bólu, wyobrażamy sobie zgryźliwe komentarze dentysty, a nawet obscurny gabinet. A to bzdura. Dentysta widział niejednego przypadek i nic go już nie zdziwi, ból eliminujemy natomiast komputerowym, nie strzykawkowym znieczuleniem, a gabinety już

dawno przestały przypominać proktoria. Dla tych, których odrzuca specyficzny zapach gabinetu, także mamy dobrą wiadomość: u dentysty już nie pachnie dentystą, a coraz częściej np. wanilią. Dźwięku wiertła nie usłyszymy, siedząc w poczekalni. To mity, które sami sobie mnożymy, a co gorsza, wielu rodziców przekazuje je swoim dzieciom” – przekonuje dr Dariusz Wilisowski, lekarz dentysta z Krakowa.

Z tym, jak pacjenci postrzegają gabinety i samych dentystów, od lat walczą sami lekarze. Także pacjenci mają swoje wyobrażenie wymarzonego gabinetu. Wg badań przeprowadzonych przez portal dentysta.eu musi on być przede wszystkim bez kolejek – ważne jest to dla 51% ankietowanych. Na dalszych pozycjach na liście wymagań znalazły się wygodne fotele, muzyka w poczekalni, zapach wnętrza i kolory ścian. Wymagamy także możliwości oglądania filmów i dobrego oświetlenia. 11% Polaków skołatanie nerwy w gabinecie łagodzi widok przystojnego dentysty lub atrakcyjnej dentystki. Dla pa-

cjentów ważna jest także technologia – aż 45% oczekuje od swojego dentysty najnowocześniejszego sprzętu.

„Pod względem wyposażenia, wyglądu, podejścia i leczenia polskie gabinety dawno przegoniły już placówki tego typu w Wielkiej Brytanii, Niemczech czy nawet w USA. Co więcej, coraz częściej pacjenci z zagranicy, mając do wyboru leczenie w Polsce albo na Węgrzech, wybierają właśnie nasze gabinety. Stąd tłumy Duńczyków, Szwedów, Niemców i Anglików w polskich przychodniach. Tylko Polacy wciąż myślą, że gabinet wygląda tak samo jak 20 lat temu” – mówi dr Wilisowski.

Zmienia się także sama stomatologia i stosowana technologia. Ponad 600 gabinetów w Polsce znieczula już nie przy użyciu strzykawki, a komputera The Wand, który podaje znieczulenie bezbolesnie. Polskie gabinety zaczynają także rywalizować z niemieckimi pod względem liczby wszczepianych implantów. [1]

Dentysta



Rośnie wartość polskiego rynku implantologicznego

W Polsce rocznie wszczepia się ok. 70 000 implantów stomatologicznych, w Niemczech 1 mln, a i tak polski rynek implantologiczny należy do najdynamiczniej rozwijającego się na świecie.

Implanty mają już 18% udziału w globalnym rynku stomatologicznym – wylicza agencja Markets and Markets. Wartość rynku światowego to 3,3 mld dolarów, z czego 42% przypada na Europę.

Szacuje się, że już ponad 75% gabinetów w Polsce oferuje leczenie implantologiczne. Najwięcej gabinetów oferujących taki zakres usług działa w dużych miastach: Warszawie, Wrocławiu, Krakowie i Katowicach, ale coraz częściej także małe gabinety oferują takie świadczenia. Przybywa również lekarzy specjalizujących się w nowoczesnym leczeniu implantologicznym. Jak szacuje firma Dental Depot Wasio – lider na rynku implantologicznym, obecnie w Polsce pracuje ok. 1 000 specjalistów implantologów. Rozwój rynku z jednej strony pobudzają sami Polacy, wydając coraz więcej na leczenie, ale także „denturysci” z Niemiec, USA i Skandynawii, którzy podczas jednej wizyty zostawiają w gabinecie nawet 20 000 euro.

Chociaż za leczenie implantologiczne trzeba niekiedy zapłacić nawet 50 000 PLN, to w Polsce nie brakuje pacjentów gotowych na to – tym bardziej, że od ponad 2 lat banki w porozumieniu z gabinetami finansują tego typu zabiegi. Rynek implantologiczny należy dziś do najdynamiczniej rozwijającej się dziedziny stomatologii w Polsce. To właśnie on podnosi z roku na roku wartość całego rynku usług stomatologicznych. Jak szacują analitycy PMR Publications, jego wartość w Polsce do 2013 r.

wyniesie ponad 10 mld PLN. W porównaniu do 2010 r. daje to blisko 3 mld wzrost!

„Pojawianie się leczenia implantologicznego oraz jego upowszechnienie w ostatnich 5 latach zmieniło zupełnie obraz stomatologii w Polsce. Od kilku lat obserwujemy stale rosnący popyt ze strony pacjentów, którzy coraz częściej w swoich miastach poszukują tego typu leczenia, wymuszając tym samym rozwój oferty lokalnych NZOZ-ów i prywatnych gabinetów. Rośnie także popyt ze strony lekarzy i gabinetów, coraz częściej ukierunkowanych na inwestycje w sprzęt, nowoczesne systemy implantologiczne, technologię cyfrową oraz szkolenia i specjalistów” – mówi Małgorzata Wasio-Malinka, dyrektor marketingu Dental Depot Wasio, dystrybutora implantów Biomet 3i.

Obecnie zabiegi z zakresu implantologii stanowią ponad 40% wszystkich zabiegów wykonywanych w gabinetach, w których oferuje się takie leczenie. Gabinety specjalizujące się wyłącznie w implantach rocznie wszczepiają 500-600 implantów. Łącznie każdego roku w Polsce wszczepianych jest ponad 70 000 implantów, w Niemczech blisko 1 mln – wynika z danych Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej. Jednak te usługi, takie same jak świadczone w Niemczech lub Szwecji, przyciągają również obcokrajowców, przede wszystkim „denturystów” z Niemiec, Wielkiej Brytanii czy Danii. Powód jest oczywisty – w Polsce jest taniej: średnia cena implantu i korony z łącznikiem w naszym kraju wynosi ok. 1 200 euro, a w innych krajach Unii Europejskiej może sięgać nawet 1 600-2 400 euro. I choć dentyści już teraz obserwują powolne

wyrównywanie się cen usług, to wciąż turystyka stomatologiczna ukierunkowana na implanty ma przed sobą najlepsze lata.

„Otwarcie się gabinetu na leczenie implantologiczne oznacza otwarcie się także na zupełnie nową grupę pacjentów. Z jednej strony są to pacjenci gotowi wydać 10 000-50 000 PLN na leczenie wysokiej jakości z wykorzystaniem nowo-



czesnych technologii, z drugiej strony nie brakuje obcokrajowców wybierających najczęściej gabinety w dużych miastach, łączących odbudowę uzębienia ze zwiedzaniem, np. Krakowa, Wrocławia czy Warszawy” – wyjaśnia Wasio-Malinka.

Dynamiczny rozwój rynku sprawia także, że wzrasta zapotrzebowanie na specjalistów. Obecnie w Polsce pracuje ponad 1 000 implantologów. To niewiele wobec działających w całej Polsce ponad 22 000 gabinetów stomatologicznych (dane GUS). Ta liczba jednak może się zmienić w ciągu najbliższych 5 lat. Kursy z zakresu implantologii należą dziś do najpopu-

larniejszych w stomatologii. Jak szacują specjaliści rynku szkoleń, już dziś przyszły implantolog rocznie na swoją edukację w Polsce i za granicą wydaje nawet 10 000-15 000 PLN, a rekordziści 34 000 PLN na jeden kurs. Najwięcej inwestują w swoje umiejętności dentyści, którzy chcą specjalizować się w dziedzinie implantologii. Zauważyli to także Amerykanie, którzy od 2009 r. kształcą polskich

ale także transfer wiedzy, jakiego jeszcze nigdy nie mieliśmy” – dodaje Wasio-Malinka.

W Polsce jeden implantolog przypada na ok. 20 gabinetów. Bywa, że specjaliści znajdują zatrudnienie w kilku praktykach jednocześnie. Są to także jedni z najlepiej opłacanych lekarzy – ich zarobki często przekraczają 25 000 miesięcznie. „Są dentyści, którzy w poniedziałek przyjmują w klinice w Katowicach, we wtorek we Wrocławiu, a w piątek w Krakowie. Gabinety wręcz prześcigają się w tym, aby mieć u siebie najlepszych specjalistów. Z drugiej strony, wiele placówek stawia na edukację własnej kadry” – mówi Wasio-Malinka, zwracając jednocześnie uwagę na inny aspekt rynku implantologicznego w Polsce. „Ostatnimi laty pojawiło się na rynku wiele tanich systemów implantologicznych bez gwarancji międzynarodowych. To spore zagrożenie dla pacjenta, a przede wszystkim dla trwałości i jakości leczenia i jego efektu. Dlatego konieczne jest bardzo selektywne podejście w wyborze leczenia w tych placówkach, które korzystają ze sprawdzonych systemów, a także zatrudniają wykwalifikowanych i wyedukowanych implantologów” – dodaje.

Wartość światowego rynku prywatnych usług stomatologicznych wycenia się na 3,2 mld dolarów. Do 2015 r. wartość światowego rynku osiągnie poziom 4,2 mld dolarów, przy średniej rocznej stopie wzrostu (CAGR) 6%. Największym udziałowcem tego rynku jest Europa z 42% udziałem i roczną stopą wzrostu przewidywanego na 7% od 2010 do 2015 r. – podaje Markets and Markets.

DT

Samorząd lekarski przypomina o obowiązkach w zakresie ponownej rejestracji praktyk

Lekarze i lekarze dentyści wykonujący zawód w ramach praktyki lekarskiej, zarejestrowanej w dniu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej w rejestrze indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych bądź grupowych praktyk lekarskich, nie muszą na nowo rejestrować swojej praktyki w rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Zgodnie z ustawą wpisy do rejestru indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych bądź grupowych praktyk lekarskich stały się z mocy prawa wpisami w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W praktyce oznacza to, że dotychczasowe dane figurujące w rejestrze praktyk lekarskich zostały przeniesione do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i lekarz wykonujący działalność w ramach praktyki nie ma obowiązku ponownego ich zgłoszenia.

Zmian w rejestrze należy natomiast dokonać w przypadku ewentualnej konieczności aktualizacji danych i wówczas, gdy konieczność ich dokonania wynika z ustawy, np. w przypadku konieczności przedstawienia organowi rejestrowemu (tzn. właściwej okręgowej radzie lekarskiej) dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia OC.

Praktyka w miejscu wezwania

Lekarze wykonujący zawód w indywidualnej bądź indywidualnej specjalistycznej praktyce lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania powinni pamiętać, że zgodnie z art. 20 ustawy miejscem wezwania dla takiej praktyki nie może być przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego (np. szpital, przychodnia). Zatem lekarz, który w dniu wejścia w życie ustawy wykonywał zawód w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w ramach praktyki lekarskiej wyłącz-

nie w miejscu wezwania, powinien do końca czerwca 2012 r. zgłosić się do właściwej okręgowej izby lekarskiej celem zarejestrowania praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem i ewentualnie, złożyć wniosek o wykreślenie z rejestru praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania. Rejestracja praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem odbywa się, podobnie jak w przypadku pozostałych rodzajów praktyk, po uzyskaniu wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Elektroniczne zaświadczenie

Lekarze i lekarze dentyści powinni uzyskać z okręgowych rad lekarskich, będących organami rejestrowymi dla ich praktyk zawodowych, zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zaświadcze-

nie to jest wystawiane w postaci elektronicznej i generowane z systemu teleinformatycznego w sposób umożliwiający jego wydruk. Nie wymaga podpisu ani pieczęci. Organ prowadzący rejestr przekazuje wnioskodawcy, na adres poczty elektronicznej wskazany we wniosku, informację o wydaniu zaświadczenia oraz dane umożliwiające pobranie zaświadczenia z systemu teleinformatycznego.

ZOZ i NZOZ

Po wejściu w życie ustawy wpisy w rejestrach zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych na podstawie przepisów ustawy o zoz-ach pozostają ważne. Zgodnie z ustawą, z dniem 1 lipca 2011 r. niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stały się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych. Jednocześnie, wpisy w rejestrach zakładów opieki zdrowotnej stały się z mocy prawa wpisami w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Dotychczasowe

dane figurujące w rejestrze praktyk lekarskich zostały przeniesione do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i podmiot leczniczy nie ma obowiązku zgłaszać ich ponownie (chyba, że niezbędna jest ich aktualizacja).

Z dniem 1 lipca 2011 r. automatycznie z mocy ustawy, podmiot założycielski, który utworzył niepubliczny zakład opieki zdrowotnej stał się podmiotem leczniczym, a utworzony przez niego NZOZ stał się przedsiębiorstwem tego podmiotu. W związku z tym, że dawne NZOZ-y stały się przedsiębiorstwami podmiotu leczniczego, podmiot leczniczy, który je założył powinien również uzyskać w Urzędzie Statystycznym numer REGON przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego.

Więcej informacji na stronie internetowej: www.nil.org.pl DT

źródło: NIL

Stawy skroniowo-żuchwowe i warunki zwarcia a ogólny stan zdrowia człowieka

Yong-Keun Lee i Hyung-Joo Moon, Korea Południowa

Podczas leczenia objawów zaburzeń dotyczących stawów skroniowo-żuchwowych (SSŻ) i zwarecia zaobserwowano, że przywrócenie prawidłowych warunków w obrębie SSŻ prowadziło do zmiany ogólnego stanu zdrowia pacjentów. W większości przypadków była to zmiana na lepsze.

Wobec licznych podobnych doniesień postawiono hipotezę o istnieniu wzajemnych związków pomiędzy sytuacją panującą w obrębie stawów skroniowo-żuchwowych i ogólnym stanem zdrowia. Mechanizm tej zależności pozostaje jednak niejasny.

W niniejszym artykule przeanalizowano związki pomiędzy warunkami zwareciowymi i/lub stanem stawów skroniowo-żuchwowych a ogólnym stanem zdrowia w oparciu o recenzowane publikacje. Zaproponowano też teorię koncepcyjną, która może wyjaśniać mechanizm tej zależności.

Stawy skroniowo-żuchwowe i bóle mięśniowo-powięziowe

Zwarcie można określić jako wzajemną relację pomiędzy zębami szczęki i żuchwy w chwili, kiedy kontaktują się ze sobą. Staw skroniowo-żuchwowy jest stawem, w którym odbywa się ruch żuchwy. Jego wyjątkową cechą jest fakt, że to jedyny dwustronny staw, który przekracza płaszczyznę pośrednią ciała. Celem leczenia stomatologicznego jest przywrócenie harmonii w obrębie całego układu stomatognatycznego. Łuki zębowe można więc traktować jako koła zębate, natomiast szczeka i żuchwa są ze sobą połączone za pośrednictwem stawów skroniowo-żuchwowych.

Przyczyny zaburzeń ze strony SSŻ można podzielić na 5 kategorii: przyczyny zębowe, urazy, nawyki, stresujące sytuacje społeczne i czynniki emocjonalne. Do urazów zaliczamy uraz kręgosłupa szyjnego, wyciągi i uderzenia w głowę, twarz lub szczękę/żuchwę. Stwierdzano także objawy znaczącego urazu stawów skroniowo-żuchwowych po naciągnięciu odcinka szyjnego kręgosłupa. W zakresie nawyków opisywano wady postawy, nieergonomiczne stanowiska pracy, dysfunkcje i trwałe nawyki dziecięce, a także nieprawidłową dietę i forsowny wysiłek fizyczny, np. dźwiganie ciężarów.

Ból mięśniowo-powięziowy, wywołany w punktach o nadmiernej wrażliwości położonych w mięśniach szkieletowych i powięziach objawia się często jako uporczywy miejscowy ból. Generalnie uważa się, że komponenta mięśniowo-powięziowa należy do objawów bólowych związanych ze stawem skroniowo-żuchwowym. Obecność punktów wyzwających ból w mięśniach żucia jest

prawdopodobnie wywołana przez wady zgryzu, nieprawidłowe ustawienie i nawykowe parafunkcje szczęki i żuchwy, nieprawidłową postawę na poziomie głowy i szyi lub urazy.

Zależność między stawami skroniowo-żuchwowymi i ogólnym stanem zdrowia

Przeprowadzono wiele badań dotyczących zależności pomiędzy warunkami zwareciowymi i/lub stawami skroniowo-żuchwowymi a ogólnym stanem zdrowia. Stwierdzono m.in., że patologiczne zmiany w obrębie mięśni żucia lub oębnej mogą zaburzać stabilność

1. Synchronizacja mięśni głowy i żucia z pozostałymi mięśniami organizmu.

Dla utrzymania prawidłowej postawy ciała niezbędna jest systemowa synchronizacja pomiędzy mięśniami głowy i żucia oraz pozostałymi mięśniami ciała. Dobrze znane jest czynnościowe sprzężenie układu stomatognatycznego z mięśniami szyi. Pacjenci cierpiący z powodu zaburzeń zwarecia lub zaburzeń dotyczących stawów skroniowo-żuchwowych często zgłaszali dysfunkcję i ból mięśni szyi. Zaburzenie równowagi aktywności mięśni mostkowo-obojętkowo-sutkowych, prowadzące często do bólu szyi może być spo-

runkami zwareciowymi i kontrolą postawy.

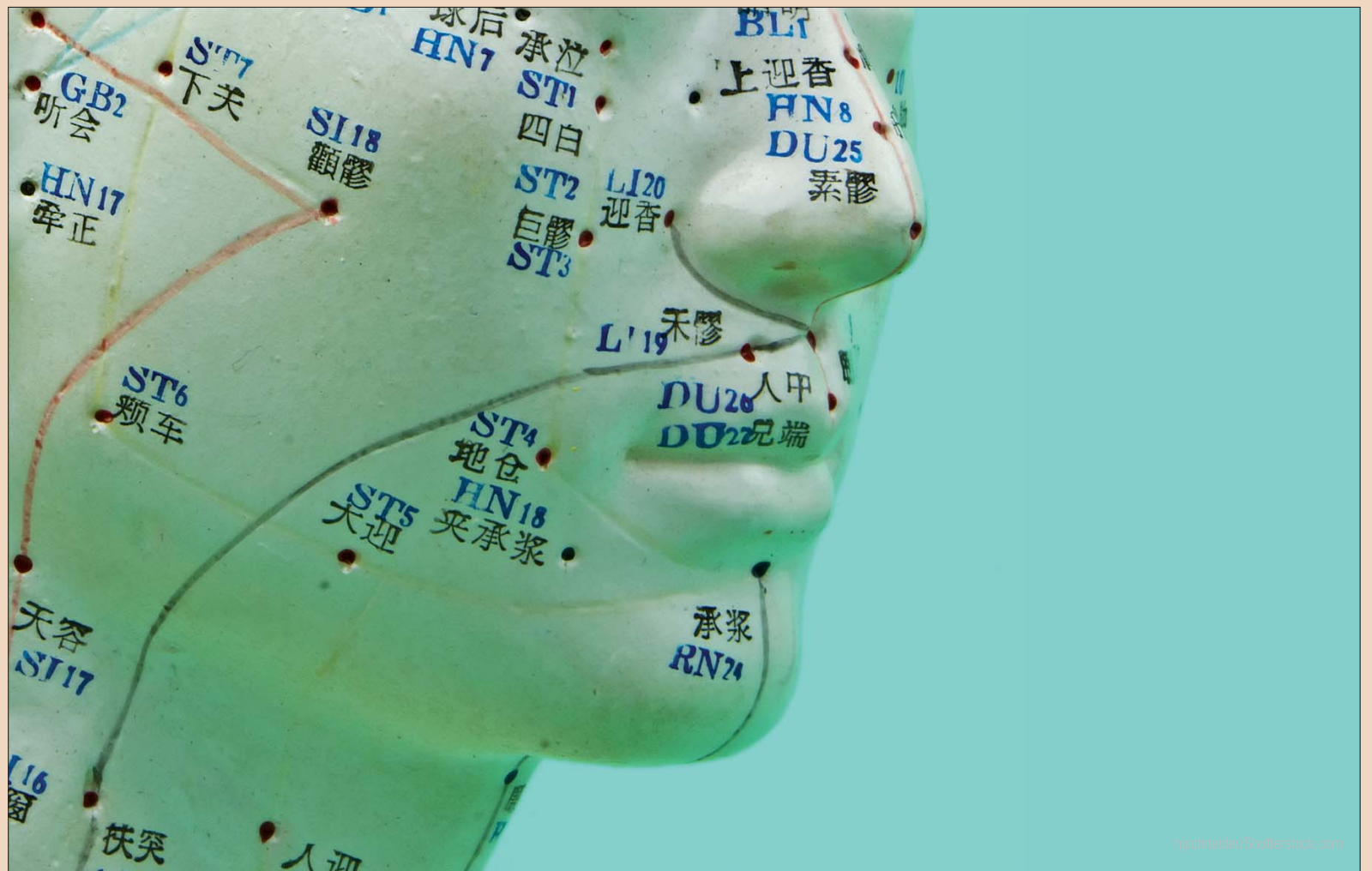
2. Stawy skroniowo-żuchwowe a stabilność postawy.

Warunki zwareciowe i/lub stan stawów skroniowo-żuchwowych wywierają wpływ na stabilność postawy. W pozycji wyprostowanej ludzie mają stosunkowo mało stabilną postawę. Dlatego utrzymanie tej pozycji wiąże się z wahaniami ośrodka grawitacji, kontrolowanego przez obszar oczny, 3 kanały półkoliste oraz mięśnie przeciwdziałające sile ciężenia. Sugeruje się, że warunki zwareciowe i pozycja głowy wpływają na ośrodek grawitacji, w przypadku niepra-

skutek wywołanej eksperymentalnie zmiany powierzchni kontaktów zwareciowych. Wyniki tego badania potwierdziły, że warunki zwareciowe wpływają na wahania ośrodka grawitacji, a prawidłowa sytuacja zwareciowa, uwarunkowana równomiernymi kontaktami zwareciowymi w bocznych odcinkach łuków zębowych ma kluczowe znaczenie dla pracy tego ośrodka.

3. Stawy skroniowo-żuchwowe a sprawność fizyczna.

Zaburzenia dotyczące SSŻ mogą wpływać na sprawność fizyczną. Trenerzy często zalecają sportowcom noszenie w czasie za-



widzenia, prowadząc w ten sposób do zaburzeń równowagi. Pozycja i ruchy czynnościowe żuchwy wpływają na ośrodek grawitacji.

Warunki zwareciowe mają związek z mniejszą siłą kończyn, spraw-

wodowane jednostronną utratą podparcia w zwareciu. Obliczono wielkość działania biomechanicznego na kręgosłup szyjny podczas żucia. Badanie to potwierdziło, że zaburzenia wysokości zwarecia mogą wpływać na rozkład naprę-

widłości zwiększając ryzyko upadków. Brak podparcia zwareciowego lub inne zaburzenia zwarecia mogą zmniejszać pobudzanie proprioceptorów w tej okolicy, co utrudnia właściwą stabilizację pozycji głowy. Utratę zębów uważa

wodów szyn zwareciowych lub ochronnych w celu zwiększenia sprawności motorycznej. Stwierdzono ponadto, że prawidłowe zwieranie zębów ma istotne znaczenie dla zwiększania sprawności fizycznej. Badano zależność po-

„Zmiany w obrębie mięśni żucia lub oębnej mogą zaburzać stabilność widzenia”

nością i równowagą u osób w starszym wieku. Wykazano, że prawidłowe czynnościowe zwarecie zębów naturalnych lub sztucznych odgrywa istotną rolę w wywoływaniu odpowiednich odruchów dotyczących postawy. Zaburzenia ogólnoustrojowe związane ze stawami skroniowo-żuchwowymi mogą należeć do jednej z 3 kategorii:

żeń w obrębie kręgosłupa. Opisywano istnienie potencjalnych zależności pomiędzy asymetrią tułowia i szyi a symetrią twarzy. Stwierdzono np., że kontrola percepcji wzrokowej ma największe znaczenie dla właściwego ustawienia twarzy względem płaszczyzny czołowej. Postulowano także istnienie zależności pomiędzy wa-

nięciem za czynnik ryzyka niestabilności postawy. W warunkach fizjologicznych mechanoreceptory zlokalizowane w oębnej kontrolują ruchy żuchwy i koordynują funkcje żucia. Ich praca jest powiązana z aktywnością ruchową mięśni szyi. Przeprowadzono badanie, mające na celu ocenę wahań w obrębie ośrodka grawitacji powstałych na

między obecnością podparcia zwareciowego u osób bezzębnych i możliwością wykonywania przez nie ćwiczeń fizycznych. Na tej podstawie wysunięto wniosek, że odbudowa podparcia zwareciowego ma istotne znaczenie nie tylko dla przywrócenia czynności żucia, ale także dla utrzymania sprawności fizycznej.

Mechanizm zależności pomiędzy stawami skroniowo-żuchwowymi i ogólnym stanem zdrowia w oparciu o aspekty mięśniowo-powięziowe

Pierwsza postawiona w niniejszym artykule hipoteza dotyczy zależności pomiędzy stawami skro-

mem meridian, który jest tworzony przez powięzie.

W tradycyjnej akupunkturze uważa się, że meridiany tworzą w ciele sieć, która łączy ze sobą nawet odległe tkanki. Badania mające na celu wyjaśnienie położenia punk-

hipotezę, że sieć meridian można traktować jako obraz sieci śródmiąższowej tkanki łącznej. Wyniki te potwierdza obraz ultrasonograficzny, ujawniający w organizmie człowieka płaszczyzny tkanki miękkiej w miejscach stosowanych w akupunkturze. Zasugerowano,

ktami wyzwalającymi ból mięśniowo-powięziowy i punktami akupunktury. Zasugerowano także istnienie licznych podobieństw między nimi. Oba typy struktur charakteryzują się zbliżoną lokalizacją. Zastosowanie igieł w ich obrębie znosi ból. Ból związany z

punktów. Z pewnością w przyszłości konieczne będzie dokładniejsze wyjaśnienie korelacji pomiędzy punktami wyzwalającymi ból i punktami akupunktury.

Proponowana przez nas teoria połączeń powięziowych może wyjaśnić czynnościową zależność pomiędzy warunkami zwarciovymi i/lub stawami skroniowo-żuchwowymi a innymi częściami ciała w oparciu o wyzwalanie bólu mięśniowo-powięziowego lub systemem chi i meridian albo połączenie obu tych wyjaśnień. Dlatego wskazana jest odbudowa i utrzymywanie naturalnych prawidłowych warunków zwarciowych oraz usuwanie przyczyn zaburzeń ze strony stawów skroniowo-żuchwowych tak, aby odtworzyć naturalne warunki panujące w układzie stomatognatycznym. [DT](#)

Niniejszy artykuł stanowi podsumowanie 2 prac poglądowych, opublikowanych na łamach „Journal of Alternative and Complementary Medicine” 17 (2011): 995–1000 & 1119–24.

Piśmiennictwo dostępne u wydawcy.

Kontakt

Yong-Keun Lee i Hyung-Joo Moon są lekarzami dentystami i pracują w Moon Dental Hospital oraz w ICPB w Seulu (Korea Południowa). Można się z nimi skontaktować, pisząc na adres e-mail: ykleedm@gmail.com.

„Tradycyjną akupunkturę i terapię bólu mięśniowo-powięziowego łączą podobne podstawy”

niowo-żuchwowymi a resztą ciała, która miałyby wynikać z obecności powięzi – elementów łącznotkankowych łączących poszczególne struktury anatomiczne i tworzących trójwymiarową sieć, rozprzestrzeniającą się po całym organizmie. Sieć ta może ulegać rozciąganiu na skutek leżących poniżej mięśni i przenosić naprężenia na duże odległości.

Tkanki powięzi mają przebieg pionowy, od głowy aż po palce stóp. Dodatkowo ludzkie ciało przecinają 4 połączone ze sobą poprzeczne płaszczyzny powięziowe. Dlatego w przypadku urazu dotyczącego jednej okolicy ciała, ból i zaburzenia czynnościowe mogą rozprzestrzeniać się po całym organizmie.

Mechanizm oparty na energii chi oraz meridianach

Druga hipoteza mówi, że stawy skroniowo-żuchwowe i inne części ciała są połączone ze sobą syste-

tów stosowanych w akupunkturze/meridian z zachodniego punktu widzenia koncentrowały się głównie na identyfikacji cech histologicznych, odróżniających te punkty od otaczających tkanek. Jedną z cech histologicznych i anatomicznych związanych z meridianami jest luźna tkanka łączna, zlokalizowana pomiędzy lub w obrębie mięśni (czyli tkanka powięziowa).

Starożytne teksty dotyczące akupunktury zawierają wiele odniesień do „tłustych, mazistych błon, powięzi i systemów błon łączących”, przez które miała przepływać energia chi. Wielu autorów sugerowało, że mogą istnieć połączenia pomiędzy meridianami stosowanymi w akupunkturze. Połączenia te zwykle przebiegają wzdłuż płaszczyzn powięzi, pomiędzy mięśniami, między mięśniami a kością lub między ścięgnem i tkanką łączną.

Wobec dostępnych wyników badań doświadczalnych wysunięto

że punktów akupunktury nie należy traktować jako niezależnych jednostek, ale raczej jako miejsca konwergencji sieci tkanki łącznej, przeszywającej cały organizm – podobnie jak traktujemy miejsca krzyżowania się autostrad, patrząc na całą mapę większych i mniejszych dróg.

Zależność pomiędzy punktami wyzwalającymi ból i punktami akupunktury

Tradycyjną akupunkturę i terapię bólu mięśniowo-powięziowego dzieli 2 000 lat. Mimo to łączą je podobne podstawy. Najnowsze badania sugerują, że pod względem anatomicznym, klinicznym i fizjologicznym punkty wyzwalające ból mięśniowo-powięziowy i punkty stosowane w akupunkturze w znacznym stopniu się pokrywają. Analogia pomiędzy tymi punktami jest przedmiotem dyskusji od r. 1977, kiedy opisano 100% korelację anatomiczną i 71% korelację pod względem klinicznych dolegliwości bólowych pomiędzy pun-

draniem uzyskanym miejscowo w punktach wyzwalających ból mięśniowo-powięziowy przypomina odczucie de-chi. Nakłucie punktów wyzwalających wywołuje odczucia bólowe podobne do odczuć przenoszonych wzdłuż meridian.

Zauważono jednak, że punkty akupunktury położone w miejscach wyzwalających ból mięśniowo-powięziowy są rzadko wykorzystywane w terapii metodą akupunktury, a wskazania do ich wykorzystania są inne niż w terapii opartej o punkty wyzwalające ból. Ponadto wskazano, że nie jest możliwa opisywana korelacja pomiędzy punktami akupunktury i punktami wyzwalającymi ból na poziomie 71%.

Jeśli nawet pominiemy ten argument, to jednak korelację między punktami akupunktury i punktami leczenia bólu stwierdzono w nie więcej niż 40%. Bardziej prawdopodobne jest, że faktyczna korelacja dotyczy zaledwie ok. 18-19%

MZ wybierze realizatora programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej Polaków

Minister Zdrowia ogłosił konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010-2012” w zakresie zadań na r. 2012.

Celami ogólnymi programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010-2012” są: ocena tendencji próchnicy w Polsce, analiza występujących w kraju różnic w nasileniu tej choroby i związanych z tym potrzeb profilaktyczno-leczniczych, analiza ekspozycji dzieci i młodzieży oraz starszych wiekiem grup populacji na czynniki ryzyka próchnicy wynikające z uwarunkowań społecznych i ekonomicznych oraz organizacyjnych polskiego systemu opieki stomato-

logicznej, a także zachowań zdrowotnych jednostki oraz promocja zdrowia.

Prowadzone w ramach programu w 2012 r. badania epidemiologiczne mają na celu:

- określenie odsetka dzieci w wieku 6 lat bez klinicznych oznak próchnicy zębów, tzn. dzieci wolnych od tej choroby,
- określenie nasilenia próchnicy zębów u dzieci w wieku 6 lat,
- określenie stopnia zaspokojenia potrzeb leczenia zachowawczego próchnicy u dzieci w wieku 6 lat,
- określenie odsetka dzieci w wieku 6 lat objętego regularną opieką profilaktyczną w placówce oświatowej,
- określenie odsetka dzieci w wieku 6 lat objętych profilaktycznym zabiegiem uszczelniania



- bruzd międzyguzkowych i liczby zębów uszczelnionych,
- określenie częstości występowania i nasilenia próchnicy zębów u dzieci w wieku 12 lat oraz określenie wartości wskaźnika leczenia zachowawczego próchnicy u tych dzieci,
- określenie wielkości potrzeb leczniczych dzieci w wieku 12 lat oraz młodzieży w wieku 18 lat (odsetek wymagających wykonania wypełnień lub ekstrakcji zęba, średnia liczba zębów wymagających wypełnienia lub ekstrakcji u badanego, określenie rozległości wymaganych zabie-

- gów, np. wypełnień jedno- lub wielopowierzchniowych, leczenie endodontyczne, itp.),
- określenie odsetka dzieci szkolnych objętych różnego typu postępowaniem profilaktycznym (okresowym nadzorowanym szczotkowaniem zębów w szkole, uszczelnieniem bruzd międzyguzkowych),
- określenie odsetka dzieci w wieku 12 lat i młodzieży w wieku 18 lat z zębami usuniętymi z powodu próchnicy,
- określenie aktualnej tendencji próchnicy w badanej grupie dzieci,

- określenie częstości występowania zapaleń dziąseł u dzieci w wieku 12 lat i 18 lat oraz wielkości i rodzaju potrzeb leczniczych,
- określenie częstości występowania przypadków wymagających natychmiastowej interwencji w zakresie chorób jamy ustnej u dzieci i młodzieży,
- określenie wielkości różnic w nasileniu próchnicy i występowaniu chorób przyzębia zależnych od lokalizacji miejsca zamieszkania oraz różnic pomiędzy regionami w kraju.

W ramach szczegółowych celów socjomedycznych na 2012 r. zakłada się określenie stanu świadomości zdrowotnej i postaw zdrowotnych dotyczących zachowania zdrowia jamy ustnej wśród matek dzieci w wieku 6 lat oraz potrzeb w zakresie edukacji prozdrowotnej tej grupy matek, a także określenie stanu świadomości i postaw zdrowotnych dotyczących zachowania zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku 12 i 18 lat oraz ocenę osiągalności i wykorzystania systemu opieki stomatologicznej w kraju.

Szczegółowe informacje oraz wymagania wobec kandydatów realizatora programu znajdują się na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia: www.mz.gov.pl. [DT](#)

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper

www.dental-tribune.pl

Ze szczoteczką i pastą do pracy!

Tylko 3% Polaków dba o higienę jamy ustnej, używając szczoteczkę i pastę do zębów w pracy. Dla 67% mycie zębów w toalecie biurowca byłoby krępujące. W USA istnieje w miejscach pracy tzw. social brushing, w Polsce pozostają gumy, płyny i cukierki.

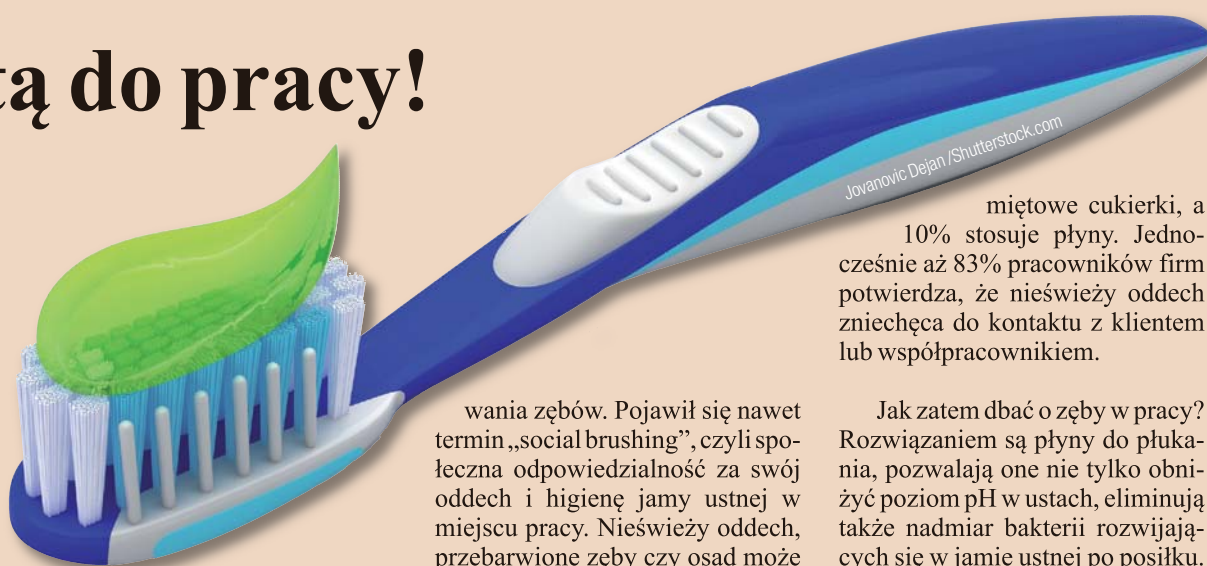
Zamiast mycia zębów pracownicy wolą żuć gumę. O tym, że działa ona tak samo jak szczoteczka, przekonanych jest aż 47% uczestników badania. Zostało ono przeprowadzone na próbie 1 000 osób – pracowników firm w Katowicach, Wrocławiu, Krakowie i Warszawie.

Dentyści podkreślają, że jesteśmy jednym z nielicznych narodów, który zaniedbuje higienę jamy ustnej podczas 8-godzinnego dnia pracy. W wielu krajach funkcjonują już tzw. washroomy dla pracowników, w których można umyć zęby, firmy ustalają nawet specjalne etykiety i zasady mycia zębów w cza-

sie pracy. W USA, Wielkiej Brytanii czy Szwecji taka praktyka nikogo już nie dziwi. W Polsce najczęściej wywołuje zdziwienie i brak zrozumienia.

Życie Polaków przenosi się z domu do pracy. Nic więc dziwnego, że wiele czynności higienicznych wykonujemy w biurowych łazienkach i toaletach. I o ile nikogo nie szokuje robienie makijażu ani golenie, to osoba ze szczoteczką do zębów wciąż jest zjawiskiem niespotykanym w większości polskich firm. Tymczasem 8 godz. bez mycia zębów może wpłynąć negatywnie nie tylko na stan uzębienia, ale także na powodzenie wielu spotkań biznesowych.

W wielu amerykańskich firmach pracownicy odpowiadający za relacje z klientem mają wręcz obowiązek mycia zębów przed każdym spotkaniem z klientem, określony jest on w regulaminie lub wytycznych dla pracowników. Hi-



giena osobista w miejscu pracy przestaje więc dziwić – przynajmniej w branżach, gdzie wiele zależy od wizerunku. W wielu przypadkach to, jakie mamy zęby czy oddech wpływa na powodzenie negocjacji, prezentacji czy poziom osiągniętych wyników.

Choć może to się wydawać przesadą, firmy w Japonii, USA czy Korei wprowadzają nawet specjalne etykiety, a w łazienkach wiszą zasady i instrukcje szczotko-

wania zębów. Pojawił się nawet termin „social brushing”, czyli społeczna odpowiedzialność za swój oddech i higienę jamy ustnej w miejscu pracy. Nieświeży oddech, przebarwione zęby czy osad może zniechęcić wielu klientów do rozmowy, może wpłynąć także na ocenę pracownika, a nawet czas trwania rozmowy. Świeży oddech z kolei może być traktowany jako szacunek dla rozmówcy, a na pewno oznaka higieny i zdrowia.

W Polsce podczas 8-godzinnego dnia pracy zęby myje nieco ponad 3% pracowników. Najczęściej z problemem nieświeżego oddechu radzą sobie oni z pomocą gum do żucia – wybiera je aż 47%, niemal 25% zdecydowanie woli

miętowe cukierki, a 10% stosuje płyny. Jednocześnie aż 83% pracowników firm potwierdza, że nieświeży oddech zniechęca do kontaktu z klientem lub współpracownikiem.

Jak zatem dbać o zęby w pracy? Rozwiązaniem są płyny do płukania, pozwalają one nie tylko obniżyć poziom pH w ustach, eliminują także nadmiar bakterii rozwijających się w jamie ustnej po posiłku. Płyn do płukania ust w żaden sposób nie zastąpi szczotkowania, które usuwa zalegające między zębami resztki jedzenia, jednak jest sposobem na higienę jamy ustnej podczas 8 godz. w pracy i zapewnienie świeżego oddechu. Warto wybierać płyny, które nie mają zbyt intensywnego miętowego lub ziołowego zapachu, bo taki również może być niezbyt przyjemny dla otoczenia – aż 32% ankietowanych pracowników przyznało, że drażni ich zbyt intensywny, miętowy zapach z ust rozmówcy. [1]

Zespół badaczy ze Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej we Wrocławiu pod kierunkiem prof. Aleksandry Łuszczynskiej zbadał nawyki żywieniowe polskich uczniów podstawówek, gimnazjów i liceów.

Przebadano ponad 800 osób w wieku 10-17 lat – uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i liceów z pld.-zach. Polski. Takie

Uczniowie polskich szkół często nie jedzą śniadań – ponad 20% badanych zadeklarowało, że zjada je tylko 1-3 razy w tygodniu. Choć w ich dziennym jadłospisie znajdują się 2 porcje owoców, to nie ma w nim warzyw. Pod tym względem lepiej odżywiają się uczniowie z Portugalii, Holandii i Wielkiej Brytanii.

Z przeprowadzonych badań wynika, że młodzi ludzie chcą

Prawie połowa przypadków raka ma związek ze stylem życia

Według raportu opublikowanego w British Journal of Cancer ponad 40% przypadków nowotworów diagnozowanych corocznie w Wielkiej Brytanii ma związek ze stylem życia i niektórymi nawykami, jak np. palenie tytoniu, picie alkoholu i złe odżywianie. W Wielkiej Brytanii każdego roku diagnozowanych jest ok. 134 000 przypadków nowotworów.

Raport, który jego autorzy określają jako najbardziej wyczerpującą analizę na ten temat ocenia, że 14 czynników związanych ze stylem

życia i środowiskiem wpływa na zachorowania na raka. Ok. 34% występujących przypadków nowotworów wiąże się z paleniem, dietą, spożywaniem alkoholu i nadwagą. Specyficzne warunki pracy, np. narażenie na kontakt ze szkodliwymi substancjami (chemikalia lub azbest) powiązane są z przypadkami nowotworów w kilku procentach.

Wśród mężczyzn ponad 6% przypadków nowotworów wiązało się z brakiem warzyw i owoców w diecie, wśród kobiet nadwaga i otyłość miały związek z 7% zachorowań – czytamy w raporcie. „Nie są-

dziliśmy, że spożywanie warzyw i owoców okaże się tak ważne w chronieniu mężczyzn przed nowotworami. W przypadku kobiet nie oczekiwaliśmy z kolei, że nadwaga będzie większym czynnikiem ryzyka niż alkohol” – stwierdził prof. Max Parkin, główny autor badania. „Wielu ludzi sądzi, że rak jest kwestią przeznaczenia albo genów i to, czy na niego zachorują jest kwestią szczęścia lub jego braku. Kiedy patrzymy na uzyskane dane, staje się jasne, że ok. 40% zachorowań powodują zachowania, które w większości jesteśmy w stanie zmienić” – dodał. [2]

Plazmą w bakterie!

Serwis „EurekAlert” informuje o skonstruowaniu przenośnego urządzenia wielkości dużej latarki, które dzięki wykorzystaniu plazmy niszczy bakterie na skórze człowieka.

Emitujący plazmę przyrząd to efekt wspólnych prac naukowców z Australii i Chin. Może być stosowany w ambulansach, podczas i po klęskach żywiołowych, w czasie operacji wojskowych i wielu in-

nych zdarzeń w mniej cywilizowanych, odległych rejonach świata.

Plazma niszczy nie tylko pojedyncze grzyby, wirusy i bakterie, ale całe wielowarstwowe kolonie bakterii (tzw. biofilm). Nie ma z tym problemów nawet w przypadku wyjątkowo odpornej na antybiotyki i gorąco bakterii *Enterococcus faecalis*, która często zakaża kanały zębów podczas zabiegów dentystrycznych.

Plazmą można czyścić i sterylizować zarówno sprzęt medyczny, jak i rany, wspomagać gojenie się trudnych i rozległych ran, a nawet leczyć niektóre postacie nowotworów skóry. Twórcy urządzenia przewidują nawet, że jego miniatury wersje mogłyby posłużyć do sterylizowania szczotek do zębów i kuchennych desek do krojenia. [3]

Źródło: PAP – Nauka w Polsce



same badania przeprowadzono w Wielkiej Brytanii, Portugalii i Holandii w ramach projektu badawczego TEMPEST finansowanego ze środków UE.

Łącznie przebadano 2 764 uczniów. Okazało się, że polskie dzieci, w porównaniu do uczniów z innych krajów europejskich, mają najłatwiejszy dostęp do niezdrowej żywności i coraz częściej cierpią na nadwagę lub otyłość. W ich codziennej diecie brakuje warzyw, a w zamian dzieci wypijają codziennie ok. 2 szklanki słodzonych napojów i 2 razy dziennie spożywają słodkie lub słone przekąski.

zdrowo jeść, ale potrzebują w tym zakresie wsparcia zarówno w szkole, jak i ze strony rodziców. Niemal 40% badanych uważa, że w szkołach nie powinno się sprzedawać niezdrowych i wysokokalorycznych przekąsek oraz słodzonych napojów, a 35% zgadza się na podwyżki cen tego typu żywności.

Zdaniem ponad 60% badanych, szkoły powinny zaangażować się w promocję zdrowego stylu życia. Jednocześnie ok. 65% dzieci podkreśla rolę rodziców w dziedzinie edukacji zdrowotnej i wskazuje na potrzebę rozmów o zdrowej diecie. [4]

Choroby przyzębia dotyczą większości społeczeństwa

Większość dorosłych Polaków, w różnym stopniu cierpi, na choroby przyzębia – dowodzą najnowsze badania medyczne. Z badań opinii wynika jednak, że społeczna świadomość istnienia problemu oraz metod przeciwdziałania i leczenia jest niewielka. Tymczasem lekarze potwierdzają związek między chorobami przyzębia, a poważnymi chorobami ogólnoustrojowymi, jak np. cukrzyca i choroby sercowo-naczyniowe.

Z badań epidemiologicznych przeprowadzonych w 2011 r. pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Renaty Górskiej wynika, że zaledwie 1,7% Polaków ma całko-

wicie zdrowe dziąsła i nie wymaga interwencji stomatologicznej. Przeważająca część społeczeństwa odczuwa większe lub mniejsze dolegliwości wynikające ze złego stanu zdrowia dziąseł. Zaawansowaną paradontozę zdiagnozowano u ponad 17% osób poddanych badaniom. Powszechne jest także występowanie kamienia nazębnego – aż 61% badanych wymaga jego usunięcia. Nadmiar płytki bakteryjnej charakteryzuje ponad 16% pacjentów, którzy wymagają zarówno jej usunięcia, jak i instruktażu w zakresie higieny jamy ustnej. Ponad 18,5% Polaków powinno być poddanych kompleksowemu leczeniu przyzębia. Z badań wynika, że choroby przyzębia do-

tykają w równym stopniu kobiet i mężczyzn.

Zdaniem dentystów, sytuacja wymaga przedsięwzięcia natychmiastowych działań profilaktyczno-leczniczych ze względu na powszechność występowania chorób przyzębia, ale także z uwagi na poważne skutki zdrowotne, jakie powodują one dla całego ludzkiego organizmu. W świetle najnowszych badań, szczególnie niebezpieczny może być ich wpływ na inne współistniejące choroby. „Mogą być one także niezależnym czynnikiem ryzyka dla chorób układu sercowo-naczyniowego (choroba wieńcowa serca, zawał mięśnia sercowego, niedokrwienny udar mózgu,) przed-

wczesnego porodu, a także mogą mieć wpływ na skuteczność leczenia cukrzycy i zaostrzeń przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)” – podkreśla prof. dr hab. n. med. Renata Górską.

Choć większość Polaków cierpi na choroby przyzębia, w większości przypadków chorzy nie zdają sobie z tego sprawy. Niewielka jest również ich wiedza o przyczynach i skutkach choroby, a także profilaktyce i metodach leczenia. Wg badań opinii dotyczących higieny jamy ustnej, tylko 7% ankietowanych przyznaje, że odczuwa dolegliwości wynikające z chorób dziąseł. Najczęściej uskarżają się oni na krwawienie. Wśród osób, które potwierdzają, że mają

problemy z dziąsłami, jako najczęstszą przyczynę ich występowania wskazują czynniki genetyczne, czyli czynniki od nich niezależne, a nie wynikające z zaniedbania higieny jamy ustnej.

Prawie 60% osób cierpiących na choroby dziąseł nie wie, jak im zapobiegać i nie uważa, że ze względu na odczuwane dolegliwości powinni odwiedzać dentystę częściej. Zaledwie 29% respondentów zna metody zapobiegania chorobom dziąseł. Najczęściej wskazują oni na stosowanie właściwej codziennej higieny jamy ustnej, częste wizyty u dentysty, a także używanie specjalnej ochronnej pasty do zębów lub płynów do płukania jamy ustnej. [DU](#)

W Gliwicach „Dentysta jest fajny”!

Likwidacja szkolnych gabinetów stomatologicznych odbiła się negatywnie na stanie zdrowia dziecięcych zębów. Coraz częściej jednak sami dentyści odwiedzają szkoły albo zapraszają dzieci do gabinetu, by nauczyć ich właściwego dbania o higienę, a przy okazji zbadać stan zębów. Jedną z takich akcji rozpoczęła się w Gliwicach.

Dzieci z gliwickich przedszkoli biorą udział w specjalnie przygotowanych dla nich warsztatach stomatologicznych pod hasłem „Dentysta jest fajny”, podczas których nie tylko dowiedzą się, jak prawidłowo myć zęby, ale także będą miały okazję oswoić się z gabinetem stomatologicznym. „Nasza akcja to odpowiedź na potrzeby placówek oświatowych, które od dłuższego czasu nie dysponują gabinetami stomatologicznymi, a także próba stawienia czoła niepokojącym statystykom. Jak wynika z danych, 81% dorosłych Polaków boi się dentysty, zaledwie co 5. dorosły mieszkaniec naszego kraju wie, jak prawidłowo myć zęby, a ponad 90% społeczeństwa ma próchnicę. Te statystyki nie biorą się jednak znikąd. To efekt tego, jak dbamy o zdrowie jamy ustnej od najmłodszych lat. A dzieci boją się dentystów, nie potrafią dobrze myć zębów, do gabinetu przychodzą prze-



Dmitriy Shironosov/Shutterstock.com

ważnie z bólem, opuchlizną i płaczem. Większość dzieci ma próchnicę, gdyż rodzice wciąż myślą, że nie warto leczyć mleczaków skoro i tak wypadną” – wylicza lek. stom. Bartosz Nowak, pomysłodawca akcji.

Tymczasem, jeśli dziecku przedwcześnie wypadnie ząb, to może dojść do nieprawidłowego wyrzynania się zębów stałych i powstania wad zgryzu. Dlatego nie powinno się zostawiać niezabezpieczonej luki po utraconym zębie. Luka po utraconym mleczaku powinna być wypełniona za pomocą dziecięcej protezki lub też zabez-

pieczona przy pomocy utrzymywacza przestrzeni.

Chcąc nauczyć dziecko prawidłowego mycia zębów i przestrzec je przed konsekwencjami braku dbania o higienę jamy ustnej, nie można tylko mówić. Dzieci najlepiej uczą się w trakcie zabawy. „Zależy nam na tym, by dzieci przede wszystkim wyzbyły się strachu przed gabinetem i nauczyły się prawidłowo szczotkować zęby. Dlatego na samym początku chcemy dzieciom pokazać bajkę o ząbkach. Później, za pomocą kamery wewnątrzustnej będą mogły obejrzeć jamę ustną od środka i ewentualną próchnicę” – opisuje dr Nowak.

Akcja „Dentysta jest fajny” to nie tylko atrakcje dla dzieci. Dla rodziców przygotowano komplet materiałów informacyjnych o tym, jak dbać o dziecięce mleczaki, jakie objawy powinny budzić niepokój, kiedy iść do dentysty, jakie zabiegi profilaktyczne wykonywać i z jaką częstotliwością. Lekarze dentyści będą także zachęcać rodziców, by sami umówili się na kontrolę zdrowia swoich zębów.

Dzieci nie boją się dentysty bez przyczyny. Zazwyczaj trauma rodzi się, gdy dziecko za późno siada na fotelu dentystycznym. Często dzieciom udziela się także strach ich rodziców. „To, że dorośli Polacy boją się dentysty, chociaż niesłusznie, wiadomo od dawna. Błędem jest to, że własne uprzedzenia przenoszą na dzieci i potem rośnie kolejne pokolenie, które na myśl o wizycie u dentysty dostaje gęsiej skórki” – tłumaczy lekarz.

Lekarze podkreślają, że pierwszą wizytę u dentysty należy zaplanować już w momencie pojawienia się pierwszego zęba, a więc przed ukończeniem przez dziecko 1 r.ż. Niewielu rodziców jednak przyprowadza dzieci do gabinetu tak wcześnie. „Większość rodziców obawia się, czy lekarz będzie miał odpowiednie podejście do ich małego

dziecka, czy gabinet jest odpowiednio przystosowany. Inni sądzą, że skoro nic nie boli lub też dziecko nie ma jeszcze wszystkich zębów, to nie ma konieczności odwiedzania gabinetu. Zapewniam rodziców, że nie ma się czego obawiać. Gabinety są przygotowane na przyjęcia nawet bardzo małych pacjentów. Warto upewnić się, czy w gabinecie, który wybraliśmy przyjmujemy także pedodonta, który nie tylko ma odpowiednią podejście do dziecka, ale i wiedzę, jak leczyć rozwijające się zęby” – radzi dr Nowak. Jeśli pierwszy kontakt z gabinetem będzie dla dziecka wizytą adaptacyjną, to mamy szansę na to, by wychować dziecko, które bez wahania powie „Dentysta jest fajny”!

Początkowo akcją zostaną objęte 5-latków z wybranych przedszkoli. Placówki odwiedzą także higienistki stomatologiczne, które podczas zajęć przeprowadzą z dziećmi warsztaty z zakresu prawidłowej higieny jamy ustnej. „Nie chcemy jednak poprzestać na jednorazowej inicjatywie. Wiemy, jak ważne jest, by stale dbać o zęby naszych dzieci, dlatego też planujemy organizowanie takich warsztatów cyklicznie, także dla maluchów z innych przedszkoli. Wierzę, że tylko w ten sposób wychowamy pokolenie, które do późnej starości będzie się cieszyło zdrowym i pięknym uśmiechem. Zacząć jednak musimy już teraz” – mówi lekarz. [DU](#)

Zęby mogą być narządem szczątkowym

Tzw. zęby mądrości rosną późno, czasem przez wiele lat, często nie nadają się do gryzienia, a nawet te schowane w dziąśle mogą zaszkodzić. Czy człowiekowi potrzebne są zęby mądrości?

Współczesny człowiek ich nie potrzebuje, bo to pozostałość po naszych praprzodkach, których natura wyposażała w trzecie trzonowce. Ich szczęki miały znacznie więcej pracy, nie znano bowiem narzędzi i ognia, więc rozdrabnianie pokarmu całkowicie zależało od zębów. Dlatego ludzie pierwotni cieszyli się bardziej rozbudowanymi łukami zębowymi, w których było miejsce na „ósemki”. Kiedy człowiek zaczął gotować, piec i kroić pożywienie, zmianie uległa cała dieta i potrzeba posiada-

nia dodatkowych trzonowców pozwoliła zaniknąć, a zęby mądrości stały się zbędne. Obecnie nazywa się je narządem szczątkowym, podobnie jak np. kość ogonową.

„Ósemki” jako trzonowce powinny służyć rozdrabnianiu pokarmu. W praktyce rzadko są w stanie pełnić tę funkcję. Gdy zaczynają wyrzynąć się zęby mądrości, najczęściej brakuje dla nich miejsca. Rosną więc krzywo i zwykle nie biorą udziału w przeżuwaniu. Część z nich w ogóle nie pojawia się w jamie ustnej, pozostając w dziąśle. Taki niewyrzynięty ząb sprzyja powstawaniu bolesnych torbieli i stanów zapalnych.

Wyrzynaniu „ósemek” towarzyszy zwykle promieniujący ból,

bo starają się one „wypchnąć” pozostałe zęby, by zrobić dla siebie miejsce. Pacjenci skarżą się też na zawroty głowy oraz problemy z przeżuwaniem. Zęby te stają się przyczyną powracających dolegliwości, w skrajnych przypadkach nawet do 40. roku życia.

Ponieważ są słoczone z tyłu jamy ustnej, bardzo trudno zadbać o ich właściwą higienę. Stąd częsta próchnica w tej części uzębienia, przenosząca się najpierw na „siódemki”, a później także na pozostałe zęby. Ponadto krzywa „ósemka” może ranić policzek lub doprowadzić do wady zgryzu.

Leczenie ubytków zębów mądrości bywa trudne, długotrwałe i

kosztowne. Dlatego też w wielu krajach usuwa się je prewencyjnie w bardzo wczesnym wieku, gdy korzeń jest jeszcze słabo wykształcony. Im starszy człowiek, tym trudniejszy i bardziej zagrożony powikłaniami zabieg. Jeżeli jednak pacjent cierpi na nawracające stany zapalne dziąseł, torbiele, rozprzerzeniającą się próchnicę czy bóle neurologiczne, usunięcie kłopotliwych „ósemek” staje się koniecznością. Podobnie dzieje się, gdy niewyrzynięty ząb spowoduje zapalenie kości. Wskazaniami do zabiegu są także kwestie ortodontyczne i protetyczne. Przed ekstrakcją trzeba koniecznie wykonać zdjęcie rtg, które pokazuje faktyczne położenie zęba w dziąśle i pozwala precyzyjnie ustalić plan zabiegu. Bezwzględnie zęby mądrości usuwa się w znieczuleniu miejscowym. Czasem konieczne bywa założenie szwów. [DU](#)



Kurhan/Shutterstock.com

Atrakcyjna i prosta forma finansowania inwestycji

Wielu przedsiębiorców, właścicieli większych i mniejszych firm do rozwoju i funkcjonowania z sukcesem na rynku potrzebuje nowych inwestycji, najczęściej w tzw. środki trwałe: sprzęt komputerowy, samochody, urządzenia medyczne.

Nie zawsze na inwestycje można przeznaczyć gotówkę, a kredyt bankowy coraz trudniej uzyskać. W takiej sytuacji dobrym rozwiązaniem może się okazać leasing. Minimum formalności potrzebnych do podpisania umowy oraz korzyści podatkowe to tylko niektóre z zalet tej formy finansowania.

Czym jest leasing?

Uniwersalna forma finansowania inwestycji, polegająca na uzyskaniu potrzebnego środka trwałego bez konieczności jego zakupu na własność – taka jest definicja leasingu. Czynsze leasingowe, które leasingobiorca płaci firmie leasingowej, mogą pochodzić w takim przypadku z przychodów, które korzystający uzyskuje dzięki wykorzystaniu danego środka trwałego, sprzęt zarabia więc sam na siebie. Na podstawie umowy leasingowej klient dysponuje powierzonym mu przedmiotem, ale nie jest jego właścicielem. Warto wiedzieć, że przedsiębiorcy mogą wyleasingować nie tylko samochody osobowe czy ciężarowe, ale właściwie cały sprzęt i aparaturę potrzebną do prowadzenia swojego biznesu, w tym maszyny i

urządzenia, komputery, a nawet nieruchomości.

Operacyjny czy finansowy?

Przedsiębiorca zainteresowany leasingiem ma do wyboru 2 jego podstawowe rodzaje. Każdy z nich ma inne zalety w zależności od specyfiki prowadzonej działalności i przedmiotu, który chcemy sfinansować. Warto zatem wiedzieć, który będzie najbardziej odpowiedni.

Pierwsza forma to leasing finansowy, w przypadku którego korzystający uwzględnia leasingowany przedmiot w swoich aktywach i dokonuje odpisów amortyzacyjnych. Kosztem uzyskania przychodu, który zmniejszy podstawę opodatkowania będą poza odpisami amortyzacyjnymi, także części odsetkowe rat leasingowych oraz codzienne koszty użytkowania. Zaletą tego rodzaju finansowania jest brak ograniczeń dotyczących minimalnej wartości końcowej oraz minimalnego okresu trwania umowy.

Dla większości firm, pod względem podatkowym, korzystniejszy od leasingu finansowego jest leasing operacyjny. W jego przypadku odpisów amortyzacyjnych dokonuje firma leasingowa, a opłata wstępna, raty leasingowe (część kapitałowa i odsetkowa), a także opłaty związane z eksploatacją stanowią koszt uzyskania przychodu leasingobiorcy i tym samym zmniejszają kwotę opodatkowania.



Zalety leasingu:

- minimum formalności,
- korzyści podatkowe,
- indywidualne warunki finansowania,
- dostępność dla firm z krótką (nawet kilkumiesięczną) historią,
- atrakcyjne usługi dodatkowe (np. ubezpieczenia).

wania. Ponadto, w przypadku leasingu operacyjnego, podatek VAT jest naliczany do każdej raty leasingowej, co powoduje że zapłata tego podatku także jest rozłożona w czasie.

Atrakcyjny, bo indywidualny

W związku z tym, że środek trwały przez cały czas trwania umowy pozostaje własnością firmy leasingowej, nie ma konieczności

stosowania klauzuli przewłaszczenia lub wprowadzania zastawu. To sprawia, że zwykle łatwiej jest uzyskać leasing niż inne instrumenty finansowania: leasingodawcy stawiają mniejsze wymagania, jeśli chodzi o liczbę i szczegółowość potrzebnych dokumentów. Procedura uzyskania finansowania jest szybsza bo wynika z bezpośredniej współpracy z dostawcami środków trwałych.

Leasing jest korzystny ze względów podatkowych. W przypadku leasingu finansowego kosztem uzyskania przychodu jest amortyzacja oraz część odsetkowa raty. Jeśli zdecydujemy się na leasing operacyjny, to kwotę podatku obniża całość płaconej raty oraz cała opłata wstępna.

W każdym przypadku, niezależnie czy leasingobiorcą jest jednostka publiczna, czy przedsiębiorstwo prywatne, oferta leasingu jest konstruowana indywidualnie, zarówno w zakresie czasu, na jaki zostaje podpisana, rodzaju leasingu, jak i wysokości rat leasingowych. Leasingodawcy, współpracując z dostawcami sprzętu, mogą wynegocjować u nich atrakcyjne, często indywidualnie niedostępne rabaty. Oferują także całą gamę usług dodatkowych, takich jak ubezpieczenia OC i AC, assistance, polisy majątkowe czy karty paliwowe.

Decydując się na finansowanie inwestycji przy pomocy leasingu, nie należy kierować się wyłącznie ceną, dużo ważniejsza jest jej relacja do zakresu oferty. Aby ostateczna decyzja okazała się słuszną, wybór powinien zostać poprzedzony analizą ofert przynajmniej 2-3 firm finansujących oraz zwróceniem uwagi na opłaty dodatkowe, wynikające z okoliczności, które mogą wystąpić w trakcie trwania umowy leasingu – radzą eksperci. [10](#)

Na podst. materiałów informacyjnych BZ WBK.

Pogarsza się kondycja polskiej ochrony zdrowia

W siedzibie Parlamentu Europejskiego w Brukseli ogłoszono wyniki raportu corocznego rankingu Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia (EHCI). Polska znalazła się na 27. miejscu wśród 34 europejskich systemów zdrowotnych.

Ranking EHCI publikowany jest od 2005 r. przez instytut badawczy Health Consumer Powerhouse (HCP) z siedzibą w Szwecji. Powstaje w oparciu o własne badania HCP, powszechnie dostępne dane statystyczne i ankiety wypełniane przez pacjentów.

Przewodniczący zespołu ds. raportu – dr Arne Bjoernberg stwierdził, że Polska potrzebuje gruntownej reformy ochrony zdrowia. Wśród koniecznych zmian wskazał reformę systemu ubezpieczeń oraz kwestię ograniczonego dostępu do nowoczesnych leków.

W tegorocznej edycji rankingu EHCI oceniono 34 publiczne systemy zdrowotne w Europie w oparciu o ok. 40 wskaźników, m.in. w takich kategoriach, jak: prawa pacjenta i dostęp do informacji, czas oczekiwania na leczenie, wyniki leczenia, profilaktyka, zakres i zasięg oferowanych usług oraz dostęp do leków.

Maksymalna liczba punktów w rankingu wynosiła 1000, Polska zdobyła 577. Najlepiej wypadła Holandia z wynikiem 872 pkt. W polskiej ochronie zdrowia najgorzej oceniono czas oczekiwania na leczenie i dostęp do leków, w tym do eksperymentalnych terapii nowotworowych i leków stosowanych w leczeniu schizofrenii i choroby Alzheimera. Najlepiej oceniono przestrzeganie praw pacjenta i dostęp do informacji.

Pierwsze miejsca w tegorocznym rankingu EHCI zajęły: Holandia (872 pkt), Dania (822 pkt), Islandia (799 pkt), Luksemburg (791 pkt) i Belgia (783 pkt). Czechy zajęły 15. miejsce (694 pkt), Słowacja 16. (675 pkt), Estonia 18. (653 pkt), Litwa 26. (585 pkt), Łotwa 31. (491 pkt). Najgorzej wypadła Serbia (451 pkt).

Autorzy raportu zauważają pojawiającą się tendencję do zwiększania się udziału prywatnych wydatków w ogólnych wydatkach na ochronę zdrowia. Jest to najbardziej widoczne w krajach Europy Środkowo-Wschodniej oraz państwach, które najbardziej odczuły skutki kryzysu (Grecja, Portugalia, Irlandia).

[11](#)

Stanowisko MZ w sprawie pobierania przez SP ZOZ opłat za świadczenia zdrowotne

W związku z pojawiającymi się informacjami na temat wprowadzenia możliwości udzielania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej odpłatnych świadczeń medycznych po wyczerpaniu kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia przypomina, że pobieranie takich opłat jest niezgodne z obowiązującym prawem.

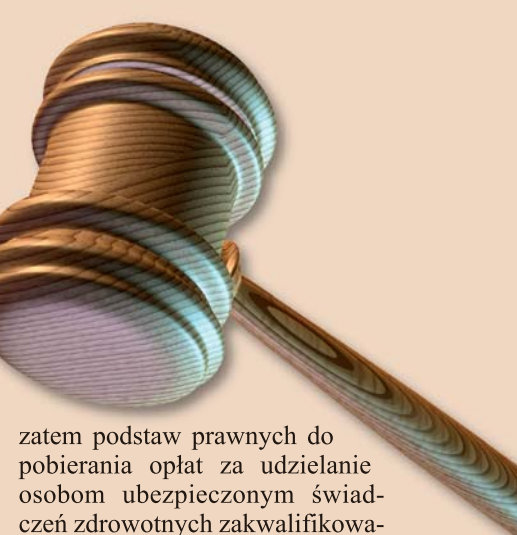
W komunikacie MZ czytamy m.in., że zgodnie z art. 44 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, a takim jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.

Skierowany do konsultacji społecznych projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej doprecyzowuje treść regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie „cennika opłat za udzie-

lane świadczenia zdrowotne”. W obowiązującej ustawie o działalności leczniczej regulamin organizacyjny określa w szczególności „wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych”. W związku z licznymi wątpliwościami, iż takie brzmienie całkowicie wyklucza możliwość wykonywania odpłatnych świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy w nowelizacji zaproponowane zostało następujące brzmienie przepisu: „wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową albo pełną odpłatnością”.

Nowelizacja nie wprowadza w tym zakresie merytorycznej zmiany, a jedynie ma na celu jednoznaczne wskazanie, iż podmiot leczniczy określa w regulaminie organizacyjnym wysokość opłaty za te świadczenia zdrowotne, których zgodnie z przepisami może udzielać za częściową albo pełną odpłatnością.

Podmiot leczniczy, niebędący przedsiębiorcą (SP ZOZ) nie ma



zatem podstaw prawnych do pobierania opłat za udzielanie osobom ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych zakwalifikowa-



nych jako świadczenia gwarantowane, także w sytuacji wykorzystania limitu tych świadczeń wynikającego z umowy z NFZ. Przepisy nie zakazują natomiast takim podmiotom leczniczym odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych osobom nieubezpieczonym lub świadczeń zdrowotnych niezakwalifikowanych jako gwarantowane.

[12](#)

Zwiększa się popularność leasingu wśród małych i średnich przedsiębiorców

Wg danych Związku Polskiego Leasingu, po I kwartale 2012 r. na rynku leasingowym zanotowano 6% wzrostu mierzonego rok do roku. Ogółem udzielono finansowania w wysokości 7 mln zł.

Obecnie 63% mikro- i małych przedsiębiorców wskazuje leasing jako najchętniej wybieraną formę finansowania. Z danych Związku Polskiego Leasingu wynika, że 6% wzrost rynku to zasługa leasingu ruchomości (6,8 mld zł udzielonego finansowania, +11% r/r). Tutaj motorem wzrostu okazały się pojazdy (4 mld zł, +11% r/r), przede wszystkim samochody osobowe (1,8 mld zł, +25% r/r) oraz maszyny i urządzenia (2,4 mld zł, +7% r/r). Inwestują w nie głównie rolnicy (także dzięki unijnym dotacjom) oraz przedstawiciele branży produkcji tworzyw sztucznych i obróbki metalu. W segmencie nieruchomości zanotowano duży spadek: z 479 mln zł do 205 mln zł, tj. -57% r/r).

Przedsiębiorca, decydując się na wybór takiej formy finansowania inwestycji, ma do wyboru leasing operacyjny lub finansowy. Obie formy mają inne zalety, stąd porównując korzyści wynikające z wyboru danego rodzaju finansowania, przedsiębiorca powinien wziąć pod uwagę specyfikę prowadzonej przez siebie działalności

oraz to, jaki środek trwały jest przedmiotem inwestycji. Ponadto, poza korzyściami natury podatkowej zarówno leasing operacyjny, jak i finansowy to maksymalnie uproszczone procedury oraz wyższa dostępność uzyskania finansowania.

„Wybór odpowiedniego rodzaju finansowania zależy przede wszystkim od tego, w jakim tempie i jakie korzyści podatkowe związane z inwestycją zamierza zrealizować przedsiębiorca. Ponad 70% leasingobiorców decyduje się na leasing operacyjny,

który daje korzyści podatkowe w krótszym okresie oraz pozwala na rozłożone w czasie płatności VAT-u, jednak czasami korzystniejszy może okazać się leasing finansowy. Jest tak np. wśród podmiotów z branży medycznej, które nie są płatnikami podatku VAT.

Leasing finansowy pozwala im na doliczenie niższej stawki VAT, która w przypadku sprzętu medycznego w zdecydowanej większości wynosi 8%” – mówi Mariusz Włodarczyk, dyrektor zarządzający BZ WBK Leasing.

DT

AD

20 YEARS
OF TRADITION



PRAGODENT

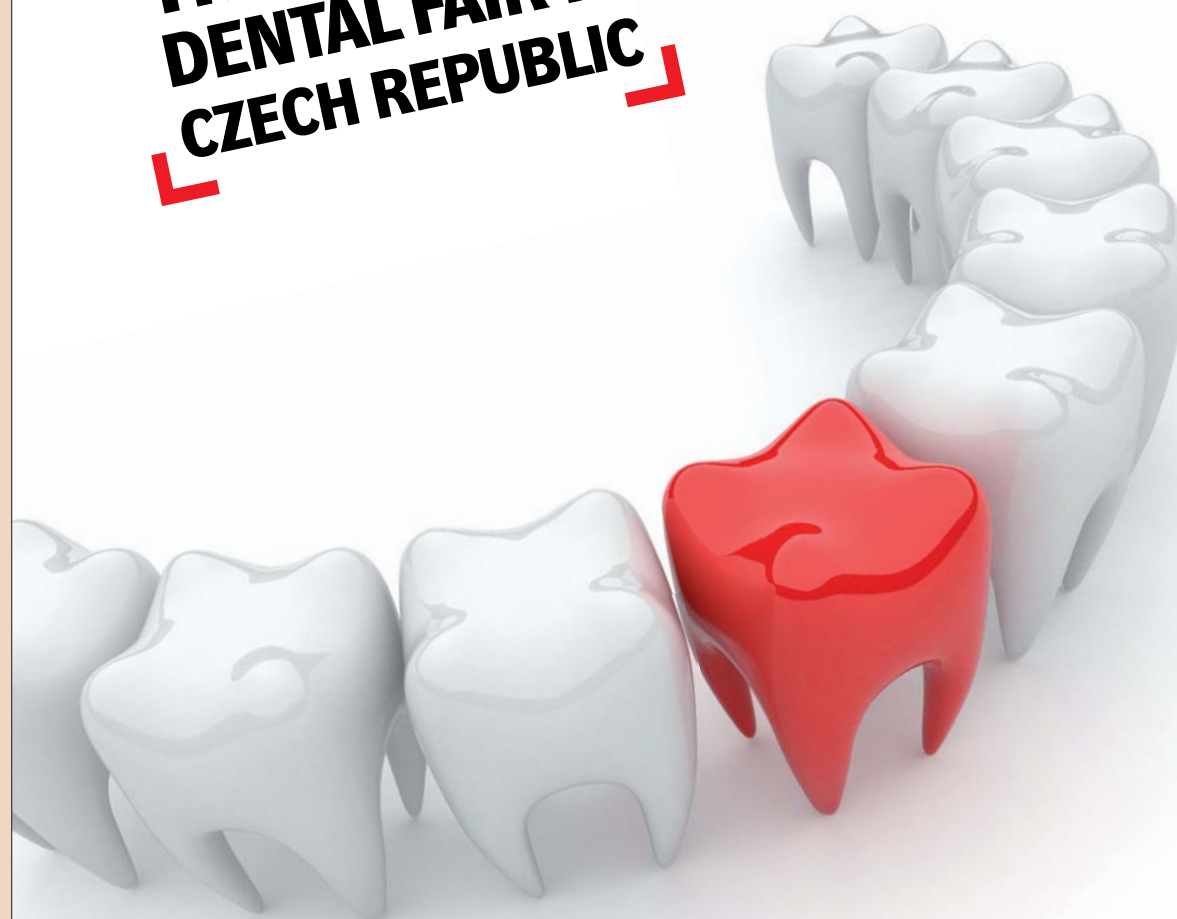
20th INTERNATIONAL DENTAL FAIR

11. - 13. 10. 2012

Prague Exhibition Grounds Holesovice

www.pragodent.eu

**THE BIGGEST
DENTAL FAIR IN
CZECH REPUBLIC**



Professional partners

czechdent

**ČESKÁ
STOMATOLOGICKÁ
AKADEMIE**

kzt
Komora zubních techniků
České republiky

Media partners

StomaTeam

DentalCare



**INCHEBA
EXPO PRAHA**

Szkolenia kompetencyjne dla lekarzy i lekarzy dentystów

W ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów przy Naczelnej Izbie Lekarskiej zaprasza na szkolenia kompetencyjne.

Szkolenia odbywać się będą pod wspólnym tytułem: „Lekarz-przedsiębiorca na mazowieckim rynku pracy. Szkolenia kompetencyjne szansą na wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw branży medycznej”. Skierowane są do lekarzy i lekarzy dentystów z województwa mazowieckiego, którzy mają zarejestrowaną praktykę lekarską lub są zatrudnieni w mikro- albo małych przedsiębiorstwach.

Szkolenia są akredytowane, a ich uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne. Tematy szkoleń:

- „Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych”
- „Techniki negocjacji – warsztaty”
- „Wystąpienia publiczne – warsztaty”
- „Asertywność i rozwiązywanie konfliktów w relacji pacjent-lekarz”
- „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”
- „Jak rozpoznać uzależnienie i jak skutecznie pomagać uzależnionym (w tym swoim kolegom)?”
- „Asertywna komunikacja lekarzy”.

Zapisy i szczegółowe informacje na temat szkoleń: www.pokl.nil.org.pl

Biurowisko projektu:
Naczelna Izba Lekarska,
Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów
ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa
tel.: (22) 559 13 10, (22) 559 13 44
faks: (22) 559 13 13
e-mail: szkoleniaunijne@hipokrates.org.