Wewnątrz numeru:
Implant Tribune
i Hygine Tribune

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

ISSN 1730-315X

LISTOPAD – GRUDZIEŃ 2011 www.dental-tribune.com CENA: 9,50 zł VOL. 9, NR 11+12



Opinie
Nowe perspektywy dla codziennej procedury mycia zębów?
Strona 3



Business
Nowe rozwiązania w estetycznym leczeniu ortodontycznym
Strona 6



Business
Skandynawscy mistrzowie stomatologii
Strona 7

Zadania dla nowego ministra zdrowia

Dental Tribune Polska

W każdym nowym rządzie pokładane są nadzieje na pozytywne zmiany, sytuacja ta dotyczy także resortu zdrowia. Mimo stałego poziomu niezadowolenia społecznego z funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, sytuacja ochrony zdrowia w Polsce oceniana jest przez ekspertów jako stabilna i niewymagająca nagłych zmian.

Minister Ewa Kopacz odeszła ze stanowiska, zostawiając za sobą niedokończoną reformę systemu lecznictwa, to zadanie czeka więc na jej następcę. Na nowego ministra zdrowia czekają również projekty ustaw, nad którymi urzędnicy pracowali przez ostatni rok i którymi rząd poprzedniej kadencji nie zdążył się zająć.

W wywiadzie udzielonym PAP i cytowanym przez *Dziennik Gazetę Prawną*, Adam Kozierkiewicz ekspert ochrony zdrowia powiedział: „Nowy minister zdrowia powinien przedstawić program na najbliższe cztery lata. Konieczne jest przygotowanie strategii, jest to o tyle ważne, że w tym samym czasie będą tworzone programy operacyjne dotyczące nowej perspektywy finansowej UE. W ochronie zdrowia strategie działania pojawiają się rzadko, a konsekwencją ich braku jest chaotyczne wprowadzanie zmian. Bez strategii działania minister traci z pola widzenia najważniejsze punkty i zajmuje się tylko gaszeniem pożarów."

Na razie trudno przewidzieć, czy nowy minister zdrowia będzie miał jasną strategię i program zmian. Wiadomo natomiast, jakie wyzwania będą czekać przyszłego szefa MZ.



Thomas M Perkins/Shutterstock.com

Dodatkowe ubezpieczenia

Z punktu widzenia pacjentów i dla sprawnego działania systemu ochrony zdrowia, priorytetem jest Ustawa o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Dzięki ustawie firmy ubezpieczeniowe będą mogły oferować prywatne ubezpieczenie osobom, które nie chcą czekać na leczenie.

Pacjenci posiadający dodatkową polisę będą mogli w szybszym terminie poddać się terapii lub koniecznej operacji, a także skorzystać z podwyższonego standardu usługi, np. przebywać w jednoosobowej sali w szpitalu. Ma na tym skorzystać również budżet NFZ, ponieważ zmniejszy się liczba pacjentów oczekujących na zabiegi finansowane przez fundusz.

Na razie jednak ustawa wymaga jeszcze dużo pracy. Należałoby ograniczyć firmom ubezpieczeniowym możliwość selekcji osób, które mogłyby wykupić dodatkowe ubezpieczenie, ponieważ w chwili obecnej polisy trafiają najczęściej do osób rzadko korzystających ze świadczeń. Brakuje też zgody Ministerstwa Finansów na wprowadzenie ulg podatkowych od takich polis, co z pewnością zniechęci część potencjalnych klientów.

Dorota M. Fal, ekspert ubezpieczeniowy, doradca zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń twierdzi, że ustawa przyznaje również zbyt szerokie uprawnienia nadzorcze NFZ w zakresie współpracy pomiędzy prywatnymi ubezpieczy-

→ DT strona 2

AD



AD



AD



Gdzie powinna trafić składka?

Temat pobierania składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne powraca systematycznie, za każdym razem wywołując falę dyskusji. Politycy i ekonomiści wciąż spierają się, która z instytucji państwowych powinna być organem ściągającym tę należność.

Obecny system poboru składek przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i przekazywania ich do Narodowego Funduszu Zdrowia generuje potężne koszty po obu stronach. *Dziennik Gazeta Prawna* podaje, że pobieranie składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne i przekazywanie jej do świadczeniodawców przez ZUS generuje koszty rzędu 300 mln zł w ciągu roku, koszty tej operacji po stronie NFZ sięgają aż 100 mln zł. Ponadto procedura ta jest mało skuteczna, bo Fundusz nie może na bieżąco weryfikować, kto ma jaki tytuł do ubezpieczenia.

Dlatego wciąć pojawiają się pomysły połączenia ZUS i NFZ, jednak specjaliści są sceptyczni wobec takiego rozwiązania, ponieważ zadania tych instytucji są zupełnie różne. Zdaniem ekspertów lepszym rozwiązaniem byłoby całkowite wyłączenie ZUS z poboru składki zdrowotnej i skierowanie jej bezpośrednio do NFZ. Profesor Stanisław Gomułka z BCC uważa, że taki ruch przyniósłby wiele korzyści: „To dobre rozwiązanie, które oznaczałoby milionowe oszczędności w ciągu roku. Dla NFZ oznaczałoby również same korzyści. Oprócz oszczędności, Fundusz miałby pełny dostęp do informacji o ubezpieczonych oraz możliwość szybszego przesyłania pieniędzy do oddziałów wojewódzkich, a także np. do urzędów pracy na pokrycie kosztów leczenia bezrobotnych."

Istnieje również koncepcja przekazania poboru składek na ubezpieczenie zdrowotne urzędom skarbowym. Taki pomysł uzasadniany jest m.in. tym, że obecnie urzędy skarbowe i tak sprawdzają prawidłowość naliczania składki zdrowotnej, wobec tego, gdyby składka była uznana jako podatek PIT, państwo samo przekazywałoby część wpływów z podatku na zdrowie. Takie rozwiązanie zmniejszyłoby koszty i ograniczyłoby biurokrację, ułatwiając życie pacjentom, którzy nie musieliby już udowadniać prawa do leczenia, okazując RMUA, wystarczyłby wtedy dowód osobisty.



Robootb/Shutterstock.com

Czy czekają nas zmiany? Czas pokaże, jak podkreślają eksperci, decyzje nie powinny być pochopne. Profesor Tadeusz Szumlicz ze Szkoły Głównej Handlowej (SGH) twierdzi, że najpierw trzeba przebudować system opieki zdrowotnej w Polsce, a dopiero potem zastanawiać się nad ewentualnymi zmianami instytucjonalnymi. DT

Źródło: Dziennik Gazeta Prawna

Spóźnione kontraktowanie w NFZ

W wywiadzie udzielonym *Gazecie Prawnej* na początku listopada, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz przyznał, że procedura konkursu ofert w oddziałach już jest spóźniona.

„Na jej przeprowadzenie potrzeba 6 tygodni. Kolejny tydzień na odwołania. Dobrze jest mieć jeszcze 14 dni na ewentualne rokowania, po, to żeby taką szansę mieli ci, którzy z powodów losowych nie mogli złożyć oferty lub zostałana odrzucona. Jakkolwiek by liczyć, potrzebujemy 2 miesięcy, żeby spokojnie podpisać kontrakty" – powiedział Paszkiewicz.



Szef Funduszu wyjaśniał, że nowelizacja rozporządzeń „koszykowych" rozpoczęła się zbyt późno, akty te stanowią podstawę do rozpoczęcia procesu kontraktowania usług na 2012 r. i powinny być ustanowione wcześniej niż w październiku czy listopadzie. NFZ nie może ogłosić konkursu dopóki nie ma ostatecznych wersji rozporządzeń. W efekcie umowy ze świadczeniodawcami będą podpisywane w samej końcówce roku.

Na razie jednak jest nadzieja, że aneksowanie umów nie będzie konieczne, ewentualnie w niektórych województwach będzie konieczność przedłużenia umów o kilka dni.

NFZ ma jeszcze jeden problem. Okazuje się, że program „Płatnik" nie jest przygotowany na wejście w życie ustawy refundacyjnej od stycznia 2012 r.

Jest to związane z brakiem rozporządzeń do ustawy, które powinny być wydane przez resort zdrowia. Paszkiewicz wyjaśnia, że: „NFZ ma posiadać wiedzę na temat sprzedaży każdego leku, następnie te dane przetwarzać i przekazywać do resortu zdrowia. Tylko, że to wymaga nowych pracowników oraz oprogramowania. (…) Wymaga również zakupu całkiem nowego oprogramowania, a nie rozszerzenia aplikacji, na których pracujemy. Stworzenie go potrwa około 2 lat ."

DT

← DT strona 1

cielami i świadczeniodawcami. Podkreśla: „Dopracowania wymaga również kwestia zasad, na jakich towarzystwa ubezpieczeniowe miałyby współpracować ze świadczeniodawcami."

Doceniona jakość usług

Resort zdrowia planuje powiązać jakość usług świadczonych przez placówki medyczne z wysokością kontraktu z NFZ. Najlepszym szpitalom, które spełnią określone kryteria, będzie oferowany wyższy o 3 % poziom finansowania niż pozostałym placówkom. Przy ocenie jakości usług będą brane po uwagę standardy wymagane przy uzyskiwaniu tzw. akredytacji. Przyznaje ją placówkom medycznym Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ).

Michał Bedlicki z CMJ wyjaśnia: „Jest około 200 kryteriów ważnych przy ocenie jakości usług. Najważniejsze dotyczą bezpieczeństwa pacjenta, m.in. kontroli zakażeń szpitalnych." Dotychczas 109 szpitali uzyskało certyfikat akredytacyjny. To one w pierwszej kolejności będą mogły liczyć na wyższy kontrakt z NFZ.

Agencja Taryfikacji Świadczeń

Nie ulega wątpliwości, że świadczenia zdrowotne powinny być lepiej wyceniane. Obecnie o koszcie danej usługi medycznej decyduje NFZ, co często spotyka się z niezadowoleniem szpitali, wg których większość procedur jest niedoszacowana. Dlatego planowane jest powołanie Agencji Taryfikacji Świadczeń Medycznych, która przygotowywałaby obiektywną wycenę świadczeń.

Utworzenie agencji ma być sfinansowane z pieniędzy NFZ, będzie to koszt ok. 40 mln zł, które mają pochodzić ze składek zdrowotnych.

Nie wszyscy specjaliści zgadzają się ze słusznością tej idei. Wg Jerzego Gryglewicza, eksperta w ochronie zdrowia, stworzenie nowej agencji jedynie wygeneruje nowe koszty i zdubluje zadania już istniejących instytucji.

Badania pod kontrolą

Uporządkowania wymaga również system prowadzenia badań klinicznych. Projekt ustawy w tej sprawie przewiduje obowiązek zawierania umów pomiędzy szpitalem, firmą farmaceutyczną oraz lekarzem prowadzącym badania. Ma to zagwarantować przejrzystość prowadzenia badań klinicznych. W umowie będzie musiała być jasno określona suma przeznaczona przez producenta leku na przeprowadzenie badania oraz to, jak zostanie ona podzielona między ośrodek badawczy i lekarzy.

Ustawa przewiduje także większe restrykcje dla badaczy. Za prowadzenie badania bez zezwolenia lekarz będzie mógł być pociągnięty do odpowiedzialności karnej. Jednocześnie z przeprowadzeniem badania będzie się wiązało więcej biurokracji. Nowym wymogiem będzie np. konieczność zawarcia przez szpital porozumienia z NFZ.

Istnieją obawy, że rygorystyczna ustawa wydłuży czas na rozpoczęcie i przygotowanie badań, a firmy farmaceutyczne, chcąc ominąć skomplikowane procedury, będą przenosiły prowadzenie badań do inny krajów.

Zdrowie publiczne

Kolejny projekt ustawy czekający na nowego ministra dotyczy zdrowia publicznego. Zgodnie z gotowym projektem, NFZ co roku będzie musiał przeznaczyć na profilaktykę zdrowotną 0,5 % swojego budżetu (obecnie to ok. 280 mln zł). Oznacza to, że będzie dwukrotnie więcej niż dotychczas środków na badania profilaktyczne. Dodatkowo Fundusz ma podzielić się tymi pieniędzmi z samorządami.

Lista zadań stojących przed nowym ministrem zdrowia jest długa. Czas pokaże, jak długo będziemy czekać na zmiany. DT

Źródło: Dziennik Gazeta Prawna

Nowy rynek usług

Procesy demograficzne i zmiany w stylu życia powodują, że problem opieki długoterminowej staje się jednym z ważniejszych wyzwań współczesnej polityki społecznej, jest również dobrą okazją dla prywatnych firm i funduszy do zaistnienia na rynku z nową ofertą.

W 2008 r. Narodowy Fundusz Zdrowia wydał na opiekę długoterminową ok. 800 mln zł, w 2010 r. aż 1,5 mld zł. W 2009 r. NFZ zawarł 1 100 umów na opiekę długoterminową, w 2010 umów tych było 1 500. Jak podaje *Rzeczpospolita* część podmiotów to odpowiednio przystosowane oddziały szpitalne.

Wzrost zainteresowania społeczeństwa tym sektorem przyciągnął uwagę prywatnych firm i funduszy, które ze swoimi ofertami już wchodzą na rynek opieki długoterminowej. Przewiduje się, że w ciągu najbliższych lat będą powstawać prywatne ośrodki świadczące takie usługi, co jest naturalną odpowiedzią na potrzeby rynku.

Według cytowanego przez *Rzeczpospolitą* Jerzego Gryglewicza, eksperta medycznego ze Szkoły im. Łazarskiego w Warszawie, zmiany demograficzne w Polsce, będą powodowały wzrost zapotrzebowania na usługi związane z opieką długoterminową. W związku z tym, liczba miejsc na oddziałach opieki długoterminowej powinna rosnąć co roku o ok. 10%. Ma to swoje uzasadnienie ekonomiczne, ponieważ pobyt jednego pacjenta na oddziale opieki długoterminowej kosztuje NFZ ok. 75 zł za dobę, natomiast 3-dniowy pobyt chorego w szpitalu ogólnym może kosztować nawet 3 000 zł.



Koszty opieki w szpitalu są nieporównywalnie wyższe m. in. z powodu liczby zatrudnianego personelu. Wiadomo, że w ośrodkach opieki długoterminowej potrzebne są przede wszystkim pielęgniarki i opiekunki, w związku z tym nie wymagana jest pełna kadra medyczna. Na razie jednak wciąż nie ma jasno określonych standardów przewidujących, w jakich warunkach powinni przebywać starsi ludzie. Szczegółowe regulacje powinny dotyczyć m.in.: liczby personelu oraz przestrzeni, jaka powinna być przeznaczona na jedną osobę. DT

Źródło: Rzeczpospolita

Nowe perspektywy dla codziennej procedury mycia zębów?

Jacek Nocon, Niemcy i Jan Rauch, Polska

Zastosowanie naturalnej wody mineralnej o specjalnych właściwościach do profilaktyki, higieny jamy ustnej, a także leczenia schorzeń zębów i przyzębia to być może zupełnie nowa perspektywa dla codziennych czynności higienicznych.

Przeciętny człowiek myje zęby 2 albo nawet 3 razy dziennie – to codzienny nawyk. Prawie zawsze odbywa się to nad umywalką, przy odkręconym kranie z ciepłą wodą. Stojącej obok szklanki, w której zwykle stoi szczoteczka do zębów najczęściej przy tej okazji się nie używa. Zaschnięte na niej krople wody z resztkami pasty, która spłynęła wzdłuż rączki szczoteczki w poprzednich dniach lub tygodniach, nawet z punktu widzenia laika, nie zachęcają do jej użycia. Nachylamy się więc nad umywalką i płuczemy jamę ustną wodą z kranu. Trwa to średnio od kilkunastu sekund do 2-3 min. W tym czasie ok. 1-2 l wody spływa bezużytecznie do kanalizacji.



Przyjmując, że w czasie jednego zabiegu mycia zębów tracimy tylko 1 l wody, to przy powtórzeniu tej procedury tylko 2 razy w ciągu dnia, strata wody to 2 l dziennie. To oznacza, że np. w Niemczech przy ogólnej liczbie ludności na poziomie 80 mln (dane z 2010 r.) codziennie bezużytecznie spływa do kanalizacji 160 mln l wody – najczęściej ciepłej! Te dane wystarczy mnożyć dalej: w ciągu tygodnia x 7, w ciągu roku x 365, co daje 58 mld 400 mln l (58 mln 400 000 m^3) wody pitnej. Przeliczmy te wartości odpowiednio do liczby ludności w Unii Europejskiej (ok. 600 mln mieszkańców), przyjmując dla uproszczenia, że spośród nich tylko 500 mln osób czyści codziennie zęby rano i wieczorem: 500 mln x 2, co daje 1 mld l wody dziennie i odpowiednio 365 mld l wody rocznie ogólnych strat wody pitnej w Europie – to 365 mln m^3. Przy średnim koszcie wody pitnej za 1 m^3 na poziomie 10 euro, straty wynoszą 3,65 mld euro rocznie, tylko w Europie. A wszystko tylko dlatego, że podczas mycia zębów nie używamy szklanki z odpowiednią ilością wody.

W związku z ogólnie znanym zdaniem ekspertów i prognoz dotyczącym zapasów wody pitnej na świecie, należy uwzględnić wszystkie rozsądne i uzasadnione możliwości oszczędzania wody pitnej. Specjaliści twierdzą, że może jej zabraknąć na świecie wcześniej niż ropy naftowej, dlatego należy przemyśleć i wdrożyć nowe koncepcje wykorzystania istniejących zasobów wody i wciąż jeszcze bardziej efektywnie zmieniać dotychczasowe standardy myślenia na ten temat.

→ DT strona 4

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

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

Editor
Claudia Salwiczek

Editorial Assistant
Yvonne Bachmann

Copy Editors
Sabrina Raaff, Hans Motschmann

President/CEO
Torsten Oemus

Sales & Marketing
Matthias Diessner, Vera Baptist

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

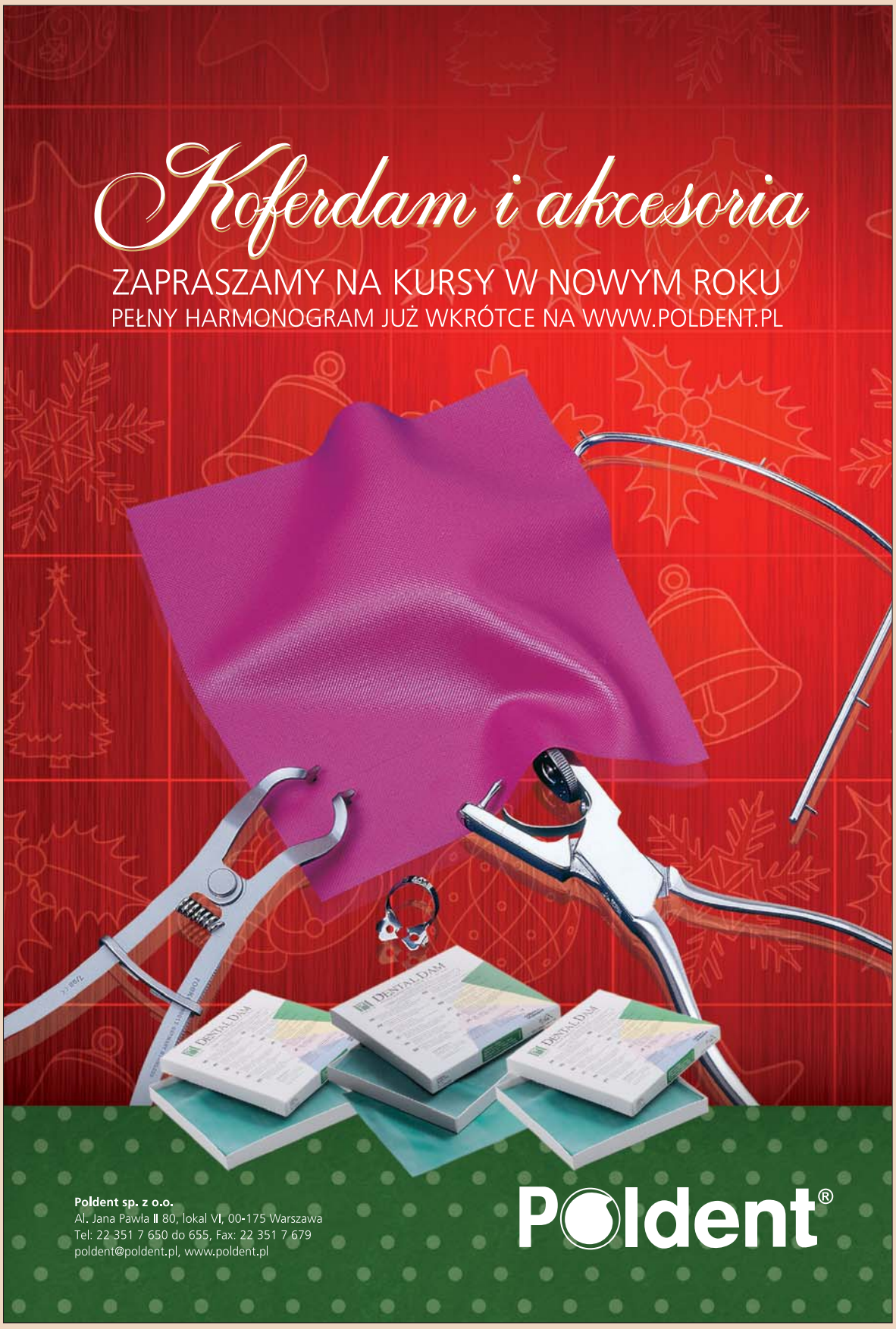
The Americas
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York,
N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181
Fax: +1 212 224 7185

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

© 2011, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved

AD



← DT strona 3

Woda do picia, którą dysponujemy obecnie to pod względem jakości nie ta sama woda, którą piliśmy 50 lat temu, jednaki wówczas i teraz definicja uzdatniania wody do osiągnięcia jej pitnej jakości zawiera kryteria czysto mikrobiologiczne. Wszystkie bez wyjątku regulacje prawne dotyczące wody pitnej podają jako podstawowe parametry brak następujących bakterii: *Escherichia coli*, *Enterokokow* i innych z bakterii z grupy *Coli*. Definicje ustawowe podają ponadto listę związków chemicznych, których obecności nie można wykluczyć. Stąd też podaje się górne wartości graniczne ich koncentracji, które w wodzie pitnej nie powinny być przekroczone. Takim rozwiązaniom towarzyszą odpowiednie przepisy wykonawcze dotyczące stałych kontroli koncentracji tych związków chemicznych. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje w opublikowanym w r. 2003 Dokumencie „Guidelines for drinking water quality", Geneva, 2003, (WHO/SDE/WSH/03.04./25) wykaz 125 związków chemicznych zanieczyszczeń wody z dokładnym ich określeniem oraz wartościami granicznymi.

W ostatnim 10-leciu zwróciły uwagę i zaniepokoiły naukowców zajmujących się problematyką jakości wody pitnej, zanieczyszczenia dotąd nieznane, związane z rozwojem cywilizacji ostatnich dekad, o których istnieniu w tym wymiarze dotąd nie zdawano sobie sprawy. Należą do nich zanieczyszczenia chemiczno-farmaceutyczne, np. nie w pełni metabolizowane przez ludzki organizm estrogeny z masowo zażywanych środków antykoncepcyjnych, a także tylko częściowo metabolizowane i nadużywane antybiotyki, środki przeciwbólowe i narkotyki. Ta tematyka jest przedmiotem intensywnych prac instytutów naukowo-badawczych na całym świecie.

Wpływ na jakość wody mają także tak ważne parametry, jak wartość pH i stopień twardości bardzo różnie określone w różnych miejscach na świecie. Ta problematyka znalazła się w ostatnich latach w centrum zainteresowania placówek naukowych USA i Kanady, gdzie opublikowano znaczną liczbę badań dotyczących zależności pomiędzy stopniem twardości wody i schorzeniami serca oraz układu pokarmowego.



W niemiecko-polskim zespole naukowo-badawczym już od dawna podejmowaliśmy problematykę badań jakości wody z punktu widzenia jej użycia do codziennej higieny jamy ustnej, rozumianej jako profilaktyki schorzeń zębów, błon śluzowych jamy ustnej i przyzębia. Po dokonaniu analizy piśmiennictwa naukowego w zakresie wspomnianej tematyki, postanowiliśmy określić optymalne parametry chemiczne wody, która spełniałaby wszystkie warunki stawiane przez współczesną profilaktykę stomatologiczną. W sprecyzowaniu kierunku dalszych badań pomógł przypadek.

Jeden z członków naszego zespołu, podczas wielokrotnych pobytów turystycznych w wysoko położonych miejscowościach alpejskich, zauważył wyraźne różnice w efektywności codziennego mycia zębów oraz dokładności usuwania zanieczyszczeń, złogów i trudno zmywalnych zabarwień wynikających z picia kawy, herbaty, czerwonego wina i innych zabarwień pochodzenia spożywczego. Przeprowadziliśmy wstępne wywiady z mieszkańcami tych miejscowości oraz niewieloma praktykującymi w okolicy lekarzami dentystami. Rozmowy potwierdziły, że mieszkańcy tych okolic posiadali optycznie znacznie jaśniejsze „lepiej umyte" zęby i nie obserwowali krwawienia dziąseł, zachowując zęby w wielu wypadkach w komplecie do późnych lat życia, bez stosowania lepszych niż w przypadku zamożniejszych populacji wielkomiejskich środków higieny. Pobrano próbki lokalnej pitnej wody wodociągowej i poddano je badaniom chemicznym w kilku specjalistycznych laboratoriach w różnych krajach Europy.

Stwierdziliśmy, iż znaczącym czynnikiem efektywności codziennej procedury mycia zębów jest przede wszystkim woda, jej jakość, optymalny skład chemiczny, pH i twardość, co dotychczas zostało pominięte przez badania naukowe w tym zakresie. Do dzisiaj zajmuję się nauką i przemysłem w obszarze profilaktyki jamy ustnej oraz wprowadzaniem wciąż nowszych modeli szczoteczek do zębów i prezentacją nowych receptur past do zębów.

Zasoby optymalnej wody odnaleźliśmy w Europie (i poza Europą) w znacznej liczbie. W wielu miejscowościach nie tylko nie zdefiniowano wody mineralnej, ale używa się jej jak zwykłej wody „wodociągowej". Przeprowadzone testy pozwoliły na opatentowanie tych właściwości wody w Europejskim Urzędzie Patentowym.

USPTO, PCT.EPO udzielił patentu 30.3.2011 r. „Dental Water" działa profilaktycznie i terapeutycznie: redukuje powstawanie płytki nazębnej i kamienia nazębnego, poprawia znacznie efektywność działania past do zębów, tzw. zmywalność złogów miękkich i zabarwień pochodzenia spożywczego. Podwyższa także przejściowo wartość pH śliny, stabilizuje fizjologię jamy ustnej, redukując liczbę patogennych bakterii odpowiedzialnych za powstawanie próchnicy i innych schorzeń przyzębia. Eliminuje także bakterie beztlenowe, a poprzez działanie wody powstałe zasadowe środowisko w jamie ustnej redukuje powstawanie niekorzystnych mikropradów w przypadku wypełnień metalicznych, metalowych elementów protetyki stałej, ruchomej i implantow. Zmniejsza również częstość zapadania na schorzenia jamy ustnej typu bakteryjnego, wirusowego grzybiczego, poprawia inicjujące procesy trawienia zapoczątkowane w jamie ustnej.

Dokonano rejestracji znaku towarowego dla opisanej wody w OHIM pod nazwa „Dental Water" i być może w niedalekiej przyszłości woda do mycia zębów, naturalna woda mineralna o specjalnych właściwościach profilaktycznych dla higieny jamy ustnej i leczenia schorzeń zębów i przyzębia zagości na stałe w naszych łazienkach. DT

Kontakt

Dr med. dent Jacek Nocoń
Finanzstr. 8
46145 Oberhausen
Niemcy
Tel.: 0049 208 635 09 00
Faks: 0049 208 635 09 02
E-mail: jnocondr@aol.com

AD



Da Silva przewodniczącym FDI

Javier M. de Pison, Dental Tribune Ameryka Łacińska

„Światowa Federacja Dentystów FDI to ONZ stomatologii" – powiedział jeden z mówców podczas ceremonii otwarcia 99. Dorocznego Światowego Kongresu Stomatologicznego FDI w Mexico City.

Dowodem na to jest intensywny lobbing, dyskusje i negocjacje, jakie toczą się pomiędzy delegacjami i komisjami reprezentującymi wszystkie krajowe stowarzyszenia stomatologiczne z całego świata.

Przewodniczący komisji organizacyjnej – dr Víctor Guerrero Reynoso wyraził dumę z faktu, że na kongresie reprezentowanych było 98 różnych krajów, co oznacza, że było to w rzeczywistości wydarzenie o zasięgu światowym. W swoim wystąpieniu przewodniczący Mexican Dental Association – dr Jaime Edelson powiedział, że lekarze dentyści stanowią integralną część systemów opieki zdrowotnej w każdym kraju i zażądał zakończenia rozdziału pomiędzy zdrowiem jamy ustnej i zdrowiem ogólnym. Dodał, że czuje się dumny z powodu bycia dentystą, szczególnie dentystą meksykańskim. „Nadszedł czas, aby dzielić się wiedzą i uczyć od lekarzy dentystów z różnych krajów, którzy przywieźli ze sobą swoją wiedzę i doświadczenie na kongres FDI" – powiedział.

Ayub Safar – przewodniczący Mexican Dental Trade Association zgodził się, że udział w Światowym Kongresie FDI w Meksyku to historyczny moment. Safar podziękował krajowym i międzynarodowym firmom stomatologicznym za wsparcie tego komercyjnego i naukowego wydarzenia, które opisał jako doskonałą okazję, aby uaktualnić swoją wiedzę z korzyścią dla społeczności meksykańskiej.

Jedna z najbardziej emocjonujących chwil podczas tej ceremonii nastąpiła w momencie, kiedy dotychczasowy przewodniczący – dr Roberto Vianna przekazał stanowisko dr. Orlando Monteiro da Silva z Portugalii, który będzie piastował je przez 2 najbliższe lata. Vianna powiedział, że praca w jego biurze dawała mu ogromną satysfakcję i że przewiduje wspaniałą przyszłość zawodu dentysty.

Monteiro da Silva powiedział: „Biorąc po raz pierwszy udział w Światowym Kongresie Dentystów FDI w Paryżu, daleki byłem od myśli, że 11 lat później zostanę przewodniczących Federacji. Zadaniem przewodniczącego jest prowadzić, umacniać i aktualizować strategie ukierunkowane na osiąganie wyższego poziomu społecznego, politycznego, ekonomicznego i technologicznego". Monteiro da Silva dodał, że przez całe dekady zawód „medycyny jamy ustnej", jak powinno się go nazywać, miał ograniczony dostęp do możliwości leczenia odtwórczego. Dziś wszyscy się zgadzają co do potrzeby zbliżenia się do branży medycznej, szczególnie wobec faktu, że wymagają tego niektóre dziedziny tradycyjnej stomatologii, takie jak edukacja, profilaktyka, leczenie i rehabilitacja.

Nowy przewodniczący FDI uzasadnił te słowa mówiąc, że z jednej strony widzimy, jak rośnie liczba przeprowadzanych zabiegów inwazyjnego leczenia stomatologicznego, z drugiej zaś istnieje potrzeba zapewnienia społeczeństwu optymalnego zdrowia zębów. Do innych przyczyn należy starzenie się populacji w niektórych krajach, rosnąca liczba osób dotkniętych chorobami przewlekłymi i świadomość tego, jak ważne jest bezpieczeństwo pacjenta. Nawiązał też do związku pomiędzy chorobami niezakaźnymi, takimi jak nowotwory złośliwe, choroby układu sercowo-naczyniowego i układu oddechowego oraz cukrzyca a próchnicą zębów i chorobami przyzębia, które dotykają ponad 90% osób na całym świecie. Monteiro da Silva zakończył swoje wystąpienie mówiąc, że jednym z jego celów jest uzyskanie lepszej integracji społeczności portugalskiej w ramach światowych struktur FDI.

Dla nowego Ministra Zdrowia Meksyku – Salomona Chertorivski otwarcie kongresu było pierwszym oficjalnym zadaniem na nowym stanowisku. Chertorivski wspomniał, że wchodząc do Centro Banamex spotkał dentystę, który leczył mu zęby, kiedy był on dzieckiem. Następnie przedstawił szereg działań, które spotkały się z ogromnym poparciem ze strony obecnych na sali lekarzy. Minister Zdrowia zapowiedział, że będzie wprowadzał działania mające na celu zniesienie biurokratycznych zasad rządzących opieką stomatologiczną, wymuszanych obecnie przez system ubezpieczeń społecznych w Meksyku. Dodał, że Meksyk zgadza się z propozycją dr Margaret Chan – dyrektora generalnego Światowej Organizacji Zdrowia, która stwierdziła, że zdrowie jamy ustnej jest zaniedbywanym obszarem w ogólnoświatowym podejściu do zdrowia w ogóle. Dlatego Meksyk popiera inicjatywę FDI, aby uzyskać oficjalne uznanie przez WHO chorób jamy ustnej jako choroby niezakaźne. DT

Wyniki sesji jesiennej LEP

W sesji jesiennej do Lekarskiego Egzaminu Państwowego przystąpiło 4 083 lekarzy stażystów z całej Polski. Średni wynik wynosił 132,1 pkt., a minimum niezbędne do zdania egzaminu 111 pkt. Według opublikowanych danych, w tej sesji prawie 11% stażystów nie zdało egzamainu.

Najlepszy wynik w sesji jesiennej wyniósł 178 pkt., a minimalny 0 pkt. W sumie 445 stażystów nie uzyskało minimum niezbędnego do zdania egzaminu.

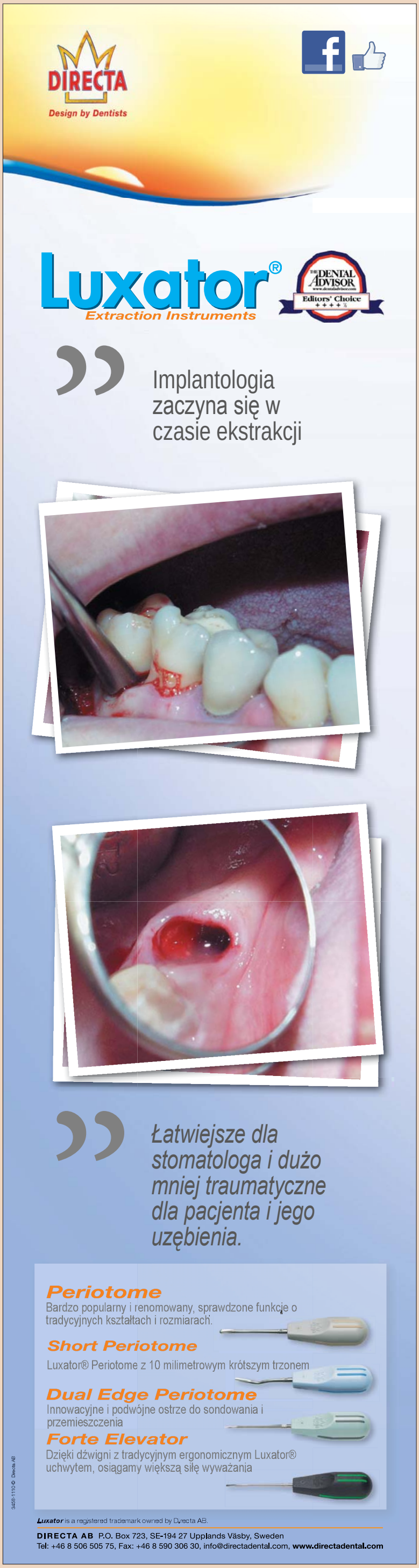
Maksymalnie można było uzyskać 198 pkt, 2 zadania zostały unieważnione przez Komisję Egzaminacyjną, która rozpatrzyła 149 zastrzeżeń złożonych do 60 zadań testowych.

Wśród zdających było 263 lekarzy z prawem wykonywania zawodu, ich średni wynik wyniósł 115,2 pkt.

W sesji wiosennej br. do LEP przystąpiło 2 683 stażystów, średni wynik egzaminu był na poziomie 136,5 pkt., a 223 stażystów (8,31%) nie uzyskało minimum niezbędnego do zdania egzaminu.

Jesienią ubiegłego roku do LEP przystąpiło 3 283 stażystów, i tylko 6,5% zdających nie osiągnęło minimum, dającego pozytywny wynik egzaminu. DT


wavebreakmedia ltd/Shutterstock.com



„Nasze inwestycje w Singapurze rozwijają się pomyślnie”

Wywiad z Andreasem Kröllem – dyrektorem wykonawczym firmy Nanostart AG z Singapuru.

Wprowadzając aparat Simpli Clear, firma BioMers Pte Ltd. z Singapuru może konkurować na rozwijającym się rynku estetycznych rozwiązań do leczenia ortodontycznego. Rozmawiamy z dyrektorem zarządzającym niemieckiego inwestora Nanostart Asia – Andreasem Kröllem na temat firmy i jej długoterminowych perspektyw na światowym rynku produktów ortodontycznych.

Państwa fundusze są obecnie ulokowane w 3 firmach technologicznych w Singapurze, m.in. w BioMers. Dlaczego zdecydowaliście się na tę inwestycję?

BioMers to spółka typu spin-off powstała na bazie wyników Narodowego Uniwersytetu Singapuru ok. 5 lat temu. Obserwowaliśmy tę firmę od pewnego czasu. Wreszcie w 2009 r. podjęliśmy decyzję o zainwestowaniu w technologię SimpliClear, która oferowała naszym zdaniem niezwykle interesującą metodę leczenia, stanowiącą wyjątkowe połączenie wysokiej estetyki i doskonałych efektów klinicznych. Na tym etapie istniał już sam produkt, ale w nieco innej formie, ze standardowymi łukami. Kilka miesięcy później proces tworzenia systemu SimpliClear został zakończony. Od tego momentu firma koncentruje się na kwestiach marketingowych i na kierowaniu jego ekspansją.

Jaką pozycję chce zająć Simpli Clear na rynku?

Za technologią SimpliClear stoi wyjątkowy, niemal zupełnie niewidoczny łuk, wykonany ze specjalnie stworzonego materiału złożonego. W związku z tym, ten produkt jest przeznaczony do stosowania przede wszystkim w leczeniu estetycznym. Rynek leczenia estetycznego szybko się rozwija, dostępnych jest wiele różnych rozwiązań. Znaczna część obecnie sprzedawanych systemów ma jednak pewne ograniczenia w zakresie wskazań do ich stosowania, ponieważ wykazują one ograniczenia efektywności klinicznej. SimpliClear jest skuteczny w szerokim zakresie wskazań, dzięki czemu oferuje nowy standard opieki w segmencie estetycznym. Naszym celem jest wykorzystanie możliwości finansowych, jakie daje produkt, który łączy w sobie dobrą estetykę i przewidywalne efekty kliniczne.



Dzięki nanotechnologii łuki SimpliClear są niemal niewidoczne dla oka. (DTI; Fot. dzięki uprzejmości Nanostart AG, Niemcy).

Firma została właścicielem 25% udziałów BioMers za pośrednictwem funduszu Nanostart Singapore Early Stage Venture Fund. Jaka jest Pana rola?

Jako inwestor venture capital musimy przede wszystkim koncentrować się na strukturach, które zapewniają funkcjonowanie firmy. Nasza odpowiedzialność obejmuje m.in. tworzenie sprawnych struktur organizacyjnych i sprawdzającego się zespołu. Obecnie w firmie BioMers pracuje ok. 25 osób, w tym jej założyciele: dr Mervyn Fathianathan i Renuga Gopal. Szacujemy jednak, że do końca roku ta liczba niemal się podwoi. Poza tym, odkąd David Edwards objął stanowisko dyrektora wykonawczego wiemy, że w zespole znajduje się osoba mająca odpowiednie doświadczenie, która pomoże wprowadzić nową technologię na rynek.



Andreas Kröll

Jakiego rodzaju doświadczenie wnosi ze sobą do firmy David Edwards?

David Edwards pracował wcześniej jako dyrektor wykonawczy w światowych koncernach, takich jak Johnson & Johnson czy Bausch and Lomb. Wnosi więc do firmy BioMers ogromne doświadczenie w dziedzinie tworzenia skutecznych strategii rynkowych, budowania mocnego zespołu i przekładania strategii na rzeczywiste działania. To doskonałe uzupełnienie ogromnej wiedzy technicznej i specjalistycznej zespołu założycielskiego firmy. Przy takiej pomocy będzie możliwe zarządzanie procesem komercjalizacji z Singapuru i stopniowe tworzenie struktur umożliwiających dystrybucję na cały świat.

Jakie są zalety Singapuru w aspekcie tworzenia nowych nanotechnologii?

Jak powszechnie wiadomo, w ciągu minionej dekady rząd Singapuru przeznaczył znaczne zasoby na badania naukowe i rozwój. Rozwój Singapuru jako wiodącego ośrodka nauk biomedycznych i innowacyjności medyczno-technicznej jest jednym z najważniejszych priorytetów ekonomicznych. W związku z tym, firmy takie jak BioMers mogą liczyć na znaczące wsparcie ze strony rządu. Dzięki temu rozwinęły się liczne innowacje, jak np. SimpliClear, które są obecnie w trakcie wprowadzania do sprzedaży. Ponadto to państwo-miasto oferuje doskonałe warunki rynkowe dla działalności handlowej dzięki takim udogodnieniom, jak prawna ochrona własności intelektualnej, prostota prowadzenia firm oraz utalentowani ludzie. W dodatku, tuż za progiem czekają 2 najsilniej rozwijające się rynki – Chiny i Indie.

W jakich krajach produkt jest już dostępny?

Zakończyliśmy właśnie z powodzeniem wstępną fazę badań marketingowych. Dzięki temu wielu ortodontów w Singapurze i w USA poznało już system Simpli Clear. Rynek w Singapurze, liczącym zaledwie ok. 5 mln osób, oferuje ograniczone możliwości rozwoju. Dlatego planujemy dalszy rozwój na najważniejszych rynkach, m.in. w Europie i USA w ciągu najbliższych 12 miesięcy. Uzyskaliśmy już akceptację amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków oraz Unii Europejskiej.

Czy zamierzają Państwo inwestować w inne technologie stomatologiczne?

Oczywiście, przyglądamy się 2 czy 3 innym technologiom, ale koncentrujemy się na obecnym portfolio, które obejmuje BioMers i 3 inne firmy z segmentu nanotechnologicznego. Wszystkie nasze inwestycje w Singapurze pomyślnie się rozwijają. Obecnie pracujemy nad kolejnym wsparciem finansowym dla BioMers pod koniec tego roku, co pozwoli firmie na zwiększenie produkcji w Singapurze. DT

AD

XI KONFERENCJA MIĘDZYNARODOWA
DENTAL SPAGHETTI

Dylematy pomiędzy tradycją a nowymi technologiami - czyli jak wybrać najlepsze rozwiązania w leczeniu stomatologicznym?

10 marca 2012

Manggha, Muzeum Sztuki i Techniki Japońskiej
Kraków, ul. M. Konopnickiej 26

PROGRAM:

- Prof. Alessandro Devigus
Optymalizacja pracy wykonywanej za pomocą CAD/CAM w praktyce stomatologicznej
- Prof. Luis Jane
Kompleksowa rehabilitacja w zaawansowanych przypadkach starcia zębów
- Prof. Luis A. Felippe
Stomatologia estetyczna po leczeniu ortodontycznym
- Prof. Camillo D'Arcangelo
Dylematy w stomatologii odtwórczej; ubytki poddziąsłowe, periodontologiczne wydłużenie korony i inne mikro-zabiegi na dziąsłach - wskazówki praktyczne
- Wykład implantologiczny
- Dyskusja „okrągłego stołu”

Sponsorzy: ASTRATECH DENTAL, Heraeus, marrodent, Micer DENT

Patronat prasowy: dti Dental Tribune International

Informacje szczegółowe: www.dentalspaghetti.pl



Skandynawscy mistrzowie stomatologii

Daniel Zimmermann, Dental Tribune International

Prowadzenie firmy odpowiedzialnej społecznie, o jasnej wizji – to jeden cel. Innym jest utrzymywanie wiodącej pozycji na rynku przez ponad 40 lat. Fińskiej firmie stomatologicznej Planmeca udaje się jedno i drugie.

Firma powstała we wczesnych latach 40. XX w., kiedy technologie komputerowe obiecywały początek nowej ery w dziedzinie projektowania przemysłowego. Planmeca była pierwszym producentem, który zastosował mikroprocesory w unitach stomatologicznych. Ten pomysł zapoczątkował nową erę w dziedzinie sprzętu stomatologicznego i stał się standardem na nadchodzące dziesięciolecia.

Błędem byłoby jednak myśleć, że Planmeca ograniczyła się tylko do unitów stomatologicznych – takich jak smukły i ergonomiczny Compact, czy flagowy produkt: Sovereign. W rzeczywistości, w ciągu kolejnych lat firma regularnie wypuszczała na rynek wyszukane urządzenia do stomatologicznej diagnostyki radiologicznej oraz oprogramowanie wspomagające obrazowanie, a ich nazwy stały się dobrze znane nie tylko w gabinetach stomatologicznych na całym świecie, ale nawet w tak nietypowych miejscach, jak amerykańskie bazy wojskowe. Łącznie Grupa Planmeca, wliczając jej 6 filii, generuje na świecie obroty rzędu 700 mln euro (szacunki własne). Pozwala jej to bez problemu stanąć w jednym rzędzie z takimi gigantami stomatologicznymi jak Sirona Dental Systems czy KaVo.



Prezes firmy Planmeca – Heikki Kyöstila demonstruje panel sterowania nowym magazynem.

Aż trudno uwierzyć, że ten sukces narodził się i ciągle jest generowany w mało znanym rejonie Hertoniemi – starej dzielnicy przemysłowej, położonej w odległości 10 km od centrum Helsinek. Firma zakończyła niedawno rozbudowę swoich pomieszczeń o ponad 1/3 tak, że liczą teraz niemal 50 000 m^2. Na tak dużej powierzchni mogłoby zmieścić się ponad 7 boisk do piłki nożnej! Nowa szklana fasada, która w słoneczne dni odbija błękit nordyckiego nieba kryje nie tylko pomieszczenia administracji, ale także pełne ruchu hale produkcyjne i w pełni zautomatyzowane magazyny, położone na parterze i wyposażone w zrobotyzowane wózki widłowe.

„Plany budynku zaczęły powstawać w kwietniu ubiegłego roku i ze względu na bardzo mroźną zimę przez pewien czas pozostawały tylko na papierze" – powiedział Heikki Kyöstila, prezes i właściciel firmy, podsumowując ostatnich 18 miesięcy. „Dzięki nowym halom produkcyjnym możemy w sposób bardziej efektywny reagować na zwiększone zapotrzebowanie" – dodał. Ten 65-letni Fin, z zamiłowania golfista, założył firmę Planmeca w 1971 r. jako niewielkie przedsiębiorstwo importowe. Od tego czasu jest nadal prezesem całej firmy i jej gałęzi medycznej Planmed. Widzi przed swoim dziekiem świetlaną przyszłość, szczególnie biorąc pod uwagę liczbę nowych produktów zaprezentowanych w tym roku podczas Międzynarodowej Wystawy Stomatologicznej IDS w Kolonii (Niemcy). Najważniejszy element tej nowej inicjatywy rynkowej to idea Digital Perfection Integration, która zdaniem przedstawicieli firmy Planmeca oferuje rewolucyjną metodę integrowania danych pochodzących z różnych urządzeń obrazowania 3D tak, aby dostarczyć chirurgom stomatologicznym szczegółów na temat sytuacji klinicznej w fazie przygotowawczej do zabiegu chirurgicznego.

W zakresie urządzeń lekarze dentyści byli ostatnio świadkami wprowadzenia 2 nowych wersji aparatu do stożkowej tomografii wolumetrycznej (cone-beam volumetric tomography – CBVT) Planmeca ProMax 3D. Urządzenie to ma obecnie szerszy wybór wielkości badanego obszaru, od 34 x 42 mm do 16 x 16 cm, a także wbudowaną jednostkę do trójwymiarowego skanowania twarzy, nazwaną ProFace. Pozwala ona lekarzowi na rejestrowanie realistycznego trójwymiarowego zdjęcia twarzy pacjenta, które można wykorzystać jako samodzielny obraz albo w połączeniu z badaniem CBVT. Zdaniem wiceprezes ds. obrazowania cyfrowego – Helianny Puhlin-Nurminen, system nie tylko zmniejsza ekspozycję pacjentów na promieniowanie, ale zapewnia także uzyskiwanie lepszych efektów klinicznych i estetycznych.

Ponadto, obecnie możliwa jest integracja danych z wewnątrzustnego badania powierzchniowego pochodzących z nowego skanera Planmeca PlanScan. Skaner ten, zamocowany na wózku, umożliwia pełną łączność z innymi modułami. Ma za zadanie uzupełniać kompletną diagnostykę sytuacji wewnątrzustnej pacjenta i zapisywanie pozyskanych danych jako modelu 3D umożliwiającego natychmiastowe projektowanie uzupełnienia bez konieczności fizycznego wykonywania modelu.

Wszystkie urządzenia wyposażone są w oprogramowanie Romexis, które zostało ostatnio poszerzone o niezależną aplikację na aparaty iPhone i iPad, umożliwiając lekarzom dostęp i dzielenie się obrazami 2D i 3D za pośrednictwem mobilnych sieci internetowych na całym świecie. Jak mówią przedstawiciele firmy, dzięki aplikacji iRomexis po raz pierwszy dentyści otrzymali niezależną, macierzystą aplikację, zapewniającą faktyczne trójwymiarowe renderowanie powierzchni na urządzeniu, które mieści się w dłoni. Dla Kyöstili jest to jednak zaledwie początek nowej ery w stomatologii. Jego zdaniem wszystko sprowadza się do myślenia zorientowanego na szukanie rozwiązań oraz do pasji, jaką wkłada Planmeca, aby osiągnąć idealny przepływ informacji w gabinetach stomatologicznych. „Jesteśmy przekonani, że najlepszym sposobem na wytwarzanie nowatorskich produktów, które naprawdę spełniają potrzeby naszych klientów jest uważne słuchanie tego, co mówią" – powiedział. „Obserwowanie i wyciąganie wniosków z ich schematu działania pomaga nam zrozumieć znaczenie najmniejszych detali, które przekładają się w ogromną różnicę w pracy" – dodał Kyöstili. DT



Widok z zewnątrz – rozbudowana siedziba z wielką szklaną fasadą.



Nowe zabudowania, w tym magazyn, mają powierzchnię większą niż 7 boisk do piłki nożnej!

ORAL-B® TRIUMPH™ 5000
z bezprzewodowym SMARTGUIDE™

Oral-B® TRIUMPH®
powered by BRAUN
5000 | WIRELESS SMARTGUIDE

OFERTA SPECJALNA!
279 PLN*

DLA LEKARZY STOMATOLOGÓW I HIGIENISTEK

ZAMÓW TERAZ:

NAVO
polska grupa dystrybucyjna

NAVO Polska Grupa Dystrybucyjna Sp. z o.o.
ul. Oświęcimska 51, 43-100 Tychy
infolinia e-NAVO: 0 801 677 744
tel. +48 32 325 60 00
fax: +48 32 325 60 04
e-mail: biuro@navo.pl
www.navo.pl



* Oferta w powyższej cenie ważna jest do wyczerpania zapasów. Jedna osoba może zakupić maksymalnie 6 sztuk produktu.

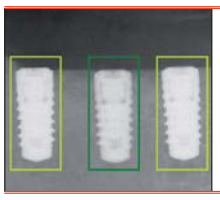
kontynuacja ochrony rozpoczętej w Twoim gabinecie

blend-a-med INSTYTUT Oral-B

Implant Tribune

The World's Implant Newspaper · Polish Edition

Listopad – Grudzień 2011 **Vol. 2, Nr 3**



Perspektywy

Porównanie implantów z tytanu i z materiału Roxolid

Strona 2



Wydarzenia

Implantologia w czasach kryzysu

Strona 3



Wydarzenia

Dni Implantologii w Warszawie

Strona 4

Gabinety dentystyczne powinny być różowe!

Odnawiając pomieszczenia swojej praktyki, dentyści chcący przyjmować zrelaksowanych pacjentów, powinni zastanowić się nad tym, jak pacjenci chcieliby się czuć podczas wizyty w ich gabinecie.

Zdaniem grupy projektantów z Londynu, idealnym kolorem do gabinetu dentystycznego, który pomaga w rozluźnieniu mięśni jest jasny lub średnio jasny kolor różowy.

Wrażenie, jakie odnosi się, wkraczając w nowe środowisko jest częściowo przypisywane kolorom. Kolor jest światłem, które przenika od słońca w postaci fal, a energia świetlna jest przyswajana przez oko. Pobudza to przysadkę mózgową i szyszynkę, które z kolei kontrolują niektóre z układów w organizmie, m.in. wpływając na zmiany hormonalne. Badanie sugeruje, że kolor różowy ma działanie uspokajające i w związku z tym jest regularnie wykorzystywany w pomieszczeniach, w których pożądane jest uzyskanie efektu spokoju, np. w szpitalach, ośrodkach rehabilitacyjnych, a nawet w więzieniach.

Według projektantów wnętrz z agencji Lima Europe, w gabinetach dentystycznych należy unikać odcieni wiśni i ostrych różowych tonacji z powodu faktu, że mogłyby one przyspieszyć rytm serca, zwiększyć częstość oddechów i aktywność fal mózgowych. Alíz Ördög – projektantka z Lima Europe powiedziała dla *Dental Tribune Online:* „Jasne kolory, takie jak biały czy kremowy lub odcienie jasne pastelowe wywołują uczucie świeżości i mają raczej właściwości uspokajające i relaksujące, co w szczególności dotyczy jasnych zieleni i ciepłych odcieni żółci. Czerwony w pomieszczeniach wydaje się zbyt zuchwały, może przyspieszyć rytm serca i mógłby być dla niektórych pacjentów jeszcze bardziej niepokojący z powodu oczywistego skojarzenia z krwią. Odcienie pomarańczowego są także kolorami bardziej stymulującymi niż uspokajającymi, więc jeśli nie są wykorzystane jedynie jako akcent dla uzyskania elementu rozrywkowego w gabinetach stomatologicznych, należy ich unikać, gdyż najprawdopodobniej wywołałyby u większości pacjentów uczucie dyskomfortu lub zawroty głowy. Czarny byłby trudnym kolorem do pracy z przyczyn praktycznych. Pochłania światło i może ukryć brud. Z punktu widzenia pacjenta, może wywoływać wrażenie przygnębiające".

„Problem niekoniecznie tkwi w tym, że nie powinno się w ogóle tych kolorów stosować. Bardziej chodzi o to, w jaki sposób się je wykorzystuje. W małych ilościach, w szczególności czarny, może być wkomponowany w rozmaite projekty. Gabinety dentystyczne nie muszą być koniecznie białe, nawet nie powinny takie być. Przyjazny dla oka, dobrze przemyślany projekt może uwzględniać większość kolorów poza jaskrawymi odcieniami różu, czerwieni i pomarańczy" – dodała projektantka.

Londyńscy projektanci wnętrz – Ördög i jej współpracownik Zoltán Madosfalvi, ściśle współpracując z klientami, dokładnie omawiają palety kolorystyczne oraz odczucie, jakie określona przestrzeń ma wywołać. Zoltán tłumaczył: „Niektórzy z klientów Limy, np. dentyści, lekarze albo chirurdzy plastyczni zwracają się do mnie chcąc, aby recepcja w ich gabinetach odzwierciedlała tożsamość ich znaku firmowego, stwarzając jednocześnie odczucie schludności. Niezmiernie istotne jest stworzenie odpowiedniej atmosfery dla klienta, w czym zawierają się m.in. przemyślenia nad psychologią koloru. Pacjent nie powróci do gabinetu jedynie ze względu na jego paletę kolorystyczną, ale może tak uczynić, jeśli poczuje się w danym środowisku wypoczęty i bezpieczny. Jeśli potrzebne jest uzyskanie uspokajającego efektu, sukcesem może się okazać wykorzystanie różowego w stonowanym odcieniu, podobnie jak kojącej zieleni".

Według Ördög, dentyści z osób myślących jedynie o kwestiach praktycznych w gabinecie stają się coraz bardziej estetami. Podobnie jak projekt i styl, wnikają we wszystkie obszary współczesnego życia, tak i środowisko, w którym pracują może obecnie być odzwierciedleniem codziennych upodobań.

Kolor może wpłynąć na samopoczucie i do pewnego stopnia na wrażenia fizyczne, ponieważ odgrywa ważną rolę podczas kreowania całościowego wyobrażenia w trakcie pobytu w danym budynku lub pokoju. Coraz więcej uwagi poświęca się wykorzystaniu koloru w celu poprawy wrażenia, jakie odnosi klient oraz zrelaksowania go, ponieważ może być to postrzegane jako jeden z aspektów obsługi klienta.

W przypadku dentystów służbowy strój powinien być biały i nie należy eksperymentować z innymi kolorami. Ördög powiedziała w *Dental Tribune Online:* „Białe fartuchy są ogólnie rozpoznawalne i przyjęte jako ubiór noszony przez lekarzy i ekspertów z dziedziny medycyny. Odzwierciedlają schludność i są jednoznacznie kojarzone z higieną. Prawdopodobnie lepiej tego nie zmieniać, aby nie ryzykować zmniejszenia poziomu zaufania, jakim darzeni są dentyści. Jednak teoretycznie mogłoby okazać się bardzo zabawnym oglądanie dentystów w jasnoróżowych albo słonecznożółtych fartuchach – może to mogłoby uspokoić lub rozweselić pacjentów i poprawić humor dzieciom lub tym osobom, które naprawdę boją się wizyt u dentysty". IT

AD

