



Péče o zuby, jak dál?

Po krásných a zdravých zubech touží mnoho lidí. V řadě zemí je sněhobílý (neboli thymolínový úsměv) symbolem úspěchu. Je otázka, jak tohoto stavu dosáhnout. Nákladnost a časová náročnost kvalitního stomatologického ošetření je všeobecně známa. Optimisticky proto působí tvrzení, že až 80 procentům škod lze zamezit kvalitní prevencí.

KDE SE VZALA PREVENCE

Významu prevence věnuje velkou pozornost švýcarský stomatolog Dr. Jiří W. Pollak, úzký spolupracovník české stomatologické komory a člen vědecké rady Českého zeleného kříže pro preventivní lékařství. Nápravu současného stavu však vidí jako velmi dlouhodobý proces, který je přímo generační záležitostí. Není bez zajímavosti, že právě Švýcarsko zaujímá první místo v oblasti dentálního zdraví. Cílenou osvětou a vzděláváním obyvatelstva v oblasti dentální hygieny dosáhli významných úspor. V současnosti opravu zkaženého chrupu v této bohaté alpské zemi nehradí pojišťovna, ale přímo pacient ze své kapsy. Přesto opakovaná referenda potvrdila správnost volby. Co ale předcházelo?


POUČENÍ Z AMERIKY

Podle slov Dr. Pollaka se švýcarští zubní lékaři začali s dalekosáhlým dopadem prevence seznamovat na přelomu 40. a 50. let v USA. Tam neexistovalo ani před válkou žádné pojištění stomatologické péče. Větší část populace na ošetření ústní dutiny prostě neměla. Ve 20. a 30. letech problém narostl do rozměrů, kdy začal působit napětí i v politické oblasti. Proto započala velká informační kampaň, během které lidé dostávali informace, jak zamezit škodám na chrupu a snížit výdaje za ošetření právě individuálně nacvičeným čištěním zubů. Tento postup byl ekonomicky únosný, i když z něj profitovala spíše příští generace. Ve Švýcarsku myšlenky o prevenci a zamezitelných škodách

vedly k již zmíněnému rozhodnutí obyvatel, i když ne ve stejnou dobu v jednotlivých kantonech současně. Byla ale zvolena správná posloupnost změn. Nejdřív kvalitní edukace a až po několika letech lidem řekli v podstatě následující: „Neplatte za ty, kteří nepečují o svůj chrup. Jen přímou platbou víte, za co platíte a díky kvalitní prevenci skutečně ušetříte.“

Komora stomatologů pravidelně zjišťuje, jak jsou lidé s tímto systémem spokojeni. Pokud by se stal pro voliče nevýhodným, mohl by být v plebiscitu zrušen.

NÁSTROJE PREVENCE

Je až zarážející, jak málo stačí: pravidelné a kvalitní čištění zubů, jehož technika je korektně nacvičena, stravovací návyky a fluoridace. Snad se zdá pošetilé, že se nacvičuje používání zubního kartáčku, dentální nitě či další specializované pomůcky - mezizubního kartáčku či smyčky. Ale právě v tom spočívá tajemství úspěchu. Ve Švýcarsku je zubní lékař první, kdo má s pacientem kontakt. Některé přesně definované úkony jako leštění výplní plomb a odstraňování zubního kamene spadají do kompetence „dentální hygienistky“ (i když to je náš, český termín – přesný překlad by zněl „hygieničky“). „Profylaktická pracovnice“ se soustřeďuje na poradenství ve věci ústní hygieny, výživy, náviku a fluoridace. Obě potom pracují v rámci stomatologické ordinace pod supervizí lékaře. 

DŮSLEDKY

Na přibližně šest milionů obyvatel Švýcarska připadá asi dva tisíce hygienistek. Zachrání ročně kolem milionu zubů, které by musely, lidově řečeno, ven. Na nich potom mohou zubaři pracovat a dále je zachraňovat. Což je pro ně samotné ekonomicky zajímavé. V krátkodobé perspektivě důraz na prevenci pro soukromé ordinace znamenal příliv pacientů. Lidé v takové atmosféře více dbají o svůj chrup a nechávají si opravit i drobná poškození, kterým by nevěnovali pozornost. Po dvou generacích však počet nutných terapeutických zásahů poklesl téměř o 80 procent, právě o podíl prevencí zamezitelných ztrát. Pochopitelně, ideálního stavu nemůže být dosaženo díky ne zcela homogennímu přístupu obyvatel k prevenci. Navíc určitý počet onemocnění prevence nezasahuje tak účinně, jako je tomu



u prosté kazivosti zubů. I tak se počet potřebných stomatologických ordinací snížil a otevřít si novou praxi na zelené louce je téměř nemožné. Souvisí to s tendencí Švýcarů

setrvávat v péči svého „osvědčeného“ rodinného zubaře. Proto v seznamu negativ dentální péče udávají bolest až na osmém místě a dojíždění na druhém. Na prvním místě je cena. I přesto, že švýcarský průměr na osobu za ošetření během jednoho roku je 350 CHF. V Německu to činí 800 DM podle jednoduché rovnice: menší důslednost v prevenci, více oprav. Peníze, které člověk „sází na dřevo“, jsou však vidět. Ty ušetřené na poplatcích za pojištění časem přestane výrazněji vnímat.

Dr. Pollak k tomu dodává, že finance mají opravdu enormní výchovný efekt. V zemi tak připadá 0,8 kazu na dítě ve věku 14 let. Původní záměr WHO, jeden kaz na desetileté dítě do roku 2000, splnilo jen Švýcarsko. K jeho cti nutno dodat, že již na konci 80. let.

KOMUNIKACE

Pokud mají podané informace padnout na úrodnou půdu, musí být pochopeny. Proto jsou stomatologové již během studia cvičeni v komunikaci s pacientem. Pravidla jsou v podstatě jednoduchá: nepoužívat odborné termíny, volit srozumitelný a mentální úrovni odpovídající jazyk a přitom okamžitě vyžadovat zpětnou vazbu, jak problému člověk sedící v zubařském křesle porozuměl. Dr. Pollak říká: „Pokud ke mně přijde autoklempíř, zeptám se ho, jak by zabránil zrezivění karoserie. On zcela logicky odpoví, že by auto držel v suchu – pokusil se zamezit vlhkostí. A já mu na to řeknu, že takovou vlhkostí jsou pro zuby zbytky potravy s rozkládajícími se cukry. Ty způsobují vznik kyseliny, která „rezivění“ zubu způsobuje... Říci, že kariogenní alimentace způsobuje acidní atak, je pro většinu obyvatel při nejmenším nesrozumitelné“

SITUACE U NÁS

Prezident České stomatologické komory MUDr. Jiří Pekárek vidí v léčebné péči rozměr etický i ekonomický. Ten první znamená, že pokud známe postupy prevence, které vedou k uchování zdraví, je zapotřebí je jednoznačně podporovat. Z hlediska ekonomického je prevence levnější. V případě primární prevence jde o zabránění vzniku onemocnění. V případě sekundární prevence to je náprava již vzniklých škod v počátečním, nezávažném stadiu. Stát ale nevěnuje podle Dr. Pekárka různým formám prevence takovou pozornost, která by byla z hlediska etického i ekonomického žádoucí.

Péče financovaná z veřejných zdravotních prostředků by měla být poskytována co nejefektivněji. V systému financování stomatologické péče je lékař stimulován k preventivnímu působení, pacient však nikoliv. Proto neplatí heslo „Nestarám – li se o sebe, zaplatím“. Dr. Pekárek k tomu



dodává: „Veřejnost by se měla více zajímat o ekonomické a efektivní vynakládání prostředků. Tlačit na politiky a pojišťovny. Není to asociální! Naopak, ovlivněním jednotlivce lhostejného ke svému zdraví se zabrání jeho potížím, jeho bolesti. A ušetří se na věci, jejichž úhrada je důležitější.“ Řešením mohou být různé sankce, ale z hlediska lékaře i pacienta je bezesporu přijatelnější systém bonifikací. Mohl by spočívat v zúžení běžného rozsahu péče hrazené pojišťovnou. Ta by potom hradila při splnění určitých podmínek (např. dodržování pravidelných preventivních prohlídek) stanovený nadstandard. Na uvedení do praxe je pochopitelně zapotřebí více času. Pojišťovny takový přístup rozpracovávají, veřejnost však musí být s účelem opatření dobře seznámena.

JAK DOSÁHNOUT ZLEPŠENÍ?

Dr. Pekárek se domnívá, že prostřednictvím systému financování lze ovlivnit vynakládání prostředků i zdraví obyvatelstva. Příkladem je stav dosažený přijetím Zákona o veřejném pojištění v roce 1997. Hrazení výkonů prostřednictvím bodů by situaci komplikovalo. Změna ceny by spočívala jen v posunu hodnoty bodu, která ovšem změní kompletně cenu všech výkonů. Je tak vyloučena rychlá reakce na pohyb ve specifických nákladech jednotlivých léčebných postupů. Stomatologické komoře se tehdy podařilo prosadit hodnocení péče ve finančních obnosech, tedy korunách, přímo. Nevyplatí se tedy místo běžné plomby dávat rovnou mnohem dražší korunku.

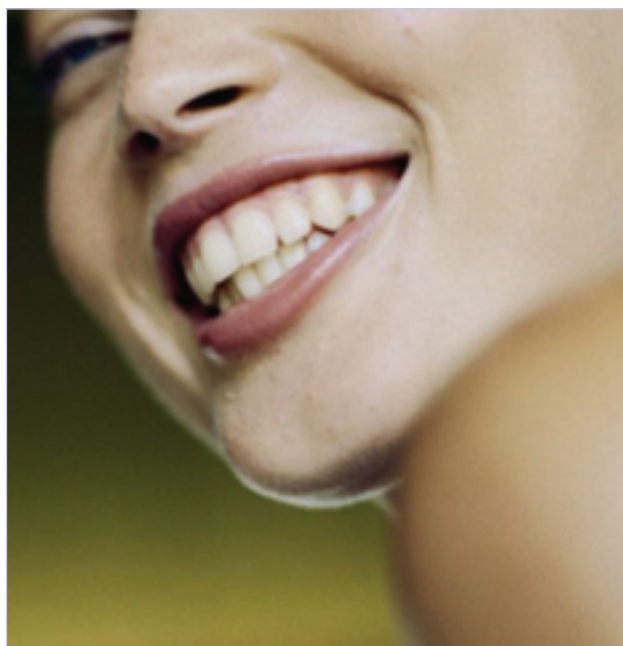
Za poslední čtyři roky tím byla podpořena prevence a došlo k omezení drahých, např. protetických, výkonů. Ještě v roce 1997 připadalo 55 procent vynaložených prostředků na protetiku a 45 procent na běžné ošetření včetně prevence. Nyní je poměr přesně opačný. Postupy, které jsou pro zdraví a prevenci důležité, se vyplatí bonifikovat, neboť časem přinesou zdravotní i finanční efekt. Je proto možné přesáhnout i samotnou kalkulaci výkonu, protože v budoucnu bude zisk v podobě úspor výrazně vyšší. „Pojišťovací systém nemůže být rigidní. Průběžnou analýzou musí být dotvářeny vůči zdravotníkům a pacientům motivační nebo i sankční programy. To je cesta ke zvýšení účinnosti péče“ vysvětluje Dr. Pekárek.

KONKRÉTNĚ

Zaměřit preventivní programy na děti je patrně nejpřínosnější. Ve školkách u nás probíhá program „Dětský úsměv“ vypracovaný v šedesátých letech profesorem Thomasem M. Marthalerem ze Švýcarska, na jehož zavedení se významně podílel i Dr. Pollak. Zubní lékaři působí jako lektoři a tak mohou předávat znalosti učitelkám. Na základních školách probíhající program „Zdravé zuby“ získal „Pečeť České sto-

matologické komory“.

Ve světě je běžné, že prostředky účinné v prevenci dostávají od stomatologických komor certifikáty. Většinou se však jedná o zubní pasty a další pomůcky. Program se skládá z Manuálu pro učitele s odbornými texty o zubním zdraví a Pracovních listů pro žáky. V nich jsou děti interaktivní a poutavou formou získávány pro aktivní přístup k ústní hygieně. Informace jsou na webových stránkách na www.zdravezuby.cz. Některé programy jsou vytváře-



ny i firmami. Je to výhodné, protože efekt více programů může působit synergicky nejen na stav dentice, ale i veřejné mínění. Je to jen a jen dobře. Po roce 1990 totiž došlo ke zrušení systematické péče pro školní děti a byly zastaveny preventivní programy jako fluoridace pitné vody a distribuce fluoridových tablet.

Dr. Pekárek se domnívá, že o stavu chrupu našich dětí víme poměrně málo. Z hlediska statistik se ale opravdu lišíme od stavu v západních zemích a máme co dohánět. Využití validních údajů běžně dostupných pojišťovnam, jejich kvalitní interpretace a následné uvedení do praxe v podobě konkrétních a cílených opatření u dětí může významně ovlivnit náklady na ošetření v budoucnu. U dospělých dopad prevence nebude tak výrazný, ale rozhodně přínosný. Mimochodem, jít každého půlroku na preventivní prohlídku je něco jako investice. Nejen finanční, ale i časová.

MUDr. Josef Pařenica a Dr.med.dent. Jiří W. Pollak 