

Cikkismertetés: Vége a globális orális egészség mellőzésének: itt az ideje a radikális intézkedéseknek

Article review: Ending the neglect of global oral health: time for radical action

Ismertető: Bencze Zsuzsa ✉, Varga Orsolya
Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Debrecen

Ismertetett cikk: Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, Weyant RJ, Mathur MR, Guarnizo-Herreño CC, Celeste RK, Peres MA, Kearns C, Benzian H. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):261-272. doi: [10.1016/S0140-6736\(19\)31133-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31133-X).

Beküldve: 2019. 11. 15.
doi: 10.24365/ef.v60i5.538

Kulcsszavak: kariesz prevenció; egyenlőtlenségek; cukorfogyasztás; népegészségügyi politikák; egészségfejlesztés

Keywords: caries prevention; inequalities; sugar consumption; public health policies; health promotion

BEVEZETÉS

A szájüregi megbetegedések rendkívül súlyos népegészségügyi problémát jelentenek: világszerte több, mint 3,5 milliárd ember érintett; a kezeletlen fogszuvasodás (káriesz) a leggyakoribb megbetegedés. A jelenlegi fogászati megközelítéssel nem sikerült megoldani ezt a problémát. Az ismertetett közlemény a kialakult helyzet okait és megoldási javaslatait fejti ki.

A kariesz népegészségügyi jelentőségét tárgyalva érdemes különválasztani a magas, közepes és az alacsony jövedelmű országokat. A magas jövedelmű országokban (high-income countries, HICs) a kariesz előfordulása ugyan már csökkent a gyermekpopulációban, de a betegség progresszív és kumulatív jellege miatt felnőttkorban továbbra is komoly probléma maradt a fejlett fogászati ellátórendszer ellenére. A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek az orális egészségben különösen megmutatkoznak, a HIC országok szegény és kiszolgáltatott csoportjai különösen érintettek a szájüregi megbetegedésekben. Számos közepes jövedelmű országban (middle-

income countries, MICs) a szájbetegségek terhei jelentősek, de a fogászati ellátórendszerek gyakran elmaradottak és megfizethetetlenek a legtöbb ember számára. Az alacsony jövedelmű országokban (low-income countries, LICs) az általános betegségteher továbbra is viszonylag alacsony, de növekvő kariesz prevalencia jellemző. Az orális egészségbe történő beruházás lehetősége nagyon korlátozott, a fogászati ellátás elérhetetlen és megfizethetetlen "luxusa" a gazdagok számára van fenntartva.

JELENLEGI GYAKORLATOK

Fogászati válsághelyzetre hívják fel a figyelmet a szerzők, melynek megoldása teljes reformot követel globális szinten. A válsághoz vezető problémákat a következő okokra vezetik vissza: (1) Intervenciós, kezelés-orientált (treatment-focused) szemlélet. (2) Képzési rendszer és munkaerő kínálat sajátosságai: a fogászati képzés évtizedek óta változatlan, betegség-orientált és nem egészségcentrikus.

A sokféle specializáció (az Egyesült Királyságban pl. 13 féle) növeli a fogászati szolgáltatások árát. A magániskolák száma nő – főleg a magas és alacsony jövedelmű országokban (high-income and middle-income countries, HMICs) –, ennek hatására a fogászati szakemberek száma is emelkedik, de nagyrészt városokban praktizálnak. (3) A fogászati szakemberekből álló team kevésbé gyakori: főleg izoláltan, egyedül dolgozó fogorvosok jellemzőek. (4) A fogászati ellátás csekély mértékben igazodik a populáció igényeihez, mind az ajánlott kezelések típusában és elérhetőségében (főként városi lokalizációjú rendelők, alapellátás alacsony lefedettsége). (5) A preventív beavatkozások bizonyítottan hatékonyak, de nem elegendőek: a fokozott cukorfogyasztás mellett a fogszuvasodás kialakul.

JAVASLATOK

1. Szájüregi egészség felügyeleti rendszerének fejlesztése: globálisan standardizált és összehasonlítható rendszerekre van szükség, megfelelő indikátorok használatával.
2. Fogászati ellátási rendszerek reformja: a fogászati és az általános egészségügyi ellátások integrációjára lenne szükség, valamint széleskörű tudással rendelkező szakemberek csapatmunkájára (team) a különböző populációs igények hatékonyabb kielégítése érdekében.
3. Oktatás: fogorvos-centrikus modell helyett szakemberek csapatára (team) van szükség és vegyes készségek (skill mix) oktatására a képzés során – jelenleg főleg az alacsony és közepes jövedelmű országok (low-income and middle-income countries, LMICs) jellemzője.
4. Egyenlőtlenségek: fogászati ellátások elérhetőségének javítása, politikák módosításával.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A fogászati válsághelyzet megoldására a jelenlegi prevenciós politikák reformja szükséges Magyarországon is. A betegség-orientált szemlélet helyett “upstream” megközelítéssel, populációs szinten kellene kezelni a problémát (pl. cukrozott ételek-italok szigorúbb adóztatása, gyermekeknek szánt cukrozott termékek reklámozásának jelentős korlátozása). Tekintettel a kariesz okozta betegségteher mértékére, a kutatások finanszírozásának növelése igen fontos lenne, minőségbiztosítási és monitoring rendszer használatával pedig az intézkedések implementációjának hatékonyságát mérhetjük.

5. “Upstream” politikai szemlélet: egyéni megközelítés helyett populációt érintő változások – pl. cukros üdítők adóztatása, gyermekeket célzó cukros ételek, italok reklámozásának szabályozása.

6. Szájbetegségek kereskedelmi tényezőinek szigorúbb szabályozása (pl. szakmai és döntéshozó szervezeteknek a cukoriparból származó szponzorációt nem szabadna elfogadnia).

7. Kutatás támogatása: a népesség szájegészségi szükségleteit célzó kutatások finanszírozására lenne szükség.

8. Globális, többszintű intézkedések, hogy az orális egészség problémájának jelentőségére felhívjuk a figyelmet.

Tekintettel a fogászat jelenlegi gyakorlatára, a reform megvalósításához öt kulcsfontosságú területen kell végrehajtani változtatásokat:

(1) alapvető, univerzális orális egészségügyi szolgáltatások nyújtása, amelyek lefedik a lakosság leggyakoribb igényeit;

(2) innovatív munkaerőmodellek és képzési rendszerek az orális egészséggel foglalkozók számára, fogászati ellátásban dolgozóknak vegyes készségek (skill mix) elsajátítása a közösségi igények hatékony kielégítése érdekében;

(3) olyan egészségügyi rendszer irányítás szükséges, amely a rugalmas, betegközpontú támogatást biztosítja a megfelelő minőséggel párosítva;

(4) integrált ellenőrző, monitoring és kivitelezési kutatások a megfelelő eredmények biztosítása érdekében; és

(5) a rövid távú eredményeket hozó, beavatkozást pártoló politikák helyére a lakosság egészét érintő (upstream), radikális, preventív, védő politikák kerüljenek. Ilyen jellegű, egyszerű, költséghatékony intézkedések csak izoláltan léteznek, mint például a hozzáadott cukrot célzó nemzeti politikák.