גיליון 41 • ספט' 2011

שיננות

אש"י - איגוד השיננות הישראלי (ע"ר) - שמירה על בריאות הפה והשיניים בפרט ובקהילה - ISRAELI DENTAL HYGIENE ASSOCIATION

A leading power in plaque biofilm disruption.

Sonicare FlexCare is scientifically proven to deliver powerful results, yet is remarkably gentle.

- Removes interproximal and posterior plaque biofilm, with significantly better results than a manual toothbrush.[1]
- Gentle and safe on oral tissue, with 50% less dentine abrasion vs. a manual toothbrush.[2]
- Two contoured brush head sizes for complete and precise cleaning.
- 80% less vibration with FlexCare's advanced-vibration cancelling system.[3]

PHILIPS sonicare the sonic toothbrush

PHILIPS sense and simplicity

למידע נוסף והדגמות: נאוה עמר, לפידות מדיקל | navaa@lapidot.com | 054-3009524 | להזמנות: 1-700-70-20-33

LAPIDOT MEDICAL

(1) Platt K, Jenkins W, Schmitt P, Strum D, Hefti A. Comparison of plaque removal for 1-minute brushing by Sonicare FlexCare and a manual toothbrush. (2) De Jager M, Nelson R, Schmitt P, Moore M, Putt MS, Kunzelmann KH, Nyamaa I, Garcia-Godoy F, Garcia-Godoy C. In vitro assessment of toothbrush wear on natural and restorative materials. Comp Cont Educ Dent 2007;28. (3) Data on file, 2008 and compared to Sonicare Elite.

גיליון 41 [ספטמבר 2011]

עורכת:
שרון פרידמן־יניב, RDH, B.HA

עריכה מקצועית:
אורלי שטרקמן, RDH, BA

עריכה לשונית:
נעמה דותן
רותי קפלן, RDH

הוצאה לאור:
איגוד השיננות הישראלי
דוא"ל: sharonapo@gmail.com
טל': 050-2006386
פקס': 02-6429278

פרסום, עיצוב והפקה:
ניו יורק ניו יורק (ישראל) בע"מ
רח' יהודה הלוי 92, תל אביב
טלפון: 03-5619993
new-york@zahav.net.il
www.newyork-newyork.co.il

תודה מיוחדת לכותבים
ולמפרסמים בעיתון זה.

המערכת אינה אחראית לתוכן
המודעות המופיעות בעיתון.

כתובת האיגוד

אצל מזכירות האיגוד:
רות אוחנה - אש"י
ת.ד. 1238, גן יבנה 70800
דוא"ל: lohana102@gmail.com
נייד: 050-2006389
פקס: 050-8973926
או דרך האתר: www.idha.org.il

דבר העורכת

שינויות יקרות, קוראים נכבדים,

עם "סגירת הקצוות" בהוצאת גיליון זה, אנו עדות לגלי המחאה בארץ למען צדק חברתי ולמתקפה של ירי רקטות על תושבי הדרום. אש"י מבקש לחבק ולחזק את שינויות הדרום. מי ייתן ובעת קריאת שורות אלה נזכה לראות שינוי אמיתי במדינה, וגם האירועים הקשים יהיו נחלת העבר.

גיליון 41 של עיתון אש"י הינו הראשון היוצא לאור בביצועה של ההנהלה החדשה. מערכת העיתון כוללת את אורלי שטרקמן, את רותי קפלן ואותי, בשיתוף פעולה של שאר חברות ההנהלה: דלית ארמוזה, יעל קרלין ויפה עובדיה. אני מאחלת לכולנו הצלחה רבה.

אני מבקשת לשלוח מילות תודה לקודמתי בתפקיד עורכת העיתון, גלית סימני, אשר מילאה תפקיד זה במסירות והובילה את העיתון שלנו למקומו המכובד.

חילופי התפקידים באיגוד הינם הזדמנות מצוינת ליצור משב רוח חדש ומרענן בעיתוננו. בוודאי שמתן לב לכך שבחרנו לערוך את השינוי בכמה מישורים: **שם העיתון** - "שיננות", שהוא ממצה, קצר וקליט; **הסימבול הגרפי** בכריכת העיתון, המדגיש את הכישורים הדרושים במקצוע השיננות - שלכל אחד מהם גם יינתן ביטוי בתוכני העיתון; **עיצוב וצבע** המשמרים את הזהות הוויזואלית, שכבר נקבעה באתר האיגוד.

העיתון שלנו משמש פלטפורמה להנגשת מידע חיוני עבורכן, השיננויות, חושף אתכן לחידושים ולהתפתחויות במקצוע ומשמש במה לדיונים המעסיקים את אש"י ואת השיננויות בתחומי עניין שונים והנכן מוזמנות ליטול חלק ולהשתתף בו ע"י שליחת נושאים,מאמרים וחומרים רלוונטיים המעניינים אותכן למערכת העיתון.

אף כי נדמה שבעידן שבו אנו חיים המילה הכתובה על גבי נייר הולכת ונעלמת, אני סבורה - ובוודאי תסכימו עמי - שאין כמו כתב עת, עם ריח הדפוס האופייני לו, כזה שאפשר לשאת ולקרוא בכל מקום ובכל זמן.

מעבר למאמרים אקדמיים ולסיקור של פעילויות האיגוד, שאיפתי היא לפתח את העיתון שלנו ולצקת לתוכו תכנים ומדורים חדשים, דינמיים ורלוונטיים לנו. אחד המדורים שכבר התווספו הינו "לחוק יש שיניים" (עמוד 32), עם מאמרים על סוגיות משפטיות ואתיות חשובות הקשורות במקצוע השיננות. בכל גיליון גם יתפרסמו שאלות לעו"ד האיגוד והתשובות להן. אתן מוזמנות לפנות ולשאול.

רשמו לפניכן: חגיגות יום השיננית הבינלאומי ייערכו בתאריכים 30 בנובמבר עד 1 בדצמבר 2011, באזור חיפה והכרמל. מבחינתי, להגיע לכרמל ולחבק אותו, שנה בדיוק לאחר השריפה הגדולה, הוא מאורע סמלי ומרגש. זה יהיה אירוע מיוחד, וכולכן מוזמנות להשתתף בו.

כשתקבלו גיליון זה לידיכן, בוודאי תהיו בעיצומן של ההכנות לקראת חגי תשרי הבאים עלינו לטובה. זו הזדמנות מצוינת לאחל לכן ולמשפחותיכן שנה טובה ומתוקה, שנה פורייה שתביא עמה רק בריאות, אושר, הצלחה וכמובן - המון חיוכים!

קריאה מהנה!

שלכן,
שרון פרידמן יניב

תוכן העניינים

4 דבר היו"ר | דלית ארמוזה

6 חברות הוועד המנהל של איגוד השיננות הישראלי לקדנציה 2011-2014

8 שתלים בחולים פריודונטליים: סוף מעשה במחשבה תחילה | ד"ר לירן לוין, ד"ר רונן אופק, ד"ר יואב גרוסמן וד"ר רחל ענר

10 מוקוזיטיס בפה בחולי סרטן - כר לשיתוף פעולה

רב־תחומי | ד"ר שרון אלעד וד"ר נועם ירום

16 מצב התעסוקה ורמת שביעות הרצון

בקרב שיננויות בישראל | דלית ארמוזה

24 קסיליטול - "הסוכר הבריא" | אורלי שטרקמן

26 זהירות, בנזוקאין! | תרגום ועריכה: שרון פרידמן־יניב

28 פעילויות האיגוד

32 לחוק יש שיניים - המדור המשפטי | עו"ד עדי ניב־יגודה, עו"ד אודליה לוי־אטינגר ועו"ד ויקטוריה פוגל

דבר היו"ר

שיננויות יקרות,

לא אוכל להתחיל את דברי מבלי להתייחס למתרחש סביבנו: מאבק הרופאים, מחאה חברתית־כלכלית רחבה הנוגעת בנו ישירות - שהרי גם אנו חשות את הפערים בשכר, בעול המיסים ובאפליה התעסוקתית.

מדי יום מגיעות אלינו פניות של שיננויות שהמעביד שלהן אינו מכבד את החוק. אש"י נאבק למען הצדק ועל זכויות השיננויות החברות באיגוד. באחד המקרים שהובאו לאחרונה לידיעתנו, מרפאת שיניים ציבורית בדרום החליטה שלא להעביר לשיננויות מטופלים בני פחות מעשר שנים, בטענה ש"הוראות משרד הבריאות אוסרות על שיננויות לטפל בגילאים אלה." כמובן שטענה זו אין לה אחיזה במציאות, ומיד פעלנו והפעלנו בהצלחה את כל הגורמים הקשורים בדבר. העיוות תוקן, הודות להתערבותנו!

איגוד השיננות הינו הגוף היחיד הדואג לאינטרסים המובהקים של השיננויות ושל מקצוע השיננות. רק איגוד חזק ופעיל יכול לתמוך בחבריו ולסייע להם.

נושא נוסף שאש"י מטפל בו הוא הפגיעה באיכות הטיפול המונע בשל דחיקת השיננויות מהשירות הציבורי או ההדרדרות בתנאי העסקתן; למשל, ביטול "כיסאות שיננית" כדי לפנות מקום לטיפולי שיניים הנעשים על ידי רופאים, כולל טיפול מונע. מהי איכות הטיפול המונע שמספק הרופא בתנאים של לחץ ותמריצים? הרי לא לחינם נוצר מקצוע השיננות כתחום נפרד ברפואת השיניים, שאליו הועברה רפואת השיניים המונעת, ולא לחינם מתקדם תהליך האקדמיזציה של המקצוע שלנו. המטרה היא להגיע למצב מיטבי, שבו יעסקו ברפואת שיניים מונעת מי שהתמחו בה.

בעולם המפותח, מקצוע השיננות הולך ומתפתח. בישראל יוצאות מדי שנה כ־80 שיננויות חדשות לשוק העבודה, אולם אם תימשך דחיקתן של השיננויות מהשירות, אנו עלולים לאבד את המקצוע בארץ. אנו זקוקים לשיננויות מקצועיות דווקא בתוך השירות הציבורי החדש. אסור שתידחקנה החוצה בשל תמריצים שליליים, של הרופא ושל קופות החולים.

נושא נוסף הנמצא בעשייה הוא פנייתנו למפקח על הביטוח בנושא טיפולים כמו הקצעות, איטומים, הנחת כפות פלואוריד, הכנסת פריו־צ'יפ ועוד. אלה מותרים לביצוע על ידי השיננית על פי חוק, אולם חברות הביטוח אינן מוכנות לשלם עבור טיפולים אלה כשהם מבוצעים על ידי שיננית. בעזרת היועצים המשפטיים שלנו אנו פועלים לתיקון עוולות אלה ורבות נוספות.

הצגתי כאן רק נקודות בודדות מהעשייה שלנו. עוד רבה העבודה לפנינו.

זו תחילתה של קדנציה חדשה, עם צוות חדש, ואני מאחלת לכולן - ליעל, לאורלי, לשרון וליפה, עבודה פורייה שהצלחה בצדה.

בהזדמנות זו ברצוני לאחל לכן ולמשפחותיכן שנה טובה ובריאות.

שלכן, דלית ארמוזה
יושבת ראש אש"י

בעלי תפקידים בהנהלת האיגוד

דלית ארמוזה, RDH
יו"ר אש"י
טל': 050-2006381
דוא"ל: dalit-avi@012.net.il

יעל קרלין, RDH
גזברית וקשרי חו"ל
טל': 050-2006380
דוא"ל: drcarlin@inter.net.il

שרון פרידמן־יניב RDH, BHA
מזכירת האיגוד
ועורכת תוכן אתר ועיתון האיגוד
טל': 050-2006386
דוא"ל: sharonapo@gmail.com

יפה עובדיה, RDH
אחראית שיווק והפקה
טל': 050-2006385
דוא"ל: ovad256@walla.com

אורלי שטרקמן, RDH, BA
אחראית תוכן מקצועי
טל': 050-2006388
דוא"ל: orly@starkman.co.il

מזכירות אש"י, רות אוחנה
עדכון פרטים, כספים, ה.ק. ועוד,
טל': 050-2006389
דוא"ל: lohana102@gmail.com

נשיאת הכבוד, רותי קפלן, RDH
טל': 050-2006382

חוגגים את גאוות המקצוע שלנו

יום השיננית הבינלאומי

יומיים (כולל לינה) של העשרה מקצועית,
פעילויות חווייתיות מיוחדות, ו... כמובן מנוחה

חיפה והכרמל - השיננויות מגיעות אליכם!

פרטים נוספים - בקרוב בלוח האירועים באתר האיגוד: www.idha.org.il

סמנו ביומניכן
רביעי-חמישי
1/12-30/11

Jordan* הפתרון המקצועי הנכון למטופלך

Jordan מאפשרת לך להמליץ למטופלך בלב שקט על מברשות איכותיות הנותנות מענה לדרישותיך המקצועיות

Jordan* Individual Small

ראש קטן
מברשת עם ראש קטן וסיבים רכים לצחצוח עדין ויסודי

טכנולוגיה ה"קצה הפעיל"
לניקוי יסודי של השיניים האחוריות

צוואר ארוך וצר ידית צרה

עיצוב "אינדיבידואלי"
במבחר עיטורים עכשויים

Jordan* CLICK Gum Protector

סיבי Clean Between
דקים ועדינים חודרים טוב יותר בין השיניים ובקו החניכיים. מנקים עד 62% טוב יותר מסיבים רגילים ומעניקים תחושה של צחצוח רך.

המפרק הגמיש
מערכת משוב ייחודית המודיעה למשתמש על צחצוח חזק מדי. ידית המברשת תתכופף לאחור ב"קליק" ותזכיר למשתמש להפחית את הלחץ.

Jordan* איתך בשמירה על בריאות הפה

דנטלון מוצרי איכות לרפואת שיניים מתקדמת
רח' החופר 34, א.ת. חולון, ת.ד. 71, תל-אביב 61000, טל: 03-5505110 www.dentalon.com

חברות הוועד המנהל של איגוד השיננות הישראלי לקדנציה 2011-2014

חברות הוועד החדש מציגות את ה"אני מאמין" שלהן, את מטרות האיגוד ואת יעדיו המרכזיים לקדנציה זו

דלית ארמוזה, RDH

יו"ר אש"י
מגורים: ירושלים
מוסד הלימודים: בוגרת לימודי שיננות, מחזור 1991, בפקולטה לרפ"ש, הדסה עין כרם, ירושלים.
מסיימת לימודים לתואר בוגר (BA) בחוג למדעי החברה, אונ' בר־אילן.

משנת 2000 שותפה לעשייה ולקידום של מקצוע השיננות בוועד המנהל. פועלת בהסברה בכנסת, נפגשת עם חברי כנסת, עם אמצעי התקשורת ועם שר הבריאות ומנכ"ל משרדו, עם גורמים במל"ג - המועצה להשכלה גבוהה, גורמים בכירים באקדמיה ועוד. "מטרתי בקדנציה זו היא להמשיך במאמץ לתרום, להוביל ולהשלים הישגים אשר הגעתי אליהם ואשר נמצאים בעיצומם של תהליכי קידום: ה"אקדמיזציה", הדאגה לשכרן ולתנאי העסקתן של השיננית בכל המגזרים - בהדרכות בבתי הספר, מוסדות, קופות החולים ומרפאות פרטיות. מלבד אלה, נושאים רבים נוספים עומדים על הפרק."

יעל קרלין, RDH

גזברית האיגוד
מגורים: אור עקיבא
מוסד הלימודים: בוגרת לימודי שיננות, מחזור 1981, בפקולטה לרפ"ש, הדסה עין כרם, ירושלים.

"מאמינה שהנהלת אש"י מהווה בסיס איתן לטובת מקצוע השיננות והשיניות. בשלוש השנים האחרונות הצלחתי לקדם את פרויקט 'שיננות בבתי חולים', נושא שקרוב לליבי. עם היבחרי לקדנציה נוספת, אני שמחה לקחת חלק בעשייה, לעזור בתחומים נוספים ולהציע מניסיוני כגזברית וכיושבת ראש לשעבר של אש"י."

שרון פרידמן־יניב, RDH, BHA

מזכירת האיגוד ועורכת האתר והעיתון שלו
מגורים: ירושלים
מוסד הלימודים: בוגרת לימודי שיננות, מחזור 1996, בפקולטה לרפ"ש, הדסה עין כרם, ירושלים.
תואר ראשון (B.HA) בהצטיינות בחוג לניהול מערכות בריאות.

זוהי כהונתה השנייה בוועד המנהל של אש"י. יוזמת, מקימה ועורכת אתר האינטרנט של אש"י, המהווה כלי מעצים ומייצג של האיגוד, של המקצוע ושל השיננות. מייצגת את אש"י בקואליציה לבריאות שיניים ציבורית ופעילה באקדמיה לטובת קידום השיננות.
"אני מקווה שהידע והוותק שרכשתי בתחום השיננות ולימודיי האקדמיים בחוג לניהול מערכות בריאות, לצד הרצון להוסיף, לשנות ולהשפיע בקידום המקצוע שלנו, יביאו לפריצת 'תקרת הזכוכית' האקדמית ולהמשך הצעדתם של האיגוד והשיננות לקדמה הטכנולוגית של המאה ה־21. ומעל לכול, ימשיכו וישמרו את מקצוע השיננות 'על המפה'."

אורלי שטרקמן, RDH, BA

עורכת תוכן מקצועי וכנסים
מגורים: רמת גן
מוסד הלימודים: בוגרת לימודי שיננות, מחזור 1991, בפקולטה לרפ"ש, תל־אביב.
תואר ראשון (BA) במדעי המדינה וגיאוגרפיה, אונ' תל־אביב.

"אני רואה בשיננית גורם התומך הן ברופא השיניים והן במטופל. לאור זאת, מטרתי בהצטרפות לאיגוד השיננות היא להעשיר את השיננית בידע מקצועי בתחומים הבאים: רפואה דנטלית וכללית (טיפולים, אבחון ותרופות), העצמה נשית ושיווק, קריאת שפת גוף, גישות של חינוך וטיפול. שיננית מעודכנת ורגישה תוכל לייצג את המקצוע בכבוד רב יותר."

יפה עובדיה, RDH

שיווק ופרסום וכנסים
מגורים: כפר אורנים
מוסד הלימודים: בוגרת לימודי שיננות, מחזור 1991, בפקולטה לרפ"ש, הדסה עין כרם, ירושלים.

"אני שמה לי למטרה לקדם את מקצוע השיננות, אם על ידי חיזוק מעמדה של השיננית בציבור וברפואת השיניים ואם בהעצמתן של השיניות עצמן. מעבר לחשיבות הרבה של עבודת השיננית, מדובר בעבודה מאומצת ושוחקת. על כן, חשוב בעיני הגיבוש החברתי, בעיקר בפעילויות שיש בהן כיף לצד רכישת ידע והעשרה מקצועית. כשיננית בעלת ותק של 20 שנה והכשרה מקצועית גם בתחום של הפקת אירועים, אשמח להשתמש בכלים שרכשתי לטובת מקצוע השיננות בקדנציה זו."

רותי קפלן, RDH

נשיאת כבוד של אש"י משנת 2008
מגורים: ירושלים
מוסד הלימודים: מורה מוסמכת, בוגרת לימודי שיננות, מחזור 1981, בפקולטה לרפ"ש בהדסה עין כרם, ירושלים.

רותי קפלן הייתה חברה בהנהלת האיגוד כמעט מאז היווסדו. נשיאת כבוד של אש"י - תפקיד ייצוגי.
במשך שנות פעילותה הרצתה רבות ברחבי הארץ בנושא הדרכות בבריאות השיניים. כתבה את הספר "חיוך יפה אינו מקרה". בשנת 2000 זכתה בפרס בינלאומי מטעם IAPD (ארגון בינלאומי לרפ"ש לילדים) על תכניות חינוך לבריאות השיניים.
הייתה מועמדת לפרס עולמי מטעם חברת "סאנסטאר", המוענק לשיננית מכל העולם על מצוינות בתחום השיננות. יוצרת תכנית "שנלי" להדרכות בגנים ובבתי הספר, בשיתוף עם האגף לבריאות השן במשרד הבריאות ומשרד החינוך.

רות אוחנה

מזכירות האיגוד
מגורים: גן יבנה

מרכזת את הנושאים הטכניים של האיגוד. בין היתר אחראית על מאגר השיננית, הצטרפות לאיגוד, ארכיב, הרשמות לאירועים ומענה לפניות.

תודה רבה לחברות הוועד המנהל היוצא של אש"י על תרומתכן להמשך הפעילות הענפה של אש"י - לטובת מקצוע השיננות והשיננית

אדל שבח, RDH, M.L.T - שיננית מזה 26 שנה. כיהנה כחברת הנהלה במשך 26 שנים בתפקידים שונים, לאחרונה כגזברית האיגוד.

צ'רי פלקס, RDH, DT - שיננית מזה 30 שנה (בעלת מספר רישיון "1" בישראל!). כיהנה כחברת הנהלה במשך שש שנים, בתפקיד מזכירת האיגוד.

פולט פוקס, RDH - שיננית מזה 20 שנה. כיהנה כחברת הנהלה במשך 20 שנים בתפקידים שונים, לאחרונה כאחראית קשרי חו"ל.

דלית ראם, RDH, BA - שיננית מזה 17 שנה. כיהנה כחברת הנהלה במשך שלוש שנים, בתפקיד אחראית כנסים וימי עיון.

גלית סימני, RDH - שיננית מזה 11 שנה. כיהנה כחברת הנהלה במשך שש שנים, בתפקיד עורכת העיתון ואחראית על יחסי ציבור, פרסום ושיווק של האיגוד.

אנו מודות מקרב לב לשיננית נוספות, אשר פועלות בהתנדבות, תורמות מזמנן ומסייעות לחברות ההנהלה בתפקידיהן: שרה ישינובסקי, ניהאיה סמארה, שירלי הורביץ סוניה צ'ורובסיק, איריס צדיק, נחמה כפרי גרינברג, מיכל ארד, ציפי ניסנבוים, מיכל אטיאס ורבות נוספות, שלא ציינו כאן את שמן מפאת קוצר היריעה. כולן תומכות ועוזרות לנו, כל אחת בדרכה.

מטרות איגוד השיננות הישראלי הן:

- לקדם את מקצוע השיננות בארץ לטובת השיניות והציבור;
- להגן על האינטרסים של השיניות/ים;
- לקיים פרויקטים להסברה, שינון והדרכה בחשיבות המניעה, בקהילה על כל מוסדותיה;
- לתת הדרכה אישית וציבורית בנושא שמירה יומיומית על בריאות השיניים והחניכיים ודרכי מניעת מחלות;
- לקדם את הידע המקצועי והמדעי של העוסקים במקצוע, על ידי אירגון הרצאות, השתלמויות, ימי עיון, עיתונים מקצועיים וכנסים מדעיים;
- להפיץ, לקדם ולהקנות ידע על התפתחויות וחידושים בתחום השיננות;
- לעודד ולקדם מחקרים בתחום השיננות, אם על ידי קבוצות מחקר ו/או על ידי מחקר של בודדים;
- לפתח את תודעת שיתוף הפעולה בין הרופאים לבין השיניות/ים, על ידי עבודת צוות משולבת ומחקרים משותפים;
- לייצג את מקצוע השיננות בפני כל גוף ומוסד בארץ ובעולם;
- להצטרף לאיגודים בינלאומיים העוסקים בתחום השיננות על מנת לקדם ולפתח את המקצוע;
- לשמש פורום לבירור וליבון בעיות בתחום המקצוע;
- לקדם את בריאות הציבור על ידי חינוך לבריאות הפה, כחלק מבריאות כללית;
- לדאוג לתנאי העסקה הוגנים והמקובלים בחוק לשיניות/ים.

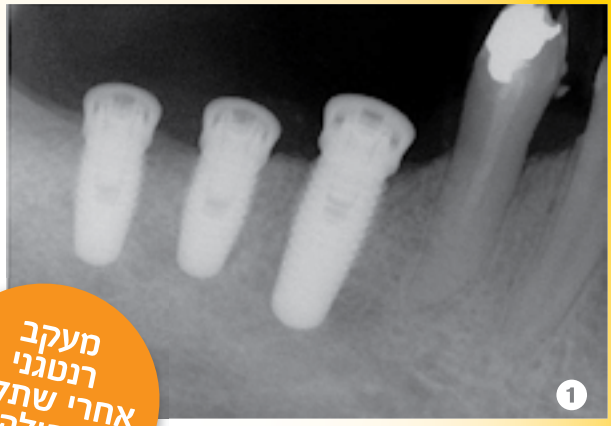
יעדים מרכזיים של הוועד המנהל בקדנציה 2011-2014

■ הנהלת האיגוד שמה לנגד עיניה את המשך פעילותה למען קידום האקדמיזציה של מקצוע השיננות ודאגה לתנאי העסקתן של השיניות במגזר הציבורי ובהדרכות בתי הספר. ■ פתיחת אפשרויות העסקה נוספות של שיניות כגון בתי חולים, טיפות חלב ובתי אבות (העסקת שיניות בבתי הספר - **הישג של אש"י**). ■ המשך חיזוק מעמד המקצוע בקרב הקהילייה הדנטלית והציבור הרחב. ■ **מעבר לעיל, בקדנציה זו ישנה מגמה ברורה של הבאת רוח חדשה ורעיונות חדשים.** ■ עלויות - אנו בשאיפה להביא להוזלה ניכרת של אירועים וכנסים לשיניות חברות האיגוד. ■ קידום מקצועי - קיום ימי עיון וסדנאות מקצועיות לשיניות בפריפריה - צפון ודרום. ■ תרבות ורווחה - קיום פעילויות גיבוש והנאה לשיניות חברות האיגוד. מחירים מוזלים של אירועי תרבות ופנאי. ■ חיזוק הקשר בין השיניות לאיגוד וחיזוק הקשר של השיניות בינן לבין עצמן על ידי שדרוג ערוצי תקשורת קיימים ופתיחת נוספים.

שיניות יקרות - אש"י שלכן ובשבילכן!
הצטרפו לאיגוד השיננות הישראלי עוד היום!

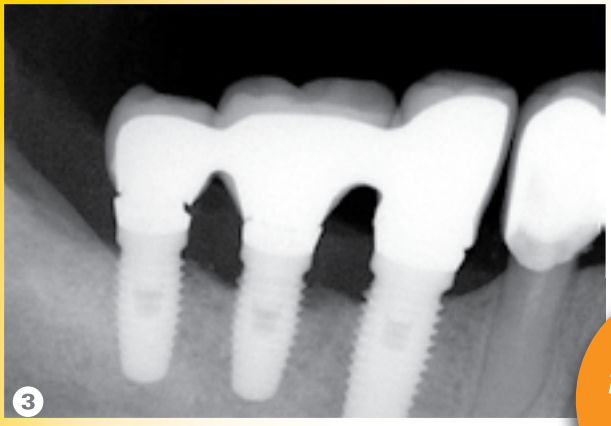
ד"ר לירן לוין[1], ד"ר רונן אופק[2], ד"ר יואב גרוסמן[3] וד"ר רחל ענר[4]

שתלים בחולים פריודונטליים: סוף מעשה במחשבה תחילה



1 לאחר ההשתלה

2 לאחר השיקום. ניתן לראות תמיכת עצם טובה



3 לאחר כשלוש שנים. ניתן לראות התחלה של ספיגת עצם סביב השתלים

4 כישלון השתלים לאחר כשש שנים, עם אובדן עצם דרמטי סביב השתלים

מעקב רנטגני אחרי שתלים בחולה פריודונטלי

שתלים דנטליים הפכו בשנים האחרונות לטיפול מקובל ביותר, בעל שיעורי הצלחה טובים מאוד (1-6). הצלחת השתל לאורך זמן תלויה בחיבור השתל לעצם במקום ההשתלה ובעמידות חיבור זה לטווח הארוך (7). חולים פריודונטליים נוטים להדגים ספיגת עצם מתמשכת סביב השיניים הנותרות בפה, כאשר קצב הספיגה משתנה על פי סוג המחלה, הטיפול שניתן ורמת התחזוקה הפריודונטלית לאורך זמן (8, 9). נשאלת השאלה: **האם שתלים דנטליים המוחדרים בלסתות של מתרפאים הסובלים ממחלה פריודונטלית מועדים יותר לאובדן גרמי סביבם ולכישלון השתל, או שמא המחלה הפריודונטלית סלקטיבית כלפי שיניים ואיננה פוגעת בשתלים?**

במאמר זה ננסה לענות על שאלה חשובה זו בהסתמך על הספרות העדכנית בנושא, וכן לספק קווים מנחים לרופא השיניים בבואו להציע טיפול על־ידי שתלים דנטליים למתרפאים שאובחנו כסובלים ממחלה פריודונטלית.

במחקרים רבים בעבר נמצא כי הפלורה הבקטריאלית סביב שיניים הנגועות במחלה פריודונטלית עוברת כעבור זמן קצר גם לשתלים, בפיות של חולים שהם מחוסרי שיניים באופן חלקי (10-12). יתרה מזאת, נמצא שהחיידקים המאכלסים אזורים עם דלקת סביב־שתל (פרי־אימפלנטיטיס) דומים לאלו המאפיינים מחלת חניכיים כרונית (13). מחקרים רבים ניסו לעמוד על הקשר שבין מחלת חניכיים להצלחת שתלים (14-16).

1 המחלקה לפריודונטיה, המרכז הרפואי רמב"ם והפקולטה לרפואה של הטכניון, חיפה
2 המחלקה לביו־סטטיסטיקה, אוניברסיטת תל־אביב ומרפאה פרטית, תל־אביב
3 היחידה לשיקום פנים ולסתות, ביה"ח ע"ש שיבא, תל־השומר
4 מרפאה פרטית, כפר סבא

בסקירת ספרות מקיפה שפורסמה לאחרונה נמצא כי שיעור הכישלונות בקרב חולים פריודונטליים אינו עולה משמעותית על שיעורם בקרב בריאים, אולם שתלים בחולים במחלת חניכיים הדגימו כיסים עמוקים יותר, אובדן עצם מתקדם יותר ושיעור גבוה יותר של דלקת סביב־שתל (17).

המחברים מדגישים בסקירה זו את חשיבות הטיפול הפריודונטלי לפני ביצוע ההשתלות. טיפול פריודונטלי נאות לפני ביצוע השתלות דנטליות מפחית את העומס החיידקי בפה המטופל ומקטין את הסיכוי למעבר של חידקים פתוגניים אל האזור הסובב את השתל (13, 18). היבט נוסף הוא הנטייה הגנטית למחלת חניכים, הגורמת לאנשים מסוימים להגיב ביתר שאת לנוכחות חיידקים ובכך להדגים ספיגת עצם מוגברת (19, 20). ספיגה מוגברת זו ניתן לצפות לראות גם סביב שתלים דנטליים במתרפאים המועדים למחלה שכזו.

חשוב להדגיש כי מרבית המחקרים העוסקים בבחינת קשר זה מתייחסים למתרפאים לאחר טיפול פריודונטלי (17, 21-23, 24).

סביר להניח כי כאשר מדובר במתרפאים פריודונטליים לא מטופלים, הקשר בין מחלת החניכיים לבין סיבוכים וכישלונות של שתלים יהיה חזק יותר. בבואנו לבצע השתלה במתרפאים המדגימים מחלת חניכיים, יש להבהיר למתרפא כי הצלחת השתלים תלויה גם בבריאות החניכים וכי טיפול חניכיים ותחזוקה נאותה מהווים דרישה מקדימה לביצוע השתלות דנטליות. בנוסף, היצמדות לתכנית תחזוקה קפדנית אצל השיננית, ביקורות אצל רופא החניכיים ושמירה על היגיינה אורלית, הינם פקטורים חשובים בשמירה על השתלים לאורך זמן (25).

במחקר ארוך טווח שביצענו ופורסם לאחרונה בעיתון היוקרתי Journal of Clinical Periodontology, מצאנו, לאחר עיבודים סטטיסטיים מתקדמים ביותר, שקיים קשר חד משמעי בין כישלון שתלים בטווח הארוך לבין מחלה פריודונטלית (26).

מטרת המחקר הייתה להעריך את ההישרדות של שתלים דנטליים לאורך זמן מעקב ארוך, תוך התייחסות לחומרת המחלה הפריודונטלית של המתרפאים. המחקר שבוצע היה פרוספקטיבי־היסטורי וכלל מתרפאים שבוצעו בהם שתלים דנטליים במרפאה פריודונטלית בין השנים 1996 ו־2006. קבוצת המחקר כללה 736 מתרפאים ו־2336 שתלים דנטלים.

נעשה שימוש בשיטות סטטיסטיות מתקדמות ביותר כדי להתייחס למקבצי כישלונות/הצלחות אצל אותו מתרפא וכן כדי לבחון האם גורמי הסיכון לכישלון שתלים קבועים לאורך זמן המעקב.

גיל המתרפאים הממוצע (וסטיית התקן) היה 51.13 (12.35). זמן המעקב היה עד 144 חודשים עם ממוצע (וסטיית תקן) של 54.4 (35.6) חודשים. שיעור הישרדות השתלים עמד על 95.9%. עקומת קפלן־מאייר לבחינת cumulative survival rate הראתה לאחר 108 חודשים על 96% הצלחה במתרפאים ללא מחלת חניכיים, לעומת 88% בלבד במתרפאים עם מחלת חניכיים כרונית חמורה.

המודל הסטטיסטי שבו נעשה שימוש (extended Cox model) הדגים כי מחלת חניכיים כרונית חמורה היוותה גורם סיכון חזק ומשמעותי לכישלון שתלים במעקב ארוך טווח, אך לא בטווח הקצר. שיעור הסיכון לכישלון שתלים בחולים במחלת חניכיים כרונית חמורה (hazard ratio) עמד על 8.06 לאחר 50 חודשי מעקב. כלומר, **חולים במחלה פריודונטלית הדגימו לאחר כחמש שנים שיעורי כישלון גבוהים עד פי 8 לעומת מתרפאים בריאים פריודונטלית!** גם עישון נמצא כפקטור חשוב, המשפיע על שיעור הכישלון של השתלים.

המלצות ומסקנות

בבואנו לטפל בעזרת שתלים דנטליים בחולים הסובלים ממחלת חניכיים, חשוב לבצע קודם כול טיפול חניכיים מקיף ולהגיע למצב שבו אין מחלה פעילה בחלל הפה - ורק אז להתפנות לטיפול בעזרת השתלים הדנטליים. גם אז, חשוב ליידע את המתרפאים כי על פי הידוע לנו היום, יש סיכוי גבוה יותר לאובדן תמיכה ועצם סביב השתלים הדנטליים ואולי אף סיכון גבוה יותר לאובדן השתל עצמו.

חשוב להדגיש את החשיבות העליונה בתחזוקה שוטפת ורציפה לאורך שנים אצל השיננית וביקורות אצל רופא החניכיים, כדי למנוע את הישנות המחלה והינזקות השתלים שהוחדרו. בנוסף, תמיד כדאי לשקול שוב אם לא ניתן לשמור על השיניים במקום לעוקרן ולהחליפן בשתלים דנטליים. חשוב לזכור שפרי־אימפלנטיטיס היא מחלה קשה הרבה יותר לטיפול מאשר פריודונטיטיס, והדרך הטובה ביותר היא להימנע מהתפתחותה.

ספרות

1. Esposito M, Grusovin MG, Coulthard P, Thomsen P, Worthington HV. A 5-year follow-up comparative analysis of the efficacy of various osseointegrated dental implant systems: a systematic review of randomized controlled clinical trials. Int J Oral Maxillofac Implants. 2005;20:557-68.
2. Levin L, Laviv A, Schwartz-Arad D. Long-term success of implants replacing a single molar. J Periodontol. 2006;77(9):1528-32.
3. Levin L, Pathael S, Dolev E, Schwartz-Arad D. Aesthetic versus surgical success of single dental implants: 1- to 9-year follow-up. Pract Proc Aesthetic Dent. 2005;17: 533-8.
4. Pjetursson BE, Tan K, Lang NP, Bragger U, Egger, M. & Zwahlen, M. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. I. Implant-supported FPDs. Clinical Oral Implants Research 2004;15:625–642.
5. Levin L, Sadet P, Grossmann Y. A retrospective evaluation of 1387 single-tooth implants: A six-year follow up. J Periodontol. 2006;77:2080-3.
6. Romeo E, Lops D, Margutti E, Ghisolfi M, Chiapasco M, Vogel G. Long-term survival and success of oral implants in the treatment of full and partial arches: a 7-year prospective study with the ITI dental implant system .Int J Oral Maxillofac Implants. 2004;19:247-59.
7. Schwartz-Arad D, Herzberg R, Levin L. Evaluation of long-term implant success. J Periodontol. 2005;76(10):1623-8.
8. Lindhe periodontal disease progression.
9. Levin L, Baev V, Lev R, Stabholz A, Ashkenazi M. Aggressive periodontitis among young Israeli army personnel. J Periodontol 2006;77:1392-1396.
10. De Boever AL, De Boever JA. Earlycolonization of non-submerged dental implants in patients with a history of advanced aggressive periodontitis. Clinical Oral Implants Research. 2006;17:8-17.
11. Quirynen M, Vogels R, Peeters W, van Steenberghe D, Naert I, Haffajee A. Dynamics of initial subgingival colonization of 'pristine' peri-implant pockets. Clin Oral Implants Res. 2006 Feb;17(1):25-37.

שתלים בחולים פריודונטליים
(המשך מעמוד 9)

12. Sbordone L, Barone A, Ciaglia RN, Ramaglia L, Iacono VJ. Longitudinal study of dental implants in a periodontally compromised population. J Periodontol. 1999 Nov;70(11):1322-9.
13. Heydenrijk K, Meijer HJ, van der Reijden WA, Raghoebar GM, Vissink A, Stegenga B. Microbiota around root-form endosseous implants: a review of the literature. Int J Oral Maxillofac Implants. 2002 Nov-Dec;17(6):829-38.
14. Mengel R, Flores-de-Jacoby L. Implants in patients treated for generalized aggressive and chronic periodontitis: a 3-year prospective longitudinal study. Journal of Periodontology 2005;76: 534-43.
15. Brocard D, Barthet P, Baysse E, Duffort JF, Eller P, Justumus P, Marin P, Oscaby F, Simonet T, Benqué E, Brunel G. A multicenter report on 1,022 consecutively placed ITI implants: a 7-year longitudinal study. Int J Oral Maxillofac Implants. 2000 Sep-Oct;15(5):691-700.
16. Ellegaard B, Baelum V, Kølsen-Petersen J. Non-grafted sinus implants in periodontally compromised patients: a time-to-event analysis. Clin Oral Implants Res. 2006 Apr;17(2):156-64.
17. Karoussis IK, Kotsovilis S, Fourmousis I. A comprehensive and critical review of dental implant prognosis in periodontally compromised partially edentulous patients. Clin Oral Implants Res. 2007 Dec;18(6):669-79.
18. Nevins M, Langer B. The successful use of osseointegrated implants for the treatment of the recalcitrant periodontal patient. J Periodontol. 1995 Feb;66(2):150-7.
19. Kornman KS, Crane A, Wang HY, di Giovine FS, Newman MG, Pirk FW, Wilson TG Jr, Higginbottom FL, Duff GW. The interleukin-1 genotype as a severity factor in adult periodontal disease. J Clin Periodontol. 1997 Jan;24(1):72-7.
20. Gruica B, Wang HY, Lang NP, Buser D. Impact of IL-1 genotype and smoking status on the prognosis of osseointegrated implants. Clin Oral Implants Res. 2004 Aug;15(4):393-400.
21. Schou S. Implant treatment in periodontitis-susceptible patients: a systematic review. J Oral Rehabil. 2008 Jan;35 Suppl 1:9-22.
22. Klokkevold PR, Han TJ. How do smoking, diabetes, and periodontitis affect outcomes of implant treatment? Int J Oral Maxillofac Implants. 2007;22 Suppl:173-202.
23. Schou S, Holmstrup P, Worthington HV, Esposito M. Outcome of implant therapy in patients with previous tooth loss due to periodontitis. Clin Oral Implants Res. 2006 Oct;17 Suppl 2:104-23.
24. Horwitz J, Zuabi O, Machtei E.Radiographic changes around immediately restored dental implants in periodontally susceptible patients: 1-year results. Int J Oral Maxillofac Implants. 2008 May-Jun;23(3):531-8.
25. Anner R, Grossmann Y, Anner Y, Levin L. Smoking, diabetes mellitus, periodontitis, and supportive periodontal treatment as factors associated with dental implant survival: a long-term retrospective evaluation of patients followed for up to 10 years. Implant Dent. 2010 Feb;19(1):57-64.
26. Levin L, Ofec R, Grossmann Y, Anner Y. Periodontal disease as a risk for dental implant failure over time: A long-term historical cohort study. J Clin Perio 2011 (in press).

מאמרים מקצועיים

ד"ר שרון אלעד[1] וד"ר נועם ירום[2,3]

הקדמה

מוקוזיטיס בפה (oral mucositis) הוא הסיבוך המוכר ביותר בפה לאחר טיפול נגד סרטן. המוקוזיטיס מתאפיינת בדלקת והתכייבות של רירית הפה ושל ריריות נוספות לאורך צינור מערכת העיכול. המוקוזיטיס היא תוצאה של ההשפעה הציטוטוקסית הישירה והעקיפה על תאי רירית מערכת העיכול. סקירה זו תתמקד בהיבטים של מעורבות הפה.

בשני העשורים האחרונים הופנתה תשומת לב רבה בקרב הקהילה הרפואית למשמעויות הקליניות של מוקוזיטיס ולפיתוח תרופות לטיפול במוקוזיטיס. ניתן לראות בכך תוצאה של כמה גורמים: 1) השימוש בתרופות ציטוטוקסיות או בשילוב שלהן הוביל לפרוטוקולי טיפול אגרסיביים, הכרוכים בסיכון מוגבר למוקוזיטיס; 2) התוספת של כימותרפיה לפרוטוקולי טיפול שבעבר הסתמכו רק על טיפול קרינתי; 3) עדויות על הקשר בין מוקוזיטיס לבריאות הכללית; 4) עדויות על המשמעות הכלכלית של מוקוזיטיס; 5) השימוש בגורמי גדילה המעודדים את פעילות מח העצם כטיפול בנאוטרופניה צמצם במידה חלקית את הסיכון הכרוך בנאוטרופניה והפנה את תשומת הלב של הקלינאים למוקוזיטיס.

יחד עם זאת, יתכן שההתפתחויות בתחום האונקולוגיה (השימוש

---

1 המחלקה לרפואת הפה, ביה"ס לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים
2 המרפאה לרפואת הפה במחלקה לכירורגיית פה ולסתות, המרכז הרפואי שיבא - תל־השומר
3 המחלקה לפתולוגיה אורלית ורפואת הפה, בית הספר לרפואת שיניים, אוניברסיטת תל אביב

המאמר פורסם בכתב העת לרופאי השיניים בישראל DENTAL, גיליון מס' 9, נובמבר-דצמבר 09.

מוקוזיטיס בפה בחולי סרטן כר לשיתוף פעולה רב־תחומי

בטכנולוגיות הקרנה ממוקדות יותר כגון ה־Intensified modulated radiotherapy (IMRT) והתחזקות המגמה של הורדת מינון הטיפול המכין לקראת השתלת מח עצם (reduced intensity conditioning regimen) ישנו את הפרופיל הקליני של המוקוזיטיס (1-3).

המופע הקליני

המוקוזיטיס מופיעה בשכיחות נמוכה יחסית בחולים שמטופלים בפרוטוקולים ציטוטוקסיים לגידולים מוצקים, מתגברת לשכיחות של כ־60% בחולים שעוברים השתלת מח עצם, ומגיעה לשכיחות של קרוב ל־100% בחולים שעוברים הקרנות לראש-צוואר (4).

המוקוזיטיס פוגעת ברוריות שאינן בעלות ציפוי קרטין (non-keratinized) בפה, כגון צדי ובטן הלשון, רצפת הפה, החך הרך, הריריות הבוקליות והריריות הלביאליות. היא מתבטאת באודם ובהתכייבויות המכוסות בפסאודו־ממברנה לבנה-צהבהבה. מוקוזיטיס גורמת על פי רוב לכאב עז. נמצא שמוקוזיטיס נחשבה על ידי מושתלי מח עצם לגורם העיקרי מבין הגורמים שהקשו עליהם את ההתמודדות עם סיבוכי ההשתלה (5).

הכאבים שמתלווים למוקוזיטיס מובילים להפרעה בצריכת מזון, וכתוצאה מכך נגרמות התייבשות ותת־תזונה. במוקרני ראש-צוואר מקובל שירידה של 5% במשקל במהלך השבועות הראשונים של קורס ההקרנות מטופלת בהחדרת צינור הזנה למערכת העיכול.

עיתוי המוקוזיטיס שונה בין חולים שמטופלים בכימותרפיה לסוגיה לבין חולים שמטופלים בהקרנות. בחולים שמטופלים בכימותרפיה או עוברים השתלת מח עצם, החומרה של המוקוזיטיס מגיעה לשיאה כשבוע עד 10 ימים לאחר תחילת הכימותרפיה, במקביל לתקופת הנאוטרופניה. בחולים שמטופלים בהקרנות, המוקוזיטיס מתפתחת בשלושת השבועות הראשונים של הטיפול הכימי ומגיעה לשיאה עם תום הטיפול.

מעבר לנזקים הישירים לרקמות הפה ולתפקודן, המוקוזיטיס יכולה לגרום נזקים סיסטמיים עקיפים. בחולים נאוטרופניים, חלל הפה הוא מקור פוטנציאלי לזיהום סיסטמי. הפגיעה ברירית הפה שוברת את מחסום ההגנה המכני ומאפשרת לחיידקים מחלל הפה להתפזר באופן המטוגני ליתר הגוף (6, 7).

יש לציין כי בחולי סרטן קיימים סיבוכים אופייניים נוספים שפוגעים ברקמות הפה. כך שבמקביל למוקוזיטיס, יכולים להופיע בפה סיבוכים נוספים בו זמנית, כגון זיהומים, פגיעה בתפקוד של בלוטות הרוק והפרעת טעם. השילוב של כמה סיבוכים בפה מקשה על החולים את ההתמודדות עם המוקוזיטיס.

המנגנון

המודל המקובל היום לתיאור הפתוגנזה של מוקוזיטיס מציג תהליך ביולוגי מורכב, רב־שלבי ובעל מסלולים מקבילים. פירוט על האירועים והמדיאטורים שפעילים לאורך הפתוגנזה אפשר למצוא בסקירות שפורסמו על ידי סוניס (6, 8). לצורך הפשטת התהליך, מחלקים את הפתוגנזה לחמישה שלבים:

1. פתיחה (initiation): הכימותרפיה או הרדיותרפיה גורמים נזק לרירית. שבירת ה־DNA גורמת למות התאים. בנוסף, נוצרים רדיקלים חופשיים שיוצרים נזק נוסף לתאים. במקביל מופעל Nuclear factor-κB (NF-κB);

2. ויסות עולה (upregulation): NF-κB גורם להפעלת גנים בתאי הרירית. במקביל, תאי מערכת החיסון מפרישים ציטוקינים מעוררי דלקת, שגורמים נזק נוסף לתאי הרירית, ופירוק של שומנים בממברנת התא מעורר אפופטוזיס במסלול ה־ceramide;

3. הגברה (amplification): החומרים שהופרשו בשלב הקודם משמשים סמן להגברת כמות הציטוקינים תומכי הדלקת ולהגברה של תהליכי ההרס בתאים. המשוב החיובי הזה גורם לרירית להיות דקה יותר, ויתכן שהסימפטומים המוקדמים יופיעו. אולם, עדיין לא ייראו סימנים קליניים של מוקוזיטיס;

4. התכייבות (ulceration): התוצאה המצטברת של הנזק לרירית מתבטאת באופן קליני כהתכייבות. פריצת מחסום הרירית מאפשרת חדירה של מיקרופתוגנים, והללו מחמירים את התגובה הדלקתית המקומית ואף עלולים להתפשט למחזור הדם;

5. **ריפוי (healing):** הריפוי קורה באופן ספונטני, כנראה כתוצאה מפעילות מולקולרית של המשתית של רירית הפה.

השלכות

למוקוזיטיס בפה יש השלכות על הצלחת הטיפול נגד הסרטן ועל איכות החיים בתקופת הטיפולים, וכמובן השלכות כלכליות.

במוקרני ראש-צוואר שכיח למצוא שהמוקוזיטיס תגביל את המשך הטיפול הקרינתי. הכאב הנגרם מהמוקוזיטיס אינו ניתן לשליטה גם באמצעים פרמקולוגיים, ולא אחת החולה מבקש לסגת מהטיפול. בתנאים אלו פוחת הסיכוי להצלחת הטיפול נגד הסרטן.

המוקוזיטיס קשורה לפגיעה באיכות החיים של החולים (9) ולעלייה בצרכים הרפואיים שלהם. אפשר למדוד את העלייה בצרכים הרפואיים בכמות הנרקוטיקה בעת הטיפול, במספר אירועי החום ומשכם, בשכיחות זיהומים סיסטמיים ובמשך האשפוז. לפרמטרים אלו יש משמעות כלכלית רחבה יותר מאשר עצם הטיפול במוקוזיטיס (6, 10, 11).

הטיפול

חלק יסודי בטיפול הוא ביצוע הערכה של החולה טרם תחילת הטיפול בסרטן. הערכה זו נדרשת כדי ליצור תיעוד בסיסי של מצבו, לזהות גורמי סיכון משניים להתפתחות מוקוזיטיס (כגון טראומה ממקור השיניים), לטפל בהם ולהדריך את החולה לגבי הצפוי בהמשך הטיפול. הדרכת החולה הוא מרכיב חינוכי חשוב בהתמודדות עם הקשיים שעומדים בפניו בהמשך ואמצעי להשיג את שיתוף הפעולה שלו בביצוע טיפולי הפה הקבועים לאורך תקופת הטיפול.

ההדרכה צריכה להיות מותאמת לצרכים האישיים של החולה, בהתאם לממצאי בדיקת ההערכה המוקדמת. ההדרכה צריכה להדגיש את חשיבות השמירה על היגיינה אורלית בתקופת הטיפול נגד הסרטן ולעודד את החולה להתמיד בכך. חשוב להבהיר לחולה שאין הצדקה להפסקה גורפת של צחצוח השיניים עם תחילת הטיפול נגד הסרטן, וכי אפשר להמשיך להשתמש באביזרים המקובלים לשמירת היגיינה אורלית.

לצורך כך נדרש צוות מקצועי, בעל ידע ייחודי על מאפייניה של אוכלוסיית חולים אלו והצרכים שלהם. הצוות צריך להיות מורכב מאנשי מקצוע מכל התחומים שמשיקים לטיפול בחולים אונקולוגיים, כגון רופאים, אחיות, רוקחים, רופאי שיניים ושיננית בעלי ידע ברפואת הפה, עובדים סוציאליים ופסיכולוגים. אפשר ללוות את ההערכה באמצעים כתובים.

ההערכה הקלינית צריכה להימשך גם במהלך הטיפול, כדי לזהות סימני מוקוזיטיס עם הופעתם. קיימות כמה סקלות לדירוג של עוצמת המוקוזיטיס. המוכרות שביניהן הן הסקלה של איגוד הבריאות העולמי (World Health Organization, WHO), הסקלה של מכון הסרטן הלאומי של ארה"ב (National Cancer Institute, NCI) וסקלה הקרויה Oral Mucositis Assessment Scale (OMAS). הסקלה של NCI עוברת עדכון בימים אלו, ובקרוב צפויה להתפרסם גרסה מספר 4 שלה.

קיימות הנחיות כלליות לטיפול במוקוזיטיס, כגון שטיפות פה על בסיס יומי עם נוזל נטול מרכיב פעיל כגון מי סליין או שטיפה על בסיס סודה לשתיה (סודיום ביקרבונט), כדי להקטין את עומס החיידקים בפה; הימנעות משימוש בתותבות בתקופת הטיפול הכימי/הקרינתי במטרה

אש"י במגמה ירוקה

עדכון כתובות דואר אלקטרוני (e-mail) ומספרי טלפונים סלולריים

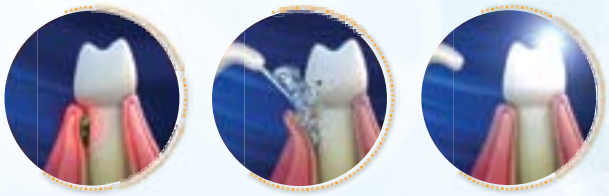
שיננית יקרות, במטרה להפחית את נפח הניירת הנמצאת בשימוש וכדי שנוכל להעביר אליכן מדי פעם מידע, חדשות ועדכונים בצורה יעילה ואפקטיבית, הנכן מתבקשות לוודא שכתובת הדוא"ל (e-mail) שלכן ומספרי הטלפון הסלולרי (לשליחת מסרונים - SMS) שבידנו - עדכניים. שיננית שעדיין אינה נמצאת ברשימת התפוצה לדיוור אלקטרוני של האיגוד ומעוניינת בכך, מוזמנת למלא את פרטיה ב"צור קשר" שבאתר האיגוד:

www.idha.org.il

נא לציין בתוכן ההודעה שהנכן מעדכנות דוא"ל ומספר טלפון נייד, או שהנכן מעוניינות בדיוור אלקטרוני.
אש"י מתחייב שלא להעביר הלאה את הפרטים לשום גורם חיצוני!

סילונית

עזרו למטופלים שלכם לשמור על בריאות החניכיים



- Oral Irrigation זו לא סתם שטיפה.
  מחקרים מוכיחים שזהו טיפול ביתי שמוביל לחניכיים בריאות.
- סילונית מרפא דלקות חניכיים ומרוקן כיסי חניכיים.
- סילונית הינו פרי פיתוח ישראלי ומיוצר בארץ.

מקרה של ג'ינג'יביטיס

לפני השימוש בסילונית

אחרי השימוש בסילונית פעמים ביום למשך חודש - דקה בכל פעם.

מקרה של פריודונדיטיס

העצם בתהליך ספיגה לפני השימוש בסילונית

אחרי שימוש בסילונית, **בתוספת ג'ל כלורהקסידין 0.2% בתוך הפיה.** לאחר שימוש פעמיים ביום, במשך חצי שנה, אפשר להבחין ברמינרליזציה של העצם שהייתה בתהליך ספיגה.

לאחר שימוש פעמיים ביום, במשך 8 חודשים.

סילונית הינו ה- Water Jet המחובר לברז המשוכלל בעולם והיחידי שמאפשר לשלב בו חומר אנטיספטי.

אם הנכם מעוניינים למכור או להמליץ על סילונית במרפאה כשירות למטופלים שלכם, אתם מוזמנים להתקשר:
1-800-822-822 ואחד מנציגינו ישמח לעמוד לרשותכם וגם יוכל להגיע אליכם.
Dacotan. ltd. • info@penaki.com • www.penaki.com

O.S. design 054-3138389

להקטין את מרכיב הטראומה המקומית; ושימוש בחומרים מאלחשים, טופיקליים או סיסטמיים, לשליטה בכאב.

בשנים האחרונות פורסמו כמה הנחיות ספציפיות יותר על ידי כמה איגודים מקצועיים מוכרים, בהם Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) (12), National Comprehensive Cancer Networking (NCCN) (13), Oncology Nursing Society (ONS) (14), Cochrane Group (15, 16), American Society of Clinical Oncology (ASCO) (17).

ההנחיות כוללות המלצה לטיפול בקוביות קרח למניעת מוקוזיטיס בחולים המטופלים ב־5-פלואורציל (5-fluorouracil) או אדטרוקסט (edatroxate) כאשר הם ניתנים במנה מרוכזת (bolus), או בחולים שעוברים השתלת מח עצם לאחר טיפול מכין שכלל melphalan במינון גבוה; שימוש בגורם גדילת הקרטינוציטים מספר 1 (Keratinocyte Growth Factor-1) בחולים שעוברים השתלת מח עצם עצמית לאחר טיפול מכין שכלל הקרנות כלל־גופיות (חומר זה מוכר גם בשמות Palifermin או Kapivance); שימוש בנרקוטיקה באמצעים שמאפשרים את קביעת המינון על ידי החולה (patient controlled analgesics).

רשימת ההנחיות מונה גם חומרים שנבדקו למניעה או לטיפול במוקוזיטיס ונמצאו בלתי יעילים (12, 14). כמו כן, הוצעו טיפולים נוספים ושטיפות פה שונות, שיש רושם כי הם בעלי תועלת במניעת מוקוזיטיס, אך דרושים מחקרים נוספים כדי לחזק את הרושם הראשוני ולהגדיר את אופן השימוש המדויק בהם (15, 16).

סיכום

מוקוזיטיס הוא סיבוך מוכר בחולי סרטן, בעל השלכות רבות - הן על תפקודי הפה והן על סיבוכים סיסטמיים.

המחקר בנושא מוקוזיטיס מתמקד בשני כיוונים: א. גילוי אתרי מפתח במנגנון המוקוזיטיס שיוכלו לשמש מטרה לטיפול; ב. פיתוח תרופות למניעת מוקוזיטיס או לטיפול בה. למרות המחקר הנרחב בתחום, טרם נמצא טיפול שיוכל לתת מענה מיטבי למוקוזיטיס במרבית חולי הסרטן. יחד עם זאת, קיימות הנחיות לטיפול תומך. לאור האמור לעיל, קיימת חשיבות רבה לשיתוף פעולה אינטר־דיסיפלינרי בין כל אנשי הרפואה שמטפלים בחולי סרטן.

חשוב לשמור על היגיינת הפה גם במהלך הטיפולים האונקולוגיים, ואת המסר הזה השיננית יכולה להעביר לחולים שיפנו אליה טרם תחילת הטיפול האונקולוגי.

ספרות

1. Epstein JB, Raber-Drulacher JE, Wilkins A, Chavarria MG, Myint H. Advances in hematologic stem cell transplant: an update for oral health care providers. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009;107(3):301-12.
2. Wolden SL, Chen WC, Pfister DG, Kraus DH, Berry SL, Zelefsky MJ. Intensity-modulated radiation therapy (IMRT) for nasopharynx cancer: update of the Memorial Sloan-Kettering experience. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2006;64(1):57-62.
3. Elad S, Shapira MY, McNeal S, Or R, Garfunkel AA, Hirschhorn A, et al. Oral effects of nonmyeloablative stem cell transplantation: a prospective observational study. Quintessence Int 2008;39(8):673-8.
4. Bradley LL, Chambers M, Conklin CE, Fox PC, Garden AS, Haveman CW, et al. Oral Health in Cancer Therapy. A Guide for Health Care Professionals. In: Rankin KV, Jones DL, Redding SW, editors. Oral Health in Cancer Therapy; 2003 February 28 - March 1, 2003; San Antonio: Dental Oncology Education Program; American Cancer Society, Texas Division; Texas Dental Foundation; 2003.
5. Bellm LA, Epstein JB, Rose-Ped A, Martin P, Fuchs HJ. Patient reports of complications of bone marrow transplantation. Support Care Cancer 2000;8(1):33-9.
6. Sonis ST, Oster G, Fuchs H, Bellm L, Bradford WZ, Edelsberg J, et al. Oral mucositis and the clinical and economic outcomes of hematopoietic stem-cell transplantation. J Clin Oncol 2001;19(8):2201-5.
7. Elting LS, Avritscher EB, Cooksley CD, Cardenas-Turanzas M, Garden AS, Chambers MS. Psychosocial and economic impact of cancer. Dent Clin North Am 2008;52(1):231-52, x.
8. Sonis ST. Pathobiology of oral mucositis: novel insights and opportunities. J Support Oncol 2007;5(9 Suppl 4):3-11.
9. Elting LS, Keefe DM, Sonis ST, Garden AS, Spijkervet FK, Barasch A, et al. Patient-reported measurements of oral mucositis in head and neck cancer patients treated with radiotherapy with or without chemotherapy: demonstration of increased frequency, severity, resistance to palliation, and impact on quality of life. Cancer 2008;113(10):2704-13.
10. Elting LS, Cooksley C, Chambers M, Cantor SB, Manzullo E, Rubenstein EB. The burdens of cancer therapy. Clinical and economic outcomes of chemotherapy-induced mucositis. Cancer 2003;98(7):1531-9.
11. Elting LS, Cooksley CD, Chambers MS, Garden AS. Risk, outcomes, and costs of radiation-induced oral mucositis among patients with head-and-neck malignancies. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2007;68(4):1110-20.
12. Keefe DM, Schubert MM, Elting LS, Sonis ST, Epstein JB, Raber-Durlacher JE, et al. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. Cancer 2007;109(5):820-31.
13. Bensinger W, Schubert M, Ang KK, Brizel D, Brown E, Eilers JG, et al. NCCN Task Force Report. prevention and management of mucositis in cancer care. J Natl Compr Canc Netw 2008;6 Suppl 1:S1-21; quiz S22-4.
14. Harris DJ, Eilers J, Harriman A, Cashavelly BJ, Maxwell C. Putting evidence into practice: evidence-based interventions for the management of oral mucositis. Clin J Oncol Nurs 2008;12(1):141-52.
15. Clarkson JE, Worthington HV, Eden OB. Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database Syst Rev 2007(2):CD001973.
16. Worthington HV, Clarkson JE, Eden OB. Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database Syst Rev 2007(4):CD000978.
17. Hensley ML, Hagerty KL, Kewalramani T, Green DM, Meropol NJ, Wasserman TH, et al. American Society of Clinical Oncology 2008 clinical practice guideline update: use of chemotherapy and radiation therapy protectants. J Clin Oncol 2009;27(1):127-45.

Oxyfresh®

הסדרה היחידה המצליחה למנוע ריחות פה,
לנטרל את רובד החיידקים
ולשמור על בריאות החניכיים

דברים נוספים שכדאי לדעת על סדרת מוצרי אוקסיפרש הייחודית:

- מכילים את המרכיב הייחודי Oxygen
- מכילים סוכרלוז ומתאימים לסוכרתיים
- אינם מכילים אלכוהול וצבעי מאכל
- אינם מכתימים את השיניים
- אינם מוגבלים בתקופת שימוש
- ידידותיים לסביבה ולא נוסו על בעלי חיים

שמור על הפה שלך!

בקרוב באריזות חדשות!

מומלץ ע"י רופאי השיניים ואיגוד השיננויות האמריקאי

thinkdesign

מגוון מוצרי אוקסיפרש, למניעת ריחות פה ולשמירה על בריאות החניכיים:

מי פה לימון-מנטה (חדש)	מי פה צינק	מי פה פלואוריד	מי פה מנטה	משחת שיניים פלואוריד	משחת שיניים עם אוקסיג'ן	ג'ל דנטלי לחניכיים
LEMON MINT	ZINK	FLUORIDE	FRESH MINT	FLUORIDE TOOTHPASTE	TOOTHPASTE	DENTAL GEL
בטעם לימון-מנטה מרענן מומלץ גם לאנשים מעשנים	למניעת ריח פה חזק במיוחד	להגנה מפני חורים בשיניים	בטעם מנטה עדין ומרענן	להגנה מפני ריקבון וחורים בשיניים	מגינה על ציפוי השן	לריפוי חניכיים רגישות

ניתן להשיג ברשתות הפארם ובבתי המרקחת

לקבלת דוגמית, חייגו לשירות הלקוחות של כמיפל: 1-800-500-000

יבוא ושיווק: כמיפל בע"מ.

דלית ארמוזה, RDH

מצב התעסוקה ורמת שביעות הרצון בקרב שיניות בישראל

מבוא

המושג "בריאות", כפי שמוגדר על ידי הארגון הבריאות העולמי (WHO), הינו מצב של רווחה פיזית, נפשית וסוציאלית ולא רק היעדר חולי או נכות (21).

הזכות לבריאות היא זכות יסוד המוגנת על־ידי אמנה בינלאומית. על האמנה חתומות כ־194 מדינות, בהן גם ישראל (22). בישראל, חוק ביטוח בריאות ממלכתי מהווה עוגן מרכזי של הזכות לבריאות, המטיל על המדינה, דרך רשויותיה השונות, את האחריות למימוש הזכות לבריאות.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, חל על כל תושבי מדינת ישראל אך אינו מכסה את תחום הפסיכיאטריה, טיפול סיעודי ורוב רפואת השיניים (22).

בתוך חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לו זכאי כל אזרח בישראל, בריאות השיניים מכוסה חלקית. בכך נבדלת מדינת ישראל ממדינות אירופה, למשל דנמרק ונורווגיה, שבהן ילדים עד גיל 18 זכאים לטיפול שיניים חינם במימון המדינה. כדוגמה נוספת, רפואת השיניים בגרמניה כלולה בסל השירותים הבסיסי, ושירותי בריאות השן ניתנים מכורח החוק לילדים ולאוכלוסיות חלשות. בבריטניה, רפואת השיניים ניתנת במימון ציבורי עם השתתפות מינימלית. בארה"ב, מערך בריאות השן דומה למערך בארץ ורובו ככולו פרטי, אך קיים מערך שירות ותמיכה באוכלוסיות נזקקות (2-6).

כאמור, שירותי בריאות השן בארץ ברובם לא נכללו בסל שירותי הבריאות הממלכתי ומימונם מוטל על האזרחים. זאת על אף שבריאות הפה והשיניים מהווה חלק בלתי נפרד מבריאות האדם והגוף. כתוצאה מכך, השירותים זמינים רק למי שהפרוטה מצויה בכיסו.

תחלואת השן בישראל גבוהה ביחס לתחלואה במדינות מפותחות אחרות, הפערים בתחלואה בין בעלי הכנסה גבוהה לבעלי הכנסה נמוכה ובינונית גדולים וההוצאה הלאומית לבריאות על רפואת שיניים גבוהה. על פי נתוני מרכז טאוב לחקר מדיניות חברתית בישראל, ההוצאה המשפחתית הממוצעת לרפואת השן הינה 540 ש"ח בחודש, המהווים 6.4% מכלל ההוצאה הביתית (1). הוצאה בסדר גודל כזה אינה אפשרית לבעלי הכנסה נמוכה, ואלה נאלצים לוותר על טיפול שיניים.

מתוך הכרה בחשיבות הרפואה

מתוך הנתונים עולה הצורך המתבקש לכלול את רפואת השיניים בתוך סל השירותים, וכך חלו בשנה האחרונה שינויים מהותיים בשירותי רפואת השיניים בישראל. השינויים העיקריים בכללם מניעה וטיפול, ועיקרם הכנסת טיפול שיניים משמר ומניעה לילדים עד גיל 8. המימון ציבורי, על ידי הגדלת תקציב הבריאות בסעיף השירות הדנטלי לתלמיד ומניעה ראשונית בבתי הספר (12). ב־1.7.2010 אושר חוק "הכללת טיפולי שיניים בסל הבריאות", בהתאם להצעתו של סגן שר הבריאות ח"כ הרב יעקב ליצמן.

בתחילה הטיפול מיועד לגילאי 0-8, כשהכוונה להרחיב מדי שנה את טווח הגילאים, עד גיל 18 (12). טיפול משמר הינו תחזוקה,

---

המחקר נערך במסגרת הלימודים לתואר ראשון B.A במדעי החברה, החוג המשולב (פסיכולוגיה קרימינולוגיה וסוציולוגיה) באוניברסיטת בר אילן.
תודה לד"ר נירית יבנאי, ד"ר לאון בילדר וד"ר אבי זיני, מהמחלקה לרפואת שיניים קהילתית, הפקולטה לרפואת שיניים, האוניברסיטה העברית הדסה ירושלים - על ההנחיה ועל הכנת הניתוחים הסטטיסטיים והטבלאות.

שימור הקיים וטיפול מניעתי. מניעת מחלות הפה והשיניים וגילוי מוקדם החל בגיל הצעיר יחסכו עלויות טיפול שיניים בגיל מאוחר יותר (17).

טיפול בנגעים קיימים לא יעצור תחלואה, והשקעת כסף רב בטיפולים לא תישא פרי ללא מניעה ראשונית. רפואת שיניים מונעת מפחיתה את נטל התחלואה הדנטלית וחוסכת כסף (16). מהות מקצוע השיננות הינה מניעה של מחלות חניכיים ושיניים על ידי שמירה על בריאות הפה והשיניים, וכן ביצוע טיפול תחזוקתי של המצב הקיים (7).

השיננית עוסקת בהדרכה, בהסברה ובהעלאת המודעות להיגיינה נכונה בקרב המטופלים. זרעי המקצוע נבטו בארה"ב, בשנת 1884. באותה תקופה פורסמו לראשונה במגזין המקצועי American Journal of Dental Science מאמרים ראשוניים בנושא גהות דנטלית. ב־1902 הציע רופא שיניים להפוך את השיננות למקצוע נפרד, העוסק במניעה, וב־1906 - ד"ר Alfed Fones הכשיר לראשונה שיננית (8).

המונעת, הגישה שונתה מטיפולי למניעה

בארץ, קורס הכשרת השיניות הראשון נפתח ב־1978, בבית הספר לרפואת שיניים הדסה ירושלים (9). בלימודי השיננות הושם דגש על העלאת המודעות לכך שבריאות הפה והמניעה חיוניות לשמירה על הבריאות הכללית (18, 19). נמצא קשר בין תחלואה דנטלית לתחלואה סיסטמית כללית. מחקרים הראו שזיהומים בפה יכולים להיות קשורים למחלות לב וכלי דם וגם יכולים לגרום לשבץ מוחי (18, 19). טיפול נכון ומניעה עשויים למנוע את היקף התחלואה ובכך לחסוך תקציבי עתק ולשפר בריאות.

מתוך הכרה גוברת בחשיבות הרפואה המונעת, הגישה שונתה מטיפול למניעה.

לשיננית תפקידים רבים העוסקים במניעה. הטיפול נעשה בפרט ובקהילה. בתקנות 15 ו־16 (מתוך תקנות רופאי שיניים [שיניות] התשל"ח - 1978) מפורטות הפעולות המותרות לשיניות (11).

הפעולות בתחום המניעה הינן:

- ניקוי שיניים וצחצוחן;
- הסרת אבנית ומשקעים אחרים;
- הסרת עודפי מלט ממשטחים כותרתיים של השיניים;
- שימוש בתכשירים למניעת עששת באמצעות מריחה בפה;
- ייעוץ והדרכה בגהות הפה ושמירה על בריאות השן;
- בדיקת הפה לצורך הפעולות האמורות.

כמה גורמים חברו יחדיו והביאו להכרה בערכו של מקצוע השיננות במונחים של מניעה, יעילות וחיסכון. עם גורמים אלו נמנים התפקיד ההולך ומתפתח של השיניות במתן שירותים הכרחיים למתרפאים, רצון האוכלוסייה לנקוט באמצעים עצמיים לשמירה על הבריאות והתפתחות ההכרה בחשיבות של בריאות הפה כגורם מרכזי המשפיע על הבריאות הכללית.

על פי נתוני המאגר של איגוד השיננות הישראלי, בשנת 2010 היו רשומות בארץ כ־1600 שיניות. היחס המספרי בין רופאי שיניים לשיניות בארץ עומד על 1:3. מצב זה נובע, בין היתר, ממספר רב של רופאי שיניים. בארה"ב, קנדה ויפן היחס הינו 1:1 (7).

בארץ ובעולם, במקצוע עוסקות כמעט רק נשים (97%) (9). ייתכן שבשל העובדה שהמקצוע הוא "נשי", הוא פחות נחשק.

התחום הראשוני אשר יועד לעבודת השיננית בארץ, בדומה לארה"ב, היה המגזר הציבורי (בתי ספר, מוסדות וכדומה). עם התפתחות המקצוע התמקדה עבודת השיננית יותר במגזר הפרטי ופחות בקהילה, וזאת בשל קשיים כלכליים במערך המוסדי, חוסר בתשתיות ותכנון לקוי של המדינה (7).

בסקר שבדק יחסי גומלין בין רופאי שיניים לשיניות נמצא שרוב רופאי השיניים בארץ מרוצים מהקשר המקצועי הקיים היום בינם לבין השיננית. כמו כן, רופאי השיניים רואים את מקצוע השיננות כבא לסייע להשגת רפואת שיניים מונעת ולשיפור תוצאות טיפול המיטיבות עם המטופל (8).

שביעות רצון בעבודה מוגדרת כמצב אמוציונלי מהנה וחיובי, הנובע מהערכת אדם את עבודתו, ומתבטאת ברצונו להישאר בעיסוקו למרות המניעים הקיימים לעזיבת העבודה (25). שביעות רצון בעבודה היא אינדיקציה חשובה לגבי הרגשתו של העובד כלפי תפקידו והיא מנבאת כמה התנהגויות חשובות - כמו התנהגות אזרחית (האם העובד תורם לעבודה מעל הנדרש), היעדרויות, עזיבה, מחויבות למקום העבודה, התנהגות עוינת (גניבות, התבטאויות עוינות) וכדומה. נמצא קשר בין שביעות רצון לבין תפוקה (25, 26, 27).

במדינות כמו בריטניה, ניו זילנד ואוסטרליה נמצאה רמת שביעות גבוהה ממקצוע השיננות. הנשאלות הביעו עניין להרחיב את תחום עיסוקן. בבריטניה, רמת שביעות הרצון הייתה 7.25 בסולם של 10. בניו זילנד, רמת שביעות הרצון הייתה בממוצע 8 ובאוסטרליה היא עמדה על 8.49.

מתוך הבנה כי נתונים אלה קריטיים לתכנון כוח אדם ולהיערכות לשינויים ברפורמה בבריאות השן (13, 14, 15), הוחלט גם בארץ לאסוף נתוני תעסוקה מעודכנים לגבי השיננות ושביעות רצונן המקצועית. משרד הבריאות פנה למחלקה לרפואת השיניים הקהילתית של הדסה והאוניברסיטה העברית בירושלים בבקשה לערוך מחקר בקרב השיננות בארץ, כדי להיערך להצבת כוח אדם להפעלת התכנית. מתוקף תפקידי כיו"ר איגוד השיננות הישראלי, התבקשתי להצטרף למחקר.

מטרת המחקר

לספק תיאור עדכני של המצב התעסוקתי של השיננות בישראל ולמדוד את רמת שביעות רצונן מעבודתן.

שיטות

המחקר נערך באמצעות סקר שאלון שכלל: שנת לידה, מצב משפחתי, ותק במקצוע, מקום סיום הלימודים, חברות באיגוד, מקום העבודה, מספר מקומות עבודה, האם קיים עיסוק אחר בנוסף לשיננות, האם השיננית מעוניינת להרחיב את משרתה, השתלמויות ושאלות על שביעות רצון - שכר, הערכה מקצועית, האם המקצוע היה נבחר מחדש.

הנתונים עובדו בתוכנת אקסל ועברו ניתוח באמצעות מבחנים סטטיסטיים: מבחן Chi-Square ($\chi 2$) לניתוח הקשר בין המשתנים הקטגוריאליים לבין שביעות הרצון; בתוכנת SPSS לקביעת קשר בין שביעות הרצון ליתר המשתנים הבלתי תלויים.

השאלון הסתמך על סקרים דומים שנערכו בניו זילנד (14, 15) ובאוסטרליה (13). שאלות רלוונטיות מתוך סקרים אלו תורגמו לעברית על ידי מומחים בתחום.

לפני קביעת השאלון הסופי נערך פיילוט (מדגם ראשוני), שכלל כ־20 שיננות מהמחלקה לרפואת שיניים קהילתית בהדסה עין כרם ושיננות במרפאות נוספות. הנשאלות התבקשו לחוות דעה על השאלון, ששונה בהתאם להערות.

השאלון נשלח בדואר"ל ביוני 2010 לכתובות הרשומות במאגר השיננות אשר רשומות באיגוד השיננות הישראלי (אש"י). הרשימה כללה 954 כתובות דוא"ל, ש־75 מהן התבררו כשגויות. בנוסף לשאלון המקורי, נשלחו שתי הודעות תזכורת. בנוסף, השאלון חולק בכנס שיננות שנערך בחודש יולי 2010, בצירוף הסבר ותזכורת בעל פה למלא את השאלון ולהחזירו בפקס או במייל חוזר.

בסך הכול הוחזרו 180 שאלונים מלאים. שאלונים אלו סומנו כשיננות "עונות" (שיננות שהתייחסו לשאלון והחזירו אותו במלואו). כדי לבחון את רמת ההיענות הנמוכה יחסית ולבסס את היות השיננות ה"עונות" מייצגות נאמנה את כלל קבוצת השיננות בארץ, נערך סקר נוסף, טלפוני. סקר זה כלל 50 שיננות שנבחרו באופן אקראי מתוך 954 השיננות הרשומות במאגר השמות של איגוד השיננות הישראלי. שיננות אלו סומנו כשיננות "לא עונות".

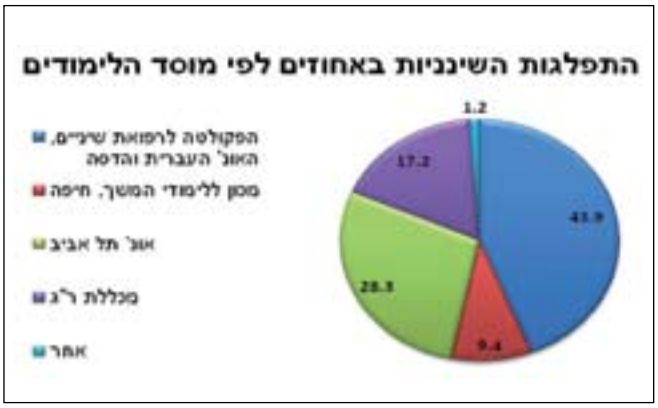
בחירת מספרי הטלפון בוצעה על ידי חלוקת 954 השיננות ב־50, כך שבוצעה שיחה טלפונית לכל שיננית 19 מבין הרשומות במאגר. השיחה כללה שאלון קצר. בסך הכול בוצעו 124 ניסיונות טלפוניים (שכללו: טלפון לא מחובר, לא תקין, שינוי/טעות במספר, ענתה על השאלון).

תוצאות

שיננות "עונות"

בסך הכול התקבלו 180 שאלונים מלאים. 100% מהעונות הן נשים (מרבית המועסקות במקצוע השיננות בעולם הן נשים). ממוצע הגיל היה 36.3 שנים (טווח: 22-69); 62.7% ילידות הארץ; 96.5% יהודיות; מצב משפחתי: 28.1% רווקת, 67.4% נשואות, 4.5% אחר; 1.6 ילדים בממוצע; ממוצע שנות הניסיון בעבודה כשיננית היה 8.76 שנים (טווח 0-46); 24.14 שנות ותק לשיננות שאינן ילידות הארץ. בהתפלגות לפי אזור מגורים, נראה שרובן במרכז (27% צפון, 12.4% ירושלים, 50.6% מרכז, 10.1% דרום).

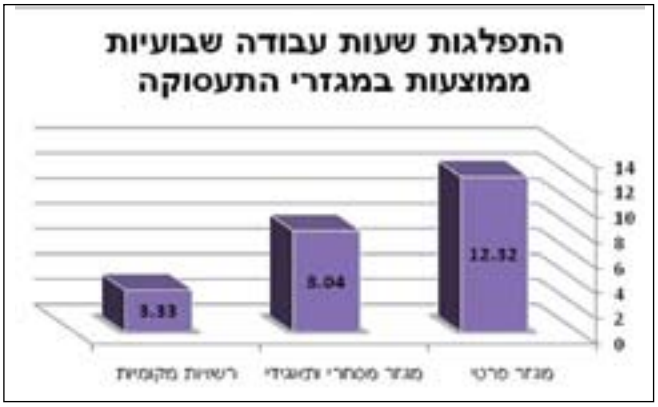
רובן (43.9%) סיימו את לימודיהן בהדסה, 9.4% בחיפה, 28.3% באוניברסיטת תל אביב, 17.2% במכללת רמת גן והשאר במקומות אחרים. התפלגות מוסדות הלימוד של השיננות מוצגת באיור 1.



איור 1. התפלגות משתתפות הסקר לפי מוסד הלימודים, באחוזים

השיננות דיווחו על 2.11 מקומות עבודה בממוצע לשיננית (טווח 0-6). רוב השיננות ה"עונות" חברות באש"י (78.3%).

שעות העבודה השבועיות עמדו בממוצע על 23.69 שעות. בהתפלגות על פי מגזרי תעסוקה, נמצא כי ממוצע שעות העבודה השבועיות עמד על 12.32 שעות במגזר הפרטי (מרפאות פרטיות לסוגיהן), 8.04 שעות במרפאות מסחריות (תאגידים למיניהם), 3.33 שעות ברשויות מקומיות (עבודה בקהילה). התפלגות שעות העבודה השבועיות על פי מגזרים מוצגת באיור 2.



איור 2. התפלגות משתתפות הסקר לפי שעות עבודה שבועיות ממוצעות במגזרי התעסוקה

68.9% מהעונות מדווחות כי הן מועסקות בסקטור הפרטי (מרפאות פרטיות כלליות או של מומחה), בלעדית או בשילוב תחומים נוספים; 49.4% מדווחות כי עובדות בסקטור התאגידים (בלעדית או בנוסף למקומות אחרים); 38.5% עובדות במקצוע אחר (בנוסף או במקום שיננות) כ־7.08 שעות בממוצע.

כ־62.4% הביעו רצון להוסיף שעות ולהרחיב את משרתן כשיננית קלינית. בממוצע, העונות רוצות להוסיף 9.33 שעות עבודה בשבוע: 5.31 לסקטור הפרטי, 2.28 למגזר התאגידים.

השוואת התוצאות בין שיננית "עונות" לשיננית "לא עונות" מוצגת בטבלה 1.

טבלה 1. השוואת תוצאות הסקר - שיננית "עונות" לעומת שיננית "לא עונות"

	סקר "עונות" (180)	סקר "לא עונות" (50)
גיל ממוצע בשנים	36.3	35.6
מספר שנות ותק כשיננית (ממוצע)	8.76	7.44
חברות באש"י	78.3%	40%
ילידות הארץ	62.7%	56%
נשואות	67.4%	79.6%
רווקות	28.1%	8.2%
גרושות	4.5%	12.2%
סיום לימודים בהדסה	43.9%	36.7%
סיום לימודים בתל אביב	28.3%	24.5%
סיום לימודים ברמת גן	17.2%	32.7%
סיום לימודים בחיפה	9.4%	6.1%
תבחר במקצוע מחדש	65.9%	65.3%
השתלמות בשלוש השנים האחרונות	84.8%	82%

שביעות הרצון ממקצוע השיננות

מרבית השיננית הרגישו בעלות ערך בקרב הקהילה הדנטלית (תמיד או בדרך כלל). בקרב שיננית "עונות" - 75.1%, ובקרב השיננית "הלא עונות" - 73.5%.

דווח על רמת שביעות רצון כללית טובה מהמקצוע. בקרב השיננית "העונות" - 7%, ובקרב שיננית "לא עונות" - 7.72%.

בוצע מבחן Chi-Square לניתוח הקשר בין המשתנים הקטגוריאליים לבין שביעות הרצון (קטגוריאלית). התוצאות מוצגות בטבלה 2 (בעמ' 20).

התוצאות מצביעות על כך ששיננית שעובדות בסמוך למקום מגוריהן (כל השעות או בשילוב עם עבודה רחוקה יותר ממקום המגורים) שבעות רצון יותר מאלו שעובדות במקום המרוחק ממקום מגוריהן (81.8% ו־56.0%, בהתאמה; p=0.004). שיעור השיננית בעלות שביעות רצון גבוהה גדול יותר כאשר אינן עובדות במקצוע אחד, לעומת אלו שעובדות במקצוע אחר (82.8% לעומת 68.2%; p=0.033). שיעור זה הוא גם גדול יותר בקרב שיננית שאינן מעוניינות להוסיף שעות עבודה במקצוען (85.1% לעומת 71.4%; p=0.039).

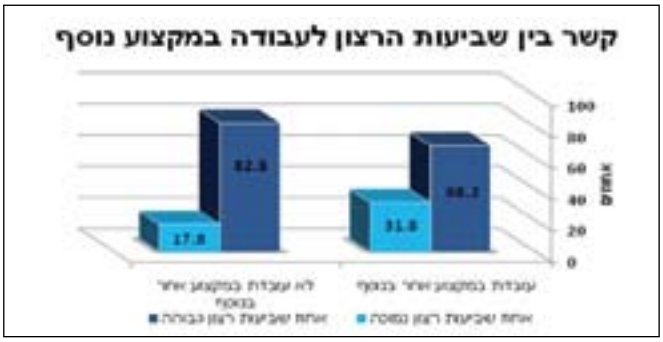
שיעור שביעות הרצון הגבוהה עולה ככל שהשיננית חשה מוערכת בקרב הקהילה הדנטלית (90.9% שביעות רצון גבוהה בקרב אלו החשות תמיד מוערכות, 88.4% ו־42.1% באלו שחשות כך "בדרך כלל" ו"לפעמים", בהתאמה; p<0.05). במקביל, שעור השיננית עם שביעות רצון נמוכה עולה בשיננית שחשות מוערכות לעתים רחוקות (57.9% ו־100.0%, בהתאמה ל"לפעמים" ו"נדיר").

בקרב השיננית שענו בחיוב לשאלה: "האם היית בוחרת את מקצוע השיננית מחדש?" היה שיעור גבוה של שביעות רצון גבוהה, בהשוואה לאלו שענו תשובה שלילית (92.9% ו־47.3%, בהתאמה; p<0.05). יותר שיננית העובדות במגזר הפרטי ענו שהן שבעות רצון ברמה גבוהה בהשוואה לאלו שאינן עובדות במגזר הפרטי (83.6% ו־59.6%, בהתאמה; p=0.001). ארץ לידה, דת, מצב משפחתי, מקום סיום הלימודים, מקום מגורים בארץ, חברות באש"י ועבודה בסקטור התאגידים לא נמצאו כמשפיעים באופן מובהק על שביעות הרצון.

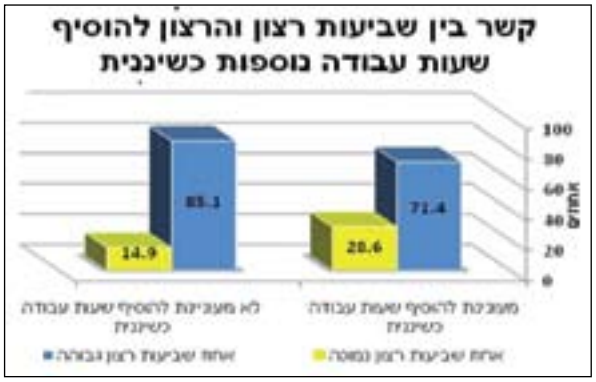
שביעות רצון מהשכר לפי מקומות עבודה: בסקטור הפרטי ממוצע שביעות הרצון היה 7.35 (סולם 1-10), והוא גבוה יותר משביעות הרצון מהשכר בסקטור התאגידים (4.28 בממוצע). ברשויות המקומיות שביעות הרצון מהשכר הייתה 4.75 בממוצע. שביעות הרצון מהשכר במגזרים השונים מוצגת באיור 3.

איור 3. שביעות רצון מהשכר בממוצע, לפי מגזרים

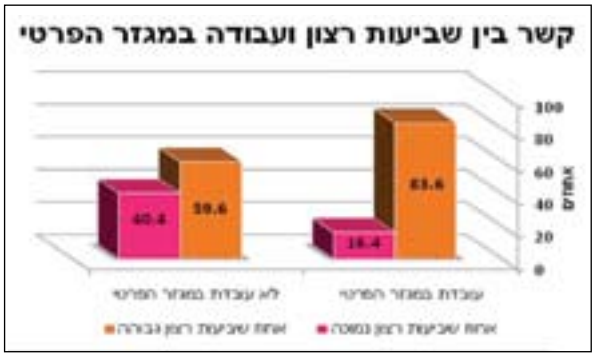
רמת שביעות הרצון הכללית ממקצוע השיננות הייתה בממוצע 7.00 (סקלה 1-10). חלוקה של רמת שביעות הרצון על פי קטגוריות מוצגת באיורים 4-8.



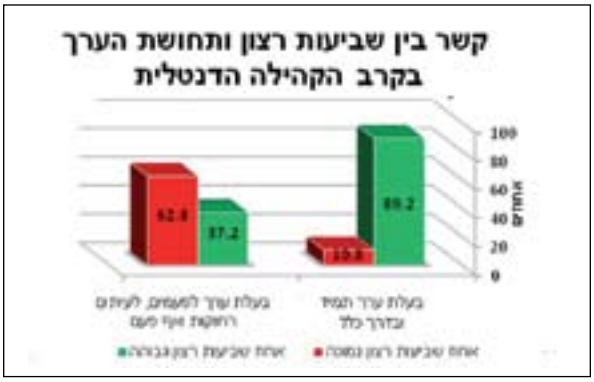
איור 4. הקשר בין רמת שביעות הרצון לעבודה במקצוע נוסף



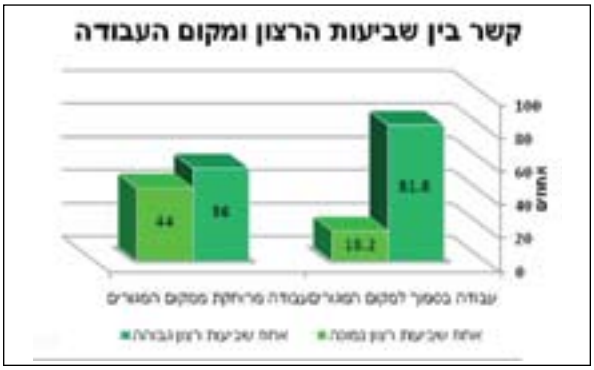
איור 5. הקשר בין רמת שביעות הרצון לבין הרצון להוסיף שעות עבודה כשיננית



איור 6. הקשר בין רמת שביעות הרצון לעבודה במגזר הפרטי



איור 7. הקשר בין רמת שביעות הרצון לתחושת הערך בקרב הקהילה הדנטלית



איור 8. הקשר בין רמת שביעות הרצון למרחק של מקום העבודה ממקום המגורים

ההתפלגות של רמת שביעות הרצון הייתה כלהלן: שביעות רצון נמוכה: 23.6% (1-5); שביעות רצון ממוצעת: 3.39 (3.39±1.35); שביעות רצון גבוהה: 76.4% (6-10). ממוצע רמת שביעות הרצון הוא 8.11, עם סטיית תקן של 1.21. טבלה 2 מפרטת את ההתפלגות לשתי רמות - גבוהה ונמוכה.

טבלה 2. התפלגות רמות שביעות הרצון ממקצוע השיננות (רמה נמוכה וגבוהה)

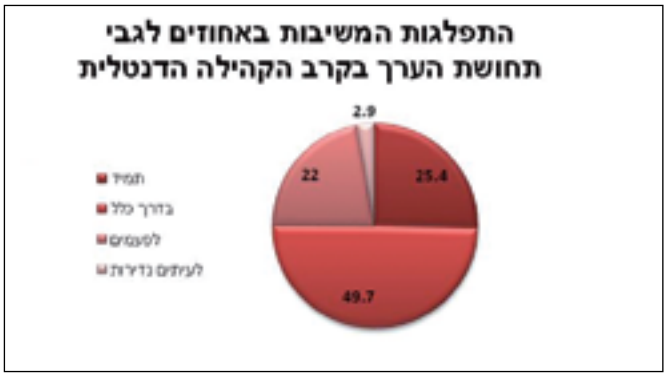
	שביעות רצון נמוכה (1-5)	שביעות רצון גבוהה (6-10)
שיעור השיננות	23.6%	76.4%
ממוצע	3.39	8.11
סטיית תקן	1.35	1.21

65.2% ממשתתפות הסקר השתתפו במהלך השנה האחרונה בקורסים ובהשתלמויות לאחר סיום לימודיהן, 19.5% השתתפו בקורסים ובהשתלמויות בשלוש השנים האחרונות, 15.2% לא השתתפו בקורסים ובהשתלמויות מזה יותר משלוש שנים או בכלל לא.

תחושת הערך בקרב הקהילה הדנטלית מתפלגת כך: 25.4% ממשתתפות הסקר חשות מוערכות תמיד; 49.7% - בדרך כלל; 22% - לפעמים; 2.9% - לעיתים נדירות (איור 9).

65.9% היו בוחרות במקצוע השיננות מחדש אילו עמדו עכשיו בפני הבחירה.

יש לציין כי רוב המשיבות לסקר הטלפוני היו בעלות רמת שביעות רצון גבוהה (89.8% בעלות רמת שביעות רצון של 6-10).



איור 9. התפלגות על פי רמת תחושת הערך בקרב הקהילה הדנטלית, באחוזים

השוואה בינלאומית

מן הממצאים עולה כי רופאי השיניים אינם מודעים מספיק ליתרונות שבהעסקת שיננית במרפאה (62.4% מהשיננית מדווחות על רצון להוסיף שעות עבודה). תפקידה של השיננית הוא להוות מצפן המנווט את מדיניות המרפאה. הצלחתה בהובלת המרפאה להישגים תלויה רבות ביכולתה למצות את כישוריה ולהביאם לידי ביטוי במרפאה דרך מגוון תפקידיה.

נמצא שרמת שביעות הרצון הכללית ממקצוע השיננות בארץ הינה 7.00 (בסולם 1-10). בבריטניה, בסקר שנערך ב־2001 (15), הממוצע היה 7.25 בסולם זהה; תוצאות כמעט זהות בתחום שביעות הרצון. בקרב שיניות מבוגרות (מעל גיל 38), נמצאה בסקר הבריטי רמת שביעות רצון גבוהה יותר - 7.4 (15).

שיניות בארץ נאלצות להשלים שעות עבודה במקצוע אחר (או בנוסף לשיננות או במקום השיננות), בהיקף של כ־7.08 שעות בממוצע. הסקר

שנערך בבריטניה העלה ש־11% אינן עובדות כשיניות. עובדה זו יכולה להעיד על תת תעסוקה. בהשוואה לממצא מ־1994 (20), שבו 62% שיניות דיווחו על תת תעסוקה, נראה שהמצב לא השתפר.

עוד נמצא ששביעות הרצון גדלה עם העלייה בגיל וגיוון מקומות העבודה. שביעות הרצון גם עלתה כאשר היו יותר שעות עבודה שבועיות במגזר הפרטי, כאשר השיניות חשו מוערכות בקהילה הדנטלית וכשעבדו בסמוך למקום מגוריהן ($p<0.05$). בבריטניה, שיניות גילאי 20-29 הראו רמת שביעות רצון של 8.29 >, ובגילאי +50 רמת שביעות הרצון עלתה ל־9.00 (14). ייתכן שעם הגיל, השיניות מצאו את מקומות העבודה הטובים, המתוגמלים היטב והנוחים יותר. הן פחות עסוקות בגידול הילדים והתפנו למתן שירות בשעות אחר הצהריים, כמתבקש בתחום עיסוק זה, ללא לחץ מהבית (13).

68.9% מדווחות כי הן מועסקות במגזר הפרטי (מרפאות פרטיות כלליות או של מומחה). התוצאה דומה לתוצאות הסקר שנערך בישראל ב־1994 (65%) (20) ולתוצאות הסקר שנערך ב־2001 בבריטניה (15).

47% מהשיניות עובדות במרפאות פרטיות. מספר שעות העבודה השבועיות עומד בממוצע על 23.69, בהשוואה ל־18 שעות שבועיות כפי שפורסם בסקר מ־1994 (20). בקנדה דווח על 31 שעות בממוצע (1978) ובארה"ב דווח על 25 שעות שבועיות (1983) (20). בסקר הבריטי מ־2001 (15) דווח כי מחצית מהשיניות עבדו פחות מחצי משרה (כלומר, פחות מ־30 שעות) (15). עבודה בחצי משרה יכולה להיות מוסברת בשני אופנים: האחד, שאין מספיק עבודה במקצוע; השני - מתוך בחירה, לצורך גידול הילדים ומסיבות נוספות.

השיניות בארץ דיווחו כי הן עובדות ב־2.11 מקומות עבודה בממוצע (בטווח 0-6). גם בסקר הבריטי מ־2001, הרוב (64%) דיווח על עבודה ביותר ממקום עבודה אחד, ורובן עובדות בסמוך לביתן או בשילוב של סמוך ומרוחק (84.8%) (15).

השיניות שרואיינו טלפונית, שלא ענו על הסקר המקורי, מאופיינות בממוצע גיל ושנות ניסיון דומים לאלה של קבוצת הסקר, עם שיעור דומה של ילידות הארץ. המצב המשפחתי שלהן אופיין ביותר אלמנות וגרושות. שיעור דומה מהמראיינות בטלפון הוא בוגר הקורסים בתל אביב ובירושלים, לעומת שיעור גבוה יותר מביניהן של בוגרות רמת גן, לעומת משתתפות הסקר הטלפוני. מכיוון שלא נמצאו הבדלים משמעותיים בין תוצאות הסקר המקורי לתוצאות הסקר הטלפוני, ניתן להסיק שקבוצת "העונות" מייצגת את כלל השיניות בארץ.

רוב העונות על הסקר המקורי היו חברות באש"י, ואילו רוב העונות על הסקר הטלפוני לא היו חברות אש"י. ייתכן ששיניות שאינן חברות באש"י חשות פחות מחויבות ואחריות כלפי פניות מהארגון או צורך במעורבות בעשייה מקצועית כוללת.

בשני הסקרים, שיעור המשיבות כי היו בוחרות במקצוע מחדש היה כמעט זהה. גם רמת שביעות הרצון הייתה גבוהה בשני הסקרים, עם ציון דומה. בשני הסקרים, שיניות בשיעור דומה חשות בעלות ערך - תמיד או בדרך כלל - בקרב הקהילה הדנטלית. בסקרים דומים שנעשו בחו"ל, שיניות הביעו רמת שביעות רצון דומה מעיסוקן המקצועי (רמה של 7.25 בחו"ל לעומת 7 בארץ, בסולם 1-10).

לסיכום ההשוואה: הסקר המקורי מייצג את חברות אש"י ואת כלל השיניות בארץ במאפייני הגיל, המצב המשפחתי, שנות הניסיון, תחושת הערך ושביעות הרצון מהמקצוע. מאפיינים אלה משתקפים באופן דומה בסקרים שנערכו בחו"ל.

רמת שביעות הרצון הגבוהה של השיניות יכולה להיות "מנוצלת" יותר לטובת ייעול הטיפול ושיפור איכותו. כאשר העובד שבע רצון ממקצועו, המוטיבציה שלו גדלה וכך גם התפוקה. מצב של תת תעסוקה מצביע על כך שפחות אנשים נחשפים לרפואת שיניים מונעת. הרפורמה ברפואת השיניים יכולה להוסיף שעות עבודה לשיניות, בעיקר ברמת המניעה. חשוב להגדיר ברפורמה טיפול תחזוקתי אצל השיננית כ"חובה" פעם

בשנה (בדומה לחיסונים), ולא להשאיר זאת לבחירת המטופל.

סביר להניח שלשיניות מבוגרות יותר יש יותר ניסיון בעבודה ויותר זמן פנוי, מה שמאפשר להן לברור את המקומות הטובים יותר. הן סיימו לגדל את ילדיהן ופנויות לשעות עבודה גמישות יותר (15).

מסקנות ודיון

שיניות הן כוח אדם פוטנציאלי חיוני ליישום הרפורמה בשירותי רפואת השיניים. הן מרוצות ממקצוען ומעוניינות להרחיב את פעילותן. על קובעי המדיניות להתחשב בתוצאות הסקר בעת תכנון תכניות מניעתיות ארציות, תוך שימוש נכון יותר בכוח אדם חשוב זה - שמהותו המקצועית היא מניעה וטובת המטופל.

מחקר אורך מ־2006 בחן את הפרופיל של מקצוע השיננות, תוך התבססות על אגודות שיננות בינלאומיות במדינות אוסטרליה, אוסטריה, קנדה, איי פיג'י, שוודיה, ארה"ב, שוויץ, דנמרק, פינלנד, גרמניה, אירלנד, ניגריה ועוד. מסקנות המחקר הדגישו את הצורך בהרחבת היקף הפעילות החוקית של מקצוע השיננות על־ידי בניית תכניות לתואר ראשון ושני, שירחיבו את אפשרויות הקריירה בתחום ויבטיחו היצע ושיפור של שירותים (9).

מסקר רוחבי, שנערך בקרב רופאי שיניים בישראל בשנים 2006/07, עלה כי 88% מרופאי השיניים סבורים שיש להרחיב את השכלתן המקצועית של השיניות ללימודי תואר אקדמי - תואר "בוגר בשיננות" (Bachelor in Dental Hygiene). תואר זה מייעד לשיניות תפקידים בתחום ההוראה, פרויקטים קהילתיים לחינוך, מניעה ומחקר. כיום, שיננית קלינית אינה עוסקת בתחומים אלה והיא מחוסרת הכשרה מתאימה לטיפול במטלות ציבוריות ולאומיות בנושאי מניעה בתחום בריאות הפה והשיניים (8).

מסיבות אלה יש לדאוג לקידום המקצוע, תוך דאגה לשיפור השירות ולאיכות הטיפול. העמקת הידע ברמה אקדמית תאפשר להפוך את העוסקים במקצוע ל"הון אנושי" של ממש, עם יכולות מחקר וקידום מקצועי - לטובת המטופל ולטובת בריאות הציבור. מניעה ראשונית היא פשוטה וזולה. היא חוסכת סבל ועלויות רבות יותר לטווח הרחוק.

היתרונות למטופלים מעבודתן של השיניות הם רבים:

- השיננית יכולה להחדיר ולהגדיל את המוטיבציה לפעילות מניעתית;
- השיננית הוכשרה למנוע מחלות פה ושיניים;
- השיננית מהווה מקור מהימן ומקצועי;
- השיננית מטפלת במטופלים מגיל צעיר ומרגילה אותם בצעדיהם הראשונים להיגיינה נכונה ועוד.

קידום בריאות השיניים איננו חשוב לשיניים בלבד. מחלות הפה יכולות להיות בעלות השפעה ניכרת על החברה. לבעיות שיניים יש ממד פסיכולוגי המשפיע על איכות חייו של הפרט ויכול לגרום פגיעה בדימוי

העצמי וירידה בתפקוד החברתי. נדיר שמחלות הפה יהוו סכנת חיים, אך השפעתן במונחים חברתיים היא משמעותית: מגבלות בפעילות החברתית בכל הגילים, אובדן שעות עבודה, בעיות כלכליות ועוד (24).

על כן, לשימוש נכון בכוח אדם מקצועי, קרי שיננית, יתרונות חשובים:

- שיפור של מצב בריאות הפה בקרב כל התושבים;
- הקטנה של היקף התחלואה;
- צמצום הפערים החברתיים הקיימים בתחלואה ובנגישות לשירותי בריאות השן;
- צמצום ההוצאה הלאומית על בריאות השיניים;
- צמצום ההוצאה של משקי הבית על בריאות השן.

מסיבות אלה, כל תכנית ארצית חייבת לכלול עידוד ביקורים סדירים אצל שיננית (לפחות פעם בשנה), יחד עם ביקורים שנתיים אצל רופאי שיניים. הביקורים אצל השיננית תכליתם חינוך לבריאות הפה, שיפור של מיומנות צחצוח, תחזוקה מקצועית של השיניים וטיפול מניעתי בהתאם לגיל. הביקורים אצל רופאי שיניים מיועדים לאבחון ולטיפול מוקדמים בנגעים התחלתיים של עששת, לעצירת התפשטותם. החלטה חשובה זו תביא בעקבותיה מקומות עבודה נוספים לשיננית, כאשר בד בבד חשוב לקדם את נושא התואר האקדמי בשיננות.

פעילות מבורכת שכבר קיימת היא התכנית "בריאות השן לתלמיד" של משרד הבריאות. את התכנית החלו שיננית להפעיל במוסדות החינוך ב־2010, בפריסה ארצית (22), והיא פותחת פתח לשיננית להיות מעורבות ושותפות מלאות בחינוך לבריאות הפה ולמניעה של מחלות הפה והשיניים בקהילה - והרי בעבר זה היה ייעודו של המקצוע.

נקודה למחשבה: האם האמביוולנטיות של רופאי השיניים - שמצד אחד דוגלים ברפואה מונעת ומצד שני חוששים כי קידום עבודתן של השיננית יפגע בעבודתם שלהם - יכולה להסביר את תת־התעסוקה של השיננית ואת הקיבעון שבו המקצוע נמצא?

מומלץ לקיים מחקר נוסף, שיתמוך ביצירה של בסיס נתונים אשר יסייע לפתח את מקצוע השיננות בהתאם לרוח הזמן. מחקר כזה יכלול:

- בחינה של מקצוע השיננות בהשוואה למקצועות נוספים, שבעבר היו בעלי מעמד דומה: אחות מוסמכת/מעשית שהיום היא אחות סיעודית, מרפאים בעיסוק לפני האקדמיזציה של המקצוע ולאחריה, ועוד;
- בדיקה של שיעורי ההצלחה במניעת מחלות הפה והשיניים לפני הרפורמה ולאחריה;
- בדיקה של מידת ההפנמה של הידע בקרב התלמידים שהשתתפו בתכנית "שירות בריאות השן לתלמיד".

ספרות

1. נבון ג., צ'רניחובסקי ד. (2010). רפואת השן: נטל ההוצאה על משקי הבית. נייר מדיניות מס' 2010.10, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
2. ברג א., רוזן ב., כהן־סגן ה., חורב ט. (1996). הוצאות משקי הבית על רפואת השיניים: דו"ח מחקר. הג'וינט - מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות האדם והחברה, ירושלים.
3. ברג א., זוסמן ש., חורב, ט. (2001). היבטים חברתיים וכלכליים של רפואת השיניים בישראל בעידן של ביטוח בריאות ממלכתי: דו"ח מחקר. ג'וינט - מכון ברוקדייל, ירושלים.
4. סקר בריאות אוקטובר 1999-ספטמבר 2000: ממצאים כלליים (2001). הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פרסום מס' 1200, ירושלים.
5. ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל: דין וחשבון (1990). פרק ט"ו: בריאות השן. כרך ראשון, דעת הרוב, 431-438.
6. צ'רניחובסקי ד., חורב ט. (1999). מודל אופטימאלי למערך רפואת השן בישראל. בתוך: קופ י. (עורך), הקצאת משאבים לשירותים חברתיים, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים 295-279.
7. עבדי נ., מן י., סלע מ. , זוסמן ש. (2008). יחסי הגומלין המקצועיים בין רופאי השיניים והשינניות בישראל.
8. ברנשטיין נ., מן י., סלע מ. (2008). "עדכן", גיליון 103, הפקולטה לרפואת שיניים, האוניברסיטה העברית והדסה ירושלים.
9. ג'ונסון, פ.מ. פרופיל בינלאומי של שיננות: 1987 עד 2006, מחקר השוואתי ב־21 מדינות. כתב העת DENTAL, גיליון 11, מרץ-אפריל 2010.
11. תקנות רופאי שיניים (שיננות) תשל"ח - 1978, כולל תיקון תקנות רופאי שיניים (שיננות) תשס"ה, 2005.
12. Johnson PM. International profiles of dental hygiene 1987 to 1998: a 19-nation comparative study (2001). In Dent J. 51:313-24.
13. רשומות משרד ראש הממשלה . החלטה מס. 1634 של הממשלה מיום 02.05.2010.
14. Hopcraft, M., McNally, C. Working practices and Job satisfaction of Victorian dental hygienists (2008). Australian dental J.:53:61-66.
15. Ayers, K., Meldrum A., M., Murray Thomson W., Newton, J.T. (2006). The working Practices and Job satisfaction of dental hygienists in New Zealand. Journal of public Health Dentistry: No.3.
16. Gibbons D.E., Corrigan M., Newton J.T. (2001). A national survey of dental hygienists: working and patterns and job satisfaction. British dental J, V. 190, No. 4.
17. Sinclair S.A. (2005). Cost effectiveness of preventive dental services Children's Dental Health Project: www.cdhp.org
18. Lee JY et al (2006). Examining the cost-effectiveness of early dental visits. Ped Dent: 28: 102-105.
19. Kimno J. et al. Dental infections and cardiovascular diseases: Dental A review. Periodontal J. 2005: 76: 2085-2088.
20. Grau A. et al. (2009). Infection, its treatment and the risk for stroke. Curr Vasc Pharmacol: 7:146-52.
21. Mann, Y., Stabholz A., Lev-Sagi A. (1994). Employment of dental hygienists Israel. Isr. J Dent Med.; 11:59-64.
22. האתר הרשמי של ארגון הבריאות העולמי: http://www.who.int/en
23. האתר הרשמי של משרד הבריאות: http://www.health.gov.il
24. Andersen R.M., Davidson P.L. (1997). Ethnicity, Aging, and Oral Health Outcomes – a Conceptual Framework. University of California Los Angeles, 11(2):203-209.
25. Locke, E.A. (1976).The nature and causes of job satisfaction. M. D. Dunnette, Handbook of industrial and organizational psychology, Chicago, Rand McNally.
26. Moorman R.H. (1993) The Influence of Cognitive and Affective Based Job Satisfaction Measures on the Relationship Between Satisfaction and Organizational Citizenship Behavior. Human Relations, Vol. 46(6), 759-776.
27. Hackett R.D., Guion R.M. (1985) .A reevaluation of the absenteeism-job satisfaction relationship. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 35(3):340-381.
28. Arnold H.J., Feldman D.C. (1982). A Multivariate Analysis of the Determinants of Job Turnover. Journal of Applied Psychology. Vol 67(3), 350-360.

עם MUST קוביות המכיל קסיליטול,

ללסיסת מסטיקים יכול להיות גם סוף טוב.

אורלי שטרקמן RDH, BA

קסיליטול "הסוכר הבריא"

ללעוס או לא ללעוס - זאת כבר לא השאלה...

הקסיליטול הוא תחליף סוכר טבעי מקבוצת ה־Polyols, שבה נכללים גם הסורביטול והמנטול. הוא נמצא באופן טבעי בפירות יער ובסיבים של קליפת עץ הלבנה.

בעבר השתמשו בו כממתיק לחולי סוכרת בברית המועצות ולהזנה תוך־ורידית בגרמניה. כיום משתמשים בו ביותר מ־40 מדינות, כאלטרנטיבה בטוחה וטבעית לסוכר. ב־1963 הכיר בו ה־FDA כבטוח לשימוש - אם במזון ואם בתרופות ובמוצרי היגיינת הפה.

כמה זני Streptococci mutans מעורבים בתהליך יצירת העששת. חיידקים אלו, הנמצאים בחלל הפה, נצמדים למשטח השן ויוצרים חומצה לקטית הגורמת דמינרליזציה של השן ועששת. הקסיליטול פועל לדיכוי חיידקים אלה.

יתרונותיו הבריאותיים של הקסיליטול

קסיליטול ועששת: בשל המבנה הכימי שלו (חמישה אטומי פחמן), ובשונה מתחליפי סוכר כגון פרוקטוז וגלוקוז, הקסיליטול אינו יכול להתפרק בפה על ידי חיידקים ולכן אינו גורם עששת. הקסיליטול אינו קריוגני, הוא קריוסטטי, ובמחקרים אף הוכח שהוא אנטי־קריוגני: לאחר שהוסיפו ל־Streptococcus mutans סוכרוז נצפו עלייה בריכוז החומצה ופירוק של הסוכרוז. בתוספת קסיליטול, נוצר אפקט דיכוי והתכווצות של אוכלוסיית החיידק (1).

הקסיליטול מחזיר את ה־pH לרמה בטוחה של מעל 5.5, ובשיתוף הפלואוריד אף מעודד רה־מינרליזציה בשן וממזער את שחיקת האמייל. מחקר שנעשה במימון האגודה הבינלאומית למחקר דנטלי (IADR), בילדים מאיי מרשל שצרכו סירופ קסיליטול באופן קבוע, הראה כי 76% מהם היו ללא עששת עד תום המחקר, לעומת 48% מן הילדים שלא קיבלו את החומר (2).

המפקדה הדנטלית של צבא ארה"ב ממליצה, החל מ־2004, על תוספת מסטיקים עם קסיליטול למנות קרב, למניעת עששת. זאת בעקבות מחקרים שנעשו בקרב חיילים שחזרו מעיראק, שהצביעו על גידול של 150%(!) במקרי העששת בשל אי שמירה על היגיינה, תזונה לא מאוזנת וצריכה של משקאות קלים (3).

קסיליטול וסוכרת: לקסיליטול ערך גליקמי נמוך מאוד. לצריכתו השפעה זניחה על רמת הגלוקוז בדם ולא נדרש אינסולין לשם פירוקו, בשל קליטה איטית במעיים. בניגוד לתחליפי סוכר אחרים, כגון סוכלרוז, הוא אינו מריר ואף חסר טעם לוואי. קסיליטול גם אינו מעלה את רמת הטריגליצרידים בדם (4, 5).

קסיליטול ומשקל: צריכת סוכר במזון גורמת לשינוי בהפרשת האינסולין, מה שגורם לתשוקה נוספת לסוכר כשרמות האינסולין יורדות. תודות לערך הגליקמי הנמוך של הקסיליטול, הוא אינו מעלה את רמת הסוכר והאינסולין בדם, ולכן פוחתת התשוקה למתוק ושמירת המשקל קלה יותר. בנוסף, הערך הקלורי של הקסיליטול נמוך ב־40% משל הסוכרוז.

קסיליטול ודלקת באוזן התיכונה: הקסיליטול משפיע על צמצום מספרם של חיידקי האף והפה, המצויים בקרבה אנטומית לאוזן התיכונה. לעיסת מסטיק עשיר בקסיליטול הקטינה שכיחות של דלקות אוזניים ואף מנעה אותן (6). קסיליטול הקיים בתרסיס־אף מצליח - בשימוש של ארבעה ימים לפחות - להקטין את אוכלוסיית חיידקי סטרפטוקוקוס Coagulase-Negative בהשוואה לתרסיס של מי מלח, והוא מתאים לשימוש בילדים (7).

קסיליטול וקנדידה: קנדידה אלביקנס (פטרת השמר) מתרבה בעיקר על גבי סוכרים. שימוש בקסיליטול יפחית את שכיחותה ואת חומרתה של הפטרת (8).

קסיליטול ויובש פה: לעיסת מסטיק עם קסיליטול מגבירה את זרימת הרוק ובכך מסייעת בשמירה על רמת החומציות. אצל אנשים הסובלים מיובש פה, קסיליטול משמש כמגן על השיניים (9).

לאנשים שנוטלים תרופות, טבליות לעיסה וסירופים המכילים סוכר, מומלץ ללעוס לאחר מכן מסטיק עם קסיליטול.

קסיליטול ואובדן מסת עצם: מחקר שנעשה בפינלנד על חולדות זכרים הראה הפחתה בשיעור של 10% באובדן מסת עצם הקשורה בגיל לעומת חולדות שלא קיבלו קסיליטול. ההשערה היא שיעילות הקסיליטול באה לידי ביטוי ביכולתו לשפר את קליטת הסידן במעי (10).

כמות הקסיליטול המומלצת ביום

כמות של 6-7 גרם ביום מספקת הגנה אופטימלית, והיא מושגת בלעיסה של שתי יחידות מסטיק 4-5 פעמים ביום, מיד לאחר ארוחה או חטיף. כמובן שלא כדאי ללעוס במשך זמן ממושך, כדי שלא ליצור עומס על שרירי הפה ומפרק הלסת.

תדירות ועקביות בצריכת הקסיליטול משמעותיים מאוד. צריכה של פעם ביום או לעתים מזומנות אינה יעילה, ללא קשר לכמות. העיתוי המומלץ הינו מיד לאחר אכילה, ואם אפשר - לאחר שטיפת הפה במים בלבד. צריכה קבועה יוצרת הגנה מתמשכת ברוק ושומרת על pH של מעל 5.7.

למניעת עששת בקרב תינוקות ופעוטות, וכן באוכלוסיות עם מוגבלויות, אפשר לנקות את השיניים במטליות המכילות קסיליטול.

חסרונות השימוש בקסיליטול

לעיסה ממושכת של מסטיק מעוררת הפרשה של מיצי עיכול בקיבה. אלה הם חומרים בעלי חומציות גבוהה, העלולים לגרום נזק. עלול גם להיווצר אפקט משלשל, בשל האצת פעילות המעיים בצריכה גבוהה של מעל 10 גרם בקרב אנשים הרגישים לכך (11).

אין זה מעשי, ואף יקר, להשתמש בקסיליטול כתחליף סוכר באופן קבוע.

מחקרים אחרונים בתחום

מחקר אורך בן שנתיים, שנעשה בקרב סטודנטים מתנדבים לרפואת שיניים בטורקו, פינלנד, בחן את הקריוגניות של סוכרוז, פרוקטוז וקסיליטול. נמצא שהסוכרוז הוא הסוכר בעל הפוטנציאל הקריוגני הגדול ביותר, הפרוקטוז בעל פוטנציאל קריוגני קטן יותר, ואילו הקסיליטול הוא סוכר שאינו קריוגני. הוא קריוסטטי, ואולי אף אנטי־קריוגני (1).

The Journal of The American Dental Association פרסם את תוצאות המחקר, מהן עולה כי הקסיליטול יעיל במניעת עששת. צריכת מסטיק עשיר בקסיליטול בקרב ילדים בפינלנד צמצמה את מוקדי העששת בשיעור של 30%-60% (12).

ה־Journal of Dental Research הראה כי צריכה יומית של קסיליטול מתחת ל־3.44 גרם אינה יעילה, וכי מעל 10.32 גרם היא אינה מיטיבה (13).

במחקר שנעשה בקרב אמהות לילדים בני שלושה חודשים עד שנתיים, והתפרסם ב־American Academy of Pediatric Dentistry, היה על האמהות ללעוס מסטיק עם קסיליטול. בקרב הילדים, בהגיעם לגיל חמש, נצפתה ירידה של 70% בהתפתחות מוקדי עששת בהשוואה לילדי קבוצת הביקורת, שאמהותיהם לא לעסו מסטיק עם קסיליטול (14).

סיכום

צריכה יומיומית עקבית של 4-10 גרם קסיליטול יעילה מאוד במניעת עששת והיא בעלת השפעות בריאותיות מיטיבות נוספות. אין ספק כי הפצת "פרוטוקול לעיסה" מומלץ הוא חלק מתפקיד השיננית, כמסייעת במניעת עששת.

ספרות

1. Scheinin A, Mäkinen KK, Ylitalo K. Turku sugar studies. V. Final report on the effect of sucrose, fructose and xylitol diets on the caries incidence in man. Acta Odontol Scand. 1976, pp. 34:179-216.
2. Xylitol Topical Oral Syrup Prevents Early Childhood Caries. Milgrom, P. et al. s.l.: 86th General Session of the International Association for Dental Research, July 5, 2008.
3. Birk, Marcella. Gum Added to MREs to Prevent Cavities. Deployment Quaterly. Spring 2004, Vol. 3, 4.
4. KK, Makinen. Biochemical principles of the use of xylitol in medicine and nutrition with special consideration of dental aspects. Basel: Birkhauser Verlag, 1978.
5. Use of fructose, xylitol, or sorbitol as a sweetener in diabetes mellitus. Brunzell, JD. s.l. : Diabetes Care, 1978, Vol. 1, pp. 223-230.
6. PF, Wright. Xylitol sugar and acute otitis media. Pediatrics. 1998, Vol. 102, 4, pp. 971–972.
7. The osmolyte xylitol reduces the salt concentration of airway surface liquid and may enhance bacterial killing. By Joseph Zabner* et al. University of Iowa College of Medicine, Iowa City, IA 52242 and § Department of Medicine, Washington University, St. Louis,. s.l. : No. 21, October 10 2000, Natl. Acad. Sci. USA, Vol. Vol. 97.
8. Abu-Elteen, Khaled H. The influence of dietary carbohydrates on Ecology in Microbial adherence of four Candida species to human buccal epithelial cells in vitro. Health and Disease. 2005, Vol. 17, pp. 156-162.
9. Stewart CM, Jones AC, Bates RE, Sandow P, Pink F, Stillwell J. Comparison between saliva stimulants and a saliva substitute in patients with xerostomia and hyposalivation. Eur J Paediatr Dent. 2010 Mar;11(1):9-? Eur J Paediatr Dent. R;11(1), Mar. 2010.
10. Pauli T, Mattila M, Svanberg J, Pokka P, et al. Dietary xylitol protects against weakening of bone biomechanical properties in ovariectomized rats. J.Nutr. 128, 1998, pp. 1811-1814.
11. KK, Makinen. History, Safety and Dental Properties of xylitol. In "xylitol from A-Z", ed. Makinen KK, Suzuki A and Fukudu M, TP Japan press, Tokyo (in Japanese). Translated on website xylitol.org. 1997.
12. P Isokangas, P Alanen, J Tiekso, and KK Makinen. Xylitol chewing gum in caries prevention: a field study in children. Ylivieska Health Center, Finland. Journal of the American Dental Association. 1988, Vol. 117, 2.
13. P. Milgrom, K.A. Ly, M.C. Roberts, M. Rothen, G. Mueller, D.K. Yamaguchi. Mutans Streptococci Dose Response to Xylitol Chewing Gum. Journal of Dental Research. 2006, Vol. 85, 2, pp. 177-181.
14. Dentistry, Pediatric. Policy on the Use of Xylitol in Caries Prevention. The American Academy of Pediatric Dentistry. 2006, Vol. 28, 2, pp. 128-132.
15. The osmolyte xylitol reduces the salt concentration of airway surface liquid and may enhance bacterial killing. Medicine, By Joseph Zabner* et al. University of Iowa College of. Washington University, St. Louis : Proc. Natl. Acad. Sci. USA, October 10 , 2000, Vol. Vol. 97.

תרגמה וערכה: שרון פרידמן־יניב, RDH, B.HA

זהירות, בנזוקאין!

הודעת אזהרה* של ה־FDA: יש להימנע משימוש בתכשירים למריחה על החניכיים המכילים בנזוקאין להרגעת תינוקות ששיניהם בוקעות

ה־FDA, איגוד המזון והתרופות האמריקני, מזהיר את הציבור כי השימוש בבנזוקאין - המרכיב העיקרי בג'לים, במשחות ובנוזלים להרגעת כאבי חניכיים בקרב תינוקות הנמכרים "מעל הדלפק" - מסוכן. הוא עלול להוביל למצב נדיר, אבל רציני, הנקרא Methemoglobinemia, שתוצאותיו הן הפחתה ניכרת של כמות החמצן בדם, ובמקרים הקשים ביותר הוא אף עלול לגרום מוות.

בנזוקאין בצורת ג'ל, משחה או נוזל נמכר תחת שמות מותג שונים, בהם Hurricaine, Orajel, Baby Orajel. בנזוקאין נמכר גם בצורות אחרות, כגון לכסניות ותרסיס. תכשירים אלה משמשים להקלה על כאבים במגוון רחב של מצבים, כמו צמיחת שיניים, פצעים מוגלתיים, גירוי של הפה והחניכיים ועוד. מקרי Methemoglobinemiana דווחו לאחר שימוש בג'לים ובמשחות ברמות שונות של ריכוזי בנזוקאין, כולל בריכוז נמוך כמו 7.5%.

המקרים אירעו בעיקר בילדים גילאי שנתיים ומטה, שטופלו בג'ל בנזוקאין להקלה על כאבי בקיעת שיניים. התסמינים כוללים חיוורון בעור, בשפתיים ובציפורניים עד כדי צבע אפור או כחול; קוצר נשימה; עייפות; בלבול; כאבי ראש; סחרחורת וקצב לב מהיר. אלה מופיעים בדרך כלל בתוך דקות עד שעות ממריחת הבנזוקאין, לעתים עם היישום הראשון ולעתים רק לאחר שימוש נוסף. תופעות אלה מצריכות פנייה מידית לטיפול רפואי.

אין להשתמש במוצרים המכילים בנזוקאין בילדים בני פחות משנתיים, כפוף לייעוץ ולפיקוח רפואיים מקצועיים. האקדמיה האמריקנית לרפואת ילדים ממליצה לציבור לשקול שימוש באמצעים אחרים להקלה על הסימפטומים של בקיעת השיניים, כגון:

- נשכן צונן שקורר במקרר;
- שפשוף או עיסוי עדינים של החניכיים בעזרת האצבע.

אם שיטות אלה אינן מספקות הקלה, יש לפנות לרופא המטפל להמלצה על טיפולים מקלים אחרים. צרכנים מבוגרים המשתמשים בבנזוקאין - בג'ל או בנוזל - כדי להקל על כאב בפה, צריכים לעקוב אחר ההמלצות שבתווית המוצר. מוצרים המכילים בנזוקאין יש לאחסן מחוץ להישג ידם של ילדים. ה־FDA מעודד את הצרכנים להתייעץ עם רופא/איש מקצוע רפואי לפני שימוש בבנזוקאין.

מידע נוסף לצרכנים ולמטפלים בילדים

- על אף רמת הסיכון הגבוהה, תוויות המוצרים המכילים בנזוקאין עדיין אינן כוללות אזהרות לגבי סכנת ה־Methemoglobinemia;
- מוצרים ותכשירים המכילים בנזוקאין לא ישמשו בטיפול בילדים בני פחות משנתיים, אלא על פי עצה ופיקוח רפואיים מקצועיים;
- יש לאחסן מוצרי בנזוקאין מחוץ להישג ידם של ילדים;
- אם בכל זאת נעשה שימוש במוצרים המכילים בנזוקאין, יש לשים לב להופעת הסימנים והתסמינים של Methemoglobinemia: צבע עור, ציפורניים או שפתיים חיוור/אפור/כחול; קוצר נשימה; עייפות; בלבול; כאבי ראש; סחרחורת; קצב לב מהיר. אם מופיעים אחד או יותר מהתסמינים הנ"ל עם נטילת בנזוקאין, יש לפנות מידית לקבלת טיפול רפואי;
- סימנים ותסמינים של Methemoglobinemia עלולים להופיע בתוך דקות ועד שעה או שעתיים לאחר השימוש בבנזוקאין. הם יכולים להופיע לאחר שימוש יחיד בבנזוקאין, כמו גם לאחר כמה שימושים;
- בבנזוקאין ג'ל, משחה או נוזל יש להשתמש במשורה, רק בעת הצורך ולא יותר מארבע פעמים ביום. אם הכאב נמשך למרות השימוש במוצר, יש ליצור קשר עם אנשי מקצוע רפואיים לצורך הערכה נוספת והמלצות לטיפול.

* ההודעה התפרסמה ב־7 באפריל 2011 באתר הרשמי של ה־FDA
000ומופיעה כאן באישורו של ד"ר שלמה זוסמן, מנהל
האגף לבריאות השן במשרד הבריאות

RAISE

YOUR EXPECTATIONS

The New All-Purpose Curette from American Eagle Instruments™

Scandette™

מתאימה לאזורים
דיסטאלים ומזיאלים

Two cutting edges
Adapt to mesial and distal surfaces

Rounded Toe
Enables safer access to subgingival areas

מאפשרת גישה נוחה
לאזורים סאבג'ינג'יבאלים

"Double Gracey" Design
Combines the best features of G11-12 and G13-14

Shifts easily from tooth to tooth (without changing instruments)

משלבת את התכונות הטובות
של גרייסי 11–12 וגרייסי 13–14

Sharpen-Free XP Technology™
Slimmer blade design
Retains original shape
Saves time & money

ללא צורך בהשחזה,
חסכון בזמן ועלויות

AMERICAN EAGLE INSTRUMENTS INC

AB2000 המרכז לחומרים ומיכשור דנטלי

דרך בן צבי 84, קומה 4 ת"א
טל (רב קווי): 03-6802828
פקס: 03-6825556
מייל: ab_2000@zahav.net.il

מידע והנחיות נוספות לצוות הרפואי המטפל

- יש לייעץ למטופלים להשתמש בכמות הקטנה ביותר האפשרית כדי להקל על הכאב, ובכל מקרה לא בתדירות הגבוהה מארבע פעמים ביום;
- ליידע את המטופלים לגבי תופעת ה־Methemoglobinemia לפני ההמלצה על שימוש במוצרים המכילים בנזוקאין. יש לדון עם המטופלים בתסמינים האפשריים ולהנחותם לפנות לטיפול רפואי מידי אם הם חושדים ב־Methemoglobinemia;
- להכיר היטב את הסימנים והתסמינים של Methemoglobinemia, כולל גוון עור, שפתיים וציפורניים חיוור, אפור או כחול, כאב ראש, סחרחורת, קוצר נשימה, עייפות וטכיקרדיה. אלה מצביעים על רמה מתונה עד חמורה של Methemoglobin ועל ירידה ניכרת ביכולת נשיאת החמצן בדם. צבע אופייני של הדם (חום־שוקולד ולא אדום־דם) עשוי להצביע על Methemoglobinemia, אך שינוי כזה כבר יהווה סימן מאוחר למצב שהיה ראוי לאבחן קודם לכן;
- חולים הסובלים מבעיות נשימה כגון אסטמה, ברונכיטיס או נפחת, חולי לב וחולים שמעשנים, נמצאים בסיכון גבוה יותר לפתח סיבוכים הקשורים ב־Methemoglobinemia;
- תינוקות בני פחות מארבעה חודשים, חולים קשישים וחולים עם מומים מולדים מסוימים נמצאים בסיכון גבוה לפתח את התופעה.

נתוני סיכום

ה־FDA מדווח כי עד 16 במארס 2011 זוהו 21 מקרים של Methemoglobinemia הקשורים בשימוש במוצרים המכילים בנזוקאין - ג'ל או נוזל - הנמכרים "מעל הדלפק". מתוך 21 המקרים, עשרה מקרים סווגו כ"סכנת חיים" ושישה כ"מצב קריטי". דווח גם על מקרה מוות אחד, אולם מהמידע שסופק אין לדעת בבירור אם נתרם ישירות מהשימוש בג'ל בנזוקאין. בארבעה מן המקרים הנותרים לא נרשם מידע מספק, מדויק ומהימן דיו כדי לקבוע אם השימוש במוצרים המכילים בנזוקאין הוא שגרם למצב החמור.

מקרי ה־Methemoglobinemia אירעו בדרך כלל בשימוש ביתי במוצרי בנזוקאין. היו מעורבים בהם בעיקר ילדים, רובם בני שנתיים ומטה, כאשר השימוש נועד להקלה על כאב בעת בקיעת שיניים. שישה מן המקרים אירעו בחולים מבוגרים, שהשתמשו בג'ל/נוזל בנזוקאין כדי להקל על כאב שיניים.

ה־FDA ימשיך להעריך ולעקוב אחרי הנושא, ובהתאם לצורך ינקוט פעולות רגולטוריות.

למידע נוסף:

1. FDA Drug Safety Communication: FDA continues to receive reports of a rare, but serious and potentially fatal adverse effect with the use of benzocaine sprays for medical procedures (www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm250040.htm).

2. Questions & Answers: Reports of a rare, but serious and potentially fatal adverse effect with the use of over-the-counter (OTC) benzocaine gels and liquids applied to the gums or mouth (www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm250029.htm).

3. Public Health Advisory: Benzocaine Sprays marketed under different names, including Hurricaine, Topex, and Cetacaine (www.fda.gov/Drugs/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHeathcareProfessionals/PublicHealthAdvisories/ucm124350.htm).

שרון פרידמן־יניב, RDH, B.HA

מסביב לשולחן באולם ההרצאות

בהרצאתו של מיכאל מרטון: השיננית ניהאיה סמארה מנסה לשבור את הקרש ביד אחת (וגם מצליחה)

"מספר 1 בשלט שלך"

400 שיניניות השתתפו ונהנו בכנס השנתי ה־22 של האיגוד

ההנהלה הנכנסת וההנהלה היוצאת - עם הקומיקאי רמי ורד

ביום שטוף שמש וחגיגי, 14 ביוני 2011, התכנסנו במרכז האירועים והקונגרסים "אווניו" שבקרית שדה התעופה. קרוב ל־400 שיניניות מכל רחבי הארץ הגיעו לכנס ה־22 של אש"י, בוגרות בתי ספר ומחזורי לימוד שונים המועסקות בכל המגזרים, פרטיים וציבוריים. תחת הכותרת "ערוץ השיניניות - מספר אחת בשלט שלך" המשכנו בארגון הכנס את הקו הפרסומי של אש"י, הבא היום לידי ביטוי בכל סוגי המדיה התקשורתית. אלמנטים שונים ששימשו בעיצוב הבמה והוקרנו על המסך הדגישו והמחישו קו זה, כאשר הבמה משמשת כאולפן טלוויזיה בתכנית אירוח וה"אורחים" הם מרצי הכנס.

בכנס נכלל מגוון רחב של הרצאות בנושאים חשובים ועדכניים. ההרצאות נחלקו בין שני מושבים מקבילים, במטרה לאפשר לכל אחת מן המשתתפות לבחור בנושאים המעניינים אותה במיוחד. תערוכה של החברות הדנ־טליות המובילות הציעה הזדמנות להכיר מגוון מוצרים וחידושים.

מצוינות מקצועית ואישית

בכניסה לאולם הוענק שי לכל חברות האיגוד, ולאחר ארוחת בוקר עשירה התכנסנו סביב שולחנות. רותי קפלן, נשיאת הכבוד של האיגוד, פתחה בדברי ברכה, ולאחר מכן ערכנו טקס פרידה קצר מחברות ההנהלה היוצאות, אשר שירתו את האיגוד נאמנה: אדל שבח, צ'רי פלקס, פולט פוקס, דלית ראם וגלית סימני, ואיחלנו הצלחה לחברות ההנהלה לשנים 2011-2014: דלית ארמוזה, יעל קרלין, שרון פרידמן יניב, אורלי שטרקמן ויפה עובדיה. דלית ארמוזה, יו"ר האיגוד, נשאה דברים והדגישה את מטרות האיגוד ואת חשיבותו למקצוע ולעוסקות בו. ד"ר שלמה זוסמן, מנהל האגף לבריאות השן במשרד הבריאות, הביא עדכונים ממשרדו.

החלק המקצועי נפתח בהרצאתו של ד"ר ברנרד בנושא: "מיקרוכירורגיה - צעד חדש ברדיפה אחרי מצוינות". ד"ר ברנרד הציג מקרים שבהם הושגו ריפוי מהיר ותוצאות אסתטיות על ידי שימוש במיקרוסקופ הקליני בטיפולי הפריודונטיה והאימפלנטולוגיה. כמו כן, הוא נתן לנו "זריקת מוטיבציה" להשגת מצוינות מקצועית ואישית. ד"ר טייב הרצה בנושא: "טכניקות השתלה שונות במצבים של חוסר עצם". הוא סקר את טכניקות ההשתלות השונות והסביר את היתרונות הרבים שבשימוש בשתלים כבסיס ותמיכה בשיקום הפה. ד"ר טייב גם הציג מקרים של השתלות במצבי חוסר עצם ופיתוחים חדשים המסייעים בקיצור זמן ההמתנה עד לשיקום על גבי שתלים.

HEINE

LED Loupelight

תאורה קלת משקל, בעוצמה מקסימלית וסוללה שלא נגמרת!

• עוצמת תאורה של 40,000 לוקס • תאורה אחידה עם גבולות ברורים
• 17 שעות עבודה במקסימום עוצמה • מנגנון ייחודי המאפשר להרים את ההגדלה
ולהשאר עם התאורה • 5 שנות אחריות כולל נורה

לפרטים ולהדגמה במרפאה ללא התחייבות:
איתן לביא | eitanl@lapidot.com
1-700-70-20-33 / 054-6797812

LAPIDOT MEDICAL

המשך מעמ' 29

סטנדאפ בנוסח שינני

אחרי הפסקה מתוקה וביקור בתערוכה, חשף אותנו פרופ' ניצן ביצ'אצ'ו בהרצאתו המאלפת לטכניקות ניתוחיות ושיקומיות להשגת שילוב של מראה בריא וטבעי של הרקמה הרכה. הוא חזר והדגיש את תפקידה החשוב של השיננית במניעת מחלות חניכיים ובהשגת תוצאות טיפול טובות.

ארוחת צהריים מצוינת חיכתה לנו בסוף ההרצאה, ולאחריה התחלקנו לשני מושבים מקבילים. באחד מהם הרצה מיכאל מרטון, יועץ ומרצה בתחום השיווק של מרפאות שיניים, בנושא: "עקרונות ההשפעה והשכנוע בהעצמת דמות השיננית במרפאת השיניים". ההרצאה עסקה ביכולתה של השיננית לבחור בהתנהגות פרואקטיבית ולהחליט להיות דמות יוזמת ומשפיעה. בצומת ההשפעה על מטופלים, עמיתים לעבודה ומעסיקים, השיננית יכולה להשפיע על הסובבים אותה דרך תקשורת בין־אישית אפקטיבית. רותי מידן, שיננית מזה קרוב ל־20 שנה, בוגרת המרכז להורות ומשפחה ומנחת הורים מוסמכת, הרצתה תחת הכותרת "הפלונטר המשפחתי - מקשרים לגשרים ולהיפך". בהרצאתה בחנה את האינטראקציה הקיימת בין שיניים לחניכיים כמקבילה ליחסי הגומלין במערכת המשפחתית.

במושב המקביל הרצה ד"ר רוני ברקוביץ' בנושא "תרופות מזיפות בישראל". ד"ר ברקוביץ' סקר את המצב בארץ, את הנזק הכבד - עד כדי גרימת מוות - שעלולות תרופות מזיפות לגרום ואת ההתמודדות של היחידה למאבק בפשע זה.

את ההרצאה השנייה במושב זה נשא ד"ר אבי מזרחי, שדיבר על תרומת איברים בישראל בשנת 2011. ד"ר מזרחי סקר את המצב בארץ והציג את תהליך ההשתלה ואת המורכבות והסוגיות האישיות, המשפטיות והדתיות העולות ממנו.

לאחרי הפסקה קצרה הגענו לחלקו הקליל של היום: הסטנדאפיסט רמי ורד נתן הופעה ייחודית, מותאמת לנו, השיננית, ומצחיקה במיוחד. יצאנו עם המון חיוכים!

להתראות בשנה הבאה!

קורס רענון בהחייאה

מרעננים את הידע - ושלא נצטרך...

עקב הביקוש הרב התקיימו השנה שלושה קורסי רענון בהחייאה וע"ר ◄ לחברות האיגוד - הקורס ניתן ללא תשלום

אורלי שטרקמן,BA, RDH,
שרון פרידמן־יניב, RDH,B.HA

כמדי שנה, גם השנה קיים אש"י קורסי רענון בהחייאה ועזרה ראשונה. המטרה היא להקל על השיננית לעמוד בחובת הרענון אחת לשנתיים, כפי שמחייב משרד הבריאות (יש להחזיק את תעודת הרענון במרפאה, בצמוד לרישיון ההעסקה). לחברות אש"י, הקורס הינו ללא תשלום.

השנה, עקב הביקוש הרב, נערכו שלושה קורסים: באזור הקריות, באזור המרכז ובמודיעין.

שני המפגשים הראשונים נערכו בחסות חברת "טבע". יעל, נציגת החברה, העבירה הרצאה, מלווה במצגת מעניינת, על "אלמקס" לשיניים רגישות. בנוסף לטיפול ברגישות לאורך זמן, המשחה מסייעת במניעת עששת צוואר השן. יעל גם הציגה את יתרונותיו של האמין פלואוריד והדגימה בניסיו מעניין את דרך פעולתו.

לאחרי ארוחת הבוקר פתחנו ברענון של אופן הקריאה למד"א ומסירת פרטים רלוונטיים. למדנו את כללי ה־SAFETY - כללי הבטיחות הנוגעים למגיש העזרה הראשונה ולמקבל הטיפול, והתנסינו בפעולות ההחייאה הבסיסיות - עיסויים והנשמות - על הבובה "אנני". למדנו איך מתנהגים במצבי חנק, עילפון, מכת חום ושטפי דם במבוגרים, ילדים ותינוקות, וכיצד עלינו, כשיניות, לנהוג במצבים שבהם אנו עלולות להיתקל במרפאה: התקף אסטמה, אפילפסיה, סוכרת ועוד.

הקורס לווה בדוגמאות מהחיים, שהביאו הן המדריכים והן המשתתפות, ובסימולציות של מצבים שונים. המשתתפות גם שאלו, וכמובן נענו, על נהלים במרפאה.

את הקורסים העבירו המדריכים המצוינים של חברת ש.א.ג, אשר מלווים אותנו בשנים האחרונות.

לכל משתתפת הוענקה תעודה, שאותה תוכל לתלות במרפאה בצמוד לרישיון ההעסקה של משרד הבריאות, וכן תעודה שהיא כרטיס פלסטיק (כמו כרטיס אשראי), לנשיאה בארנק.

אנו מאחלות לכולן שנוסיף ללמוד ולרכוש ידע רלוונטי - אך לא נידרש להשתמש בו להצלת חיים.

שכולנו נהיה בריאים!

את שואלת - אש"י עונה

האם מותר לשיננית העובדת במרפאה ציבורית לעבוד ללא נוכחות רופא במרפאה ?

קיימים:

פקודת רופאי השיניים - מסביר את הפעולות שמותרות או אסורות לרופאי שיניים.

תקנות שיננויות - מסביר את הפעולות שמותרות או אסורות לשיננויות.

תקנות מרפאות שיניים של תאגיד (מרפאות ציבוריות) - מסביר נהלים מותרים ואסורים למרפאות תאגיד (ציבורית).

לענייננו: על פי תקנות השיננויות - מותר לשיננית לעבוד ללא נוכחות רופא שיניים במרפאה. עליו לאשר לשיננית לעבוד ללא נוכחותו (על פי הצורך ולפי שיקול דעתו). **הישג של אש"י!**

במרפאת תאגיד/ציבורית - בעקבות תיקון אחרון של התקנות ב־2010, רופא אחראי או ממלא מקומו חייבים להיות נוכחים במרפאה רק 6 שעות ביום. זו אחריותם.

כיוון שהמרפאה עובדת בדרך כלל 12 שעות, הרופא יכול להחליט שהוא מאשר עבודת צוות ללא נוכחותו במרפאה.

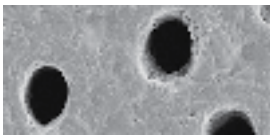
Sensitive Pro-Relief™

תכנית טיפול

טכנולוגיה בלעדית ופורצת דרך להקלה מיידית*
ומתמשכת על רגישות שיניים לשימוש מרפאתי ולשימוש ביתי יומיומי

פריצת דרך עם טכנולוגיית Pro-Argin™

לפני[1]



תמונת מיקרוסקופ של פני שטח דנטין חשוף שלא עבר טיפול

צינוריות דנטין פתוחות הגורמות לרגישות

אחרי[2]

תמונת מיקרוסקופ של פני שטח דנטין אחרי הטיפול

צינוריות דנטין אטומות להקלה מיידית* ומתמשכת ברגישות שיניים

מהיום, בעזרת טכנולוגיית Pro-Argin™ המהפכנית, ניתן לספק **הקלה מיידית* וממושכת** לרגישות יתר של הדנטין, באמצעות שימוש בתכנית הטיפול Colgate® Sensitive Pro-Relief™:

- **משחה להקלה ברגישות לשימוש מרפאתי**
- **משחה לטיפול משלים ברגישות לשימוש יום יומי בבית**

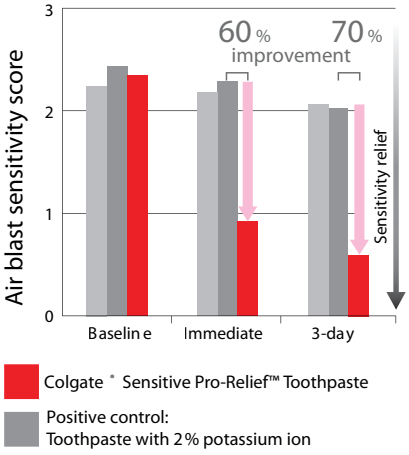
טכנולוגיית Pro-Argin™, מבוססת על תהליך טבעי של אטימת צינוריות הדנטין בעזרת ארג'ינין וסידן קרבונט, הנמשכים אל פני שטח הדנטין, ליצירת שכבת איטום המגנה ומספקת הקלה מיידית[2].

*הקלה מיידית מושגת על ידי מריחה ישירה של משחת השיניים ועיסוי השן הרגישה למשך דקה אחת.

תוצאות מהפכניות - במרפאה ובבית

משחת Colgate® Sensitive Pro-Relief מיועדת למתרפאים הסובלים מרגישות יתר של הדנטין. המשחה לטיפול מרפאתי, ניתנת לשימוש לפני ואחרי הליכים דנטליים במרפאה, כגון ניקוי או הסרת אבן שן. לאחר טיפול אחד בלבד, יחוש המתרפא הקלה מיידית אשר נמשכת ארבעה שבועות[4-5].

להמשך טיפול ביתי, המלץ למתרפאיך להשתמש במשחת שיניים קולגייט סנסיטיב פרו רליף (באנגלית) ע"י מריחה ישירה של משחת השיניים ועיסוי השן הרגישה למשך דקה אחת. לאחר מכן, לתחושת הקלה מתמשכת, יש לצחצח פעמיים ביום מדי יום[3].



בשימוש ישיר על שן רגישה על ידי מריחה בקצה האצבע ועיסוי עדין למשך דקה אחת, משחת השיניים Colgate® Sensitive Pro-Relief™ מספקת הקלת רגישות מיידית לעומת קבוצות הביקורת. ההקלה נותרה בעינה לאחר 3 ימי צחצוח פעמיים ביום

ניתן לבקר באתר www.colgateprofessional.com כדי ללמוד עוד כיצד הקלה מידיית* על רגישות יתר של הדנטין יכולה להשפיע על עבודתכם.

מקורות: Scientific works sited: 1. Petrou I et al. J Clin Dent. 2009;20 (Spec Iss): 23-31. 2. Cummins D.J Clin Dent. 2009;20 (Spec Iss):1-9. 3. Nathoo S et al. J Clin Dent. 2009;20 (Spec Iss): 123-130. 4. Schiff T et al Am J Dent 2009; 22 (Spec Iss A): 8A-15A. 5. Hamlin D et al Am J Dent 2009; 22 (Spec Iss A): 16A-20A

עו"ד עדי ניב־יגודה

הכרת חוק זכויות החולה כחלק מניהול

הגידול בפיצויים בתביעות רשלנות רפואית מאפיין בשנים האחרונות את העולם המערבי ◄ לאור הסיכונים המשפטיים שאליהם נחשפות גם השינויות, גוברת החשיבות של היכרות עם הוראות חוק זכויות החולה ושל אופן יישומן

בשנים האחרונות, לאור הגידול שחל בתביעות של רשלנות רפואית, הפכו אבטחת האיכות וניהול הסיכונים ברפואה למרכיבים המרכזיים במסגרת הפעילות הרפואית בישראל. במוסדות הרפואיים השונים - ובכלל זאת בתי חולים, קופות חולים, מרפאות, מרפאות שיניים ועוד - הוקמו יחידות פנימיות אשר פועלות כל העת לשיפור האיכות ברפואה ולצמצום הסיכונים, הן מבחינת המטפל והן מבחינת המטופל.

עדות לעלייה במספר התביעות ברשלנות רפואית, כמו גם בסיכונים המשפטיים שאליהם חשוף המטפל בשנים האחרונות, עולה מן הנתונים שמפרסמים משרד המשפטים וחברת הביטוח מדנס: "תעשיית תביעות הרשלנות הרפואית בישראל מאמירה בשנים האחרונות בסכומי הפיצויים הנפסקים לטובת הנפגעים, במקרה שהתביעות מסתיימות בהכרעת בית המשפט. לפי נתונים של החברה לניהול סיכונים ברפואה... חל בעשור האחרון גידול של 700% בסכומי הפיצויים הנפסקים בתביעות רשלנות רפואית. לפי הנתונים, בשנת 2008 סכום הפיצויים הממוצע בתביעות אלו מגיע לכ־81 אלף דולר... הגידול בפיצויים בתביעות רשלנות רפואית מאפיין בשנים האחרונות את העולם המערבי, ונלווית לו עלייה בפרמיות הביטוח המקצועי לצוותים רפואיים.

"לפי דו"ח של משרד המשפטים, שפורסם ב־2005, בבדיקה מקיפה של היקף התביעות ברשלנות רפואית בישראל לאורך עשור (1993 עד 2002), סכום הפיצויים הממוצע בתביעות רשלנות רפואית בבתי משפט מחוזיים הוא כ־838 אלף שקל, וסכום הפיצויים הממוצע בבתי משפט השלום הוא כ־111 אלף שקל" (ד' אבן, 16 מיליון שקלים - פיצוי שיא על רשלנות רפואית, www.haaretz.co.il, 2.10.09)

נוכח הנתונים לעיל, ולאור הסיכונים המשפטיים שאליהם נחשף המטפל/ת בתחום השיננות במסגרת הטיפולים הקליניים, המניעתיים והתחזוקתיים של שמירה על בריאות הפה והשיניים, גוברת החשיבות של היכרות עם הוראות חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996, כמו גם של אופן יישומן.

במאמר זה אבקש להתמקד בחובה לקבל את הסכמתו המודעת של המטופל טרם תחילת הטיפול, וזאת כאמור בחוק זכויות החולה.

טרם חוק זכויות החולה נהגה בישראל הגישה הפטרנליסטית, שהתבססה על ההנחה שאדם אינו רוצה/צריך לקבל את כל המידע הרפואי[1]. הגישה התבססה בחלקה על העיקרון שהרופא המטפל הוא "כל יודע", ולכן ביכולתו להחליט ולקבוע מה טוב ועדיף למטופל גם מבלי לשמוע את דעתו. ברם, עת נחקק חוק זכויות החולה בשנת 1996 הפך גילוי המידע הרפואי למטופל לרכיב יסודי ומהותי בדרך לקבלת הסכמתו המודעת של המטופל להליך רפואי, וזאת מתוך כוונה להגן על זכותו של הפרט לאוטונומיה ולעגן אותה. משכך, בהיעדר מידע רפואי, ולחלופין אם המידע רפואי שנמסר למטופל לוקה בחסר, נשללת מהמטופל האפשרות לבחור באופציה הטיפולית הראויה בצורה אמיתית וחופשית - והסכמתו אינה מדעת. כאן המקום לציין

1 Goldie. L. The ethics of telling patient. J Med Ethice 1982, 128-133

הכותב הוא מרצה למשפט רפואי, יועץ למוסדות בריאות בנושאים מדיקו־לגליים וניהול סיכונים, חבר הוועד המנהל באגודה הישראלית לטיפול פליאטיבי - www.med-rights.com

סיכונים בשיננות

שהגם שהפסיקה ברובה מתייחסת לטיפולים שניתנו על ידי רופא, יש לראותה כמחייבת גם לעניין מקצועות טיפוליים נוספים, ובכלל זאת מקצוע השיננות.

בסעיף 13(ב) לחוק זכויות החולה ביקש המחוקק לתת ביטוי לתלות הקיימת בין הסכמתו של האדם ובין המידע שמקבל אדם באשר לגופו, בקובעו: "לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל **מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר**, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע; לעניין זה, 'מידע רפואי', לרבות: 1) האבחנה (הדיאגנוזה) והסכות (הפרוגנוזה) של מצבו הרפואי של המטופל; 2) תיאור המהות, ההליך, המטרה, התועלת הצפויה והסיכויים של הטיפול המוצע; 3) הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, כאב ואי נוחות; 4) סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של היעדר טיפול רפואי; 5) עובדת היות הטיפול בעל אופי חדשני." למותר לציין כי סעיף 13(ב) אינו בבחינת רשימה סגורה של מידע רפואי שאותו יש למסור למטופל טרם קבלת ההחלטה, וכי הקושי העיקרי שבפניו ניצבת המטפלת־השיננית בבואה לבחון מהו היקף חובת הגילוי המוטלת עליה נובע מהלשון העמומה שאותה נוקט החוק ומהאופי הייחודי של הטיפול בבריאות הפה והשיניים.

על החשיבות שנותן המשפט הישראלי לחובת הגילוי ניתן ללמוד גם מפרשנותו של בית המשפט את חוק זכויות החולה, לפיה "המבחן למידע שחובה למסור למטופל אינו אפוא הנוהג המקובל בקרב הרופאים, אלא צרכיו של המטופל למידע כדי להחליט אם לקבל את הצעת רופאו. צרכים אלה נקבעים על־פי קנה־מידה אובייקטיבי. על הרופא מוטל למסור למטופל את כל האינפורמציה שאדם סביר היה נדרש לה כדי לגבש החלטה אם להסכים לטיפול המוצע".[2]

יחד עם זאת, ועל אף הנטייה לחשוב שכיום חובת הגילוי נפרסת עד אין קץ חשוב לדעת שחוק זכויות החולה אינו מטיל על המטפל חובת גילוי מוחלטת. חיזוק לגישה זו ניתן למצוא גם בפסק דין דעקה[3], שם נקבע, בין היתר, כי "אין לדרוש מן הרופאים שהיקף ההסברים שניתנים למטופל יהיה מוחלט, ויכלול סיכונים רחוקים ובלתי משמעותיים. ניתן לצמצם היקף זה לגדרם של סיכונים ממשיים בלבד, שהנם מהותיים בנסיבות העניין".

לפנינו אפוא פרשנות שיפוטית, אשר יצרה בפועל שני מבחנים משולבים הבוחנים את המטופל הספציפי למול האילוצים שבהם פעל המטפל הספציפי, לרבות משאביה המוגבלים של המערכת הרפואית. פרשנות זו מנחה את ציבור המטפלים, ובכללם גם השיננויות, לתהות מהי הציפייה הסבירה של החולה טרם הטיפול, וזאת להבדיל ממבחן הפרקטיקה המקובלת (מבחן הרופא הסביר).

לסיכום, לאור המציאות הטיפולית שהתפתחה מאז 1996 פונים יותר ויותר מטפלים העוסקים ברפואת שיניים ובשיננות לליווי ולייעוץ בתחום של ניהול הסיכונים. זאת מתוך הכרה גוברת בצורך שבקיום של מנגנון אפקטיבי, שמטרתו המרכזית היא שיפור של איכות השירות הרפואי למטופל לצד צמצום הסיכונים המדיקו־לגליים למטפל ושמירה על המוניטין. כחלק מהרצון להעניק טיפול איכותי - הן ברמה הקלינית והן באיכות השירות למטופל - כל שיננית נדרשת להכיר ולהפנים את הוראות חוק זכויות החולה, כמו גם את האופניים למימוש זכויותיו של המטופל.

---

2 ע"א 94/434 ברמן, קטינה באמצעות הוריה, מור - המכון למידע רפואי בע"מ

3 ע"א 93/2781 מיאסה עלי דעקה נ' בית החולים "כרמל"

מחפש/ת עבודה מעניינת
ומאתגרת עם ראש
גדול, עצמאות ועניין?

חברת "של פרויקטים שיקומיים"
פותחת בפניך הזדמנות לעסוק
בתחום מרתק, בשעות הבוקר
ובתנאים טובים (אפשרי כעבודה נוספת)

דרושים שיננים/ות
להדרכות לבריאות השן
בגנים ובתי ספר

של
פרויקטים שיקומיים בע"מ

קו"ח:
shen@shelpro.co.il
פקס: 03-7649315

אתן שואלות § היועצת המשפטית של אש"י עונה

לחוק יש שיניים המדור המשפטי

עו"ד אודליה לוי־אטינגר ועו"ד ויקטוריה פוגל

§ שאלה

אני שיננית שכירה (עם תלוש משכורת ושכר באחוזים) בשלוש מרפאות שונות. לאחרונה חליתי וקיבלתי אישור רפואי לשמונה ימי מחלה, כך שמעשית לא עבדתי מיום ראשון ועד יום חמישי.

על אף שמסרתי אישור רפואי, באף אחת מהמרפאות לא שילמו לי בעבור ימי המחלה. במרפאה אחת אני עובדת בימים א'+ד', בשנייה רק ביום ב' ובשלישית בימים ג'+ה'. טענת המעסיקים: "את עובדת על אחוזים, כך שבמקרה שלא עבדת אין תשלום על ימי מחלה." במרפאה אחרת הובהר לי שאינני זכאית לתשלום שכן אני עובדת במרפאה אך ורק יומיים בשבוע, ושניהם נחשבים היום הראשון והשני למחלה. זאת על אף שהימים הללו אינם הראשונים על פי אישור המחלה, ובין שניהם יש יומיים רווח...

אני קצת מיואשת, כי מדובר ברבע משכורת חודשית שלא שולם עקב המחלה. אני תוהה מי אמור לשלם לי עבור אותם ימים. איך מחושבים ימי המחלה? מהיום הראשון הרשום באישור הרפואי? איך בכלל אפשר לחשב שכר יומי כשהתשלום הוא פועל יוצא של מספר הפציינטים, כפול האחוז המוסכם מהתשלום שהפציינט משלם? מה קובע החוק לגבי תשלום ימי מחלה? ומה עלי לעשות במקרה זה?

§ תשובת עו"ד אודליה לוי אטינגר ועו"ד ויקטוריה פוגל:

חוק דמי מחלה הוא אחד מ"חוקי המגן" של משפט העבודה שתכליתו מתן הגנה סוציאלית לעובד - ולפיכך לא ניתן להתנות עליו או לגרוע מהוראותיו. מטרת החוק: להבטיח לעובד פרנסה וקיום כלכלי בכבוד, גם כשהוא חולה.

לפי הוראות החוק, יש לשלם לעובד/ת הנעדר/ת בגין מחלה (מאושרת) כדלקמן:

עבור יום המחלה ה־1 - ללא תשלום;
עבור יום המחלה ה־2 - 50% מהשכר;
עבור יום המחלה ה־3 - 50% מהשכר;
עבור יום המחלה ה־4 ואילך - 100% מהשכר (בכפוף לזכאותו של העובד/ת לדמי מחלה).

בשאלה זו עלתה הסוגיה של צבירת הזכאות ההדרגתית במהלך ימי המחלה, בשים לב לעובדה כי שיינויות רבות עובדות בימים שונים בשבוע במרפאות שונות. טענת המרפאות שהעסיקו אותה הייתה כי יש לראות ביום העבודה הראשון אצלם במהלך שבוע המחלה כיום עבודה "ראשון" מבחינת החוק, כאמור - ללא זכאות לתשלום. פרשנות כזו משמעותה היא כי שיננית שנעדרה במשך שבוע מעבודתה בשלוש מרפאות שונות לא תהיה זכאית כלל לתשלום בגין היעדרות מחלה, או תקבל תשלום חלקי וזעום בלבד. זאת לעומת שיננית שעובדת במרפאה אחת בלבד, שזכאית לקבל במקרה כזה את המרב שהחוק מעניק (כל יום לפי ערכו הנקוב בחוק).

בפסק דין שנדון בבית הדין הארצי לעבודה (דב"ע נז/3-18 גיל שעל - נינה ויקל) העלה המעביד טענה דומה, אשר נדחתה על ידי בית הדין. בית הדין קבע כי באותו מקרה, היום השישי למחלת העובדת (שהיה הפעם הראשונה שבה הייתה אמורה להתייצב לעבודה אצל אותו מעביד), ייחשב וישולם כיום מחלה שישי, על אף שהוא מהווה יום ראשון להיעדרות מעבודה אצל אותו מעביד. עוד הוסבר שם כי תשלום דמי מחלה אינו סנקציה על המעביד אלא זכות שצומחת לעובד החולה, המזכה בתשלום חלקי החל מהיום השני למחלתו ושיעורה עולה בהדרגה עד ליום הרביעי למחלה, המזכה בתשלום מלא. בית הדין שם דגש על ימי מחלה של העובד ולא על ימי היעדרות ממקום עבודה מסוים אצל מעביד מסוים.

על פי פרשנות המעביד, העובדת הייתה זכאית לקבל דמי מחלה ממנו רק אילו הייתה חולה ארבעה שבועות. פרשנות זו, פסק בית הדין, נוגדת את עקרונות משפט העבודה ואת הרעיון הטמון בחוק דמי מחלה - לאפשר קיום לעובד שעה שנבצר ממנו לעבוד עקב מחלתו. **בית הדין פסק כי במקרה הנדון, העובדת נעדרה מעבודתה אצל המעביד ביום השישי למחלתה, ועל כן הייתה זכאית לדמי מחלה מלאים.**

לפיכך: שיננית העובדת בכמה מרפאות זכאית לקבל תשלום בגין היעדרות בשל מחלה כאילו מדובר בהיעדרות רצופה ממקום עבודה אחד.

לעניין חישוב "שווי" יום מחלה: אין בסיס לטענה כאילו לא מגיע תשלום דמי מחלה לעובדת ששכרה משולם באחוזים מתוך הגבייה מהמטופלים (כפי שקורה עם מרבית השיניות). במקרה כזה, חישוב שווי יום עבודה (לצורכי חישוב פדיון חופשה, מחלה וכדומה) הינו ממוצע ההשתכרות החודשי, מחולק במספר ימי העבודה.

בדוגמת המקרה הספציפי:

עובדת אשר עובדת אצל שלושה מעסיקים שונים, כפי שהיה בפנייה הנ"ל, קיבלה אישור מחלה מיום חמישי ועד יום חמישי בשבוע שלאחריו. מכיוון שהתשלום בגין ימי מחלה מתבצע על פי ימי מחלה ולא על פי ימי היעדרות, התשלום עבור ימים אלו יתבצע כדלקמן:

- יום א', שהוא היום השני למחלה (מכיוון שמדובר בעובד בשכר ולא במשכורת חודשית, לא סופרים את ימי המחלה שנופלים בימי שישי ושבת) - ישולמו לעובדת כ־50% משכרה;
- יום ב', שהוא היום השלישי למחלה - ישולמו לעובדת 50% משכרה;
- יום ג', שהוא היום הרביעי למחלה - ישולמו לעובדת 100% משכרה;
- יום ד', שהוא היום החמישי למחלה - ישולמו לעובדת 100% משכרה;
- יום ה', שהוא היום השישי למחלה - ישולמו לעובדת 100% משכרה.
- במצב זה:
- מעסיק 1 ישלם יומיים מחלה לפי שיעורים שונים, בגין יום א' לעבודתה לפי 50% ועבור יום ד' לפי 100%;
- מעסיק 2 ישלם דמי מחלה בשיעור של 50%;
- מעסיק 3 ישלם דמי מחלה עבור יומיים, בשיעור זהה לשני הימים (100%).

הצטרפי עוד היום לאיגוד השיננות הישראלי ותובלי לזכות במענה לשאלות ולסוגיות משפטיות וכן בטיפול ראשוני ללא תשלום!

משחת שיניים כלורהקסדין
להשלמת הטיפול בדלקות חניכים

■ לסובלים ממחלות חניכיים כרוניות ■ להשלמת הטיפול בשטיפות כלורהקסדין ■ ללא SLS וללא פלואוריד הסותרים את פעילות הכלורהקסדין ■ למקרים בהם היענות המתרפא לשטיפות נמוכה ■ מכיל Chlorhexidine Gluconate 0.12% Xylitol 1% ויטמין E ופרו ויטמין B5 ■ לצחצוח פעמיים ביום בוקר וערב במקום משחת השיניים הרגילה

המליצי למתרפאייך על הטיפול השלם בדלקות חניכיים

☐ **שטיפת פה כלורהקסדין**
לטיפול בכל חלל הפה

☐ **ג'ל לאסר כלורהקסדין**
לטיפול מקומי

☐ **משחת שיניים כלורהקסדין**
לצחצוח פעמיים ביום במקום משחת השיניים הרגילה

respect

למידע נוסף **תרו תעשיה רוקחית בע"מ** יורו פארק בית איטליה יקום טל' דוא"ל orit.segev@taro.co.il

מפחית עד *99.9% מרובד החיידקים

שטיפה יומיומית בליסטרין, פעמיים ביום,
במשך 30 שניות- .מספקת הגנה למשך
24 שעות מפני רובד החיידקים (פלאק)[1]

למידע נוסף התקשרו חינם : 1-800-250-255

LISTERINE®

Reference: **1.** Fine DH, Furgang D, Sinatra K, Charles C, McGuire A, Kumar LD. In vivo antimicrobial effectiveness of an essential oil-containing mouth rinse 12 h after a single use and 14 days' use. J Clin Periodontol. 2005;32:335-340.

* כפי שהוכח במבחני מעבדה