ISRAELI DENTAL HYGIENE ASSOCIATION

איגוד השיננות הישראלי ע"ר

שמירה על בריאות הפה והשיניים בפרט ובקהילה

עיתון

איגוד השיננות הישראלי

גיליון 30

נובמבר 2007

שיננויות יקרות,

גיליון מספר 30 כבר מונח לפניכן. עברנו דרך ארוכה, רצופה קשיים לא מעטים, עליות ומורדות, אך עיניכן הרואות: העיתון חי ונושם, נאה לעיניים וגדוש מידע – שאני מקווה שיעניין ויעשיר אתכן.

עיתון איגוד השיננות משמש במה לכתבות המעניינות אותנו כנשות מקצוע, לעדכונים בתחום עבודתנו ולסיקור של אירועים ושל כנסים מקצועיים.

בגיליון שלפניכן תוכלו לקרוא על שליטה בכאב ועל הדרכים העומדות לרשותנו במסגרת החוק להקלה על כאב המתרפאים בעת שאנו מגישות להן טיפול. עוד תקראו על סקירה שנערכה בכמה מדינות בעולם, במטרה לזהות את הגורמים להתפתחות כוח העזר הדנטלי בהן ולבחון את הגישות כלפי השימוש בו.

הסימפוזיון הבינלאומי של ה־IFDH, שהיה אמור להתקיים השנה בירושלים, נערך ביולי האחרון בטורונטו, קנדה. רשמים מהכנס תוכלו לקרוא בכתבה "שישה ימים על פלנטת השיננות" שבעמודים 18–19. כמובן שנתמיד במאמץ למען קיום הכנס בירושלים בעתיד.

הכתבה "שיננויות אל מול כנרת", שבעמודים 32–33 מתארת את החוויות הנפלאות שחווינו יחדיו ב"יום השיננית הבינלאומי", שאותו חגגנו השנה בטבריה.

כל אלה ועוד – בגיליון שלפניכן.

וכמובן, כדאי לזכור כי כל הפעילויות שהוזכרו לעיל תלויות בליכוד השיניות בארץ תחת קורת גג אחת: אש"י – איגוד השיננות הישראלי. למי שטרם הצטרפה אלינו – זה הזמן!

קריאה מהנה,
שלכם,
גלית סימני

תוכן

8 דילמות ברפואת שיניים: בין המערכת הציבורית לפרטית

10 כאב ושליטה בכאב בעבודת השיננית

14 עו"ד ועוד - תוצאות השליטה בכספי פיצויי פיטורים בקופות הגמל

16 שלבים בהחדרת מוטיבציה לגהות הפה

18 שישה ימים על פלנטת השיננות - רשמים מסימפוזיון ה־IFDH, טורונטו 2007

20 גם לידידינו יש שיניים

22 אתר איגוד השיננות הישראלי עלה לאוויר

24 שימוש בכוח עזר דנטלי - סקירת גישה בשש מדינות מפותחות

28 להביא את בשורת המניעה

30 ידיעון

32 שיננויות אל מול כנרת - כנס יום השיננית הבינלאומי בחסות דקסון

עיתון איגוד השיננות הישראלי

גיליון 30 [נובמבר 2007]

המערכת

עורכת:
גלית סימני

עריכה מקצועית:
פולט פוקס

עריכה לשונית:
רותי קפלן
נעמה דותן

תרגום מאמרים:
קארין ואן סטרטן ומיכל ליברזון

הוצאה לאור:
איגוד השיננות הישראלי
דוא"ל: galit121@zahav.net.il
טלפון: 050-2006384
פקס: 03-9330824

פרסום, עיצוב והפקה:
ניו יורק, ניו יורק
רח' יהודה הלוי 92, תל אביב
טלפון: 03-5619993,
new-york@zahav.net.il
תודה מיוחדת לכותבים ולמפרסמים בעיתון זה.

המערכת אינה אחראית לתוכן המודעות המופיעות בעיתון.

כתובת האיגוד:
קרלין יעל
ת.ד. 522, זכרון יעקב 30900
פקס: 04-6398820
דוא"ל: drcarlin@inter.net.il
P.O.BOX 522, ZICHRON YAAKOV, 30900
ISRAEL
או דרך האתר: www.idha.org.il

בעלי תפקידים בהנהלת האיגוד

- **יו"ר האיגוד:** יעל קרלין, מזכירת הפדרציה הבינלאומית לשיניות, טל: 050–2006380
- **סגנית יו"ר ודוברת:** דלית ארמוזה, טל: 050–2006381
- **גזברית:** אדל שבח, טל: 050–2006385
- **עורכת העיתון:** גלית סימני, טל: 050–2006384

- **אחראית על כנסים וימי עיון ועורכת לשונית של האיגוד:** רותי קפלן, טל: 050–2006382
- **אחראית על חינוך וקשרי חו"ל:** פולט פוקס, טל: 050–2006388
- **אחראית על יחסי ציבור, פרסום ושיווק של האיגוד:** גלית סימני, טל: 050–2006384
- **אחראית על אתר האיגוד:** יעל קרלין, טל: 050–2006380
- **אחראית על מאגר שיננויות וחיפוש עבודה לחברות האיגוד:** צ'רי פלקס, טל: 050–2006385
- **עורכת תוכן אתר איגוד השיננות (כחברה מתנדבת):** שרון פרידמן–יניב, טל: 050–2006386
- **עידכון כתובות ופרטים ובירורים בנושא הוראות קבע והרשמה לאיגוד:** צ'רי פלקס נא לשלוח במייל, flax@maaganm.co.il, או בפקס: 04–6394271
- **פקס בנושאים כלליים:** 04–6398820
- **שליחת חומר לעיתון האיגוד (מאמרים, כתבות וכל חומר מתאים):** גלית סימני. נא לשלוח במייל, galit121@zahav.net.il

קוראים נכבדים,

בזמן האחרון מחשבותיי התגלגלו אל מעבר לעבודתי כיו"ר אש"י ומעבר לעבודה היום יומית שלי כשיננית. יצא לי לחשוב לא מעט על הפילוסופיה שמאחורי מקצוע השיננות.

שיננות הוא מקצוע פארא־רפואי העוסק במניעת מחלות, והוא נושק לכמה תחומים: רפואת שיניים על כל ענפיה, רפואה כללית, מערכות בריאות ומערכות ציבוריות. במרפאת השיניים, על השיננית להיות ערנית למצבו הבריאותי של המטופל. היא זו שרואה אותו באופן שוטף לאורך תקופה ארוכה. חשוב שתהיה בעלת ידע ברפואה כללית וברפואת שיניים, כך שתוכל להבחין במצבים המצריכים התערבות של רופא שיניים ולהפנות את המטופל בהתאם.

שיננויות העובדות במערכות בריאות שונות עשויות לטפל באוכלוסיות עם מצבים בריאותיים מורכבים. עליהן לרכוש ידע רב כדי לדעת להתמודד עם מצבים אלו ולספק את הטיפול הטוב ביותר לכולם, גם לבעלי צרכים מיוחדים.

במערכות ציבוריות, שיננויות תוכלנה לתרום יותר אם הכשרתן תהיה כללית ורחבה יותר. כדי להתקדם עם הזמן ולהפיק את מרב התועלת מעבודת השיננויות, על כולנו להבין שנדרש בדחיפות לאפשר להן להרחיב את הידע שלהן. כך יוכלו כל הגורמים המוזכרים למעלה להפיק יותר תועלת מעבודתן.

אם נתבונן אל מעבר לתפקיד הבסיסי של הסרת אבנית, אל הפילוסופיה שעומדת מאחורי המקצוע, נמצא ששיננות הינה מקצוע של מניעה, הנעשית באמצעות ייעוץ, נתינה, טיפול והדרכה.

אין מקום להשוות את מקצוע השיננות לרפואת שיניים. שני המקצועות עוסקים אמנם באותו איבר בגוף, אך בהיבטים שונים. כבודו של כל מקצוע במקומו מונח, ותמיד תהיה השיננית כפופה לרופא השיניים. אולם לאור הנאמר לעיל, תמיד נשאף ללמוד עוד כדי שנוכל להעניק שירות טוב יותר, ההולם את מהותו של המקצוע, לתועלת המרפאות המעסיקות אותנו ולטובת המטופלים שלנו.

יעל קרלין
יושבת ראש אש"י – איגוד השיננות הישראלי ע"ר

דילמות ברפואת שיניים: בין המערכת הציבורית לזו הפרטית

כדי ליצור בארץ תשתית טיפולית נאותה בתחום הדנטלי חשוב להבין את ניגודי האינטרסים של הגורמים המעורבים בה ולנסות לגשר עליהם ככל שאפשר

פרופ' יונתן מן

כל מערכת מורכבת מתשתית ומכוח אדם. במקרה שלנו, התשתית היא מרפאות השיניים, וכוח האדם הוא הצוות הדנטלי – סייעות, שיננית ורופאי שיניים.

התשתית הטיפולית כוללת כיום כ־4000 מרפאות שיניים פרטיות ו־491 תאגידים, אשר מפעילים 694 מרפאות. מתוכן 62 הן בבעלות של רשויות מקומיות, 221 מרפאות בקיבוצים, 57 מרפאות של עמותות, 151 בבעלות קופות החולים ו־203 שייכות לתאגידים פרטיים־מסחריים.

מצבת כוח האדם כוללת 9098 רופאי שיניים, 1100 שיננית ו־5000 סייעות.

היחס רופא : שיננית הוא 1:10, שיפור מן העבר (1:13), אך רחוק מהיחס הקיים במדינות מערביות. כך, למשל, היחס בארה"ב הוא בין 1:1 ל־1:2. מאידך, היחס בארץ של רופאי שיניים למספר התושבים הוא מן הגבוהים בעולם – רופא לכל 770 נפש.

הגורמים המעורבים בטיפול הם רופאי השיניים/שיננית, המתרפאים, המנהלנים ובעלי העסקים. לכל אלה אינטרסים שונים ומנוגדים.

המפקח הוא משרד הבריאות, שבחלק מנושאי הפיקוח "אין לו שיניים".

המערכות המעורבות הינן הר"ש (הסתדרות רופאי השיניים, המייצגת מערכות פרטיות), תאגידים ומרפאות מסחריות, כולל קופות החולים, משרד הבריאות וחברות ביטוח.

בין המערכות הללו קיימים ניגודי אינטרסים בתחומים שונים, ואציין כאן כמה מהם.

דילמת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

אם וכאשר תאושר תוספת דנטלית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, בהחלטה על הצינור המתאים להעברת הכספים עלולים להתגלות ניגודי אינטרסים. ההעברה יכולה להיעשות דרך קופות החולים, מערכות ביטוחיות כגון "שילוח", רשויות מקומיות או צד שלישי – כגון הר"ש או גוף עצמאי לגמרי, שיהיה אחראי להעברת הכספים.

ההיגיון שבהעברת הכספים דרך קופות החולים הינו בהשלמת הטיפול הבריאותי הכללי, כך שלא תיווצר מערכת ביטוח בריאות ממלכתית כפולה.

רופאי השיניים הפרטיים, שאמורים להיות מיוצגים על ידי הר"ש, יתנגדו ל"צינור" הזה, מחשש להפיכת מרפאות השיניים הפרטיות לנותנות שירות דרך קופות החולים. מהלך זה יהפוך את הקופה למעסיק של רופא השיניים הפרטי שיחתום עמה על חוזה שירות.

ההבדל בהתייחסות לדילמה זו נובע בעיקרו מהשוני בין המערכות הפרטיות לבין אלו המסחריות: המערכות המסחריות, בדומה לקופות החולים, ייהנו הן מתזרים מתרפאים והן מתזרים כספים; נותני השירות הפרטיים אמנם יקבלו תזרים מטופלים, אך סביר להניח שלא יהיו מרוצים מהפיצוי הכספי, מה שעלול לגרום לירידה ברמת השירות ובאיכות.

מי ייהנה מאישור התוספת הדנטלית לחוק הבריאות?

מקבלי השירות ייהנו מן המהלך, בעיקר אלה מביניהם שאינם יכולים לקבל כיום טיפול בשל מגבלות כספיות ויקבלו אותו דרך המערכת הממלכתית.

דילמת השיננית

השינויים הנוכחיים בתקנון, שאושרו בוועדת העבודה והרווחה בכנסת ביוני 2005, קובעים:

- במרפאה מצוי מורשה לריפוי שיניים – לפי הצורך ולפי שיקול דעתו של רופא השיניים;
- השיננית תוכל לעבוד בו זמנית עם כמה רופאי שיניים, מבלי להיות עובדת של מי מהם;
- על פי מרשם רופא, השיננית מורשה להשתמש בתכשירים לטיפול במחלות חניכיים המוכנסים לפה ומשתחררים מאוחר יותר.

האם זה טוב לכולם?

בעלי האינטרס הם השינויות, רופאי השיניים והר"ש, כאשר עמדת הר"ש אינה מייצגת בהכרח את עמדת הרופאים. מבחינת השינויות, השינוי בתקנות פותר חלק מהבעיות שהצטברו במשך השנים. הר"ש מתנגדת לשינויים אלה, ולמיטב ידיעתי גם מתנגדת לאקדמיזציה. לעומת זאת, מחקר שערכה ד"ר נטע עבדי מעלה כי 88% מרופאי השיניים חושבים שיש לאפשר לשינויות להרחיב את לימודיהן לתואר אקדמי, בניגוד לעמדת הר"ש.

האקדמיזציה אושרה כתכנית סופית על ידי המועצה להשכלה גבוהה ב־1996. לצערי, התכנית לא יצאה אל הפועל בשל בעיות אדמיניסטרטיביות בין הדסה לאוניברסיטה העברית, וב־1999 (שלוש שנים ממתן האישור) פג תוקף האישור.

מובן שרעיון האקדמיזציה בשיננות הינו בעל חשיבות ממדרגה ראשונה – אם לבריאות הציבור ואם למקצוע השיננות.

דילמת התקנות לסייעות

נושא נוסף שבו יכול להתהוות ניגוד אינטרסים בין המערכת הציבורית לזו הפרטית הוא התקנות לסייעות.

הכותב הוא מנהל המחלקה לרפואת שיניים קהילתית בפקולטה לרפואת שיניים, הדסה עין כרם, ירושלים. לשעבר, דיקן הפקולטה לרפואת שיניים

המאמר הינו תמליל הרצאה באסיפה הכללית של איגוד השיננות, אפריל 2007

מזה כעשרים שנה נעשים מאמצים להעביר תקנות מסודרות בנושא הסייעות, ועד לרגע זה הן אינן מוסדרות.

מרפאות מסחריות (קופות החולים, בתי חולים, תאגידים למיניהם) עומדות על כך שסייעות המתקבלות לעבודה תהיינה בעלות הכשרה מקצועית. עם זאת, יש לציין שתפקיד הסייעות איננו מעוגן בחוק, ולכן משרד הבריאות איננו מחייב העסקת סייעות בעלות תעודה.

יש מקום להניח שחלק גדול מרופאי השיניים הפרטיים אינו מעוניין לקדם נושא זה, בעיקר בשל האספקטים הכלכליים הקשורים בכך. ואמנם, זו גם עמדת ההסתדרות לרפואת שיניים.

דילמת לימודי המשך - חובה או רשות

ההחלטה על חובת לימודי המשך אינה פשוטה, מאחר שכמחצית מרופאי השיניים אינם חברים בהר"ש וכמחצית מהשיננויות אינן חברות באיגוד. משום כך, משרד הבריאות הוא שצריך לתת מענה.

החלטה על חובת התעדכנות תוכל להיות ממומשת רק אם משרד הבריאות יתנה בכך את חידוש הרישיון, אחת לכמה שנים.

היתרון של חובת לימודי המשך הוא בהקניית ידע ומידע בצורה מסודרת לכלל נותני השירות. בנוסף, התוצאה תהיה מתן דחיפה לרישום מסודר ומאורגן במשרד הבריאות.

אין לי צל של ספק כי לימודי המשך, הן לרופאי השיניים והן לשיננויות, חייבים להיות מעוגנים ומוסדרים כלימודי חובה.

החשיבות הינה לא רק בעדכון הידע, אלא גם לצורכי עדכון של כתובות ואיסוף מידע על מספר רופאי השיניים, השיננויות והסייעות הפעילים בשטח. כיום, למשרד הבריאות אין נתונים מדויקים.

הר"ש מתנגדת לחובת לימודי המשך, ומציגה כפתרון את רעיון "רופא השיניים המעודכן". להערכתי, תכנית זו רחוקה מלספק מידע וידע לאוכלוסיית רופאי השיניים, לא כל שכן כאשר רק כ־50% מהם חברים בהר"ש.

הדבר אמור גם לגבי השיננויות. גם כאן יש למצוא פתרון הולם.

דילמת חיזוי כוח אדם

החיזוי של כוח האדם ברפואת שיניים נועד לקבוע את מספר השיננויות והרופאים הדרושים בשוק, על פי צרכים ודרישות. לחיזוי יש משמעות עליונה – אם במחשבה על עתיד השיננויות ואם במחשבה על עתיד הרופאים.

החיזוי מצריך מידע עדכני ואמיתי לגבי מספרם של רופאי השיניים והשיננויות העובדים ומספר שעות העבודה הממוצע שלהם, כמו גם מידע לגבי תחלואה, צרכים ודרישות. כל אלה הם באחריות משרד הבריאות, אך אינם מבוצעים.

נראה כי כל העוסקים בנושא תמימי דעים לגבי חשיבות הנושא, ובהבנה כי עיקרו אמור להתבצע על ידי משרד הבריאות. אלא שבשל בעיות תקציביות, הדברים אינם מתבצעים. זאת ועוד: משרד הבריאות לא יוכל לעדכן את הנתונים בתחום כוח האדם ללא שיתוף פעולה של נותני השירות.

יש לציין כי דווקא רישום השיננויות מדויק ועדכני יותר מהרישום של רופאי השיניים, וזאת הן בשל מספרן הקטן יחסית והן בשל רצונן לעמוד בדרישות משרד הבריאות ולהתעדכן – דרך ימי עיון מטעם איגוד השיננות שאליו הן משתייכות.

דילמת הביטוח הדנטלי

לרעיון לפעול להגדלת שיעורם של בעלי הביטוח הדנטלי בארץ – משיעור של כ־8% כיום לשיעור הדומה לזה הקיים בארה"ב (58%) – מתנגדים בתנאים הנוכחיים הן הר"ש והן איגוד השיננות.

נותני השירות – הן רופאי השיניים הפרטיים ובראשם הר"ש והן השיננויות – מתנגדים לתנאי הביטוח הקיימים (בעיקר בשל הפיצוי הכספי הנמוך), על אף שהם רואים במהלך פוטנציאל להגדלה של כמות המטופלים.

לעומתם, האדמיניסטרטורים וה"עסקנים", בעלי המרפאות הגדולות, דווקא מעוניינים בביטוח דנטלי רחב ככל שאפשר, שיביא לשימוש יתר בשירותים הדנטליים.

לסיכום

למדינה יש אחריות כלפי אזרחיה בהספקת תשתיות להכשרה בתחום הדנטלי של סטודנטים ומומחים, וכן ללימודי המשך. עליה לאפשר טיפול לאוכלוסייה כולה, בכוח אדם מספק מבחינת האיכות והכמות (רופאי שיניים, שיננויות, סייעות וטכנאי שיניים).

מבחינת השירות, חשוב שהמדינה תיקח אחריות על מניעה ראשונית (הפלרה + ביטוח + סל הבריאות), מניעה שניונית (ביטוח דנטלי + סל הבריאות) ומניעה שלישונית (ביטוח מקיף + סל בריאות מקיף).

כולנו מקווים כי יהיה אפשר לצמצם את הפערים בין בעלי העניין השונים, גם אם הדבר מסובך ומורכב.

פינת הלשון

אליה וקוץ בה – פירוש: ה"אליה" הוא החלק השמן והטוב של זנב הכבשה, אבל קוץ ננעץ בה.

בהשאלה: דבר שעיקרו טוב, אולם יש בו פגם.

לדוגמה: אנחנו ממליצות למטופלינו על שטיפות פה, המסייעות לריפוי דלקת החניכיים, על אף שחלק מהן צובעות ומכתימות את השיניים – אליה וקוץ בה.

זה היה רגע של עברית,

רותי קפלן

כאב ושליטה בכאב בעבודת השיננות

חלק ראשון*

יהודית חזות

בעיית הכאב מוכרת היטב לשיננית ולמטופליה. עקב פחד מכאב, אנשים נמנעים מלהגיע לטיפולים אצל השיננית ולטיפול דנטלי שגרתי. בעוד שלרשות רופאי השיניים עומדים אמצעים רבים להקלת הכאב אצל המתרפא, בהם אלחוש מקומי על ידי זריקה, שימוש בגז הצחוק, אקופונקטורה, תרופות הרגעה, היפנוזה או הרדמה כללית, לרשות השיננית עומדים רק אמצעים כמו דברי הרגעה מילוליים (ראו שיטות פסיכוסומטיות) או מריחת משחות לאלחוש הרקמות הרכות (Topical).

החוק בארץ אינו מתיר לשיננית לבצע אלחוש מקומי, אך כיום טיפול אצל השיננית יכול להיות כמעט נטול כאב. זאת, בין היתר, על ידי שימוש נכון במכשיר אולטרסוני ובמכשור הידני, וכן באמצעות פיתוח של יכולת ההקשבה לתחושותיו של המתרפא וערנות לתגובותיו – במטרה לסייע לו לעבור את הטיפול בנוחות המרבית האפשרית. גם שימוש באמצעים טופיקליים מקומיים הקיימים ברפואת שיניים מסייע לשיננית להקל או למנוע כאב.

המאמר אשר בחרנו לפרסם כאן נכתב ונערך על פי מקורות שונים בספרות המקצועית, ובשל אורכו ראינו לנכון לפרסמו בשני חלקים. החלק הראשון, המתפרסם בגיליון זה, סוקר את האמצעים העומדים לרשות הצוות במרפאת השיניים (רופא השיניים והשיניות) לשם הקלת הכאב בזמן הטיפול. החלק השני, שיתפרסם בגיליון מספר 31, עוסק באספקט התיאורטי והפיזיולוגי של הכאב.

במכוון, כותבת המאמר אינה נכנסת לנושא האלחוש המקומי באמצעות זריקה, אלא סוקרת אמצעים אחרים המתלווים אליה ומסייעים להשפעתה או אף יכולים לעמוד בפני עצמם, בהם כאלה שהשיננית יכולה לבצע בעצמה.

תחושת הכאב - התהליך

לכאב שני מרכיבים: תחושה ותגובה לתחושה.

תחושת הכאב היא תחושה לא נעימה הנגרמת על ידי גירוי שמתפרש על ידי המוח כמסכן את הרקמות. זהו תהליך פיזיולוגי, שבמהלכו התחושה נקלטת בקצות העצבים הקולטניים באיבר ש"חש" את הגירוי לכאב. מכאן ה"מידע" מועבר דרך מערכת העצבים הפריפרית אל מערכת העצבים המרכזית והמוח, מקום שבו הגירוי יתורגם לכאב.

תחושת הכאב שווה לכל בני האדם הבריאים, אשר אינם סובלים מפגיעה במערכת העצבים כתוצאה מתאונה או מחלה.

תגובה לכאב היא הפירוש הניתן לכאב + המענה לו; כלומר, הפעולה שהכאב מעורר. זהו גבול פסיכולוגי לכאב.

התגובה לכאב שונה בין בני האדם ומשתנה עם הזמן אצל אותו אדם. היא מושפעת מהמודע ומתת המודע, וכמו כן מגורמים רגשיים, תרבותיים ואתניים.

סף הכאב הוא הגירוי החלש ביותר המזוהה, שגורם להרגשת כאב. יש רצף מסוים שבו הגירוי עובר מגירוי שאינו משנה לתחושה לא נעימה ולכאב. סף הכאב הוא הגבול שבין תחושה לא נעימה לתחושת כאב. סף זה יכול להיות מושפע במידה רבה מתרופות אנלגטיות אשר פועלות על מערכת העצבים. אדם אשר מגיב באופן מינימלי לכאב נאמר עליו כי יש לו תגובת כאב נמוכה, אך סף כאב גבוה. כלומר, התגובה לכאב היא ביחס הפוך לסף הכאב.

האמצעים המפורטים במאמר הינם:

1. אלחוש מקומי באמצעות חומרים טופיקליים למריחה בפה;
2. אלחוש מקומי באמצעות Lidocaine Patch;
3. טכניקת ההזרקה הממוחשבת WAND;
4. אלחוש אלקטרוני בעזרת Cedeta MK3;
5. Nitrous Oxide Oxygen;
6. שיטות פסיכוסומטיות.

1. אלחוש מקומי (Topical Anesthesia - Local Anesthesia)

(חסימת מעבר לתשדורת כאב ותחושה)

חומרי אלחוש מקומיים הם חומרים אשר גורמים לחוסר תחושה חולף באזור המורדם. במאמר זה לא אפרט את נושא האלחוש המקומי באמצעות זריקה. אציין את המשותף והשונה בין שני סוגי החומרים הקיימים בשימוש וכן את השימוש בחומר למריחה מקומית (Topical Anesthesia) ואת השימוש ב־Lidocaine Patch.

מושגי יסוד ורקע כללי:

Toxicity (**רעילות**) – מדווח על כמות חומר ההרדמה או

חלקו השני של המאמר ייתפרסם בגיליון הבא

הוואזוקונסריקטור הדרושה כדי ליצור מנת יתר ולגרום להרעלה.

Toxic Overdose (מנת יתר) – כאשר הכמות הניתנת גורמת לריאקציה שלילית.

M.S.D - (מנה בטוחה מקסימלית, Maximum Safe Dose) – זהו מספר המעריך את הכמות המרבית שאפשר לתת בצורה בטיחותית לאדם במשקל ממוצע של 150 פאונד (פאונד – 428 גרם, 150 פאונד כ־65 ק"ג) מידע זה מצוין בדף המצורף לאריזת חומר ההרדמה.

חומרי האלחוש המקומיים הם מסיסים במים.

המבנה הכימי של חומר האלחוש כולל שלושה חלקים:

א. חלק הידרופילי – אחראי למסיסותו במים של חומר האלחוש ונשיאתו דרך רקמת החיבור אל העצב.

ב. חלק ביניים, שהוא במבנה של שרשרת קישור – החומר מסווג לפי שרשרת הקישור שלו, אסטר או אמיד.

ג. חלק ליפופילי – מורכב משרשרת ארומטית המאפשרת לחומר לחדור לנרתיק העצב (Nerve Sheath) עד למקום שבו ההולכה החשמלית אמורה להיחסם.

על אף ששיניות בארץ מנועות מלתת זריקות למתרפאים, עלינו להיות מודעות היטב לשיקולים הרפואיים ולמצב בריאותו של המתרפא לפני שאנו נעזרות בשירותי הרופא לצורך אלחוש.

לפני אלחוש יש לבצע סקירה ממצה של ההיסטוריה הרפואית של המתרפא. ייתכן מצב שבו תהיה קונטרה־אינדיקציה למתן חומר אלחוש מקומי המכיל אדרנלין מכווץ כלי דם (Vasoconstrictor). למשל, במקרה של בעיות בתפקוד הכבד. הכבד אמור לפרק את חומר ההרדמה האמידי ולהפרישו החוצה. כאשר הכבד אינו מתפקד כראוי, החומר האנלגטי עלול לגרום הרעלה במחזור הדם. במקרה כזה, עדיף לבחור חומר על בסיס אסטר.

דוגמה נוספת: לאדם הסובל מפעילות יתר של בלוטת התריס אסור לתת זריקה עם אדרנלין. עלינו לידע את הרופא על מצב בריאותו לפני שנבקש ממנו לבצע אלחוש.

פירוט האמצעים לאלחוש מקומי

א. Topical Anesthesia

מבחינה כימית, המשחה הטופיקלית דומה לחומרים הנמצאים בקרפולות.

קיימות שתי קבוצות של חומרי הרדמה טופיקליים: אמידים ואסטרים.

- אמיד – לידוקאין = Xylocain ג'ל וספריי.
- אסטר – הטטראקאין והבנזוקאין.

כדי שחומרים אלו יהיו מספיק יעילים, עליהם להיות בריכוז גבוה בהרבה מריכוז חומרי האלחוש בקרפולות, מה שעלול לגרום להרעלה. על אף שבעיני מטפלים רבים האלחוש הטופיקלי הוא חומר בטוח יחסית ובלתי מזיק, יש לשים לב לאפשרות של מנת יתר רעילה (Toxic Overdose).

האלחוש הטופיקלי נספג בדם דרך כלי הדם שבאזור שבו הוא מיושם. הוא משווק בשלוש צורות: ג'ל, נוזל וספריי. הג'ל והנוזל מומלצים לשימוש לפני הרדמה מקומית בזריקות או בזמן סקיילינג ידני, להרדמה של השכבה העליונה של הרקמה הרכה (אפשר גם להשתמש באלחוש הטופיקלי בעת צילום רנטגן או לפני לקיחת מטבעים, למניעת רפלקס הקאה). השימוש באלחוש טופיקלי בספריי חייב להיות מוגבל, אך ורק ממכלים בעלי בקרת מיון. כמו כן, יש להיזהר בשימוש בספריי אצל חולי אסטמה, מכיוון שהחומר עלול לגרום להתקף.

שאיפת החומר אינה מומלצת למטופל ולמטפל. התוויות הנגד בעת אלחוש באמצעות זריקה נכונות גם לגבי השימוש באלחוש הטופיקלי, במיוחד כאשר מדובר בפציינטים עם בעיות אלרגיה.

לנו, השיניות, מותר להשתמש באנסטזיה טופיקלית רק בדרך של מריחה בפה. כלומר, נוכל להשתמש רק בג'ל.

מבין החומרים הטופיקליים, האסטרים הם הגורמים העיקריים לתופעות האלרגיה. הם גם אלה אשר נמצאים בשימוש העיקרי בשוק. אם צפויה תגובה אלרגית, הדבר הבטוח ביותר הוא לא להשתמש בחומר טופיקלי. האלחוש הטופיקלי אינו מכיל Vascoconstrictor, כך שהתוויות נגד הוואזוקונסטריקטור הקיים בזריקת ההרדמה אינן רלוונטיות במקרה

זה. הסיבוך הנפוץ ביותר כתוצאה משימוש בחומר טופיקלי הוא גירוי הרקמה, מאחר שהחומר מונח ישירות על הממברנה המוקוזית ועלול לגרום נזק לרקמה. דבר זה נכון במיוחד לגבי אלחוש טופיקלי על בסיס Benzocaine, מכיוון שריכוז ה־Benzocainer בחומר גבוה.

אפליקציית חומר אלחוש טופיקלי לפני זריקה

האלחוש הטופיקלי משפיע אך ורק על הרקמה הרכה ובעיקר על Non Keratinized Mucosa, רקמה שבה הספיגה קלה ביותר.

לפני מריחת החומר הטופיקלי באזור שבו תתבצע הזריקה יש לייבש את המקום בעזרת פד–גזה או זרם אוויר. לגזה יתרון על פני האוויר, מכיוון שהיא גם מורידה דבריז המכיל מיקרואורגניזמים ולחות. ייבוש הרקמה עוזר לשמור על חומר האלחוש הטופיקלי במקום היישום. בנוסף, בדרך זו קל יותר לפקח על הכמות הנדרשת למריחה: כתוצאה מנוכחות של רוק החומר עלול להישטף וכך תקטן כמות החומר ולא יושג האלחוש הרצוי, וכן תיתכן הרדמה באזורים אחרים, מבלי שהיינו מעוניינים בכך.

על החומר להיות מוחזק באזור ההרדמה במשך כמה שניות (בהתאם להוראות היצרן) באמצעות מטוש (מקל צמר גפן). החומר אשר מכיל Benzocaine מגיע בריכוזים גבוהים ומשפיע בתוך זמן קצר, כ־15 שניות. חומרים פחות מרוכזים, כגון הלידוקאין והטטרוקאין, ניתנים לאפליקציה ארוכה יותר ומשפיעים תוך 30–120 שניות. לאחר הנחת החומר לזמן הדרוש יש לשטוף את האזור היטב מחומר האלחוש ולשאוב את העודף עם סקשן, או לנגב את האזור בעזרת פד־גזה – כדי למנוע בליעה.

אפליקציית חומר אלחוש טופיקלי לפני הסרת אבנית

פעולת הסקיילינג דורשת שימוש שונה במאלחש הטופיקלי לעומת השימוש לפני זריקות. האלחוש יתאפשר בשתי דרכים:

א. אלחוש רקמת הפפילה וה־Marginal Gingival, אך לא של הרקמה שבונה את הסולקוס.

ב. אלחוש הרקמה המרכיבה את הסולקוס, שהיא הרקמה הרגישה בזמן העבודה. אפשר לאלחש את האזור על ידי נשיאת החומר הטופיקלי על גבי הקיורטה. במשך פעולת הסקיילינג, סוג זה של אלחוש יוצר אפקט מאלחש ארוך יחסית ובעל רעילות (Toxicity) נמוכה.

יש לייבש את האזור בעזרת גזה או אוויר לפני הנחת החומר. זמן האפליקציה צריך להיות בבקרה, ולאחר מכן יש לשטוף היטב את האזור.

ככלל, יש להשתמש בכמה שפחות חומר טופיקלי להשגת האלחוש הרצוי. כמו כן, האלחוש באזורים עשירים בכלי דם, כגון רצפת הפה, צריך להיעשות בזהירות.

ב. שימוש ב־Lidocaine Patch

פעולות כמו זריקות או הסרת אבנית עלולות להיות מכאיבות, ולכן מהוות מקור לפחד אצל המטופלים. שיטת האלחוש הטופיקלי במשחה לא תמיד יעילה, בעיקר בשל הקושי לשמור את החומר במגע עם הרקמה המוקוזית במשך זמן מספיק לקבלת אלחוש אפקטיבי (החומר נשטף בקלות על ידי הרוק). שיטת אלחוש חדשה עושה שימוש במדבקות (Lidocaine Patch, או בשמן המסחרי – Denti Patch), שלעת עתה מיושמות בעיקר בארה"ב.

חומר האלחוש שבמדבקות, הלידוקאין, מחלחל אל הרקמה דרך מטריצה (Bioadhesive Matrix), כאשר המדבקה מיושמת במקום.

ה־Patch אושר על ידי ה־FDA – רשות המזון והתרופות בארה"ב. גודלה של כל מדבקה הוא ¼ אינץ' על 1 אינץ' (0.63 ס"מ על 2.5 ס"מ בערך). מחיר כל מדבקה כ־2 $, והן משווקות באריזות של 50.

המדבקות מיוצרות בשני ריכוזים:

10% לידוקאין – 23 מ"ג לידוקאין.

20% לידוקאין – 46 מ"ג לידוקאין.

הריכוז הגבוה יותר גורם להופעת החומר בדם בריכוז שהוא רק 1/10 מרמתו בדם לאחר זריקה.

אפקט האלחוש במנדיבולה נוצר תוך 2.5 דקות במדבקות של 20% לידוקאין ותוך 5 דקות באלה של 10% לידוקאין. בריכוז של 20% לידוקאין ההשפעה נמשכת רק כמה דקות יותר מאשר בריכוז של 10%.

במקסילה, שני הריכוזים הראו השפעה תוך 5 דקות, כשההבדל המשמעותי הוא במשך ההשפעה: מדבקות בריכוז 10% לידוקאין השפיעו במשך כ־10 דקות, ואילו המדבקות בריכוז 20% לידוקאין השפיעו במשך כ־40 דקות.

לשיא השפעתו האלחוש מגיע בכל מקרה לאחר כ–15 דקות. תחילת ההשפעה, כאמור, תוך כ־2–5 דקות, אך אפשר להחזיק את המדבקה במקום עד 15 דקות.

ה־Patch הנדבק לרקמה מספק אלחוש הן לרקמה הרכה והן לפריאוסט, בניגוד לאלחוש הטופיקלי שאפקטיבי אך ורק לרקמה הרכה. רמת הגירוי היא מינימלית, ורק במקרים בודדים דווח על טעם לא טוב בפה.

לסיכום: Lidocaine Patch מהווה אמצעי בטוח ויעיל לאלחוש מקומי לפני הזרקה מנדיבולרית או פלאטינלית. בנוסף לכך, ה־Patch ללא זריקה מאוחר יותר יעיל במהלך פרוצדורות כגון פרובינג, סקיילינג, הנחת וו לסכר גומי, הדבקת כתר על שן ויטאלית, Bonding בצוואר השן, הרכבת סמכים אורתודונטיים, ניתוחי חניכיים מקומיים, הוצאות תפרים ולקיחת ביופסיה.

2. WAND

ה־Wand היא הזרקה דנטלית ממוחשבת ומבוקרת באמצעות מיקרופרוצסור. לטענת החברה המייצרת את המכשיר, הכאב שחשים מטופלים בזמן הזריקה הדנטלית נגרם מהזרמת חומר האלחוש לתוך הרקמה במהירות רבה ולא עקב החדרת המחט. כדי למנוע אותו יש להזרים את חומר ההרדמה לרקמה בצורה איטית ומבוקרת.

ה־Wand הוא מזרק דנטלי ממוחשב שבאמצעותו אפשר לווסת את מהירות ההחדרה של חומר האלחוש לתוך הרקמה על ידי לחיצה על דוושת הרגל. המחשב מבקר את קצב החדרת החומר לרקמה ומאפשר קצב החדרה אחיד.

ב־Wand משתמשים בקרפולות רגילות, והחומר מוזרם בזרם איטי או מהיר, תלוי בעוצמת הלחץ על דוושת הרגל. נורות הבקרה מראות את כמות החומר שבקרפולה והמכשיר משמיע צליל לפי קצב ההזרמה.

3. אלחוש אלקטרוני - Cedeta MK3

(Cede באנגלית – לוותר)

עיקר הפחד אצל אנשים המבקרים במרפאות שיניים הוא מזריקות. במשך השנים עלתה, בין השאר, הצעה לאלחש על ידי אלקטרודות כאלטרנטיבה לאלחוש בעזרת זריקות וכן להארכת תחושת העמעום שמקורו באנסטזיה כימית.

הדגם המוקדם של המכשירים לאנסטזיה אלקטרונית היה אפקטיבי רק במקרים של פרוצדורות דנטליות הגורמות לכאב קל, ולא כאלה הגורמות לכאב בינוני–חריף.

עיקרון פעולת האלחוש באמצעות אלקטרודות מבוסס על חסימת המעבר של האימפולס (דחף) החשמלי בקצות העצבים (סינפסה). תחושת הכאב נחסמת בזמן האנסטזיה האלקטרונית על ידי מניעת השינוי של המטען החשמלי של ממברנת העצב בזמן העברת המידע.

אופן הפעולה המדויק עדיין נחקר, כאשר יש שתי תיאוריות עיקריות:

א. פעולת האנסטזיה האלקטרונית גורמת לגירוי יתר של סיבי עצב הרגישים למגע לעומת סיבי עצב האחראים לתחושת הכאב. "השער לכאב" נחסם והגירוי אינו מגיע למוח;

ב. פעולת האנסטזיה האלקטרונית גורמת לגירוי של אזורים ספציפיים בגזע המוח וגורמת להם לשחרר חומרים משככי כאב טבעיים לגוף, כמו Enkephalins, Endorphins ו־Opioids (Endogenous Opioid Theory).

חוקרים באוניברסיטת ניו יורק, שבדקו את Cedeta MK3, הגיעו למסקנה כי המכשיר יכול לשמש במקרים של כאב בינוני ומתון (Moderate) ועד למקרים של כאב חריף וחמור (Severe) במהלך טיפולים דנטליים.

4. נייטרוס אוקסיד (גז צחוק) Nitrous Oxide-Oxygen (N_2O-O_2)

שימוש דנטלי: בקרב מטופלים שבשיטה אחרת אינם משתפים פעולה והם בעלי בעיות דנטליות מרובות, וכן מטופלים המאושפזים בבתי חולים, בדרך כלל בשילוב עם אלחוש מקומי.

הריכוז הרגיל הוא בין 30%–50% נייטרוס אוקסיד והיתר חמצן, כדי למנוע מחסור ב־O_2.

יתרונות:

א. התחלת השפעה והתאוששות מהירים;.

ב. רמה טוקסית נמוכה מאוד, בשימוש נכון;

ג. ניתן להשתמש בטיפול בילדים;

ד. חומר גז לא דליק;

ה. טשטוש תחושת הכאב, הרגשת כבדות נעימה. הפחתת תחושת הכאב (יש מטופלים שאינם מוכנים לעבור טיפול שיניים ללא הנייטרוס אוקסיד).

חסרונות:

א. בפוטנציה לשימוש לא נכון הן על ידי מטופלים והן על ידי הצוות הרפואי הדנטלי;

ב. חשיפה קצרה ל־N_2O גורמת לתופעות הפיכות, אך חשיפה כרונית בריכוז מסוים עלולה לגרום לשינויים טוקסיים בלתי הפיכים כגון הפרעות המטולוגיות, אימונולוגיות ונוירולוגיות, הפרעות במערכת הרבייה, בכבד ובכליה. הסימפטומים תלויים במינון ובמשך החשיפה;

ג. בשימוש בנייטרוס אוקסיד לא ניתן להשמיט את ההרדמה המקומית באמצעות זריקה;

ד. הנייטרוס עלול לגרום בחילות. זו התלונה העיקרית, בעיקר בגלל שינויים מהירים בריכוז ה־N_2O ביחס לחמצן. יש לשנות את רמת ה־N_2O לאט;

ה. היפוקסיה (Diffusion Hipoxia) – רמה נמוכה של O_2 בריאות בשל פיזור ה־O_2 באספקת הדם. קורה לעתים נדירות. יש לתת 100% חמצן בסוף הטיפול כדי למנוע תופעה זו ולשנות את רמת ה־O_2 וה־N_2O לאט ובהדרגה.

נוהלי עבודה:

ב־1994 קבע ארגון הבטיחות והגהות האמריקאי NIOSH כי יש לנקוט אמצעי זהירות לגבי השימוש במתן גז N_2O וקבע נוהלי עבודה כדי להקטין סיכונים:

א. בדיקת מכלי גז בתחילת כל יום עבודה;

ב. שימוש במערכות המספקות Scatenging בעת השימוש בגז המרדים;

ג. הוראה למטופל להימנע מנשימת פה ומדיבורים במהלך מתן הגז;

ד. התאמת זרם הגז כך שהבלון לא יתמלא ביתר;

ה. ניקוי המערכת לאחר מתן N_2O על ידי מתן 100% חמצן למטופל במשך חמש דקות.

במקביל לנוהלי עבודה אלה יש לבדוק את רמת הגז במרפאה, לרשום את הממצאים ולטפל בגורמים אשר עלולים להעלות את ריכוז ה־N_2O (דליפה ועוד).

קונטראינדיקציות:

בעיות נשימתיות כגון אסטמה, זיהום בדרכי הנשימה העליונות וחסימת מערות האף.

הערה: שיננית יכולה לטפל במתרפא תחת השפעה של גז צחוק בזמן שרופא השיניים נמצא באותו חדר.

5. שיטות פסיכוסומטיות של בקרת כאב

פחד וחרדה מגבירים את תחושת הכאב, בעיקר על ידי הורדת סף הכאב. שיטות פסיכוסומטיות של בקרת כאב הן שיטות לא תרופתיות, המסייעות למתרפא להתמודד עם חרדות דנטליות וכאב או להפחית אותן. הנוהל החשוב ביותר בנושא שליטה בכאב הוא פיתוח יחסי אמון עם המטופל. מטופל יחוש פחות כאב ויגיב פחות אם הוא בוטח במטפל שלו ומשוכנע כי הוא דואג באמת לשלומו כאדם ומעוניין בטובתו. המטפל חייב להתייחס לסימנים שמשדר המתרפא. התגובה לכאב יכולה להיות מילולית, אך לעתים קרובות היא איתות ללא מלים, כמו כיווץ גבות, גלגול עיניים, פרקי אצבעות לבנים הנאחזים בכוח בידית הכסא. יש חשיבות לטון הדיבור של המטפל. עדיף לדבר בקול נמוך ומרגיע ולהימנע מקול צפצפני.

אפשר להורות למטופל לנשום כמה נשימות עמוקות כדי להרפות מתח, ולאחר מכן להמשיך לנשום כרגיל במהלך הטיפול. במידה שהמטופל והמטפל מתמצאים בתרגילי הרפיה כמו מתיחה והרפיה של שרירים – אפשר להיעזר בהם.

שיטות נוספות שאפשר ליישם, בתנאי שיש הכשרה מתאימה לכך, הן ההיפנוזה, הביופידבק (Biofeedback) או הרפיה ברמות מתקדמות.

הוזכרו שיטות פסיכוסומטיות מכיוון שהן מרכיב טיפולי שלא ניתן להתעלם ממנו, ואשר יכול לתגבר אמצעים אחרים לשיכוך כאב.

ניתן להשתמש באמצעים נוספים לשלוט בכאב, כמו אלחוש מקומי לפי הצורך, אך תמיד בנוסף לטכניקות הפסיכוסומטיות.

ביבליוגרפיה

1. שימוש ב־Patch של לידוקאין בפה למניעת כאב בעת הזרקה. עדכן רפואת השיניים, 1998.

2. השימוש בגז O_2 במרפאת שיניים: הערכת הסיכונים.

3. Compendium of Current Perio-Reports Research, pp. 393-395, 1997.

4. Harris N.O., Christensen A.Y.: Primary Preventive Dentistry; 1990.

תוצאות השליטה בכספי פיצויי פיטורים בקופות הגמל

פנסיית חובה במשק + סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים

עו"ד אייל בוטון

אין חולק על כך שהמשק עומד בפני החלת הנהגתה של פנסיית חובה במשק.

שני כוחות עיקריים פועלים במעין תחרות בעניין זה: מצד אחד הממשלה, אשר מבקשת לשלוט על הסדרי הפנסיה ולהקטין את הנטל המוטל עליה לתמוך במבוגרים מקרב אוכלוסייה חלשה כלכלית, המגיעים לגיל פרישה ללא הסדר פנסיוני ונזקקים לתמיכה כספית ציבורית (כגון גמלת הבטחת הכנסה); מן העבר השני עומדים ארגוני המעסיקים והעובדים, המנסים למנוע מהממשלה להתערב במערכת יחסי העבודה ביניהם ולקחת לידיה את השליטה בהנהגת הסדרי הפנסיה.

כך, ביום 19.3.2007 התפרסמה מטעם הממשלה הצעת חוק להגדלת שיעור ההשתתפות בכוח העבודה ולצמצום פערים חברתיים (מס הכנסה שלילי, פנסיה חובה, הפחתת שיעורי המס ותיקוני חקיקה), התשס"ז–2007. פרק ג' של הצעת החוק דן בקביעתה של חובה לערוך הסדר פנסיוני לכל עובד[1].

וכך, ביום 19.7.2007 נחתם הסכם קיבוצי כללי (מסגרת) לביטוח פנסיוני מקיף במשק, בין לשכת התיאום של הארגונים הכלכליים אשר ייצגה ארגוני מעבידים משמעותיים במגזר הפרטי במשק (התאחדות התעשיינים, לשכות המסחר, התאחדות הקבלנים והבונים, התאחדות המלונות, התאחדות המלאכה והתעשייה ועוד), לבין הסתדרות העובדים הכללית החדשה[2]. על פי הוראותיו, ההסכם הקיבוצי ייכנס לתוקף רק עם פרסומו של צו הרחבה, אשר יחיל את ההסכם על כל מקומות העבודה במשק ועל כל העובדים במשק שאינם מבוטחים בהסדרים מספקים, על פי אמות המידה שנקבעו בהסכם.

מאחר שההפרשות המדוברות מסתכמות בסכומי עתק, אשר חלקם מהווה כספי תגמולים (עובד ומעביד) וחלקם כספי פיצויי פיטורים, הרי שבאופן טבעי אחת השאלות החשובות המתעוררת הינה למי השליטה בכספים המופקדים, ובפרט למי השליטה בכספי פיצויי הפיטורים, וכן מהם מסלולי ההשקעה שניתן לבחור לגביהם.

זכות הבחירה בקופת הגמל

בשני ההסדרים ניתנת לעובד הבחירה לגבי קופת הגמל שבה יופקדו הכספים, כאשר בהצעת החוק יש הרחבה משמעותית של זכות הבחירה, אשר מוצע כי היא תינתן גם לגבי ביטוחים המהווים חלק מהחיסכון הפנסיוני של העובד, וכי זכות הבחירה תחול גם לגבי **בחירת מסלולי ההשקעה** בקופת גמל מסלולית.

בכל הנוגע למרכיב כספי פיצויי הפיטורים שבקופה, יש אבחנה בין כספים הבאים במקום פיצויי פיטורים לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים – לגביהם נשמרת זכות בחירת מסלול ההשקעות – לבין כספי פיצויים שאינם בהתאם לסעיף 14 האמור, אשר מותר להשקיעם אך ורק בהתאם ל"מסלול ברירת המחדל לפיצויים", אשר באופן טבעי יהא מסלול שמרני וסולידי[3].

ניתן להניח כי האבחנה נעשתה בהסתמך על ההנחה לפיה כספי פיצויי פיטורים, העומדים בתנאי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, הנם **כספים השייכים למעשה לעובד**, אשר רק מועד מימושם נדחה. אלא שהנחה זו אינה חפה מסייגים.

עו"ד אייל בוטון - שותף במשרד עורכי הדין לוי-אטינגר בוטון ושות' - מתמחה בדיני עבודה

על פי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, תשלום לקופת תגמולים, לקרן פנסיה או לקרן כיוצא באלה, לא יבוא במקום פיצויי פיטורים אלא אם נקבע כך בהסכם הקיבוצי החל על המעביד והעובד ובמידה שנקבע, או אם תשלום כאמור אושר על ידי שר העבודה ובמידה שאושר. כידוע, ביום 30.6.1998 פרסם שר העבודה אישור כללי, החל על כל המעבידים והעובדים בישראל, בדבר תשלומי מעבידים הבאים במקום פיצויי פיטורים, וזאת מכוח הסמכות שהוקנתה לו בסעיף 14 לחוק. על פי תנאי האישור, כפי שתוקן בשנים 1999 ו־2001, נדרש בין היתר ויתור בכתב של המעביד על החזר הכספים ששילם, אלא אם כן נשללה זכות העובד לפיצויי פיטורים בפסק דין מכוח סעיפים 16 או 17 לחוק פיצויי פיטורים (ובמידה שנשללה), או שהעובד משך כספים מהקרן שלא בשל אירוע מזכה.

מכאן כי זכותו של העובד לקבל את פיצויי הפיטורים אינה מוחלטת, וייתכנו מצבים שבהם העובד לא יהא זכאי לקבל את רכיב פיצויי הפיטורים בחלקו או במלואו. אמנם קיימת מגמה בפסיקת בתי הדין לעבודה, להגביל את זכותו של המעביד לשלול פיצויי פיטורים מעובד, אך עדיין קיימים מקרים שבהם בתי הדין שוללים או מפחיתים את סכום הפיצויים, בגין התנהגות עובד אשר הביאה לפיטוריו (כגון במקרים של גניבה ממעביד, היעדרות חריגה מהעבודה, אלימות קיצונית ועוד).

מי זכאי לפירות ההשקעה?

עלולים אפוא להיווצר מקרים, שבהם יתחוור כי עובד שנהנה מהוראות סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים ובחר את מסלול ההשקעה בכספי הפיצויים שבהסדר הפנסיה, על פי התיקון המוצע, לא יהיה זכאי בסופו של יום לקבל את כספי הפיצויים, והזכות לקבלם תהא של המעביד. אלא שעד למועד שבו יינתן פסק הדין, העובד ימשיך ליתן הוראות כיצד להשקיע את כספי הפיצויים, לרבות במסלול השקעה שיתברר כי תוצאותיו תהיינה נמוכות מ"מסלול ברירת המחדל לפיצויים". לכך יש להוסיף את דמי הניהול, המופחתים אף הם מכספי הפיצויים – וצפויים מקרים שבהם לא יהא ביתרת כספי הפיצויים בקופה כדי להשיב למעסיק את ערכם המלא והנכון של כספי הפיצויים.

אך גם אם בחר העובד במסלול מניב במיוחד, תתעורר השאלה מי זכאי לפירות ההשקעה. האם המעביד, אשר כספיו היוו את הקרן להשקעה, או העובד. ייתכן כי השאלה שיש לשאול הינה האם כספי הפיצויים הפכו להיות קניינו של העובד, או שמא הם נמצאים בקרן באופן זמני בלבד, ככספי מעביד, כאשר שאלת הבעלות תקבע במועד פרישת העובד מהעבודה.

כך או כך, דומה כי על המחוקק לתת דעתו גם לנקודה זו. אפשר להציע כמה פתרונות, ביניהם אכיפת ויתור מלא ומוחלט של המעביד על לפחות חלק מכספי הפיצויים (כאשר הסדר מעין זה אפשר למצוא, למשל, בהצעות חוק לפיצויי התפטרות[4]), הגבלה בבחירת מסלול ההשקעה על ידי העובד בכל הנוגע לכספי פיצוי פיטורים, או בחירה משותפת של מסלול ההשקעה על ידי העובד והמעביד.

1. את הצעת החוק אפשר לקרוא בכתובת: http://wwwknesset.gov.il/Laws/Data/BillGoverment/291/291.pdf"
2. את נוסח ההסכם אפשר לקרוא בכתובת: http://www.histadrut.org.il/shared/Blob/1759.pdf
3. ראו הוראות סעיף 46(4) להצעת החוק.
4. נוסח אחת מהצעות החוק אפשר לקרוא ב: http://wwwknesset.gov.il/privatelaw/data/17/645.rtf

שלבים בהחדרת מוטיבציה לגהות הפה

הקשר בין החינוך, המוטיבציה, צרכיו של המתרפא ושינויים בהתנהגותו

פולט פוקס

חינוך המתרפא הוא נושא חשוב, עדין ורגיש. לכן על השיננית להיות בעלת ידע רחב ואיתן, מעמד אישי גבוה, מודעות עצמית וערך עצמי.

הרושם הראשוני שהשיננית מקרינה הוא בעל חשיבות ממדרגה ראשונה. הלבוש הלבן, הנקי והמסודר רלוונטי מאוד למתן הרושם המקצועי הנאות.

דיבור בטוח, נבון ורגוע ושפת גוף נעימה מספקים את הבסיס להתקרבות אל המתרפא. השיחה עם המתרפא צריכה להתמקד בצרכיו ובעולמו, כאשר עולמה האישי של השיננית נשאר מחוץ למרפאה. יש לזכור שכאשר השיננית לובשת את מדיה הלבנים, חייה הפרטיים "נעלמים" והיא הופכת למקצוענית. בנוסף, השיננית היא דוגמה לחיקוי ונושאת באחריות לחינוך לבריאות הפה (למשל, בנושא העישון). שיננית שאינה יכולה לשנות את הרגליה, אל לה לצפות שתשפיע על המתרפא.

הרגל הוא מצב ההופך להיות טבע שני. מטרתנו היא לשנות הרגלים שליליים קיימים. הדרך לכך מתוארת ב"סולם" שבאיור, המתחיל בחוסר מודעות, ממשיך ברצון אישי של המתרפא לשנות ומעורבות בעשייה ומסתיים בהרגל החיובי.

המתרפא מגיע למרפאה ללא ידע, או עם ידע חלקי בלבד, על הגורמים של מחלות הפה וכיצד למנוע אותן. תפקידה של השיננית ובאחריותה ליידע את המתרפא ולהדריכו. האחריות לביצוע הנלמד נשארת של המתרפא. יש כאן חלוקה של האחריות בין השיננית למתרפא.

מניעה ברפואת שיניים מתבססת על שש פעולות:

1. בדיקות תקופתיות של רקמות הפה;
2. חינוך לבריאות הפה;
3. שליטה על רובד החיידקים;
4. תזונה למניעת עששת;
5. הנחת תכשירים מניעתיים הגורמים לרמינרליזציה;
6. איטום חריצים וחרירים.

שיתוף פעולה בין השיננית למתרפא הכרחי כדי להצליח ביישום של פעולות המניעה ולהגיע לרמה מיטבית של שמירה על בריאות הפה.

כמו כן נדרשים שלושה עקרונות חינוכיים:

1. מידע;
2. מוטיבציה;
3. מיומנות פסיכו־מוטורית.

אסטרטגיות חינוכיות ללימוד עובדות ומיומנויות

אין ערך לחינוך בלי מוטיבציה. בשלב הראשון יש להבין את צרכיו, את רצונותיו וגם ערכיו של המתרפא. החינוך ייעשה בצעדים קטנים ובהדרגה, על ידי שכנוע והסבר.

הקניית הידע כוללת את השלבים הבאים:

1. ידע	6. הערכה של הנלמד
2. הבנת הידע	5. שילוב כל הידע
3. יישום הידע	4. ניתוח הידע
4. ניתוח הידע	3. יישום הידע
5. שילוב כל הידע	2. הבנת הידע
6. הערכה של הנלמד	1. ידע

לרוב משיגים רק את השלב הראשון, וגם זה אינו אלא ידע חלקי וחסר תועלת. החינוך המקיף הוא תהליך הדורש זמן וסבלנות.

לכן בכל פגישה עם מתרפא אנו מתחילות שוב ושוב בחינוך ובהדרכה. בל נשכח לחלק את החינוך וההדרכה למנות קטנות ולא להרבות בפרטים בישיבה אחת. זאת כדי למנוע אי נוחות ויצירה של רגשות אשמה אצל המתרפא, על שאינו מסוגל לקלוט בבת אחת את כל החומר. מתרפא המרגיש אשם עלול להתייאש ולהזניח את מצבו כליל, מתוך בריחה.

יש לזכור תמיד כי לכל פה ולכל שן מחובר אדם. לכן העבודה אינה מכנית, והצלחתה תלויה בשיתוף פעולה בין השיננית למתרפא.

בריאות - ראשי התיבות לפי הרמב"ם

ב ולם
ר וגזו
י פחית
א וכלו
ו יגביר
ת נועתו

הרמב"ם הבין כבר אז, שכדי להיות בריאים צריך: לאכול פחות, לעסוק בפעילות גופנית, וכמובן –
לא להתרגז.
שמרו על כללים אלו, ותהיו בריאים.

כשגבר מתנדב לעשות "על האש"

הגדרה: "על האש" – סוג הבישול היחיד ש"גבר אמיתי" מתמצא בו.

כשגבר מתנדב לעשות על האש, תתרחש שרשרת האירועים הבאה:
1. האישה תלך לקצב לקנות בשר;
2. האישה תלך לירקן ולסופרמרקט כדי לקנות את יתר המצרכים;
3. האישה תכין את הסלטים, תקצוץ את הירקות ותכין את המנה האחרונה;
4. האישה תכין את הבשר לצלייה, תניח אותו על מגש מיוחד ותכין את התבלינים;
5. האישה תביא את כל זה אל הגבר, שנח בינתיים ומפטפט עם החבר'ה, עם כוס בירה ביד;
6. הגבר יניח את הבשר על האש וילבה את האש;
7. האישה תכין את השולחן, מפה, סכו"ם, סלטים, פיתות וכדומה;
8. הגבר מוציא את הבשר מהאש ומוסר אותו לאישה;
9. האישה מחלקת את האוכל לצלחות ומגישה לכל החברים;
10. אחרי האוכל האישה מורידה מהשולחן, מנקה, שוטפת כלים ומחזירה הכול למקום.

הגבר שואל את האישה אם היא נהנתה מהחופש שנתן לה היום. כשהיא מגיבה בחוסר שביעות רצון, הוא מסיק את המסקנה שלו: יש נשים שמה שלא תעשה בשבילן – הן אף פעם לא יהיו מרוצות.

לכל בעיה ››› לשיננית פתרון

המתרפא	השיננית
1. חוסר ידע ומודעות	1. אינפורמציה על גורמי מחלות החניכיים ומחלות השיניים
2. פחד וחשש מטיפול	2. הצגת והדגמה של כלים המסלקים את המשקעים מהשיניים
3. "אין לי זמן"	3. הצגה והדגמה של אביזרים לטיפול אישי ביתי
4. קשיים מוטוריים	4. אביזרים חלופיים, הדגמה, תרגול והיזון חוזר
5. צורך בשינוי ההתנהגות	5. חיזוקים

מקורות:
Norman O. Harris & Arden G. Christen: "Primary Preventive Dentistry".
Ester Wilkins: "Clinical Practice of the Dental Hygienist".

רשמים מסימפוזיון ה־IFDH, טורונטו 2007

טורונטו ביופיה

פולט פוקס

התרגשות רבה אוחזת אותי תמיד כאשר מתקרב תאריך הפתיחה של הסימפוזיון התלת־שנתי של ה־IFDH. אני מרגישה גאווה גדולה להיות נציגתו של האיגוד הישראלי, והפעם יחד עם צ'רי פלקס.

עם זאת, הפעם לא הייתה שמחתי שלמה. הכנס של 2007 היה אמור להתקיים בירושלים, על פי החלטה שהתקבלה בכנס שנערך ב־2001 באוסטרליה. בגלל האינתיפאדה, ה־IFDH ביטל את ההחלטה (ארגונים ישראליים נוספים סבלו מהחלטות דומות).

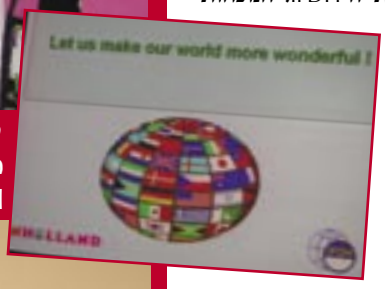
בכנסים בינלאומיים יש, כמובן, הפריה הדדית רבה. לפני הסימפוזיון הכללי התקיימו פגישות עבודה של הנציגות שהגיעו מכל רחבי העולם, לדיון בקבוצות עבודה בנושאים שמעניינים את כולנו – וגם איך לנהל, לפאר ולפרסם את ה־IFDH.

מתוך בחירה אישית, אני פעילה כבר שנים בוועדת החינוך, נושא הקרוב ללבי.

ימי העבודה שלנו התחילו ב־8:00 בבוקר והסתיימו ב־6:00 אחה"צ, עם הפסקה קצרה לארוחת צהריים. ההרגשה בימים שקדמו לכנס, וגם בימי הכנס עצמו, הייתה שכל המשתתפים נמצאים על פלנטה משותפת, פלנטת השיננות. האווירה הייתה רשמית וחברית כאחד. בנוסף לנו הגיעו עוד שיניות מישראל: שפרה גולדברג, בלה מורן, גלית סימני, שרון פרידמן, עדה ריפשטוס ובלה שניידר, וכמובן יעל קרלין, יו"ר האיגוד, שגם מכהנת כמזכירת ה־IFDH. הנוכחות הישראלית הייתה מרשימה.

היום הראשון של הסימפו
כל דגלי העולם על ידי נצ

למעלה: היכרות עם הנציגות האיטלקיות



מימין:
סמל הכנס – Let us make our world more wonderful

הבחירה הייתה קשה

הכנס נערך במלון וסטין המפואר, בנמל טורונטו, קנדה. האווירה הייתה אלגנטית, והעיר עצמה נקייה, שלווה ומסודרת.

הכנס כלל הרבה מאוד הרצאות, חלקן במקביל, והבחירה הייתה קשה. דיונים רבים נערכו סביב הרחבת תפקידי השיננית, כפרטנרית אמיתית של הרופא, כמבצעת מחקר, וסביב מקומה של השיננית בתוך הרפואה הכללית.

הרצאה מעניינת במיוחד דנה בהפיכת מקצוע השיננות למקצוע בינלאומי, עם חינוך דומה בכל המדינות. הרצאות אחרות דנו בשינויים עתידיים במקצוע השיננות, השירות הניתן לציבור, טכנולוגיות חדשות, לימודים אקדמיים ועוד.

הרצאה מיוחדת הייתה זו של ד"ר בריגיטה סדר, הזוכה בפרס Sunstar המפואר. ד"ר סדר, שהתחילה את הקריירה שלה כשיננית, מנהלת את לימודי השיננות ב־Karolinska Institutet (מבתי הספר הוותיקים והמתקדמים באירופה, שבו גם נקבעים

ביקור אצל נופר קרייתי – שיננית ישראלית המדריכה ב־Yorkville College בטורנטו

פלנטת השיננות

זוכי פרס נובל לרפואה).

אחות בית חולים דיברה על הקשר שבין מחלות סיסטמיות לפלאק ולדלקת חניכיים, וסיפרה שנושא ההיגיינה האורלית כמעט שאינו מטופל בבתי החולים. לדעתה, יש צורך דחוף להציב שיננויות בבתי החולים.

וחידוש עולמי: במדינת אלברטה שבקנדה יורשו השיננויות לרשום מרשמים למטופליהן.

לפגוש את האגדה – משתתפות מישראל נפגשות עם אסתר וילקינס

עם טעם של עוד

לצד הכנס נערכה תערוכה גדולה של תכשירים ומכשירים, חלקם מוכרים וחלקם מוכרים פחות, וכן הוצגו פוסטרים. כמובן שגם התקיימו כמה טיולים, בהם למפלי ניאגרה.

ביום האחרון נשאנו בגאווה, צ'רי ואני, את דגל ישראל אל הבמה המרכזית. בערב נערך נשף גאלה.

תשע שיננויות ישראליות השתתפו השנה בכנס, וכמובן שנהנינו ביחד, חגגנו והצטלמנו. פגשנו גם שיננויות ממדינות אחרות, שאת חלקן הכרנו בכנסים קודמים, בהן אסתר וילקינס בת ה־90, שעדיין "רוקדת על כל החתונות" וגם עובדת על המהדורה העשירית של ספרה. פגשתי גם את נופר קרייתי, תלמידה שלי לשעבר, שיננית ישראלית שחיה היום בטורונטו ומדריכה ב־Yorkville College. התרגשנו מאוד לפגוש זו את זו. נופר הזמינה אותי לבקר בקולג' שלה, ולביקור הצטרפה גם גלית. התרשמנו מאוד, וכמובן שגם צילמנו.

הכנס הבא ייערך בסקוטלנד, בשנת 2010, והבא אחריו בדרום אפריקה – בשנת 2013.

אנחנו ננסה לקבל את אירוח הכנס של שנת 2016.

עזבנו את "פלנטת השיננות" עם טעם של עוד. נמשיך להתכתב באינטרנט בשלוש השנים הקרובות ולטפל בנושאים שלקחנו על עצמנו. אני – בנושאים של חינוך, וצ'רי – בוועדה שלה, לקידום הבריאות. וכמובן, נחכה בסבלנות לסימפוזיון 2010.

מי מצטרפת?

נציגות ישראל בהפסקה קלה בין פגישות העבודה – עם נציגות מכל רחבי העולם

זיון – דגל ישראל מונף בגאווה בין יגות איגוד השיננות הישראלי

משיקות "לחיים" בערב הגאלה. מימין: נציגה מיפן, שפרה, עדה, גלית ושרון

הופעת ראווה בערב קוקטייל שנערך על ידי Sunstar

פרטים על הסימפוזיון הבא בשנת 2010