

رؤية ٢٠٣٠:

توفير صحة الفم المثلى للجميع

المؤلفين

مايكل جليك ، وديفيد م. ويليامز ، وإحسان بن يحيى ، وإنزو بونديوني ، وويليام و. تشيونغ ، بام كلارك ، شارانجيت ك. جاجيت ، ستيفان ليستل ، مانوراج ماثور ، بيتر موسي ، هيروشي أوجاوا ، غيرهارد ك. سيبيرجر ، مايكل سيريني ، تانيا سيفرين



ملخص تنفيذي:

تقرير رؤية ٢٠٣٠ مبني على ثلاث ركائز، لكل منها هدف رئيسي. يتم دعم هذه الركائز من خلال استراتيجية للتعليم من شأنها أن تخلق مهنة سريعة الاستجابة ومرنة، مع المعرفة والمهارات اللازمة لقيادة إصلاح النظام.

رؤية ٢٠٣٠: توفير صحة الفم المثلى للجميع يحدد التحديات التي ستواجه طب الأسنان ومجتمع صحة الفم خلال العقد القادم وتفتح استراتيجيات لكيفية تحويل هذه التحديات إلى فرص لتحسين صحة الفم وتقليل عدم المساواة في صحة الفم والمساهمة في الحد من العبء العالمي لأمراض الفم.

الركيزة ١

بحلول عام ٢٠٣٠، يتم دمج خدمات صحة الفم الأساسية في الرعاية الصحية في كل بلد، وتصبح الرعاية الصحية للفم الجيدة المناسبة متاحة، ويمكن الوصول إليها، وبأسعار معقولة للجميع.

من الأمور المركزية لهذه الاستراتيجيات دمج صحة الفم في مبادرات السياسات، مثل أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة (SDGs) والتغطية الصحية الشاملة (UHC)؛ والتكيف مع التحولات المجتمعية، مثل شيخوخة السكان؛ وتشكيل قوة عاملة في مجال صحة الفم والأسنان مناسبة لتحقيق الغاية. يهدف تقرير رؤية ٢٠٣٠ إلى مساعدة المهنة في تحقيق صحة الفم المثلى للجميع - مع عدم ترك أي شخص خلف الركب.

الركيزة ٢

بحلول عام ٢٠٣٠، يتم دمج الرعاية الصحية الفموية والعامية التي تركز على الشخص، مما يؤدي إلى مزيد من الفاعلية في وقاية وعلاج أمراض الفم وتحسين الصحة والرفاهية.

تتمثل رؤيتنا في أنه بحلول عام ٢٠٣٠ ستكون الرعاية الصحية للفم ممكنة وقائمة على البراهين ومتكاملة وشاملة. وبالتالي، يحدد هذا التقرير الاستشرافي كيف يمكن لمجتمع صحة الفم مواجهة التغييرات والاتجاهات التحولية الفعلية والمتوقعة في بيئة الرعاية الصحية العالمية واغتنام الفرص لتصبح أعضاء منتجين في فريق الرعاية الصحية الذي يقدم رعاية تتمحور حول الشخص. كما يجعل قضية صحة الفم مدرجة في الصحة في جميع السياسات وأي نقاش متعلق بالصحة والرعاية الصحية. التقرير على وجه التحديد:

الركيزة ٣

بحلول عام ٢٠٣٠، سيتعاون الممارسين الصحيين المختصين بصحة الفم مع مجموعة واسعة من الممارسين الصحيين لتقديم رعاية صحية مستدامة قائمة على الاحتياجات الصحية وترتكز على الناس.

١. يسلط الضوء على التغييرات العالمية الرئيسية الناشئة في مؤسسة الرعاية الصحية؛

٢. يوضح كيف ستؤثر هذه التغييرات على الرعاية الصحية للفم خلال العقد القادم؛

٣. يقدم الاستراتيجيات والحلول ذات الصلة بمهنة العناية بصحة الفم.

٤. يدعم ويكمل برامج الصحة والتنمية العالمية الرئيسية الأخرى، بما في ذلك أهداف التنمية المستدامة؛ حركة الأمراض غير المعدية؛ التغطية الصحية الشاملة والشيخوخة العالمية؛

٥. يدعو إلى وقاية فعالة على مستوى السكان ويؤكد على أهمية المرونة المهنية؛

٦. يدافع عن تقديم الرعاية الصحية للفم والممارسين الصحيين المعنيين بصحة الفم كأعضاء نشطين في فريق الرعاية الصحية العام؛

٧. يساعد الإتحاد العالمي لطب الأسنان ومنظماتها الأعضاء على تشكيل استراتيجيات وسياسات الدعوة طويلة المدى.

التعليم

بحلول عام ٢٠٣٠، سيكون لدى المتخصصين في الرعاية الصحية المعرفة والمهارات والسمات للمساهمة بشكل مناسب في الوقاية الفعالة من أمراض الفم وعلاجها والتعاون عبر التخصصات الصحية المختلفة لتحسين الصحة والرفاهية.

سيتمكن التعليم والتدريب في مجال الصحة العامة المتخصصين في الرعاية الصحية من المساهمة بشكل أكثر فعالية في الوقاية من أمراض الفم على مستوى السكان. كما سيتمكنهم من لعب دور مركزي في التعامل مع حالات الطوارئ الصحية العامة في المستقبل.

يؤكد هذا التقرير أيضاً على مسؤولية الأفراد المتخصصين في الرعاية الصحية للفم للحفاظ على المستوى المطلوب من الكفاءة طوال حياتهم المهنية، وضرورة تحمل دور قيادي داخل مجتمع الرعاية الصحية والمجتمع على نطاق أوسع. من المزمع تحديث التقرير بشكل دوري بناءً على المتطلبات المحلية والعالمية، والقضايا الصحية الناشئة، وتحقيق مؤشرات الأداء الرئيسية. ولا يُقصد من هذا التقرير أن يكون توجيهياً، ولكن بدلاً من ذلك لتقديم إرشادات مشروطة بالاحتياجات والحالات المحلية والظروف.

المقدمة

يقر تقرير رؤية ٢٠٣٠ بأنه ستكون هناك اختلافات خاصة بكل بلد ومنطقة في تحديات صحة الفم التي يتم مواجهتها، بالإضافة إلى اختلافات في الأولويات الصحية والموارد المتاحة. ومن ثم، لا يمكن أن يكون هناك نهج «مقاس واحد يناسب الجميع». سيكون على كل دولة أن تفسر التوصيات الواردة في هذا التقرير بناءً على ظروفها الخاصة.

كان لوباء COVID-19 الأخير تأثير كبير على تقديم خدمات صحة الفم من خلال الحد من الاتصال المباشر مع المرضى ونطاق الرعاية التي يمكن تقديمها بأمان. لقد كان هذا تنذيرًا قويًا بالعالم الغامض الذي نعيش فيه ومثالاً على لماذا يجب أن تكون مهنتنا قابلة للتكيف ومرنة. يهدف هذا التقرير إلى توجيه جهود السياسة والدعوة للعقد القادم، لذلك لا يركز بشكل خاص على هذا الوباء. ومع ذلك، فإنه يأخذ في الاعتبار ما يمكن أن نتعلمه من هذه الأزمة وكيف يجب أن تتطور المهنة لتكون مستعدة للتحدي الصحي الرئيسي التالي، مهما كان ذلك.

تتمثل رؤيتنا في أنه بحلول عام ٢٠٣٠، ستكون الرعاية الصحية للفم ممكنة وقائمة على البراهين ومتكاملة وشاملة. وبالتالي، يحدد هذا التقرير الاستشرافي كيف يمكن لمجتمع صحة الفم معالجة التحديات واغتنام الفرص ليصبحوا أعضاء منتجين في فريق الرعاية الصحية الذي يقدم رعاية تتمحور حول الشخص. إنه يجعل قضية صحة الفم مدرجة في الصحة في جميع السياسات وأي نقاش متعلق بالصحة والرعاية الصحية.

يقر الاتحاد العالمي لطب الأسنان (FDI) بالأهمية الأساسية لصحة الفم بالنسبة للصحة العامة والرفاهية. إنه حق أساسي، لكن يتمتع به عدد قليل جدًا. توجد تفاوتات كبيرة في صحة الفم، داخل البلدان وفيما بينها، وعلى الرغم من أن أمراض الفم يمكن الوقاية منها إلى حد كبير، فإن العبء العالمي لأمراض الفم لا يزال مرتفعاً بشكل غير مقبول. ويواجه تقرير رؤية الاستثمار الأجنبي المباشر ٢٠٣٠: تقديم صحة الفم المثلى للجميع (رؤية ٢٠٣٠) هذا الواقع ويتناول التحديات الاستراتيجية التي ستواجهها مهنة طب الأسنان ومجتمع صحة الفم خلال العقد المقبل. يركز تقرير رؤية ٢٠٣٠ على التغييرات والاتجاهات التحولية الفعلية والمتوقعة في بيئة الرعاية الصحية العالمية التي ستؤثر على مهنتنا، ويقدم استراتيجيات لإدراج مهنتنا ومتخصصي الرعاية الصحية للفم كأعضاء أساسيين في فريق الرعاية الصحية الناشئ الذي يركز على الفرد. ويقترح التقرير طرقاً يمكن من خلالها تحويل التحديات إلى فرص لتحسين صحة الفم وتقليل التفاوتات في صحة الفم والمساهمة في تقليل العبء العالمي لأمراض الفم. ويأخذ في الاعتبار استراتيجيات دمج المهنة في مبادرات السياسة، مثل أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة (SDGs) والتغطية الصحية الشاملة (UHC)، للتكيف مع التحولات المجتمعية، مثل شيخوخة السكان، وتشكيل صحة الفم. قوة عاملة «مناسبة للغرض». يتناول هذا التقرير على وجه التحديد كيفية تقديم صحة الفم المثلى للجميع - مع عدم ترك أي شخص خلف الركب.

التقرير على وجه التحديد:

١. يسلط الضوء على التغييرات العالمية الرئيسية الناشئة في مؤسسة الرعاية الصحية ؛
٢. يوضح كيف ستؤثر هذه التغييرات على الرعاية الصحية للفم خلال العقد القادم ؛
٣. يقدم الاستراتيجيات والحلول ذات الصلة بمهنة العناية بصحة الفم.
٤. يدعم ويكمل برامج الصحة والتنمية العالمية الرئيسية الأخرى، بما في ذلك أهداف التنمية المستدامة ؛ حركة الأمراض غير المعدية ؛ التغطية الصحية الشاملة والشيخوخة العالمية ؛
٥. يدعو إلى وقاية فعالة على مستوى السكان ويؤكد على أهمية المرونة المهنية ؛
٦. يدافع عن تقديم الرعاية الصحية للفم وأخصائيي الرعاية الصحية للفم كأعضاء نشطين في فريق الرعاية الصحية العام؛
٧. يساعد الاستثمار الأجنبي المباشر والمنظمات الأعضاء فيه على تشكيل استراتيجيات وسياسات المناصرة طويلة المدى.

يهدف هذا التقرير إلى التحديث بشكل دوري بناءً على المتطلبات المحلية والعالمية، والقضايا الصحية الناشئة، وتحقيق مؤشرات الأداء الرئيسية. لا يُقصد منه أن يكون توجيهياً، ولكن بدلاً من ذلك لتقديم إرشادات مشروطة بالاحتياجات والظروف والظروف المحلية. للمساعدة في قياس التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف رؤية ٢٠٣٠، تم اقتراح مجموعة من الأهداف والمؤشرات في الملحق ١.

تقرير رؤية ٢٠٣٠ مبني على ثلاث ركائز، لكل منها هدف رئيسي. يتم دعم هذه الركائز من خلال استراتيجية للتعليم من شأنها أن تخلق مهنة سريعة الاستجابة ومرنة، مع المعرفة والمهارات لقادة اصلاحات النظم

الركيزة ١

بحلول عام ٢٠٣٠، يتم دمج خدمات صحة الفم الأساسية في الرعاية الصحية في كل بلد، وتصبح الرعاية الصحية الجيدة عن طريق الفم متاحة، ويمكن الوصول إليها، وبأسعار معقولة للجميع.

الركيزة ٢

بحلول عام ٢٠٣٠، يتم دمج الرعاية الصحية الفموية والعامة التي تركز على الشخص، مما يؤدي إلى مزيد من الفاعلية في وقاية وعلاج أمراض الفم وتحسين الصحة والرفاهية.

الركيزة ٣

بحلول عام ٢٠٣٠، سيتعاون الممارسين الصحيين المختصين بصحة الفم مع مجموعة واسعة من الممارسين الصحيين لتقديم رعاية صحية مستدامة قائمة على الاحتياجات الصحية وتركز على الناس.

التعليم

بحلول عام ٢٠٣٠، سيكون لدى المتخصصين في الرعاية الصحية المعرفة والمهارات والسمات للمساهمة بشكل مناسب في الوقاية الفعالة من أمراض الفم وعلاجها والتعاون عبر التخصصات الصحية المختلفة لتحسين الصحة والرفاهية.

عبر جميع الركائز، تؤكد رؤية ٢٠٣٠ على مسؤولية المتخصصين في الرعاية الصحية للفم للحفاظ على مستوى مناسب من الكفاءة طوال حياتهم المهنية ؛ ضرورة المهنيين الصحيين ومهنتنا والمنظمات المهنية للتكيف وإظهار المرونة في مواجهة الأحداث الكارثية والتحديات الأخرى ؛ وضرورة تحمل دور قيادي داخل مجتمع الرعاية الصحية.

الركيزة الأولى:

تغطية شاملة لصحة الفم



الهدف الشامل بحلول عام ٢٠٣٠، يتم دمج خدمات صحة الفم الأساسية في الرعاية الصحية في كل بلد، وتصبح الرعاية الصحية الجيدة عن طريق الفم متاحة، ويمكن الوصول إليها، وبأسعار معقولة للجميع.

نبذه

أصبح تقديم خدمات تعزيزية ووقائية وعلاجية ومسكنة وتأهيلية عالية الجودة ومثالية وبأسعار معقولة للجميع أكثر تطلعات الصحة العالمية رواجًا.

يوفر التغطية الصحية الشاملة (UHC) منصة النظام الصحي لاتخاذ إجراءات متضافرة ضد مجموعة كبيرة من الاضطرابات الصحية. نظرًا لأن العديد من البلدان في جميع أنحاء العالم قد بدأت خطوات لتصميم أو إعادة تشكيل برامج الصحة والتنمية الخاصة بها من أجل التغطية الصحية الشاملة، فهناك حاجة واضحة لوضع صحة الفم بشكل مناسب داخلها. يجب أن تكون صحة الفم جزءًا لا يتجزأ من هذه المنصة لأن أمراض الفم تساهم بشكل كبير في العبء الإجمالي للأمراض التي تصيب المجتمع. تعتبر أمراض الفم سببًا ونتيجة للفقر وللنفاوتات الاجتماعية الكامنة. كما أن لها تأثيرًا كبيرًا على التعليم والتوظيف، كما أنها تعرقل التنمية المستدامة من خلال تكبدها خسائر اقتصادية فادحة والحد من التغذية والتعليم وفرص العمل.

من بسمارك إلى بيفريدج، كانت هناك العديد من المحاولات التاريخية لإتاحة الرعاية الصحية وبأسعار معقولة وفي متناول الجميع. رفع إعلان ألما آتا في عام ١٩٧٨ الوعي بالحق الصحي الشامل الذي اقترح الحد من عدم المساواة الصحية، وتوفير الحماية المالية والوصول إلى خدمات جيدة النوعية، وعاملين صحيين، وأدوية، وتقنيات للناس.

بناءً على هذا المفهوم، وأمثلة تاريخية أخرى، تم اعتماد التغطية الصحية الشاملة (UHC) في جمعية الصحة العالمية في عام ٢٠٠٥. وهي محددة على نطاق واسع من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO) على أنها «ضمان أن يتمكن جميع الأشخاص من استخدام والخدمات الصحية العلاجية والتأهيلية والتسكينية التي يحتاجون إليها، ذات جودة كافية لتكون فعالة، مع ضمان أيضًا أن استخدام هذه الخدمات لا يعرض المستخدم لصعوبات مالية».

تم أيضًا إدراج التغطية الصحية الشاملة كأحد أهداف التنمية المستدامة (الهدف ٣,٨) وقد وُصف بأنه «المفهوم الوحيد الأقوى الذي يجب أن تقدمه الصحة العامة».

أكدت رؤية ٢٠٢٠ على أهمية تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية للفم من خلال ذكر ما يلي:

ومع ذلك، في العقد الماضي، تم الإدراك بشكل متزايد أنه يمكن التخفيف من التفاوتات في صحة الفم، ليس فقط من خلال توفير الوصول ولكن أيضًا من خلال ضمان توفير خدمات صحة الفم عالية الجودة عند الحاجة وبطريقة لا تفرض أموالاً أو أعباءاً ضخمة على مستخدم هذه الخدمات.

«تتمثل رؤيتنا في أنه بحلول عام ٢٠٢٠، سيتم تقليل أوجه عدم المساواة فيما يتعلق بالحصول على الرعاية الصحية للفم بشكل كبير، وسيتم تلبية الحاجة والطلب العالميين على الرعاية الصحية للفم إلى حد كبير بفضل زيادة محو الأمية الصحية عن طريق الفم، وتطوير التخطيط العقلاني للقوى العاملة، والتعليم، استراتيجيات التدريب والاحتفاظ، وتحسين التعاون بين أعضاء القوى العاملة الصحية في القضايا المتعلقة بتعزيز صحة الفم والوقاية من الأمراض وعلاجها.»

التحديات الرئيسية:

في الوقت الحاضر، لم يتم تكوين العديد من النظم الصحية الوطنية بشكل مناسب لتوفير رعاية صحية عن طريق الفم. نظراً لأن التغطية الصحية الشاملة أصبحت الآن الحافز لتغيير النظم الصحية، يجب أن تصبح الرعاية الصحية للفم جزءاً بارزاً من تصميمها.

تشمل هذه التحديات:

١. نقص خبير في الممارسين في مجال رعاية صحة الفم والأسنان المدربين تدريباً ملائماً في مناطق معينة من العالم ؛
٢. عدم كفاية الوصول إلى السكان الريفيين وغيرهم من السكان المحرومين من الخدمات ؛
٣. تكاليف العلاج الباهظة بالنسبة للعديد من الفقراء والمهمشين.
٤. حواجز مثل النقل غير الكافي والافتقار إلى التقنيات المناسبة؛
٥. عزل خدمات صحة الفم عن النظام الصحي الأوسع ، لا سيما بين البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ؛ و
٦. الاعتماد المحدود للوقاية وتعزيز صحة الفم.

يسلط الشكل ١ الضوء على مجالات العمل الرئيسية لدمج صحة الفم في حزم مزايا التغطية الصحية الشاملة:



Figure 1. Key action areas for integrating oral health in UHC benefit packages: the Essential E's

الرؤى الداعمة

الممارسة السريرية

- تطوير وتقديم مسارات الرعاية الخاصة بالأمراض وإدارة الإرشادات.
- دمج واستخدام برامج تحسين الجودة المستمرة لتقديم خدمات رعاية صحية شفوية عالية الجودة وسليمة أخلاقياً وعلمياً.
- التعرف على دعوة السلطات التنظيمية المسؤولة وتوجيهها للحفاظ على معايير الرعاية وتسعير الخدمات وتطوير تقييم مناسب لتقنية صحة الفم.

التعليم والتدريب

- بناء قدرات القوى العاملة ، ولا سيما على مستوى الرعاية الصحية الأولية لتأمين الوصول إلى الخدمة ، والقدرة على تحمل التكاليف ، وكفاية.
- بناء كادر قوي من الممارسين الآخرين في مجال صحة الفم (مثل أخصائيي صحة الفم والأسنان) ومقدمي الرعاية الصحية من غير الأطباء (الممارسين في مجال صحة المجتمع والمرضات وغيرهم من المتخصصين الصحيين المتحالفين) وتمكينهم من تقديم رعاية صحية عن طريق الفم مناسبة في نطاق ممارستهم ، على وجه الخصوص في نقطة الرعاية الأولية.

البحث والتقييم

- تشجيع البحوث التطبيقية لتقديم تدخلات صحة الفم المسندة بالبيّنات ولتعزيز النظم الصحية التي تقدم هذه التدخلات.
- تطوير مؤشرات صحة الفم ذات الصلة على الصعيد الوطني من أجل الرصد والتقييم الروتيني ودمجها في المسوحات السنوية.
- إجراء أبحاث البيانات الضخمة من أجل تخصيص أفضل للموارد وتصميم تدخلات قوية.
- إجراء بحوث اقتصاديات الصحة لإبلاغ السياسة للجدوى المالية لتدخلات صحة الفم وإثبات فعالية التكلفة والقدرة على تحمل تكاليف إجراءات صحة الفم والأدوية والتكنولوجيا.

التكنولوجيا والابتكار

- تشجيع الحلول التكنولوجية المحلية والميسورة التكلفة والمستدامة (يشار إليها أيضاً باسم «الابتكار المقتصد») لتوسيع نطاق الوصول إلى معلومات صحة الفم ، مثل الصحة الإلكترونية ، والصحة الإلكترونية ، وأدوات الاتصال المبتكرة لتغيير السلوك.
- تحسين كفاءة تقديم الرعاية الصحية للفم والأنظمة من خلال تطوير تقنيات فعالة (نظرياً وعملياً) وأمنة (سهلة الاستخدام بشكل صحيح) وميسورة التكلفة ومقبولة ومستدامة.

السياسة والدعوة

- تحديد وتمويل قائمة بخدمات صحة الفم الأساسية السليمة أخلاقياً وعلمياً بناءً على الأولويات الوطنية.
- تقوية السكان والمجتمع (مع إيلاء اهتمام خاص للفئات الأكثر ضعفاً) والنهج القائمة على الخدمات الصحية لتقديم مجموعة من الخدمات عالية الجودة التي تغطي تعزيز صحة الفم والوقاية من الأمراض والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل والتسكين.
- الضغط على الحكومات لزيادة تمويل الميزانية (على أساس الأولويات الوطنية / التعميم التدريجي) لخدمات الرعاية الصحية للفم وبرامج الوقاية وخاصة على مستوى الرعاية الأولية (انظر دراسة الحالة ١).
- مزامنة القطاعين العام والخاص بشكل مناسب لتحقيق التشغيل التعاوني من خلال سد الثغرات الموجودة في أنظمة الرعاية الصحية للفم.
- الاتصال بشركات التأمين لزيادة تغطية خدمات صحة الفم وضمان الحماية المالية ضد الإنفاق الكارثي من الجيب على الرعاية الصحية للفم.
- الدفع من أجل إدراج مؤشرات صحة الفم في ممارسة المراقبة الصحية الروتينية لكل بلد ، من خلال جهود المناصرة النشطة.

الخلاصة

ستختلف الحزمة الأساسية للرعاية الصحية عن طريق الفم من بلد إلى آخر ومن منطقة إلى أخرى اعتمادًا على نوع حالات الفم الأكثر انتشارًا في بلد معين ، ومستوى خدمات الرعاية الصحية الأولية المتاحة ومستوى التنمية الاقتصادية للبلد.

في سبتمبر ٢٠١٩ ، أقر اجتماع الأمم المتحدة رفيع المستوى بشأن التغطية الصحية الشاملة رسميًا بأن صحة الفم جزء من جدول أعمال التغطية الصحية الشاملة. يلعب الاستثمار الأجنبي المباشر الآن دورًا رئيسيًا في ضمان دمج صحة الفم في استراتيجيات وحزم التغطية الصحية الشاملة على المستوى القطري.

غالبًا ما يسمع صانعو السياسات أصواتًا موازية من مجموعات مناصرة مختلفة ومراكز أبحاث ومجموعات بحثية ، ويصبح من الصعب عليهم التأكد من نوع المعلومات التي ينبغي عليهم التصرف فيها.

يمثل الاتحاد العالمي لطب الأسنان (FDI) جمعيات طب الأسنان الوطنية والمجموعات المتخصصة في العالم ، ويمكنه تقديم حلول وخارطة طريق للحكومات الوطنية حول كيفية تقوية أنظمة صحة الفم وتعزيز الرعاية الصحية للفم. ستوفر الشراكة مع مجموعات الدفاع عن الصحة العامة الذخيرة اللازمة والاعتراف لمواءمة صحة الفم بشكل وثيق مع قضايا الصحة العامة والدعوة إلى عمل موحد.

التغطية الشاملة لصحة الفم هي مفهوم طموح يتطلب دعمًا حكوميًا قويًا مع خطط تمويل صحية أفضل وإدارة القوى العاملة للرعاية الصحية عن طريق الفم ، مع إيلاء اهتمام أكبر للإدارة الصحية ومقدمي الرعاية المجتمعية. صحة الفم جزء لا يتجزأ من الصحة العامة ولها تأثير مباشر على الناس وحياتهم. تدعم مرافق الرعاية الصحية الفموية الأفضل الناس من خلال منحهم مخرجات عمل أفضل (من حيث التعليم والتوظيف) وتمنع الناس من الوقوع في براثن الفقر. ساهم الاكتشاف المبكر لأمراض الفم في تقليل الإنفاق على علاجها. تتمتع خدمات الرعاية الصحية الفموية المثلى محليًا والحساسية ثقافيًا ، والتي يتم تقديمها من خلال نظام صحي جيد الموارد وحكمه ، بالقدرة على مواجهة تحديات صحة الفم المتنوعة ، خاصة إذا كانت مدعومة بسياسات مؤيدة لصحة الفم في القطاعات الأخرى.

بصرف النظر عن القيمة الجوهرية للصحة العامة ، سيكون للتغطية الصحية الفموية الشاملة أيضًا آثار خارجية إيجابية للتنمية وتمكين الجنسين والتضامن الاجتماعي. في قطاع الصحة ، ينبغي إعطاء الرعاية الصحية الأولية عن طريق الفم الأهمية القصوى بسبب قدرتها على توفير أقصى قدر من الفوائد الصحية لجميع قطاعات المجتمع وبسبب قدرتها على ضمان مستويات الإنفاق على رعاية صحة الفم بشكل مستدام.

لبناء الحزمة الأساسية للرعاية بصحة الفم وفقًا للأولويات المحلية والوطنية والإقليمية ، يجب أن تكون هناك أربعة مكونات أساسية ، وهي:

١. الوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها ؛
٢. الرعاية القريبة من المنزل ، والتي تكون ميسورة التكلفة ويمكن الوصول إليها ؛
٣. نتائج أفضل لصحة الفم بتكاليف أقل ؛ و
٤. منصات متقاربة للتوعية بصحة الفم.

دراسة حالة رقم ١ الحملة ٨٠٢٠ لصحة الفم في اليابان

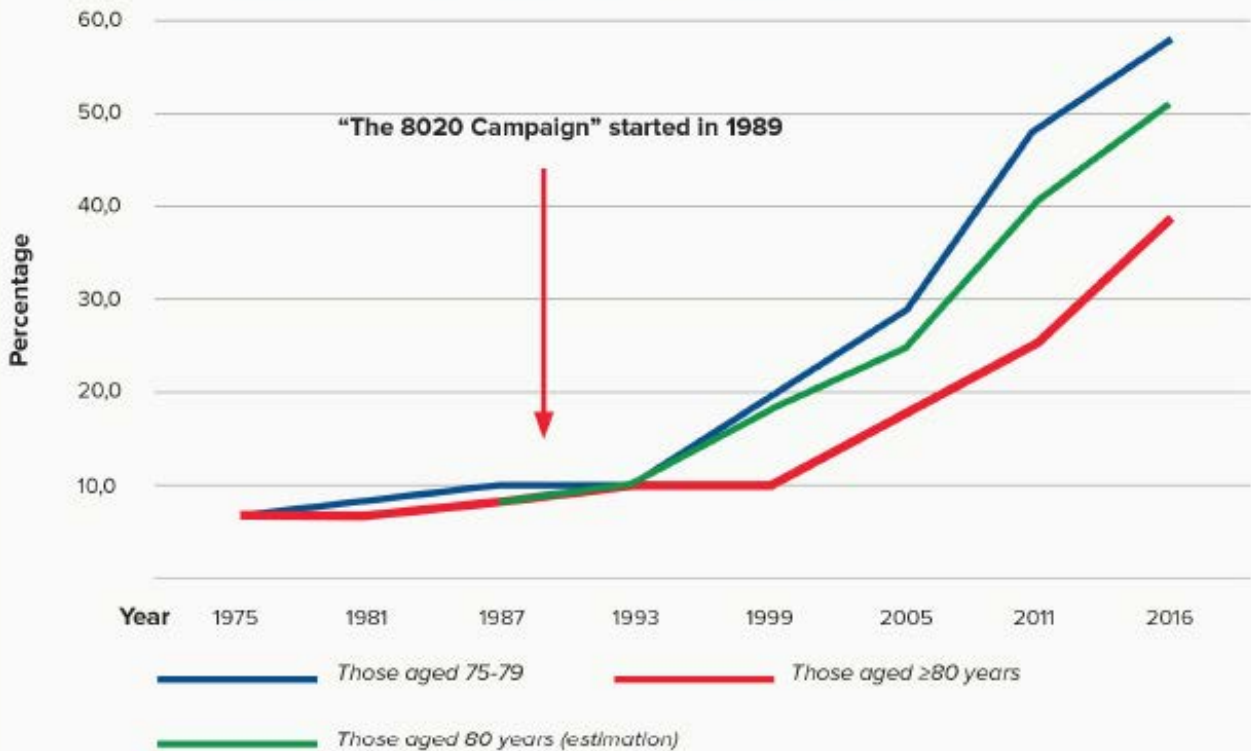
قدمت وزارة التعليم والثقافة والرياضة والعلوم والتكنولوجيا المبادرات المدرسية ، والتي تضمنت إجراء فحوصات سنوية من قبل طبيب أسنان المدرسة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ و ١٨ عامًا والتوصية ببرامج شطف الفم بالفلورايد المدرسية للأطفال والمراهقون الذين تتراوح أعمارهم بين ٤ و ١٤ عامًا.

في عام ٢٠٠٠ ، تم إنشاء مؤسسة الترويج ٨٠٢٠ ، بشكل أساسي لإجراء البحوث المتعلقة بالحملة. أجرت وزارة الصحة والعمل والرعاية الاجتماعية مسحًا وطنيًا لأمراض الأسنان في عام ٢٠١٦ ووجدت أن ٥١٪ من البالغين في اليابان في سن ٨٠ عامًا لديهم أكثر من ٢٠ سنًا ، مما يشير إلى أن الحملة قد وصلت إلى هدفها قبل ست سنوات من انطلاقها. العام المستهدف ٢٠٢٢. علاوة على ذلك ، انخفض انتشار تسوس الأسنان بين الأطفال نتيجة لأنشطة الحملة التي عالجت صحة الفم عبر الفئات العمرية الأصغر. أخيرًا ، قدمت الأبحاث التي خرجت من مؤسسة الترويج ٨٠٢٠ الدافع لـ «قانون تعزيز صحة الأسنان والفم» في عام ٢٠١١ ، مما يعزز أهمية تعزيز صحة الفم.

في عام ١٩٨٩ ، أطلقت وزارة الصحة والرعاية في اليابان جمعية طب الأسنان اليابانية «حملة ٨٠٢٠» لتشجيع الناس على الحفاظ على ٢٠ أو أكثر من أسنانهم بحلول الوقت الذي بلغوا فيه سن ٨٠ عامًا. في ذلك الوقت ، كان ٧٪ فقط من الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٨٠ عامًا وما فوق يمتلكون ٢٠ سنًا أو أكثر. كان الهدف الأسمى للحملة هو ضمان احتفاظ أكثر من ٥٠٪ من الأشخاص فوق سن الثمانين بـ ٢٠ سنًا أو أكثر بحلول عام ٢٠٢٢.

لتحقيق هذا الهدف ، اعتمدت الحملة نهجًا متعدد القطاعات ومدى الحياة لمنع فقدان الأسنان من خلال إشراك قطاعات متعددة وتنفيذ مبادرات تستهدف جميع الأجيال. قدمت وزارة الصحة والعمل والرعاية الاجتماعية إعانات للحكومات المحلية وجمعيات طب الأسنان لتنفيذ مبادرات صحة الفم المختلفة ، والتي تضمنت إجراء فحوصات للأطفال الصغار الذين تتراوح أعمارهم بين ١,٥ و ٣ سنوات ، وللأمهات الحوامل ، وللفئات العمرية المستهدفة بما في ذلك تلك الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٠ و ٥٠ و ٦٠ و ٧٠ عامًا ، وكذلك من يبلغون ٧٥ عامًا فأكثر.

Percentages of older people with ≥20 teeth from 1975 to 2016



الركيزة الثانية:

دمج صحة الفم

في أجندة الصحة العامة والتنمية



الهدف الشامل: بحلول عام ٢٠٣٠ ، يتم دمج الرعاية الصحية الفموية والعامة التي تركز على الشخص ، مما يؤدي إلى مزيد من الوقاية الفعالة وإدارة أمراض الفم وتحسين الصحة والرفاهية.

التأسيس والرؤية ٢٠٢٠

أكدت وثيقة رؤية ٢٠٢٠ على أهمية دمج صحة الفم في جدول أعمال الصحة العامة السائد من خلال النص على ما يلي:

« نعتقد أن الوقت مناسب الآن لتطوير نموذج جديد للرعاية الصحية عن طريق الفم ، والذي يعتبر صحة الفم جزءًا لا يتجزأ من الصحة العامة ويلبي احتياجات ومطالب الجمهور وحق كل فرد في صحة الفم الجيدة. نعتقد أنه من خلال تحويل تركيز نموذجنا من (١) نموذج علاجي تقليدي ، وممرض في الغالب إلى نهج أكثر ملوحة ، والذي يركز على الوقاية وتعزيز صحة الفم الجيدة و (٢) من نموذج حصري إلى أكثر شمولاً النهج ، الذي يأخذ في الاعتبار جميع أصحاب المصلحة الذين يمكنهم المشاركة في تحسين صحة الفم لدى الجمهور ، سنكون قادرين على وضع مهنتنا في طليعة الحركة العالمية نحو تحسين الصحة من خلال صحة الفم الجيدة »

النبذة

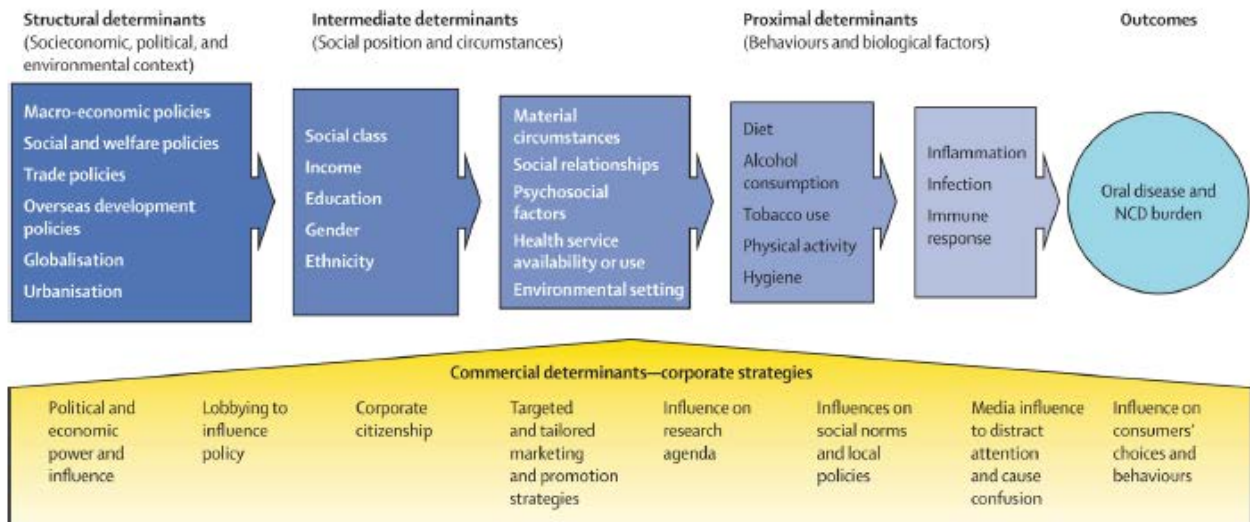
نمط الحياة والتأثيرات السلوكية ، بدلاً من معالجة الأسباب الجذرية الرئيسية. وهذا يتطلب إعادة تفكير جذري في نهجنا ، مع تركيز أكبر بكثير على الوقاية الفعالة على مستوى السكان. ولهذا الغاية ، يتزايد الاعتراف بأن أمراض الفم تشترك في عوامل الخطر والمحددات الاجتماعية المشتركة مع الأمراض غير المعدية الرئيسية الأخرى (الشكل ٢). تم توضيح هذا المبدأ في الإعلان السياسي للاجتماع رفيع المستوى للأمم المتحدة لعام ٢٠١١ بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها ، حيث ورد أن «أمراض الكلى والفم والعين تشكل عبئاً صحياً كبيراً لكثير من البلدان وأن تشترك هذه الأمراض في عوامل اختطار مشتركة (CRFs) ويمكن أن تستفيد من الاستجابات الشائعة للأمراض غير المعدية».

على الرغم من الجهود الجبارة التي تبذلها مهنة طب الأسنان ، فإن العبء العالمي لأمراض الفم غير المعالجة لا يزال مرتفعاً بشكل غير مقبول ويرافقه تفاوتات ملحوظة داخل البلدان وفيما بينها.

أدى التقدم في رعاية الأسنان إلى تحسينات كبيرة في صحة الفم ، ولكن هذه حدثت بشكل رئيسي في البلدان ذات الدخل المرتفع ، وحتى ذلك الحين ، لم تستفد من جميع السكان.

يعاني الفقراء في المجتمع من ارتفاع غير متناسب في مستوى المرض ؛ لا يزال يتعين تنفيذ الوقاية الفعالة من الأمراض على مستوى السكان ؛ ورعاية مناسبة وميسورة التكلفة ليست في متناول الجميع.

يُعزى فشل معظم الأساليب في تحسين صحة الفم وتقليل عدم المساواة إلى الاعتماد على التدابير التي تركز على عوامل مثل



يؤكد دستور منظمة الصحة العالمية (WHO) أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان. في بيان أديلايد ، دعت منظمة الصحة العالمية إلى اتباع نهج الصحة في جميع السياسات (HiAP) باعتباره استراتيجية مهمة لتعزيز هذا الحق من حقوق الإنسان. الدليل على أن أمراض الفم تشترك في عوامل الخطر والمحددات المشتركة مع الأمراض غير المعدية الأخرى يبرر إدراج صحة الفم في نهج HiAP ؛ وهذا يعني نهج صحة الفم في جميع السياسات (OHiAP). سيؤدي هذا إلى شراكات جديدة بين القطاعات وسيحول التركيز السائد لصحة الفم بعيداً عن التدخلات التقنية نحو نهج قائم على العدالة الاجتماعية ومراعاة المحددات الاجتماعية للصحة.

التحديات الرئيسية

ينبغي تشجيع جميع البلدان على تطوير خطط عمل خاصة بصحة الفم يتم دمجها في استراتيجيات لمعالجة عبء الأمراض غير المعدية غير المُعالجة ، والتي تشكل أمراض الفم جزءاً كبيراً منها.

على الرغم من أن البلدان الفردية لديها تحدياتها الصحية والظروف الاقتصادية والاختلافات الثقافية ، فإن دمج صحة الفم في الرعاية الأولية يمكن أن يكون له فوائد كبيرة من حيث الوقاية من الأمراض وتحسين الصحة العامة والقدرة على تحمل تكاليف الرعاية الصحية. لن يتحقق هذا الهدف إذا تم اعتبار رعاية صحة الفم منفصلة عن بقية الرعاية الصحية.

وبالتالي ، فإن الاستثمار الأجنبي المباشر ، الذي يعمل بالشراسة مع منظمة الصحة العالمية والرابطة الدولية لأبحاث طب الأسنان (IADR) ، يتحمل مسؤولية كبيرة لإثارة قضية إعادة دمج خدمات الرعاية الصحية للفم في جميع الأنظمة الصحية - نهج OHiAP الموضح أعلاه. سيتطلب ذلك تعاوناً وثيقاً ليس فقط داخل مهنة طب الأسنان ، ولكن أيضاً إقامة علاقات عمل تعاونية مع الهيئات المسؤولة عن الصحة العامة ، مثل NCD Alliance والتحالف العالمي للمهن الصحية.

١. المراضات المشتركة والأمراض المتعددة:

لا تحدث أمراض الفم بمعزل عن غيرها ؛ تتجمع عادةً مع الأمراض غير المعدية الأخرى ، بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية ومتلازمة التمثيل الغذائي ومرض السكري من النوع ٢ ، والتي تشترك في نفس المحددات الاجتماعية ونمط الحياة والمحددات التجارية. في إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن الآثار الصحية للسكريات الغذائية ، كانت أبحاث صحة الفم وتسوس الأسنان هي التي قدمت في النهاية الدليل

يوفر المبدأ المهم المنصوص عليه في الإعلان السياسي للأمم المتحدة لعام ٢٠١١ بشأن الأمراض غير المعدية مبرراً قوياً لإدماج صحة الفم بشكل أوثق في جدول أعمال الصحة العامة. وقد أدى بالفعل إلى مواصلة أوثق لصحة الفم مع جدول الأعمال الأوسع الذي يتناول الوقاية من الأمراض غير المعدية ، والتي تعد السبب الرئيسي للوفاة والعجز في جميع أنحاء العالم. وبناءً على ذلك ، فإن الاستثمار الأجنبي المباشر عضو في تحالف الأمراض غير المعدية ، الملتمزم بجعل الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها أولوية في كل مكان.

من غير الواقعي أن نتوقع من أطباء الأسنان وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية للفم ، الذين يعملون بمعزل عن الآخرين ، أن يكونوا فعالين في إثبات أهمية اتخاذ إجراءات فعالة بشأن المحددات الاجتماعية والتجارية للصحة ، لأسباب ليس أقلها أن هذه المحددات الرئيسية للأمراض المزمنة تقع خارج قطاع الصحة.

ومع ذلك ، فإن التكامل الوثيق لصحة الفم في جدول أعمال الصحة العامة السائد سيخلق الفرصة ليس فقط لتقليل عبء أمراض الفم في جميع أنحاء العالم من خلال الوقاية الأكثر فعالية ، ولكن أيضاً لمتخصصي الرعاية الصحية للفم للمشاركة بشكل أكثر مركزية في الرعاية الصحية لصالح المجتمع. ككل. تتماشى هذه الاستراتيجية مع النهج الأفقي الذي يعالج جميع الأمراض غير المعدية في وقت واحد.

من المعترف به على نطاق واسع أن للأطباء والمهنيين الصحيين ذوي الصلة دوراً في تعزيز الصحة الجيدة والمساواة الصحية ، لكن المتخصصين في صحة الفم هم أيضاً في وضع يمكنهم من المشاركة بنشاط من خلال تعزيز المساواة في صحة الفم ، سواء لمرضاهم أو للمجتمع الأوسع. عادة ما تكون الرعاية الأولية هي نقطة الاتصال الأولى بخدمات الرعاية الصحية وهي المكان الذي يتم فيه تقديم معظم الرعاية - العامة والشفوية -. تمتلك فرق صحة الفم ، التي تتعاون مع فرق الرعاية الأولية ، رؤية ٢٠٣٠: تقديم صحة الفم المثلى للجميع www.fdiworlddental.org الإمكانيات غير المستغلة إلى حد كبير لتكون دعاءً وممكنين ووسطاء مهمين لصحة الفم.

لأن عوامل الخطر على الفم والصحة العامة هي نفسها ، فإن مثل هذه الأنشطة ستعزز أيضاً الصحة العامة الجيدة. إذا كان من الضروري دمج الرعاية الصحية للفم بشكل صحيح مع الرعاية الصحية بشكل عام ، فمن الضروري أيضاً أن يفهم جميع أعضاء فريق الرعاية الصحية للفم أهمية المحددات الاجتماعية لصحة الفم وأن يدمجوا أنشطتهم مع المجموعات الأخرى (انظر دراسة الحالة ٢).

٤١ | رؤية ٢٠٣٠ توفير صحة الفم المثلى للجميع الذي تدعم توصية منظمة الصحة العالمية بشأن استهلاك السكريات الحرة (انظر دراسة الحالة ٣).

يعد تخزين التبغ أحد عوامل خطر الأمراض غير المعدية المنتشرة على مستوى العالم ، وتأثيره المحدد في سرطان الفم وأمراض اللثة يعني أن فريق الرعاية الصحية للفم يلعب دورًا رئيسيًا في تعزيز برامج الإقلاع عن التدخين وتقديمها للمرضى. يتمثل أحد الأهداف الصريحة لبرامج الإقلاع عن تعاطي التبغ في دمج صحة الفم في برنامج الرعاية الصحية العام.

من الأمثلة الممتازة على هذا النهج لتعزيز الصحة البرنامج الذي تروج له الحكومة في الهند (انظر دراسة الحالة ٤).

عند تقديم استراتيجيات إدارة الأمراض المستندة إلى المجتمع والتي تركز على المريض ، يكون من الأكثر فعالية من حيث التكلفة معالجة أمراض الفم والجهازية معًا. يتماشى هذا مع النهج الأفقي الموضح سابقًا والذي يعالج جميع الأمراض غير المعدية في نفس الوقت وهو مبدأ أساسي لتحالف الأمراض غير المعدية (الشكل ٣). هذا النهج مهم من منظور النظم الصحية ، لا سيما في ظروف شح الموارد.



٢ . «الكناري في منجم الفحم»:

من الواضح أن العلامات والأعراض الفموية ، مثل القرحة والبقع البيضاء والبقع الحمراء والتورمات والتصبغ غير الطبيعي وآلام الفم وفقدان الإحساس والحركة الفموية غير الطبيعية ورائحة الفم الكريهة وجفاف الفم ، قد تكون المظاهر المبكرة للأمراض المزمنة في الأعضاء الأخرى. في هذا السياق ، من المهم الاعتراف بالعلاقة ثنائية الاتجاه بين أمراض اللثة ومرض السكري من النوع ٢ ؛ العلاقة بين أمراض الفم والقلب والأوعية الدموية ، ولإدراك أهمية أمراض الفم على أنها «إنذار مبكر» للأمراض الجهازية الوشيكة. وبالتالي ، هناك حجة قوية لمهنيي صحة الفم للعمل بشكل تعاوني مع زملائهم الطبيين في سياق الفحص والكشف المبكر عن الأمراض المزمنة مثل مرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية.

يلعب اختصاصيو صحة الفم دورًا في الكشف المبكر عن الأمراض الجهازية. تتزايد البراهين أيضًا على أن التحكم الأفضل في أمراض الفم قد يحسن نتائج الأمراض الجهازية. وبالتالي ، يجب أن يكون جميع المهنيين الصحيين على دراية بمساهمة صحة الفم الجيدة في الصحة العامة والحاجة إلى تكامل وتعاون أوثق بين جميع المهنيين الصحيين ، بما في ذلك مهنيو صحة الفم.

٣ . دور المراقبة الصحية:

تتمتع مهنة طب الأسنان بوصول فريد إلى السكان «الأصحاء» وبالتالي لها دور هام في المراقبة الصحية. هذا تبرير مهم لفحوصات الأسنان المنتظمة ؛ كلما نجحت مهنة طب الأسنان في الوصول إلى الجميع ، وخاصة المحرومين والمهمشين ، كلما كان دور المراقبة الصحية هذا أكثر فعالية.

يميل انتشار جميع الأمراض غير المعدية ، بما في ذلك أمراض الفم ، إلى الزيادة على مدار العمر ، بسبب الأثر التراكمي للتعرض للمحددات الاجتماعية والتجارية للصحة.

يعد مرض الفم الحاد في مرحلة الطفولة ، ولا سيما تسوس الأسنان في مرحلة الطفولة المبكرة ، مؤشرًا على النتائج الصحية السيئة في وقت لاحق من الحياة ، مع الاستعداد لتطور الأمراض غير المعدية مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري وأمراض الجهاز التنفسي. وبالتالي ، فإن الاكتشاف المبكر ضمن هذه المجموعة المعرضة للخطر بشكل خاص والتدخلات الصحية المناسبة لديها القدرة على تقليل الوفيات والمرض في وقت لاحق من الحياة وتحسين النتائج الصحية بشكل عام.

٤ . التكامل من أجل مرونة أنظمة الرعاية الصحية في الاستجابة للتحديات غير المتوقعة:

الكوارث الكبرى وغيرها من الأحداث غير المتوقعة ، والتي لا يمكن التنبؤ بطبيعتها بجائحة COVID-19 العالمية الناجمة عن فيروس SARS-CoV-2. إنها تسبب طلبات مفاجئة ومتطرفة ومختلفة على أنظمة الرعاية الصحية وقد تعطل تقديم الرعاية العاجلة غير المرتبطة بالحدث نفسه. في أوقات الأزمات ، يمتلك أطباء الأسنان وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية للفم - أو يمكن أن يكتسبوا بسهولة - المعرفة والمهارات التي يجب نقلها إلى أدوار أخرى داخل النظم الصحية ، كأعضاء في الفريق جنبًا إلى جنب مع غيرهم من المهنيين الصحيين. من خلال عملية التكامل المباشرة هذه ، يمكنهم المساهمة في مرونة النظم الصحية ، عن طريق إعفاء الأطباء الخبراء من مهام إكلينيكية في الخطوط الأمامية (انظر دراسة الحالة ٥).

الرؤى الداعمة

الممارسة السريرية

- توعية المريض بقضايا الصحة العامة مثل السكري والسمنة وارتفاع ضغط الدم والأمراض المزمنة الأخرى.
- انخرط في فحص مجموعة من الحالات الطبية الأخرى قبل ظهورها كمشاكل طبية. أصبح الاكتشاف المبكر للاضطرابات الجهازية الناتجة عن المظاهر الفموية واستخدام اللعاب أو أنسجة الفم الأخرى كمؤشرات حيوية راسخة. إن إقامة روابط وثق مع زملاء الطبيين من شأنه أن يخلق منتدى قيمًا للتدخل المبكر وخفض التكلفة بشكل كبير ، مما يؤدي إلى رعاية صحية ميسورة التكلفة.
- معالجة أنماط الحياة الخاملة والسمنة ، لا سيما عند الأطفال والمراهقين ، ليس فقط من خلال الدعوة إلى الرياضة والتمارين الرياضية ، ولكن أيضًا من خلال توفير الوصول إلى الرياضة والتمارين الرياضية الأكثر أمانًا عن طريق توفير واقية الفم لمنع الصدمات والارتجاج في الرياضات التي تتطلب الاحتكاك الجسدي.
- تقديم الدعم للإقلاع عن تعاطي التبغ.
- تعزيز الوقاية الأولية والتأكد من تمكين الأفراد لتحمل المسؤولية عن صحتهم ، لا سيما من خلال المقابلات التحفيزية (التدريب الصحي).

التعليم والتدريب

- إشراك القطاع التعليمي من خلال كليات طب الأسنان / الطب / التمريض والعلوم الاجتماعية في الجامعات في جميع أنحاء العالم. يجب أن تتضمن مناهج طب الأسنان في المرحلة الجامعية دمج صحة الفم في جدول أعمال الصحة العامة ، مع تقليل التركيز على التدخل وزيادة التركيز على المحددات الاجتماعية ، ونهج نموذج الإبلاغ الموحد ، والوقاية الأولية والرعاية التي تركز على المريض في جوهرها. يجب أن تهدف مناهج الطب وطب الأسنان الحديثة إلى تطوير المهارات في الاتصال بين المهنيين ، وتجميع البراهين ، والتفكير النقدي ، والتعلم مدى الحياة.
- تعزيز التعليم والممارسة داخل وبين المهنيين ، باستخدام مكتب طب الأسنان كبوابة في نظام الرعاية الصحية. هذا من شأنه أن يخلق الفرصة لـ: التقييمات الطبية / الفحص الصحي في مكاتب طب الأسنان. التحصينات الانتهازية تقييم مخاطر الأمراض الجهازية ، مع الإحالة حسب الاقتضاء ؛ وإرشادات بشأن خيارات نمط الحياة الصحي ، بما في ذلك التغذية. إنه بالفعل جزء من اختصاص أطباء الأسنان لتقديم المشورة الغذائية فيما يتعلق بالوقاية من تسوس الأسنان. يمكن توسيع هذا التدخل ليشمل المشورة بشأن خيارات الأكل الصحي ، وتصميم نصائح غذائية تتناسب مع المخاطر والظروف الفردية ، ووفقاً لأي قيود غذائية وجوانب ثقافية للنظام الغذائي والتغذية.
- تعزيز محو الأمية الصحية الفموية بين المرضى وجميع المتخصصين في الرعاية الصحية ، والاستفادة من وسائل التواصل الاجتماعي وتكنولوجيا الهواتف الذكية وغيرها من وسائل الإعلام المناسبة.
- شجع طلاب طب الأسنان على حضور مؤتمرات خارج حدود طب الأسنان ، للتأكد من أنهم على دراية بالقضايا والاتجاهات الصحية الأوسع.

البحث والتقييم

- تقييم اقتصاديات الصحة لأنظمة الرعاية المتكاملة لدعم مراجعة أنظمة مكافآت صحة الفم التي تسهل التغطية الصحية الشاملة ، والتركيز بشكل أكبر على الوقاية بدلاً من التدخل. الاتصال بمقدمي الخدمات ، والصناعة ، والشركاء التجاريين ، فضلاً عن شركات التأمين لتحسين الوصول إلى الفئات الضعيفة.
- جمع البيانات عن المعايير الصحية ، مثل الهيموجلوبين السكري (HbA1C) ، وضغط الدم ، والوزن ، ومؤشر كتلة الجسم في إعدادات عيادة الأسنان ، بما في ذلك إعدادات البحث.

- إجراء بحث في اقتصاديات الصحة للوقاية الأولية لاختبار الفرضية القائلة بأنه «في حين أن تدخل الأسنان مكلف ، فإن صحة الفم قد تكون رخيصة».

التكنولوجيا والابتكار

- التأكيد على قيمة الحلول التكنولوجية المحلية والميسورة التكلفة والمستدامة ، لا سيما في مجالات مثل إعادة تصميم الخدمات حيث قد تكون هناك فرص للابتكار وتحسين إمكانية الوصول والقدرة على تحمل التكاليف.
- تشجيع شركاء الصناعة على تقديم الدعم لدمج التقنيات الناشئة في المناطق الجغرافية المحتاجة.
- تسهيل استخدام أنظمة برامج إدارة الممارسة المتكاملة وسجلات المرضى الإلكترونية.
- تعزيز استخدام رموز التشخيص.

السياسة والدعوة

- تعزيز وتقوية الهياكل التعاونية بين الاستثمار الأجنبي المباشر والمعهد الدولي لبحوث الكوارث ومنظمة الصحة العالمية في التعامل مع قضايا الصحة العالمية الرئيسية بحيث تساعد الوحدة والتآزر على تعزيز الرسائل الرئيسية.
- العمل مع المهنيين الصحيين الآخرين لتصميم استراتيجيات لدمج الرعاية الصحية والاجتماعية على جميع المستويات:
- تدابير السياسة على مستوى السكان التي تسعى إلى تعزيز الوعي بعوامل الخطر للأمراض غير المعدية بما في ذلك ظروف صحة الفم (من خلال التشريعات واللوائح والمعلومات) ؛
- البرامج المجتمعية المنفذة في المدارس وأماكن العمل والمجتمعات لتعزيز صحة الفم والصحة العامة والرفاه العام ؛
- خدمات الرعاية الصحية التي تركز على الشخص باستخدام أدوات مثل التدريب الصحي ؛ خدمات قادرة على توفير رعاية فردية للأشخاص الذين يعانون (غالبًا ما يصاحبهم) حالات صحية عن طريق الفم والحالات الصحية العامة.
- البحث عن فرص لمواءمة مهنة طب الأسنان مع أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة (SDGs) من خلال نهج متعدد التخصصات وعابر للقطاعات يبدأ بالهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة للصحة والرفاهية ، والهدف ١٠ المتعلق بعدم المساواة والهدف ١٧ لتعزيز الاتصال مع أصحاب المصلحة الآخرين. ضع في اعتبارك أيضًا ما إذا كانت هناك طرق يمكن أن تشارك فيها صحة الفم في مجموعة من أهداف التنمية المستدامة الأخرى.
- دمج استراتيجيات للتخلص التدريجي من ملغم الأسنان كجزء من سياسة الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها.
- انقل «قصصنا» خارج طب الأسنان وخارج نطاق الصحة ، على سبيل المثال مع السياسيين وصانعي السياسات في البلدان في جميع أنحاء العالم. تستحق الحجج القوية لدمج صحة الفم مع الصحة العامة نشرها على نطاق واسع لمجموعة من أصحاب المصلحة (انظر أدناه).
- اعتماد خطة عمل قوية للحد من تناول السكر في النظام الغذائي ومعالجة السكر كعامل تجاري محدد للصحة.
- الحد من استهلاك السكر من خلال الترويج لفرض ضرائب فعالة على المشروبات المحلاة بالسكر وغيرها من المنتجات السكرية (أفضل ما تشتريه منظمة الصحة العالمية).
- تشجيع ودعم برامج الإقلاع عن تعاطي التبغ التي يقدمها فريق الرعاية الصحية للفم. • تشجيع تطوير مجموعات مناصرة المرضى وبدء التعاون مع هذه المجموعات. تحديد المتحدثين الرسميين لصحة الفم ، مثل المشاهير.
- توسيع نطاق الدعوة إلى صحة الفم من خلال عدم معالجة أكثر أمراض الفم والأسنان شيوعًا فقط ، مثل تسوس الأسنان وأمراض اللثة. من خلال تجاهل حالات الفم الأقل شيوعًا - ولكن الأكثر تدميرًا في كثير من الأحيان - (مثل سرطان الفم) ، تضيع فرصة لإثبات أنه في مجال صحة الفم توجد تفاوتات خطيرة ، لا سيما الفقر المحيط والحصول على رعاية ميسورة التكلفة. على سبيل المثال ، لا يظهر سرطان oris / noma إلا في المجتمعات الأكثر فقرًا للغاية ، وفي أجزاء كبيرة من المناطق الريفية في الهند والصين وإندونيسيا وأفريقيا جنوب الصحراء ، هناك نسبة صغيرة فقط من الأطفال المولودين بشقوق في الفم والوجه يبقون على قيد الحياة في الأسابيع القليلة الأولى من حياتهم .
- تنفيذ التغطية الصحية الشاملة. تتمثل إحدى الاستراتيجيات الأكثر فاعلية لمعالجة عدم المساواة وتعزيز العدالة والإنصاف فيما

يتعلق بالرعاية الصحية في تحقيق التغطية الصحية الشاملة مع المساواة في الوصول والمعايير والقدرة على تحمل التكاليف. يساهم ذلك في تحقيق الهدف ١٠ (الحد من أوجه عدم المساواة) والهدف ١٦ (العدالة الاجتماعية) والهدف ١٧ (العمل في شراكات).

المراقبة والتتبع

• رصد معدل الوفيات والمرضاة المرتبطة بأمراض الفم المختلفة.

الخلاصة

في هذا العناء، بالإضافة إلى ذلك، سيحتاج جميع المهنيين الصحيين إلى أن يكون لديهم وعي أكبر بكثير بأهمية صحة الفم للصحة العامة والرفاهية والدور الذي يلعبونه، بالإضافة إلى المتخصصين في صحة الفم، في تحقيق ذلك للسكان الذين يخدمونهم. سيتطلب تحقيق هذه الرؤية دعوة أكثر فاعلية من جانب المتخصصين في صحة الفم لأهمية صحة الفم الجيدة والتأكيد على الدور الذي يلعبه المهنيون الصحيون والمجتمع ككل لتحقيق ذلك والحفاظ عليه.

في مواجهة التحدي الهائل المتمثل في زيادة عبء الأمراض غير المعدية في جميع أنحاء العالم، من الضروري إعادة تركيز النظم الصحية العالمية بشكل كبير على الوقاية. سيتطلب ذلك التنفيذ الفعال للاستراتيجيات المتكاملة التي تتناول المحددات الاجتماعية والتجارية المشتركة للصحة. تمثل أمراض الفم غير المعالجة جزءًا كبيرًا من عبء الأمراض غير المعدية ومن الضروري دمج خدمات الرعاية الصحية للفم في أنظمة الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم إذا أريد تحقيق خفض

دراسة حالة ٢: Qualis Health / Comagine

لكل مريض، بما في ذلك قائمة المشاكل وقوائم الأدوية / الحساسية استعدادًا لزيارة طبيب الأسنان. عندما يكون المريض في عيادة الأسنان، تستخدم فرق طب الأسنان سجلات المجتمع والوصول عن بعد إلى السجل الطبي للمريض لتحديد أي ثغرات وقائية أو مزمنة في رعاية المريض. بالإضافة إلى تلبية احتياجات أسنان المريض، تتبع فرق طب الأسنان البروتوكولات القياسية المنصوص عليها في اتفاقيات الإحالة مع الرعاية الأولية لسد فجوات الرعاية من خلال إعطاء التطعيمات وطلب الاختبارات وتقديم المشورة. يقوم أطباء الأسنان بإكمال الإحالات عن طريق إرسال تقارير الاستشارة إلى الأطباء المحولين.

تتضمن خيارات تبادل المعلومات مجموعة من التقنيات المتاحة للفرق الطبية وطب الأسنان. يتم دمج البيانات من الممارسات الطبية وطب الأسنان لإنتاج تقارير صحة السكان التحليلية التي توثق انتشار وشدة أمراض الفم في السكان المشتركين، وقياس تأثير التدخلات المتكاملة المصممة لتحسين صحة الفم لدى السكان.

حدد العمل الذي أنجزته كوماجين هيلث والمبادرة الوطنية متعددة التخصصات لصحة الفم (NIOH) ودلتا دنتال أوف واشنطن و Kaiser Permanente السمات الرئيسية لنهج تعاوني طبي وطب أسنان لصحة الفم قابل للتطبيق سواء كانت الممارسات الطبية وطب الأسنان متكاملة تمامًا في نفس الفريق، أو في موقع مشترك في منشأة مشتركة، أو تعمل بشكل مستقل في مواقع منفصلة.

باستخدام هذا النهج، تستخدم فرق الرعاية الأولية إطار عمل تقديم صحة الفم للسؤال عن أمراض الفم والبحث عنها، ولتقييم مخاطر الإصابة بأمراض الفم.

إنهم يعملون على تقليل المخاطر من خلال تقديم إرشادات استباقية بشأن النظام الغذائي ونظافة الفم، من خلال تطبيق ورنيش الفلورايد، وإجراء تغييرات في الأدوية لحماية وظيفة اللعاب، وعند الحاجة، عن طريق الإحالات المنظمة أو عمليات التسليم لفريق طب الأسنان. تقوم فرق رعاية الأسنان بالترتيب مع زملائهم الطبيين للوصول إلى المعلومات الطبية

| ممارسة الرعاية الأولية | تبادل المعلومات | ممارسة طب الأسنان |
|--|--|---|
| <p>١. يستخدم فريق الرعاية إطار عمل السؤال ، والنظر ، والقرار ، والعمل من أجل رعاية المرضى الروتينية</p> <p>٢. يقدم فريق الرعاية التدخلات الوقائية والسلوكية لصحة الفم</p> <p>٣. إذا تم تحديد ذلك ، يتم تقديم طلب للإحالة أو التسليم</p> <p>٤. يغادر المريض مع موعد محدد مع طبيب الأسنان</p> <p>٥. تتم معالجة طلب الإحالة وإرساله إلى عيادة الأسنان مع تتبع الإحالة</p> <p>٦. إذا لم يحافظ المريض على الموعد ، يتم إخطار الرعاية الأولية والاتصال بالمريض</p> <p>٧. يتم استلام تقرير الاستشارة في السجلات الطبية الإلكترونية وتوجيهه إلى الطبيب المُحيل</p> | <p>التقنيات المحتملة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • هاتف • رسالة قصيرة • الوصول إلى المخطط البعيد • سجل إلكتروني مشترك • الدولة / السجل الإقليمي • HL-7 C-CDA (هندسة المستندات السريرية الدولية الموحدة الدولية من المستوى الصحي) | <p>١. جداول ممارسة طب الأسنان المريض لتعيين طب الأسنان.</p> <p>٢. يحصل مكتب طب الأسنان على مجموعة البيانات السريرية الأساسية من الرعاية الأولية.</p> <p>٣. عند وصول المريض إلى عيادة الأسنان ، يتم إخطار الرعاية الأولية لتتبع الإحالة.</p> <p>٤. يرى فريق طب الأسنان فجوات رعاية الأمراض الوقائية / المزمنة باستخدام مصادر بيانات متعددة.</p> <p>٥. يعالج فريق طب الأسنان مشاكل الأسنان ويوثق شدة المرض كبيانات منظمة.</p> <p>٦. يعالج فريق طب الأسنان فجوات رعاية الأمراض الوقائية / المزمنة عن طريق البروتوكول.</p> <p>٧. ممارسة طب الأسنان يرسل تقرير التشاور إلى ممارسة الرعاية الأولية.</p> |

دراسة حالة ٣ سياسات السكر في نيوزيلندا: إزالة المشروبات السكرية من المستشفيات والمدارس



المشروبات السكرية هي المصدر الرئيسي لاستهلاك السكر للأطفال في نيوزيلندا ، وهي عامل خطر رئيسي لتسوس الأسنان والسمنة ومرض السكري من النوع ٢.

لعبت جمعية طب الأسنان النيوزيلندية دورًا رئيسيًا في جذب انتباه المتخصصين في طب الأسنان والجمهور لدعم العمل ضد صناعة المشروبات السكرية. تم تعزيز الوعي بمخاطر المشروبات المحلاة بشكل كبير من خلال جهود الدعوة هذه.

في عام ٢٠١٤ ، كان مستشفى نيلسون أول مستشفى في نيوزيلندا (والعالم) يحرص على سياسة خالية من المشروبات المحلاة بالسكر (SSB) مشيرة إلى أن بيع المشروبات السكرية في مقرها كان غير مناسب. كان للدعوة والقيادة الناجحة تأثير الدومينو وفي غضون ١٨ شهرًا ، كان لدى جميع المستشفيات في نيوزيلندا سياسة مماثلة. كما اعتمد عدد كبير من المستشفيات سياسة المياه فقط.

اقترح المدافعون أيضًا من رئيس البلدية المحلي ومجلس مدينة نيلسون الذي حرض أيضًا على سياسة خالية من SSB. مرة أخرى ، كانت القيادة ، هذه المرة من قبل رئيس البلدية ، أساسية لمجلس مدينة نيلسون ليكون أول من يتبنى مثل هذه السياسة. حذت العديد من مجالس المدن الأخرى في جميع أنحاء نيوزيلندا حذوها.

باتباع نموذج «الإعدادات» ، بدأ مديرو المدارس المحلية سياسة المياه فقط.

تماشياً مع نهج الدعوة الناجح هذا ، تبنت إحدى سلاسل المتاجر الكبرى الرئيسية سياسة للحد من بيع مشروبات الطاقة للشباب الذين تقل أعمارهم عن ١٦ عاماً ولتوفير ممرات خروج خالية من المشروبات السكرية. تعمل المناصرة من خلال تقديم أمثلة على أفضل الممارسات من خلال توسيع نطاق الإجراءات من المستوى المحلي إلى المستوى الوطني. تحدي الوضع الراهن هو مفتاح النجاح.

مرة أخرى ، قدمت القيادة في مكان واحد نموذجاً إيجابياً للمدارس الأخرى. تم تشجيع وزارة التعليم على إظهار القيادة ، من خلال حث المدارس في جميع أنحاء نيوزيلندا على اعتماد سياسة المياه فقط.



دراسة حالة ٤ : برنامج الإقلاع عن تعاطي التبغ في الهند

في الهند ، أصدرت وزارة الصحة ورعاية الأسرة ، بالتعاون مع مجلس طب الأسنان في الهند ومنظمة الصحة العالمية ، إرشادات لجميع كليات طب الأسنان البالغ عددها ٣١٠ في جميع أنحاء البلاد لإنشاء مراكز للإقلاع عن التدخين. يتضمن هذا البرنامج أيضاً تقديم المشورة بشأن الإقلاع عن التدخين كوحدة تعليمية إلزامية في المناهج الجامعية. هذا مثال رئيسي على التآزر بين البرنامج الوطني لمكافحة التبغ ، والبرنامج الوطني لصحة الفم في الهند ، والذي غدى في خطة صحية شاملة للوقاية من الأمراض غير المعدية.



دراسة حالة ٥ : المرونة في رعاية صحة الفم: دكتور سواتي نيهيتي

«أنا محاضر إكلينيكي كبير في طب الأسنان الترميمي في جامعة كوين ماري بلندن ، وهذه هي تجربتي في إعادة انتشار الأزمة أثناء تفجيرات مومباي في عام ١٩٩٣ ووباء COVID-١٩ في عام ٢٠٢٠. وقد تطلب كلا الحدثين مواردٍ شخصية و المرونة.

في مارس ١٩٩٣ ، أسفرت الاشتباكات بين فصليين دينيين متطرفين في مومباي ، الهند ، عن ١٢ تفجيراً متسلسلاً للقنابل في جميع أنحاء المدينة. وتسبب ذلك في مقتل ٢٥٧ شخصاً وإصابة ١٤٠٠ مدني برئ.

مدرسة طب الأسنان إلى وحدة الأمومة. هناك تلقيت التدريب المناسب لأداء واجباتي في الوحدة ، والتي تضمنت إجراء الفصد وخز الوريد ، ومراجعة نتائج الدم ، ومهارات الجناح ، وكتابة الوصفات الطبية ، والمساعدة أثناء المخاض. عند التفكير ، كانت خبرتي السابقة التي اكتسبتها خلال مناصب التدريب على جراحة الوجه والفكين لا تقدر بثمن في مساعدتي على أن أصبح عضوًا فعالاً في فريق وحدة الأمومة. شكلت تفجيرات مومباي ووباء COVID-19 تحديات مفاجئة وغير متوقعة وكبيرة للنظام الصحي وجميع الأفراد المتضررين. ومع ذلك ، فقد علمتني تجربتي أنه ، بصفتي متخصصين في رعاية صحة الفم ، لدينا دور نلعبه في دعم استجابة أنظمتنا الصحية. نحن في وضع فريد لنكون قوة من أجل الخير في هذه الأوقات الصعبة ، ونعتمد على مرونتنا وتحملنا ونستخدم المهارات القابلة للتحويل التي توفرها الخلفيات التعليمية الخاصة بنا .»

كنت طالبة طب أسنان في ذلك الوقت ، وقد استجبت لدعوة المتطوعين لأن تعليمي الجامعي لطب الأسنان زودني بالمهارات القابلة للتحويل لإجراء خياطة الجروح وتقديم الإسعافات الأولية للمصابين. لا يمكن إنكار أن هذه كانت تجربة مروعة ، لكنها تركت لي إحساسًا لا يمحي بالهدف. لقد أثارت إعجابي بأهمية امتلاك مهارات إكلينيكية قابلة للنقل إذا تم استدعائي في ظروف مماثلة في المستقبل. في أوائل عام ٢٠٢٠ ، استنفذ جائحة COVID-19 موارد الخدمة الصحية الوطنية في المملكة المتحدة إلى أقصى حدودها. تم تعليق الخدمات غير الأساسية والأنشطة الاختيارية ، بحيث يمكن نشر الأطباء والممرضات وغيرهم من الطاقم الطبي في الخطوط الأمامية لتقديم الرعاية الحرجة لمرضى COVID. استجابة لدعوة للمتطوعين لدعم هذا النقل للعاملين الطبيين إلى أجنحة العناية المركزة ، تقدمت لتقديم خدماتي وتم نقلي من

الركيزة ٣:

بناء قوة عاملة مرنة في مجال صحة الفم من أجل التنمية المستدامة



الهدف الشامل: بحلول عام ٢٠٣٠ ، سيتعاون الممارسين الصحيين المختصين ب صحة الفم مع مجموعة واسعة من الممارسين الصحيين لتقديم رعاية صحية مستدامة قائمة على الاحتياجات الصحية وتركز على الناس.

التأسيس (النشأة) والرؤية ٢٠٢٠

في تقرير رؤية ٢٠٢٠ ، تمت مناقشة القوى العاملة في مجال صحة الفم بإيجاز ولكن لم يتم وضع استراتيجيات معينة لمواجهة التحديات.

«تتمثل رؤيتنا في أنه بحلول عام ٢٠٢٠ ، سيتم تقليل أوجه عدم المساواة فيما يتعلق بالحصول على الرعاية الصحية للفم بشكل كبير وسيتم تلبية الاحتياجات العالمية والطلب على الرعاية الصحية للفم إلى حد كبير بفضل زيادة محو الأمية الصحية عن طريق الفم لدى الجمهور ، وتطوير التخطيط العقلاني للقوى العاملة والتعليم والتدريب واستراتيجيات الاستبقاء ، وتحسين التعاون بين أعضاء القوى العاملة الصحية في القضايا المتعلقة بتعزيز صحة الفم والوقاية من الأمراض وعلاجها.»

تقدم اتفاقية ميناماتا فرصة فريدة للمهنة لتسليط الضوء على أهمية الوقاية الأولية من تسوس الأسنان باعتبارها الإستراتيجية المثلى للتخلص التدريجي من ملغم الأسنان.

خلفية

تتضمن الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية هدفاً لمواءمة الاستثمار في الموارد البشرية الصحية مع الاحتياجات الحالية والمستقبلية للسكان. حتى الآن ، ومع ذلك ، فقد اقتصر تخطيط الموارد البشرية لصحة الفم على النسب المبسطة لأطباء الأسنان المستهدفة أو النسب الثابتة لعدد السكان ، ولم يأخذ في الاعتبار بشكل شامل ، ومستويات ، وتغيرات ، احتياجات السكان.

مع وجود ٦٩٪ من أطباء الأسنان في العالم يخدمون ٢٧٪ من سكان العالم ، هناك مخاطر من زيادة ونقص العرض المتزامن للرعاية الصحية عن طريق الفم ؛ حتى داخل دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) المزدهرة بالمثل ، هناك اختلافات كبيرة في نسب أطباء الأسنان إلى عدد السكان. عندما تكون الموارد شحيحة ، هناك حاجة إلى اختيارات دقيقة بشأن استخدام الموارد لضمان حصول الجميع على رعاية صحية جيدة عن طريق الفم. ويشمل ذلك أعداداً كافية من المتخصصين في الرعاية الصحية المؤهلين في تقديم تدخلات صحة الفم ، وتوافر وقت العلاج ، والوصول إلى مواد طب الأسنان الميسورة التكلفة والأمنة والفعالة.

الهجرة العالمية للعاملين الصحيين ، بما في ذلك أطباء الأسنان ، هي أيضاً ظاهرة طويلة الأمد ، حيث يسعى العاملون الصحيون إلى رواتب وظروف أفضل في البلدان الأخرى. في كثير من الحالات يتم تجنيدهم بنشاط من قبل الدول الأكثر ثراء ، وبالتالي ، فإن البنى التحتية الصحية في بلدان المهاجرين نفسها عرضة للضعف الشديد. لذلك فإن وجود قوة عاملة جيدة التدريب و «الموظفين المناسبين في المكان المناسب» يعد أمراً أساسياً.

بعد عشر سنوات ، لا تزال التحولات الوبائية والديموغرافية ، وتغير ظروف الاقتصاد الكلي ، فضلاً عن الابتكارات الطبية والتقنية المتزايدة بسرعة ، تفرض تحديات على التخطيط للقوى العاملة في مجال صحة الفم والأسنان في المستقبل.

قد يكون تحسين المعرفة بصحة الفم في كل من البلدان ذات الدخل المرتفع والمتوسط (HMICs) أحد محركات التحسينات الشاملة في حدوث تسوس الأسنان وأمراض اللثة. في حين أن شيخوخة السكان تؤدي إلى بعض التغييرات في أنماط مرآة صحة الفم في البلدان ذات الدخل المرتفع ، فإن النمو الاقتصادي والتغيرات المرتبطة به في أنماط الاستهلاك (مثل استهلاك السكر) تثير مخاوف بشأن احتمالية زيادة مستويات تسوس الأسنان في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (LMIC).

بالإضافة إلى ذلك ، من أجل جني الإمكانات الكاملة لمكاسب الكفاءة ، يتطلب تطوير وتنفيذ تقنيات معالجة جديدة مواءمة جيدة مع استراتيجيات تخطيط القوى العاملة المعقولة.

منذ إصدار تقرير رؤية ٢٠٢٠ ، أصبحت الاستدامة البيئية قضية ذات صلة متزايدة بطب الأسنان. إن حتمية الحد من إهدار الموارد ، بما في ذلك إهدار الموارد البشرية والوقت والمعدات ومواد طب الأسنان تنطوي على تحديات كبيرة ستحتاج مهنة طب الأسنان إلى معالجتها.

ولكن هذا يفتح أيضاً نوافذ الفرص لمهنة طب الأسنان لإظهار التزامها وقدرتها وكفاءتها لاحتضان التنمية المستدامة.

ليس أقلها أن اتفاقية ميناماتا لبرنامج الأمم المتحدة للبيئة بشأن الزئبق تتطلب التخلص التدريجي من استخدام الملغم وأفضل الممارسات في إدارة نفايات الملغم وتحدد تسعة أحكام. يدعم الاستثمار الأجنبي المباشر اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق بشكل كامل ، ويتم تشجيع البلدان على اتخاذ أكثر من التدبيرين المطلوبين وفقاً للمرفق ألف ، الجزء الثاني ، من الاتفاقية لتقليل استخدام ملغم الأسنان.

عالية التقنية الكثير من المعرفة الجديدة والاستثمارات ، وقد لا تساهم دائمًا في الحد من التفاوتات الاجتماعية في صحة الفم والعناية به داخل البلدان وعبرها. من أجل جني أفضل قيمة مضافة للمجتمع ، يجب أن يكون تخطيط الموارد والقوى العاملة متجاوبًا ومنتكفًا مع الابتكارات التكنولوجية والتفضيلات الفردية مع مراعاة التغيرات الوبائية والديموغرافية وتنقل كل من السكان والقوى العاملة.

التحديات الرئيسية

ستواجه مهنة صحة الفم والأسنان عددًا من التحديات الرئيسية في العقود القادمة.

هناك نقص في البيانات المتكاملة حول هجرة أطباء الأسنان ونقص في الفهم المشترك للترابط بين هجرة القوى العاملة واحتياجاتها وتخطيطها ، والتي يجب معالجتها حتى يمكن تطوير الاستراتيجيات المناسبة.

يتشكل تقديم الرعاية الصحية للفم من خلال استمرار الابتكارات الطبية والتكنولوجية ، والميول نحو عمليات رعاية أكثر تخصيصًا ، وتغيير أنماط المرض بسبب التحولات الديموغرافية والوبائية. أدت أساليب العلاج الجديدة إلى زيادة الإنتاجية في تقديم الرعاية الصحية. لذلك ، يمكن تخصيص وقت أطباء الأسنان جزئيًا للأنشطة التي يمكن أن تزيد من تحسين صحة الناس ورفاهيتهم. من ناحية أخرى ، تتطلب الابتكارات

التحديات الرئيسية التي تواجه مهنة صحة الفم والتي يمكن تحديدها بالفعل:

١. على المستوى الكلي ، كافتحت معظم البلدان في جميع أنحاء العالم لتطوير وتنفيذ موارد الرعاية الصحية للفم ونماذج تخطيط القوى العاملة بنجاح. تشمل التحديات عدم وجود بيانات موثوقة حول احتياجات صحة الفم لدى الأشخاص ، وبالتالي ، الرؤية المحدودة حول فائدة مناهج أنظمة رعاية الأسنان المختلفة لتلبية تلك الاحتياجات. من بين تلك البلدان التي تشارك في تخطيط القوى العاملة القائم على النموذج ، اعتمدت الغالبية منهجًا قائمًا على العرض لا يأخذ في الحسبان بشكل صريح الاحتياجات الصحية المتغيرة باستمرار للسكان.
٢. على مستوى الممارسة ، تظهر العديد من التحديات الجديدة. قضايا مثل ظروف العمل ، والأجور ، والممارسات الفردية مقابل المجموعة ، وساعات العمل ، والتوازن بين العمل والحياة ، وقضايا الإرهاق ، والمحددات التجارية والصحية للصحة ، والتوظيف بدلاً من ملكية الممارسة ، كلها تشترك في تحديد ما إذا كانت القوى العاملة يبقى أو يترك المهنة.
٣. تمثل التقنيات الناشئة التي قد تعزز رعاية المرضى من خلال تزويد مقدمي الخدمة بمواد ترميمية أفضل وخيارات علاج محسنة ، ولكنها قد تكون باهظة الثمن وبالتالي لا يمكن الوصول إليها عالميًا لجميع مقدمي الخدمات والمرضى ، تحديًا آخر. للتغلب على مقاومة النماذج الجديدة للتدريب والتعليم ، يجب تطوير شراكة قوية بين الأطباء والمعلمين لرعاية التغييرات.

استجابة لهذه التحديات وغيرها غير المتوقعة ، في عام ٢٠٣٠**، ستقوم مهنة صحة الفم بما يلي:**

- تقديم رعاية تركز على الناس ومصممة خصيصًا لتلبية احتياجات الناس ويتم تقديمها بالشراكة معهم. هذه الشراكة مبنية على الاحترام والمشاركة والكرامة والرحمة. يجب أن تسهل اللوائح داخل أنظمة الصحة أو التأمين هذه الشراكة ولا تحد منها. يجب أن يكون صنع القرار المشترك هو القاعدة.
- أن يتم الاعتراف بك كعضو مهم في فريق الرعاية الصحية حيث أن صحة الفم جزء أساسي من الصحة العامة وتشارك في نفس عوامل الخطر. يمكن لمختصي صحة الفم إضافة الخبرة حول كيفية إنجاح الوقاية.
- المشاركة في التعاون داخل وبين المهنيين. أطباء الأسنان هم الأخصائيين الطبيين في الخطوط الأمامية للوقاية من أمراض الفم والجهازية والكشف المبكر عنها وعلاجها. لذلك يجب أن يلعبوا دورًا قياديًا في مهنة صحة الفم وفيما يتعلق بالمهن الصحية الأخرى لتحسين صحة الفم وبالتالي المساهمة في تحسين الصحة العامة ونوعية الحياة للجميع.
- الانخراط في مسار التعلم والتحسين المستمر. هذا يتطلب إنفاق الموارد ، على سبيل المثال فكريًا وتعليميًا وبحثيًا وماليًا وزمنًا ، وسيؤدي إلى نتائج صحية أفضل وأكثر فعالية من حيث التكلفة للمرضى والأنظمة الصحية.
- كن مرئيًا على مستوى المهنة ، من الضروري تسهيل تطوير نماذج جديدة لتخطيط القوى العاملة وتحسين الجودة والتدريب والتعليم من خلال شراكة قوية بين الأطباء والمعلمين لتسهيل نقل المعرفة في الوقت المناسب وبكفاءة للممارسة القائمة على البراهين.
- على المستوى الفردي ، يواجه أطباء الأسنان مطالب شديدة يوميًا. قد تتضمن قائمة المرضى اليومية الخاصة بهم الأطفال الصغار وكبار السن الذين يتناولون مجموعة من الأدوية ذات الآثار المترتبة على العلاج والقلق ومدمن المخدرات والمعوقين والمحرومين ماليًا. يعتبر فم كل مريض بيئة معدية محتملة وتعرض طبيب الأسنان لخطر العدوى. طبيب الأسنان لديه أيضًا العديد من اللوائح الصحية التي يجب الالتزام بها ، والقراءة المهنية المستمرة لمواكبة ذلك ، والتقنيات الجديدة للتعلم ، والالتزامات المالية الجسيمة (سداد ديون الطالب و / أو إعداد الممارسة والحفاظ عليها). قد يكون طبيب الأسنان أيضًا صاحب عمل يجب أن يتعامل مع قوانين مكان العمل. لتحقيق المرونة في هذا الوضع ، سيحتاج طبيب الأسنان إلى تطوير توازن جيد بين العمل والحياة لمنع الإرهاق.
- كن مسؤولًا أخلاقيًا. لا تحدث الرعاية الصحية للفم من فراغ ، وتؤثر التغييرات الاجتماعية وكذلك التغييرات الأخرى بشكل مباشر على ممارسات الرعاية الصحية للفم والممارسين لها. يجب أن يفهم جميع المتخصصين في الرعاية الصحية للفم مسؤولياتهم تجاه المجتمع ويجب أن يوفرُوا القيادة الأخلاقية.
- كن مسؤولًا اجتماعيًا. أطباء الأسنان في كثير من الحالات هم أصحاب المصلحة ليس فقط لمرضاهم ولكن أيضًا للنظام الصحي الذي يعملون فيه. يجب على أطباء الأسنان أيضًا تقديم رعاية خاصة للمرضى الأكثر ضعفًا والمرضى ذوي الاحتياجات الخاصة.
- كن جاهزًا للتغلب على العديد من التحديات. قد يواجه. يجب أن يكون أطباء الأسنان مجهزين عقليًا وعاطفيًا ولكن أيضًا ماديًا بطريقة تمكنهم من ضمان رعاية جيدة لمرضاهم أثناء عملهم اليومي ، بما في ذلك الأوقات الحرجة. هذه ليست مهمة فردية فقط ولكن يجب أن تكون مدعومة من قبل أنظمة الصحة الوطنية.
- المشاركة بنشاط في مخططات التوجيه. تعد خطط التوجيه والتدريب أكثر أهمية من أي وقت مضى ، نظرًا للتغيرات المجتمعية سريعة التطور (بما في ذلك الديموغرافيا وعلم الأوبئة والابتكار التكنولوجي). يجب تبني ثقافة «الخطأ الإيجابي» والتواصل المفتوح والشفافية والمهنية. يعد التطوير المهني المستمر من خلال المشاركة النشطة في التعلم الانعكاسي (الذاتي) أمرًا ضروريًا ، بما في ذلك إعطاء وتلقي ردود فعل هادفة حول التطوير الشخصي والمهني من / إلى الزملاء أمر ضروري.
- الدعوة لخطط صحة الفم للجميع. سيستغل العاملون في مجال الرعاية الصحية للفم كل فرصة للدفاع عن خطط صحة الفم مدى الحياة ليس فقط لمرضاهم ولكن أيضًا لأولئك الذين لا يزورون طبيب الأسنان بانتظام. يمكن تحقيق ذلك على المستوى السياسي ، وعلى مستوى جمعية طب الأسنان الوطنية ، وعلى مستوى المدرسة ورياض الأطفال ، ومن خلال الحملات العامة المستهدفة.
- التواصل الجيد مع الأقران والمرضى. سيضمن التواصل الواضح مع الأقران والمرضى حول العلاجات إدارة التوقعات ، ومن المرجح أن يكون امتثال المريض أعلى.

الرؤى الداعمة

الممارسة السريرية

- احتضان الاحتراف: التفكير المستمر (الذاتي) من قبل مهنة طب الأسنان حول جودة الرعاية الصحية للفم والمسؤوليات المجتمعية داخل وخارج طب الأسنان والتعديل المستمر للإجراءات تجاه المسؤوليات المجتمعية ، على سبيل المثال اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق ، وإدارة النفايات ، واستخدام البلاستيك ، والتغطية الصحية الشاملة ، واستهلاك السكر ، والتدخين ، والتعليم بين المهنيين ، إلخ.
- تعزيز وتنفيذ مناهج الرعاية المتكاملة التي تركز على الناس.
- الإشراف والتدريب: تعزيز المرونة في من يفعل ماذا ، بما في ذلك الإشراف عن بعد.
- تشجيع استخدام أفضل الممارسات البيئية لتقليل إطلاقات الزئبق ومركبات الزئبق في المياه والأرض (اتفاقية ميناماتا ، المرفق ألف ، الجزء الثاني).
- تضمين أفضل الممارسات للمهنة في تقليل المواد التي يمكن التخلص منها داخل عيادات الأسنان والتخلص السليم من النفايات الناتجة عن الممارسة السريرية.
- الالتزام بجميع معايير ISO ذات الصلة بالرعاية الصحية للفم.

التعليم والتدريب (انظر أيضاً: تمكين مهنة سريعة الاستجابة وقادرة على الصمود: قضية الإصلاح التربوي)

- إظهار التزام مدى الحياة بالتميز في الممارسة من خلال التعليم المستمر ، وتقييم البراهين ، والمساهمة في المنح الدراسية.
- توفير التعليم والتدريب المستمر لأعضاء هيئة التدريس الحاليين في مجال رعاية صحة الفم والأسنان.
- تقديم تعليم أفضل للزملاء من المهن الأخرى من خلال التعليم بين المهنيين وداخلهم والممارسة التعاونية.

البحث والتقييم

- زيادة الشفافية:
- مراقبة وبائيات صحة الفم ؛
- تحديد جودة الرعاية الصحية للفم والموافقة على معايير الجودة ؛
- التحديث المستمر لقاعدة البراهين حول فعالية وكفاءة مختلف مناهج تقديم رعاية الأسنان ، على سبيل المثال «مزيج المهارات» ، باستخدام إطار عمل الموارد البشرية الصحية كما هو موضح في الشكل (٤).

التكنولوجيا والابتكار

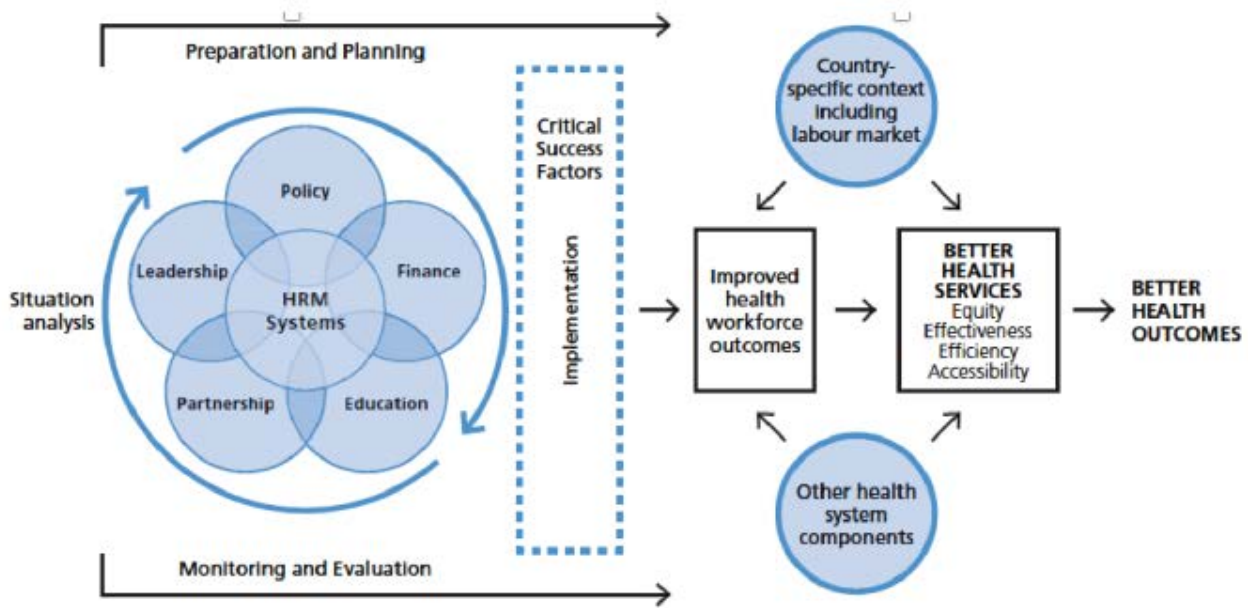
- تعزيز تحسين الجودة من خلال استخدام أنظمة التغذية الراجعة الإلكترونية مثل أنظمة لوحة أجهزة القياس لمجموعات تحسين الجودة.
- تضمين التكنولوجيا في تخطيط القوى العاملة ، لأنها قد تؤثر على الإنتاجية.

السياسة والدعوة

- اعتماد إطار عمل للموارد المستندة إلى احتياجات صحة الفم وتخطيط القوى العاملة (انظر دراسة الحالة ٦).
- تحفيز الوقاية من الأمراض وجودة رعاية الأسنان من خلال عناصر الدفع القائمة على القيمة.
- التخطيط على أساس الاحتياجات الصحية بدلاً من المطالب.
- تعزيز الرعاية المتمحورة حول الناس من خلال تحسين القوى العاملة الصحية وتمكين الممارسين الصحيين من جميع المهن من العمل إلى نطاق ممارستهم الكامل في المجالات التي يتم تعليمهم فيها والمرخص لهم والكفاءة لأدائها.
- وضع خطة طوارئ على مستوى الدولة ، مع الحكومات لضمان توفر مستلزمات طب الأسنان دائماً لتلبية احتياجات صحة السكان.
- تطوير سياسة حكومية وإرشادات واضحة حول وصف المضادات الحيوية إلى جانب المراقبة الفعالة والمزيد من الدراسات حول الإشراف على المضادات الحيوية.

المراقبة والتتبع

- مراقبة كثافة الممارسين في مجال صحة الفم وتوزيعهم فيما يتعلق بعلم الأوبئة.
- مراقبة هجرة السكان ومقدمي خدمات صحة الفم والأسنان.
- مراقبة استخدام ملغم الأسنان في إطار اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق.
- رصد الاحتياجات الصحية للسكان المتغيرة لإبلاغ تخطيط الموارد على أساس الاحتياجات.
- رصد الابتكارات الناشئة في تكنولوجيا العلاج التي قد توفر تحسينات في الكفاءة ودمجها في الموارد القائمة على احتياجات صحة الفم وتخطيط القوى العاملة.



الخلاصة

يعد التخطيط الناجح لموارد صحة الفم والقوى العاملة أمرًا بالغ الأهمية لاستدامة نظام الرعاية الصحية ويجب تطويره بالتعاون الوثيق بين الحكومات والمعلمين ومهن صحة الفم ، حيث يشمل هذا التخطيط تقديم الرعاية المناسبة ، في المكان المناسب ، في الوقت المناسب ، بالعدد المناسب من الناس ، لمن هم في أمس الحاجة إليه.

على الصعيد العالمي ، هناك اعتراف قوي بأن الموارد البشرية الصحية مهمة بشكل أساسي لتقديم رعاية فعالة ومتاحة لجميع الناس. وهذا يشمل ، على وجه الخصوص ، التركيز على الوقاية ، والكشف عن الحالات الصحية النظامية ومراقبتها ، والممارسات الصديقة للبيئة ، والاستخدام المناسب والمسؤول للتكنولوجيا التي تفيد المرضى.

دراسة حالة ٦: تخطيط قاعدة الاحتياجات

يمكن أن يكون تطبيق الإطار / النموذج أعلاه قويًا بشكل خاص إذا تم تطبيقه بشكل تكراري ومن خلال التعاون مع جميع أصحاب المصلحة المعنيين («الإنتاج المشترك»). بالنسبة لوضعي السياسات الصحية ، تعد هذه النماذج مفيدة بشكل خاص لأنها تدعم اتخاذ قرارات مستنيرة فيما يتعلق بما يلي:

- تحليل السيناريو: مقارنة بين إيجابيات وسلبيات تصاميم أنظمة رعاية الأسنان المختلفة.
- تحديد أولويات التعليم: عدد / نوع أماكن الدراسة ، محتوى المنهج ؛ و
- تحديد الأولويات للبحوث المستقبلية مثل جمع البيانات لرصد / التنبؤ بالأمراض.

كجزء من مشروع الاتحاد الأوروبي H2020 ADVOCATE H والاعتماد على توصيات منظمة الصحة العالمية لتخطيط القوى العاملة الصحية ، تم تطوير نموذج مؤخرًا للتخطيط القائم على الاحتياجات للقوى العاملة في مجال صحة الفم. عوامل النموذج في ذلك:

١. إن الحاجة إلى رعاية صحة الفم تحددها الصحة وليس حجم السكان فقط ؛
 ٢. اشتقاق متطلبات مقدمي الخدمة من متطلبات الخدمات ؛ و
 ٣. لا تكون أي من هذه العلاقات ثابتة بمرور الوقت.
- يمكن استخدام النموذج لتحديد السيناريوهات التي تحتاج إلى تغيير القوى العاملة في طب الأسنان (مقارنة بالوضع الراهن).



تمكين مهنة سريعة الاستجابة وقادرة على الصمود: قضية الإصلاح التعليمي بناء الأساس للركائز الثلاث



الهدف الشامل: الهدف من تعليم مهنة سريعة الاستجابة وقادرة على الصمود هو ضمان حصول المتخصصين في الرعاية الصحية بحلول عام ٢٠٣٠ على المعرفة والمهارات والسمات للمساهمة بشكل مناسب في الوقاية الفعالة من أمراض الفم وإدارتها والتعاون عبر التخصصات الصحية لتحسين الصحة والرفاهية.

التأسيس (النشأة) والرؤية ٢٠٢٠

لا تزال المبادئ المنصوص عليها في رؤية ٢٠٢٠ سارية بينما نتطلع إلى المستقبل؛ لكننا الآن نضع استراتيجيات واضحة لتحقيق الرؤية ونفترح مقاييس النتائج التي ستسمح بقياس التقدم.

جاء في تقرير رؤية ٢٠٢٠ أن:

والتطوير المهني المستمر. نحن نتصور كذلك أن التركيز الأقوى على الصحة العامة والتعليم العابر للمهنيين سيسهل إلى حد كبير التعاون مع المهنيين الطبيين وبالتالي يعزز الاعتراف بمهنتنا. وبالمثل، فإن تحمل مسؤولية تعليم صحة الفم للعاملين في مجال الصحة سيعزز مهنتنا إلى موقع القيادة الطبيعية، الأمر الذي سيرز أهميتنا بشكل مناسب.»

«تتمثل رؤيتنا في أنه بحلول عام ٢٠٢٠، سيستفيد خريجونا الشباب من المناهج الدراسية سريعة الاستجابة والديناميكية والوحدات، والتي تعكس محتوياتها أحدث المعارف والتقنيات التي يمكن استخدامها لتوفير رعاية صحية مثالية عن طريق الفم، بالإضافة إلى تزويد المتعلمين بمعلومات شاملة. التفكير النقدي والمهارات التحليلية كأساس لمهنة تقوم على التعلم مدى الحياة

خلفية

في مواجهة هذه البيئة سريعة التغير وغير المؤكدة، فسوف يحتاجون إلى مهارات التفكير النقدي المتطورة للغاية، والقدرة على تحليل وتوليف المعلومات العلمية، والقدرة على جعلها قائمة على البراهين. قرارات.

لا يوجد وقت كافٍ في مناهج مدارس طب الأسنان لإعطاء الطلاب كل ما يحتاجون لمعرفة حول صحة الفم والصحة العامة، أو كيفية دمج العناية بالفم مع الرعاية الصحية العامة. ومن ثم فإن التخرج من كلية طب الأسنان لا يمثل نهاية تجربة التعلم الخاصة بهم؛ بل هو بداية لعملية التعلم مدى الحياة.

التطورات الرئيسية في النقاش المتعلق بالرعاية الصحية، مثل أهداف التنمية المستدامة (SDGs)، والتغطية الصحية الشاملة (UHC)، والمحددات الاجتماعية والتجارية للصحة، وعوامل الخطر المشتركة، والرعاية التي تركز على الفرد، والتكامل بين المهنيين وداخل المهن، والترجمة. التعاون القطاعي، يخلق تحديات وفرصًا كبيرة لمهنة طب الأسنان. على وجه الخصوص، يقدمون فرصة فريدة لتقديم القيادة والبراهين، والتثقيف اللاحق حول، أهمية وملاءمة صحة الفم لتحقيق الصحة والرفاهية بشكل عام. سيشمل ذلك جميع القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية وكذلك المجتمع المدني.

لا يزال العبء العالمي لأمراض الفم غير المعالجة مرتفعًا بشكل غير مقبول ويصاحبه تفاوتات ملحوظة داخل البلدان وفيما بينها. تتطلب مواجهة هذا التحدي تركيزًا أقوى على الوقاية على مستوى السكان، والاعتراف بالمحددات الاجتماعية والتجارية للصحة، واعتماد نهج عامل الخطر المشترك (CRF). كما سيتطلب تعاونًا بين القطاعات وبين المهنيين. ستتطلب هذه المطالب الهائلة التثقيف في مجال صحة الفم للتغيير والتكيف، لإنتاج متخصصين في الرعاية الصحية للفم بالمعرفة والمهارات والكفاءة اللازمة لتلبيتها. سيحتاج خريجونا في المستقبل إلى امتلاك مهارات في القيادة والعمل الجماعي وتغيير الأنظمة لضمان أن أنظمة الرعاية الصحية تقدم صحة الفم المثلى للجميع دون ترك أي شخص خلف الركب.

في العقد القادم، سيكون هناك، أكثر من أي وقت مضى، حجم هائل من العلوم الناشئة بالإضافة إلى الأخبار والآراء المنبثقة من مصادر عديدة وغير موثوقة في كثير من الأحيان. كما أن ظهور الأزمات العالمية والأحداث الكارثية، مثل الأوبئة، يساعد أيضًا في التأكيد على الحاجة إلى الثبات المهني. إذا كان لأخصائيي الرعاية الصحية للفم أن يتمتعوا بالمرونة اللازمة للممارسة بأمان

يجب التأكيد على المرونة والقيادة في جميع المساعي التعليمية وتطبيقها على:

- مهنيو صحة الفم الفردية: تتطلب ظروف العمل سريعة التطور، والكميات المتزايدة باستمرار من البراهين العلمية، والابتكارات التقنية التطوير الشخصي والمهني المستمر، بما في ذلك التعلم مدى الحياة، والكفاءة الثقافية، والحفاظ على التوازن الجيد بين العمل والحياة لضمان الجودة المناسبة للسلامة الرعاية الصحية للفم، وتخفيف الإرهاق المهني؛

- مهنة صحة الفم ككل: الظروف الديموغرافية والوبائية سريعة التطور ، وظروف الاقتصاد الكلي المتغيرة ، فضلاً عن الابتكارات التقنية تتطلب موارد صحة الفم وتخطيط القوى العاملة لتكون مركزة بالكامل على احتياجات صحة الفم لدى الناس وأن تكون سريعة الاستجابة للتغيير ؛ و
- استدامة أنظمة صحة الفم: تتعارض زيادة تكاليف الصحة والرعاية الصحية للفم بشكل متزايد مع التنمية المستدامة ، وبالتالي تتطلب من مجال صحة الفم إظهار القيمة المضافة للرعاية الصحية عن طريق الفم بشكل مستمر للمجتمع ، وتحديد أولويات البرامج ذات القيمة المضافة العالية والقضاء على البرامج التي تفعل ذلك لا تفي بتوقعات القيمة للمجتمع.

تسلط الفرص والتحديات الموضحة في الركائز ١ و ٢ و ٣ الضوء على الحاجة إلى إعادة التفكير وإصلاح النظم التعليمية القائمة لإنتاج مهنة سريعة الاستجابة وقادرة على الصمود. يوفر هذا القسم من تقرير رؤية ٢٠٣٠ الأساس لتحقيق ذلك ، وبالتالي ضمان أن المتخصصين في الرعاية الصحية للفم مجهزون للاستجابة للاحتياجات والظروف العالمية والمحلية الحالية والمستقبلية.

أهم التحديات

مهنتنا تواجه تحديًا في كيفية:

١. دمج المعلومات العلمية لإبلاغ الممارسة السريرية ، وكيفية نقل هذه المعلومات ومشاركتها مع متخصصي الرعاية الصحية الآخرين ، وكيفية استخدام هذه المعلومات لتحديث وتنقيف المرضى في بيئة الرعاية الصحية بالتقنيات الناشئة وطرق العلاج ، وكيفية استخدام هذه المعلومات من أجل تعزيز صحة الفم ورفاهه لصالح عموم السكان ؛
٢. تنشئة قادة مسؤولين وخاضعين للمساءلة في مجال صحة الفم ؛
٣. تطوير مهنيي الرعاية الصحية القادرين على البقاء أكفاء طوال حياتهم المهنية ؛
٤. دمج صحة الفم في المناهج وبرامج التعليم المستمر لجميع المهنيين الصحيين.
٥. المشاركة والمساهمة في التعليم والممارسة التعاونية ؛ و
٦. تمكين الناس من تحمل المسؤولية عن صحة الفم والرفاهية طوال حياتهم بهدف تحقيق العدالة الصحية.

الرؤى الداعمة

- تتطلب مواجهة التحديات الرئيسية الموضحة في القسم السابق مجموعة من الأساليب المختلفة ، بما في ذلك:
- تعزيز التركيز على التعليم قبل وبعد الدكتوراه ، ودورات التعليم المستمر لأخصائيي الرعاية الصحية للفم حول طب الأسنان القائم على البراهين (أفضل دليل علمي حالي ، والخبرة السريرية وقيم المريض وتفضيلاته) ، والتفكير النقدي والإحصاء الحيوي من أجل التعلم كيفية الوصول إلى المعلومات العلمية الجديدة واستردادها وتحليلها وتطبيقها من شأنها أن تفيد ممارسات وأبحاث طب الأسنان.
- تثقيف وتدريب المتخصصين في الرعاية الصحية للفم لتعلم كيفية الدفاع عن صحة الفم (انظر دراسة الحالة ٧) وتمكين المرضى من تحمل المسؤولية عن صحتهم ورفاهيتهم.
- توفير التعليم والتدريب المستمر لأعضاء هيئة التدريس الحاليين في مجال رعاية صحة الفم والأسنان.
- تعزيز التعليم والممارسات التعاونية عبر التخصصات ، باستخدام مكتب طب الأسنان كبوابة لنظام الرعاية الصحية العام من خلال التقييمات الطبية والفحوصات في مكاتب طب الأسنان ، وتوفير التحصينات الانتهازية ، وتقييم نماذج الإبلاغ عن الأمراض النظامية والعمل وفقاً لها ، والاستشارات الغذائية.

- تعزيز وتنفيذ مناهج الرعاية التي تركز على الفرد.
- تعزيز محو الأمية الصحية الفموية بين المرضى وجميع المتخصصين في الرعاية الصحية (انظر دراسة الحالة ٨).
- الانخراط مع شركاء الصناعة لتقديم الدعم لتكامل التقنيات الناشئة في سياق التغطية الصحية الشاملة.

أصحاب المصلحة

- الجمعيات الطلابية العاملة في التخصصات الطبية الحيوية.
- جميع الممارسين في مجال الرعاية الصحية والمنظمات المهنية.
- المنظمات المعنية بالبحث والابتكار.
- مجموعات مناصرة المرضى.
- الناس والمجتمع المدني.
- الاقتصاديون الصحيون وواضعو السياسات. و
- الصناعة والتجارة والشركات للأغراض العامة.
- ستظل المسؤولية المركزية لتنشيط المتخصصين في الرعاية الصحية للفم في المستقبل مع مؤسسات طب الأسنان وغيرها من المؤسسات التعليمية الصحية والمنظمات والهيئات المعتمدة. ومع ذلك ، فإن اتساع نطاق هذا التعليم يتضمن أيضاً مشاركة مجموعة من أصحاب المصلحة الآخرين ، بما في ذلك:
- مقدمو الخدمة والمنظمات المعتمدة المسؤولة عن برامج التعليم المستمر.

الحاجة إلى مؤشرات الأداء الرئيسية

- الممارسة القائمة على البراهين والتفكير النقدي.
- استخدام التكنولوجيا المناسبة.
- الاحتراف والعمل الجماعي والمسؤولية الاجتماعية. و
- التعليم والممارسة التعاونية.
- سيلزم تطوير مجموعة من مؤشرات الأداء ، بحيث يمكن تقييم فعالية التعليم في تقديم صحة الفم المثلى للجميع.
- ستعالج مؤشرات الأداء قضايا مثل:
- المحددات الاجتماعية والتجارية للصحة.
- العلاقة بين الفم والصحة العامة.
- الوقاية من أمراض الفم ومعالجتها.
- البحوث الأساسية والسريرية والتحويلية.

خاتمة

- سيكون الممارسين الصحيين المختصين بصحة الفم في المستقبل أكثر قدرة على التكيف ، ومرونة ، وكفاءة ثقافية ، وخفة الحركة ، مع اتباع نهج أكثر شمولية للصحة والرفاهية. إن تعليمهم وتدريبهم في مجال الصحة العامة سيمكنهم من المساهمة بشكل أكثر فعالية في الوقاية على مستوى السكان من أمراض الفم. كما سيمكنهم تعليمهم وتدريبهم من لعب دور مركزي في التعامل مع حالات الطوارئ الصحية العامة في المستقبل.

دراسة حالة ٧ تعليم الأسنان في ملاوي: TheMaldentProject

أيضاً تصميم مبنى في حرم بلانثير الجامعي ، والذي سوف يستوعب التعليم السريري لطلاب طب الأسنان. يحتوي المنهج على عنصر مهم للوقاية من أمراض الفم ، والذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمجموعة رئيسية ثانية من النشاط ، وهي تطوير سياسة وطنية لصحة الفم واستراتيجية التنفيذ. يتم تقديم هذا من خلال التعاون بين أعضاء هيئة التدريس السريريين في كليات طب الأسنان الاسكتلندية ، وكلية الصحة العامة وطب الأسرة في كلية ومنظمة الصحة العالمية في أفريقيا ، ووزارة ، UoM الطب الصحة والسكان في حكومة ملاوي. سيتم دعم برنامج للوقاية من أمراض الأسنان عند الأطفال ، استناداً إلى نموذج ابتسامة من خلال (www.child-smile.org.uk) الطفل في اسكتلندا برنامج بحث أساسي لتقييم نماذج التسليم ، مع التركيز بشكل خاص على تنظيف الأسنان تحت الإشراف في المدارس. بعد إثبات مفهوم العمل المناسب ، سيتم دمج برنامج الوقاية في سياسة صحة الفم في ملاوي.

مشروع Maldent هو تعاون بين كلية الطب بجامعة ملاوي (UoM) وكلية طب الأسنان بجامعة جلاسكو وتموله الحكومة الاسكتلندية. كان هدفها الأساسي هو إنشاء أول برنامج للحصول على درجة البكالوريوس في جراحة الأسنان (BDS) في ملاوي ، كجزء من الاستجابة للنقص الخطير في أطباء الأسنان في البلاد (٤٢ طبيب أسنان لـ ١٨,٨ مليون شخص).

BDS سمح التعاون بين عامي ٢٠١٧ و ٢٠١٩ بإنشاء منهج من شأنه أن يقدم أطباء الأسنان «المؤهلين عالمياً وذوي بعد. UoM الصلة محلياً» ، على حد تعبير مدير كلية الطب موافقة مجلس شيوخ جامعة ملاوي في مارس ٢٠١٩ ، تم المسجلين BDS تسجيل أول دفعة على الإطلاق من طلاب Maldent في البرنامج في أغسطس ٢٠١٩. وضع مشروع استراتيجية توظيف (www.themaldentproject.com) ، ويوفر الدعم مع تقديم التدريس مثل يتطور البرنامج ويمول



دراسة حالة ٨: اليوم العالمي لصحة الفم

• يوفر منصة موحدة للمهنيين الصحيين الفموي ومجتمع الرعاية الصحية الأوسع لتتقيد السكان الذين يخدمونه؛ و

• يحث الحكومات وصانعي السياسات على بطل الصحة الفمية بشكل أفضل للجميع بالتأثير على القرارات التي يصنعونها.

تنتج الاستثمار الأجنبي المباشر مجموعة كاملة من مواد الحملة والموارد، بما في ذلك أدوات الأدوات والكتيبات وأوراق الحقائق والملصقات والأصول وسائل التواصل الاجتماعي التي يمكن تخصيصها على مستوى قطري وإخراجها حسب الاقتضاء.

تساعد المواد في تحسين محو الأمية الصحية كرسائل تعليمية حول كيفية منع ومراقبة الأمراض الفموية تنشر على نطاق واسع من خلال: الأحداث العامة الجماعية بما في ذلك المشي والفرشاة والأشجار والمنظمة التبرعات؛ تتم مشاركة الرسائل التعليمية أيضا من خلال الأحداث المنظمة في إعدادات أخرى مثل ممارسات الأسنان والمستشفيات والجامعات والمدارس والمباني الحكومية في جميع أنحاء العالم. نمت وسائل التواصل الاجتماعي أيضا بشكل كبير كوسيلة لتوسيع نطاق هذه الرسائل الصحية الفموية هذه.

من بداياتها المتواضعة في عام ٢٠٠٧، تم الاحتفال في عام ٢٠٢٠ في عام ١٧٧ بلدا بتوصل إلى حملة شاملة عن أكثر من مليار. (www.worldoralhealthday.org).

تتقيد المتخصصين في مجال الرعاية الصحية لاكتساب المهارات والسمات للمساهمة بشكل مناسب إلى الوقاية الفعالة وإدارتها للأمراض الفموية لا يمكن أن تكون فعالة حقا إذا تم دمجها مع تحسين محو الأمية الصحية المحسنة. يحتاج المهنيون الصحيون إلى العمل مع السكان الذين يعملون لضمان التواصل الفعال. إنها علاقة ثنائية الاتجاه حيث يحتاج الناس إلى اتخاذ دور نشط في القرارات المتعلقة بالصحة وتطوير مهارات المعلومات الصحية القوية ومقدمي خدمات الرعاية الصحية بحاجة إلى الاستفادة من مهارات الاتصال الصحي الفعالة. هذه هي الفرضية التي يولد فيها يوم صحة عالم الفم العالمي (Wohd) في عام ٢٠٠٧. والغرض منها: أن تمكن الناس من الأدوات والمعرفة لمنع الأمراض الفموية والسيطرة عليها. احتفل Wohd بالاحتفال به في ٢٠ مارس كل عام، ويوحد العالم للمساعدة في تقليل عبء الأمراض الأكثر انتشارا.

يقود Wohd من قبل الاستثمار الأجنبي المباشر وهو أكبر حملة توعية عالمية حول صحة الفم، والتي:

- empowers الأفراد لاتخاذ إجراءات شخصية؛
- يشجع المدارس ومجموعات الشباب على تقديم أنشطة التعلم حول صحة الفم؛



تقديم صحة الفم الأمثل للجميع:**دعوة إلى العمل**

- توجد تفاوتات كبيرة في صحة الفم ، داخل البلدان وفيما بينها على حد سواء ، فضلاً عن تضارب الأولويات الصحية والموارد المتاحة لمعالجتها.
- الغرض الأساسي من رؤية ٢٠٣٠ هو توحيد مجتمع الرعاية الصحية للفم وراء هدف تقديم صحة الفم المثلى للجميع. سيكون على الدول الفردية تفسير التوصيات الواردة في هذا التقرير وفقاً لظروفها الخاصة. يتناول هذا التقرير كيفية مواجهة التحديات ويحدد ثلاثة أهداف رئيسية ، من خلال تحقيق الصحة المثلى للجميع. هؤلاء هم:
- سيتم دمج خدمات صحة الفم الأساسية في الرعاية الصحية في كل بلد ، وستتوفر رعاية صحية جيدة عن طريق الفم ، ويمكن الوصول إليها ، وبأسعار معقولة للجميع.
 - سيتم دمج الرعاية الصحية الفموية والعامة التي تركز على الشخص ، مما يؤدي إلى مزيد من الوقاية الفعالة وإدارة أمراض الفم وتحسين الصحة والعافية.
 - سيتعاون الممارسين الصحيين المختصين ب صحة الفم مع مجموعة واسعة من الممارسين الصحيين لتقديم رعاية صحية مستدامة قائمة على الاحتياجات الصحية وتركز على الناس.
- ويؤكد هذا التقرير أيضاً على مسؤولية المهنيين الفرديين من الرعاية الصحية للفم للحفاظ على مستوى مناسب من الكفاءة طوال حياتهم المهنية، والضرورة تحمل دورا قياديا داخل مجتمع الرعاية الصحية والمجتمع على نطاق أوسع. لا توجد توصيات في هذا التقرير إلزامية وينبغي تفسيرها ومعالجتها وفقاً لاحتياجات وظروف معينة.

إن تحقيق هذه الأهداف والوفاء بالتحديات الموضحة لن يكون سهلاً وسيدعو المهنيين في مجال الرعاية الصحية للفم إلى إظهار العزم وكذلك المرونة الشخصية والمهنية. ومع ذلك، فإن المكاسب الصحية من حيث عدم تحسين الصحة الفموية فقط، ولكن أيضاً تحسين الصحة العامة والرفاهية كبيرة.

الرؤية ٢٠٣٠ هي دعوة إلى العمل للمهنة، لكنها تقترح أيضاً كيف يمكن تحقيق الأهداف المحددة. لقد حان الوقت الآن للمهنة للاستجابة.

الملحقات

الملحق ١ - رؤية ٢٠٣٠: قياس التقدم نحو التحقيق

الركيزة ١: التغطية الشاملة لصحة الفم

| المؤشرات العامة | الهدف الشامل |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • توافر إجراءات الفلورة الملائمة على مستوى المجتمع المحلي. • توافر استراتيجيات الوقاية من اضطراب الفم على مستوى السكان. • توافر السياسات التي تتناول استهلاك السكر. • يتم جدولة مقاييس جودة الحياة المتعلقة بصحة الفم (OHRQoL). • انتشار تسوس الأسنان (طبقية حسب الفئات العمرية). • انتشار أمراض اللثة. • انتشار سرطان الفم. • انتشار أي مرض فموي آخر مصحوب بمرضاة كبيرة. | <p>بحلول عام ٢٠٣٠ ، تتحسن صحة الفم ونوعية الحياة ، ويقل معدل انتشار ومرضات أمراض الفم بمقدار الثلث من خلال التعزيز والوقاية والعلاج وإعادة التأهيل</p> |

| مؤشرات إضافية | أهداف إضافية |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • نسبة مراكز الصحة الأولية المزودة بخدمات صحة الفم. • نسبة السكان المشمولين بمقدمي الرعاية الصحية الفموية العامة و / أو الخاصة. • عدد الأشخاص المشمولين بأي تأمين صحي عن طريق الفم أو خطة مزايا لكل 1000 من السكان. • النسبة المئوية للإنفاق الشخصي (OOP) على الرعاية الصحية للفم (نصيب الفرد بما يتناسب مع الإنفاق العام في الميزانية العمومية). | <p>بحلول عام 2030 ، سيتمكن جميع الناس ، بمن فيهم الأكثر ضعفاً ، من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الفموية المناسبة</p> |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • كثافة وتوزيع أطباء الأسنان الممارسين في مستوى الرعاية الصحية الأولية. • كثافة وتوزيع الممارسين الآخرين في مجال الرعاية الصحية للفم الذين يعملون في مستوى الرعاية الصحية الأولية. | <p>بحلول عام 2030، ستزداد الاستثمارات في الرعاية الصحية الفموية الأولية</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • دعوة السلطات التنظيمية المسؤولة للحفاظ على معايير الرعاية وتسعير الخدمات، وتنمية تقييم التكنولوجيا الصحية الفم المناسبة معترف به ومعالجتها | <p>بحلول عام 2030 ، سيتم تنفيذ الأطر القانونية والتنظيمية المناسبة لتقديم خدمات رعاية صحية للفم و الاسنان وستكون عادلة ومنصفة وميسورة التكلفة</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • توافر سياسة وطنية لصحة الفم • حضور كبير أطباء الأسنان • إدراج صحة الفم في حزم مزايا التغطية الصحية الشاملة | <p>بحلول عام 2030 ، سيتم ترسيخ صحة الفم كأولوية سياسية</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • عدد البرامج الصحية (الأمراض غير المعدية و المعدية) التي تتضمن تعزيز صحة الفم ورسائل الوقاية من الأمراض. • عدد برامج التنمية (التغذية والتعليم والمياه والصرف الصحي) التي تتضمن رسائل لتعزيز صحة الفم والوقاية من الأمراض | <p>بحلول عام 2030 ، سيتم إنشاء شراكات هادفة متعددة القطاعات خارج قطاع صحة الفم مع برامج الصحة والتنمية الأخرى</p> |

الركيزة ٢: دمج صحة الفم في جدول أعمال التنمية والصحة العامة

| المؤشرات العامة | الهدف |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • توافر البرامج التعليمية التي تتناول الوقاية والعلاج من تعاطي المخدرات ، بما في ذلك تعاطي المخدرات وتعاطي الكحول على نحو ضار | <p>بحلول عام ٢٠٣٠ ، سيتم التثقيف بشأن الوقاية من تعاطي المخدرات وعلاجها ، بما في ذلك تعاطي المخدرات وتعاطي الكحول على نحو ضار</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • توافر البرامج التعليمية و / أو حملات تعليمية لزيادة الوعي بأهمية عوامل الخطر المشتركة القابلة للتعديل المرتبطة بالأمراض غير المعدية | <p>بحلول عام ٢٠٣٠ ، سيتم تعزيز الوعي بأهمية عوامل الخطر المشتركة القابلة للتعديل والمرتبطة بالأمراض غير المعدية بين جميع الناس</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • توافر السياسات التي تتناول استهلاك السكر تمشيا مع إرشادات منظمة الصحة العالمية | <p>بحلول عام ٢٠٣٠ ، سيكون كل البلدان لديهم سياسة تتناول استهلاك السكر</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • إدراج مؤشرات صحة الفم في نظام المراقبة الصحية الوطني | <p>بحلول عام ٢٠٣٠ ، ستشمل أنظمة المراقبة الصحية مؤشرات صحة الفم</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • إدراج معلومات شاملة عن صحة الفم في جميع أنظمة إدارة البيانات الطبية | <p>بحلول عام ٢٠٣٠ ، سيتم دمج بيانات صحة الفم في أنظمة إدارة البيانات الطبية</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • إدراج برامج الإقلاع عن التدخين في تعليم الأسنان والتدريب والممارسة • انتشار تعاطي التبغ | <p>بحلول عام ٢٠٣٠ ، سيتم دمج برامج الإقلاع عن التدخين في تعليم طب الأسنان والتدريب والممارسة</p> |

الركيزة ٣ : بناء قوة عاملة مرنة في مجال صحة الفم من أجل التنمية المستدامة

| المؤشرات العامة | الأهداف |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • توافر التعاريف الرسمية لنطاق ممارسة جميع المهنيين الصحيين • توافر عملية تسجيل رسمية لجميع المهنيين الصحيين • كثافة الممارسين في مجال الصحة والفم وتوزيعهم • توافر مؤشرات الجودة التي يتم الإبلاغ عنها بشكل روتيني • لمراقبة جودة الرعاية الصحية للفم | <p>بحلول عام 2030، سيتم تسليم الرعاية المتمركزة للشخص من قبل المهنيين الصحيين الذين يعملون في نطاق الممارسة في تلك المجالات التي يتعلمون فيها، مدربون، مختصون</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • توفر استراتيجية تخطيط القوى العاملة الصحية الفموية في الفم كجزء من الخدمات الصحية الروتينية وتخطيط الموارد | <p>بحلول عام 2030 ، سيتم تضمين مقدمي الرعاية الصحية للفم في التخطيط العام للموارد البشرية في الصحة</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • تم تخفيض الأملغم تدريجياً (ص / ن) • توافر بدائل ميسورة التكلفة وآمنة وموثوقة • كمية الملغم المباع للأسنان | <p>بحلول عام 2030، سيتم تخفيض استخدام ملغم في طب الأسنان بشكل كبير في جميع أنحاء العالم</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • كمية مركبات طب الأسنان المباعة | <p>بحلول عام 2030 ، سيتم تقليل استخدام مواد طب الأسنان التي تحتوي على مواد ملدنة بشكل كبير في جميع أنحاء العالم</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • التقيد بالدلائل الإرشادية (الدولية) لوصف المضادات الحيوية • توافر أدلة موثقة على أن الالتزام بإرشادات وصف المضادات الحيوية يتم مراقبته ومراجعته بشكل روتيني وفعال. | <p>بحلول عام 2030 ، سيتم تخفيض وصف المضادات الحيوية في طب الأسنان بشكل كبير في جميع أنحاء العالم. سيحد هذا من المساهمة المحتملة لطب الأسنان في مقاومة مضادات الميكروبات</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • توافر استراتيجيات إدارة الأزمات الخاصة بصحة الفم (اللاجئون ، وتفشي الأمراض المعدية ، والكوارث الوطنية ، وما إلى ذلك) | <p>بحلول عام 2030، لدى النظم الصحية استراتيجيات في مكانها للتخفيف من آثار هجرة القوى العاملة الصحية الشفوية والهجرة السكانية</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • توافر تخطيط القوى العاملة على المدى الطويل • توافر استراتيجيات الاحتفاظ بالقوى العاملة | <p>بحلول عام 2030 ، ستضع النظم الصحية استراتيجيات لمنع النتائج السلبية للنقص الذي يلوح في الأفق في القوى العاملة في مجال صحة الفم</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • الأنظمة المعمول بها لضمان الالتزام بجميع معايير ISO ذات الصلة بالرعاية الصحية للفم • النسبة المئوية لممارسات طب الأسنان لكل دولة والتي تستخدم أنظمة تدقيق وتعليقات معتمدة رسمياً بما في ذلك مؤشرات الجودة التي يبلغ عنها المريض | <p>بحلول عام 2030، ستلتزم النظم الصحية بالمراقبة الشفافة لجودة الرعاية الصحية الفموية</p> |

الملحق ٣ قائمة الاختصارات والمصطلحات

قائمة الاختصارات

| المختصر | الكلمة الاصلية | الترجمة العربية |
|-----------------|--|---|
| AI | Artificial intelligence | الذكاء الصناعي |
| CRFA | Common risk-factor approach | نهج عامل الخطر المشترك |
| CRFs | Common risk factors | عامل الخطر المشترك |
| e-health | Electronic health | الصحة الإلكترونية |
| EMR | Electronic medical record | السجل الصحي الإلكتروني |
| EU H2020 | European Union Horizon 2020 | رؤية ٢٠٢٠ للاتحاد الأوربي |
| FDI | World Dental Federation | الاتحاد العالمي لطب الأسنان |
| HiAP | Health in All Policies | الصحة في جميع السياسات |
| HMICs | High- and middle-income countries | الدول ذات الدخل المتوسط و العالي |
| HL-7 C-CDA | Health Level Seven International Consolidated Clinical Document Architecture | المستوى الصحي السابع الدولي الموحد للوثائق السريرية |
| IADR | International Association for Dental Research | الرابطة الدولية لأبحاث طب الأسنان |
| ISO | International Organization for Standardization | المنظمة الدولية للمعايير |
| LMICs | Low- and middle-income countries | الدول ذات الدخل المتوسط و المنخفض |
| NIIOH | National Interdisciplinary Initiative on Oral Health | المبادرة الوطنية متعددة التخصصات بشأن صحة الفم |
| NCDs | Noncommunicable diseases | الأمراض غير المعدية |
| NCD Alliance | Noncommunicable Disease Alliance | الاتحاد الأمراض غير المعدية |
| m-health | Mobile health | الخدمات الصحية المتنقلة |
| OECD | Organisation for Economic Co-operation and Development | منظمة التعاون و التنمية الاقتصادية |
| OHAP | Oral Health in All Policies | صحة الفم في جميع السياسات |
| OHRQoL | Oral Health-Related Quality of Life | جودة الحياة المتعلقة بصحة الفم |
| OOP expenditure | Out-of-pocket expenditure | الإنفاق من الجيب |
| SARS-CoV-2 | Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 | فيروس كورونا المستجد |
| SDGs | Sustainable Development Goals | أهداف التنمية المستدامة |
| SMS | Short message service | خدمة الرسائل النصية |

| | | |
|------|--------------------------------------|----------------------------|
| SSB | Sugar-sweetened beverage | المشروبات المحلاة بالسكر |
| UN | United Nations | الأمم المتحدة |
| UHC | Universal health coverage | التغطية الشاملة للصحة |
| UNEP | United Nations Environment Programme | برامج الأمم المتحدة للبيئة |
| WHO | World Health Organization | منظمة الصحة العالمية |
| WOHD | World Oral Health Day | اليوم العالمي لصحة الفم |

الشكر و العرفان (لنسخة العربية)

يتقدم الدكتور عمار البوجير بالشكر و العرفان و التقدير الى/

سعادة الدكتورة ايمان إبراهيم الصعقوب/ رئيسة قسم علوم طب الأسنان الوقائية – جامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن – المملكة العربية السعودية

سعادة الدكتور عباس عبداليمه طاهر / عميد كلية طب الأسنان - الجامعة الإسلامية – العراق

مؤسسة نبع الحياة للعلوم الطبية و الرعاية الصحية - العراق

للجهود القيمة و الدعم لإنجاز هذه الترجمة و إيصالها الى العالم العربي و الى الأطباء و الخبراء و الزملاء العرب.

Appendix 2 References and further reading

Pillar 1

1. Beard TC, Redmond S. Declaration of Alma-Ata. *The Lancet*. 1979;313(8109): 217–8.
2. World Health Organization. *Arguing for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204355/9789241506342_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Accessed 14 July 2020].
3. United Nations. *Sustainable Development Goals*. Available from: <https://sdgs.un.org/goals> [Accessed 14 July 2020].
4. World Health Organization. *Universal Health Coverage Day*. Available from: <https://www.who.int/life-course/news/events/uhc-day/en/> [Accessed 14 July 2020].
5. Glick M, Monteiro da Silva O, Seeberger GK, et al. *FDI Vision 2020: shaping the future of oral health*. *Int Dent J*. 2012;62(6): 278–91. Available from: doi.org/10.1111/idj.12009.
6. Mathur MR, Williams DM, Reddy KS, Watt RG. *Universal health coverage: a unique policy opportunity for oral health*. *J Dent Res*. 2015;94(3 Suppl): 3S-5S.
7. Williams DM, Mathur MR. *Oral health inequalities: A major public health challenge for Asia-Pacific*. *Nature India*. 2017; 3–4. Available from: www.natureasia.com/en/nindia/article/10.1038/nindia.2017.21 [Accessed 14 July 2020].
8. Ministry of Health, Labour and Welfare Japan. *Health Japan 21 (Second Term)*. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html [Accessed 14 July 2020].
9. Ministry of Health Labour and Welfare Japan. *Ministerial Notification No. 430. MHLW. 2012*. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047330.pdf> [Accessed 29 February 2020].
10. Yamashina T, Kamijo H, Fukai K. *The 8020 Campaign for oral health promotion in Japan. Its History, Effects, and Future Visions*. In Japan Dental Association. *The current evidence of dental care and oral health for achieving healthy longevity in an aging society*. 2015. p. 276-284. Available from: <https://www.jda.or.jp/pdf/ebm2015En.pdf> [Accessed 14 July 2020].
11. Ministry of Health, Labour and Welfare Japan. *Survey of Dental Diseases*. Available from : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-17.html> [Accessed 14 July 2020].
12. Zaito T, Saito T, Kawaguchi Y. *The oral healthcare system in Japan*. *Healthcare (Basel)*. 2018;6(3): 79. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/6/3/79> [Accessed 14 July 2020].

Pillar 2

1. Williams DM, Mossey PA, Mathur MR. *Leadership in Global oral Health*. *J Dent*. 2019;87: 49-54.
2. United Nations, General Assembly. *United Nations political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases) A/66/L.1 (16 September 2011)*. UNGA: Available from: <https://undocs.org/en/A/66/L.1> [Accessed 14 July 2020].
3. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. Available from: <https://www.who.int/about/mission/en/> [Accessed 20 January 2020].
4. World Health Organization. *The Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being*. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf [Accessed: 20 January 2020].
5. Meier BM, Brodish PH, Koivusalo M. *Human rights provide justification for the Health in All Policies*. *Health and Human Rights*. 2013;June. Available from: <https://www.hhrjournal.org/2013/06/human-rights-provide-justification-for-the-health-in-all-policies-approach/> [Accessed 20 January 2020].

6. World Health Organization. *Sugars intake for adults and children*. Geneva: World Health Organization; 2015. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf?sequence=1 [Accessed 14 July 2020].
7. Mossey PA, Modell B. *Epidemiology of Oral Clefts 2012: An international perspective*. In Cobourne MT ed. *Cleft Lip and Palate. Epidemiology, Aetiology and Treatment. Frontiers of Oral Biology Vol 16*. Basel: Karger; 2012. p. 1-18.
8. Hummel J, Phillips KE, Holt B, Hayes C. *Oral Health: An Essential Component of Primary Care*. White Paper. Seattle, WA: Qualis Health; 2015 Available from: <http://www.safetynetmedicalhome.org/sites/default/files/White-Paper-Oral-Health-Primary-Care.pdf> [Accessed 14 July 2020].
9. Mosen D, Pihlstrom D, Snyder J, Smith N, Shuster E, Rust K. *Association of Dental Care with Adherence to HEDIS Measures*. Perm J. Winter. 2016; 20(1):33-40. Available from: doi.org/10.7812/TPP/15-075.
10. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. *Establishment of Tobacco Cessation Centres in Dental Institutes and an integrated approach in India – Operational Guidelines 2018*. New Delhi: Dental Council of India; 2018. Available from: http://www.dciindia.gov.in/Rule_Regulation/FinaloperationalguidelinesTCCindentalcolleges.pdf [Accessed 14 July 2020].
11. New Zealand Dental Association. *Sugar Consensus Statement on Sugary Drinks*. Available from: https://www.nzda.org.nz/assets/files/Standards_Guidelines/Position_Statements/Consensus_Statement_on_Sugary_Drinks.pdf [Accessed 14 July 2020].

Pillar 3

1. World Health Organization. *Models and tools for health workforce planning and projections*. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <https://www.who.int/hrh/resources/observer3/en/> [Accessed 14 July 2020].
2. Listl S, Grytten JI, Birch S. *What is health economics?* Community Dental Health. 2019;36(4): 262-274.
3. Gallagher JE, Hutchinson L. *Analysis of human resources for oral health globally: inequitable distribution*. Int Dent J. 2018;68(3): 183-189.
4. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *Scholar Definition*. Available from: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-scholar-e> [Accessed 14 July 2020].
5. Byrne M, Tickle M. *Conceptualising a framework for improving quality in primary dental care*. Br Dent J. 2019;227(10): 865-868. Available from: doi.org/10.1038/s41415-019-0900-8.
6. Righolt AJ, Walji MF, Feine JS, Williams DM, Kalenderian E, Listl S. *An international working definition for quality of oral healthcare*. JDR Clinical & Translational Research. 2020;5(2): 102-106. Available from: doi.org/10.1177/2380084419875442.
7. Baâdoudi F, Duijster D, Maskrey N, Ali FM, et al. *Improving oral healthcare using academic detailing – design of the ADVOCATE Field Studies*. Acta Odontologica Scandinavica. 2019;77(6): 1-8. Available from: doi.org/10.1080/00016357.2019.1582797.
8. Ahern S, Woods N, Kalmus O, Birch S, Listl S. *Needs-based planning for the oral health workforce - development and application of a simulation model*. Human Resources for Health. 2019;17(55). Available from: doi.org/10.1186/s12960-019-0394-0.
9. Balasubramanian M, Brennan DS, Spencer AJ, Short SD. *The international migration of dentists: directions for research and policy*. Community Dent Oral Epidemiol. 2016;44(4): 301–312.

Reference reading to the section “Enabling a responsive and resilient profession through education: the case for educational reform”

1. Williams DM, Mossey PA, Mathur MA. *Leadership in global oral health*. J Dent. 2019;87: 49-54.
2. American Dental Association, Carrasco-Labra A, Brignardello-Petersen R, Glick M, Azarpazhooh A, Guyatt G (Eds). *How to Use Evidence-Based Dental Practices to Improve Your Clinical Decision Making*. Chicago, IL: ADA Publishing; 2019.
3. Kavadella A, Garcia LT, White L. (eds). *Special Issue: Shaping the future of dental education. A joint ADEE/ADEA partnership*. Report of the London meeting, May 2017. Eur J Dent Educ. 2018;22(1): i-vi. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/16000579/22/S1> [Accessed 15 July 2020]. Several articles under the heading “Advancing Dental Education in the 21st Century.” <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.21815/JDE.017.052>.

4. Larson E, Sharma J, Bohren MA, Tunçalp Ö. *When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care*. Bull World Health Organ. 2019;97(8): 563–569. Available from: doi.org/10.2471/BLT.18.225201.
5. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Roundtable on Health Literacy, Wojtowicz A, Olson S. *Integrating Oral and General Health Through Health Literacy Practices: Proceedings of a Workshop*. Washington, DC: The National Academies Press; 2019.
6. Formicola AJ, Howard LB, Weintraub JA. *Advancing Dental Education in the 21st Century*. J Dent Edu. 2018;81(8): es1-es192.

Further reading

1. Watt RG, Daly B, Allison P, et al. *Ending the neglect of global oral health – time for radical action*. The Lancet. 2019;394(10194): 261-272.
2. Peres, MA, Macpherson, LM, Weyant, RJ, et al. *Oral diseases: a global public health challenge*. The Lancet. 2019;394(10194): 249-260.
3. Herndon JB, Crall JJ, Aravamudan K, Catalanotto FA, Huang IC, Rudner N, Tomar SL, Shenkman EA. *Developing and testing pediatric oral healthcare quality measures*. J Public Health Dent. 2015 Summer;75(3): 191-201.
4. Byrne MJ, Tickle M, Glenny AM, Campbell S, Goodwin T, O'Malley L. *A systematic review of quality measures used in primary care dentistry*. Int Dent J. 2019 Aug;69(4): 252-264.
5. Righolt AJ, Sidorenkov G, Faggion CM Jr, Listl S, Duijster D. *Quality measures for dental care: A systematic review*. Community Dent Oral Epidemiol. 2019;47(1): 12-23.
6. Byrne M, O'Malley L, Glenny AM, Campbell S, Tickle M. *A RAND/UCLA appropriateness method study to identify the dimensions of quality in primary dental care and quality measurement indicators*. Br Dent J. 2020;228(2): 83-88.
7. Righolt AJ, Duijster D, van der Wees PJ, Listl S, Smits KPJ. *Dutch oral healthcare quality measures: a modified Delphi study*. Int Dent J. 2020; April. Available from: doi.org/10.1111/idj.12566.
8. Listl S. *Value-based oral healthcare: moving forward with dental patient-reported outcomes*. J Evid Based Dent Pract. 2019;19(3): 255-259. Available from: doi.org/10.1016/j.jebdp.2019.101344.
9. Riley W, Doherty M, Love K. *A framework for oral healthcare value-based payment approaches*. J Am Dent Assoc. 2019;150(3): 178-185.
10. United Nations Environment Programme. *Minamata Convention on Mercury*. Text and annexes. Available from: <http://www.mercuryconvention.org/Convention/Text/tabid/3426/language/en-US/Default.aspx> [Accessed 25 June 2020].
11. FDI World Dental Federation. *The Challenge of Oral Disease – A call for global action*. The Oral Health Atlas. 2nd ed. Geneva: FDI World Dental Federation; 2015. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/resources/publications/oral-health-atlas/oral-health-atlas-2015> [Accessed 25 September 2020].
12. FDI World Dental Federation. *Universal Health Coverage: Oral Health for All*. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/resources/fact-sheets/universal-health-coverage-oral-health-for-all> [Accessed 25 September 2020].
13. FDI World Dental Federation. *Policy Statements and Resolutions*. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements> [Accessed 25 September 2020].
14. FDI World Dental Federation. *Resources*. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/resources> [Accessed 25 September 2020].

Appendix 3 List of acronyms and glossary

List of acronyms

| | |
|------------------------|--|
| AI | Artificial intelligence |
| CRFA | Common risk-factor approach |
| CRFs | Common risk factors |
| e-health | Electronic health |
| EMR | Electronic medical record |
| EU H2020 | European Union Horizon 2020 |
| FDI | FDI World Dental Federation |
| HiAP | Health in All Policies |
| HMICs | High- and middle-income countries |
| HL-7 C-CDA | Health Level Seven International Consolidated Clinical Document Architecture |
| IADR | International Association for Dental Research |
| ISO | International Organization for Standardization |
| LMICs | Low- and middle-income countries |
| NIIOH | National Interdisciplinary Initiative on Oral Health |
| NCDs | Noncommunicable diseases |
| NCD Alliance | Noncommunicable Disease Alliance |
| m-health | Mobile health |
| OECD | Organisation for Economic Co-operation and Development |
| OHiAP | Oral Health in All Policies |
| OHRQoL | Oral Health-Related Quality of Life |
| OOP expenditure | Out-of-pocket expenditure |
| SARS-CoV-2 | Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 |
| SDGs | Sustainable Development Goals |
| SMS | Short message service |
| SSB | Sugar-sweetened beverage |
| UN | United Nations |
| UHC | Universal health coverage |
| UNEP | United Nations Environment Programme |
| WHO | World Health Organization |
| WOHD | World Oral Health Day |
| Vision 2030 | Vision 2030: Delivering Optimal Health for All |

Glossary

| Term | Definition | Reference source |
|---|---|--|
| Availability, accessibility, and affordability | <p>Availability Need to have sufficient quantity of functioning public health and healthcare facilities, goods and services, and programmes.</p> <p>Physical accessibility The availability of good health services within reasonable reach of those who need them and of opening hours, appointment systems and other aspects of service organization and delivery that allow people to obtain the services when they need them. Universal health coverage and universal access, Bulletin of the World Health Organization 2013; 91:546–546A. As defined in the human rights context, “[h]ealth facilities, goods and services must be within safe physical reach for all sections of the population, especially vulnerable or marginalized groups, such as ethnic minorities and indigenous populations, women, children, adolescents, older persons, persons with disabilities and persons with HIV/AIDS, including in rural areas”.</p> <p>Economic accessibility, or affordability is a measure of people’s ability to pay for services without financial hardship. It takes into account not only the price of the health services but also indirect and opportunity costs (e.g., the costs of transportation to and from facilities and of taking time away from work). Affordability is influenced by the wider health financing system and by household income.</p> | <p>World Health Organization. <i>Availability, Accessibility, Acceptability</i>. Available from: https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/AAAQ.pdf?ua=1 [Accessed 15 July 2020].</p> <p>World Health Organization. <i>Gender, equity and human rights</i>. Available from: https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/accessibility-definition/en/ [Accessed 15 July 2020].</p> |
| Basic package of oral care | <p>A basic package of oral care includes Oral Urgent Treatment (OUT) which has three fundamental elements (relief of oral pain, first aid for oral infections and dento-alveolar trauma, referral of complicated cases), Affordable Fluoride Toothpaste (AFT) and Atraumatic Restorative Treatment (ART).</p> | <p>FDI World Dental Federation. <i>The Challenge of Oral Disease – A call for global action</i>. The Oral Health Atlas. 2nd ed. Geneva: FDI World Dental Federation; 2015 Available from: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf [Accessed 15 July 2020].</p> |
| Behaviour change communication tools | <p>It is the strategic use of communication approaches to promote changes in knowledge, attitudes, norms, beliefs and behaviours. The term refers to the coordination of messages and activities across a variety of channels to reach multiple levels of society, including the individual, the community, services and policy.</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Collaborative practice</p> | <p>Collaborative practice in healthcare occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings.</p> | <p>World Health Organization. <i>Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice</i>. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=23A79F87D7558248D7CFC786D80B8FAD?sequence=1 [Accessed 15 July 2020].</p> |
| <p>Commercial determinants of health</p> | <p>The commercial determinants of health are strategies and approaches used by the private sector to promote products and choices that are detrimental to health.</p> | <p>Kickbusch I, Allen L, Franz Ch. <i>The commercial determinants of health</i>. <i>The Lancet</i>. 2016;4(12): E895-E896. doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0.</p> |
| <p>Common risk-factor approach (CRFA)</p> | <p>The common risk factor approach is a guiding principle for developing evidence-based, population-wide interventions that address social determinants of health to reduce disease burden.</p> | <p>FDI World Dental Federation. Noncommunicable Diseases. Available from: https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/noncommunicable-diseases [Accessed 15 July 2020].</p> |
| <p>Essential health package</p> | <p>Detailed lists of interventions/services (preventive, promotive, curative, rehabilitative and palliative) across different levels of care, endorsed by the government at the national level, or agreed to by a substantial group of actors when services are to be provided in areas outside of government control. These interventions should be available to all, safe, people centred, and of assured quality to be effective.</p> | <p>World Health Organization. <i>Working Paper on the Use of Essential Packages of Health Services in Protected Emergencies</i>. Available from: https://www.who.int/health-cluster/about/work/task-teams/EPHS-working-paper.pdf [Accessed 15 July 2020].</p> |
| <p>Free sugars</p> | <p>Free sugars are those that are added to foods and drinks by the manufacturer, cook, or consumer, and sugars naturally present in honey, syrups, fruit juice and fruit juice concentrates. It does not refer to sugar that is naturally present in fruits, vegetables, and milk.</p> | <p>World Health Organization. <i>Sugars intake for adults and children</i>. Geneva: World Health Organization; 2015 Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf?sequence=1 [Accessed 14 July 2020].</p> |
| <p>Health in All Policies (HiAP)</p> | <p>HiAP is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts in order to improve population health and health equity. As a concept, it reflects the principles of: legitimacy, accountability, transparency and access to information, participation, sustainability, and collaboration across sectors and levels of government.</p> | <p>World Health Organization. <i>Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action</i>, January 2014. Available from: https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/ [Accessed 15 July 2020].</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Health literacy</p> | <p>The degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions (Ratzan and Parker, 2000).</p> <p>Full source: Ratzan SC, Parker RM. 2000. Introduction In: National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Selden CR, editor; , Zorn M, editor; , Ratzan SC, editor; , Parker RM, editor. , Editors. NLM Pub. No. CBM 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.</p> | <p>Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy; Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, (eds). <i>What Is Health Literacy? in Health Literacy: A Prescription to End Confusion</i>. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004 Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035 [Accessed 14 July 2020].</p> |
| <p>Intra-professional and inter-professional education</p> | <p>Intra-professional education means that all students of the dental profession e.g. dentists, dental therapists, dental assistants are trained together. Conversely, inter-professional education means that students of different health professions (e.g. dentists, physicians, nurses) have a joint educational curriculum.</p> | <p>FDI World Dental Federation. <i>Optimal Oral Health through Inter-Professional Education and Collaborative Practice</i>. Available from: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/news/collaborative-practice-digital.pdf [Accessed 15 July 2020].</p> |
| <p>Minamata Convention on Mercury</p> | <p>A global treaty to protect human health and the environment from the adverse effects of mercury.</p> | <p>FDI World Dental Federation. <i>Dental Amalgam Phase Down</i>. Available from: https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements/dental-amalgam-phase-down [Accessed 15 July 2020].</p> |
| <p>Oral disorders</p> | <p>These are the disease conditions that affect oral health, which is multi-faceted and includes the ability to speak, smile, smell, taste, touch, chew, swallow and convey a range of emotions through facial expressions with confidence and without pain, discomfort and disease of the craniofacial complex.</p> | <p>FDI World Dental Federation. FDI's definition of oral health. Available from: https://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health [Accessed 15 July 2020].</p> |
| <p>Oral Health in All Policies (OHAP)</p> | <p>Similar to Health in All Policies (HiAP), OHAP is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the oral health implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful oral health impacts in order to improve population health and health equity.</p> | <p>World Health Organization. <i>Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action</i>, January 2014. Available from: https://www.who.int/healthpromotion/hiapframework.pdf [Accessed 15 July 2020].</p> |
| <p>Oral health literacy</p> | <p>American Dental Association policy defines oral health literacy as the degree to which individuals have the capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate oral health decisions.</p> | <p>American Dental Association. <i>Health Literacy in Dentistry</i>. Available from: https://www.ada.org/en/public-programs/health-literacy-in-dentistry [Accessed 15 July 2020].</p> |

| | | |
|---|---|---|
| Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) | <p>OHRQoL is defined as ‘a multidimensional construct that reflects (among other things) people’s comfort when eating, sleeping and engaging in social interaction; their self esteem; and their satisfaction with respect to their oral health’ (US Department of Health and Human Services).</p> <p>Popular OHRQoL instruments include OHIP, GOHAI, and OIDP.</p> | <p>FDI World Dental Federation. <i>Oral Health and Quality of Life</i>. Available from: https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/oral-health-and-quality-of-life [Accessed 15 July 2020].</p> |
| Out-of-pocket (OOP) expenditure | <p>Out-of-pocket expenditure is defined as direct payments made by individuals to healthcare providers at the time of service use.</p> | <p>World Health Organization. <i>Health financing. Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure</i>. Available from: https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/ [Accessed 15 July 2020].</p> |
| People-centred care | <p>People-centred care is focused and organized around the health needs and expectations of people and communities rather than on diseases. People-centred care extends the concept of patient-centred care to individuals, families, communities and society. Whereas patient-centred care is commonly understood as focusing on the individual seeking care—the patient—people-centred care encompasses these clinical encounters and also includes attention to the health of people in their communities and their crucial role in shaping health policy and health services.</p> | <p>World Health Organization. <i>Health Systems Strengthening Glossary</i>. Available from: https://www.who.int/healthsystems/hss-glossary/en/index8.html [Accessed 15 July 2020].</p> |
| Phase down of dental amalgam | <p>In 2013, the Minamata Convention on Mercury was agreed. It was ratified in 2017. The phase down of dental amalgam is a task to reduce the use of dental amalgam through increased prevention, health promotion, and research on advanced restorative materials and techniques – maintaining or improving adequate clinical performance. Emphasis is also given to strengthening dental students’ curricula towards prevention and teaching alternative restorative materials and techniques, including the minimum intervention approach, where appropriate.</p> | <p>FDI World Dental Federation. <i>Dental Amalgam Phase Down</i>. Available from: https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements/dental-amalgam-phase-down [Accessed 15 July 2020].</p> |
| Primary healthcare | <p>Primary healthcare is a whole-of-society approach to health and well-being centred on the needs and preferences of individuals, families, and communities. It addresses the broader determinants of health and focuses on the comprehensive and interrelated aspects of physical, mental, and social health and well-being.</p> <p>It provides whole-person care for health needs throughout the lifespan, not just for a set of specific diseases. Primary healthcare ensures people receive comprehensive care – ranging from promotion and prevention to treatment, rehabilitation and palliative care – as close as feasible to people’s everyday environment.</p> | <p>World Health Organization. <i>Primary health care</i>. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care [Accessed 15 July 2020].</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Quality (of care)</p> | <p>Quality of care includes six dimensions. It implies a care that is: effective, delivering healthcare that is adherent to an evidence base and results in improved health outcomes for individuals and communities, based on need;</p> <p>efficient, delivering healthcare in a manner which maximizes resource use and avoids waste;</p> <p>accessible, delivering healthcare that is timely, geographically reasonable, and provided in a setting where skills and resources are appropriate to medical need;</p> <p>acceptable/patient-centred, delivering healthcare which takes into account the preferences and aspirations of individual service users and the cultures of their communities;</p> <p>equitable, delivering healthcare which does not vary in quality because of personal characteristics such as gender, race, ethnicity, geographical location, or socioeconomic status;</p> <p>safe, delivering healthcare which minimizes risks and harm to service users.</p> <p>In dentistry, FDI defines quality as an iterative process involving dental professionals, patients and other stakeholders to develop and maintain goals and measures to achieve optimal health outcomes.</p> | <p>World Health Organization. <i>Quality of Care: A process for making strategic choices in health systems</i>. France: World Health Organization; 2006 Available from: https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf [Accessed 15 July 2020].</p> <p>FDI World Dental Federation. <i>Quality in Dentistry</i>. Available from: https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/quality-in-dentistry [Accessed 15 July 2020]</p> |
| <p>Social determinants of health</p> | <p>The social determinants of health are the conditions in which people are born, grow, live, work and age. These circumstances are shaped by the distribution of money, power and resources at global, national and local levels. The social determinants of health are mostly responsible for health inequities — the unfair and avoidable differences in health status seen within and between countries.</p> | <p>World Health Organization. <i>Social determinants of health</i>. Available from: https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/ [Accessed 15 July 2020].</p> |
| <p>Universal health coverage (UHC)</p> | <p>Universal health coverage (UHC) means that all people and communities can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship. This definition of UHC embodies three related objectives:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Equity in access to health services - everyone who needs services should get them, not only those who can pay for them; 2. The quality of health services should be good enough to improve the health of those receiving services; and 3. People should be protected against financial-risk, ensuring that the cost of using services does not put people at risk of financial harm. <p>UHC is firmly based on the WHO constitution of 1948 declaring health a fundamental human right and on the Health for All agenda set by the Alma Ata Declaration in 1978. UHC cuts across all of the health-related Sustainable Development Goals (SDGs) and brings hope of better health and protection for the world's poorest.</p> | <p>World Health Organization. <i>Health financing for universal coverage</i>. Available from: https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/ [Accessed 15 July 2020].</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Value-based payments (or performance-based payments)</p> | <p>Payment or funding conditional upon taking a measurable action or achieving a predetermined performance target. May refer to transfer of funds by donors to recipient countries, or to payment of providers or provider organizations for reaching service targets.</p> | <p>WHO, derived from Eichler R. Can “Pay-for-Performance” increase utilization by the poor and improve the quality of health services. Washington, D.C., Center for Global Development, 2006. Available at: www.researchgate.net/publication/250779834_Can_Pay_for_Performance_Increase_Utilization_by_the_Poor_and_Improve_the_Quality_of_Health_Services</p> <p>World Health Organization. <i>Health Systems Strengthening Glossary</i>. Available from: https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html [Accessed 15 July 2020].</p> |
| <p>Workforce planning</p> | <p>The purpose of workforce planning is to rationalize policy options based on a financially feasible picture of the future in which the expected supply of human resources for health (HRH) matches the requirements for staff within the overall health service plans. The formulation of national HRH policies and strategies requires an evidence-based planning to rationalize decisions. A range of tools and resources exist to assist countries in developing a national HRH strategic plan.</p> | <p>World Health Organization. <i>Models and tools for health workforce planning and projections</i>. Switzerland: World Health Organization; 2010 Available from: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/models_hrh_planning/en/ [Accessed 15 July 2020].</p> |

Acknowledgements

FDI would like to thank the Vision 2030 Working Group co-chairs, working group members as well as external workshop participants for their valuable content guidance and review.

Vision 2030 Working Group

Co-chairs

Prof. Michael Glick

Professor, Department of Oral Diagnostic Sciences
University at Buffalo
State University of New York
New York, USA

Prof. David M. Williams

Professor of Global Oral Health
Institute of Dentistry
Barts and The London School of Medicine and Dentistry
Queen Mary University of London
London, UK

Members

Prof. Ihsane Ben Yahya

FDI President Elect (Sept 2019–Sept 2021)
FDI World Dental Federation
Professor of Higher Education in Oral Medicine
and Oral Surgery
Faculty of Dentistry
HASSAN II University of Casablanca
Head of Oral Surgery Clinical Department
Consultation Center and Dental Treatment
CHU Ibn Rochd
Casablanca, Morocco

Prof. Stefan Listl

Professor and Chair
Department of Dentistry Quality and Safety of
Oral Health Care
Radboud University – Radboudumc
Nijmegen, the Netherlands
Head of Section for Translational Health Economics
Department of Conservative Dentistry
Heidelberg University Hospital
Heidelberg, Germany

Dr William W. M. Cheung

Vice Chair, FDI Education Committee
FDI World Dental Federation
Adjunct Associate Professor
University of Pennsylvania School of Dental Medicine
Honorary Clinical Associate Professor
University of Hong Kong Faculty of Dentistry
Managing Director
Dr. William Cheung & Associates
Hong Kong SAR, China

Dr Manu Raj Mathur

Head of Health Policy
Additional Professor
Public Health Foundation of India
Gurugram, India
Senior Lecturer
University of Liverpool
Liverpool, UK

Mr Enzo Bondioni

Executive Director
FDI World Dental Federation
Geneva, Switzerland

Peter Mossey

Professor of Craniofacial Development
Associate Dean of Internationalisation
School of Dentistry
University of Dundee
Dundee, UK

Mrs Pam Clark

Officer of the Order of Australia
Ambassador
Association of International Dental Manufacturers Industry
Affairs
Cattani Australasia
Appenzell, Switzerland

Dr Gerhard Konrad Seeberger

FDI President (Sept 2019– Sept 2021)
FDI World Dental Federation
Geneva, Switzerland
Dr. Gerhard & Tommaso Seeberger
Private Dental Practice
Cagliari, Italy

Prof. Hiroshi Ogawa

Head and Professor
Division of Preventive Dentistry
Graduate School of Medical and Dental Sciences
Niigata University
Member of the Public Health Committee
FDI World Dental Federation
Director
WHO Collaborating Centre for Translation of Oral
Health Science
World Health Organization
Niigata, Japan

Dr Michael Sereny

Dental Practitioner
Praxis Dres. Sereny
Hannover, Germany

Workshop participants

Dr Natalia I. Chalmers

Diplomate
American Board of Pediatric Dentistry
Dental Officer
Center for Drug Evaluation and Research Division
Dermatology and Dentistry
U.S. Food and Drug Administration
Silver Spring, USA

Dr Jamie Edelson-Tishman

Chair
Fundación ADM, IAP
Mexico City, Mexico

Siobhan Fitzpatrick

Consultant
World Health Organization
Geneva, Switzerland

Mr Fred Freedman

Vice President
Member Services
Dental Trade Alliance
Arlington, USA

Prof. Jenny Gallagher

Dean of International Affairs
Newland-Pedley Professor of Oral Health Strategy
Honorary Consultant in Dental Public Health
Faculty of Dentistry
Oral and Craniofacial Sciences
King's College London
London, UK

Dr Chad P. Gehani

ADA President (2020)
American Dental Association
Adjunct Professor
New York University
New York, USA

Dr Jeff Hummel

Medical Director
Healthcare Informatics, Research and
Innovation Division
Comagine Health
Seattle, USA

Prof. Roger Keller Celeste

Associate Professor
Department of Preventive and Social Dentistry
Faculty of Dentistry
Federal University of Rio Grande do Sul
Porto Alegre, Brasil

Dr David M. Krol

Medical Director
New Jersey Healthy Kids Initiative
Clinical Associate Professor
Pediatrics and Adjunct Associate Professor
Pediatric Dentistry
The State University of New Jersey
New Brunswick, USA

Prof. Corrado Paganelli

Chair of the Board
International Federation of Dental Educators and
Associations
Dean of the Dental School
University of Brescia
Brescia, Italy

Dr Ave Pöld

Chair of the Advisory Board
International Association of Dental Students
Geneva, Switzerland

Dr Carlos Quinonez

Associate Professor and Program Director
Faculty of Dentistry
University of Toronto
Toronto, Canada

Dr Kristina L Wanyonyi

Clinical Senior Lecturer
Institute of Dentistry
Centre for Dental Public Health and Primary Care
Barts and The London School of Medicine and Dentistry
Queen Mary University of London
London, UK

Prof. Nermin Yamalik

Professor
Department of Periodontology
Faculty of Dentistry
University of Hacettepe
Ankara, Turkey

The Vision 2030 Working Group members and workshop participants alone are responsible for the views expressed in this report and they do not necessarily represent the views, decisions, or policies of the institutions with which they are affiliated.

Case studies

FDI thanks the following for their contribution to the report through the provision of case studies:

Dr Jeremy Bagg, Head of University of Glasgow Dental School, Deputy Head of University of Glasgow School of Medicine, Dentistry & Veterinary, Glasgow, Scotland, UK; **Dr Rob Beaglehole**, Spokesperson, New Zealand Dental Association, Auckland, New Zealand; and **Dr Swati Nehete**, Senior Clinical Lecturer in Restorative Dentistry, Centre for Teaching and Innovation, Institute of Dentistry, Queen Mary University of London, London, UK.

FDI staff

Dr Charanjit Jagait, Communications and Advocacy Director, FDI World Dental Federation

Mrs Tania Séverin, Consultant, Polyscope Communication .

Corporate partners

FDI thanks its 2020 corporate partners for the unrestricted funds they provided in support of FDI's advocacy strategy: **GSK, Henry Schein, Ivoclar Vivadent, 3M, and Wrigley Oral Healthcare Program.**

Arabic Translation

Translation provided by Dr Ammar Albujeer [Nab'a Al-Hayat Foundation for Medical Sciences and Health Care, Iraq; PhD Candidate, Community Oral health Department, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.]

This translation was made possible thanks to
[Nab'a Al-Hayat Foundation for Medical Sciences and Health Care, Iraq]



FDI World Dental Federation

Avenue Louis-Casari 51 • 1216 Geneva • Switzerland

+41 22 560 81 50 • info@fdiworlddental.org • www.fdiworlddental.org

©2021 FDI World Dental Federation

This translation was made possible thanks to
[Nab'a Al-Hayat Foundation for Medical Sciences and Health Care, Iraq]