

FDI POLICY STATEMENT

Oral Health and Special Care Dentistry

To be adopted by the FDI General Assembly: September 2024,
Istanbul, Türkiye

1

2 **CONTEXT**

3 The WHO International Classification of Functioning (ICF) describes disability as
4 an umbrella term, covering impairments, activity limitations and participation
5 restrictions which have a substantial, negative and long-term effect on a person's
6 ability to carry out normal daily activities. Disability is not an illness but a description
7 of the individual's human experience of functioning within their own personal
8 context and circumstances. It is greatly influenced by the cultural and societal
9 environment in which the person lives. Disability is diverse affecting those who have
10 a range of impairments with or without additional needs. Nevertheless, not
11 everyone who is disabled will have complex needs.

12 Over a billion people worldwide have some form of disability. Between 110 million
13 and 190 million people experience functional difficulties. Globally the rates of
14 disability are increasing due to the increased life expectancy amongst children with
15 disabilities, population ageing, increased awareness and diagnosis, and an
16 increase in the prevalence and incidence of long-term health conditions.

17 Social determinants of oral health create significant inequities for people with
18 disabilities. The way in which a society or culture perceives disability and people
19 with disabilities may exert additional effects such as discrimination, inequitable
20 allocation of resources, hostility and stigmatisation, and may limit their access to
21 care. This is referred to as structural ableism.

22 Poor oral health has a significant impact on general health and the quality of life of
23 people with disabilities. Oral disease and dysfunction is also often inefficiently
24 prevented and treated among people with disabilities, and insufficient physical
25 access to dental care for people with disabilities is a barrier for optimal oral care
26 There is often no clear transition of care from child to adult dental services resulting
27 in poor follow up of people with disabilities into their adult life.

28 Oral care for people with disabilities is, often, not complex and can be provided in
29 primary care and community settings by a dental workforce with the relevant skills,
30 competencies and clinical interdisciplinary networks.

31 Where access to general dental care is available, reduced access to appropriate
32 care for people with disabilities has been attributed to:

- 33 • lack of education on dental care for people with disabilities worldwide;
- 34 • absence of standardization of dentistry for people with disabilities in dental

- 35 universities worldwide;
- 36 • lack of attention to oral health in national policies because of lack of awareness
- 37 or knowledge in care planning teams of the potential impact of oral health on
- 38 general health and well-being;
- 39 • problems within health care organisations; lack of skills and confidence,
- 40 inappropriate facilities and equipment suited for people with disabilities,
- 41 insufficient administrative support and understanding of clinical challenges,
- 42 failures in funding including for essential adaptive measures and adjuncts such
- 43 as conscious sedation and general anaesthesia services;
- 44 • underlying social and behavioural factors, in addition to other life competing
- 45 priorities;
- 46 • people with special needs and their caregivers lacking awareness of the
- 47 importance of oral health.
- 48

49 **SCOPE**

50 The scope of this Policy Statement is broad, covering the oral health care of people

51 with physical, sensory, intellectual, medical, emotional or social impairment or

52 disabilities. More often, a combination of these factors is involved. These groups

53 are sometimes referred to as ‘people with special needs’, people with ‘special

54 healthcare needs’ or people requiring ‘Special Care Dentistry’.

55

56 **POLICY**

57 The FDI emphasises the importance of promoting oral health in populations and

58 groups with the greatest burden of disease. This is especially important for people

59 with disabilities who typically experience greater levels of oral disease, placing

60 additional burden on their lives compared to the general population. These groups

61 are often underserved and experience high levels of unmet need for oral care. FDI

62 calls for the strict implementation of Article 25 (Health) of the “Convention of the

63 United Nations on the Rights of Persons with Disabilities” and recognises and

64 supports the following guiding principles and associated recommendations:

- 65 • All people have an equal right to
- 66 • health, including oral health;
- 67 • dignity and autonomy with the freedom to make their own choices and
- 68 preserve their identity;
- 69 • health education, prevention and promotion at a community level;
- 70 • access mainstream health care services in their communities;
- 71 • Prevention and health promotion activities should consider common risk
- 72 factors, yet also allow for an individualised preventive approach;
- 73 • People with disabilities have a right to equitable oral health outcomes;
- 74 • National oral health policies should incorporate considerations of the needs of
- 75 people with disabilities, placing special emphasis on removing access barriers;
- 76 • Sufficient primary and specialised oral healthcare is essential to provide high
- 77 quality oral care for all people requiring special care dentistry;
- 78 • To provide high quality oral care for people with disabilities:
- 79 • facilities and necessary equipment must be made available to allow
- 80 providers to serve the individual patient according to clinical best practice;
- 81 • intraprofessional collaboration between oral health professionals as well
- 82 as interprofessional collaboration with other health professionals is crucial;

- 83 • appropriate systems for referral and consultation with other dental or
84 medical specialists are important to ensure correct care;
- 85 • Caregivers and other healthcare professionals should be engaged through
86 education and training interventions that provide oral health knowledge and
87 skills to enhance their capacity to promote oral health in people with disabilities;
- 88 • Close collaboration should exist between health care administrators and
89 clinicians to allow for personalised care for people with disabilities, including
90 people with rare diagnoses;
- 91 • Continuing dental education should be available to and encouraged for all
92 clinicians to enable them to provide better care to people with special needs;
- 93 • The undergraduate curriculum should provide a basis of skills, behaviours and
94 attitudes which new graduates can develop in the course of their professional
95 career to serve all members of the wider community;
- 96 • People with disabilities should be involved as partners in the design and
97 evaluation of healthcare services and healthcare information, to ensure that
98 services are appropriate to their needs and are person-centred;
- 99 • Children with special care needs should have an established Dental Home by
100 12 months of age.
- 101

102 **KEYWORDS**

103 oral health, special care needs, disability

104

105 **DISCLAIMER**

106 The information in this Policy Statement was based on the best scientific evidence
107 available at the time. It may be interpreted to reflect prevailing cultural sensitivities
108 and socio-economic constraints.

109

110 **REFERENCES**

- 111 1. International Association for Disability and Oral Health. iADH Global Goals
112 Statement. Available at:
113 <https://www.iadh.org/wp-content/uploads/2022/09/iADH-global-goals.pdf>
- 114 2. National Commission on Recognition of Dental Specialties and Certifying
115 Boards. Specialty definitions: Pediatric dentistry. May, 2018. Available at:
116 <https://www.ada.org/en/ncrdscb/dental-specialties/specialty-definitions>.
117 Accessed September 23, 2021.
- 118 3. American Academy of Pediatric Dentistry. Management of dental patients with
119 special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry.
120 Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023:337-44.
- 121 4. Oral Health Foundation. Dental care for people with special needs.
122 <https://www.dentalhealth.org/dental-care-for-people-with-special-needs>
- 123 5. Convention of the United Nations on the Rights of Persons with Disabilities
124 (2017). Available at:
125 <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- 126 6. Structural ableism in public health and healthcare: a definition and conceptual
127 framework, Lundberg, Dielle J. et al. The Lancet Regional Health - Americas,
128 Volume 30, 100650

DÉCLARATION DE PRINCIPE DE LA FDI

Santé bucco-dentaire et soins dentaires spéciaux

Pour adoption par l'Assemblée générale de la FDI :
septembre 2024, Istanbul, Türkiye

1

2 CONTEXTE

3 La Classification internationale du fonctionnement (CIF) de l'OMS décrit le handicap
4 comme un terme parapluie couvrant les déficiences, les limitations d'activité et les
5 restrictions de participation, qui présentent des effets négatifs considérables et à
6 long terme sur la capacité d'une personne à mener des activités normales du
7 quotidien. Le handicap n'est pas une maladie, mais une description de l'expérience
8 humaine de fonctionnement de l'individu dans son contexte et ses circonstances
9 personnels. Il est grandement influencé par l'environnement culturel et sociétal dans
10 lequel la personne vit. Le handicap est multiforme et touche les personnes
11 présentant diverses déficiences avec ou sans besoins supplémentaires.
12 Cependant, les personnes handicapées n'ont pas toutes des besoins complexes.

13 Plus d'un milliard d'individus dans le monde ont une forme de handicap. Entre 110
14 et 190 millions de personnes présentent des difficultés fonctionnelles. À l'échelle
15 mondiale, les taux de handicap augmentent en raison de l'augmentation de
16 l'espérance de vie des enfants handicapés, du vieillissement de la population, de
17 l'amélioration de la sensibilisation et du diagnostic ainsi que de l'augmentation de
18 la prévalence et de l'incidence de problèmes de santé à long terme.

19 Les déterminants sociaux de la santé bucco-dentaire créent des inégalités
20 significatives pour les personnes handicapées. La façon dont une société ou une
21 culture perçoit le handicap ou les personnes handicapées peut avoir des
22 conséquences supplémentaires, comme la discrimination, l'allocation inéquitable
23 des ressources, l'hostilité et la stigmatisation, et limiter leur accès aux soins. C'est
24 ce qu'on appelle le capacitisme structurel.

25 Une mauvaise santé bucco-dentaire possède un lourd impact sur la santé générale
26 et la qualité de vie des personnes handicapées. De même, la prévention et le
27 traitement des dysfonctions et maladies bucco-dentaires sont généralement
28 inefficaces chez les personnes handicapées, et l'accès physique inadapté aux soins
29 dentaires pour ces personnes reste un obstacle à la santé bucco-dentaire optimale.
30 Il n'existe souvent aucune transition de soins des services dentaires de l'enfance à
31 l'âge adulte, ce qui entraîne un mauvais suivi des personnes handicapées dans leur
32 vie d'adulte.

33 Les soins bucco-dentaires pour les personnes handicapées sont rarement
34 complexes et peuvent être fournis dans les établissements de soins primaires et
35 communautaires par une équipe dentaire dotée des connaissances, des

36 compétences et des réseaux interdisciplinaires pertinents.

37 Lorsque les soins dentaires généraux sont accessibles, l'accès limité des personnes
38 handicapées à des soins adaptés est attribué à :

- 39 • manque d'éducation aux soins dentaires chez les personnes handicapées à
40 l'échelle mondiale ;
- 41 • absence de normalisation de l'odontologie pour les personnes handicapées
42 dans les universités dentaires du monde entier ;
- 43 • manque de prise en compte de la santé bucco-dentaire dans les politiques
44 nationales en raison d'un manque de prise de conscience ou de connaissances
45 des équipes de planification des soins sur le potentiel impact de la santé
46 bucco-dentaire sur la santé générale et le bien-être ;
- 47 • problèmes au sein des organisations de santé ; manque de compétences et de
48 confiance, structures et équipements inadaptés aux personnes handicapées,
49 soutien et compréhension insuffisants des administrations quant aux enjeux
50 cliniques, défaut de financement, y compris des mesures adaptatives
51 essentielles et des compléments tels que la sédation consciente et l'anesthésie
52 générale ;
- 53 • facteurs sociaux et comportementaux sous-jacents, en plus d'autres priorités
54 concurrentes de la vie ;
- 55 • personnes aux besoins spécifiques et aidants n'ayant pas conscience de
56 l'importance de la santé bucco-dentaire.

57

58 **PÉRIMÈTRE**

59 Le périmètre de cette déclaration de principe est large. Il englobe les soins de santé
60 bucco-dentaire des personnes atteintes de déficiences ou de handicaps physiques,
61 sensoriels, intellectuels, médicaux, émotionnels ou sociaux. Il s'agit plus souvent
62 d'une combinaison de ces facteurs. Ces groupes sont parfois appelés « personnes
63 ayant des besoins spécifiques », personnes ayant « des besoins de santé
64 spéciaux » ou personnes nécessitant des « soins dentaires spéciaux ».

65

66 **DÉCLARATION**

67 La FDI souligne l'importance de promouvoir la santé bucco-dentaire auprès des
68 populations et des groupes portant la plus grosse charge de morbidité. Cela s'avère
69 particulièrement important pour les personnes handicapées, qui présentent
70 généralement de plus hauts niveaux de maladies bucco-dentaires, ce qui constitue
71 une charge supplémentaire dans leur vie par rapport à la population générale. Ces
72 groupes sont souvent défavorisés et leurs besoins de soins bucco-dentaires ne sont
73 pas couverts. La FDI appelle à faire strictement appliquer l'article 25 (Santé) de la
74 Convention relative aux droits des personnes handicapées en reconnaissant et en
75 soutenant les directives et les recommandations associées ci-dessous.

- 76 • Tous les individus ont un droit égal :
 - 77 ○ à la santé, y compris à la santé bucco-dentaire ;
 - 78 ○ à la dignité et à l'autonomie, avec la liberté de faire leurs propres choix
79 et de préserver leur identité ;
 - 80 ○ à l'éducation, à la prévention et à la promotion de la santé à l'échelle
81 communautaire ;

- 82 ○ à l'accès à des services de soins de santé généraux au sein de leurs
83 communautés.
- 84 • Les activités de prévention et de promotion de la santé doivent tenir compte des
85 facteurs de risque communs, mais aussi laisser la place à une approche
86 préventive individualisée.
- 87 • Les personnes handicapées ont un droit à des résultats de santé bucco-dentaire
88 équitables.
- 89 • Les politiques de santé bucco-dentaire nationales doivent intégrer la prise en
90 compte des besoins des personnes handicapées, en mettant particulièrement
91 l'accent sur l'élimination des obstacles à l'accès.
- 92 • Des soins de santé bucco-dentaire primaires et spécialisés sont essentiels pour
93 assurer des soins bucco-dentaires de grande qualité pour toutes les personnes
94 nécessitant des soins dentaires spéciaux.
- 95 • Pour assurer des soins bucco-dentaires de grande qualité aux personnes
96 handicapées :
- 97 ○ les structures et les équipements nécessaires doivent être disponibles
98 pour permettre aux prestataires de servir chaque patient selon les
99 meilleures pratiques cliniques ;
- 100 ○ la collaboration intraprofessionnelle, entre les professionnels de la
101 santé bucco-dentaire, et la collaboration interprofessionnelle, avec
102 d'autres professionnels de santé, sont fondamentales ;
- 103 ○ des systèmes adaptés pour l'orientation et la consultation d'autres
104 spécialistes dentaires ou médicaux sont importants pour garantir des
105 soins adaptés.
- 106 • Les aidants et les autres professionnels de santé doivent être engagés en se
107 formant afin d'obtenir des connaissances et des compétences de santé
108 bucco-dentaire et ainsi renforcer leur capacité à promouvoir la santé
109 bucco-dentaire auprès des personnes handicapées.
- 110 • Les administrateurs des soins de santé et les cliniciens doivent collaborer
111 étroitement afin d'assurer des soins personnalisés pour les personnes
112 handicapées, y compris les personnes présentant des diagnostics rares.
- 113 • La formation continue en médecine dentaire doit être disponible et
114 recommandée à l'ensemble des cliniciens pour leur permettre de fournir de
115 meilleurs soins aux personnes ayant des besoins spéciaux.
- 116 • Le programme d'études de premier cycle doit comprendre une base de
117 compétences, de conduites et d'attitudes que les nouveaux diplômés puissent
118 développer au cours de leur carrière professionnelle pour servir tous les
119 membres de la communauté au sens large.
- 120 • Les personnes handicapées doivent être impliquées en tant que partenaires
121 pour faciliter la conception et l'évaluation des services et des informations de
122 santé, afin de garantir que ces services sont adaptés à leurs besoins et centrés
123 sur la personne.
- 124 • Les enfants ayant des besoins de soins spécifiques doivent avoir une relation
125 continue avec le dentiste (Dental Home) au plus tard à l'âge de 12 mois.
- 126

127 **MOTS CLÉS**

128 santé bucco-dentaire, besoins de soins spécifiques, handicap

129

130 **AVERTISSEMENT**

131 Les informations contenues dans cette déclaration de principe se fondent sur les
132 meilleures preuves scientifiques actuellement disponibles. Elles peuvent être
133 interprétées pour tenir compte des sensibilités culturelles et des contraintes
134 socioéconomiques prévalentes.

135

136 **RÉFÉRENCES**

- 137 1. International Association for Disability and Oral Health. iADH Global Goals
138 Statement. Available at:
139 <https://www.iadh.org/wp-content/uploads/2022/09/iADH-global-goals.pdf>
140 2. National Commission on Recognition of Dental Specialties and Certifying
141 Boards. Specialty definitions: Pediatric dentistry. May, 2018. Available at:
142 <https://www.ada.org/en/ncrdscb/dental-specialties/specialty-definitions>.
143 Accessed September 23, 2021.
144 3. American Academy of Pediatric Dentistry. Management of dental patients with
145 special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry.
146 Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023:337-44.
147 4. Oral Health Foundation. Dental care for people with special needs.
148 <https://www.dentalhealth.org/dental-care-for-people-with-special-needs>
149 5. Convention of the United Nations on the Rights of Persons with Disabilities
150 (2017). Available at:
151 <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
152 6. Structural ableism in public health and healthcare: a definition and conceptual
153 framework, Lundberg, Dielle J. et al. The Lancet Regional Health - Americas,
154 Volume 30, 100650

DECLARACIÓN DE POLÍTICA DE LA FDI

Atención bucodental y odontología de cuidados especiales

Para la aprobación de la Asamblea General de la FDI:
septiembre de 2024, Estambul (Turquía)

1

2 CONTEXTO

3 La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la
4 Salud (CIF) de la OMS describe la discapacidad como un término general que
5 abarca afectaciones, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación,
6 lo cual puede afectar de manera sustancial, negativa y a largo plazo en la
7 capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades normales de la vida
8 diaria. La discapacidad no es una enfermedad, sino una descripción de la
9 experiencia humana del funcionamiento de una persona dentro de su propio
10 contexto y sus circunstancias personales. Se trata de algo que está muy influido
11 por el entorno cultural y social en el que viven las personas. Así, la discapacidad
12 es diversa y afecta a aquellas personas que tienen una serie de afectaciones con
13 o sin necesidades adicionales. Sin embargo, no todas las personas
14 discapacitadas tienen necesidades complejas.

15 Más de mil millones de personas en todo el mundo tienen algún tipo de
16 discapacidad, y entre 110 y 190 millones de personas experimentan dificultades
17 funcionales. Las tasas de discapacidad están aumentando en todo el mundo
18 debido a una mayor esperanza de vida de los niños y niñas con discapacidad, el
19 envejecimiento de la población, una mayor sensibilización y diagnóstico y el
20 aumento de la prevalencia y la incidencia de las enfermedades de larga duración.

21 Los determinantes sociales de la salud bucodental crean desigualdades
22 considerables para las personas con discapacidad. En ese sentido, el modo en el
23 que una sociedad o una cultura percibe la discapacidad y las personas con
24 discapacidad puede provocar efectos adicionales como la discriminación, la
25 asignación no equitativa de recursos, hostilidad y estigmatización, y podría limitar
26 el acceso de estas personas a los cuidados. Esto se conoce como *capacitismo*
27 *estructural*.

28 Una mala salud bucodental afecta considerablemente a la salud general y la
29 calidad de vida de las personas con discapacidad. Las enfermedades y las
30 disfunciones bucodentales también suelen prevenirse y tratarse de manera
31 ineficaz entre las personas con discapacidad, y la falta de suficiente acceso físico
32 a la atención dental para las personas con discapacidad representa un obstáculo
33 para una atención bucodental óptima. A menudo no hay una transición clara de
34 los servicios dentales infantiles a los de adulto, y eso provoca que no se haga un
35 buen seguimiento de las personas con discapacidad al llegar a su vida adulta.

36 La atención bucodental para las personas con discapacidad no suele ser compleja
37 y se puede proporcionar en centros de atención primaria y entornos comunitarios
38 por parte de personal dental que cuente con las habilidades, las competencias y
39 las redes clínicas interdisciplinarias pertinentes.

40 En los casos en los que sí hay disponible acceso a la atención dental general, el
41 acceso reducido a la atención adecuada para las personas con discapacidad se
42 ha atribuido a:

- 43 • la falta de educación en materia de atención dental para las personas con
44 discapacidad en todo el mundo;
- 45 • la ausencia de una estandarización odontológica para las personas con
46 discapacidad en las facultades de Odontología de todo el mundo;
- 47 • la falta de atención a la salud bucodental en las políticas nacionales debido a
48 la falta de sensibilización o conocimiento por parte de los equipos de
49 planificación de la asistencia en lo que se refiere al posible impacto que puede
50 tener la salud bucodental en la salud y el bienestar generales;
- 51 • los problemas en las organizaciones sanitarias: falta de competencias y
52 confianza, instalaciones y equipos inadecuados para las personas con
53 discapacidad, apoyo administrativo y comprensión de los retos clínicos
54 insuficientes, falta de financiación, incluido para medidas de adaptación y
55 complementos esenciales como la sedación consciente y los servicios de
56 anestesia general;
- 57 • factores sociales y de comportamiento subyacentes, además de otras
58 prioridades vitales;
- 59 • la falta de sensibilización sobre la importancia de la salud bucodental por parte
60 de las personas con necesidades especiales y sus cuidadores.

61

62 **ALCANCE**

63 El alcance de esta declaración de política es amplio e incluye la atención de la
64 salud bucodental de las personas con afectación o discapacidad física, sensorial,
65 intelectual, médica, emocional o social. De hecho, con frecuencia se refiere a una
66 combinación de estos factores. A estos grupos a veces se les denomina “personas
67 con necesidades especiales”, personas con “necesidades de cuidados
68 especiales” o personas que requieren “odontología de cuidados especiales”.

69

70 **POLÍTICA**

71 La FDI hace hincapié en la importancia de promover la salud bucodental en las
72 poblaciones y los grupos con mayor carga de la enfermedad. Esto resulta
73 especialmente importante para las personas con discapacidad, que suelen tener
74 unos niveles más elevados de enfermedad bucodental, lo cual supone una carga
75 adicional en sus vidas, en comparación con la población general. Estos grupos
76 suelen estar desatendidos y se enfrentan a unos niveles elevados de necesidades
77 de atención bucodental no cubiertas. La FDI pide la estricta aplicación del artículo
78 25 (Salud) de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las
79 Personas con Discapacidad y reconoce y apoya los siguientes principios rectores
80 y recomendaciones asociadas:

- 81 • Todas las personas tienen el mismo derecho a:
 - 82 • la salud, incluida la salud bucodental;

- 83 • la dignidad y la autonomía con la libertad de tomar sus propias
84 decisiones y conservar su identidad;
- 85 • la educación, la prevención y la promoción de la salud a nivel
86 comunitario;
- 87 • el acceso a los servicios sanitarios generales en sus comunidades.
- 88 • Las actividades de prevención y promoción de la salud deben tener en cuenta
89 los factores de riesgo comunes, pero también permitir un enfoque preventivo
90 individualizado.
- 91 • Las personas con discapacidad tienen derecho a un estado de salud
92 bucodental equitativo.
- 93 • Las políticas nacionales de salud bucodental deben incorporar
94 consideraciones sobre las necesidades de las personas con discapacidad,
95 haciendo especial hincapié en la eliminación de las barreras de acceso.
- 96 • Es esencial tener una atención bucodental primaria y especializada suficiente
97 para proporcionar atención bucodental de gran calidad a todas las personas
98 que requieren cuidados odontológicos especiales.
- 99 • A fin de proporcionar una atención bucodental de alta calidad a las personas
100 con discapacidad:
- 101 • se debe disponer de las instalaciones y los equipos necesarios para que
102 los proveedores puedan atender a los pacientes de acuerdo con las
103 mejores prácticas clínicas;
- 104 • resulta fundamental la colaboración intraprofesional entre los
105 profesionales de la salud bucodental, así como la colaboración
106 interprofesional con otros profesionales de la salud;
- 107 • es importante contar con los sistemas adecuados de derivación y consulta
108 con otros especialistas dentales o médicos a fin de garantizar una
109 atención correcta.
- 110 • Los cuidadores y otros profesionales de la salud deben participar en
111 intervenciones de educación y formación que proporcionen conocimientos y
112 habilidades en materia de salud bucodental para mejorar su capacidad de
113 promover la salud bucodental en las personas con discapacidad.
- 114 • Debe haber una estrecha colaboración entre los administradores de la
115 atención sanitaria y los profesionales clínicos para poder ofrecer una atención
116 personalizada a las personas con discapacidad, incluidas las personas con
117 diagnósticos poco frecuentes
- 118 • La formación dental continuada debe estar disponible y fomentarse para todos
119 los dentistas para que puedan proporcionar una mejor atención a las personas
120 con necesidades especiales.
- 121 • El plan de estudios de grado debe ofrecer una base de habilidades,
122 comportamientos y actitudes que los recién graduados puedan desarrollar
123 durante su carrera profesional para atender a todos los miembros de la
124 comunidad
- 125 • Las personas con discapacidad deben participar como socias en el diseño y la
126 evaluación de los servicios sanitarios y de la información sanitaria, con el
127 objetivo de garantizar que los servicios sean adecuados a sus necesidades y
128 estén centrados en la persona.
- 129 • Los niños y niñas con necesidades de atención especial deben tener
130 establecido un hogar dental al cumplir los doce meses.
- 131

132 **PALABRAS CLAVE**

133 salud bucodental, necesidades de cuidados especiales, discapacidad

134

135 **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

136 La información contenida en esta declaración de política está basada en las
137 pruebas científicas más fidedignas disponibles en el momento de su elaboración.

138 Dicha información puede interpretarse de forma que refleje sensibilidades
139 culturales y limitaciones socioeconómicas actuales.

140

141 **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

142 1. International Association for Disability and Oral Health. iADH Global Goals
143 Statement. Available at:

144 <https://www.iadh.org/wp-content/uploads/2022/09/iADH-global-goals.pdf>

145 2. National Commission on Recognition of Dental Specialties and Certifying
146 Boards. Specialty definitions: Pediatric dentistry. May, 2018. Available at:
147 <https://www.ada.org/en/ncrdscb/dental-specialties/specialty-definitions>.

148 Accessed September 23, 2021.

149 3. American Academy of Pediatric Dentistry. Management of dental patients with
150 special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry.
151 Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023:337-44.

152 4. Oral Health Foundation. Dental care for people with special needs.
153 <https://www.dentalhealth.org/dental-care-for-people-with-special-needs>

154 5. Convention of the United Nations on the Rights of Persons with Disabilities
155 (2017). Available at:

156 <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

157 6. Structural ableism in public health and healthcare: a definition and conceptual
158 framework, Lundberg, Dielle J. et al. The Lancet Regional Health - Americas,
159 Volume 30, 100650

FDI-STELLUNGNAHME

Mundgesundheit und Zahnheilkunde für besondere

Zur Annahme auf der FDI-Generalversammlung: September 2024,
Istanbul, Türkei

1

2 KONTEXT

3 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF) der WHO beschreibt
4 Behinderung als einen Oberbegriff, der Beeinträchtigungen, die Begrenzung von
5 Aktivitäten und die Einschränkung von Partizipation mit substanziellen negativen
6 und langfristigen Auswirkungen auf die Fähigkeit einer Person, normalen
7 alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen, beinhaltet. Behinderung ist keine Krankheit,
8 sondern beschreibt die menschliche Erfahrung der Funktionsfähigkeit innerhalb
9 des eigenen persönlichen Kontextes und der eigenen Lebensumstände. Sie wird
10 in hohem Maße durch das kulturelle und gesellschaftliche Umfeld beeinflusst, in
11 dem die Person lebt. Behinderung zeigt sich in vielfältiger Weise und betrifft
12 Menschen mit unterschiedlichen Handicaps und mit oder ohne einen zusätzlichen
13 Betreuungsbedarf. Allerdings hat nicht jeder Mensch mit einer Behinderung
14 komplexe Betreuungsbedürfnisse.

15 Über eine Milliarde Menschen weltweit sind in irgendeiner Form von einer
16 Behinderung betroffen. Zwischen 110 und 190 Millionen Menschen haben
17 funktionelle Einschränkungen. Weltweit nimmt die Behinderungsrate aufgrund der
18 gestiegenen Lebenserwartung von Kindern mit Behinderungen, der älter
19 werdenden Bevölkerung, der verstärkten Wahrnehmung und besseren Diagnosen
20 und der steigenden Prävalenz und Inzidenz von Langzeiterkrankungen zu.

21 Soziale Determinanten der Mundgesundheit führen zu signifikanten
22 Ungleichheiten für Menschen mit Behinderungen. Die Art und Weise, wie eine
23 Gesellschaft oder Kultur Behinderungen und Menschen mit Behinderungen
24 wahrnimmt, kann zusätzliche Auswirkungen in Form von Diskriminierung,
25 ungerechter Zuteilung von Ressourcen, Ablehnung und Stigmatisierung haben
26 und den Zugang dieser Menschen zu medizinischer Betreuung einschränken. Dies
27 wird als struktureller Ableismus bezeichnet.

28 Eine schlechte Mundgesundheit hat signifikante Auswirkungen auf die
29 Allgemeingesundheit und die Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen.
30 Bei oralen Erkrankungen und Dysfunktionen findet bei Menschen mit
31 Behinderungen oftmals keine effiziente Prävention und Behandlung statt, und der
32 unzulängliche physische Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung für Menschen
33 mit Behinderungen ist oftmals eine Barriere für eine optimale zahnmedizinische
34 Behandlung. Es gibt oftmals keinen eindeutig definierten Übergang von der
35 zahnmedizinischen Betreuung von Kindern zur Betreuung von Erwachsenen, so

36 dass Menschen mit Behinderungen im Erwachsenenalter oft keine Follow-up-
37 Angebote mehr erhalten.

38 Die zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen ist oft nicht
39 komplex und kann im Rahmen der Primärversorgung und in gemeindebasierten
40 Einrichtungen durch zahnmedizinische Teams erfolgen, die über die
41 entsprechenden Qualifikationen, Kompetenzen und interdisziplinären klinischen
42 Netzwerke verfügen.

43 Auch wenn der Zugang zu einer zahnmedizinischen Versorgung vorhanden ist,
44 kann dieser u. U. für Menschen mit Behinderungen eingeschränkt sein. Dies ist
45 auf folgende Faktoren zurückzuführen:

- 46 • weltweit fehlende Ausbildung in zahnmedizinischer Versorgung von Menschen
47 mit Behinderungen;
- 48 • zahnmedizinische Fakultäten verfügen weltweit nicht über zahnmedizinische
49 Normen für die Behandlung von Menschen mit Behinderungen;
- 50 • geringer Stellenwert der Mundgesundheit in der nationalen Gesundheitspolitik,
51 da es in den für die Gesundheitsversorgung zuständigen Planungsteams an
52 Aufklärung und Wissen hinsichtlich der potenziellen Auswirkungen der
53 Mundgesundheit auf die Allgemeingesundheit und das allgemeine
54 Wohlbefinden fehlt;
- 55 • Probleme innerhalb von Gesundheitsorganisationen: fehlende Kompetenzen
56 und fehlendes Vertrauen; für Menschen mit Behinderungen ungeeignete
57 Einrichtungen und Ausstattungen; unzureichende Unterstützung von Seiten
58 der Verwaltung und fehlendes Verständnis für die klinischen
59 Herausforderungen; fehlende Finanzierung essenzieller
60 Anpassungsmaßnahmen und Hilfsmittel wie die bewusste Sedierung und die
61 Allgemeinanästhesie;
- 62 • zugrundeliegende Sozial- und Verhaltensfaktoren zusätzlich zu anderen
63 miteinander konkurrierenden Prioritäten;
- 64 • Menschen mit besonderen Bedürfnissen und ihre Pflegekräfte sind sich der
65 Bedeutung der Mundgesundheit nicht bewusst.

66

67 **GELTUNGSBEREICH**

68 Die vorliegende Stellungnahme hat einen weit gefassten Geltungsbereich und
69 bezieht die zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit physischen,
70 sensorischen, intellektuellen, gesundheitlichen, emotionalen oder sozialen
71 Beeinträchtigungen oder Behinderungen mit ein. In den meisten Fällen liegt eine
72 Kombination dieser Faktoren vor. Diese Gruppen werden manchmal als
73 „Menschen mit besonderen Bedürfnissen“, Menschen mit „besonderen
74 medizinischen Bedürfnissen“ oder als Menschen bezeichnet, die eine
75 „Zahnheilkunde für besondere Bedürfnisse“ brauchen.

76

77 **STELLUNGNAHME**

78 Der FDI weist nachdrücklich auf die Bedeutung der Förderung der
79 Mundgesundheit in der Bevölkerung und in Gruppen hin, die am stärksten durch
80 Krankheiten belastet sind. Das ist besonders für Menschen mit Behinderungen
81 wichtig, die typischerweise stärker von Oralerkrankungen betroffen sind und deren
82 Leben damit im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung zusätzlich erschwert wird.

83 Diese Gruppen sind oft unterversorgt und erleben, dass ihre erforderliche
84 zahnmedizinische Behandlung nur in seltenen Fällen erfolgt. Die FDI fordert die
85 strikte Umsetzung des Artikels 25 (Gesundheit) der Konvention der Vereinten
86 Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und anerkennt und
87 unterstützt die folgenden Leitprinzipien und die damit einhergehenden
88 Empfehlungen:

- 89 • Alle Menschen haben das gleiche Recht auf
 - 90 • Gesundheit einschließlich Mundgesundheit;
 - 91 • Würde und Selbstbestimmung und die Freiheit, ihre eigenen
92 Entscheidungen zu treffen und ihre Identität zu wahren;
 - 93 • gesundheitliche Aufklärung sowie präventive und gesundheitsfördernde
94 Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene;
 - 95 • den Zugang zu einer grundlegenden medizinische Versorgung in ihren
96 Gemeinden.
- 97 • Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen sollten gemeinsame
98 Risikofaktoren berücksichtigen, jedoch auch einen individualisierten
99 präventiven Ansatz ermöglichen;
- 100 • Menschen mit Behinderungen haben Anspruch darauf, dass sie im Hinblick
101 auf ihre Mundgesundheit gleichberechtigt behandelt werden;
- 102 • Eine nationale Mundgesundheitspolitik sollte die besonderen Bedürfnisse von
103 Menschen mit Behinderungen berücksichtigen und dabei speziellen Wert auf
104 die Beseitigung von Zugangsbarrieren legen;
- 105 • Eine ausreichende primäre und spezialisierte zahnmedizinische Versorgung
106 ist unverzichtbar, um allen Menschen, die eine spezielle zahnmedizinische
107 Versorgung benötigen, eine qualitativ hochwertige Behandlung zukommen zu
108 lassen.
- 109 • Um eine qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung für Menschen
110 mit Behinderungen sicherzustellen:
 - 111 • müssen die erforderlichen Einrichtungen und Ausstattungen zur
112 Verfügung gestellt werden, damit die Zahnärzte den individuellen
113 Patienten entsprechend der besten klinischen Praxis behandeln können;
 - 114 • ist eine intraprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der
115 zahnmedizinischen Profession sowie eine interprofessionelle
116 Zusammenarbeit mit andern Gesundheitsfachkräften von entscheidender
117 Bedeutung;
 - 118 • sind zweckmäßige Systeme zur Überweisung an andere
119 zahnmedizinische oder medizinische Fachleute und zur Konsultation mit
120 ihnen wichtig, um eine tadellose Versorgung zu gewährleisten;
- 121 • Pflegekräfte und andere Angehörige von Gesundheitsberufen sollten an Aus-
122 und Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen, die Kenntnisse und Fähigkeiten im
123 Bereich der Mundgesundheit vermitteln, um ihre Fähigkeit zur Förderung der
124 Mundgesundheit von Menschen mit Behinderungen zu verbessern;
- 125 • Es sollte eine enge Zusammenarbeit zwischen der Verwaltung des
126 Gesundheitssystems und den Ärzten bestehen, um eine personalisierte
127 Versorgung von Menschen mit Behinderungen einschließlich Menschen mit
128 seltenen Erkrankungen zu ermöglichen;
- 129 • Eine kontinuierliche zahnmedizinische Fortbildung sollte für alle Ärzte
130 zugänglich sein und gefördert werden, damit sie Menschen mit besonderen
131 Bedürfnissen besser versorgen können;

- 132 • Der Lehrplan für das zahnmedizinische Grundstudium sollte eine Grundlage für
133 Fähigkeiten, Verhaltensweisen und Einstellungen vermitteln, die Absolventen
134 im Laufe ihrer beruflichen Laufbahn weiterentwickeln können, um allen
135 Mitgliedern der Gesellschaft zu dienen;
136 • Menschen mit Behinderungen sollten als Partner bei der Gestaltung und
137 Evaluierung von Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsinformationen
138 beteiligt werden und auf diese Weise sicherstellen, dass diese Leistungen ihren
139 Anforderungen entsprechen und personenzentriert sind.
140 • Kinder mit besonderen Behandlungsbedürfnissen sollten im Alter von 12
141 Monaten ein bewährtes Dental Home haben.
142

143 **SCHLÜSSELWÖRTER**

144 Mundgesundheit, besondere Behandlungsanforderungen, Behinderung
145

146 **DISCLAIMER**

147 Die Informationen in dieser Stellungnahme basieren jeweils auf dem aktuellen
148 wissenschaftlichen Kenntnisstand. Sie können so ausgelegt werden, dass sie
149 existierende kulturelle Sensibilitäten und sozio-ökonomische Zwänge
150 widerspiegeln.
151

152 **LITERATURHINWEISE**

- 153 1. International Association for Disability and Oral Health. iADH Global Goals
154 Statement [file:///Users/chchu/Downloads/iADH-global-goals%20\(2\).pdf](file:///Users/chchu/Downloads/iADH-global-goals%20(2).pdf)
155 Einsehbar unter:
156 <https://www.iadh.org/wp-content/uploads/2022/09/iADH-global-goals.pdf>
157 2. National Commission on Recognition of Dental Specialties and Certifying
158 Boards. Specialty definitions: Pediatric dentistry. May, 2018. Available at:
159 <https://www.ada.org/en/ncrdscb/dental-specialties/specialty-definitions>.
160 Accessed September 23, 2021.
161 3. American Academy of Pediatric Dentistry. Management of dental patients with
162 special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry.
163 Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023:337-44.
164 4. Oral Health Foundation. Dental care for people with special needs.
165 <https://www.dentalhealth.org/dental-care-for-people-with-special-needs>
166 5. Convention of the United Nations on the Rights of Persons with Disabilities
167 (2017). Einsehbar unter:
168 <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
169 6. Structural ableism in public health and healthcare: a definition and conceptual
170 framework, Lundberg, Dielle J. et al. The Lancet Regional Health - Americas,
171 Volume 30, 100650