

**UCHWAŁA NR IX/71/19
RADY MIEJSKIEJ W ŻARACH**

z dnia 28 czerwca 2019 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki próchnicy

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 506) oraz art. 48 i art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.¹⁾) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się na lata 2020-2022 program polityki zdrowotnej p.n. "Program profilaktyki próchnicy dla dzieci z klas I-II szkół podstawowych w mieście Żary,, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Celem programu jest obniżenie częstości występowania próchnicy u dzieci z klas I-II oraz poprawa ich jakości życia poprzez oddziaływanie prozdrowotne ukierunkowane na ochronę przed próchnicą.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady

Marian Popławski

¹⁾Zmiany tekstu jednolitego ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1532, 1515, 1544, 1669, 1925, 1552, 771, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 303, 60, 447, 730, 752 i 399.

Załącznik Nr 1
do Uchwały Nr IX/72/19
Rady Miejskiej w Żarach
z dnia 28 czerwca 2019 r.

PROGRAM PROFILAKTYKI PRÓCHNICZY DLA DZIECI Z KLAS I-II SZKÓŁ PODSTAWOWYCH W MIEŚCIE ŻARY

**okres realizacji: wrzesień – grudzień
2020r. – 2022r.**

**Autor programu: Gmina Żary o statusie miejskim,
ul. Rynek 1-5, 68-200 Żary**

Spis treści

| | |
|--|----|
| 1. Opis problemu zdrowotnego..... | 4 |
| a) Problem zdrowotny..... | 4 |
| b) Epidemiologia..... | 6 |
| c) Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu..... | 9 |
| d) Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych..... | 9 |
| e) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu..... | 11 |
| 2. Cele programu..... | 13 |
| a) Cel główny..... | 13 |
| b) Cele szczegółowe..... | 13 |
| c) Oczekiwane efekty..... | 13 |
| d) Mierniki efektywności odpowiadające celom programu..... | 14 |
| 3. Adresaci programu..... | 14 |
| a) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe..... | 14 |
| b) Tryb zapraszania do programu..... | 14 |
| 4. Organizacja programu..... | 14 |
| a) Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne..... | 14 |
| b) Planowane interwencje..... | 15 |
| c) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników..... | 15 |
| d) Zasady udzielania świadczeń w ramach programu..... | 15 |
| e) Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych..... | 16 |
| f) Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli istnieją wskazania..... | 16 |
| g) Bezpieczeństwo planowanych interwencji..... | 16 |
| h) Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu..... | 16 |
| i) Dowody skuteczności planowanych zadań..... | 16 |
| 1. Opinie ekspertów klinicznych..... | 16 |
| 2. Zalecenia, wytyczne, standardy..... | 17 |
| 3. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej... .. | 18 |
| 4. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w gminie zgłaszającej program lub innych jednostkach samorządu terytorialnego..... | 18 |
| 5. Koszt realizacji..... | 18 |
| a) Koszty jednostkowe..... | 18 |
| b) Planowane koszty całkowite..... | 19 |
| c) Źródła finansowania, partnerstwo..... | 19 |

| | |
|--|----|
| d) Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne..... | 19 |
| 6. Monitorowanie i ewaluacja..... | 19 |
| a) Ocena zgłaszalności do programu..... | 19 |
| b) Ocena jakości świadczeń w programie..... | 20 |
| c) Ocena efektywności programu..... | 20 |
| 7. Okres realizacji programu..... | 20 |
| 8. Podstawa prawna..... | 20 |
| Cytowane prace..... | 21 |

Spis tabel

| | |
|--|---|
| Tabela 1: Stan zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku 6 lat w Polsce w województwie lubuskim | 6 |
| Tabela 2: Stan uzębienia na podstawie badania stomatologicznego..... | 7 |

Spis rysunków

| | |
|---|---|
| Rysunek 1: Uwarunkowania powstania i przebiegu próchnicy (adaptacja „pól Lalonda”)..... | 5 |
|---|---|

Spis załączników

| | |
|--|-------|
| Załącznik nr 1: Zgoda rodziców/opiekunów prawnych..... | 24 |
| Załącznik nr 2: Ankieta..... | 25-26 |
| Załącznik nr 3: Karta Uczestnika Programu..... | 27 |
| Załącznik nr 4: Formularz Sprawozdania Końcowego Merytoryczno-Finansowego..... | 29-31 |

1. Opis problemu zdrowotnego

a) Problem zdrowotny

Próchnica zębów jest procesem patologicznym, polegającym na miejscowym odwapnieniu i rozpadzie tkanek twardej zęba, z następczym ubytkiem – tzw. ubytkiem próchnicowym,¹ powstającym na skutek działania kwasów pochodzących z fermentacji węglowodanów dostarczonych w diecie przez bakterie jamy ustnej. Proces próchnicowy zapoczątkowują paciorkowce (*Streptococcus mutans*), a następnie pałeczka kwasu mlekowego (*Lactobacillus acidophilus*). Metabolizują one cukier wewnątrz- i zewnątrzkomórkowo, wytwarzając kwasy demineralizujące, czyli odwapniające szkliwo zęba i docierają w głąb zęba do zębiny.²

Proces tworzenia się ubytków próchnicowych przebiega według ściśle określonej sekwencji zmian:

- demineralizacji: bakterie próchnicotwórcze występujące w płytce nazębnej przekształcają cukry w niebezpieczne kwasy, które obniżają pH szkliwa do poziomu poniżej krytycznego (pH 5.5) i inicjują proces demineralizacji;
- początkowej zmiany: szkliwo w sposób nieprzerwany ulega procesom demineralizacji i remineralizacji, jeśli nastąpi przewaga procesów demineralizacji nad procesami remineralizacji, może powstać zmiana w postaci białej plamy próchnicowej;
- powstawania ubytku: próchnica powierzchniowa (ubytek tkanek zęba) powstaje na skutek długiej ekspozycji szkliwa na obniżone pH, co sprzyja dalszym procesom demineralizacji, osłabieniu tkanek twardej i utracie ich integralności strukturalnej.³

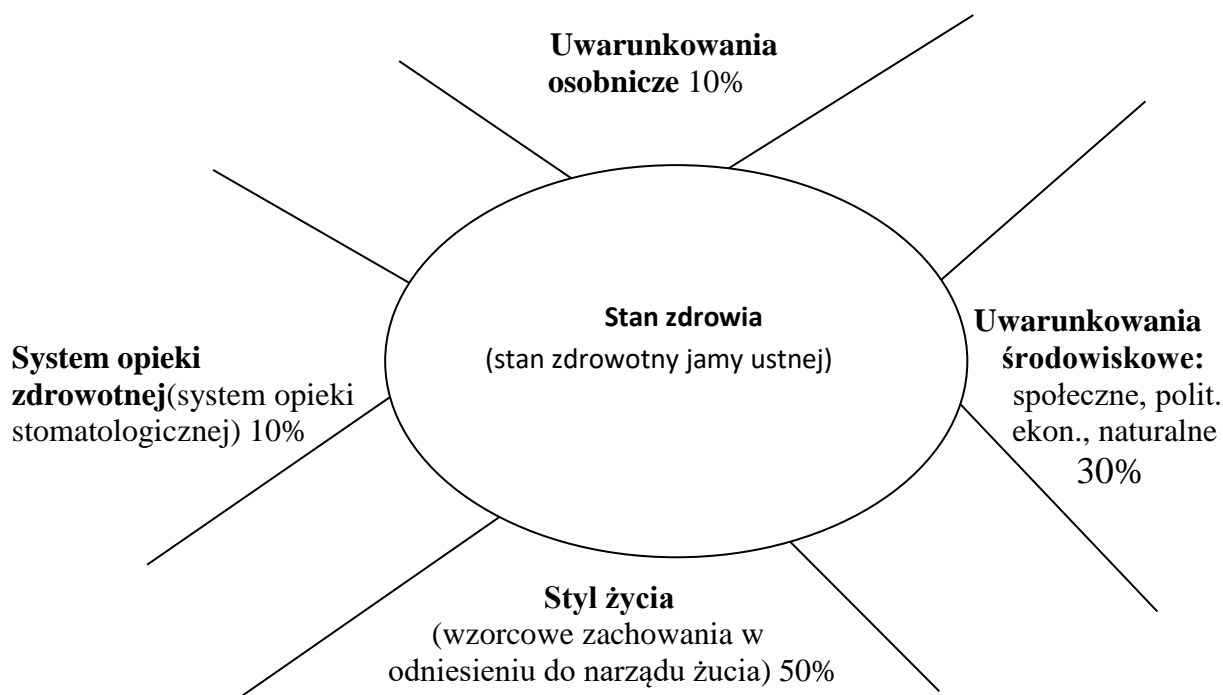
Proces próchnicowy zapoczątkowany działaniem kwasów bakteryjnych na szkliwo zęba, może być odwracalny lub spowolniony przez działanie śliny oraz zawartych w niej niektórych składników mineralnych tj.: fluoru, wapnia, fosforu, które powodują remineralizację, czyli reperację uszkodzonego szkliwa. Dla szkliwa zębów szkodliwy jest kwaśny odczyn śliny utrzymujący się w jamie ustnej przez 30 minut po spożyciu każdego posiłku. Ważnym jest więc częste i skuteczne szczotkowanie zębów narażonych na tzw. trzy „stresy cukrowe”: rano po śniadaniu, między posiłkami w ciągu dnia, przy częstym spożywaniu słodkich pokarmów i płynów oraz wieczorem po kolacji.²

Powstawanie próchnicy warunkują także:

- podatność słabo lub nieprawidłowo zmineralizowanych tkanek zęba (szkliwa i zębiny) na działanie ekosystemu jamy ustnej;
- odkładanie się złogów płytki bakteryjnej na zębach i dziąsłach,
- zaleganie resztek pokarmowych między zębami,
- obecność w płytce nazębnej flory bakteryjnej,
- stłoczenie zębów i niedostatki higieny jamy ustnej, szczególnie w okresie dojrzewania.²

Ponadto stan zdrowia jamy ustnej, a szczególnie próchnica zębów zależy nie tylko w dużej mierze od zachowań zdrowotnych jednostki, ale także od działań naprawczych lekarzy dentyków i szeroko rozumianych czynników systemowych przyczyniających się do funkcjonowania stomatologicznych programów profilaktycznych.

Próchnica zębów obok choroby niedokrwiennej serca, nowotworów, cukrzycy typu 2 czy alergii, jako współczesna poważna choroba cywilizacyjna, jest silnie warunkowana stylem życia, czynnikami systemowymi i środowiskowymi, co uwidoczono na rysunku poniżej.⁴



Rysunek 1: Uwarunkowania powstania i przebiegu próchnicy (adaptacja „pól Lalonda”).
Źródło: Szatko F., Społeczne uwarunkowania stanu zdrowotnego jamy ustnej, Akademia Medyczna w Łodzi, 2001

Patogeneza próchnicy wskazuje, że może się ona pojawić zaraz po wyrżnięciu pierwszych zębów mlecznych (w 1 roku życia), jednak najczęstszy przyrost częstości występowania następuje później, między 2 a 4 rokiem życia. W przypadku zębów stałych proces chorobowy zaczyna się również zaraz po ich pojawieniu się, czyli około 6 roku życia.¹ Często zmiany próchnicowe w zębach mlecznych wiążą się ze znacznym ryzykiem choroby w zębach stałych. Próchnica jest *de facto* chorobą zakaźną, o przenoszeniu najczęściej wertykalnym, zatem przy zachowaniu środków bezpieczeństwa możliwą do ograniczenia lub w idealnych warunkach całkowitego wyeliminowania.¹

Według badań Ministerstwa Zdrowia statystyczne polskie 6 - letnie dziecko posiada ponad 5 zębów zaatakowanych próchnicą (z czego tylko jeden jest wyleczony), co wskazuje na niską skuteczność systemów opieki zdrowotnej w Polsce.⁴

Ponadto powyższe badania wykazały, że próchnica dotyka:⁵

- 57,2 % dzieci w wieku 3 lat,
- 90,1 % dzieci w wieku 7 lat,
- 96,1 % młodzieży w wieku 18 lat,
- 99,9 % dorosłych w wieku 35-44 lat.

Zapobieganie próchnicy obejmuje różne możliwości i różne kierunki działań profilaktycznych. można stosować:

- profilaktykę zbiorową, masową (fluorkowanie wody pitnej lub soli kuchennej) dla społeczności ogólnej lub lokalnej,
- profilaktykę grupową (nadzorowaną w przedszkolach, szkołach, domach dziecka, ośrodkach wychowawczych),
- profilaktykę indywidualną osobistą, na którą składa się profilaktyka domowa (prowadzona przez każdego po odpowiednim instruktazu) oraz profilaktyka profesjonalna (gabinetach dentystycznych, prowadzona głównie przez średni personel dentystyczny pod nadzorem lekarza dentysty lub przez samego lekarza dentystę).⁶

b) Epidemiologia

Próchnica jest najczęściej występującą chorobą przewlekłą na świecie: dotyka 5 miliardów ludzi, czyli prawie 80 % populacji świata.⁷ Choroba ta mimo postępu zarówno w dziedzinie medycyny jak i technologii nadal stanowi poważny problem zdrowotny. Próchnica nie tylko jest przyczyną utraty zębów i bólu. Może też wpływać niekorzystnie na samopoczucie, świadomość własnej wartości, zdolność do zatrudnienia i mobilność społeczną.

Zgodnie z wynikami badań epidemiologicznych, prowadzonych w ramach programu „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” w 2012 roku, w naszym kraju:⁸

- u około 80% 6 –latków stwierdza się próchnicę zębów,
- w grupie wiekowej 12-18 lat problem ten dotyczy aż około 80-95 % nastolatków,
- 99,9% Polaków w wieku 35-44 lat ma próchnicę, która obejmuje 16,9 zęba,
- jedynie 5,4% osób w tej grupie wiekowej może się pochwalić pełnym uzębieniem.

Powyższe badania były prowadzone w trzech grupach wiekowych, a mianowicie 6,12 i 18 lat w ramach siedmiu województw, m.in. też w województwie lubuskim, w którym liczba dzieci zbadanych wynosiła 226 osób. Stan zdrowia jamy ustnej oraz potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci w wieku 6 lat w Polsce w województwie lubuskim przedstawia poniższa tabela.

| Stan uzębienia jamy ustnej dzieci 6-letnich w woj. lubuskim | % / wartość liczbową |
|---|-----------------------------|
| średnia liczba zębów mlecznych u dzieci | 17,1 |
| odsetek dzieci wolnych od próchnicy | 11,9% |
| dzt - średnia liczba u dziecka zębów mlecznych z ubytkami próchnicowymi | 4,5 |
| mt - średnia liczba usuniętych zębów mlecznych | 0,19 |
| ft - średnia liczba zębów mlecznych wypełnionych | 0,6 |
| wartość wskaźnika leczenia zachowawczego próchnicy zębów mlecznych | 0,16 |
| rozkład odsetkowy wartości wskaźnika próchnicy w uzębieniu mlecznym d3mft=0 | 12,4% |
| rozkład odsetkowy wartości wskaźnika próchnicy w uzębieniu mlecznym d3mft=1-3 | 24,30% |
| rozkład odsetkowy wartości wskaźnika próchnicy w uzębieniu mlecznym d3mft=4-6 | 28,30% |
| rozkład odsetkowy wartości wskaźnika próchnicy w uzębieniu mlecznym d3mft≥7 | 35% |
| odsetek dzieci z usuniętym co najmniej 1 zębem mlecznym (mt≥1) | 12,8% |
| wartość wskaźnika SIC (znacząca próchnica) | 9,6 |
| odsetek dzieci z wyrżniętymi zębami stałymi | 79,7% |
| wartość wskaźnika leczenia zachowawczego próchnicy zębów stałych | 0,22 |
| brak potrzeb lub potrzebna wyłącznie profilaktyka próchnicy | 33,6 |
| potrzeba uszczelnacza bruzd | 2,7 |
| potrzeba wypełnienia obejmująca jedną powierzchnię | 23,5 |
| potrzeba wypełnienia obejmująca więcej niż jedną powierzchnię | 50,4 |
| potrzeba leczenia chorób miazgi | 29,5 |
| potrzeba ekstrakcji | 23,9 |

Tabela1: Stan zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku 6 lat w Polsce w województwie lubuskim
 Źródło: Wyniki badań epidemiologicznych prowadzonych w ramach programu „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” w 2012r., <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz>

Podczas analizowania wyników badań, zauważamy zróżnicowanie rozmiaru występowania próchnicy w poszczególnych województwach. Województwo lubuskie klasuje się głównie w średniej pośród pozostałych województw, posiadając jednocześnie jeden z najniższych wskaźników znaczącej próchnicy 9,6 oraz wysoki 73,0% odsetek dzieci objętych programem codziennego nadzorowanego szczotkowania zębów pastą z fluorem w szkole/przedszkolu. Ponadto z analizy badań z roku 2011 wynika, że w województwie lubuskim zanotowano jeden z najwyższych wskaźników wśród pięciolatków oraz młodzieży nie chorujących na próchnicę 27,5% oraz najwyższy odsetek młodzieży wolnej od próchnicy (19,2%).⁹ Jednak jeśli chodzi o leczenie zachowawcze (wskaźnik 0,16) i odsetek dzieci z usuniętym z powodu próchnicy z co najmniej jednym zębem mlecznym (12,8%) są one najwyższe wśród porównywalnych województw. Podobne dane przedstawia raport Ipsos, przygotowany na podstawie wyników z bezpłatnych przeglądów stomatologicznych wśród dzieci ze szkół podstawowych, zrealizowanych w ramach programu „Chroń Dziecięce Uśmiechy”, który wskazuje:¹⁰

- 80% polskich uczniów w wieku 6-12 lat ma problem z próchnicą,
- 18% dzieci w wieku szkolnym i 1/3 w wieku 5-6 lat nie odwiedza dentysty,
- 80% dzieci w wieku szkolnym ma średnio 3-4 zębów z próchnicą,
- 40% dzieci ma wypełnienie w zębach stałych.

Szczegółową analizę stanu uzębienia przedstawia poniższa tabela.

| Stan uzębienia na podstawie badania stomatologicznego | % |
|---|------|
| 4 lub więcej zębów stałych z próchnicą | 42 |
| wypełnienie w zębach stałych u dzieci w wieku 5-9 lat | 30 |
| wypełnienie w zębach stałych u dzieci w wieku 10-13 lat | 51,6 |
| usunięte zęby stałe z powodu próchnicy | 0,6 |
| nadwrażliwość zębów | 0,4 |
| erozja szkliwa | 0,5 |
| zapalenie dziąseł | 6,7 |
| zmiany w błonie śluzowej | 1,1 |
| ból w okolicy stawu skroniowo-żuchwowego | 0,7 |
| wady zgryzu | 60 |
| zaburzenia czynnościowe | 3,7 |
| uzupełnienia protetyczne | 0,1 |

Tabela 2: Stan uzębienia na podstawie badania stomatologicznego.

Źródło: Raport Ipsos z „Badań przesiewowego stanu uzębienia wśród dzieci ze szkół podstawowych” w ramach programu „Chroń Dziecięce Uśmiechy” (marzec 2014r.), Wrigley Poland, Polski Czerwony Krzyż, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, Informacja prasowa, Warszawa, 11.03.2014r.

Głównymi problemami zdrowotnymi w Polsce w zakresie zdrowia jamy ustnej wśród dzieci są:¹¹

- wysoka częstość i nasilenie próchnicy wczesnej (choroby atakującej uzębienie dzieci do 3 roku życia). W Polsce ponad 50% dzieci w wieku 3 lat ma zęby z ubytkami próchnicowymi, średnio u dziecka w tym wieku objęte próchnicą są około 3 zęby;
- nie podejmowanie badań kontrolnych uzębienia mlecznego oraz zapobiegania i leczenia zachowawczego próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym (dzieci z uzębieniem mlecznym).

Z badań ankietowych wynika, że ponad 60% matek dzieci w wieku 3 lat nie było z dzieckiem u stomatologa. U dziecka w wieku 5 lat stwierdza się średnio około 5 zębów z nieleczonymi ubytkami próchnicowymi, a odsetek dzieci w wieku 5 lat bez próchnicy nie przekracza 20%. Usuwanie zębów stałych z powodu próchnicy u dzieci w wieku szkolnym może być wynikiem niepodejmowania badań kontrolnych, zaniedbań profilaktycznych i nieskuteczności leczenia zachowawczego próchnicy i jej następstw. W Polsce zaobserwowano 4% uczniów szkół podstawowych w wieku 12 lat z co najmniej 1 zębem stałym usuniętym z powodu próchnicy, natomiast u młodzieży w wieku 18 lat – 15%.

Przyczyny występowania wyżej wymienionych problemów zdrowotnych należy upatrywać w niskiej świadomości zdrowotnej społeczeństwa (szczególnie wśród rodziców/opiekunów dzieci i młodzieży), co prowadzi do wniosku o konieczności realizowania programów edukacyjnych i profilaktycznych o wysokiej skuteczności.

Wyniki dotychczasowych badań klinicznych stanu zdrowia jamy ustnej wskazują na bardzo zły stan uzębienia w populacji zarówno dzieci przedszkolnych jak i szkolnych, co nie jest efektem ograniczonych zasobów kadrowych, z uwagi na fakt iż Polska posiada jeden z wyższych w skali europejskiej, wskaźnik nasycenia lekarzami dentystami (ponad 4,5/10 000 ludności). Próchnica zębów jako klasyczna choroba cywilizacyjna, zależy nie od działań naprawczych dentystów, ale od zachowań zdrowotnych jednostki i szeroko rozumianych czynników systemowych przyczyniających się do funkcjonowania stomatologicznych programów zdrowotnych.

Próchnica zębów u dzieci i młodzieży, ze względu na częstość występowania, poważne i kosztowne następstwa spowodowane nie podjęciem leczenia i powikłaniami oraz zależnością od stylu życia, jest problemem o znaczeniu społecznym i stanowi istotny element zdrowia publicznego.

Na szczeblu lokalnym profilaktyka próchnicy wpisuje się w cel strategiczny: podtrzymywanie zdrowia mieszkańców w ramach Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w gminie Żary o statusie miejskim na lata 2014-2020. Ponadto cele zdrowotne WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) wskazują na czynniki wspomagające profilaktykę próchnicy: promocja zdrowia i minimalizacja wpływu chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia i rozwój człowieka oraz minimalizacja wpływu na jednostkę i społeczeństwo chorób systemowych przebiegających z objawami w jamie ustnej. Ma temu służyć rozwój diagnostyki, zapobiegania i skutecznego leczenia tych chorób.¹²

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii dla województwa lubuskiego wśród osób poniżej 18 r.ż. liczba wizyt przypadająca na osobę w woj. lubuskim wynosi 0,31 i jest jedną z niższych w kraju. Dla porównania liczba dla całej Polski wynosi 0,38. Natomiast w powiecie żarskim powyższa liczba wyniosła 0,17, co znacznie odbiega od stanu w województwie lubuskim i w kraju.¹³ Powyższe dane uzasadniają wdrożenie programu z uwagi na możliwość oswojenia dziecka z gabinetem stomatologicznym i specyfiką badań stomatologicznych, co może skutkować zwiększoną liczbą wizyt w gabinetach stomatologicznych a w konsekwencji poprawą stanu jamy ustnej wśród dzieci.

Ponadto program wpisuje się w cel operacyjny Narodowego Programu zdrowia na lata 2016-2020, tj.: ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji i nauki w ramach zadania prowadzenie zintegrowanej, skojarzonej profilaktyki próchnicy zębów, w tym organizacji bezpłatnej opieki stomatologicznej (profilaktycznej i leczenia) dla dzieci i młodzieży.¹⁴ Program spełnia również priorytet 17 w ramach Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Lubuskiego na lata 2019-2021, tj.: opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej na podstawie rozpoznanych potrzeb.¹⁵

c) Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Gmina Żary o statusie miejskim jest organem założycielskim następujących placówek oświatowych w ramach szkół podstawowych: Szkoły Podstawowej Nr 1, Szkoły Podstawowej Nr 2, Szkoły Podstawowej Nr 3, Szkoły Podstawowej Nr 5, Szkoły Podstawowej Nr 8, Zespołu Szkół w Żarach – Szkoły Podstawowej Nr 10, w których realizowany będzie program profilaktyczny, ponadto do udziału w programie włączono szkoły niepubliczne: Katolicką Szkołę Podstawową oraz Społeczną Szkołę Podstawową w Żarach. Szacuje się, iż w powyższych szkołach w poszczególnych latach szkolnych będzie się uczyło około 849 dzieci z klas I-II w każdym roku szkolnym.

d) Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Zmiany w polskim systemie ochrony zdrowia odbiły się niekorzystnie na opiece stomatologicznej. Ograniczono liczbę usług stomatologicznych świadczonych ze środków publicznych w ramach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zlikwidowano gabinety stomatologiczne w większości placówek oświatowych. Powyższe czynniki doprowadziły do znacznego ograniczenia dostępności do zabiegów profilaktyczno-leczniczych dzieci z populacji określonych w ramach programu. Obecnie trwają prace nad projektem założeń do projektu ustawy o zdrowiu dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Kwestie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej w szkołach, w tym również opieki stomatologicznej, nie zostały jeszcze jednoznacznie rozstrzygnięte. Z zapewnień resortu Ministerstwa Zdrowia wynika, iż nie planuje ona nakładać na samorządy obowiązku finansowania tworzenia gabinetów dentystycznych w szkołach.¹⁶

W ramach opieki stomatologicznej realizowane są świadczenia gwarantowane, które są świadczeniami opieki zdrowotnej finansowanymi w całości lub współfinansowanymi ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. (Dz.U. z 2018r., poz. 1510 z późn. zm.). Szczegółowe zasady określające świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego oraz warunki ich realizacji określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. z 2017r., poz. 193 ze zm.).

Świadczenia gwarantowane, ujęte w powyższym rozporządzeniu, są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zadania realizowane w ramach programu są określone w następujących załącznikach do rozporządzenia:¹⁷

- wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia - załącznik nr 2 do rozporządzenia,
- wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia – załącznik nr 10 do rozporządzenia.

Poniżej znajduje się wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych gwarantowanych dla dzieci objętych programem:¹⁷

- dla 7 latków:

- ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw dla zębów mlecznych i PUW dla zębów stałych*,
- oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW dla zębów stałych i wskaźnika puw dla zębów mlecznych*,
- kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej w zakresie podstawowego leczenia stomatologicznego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego,
- wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu według wskaźnika IOTN: wyraźnego zniekształcenia lub wyraźnego ograniczenia funkcji żucia lub gryzienia oraz wyrzynania zębów,
- profesjonalna profilaktyka fluorkowa, dotyczy zębów mlecznych i stałych;

- dla 8 latków:

- grupowa profilaktyka fluorkowa u uczniów szkół podstawowych (klasy I – VI) z obszarów, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l, prowadzona metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi. Udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.

* - wskaźnik intensywności próchnicy puw/PUW – suma zębów z próchnicą usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej pielęgniarki/higienistki szkolne wykonują m.in. świadczenia grupowej profilaktyki fluorkowej u dzieci klas I-VI szkoły podstawowej.¹⁸

Ponadto w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia udzielane jest m.in. raz w roku badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej, 3 razy w roku badanie lekarskie kontrolne oraz konsultacja specjalistyczna lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniem diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego.¹⁷

Zadania realizowane w ramach programu są objęte zakresem finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W ramach programu wprowadza się profilaktyczne badanie stomatologiczne wraz z oceną stanu jamy ustnej, zgryzu, oznaczeniem wskaźnika puw i PUW i instruktaż higieny jamy ustnej wraz ze szczotkowaniem pastą z fluorem oraz także jako działania prewencyjne edukację dzieci i rodziców. Taka potrzeba wynika z przedstawionych badań, wskazujących na mały wskaźnik leczenia zachowawczego, zwłaszcza wśród uboższej części społeczeństwa, co w efekcie prowadzi do wzrostu odsetka dzieci z usuniętym co najmniej jednym zębem mlecznym. Ponadto zaproponowane w ramach programu działania profilaktyczne będą uzupełnieniem świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ze względu na skierowanie projektu również do dzieci w wieku 8 lat (klasy II).

Jak zauważyła Najwyższa Izba Kontroli ministerialne programy na rzecz popularyzacji zdrowia i higieny jamy ustnej jak i opieka stomatologiczna w ramach NFZ są mało skuteczne. Rynek opieki dentystycznej w Polsce zdominowany jest przez podmioty prywatne. W 2011r. blisko 80% ubezpieczonych nie skorzystało ani razu z usług dentysty w ramach NFZ. Świadczenia wykonywane w przychodniach na podstawie umów z NFZ mają ograniczony zakres, część zabiegów nie podlega refundacji, a pacjenci zwykle nawet nie wiedzą, gdzie znajduje się najbliższy gabinet stomatologiczny zakontraktowany przez NFZ. Prowadzi to w efekcie do tego, że 92% polskich nastolatków cierpi z powodu próchnicy, blisko 10% polskich siedmiolatków nigdy nie było u dentysty, a aż 92% piętnastolatków ma próchnicę.

Zdaniem NIK za taki stan rzeczy odpowiadają nie tylko rodzice, ale również system ochrony zdrowia. W krajach bardziej rozwiniętych zarówno edukacja jak i profilaktyka w zakresie higieny jamy ustnej to zadania należące do szkół i przedszkoli. Polskie placówki

edukacyjne podejmują je tylko w minimalnym stopniu. Sytuację dodatkowo pogorszyła likwidacja szkolnych gabinetów dentystycznych. Nieskuteczne okazały się działania podejmowane przez Ministra Zdrowia na rzecz walki z próchnicą u dzieci i młodzieży. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 zakładał znaczące zwiększenie odsetka dzieci i młodzieży objętych edukacją prozdrowotną, ograniczenie u nich próchnicy oraz poprawę dostępu do świadczeń stomatologicznych. Kluczowe zadania Programu wciąż nie zostały wykonane. Program „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej” też w większości nie przyniósł oczekiwanych efektów.¹⁹

Na konferencji naukowej „Żyj rozsądnie – dbaj o zdrowie jamy ustnej” prof. Dorota Olczak – Kowalczyk wskazała, iż dostęp do opieki stomatologicznej dla dzieci w Polsce jest niewystarczający. Dzieci mogą być leczone w ramach kontraktów ogólnostomatologicznych dla dzieci i dorosłych, a także w ramach kontraktów ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia. W gabinetach otwartych dla wszystkich dzieci stanowią ledwie ułamek pacjentów, dlatego należy dążyć aby było jak najwięcej kontraktów dla gabinetów dziecięcych. Badania epidemiologiczne pokazują, że ponad połowa 3 – latków ma próchnicę (średnio po dwa zęby z ubytkami). Im starsze dzieci, tym jest gorzej: wśród 18 - latków aż 90% ma próchnicę (przeciętnie 7 zębów z ubytkami). Potrzeby w zakresie leczenia zębów stałych zabezpieczone są na poziomie 40%. Natomiast jeśli chodzi o uzębienie mleczne sytuacja jest tragiczna – tylko w 6% u trzylatków i w 18 % u 7 – latków. Oprócz braków systemowych dużą rolę odgrywa tu również odżywianie dzieci i niewystarczająca higiena jamy ustnej. Podawanie cukru w pierwszych dwóch latach życia zwiększa wystąpienie próchnicy 2,5 krotnie. Do tego dochodzi karmienie dzieci butelką lub piersią przed snem bez późniejszego oczyszczania zębów. Tylko 40% 3-latków w Polsce ma prawidłowo czyszczone zęby, czyli przez osobę dorosłą przynajmniej dwa razy dziennie. Ponadto profilaktyka próchnicy u dzieci powinna zacząć się w okresie ciąży. Kobiety powinny zadbać o zdrowie swojego uzębienia, podobnie jak wszystkie osoby, które opiekują się dziećmi.²⁰

W ramach profilaktyki stomatologicznej wprowadzono poprzez Ministra Zdrowia program edukacyjny „Dzieciństwo bez próchnicy” dostępny dla przedszkoli wyłonionych w ramach rekrutacji, ukierunkowany na wdrożenie i utrwalenie nawyku szczotkowania zębów pastą z fluorem u dzieci w wieku przedszkolnym, który jest finansowany w ramach szwajcarsko-polskiego programu współpracy. Edukacja i profilaktyka stomatologiczna obejmuje dzieci wieku do 5 roku życia oraz osoby dorosłe.²¹

Programy wdrożone przez Ministerstwo Zdrowia obejmują swoim działaniem wąskie grono odbiorców i nie realizują w pełni założeń wieloletniego „Programu poprawy opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą”, czyli zadania wskazanego w Narodowym Programie Zdrowia.

e) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Próchnica wciąż pozostaje bardzo ważnym problemem zdrowia publicznego, schorzenia stomatologiczne należą do najdroższych w leczeniu. Ponadto infekcje w obrębie jamy ustnej mogą prowadzić do problemów zdrowotnych w innych rejonach organizmu powodując m.in. choroby serca, cukrzycę, poronienia czy schorzenia układu oddechowego.

W Polsce ponad 90% dzieci w wieku 7 lat ma zdiagnozowaną próchnicę, która prowadzi do powstawania nieodwracalnych ubytków i w konsekwencji utraty zębów. Spowodowane jest to obecnością w jamie ustnej już u sześciolatka blisko 4 nieleczonych zębów z ubytkami próchnicowymi, a u 1/3 populacji dzieci 3-letnich nawet 4 i więcej zębów z aktywną chorobą co stanowi znaczne obciążenie czynnikami bakteryjnymi dla wyrzynających się w 5-6 roku życia zębów stałych i powodują, iż ulegają one próchnicy w krótkim czasie po wyrżnięciu. Wyniki przeprowadzonych badań prowadzą do wniosku

o konieczności szerszego wykorzystania w kraju szkół podstawowych do rozwoju promocji zdrowia oraz wprowadzenia do szkół codziennego nadzorowanego szczotkowania zębów pastą z fluorem. Przeprowadzona analiza badań epidemiologicznych dzieci w wieku 6 lat w Polsce w 2012 roku w ramach ogólnopolskiego Monitoringu Zdrowia Jamy Usstnej wskazuje, że tylko 34,8 % dzieci sześciolletnich jest objętych w kraju programem codziennego nadzorowanego szczotkowania zębów pastą z fluorem w przedszkolu/szkole. W niektórych województwach taki program w ogóle nie jest realizowany.²²

Nieleczone choroby jamy ustnej mogą prowadzić do nieodwracalnych uszkodzeń, bólu, zniekształceń, poważniejszych problemów zdrowotnych ogólnoustrojowych, absencji w szkole niskiej samooceny, niskiej jakości życia, a w skrajnym przypadku nawet do śmierci. Zwlekanie z leczeniem nie tylko skutkuje pogorszeniem stanu zdrowia ale w sposób istotny zwiększa koszty zarówno w aspekcie finansowym, społecznym jak i indywidualnym. W zależności od zaawansowania choroby może ona wymagać leczenia bardziej kompleksowego, droższego i bardziej traumatycznego, takiego jak zabiegi chirurgiczne, leczenie kanałowe, ekstrakcja w znieczuleniu ogólnym czy hospitalizacja. Ponadto zły stan jamy ustnej w dzieciństwie często utrzymuje się w życiu dorosłym, wpływając na produktywność oraz jakość życia.

Zapobieganie próchnicy powinno mieć charakter kompleksowy, tzn. powinno obejmować edukację rodziców, edukację dzieci i naukę współodpowiedzialności za stan swojego zdrowia. Edukacja powinna dotyczyć zasad racjonalnego odżywiania, zasad higieny jamy ustnej, obowiązkowych badań kontrolnych, a także regularnej profilaktyki z wykorzystaniem preparatów fluorowych. Istotnym elementem promocji zdrowia jamy ustnej są regularne wizyty kontrolne u stomatologa.

Z doświadczeń krajowych i zagranicznych wynika, że szkoły promujące zdrowie pełnią nieocenioną rolę w edukacji zdrowotnej rodziny, społeczności lokalnych i dzieci. Szkoła jest uważana za miejsce, które może i powinno być wykorzystywane do prowadzenia prostych działań profilaktycznych służących utrzymaniu zdrowia, jak na przykład nadzorowane szczotkowanie zębów. Polskie i lokalne doświadczenia nad wdrażaniem programów edukacji stomatologicznej dzieci w oparciu o szkoły pokazały wysoką skuteczność tych działań i akceptację ze strony nauczycieli i wychowawców. W roku 2014 wszystkie szkoły, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim realizowały programy dotyczące edukacji zdrowotnej z zakresu higieny jamy ustnej w celu podniesienia poziomu wiedzy prozdrowotnej zapobiegającej próchnicy u dzieci, które finansowane były w ramach dotacji z budżetu Gminy Żary o statusie miejskim.

Projekt szkół promujących zdrowie został opracowany przez WHO. Szkoły są miejscem, które oprócz kształcenia zajmują się również wychowaniem i utrwalaniem prawidłowych postaw zdrowotnych na całe życie, dlatego jeśli nawyki wyuczone w szkołach zostaną dodatkowo wzmocnione w domach rodzinnych i środowisku mogą mieć przełożenie na aktualny i przyszły stan zdrowia.

W okresie dzieciństwa kształtują się trwałe postawy i przekonania. Wytworzenie zdrowego środowiska, promowanie zdrowej żywności, jak również edukacja dotycząca zdrowia jamy ustnej i wprowadzenie grupowych metod profilaktyki skutkuje zwiększeniem świadomości uczniów, chroni ich przed niekorzystnymi wpływami oraz wytwarza namiastkę zdrowego życia w sytuacji, gdy dom rodzinny nie jest w stanie tego zapewnić.¹ Umożliwia także poprzez szeroki krąg oddziaływania dotarcie do środowisk o niskim statusie socjoekonomicznym o zwiększonym ryzyku zaniedbań, ma poza tym duże szanse być kosztowo-efektywna. Stwierdzono bowiem, że inwestowanie w prewencję chorób jamy ustnej oraz promocję zdrowia obniża koszty ponoszone w ramach wydatków na opiekę zdrowotną i w dłuższej perspektywie jest bardziej opłacalne. Ponadto redukuje bariery uniemożliwiające skuteczną walkę z próchnicą. Najczęstsze z nich to: niedostateczna liczba odpowiednio

wykształconych specjalistów, różnice społeczne oraz różnice w dostępie do służby zdrowia i ubóstwo. Stan zdrowia jamy ustnej jest często bagatelizowany przez rodziców, aż do momentu osiągnięcia przez dziecko okresu dojrzewania, kiedy zaczynają się prawdziwe problemy. Właściwa edukacja i profilaktyka ma ogromne znaczenie, jednak jeszcze ważniejsza wydaje się trwała zmiana światopoglądu i stylu życia, co już jest znacznie trudniejsze.

Wczesne wykrycie ognisk próchnicy pozwala na odwrócenie procesu demineralizacji szkliwa i zapobieganie uszkodzeniu głębszych partii zęba. Prawidłowa profilaktyka pozwala na znaczne zmniejszenie ryzyka uszkodzenia zębów. Dla okresu wczesnoszkolnego zaleca się następujące działania profilaktyczne:

- zachęcanie dzieci do szorowania zębów przynajmniej dwa razy na dobę przy użyciu pasty z fluorem, najlepiej po każdym posiłku lub przekąsce;
- zachęcanie dzieci do codziennego stosowania nici dentystycznych,
- dbanie o wymianę szczoteczki na nową co 3-4 miesiące.¹

2. Cele programu

a) Cel główny

Obniżenie częstości występowania próchnicy u dzieci z klas I-II oraz poprawa ich jakości życia poprzez:

- oddziaływania prozdrowotne ukierunkowane na ochronę przed próchnicą,
- kształtowanie postaw prozdrowotnych i rozwijanie właściwych nawyków higienicznych u uczniów z klas I-II szkół podstawowych,
- zapewnienie niezbędnej profilaktyki fluorkowej poprzez wykształcenie nawyku dwukrotnego w ciągu dnia prawidłowego szczotkowania zębów pastą z fluorem.

b) Cele szczegółowe

- rozwijanie prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych wśród dzieci w wieku szkolnym,
- podniesienie świadomości zdrowotnej rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w programie,
- zmniejszenie zjawiska strachu przed wizytą w gabinecie wśród dzieci,
- zwiększenie liczby dzieci ze zdrowym uzębieniem stałym i przyzębiem,
- obniżenie ciężkości przebiegu choroby próchnicowej u dzieci w wieku szkolnym,
- zmniejszenie wskaźnika PUW i puw,
- zmniejszenie kosztów leczenia w późniejszych latach.

c) Oczekiwane efekty

- wzrost świadomości dzieci i rodziców o konieczności prawidłowej higieny jamy ustnej,
- zmniejszenie częstotliwości występowania oraz ciężkości przebiegu próchnicy u dzieci objętych programem,
- zmniejszenie kosztu leczenia stomatologicznego w późniejszych latach,
- wzrost w świadomości dzieci i rodziców wpływu nieprawidłowego odżywiania na powstawanie chorób próchnicznych,

- zmiana nawyków żywieniowych,
- wzrost częstości wizyt kontrolnych u stomatologa.

d) Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- liczba dzieci biorących udział w programie,
- liczba rodziców biorących udział w spotkaniach,
- odsetek dzieci z uzębieniem mlecznym i stałym bez próchnicy,
- ocena zmian wskaźnika PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych,
- odsetek leczenia zachowawczego zębów.

3. Adresaci programu

a) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Programem profilaktyki z zakresu zapobiegania próchnicy objęte zostaną dzieci, które w roku szkolnym 2020/2021, 2021/2022 i 2022/2023 będą uczęszczały do klas I-II w szkołach podstawowych z terenu miasta Żary. Na podstawie danych Ewidencji Ludności Urzędu Miejskiego w Żarach szacuje się, iż liczba dzieci uczęszczająca do poszczególnych placówek oświatowych w wyżej wymienionych latach szkolnych będzie wynosiła około 849 dzieci.

b) Tryb zapraszania do programu

Realizacja programu będzie przebiegała we współpracy z placówkami oświatowymi z terenu miasta Żary.

Program będzie realizowany przez podmiot wyłoniony w drodze konkursu ofert. Burmistrz Miasta Żary wystosuje do dyrektorów szkół pisma z prośbą o włączenie się do realizacji programu oraz podjęcie współpracy z wyłonionym w procedurze konkursowej realizatorem.

O możliwości udziału w programie rodzice zostaną powiadomieni przez dyrektorów szkół i kadrę pedagogiczną. Udział w programie nastąpi po wyrażeniu przez rodziców/opiekunów pisemnej zgody na badanie diagnostyczne.

Akcję informacyjną o programie przeprowadzą dyrektorzy szkół oraz Gmina Żary o statusie miejskim na stronach internetowych, w lokalnej prasie i mediach.

4. Organizacja programu

a) Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

- wyłonienie w drodze konkursu realizatora programu,
- promocja programu – lokalna prasa, media, Internet
- organizacja spotkań w szkołach,
- uzyskanie zgody rodzica/opiekuna dziecka na udział ucznia w programie,
- zarejestrowanie dziecka z określonej populacji uczniów klas I-II, które zgłosi się do programu,
- przeprowadzenie wstępnego badania diagnostycznego,

- wypełnienie karty badania,
- poinformowanie rodzica/opiekuna o stanie zdrowia dziecka i potrzebach zdrowotnych z zakresu profilaktyki zdrowia jamy ustnej (badanie indywidualne),
- przeprowadzenie przez realizatora programu sesji nadzorowanego szczotkowania zębów z uwzględnieniem pierwszych zębów trzonowych u uczniów w klasach I-II szkół podstawowych.

b) Planowane interwencje

- spotkanie edukacyjno-informacyjne z rodzicami/opiekunami dzieci,
- ankiety wśród rodziców/opiekunów,
- dojazd do placówek oświatowych personelu medycznego,
- użycie jednorazowego zestawu diagnostycznego,
- badanie lekarskie stomatologiczne z wypełnieniem karty medycznej: ocena stanu jamy ustnej, zgryzu, oznaczenie wskaźnika puw i PUW, udzielanie porad odnośnie higieny jamy ustnej, przekazanie pisemnych informacji dla rodziców/opiekunów o stanie uzębienia oraz zaleceniach dotyczących dalszego postępowania w postaci obowiązkowej indywidualnej karty uczestnika programu,
- sesja nadzorowanego szczotkowania zębów pastą z fluorem z uwzględnieniem pierwszych zębów trzonowych.

c) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Program obejmie dzieci z klas I-II w szkołach podstawowych z miasta Żary.

d) Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Badanie diagnostyczne wraz z wypełnieniem karty badania będzie obejmować przegląd stanu uzębienia jamy ustnej z uwzględnieniem potrzeb profilaktycznych i interwencyjnych. Po badaniu lekarz stomatolog lub asystentka stomatologiczna powinna przeprowadzić instruktaż profilaktyki próchnicowej uwzględniający: instruktaż mycia zębów pastą z fluorem oraz informacje na temat prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych.

Po wykonaniu badania rodzic/opiekun dziecka zostanie poinformowany o jego wyniku. Następnie rodzic/opiekun dziecka, u którego zostanie zdiagnozowana choroba próchnicowa, otrzyma informację o możliwości leczenia zębów w ramach kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia lub w prywatnych placówkach medycznych.

Program zakłada wypełnienie przez rodziców i opiekunów ankiety dotyczącej zagadnień promocji zdrowia jamy ustnej. Ankieta pozwoli określić poziom ich świadomości i prozdrowotnej edukacji stomatologicznej, jak również zwrócić uwagę na oczekiwania rodziców i opiekunów względem dostępności profilaktyki i leczenia stomatologicznego dla dzieci na terenie miasta Żary.

W ramach tego programu przeprowadzona zostanie:

- ocena stanu uzębienia,
- instruktaż higieny jamy ustnej – szczotkowanie zębów pastą z fluorem,
- przedstawienie rodzicom wskazań i zaleceń dotyczących dalszego postępowania w przypadku wystąpienia próchnicy,
- organizacja spotkań w szkołach o charakterze edukacyjno-informacyjnym.

Planuje się objęcie programem wszystkich dzieci z klas I-II szkół podstawowych z terenu miasta Żary.

e) Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Szczegółowe zasady określające świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego oraz warunki ich realizacji określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. z 2017r., poz. 193 z późn. zm.). Zadanie realizowane w ramach programu są objęte zakresem finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ponadto program kładzie nacisk na edukację i podniesienie świadomości rodziców i dzieci.

f) Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli istnieją wskazania

Dzieci z chorobą próchniczą i wadami zgryzu będą kierowane do placówek medycznych posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, realizujących świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego lub do prywatnych gabinetów stomatologicznych.

g) Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Świadczenia udzielane będą zgodnie z wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Profilaktyczne stomatologiczne badania lekarskie u dzieci wykona lekarz stomatolog w przygotowanym do tego gabinecie pielęgniarskim w szkołach lub gabinecie lekarskim.

h) Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Program obejmie profilaktyczne stomatologiczne badania lekarskie przeprowadzone dla dzieci z klas I-II, w gabinetach pielęgniarskich na terenie szkół lub w gabinetach lekarskich. W warunkach nieambulatoryjnych (szkolnych, poza gabinetem stomatologicznym) wskazane jest użycie zestawów stomatologicznych jednorazowych. Po zakończeniu badania wszystkie użyte materiały muszą trafić do czerwonego worka na odpady medyczne, które zostają zabrane celem utylizacji odpadów medycznych. Poza gabinetem stomatologicznym – w gabinetach pielęgniarskich – można wykonać przegląd uzębienia u dzieci. Badania zostaną przeprowadzone przez lekarza stomatologa.

i) Dowody skuteczności planowanych działań

1. Opinie ekspertów klinicznych

Skuteczne zapobieganie rozwojowi procesu próchnicowego jest uzależnione od:

- zastosowania metod profilaktycznych, eliminujących czynniki przyczynowe choroby, rzeczywiście występujące u pacjenta,
- czasu rozpoczęcia działań profilaktycznych – zapobieganie próchnicy powinno rozpocząć się możliwie wcześnie,

- świadomości prozdrowotnej rodziców/opiekunów dziecka.

Ważnym elementem decydującym o efektywności działań profilaktycznych jest właściwy poziom świadomości prozdrowotnej społeczeństwa.²³

Leczenie zmian próchnicowych toczących się w obrębie szkliwa opiera się na metodach nieinwazyjnych: działaniach zmierzających do mechanicznego i chemicznego zwalczania płytki bakteryjnej, stosowania odpowiedniej diety.²⁴

Zalecana jest u dzieci z niskim ryzykiem choroby próchnicowej podstawowa profilaktyka fluorkowa – dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą z fluorem, opcjonalnie suplementację endogenną oraz skuteczne usuwanie płytki nazębnej i kariostatyczne nawyki dietetyczne.²⁵

Leczenie zębów mlecznych u dzieci jest konieczne, gdyż choroba próchnicowa jest chorobą zakaźną, niesie odległe skutki i może być przyczyną zaburzeń zgryzu. Próchnica zębów to choroba wszechobecna we wszystkich populacjach na świecie i stanowi główną przyczynę bólu zębów i ich utraty. Wczesna ekstrakcja, czyli usunięcie zęba mlecznego, spowoduje opóźnienie wyrzynania zęba stałego, podczas gdy późna ekstrakcja przyspieszy wyrzynanie zęba stałego, co nie jest obojętne dla prawidłowego zgryzu.²⁶

2. Zalecenia, wytyczne, standardy

W wielu krajach rozwiniętych, dzięki stosowaniu u dzieci konsekwentnej edukacji i profilaktyki stomatologicznej, niektóre grupy są już całkowicie wolne od próchnicy, część dorosłych powyżej 30 roku życia nie ma ubytków próchnicowych ani wypełnień i zachowuje własne zęby do końca swojego życia.²

Poprawa stanu uzębienia wymaga wzmocnienia i kontynuacji bardziej skutecznych strategii zapobiegawczych oraz wzrostu świadomości społeczeństwa w zakresie znaczenia zdrowia jamy ustnej przez odpowiednio motywujące programy promujące zdrowie jamy ustnej; działania te powinny być realizowane zgodnie z zasadą „myśl globalnie - działaj lokalnie”.²⁷

Badania potwierdzają potrzebę zwiększenia efektów programów polityki zdrowotnej z dostosowaniem do wieku metod zapobiegania próchnicy, najpierw w zębach mlecznych, potem w zębach stałych”.²⁸

WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) wraz z trzema organizacjami międzynarodowymi (FDI-Światowa Federacja Dentystyczna, IAPD – Międzynarodowe Stowarzyszenie Stomatologii Dziecięcej, IADR – Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań Naukowych w Dziedzinie Stomatologii) sformułowały strategiczne cele zdrowotne, które powinny zostać osiągnięte w skali globalnej w 2020 roku: promocja zdrowia oraz minimalizacja wpływu chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia i rozwój człowieka oraz minimalizacja wpływu na jednostkę i społeczeństwo chorób systemowych, przebiegających z objawami w jamie ustnej.¹¹

Cel strategiczny: udoskonalenie systemu oparcia społecznego, kierunek działań: podtrzymywanie zdrowia mieszkańców, zadania do realizacji: promocja zdrowego stylu życia realizowany jest w ramach Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Żary o statusie miejskim na lata 2014-2020.

Powyższy program wpisuje się w cel operacyjny Narodowego Programu zdrowia na lata 2016-2020, tj.: ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji i nauki w ramach zadania prowadzenie zintegrowanej, skojarzonej profilaktyki próchnicy zębów, w tym organizacji bezpłatnej opieki stomatologicznej (profilaktycznej i leczenia) dla dzieci i młodzieży.²⁹

Program ten można zaliczyć do priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej woj. lubuskiego p.n.: opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym, szczególnie wśród dzieci.³⁰

3. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w państwach uprzemysłowionych leczenie ubocznych skutków chorób jamy ustnej stanowi 5-10 % kosztów opieki zdrowotnej.³¹

Zestawienie porównawcze wyników prowadzonych w latach 1995-2012 badań epidemiologicznych dzieci w wieku 12 lat wskazuje na powolne obniżanie zapadalności na próchnicę zębów (wskaźnik próchnicy w roku 1995 wynosił 4,5, w roku 2003 – 3,9, a w roku 2012 wynosi 3,5). Wyniki badań socjo-epidemiologicznych udowadniają, że w zapadalności i przebiegu choroby próchnicowej bardzo silny udział mają czynniki wchodzące w obszar pojęciowy „stylu życia jednostki”, a stan zdrowotny uzębienia dziecka w głównej mierze jest pochodną świadomości, postaw i zachowań zdrowotnych rodziców-osób sprawujących opiekę nad dzieckiem.³²

W świetle aktualnych wypowiedzi WHO informujących, że stan zdrowia jamy ustnej pozostaje w związku ze stanem zdrowia całego organizmu i jakości życia człowieka, w promocji zdrowia szczególny nacisk winno się położyć na styl życia (m.in. na higienę, dietę).³³

Udowodniono, że skuteczność indywidualnej edukacji rodziców, dotyczącej zasad właściwego odżywiania dzieci i utrzymania higieny jamy ustnej, prowadzonej w gabinecie stomatologicznym jest znacznie większa w porównaniu z innymi metodami.¹⁸

4. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w gminie zgłaszającej program lub innych jednostkach samorządu terytorialnego

Gmina Żary o statusie miejskim nie była realizatorem podobnego programu polityki zdrowotnej do roku 2015. W roku tym gmina zrealizowała program profilaktyki próchnicy w klasach I-III szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim, natomiast w latach 2016-2019 program profilaktyki próchnicy w klasach I-II żarskich szkół podstawowych. Ponadto w roku 2014 wszystkie szkoły, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim realizowały programy dotyczące edukacji zdrowotnej z zakresu higieny jamy ustnej w celu podniesienia poziomu wiedzy prozdrowotnej zapobiegającej próchnicy u dzieci. Programy te finansowane były w ramach dotacji z budżetu Gminy Żary o statusie miejskim.

W Polsce realizowane są programy polityki zdrowotnej promujące profilaktykę z zakresu zapobiegania próchnicy m.in. w: Sopocie, gminie Sędziszów Małopolski, mieście Kościerzyna, gminie Słupsk, mieście Ostrów Wielkopolski, gminie Strzegom.

5. Koszt realizacji

a) Szacunkowe koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy brutto wykonania jednego świadczenia (koszt zakupu szczoteczki, pasty z fluorem, kubeczka; koszt diagnostycznego badania stomatologicznego; koszt obsługi programu) – 65,00 zł.

2. Koszt jednostkowy spotkania edukacyjno-informacyjnego z rodzicami - 300,00 zł.

b) Planowane koszty całkowite

| Rodzaj kosztów | rok szkolny 2020/2021 (liczba dzieci 849) | rok szkolny 2021/2022 (liczba dzieci 849) | rok szkolny 2022/2023 (liczba dzieci 849) |
|---------------------------------|--|---|---|
| koszt wykonania świadczenia | 849 dzieci x 65zł/świadczenia = 55 185,00 zł | 849 dzieci x 65 zł/świadczenia = 55 185,00 zł | 849 dzieci x 65 zł/świadczenie = 55 185,00 zł |
| koszt przeprowadzenia spotkania | 2 spotkania x (300 zł x 8 szkół) = 4 800 zł | 2 spotkania x (300 zł x 8 szkół) = 4 800 zł | 2 spotkania x (300 zł x 8 szkół) = 4 800 zł |
| Razem koszt programu | 59 985,00 zł | 59 985,00 zł | 59 985,00 zł |

W powyższej tabeli wskazano po dwa spotkania przypadające na poszczególne lata szkolne 2020/2021, 2021/2022 i 2022/2023 w rozbiciu na klasy I i II z uwagi na prognozowaną większą liczbę uczniów.

c) Źródła finansowania, partnerstwo

Program finansowany będzie ze środków własnych Gminy. Przy czym` założono możliwość ubiegania się o środki z Narodowego Funduszu Zdrowia, które zgodnie z art. 48d ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) mogą stanowić 40% środków przewidzianych na realizację programu.

d) Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Wytworzenie zdrowego środowiska, promowanie zdrowej żywności, jak również edukacja dotycząca zdrowia jamy ustnej i wprowadzenie grupowych metod profilaktyki skutkuje zwiększeniem świadomości uczniów, chroni ich przed niekorzystnymi wpływami oraz wytwarza namiastkę zdrowego życia w sytuacji, gdy dom rodzinny nie jest w stanie tego zapewnić.¹

Tylko dzięki regularnie przeprowadzanym zabiegom profilaktycznym, edukacji prozdrowotnej dzieci i rodziców stan zdrowia jamy ustnej może się poprawić.²²

6. Monitorowanie i ewaluacja

a) Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu zostanie dokonana na podstawie comiesięcznej telefonicznej weryfikacji prowadzonej przez pracownika urzędu w zakresie procentowej liczby dzieci przystępujących do programu w stosunku do populacji, która jest uprawniona do udziału w programie.

b) Ocena jakości świadczeń w programie

Jakość świadczeń w programie oceniana będzie na podstawie przeprowadzonej ankiety (załącznik nr 2) wypełnionej przez rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w programie.

c) Ocena efektywności programu

Jednostka realizująca program składała będzie sprawozdanie merytoryczno-finansowe kończące program (załącznik nr 4).

7. Okres realizacji programu

Planowany okres realizacji programu przypada na wrzesień – grudzień 2020-2022r.

8. Podstawa prawna

- ustawa z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2019 r. poz. 506 z późn. zm.)
- ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.).

Sporządziła:
Joanna Harasim
Inspektor w Wydziale Spraw Społecznych

Cytowane prace

- ¹ Stodolak A., Fuglewicz A., „Zapobieganie próchnicy u dzieci i młodzieży oraz promocja zdrowia jamy ustnej – rola pracowników służby zdrowia”, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, Tom 20, Nr 1, s. 76-81, <http://www.monz.pl>
- ² pod red. A. Oblacinskiej i W. Ostreży, „Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej”, *Poradnik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych pracujących w szkołach różnych typów*, Instytut Matki i Dziecka Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa 2003, s. 16
- ³ Informacje na temat próchnicy, Powiedz STOP próchnicy już DZIŚ – dla zdrowych zębów w przyszłości Central and Eastern European Chapter, <http://www.AllianceForCavityFreeFuture.org>
- ⁴ Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013-2015, Program na lata 2013-2015, Minister Zdrowia, s.9
- ⁵ Dane epidemiologiczne z badań prowadzonych w ramach „Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej” przez Zakład Stomatologii Zachowawczej Instytutu Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Katedrę Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (2010-2012)
- ⁶ www.pediatria.mp.pl/pielegnacja/67645,profilaktyka-stoamtologiczna-prochnicy-zebow-mlecznych-i-stalych
- ⁷ World Health Organization, Report on Oral Health, 2003, http://www.who.int/oral_helath/media/en/orh_report03_en.pdf
- ⁸ Musimy poważnie zająć się próchnicą – niepokojące wyniki najnowszego raportu, Powiedz STOP próchnicy już DZIŚ – dla zdrowych zębów w przyszłości Central and Eastern European Chapter, <http://www.AllianceForCavityFreeFuture.org>
- ⁹ Michalak M. Rzecznik Praw Dziecka, Wystąpienie z 01. Sierpnia 2012r. do Ministra Zdrowia, http://www.brpd.pl/sites/default/files/rpd_stare/wystapienia/wyst_2012_08_01_mz.pdf
- ¹⁰ Raport Ipsos z „Badań przesiewowego stanu uzębienia wśród dzieci ze szkół podstawowych”, w ramach programu „Chroń Dziecięce Uśmiechy” (marzec 2014r.), Wrigley Poland, Polski Czerwony Krzyż, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, Informacja prasowa, Warszawa, 11.03.2014r., http://www.pck.pl/media/repository/2014/cz1/80p_dzieci_ze_szkol_podstawowych_ma_prochnice_wyniki_raportu__Ipsos_CDU_11032014.pdf
- ¹¹ Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013-2015, Program na lata 2013-2015, Minister Zdrowia, s. 7
- ¹² Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, załącznik do uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r., s. 45
- ¹³ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii dla województwa lubuskiego, Tabela 3.1.8. s. 68 i Tabela 3.1.9. s. 70
- ¹⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. z 2016r. poz. 1492)
- ¹⁵ Zarządzenie Wojewody Lubuskiego z dnia 31 sierpnia 2018r. w sprawie ustalenia Priorytetów dla Regionalnej Polityki zdrowotnej Województwa Lubuskiego na lata 2019-2021

-
- ¹⁶ Dentyści wracają do szkół? Ministerstwo Zdrowia wyjaśnia, www.stomatologia.mp.pl/aktualności/164547,dentyści-wroca-do-szkol-ministerstwo-zdrowia-wyjasnia
- ¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. z 2017r., poz. 193 z późn. zm.)
- ¹⁸ www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/stoamtologia-dziecięca/
- ¹⁹ Najwyższa Izba kontroli, NIK o opiece stomatologicznej w Polsce, 2013.09.03, <http://www.nik.gov.pl/aktualności/nik-o-opiece-stomatologicznej-w-polsce.html>
- ²⁰ Kulawa opieka nad zdrowym uśmiechem, 22.03.2017r., www.stomatologia.mp.pl/higiena-i-zabiegi-estetyczne/161162,kulawa-opieka-nad-zdrowym-umiechem
- ²¹ Ruszył nabór do projektu „Dzieciństwo bez próchnicy”, Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/ruszylnabor-do-projektu-dziecinstwo=bez-prochnicy>
- ²² Strużycka I., Wierzbicka M, Jodłowska E., Rusyan E., Ganowicz E., Fidecka M., Stan zdrowia jamy ustnej oraz potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci w wieku 6 lat w Polsce w roku 2012, Przegląd Epidemiologiczna 2014; 68: 139-142, Narodowy Instytut Zdrowia – Państwowy Zakład Higieny, s. 141
- ²³ Janus S., Olczak-Kowalczyk D., Wysocka M., Rola lekarzy nie stomatologów w zapobieganiu próchnicy wczesnego dzieciństwa, Borgis - Nowa Pediatria, 1/2011, 6-14
- ²⁴ Rodakowska E, Zakład Stomatologii Zachowawczej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
- ²⁵ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej, Sekcji Stomatologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Konsultanta Krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej próchnicy zębów dzieci i młodzieży, www.rekomendacje-fluor-mz-ost.4.docx
- ²⁶ Czy leczenie u dziecka zębów mlecznych jest konieczne?, lek. stom. Wioletta Bereziewicz, Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych CMUJ w Krakowie, Zakład Stomatologii Zintegrowanej CMUJ w Krakowie, europejskie Centrum Profilaktyki w Krakowie, www.pediatra.mp.pl/lista/64049,leczenie-zebow-mlecznych-czy-konieczne
- ²⁷ prof. dr hab. n. med. Urszula Kaczmarek, przewodnicząca Środkowo-Wschodnioeuropejskiego Oddziału ACFF, Musimy poważnie zająć się próchnicą – niepokojące wyniki najnowszego raportu, Powiedz STOP próchnicy już DZIŚ – dla zdrowych zębów w przyszłości Central and Eastern European Chapter, <http://www.AllianceForCavityFreeFuture.org>
- ²⁸ prof. dr hab. Med. Barbara Adamowicz-Klepalska, Konsultant Krajowy w Dziedzinie Stomatologii Dziecięcej, Raport Ipsos z „Badań przesiewowego stanu uzębienia wśród dzieci ze szkół podstawowych”, w ramach programu „Chroń Dziecięce Uśmiechy” (marzec 2014r.), Wrigley Poland, Polski Czerwony Krzyż, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, Informacja prasowa, Warszawa, 11.03.2014r., http://www.pck.pl/media/repository/2014/cz1/80p_dzieci_ze_szkol_podstawowych_ma_prochnice_wyniki_raportu__Ipsos_CDU_11032014.pdf
- ²⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. z 2016r. poz. 1492)
- ³⁰ Zarządzenie Wojewody Lubuskiego z dnia 16 sierpnia 2016r. w sprawie ustalenia Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Lubuskiego

³¹ Chłapowska J. Gerreth K., Pilipczuk-Paluch K., Borysewicz-Lewicka M, Ocena dynamiki próchnicy u 6-letnich dzieci z województwa lubuskiego, Klinika Stomatologii Dziecięcej Katedry Stomatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Dent. Med. Probl. 2012, 49, 2, 166-172

³² Informacja Ministra Zdrowia Podsekretarza Stanu Aleksandra Soplińskiego do Rzecznika Praw Pacjenta Krystyny B. Kozłowskiej z dnia 03.04.2014r., MZ-MD-L-420-2532-75/EHM/14

³³ Ziętek Marek, Fundacja Rozwoju Zdrowia Jamy Ustnej, Konsensus grupy ekspertów nad auspicjami Fundacji Promocji Jamy Ustnej w sprawie promocji zdrowia jamy ustnej i profilaktyki fluorkowej próchnicy zębów, Warszawa, grudzień 2014r.

ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Ja.....zam.....
wyrażam zgodę/ nie wyrażam* zgody na udział mojego dziecka

imię i nazwisko dziecka
w programie profilaktyki próchnicy dla dzieci z klas I-II szkół podstawowych w mieście Żary.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji świadczeń objętych programem.

Oświadczam również, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich i dziecka danych osobowych do celu realizacji programu.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Miejskim w Żarach jest Burmistrz Miasta Żary z siedzibą przy pl. Rynek 1-5, 68-200 Żary.
2. Z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Urzędzie Miejskim w Żarach można się skontaktować pisemnie na adres siedziby Administratora lub mailowo: iod@um.zary.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym ze realizacją świadczeń w ramach „Programu profilaktyki próchnicy dla dzieci z klas I-II szkół podstawowych w mieście Żary”, na podstawie art. 9 ust. 2 ppkt a) i h) RODO w zw. z art. 48 i 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.
6. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
7. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla celów związanych z realizacją w/w programu.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

ANKIETA

Szanowni Państwo,

uprzejmię prosimy o wypełnienie ankiety związanej z realizacją programu profilaktycznego z zakresu zapobiegania próchnicy prowadzonego przez Gminę Żary o statusie miejski, w którym uczestniczy Państwa dziecko. Uzyskane informacje posłużą do przygotowania dalszych działań związanych z promocją zdrowia jamy ustnej. Ankieta jest anonimowa, nie wymaga podawania imienia i nazwiska.

1. W jakim wieku dziecko po raz pierwszy było u stomatologa?

2. Jak często dziecko odbywa wizyty kontrolne u stomatologa?

częściej niż raz na pół roku rzadziej niż raz na pół roku

3. Czy dziecko miało usuwane zęby z powodu próchnicy?

TAK NIE

4. Czy Państwa dziecko szczotkuje zęby?

TAK NIE

5. Ile razy dziennie Państwa dziecko szczotkuje zęby?

3 i więcej razy dziennie 1-2 razy dziennie

rzadziej niż 1 raz dziennie nie myje zębów

6. Czy chcieliby Państwo, aby przynajmniej raz w roku przeglądy stomatologiczne odbywały się w szkole?

TAK NIE

7. Czy znają Państwo skutki wynikające z złej higieny jamy ustnej?

TAK NIE

8. Jakie produkty do higieny jamy ustnej dziecko stosuje?

pasta z fluorem nić dentystyczna

płyn do ust szczoteczki międzyzębowe

9. Kiedy według Państwa należy zacząć dbać o higienę jamy ustnej dzieci?

przed pojawieniem się pierwszych zębów około 6 m-ca życia

około 3 roku życia około 6 roku życia

10. Jak oceniają Państwo dostępność usług stomatologicznych?

.....

11. Czy uważa Pan/Pani, że uczestnictwo w Programie było korzystne dla zdrowia Pana/Pani dziecka?

TAK RACZEJ TAK

NIE RACZEJ NIE

NIE WIEM

12. Czy uczestnictwo w programie zwiększyło Pana/Pani wiedzę w zakresie profilaktyki stomatologicznej?

TAK RACZEJ TAK

NIE RACZEJ NIE

NIE WIEM

13. Jak ocenia Pan/Pani zaangażowanie personelu medycznego realizującego program?

DOBRZE RACZEJ DOBRZE

ŹLE RACZEJ ŹLE

NIE WIEM

KARTA UCZESTNIKA PROGRAMU

Imię i nazwisko:

Szkoła podstawowa/klasa.....

1. Ocena stanu uzębienia:

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|----|-----|----|---|---|----|-----|----|---|---|---|---|
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | V | IV | III | II | I | I | II | III | IV | V | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|----|-----|----|---|---|----|-----|----|---|---|---|---|
| | | | V | IV | III | II | I | I | II | III | IV | V | | | |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

(cyfry I-V oznaczają zęby mleczne, 1-8 zęby stałe)

Oznaczenie symboli używanych w diagramie:

Z – ząb zdrowy
 U – ząb usunięty
 W – ząb wypełniony
 T – uraz

N – ząb niewyrżnięty
 E – ząb do usunięcia
 P – ząb do wypełnienia
 F – uszczelnienie bruzd

Wskaźnik PUW :

NISKI (dobry) WYSOKI (zły)

Wskaźnik puw:

NISKI (dobry) WYSOKI (zły)

PUW/puw – liczba zębów z próchnicą usuniętych lub wypełnionych

2. Przyzębie

ZDROWE CHORE

3. Zgryz

PRAWDŁOWY NIEPRAWDŁOWY

4. Stan higieny jamy ustnej

DOBRY ZŁY

5. Wskazania i zalecenia

.....

Data

.....

(Podpis i pieczętka lekarza)

Załącznik do sprawozdania końcowego
w programie polityki zdrowotnej
"Program profilaktyki próchnicy dla dzieci z klas I-II szkół podstawowych w mieście Żary"

.....
(pieczęć szkoły)

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że realizator „Programu profilaktyki próchnicy dla dzieci z klas I-II szkół podstawowych w mieście Żary”

(nazwa realizatora)

Zrealizował w roku na terenie szkoły spotkania informacyjno-edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych zgodnie z następującym harmonogramem:

| Edukacja zdrowotna | Data przeprowadzenia edukacji zdrowotnej | Liczba uczestników edukacji zdrowotnej |
|---|---|---|
| Spotkania informacyjno-edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych | | |

.....
(pieczęć i podpis realizatora programu)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora)

.....
(pieczęćka firmowa)

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ SPRAWOZDANIA KOŃCOWEGO MERYTORYCZNO-FINANSOWEGO

„PROGRAMU PROFILAKTYKI PRÓCHNICY DLA DZIECI Z KLAS I-II SZKÓŁ PODSTAWOWYCH W MIEŚCIE ŻARY”

I. Informacje ogólne

1. Czy świadczenia były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą Żary o statusie miejskim a Realizatorem programu?
 TAK NIE
2. Czy świadczenia udzielane były przez osoby wskazane w ww. umowie?
 TAK NIE

II. Informacje o programie

1. Okres realizacji świadczeń:

2. Zrealizowane działania informacyjno-edukacyjne:

3. Liczba uczestników programu:

4. Narzędzia monitorowania zastosowane do bieżącej kontroli realizacji programu:

| |
|--|
| |
|--|

5. Wyniki realizacji programu:

| | |
|--|--|
| Liczba przeprowadzonych spotkań informacyjno-edukacyjnych z rodzicami | |
| Liczba uczestników programu, u których wykonano diagnostyczne badanie stomatologiczne | |
| Liczba przeprowadzonych sesji instruktażowych higieny jamy ustnej | |
| Liczba wydanych kart uczestnika programu | |
| Ilość materiałów dydaktycznych przekazanych uczestnikom programu (proszę wymienić wg rodzaju): - - | |
| Ilość pozostałych materiałów wykorzystanych do realizacji programu (proszę wymienić wg rodzaju): - - | |

6. Wnioski z realizacji programu:

| |
|--|
| |
|--|

III. Rozliczenie finansowe programu:

| | |
|--|--|
| 1. Koszt realizacji programu zgodnie z zawartą umową: | |
| 2. Kwota wydatkowana na realizację programu: | |
| 3. Wysokość kwoty, która nie została wykorzystana w programie nie wykorzystano z powodu: | |

IV. Dodatkowe informacje:

.....
.....
.....

V. Załączniki:

(materiały informacyjno-edukacyjne wykorzystywane w programie, informacje prasowe, publikacje i in.)

1.
2.
3.

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
reprezentowania Realizatora programu