

**UCHWAŁA NR VI/41/2024
RADY GMINY GNIEWINO**

z dnia 18 września 2024 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Program profilaktyki próchnicy
zębów w populacji dzieci szkół podstawowych w Gminie Gniewino na lata 2025-2029”.**

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 i 8 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 609 ze zm.), art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146); art.114 ust. 1 pkt 1 i 115 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 779),

**Rada Gminy Gniewino
uchwala, co następuje:**

§ 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej pod nazwą „**Program profilaktyki próchnicy zębów w populacji dzieci szkół podstawowych w Gminie Gniewino na lata 2025-2029**” stanowiący załącznik do niniejszej Uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Gniewino.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Gminy

Krystian Treder

Załącznik do uchwały Nr VI/41/2024
Rady Gminy Gniewino
z dnia 18 września 2024 r.

AKCEPTUJĘ

.....
data, oznaczenie¹⁾ oraz
podpis osoby
zatwierdzającej program
polityki zdrowotnej
do realizacji oraz
wskazanie podstawy
akceptacji, jeżeli dotyczy



**Program profilaktyki próchnicy zębów w populacji dzieci szkół
podstawowych w Gminie Gniewino na lata 2025-2029**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych
(tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.)

Gniewino, 2024

¹⁾ Oznaczenie obejmuje imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.

Nazwa programu:

Program profilaktyki próchnicy zębów w populacji dzieci szkół podstawowych w Gminie Gniewino na lata 2025-2029.

Rekomendacja:

Program zgodny z rekomendacją nr 1/2020 z dnia 3 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

Okres realizacji programu: 2025-2029

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
dr n. o zdrowiu Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Kontynuacja/trwałość programu:

Program profilaktyki próchnicy nie był do tej pory realizowany w Gminie Gniewino.

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Gniewino
ul. Pomorska 8
84-250 Gniewino
Tel.: +48 58 670 66 11
e-mail: gniewino@gniewino.pl

Data opracowania programu: sierpień 2024

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	4
1. Opis problemu zdrowotnego:.....	4
2. Dane epidemiologiczne:	6
3. Opis obecnego postępowania	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	11
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	13
1. Cel główny:	13
2. Cele szczegółowe:.....	13
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:.....	13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	14
1. Populacja docelowa	14
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	14
3. Planowane interwencje:.....	15
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	22
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ...	23
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	24
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	24
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	25
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	26
1. Monitorowanie	26
2. Ewaluacja	26
V. Budżet programu polityki zdrowotnej	27
1. Koszty jednostkowe	27
2. Planowane koszty całkowite:	27
3. Źródło finansowania.....	28
Bibliografia.....	29

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego:

Próchnica definiowana jest jako miejscowe zniszczenie tkanki zęba przez kwasy organiczne produkowane przez bakterie. Diagnostykę procesu próchnicowego opiera się na kilku połączonych wynikach badań, do których należą: obecność aktywnej bakteryjnej płytki nazębnej na powierzchni zęba, zmiana w przezierności szkliwa i jego struktury na powierzchni oraz ubytek w zębie². Próchnica rozwija się kiedy procesy demineralizacyjne przeważają nad remineralizacyjnymi. W etiologii tej jednostki chorobowej podkreśla się wieloetapowość – początkowo w związku z utratą związków mineralnych pojawiają się zmiany na poziomie ultrastrukturalnym, przechodzące wraz z upływem czasu w otwarte ubytki szkliwa oraz dochodzące do miazgi zęba. Za końcowe stadium próchnicy uznaje się utworzenie ubytku³.

Pojawienie się próchnicy wymaga jednoczesnego występowania kilku określonych czynników etiologicznych, wśród których wymienia się⁴:

- obecność bakterii próchnicotwórczych w płytce nazębnej,
- podatne szkliwo (niedostateczną mineralizację tkanki zęba),
- obecność w jamie ustnej dostarczanych z dietą węglowodanów,
- czas (wolny rozwój procesu próchnicowego).

Do rozwoju próchnicy przyczynia się wiele mikroorganizmów, w tym głównie te bytujące w środowisku kwaśnym (niskie pH) i syntetyzujące kwasy organiczne, wielocukry oraz zewnątrzkomórkowe nierozpuszczalne dwucukry o dużej lepkości. Do drobnoustrojów próchnicotwórczych występujących w jamie ustnej człowieka zaliczane są Gram-dodatnie ziarenkowce (*Streptococcus mutans* i *Streptococcus sobrinus*) oraz Gram-dodatnie pałeczki (*Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus rhamnosus*, *Actinomyces* spp.). Za inicjowanie procesu próchnicowego odpowiada gatunek *Streptococcus mutans*, natomiast pozostałe wymienione gatunki sprzyjają pogłębianiu się ubytku⁵.

Próchnica zębów jest transmisyjną chorobą infekcyjną, uznawaną za współczesną chorobę cywilizacyjną. Wśród czynników ryzyka jej powstania u dzieci wymienia się⁶:

² Fejerskov O. i Kidd E.: Próchnica zębów. Choroba próchnicowa i postępowanie kliniczne, Urban&Partner, Wrocław 2006; 103-113.

³ Marsh PD, Martin M. Mikrobiologia jamy ustnej, PWN, Warszawa 1994.

⁴ Szymaniak E. Etiologia próchnicy. (w:) Jańczak (red.), Stomatologia Zachowawcza. Zarys Kliniczny. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1995, 157-177.

⁵ Shu M, Wong L, Miller JH, Sissons CH: Development of multi-species consortia biofilms of oral bacteria as an enamel and root caries model system. Arch Oral Biol. 2000; 45:27-40.

- czynniki socjodemograficzne: niski dochód rodziny, bezrobocie rodziców, niski poziom wykształcenia rodziców, zamieszkanie na terenie wiejskim, imigracja;
- czynniki dietetyczne: długi okres karmienia piersią, wysokie spożycie cukru w niemowlęctwie (w tym jedzenie i picie napojów zawierających cukier w nocy), częste spożywanie słodczy, jedzenie i picie soków owocowych lub słodkich napojów przed zaśnięciem, wysoka liczba oraz wątpliwa jakość odżywcza przekąsek, niskie spożycie magnezu, wysokie dzienne spożycie cukru, wysokie dzienne spożycie mleka, częste spożywanie gazowanych napojów;
- czynniki higieniczne: późny wiek rozpoczęcia szczotkowania zębów, zaniedbywanie codziennego szczotkowania zębów, niska częstotliwość szczotkowania zębów, brak udziału bądź nadzoru rodziców przy szczotkowaniu zębów, nieużywanie past z fluorem, zaniechanie czyszczenia zębów przed snem;
- czynniki związane z florą bakteryjną: obecność *Streptococcus mutans* (SM), obecność *Lactobacillus acidophilus* (LA), liczebność SM, transmisja bakterii matka – dziecko;
- inne czynniki: zła higiena jamy ustnej rodziców, zły stan uzębienia rodziców, niski poziom fluoru w wodzie, późny wiek pierwszego badania dentystycznego, nieregularne kontrole dentystyczne, częste zachorowania, stany gorączkowe i przyjmowanie leków w postaci lepkich syropów.

Aktualne metody stosowane w wykrywaniu próchnicy obejmują inspekcję wizualną i dotykową, radiografię oraz transiluminację. Ponadto w ciągu ostatnich 20 lat do wykrywania oraz ilościowego określania mineralnej zawartości szkliwa wprowadzono metody fluorescencji laserowej oraz indukowanej światłem, opierające się na różnicy w charakterystykach fluorescencji (utracie fluorescencji) zdemineralizowanego szkliwa z powodu rozproszenia światła w zmianie próchnicowej⁷.

Aby ocenić zaawansowanie procesu próchnicowego, najczęściej wykorzystuje się liczbę PUW/puw i jej składowe. Stan uzębienia oznacza się literami⁸:

- P/p – ząb z jednym lub kilkoma ubytkami próchnicy pierwotnej i/lub wtórnej, na powierzchni żującej lub gładkiej zęba, przy czym dno ubytku badane zgłębnikiem jest bardziej miękkie niż tkanki zęba, a miazga może być żywa lub martwa (ząb

⁶ Turska-Szybka A., Grudziąż-Sękowska J., Olczak-Kowalczyk D.: Czynniki ryzyka próchnicy wczesnego dzieciństwa i indywidualna ocena poziomu ryzyka na podstawie CAMBRA, *Nowa Stomatologia* 3/2011, s. 119-127.

⁷ Manton D., Drummond B., Kilpatrick N.: *Próchnica zębów*, W: A.C. Cameron, R.P. Widmer (red): *Stomatologia dziecięca*. Urban & Partner, Wrocław 2012, s. 39-52.

⁸ Broadbentcorresponding J.M., Thomson W.M., For debate: problems with the DMF index pertinent to dental caries data analysis, *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005 Dec; 33(6): 400–409.

z czasowym opatrunkiem traktuje się również jak próchniczy, natomiast do próchnicy nie kwalifikuje się zębów z plamami i przebarwieniami innego pochodzenia oraz z niedorozwojem szkliwa),

- U/u – ząb usunięty z powodu próchnicy (w uzębieniu mlecznym usunięty ząb rejestruje się tylko wtedy, kiedy jego brak występuje przed okresem fizjologicznej eksfoliacji),
- W/w – ząb z jednym lub więcej wypełnieniami, ale bez próchnicy wtórnej (ząb pokryty koroną z powodu próchnicy kwalifikuje się też jako wypełniony).

Zęby stałe oznacza się dużymi literami P, U, W, a mleczne małymi – p, u, w. Liczba PUW oznacza zatem sumę zębów stałych z aktywną próchnicą, usuniętych oraz wypełnionych z powodu próchnicy, natomiast liczba puw sumę zębów mlecznych z aktywną próchnicą, usuniętych oraz wypełnionych z powodu próchnicy⁹. Badając zjawisko próchnicy pod kątem epidemiologii wskazuje się także na częstość występowania (frekwencję) próchnicy - wylicza się ją przez pomnożenie przez 100 ilorazu liczby osób dotkniętych próchnicą ($PUW/puw > 0$) oraz liczby osób badanych. Ponadto do oceny skuteczności działań terapeutycznych stosuje się wskaźnik leczenia próchnicy (DTI – Dental Treatment Index)¹⁰.

2. Dane epidemiologiczne:

Choroby jamy ustnej, choć w dużej mierze można im zapobiegać, stanowią poważne obciążenie dla zdrowia w wielu krajach i dotyczą ludzi w różnym wieku, powodując ból, dyskomfort, oszpeccenie, a nawet śmierć. Szacuje się, że choroby jamy ustnej dotyczą prawie 3,5 miliarda ludzi. W raporcie WHO Global Oral Health Status Report (2022) oszacowano, że choroby jamy ustnej dotyczą blisko 3,5 miliarda ludzi na całym świecie, a 3 na 4 dotknięte nimi osoby żyją w krajach o średnich dochodach. Szacuje się, że na całym świecie 2 miliardy ludzi cierpi na próchnicę zębów stałych, a 514 milionów dzieci cierpi na próchnicę zębów mlecznych¹¹.

Stan uzębienia, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, powinien być oceniany maksymalnie w populacji dzieci 5-letnich, natomiast dopuszcza się ocenę stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci 6-7-letnich w krajach, w których w tym wieku rozpoczynana jest nauka w szkole. Jednakże podkreśla się, iż w tym wieku utracone siekacze mleczne nie powinny być uznawane za usunięte, gdyż trudno jest odróżnić prawidłową eksfoliację tych zębów od zębów utraconych z powodu próchnicy lub urazu¹². W Polsce w latach 2016-2019

⁹ Ibidem.

¹⁰ Słowik-Gabryelska A., Stępień-Słodkowska M., Częstość występowania próchnicy u dzieci, Prace Instytutu Kultury Fizycznej Nr 27, nr 631, 2010, s. 107-120.

¹¹ Global oral health status report [www.who.int]

¹² WHO: Oral health surveys: basic methods, 5th ed. World Health Organization. Switzerland, 2013.

85,1% dzieci było dotkniętych próchnicą, w tym u 84,0% badanych próchnica występowała w zębach mlecznych, a u 26,2% w niedawno wyrżniętych w zębach stałych. Przeciętnie liczba zębów mlecznych zaatakowana próchnicą wyniosła 4,96, a stałych 0,49. Niewiele przeprowadzono badań dotyczących stanu uzębienia u dzieci w wieku 7 lat, a ponadto oceną obejmowano tylko zęby mleczne. U 7-letnich dzieci duńskich frekwencja próchnicy w zębach mlecznych w 2005 r. wynosiła 6,2% i procesem chorobowych objętych było średnio 0,12 zęba. Natomiast w Szwajcarii przy częstotliwości występowania próchnicy w uzębieniu mlecznym wynoszącej 49% zmianami próchnicowymi objętych było 1,9 zęba. Ponad 3-krotnie większe niż kraju średnie wartości puwz stwierdzono u dzieci 7-letnich w Japonii i u dzieci 6-7-letnich w Niemczech^{13,14}.

Danych dotyczących rozpowszechnienia próchnicy w populacji dzieci w Polsce dostarczają liczne raporty powstałe w ramach realizacji ogólnopolskiego programu polityki zdrowotnej pn. „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020” oraz jego poprzednich edycji¹⁵. Częstość występowania próchnicy zębów, niezależnie od rodzaju uzębienia (puwz/PUWZ>0), zwiększa się od 41,1% w grupie dzieci w wieku 3 lat aż do 93,2% w wieku 18 lat. W odniesieniu do zębów mlecznych frekwencja próchnicy wzrasta ponad dwukrotnie w okresie 3-7 lat. Największy wzrost występowania próchnicy odnotowuje się między 3 a 5 rokiem życia – wzrost 1,9-krotny, tj. o 35,6%. Należy podkreślić, że choroba próchnicowa u najmłodszych dzieci dotyczy przede wszystkim zębów trzonowych mlecznych żuchwy oraz zębów trzonowych i siecznych szczęki. U dzieci w wieku 3 lat zębami najczęściej dotkniętym próchnicą były zęby trzonowe żuchwy (17,6% wszystkich badanych zębów z tej grupy), następnie zęby sieczne szczęki (13,2%) i zęby trzonowe szczęki (13,4%). W wieku 5 lat pojawia się także próchnica zębów stałych, występująca wyłącznie w pierwszych zębach trzonowych. W wieku 6 lat próchnica występowała prawie wyłącznie w pierwszych zębach trzonowych (w szczęcie – 6,4% prawych, 7,2% lewych, w żuchwie 8,6% prawych i 9,5% lewych). U dzieci w wieku 10 lat ubytki próchnicowe występowały w szczęcie już w 33,8% pierwszych trzonowych stałych prawych i 34,4% lewych, w żuchwie odpowiednio 41,2% i 41,5%¹⁶.

Wartości wskaźnika leczenia zachowawczego zębów mlecznych wskazują na zdecydowanie niewystarczające zaspokojenie potrzeb leczniczych. W odniesieniu do zębów mlecznych odsetek zaspokojonych potrzeb w zakresie leczenia zachowawczego waha się od

¹³ CAPP: Oral Health Country/Area Profile Project Malmoe University <https://capp.mau.se/countryareas/>.

¹⁴ World Health Organization. WHO expert consultation on public health intervention against early childhood caries: a report of a meeting, Bangkok, Thailand, 26-28 January 2016. World Health Organization, 2017. www.who.int/iris/handle/10665/255627. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¹⁵ Dane Ministerstwa Zdrowia [<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-jamy-ustnej>].

¹⁶ Choroba próchnicowa i stan tkanek przyzębia populacji polskiej. Podsumowanie wyników badań z lat 2016-2019, (red) D. Olczyk-Kowalczyk, Sekcja Druków Uczelnianych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2021.

7% u dzieci w wieku 3 lat do 31% w wieku 10 lat. Odsetki zaspokojonych potrzeb leczenia zębów stałych są zbliżone do odsetków zaspokojenia potrzeb leczenia próchnicy zębów mlecznych w okresie uzębienia mieszanego. W okresie uzębienia stałego są wyższe i wahają się od 41% u osób 12-letnich do 69 u 18-letnich. Podobnie jak w przypadku zaspokojenia potrzeb w zakresie leczenia zachowawczego próchnicy zębów dalece niewystraszająca jest realizacja procedury uszczelniania bruzd na powierzchniach żujących pierwszych zębów trzonowych stałych. W wieku 7 lat co najmniej jeden ząb pierwszy trzonowy stały z lakiem szczelinowym stwierdzono zaledwie u 18,7% dzieci¹⁷.

W województwie pomorskim w latach 2016-2019 badaniem objęto łącznie 711 osób w grupach wiekowych 3, 6, 7, 10, 12, 15 i 18 lat (z wyłączeniem osób w wieku 5 lat), obojga płci, mieszkających w rejonach miejskich i wiejskich. W województwie pomorskim częstość występowania próchnicy zębów, niezależnie od rodzaju uzębienia (puwz/PUWZ>0), zwiększa się od 36,8% w grupie dzieci w wieku 3 lat aż do 97,0% w wieku 18 lat. U dzieci 7-letnich jest to 73,7%). W odniesieniu do zębów mlecznych frekwencja próchnicy wzrasta 2,4-krotnie w okresie 3 lat od 3 do 6 roku życia. Największy wzrost występowania próchnicy zębów stałych odnotowuje się między 12 a 15 rokiem życia – wzrost o 33,0%. Odsetki badanych z obecnym co najmniej jednym zębem mlecznym z ubytkiem próchnicowym wzrastają wraz z wiekiem, od 36,9% w wieku 3 lat do 83,0% w wieku 6 lat. W uzębieniu stałym odsetek osób z co najmniej jednym zębem z ubytkiem próchnicowym wymagającym leczenia wzrasta z 77,6% w wieku 10 lat do 90,0% w wieku 15 lat i nieznacznie zmniejsza się w wieku 18 lat (67,0%). Aż 21,0% 18-latków utraciło ząb stały z powodu nieleczonej próchnicy. Niestety już wśród 7-letnich dzieci pojawiają się te z utraconym zębem stałym. Wartości wskaźnika leczenia zachowawczego zębów mlecznych wskazują na zdecydowanie niewystarczające zaspokojenie potrzeb leczniczych. Również dalece niewystraszająca jest realizacja procedury uszczelniania bruzd na powierzchniach żujących pierwszych zębów trzonowych stałych. W wieku 7 lat co najmniej jeden ząb pierwszy trzonowy stały z lakiem szczelinowym stwierdzono zaledwie u 2,50% dzieci (przy wartości dla kraju ok. 18,7%).

3. Opis obecnego postępowania

Leczenie stomatologiczne stanowi jeden z zakresów świadczeń gwarantowanych przysługujących pacjentom na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 31 ust. 3 ww. ustawy dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia (obok kobiet w ciąży i w okresie połogu) mają prawo do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń w porównaniu

¹⁷ Ibidem.

do pozostałych pacjentów¹⁸. Wykaz świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych znajduje się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Zgodnie z ww. aktem prawnym dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przysługują świadczenia ogólnostomatologiczne, natomiast dzieciom i młodzieży do ukończenia 19 roku życia – profilaktyczne świadczenia stomatologiczne. W pierwszej wymienionej grupie znajduje się m.in.¹⁹:

- lekarskie badanie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej (raz w roku),
- leczenie próchnicy powierzchniowej i początkowej,
- wizyta adaptacyjna (pierwsza wizyta stomatologiczna dziecka do lat 6),
- zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym (zęby szóste, raz do ukończenia 8 roku życia),
- lakierowanie zębów 1/4 łuku zębowego (zęby stałe, maksymalnie raz na 3 miesiące),
- usunięcie złogów nazębnych ze wszystkich zębów (maksymalnie raz na 6 miesięcy).

W drugiej grupie świadczeń (profilaktyka stomatologiczna) znajdują się działania profilaktyczne prowadzone w określonych grupach wiekowych: 6, 9 i 12 miesiąc życia oraz 2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 16 i 19 rok życia. W odniesieniu do dzieci 7-letnich jest to²⁰:

- 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 w zakresie funkcji żucia i gryzienia, a także wyrzynania zębów,
- profesjonalna profilaktyka fluorkowa zębów mlecznych i stałych.

¹⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.].

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 2148 z późn. zm.].

²⁰ Ibidem.

W związku ze skalą populacyjną problemu próchnicy Ministerstwo Zdrowia realizowało w ostatnich latach program polityki zdrowotnej pn. „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020”. Program stanowił kontynuację działań zainicjowanych w poprzednich okresach i opierał się na badaniach epidemiologicznych i socjomedycznych określonych grup wiekowych populacji. Wśród celów głównych wskazywano ocenę stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci oraz osób dorosłych, a także badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych warunkujących stan zdrowia stwierdzony w badaniach stomatologicznych²¹.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Próchnica stanowi istotny problem zdrowotny w populacji dzieci i młodzieży, co odzwierciedlają bardzo niepokojące wskaźniki epidemiologiczne opisane wyżej w części dotyczącej epidemiologii. Dostęp do usług w specjalizacji stomatologia ogólna dla dzieci i młodzieży finansowanych przez NFZ w Gminie Gniewino jest mocno ograniczony – zgodnie z danymi płatnika na rok 2024 w Gniewinie działa tylko jeden gabinet stomatologiczny realizujący ww. świadczenia i jest on czynny jedynie dwa razy w tygodniu²².

Przewidziane w programie badanie stomatologiczne wraz z instruktażem higieny jamy ustnej jest świadczeniem gwarantowanym, jednakże w związku z dużym rozpowszechnieniem problemu próchnicy zębów wśród dzieci realizacja wskazanych interwencji jest zasadna i będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń istniejących. Wszystkie wymienione w projekcie programu działania są zgodne z zaleceniami oraz rekomendacjami w zakresie profilaktyki stomatologicznej. Uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do ww. świadczeń spotka się z pozytywnym odbiorem społecznym i będzie istotnym wsparciem finansowym dla beneficjentów programu.

Dodatkowo należy podkreślić, że na niewystarczające działania w zakresie edukacji prozdrowotnej i profilaktyki, a w szczególności brak odpowiednich programów profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia wskazuje Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Instytucja ta również zwraca uwagę na niewystarczający dostęp do profilaktycznych świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych, z których w roku 2011 skorzystało niespełna 3% populacji dzieci i młodzieży. NIK w swoim raporcie wskazuje, iż nieodzownym w walce z problemem próchnicy jest zaangażowanie m.in. jednostek samorządów terytorialnych, czego wyrazem jest zaplanowany przez Gminę Gniewino program polityki zdrowotnej²³.

²¹ Dane Ministerstwa Zdrowia. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020 [dokument elektroniczny: www.mz.gov.pl].

²² Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl].

²³ Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych, Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, KZD-4101-04/2012, Nr ewid. 131/2013/P/12/124/K.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe i regionalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030r.²⁴: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025²⁵: Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁶;
4. Wojewódzki plan transformacji dla województwa pomorskiego na lata 2022-2026²⁷.

²⁴ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].

²⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

²⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

²⁷ Obwieszczenie Wojewody Pomorskiego z dnia 21 grudnia 2021 r. w sprawie zatwierdzenia Wojewódzkiego Planu Transformacji na lata 2022-2026 [Poz. 5058].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci uczestniczących w programie.

2. Cele szczegółowe:

- 1) Podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych w zakresie próchnicy u dzieci i ich rodziców.
- 2) Zwiększenie liczby dzieci stosujących się do zasad prawidłowych technik higieny jamy ustnej.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

Cel	Miernik efektywności
Główny	Liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych i PUW dla zębów mlecznych, w stosunku do wszystkich uczestniczących w programie dzieci.
1 Szczegółowy	Liczba osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych nakierowanych na niwelowanie próchnicy w odniesieniu do wszystkich osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych.
2 Szczegółowy	Liczba dzieci szczotkujących zęby przynajmniej dwukrotnie w ciągu dnia i/lub stosujących płukanki w stosunku do wszystkich uczestników programu.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do populacji dzieci uczęszczających do szkół podstawowych w gminie Gniewino. Zgodnie z danymi GUS populacja ta liczy ok. 800 dzieci. Działaniami z zakresu edukacji zdrowotnej planuje się objąć programem corocznie ok. 120 dzieci z populacji docelowej oraz ok. 120 osób, będących rodzicami małoletnich beneficjentów programu. Badaniem stomatologicznym w ramach wizyty kwalifikacyjnej zostaną objęte wszystkie ww. dzieci (ok. 120 rocznie). Działaniem w ramach profilaktyki stomatologicznej zostaną objęte dzieci, które nie znajdują się pod stałą opieką stomatologa w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Szacuje się, że będzie to ok. połowy ww. populacji tj. ok. 60 dzieci rocznie. Świadczenia w programie będą udzielane wg kolejności zgłoszeń.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Interwencja	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Wizyta kwalifikacyjna	• uczęszczanie do szkoły podstawowej w gminie Gniewino • zamieszkiwanie na terenie Gminy Gniewino • pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na przeprowadzenie działań realizowanych w ramach programu	-
Działania informacyjno-edukacyjne	• uczęszczanie do szkoły podstawowej w gminie Gniewino lub pozostawanie rodzicem/opiekunem prawnym dziecka uczęszczającego do szkoły podstawowej w gminie	-

	Gniewino • zamieszkiwanie na terenie Gminy Gniewino	
Szkolenia dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w programie	• pozostawanie rodzicem/opiekunem prawnym dziecka uczęszczającego do szkoły podstawowej w gminie Gniewino	-
Świadczenia profilaktyki stomatologicznej	• uczęszczanie do szkoły podstawowej w gminie Gniewino • zamieszkiwanie na terenie Gminy Gniewino • kwalifikacja do świadczeń podczas wizyty kwalifikacyjnej	• znajdowanie się pod stałą opieką stomatologa w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych (oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego)
Wizyta kontrolna	• uczęszczanie do szkoły podstawowej w gminie Gniewino • zamieszkiwanie na terenie Gminy Gniewino • uczestnictwo z świadczeniach profilaktyki stomatologicznej	• znajdowanie się pod stałą opieką stomatologa w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych (oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego)

3. Planowane interwencje:

1) Wizyta kwalifikacyjna

- wywiad i badanie stomatologiczne w celu identyfikacji osób przynależących do grup wysokiego ryzyka bądź obecności zachowań, które determinują wzrost ryzyka wystąpienia próchnicy (nadmiernie spożywanie żywności bogatej w cukry, obecność niedoborów wapnia i witaminy D, wiek rozpoczęcia szczotkowania zębów, częstotliwość szczotkowania zębów, częstotliwość wizyt kontrolnych, użytkowanie past i płukanek zawierających fluor),
- ocena stanu uzębienia dziecka dokonana w oparciu o wskaźniki PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych,

- edukacja zdrowotna dziecka – zaprezentowanie poprawnych technik szczotkowania zębów, przekazanie informacji o sposobach utrzymania dobrego stanu zdrowia jamy ustnej, poinformowanie o prozdrowotnych nawykach higienicznych i żywieniowych w profilaktyce próchnicy (wraz z badaniem poziomu wiedzy dziecka przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych),
- badanie jakości udzielonych świadczeń (ankieta satysfakcji pacjenta skierowana do rodziców),
- zakwalifikowanie dziecka do profilaktyki stomatologicznej (dzieci niebędące pod stałą opieką poradni stomatologicznej, dzieci, które nie miały dotychczas wykonywanego zabiegu lakowania oraz dzieci, u których doszło do częściowej/całkowitej utraty laku),
- zalecenie rodzicom/opiekunom prawnym podjęcia leczenia stomatologicznego u dziecka wraz z wskazaniem konkretnych podmiotów leczniczych, do których mogą się w tym celu zgłosić,
- wypełnienie karty uczestnika Programu (załącznik 1, pkt. I-III) oraz oceny wskaźników puw/PUW (załącznik 2);

2) Działania informacyjno-edukacyjne

- informacje na temat programu oraz działań edukacyjnych powinny być przekazywane za pośrednictwem mediów społecznościowych oraz innych dostępnych środków masowego przekazu (opcjonalnym jest przygotowanie broszur z informacjami na temat programu i istoty działań profilaktycznych nakierowanych na próchnicę w populacji dzieci),
- personel medyczny powinien przekazywać rodzicom/opiekunom prawnym pacjentów informację na temat dostępności programu oraz korzyści płynących z udziału w nim podczas udzielania świadczeń,
- formę i czas prowadzenia ww. działań należy dostosować do miejsca i wieku uczestników,
- kampania edukacyjno-informacyjna nakierowana na podniesienie świadomości populacji ogólnej nt. próchnicy powinna dotyczyć: korzyści wynikających z wdrażania do codziennej praktyki działań profilaktycznych, takich jak częste szczotkowanie czy stosowanie płukanek zawierających fluor,

głównych czynników ryzyka występowania próchnicy w populacji, szkód wynikających z nieuczęszczania na regularne wizyty u stomatologa, skutków zdrowotnych uszkodzenia zębów przez zmiany próchnicze,

- należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji,
- w przypadku kiedy dostępne są gotowe materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności je wykorzystać;

3) Szkolenia dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w programie – szkolenia w zakresie technik prawidłowego szczotkowania zębów oraz dbania o higienę jamy ustnej realizowane podczas wizyty kwalifikacyjnej

- szkolenia powinny realizować określoną tematykę związaną z próchnicą: korzyści płynące z kontrolnych wizyt stomatologicznych, produkty i środki higieny jamy ustnej jakie należy stosować u dzieci w celu zahamowania rozwoju próchnicy, skutki zdrowotne nieleczonej próchnicy u dzieci i młodzieży, korzyści płynące z profilaktyki stomatologicznej już od najmłodszych lat życia dziecka;

4) Profilaktyka stomatologiczna - zabezpieczenie lakiem szczelinowym bruzd zębów szóstych u dzieci, które nie miały dotychczas wykonywanego zabiegu, oraz u dzieci, u których doszło do częściowej/całkowitej utraty laku;

- wypełnienie karty uczestnika Programu (załącznik 1, pkt. IV).

5) Wizyta kontrolna

- przegląd stomatologiczny po 3-4 miesiącach od zabiegu lakowania,
- ocena stanu uzębienia dziecka dokonana w oparciu o wskaźniki PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych,
- wypełnienie oceny wskaźników puw/PUW (załącznik 2) oraz karty uczestnika Programu (załącznik 1, pkt. V).

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Uszczelnianie bruzd zębów trzonowych jest rekomendowane jako metoda profilaktyki próchnicy przez grupę polskich ekspertów pod auspicjami Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej ²⁸, a także przez następujące organizacje międzynarodowe²⁹:

- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2016³⁰;
- American Dental Association (ADA) 2016³¹;
- The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2014³²;
- Oral Health Services Guideline Initiative (OHSOI) 2010³³.

Według Światowej Federacji Dentystycznej (FDI - World Dental Federation) we współczesnej stomatologii największy nacisk musi być położony na minimalnie interwencyjną stomatologię opartą na czterech zasadach: remineralizacji zmiany próchnicowej, redukcji próchnicotwórczych bakterii w celu eliminacji ryzyka dalszej demineralizacji zmiany i powstania ubytku tkanek, naprawie wypełnienia zamiast wymiany i kontroli choroby próchnicowej. Celem realizacji tych zasad konieczna jest ocena indywidualnego ryzyka próchnicy, rozpoznanie wczesnych zmian próchnicowych oraz określenie progresji bardziej zaawansowanych zmian próchnicowych na podstawie rentgenogramów³⁴.

Zgodnie ze stanowiskiem grupy ekspertów pod auspicjami Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej w zapobieganiu próchnicy istotną rolę odgrywa dokładność oczyszczania zębów i jamy ustnej (odpowiedni stan higieny jamy ustnej), ograniczenie częstości spożycia pokarmów, bądź płynów zawierających cukier, do nie więcej niż 4 posiłków dziennie oraz regularne uzupełnianie zasobu jonów fluorkowych w jamie ustnej (ślinie) w otoczeniu powierzchni zęba. Ponadto dzieci i osoby dorosłe o wysokim narażeniu na czynniki ryzyka próchnicy potrzebują uzupełnienia podstawowych działań profilaktycznych dodatkowymi zabiegami prewencyjnymi, takimi jak nadzorowane szczotkowanie zębów lub płukanie jamy ustnej związkami fluoru, profesjonalne mechaniczne oczyszczanie zębów (usuwanie płytki), aplikacja lakierów fluorkowych lub żeli oraz uszczelnianie bruzd pierwszych zębów trzonowych³⁵.

²⁸ Adamowicz-Klepalska B. i in., Konsensus grupy ekspertów pod auspicjami Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej w sprawie promocji zdrowia jamy ustnej i profilaktyki fluorkowej próchnicy zębów, Warszawa 2004.

²⁹ Brydak L.: Można i należy..., op.cit., s. 239.

³⁰ Evidence-based Clinical Practice Guideline for the Use of Pit-and-Fissure Sealants, American Academy of Pediatric Dentistry, Reference Manual V 38 / No 6, 2016.

³¹ Ibidem.

³² Dental interventions to prevent caries in children, A national clinical guideline, The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, march 2014.

³³ Pit and Fissure Sealants, Evidence-based guidance on the use of sealants for the prevention and management of pit and fissure caries, Oral Health Services Guideline Initiative 2010.

³⁴ Kaczmarek U: Minimalnie interwencyjne leczenie stomatologiczne – przegląd piśmiennictwa. Czas Stomatol 2007; LX, 6: 367-376.

³⁵ Adamowicz-Klepalska B. i in., Konsensus grupy ekspertów..., op.cit.

Zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej (PTSD) podstawą w profilaktyce próchnicy są: prawidłowe odżywianie, dbałość o higienę jamy ustnej oraz stosowanie środków profilaktycznych zawierających fluorki³⁶.

Zgodnie ze stanowiskiem polskich ekspertów dotyczącym zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej właściwy sposób odżywiania i odpowiednio zbilansowana dieta są podstawowymi elementami profilaktyki próchnicy. W opinii specjalistów karmienie wyłącznie mlekiem kobiecym przez pierwsze sześć miesięcy życia i prawidłowa suplementacja witaminy D zapewniają dostarczenie wszystkich składników niezbędnych dla procesu formowania i mineralizacji zawiązków zębów. Wyrzynanie zębów mlecznych rozpoczyna się w drugim półroczu życia dziecka, a demineralizacji szkliwa i próchnicy zębów sprzyja nieoczyszczanie powierzchni zębów z resztek pokarmu oraz zbyt częste i nadmiernie długie karmienie dziecka lub karmienie przed snem (również przed drzemką w ciągu dnia) oraz w nocy, kiedy ilość wydzielanej śliny jest mniejsza, niż w ciągu dnia. Po ukończeniu drugiego roku życia korzystne jest spożywanie 4-5 posiłków w ciągu dnia, unikanie dodatkowych przekąsek i zachowanie co najmniej 2-godzinnych przerw między posiłkami, aby umożliwić ślinie neutralizację kwasów oraz naprawę szkliwa. W profilaktyce próchnicy dzieci zalecane jest spożywanie: produktów zawierających błonnik (twardych, surowych warzyw oraz owoców, ziaren zbóż i produktów pełnoziarnistych), produktów mlecznych (zwłaszcza twardych serów, które zawierają wapń i fosfor niezbędny do remineralizacji i lipidy tworzące na powierzchni zębów powłokę ochronną przed działaniem kwasów, a także stymulują wydzielanie śliny) oraz produktów bogatych w białko (mięso, drób, ryby, jaja), będących źródłem fosforu oraz zawierających białka bogate w argininę (związek wykazujący zdolność szybkiego podwyższania pH). Ponadto w pierwszych dwóch latach życia nie zaleca się dodawania cukru do posiłków i przekąsek (również cukrów naturalnych w postaci syropów owocowych lub miodu) oraz soli. Wpływa to korzystnie na zdrowie ogólne i uzębienia, a także umożliwia kształtowanie korzystnych dla zdrowia preferencji smakowych. Celem zaspokojenia pragnienia u dzieci należy stosować wodę (niskozmineralizowaną, niskosodową i niskosiarczanową), ponieważ spożywanie soków owocowych i napojów słodzonych sprzyja próchnicy³⁷.

Eksperci PTSD wskazują na fakt, iż endogenna profilaktyka fluorkowa nie zmniejsza na stałe istotnie ryzyka choroby próchnicowej, natomiast nadmierne dostarczenie fluoru może być przyczyną fluorozy zębów. W związku z powyższym korzystniejsze jest stosowanie metod egzogennych, zapewniających obecność fluoru w środowisku jamy ustnej po wyrznięciu zębów. Niskie ryzyko próchnicy jest wskazaniem do podstawowej profilaktyki

³⁶ Olczak-Kowalczyk D, Kaczmarek U. (red.), Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej fluorkowej u dzieci i młodzieży, Warszawa 2015.

³⁷ Olczak-Kowalczyk D i wsp., Stanowisko polskich ekspertów dotyczące zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej, Nowa Stomatol 2015; 20(2): 81-91.

fluorkowej (szczotkowanie zębów pastą z fluorem, opcjonalnie - suplementacja endogenna), natomiast wysokie i umiarkowane do wzmocnienia profilaktyki fluorkowej domowej lub profesjonalnej³⁸.

Szczotkowanie zębów pastą z fluorem należy wykonywać u dzieci dwukrotnie w ciągu dnia - rano i wieczorem po ostatnim posiłku, począwszy od pojawienia się pierwszego zęba w jamie ustnej dziecka. Do 8. roku życia zęby dziecka powinni szczotkować rodzice, a następnie zabieg ten nadzorować. U dzieci powyżej 6. roku życia, zwłaszcza użytkujących aparaty ortodontyczne, uzupełnienia protetyczne oraz w przypadku zmniejszonego wydzielania śliny zaleca się wzmocnioną profilaktykę domową próchnicy w formie płukanek zawierających fluorki. W przypadku umiarkowanego i wysokiego ryzyka próchnicy należy wdrażać profilaktykę profesjonalną – żele i pianki stosowane u dzieci od 6. roku życia oraz lakiery fluorkowe stosowane bez ograniczeń wiekowych³⁹. Systematyczne stosowanie związków fluoru przyczynia się w dużym stopniu do redukcji próchnicy powierzchni gładkich i stycznych (redukcja w granicach 60–80%), natomiast jego działanie na dnie głębokich bruzd i szczelin jest niedostateczne, stąd też tak duża rola przypisywana jest zabiegowi lakowania bruzd⁴⁰.

Polscy eksperci powołując się na obserwacje krajowe i międzynarodowe wskazują, że najkorzystniejszym środowiskiem do wykorzystania w celu promocji zdrowia jamy ustnej jest szkoła. Programy edukacji zdrowotnej w obszarze profilaktyki próchnicy realizowane przy udziale szkół przynoszą najlepsze efekty i zapewniają najszerszy krąg oddziaływania. Edukację w zakresie zdrowia jamy ustnej prowadzoną przez nauczycieli wspiera i kontynuuje personel stomatologiczny pod nadzorem lekarza⁴¹.

Badania kliniczne wskazują na fakt, iż dzięki lakowaniu bruzd zębów trzonowych można uzyskać znaczny postęp w opanowaniu próchnicy na powierzchniach żujących. W roku 1990 w Polsce prowadzono pilotażowe badanie uszczelniania lakiem pierwszych stałych zębów trzonowych. Interwencją objęto ok. 850 dzieci, u których uszczelniono ponad 1500 zębów. Po dwóch latach stwierdzono ograniczenie próchnicy o 43,7%⁴². W latach 1993-1994 w ramach programu profilaktycznego MZiOS uszczelniano pierwsze stałe zęby trzonowe wśród dzieci 6-8-letnich⁴³. W 1998 r. przeprowadzono badanie dzieci 12-letnich, które w roku 1993 jako 7-latki miały uszczelnione zęby szóste - wskaźnik PUW/Z u tych 12-latków wyniósł 2,8, co oznacza, że dzieci te jako jedyne w Polsce osiągnęły w 2000 r.

³⁸ Olczak-Kowalczyk D, Kaczmarek U. (red.), Stanowisko..., op.cit.

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ Siudmak B.: Retrospektywna analiza..., op.cit.

⁴¹ Adamowicz-Klepalska B. i in., Konsensus grupy ekspertów..., op.cit.

⁴² Jańczuk Z.: Raport o skuteczności profilaktycznego uszczelniania (lakowania) bruzd pierwszych zębów trzonowych stałych u dzieci polskich na podstawie badań epidemiologicznych. Wyniki roczne na zlecenie MZiOS. Epidemiology 3, 1996.

⁴³ Banach J., Jańczuk Z., Lisiecka K., Koronczewska Z.: Stan narządu żucia populacji polskiej. Raport z badań epidemiologicznych i ankietowych przeprowadzonych w 1995 r. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 1995 r.

PUW/Z < 3⁴⁴. Długotrwałe badania nad skutecznością profilaktycznego zabiegu uszczelniania bruzd zębów bocznych prowadziła także Jodkowska. Wyniki jej 15-letnich obserwacji jednoznacznie wskazały na fakt istotnego wpływu lakowania na hamowanie rozwoju próchnicy na powierzchniach żujących oraz na zmniejszenie nasilenia próchnicy w całym uzębieniu⁴⁵. Siudmak na podstawie oceny skuteczności lakowania zębów bocznych u dzieci i młodzieży w wieku 6–18 lat w latach 1998–2007 stwierdziła, że liczba PUW/Z w populacji poddanej zabiegowi uszczelniania zębów trzonowych była znacznie mniejsza (2,05) niż w populacji, w której zabiegu nie przeprowadzono (4,30). Frekwencja próchnicy u osób z uszczelnionymi bruzdami była o 22,16% mniejsza niż u niepoddanych zabiegowi. Potrzeby lecznicze w grupie z niezalakowanymi bruzdami były dwukrotnie wyższe dla pierwszych trzonowców, a nawet trzykrotnie wyższe dla drugich trzonowców niż w grupie z zalakowanymi bruzdami.⁴⁶ W badaniach Schulte i wsp. z 2001 r. u dzieci 12-letnich stwierdzono znacznie mniejszą intensywność próchnicy, wyrażoną średnią liczbą PUW/Z u dzieci z uszczelnionymi zębami równą 1,21 w odniesieniu do 2,15 u osób niepoddanych temu zabiegowi⁴⁷, natomiast w badaniu Schiffner i wsp. potwierdzono, że u dzieci 12-letnich, u których wykonano zabieg uszczelniania zębów bocznych stwierdzono mniejszą o 1,1 liczbę PUW/Z w porównaniu z dziećmi niepoddanymi zabiegowi uszczelniania⁴⁸.

Wyniki badań socjoekonomicznych prowadzonych w ramach wspomnianego wcześniej PPZ Ministerstwa Zdrowia wskazują na fakt, iż w zapadalności i przebiegu choroby próchnicowej bardzo silnymi czynnikami są te wynikające ze stylu życia, a stan zdrowotny uzębienia dzieci jest ściśle związany ze świadomością, postawą oraz zachowaniami zdrowotnymi rodziców⁴⁹. W związku z powyższym zasadne jest podejmowanie działań z zakresu edukacji zdrowotnej, mających na celu kształtowanie prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych w profilaktyce próchnicy.

W opinii autorów prowadzenie działań zapobiegających próchnicy jest efektywne kosztowo. Koszt jednostkowy przy założeniu zalakowania bruzd wszystkich czterech zębów szóstych oszacowano na 340 zł. Poniesiony w tej wysokości wydatek zmniejsza znacznie ryzyko wystąpienia próchnicy w zabezpieczonych uszczelniaчем zębach, a co za tym idzie konieczności ich leczenia, którego koszty są nieporównywalnie wyższe.

⁴⁴ Jańczuk Z.: Profilaktyka profesjonalna w stomatologii. PZWL, Warszawa 2004, 112–128.

⁴⁵ Jodkowska E.: Skuteczność zabiegu uszczelniania bruzd międzyguzkowych w świetle odległych obserwacji klinicznych i badań laboratoryjnych. Rozprawa habilitacyjna, AM Warszawa, 2000.

⁴⁶ Siudmak B.: Retrospektywna analiza..., op.cit.

⁴⁷ Schulte A., Rossbach R., Tramini P.: Association of caries experience in 12-year-old children in Heidelberg, Germany and Montpellier, France with different caries preventive measures. Commun. Dent. Oral Epidemiol. 2001, 29, 354–361.

⁴⁸ Schniffer U., Reich E.: Prävalenzen zu ausgewählten klinischen Variablen bei den Jugendlichen (12 Jahre) In: Michaelis W, Reich E (Hrsg) DMS III Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben. Deutsche Ärzteverlag. Köln 1999.

⁴⁹ Informacja Ministra Zdrowia Podsekretarza Stanu Aleksandra Sopińskiego do Rzecznika Praw Pacjenta Krystyny B. Kozłowskiej z dnia 03.04.2014r., MZ-MD-L-420-2532-75/EHM/14.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Profilaktyczne działania stomatologiczne w programie będą realizowane w trybie ambulatoryjnym w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym, udzielającym świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne. O kwalifikacji do programu będzie decydować brak przeciwwskazań do udziału w programie, stwierdzony na wizycie lekarskiej oraz uzyskanie zgody rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie. W ramach akcji informacyjnej rodzicom zostaną przekazane dane teleadresowe realizatora programu. Wizyty stomatologiczne dzieci będą umawiane telefonicznie oraz osobiście w siedzibie realizatora.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Po wykonaniu świadczeń profilaktyczno-leczniczych rodzice/opiekunowie prawni dzieci objętych programem:

- zostają poinformowani o konieczności podjęcia dalszego leczenia w przypadku występowania u dziecka kolejnych zębów zajętych próchnicą wraz ze wskazaniem negatywnych konsekwencji w związku z brakiem podjęcia leczenia;
- zostają poinformowani o adresie najbliższego gabinetu stomatologicznego udzielającego świadczeń w ramach umowy z NFZ;
- zostają poinformowani o zalecanym terminie kolejnego przeglądu stomatologicznego;
- zostają poproszeni o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 4);
- kończą udział dziecka w programie.

Rodzice mogą w każdym momencie zdecydować o zakończeniu udziału dziecka w programie. W przypadku takiej decyzji po badaniu stomatologicznym, a przed zabiegiem lakowania, zostają poinformowani o konsekwencji rezygnacji z zalecanych interwencji.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

- 1) Powołanie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (mogą to być m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.).
 - Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej,
 - Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie,
 - Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym Rady ds. programu lub jej członkiem;
- 2) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (III kwartał 2024);
- 3) przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności programu z Rekomendacją Prezesa AOTMiT (III kwartał 2024);
- 4) zaopiniowanie programu przez Wojewodę Pomorskiego (III kwartał 2024);
- 5) uchwalenie programu przez Radę Gminy Gniewino (IV kwartał 2024 – I kwartał 2025);
- 6) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizujących program podmiotów leczniczych, spełniających warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2024 – I kwartał 2025);
- 7) podpisanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2024 – I kwartał 2025);
- 8) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2025-2029);
- 9) ewaluacja (IV kwartał 2029):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników,

- ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;

10) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2030).

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Gniewino. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2024 poz. 799 z późn. zm.],
- spełnianie wymogów sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 2148 z późn. zm.] – załącznik nr 2 (tabela nr 2);
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez zatrudnionych lekarzy dentystów oraz higienistki/asystentki stomatologiczne;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1 i 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 3). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 581 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 2465 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2) na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w wywiadzie kwalifikacyjnym,
- liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie,
- liczba rodziców/opiekunów prawnych, którzy zdecydowali się wziąć udział w zaplanowanych działaniach edukacyjnych,
- liczba osób poddanych lakowaniu bruzd zębów trzonowych.

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 4)
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – końcowa na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych, w stosunku do wszystkich uczestniczących w programie dzieci
- liczba osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych nakierowanych na niwelowanie próchnicy w odniesieniu do wszystkich osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych
- liczba dzieci szczotkujących zęby przynajmniej dwukrotnie w ciągu dnia i/lub stosujących płukanki w stosunku do wszystkich uczestników programu

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

V. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Tab. I. Koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład działań profilaktycznych

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)*
1. Wizyta kwalifikacyjna obejmująca szkolenie rodziców	170,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	2 000,00
3. Świadczenia profilaktyki stomatologicznej – lakowanie bruzd zębów pierwszych trzonowych (85zł/ząb)	340,00
4. Wizyta kontrolna	110,00

* koszty oszacowano na podstawie cen rynkowych oraz doświadczeń eksperta

W związku z ograniczeniami finansowymi wizyty kwalifikacyjne w Programie obejmą corocznie ok. 120 dzieci z populacji docelowej wg kolejności zgłoszeń, natomiast świadczenia profilaktyki stomatologicznej obejmą połowę ww. populacji tj. ok. 60 dzieci.

2. Planowane koszty całkowite:

Tab. II. Roczne koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Wizyta kwalifikacyjna obejmująca szkolenie rodziców	120	osoba	170,00	20 400,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	1	osoba	2 000,00	2 000,00
3. Świadczenia profilaktyki stomatologicznej – lakowanie bruzd zębów pierwszych trzonowych (85zł/ząb)	60	osoba	340,00	20 400,00
4. Wizyta kontrolna	60	osoba	110,00	6 600,00
5. Monitoring i ewaluacja	1	-	1 000,00	1 000,00
Koszty Programu				50 400,00

Tab. III. Koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji.

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
Rok 2025	50 400,00
Rok 2026	50 400,00
Rok 2027	50 400,00
Rok 2028	50 400,00
Rok 2029	50 400,00
Suma	252 000,00

3. Źródło finansowania.

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Gniewino. Urząd Gminy Gniewino będzie starał się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 poz. 146 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

Bibliografia

1. Adamowicz-Klepalska B. i in., Konsensus grupy ekspertów pod auspicjami Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej w sprawie promocji zdrowia jamy ustnej i profilaktyki fluorkowej próchnicy zębów, Warszawa 2004.
2. Banach J., Jańczuk Z., Lisiecka K., Koronczewska Z.: Stan narządu żucia populacji polskiej. Raport z badań epidemiologicznych i ankietowych przeprowadzonych w 1995 r. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 1995 r.
3. Broadbentcorresponding J.M., Thomson W.M., For debate: problems with the DMF index pertinent to dental caries data analysis, Community Dent Oral Epidemiol. 2005 Dec; 33(6): 400–409.
4. CAPP: Oral Health Country/Area Profile Project Malmoe University <https://capp.mau.se/countryareas/>.
5. Choroba próchnicowa i stan tkanek przyzębia populacji polskiej. Podsumowanie wyników badań z lat 2016-2019, (red) D. Olczyk-Kowalczyk, Sekcja Druków Uczelnianych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2021.
6. Dane Ministerstwa Zdrowia [<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-jamy-ustnej>].
7. Dane Ministerstwa Zdrowia. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020 [dokument elektroniczny: www.mz.gov.pl].
8. Dental interventions to prevent caries in children, A national clinical guideline, The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, march 2014.
9. Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych, Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, KZD-4101-04/2012, Nr ewid. 131/2013/P/12/124/K.
10. Evidence-based Clinical Practice Guideline for the Use of Pit-and-Fissure Sealants, American Academy of Pediatric Dentistry, Reference Manual V 38 / No 6, 2016.
11. Fejerskov O. i Kidd E.: Próchnica zębów. Choroba próchnicowa i postępowanie kliniczne, Urban&Partner, Wrocław 2006; 103-113.
12. Germany and Montpelier, France with different caries preventive measures. Commun. Dent. Oral Epidemiol.
13. Global oral health status report [www.who.int]

14. 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.
15. Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl]
16. Jańczuk Z.: Profilaktyka profesjonalna w stomatologii. PZWL, Warszawa 2004, 112–128.
17. Jańczuk Z.: Raport o skuteczności profilaktycznego uszczelniania (lakowania) bruzd pierwszych zębów trzonowych stałych u dzieci polskich na podstawie badań epidemiologicznych. Wyniki roczne na zlecenie MZiOS. Epidemiology 3, 1996.
18. Jodkowska E.: Skuteczność zabiegu uszczelniania bruzd międzyguzzkowych w świetle odległych obserwacji klinicznych i badań laboratoryjnych. Rozprawa habilitacyjna, AM Warszawa, 2000.
19. Kaczmarek U: Minimalnie interwencyjne leczenie stomatologiczne – przegląd piśmiennictwa. Czas Stomatol 2007; LX, 6: 367-376.
20. Manton D., Drummond B., Kilpatrick N.: Próchnica zębów, W: A.C. Cameron, R.P. Widmer (red): Stomatologia dziecięca. Urban & Partner, Wrocław 2012, s. 39-52.
21. Marsh PD, Martin M. Mikrobiologia jamy ustnej, PWN, Warszawa 1994.
22. Michaelis W, Reich E (Hrsg) DMS III Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben. Deutche Arzteverlag. Köln 1999.
23. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
24. Obwieszczenie Wojewody Pomorskiego z dnia 21 grudnia 2021 r. w sprawie zatwierdzenia Wojewódzkiego Planu Transformacji na lata 2022-2026 [Poz. 5058].
25. Olczak-Kowalczyk D i wsp., Stanowisko polskich ekspertów dotyczące zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej, Nowa Stomatol 2015; 20(2): 81-91.
26. Olczak-Kowalczyk D, Kaczmarek U. (red.), Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej fluorkowej u dzieci i młodzieży, Warszawa 2015.

27. Pit and Fissure Sealants, Evidence-based guidance on the use of sealants for the prevention and management of pit and fissure caries, Oral Health Services Guideline Initiative 2010.
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144].
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 2148 z późn. zm.].
30. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
31. Schniffer U., Reich E.: Prävalenzen zu ausgewählten klinischen Variablen bei den Jugendlichen (12 Jahre) In:
32. Schulte A., Rossbach R., Tramini P.: Association of caries experience in 12-year-old children in Heidelberg, Germany and Montpellier, France with different caries preventive measures. Commun. Dent. Oral Epidemiol. 2001, 29, 354–361.
33. Shu M, Wong L, Miller JH, Sissons CH: Development of multi-species consortia biofilms of oral bacteria as an enamel and root caries model system. Arch Oral Biol. 2000; 45:27-40.
34. Słowik-Gabryelska A., Stępień-Słodkowska M., Częstość występowania próchnicy u dzieci, Prace Instytutu Kultury Fizycznej Nr 27, nr 631, 2010, s. 107-120.
35. Szymaniak E. Etiologia próchnicy. (w:) Jańczak (red.), Stomatologia Zachowawcza. Zarys Kliniczny. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1995, 157-177.
36. Turska-Szybka A., Grudziąż-Sękowska J., Olczak-Kowalczyk D.: Czynniki ryzyka próchnicy wczesnego dzieciństwa i indywidualna ocena poziomu ryzyka na podstawie CAMBRA, Nowa Stomatologia 3/2011, s. 119-127.
37. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].
38. Ustawa z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.].

39. WHO: Oral health surveys: basic methods, 5th ed. World Health Organization. Switzerland, 2013.
40. World Health Organization. WHO expert consultation on public health intervention against early childhood caries: a report of a meeting, Bangkok, Thailand, 26-28 January 2016. World Health Organization, 2017. www.who.int/iris/handle/10665/255627. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki próchnicy zębów w populacji dzieci szkół podstawowych w Gminie Gniewino na lata 2025-2029” (wzór)

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zameldowania	
Adres zamieszkania	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Tel. kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESE

II. Zgoda na udział w Programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w Programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny z wzorem stosowanym przez Realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

III. Wizyta kwalifikacyjna

Data udzielenia świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
1. Edukacja zdrowotna dziecka	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Przyrost wiedzy: ☐ tak ☐ nie
2. Szkolenie dla rodzica	☐ tak ☐ nie
3. Wskaźnik puw (zgodnie z załącznikiem 2)	
4. Wskaźnik PUW (zgodnie z załącznikiem 2)	

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

IV. Świadczenia profilaktyczne

Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Liczba zalakowanych zębów i ich oznaczenie
<i>Lakowanie bruzd zębów pierwszych trzonowych</i>		

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

V. Wizyta kontrolna

Data udzielenia świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
1. Wskaźnik puw (zgodnie z załącznikiem 2)	
2. Wskaźnik PUW (zgodnie z załącznikiem 2)	
Zmiana pozytywna w zakresie wskaźnika puw	☐ tak ☐ nie
Zmiana pozytywna w zakresie wskaźnika PUW	☐ tak ☐ nie
Deklaracja rodzica, że dziecko szczotkuje zęby przynajmniej dwukrotnie w ciągu dnia i/lub stosuje płukanki	☐ tak ☐ nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

Załącznik 2

Ocena wskaźników puw/PUW w „Programie profilaktyki próchnicy zębów w populacji dzieci szkół podstawowych w Gminie Gniewino na lata 2025-2029”

Lp.	imię i nazwisko	numer identyfikacyjny uczestnika	wiek (w latach)	Data badania	Wskaźnik puw				Wskaźnik PUW				Liczba zalakowanych zębów
					p	u	w	puw	P	U	W	PUW	
1													
2													
3													
4													
5													

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki próchnicy zębów w populacji dzieci szkół podstawowych w Gminie Gniewino na lata 2025-2029” (wzór)

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjno-edukacyjnej	
Monitoring	
Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w wywiadzie kwalifikacyjnym	
Liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym	
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie	
Liczba rodziców/opiekunów prawnych, którzy zdecydowali się wziąć udział w zaplanowanych działaniach edukacyjnych	
Liczba osób poddanych lakowaniu bruzd zębów trzonowych	
Wyniki ankiety satysfakcji*	
Ewaluacja	
Liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia jamy ustnej w	

oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych, w stosunku do wszystkich uczestniczących w programie dzieci.	
Liczba osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych nakierowanych na niwelowanie próchnicy w odniesieniu do wszystkich osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych.	
Liczba dzieci szczotkujących zęby przynajmniej dwukrotnie w ciągu dnia i/lub stosujących płukanki w stosunku do wszystkich uczestników programu	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)
sprawozdawcy)

