Załącznik Nr 1
do Uchwały Nr XXXII/89/17

Rady Miejskiej w Żarach

z dnia 29 czerwca 2017r.

**PROGRAM PROFILAKTYKI PRÓCHNICY DLA DZIECI Z KLAS I-II SZKÓŁ PODSTAWOWYCH**

**W MIEŚCIE ŻARY**

**okres realizacji: wrzesień – grudzień**

**2017r. – 2019r.**

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

**Spis treści**

1. Opis problemu zdrowotnego………………………………………………………………...4

1. Problem zdrowotny…………………………………………………………………… 4
2. Epidemiologia………………………………………………………………………….6
3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu…………………………………………………………8
4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych…………………………………………………………………..9
5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu…………………………………………11

2. Cele programu……………………………………………………………………………...13

1. Cel główny……………………………………………………………………………13
2. Cele szczegółowe……………………………………………………………………..13
3. Oczekiwane efekty…………………………………………………………………....13
4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu……………………………..13

3. Adresaci programu…………………………………………………………………………14

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe………………..14
2. Tryb zapraszania do programu……………………………………………………......14

4. Organizacja programu……………………………………………………………………...14

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne…………………………14
2. Planowane interwencje………………………………………………………………..15
3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników…………………………………………..15
4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu…………………………………...15
5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych………………………………………………………………16
6. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli istnieją wskazania…………………………………...16
7. Bezpieczeństwo planowanych interwencji……………………………………………16
8. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu…………………………….16
9. Dowody skuteczności planowanych zadań…………………………………………...16
10. Opinie ekspertów klinicznych…………………………………………………….16
11. Zalecenia, wytyczne, standardy…………………………………………………..17
12. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej…18
13. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w gminie zgłaszającej program lub innych jednostkach samorządu terytorialnego………...18

5. Koszt realizacji……………………………………………………………………………..18

1. Koszty jednostkowe…………………………………………………………………..18
2. Planowane koszty całkowite………………………………………………………….19
3. Źródła finansowania, partnerstwo…………………………………………………….19
4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne……………………………………………………………………………..19

6. Monitorowanie i ewaluacja………………………………………………………………...19

1. Ocena zgłaszalności do programu…………………………………………………….19
2. Ocena jakości świadczeń w programie……………………………………………….20
3. 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

Załącznik nr 2: Ankieta

Załącznik nr 3: Karta Uczestnika Programu

Załącznik nr 4: Formularz Sprawozdania Końcowego Merytoryczno-Finansowego

**1. Opis problemu zdrowotnego**

**a) Problem zdrowotny**

Próchnica zębów jest procesem patologicznym, polegającym na miejscowym odwapnieniu i rozpadzie tkanek twardych zęba, z następczym ubytkiem – tzw. ubytkiem próchnicowym,[[1]](#endnote-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]](#endnote-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 twardych i utracie ich integralności strukturalnej.[[3]](#endnote-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 dentystów 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 uwidoczniono na rysunku poniżej.[[4]](#endnote-4)

 **Uwarunkowania
 osobnicze** 10%

 **Stan zdrowia** (stan zdrowotny jamy ustnej) **Uwarunkowania**

**System opieki środowiskowe:**

**zdrowotnej**(system opieki społeczne, polit. stomatologicznej) 10% ekon., naturalne

30%

 **Styl życia**

(wzorcowe zachowania w

 odniesieniu do narządu żucia) 50%

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]](#endnote-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 indywidulaną osobistą, na którą składa się profilaktyka domowa (prowadzona przez każdego po odpowiednim instruktażu) oraz profilaktyka profesjonalna (gabinetach dentystycznych, prowadzona głownie przez średni personel dentystyczny pod nadzorem lekarza dentysty lub przez samego lekarza dentystę).[[6]](#endnote-6)

**b) Epidemiologia**

 Próchnica jest najczęściej występującą chorobą przewlekłą na świecie: dotyka 5 miliardów ludzi, czyli prawie 80 % populacji świata.[[7]](#endnote-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]](#endnote-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 liczbowa** |
| średnia liczba zębów mlecznych u dzieci | 17,1 |
| odsetek dzieci wolnych od próchnicy | 11,9% |
| dȝt - 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 dȝmft=0 | 12,4% |
| rozkład odsetkowy wartości wskaźnika próchnicy w uzębieniu mlecznym dȝmft=1-3 | 24,30% |
| rozkład odsetkowy wartości wskaźnika próchnicy w uzębieniu mlecznym dȝmft=4-6 | 28,30% |
| rozkład odsetkowy wartości wskaźnika próchnicy w uzębieniu mlecznym dȝmft≥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 uszczelniacza 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]](#endnote-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]](#endnote-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]](#endnote-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]](#endnote-12)

**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. Według szacunkowych danych poszczególnych placówek oświatowych w roku szkolnym 2017/2018 w klasach I-II w wyżej wymienionych szkołach będzie się uczyło około 500 dzieci, które zostaną objęte programem. W latach kolejnych szacuje się około 750 dzieci z klas I-II na każdy rok szkolny.

**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 a samorządy prowadzące te jednostki nie posiadają środków na ich unowocześnienie. 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.[[13]](#endnote-13)

 W ramach opieki stomatologicznej realizowane są świadczenia gwarantowane, które są świadczeniami opieki zdrowotnej finansowanymi w całości lub współfinasowanymi ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. (t.j. Dz.U. z 2016r., poz. 1793 ze 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:[[14]](#endnote-14)

- 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 dla dzieci objętych programem:12

- **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/1, 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.[[15]](#endnote-15)

 Zadania realizowane w ramach programu są objęte zakresem finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W ramach programu wprowadza się jednak profilaktyczne badanie stomatologiczne 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 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.[[16]](#endnote-16)

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 niewystarczająca. 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, ze 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 żeby, 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.[[17]](#endnote-17)

 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.[[18]](#endnote-18)

 Ponadto Ministerstwo Zdrowia w celu implementacji programów zdrowia jamy ustnej w czerwcu 2011r. podpisało memorandum dotyczące wdrażania Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego na latach 2009-2014. Ministerstwo pełni funkcję operatora 2 programów operacyjnych i umożliwia korzystanie podmiotom leczniczym ze środków finansowych w obszarze „Działanie edukacyjno-promocyjne w zakresie profilaktyki stomatologicznej kobiet w ciąży”.[[19]](#endnote-19)

 W obu przypadkach 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 sześcioletniego dziecka 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 powoduję, 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 Ustnej wskazuje, że tyko 34,8 % dzieci sześcioletnich 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. [[20]](#endnote-20)

 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 indywidulanym. 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 role 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 próchnica. 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 w świadomości dzieci i rodziców 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**

1. **Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe**

Programem profilaktyki z zakresu zapobiegania próchnicy objęte zostaną dzieci, które w roku szkolnym 2017/2018, 2018/2019 i 2019/2020 będą uczęszczały do klas I-II w szkołach podstawowych z terenu miasta Żary. Według szacunkowych danych poszczególnych placówek oświatowych oraz Wydziału Oświaty, Kultury i Sportu Urzędu Miejskiego w Żarach w roku szkolnym 2017/2018 w klasach I-II w wyżej wymienionych szkołach będzie uczyło się około 500 dzieci, natomiast w kolejnych latach szkolnych należy przyjąć, iż populacja objęta programem będzie wynosiła około 750 dzieci na dany rok szkolny. Z uwagi na przeprowadzona wcześniej reformę oświatową prognozuje się wzrost liczby dzieci w poszczególnych latach.

**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 uwzgledniający: 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 wystąpienie 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 (t.j. Dz.U. z 2013r., poz. 1462 ze zm.). Zadanie realizowane w ramach programu są objęte zakresem finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia i stanowią jego uzupełnienie w obrębie dzieci w wieku 8 lat. 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.[[21]](#endnote-21)

- 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.[[22]](#endnote-22)

- Zalecana jest u dzieci z niskim ryzykiem choroby próchnicowej podstawowa profilaktyka fluorkowa – dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów pasta z fluorem, opcjonalnie suplementację endogenną oraz skuteczne usuwanie płytki nazębnej i kariostatyczne nawyki dietetyczne.[[23]](#endnote-23)

- 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 usuniecie zęba mlecznego, spowoduje opóźnienie wyrzynania zęba stałego, podczas gdy późna ekstrakcja przyspieszy wyrzynanie zęba stałego, co nie jest obojętne w dla prawidłowego zgryzu.[[24]](#endnote-24)

**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”.[[25]](#endnote-25)

- Badania potwierdzają potrzebę zwiększenia efektów programów polityki zdrowotnej z dostosowaniem do wieku metod zapobiegania próchnicy, najpierw w zębach mlecznych, potem w zębach stałych”.[[26]](#endnote-26)

- 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.[[27]](#endnote-27)

- 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.[[28]](#endnote-28)

**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.[[29]](#endnote-29)

- 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. [[30]](#endnote-30)

- 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).[[31]](#endnote-31)

- 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 którym gmina zrealizowała program profilaktyki próchnicy w klasach I-III szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim, a w roku 2016 program profilaktyki próchnicy w klasach I-II 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, gminnie Słupsk, mieście Ostrów Wielkopolski, gminie Strzegom.

**5. Koszt realizacji**

**a) Szacunkowe koszty jednostkowe**

1. 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.

1. **Planowane koszty całkowite**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kosztów** | **rok szkolny 2017/2018** (liczba dzieci 500) | **rok szkolny****2018/2019**(liczba dzieci 750) | **rok szkolny****2019/2020**(liczba dzieci 750) |
| koszt wykonania świadczenia | 500 dzieci x 65zł/świadczenia = **32 500,00 zł** | 750 dzieci x 65 zł/świadczenia = **48 750 zł** | 750 dzieci x 65 zł/świadczenie = **48 750 zł** |
| koszt przeprowadzenia spotkania | 1 spotkanie x (300 zł x 8 szkół) = **2 400 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** | **34 900 zł** | **53 550 zł** | **53 550 zł** |

W powyższej tabeli podwyższono liczbę spotkań na rok szkolny 2018/2019 i 2019/2020 do dwóch na szkołę w rozbiciu na klasy i i II z uwagi na prognozowaną zwiększającą się liczbę uczniów.

1. **Źródła finansowania, partnerstwo**

Środki finansowe na realizację programu polityki zdrowotnej w roku 2017 zostały zabezpieczone w budżecie Gminy Żary o statusie miejskim w kwocie 40 000,00 zł z uwagi na fakt, iż nie można w sposób precyzyjny określić liczby uczniów w poszczególnych klasach szkół podstawowych przed rozpoczęciem roku szkolnego. Szacunkowy budżet na kolejne latach szkolne będzie wynosił 53 550 zł.

**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 postawie 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 2017-2019r.

**8. Podstawa prawna**

- ustawa z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 446 z późn. zm. )

- ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 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 [↑](#endnote-ref-1)
2. pod red. A. Oblacinskiej i W. Ostręgi, „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 [↑](#endnote-ref-2)
3. Informacje na temat próchnicy, Powiedz STOP próchnicy już DZIŚ – dla zdrowych zębów w przyszłości Central and Eastern European Chapter, http://www.AllianceForCavityFreeFuture.org [↑](#endnote-ref-3)
4. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013-2015, Program na lata 2013-2015, Minister Zdrowia, s.9 [↑](#endnote-ref-4)
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) [↑](#endnote-ref-5)
6. [www.pediatria.mp.pl/pielegnacja/67645,profilaktyka-stoamtologiczna-prochnicy-zebow-mlecznych-i-stalych](http://www.pediatria.mp.pl/pielegnacja/67645%2Cprofilaktyka-stoamtologiczna-prochnicy-zebow-mlecznych-i-stalych) [↑](#endnote-ref-6)
7. World Health Organization, Report on Oral Health, 2003, http://www.who.int/oral\_helath /media/en/orh\_report03\_en.pdf [↑](#endnote-ref-7)
8. Musimy poważnie zając 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 [↑](#endnote-ref-8)
9. Michalak M. Rzecznik Praw Dziecka, Wystąpienie z 01. Sierpnia 2012r. do Ministra Zdrowia, http//:www.brpd.pl/sites/default/files/rpd\_stare/wystąpienia/wyst\_2012\_08\_01\_mz.pdf [↑](#endnote-ref-9)
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 [↑](#endnote-ref-10)
11. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013-2015, Program na lata 2013-2015, Minister Zdrowia, s. 7 [↑](#endnote-ref-11)
12. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, załącznik do uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r., s. 45 [↑](#endnote-ref-12)
13. Dentyści wracają do szkół? Ministerstwo Zdrowia wyjaśnia, [www.stomatologia.mp.pl/aktualności/164547,dentyści-wroca-do-szkol-ministerstwo-zdrowia-wyjasnia](http://www.stomatologia.mp.pl/aktualno%C5%9Bci/164547%2Cdenty%C5%9Bci-wroca-do-szkol-ministerstwo-zdrowia-wyjasnia) [↑](#endnote-ref-13)
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. z 2013r., poz. 1462 ze zm.) [↑](#endnote-ref-14)
15. [www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/stoamtologia-dziecięca/](http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/stoamtologia-dzieci%C4%99ca/) [↑](#endnote-ref-15)
16. 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 [↑](#endnote-ref-16)
17. Kulawa opieka nad zdrowym uśmiechem, 22.03.2017r., [www.stomatologia.mp.pl/higiena-i-zabiegi-estetyczne/161162,kulawa-opieka-nad-zdrowym-usmiechem](http://www.stomatologia.mp.pl/higiena-i-zabiegi-estetyczne/161162%2Ckulawa-opieka-nad-zdrowym-usmiechem) [↑](#endnote-ref-17)
18. Ruszył nabór do projektu „Dzieciństwo bez próchnicy”, Ministerstwo Zdrowia, [http://www.mz.gov.pl/ruszyl-nabor-do-projektu-dziecinstwo=bez-prochnicy](http://www.mz.gov.pl/ruszyl-nabor-do-projektu-dziecinstwo%3Dbez-prochnicy) [↑](#endnote-ref-18)
19. Odpowiedź na interpelację poseł Anny Elżbiety Sobeckiej w sprawie niewdrożenia „Programu poprawy opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą” (25436), 08/28 2014, <http://www.nipip.pl/index.php/aktualnosci/informacje-z-sejmu/364> [↑](#endnote-ref-19)
20. 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 [↑](#endnote-ref-20)
21. Janus S., Olczak-Kowalczyk D., Wysocka M., Rola lekarzy nie stomatologów w zapobieganiu próchnicy wczesnego dzieciństwa, Borgis - Nowa Pediatria, 1/2011, 6-14 [↑](#endnote-ref-21)
22. Rodakowska E, Zakład Stomatologii Zachowawczej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku [↑](#endnote-ref-22)
23. 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](http://www.rekomendacje-fluor-mz-ost.4.docx) [↑](#endnote-ref-23)
24. 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](http://www.pediatra.mp.pl/lista/64049%2Cleczenie-zebow-mlecznych-czy-konieczne) [↑](#endnote-ref-24)
25. prof. dr hab. n. med. Urszula Kaczmarek, przewodnicząca Środkowo-Wschodnioeuropejskiego Oddziału ACFF, Musimy poważnie zając 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 [↑](#endnote-ref-25)
26. 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 [↑](#endnote-ref-26)
27. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. z 2016r. poz. 1492) [↑](#endnote-ref-27)
28. Zarządzanie Wojewody Lubuskiego z dnia 16 sierpnia 2016r. w sprawie ustalenia Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Lubuskiego [↑](#endnote-ref-28)
29. 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 [↑](#endnote-ref-29)
30. 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 [↑](#endnote-ref-30)
31. 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.

 Załącznik Nr 1

**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

NA UCZESTNICTWO DZIECKA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI PRÓCHNICY DLA DZIECI Z KLAS I-II SZKÓŁ PODSTAWOWYCH W MIEŚCIE ŻARY

Ja ……………………………………………………………. zam. ………………………………….....................

………………………………………………………………………………………………………………………

wyrażam zgodę/ nie wyrażam\* zgody na przeprowadzenie świadczeń, w ramach programu profilaktyki próchnicy dla dzieci z klas I-II szkół podstawowych w mieście Żary

Imię i nazwisko dziecka ……………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji świadczeń.

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych

………………………………………………………………………………………………….................................
 (imię i nazwisko dziecka)

oraz ich przetwarzanie na potrzeby realizacji programu profilaktyki próchnicy dla dzieci z klas I-II szkół podstawowych w mieście Żary.

Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach, w szczególności o dobrowolności podania danych, prawie dostępu do treści danych i ich poprawiania oraz możliwości odwołania niniejszej zgody w każdym czasie.

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

 Załącznik Nr 2

**ANKIETA**

*Szanowni Państwo,*

*uprzejmie 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 informację 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?

|  |
| --- |
|  |

	1. Jak często dziecko odbywa wizyty kontrolne u stomatologa?□ częściej niż raz na pół roku □ rzadziej niż raz na pół roku

	1. Czy dziecko miało usuwane zęby z powodu próchnicy?□ TAK □ NIE

	1. Czy Państwa dziecko szczotkuje zęby?□ TAK □ NIE

	1. Ile razy dziennie Państwa dziecko szczotkuje zęby?□ 3 i więcej razy dziennie □ 1-2 razy dziennie

□ rzadziej niż 1 raz dziennie □ nie myje zębów

	1. Czy chcieliby Państwo, aby przynajmniej raz w roku przeglądy stomatologiczne odbywały się w szkole?□ TAK □ NIE

	1. Czy znają Państwo skutki wynikające z złej higieny jamy ustnej?□ TAK □ NIE

	1. Jakie produkty do higieny jamy ustnej dziecko stosuje?□ pasta z fluorem □ nić dentystyczna

□ płyn do ust □ szczoteczki międzyzębowe

	1. 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

	1. 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

 Załącznik Nr 3

**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 N – ząb niewyrżnięty
U – ząb usunięty E – ząb do usunięcia
W – ząb wypełniony P – ząb do wypełnienia
T – uraz F – uszczelnienie bruzd

Wskaźnik PUW : ………………………

□ NISKI (dobry) □ WYSOKI (zły)

Wskaźnik puw: ………………………..

□ NISKI (dobry) □ WYSOKI (zły)

PUW/puw – liczba zębów z próchnicą usuniętych lub wypełnionych

	1. Przyzębie□ ZDROWE □ CHORE

	1. Zgryz□ PRAWIDŁOWY □ NIEPRAWDIŁOWY

	1. Stan higieny jamy ustnej□ DOBRY □ ZŁY

	1. Wskazania i zalecenia…………………………………………………………………………………………..

Data ……………… ………………………………
 (Podpis i pieczątka 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)

 Załącznik Nr 4

…………………………………… ……………………………

 (pieczątka firmowa) (miejscowość, data)

FORMULARZ SPRAWOZDANIA KOŃCOWEGO

MERYTORYCZNO-FINANSOWEGO

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

	1. **Informacje ogólne**
	2. Czy świadczenia były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą Żary o statusie miejskim a Realizatorem programu?□ TAK □ NIE

	1. Czy świadczenia udzielane były przez osoby wskazane w ww. umowie?□ TAK □ NIE

	1. **Informacje o programie**
	2. Okres realizacji świadczeń:

|  |
| --- |
|  |

	1. Zrealizowane działania informacyjno-edukacyjne:

|  |
| --- |
|  |

	1. Liczba uczestników programu:

|  |
| --- |
|  |

	1. Narzędzia monitorowania zastosowane do bieżącej kontroli realizacji programu:

|  |
| --- |
|  |

	1. 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):- …………….- ……………. |  |

	1. Wnioski z realizacji programu:

|  |
| --- |
|  |

	1. **Rozliczenie finansowe programu:**

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

	1. **Dodatkowe informacje:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

	1. ……………………………………………….
	2. ……………………………………………….
	3. ………………………………………………. ……………………………

 podpis i pieczątka osoby upoważnionej do

 reprezentowania Realizatora programu [↑](#endnote-ref-31)