

Uchwała Nr XL/542/18  
Rady Miejskiej w Gostyniu  
z dnia 2 sierpnia 2018 roku

w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego „Stop próchnicy – profilaktyka stomatologiczna  
dla dzieci z gminy Gostyń”

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2018 roku, poz. 994 ze zmianami) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 roku, poz. 1938 ze zmianami)

Rada Miejska w Gostyniu uchwała, co następuje:

§ 1. Uchwala się program zdrowotny „Stop próchnicy – profilaktyka stomatologiczna dla dzieci z gminy Gostyń”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Gostynia.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady  
/-/ Mirosław Żywicki

Uzasadnienie  
do Uchwały Nr XL/542/18  
Rady Miejskiej w Gostyniu  
z dnia 2 sierpnia 2018 roku

w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego „Stop próchnicy – profilaktyka stomatologiczna dla dzieci z gminy Gostyń”

Zadaniem własnym gminy, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jest opracowywanie i realizacja programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców. Niniejsze obowiązki wynikają w szczególności z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym oraz z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Proponowany program zdrowotny dotyczy obniżenia częstości występowania próchnicy u dzieci oraz poprawa ich jakości życia poprzez oddziaływanie prozdrowotne ukierunkowane na ochronę przed próchnicą i będzie kontynuacją działań realizowanych przez gminę w tym zakresie w latach 2016 - 2018.

Środki finansowane będą określone i zabezpieczone w budżecie gminy na poszczególne lata objęte programem.

Przewodniczący Rady  
/-/ Mirosław Żywicki

**PROGRAM**  
**„Stop próchnicy”-**  
**profilaktyka stomatologiczna**  
**dla dzieci z gminy Gostyń**



**Okres realizacji programu: od 2019 roku do 2020 roku**

**Autorzy programu: Gmina Gostyń**

# 1. Opis problemu zdrowotnego.

## 1.1 Problem zdrowotny

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia próchnica to umiejscowiony proces patologiczny, pochodzenia zewnątrz ustrojowego, który prowadzi do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Głównym czynnikiem odpowiedzialnym za jej rozwój są bakterie wytwarzające kwasy niszczące szkliwo, w procesie rozkładu cukrów obecnych w produktach żywnościowych. Ze względu na kształt anatomiczny zębów, miejscem predysponowanym do powstawania ognisk choroby próchnicowej jest powierzchnia żująca zębów bocznych. Próchnica zębów jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą w populacji dzieci i młodzieży. Szacuje się, że 60-90% dzieci w wieku szkolnym ma ubytki w zębach. Zarówno w Polsce, jak i na świecie próchnica uważana jest za chorobę społeczną.

Próchnica zębów jest procesem patologicznym, polegającym na miejscowym odwapnieniu i rozpadzie tkanek twardych zęba, z następczym ubytkiem – tzw. ubytkiem próchnicowym, 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.

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.

Proces próchnicowy zapoczątkowany działaniem kwasów bakteryjnych na szkliwo zęba, może być odwracalny lub zwolniony 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.

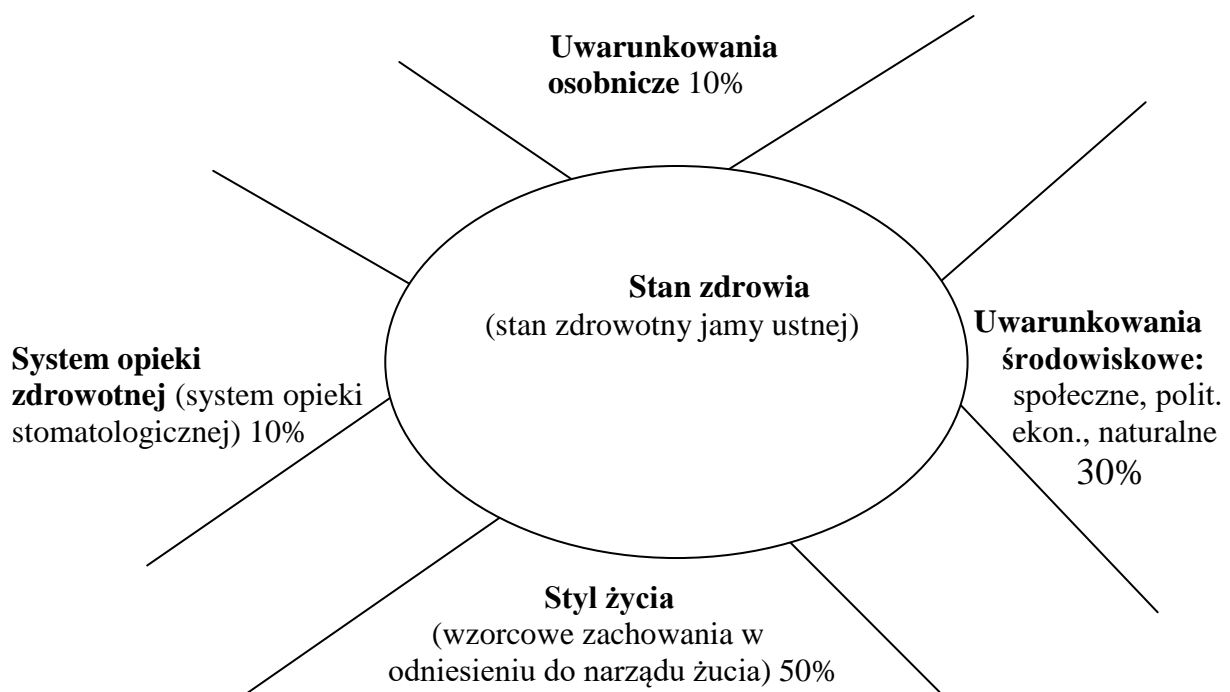
Powstawanie próchnicy warunkują także:

- 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.

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

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

**Rysunek 1: Uwarunkowania powstania i przebiegu próchnicy**



Źródło: Szatko F., *Spoleczne 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 największy 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.

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.

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.

Ponadto powyższe badania wykazały, że próchnica dotyka:

- 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.

## **1.2 Epidemiologia**

Szacuje się, że w Polsce blisko 95% społeczeństwa jest zagrożone próchnicą. Obecnie choroba ta najczęściej występuje wśród dzieci i młodzieży. Ponad 50% dzieci w wieku 3 lat ma zęby z ubytkami próchnicowymi. Średnio u trzylatka objęte są nimi trzy zęby. Ponad 60% matek dzieci w tym wieku nie było z nimi u stomatologa. U pięciolatka stwierdza się około pięciu zębów z nieleczonymi ubytkami próchnicowymi, a odsetek dzieci pięcioletnich bez próchnicy nie przekracza 20%. Odsetek uczniów szkół podstawowych w wieku 12 lat z co najmniej jednym zębem stałym usuniętym z powodu próchnicy wynosi 4%, a u młodzieży w wieku 18 lat – aż 15%.

W Polsce obserwuje się wysoki i gwałtownie rosnący między 35–44 a 65–74 rokiem życia odsetek osób dorosłych z bezzębem oraz gwałtownie malejącą w tym okresie życia średnią liczbę zachowanych zębów naturalnych. Jednocześnie występują masowe choroby przyzębia (w 2008 roku tylko u 14,1% pacjentów stomatologicznych nie stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie). Odnotowuje się również niepokojąco rosnącą liczbę chorych z nowotworami jamy ustnej, które stanowią aż 27% nowotworów występujących w obrębie głowy i szyi.

Według raportu Najwyższej Izby Kontroli (NIK) stan zdrowia jamy ustnej Polaków odbiega od standardów europejskich. Szczególnie dotyczy to osób poniżej 18 roku życia. W raporcie wykazano, że w 2011 roku jedynie 20,1% dzieci w wieku 5 lat było wolnych od próchnicy. W przypadku piętnastolatków odsetek ten wyniósł zaledwie 8,2%. NIK zwraca uwagę, że wyniki badań epidemiologicznych świadczą o niewystarczającej skuteczności działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia. Tempo obniżania zapadalności na próchnicę w Polsce jest niezadowalające, na co wskazują wyniki przedstawiane w raportach z „Monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej”. Autorzy programu podkreślają, że stomatolodzy prowadzą w Polsce głównie działalność naprawczą, ponieważ nie stworzono mechanizmów motywujących ich (zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym) do podejmowania funkcji edukacyjnej wobec pacjentów i stosowania profilaktyki. Jedynie 15–20% z nich podjęło się działań edukacyjnych.

Tylko 17% rodziców dzieci w wieku 7 lat regularnie interesuje się ich myciem zębów (i około 35% – w przypadku pięciolatek). Aż 66% nie podaje dziecku preparatów fluoru (75% – pięciolatek) i aż 9% dzieci, które ukończyły 7 rok życia, nigdy nie było u dentysty. Wyniki badań monitoringowych z lat 1999–2007 populacji dzieci w wieku 12 lat dowodzą, że frekwencja próchnicy wykazała trend spadkowy, obniżając się w okresie 8 lat u ogółu badanych o 8,2%: u chłopców – o 8,0%, u dziewcząt – o 8,6%; ponadto w rejonie miejskim – o 10,1% i wiejskim – o 5,9%.

**Tabela 1: Częstość występowania próchnicy u dzieci w wieku 12 lat**

Rok badania	Ogółem %	Chłopcy %	Dziewczęta %	Rejon miejski %	Rejon wiejski %
1999	88,9	87,3	90,6	87,8	90,0
2000	87,9	85,9	89,9	86,3	89,4
2001	89,9	89,0	89,0	87,2	90,7
2002	87,1	85,7	88,5	86,5	87,8
2003	83,6	82,1	85,1	82,1	85,0
2004	80,7	79,3	82,0	77,7	84,1

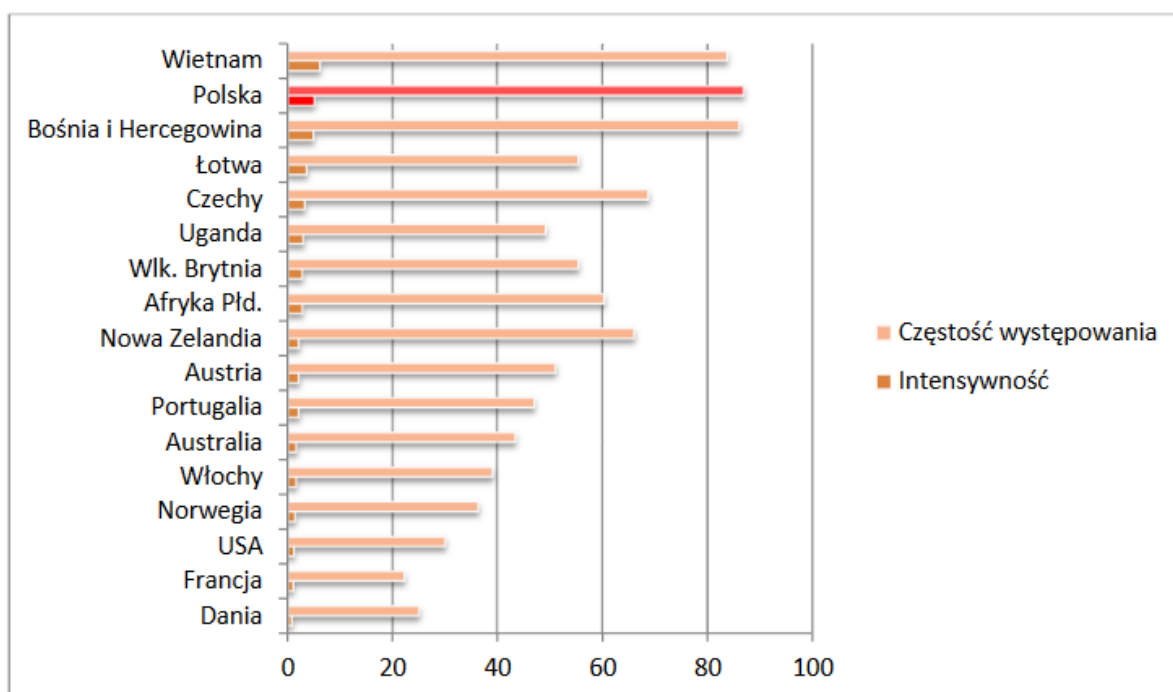
Źródło: Thinkmed „Profilaktyka stomatologiczna”, Warszawa 2014

Próchnica jest chorobą pojawiającą się już w zębach mlecznych w pierwszym roku życia dziecka. Między 2 a 3 rokiem życia występuje u 35–50% dzieci, między 3 a 4 rokiem życia próchnica występuje u 56–60% dzieci, a w wieku 6–7 lat u prawie 100% dzieci. Na podstawie ostatnich przeprowadzonych badań epidemiologicznych stwierdza się, iż blisko 90% dzieci

12-letnich w Polsce ma próchnicę. Pomiędzy 6 a 12 rokiem życia, aż 89,3% dzieci miało przynajmniej jeden ząb szósty dotknięty próchnicą.

Wyniki dotychczasowych badań wskazują na alarmująco zły stan zdrowotny uzębienia dzieci w wieku przedszkolnym w Polsce. Stan ten różni się znacząco od stanu obserwowanego nie tylko w krajach rozwiniętych, ale także w wielu krajach UE wzbudzonych gospodarczo (podlegających podobnie jak Polska transformacji systemowej).

**Rysunek 2. Nasilenie próchnicy wśród dzieci sześciolletnich w wybranych krajach**



Źródło: Thinkmed „Profilaktyka stomatologiczna”, Warszawa 2014

W roku 2000 do krajów europejskich, w których u dzieci w wieku 12 lat średnia liczba zębów dotkniętych próchnicą była niższa lub równa 3,00, należały: Białoruś (2,7), Dania (1,0), Estonia (2,7), Finlandia (1,2), Francja (1,9), Grecja (2,2), Hiszpania (1,12), Irlandia (1,1), Islandia (1,5), Włochy (2,1), Niemcy (1,2), Holandia (0,9), Norwegia (1,50), Rumunia (2,8), Słowenia (1,8), Szwecja (1,0), Szwajcaria (0,9) i Wielka Brytania – Anglia i Walia (0,9). Oprócz Polski celu tego nie osiągnęły kraje takie jak: Bułgaria (4,4), Węgry (3,3), Łotwa (3,9), Litwa (3,6).

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

- 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.

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:

- 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 zęby z próchnicą,
- 40% dzieci ma wypełnienie w zębach stałych.

Szczegółową analizę stanu uzębienia przedstawia poniższa tabela.

**Tabela 2: Stan uzębienia na podstawie badania stomatologicznego**

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

*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:

- 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,
- niepodejmowanie 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%. Warto w tym miejscu wspomnieć, że cel zdrowia WHO na XXI wiek, proponowany do realizacji do 2020 roku zakłada, że we wszystkich krajach europejskich odsetek dzieci 6 letnich bez próchnicy sięgnie 80%. Cel ten zaakceptowały wszystkie liczące się organizacje/instytucje zajmujące się problematyką zdrowia publicznego jamy ustnej, takie jak: Międzynarodowe Towarzystwo Badań Stomatologicznych (IADR), Międzynarodowa Federacja Stomatologów (FDI), Europejska Federacja Wydziałów Stomatologii Uniwersytetów Medycznych (ADEE), Rada Głównych Stomatologów Krajów Europejskich (CECDO), Międzynarodowe Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (IAPD), Europejskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego Jamy Ustnej (EADPH).

Kolejnym istotnym problemem zdrowotnym w Polsce jest:

- usuwanie zębów stałych z powodu próchnicy u dzieci w wieku szkolnym, co może być wynikiem niepodejmowania badań kontrolnych, zaniedbań profilaktycznych i wreszcie nieskuteczności leczenia zachowawczego próchnicy i jej następstw. W Polsce odsetek uczniów szkół podstawowych w wieku 12 lat z co najmniej 1 zębem stałym usuniętym z powodu próchnicy sięga 4% a u młodzieży w wieku 18 lat – 15%.

Głównymi przyczynami przedstawionych wyżej problemów zdrowotnych społeczeństwa może być powszechnie niska świadomość zdrowotna społeczeństwa (szczególnie wśród rodziców/opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym oraz 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 niepodjęciem leczenia i powikłaniami oraz zależnością od stylu życia, jest problemem o znaczeniu społecznym i stanowi istotny element zdrowia publicznego.

### **1.3 Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu**

Populację docelową programu stanowią dzieci z terenu gminy Gostyń w wieku 8 lat, u których wykonane zostanie lakowanie zębów (szóstek) oraz dzieci w wieku 12 lat, u których lakowane będą zęby (siódemki).

Program obejmuje populację około 1218 dzieci, mieszkańców gminy Gostyń. Oznacza to, iż w poszczególnych latach programem objęta zostanie następująca populacja dzieci:

- w 2019 roku programem objęte będą dzieci z roczników:
  - rocznik 2011 – 329 dzieci,
  - rocznik 2007 - 246 dzieci,
- w 2020 roku programem objęte będą dzieci z roczników:
  - rocznik 2012 – 296 dzieci,
  - rocznik 2008 – 347 dzieci.

W okresie realizacji programu w latach 2019-2020 liczba dzieci kwalifikujących się do wejścia w skład badanej populacji wynosić będzie 1 218.

### **1.4 Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

W ramach opieki stomatologicznej realizowane są świadczenia gwarantowane, które są świadczeniami opieki zdrowotnej finansowanymi w całości lub współfinansowanymi ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz .U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.).

Zakres stomatologicznych świadczeń określają przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz .U. z 2017 r., 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:

- 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:

**- dla 7-9 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.

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

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 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.

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 2011 roku 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.

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. Edukacją i profilaktyką stomatologiczną objęte zostaną dzieci wieku do 5 roku życia oraz osoby dorosłe.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia w celu implementacji programów zdrowia jamy ustnej w czerwcu 2011 roku 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”.

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.

Zaplanowane interwencje w programie „Stop próchnicy” w gminie Gostyń opierają się na wykonaniu badania profilaktycznego w gabinecie stomatologicznym oraz wykonania lakowania zębów, szóstek u dzieci 8 - letnich i siódemek u dzieci 12-letnich, które nie miały wykonanego zabiegu w ramach NFZ. Warto zaznaczyć, że zaplanowane świadczenia znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu stomatologii (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 roku zabezpieczenie lakiem szczelinowym bruzd zębów szóstych należy do świadczeń gwarantowanych, wykonywane raz do ukończenia 8 roku życia dziecka). Jednak ze względu na rozpowszechnienie problemu próchnicy wśród dzieci oraz trudności związane z korzystaniem ze świadczeń w ramach NFZ, gdyż w gminie Gostyń stomatolog dziecięcy ma pół kontraktu w ramach NZF, program „Stop próchnicy” stanowi wartość uzupełniającą świadczeń istniejących.

### **1.5 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

Próchnica zębów oraz niewłaściwy poziom higieny jamy ustnej są najczęstszymi problemami zdrowotnymi wieku dziecięcego. U dzieci i młodzieży w wieku 5–17 lat próchnica zębów występuje pięć razy częściej niż astma oskrzelowa i siedmiokrotnie częściej niż katar sienny. Pomimo powszechnego występowania problem ten bywa często bagatelizowany, a właściwa higiena jamy ustnej rozpoczyna się dopiero u dzieci w starszym wieku, kiedy często zmiany są rozległe i nieodwracalne, wymagają zabiegów dentystycznych i niejednokrotnie leczenia kanałowego, skutkującego martwymi zębami i ich przedwczesną utratą. Udowodniono, że próchnica pojawia się u dzieci już w okresie niemowlęcym, zaraz po pojawieniu się zębów mlecznych. Ponadto zmiany próchnicze w zębach mlecznych wiążą się ze znacznym ryzykiem choroby w zębach stałych.

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

Biorąc pod uwagę liczne następstwa próchnicy oraz ich kosztowność, działania z zakresu edukacji, profilaktyki i leczenia od najmłodszych lat z pewnością pozytywnie wpłyną na stan zdrowia i jakość życia mieszkańców i dlatego gmina Gostyń postanowiła realizować w latach 2019-2020 program w zakresie zapobiegania próchnicy u dzieci.

## **2. Cele programu**

### **2.1 Cel główny**

Celem głównym programu jest obniżenie częstości występowania próchnicy u dzieci w wieku 8 i 12 lat oraz poprawa jakości ich życia poprzez:

- oddziaływania prozdrowotne ukierunkowane na ochronę przed próchnicą,
- kształtowanie postaw prozdrowotnych i rozwijanie właściwych nawyków higienicznych u dzieci w wieku 8 i 12 lat,
- zapewnienie niezbędnej profilaktyki fluorkowej poprzez wykształcenie nawyku dwukrotnego w ciągu dnia prawidłowego szczotkowania zębów pastą z fluorem.

### **2.2 Cele szczegółowe**

**Do celów szczegółowych należy:**

- 1) ocena stanu zdrowia jamy ustnej oraz kwalifikacja do dalszego postępowania;
- 2) ograniczenia przypadków występowania zaawansowanej próchnicy oraz utraty zębów u dzieci;
- 3) przeciwdziałanie rozwojowi próchnicy zębów i chorób przyzębia oraz wadom zgryzu u dzieci;
- 4) podnoszenie świadomości i edukowanie rodziców w kwestii czynników ryzyka wywołujących choroby jamy ustnej u dzieci;
- 5) zwiększenie liczby dzieci, u których zastosowano profesjonalne metody profilaktyki stomatologicznej (lakowanie);
- 6) rozwijanie prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych wśród dzieci w wieku szkolnym;
- 7) motywowanie rodziców do regularnych wizyt dziecka w gabinecie stomatologicznym celem wykonania przeglądów jamy ustnej oraz wykonania u dziecka zalecanych zabiegów profilaktyczno- leczniczych finansowanych z NFZ lub odpłatnych;
- 8) wzrost odsetka osób dorosłych posiadających wiedzę na temat zdrowia jamy ustnej poprzez kształtowanie postaw prozdrowotnych;
- 9) dążenie do zmiany zachowań prozdrowotnych u dzieci i ich rodziców, co w konsekwencji pozwoli na obniżenie kosztów leczenia stomatologicznego w późniejszych latach.

### **2.3 Oczekiwane efekty**

1. Zmniejszenie częstości występowania oraz obniżenie ciężkości przebiegu choroby próchnicowej u dzieci biorących udział w programie.

2. Obniżenie kosztów leczenia stomatologicznego w późniejszych latach.
3. Wzrost świadomości dzieci i rodziców o konieczności prawidłowej higieny jamy ustnej.
4. Wzrost częstości wizyt kontrolnych u stomatologa.
5. Zwiększenie świadomości dzieci i rodziców wpływu nieprawidłowego odżywiania się na powstanie chorób próchnicznych.
6. Zmiana nawyków żywieniowych poprzez ograniczenie liczby cukrów.

## **2.4 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu**

1. Liczba zgód rodzica/opiekuna prawnego na udział w programie dzieci i ich ewentualne zmiany w porównaniu z licznością populacji docelowej.
2. Ocena stanu zdrowia jamy ustnej pod kątem występowania próchnicy (przed i po programie).
3. Ocena stanu wiedzy uczestników na temat zapobiegania próchnicy (przed i po przeprowadzeniu spotkań edukacyjnych z rodzicami).
4. Ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez rodzica/opiekuna prawnego.

## **3. Adresaci programu (populacja programu)**

### **3.1 Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe**

W programie będą mogły wziąć udział dzieci w wieku 8 i 12 lat z terenu gminy Gostyń (biorąc pod uwagę rok ich urodzenia – informacje z Wydziału Spraw Obywatelskich Urzędu Miejskiego w Gostyniu).

Program będzie głównie propagowany poprzez informację przekazaną do szkół, stronę internetową Urzędu Miejskiego w Gostyniu oraz lokalne media.

W okresie realizacji programu w latach 2019-2020 liczba dzieci kwalifikujących się do wejścia w skład badanej populacji wynosić będzie 1 218.

### **3.2 Tryb zapraszania do programu**

Udział w programie jest dobrowolny i bezpłatny. Przed przystąpieniem do programu rodzic/opiekun prawny poproszony będzie o wyrażenie zgody na wykonanie u dzieci przeglądów jamy ustnej i wykonywanie zabiegów profilaktycznych. Zaproszenie do programu nastąpi poprzez akcję informacyjno-promocyjną prowadzoną przez realizatora zadania.

Realizator zadania zorganizuje w szkołach spotkania zarówno z rodzicami, jak i dziećmi oraz przeprowadzi dystrybucję materiałów promocyjnych na ich terenie oraz przekaze rodzicom/opiekunom prawnym dzieci informację o możliwości udziału dziecka w programie.



## **4. Organizacja programu**

### **4.1 Części składowe, etapy i działania organizacyjne**

Części składowe, etapy i działania organizacyjne programu:

- 1) przygotowanie i przeprowadzenie konkursu ofert, o którym mowa w art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 1938, ze zm.);
- 2) wyłonienie realizatora zadania;
- 3) opracowanie szczegółowego harmonogramu działań;
- 4) rozpropagowanie i nagłośnienie programu w lokalnej społeczności;
- 5) opracowanie narzędzi do realizacji programu:
  - a) materiały edukacyjne dla dzieci i rodziców,
  - b) dokumentacja programu,
- 6) spotkanie edukacyjno-informacyjne z rodzicami/opiekunami dzieci – sprawdzenie poziomu wiedzy rodziców na temat zapobiegania próchnicy przed i po przeprowadzeniu działań edukacyjnych;
- 7) uzyskanie zgody rodzica na udział dziecka w programie;
- 8) przeprowadzenie badania diagnostycznego;
- 9) wypełnienie karty badania;
- 10) poinformowanie rodzica/opiekuna o stanie zdrowia dziecka i potrzebach zdrowotnych z zakresu profilaktyki zdrowia jamy ustnej;
- 11) wykonanie świadczeń profilaktyczno – leczniczych, w tym:
  - a) badanie stomatologiczne z określeniem stanu jamy ustnej i potrzeb leczniczych,
  - b) przeprowadzenie rozmowy motywującej dziecko i rodziców/opiekunów prawnych do przestrzegania zaleceń higienicznych i dietetycznych,
  - c) pokrycie bruzd zębów trzonowych lakiem szczelinowym:
    - u dzieci w wieku 8 lat zębów szóstek,
    - u dzieci w wieku 12 lat zębów siódemek,
- 12) opracowanie narzędzi monitorowania (baza danych, dokumentacja sprawozdawcza) i analiza uzyskanych wyników po zakończeniu realizacji całego programu;
- 13) przeprowadzenie ankiet wśród rodziców/ opiekunów prawnych w celu oceny jakości udzielonych świadczeń.

### **4.2 Planowane interwencje**

Badanie jamy ustnej dzieci wraz z określeniem liczby puw czyli sumy liczby zębów z ubytkami próchnicowymi, zębów usuniętych z powodu próchnicy oraz zębów wypełnionych. W grupie wiekowej 8-latków przeprowadzenie lakowania zębów szóstych a u dzieci 12 –letnich lakowania zębów siódmych.

#### **4.3 Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników**

Beneficjentami programu będą dzieci w wyżej wskazanej grupie wiekowej zamieszkałe w gminie Gostyń. Kryterium kwalifikacji do wzięcia udziału w programie będzie data urodzenia dziecka.

#### **4.4 Zasady udzielania świadczeń w ramach programu**

Zgłaszanie się dzieci wraz z rodzicem/opiekunem prawnym na badanie stomatologiczne następuje bez skierowania, po osobistym lub telefonicznym umówieniu na wyznaczony termin do gabinetu stomatologicznego realizującego program.

W odniesieniu do przekazanej rodzicowi/opiekunowi prawnemu dziecka ulotki informacyjnej dotyczącej profilaktyki próchnicowej omówiony zostanie instruktaż mycia zębów, ukazanie właściwych technik higieny jamy ustnej oraz informacje na temat prawidłowych nawyków higienicznych a także potrzeby regularnych kontroli zdrowia jamy ustnej dziecka.

Następnie dziecko zostanie zbadane stomatologicznie, zostaną określone jego potrzeby lecznicze oraz jeżeli dziecko spełnia kryteria, lekarz stomatolog może przeprowadzić lakowanie zębów w trakcie tej samej wizyty, bez ustalenia następnego terminu. Wówczas zostanie wykonany zabieg profilaktycznego lakowania zębów szóstek u 8- latków i siódemek u dzieci 12- letnich. Wskazania do lakowania zębów lekarz stomatolog ocenia indywidualnie u każdego dziecka, biorąc pod uwagę stopień ryzyka próchnicy.

#### **4.5 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 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego ( Dz. U. z 2017 r., poz. 193 ze zmianami). Zadanie realizowane w ramach programu są objęte zakresem finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia i stanowią jego uzupełnienie. Program pozwoli również rodzicom/opiekunom prawnym dzieci nabyć wiedzę i ukierunkować uwagę, aby zapobiegać rozwojowi próchnicy.

#### **4.6 Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania**

Każdy rodzic/opiekun prawny dziecka biorącego udział w programie otrzyma pisemną informację dotyczącą potrzeb leczniczych i profilaktycznych jego dziecka. Rodzic indywidualnie podejmie decyzje, czy i w jaki sposób będzie kontynuował zalecane leczenie uzębienia dziecka.

#### **4.7 Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

Świadczenia udzielane będą zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej. Profilaktyczne stomatologiczne badania lekarskie oraz zabiegi u dzieci wykona lekarz stomatolog w przygotowanym do tego gabinecie.

#### **4.8 Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu**

Świadczenia w ramach programu będą udzielane w funkcjonującym gabinecie stomatologicznym na terenie gminy Gostyń w wyznaczonych dniach i godzinach. Realizator zadania zabezpieczy odpowiedni, spełniający wymogi ogólne, sprzęt medyczny niezbędny do wykonania tego rodzaju świadczenia zdrowotnego.

Realizator zadania wyłoniony zostanie w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.).

Badanie stomatologiczne dzieci przeprowadzać będzie lekarz stomatolog. Standardowe wyposażenie gabinetu stomatologicznego powinno spełniać warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).

Kwalifikacje zawodowe osób, które będą realizowały świadczenia w ramach programu, określone zostaną w konkursie ofert.

#### **4.9 Dowody skuteczności planowanych działań**

##### **a) 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.

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.

**b) zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek**

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.

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”.

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

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. Podstawowe zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy wynikające z wytycznych opartych na systematycznych przeglądach dowodów naukowych (również wskazówki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego oraz pytań o opinię specjalistów, stanowiące zalecenia na poziomie stanowiska eksperckiego, są zgodne z poniższymi stwierdzeniami):

- praktyczną, skuteczną i powszechną metodą ograniczania próchnicy jest fluorowanie wody pitnej. Skutecznym działaniem w pierwotnej profilaktyce próchnicy jest codzienna ekspozycja na fluor przyjmowany z wodą oraz monitorowane stosowanie past fluorkowych,
- istotnym elementem promocji zdrowia jamy ustnej są regularne, okresowe wizyty kontrolne. Zalecany odstęp między kolejnymi badaniami kontrolnymi powinien być dostosowany do potrzeb pacjenta i określony na podstawie oceny ryzyka próchnicy oraz zaawansowania/aktywności choroby,

- istotnym elementem procesu decyzyjnego powinna być ocena ryzyka próchnicy u każdego pacjenta, okresowo weryfikowana,
- w profilaktyce próchnicy można stosować cztery proste metody o udowodnionej skuteczności: szczotkowanie zębów pastą z fluorem, porada dietetyczna (między innymi dotycząca ograniczenia spożycia cukrów), preparaty fluorowe do stosowania miejscowego (np. pasty do zębów, żele, płyny do płukania ust, lakiery) oraz laki szczelinowe (uszczelniacze) do zabezpieczania bruzd zębów trzonowych,
- niezbędnym elementem profilaktyki próchnicy jest zdrowa dieta w zakresie spożywania cukrów: w przypadku pragnienia dziecko powinno pić wodę; posiłki zawierające cukry powinny być spożywane przez dzieci zagrożone próchnicą nie częściej niż 3–4 razy w ciągu dnia; wskazane jest prowadzenie w szkole zajęć edukacyjnych w zakresie higieny jamy ustnej, w tym związku między spożywaniem cukrów i rozwojem próchnicy,
- podstawową metodą zapobiegania próchnicy powinno być dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą z fluorem o zawartości fluoru min. 1000 ppm (dla małych dzieci wskazane są pasty z obniżoną zawartością fluoru),
- w grupie podwyższonego ryzyka próchnicy powinna być stosowana profesjonalna profilaktyka fluorkowa w odstępach 6-miesięcznych, a w grupie wysokiego ryzyka – w odstępach 3 miesięcy. Profesjonalna zapobiegawcza terapia fluorkowa nie jest wskazana u osób z niskim ryzykiem próchnicy,
- w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka rozwoju próchnicy (u pacjenta lub w odniesieniu do konkretnego zęba) należy wykonać uszczelnienie bruzd stałych zębów trzonowych lakiem, a następnie sprawdzać i w razie potrzeby uzupełnić lak podczas regularnych wizyt kontrolnych.

Dodatkowo w odniesieniu do lakowania szczelin i bruzd zębów trzonowych stałych u dzieci i młodzieży, według zaleceń American Dental Association, na wczesne ogniska próchnicowe można stosować laki szczelinowe w celu zmniejszenia odsetka postępujących zmian. Na podstawie dowodów naukowych należy rekomendować gminne programy prewencji próchnicy.

Ponadto w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 administracji samorządowej przypisano istotną rolę wśród realizatorów planowanych zadań. Wdrożenie samorządowego programu zdrowotnego dotyczącego profilaktyki próchnicy poprzedzone było oceną lokalnej sytuacji w zakresie skuteczności profilaktyki i określeniem stanu lokalnych zasobów i potrzeb.

**c) dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej**

Działania profilaktyczne w zakresie stomatologii prowadzone w szkołach są według WHO najskuteczniejsze. Promocja zdrowia jamy ustnej realizowana w placówkach oświatowych okazuje się efektywna, ponieważ oddziałuje na wszystkie środowiska niezależnie od statusu socjoekonomicznego, a dodatkowo może być efektywna kosztowo.

W wielu krajach zaobserwowano zmniejszenie częstości występowania próchnicy na powierzchniach gładkich przy zastosowaniu preparatów fluorkowych. Jednym z powszechnie używanych narzędzi profilaktyki tej choroby jest również zabieg uszczelniania zębów bocznych. Wykazano, że u osób, u których go wykonano, nastąpiło istotne zahamowanie rozwoju próchnicy na powierzchniach żujących, a tak że zmniejszyło się jej nasilenie w całym uzębieniu.

W 1994 roku WHO uznało związki fluoru w pastach do zębów za najważniejszy składnik przyczyniający się do znaczącej redukcji występowania próchnicy w krajach wysoko rozwiniętych. Źródłami fluoru są pokarmy pochodzenia roślinnego i zwierzęcego, woda, pasty, płukanki, lakiery, laki i tabletki. Dawka fluoru spożywanego w ciągu dnia nie powinna być wyższa niż 3 mg. Ze względu na możliwe działania niepożądane fluoru, lekarze przepisujący dla dzieci tabletki z jego zawartością powinni brać pod uwagę stężenie jonów fluorkowych w wodzie pitnej oraz takie czynniki jak wiek i wagę lub wzrost dziecka. Doniesienia naukowe potwierdzają, że fluorkowanie wody to najskuteczniejszy i najmniej kosztochłonny sposób zapobiegania próchnicy u dzieci, ale badania wykazują również na spadek występowania próchnicy w krajach uprzemysłowionych, w których woda nie jest fluorkowana. Częste podawanie fluoru w niewielkich ilościach o dużym stężeniu zapewnia skuteczność i jednocześnie minimalizuje ryzyko wystąpienia fluorozы (czyszczenie zębów dwa razy dziennie pastą zawierającą fluor). W profilaktyce i leczeniu próchnicy poprzez stosowanie past z fluorem istotnymi czynnikami są: skład i ilość pasty, stężenie fluoru, czas i częstość szczotkowania oraz płukanie ust. W państwach Unii Europejskiej dopuszczalne maksymalne stężenie fluoru w pastach wynosi 1500 ppm (2000 ppmna receptę dla grup wysokiego ryzyka próchnicy). W latach pięćdziesiątych wykazano skuteczność kliniczną pasty do zębów z fluorkiem cynawym. Następne badania potwierdziły skuteczność nofluorofosforanu sodu (1963) i aminofluorków (1968), a kariostatystyczne działanie fluorku sodu udowodniły wyniki prac Ericssona (1961). Długoterminowe badanie kliniczne dotyczące porównania pasty z aminofluorkiem (AmF) i monofluorofosforanem sodu (1982) wskazuje na większą skuteczność tego pierwszego związku niż drugiego w łagodzeniu próchnicy, ale bez wykazania wyższej skuteczności przeciwpróchnicowe. Metaanaliza badań klinicznych (1993)

dowodzi, że po 2–3 latach regularnego stosowania past z fluorkiem sodu różnica redukcji próchnicy jest o 6,4% wyższa niż przy stosowania past z monofluorofosforanem.

### **Efektywność kosztowa**

#### **d) informacja na temat podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne)**

Poniżej przedstawiono niektóre programy zdrowotne innych jednostek samorządu terytorialnego obejmujące profilaktykę próchnicy zębów:

- Gmina Aleksandrów – „Program profilaktyki stomatologicznej dla dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie gminy Aleksandrów”- obejmujący stomatologiczne badania profilaktyczne (ocena stanu jamy ustnej i zgryzu, ocena wskaźnika PUW, porada dot. higieny jamy ustnej, fluoryzacja kontaktowa oraz lakowanie bruzd zębów I i II trzonowych u dzieci, u których zabiegi nie zostały wykonane w ramach NFZ, uzupełnienie laku, profilaktyka chorób przyzębia – usunięcie płytki bakteryjnej). Program uzyskał pozytywną opinię AOTM,
- Gmina Brwinów – „Program profilaktyki stomatologicznej prowadzony w latach 2013–2015 obejmujący dzieci z gminy Brwinów w wieku 6–9 lat” (spotkania informacyjno-edukacyjne dla opiekunów, lekarskie badania stomatologiczne, instruktaż o higienie jamy ustnej, konsultacja ortodontyczna, fluoryzacja kontaktowa obu łuków zębowych i laki szczelinowe zębów VI). Program uzyskał pozytywną opinię AOTM,
- Miasto Katowice – „Program profilaktyki próchnicy dla dzieci miasta Katowice” obejmujący wykłady edukacyjne dla nauczycieli, pielęgniarek szkolnych, rodziców i uczniów szkoły podstawowej klasy I–V nt. choroby próchnicowej, dla ośmio- i jedenastolatków przegląd jamy ustnej, ocena PUW, poziomu higieny jamy ustnej, stanu przyzębia i zgryzu, instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej i zasad zdrowego odżywiania, lakowanie bruzd pierwszych zębów trzonowych stałych VI (jeżeli nie było tego zabiegu w ramach NFZ przed 7. rokiem życia, oraz uzupełnienie laku – ośmiolatki), lakowanie bruzd zębów trzonowych VII (jedenastolatki). Program uzyskał pozytywną opinię AOTM,
- Miasto Mysłowice – „Program profilaktyki antynikotynowej oraz zapobiegania próchnicy u uczniów klas III szkół gimnazjalnych na terenie Mysłowic” obejmujący fluoryzację zębów, instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej oraz specjalistyczną konsultację. Program uzyskał pozytywną opinię AOTM.

## **5. Koszty**

### **5.1 Koszty jednostkowe**

Koszty jednostkowe obejmować mogą:

- 1) koszty wynagrodzenia kadry realizującej zadanie;
- 2) koszty pośrednie, tj. media, sprząatanie, utylizacja odpadów, telefon itp.;
- 3) koszty zakupu materiałów i sprzętu do realizacji zadania (nie dotyczy zakupów inwestycyjnych);
- 4) koszty pozostałych materiałów, tj. materiały biurowe i papiernicze, druki ulotek;
- 5) koszty wynajmu gabinetu stomatologicznego.

## **5.2 Planowane koszty całkowite**

Rok 2019:

- 1) koszt całkowity – 66 700 złotych;
- 2) koszty badań i lakowania (575 osób x 100 złotych) – 57 500 złotych;
- 3) koszty spotkań dla rodziców i dzieci - 6 000 złotych;
- 4) koszty zakupu lub druku materiałów edukacyjnych – 3 200 złotych.

Rok 2018:

- 1) koszt całkowity – 73 500 złotych;
- 2) koszty badań i lakowania (643 osób x 100 złotych) – 64 300 złotych;
- 3) koszty warsztatów dla rodziców i dzieci – 6 000 złotych;
- 4) koszty zakupu lub druku materiałów edukacyjnych – 3 200 złotych.

## **5.3 Źródła finansowania, partnerstwo**

Źródłem finansowania w 100% jest budżet gminy Gostyń.

## **5.4 Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.**

Wytworzenie zdrowego środowiska, promowanie zdrowych nawyków, 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.

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

Przy wyborze tematyki programu zdrowotnego posiłkowano się uwagami, spostrzeżeniami i propozycjami placówek służby zdrowia (w szczególności lekarzy stomatologów) wypracowanych podczas zorganizowanych wspólnych spotkań.

Realizator programu wyłoniony zostanie w drodze konkursu ofert, realizacja programu przebiegać będzie na podstawie zawartej stosownej umowy.



## **6. Monitorowanie i ewaluacja**

Monitoring i ewaluacja projektu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność dzieci do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej oceny programu. Kolejnym elementem jest fachowe oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Ostatnim elementem tego procesu będzie analiza efektywności realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w tego typu interwencjach.

### **6.1 Ocena zgłaszalności do programu**

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowe narzędzie bieżącego monitoringu realizacji założonych celów programu. Aby ją przeprowadzić, dane liczbowe odnoszące się do liczby przyjętych dzieci będą porównywane z liczebnościami w poszczególnych grupach wiekowych w populacji docelowej programu. Działania te zostaną oparte na okresowych raportach, analizowanych przez koordynatora programu.

Monitoringowi okresowemu poddana zostanie również liczba zgód na udział w programie. Zmiana tego parametru w trakcie poszczególnych lat trwania projektu będzie porównywana z liczebnością populacji docelowej. Uzyskane wyniki powinny w wysokim stopniu korespondować z jakością działań informacyjnych i promocyjnych. Będą również dobrym odzwierciedleniem zmian świadomości społeczeństwa w zakresie znaczenia profilaktyki stomatologicznej.

### **6.2 Ocena jakości i efektywności świadczeń w programie**

Jakość świadczeń w programie oceniana będzie na podstawie przeprowadzonej ankiety wypełnionej przez rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w programie.

Ankieta będzie w pełni anonimowa i pozwoli na ocenę zadowolenia uczestników z prowadzonych interwencji. Kwestionariusze będą analizowane również pod kątem ewentualnych uwag i sugestii, które mogą zostać uwzględnione w kolejnych latach trwania projektu.

## **7. Okres realizacji programu**

Program realizowany będzie w latach 2019-2020.

## Bibliografia:

1. Stodolak A., Fuglewicz A., „Zapobieganie próchnicy u dzieci i młodzieży oraz promocja zdrowia jamy ustnej – rola pracowników służby zdrowia”, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, Tom 20, Nr 1, s. 76-81, <http://www.monz.pl>.
2. A. Oblacinska i W. Ostreęga, „Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej”, *Poradnik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych pracujących w szkołach różnych typów*, Instytut Matki i Dziecka Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa 2003, s. 16
3. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013-2015, Program na lata 2013-2015, Minister Zdrowia, s.9.
4. Minister Zdrowia. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013–2015. Program na lata 2013–2015.
5. Najwyższa Izba Kontroli. Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych. Nr ewid. 131/2013/P/12/124/K z dnia 02.07.2013 r.
6. Wierzbicka M, Kaczmarek U. „Trend choroby próchnicowej u 12-letnich dzieci na podstawie badań monitoringowych stanu zdrowia jamy ustnej. Czy polskie dzieci mają szansę na osiągnięcie narodowego i europejskiego celu zdrowia jamy ustnej?”, *Dent Med Probl* 2009;46(2),149–156.
7. „Zapobieganie próchnicy zębów u dzieci i młodzieży oraz promocja zdrowia jamy ustnej – rola pracowników służby zdrowia”, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, Tom 20, Nr 1, 76–81.
8. Kaczmarek U. „Aspekt bakteryjny próchnicy zębów mlecznych”, *Dent Med Probl*. 2004;41(3):509–514.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2013r., poz. 1462 ze zm.)
10. AOTM. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 55/2014 z dnia 22 kwietnia 2014 r. o projekcie programu. „Program profilaktyki próchnicy zębów, skierowany do dzieci z klas I-VI ze szkół Pruszcza Gdańskiego, realizowany przez Gminę Miejską Pruszcz Gdański w 2014 roku”.
11. Jodkowska E. „Uszczelnianie bruzd zębów bocznych jako jedna z metod współczesnej profilaktyki próchnicy”, *Czas Stomat.* 2005;LVIII(6):428–435.
12. WHO. Fluorides and oral health: Report of a WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use, WHO Technical Report Series 846. WHO: Geneva, 1994
13. Muhler JC, Radike AW, Nergall WH i wsp. „The effect of a stannous fluoride containing dentifrices on caries reduction in children”, *J Dent Res.* 1954;33:606–612.

14. AOTM. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 27/2013 z dnia 18 lutego 2013 r. o projekcie programu „Program profilaktyki stomatologicznej dla dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie gminy Aleksandrów”.

15. AOTM. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 293/2013 z dnia 10 grudnia 2013 r. o projekcie „Program profilaktyki stomatologicznej prowadzony w latach 2013–2015 obejmujący dzieci z gminy Brwinów w wieku 6–9 lat”.

16. AOTM. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 294/2013 z dnia 10 grudnia 2013 r. o projekcie „Program profilaktyki próchnicy dla dzieci miasta Katowice”.

17. AOTM. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 292/2013 z dnia 10 grudnia 2013 r. o projekcie „Program profilaktyki antynikotynowej oraz zapobiegania próchnicy u uczniów klas III szkół gimnazjalnych na terenie Mysłowic”.

Przewodniczący Rady

/-/ Mirosław Żywicki