

**UCHWAŁA NR 797/XXVIII/2016
RADY MIEJSKIEJ W PIASECZNI**

z dnia 14 grudnia 2016 r.

w sprawie przyjęcia gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Program profilaktyczny „Piękny uśmiech” dotyczący zapobiegania próchnicy wśród dzieci w klasach I-VI szkoły podstawowej realizowany w Mieście i Gminie Piaseczno”

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 446 ze zm.) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2016 roku, poz. 1793 ze zm.)) Rada Miejska w Piasecznie uchwała, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się gminny program polityki zdrowotnej pod nazwą. „Program profilaktyczny „Piękny uśmiech” dotyczący zapobiegania próchnicy wśród dzieci w klasach I-VI szkoły podstawowej realizowany w Mieście i Gminie Piaseczno” stanowiący załącznik do niniejszej uchwały. Zakłada się, że projekt realizowany będzie w latach 2016-2018.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta i Gminy Piaseczno.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej w Piasecznie

mgr inż. Piotr Obłoz

Załącznik do Uchwały Nr 797/XXVIII/2016
Rady Miejskiej w Piasecznie
z dnia 14 grudnia 2016 r.



**PROGRAM PROFILAKTYCZNY „PIĘKNY USMIECH” DOTYCZĄCY
ZAPOBIEGANIA PRÓCHNICY WŚRÓD DZIECI
W KLASACH I-VI SZKOŁY PODSTAWOWEJ
REALIZOWANY W MIEŚCIE I GMINIE PIASECZNO**

Okres realizacji programu: 2016 – 2018



**Autor programu:
Urząd Miasta i Gminy Piaseczno.**

Spis treści

Wstęp

1. Problem zdrowotny.....	2
a) Opis problemu zdrowotnego.....	2
b) Epidemiologia	4
c) Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu.....	10
d) Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	11
e) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	12
2. Cele programu	
a) Cel główny.....	15
b) Cele szczegółowe.....	15
c) Oczekiwane efekty.....	15
d) Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....	15
3. Adresaci programu	
a) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe.....	16
b) Tryb zapraszania do programu.....	16
4. Organizacja programu	
a) Części składowe, etapy i działania organizacyjne.....	17
b) Planowane interwencje.....	17
c) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do szczepienia.....	19
d) Zasady udzielania świadczeń w ramach programu.....	19
e) Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.....	21
f) Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymania świadczeń zdrowotnych, jeśli istnieją wskazania.....	22
g) Bezpieczeństwo planowanych inwestycji.....	22
h) Kompetencje / warunki niezbędne do realizacji programu.....	23
i) Dowody skuteczności planowanych działań.....	23
ii) Zalecenia, wytyczne, standardy.....	26
iii) Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej.....	28
iv) Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego.....	29
5. Koszt realizacji programu	
a) Koszty jednostkowe.....	29
b) Planowane koszty całkowite.....	29
c) Źródła finansowania.....	30
d) Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.....	30
6. Monitorowanie i ewaluacja	
a) Ocena zgłaszalności się do programu.....	30
b) Ocena jakości świadczeń w programie.....	31
c) Ocena efektywności programu.....	31
d) Okres realizacji programu.....	31
Bibliografia	33
Załączniki	34

Wstęp

Próchnica – w definicji WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) – to proces patologiczny, umiejscowiony, pochodzenia zewnątrzustrojowego, który prowadzi do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Głównym czynnikiem odpowiedzialnym za jej rozwój są bakterie, które rozkładając cukry obecne w produktach żywnościowych wytwarzają kwasy niszczące szkliwo. Bardzo istotny jest czas zalegania pokarmu w jamie ustnej. Im bardziej lepki jest pokarm i dłużej przetrzymywany w jamie ustnej tym większe ryzyko rozwoju próchnicy. Do czynników ryzyka zalicza się także: uwarunkowania genetyczne, schorzenia ogólnoustrojowe, nawyki higieniczne, nawyki dietetyczne.

Próchnica jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą narządu żucia, dotyczącą osób w każdym wieku. Liczba osób na świecie dotkniętych próchnicą sięga 5 miliardów. Szczególnie ważnym problemem jest próchnica wśród dzieci. W wieku 5-6 lat w jamie ustnej pojawia się uzębienie stałe obecne u człowieka już do końca życia, a wieku 12-14 lat kończy się okres wymiany uzębienia i niestety już w tym okresie próchnica staje się dużym zagrożeniem dla zdrowia.¹



1.a Opis problemu zdrowotnego.

Zdrowie według definicji zawartej w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia przyjętej w 1946 roku jest stanem pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania.

Zdrowie jamy ustnej, określane jest przez Światową Organizację Zdrowia, jako pozytywny standard zdrowotny umożliwiający swobodę mówienia, spożywania pokarmów, utrzymywania kontaktów towarzyskich z innymi ludźmi, przy braku dyskomfortu czy skrzępowania. Jest integralną częścią składową zdrowia ogólnego pacjenta i przyczynia się do ogólnego dobrostanu jednostki³

¹ Światowe problemy w chorobach jamy ustnej. Nowy raport WHO. www.gazetalekarska.pl

² <http://www.biomedical.pl> 29-04-2016

³ Strużycka Izabela, Małkowska Agata, Stopa Janina; „Efektywne sposoby promocji zdrowia jamy ustnej” Czas. Stomat., 2005, LVIII, 6 392-396

Próchnica zębów jest chorobą społeczną ściśle związaną z warunkami cywilizacyjnymi. Występuje we wszystkich krajach świata, a jej intensywność dotyczy szczególnie tej populacji, która spożywa w dużych ilościach oczyszczone cukry.

Próchnica zębów oraz niewłaściwy poziom higieny jamy ustnej są najczęstszym problemem zdrowotnym wieku dziecięcego.

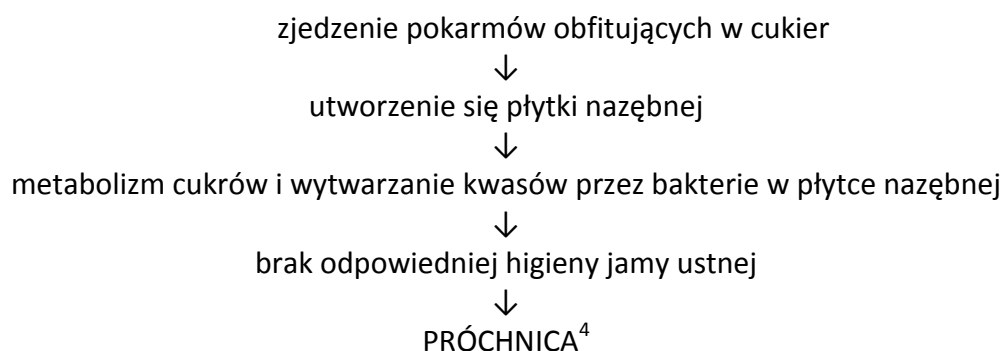


Jak powstaje próchnica?

Próchnica to bakteryjna choroba zakaźna tkanek twardych zęba. Można wyróżnić cztery czynniki, które sprzyjają powstawaniu próchnicy. Są to:

- bakterie
- cukry
- podatność zęba na próchnicę (m.in. słabsza mineralizacja tkanek zęba)
- czas

Schemat powstawania próchnicy przedstawia się następująco:



Próchnica występująca we wczesnym dzieciństwie powoduje poważne następstwa, które mogą zaburzyć rozwój młodego człowieka. Zły stan zdrowotny jamy ustnej może wpływać na obniżenie wyników osiąganym przez dziecko w szkole oraz w późniejszym życiu. Nieliczenie tych schorzeń w wieku dziecięcym może prowadzić do nieodwracalnych

⁴ <http://www.dent.rzeszow.pl/prochnica.php> 29-04-2016

uszkodzeń narządu żucia, bólu, wad zgryzu, poważnych problemów zdrowotnych ogólnoustrojowych, absencji w szkole, niskiej samooceny, a więc i niskiej jakości życia. W skrajnych przypadkach powikłanie wrzodząco-martwiczego zapalenia jamy ustnej może powodować nawet zgon. Część tych następstw może wystąpić w późniejszym okresie życia.

Konsekwencją przedwczesnej utraty zębów mlecznych są wady zgryzu pojawiające się w późniejszym wieku. W wielu przypadkach ma to niekorzystny wpływ na wygląd oraz na pogorszenie stanu odżywienia dzieci, co przekłada się zarówno na zaburzenie wzrostu jak i całego rozwoju fizycznego psychicznego młodego człowieka.

Jeżeli wraz z wiekiem u dziecka nie wyrobi się nawyku dbania o higienę jamy ustnej, a przy tym nie będą przestrzegane wizyty kontrolne i profilaktyczne, próchnicy ulegną zęby stałe. Dlatego też tak ważne jest właściwe i szybkie leczenie, bowiem następstwa tej choroby mogą być bardzo kosztowne zarówno w sensie finansowym, społecznym jak i osobistym. Zaawansowany stan wymaga bardziej kompleksowego, a więc i droższej kuracji w postaci zabiegów chirurgicznych, leczenia kanałowego, ekstrakcji, zabiegów w znieczuleniu ogólnym, a nawet hospitalizacji.⁵

Próchnica zębów jako infekcyjna choroba jamy ustnej stanowi poważny problem zdrowotny wielu państw na całym świecie. W Polsce również jest poważnym problemem, zwłaszcza ta dotycząca uzębienia mlecznego.

Kwestia ta znalazła się wśród celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015. Cel operacyjny 11 „Intensyfikacja zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”.⁶ Obecnie trwają konsultacje w sprawie uchwalenia Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2022 i zarówno stanowisko Krajowego Konsultanta Stomatologii Dziecięcej jak i Rzecznika Praw Dziecka jest bardzo jasne. Problem próchnicy zębów u dzieci i młodzieży jest ogromny i wymaga podjęcia działań zwiększających świadomość prozdrowotną tzn. edukację dzieci, rodziców i nauczycieli. Jak również wzmocnienie systemu i zwiększenie nakładów finansowych na opiekę stomatologiczną dzieci i młodzieży.⁷

„W opinii Rzecznika Praw Dziecka dotychczasowe działania podejmowane na rzecz poprawy stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży były mało skuteczne, być może nieadekwatne do diagnozy i skali problemu. Prowadzone od wielu lat badania epidemiologiczne wskazują na zły stan zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży i wskazują kierunki niezbędnych działań profilaktycznych i leczniczych.”⁸

1.b. Epidemiologia.

Próchnica zębów (*caries dentium* – dental caries) jest procesem patologicznym, polegającym na miejscowym odwapnieniu i rozpadzie tkanek twardych zęba, z następczym ubytkiem – tzw. ubytkiem próchnicowym. Może pojawić się zaraz po wyrżnięciu pierwszych zębów mlecznych (w 1 roku życia), jednak największy przyrost częstości występowania

⁵ Pawka B, Dreher P, Herda J i wsp. „Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym”. *Problemy Higieniczne i Epidemiologiczne*. 2010;91(1):5–7.

⁶ www.mz.gov.pl

⁷ <http://www.nil.org.pl/biuro-prasowe/konferencje-prasowe/konferencja-prasowa-w-nil-epidemia-prochnicy-w-polsce.-lekarze-alarmuja-dramat-w-opiece-stomatologicznej-nad-dzieciami>. 27 04 2016

⁸ Wystąpienie Rzecznika Praw Dziecka do Ministra Zdrowia
http://brpd.gov.pl/sites/default/files/wyst_2016_01_07_mz.pdf 27 04 2016

następuje później, między 2 a 4 rokiem życia. W zębach stałych proces chorobowy rozpoczyna się również zaraz po ich pojawieniu się, czyli około 6 roku życia.

Konsekwencje próchnicy zębów mogą być poważne dla ogólnego stanu zdrowotnego populacji i kosztów związanych z jej leczeniem ponoszonych przez społeczeństwo i jednostkę. Zęby zaatakowane przez próchnicę u dzieci w wieku szkolnym są na ogół usuwane w wieku średnim. Wykonane protezy są po kilku latach użytkowania wymieniane na nowe z powodu zużycia i postępujących procesów destrukcyjnych narządu żucia. Toczące się w tkankach zęba procesy chorobowe prowadzą do penetracji drobnoustrojów w głąb zęba i do okolicznych tkanek.

Towarzyszą temu burzliwe objawy zapalenia w postaci bólu, obrzęku tkanek, ropotoku, wzrostu ciepłoty ciała, utraty zębów, zmniejszenie funkcji żucia i wreszcie może dochodzić do rozprzestrzenienia infekcji w całym organizmie. Wymienione objawy są przyczyną niezdolności do pracy i opuszczania wielu godzin, a nawet dni. Negatywne oddziaływanie na samopoczucie, samoocenę, możliwość znalezienia zatrudnienia i status społeczny zwiększa frustracje pacjenta. Poza tym, państwo i społeczeństwo ponoszą znaczne koszty leczenia nieodwracalnych ubytków próchnicy zębów.

W pracach naukowych i opracowaniach poziom zaawansowania choroby mierzy się liczbą zębów z próchnicą (P), utraconych (U) i wypełnionych (W), sumując ich liczbę i podając wskaźnik PUW (dla zębów stałych dużymi literami, dla mlecznych małymi)

W procesie powstawania i rozwoju próchnicy główną rolę odgrywają cztery główne czynniki próchnicotwórcze:

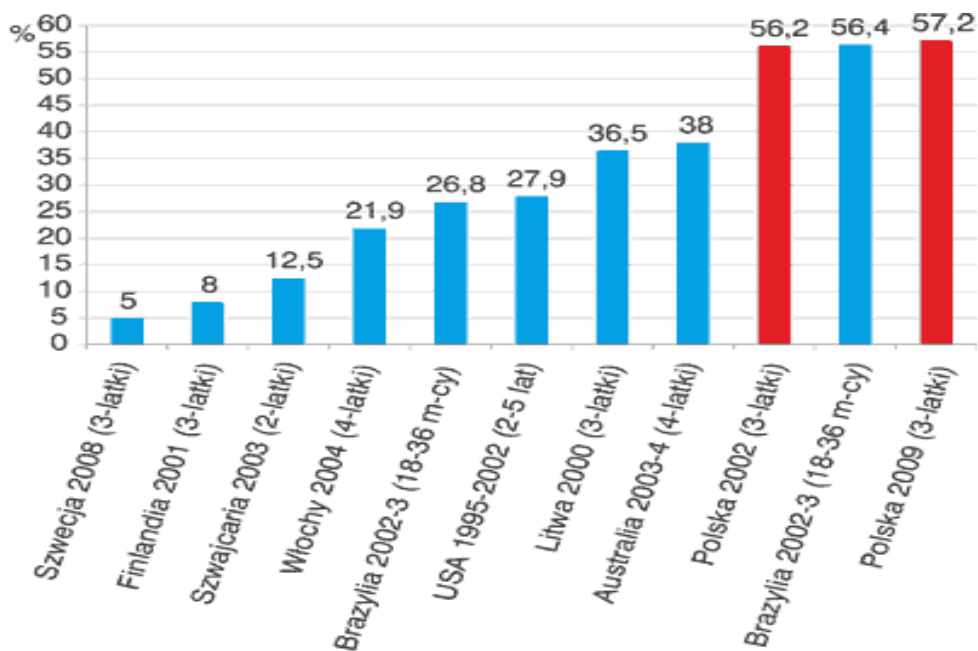
- Obecność bakterii kwasotwórczych,
- Obecność w jamie ustnej węglowodanów, które stanowią substraty dla bakterii i są rozkładane do kwasów, niszczących następnie szkliwo,
- Indywidualna i rozwojowa skłonność do odwapnienia (podatność tkanek zęba na uszkodzenie),
- Czas i częstość oddziaływania wyżej wymienionych szkodliwych czynników.

Przy sprzyjających warunkach, dochodzi do kolonizacji świeżo wyrżniętych zębów przez paciorkowce kariogenne. Wcześniej bakterie te nie mogą się osiedlać, ponieważ brak odpowiedniego twardego podłoża, na którym mogłyby się rozwijać. Osiedlające się bakterie tworzą wraz z pozostałymi szczepami płytkę nazębną, później zaś po jej mineralizacji – kamień nazębny. Po dostarczeniu odpowiedniego substratu (cukru prostego), bakterie rozpoczynają proces metaboliczny, skutkujący wytwarzaniem kwasów odwapniających szkliwo. Dalszy rozwój choroby prowadzi do powstawania ubytków oraz zakażenia tkanek głębokich zęba, co przy odwlekaniu leczenia prowadzi do jego nieuchronnej martwicy.

Zęby dzieci są bardziej podatne na działanie kwasów, ponieważ są początkowo słabo zmineralizowane, mają głębokie bruzdy i szczeliny, a ponadto często są nieprawidłowo osadzone, co skutkuje niemożnością dokładnego ich czyszczenia. Dodatkową szkodliwą rolę spełniają słodkie pokarmy i napoje, a zwłaszcza ich czas pozostawiania w jamie ustnej bez czyszczenia zębów.⁹

W kwestii zapobiegania próchnicy w Polsce w ostatnich latach można mówić o pewnej poprawie. Jednak na tle Europy nasz kraj nadal należy pod tym względem do tych o najgorszych wynikach.

⁹ 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 ,nr1 str. 76-81



10

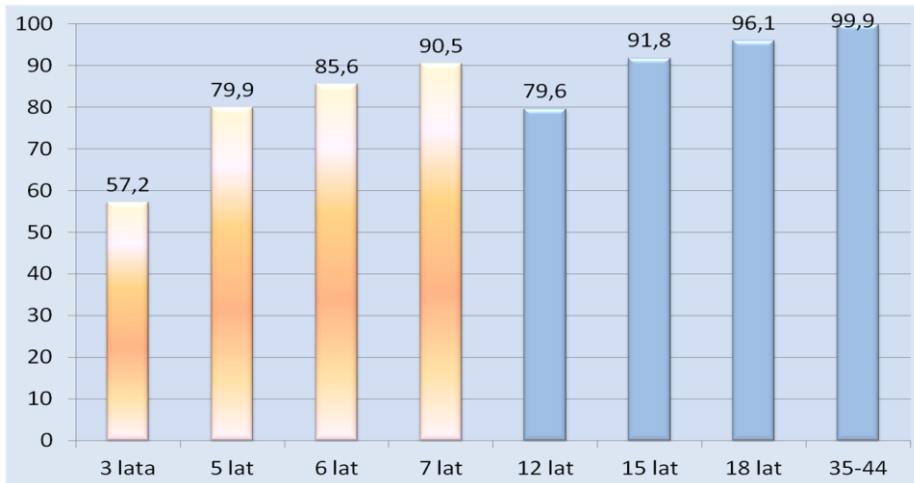
Według danych z GUS problem próchnicy dotyczy aż 70 % trzylatków i 90 % sześciolatków. Trudno znaleźć nastolatka, który miałby wyleczone wszystkie zęby. Próchnica to jedno z niewielu schorzeń, które są efektem braku właściwej higieny.¹¹

Tempo obniżania zapadalności na próchnicę w Polsce jest niezadowolające, na co wskazują wyniki przedstawiane w raportach z „Monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej”.

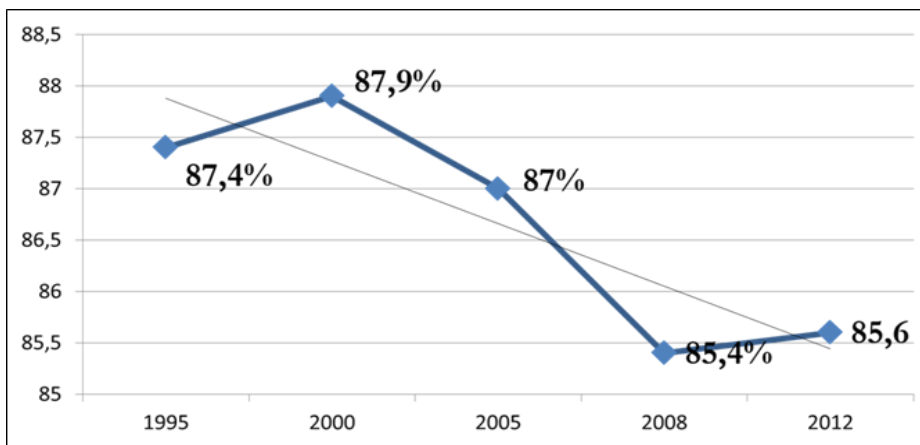


¹⁰ Częstość występowania choroby próchnicowej u dzieci do 5. roku życia w wybranych krajach na świecie w oparciu o dane WHO. <http://www.czytelniamedyczna.pl/3758,rola-lekarzy-niestomatologow-w-zapobieganiu-prochnicy-wczesnego-dziecinstwa.html> 27-04-2016

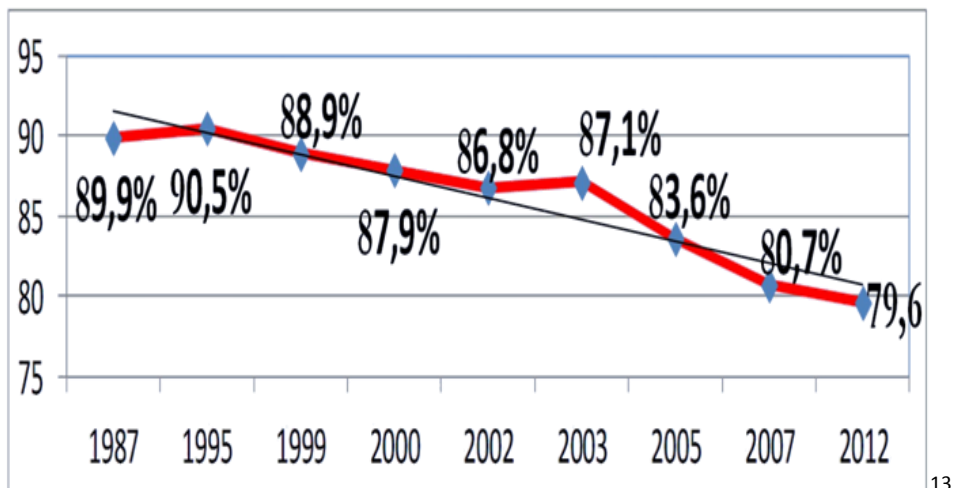
¹¹ http://www.poradnikzdrowie.pl/ciaza-i-macierzynstwo/zdrowie-dziecka/zdrowie-naszyc-dzieci_37823.html?page=2& 27 04 2016



Frekwencja próchnicy w populacji polskiej (badania 2009-2012) % wiek(lata)¹²
 Frekwencja próchnicy u dzieci 6-letnich 1995-2012



Frekwencja próchnicy u dzieci 12-letnich w latach 1987-2012



¹² <http://slidegur.com/doc/1317064/pobierz-plik-prezentacja-prof.-doroty-olczak> 27-04-2016

¹³ <http://slidegur.com/doc/1317064/pobierz-plik-prezentacja-prof.-doroty-olczak> 27-04-2016

Dane epidemiologiczne uzyskane z badań prowadzonych w ramach programu „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” przez Zakład Stomatologii Zachowawczej Instytutu Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Katedrę Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (2010-2012) wskazują,

- Częstość występowania ubytków w zębach mlecznych:
 - w wieku 3 lat – 57,2% (frekwencja) i średnio 2,7 zębów z ubytkami,
 - w wieku 5 lat – 79,9% i 5,07 zębów z ubytkami;

- Częstość występowania ubytków w zębach stałych:
 - w wieku 12 lat – 79,6% (frekwencja) i 3,5 średnio zębów z ubytkami,
 - w wieku 15 lat - 91,8% i 6,12 zębów,
 - w wieku 18 lat 96,1% i 7,95 zębów,
 - 35-44 lata – 99,9% i 16,91 zębów,
 - 43,9% osób w wieku 65-74 lat jest bezzębnych.

- Zaspokojenie potrzeb leczenia zachowawczego w odniesieniu do istniejących w jamie ustnej ubytków próchnicowych (wskaźnik leczenia) jest wysoce zróżnicowane wiekowo i wynosi w zakresie :
 - zębów mlecznych
 - w wieku 3 lat – 2%,
 - 5 lat – 11%,
 - 7 lat – 15%,
 - zębów stałych:
 - w wieku 12 lat – 60%,
 - 15 lat – 55%,
 - 18 lat – 41% i
 - 35-44 lata – 76%.¹⁴

Wyniki monitoringu prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia są bardzo zbliżone do raportu Ipsos z akcji „Chroń Dziecięce Uśmiechy”, według którego 73% dzieci w wieku szkolnym ma średnio 3 zęby z próchnicą, a 35% dzieci ma ich 4 lub więcej. 28 % dzieci w wieku 5-13 lat ma wypełnienia w zębach stałych. Z raportu wynika również, że nieco ponad połowa dzieci szczotkuje zęby, co najmniej 2x dziennie. Natomiast prawie 46% dzieci w ogóle nie korzysta z dodatkowych akcesoriów do higieny jak ustnej, takich jak: płyny, nici dentystyczne, bezcukrowa guma do żucia czy szczoteczki międzyzębowe.

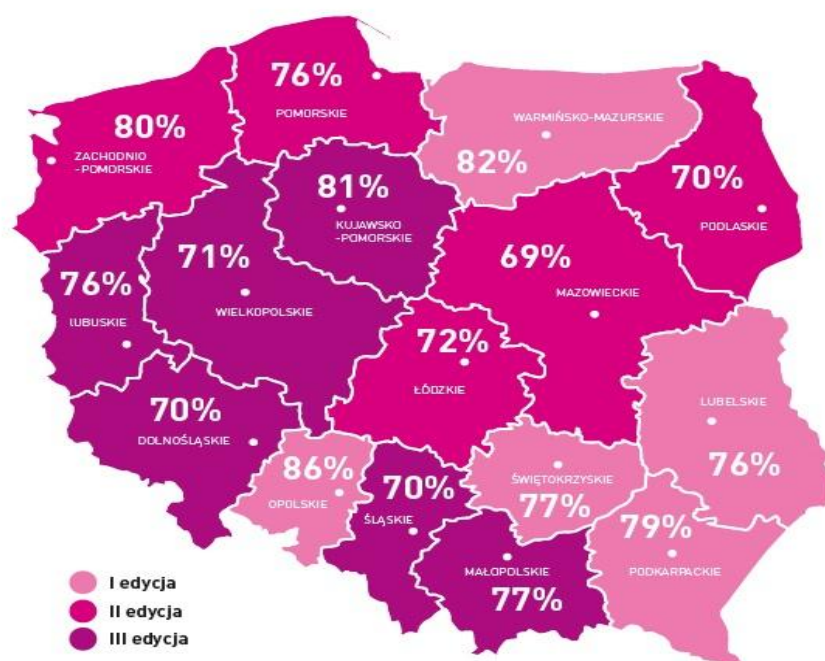
W ramach dwóch edycji programu „Chroń Dziecięce Uśmiechy” przeprowadzono w sumie 14 400 przeglądów dentystycznych w wybranych szkołach podstawowych z 10 województw: opolskiego, warmińsko-mazurskiego, świętokrzyskiego, podkarpackiego, lubelskiego (1 edycja) oraz mazowieckiego, podlaskiego, łódzkiego, pomorskiego i zachodniopomorskiego (2 edycja). Program wspiera Polski Czerwony Krzyż i Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. Wyniki bezpłatnych przeglądów stomatologicznych zrealizowanych w ramach programu pokazują, że aż 76% polskich uczniów w wieku 6-12 lat ma problemy z próchnicą. Trzecią edycję programu przeprowadzono w okresie od września 2015 r. do lutego 2016 r. W ramach przedsięwzięcia ponad 250 tys. dzieci ze szkół

¹⁴ <https://www.zabzazab.pl/problem-prochnicy-dotyczy-kazdego/> 26 06 2016

podstawowych na terenie całej Polski wzięło udział w lekcjach na temat prawidłowej higieny jamy ustnej. U 25 tys. uczniów przeprowadzono bezpłatne przeglądy stomatologiczne. Tym razem przeglądy przeprowadzono w województwach dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, małopolskim, śląskim i wielkopolskim. Wyniki badań wskazują, że przeciętny uczeń szkoły podstawowej ma aż trzy zęby z próchnicą. Na chorobę tą cierpi aż 76% dzieci, zaś 13% uczniów nigdy wcześniej nie miało styczności z lekarzem dentystą. Z kolei ponad 50% dzieci w wieku 6-12 lat ma już wypełnienia w zębach.

Badanie Ipsos w ramach akcji „Chroń Dziecięce Uśmiechy” potwierdza potrzebę edukacji najmłodszych w zakresie higieny jamy ustnej. Ponad połowa dzieci w wieku 6 – 12 lat ma wypełnienia w zębach, a ponad 38% dzieci ma 4 lub więcej zębów zarażonych próchnicą. Niestety nadal wiele osób nie ma świadomości, jakie konsekwencje dla zdrowia całego organizmu niesie za sobą próchnica. Badania potwierdziły, że wśród dzieci, które myją zęby co najmniej dwa razy dziennie, powyżej minuty jednorazowo, a przy tym, co najmniej 3 razy w roku mają wymieniane szczoteczki do zębów procent zarażonych próchnicą jest mniejszy. Wpływ na to ma również używanie dodatkowych akcesoriów do higieny jamy ustnej oraz oczywiście odwiedzanie lekarzy stomatologów.

→ **POZIOM PRÓCHNICY WŚRÓD DZIECI 6 – 12 LAT W POLSCE**
 Dane z raportu Ipsos, Badanie przesiewowe stanu uzębienia wśród dzieci ze szkół podstawowych, przygotowany dla Wrigley Poland, 2015.



¹⁵ http://www.pck.pl/media/repository/2015/cz_1/Wyniki_raportu_Ipsos_Chron_Dzieciece_Usmiechy_2_edycja.pdf 29-04-2016

Wyniki badań monitoringowych mówią o systematycznym, ale bardzo powolnym zmniejszaniu się zakresu występowania próchnicy u dzieci i młodzieży w Polsce. Dążąc do osiągnięcia wytyczonych narodowych i europejskich celów, należy zadbać o dalszą poprawę stanu uzębienia. Działanie to wymaga wzmocnienia i kontynuacji skuteczniejszych strategii zapobiegawczych, a także wzrostu świadomości społeczeństwa z zakresu zdrowia jamy ustnej, w czym pomocne są programy promocji zdrowia.

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

Program skierowany jest do dzieci z klas I-VI uczęszczających do szkół podstawowych, których organem prowadzącym jest Urząd Miasta i Gminy Piaseczno, oraz zamieszkałych na terenie Miasta i Gminy Piaseczno. Realizacja programu przewidziana jest na lata 2016-2018 z możliwością jego przedłużenia.

Na terenie Miasta i Gminy Piaseczno znajduje się 10 Szkół Podstawowych, w których uczy się łącznie 8 621 dzieci. Na podstawie danych meldunkowych na dzień 01 01 2016 na terenie Miasta i Gminy Piaseczno zameldowanych jest 7 379 dzieci w wieku 7- 12 lat. Dane te wskazują na to, że dzieci zameldowane na terenie Miasta i Gminy Piaseczno uczęszczają do szkoły na terenie swojego miejsca zamieszkania, co również uzasadnia potrzebę wprowadzenia w/w programu.



16

Urząd Miasta i Gminy Piaseczno zamierza wyposażyć 4 gabinety stomatologiczne, które będą mogły przyjmować dzieci w ramach tego programu. Gabinety będą umiejscowione w:

¹⁶ http://www.zeas.piaseczno.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=18&Itemid=21 2-05-2016

1. Szkoła Podstawowa nr. 5 w Piasecznie
2. Szkoła Podstawowa w Głoskowie
3. Zespół Szkół w Złotokłosie
4. Zespół Szkół w Zalesiu Górnym

Szkoły te zostały wybrane z kilku względów:

- W trzech placówkach gabinety stomatologiczne już istnieją, a dodatkowo zostały zmodernizowane tak aby spełniały obowiązujące wymogi.
- Szkoła podstawowa nr 5 znajduje się w centrum Piaseczna i jest najliczniejszą pod względem uczących się tam dzieci. Uczy się tam ok. 1 300 uczniów.
- W Zalesiu Górnym gabinet powstał przy okazji modernizacji placówki.
- Natomiast pozostałe lokalizacje pozwolą na to, aby z terenów dalszych miejscowości położonych z dala od Piaseczna dzieci mogły skorzystać z fachowej porady i leczenia stomatologicznego.

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

Światowa Organizacja Zdrowia, również Polskie Towarzystwo Stomatologiczne (PTS), Światowa Organizacja Stomatologiczna (FDI), Międzynarodowe Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (IAPD) określiły strategiczne cele zdrowotne w zakresie jamy ustnej do roku 2020. Głównym celem jest promocja zdrowia i zmniejszenie wpływu chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia i rozwój dziecka. Jego osiągnięcie winno nastąpić poprzez wczesną diagnostykę, prewencję i efektywne leczenie chorób zębów – przede wszystkim próchnicy – u dzieci i młodzieży.

Wielu autorów zagranicznych i polskich przedstawia wyniki badań świadczące o niezaprzeczalnej skuteczności zabiegu uszczelniania bruzd (lakowania) w zębach trzonowych. Badania potwierdzają obniżenie wskaźnika próchnicy PUW(Z) o ponad 1 jednostkę (1 ząb) u dzieci, u których zalakowano bruzdy w zębach bocznych w porównaniu z dziećmi niepoddanymi zabiegowi lakowania.

Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2013 poz. 1462 z późn. zm.)

Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż. (załącznik 2 w/w rozporządzenia) obejmuje m.in.:

- Badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy,
- Badanie lekarskie kontrolne 3 razy w okresie 12 miesięcy,
- Badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniem diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez powiązania z innymi świadczeniami gwarantowanymi,

- Zabezpieczenie bruzd zębów szóstych lakiem szczelinowym – 1 raz do ukończenia 8 roku życia (Zgodnie z zarządzeniem nr 56/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 8 września 2015 r.),
- Lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej niż 1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego,
- Usunięcie złogów nazębnych nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy w obrębie całego uzębienia.¹⁷

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej pielęgniarce szkolne wykonują 6 x w ciągu roku szkolnego świadczenia grupowej profilaktyki fluorkowej u dzieci klas I-VI szkoły podstawowej.

Zapobieganie próchnicy powinno mieć charakter działań kompleksowych, tzn. powinno obejmować edukację rodziców, edukację dzieci i naukę współodpowiedzialności za stan swojego zdrowia. Wiedza ta powinna dotyczyć zasad racjonalnego odżywiania, przestrzegania higieny jamy ustnej, obowiązkowych badań kontrolnych stomatologicznych, a także uczestnictwa w akcjach profilaktycznych z wykorzystaniem preparatów fluorowych przeprowadzanych w regularnych odstępach czasu.

Najskuteczniejszą metodą zapobiegania próchnicy w bruzdach i zagłębieniach powierzchniach żujących zębów trzonowych i przedtrzonowych jest lakowanie zębów.

Cieszy fakt, iż wydłużył się wiek dziecka do lat 8 kiedy można w ramach gwarantowanych świadczeń wykonać lakowanie pierwszych zębów trzonowych, czyli tzw. szóstek. Ale możliwe jest to tylko 1 raz w ramach gwarantowanych świadczeń, a zęby muszą być zdrowe bez próchnicy i przebarwień. Ograniczenie możliwości lakowania zębów do wyłącznie zębów 6 do 8 roku życia nie jest uzasadnione ani ze względów zdrowotnych ani ekonomicznych.

1.e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.

Opieka stomatologiczna obejmująca dzieci wymaga od lekarzy stomatologów szczególnych umiejętności nie tylko merytorycznych, ale również psychologicznych. W związku z powyższym opieka taka jest niechętnie podejmowana. Dodatkowo ograniczona świadomość zdrowotna naszego społeczeństwa, a co za tym idzie nieświadomość potrzeb stomatologicznych rodziców dzieci jest powodem, że dziecko najczęściej trafia do dentysty z powodu bólu będącego wynikiem powikłań choroby próchnicowej.

Niekorzystne uwarunkowania społeczne, ekonomiczne oraz organizacyjne w polskim systemie ochrony zdrowia, które doprowadziły do likwidacji gabinetów stomatologicznych w placówkach oświatowych oraz do ograniczania z roku na rok liczby i zakresu usług stomatologicznych świadczonych w ramach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są powodem bardzo ograniczonej dostępności do zabiegów profilaktyczno-leczniczych dla dzieci i młodzieży.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stawia sobie za cel, aby we wszystkich krajach europejskich do 2020 roku 80 % dzieci w wieku 6 lat było wolnych od próchnicy. Tymczasem

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. z 2013r., poz. 1462 ze zm.)

według danych zebranych przez IPSOS po trzech edycjach programu „Chroń Dziecięce Uśmiechy” w Polsce próchnicą dotkniętych jest 76 % dzieci w wieku 6-12 lat! W większym stopniu dotyczy zębów mlecznych i najbardziej dotyka dzieci w wieku 7-9 lat. Więcej dzieci z próchnicą jest na wsiach niż w miastach. Poważnym problemem są również wady zgryzu. Występują one u prawie połowy badanych. Problemy ortodontyczne częściej występują u dzieci starszych i z mniejszych miast (poniżej 100 tys. mieszkańców). Z raportu tego wynika również, że większy problem z higieną jamy ustnej obserwowany jest wśród chłopców i dzieci mieszkających na wsiach.

Po zapoznaniu się z wynikami przeglądów stomatologicznych w ramach programu „Chroń Dziecięce Uśmiechy” jak najbardziej słuszne wydają się działania edukacyjno-profilaktyczne w kierunku budowania prawidłowych nawyków higieny jamy ustnej wśród dzieci.

Wśród działań profilaktycznych chroniących przed próchnicą oprócz edukacji zdrowotnej i profilaktyki grupowej ogromną rolę odgrywa profilaktyka indywidualna, prowadzona na fotelu dentystycznym polegająca na:

1. Badaniu uzębienia i jamy ustnej dziecka z określeniem dla niego programu profilaktyki profesjonalnej oraz profilaktyki domowej,
2. Wykonywaniu niezbędnych profesjonalnych zabiegów higienizacyjnych, oczyszczania i polerowania koron, i szyjek zębów,
3. Miejscowym stosowaniu fluorkowych preparatów profilaktycznych,
4. Profilaktycznym lakierowaniu zębów oraz lakowaniu lub wypełnieniu bruzd na powierzchniach żujących pierwszych zębów trzonowych stałych.

Wielu autorów zagranicznych i polskich przedstawia wyniki badań świadczące o niezaprzeczalnej skuteczności zabiegu uszczelniania bruzd (lakowania) w zębach trzonowych. Badania potwierdzają obniżenie wskaźnika próchnicy PUW(Z) o ponad 1 jednostkę (1 ząb) u dzieci, u których zalakowano bruzdy w zębach bocznych w porównaniu z dziećmi niepoddanymi zabiegowi lakowania.

Lakowanie zębów stałych rozpoczyna się w wieku 5-8 lat tj. w momencie ukazania się szóstki, czyli pierwszego zęba trzonowego, a następnie kontynuuje w wieku 10-13 lat, w miarę wyrzynania kolejnych zębów bocznych tj. czwórek, piątek i siódemek. Lakowaniu poddaje się więc kolejno wszystkie zęby trzonowe i przedtrzonowe w miarę ich pojawiania się w jamie ustnej.

Warto pamiętać, że szóstki pojawiają się jako pierwsze i nie poprzedza ich wypadnięcie żadnego zęba mlecznego. Dlatego tak ważna jest systematyczna kontrola uzębienia w gabinecie stomatologicznym. Lakowaniu można poddać ząb całkowicie już uformowany i bez próchnicy.

Nie wolno również zapomnieć o fakcie, że próchnica jest chorobą zakaźną. Jeśli więc w jamie ustnej dziecka znajdują się zęby mleczne z ubytkami próchnicowymi, próchnica z łatwością przeniesie się na zęby stałe. Lakując zęby stałe, odcinamy drogę obecnym już w jamie ustnej bakteriom do tych miejsc, które są najbardziej podatne na próchnicę.

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 r. 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. Nieskuteczne okazały się działania podejmowane przez Ministra Zdrowia na rzecz walki z próchnicą u dzieci i młodzieży. Brak jest odpowiednich programów profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia koordynowanych na szczeblu krajowym.

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.

Zapoznając się z wynikami badań raport NIK wskazał również potrzebę szczególnego nacisku na promocję zdrowia i profilaktykę w grupie dzieci szkolnych i wdrożenie, postulowanego od wielu lat ogólnopolskiego stomatologicznego programu edukacyjnego, szczególnie dla uczniów szkoły podstawowej, jak też dla matek dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, mogącego wzorem krajów rozwiniętych ograniczyć zapadalność na próchnicę i złagodzić przebieg tego schorzenia. W swoim raporcie zwraca również uwagę na nieprzykładanie przez rodziców należytej wagi do higieny jamy ustnej swoich dzieci.¹⁸

Należy podkreślić, że im wcześniej rozpoczęta zostanie opieka stomatologiczna tym mniej problemów zdrowotnych pojawi się w przyszłości, a koszty leczenia będą niższe.

W rozwiązaniu tego problemu w większym niż dotychczas stopniu muszą się jednak włączyć organy władzy publicznej m.in. samorzady terytorialne. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w tym świadczeń stomatologicznych należy do zadań władz publicznych.

Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym stanowi, że zadaniami użyteczności publicznej są zadania własne gminy, których celem jest bieżące i nieprzerwane zaspokajanie zbiorowych potrzeb ludności w drodze świadczenia usług powszechnie dostępnych.

Biorąc powyższe pod uwagę oraz mając na względzie brak kontraktu z NFZ na stomatologię w gabinetach szkolnych, Miasto i Gmina Piaseczno planuje zorganizować program zdrowotny z zakresu świadczeń stomatologicznych dla uczniów Szkół Podstawowych, których jest organem prowadzącym.

2.a Cel programu:

¹⁸ <https://www.nik.gov.pl/plik/id,5280,vp,6841.pdf> Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych raport NIK 2-05 2016

Głównym celem programu jest:

Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej dzieci uczących się w Szkołach Podstawowych z terenu Miasta i Gminy Piaseczno, poprzez działania informacyjno-edukacyjne oraz profilaktykę pierwotną i wtórną próchnicy zębów.

2.b. Cele szczegółowe:

- Zwiększenie dostępności do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii dziecięcej,
- 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,
- Przeciwdziałanie rozwojowi próchnicy zębów u adresatów programu poprzez zabieg lakowania zębów stałych trzonowych i przedtrzonowych,
- Obniżenie ciężkości przebiegu choroby próchnicowej u dzieci w wieku szkolnym,
- Zmniejszenie wskaźnika PUW i puw,
- Zmniejszenie kosztów leczenia w późniejszych latach.

2.c. Oczekiwane efekty:

- Nabycie wiedzy dotyczącej właściwych nawyków w zakresie higieny jamy ustnej oraz prawidłowego odżywiania w celu skutecznej profilaktyki próchnicy, przez dzieci i rodziców biorących udział w programie,
- Zmniejszenie u dzieci lęku przed wizytą w gabinecie stomatologicznym,
- Zmniejszenie częstotliwości i intensywności występowania choroby próchnicowej zębów w perspektywie wieloletniej wśród populacji dzieci objętych programem,
- Zwiększenie odsetka dzieci ze zdrowym uzębieniem,
- Zmniejszenie absencji w szkole z powodu bólu zęba lub innych powikłań choroby próchnicowej.

2.d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- Liczba dzieci biorących udział w programie,
- Liczba spotkań edukacyjnych w zakresie higieny jamy ustnej i prawidłowego odżywiania prowadzona wśród dzieci i ich rodziców,
- Liczba dzieci i rodziców biorących udział w zajęciach edukacji zdrowotnej,
- Odsetek dzieci z uzębieniem mlecznym i stałym bez próchnicy,
- Odsetek dzieci u których stwierdzono próchnicę zarówno w zębach mlecznych jak i stałych,
- Wskaźnik PUW i puw i ocena jego zmiany w perspektywie lat trwania programu,

15

- Liczba dzieci u których wykonano zabieg lakierowania zębów,
 - Liczba dzieci u których wykonano zabieg lakowania zębów,
 - Liczba zębów pokrytych lakierem,
 - Liczba zalakowanych zębów,
 - Liczba wyleczonych i leczonych zębów z powodu próchnicy,
 - Odsetek leczenia zachowawczego zębów mlecznych i stałych.

3. Adresaci programu.

3. a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe.

Program profilaktyczny „Piękny Uśmiech” dotyczący zapobiegania próchnicy wśród dzieci w klasach I-VI będzie realizowany od września 2016 roku do czerwca 2018 roku.

Bezpośrednimi adresatami programu są dzieci uczące się w Szkołach Podstawowych, których organem założycielskim jest Miasto i Gmina Piaseczno i ich rodzice.

Na podstawie danych meldunkowych, na dzień 01-06-2016 liczba dzieci w roczniku 2004 - 2010 wynosi 7 379 dzieci. Natomiast wg danych z Wydziału Oświaty w szkołach podstawowych, których organem założycielskim jest Urząd Miasta i Gminy Piaseczno uczy się ok. 8 621 dzieci.

Przewiduje się, że program skierowany będzie w części edukacyjnej do wszystkich dzieci uczęszczających do szkół podstawowych i ich rodziców, a także dyrekcji szkoły i nauczycieli. Szacuje się, że będzie to ok. 25 000 osób. Część profilaktyczna i zdrowotna skierowana będzie do wskazanej grupy dzieci i szacuje się, iż skorzysta z niej ok. 70% uprawnionych dzieci.

W kolejnych latach trwania projektu (jest on planowany na okres 2 lat, z możliwością jego przedłużenia) będą do niego włączane następne osoby wchodzące w wiek umożliwiający uczestnictwo w tej akcji.

3.b. Tryb zapraszania do programu.

Realizacja programu zostanie poprzedzona przekazaniem informacji do szkół. Wystosowaniem zaproszeń skierowanych do rodziców i dzieci z roczników objętych programem.

Informacją w prasie lokalnej, na stronie internetowej oraz tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta i Gminy Piaseczno.

5. Organizacja programu.

Realizatorzy programu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zostaną wyłonieni w drodze otwartego konkursu ofert.

Zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez realizatora programu zdrowotnego musi być zgodny z przepisami obowiązującego prawa oraz z przedmiotem programu zdrowotnego.

W skład programu będzie wchodziła zarówno część edukacyjna jak i lecznicza.

4.a. części składowe, etapy i działania organizacyjne.

Etap I profilaktyka pierwotna – zapobieganie wystąpieniu choroby przez właściwe kontrolowanie czynników ryzyka,

- Zorganizowanie spotkania z dyrektorami placówek oświatowych prowadzonych przez Miasto i Gminę Piaseczno w celu omówienia programu i sposobu jego realizacji. Włączenie treści programu do programu profilaktycznego szkoły.

Etap II profilaktyka wczesna – wyeliminowanie nieodpowiednich społecznych i ekonomicznych wzorców życia, które przyczyniają się do wzrostu ryzyka choroby,

- Przeprowadzenie spotkań informacyjno – edukacyjnych w placówkach oświatowych prowadzonych przez Miasto i Gminę Piaseczno dla nauczycieli, rodziców/opiekunów oraz dzieci, do których program jest adresowany.

- Przeprowadzenie działań z zakresu edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki próchnicy, higieny jamy ustnej oraz prawidłowego odżywiania dla dzieci z klas I-VI

Etap III profilaktyka wtórna – zapobieganie skutkom choroby przez jej wczesne wykrycie i leczenie,

- Uzyskanie zgody rodzica/opiekuna dziecka na udział w programie (załącznik nr 1),

- Założenie indywidualnej karty uczestnika programu (załącznik nr 2),

- Część profilaktyczna programu (omówiona w punkcie 4b – planowane interwencje) ,

- Realizacja świadczeń zdrowotnych - wskazania do poszczególnych zabiegów, ocenione zostaną przez lekarza stomatologa indywidualnie dla każdego dziecka uwzględniając stopień występowania próchnicy i ryzyko jej rozwoju,

- Prowadzenie odpowiedniej dokumentacji każdego dziecka uczestniczącego w programie oraz wykonanie sprawozdania z realizacji programu w każdym miesiącu trwania programu (załącznik nr 5),

- Sporządzenie sprawozdania podsumowującego wykonanie założeń programu.

4.b. Planowane interwencje.

Program składa się z dwóch części: profilaktycznej i zdrowotnej.

W części profilaktycznej realizowane będą świadczenia, które nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia tj. lakowanie zębów u dzieci powyżej 8 roku życia, oraz zajęcia z edukacji zdrowotnej, realizowane w szkole przez wykwalifikowany personel (lekarze stomatolodzy i pielęgniarki szkolne) dla dzieci i ich rodziców.

W trakcie zajęć z edukacji zdrowotnej duży nacisk zostanie położony na:

- Higienę jamy ustnej,
- Właściwe odżywianie,
- Stosowanie związków fluoru .

Prowadząc działania edukacji zdrowotnej wśród dzieci należy pamiętać, że umiejętności nabyte i utrwalone w wieku szkolnym łatwo mogą przekształcić się w trwałe nawyki w wieku dorosłym. Faktem jest również, iż zarówno choroby próchnicowej jak i nieprawidłowości zgryzu i chorobom przyzębia można skutecznie zapobiegać, a istotną rolę odgrywa tu edukacja zdrowotna zarówno indywidualna – skierowana do każdego dziecka – jak i ta, która skierowana jest do każdego rodzica, oraz edukacja grupowa.

Grupy rówieśnicze, które odgrywają istotną rolę w procesie dorastania młodego człowieka, mogą również wpływać na jego zachowania zdrowotne. Dlatego też główny cel stomatologicznej edukacji zdrowotnej skupia się na zmianie tych zachowań, które sprzyjają rozwojowi chorób jamy ustnej i wzmocnieniu pozytywnych działań dotyczących dbania o własne zdrowie dzieci i młodzieży. Przygotowanie jej do świadomego podejmowania decyzji wpływających na zdrowie.

Ponieważ edukacja zdrowotna jest procesem długotrwałym tak bardzo ważne jest, aby do jej realizacji włączyć rodziców/ opiekunów dziecka. Bez ich udziału realizacja założonych celów będzie mało realna. To oni, bowiem przyczyniają się pierwsi do kształtowania określonych nawyków higienicznych, żywieniowych czy też określonych postaw prozdrowotnych swojej rodziny i swoich dzieci.

Od ich postawy i zachowania będzie zależało to czy ich dzieci w przyszłości jako osoby dorosłe – będą odwiedzały gabinet stomatologiczny regularnie kontrolując stan jamy ustnej i zębów, czy też tylko sporadycznie w chwili bólu czy ekstrakcji chorego zęba. Jeżeli w dzieciństwie ukształtuje się pozytywny stosunek do lekarza dentysty i właściwe dbanie o stan zdrowia jamy ustnej, będzie to owocowało w przyszłości. Zadaniem rodziców jest zachęcenie dzieci do prawidłowego mycia zębów, używania pasty z fluorem, racjonalny dobór potraw i przekąsek, a przede wszystkim nauczenie odpowiedniego podejścia do własnego zdrowia i wizyt profilaktycznych w gabinecie stomatologicznym. Nie można, bowiem wymagać od dziecka czegoś, czego nie stosuje się u siebie. Jeżeli młody człowiek widzi, że rodzic nie chodzi do dentysty, boi się leczyć zęby czy mówi, że „on tego nie potrzebuje” to można przyjąć, że dziecko będzie zachowywało się tak samo.

Część profilaktyczna obejmować będzie:

- Edukację i Promocję Zdrowia,
- Profilaktyczne badanie stomatologiczne połączone z oceną stanu zdrowia jamy ustnej, zgryzu, oznaczeniem wskaźnika puw (dla zębów mlecznych) i PUW (dla zębów stałych) udzieleniem indywidualnej porady dotyczącej higieny jamy ustnej, przekazaniem pisemnej informacji dla rodziców/opiekunów o stanie uzębienia oraz zaleceniach dotyczących dalszego postępowania (załącznik nr 3),
 - Fluoryzacja indywidualna (kontaktowa) prowadzona pod nadzorem lekarza stomatologa u dzieci, u których ten zabieg nie był wykonany w ramach NFZ,
 - Lakierowanie zębów mlecznych i stałych u dzieci, które nie miały wykonywanego tego zabiegu w ramach NFZ wg potrzeb zdiagnozowanych przez lekarza stomatologa według wskaźnika puw i PUW,
 - Profilaktyczne lakowanie bruzd I zębów trzonowych u dzieci do 8 roku życia, u których zabieg ten nie został wykonany w ramach NFZ.

- Profilaktyczne lakowanie bruzd I i II zębów trzonowych u dzieci powyżej 8 roku życia, tu liczba zabiegów według potrzeb zdiagnozowanych podczas badania profilaktycznego.
- Uzupelnienie braków położonego laku, (potrzeby jak wyżej).
- Ocena zgryzu i kierowanie do opieki ortodontycznej (program nie przewiduje zatrudnienia lekarza ortodonta)
- Profilaktyka chorób przyzębia – również według potrzeb zdiagnozowanych podczas badania profilaktycznego.

W ramach drugiej części programu – zdrowotnej zakłada się finansowanie świadczeń gwarantowanych z zakresu stomatologii ogólnej dla dzieci i młodzieży, określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku¹⁹, (i późniejsze zmiany zawarte w Rozporządzeniu z dnia 19 sierpnia 2015 roku,²⁰), w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Świadczenia te realizowane będą w 4 szkolnych gabinetach stomatologicznych, które nie mają kontraktu z NFZ.

4.c. Kryteria i sposób kwalifikowania uczestników do programu

Odbiorcami programu będą dzieci z klas I-VI uczęszczające do szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Urząd Miasta i Gminy Piaseczno oraz ich rodzice/opiekunowie.

Warunkiem niezbędnym do udziału dziecka w programie jest pisemne wyrażenie zgody przez rodzica/opiekuna.

Program jest bezpłatny i dobrowolny.

4.d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu.

Zajęcia z edukacji zdrowotnej realizowane będą w poszczególnych szkołach, po wcześniejszym umówieniu terminu z dyrekcją placówki, oraz wychowawcami poszczególnych klas. Przewiduje się, iż czas zajęć to 45 min. dla jednej klasy.

Zajęcia będą dostosowane do wieku odbiorców, a w czasie ich trwania dzieci będą uczyły się zasad prawidłowego odżywiania, codziennej higieny jamy ustnej, technik szczotkowania zębów, doboru odpowiednich metod w zależności od wieku.

Pokaz filmów edukacyjnych dotyczących profilaktyki stomatologicznej. Gry i zabawy edukacyjne, a także konkurs plastyczny „piękny uśmiech”

Tematyka omawiana podczas spotkań edukacyjnych z dziećmi:

1. Wpływ racjonalnego odżywiania na zdrowie zębów i prawidłowy zgryz.
 - Potrzeba i umiejętność dokładnego gryzienia pokarmów
 - Konieczność jedzenia potraw zawierających wapń, witaminę D,
 - Wybór odpowiednich pokarmów Piramidy Żywieniowej

¹⁹ <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2013/1462/1> 30 06 2016

²⁰ Dziennik Ustaw 31 sierpień 2015 pozycja 1262

- Powstrzymanie się od słodkich przekąsek i napojów.
2. Kształtowanie nawyków higienicznych zapobiegających chorobom zębów:
 - Opanowanie umiejętności prawidłowego (zgodnie z zasadami) mycia zębów.
 - Odpowiedni dobór środków do higieny jamy ustnej.
 - Używanie tylko własnych przyborów do higieny oraz stosowanie pasty z fluorem.
 3. Ochrona własnego zdrowia:
 - Świadome stosowanie zasad higieny osobistej oraz rozumienie konieczności dbania o zdrowie jamy ustnej
 - Prawidłowe korzystanie z przyborów do higieny jamy ustnej oraz umiejętność dbania o ich czystość.
 - Kształtowanie pozytywnego stosunku do lekarza stomatologa.
 - Przestrzeganie zaleceń lekarza dentysty.

Jak już wcześniej wspomniano do działań z zakresu Edukacji i Promocji Zdrowia należy zaprosić rodziców. Dom to pierwsze środowisko wychowawcze dziecka. To tutaj formują się pierwsze nawyki, przyzwyczajenia i postawy dziecka w stosunku do zdrowia i stylu życia. Edukację Zdrowotną rozpoczynają rodzice, ucząc dziecko podstawowych zabiegów higienicznych, spożywania właściwych posiłków czy dbania o czystość własną i swojego otoczenia.

Spotkanie dla rodziców/opiekunów przewidziane w ramach programu odbędzie się w każdej szkole w czasie ustalonym przez Dyrekcję Szkoły oraz Radę Rodziców. Będzie to ok. 1 godzinne spotkanie z lekarzem stomatologiem, oraz pielęgniarką szkolną i higienistką stomatologiczną, którzy przedstawią ideę programu oraz zasady i warunki uczestnictwa w programie.

Omówione zostaną również:

1. Zasady prawidłowego odżywiania dzieci w wieku szkolnym,
2. Pokaz i nauka prawidłowego szczotkowania zębów,
3. Dobór odpowiednich do wieku dziecka past i innych środków do higieny jamy ustnej,
4. Przedstawienie zagrożeń wynikających z nieleczonej próchnicy zębów, chorób dziąseł i wad zgryzu,
5. Uświadomienie rodzicom o konieczności okresowych wizyt stomatologicznych dziecka,

Należy uświadomić rodzicom, że zdrowe zęby, prawidłowy zgryz i piękny biały uśmiech to podstawowy warunek dobrego samopoczucia dziecka, a także świadectwo jego urody oraz wysokiej kultury osobistej i zdrowotnej.

Pozostałe świadczenia profilaktyczne oraz lecznicze odbywać się będą w 4 gabinetach zlokalizowanych w szkołach na terenie Miasta i Gminy Piaseczno, tj.:

1. Szkoła Podstawowa nr 5 im. Krzysztofa Kamila Baczyńskiego Piaseczno ul. Szkolna 14
2. Szkoła Podstawowa im. Tadeusza Kościuszki Głusków ul. Millenium 76
3. Szkoła Podstawowa w Złotokłosie ul. Traugutta 10

4. Szkoła Podstawowa im. Wspólnej Europy Zalesie Górne ul. Sarenki 20

Na wizytę można będzie zapisać się zarówno telefonicznie jak i osobiście. Na wizytę u lekarza stomatologa dziecko przychodzi z rodzicem/opiekunem. Nie jest potrzebne skierowanie na żadnym etapie programu.

Po badaniu stomatologicznym w czasie, którego zostaną określone potrzeby lecznicze dziecka, odbędzie się kwalifikacja i wykonanie odpowiedniej procedury, tj. lakierowanie zębów mlecznych, czy lakowanie zębów stałych. Wskazania do lakierowania / lub lakowania zębów lekarz stomatolog ocenia indywidualnie u każdego dziecka, biorąc pod uwagę stopień ryzyka próchnicy.

Zabieg lakierowania czy lakowania zębów można przeprowadzić tylko wtedy, gdy są one wolne od próchnicy. Jeżeli lekarz stomatolog uzna, że należy wykonać procedury lecznicze w obrębie jamy ustnej przed lakierowaniem czy lakowaniem zębów u dziecka, zostaną podjęte stosowne działania, aby zlikwidować ogniska próchnicy u dziecka.

Gabinety będą czynne zarówno w godzinach rannych jak i popołudniowych tak, aby rodzice/opiekunowie dzieci mogli skorzystać z opieki lekarza specjalisty w dogodnym dla siebie terminie. Szczegółowe godziny dostępności gabinetów zostaną podane po rozstrzygnięciu konkursu.

4.e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi 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, zabrakło środków finansowych do kontynuowania opieki stomatologicznej w szkołach. Powyższe czynniki doprowadziły do znacznego ograniczenia dostępności do zabiegów profilaktyczno-leczniczych dzieci z populacji określonej w ramach programu.

Z analiz prowadzonych przez Urząd Miasta i Gminy Piaseczno wynika, że w zakresie opieki stomatologicznej występują podstawowe problemy typowe dla populacji ogólnopolskiej. Trudność w dostępie do lekarza stomatologa dziecięcego, profilaktyki oraz leczenia refundowanego przez NFZ. Szukanie pomocy doraźnej w razie bólu zęba u dziecka w gabinetach prywatnych i generowanie wydatków w rodzinie. Niska świadomość rodziców dotycząca higieny i profilaktyki jamy ustnej. Potwierdzają to również lekarze pediatrzy wykonujący badania bilansowe dzieci. W wielu przypadkach na karcie bilansowej, która wraca do gabinetu medycznego w szkole widnieje adnotacja- próchnica – zalecane leczenie stomatologiczne. Wobec tego prowadzenie akcji edukacyjnych i wprowadzenie w/w programu zdrowotnego „Piękny Uśmiech” jest całkowicie uzasadnione.

W ramach niniejszego programu samorząd będzie finansował część profilaktyczną, która nie jest objęta kontraktem z NFZ, a więc zajęcia z Edukacji Zdrowotnej dla dzieci oraz ich rodziców/opiekunów, zajęcia dla Rady Pedagogicznej szkół podstawowych oraz lakowanie zębów dla dzieci powyżej 8 roku życia.

Po wnikliwej analizie dostępności do bezpłatnej opieki stomatologicznej dla dzieci zamieszkałych na terenie Miasta i Gminy Piaseczna, oraz biorąc pod uwagę wskaźniki choroby próchnicznej występującej u dzieci na terenie woj. mazowieckiego (wg raportu Ipsos

jest to 69%) samorząd Miasta i Gminy Piaseczno zamierza finansować również część zdrowotną programu.

Finansowanie tych świadczeń odbywać się będzie w gabinetach stomatologicznych w wytypowanych 4 szkołach podstawowych, które nie mają kontraktu z NFZ. Samorząd będzie więc uzupełniać, a nie dublować świadczenia gwarantowane finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Proponowany program profilaktyczno – zdrowotny „Piękny uśmiech” ma na celu wspomóc i wypełnić lukę w działaniach, które są finansowane ze środków publicznych.

Aby wykluczyć możliwość podwójnego finansowania niektórych świadczeń, rodzice/opiekunowie dzieci podpisując zgodę na udział w dziecka w programie, jednocześnie zostaną pouczeni o konieczności poinformowania lekarza stomatologa o otrzymanych świadczeniach finansowanych przez NFZ w ciągu ostatniego roku.

4.f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymania świadczeń zdrowotnych, jeśli istnieją wskazania.

Uczestnictwo w programie jest dobrowolne i bezpłatne. Polega na stałej i całościowej opiece stomatologicznej zgodnej z planem leczenia ustalonym w trakcie przeglądu stanu uzębienia i w razie potrzeby aktualizowanym w oparciu o stwierdzone zmiany.

Procedury będą obejmowały spectrum działań od wizyty adaptacyjnej (dla małych dzieci) poprzez działania profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej.

Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie. Musi ono być potwierdzone na piśmie przez rodzica/opiekuna dziecka (załącznik nr 2 część C)

4.g. Bezpieczeństwo planowanych inwestycji.

Świadczenia udzielane będą zgodnie z wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, a wszystkie procedury stomatologiczne będą prowadzone z zachowaniem wszelkich warunków fachowych i sanitarnych określonych dla tych procedur medycznych wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa.

Profilaktyczne stomatologiczne badania lekarskie u dzieci wykona lekarz stomatolog w przygotowanym do tego gabinecie stomatologicznym w w/w szkołach.

Działania Edukacji Zdrowotnej dla dzieci i ich rodziców/opiekunów zostaną przeprowadzone przez pielęgniarki szkolne oraz lekarza stomatologa dostosowując przekazywane informacje do wieku odbiorców.

W programie będą stosowane produkty lecznicze zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie RP, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe (m.in. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne).

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatorów akcji zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

4.h. Kompetencje / warunki niezbędne do realizacji programu.

Warunki realizacji świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży w zakresie personelu oraz sprzętu i wyposażenia będą zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego z późniejszymi zmianami (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 roku)²¹

4.i. Dowody skuteczności planowanych działań.

Filarami zapobiegania chorobie próchnicowej są: prawidłowe odżywianie, dbałość o higienę jamy ustnej oraz stosowanie środków profilaktycznych zawierających fluorki.

W profilaktyce indywidualnej fluor może być dostarczany:

- doustnie (tabletki lub krople) - metoda endogenna (suplementacja) i wówczas wpływa na formujący się związek zęba,
- zewnętrznie – metoda egzogenna, przez miejscową aplikację na wyrżnięte zęby.

Endogenna profilaktyka fluorkowa nie zmniejsza w istotny sposób ryzyka choroby próchnicowej, natomiast nadmierne dostarczenie fluoru może być przyczyną fluorozę zębów. Korzystniejsze jest stosowanie metod egzogennych, zapewniających obecność fluoru w środowisku jamy ustnej po wyrżnięciu zębów.

Przeciwp próchnicowe, egzogenne oddziaływanie fluoru polega na:

1. Ograniczaniu wpływu bakterii próchnicotwórczych (zmniejszenie produkcji kwasów i odkładania płytki bakteryjnej na powierzchni zębów, hamowanie przemian metabolicznych węglowodanów w komórce bakteryjnej).

2. Hamowaniu demineralizacji i wspomaganie remineralizacji.

Pasty do zębów, płukanki, pianki, żele i lakiery zawierają różne stężenia związków fluoru. Mogą być one stosowane w domu, samodzielnie przez pacjenta (profilaktyka domowa) lub w gabinecie stomatologicznym (profilaktyka profesjonalna). Warunkiem skuteczności i bezpieczeństwa profilaktyki fluorkowej jest indywidualny dobór metod i środków profilaktycznych w zależności od:

- ekspozycji na związki fluoru pochodzące z różnych źródeł,
- wieku dziecka i jego stanu zdrowia,
- poziomu ryzyka próchnicy,
- stopnia zaangażowania i możliwości rodziców dziecka.

Zapobieganie próchnicy oparte na ocenie poziomu ryzyka próchnicy polega na intensyfikacji profilaktyki wraz ze wzrostem ryzyka choroby. Wszystkie dzieci powinny podlegać ocenie ryzyka próchnicy, zanim lekarz dentysta zleci działania zapobiegawcze i kontrolujące próchnicę. Ryzyko próchnicy to prawdopodobieństwo wystąpienia nowych zmian próchnicowych w przyszłości i progresji zmian już obecnych.

Określenie poziomu ryzyka próchnicy u pacjenta wymaga przeprowadzenia wywiadu środowiskowego, ogólnomedycznego oraz badania stomatologicznego i w dużej mierze opiera się o wiedzę i doświadczenie kliniczne lekarza. Ryzyko może być ocenione jako niskie, umiarkowane lub wysokie.

Niskie ryzyko próchnicy jest wskazaniem do podstawowej profilaktyki fluorkowej - dwukrotnego w ciągu dnia szczotkowania zębów pastą z fluorem, opcjonalnie - suple-

²¹ <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index> 30 06 2016

mentacji endogennej, natomiast wysokie i umiarkowane - do wzmocnienia profilaktyki fluorkowej - domowej lub profesjonalnej.

Wiek	Ryzyko choroby próchnicowej	Żel lub pianka	Lakier
Dzieci poniżej 6 roku życia	Umiarkowane	Nie	2 razy w roku
	Wysokie	Nie	4 razy w roku
Dzieci powyżej 6 roku życia i młodzież	Umiarkowane	2 razy w roku	2 razy w roku
	Wysokie	4 razy w roku	4 razy w roku

Zalecenia polskich Ekspertów dotyczące stosowania żeli, pianek, lakierów fluorkowych²²

Żele, pianki i lakiery fluorkowe zawierające wysokie stężenia fluorków stosuje się u dzieci z umiarkowanym i wysokim ryzykiem choroby próchnicowej, wyłącznie w gabinecie stomatologicznym. Żele i pianki można stosować wyłącznie u dzieci od 6 roku życia, a lakiery fluorkowe – bez ograniczeń wiekowych.

Skuteczność żeli fluorkowych w redukcji próchnicy zębów stałych oceniono na 28%, lakierów fluorkowych zawierających 5% NaF (22 600 ppm) na około 33% dla zębów mlecznych i około 46% dla zębów stałych. Aplikacja lakieru jest łatwa i bardzo szybka, bez potrzeby odsysania śliny, wystarczy osuszenie zęba kuleczką waty bez konieczności profesjonalnego usuwania płytki.

Jednorazowe dawki lakieru fluorkowego zawierającego 5% NaF (22 600 ppm) wynoszą 0,10 ml dla niemowląt, 0,25 ml dla dzieci powyżej 1 roku życia w okresie uzębienia mlecznego, 0,40 ml w okresie uzębienia mieszanego, 0,75 ml w okresie uzębienia stałego. Po aplikacji nie należy płukać jamy ustnej, nie ma konieczności suszenia zębów, gdyż lakier twarnieje w kontakcie ze śliną. Aplikacja lakieru powoduje utrzymanie wysokiego stężenia fluoru w kontakcie ze szkliwem przez okres od 1 do 7 dni, a zatem znacznie dłużej niż po aplikacji żelu lub pianki fluorkowej.²³

Lakowanie bruzd zębów trzonowych jest zabiegiem prewencyjnym polegającym na pokryciu szczególnie podatnej na wystąpienie próchnicy powierzchni zęba materiałem kompozytowym o konsystencji płynnej. Celem lakowania (uszczelniania) jest zamknięcie miejsc retencyjnych płytki, czyli głębokich, trudnych do oczyszczania bruzd i zagłębień oraz stworzenie gładkiej powierzchni żującej, łatwo dostępnej dla zabiegów higienicznych, a także mechaniczne zatrzymanie i niedopuszczenie substratu (cukru) do kontaktu z dnem bruzd.

U osób o wysokim ryzyku próchnicy wskazane jest przeprowadzenie zabiegu lakowania jak najwcześniej po zakończeniu procesu wyrzynania się zęba, gdy tylko powierzchnia zęba stanie się dostępna dla zabiegu. Lakowanie pierwszych trzonowców

²² <http://acff.pl/wp-content/uploads/2015/04/Ulotka-Fluor-A4.pdf> 30 06 2016

²³ Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej u dzieci i młodzieży. Opracowanie pod redakcją prof. dr hab. Doroty Olczak - Kowalczyk i prof. dr hab. Urszuli Kaczmarek. Warszawa, 2015

powinno być przeprowadzane u dzieci w wieku 6–8 lat, natomiast drugich trzonowców w wieku 11–13 lat²⁴

Podczas gdy systematyczne stosowanie związków fluoru przyczynia się w dużym stopniu do redukcji próchnicy powierzchni gładkich i stycznych (redukcja w granicach 60–80%), jego działanie na dnie głębokich bruzd i szczelin, trudno dostępnych ze względu na skomplikowane warunki anatomiczne jest niedostateczne, stąd też zabiegowi lakowania bruzd przypisywana jest duża rola.

Lakowanie bruzd to sprawdzona, nieinwazyjna metoda, stanowiąca ważną dziedzinę profilaktyki próchnicy, która powinna nieodłącznie uzupełniać inne zabiegi, mające na celu redukcję nasilenia próchnicy danej populacji. W wielu pracach opublikowano dane wynikające z obserwacji różnic między populacjami z zalakowanymi i niezalakowanymi bruzdami trzonowców, przy czym każdy z autorów przedstawił wyniki, świadczące o niezaprzeczalnej skuteczności tego zabiegu. Takie badania przeprowadzono w Niemczech, Francji, Słowenii, Szwecji i Japonii. Wszędzie tam u dzieci, u których stosowano lakowanie bruzd zębów trzonowych wskaźnik PUW był dużo niższy niż u dzieci, u których takiego zabiegu nie wykonano.²⁵

W roku 1990 w Polsce wykonano pilotażowe badania przed wprowadzeniem masowego uszczelniania pierwszych stałych zębów trzonowych. U 847 dzieci 7-letnich uszczelniono 1 528 powierzchni zębów pierwszych trzonowych stałych. Po upływie jednego roku całkowite utrzymanie materiału na zębach uszczelnionych (zdrowych) wynosiło 60%, zaś na zębach z próchnicą początkową 67,5%. Po dwóch latach obserwacji odsetek całkowitego utrzymania wyniósł 33,6% dla zębów zdrowych i 41,4% dla zębów z próchnicą początkową. Całkowita utrata uszczelniaczy po roku i 2 latach obserwacji była wyższa w uszczelnionych zębach zdrowych i wynosiła odpowiednio: 17,3% i 37% w porównaniu z uszczelnionymi zębami z próchnicą początkową odpowiednio: 13,5% i 19%.

W 1992 roku MZiOS podjęto decyzje o wzbogaceniu programu profilaktyki o nową formę zapobiegania próchnicy, jaką jest uszczelnianie pierwszych stałych zębów trzonowych u dzieci siedmioletnich. Dostępne są dane opisujące wyniki jednorocznych obserwacji, z badań tych wynika, że u dzieci u których wykonano zabieg uszczelniania częstość występowania próchnicy w zębach stałych wynosiła 68,0% w zębach pierwszych stałych trzonowych 64,7%, zaś w grupie dzieci nie poddanych zabiegom uszczelniania 92,7% we wszystkich zębach trzonowych, jak również w 92,7% zębów pierwszych trzonowych stałych. Frekwencja próchnicy na powierzchniach żujących wynosiła 6,9%, a uzyskana redukcja próchnicy 87,6%.²⁶

Z badań tych wynika jednoznacznie, że zabieg uszczelniania zębów bocznych istotnie hamuje rozwój próchnicy na powierzchniach żujących oraz, że wpływa na zmniejszenie nasilenia próchnicy w całym uzębieniu.

4.ii. Zalecenia, wytyczne, standardy.

²⁴ Jańczuk Z.: Stomatologia zachowawcza – zarys kliniczny. PZWL, Warszawa 2006.

²⁵ Betina Siudmak: „Retrospektywna analiza efektywności lakowania bruzd pierwszych i drugich zębów trzonowych stałych u dzieci i młodzieży w latach 1998–2007 w ramach realizacji programu indywidualnej profilaktyki we własnej praktyce stomatologicznej w Dortmundzie” Roczniki pomorskiej akademii medycznej w Szczecinie 2010, 56, 2, 58–69

²⁶ Elżbieta Jodkowska: „Uszczelnianie bruzd zębów bocznych, jako jedna z metod współczesnej profilaktyki próchnicy”; Czas. Stomat., 2005, LVIII, 6 428-435

Tworzenie się ubytków próchnicowych przebiega według ściśle określonej sekwencji zmian. Proces ten rozpoczyna się od niewielkiej zmiany demineralizacyjnej bez ubytku tkanek, która może doprowadzić do znacznej destrukcji tkanek zęba, a w konsekwencji do jego utraty.

Podczas każdego posiłku bakterie znajdujące się w jamie ustnej przetwarzają dostarczany z dietą cukier w szkodliwe dla tkanek twardych zęba kwasy. Powodują one obniżenie pH, prowadząc w konsekwencji do utraty substancji mineralnych na powierzchni zębów.

Zęby w sposób ciągły poddawane są procesom demineralizacji i remineralizacji, na które wpływają nawyki dietetyczne i higieniczne. Jeśli procesy demineralizacji trwają dłużej niż procesy remineralizacji, powstaje zmiana o wyglądzie białej plamy (próchnica początkowa).

Próchnica początkowa jest odwracalna i łatwa w postępowaniu, jednak bez odpowiedniego leczenia ząb będzie dalej ulegał destrukcji tracąc integralność tkanek twardych, co w efekcie doprowadzi do powstania ubytku. Pomimo postępującego charakteru choroby próchnicowej, poprzez odpowiednie leczenie stomatologiczne, można uniknąć dalszego jej rozwoju.

Według Światowej Organizacji Zdrowia nasilenie oraz frekwencję choroby próchnicowej można efektywnie ograniczać, nawet w okresie kilkuletnim. Światowa Organizacja Zdrowia, (WHO), Polskie Towarzystwo Stomatologiczne (PTS), Światowa Organizacja Stomatologiczna (FDI), Międzynarodowe Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (IAPD) określiły strategiczne cele zdrowotne w zakresie jamy ustnej do roku 2020.

Proponowane przez WHO strategiczne kierunki polityki poprawy zdrowia to:

- obniżenie próchnicy oraz innych chorób i nieprawidłowości w grupach populacji najuboższych społecznie i ekonomicznie,
- promocja zdrowego stylu życia i obniżenie czynników ryzyka chorób jamy ustnej związanych z warunkami bytowymi, środowiskiem społecznym itp.
- rozwój służący poprawie zdrowia jamy ustnej, systemów opieki przejrzystych finansowo i odpowiadających oczekiwaniom społeczeństwa,
- polityka zdrowotna oparta na integracji problematyki zdrowia jamy ustnej i zdrowia ogólnego w różnych programach i na różnych poziomach.²⁷

Dane epidemiologiczne, dotyczące choroby próchnicowej u dzieci polskich podkreślają konieczność zaangażowania się w działania profilaktyczne.

Właściwa higiena jamy ustnej, odpowiednia dieta, regularne wizyty stomatologiczne są kluczowymi czynnikami w utrzymaniu zdrowego uzębienia u dziecka.

Próchnica zębów i zapalenia dziąseł, które nadal zalicza się do chorób przewlekłych o najszerszym zasięgu warunkowane są stylem życia. Spośród wielu czynników etiologicznych próchnicy konsekwentna kontrola trzech niżej wymienionych przynosi znaczące obniżenie występowania choroby i jest podstawą programów zdrowotnych we

²⁷ <http://ptsd.net.pl/> 26-06-2016

wszystkich krajach rozwiniętych. W zapobieganiu próchnicy istotną rolę odgrywa przede wszystkim:

- dokładność oczyszczania zębów i jamy ustnej - odpowiedni stan higieny jamy ustnej (kontrola czynnika bakteryjnego wywołującego chorobę),
- ograniczenie częstości spożycia pokarmów bądź płynów zawierających cukier do nie więcej niż 4 posiłków dziennie. Należy przy tym pamiętać, o konieczności informowania pacjenta, że cukier w produktach spożywczych może być „ukryty”. (kontrola ilości ryzykownych dla zęba epizodów - narażenia tkanek na działanie kwasów),
- regularne uzupełnianie zasobu jonów fluorkowych w jamie ustnej /ślinie/ w otoczeniu powierzchni zęba - dwukrotnie w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą z fluorem (sterowanie- kontrola procesów demineralizacji i remineralizacji szkliwa w momencie zagrożenia - ekspozycji na działanie kwasu, stymulacja procesów naprawczych -remineralizacji).
- Dzieci i osoby dorosłe o wysokim narażeniu na czynniki ryzyka próchnicy potrzebują uzupełnienia podstawowych działań profilaktycznych dodatkowymi zabiegami prewencyjnymi - nadzorowane szczotkowanie zębów lub płukanie jamy ustnej związkami fluoru, profesjonalne mechaniczne oczyszczanie zębów (usuwanie płytki) aplikacja lakierów fluorkowych lub żeli, uszczelnianie bruzd pierwszych zębów trzonowych.

Według Światowej Organizacji Zdrowia, a także wytycznych klinicznych, szkoła jest najkorzystniejszym środowiskiem do wykorzystania w celu promocji zdrowia jamy ustnej oraz działań profilaktycznych. Realizacja programów profilaktyki próchnicy w szkole - przynosi najlepsze efekty i zapewnia najszerszy krąg oddziaływania, obejmując edukację zarówno dzieci jak i rodziców, ucząc zasad dbania o własne zdrowie i odpowiedzialności za nie. Przekazywana wiedza dotyczy nie tylko zasad higieny jamy ustnej, ale przede wszystkim racjonalnego odżywiania, przestrzegania wizyt kontrolnych, a także uczestnictwa w akcjach profilaktycznych z wykorzystaniem preparatów fluorowych.

Program „Chroń Dziecięce Uśmiechy” powstał, jako odpowiedź na realną potrzebę poprawy higieny jamy ustnej wśród dzieci i młodzieży. Patronat merytoryczny nad akcją objęli: Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej i Grupa LUXMED. Po zapoznaniu się z wynikami przeglądów stomatologicznych w ramach programu rekomendowane są wielokierunkowe działania polegające na:

1. Edukacji dzieci w kierunku budowania prawidłowych nawyków higieny jamy ustnej: jak prawidłowo czyścić zęby, jak prawidłowo szczotkować zęby, mycie zębów co najmniej dwa razy dziennie, czas mycia zębów ze szczególnym uwzględnieniem grup z częstszymi problemami (chłopcy i dzieci mieszkające na wsiach)
2. Zachęcanie do częstszych kontroli stomatologicznych w celu zapobiegania i leczenia próchnicy, jak również kontroli zgryzu (celem profilaktyki i leczenia wad zgryzu)
3. Promowanie częstszego używania dodatkowych akcesoriów do higieny jamy ustnej
4. Edukacyjne spotkania dla rodziców dzieci, celem uświadamiania negatywnych skutków zdrowotnych wynikających z zaniedbania higieny jamy ustnej

5. Rozważenie wprowadzenia bezpłatnych, obowiązkowych przeglądów dentystycznych dla dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym²⁸

4.iii.Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Próchnica zębów jest chorobą społeczną, nękającą ludzkość od zarania dziejów. Występuje we wszystkich krajach świata, jest ściśle związana z warunkami cywilizacyjnymi, jej intensywność dotyczy szczególnie ludności krajów, gdzie w dużych ilościach spożywane są oczyszczone cukry.

Próchnica i zapalenie dziąseł oraz przyzębia są chorobami związanymi ze stylem życia i mogą być opanowane na drodze zmiany zachowań zdrowotnych uzupełnionych konsekwentnie prowadzonym zapobieganiem profesjonalnym.

Samo leczenie tych chorób nie eliminuje ryzyka przyrostu objawów choroby i jest ogromnie kosztowne. Próchnica jest na czwartym miejscu wśród chorób, których leczenie jest najkosztowniejsze.

Filarami zapobiegania chorobie próchnicowej są: prawidłowe odżywianie, dbałość o higienę jamy ustnej oraz stosowanie środków profilaktycznych zawierających fluorki.

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 bruzd i zagłębień zębów bocznych. Wykazano, że u osób, u których go wykonano, nastąpiło istotne zahamowanie rozwoju próchnicy na powierzchniach żujących, a także 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.

Częste podawanie fluoru w niewielkich ilościach o dużym stężeniu zapewnia skuteczność i jednocześnie minimalizuje ryzyko wystąpienia fluorozy (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 ppm na receptę dla grup wysokiego ryzyka próchnicy)²⁹

Nie należy zapominać również o działaniach edukacyjnych mających na celu podnoszenie świadomości wśród dzieci na temat znaczenia zachowania odpowiedniej higieny jamy ustnej. Działania te powinny być skierowane do dzieci i ich rodziców/opiekunów. Uświadomienie znaczenia problemu oraz kształtowanie odpowiednich postaw i nawyków ma kluczowe znaczenie w codziennych działaniach, które mają na celu wyeliminowanie próchnicy.

W edukacji zdrowotnej prowadzonej w środowisku szkolnym, należy zwrócić szczególną uwagę na aktywną postawę dzieci i młodzieży wobec problemu własnego

²⁸ Badanie przesiewowe stanu uzębienia wśród dzieci ze szkół podstawowych; Ipsos Marketing marzec 2015

²⁹ Weyna E, Buczkowska-Radlińska J, Grocholewicz K. „Bezpieństwo profilaktyki fluorkowej w świetle wiedzy studentów i lekarzy oraz dowodów naukowych”, Czas Stomat. 2005;LVIII(6):397–403.

zdrowia. Bez ich osobistego zaangażowania, oraz ich rodziców, efekt pracy edukatora zdrowia będzie ograniczony. Aby tak się nie stało, musi być spełnione kilka warunków:

1. Dzieci, młodzież i ich rodzice zaakceptują cel naszych działań i uznają je za ważny,
2. Wchłoną wiedzę, którą im na ten temat edukator przekaze,
3. Będą mieć odpowiednią motywację do działania, zgodnie z otrzymaną wiedzą, aby zmienić swoje zachowanie,
4. Nie zatrzymają się na etapie „motywacji”, ale wcielą je w konkretne zachowanie i uwalą, jako nawyk.

Zawsze należy pamiętać o tym, że profilaktyka jest tańsza od leczenia.

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

W Polsce działania w zakresie profilaktyki stomatologicznej adresowanej do dzieci i młodzieży podjęto wiele samorządów lokalnych m.in. Wrocław, Lublin, Płock, Józefów, Kleszczów, Gdańsk, Kraków, Katowice. Więcej na temat programów profilaktycznych realizowanych przez samorzady na stronie <http://www.aotm.gov.pl/www/>

5. Koszt realizacji programu

5.a. Koszty jednostkowe

Szczegółowe koszty jednostkowe realizacji programu zostaną określone na etapie podpisywania umowy pomiędzy realizatorem programu i Miastem i Gminą Piaseczno.

Należy pamiętać, że liczba i rodzaj poszczególnych zabiegów wykonanych u jednego uczestnika programu jest uzależniona od przeprowadzonej diagnozy podczas profilaktycznego badania stomatologicznego.

5.b. Planowane koszty całkowite

Planowany całkowity koszt realizacji programu w 2016 roku wynosi 80 000 zł. W to wchodzi:

- Realizacja profilaktycznej części programu tj. zajęcia z edukacji zdrowotnej dla dzieci ze szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Urząd Miasta I Gminy Piaseczno i ich rodziców oraz rady pedagogicznej szkoły. Lakierowanie i lakowanie zębów u dzieci w zależności od wskazań lekarza stomatologa podczas przeprowadzonego badania przesiewowego. (U dzieci, które nie miały tego zabiegu wykonanego w ramach NFZ), uzupełnienie braków położonego laku i profilaktyka chorób przyzębia-według zdefiniowanych potrzeb.
- Realizacja części zdrowotnej programu tj. świadczeń gwarantowanych z zakresu stomatologii ogólnej dla dzieci i młodzieży we wskazanych gabinetach stomatologicznych, nie mających kontraktu z NFZ.

Koszty realizacji programu w kolejnych latach będą szacowane na podstawie liczby dzieci w roczniku kwalifikujące się do programu.

Budżet na realizację programu będzie corocznie ustalany.

5.c. Źródła finansowania

Program będzie finansowany do wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie Miasta i Gminy Piaseczno na dany rok na realizację programu „Piękny uśmiech” dotyczący zapobiegania próchnicy wśród dzieci w klasach I –VI szkoły podstawowej.

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

Samorząd Miasta i Gminy Piaseczno podjął decyzje o realizacji programu profilaktycznego „Piękny Uśmiech” z uwagi na istotę tego problemu dla zdrowia dzieci oraz jego znaczenie społeczne. Potrzeba realizacji takiego programu wypłynęła zarówno ze strony mieszkańców Miasta i Gminy Piaseczno, jak i ze strony środowiska medycznego, lekarzy pediatrów i pielęgniarek szkolnych sprawujących opiekę medyczną nad dziećmi w szkołach podstawowych, których organem założycielskim jest Urząd Miasta i Gminy Piaseczno. Samorząd w realizacji tego programu upatruje korzyści dla zdrowia dzieci i młodzieży w perspektywie długofalowej. Poprzez realizację programu „Piękny Uśmiech” problem próchnicy zostanie w zdecydowany sposób zmniejszony.

6.a. Monitorowanie i ewaluacja

Ocena zgłaszalności do programu i ocena działań podejmowanych w ramach programu, będzie monitorowana przez Urząd Miasta i Gminy Piaseczno w czasie trwania programu. Zostanie ona oceniona na podstawie comiesięcznych sprawozdań z wykonanych działań profilaktycznych i leczniczych (załącznik nr 5), oraz po jego zakończeniu poprzez wypełnienie przez rodziców/opiekunów dziecka ankiety ewaluacyjnej (załącznik nr 4) i poprzez sprawozdanie roczne (forma rocznego sprawozdania do uzgodnienia z realizatorem programu)

Zakresem monitoringu objęty zostanie

- Przebieg akcji edukacyjno-informacyjnej,
- Program edukacji zdrowotnej przeprowadzonej wśród dzieci w szkołach ,
- Program edukacji zdrowotnej przeprowadzonej dla rodziców/ opiekunów dzieci oraz rady pedagogicznej,
- Część profilaktyczna programu,
- Część lecznicza programu,
- Dokumentacja z realizacji programu po jego zakończeniu w danym roku.

W ramach monitorowania i ewaluacji programu zostaną określone nast. wskaźniki:

- Liczba dzieci biorących udział w programie,
- Liczba spotkań edukacyjnych przeprowadzonych z dziećmi w szkole,
- Liczba spotkań edukacyjnych przeprowadzonych z rodzicami/opiekunami dzieci i rada pedagogiczną,
 - Liczba porad profilaktycznych udzielonych w gabinecie stomatologicznym w czasie badań przesiewowych,
 - Liczba dzieci z wadami zgryzu skierowanych do ortodonty,
 - Odsetek dzieci bez próchnicy,
 - Odsetek dzieci z próchnicą zarówno w zębach mlecznych jak i stałych,
 - Wskaźnik puw i PUW,
 - Liczba dzieci, u których wykonano zabieg lakierowania,
 - Liczba dzieci, u których wykonano zabieg lakowania,
 - Liczba ogółem zalakowanych zębów,
 - Liczba wykonanych świadczeń gwarantowanych z zakresu stomatologii ogólnej dla dzieci w gabinetach stomatologicznych w wytypowanych szkołach, z uwzględnieniem świadczeń z zakresu leczenia próchnicy.

6.b. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator programu wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Osoba ta będzie równocześnie do dyspozycji zarówno rodziców odpowiadając na dodatkowe pytania i wątpliwości jak również osób realizujących program.

6.c. Ocena efektywności programu

Ocena taka zostanie dokonana na podstawie poziomu frekwencji uczestników programu, oraz zmian wartości intensywności próchnicy puw i PUW.

Jak również w perspektywie wieloletniej po analizie intensywności próchnicy wyrażonej wskaźnikami puw i PUW wśród losowo wybranej populacji dzieci uczestniczących w programie.

6.d. Okres realizacji programu

Realizację programu zaplanowano na lata 2016-2018 z możliwością jego przedłużenia.

Bibliografia

1. Badanie przesiewowe stanu uzębienia wśród dzieci ze szkół podstawowych; Ipsos Marketing marzec 2015
2. Dziennik Ustaw 31 sierpień 2015 pozycja 1262
3. Iwanicka-Grzegorek Ewa, Michalik Joanna, Zapalska Kinga; „Poziom wiedzy na temat choroby próchnicowej i jej zapobiegania wśród uczniów szkół gimnazjalnych” - Nowa Stomatologia 1/2010, s. 3-8
4. Janus Sławomir , Olczak-Kowalczyk Dorota , Wysocka Magdalena; „Rola lekarzy nie stomatologów w zapobieganiu próchnicy wczesnego dzieciństwa” Nowa Pediatria 1/2011, s. 6-14
5. Jańczuk Z.: Stomatologia zachowawcza – zarys kliniczny. PZWL, Warszawa 2006.
6. Jodkowska Elżbieta: „Uszczelnianie bruzd zębów bocznych, jako jedna z metod współczesnej profilaktyki próchnicy”; Czas. Stomat., 2005, LVIII, 6 428-435
7. Kaczmarek Urszula: „Mechanizmy kariostatyczne fluoru” Czas. Stomat., 2005, LVIII, 6 404-413
8. Korporowicz Emil, Jasiński Paweł: Wskazania do uszczelniania bruzd i zagłębień anatomicznych zębów w świetle współczesnej literatury. Nowa Stomatologia 4/2013, s. 175-179
9. Olczak-Kowalczyk Dorota, Jackowska Teresa, Czerwionka-Szaflarska Mieczysława, Książek Janusz, Szostak-Węgierek Dorota, Kaczmarek Urszula: „Stanowisko polskich ekspertów dotyczące zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej” Nowa Stomatol. 2015; 20(2): 81-91
10. Pawka B, Dreher P, Herda J i wsp. „Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym”. Probl Hig Epidemiol. 2010;91(1):5–7.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. z 2013r., poz. 1462 ze zm.)
12. Siudmak Betina: „Retrospektywna analiza efektywności lakowania bruzd pierwszych i drugich zębów trzonowych stałych u dzieci i młodzieży w latach 1998–2007 w ramach realizacji programu indywidualnej profilaktyki we własnej praktyce stomatologicznej w Dortmundzie” Roczniki pomorskiej akademii medycznej w Szczecinie 2010, 56, 2, 58–69
13. Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej u dzieci i młodzieży. Opracowanie pod redakcją prof. dr hab. Doroty Olczak - Kowalczyk i prof. dr hab. Urszuli Kaczmarek. Warszawa, 2015
14. Stodolak Anna , Fuglewicz Aleksander „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 ,nr1 str. 76-81
15. Strużycka Izabela, Małkowska Agata, Stopa Janina; „Efektywne sposoby promocji zdrowia jamy ustnej” Czas. Stomat., 2005, LVIII, 6 392-396

16. Szczepańska Joanna, Daszkowska Małgorzata, Hilt Aleksandra, Marczuk-Kolada Grażyna; „Zalecenia higieniczne w obrębie jamy ustnej dla dzieci i młodzieży” Nowa Stomatol 2015; 20(3): 125-130
17. Strużycka Izabela, Adamowicz Klepalska Barbara; „Pilne zadania polityki państwa w zakresie zdrowia jamy ustnej w świetle zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia” Czas. Stomat., 2005, LVIII, 6 str 450-460
18. Trykowski Jan; „Optymalna fluorowa profilaktyka próchnicy zębów w Polsce” Czas. Stomat., 2005, LVIII, 6 436-449
19. Weyna E, Buczkowska-Radlińska J, Grocholewicz K. „Bezpieństwo profilaktyki fluorkowej w świetle wiedzy studentów i lekarzy oraz dowodów naukowych”, Czas Stomat. 2005;LVIII(6):397–403.
20. Ziętek Marek; „Zdrowie Jamy Ustnej Polaków”, Czas. Stomat., 2005, LVIII, 6 388-391
21. www.gazetalekarska.pl Światowe problemy w chorobach jamy ustnej. Nowy raport WHO 29-04-2016
22. www.mz.gov.pl
23. <http://acff.pl/wp-content/uploads/2015/04/Ulotka-Fluor-A4.pdf> 30 06 2016
24. http://brpd.gov.pl/sites/default/files/wyst_2016_01_07_mz.pdf
Wystąpienie Rzecznika Praw Dziecka do Ministra Zdrowia 27 04 2016
25. <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2013/1462/1> 30 06 2016
26. <http://ptsd.net.pl/> 26-06-2016
27. <http://www.portalpts.pl/Index.aspx?sid=30>
28. <http://slidegur.com/doc/1317064/pobierz-plik-prezentacja-prof.-doroty-olczak>
27-04-2016
29. <http://slidegur.com/doc/1317064/pobierz-plik-prezentacja-prof.-doroty-olczak>
27-04-2016
30. <http://www.biomedical.pl> 29-04-2016
31. <http://www.czytelniamedyczna.pl/3758> Częstość występowania choroby próchnicowej u dzieci do 5. roku życia w wybranych krajach na świecie w oparciu o dane WHO 27-04-2016
32. <http://www.dent.rzeszow.pl/prochnica.php> 29-04-2016
33. <http://www.nil.org.pl/biuro-prasowe/konferencje-prasowe/konferencja-prasowa-w-nil-epidemia-prochnicy-w-polsce.-lekarze-alarmuja-dramat-w-opiece-stomatologicznej-nad-dziecmi>. 27 04 2016
34. http://www.pck.pl/media/repository/2015/cz_1/Wyniki_raportu_Ipsos_Chron Dzieci i Uśmiechy_2_edycja.pdf 29-04-2016
35. http://www.poradnikzdrowie.pl/ciaza-i-macierzynstwo/zdrowie-dziecka/zdrowie-naszyc-dzieci_37823.html?page=2& 27 04 2016
36. http://www.zeas.piaseczno.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=18&Itemid=21 2-05-2016
37. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index> 30 06 2016
38. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,5280,vp,6841.pd> Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych raport NIK 2-05 2016
39. <https://www.zabzazab.pl/problem-prochnicy-dotyczy-kazdego/> 26 06 2016

**Zgoda rodzica/opiekuna dziecka
Na udział w programie profilaktycznym „Piękny Uśmiech”
organizowanym przez Urząd Miasta i Gminy Piaseczno**

I. Dane dziecka – uczestnika programu

Nazwisko i imię

PESEL

Adres Zameldowania/zamieszkania.....

Szkołaklasa.....

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w programie profilaktycznym „Piękny Uśmiech” oraz na zabiegi profilaktyczne i lecznicze wynikające z badania przesiewowego jamy ustnej wg. wskazań lekarza stomatologa.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana o tym, że program jest bezpłatny i dobrowolny oraz, że w każdej chwili mogę zrezygnować z udziału w programie składając pisemną rezygnację, podając przyczynę rezygnacji.

.....

data

.....

czytelny podpis rodzica/opiekuna

II. Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna.....

III. Wywiad medyczny (proszę zakreślić właściwą odpowiedź X)

1. Czy dziecko było kiedykolwiek badane przez lekarza stomatologa?

tak

nie (przejdź do pytania nr 5)

2. Kiedy dziecko było ostatni raz u lekarza stomatologa?

w ciągu ostatnich 6 m-cy

w ciągu ostatnich 12 m-cy

powyżej 12 m-cy

3. Kiedy dziecko było ostatni raz u lekarza dentysty w ramach kontraktu z NFZ?

w ciągu ostatnich 6 m-cy

w ciągu ostatnich 12 m-cy

powyżej 12 m-cy

4. Jak często dziecko chodzi na wizyty do lekarza stomatologa?

częściej niż raz na pół roku

raz na pół roku

rzadziej niż raz na pół roku

5. Jak często dziecko myje zęby?
3 i więcej razy dziennie
1-2 razy dziennie
rzadziej niż raz dziennie
nie myje zębów
6. Czy stara się Pan/Pani wyjaśniać dziecku, że regularne mycie zębów pomaga utrzymać zdrowe zęby i dziąsła?
tak
nie
7. Czy dziecko stosuje produkty do higieny jamy ustnej, jak:
- nić dentystyczna? - płukanki?
tak tak
nie nie
8. Jak często dziecko spożywa słodkie przekąski i słodzone napoje (np. Coca Cola)?
nie spożywa
rzadziej niż raz w tygodniu
kilka razy w tygodniu
codziennie

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Załącznik nr 2
KARTA BADANIA STOMATOLOGICZNEGO Nr

Część A

Nazwisko i imię dziecka:.....
Szkołaklasa.....

Stan higieny jamy ustnej:

Dobry
Zły

Wada zgryzu

nie ma
jest krótki opis

Stan uzębienia i potrzeby lecznicze

				G	L						G	P					
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
Potrzeby																	
Stan																	
Stan																	
Potrzeby																	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
					D	L						D	P				

Stan uzębienia mlecznego:

- A - zdrowy ząb mleczny
- B - ubytek próchnicowy
- C - wypełnienie
- D - próchnica wtórna
- E - ząb usunięty
- T - uraz

Stan uzębienia stałego:

- 0 - zdrowy ząb stały
- 1 - ubytek próchnicowy
- 2 - próchnica wtórna
- 3 - wypełnienie
- 4 - ząb usunięty
- 5 - uszczelnienie bruzd
- 6 - uraz
- 7 - ząb niewyrznięty

Potrzeby lecznicze:

- 0 - brak potrzeb leczniczych
- 1 - aplikacja lakieru fluorkowego
- 2 - uszczelnienie bruzd
- 3 - wypełnienie na 1 powierzchni
- 4 - wypełnienie na 2 lub więcej powierzchniach
- 5 - leczenie endodontyczne
- 6 - ekstrakcja
- 7 - inne

puw =

PUW =

Uwagi, zalecenia:.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć lekarza

**KARTA BADANIA STOMATOLOGICZNEGO Nr
Część B**

Nazwisko i imię dziecka:.....

Szkołaklasa.....

DATA WIZYTY	WYKONANE PROCEDURY PROFILAKTYCZNE I LECZNICZE

**KARTA BADANIA STOMATOLOGICZNEGO Nr
Część C**

Nazwisko i imię dziecka:.....

Szkołaklasa.....

Stan uzębienia po leczeniu (lub na zakończeniu programu)

	G L								G P							
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Potrzeby																
Stan																
Stan																
Potrzeby																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	D L								D P							

Uwagi, zalecenia:.....

.....

.....

miejsowość, data

.....

podpis i pieczęć lekarza

.....

**Rezygnacja rodzica z udziału dziecka w programie profilaktycznym „Piękny Uśmiech”
organizowanym przez Urząd Miasta i Gminy Piaseczno**

Ja niżej podpisany rodzic/opiekun prawny dziecka.....ucznia
klasyszkoły.....

Rezygnuję z udziału mojego dziecka w programie profilaktycznym „Piękny Uśmiech”

.....(powód rezygnacji)

.....

.....

Podpis rodzica/opiekuna dziecka

.....

miejsowość, data

Załącznik nr 3

.....
Pieczęć świadczeniodawcy

PROGRAM ZAPOBIEGANIA PRÓCHNICY „PIĘKNY UŚMIECH” Informacja dla rodzica/opiekuna

Nazwisko i imię dziecka.....
PESEL.....

Zalecany sposób dalszego postępowania (leczenia) po przesiewowym badaniu stomatologicznym

1. Dbanie o higienę jamy ustnej oraz racjonalne odżywianie.
2. Wskazane jest leczenie następujących zębów:
 - mleczych:.....
 - stałych:.....
3. Wskazane jest usunięcie następujących zębów:
 - mleczych:.....
 - stałych:.....
4. Wskazana jest konsultacja ortodontyczna: TAK NIE
5. Inne:.....
.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data)

**ANKIETA EWALUACYJNA
PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO „PIĘKNY USMIECH” DOTYCZĄCEGO ZAPOBIEGANIA
PRÓCHNICY WŚRÓD DZIECI
W KLASACH I-VI SZKOŁY PODSTAWOWEJ
REALIZOWANEGO W MIEŚCIE I GMINIE PIASECZNO**

*Szanowni Państwo,
uprzejmie prosimy o wypełnienie ankiety ewaluacyjnej realizacji programu profilaktycznego z zakresu zapobiegania próchnicy prowadzonego przez Miasto i Gminę w którym uczestniczy Państwa dziecko. Uzyskane informacje posłużą do oceny efektywności Programu i weryfikacji jego celowości. Ankieta jest anonimowa.*

Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę w zakresie poniższych zagadnień (w skali ocen od 1 do 5, gdzie 5 to najwyższa ocena)?

1. Zapobiegania powstawania próchnicy i chorób dziąseł u dzieci?

2. Zachęcania dzieci do dbania o zęby poprzez ich codzienne mycie i wizyty u dentysty?

3. Czynników wpływających na rozwój próchnicy u dzieci?

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

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> RACZEJ TAK |
| <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> RACZEJ NIE |
| <input type="checkbox"/> NIE WIEM | |

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

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> RACZEJ TAK |
| <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> RACZEJ NIE |
| <input type="checkbox"/> NIE WIEM | |

6. Czy uzyskana przez Pana/Panią wiedza będzie wykorzystywana w dalszej opiece nad dzieckiem?

- TAK
- NIE
- NIE WIEM
- RACZEJ TAK
- RACZEJ NIE

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

- DOBRZE
- ŹLE
- NIE WIEM
- RACZEJ DOBRZE
- RACZEJ ŹLE

.....

Pieczęć świadczeniodawcy

.....

miejsowość i data

**FORMULARZ SPRAWOZDANIA MIESIĘCZNEGO
PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO „PIĘKNY USMIECH” DOTYCZĄCEGO ZAPOBIEGANIA
PRÓCHNICY WŚRÓD DZIECIW KLASACH I-VI SZKOŁY PODSTAWOWEJ
REALIZOWANEGO W MIEŚCIE I GMINIE PIASECZNO**

1. Okres realizacji świadczeń:

2. Liczba osób objętych świadczeniami:

3. Liczba nowych uczestników programu (w miesiącu rozliczeniowym)

4. Wykonanie świadczeń:

l.p.	Świadczenie	Ilość osób uczestniczących
1.	Liczba uczestników edukacji zdrowotnej rodzice/opiekunowie dziecka	
2.	Liczba uczestników edukacji zdrowotnej rada pedagogiczna szkoły	
3.	Liczba uczestników edukacji zdrowotnej - dzieci	
4.	Liczba uczestników programu, u których wykonano badanie stomatologiczne	
5.	Liczba uczestników programu, u których wykonano zabieg fluoryzacji kontaktowej	
6.	Liczba uczestników programu u których wykonano lakierowanie zębów	
7.	Ilość polakierowanych zębów	
8.	Liczba uczestników programu, u których wykonano lakowanie I zębów trzonowych	
9.	Ilość I zębów trzonowych pokrytych lakiem	
10.	Liczba uczestników programu, u których wykonano lakowanie II zębów trzonowych	
11.	Ilość II zębów trzonowych pokrytych lakiem	
12.	Inne działania profilaktyczne / ilość wydanych skierowań do poradni wad zgryzu	
13.	Działania lecznicze wykonane w obrębie jamy ustnej	
14.	Ilość usuniętych zębów z powodu próchnicy	

.....
Miejscowość i data

.....
pieczęć świadczeniodawcy

UZASADNIENIE

Proponowane zadanie przyczyni się do poprawy stanu zdrowia jamy ustnej dzieci uczących się w szkołach podstawowych z terenu Miasta i Gminy Piaseczno, poprzez działania informacyjno-edukacyjne oraz profilaktykę pierwotną i wtórną próchnicy zębów.

Wszelkie działania będą wykonywane po uzyskaniu od rodzica/opiekuna prawnego zgody na udział w programie. Projekt pod nazwą „Program profilaktyczny „ Piękny uśmiech” dotyczący zapobiegania próchnicy wśród dzieci w klasach I-VI szkoły podstawowej realizowany w Mieście i Gminie Piaseczno” zyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 209/2016 z dnia 7 listopada 2016 r.

W związku z powyższym uzasadnionym jest przyjęcie gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Program profilaktyczny „ Piękny uśmiech” dotyczący zapobiegania próchnicy wśród dzieci w klasach I-VI szkoły podstawowej realizowany w Mieście i Gminie Piaseczno” .

Projekt uchwały przekłada Burmistrz Miasta i Gminy Piaseczno.