Załącznik do uchwały Nr XLI/610/22
Rady Miejskiej w Słupsku
z dnia 26 stycznia 2022 r.

Słupsk

**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**Miasta Słupska**

# Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym w Mieście Słupsku na lata 2022 – 2025

Podstawa prawna:

- art. 48 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476 );
- Rekomendacji nr 1/2020 z dnia 3 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży

**Słupsk 2022**

# Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej ..... 4

1. Opis problemu zdrowotnego ..... 4
2. Dane epidemiologiczne ..... 7
3. Opis obecnego postępowania ..... 8

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji ..... 11

1. Cel główny ..... 11
2. Cele szczegółowe ..... 11
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej ..... 11

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej ..... 12

1. Populacja docelowa ..... 12
   a) Dzieci w wieku 3-7 lat ..... 13
   b) Dzieci w wieku 8-9 lat ..... 13
   c) Rodzice/ opiekunowie prawni dzieci w wieku 3-7 lat ..... 13
   d) Rodzice/ opiekunowie prawni dzieci w wieku 8-9 lat ..... 13
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej ..... 14
   a) Kryteria włączenia: ..... 14
   b) Kryteria wyłączenia ..... 15
3. Planowane interwencje ..... 16
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej ..... 23
   a) Kadra programu ..... 23
   b) Miejsce realizacji ..... 23
   c) Sposób zaproszenia do udziału w programie ..... 23
   d) Sposób powiązania z NFZ ..... 23
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej ..... 24

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej ..... 25

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów ..... 25
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych ..... 29

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej ....31
1. Monitorowanie ....31
a) Ocena zgłaszalności ....31
b) Ocena jakości świadczeń....32
2. Ewaluacja ....33

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej ....34
1. Koszty jednostkowe ....35
2. Koszty całkowite ....37
3. Źródła finansowania....38

VII. Bibliografia ....39

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

## 1. Opis problemu zdrowotnego

Próchnica zębów jest chorobą infekcyjną, wywołaną przez bakterie kolonizujące ich powierzchnie. W odróżnieniu od większości chorób zakaźnych występujących u ludzi, próchnica jest wynikiem zaburzenia lokalnej równowagi mikroflory endogennej jamy ustnej, niż działania patogenu egzogennego (Cameron 2008).

Na podstawie wielokierunkowych badań, obecnie stwierdza się, że choroba próchnicowa zębów jest wynikiem oddziaływania wielu powiązanych ze sobą czynników. Należą do nich: bakterie próchnicotwórcze, węglowodany oraz podatne na próchnicę twarde tkanki zęba. Istotną rolę odgrywa zależność między czasem oddziaływania tych czynników, a śliną. W szczególności dotyczy to jej zdolności buforujących i przeciwbakteryjnych. W efekcie dochodzi do wytworzenia specyficznego środowiska jamy ustnej. Jest to istotny element w procesie rozpatrywania ryzyka wystąpienia próchnicy. Podatność powierzchni zgryzowej zębów na próchnicę jest częściowo uwarunkowana ich budową anatomiczną. Specyficzny proces tworzenia szkliwa związany z czynnością ameloblastów na przeciwległych stronach bruzd sprawia, iż grubość szkliwa zmniejsza się od powierzchni zgryzowej w kierunku podstawy bruzdy. W efekcie jej głębokość może wynosić zaledwie 1 mm (Kawalec 2008).

Do określania rozpowszechnienia i nasilenia próchnicy zębów stosowany jest wskaźnik próchnicy PUWz. W odniesieniu do zębów mlecznych, PUWz oznacza sumę liczby zębów z próchnicą (P), zębów usuniętych z powodu próchnicy (U) i zębów wypełnionych (W). W użyciu jest też wskaźnik PUWP, odnoszący się do powierzchni zębowych, a nie do całych zębów (Olczak-Kowalczyk 2012).

Skuteczność zapobiegania próchnicy zależy m.in. od ukierunkowania działań profilaktycznych na ograniczenie czynników ryzyka choroby. Dlatego stale podejmowane są próby wyodrębnienia czynników predysponujących do rozwoju próchnicy we wczesnym dzieciństwie oraz prowadzone są badania oceniające ich znaczenie w rozwoju procesu próchnicowego (Turska-Szybka 2011).

Podstawową zasadą zapobiegania chorobie próchnicowej są następujące aspekty: prawidłowe

odżywianie, dbałość o higienę jamy ustnej oraz stosowanie środków profilaktycznych zawierających fluor. Interwencje w zakresie profilaktyki próchnicy różnicuje się na: profilaktykę zbiorową, profilaktykę grupową, profilaktykę indywidualną. Ta ostatnia dzieli się natomiast na: profilaktykę domową oraz profilaktykę profesjonalną (Szczeklik 2017).[1]

W ustach znajduje się 300 – 400 gatunków bakterii. Większość z nich nie jest szkodliwa, jednakże niektóre z nich mogą stać się powodem poważnych kłopotów, zwłaszcza jeżeli nie jest zachowana właściwa higiena jamy ustnej. W sprzyjającej sytuacji próchnica i choroby przyzębia mogą przyczynić się nawet do zgonu pacjenta.

Najgroźniejsze są bakterie niszczące zęby i drobnoustroje znajdujące się w zmienionych chorobowo strukturach przyzębia (tkanki otaczające zęby, w tym dziąsła), wówczas zaniedbana próchnica i choroby przyzębia stają się źródłem zakażenia dla całego organizmu. Bakterie wraz z krwią przenoszone są do odległych części ciała, mogąc wywołać stan zapalny w odległych od jamy ustnej miejscach, np. w obrębie płuc, stawów, nerwu wzrokowego, nerek czy wsierdzia. Inicjowana w ten sposób odpowiedź immunologiczna organizmu, mająca na celu usunięcie stanu zapalnego, może również działać uszkadzająco na tkanki gospodarza, niewłaściwie je rozpoznając i, co za tym idzie – nieodwracalnie uszkodzić. W skrajnych przypadkach zapalnie zmienione przyzębie może spowodować tak groźne schorzenia, jak sepię czy zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Do najczęściej wymienianych konsekwencji próchnicy zalicza się m. in.:

1) ***ryzyko zachorowania na cukrzycę***

   Uczeni z Columbia University po 20-letnich obserwacjach 9 tys. osób doszli do wniosku, że u tych z chorobami przyzębia cukrzyca typu 2 rozwijała się częściej niż u mających zdrowe dziąsła lub leczących paradontozę. Potwierdzają to również badania niemieckich naukowców nad wpływem stanów zapalnych przyzębia na cały organizm. Badacze zauważyli, że paradontoza przyczynia się do zachorowania na cukrzycę, niezależnie od innych czynników, oraz że poziom glukozy we krwi znacznie się zmniejsza po wyleczeniu choroby przyzębia. Sama cukrzyca zaś, negatywnie oddziałując na naczynia krwionośne, predysponuje do rozwoju stanów zapalnych dziąseł i paradontozy. Ponadto diabetycy, którzy mają choroby przyzębia, gorzej reagują na leczenie przeciwcukrzycowe.

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

2) ***przedwczesny poród i niską wagę urodzeniową noworodka***

   Kobiety w ciąży powinny odwiedzać stomatologa przynajmniej raz na 3 miesiące, ponieważ zły stan zębów i dziąseł jest zagrożeniem dla płodu, a jeśli przyszła mama często wymiotuje, zęby poddane są działaniu kwasu żołądkowego, który niszczy szkliwo, co sprawia, że stają się podatne na próchnicę i nadwrażliwość.

3) ***bolesne stany zapalne stawów, a nawet trwałe ich uszkodzenie***

   Gdy bakterie zadomowią się w zębie, wydzielane przez nie enzymy i toksyny mogą naczyniami krwionośnymi wędrować po organizmie. Docierają nimi m. in. do stawów.

4) ***stany zapalne zatok (zwłaszcza blisko położonych zatok szczękowych)***

   Tuż nad kością szczęki znajdują się tzw. zatoki szczękowe. Bakterie, które namnażają się w zaniedbanej próchnicy, łatwo docierają bowiem do sąsiadujących zatok.

5) ***sprzyjanie powstawaniu choroby wrzodowej***

   W przypadku braków w uzębieniu bądź chorych zębów, które bolą, wówczas podczas jedzenia połykane są duże kęsy. Kiedy z kolei pokarm jest dobrze przeżuwany kawałek po kawałku wtedy proces trawienia rozpoczyna się już w jamie ustnej i żołądek ma lżejszą pracę. W przypadku gdy do żołądka trafiają duże kęsy – jedzenie dłużej zalega i musi być trawione przez większą ilość soku żołądkowego. W skład soku wchodzi m. in. kwas solny, który – gdy jest w nadmiarze – sprzyja powstaniu wrzodów żołądka.

6) ***przyczynianie się do wywoływania groźnych chorób serca***

   Udowodniono silny związek między chorobami przyzębia, a schorzeniami sercowo-naczyniowymi. Aktywny stan zapalny przyzębia przyśpiesza odkładanie się blaszki miażdżycowej w naczyniach krwionośnych (wykazano, że znajdują się w niej te same bakterie, które są obecne w jamie ustnej), co w konsekwencji może prowadzić do zawału serca lub udaru mózgu. Jak pokazują wyniki badań Perio-Kardio, wśród pacjentów po świeżym zawale serca (2–3 dni po incydencie), ze średnią wieku 55 lat, nie było osób ze zdrowym przyzębiem. Zaawansowaną chorobę przyzębia miało ok. 40 proc. badanych osób. Choroby zapalne tkanek otaczających zęby są wyjątkowo groźne dla osób, które już chorują na serce, mogą bowiem doprowadzić do bakteryjnego zapalenia wsierdzia albo zastawek serca.

7) ***stany zapalne migdałków i gardła wynikające z zakażenia paciorkowcem***

Powszechnie sądzi się, że za stan zapalny migdałków podniebiennych i otaczających je tkanek miękkich gardła odpowiada przeziębienie tych okolic (szybkie wypicie lodowatej wody czy zjedzenie porcji lodów w czasie upałów). Ale to nie zimno powoduje zapalenie (ono tylko wywołuje miejscowy spadek odporności), lecz bakterie – głównie paciorkowce. Często biorą się one z zepsutego i nieleczonego zęba.

8) ***pojawienie się kamienia na płytce nazębnej i nieświeżego oddechu***

Jeśli zęby nie są szczotkowane co najmniej 2 razy dziennie, zaczyna się na nich tworzyć płytka nazębna, a w niej mnożą się bakterie. Uszkadzają nie tylko zęby i dziąsła, ale też namnażają się w resztkach jedzenia zostawionego między zębami.

9) ***prowadzenie do uszkodzeń nerek***

Nerki wykonują ciężką pracę, by oczyścić krew z ubocznych produktów przemiany materii. Niestety, docierają do nich też toksyny z różnych źródeł w organizmie – również z chorych zębów. Owe toksyny mogą uszkodzić nerki, na tyle skutecznie, że przestaną one pełnić funkcję sprawnego filtra.

10) ***przyczynianie się do powstania paradontozy***

Jeśli co 6–12 miesięcy w gabinecie stomatologicznym nie usuniesz płytki nazębnej, będzie ona narastać i twardnieć, aż zamieni się w kamień. Ten zaś będzie się wdzierał pod dziąsła, tworząc tzw. kieszonki. Gdy się one pogłębiają, dziąsło odsuwa się od zęba i kurczy się. Pod wpływem warstwy kamienia szyjki zębów odsłaniają się. To paradontoza – choroba prowadząca do rozchwiania zębów, a następnie ich utraty.[2]

## 2. Dane epidemiologiczne

Dostępne dane epidemiologiczne wskazują, że próchnica w populacji dzieci i młodzieży stanowi istotny problem zdrowotny. Dane epidemiologiczne odnoszą się do wszystkich chorób jamy ustnej i ukazują rozmiar problemu pod względem obciążenia dla systemu opieki zdrowotnej. W roku 2018 określono liczbę dzieci, które były hospitalizowane z powodu schorzeń jamy ustnej. Najwyższy wskaźnik odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim (ok.160/100 tys.), a najniższy w województwie śląskim (ok. 50/100 tys.) (MPZ 2018).

Opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia dane z 2015 r., pozyskane w ramach programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020", ukazują problem

[2] https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/stomatologia/prochnica-niszczy-nie-tylko-zeby-aa-Aygn-chsH-gxPT.html (wg stanu na dzień 07.03.2021 r.)

próchnicy w populacji dzieci i młodzieży z uwzględnieniem płci, wieku i miejsca zamieszkania. Autorzy badań doszli do wniosku, że próchnica stanowi istotny problem w polskiej populacji i wraz z wiekiem dochodzi do jej spotęgowania. W roku 2015 próchnica była obecna u ponad 53% dzieci w wieku 3 lat, ok. 76% dzieci w wieku 12 lat oraz u ponad 94% młodzieży w wieku 15 lat. Dodatkowo wartości wskaźnika DMFT (wskaźnik próchnicy zębów stałych) w ww. grupach wiekowych, waha się między 2,4 a 5,87 (MZ 2016).

Ponadto odnaleziono dane dotyczące występowania próchnicy u młodzieży w wieku 15 i 18 lat, z których wynika, że u ponad 94% osób w wieku 15 lat stwierdzono obecność próchnicy, podobnie wyglądało to u osób w wieku 18 lat (93%). Natomiast wskaźnik intensywności próchnicy w powyższych grupach wiekowych oscylował pomiędzy 5,77, a 7,00 (MZ 2016).[3]

## 3. Opis obecnego postępowania

Zgodnie z rekomendacją nr 1/2020 z dnia 3 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży, obecnie w większości dostępnych rekomendacji wskazuje się konieczność objęcia nie tylko dzieci i młodzież między 6 m. ż., a 18 r. ż. działaniami profilaktycznymi w zakresie próchnicy zębów, ale również ich rodziców/ opiekunów prawnych, którzy powinni być zaznajamiani z poprawnymi technikami higieny jamy ustnej oraz informowani o konieczności sprawowania kontroli nad myciem zębów, szczególnie wśród młodszych dzieci. Jednocześnie podkreśla się potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka, właściwych technik higieny jamy ustnej, skutków zdrowotnych nieleczonej próchnicy oraz konieczności regularnych kontroli stanu uzębienia, a także zaleca się wykonywanie lakowania lub wypełniania ubytków w zębach i prowadzenie fluoryzacji w środowiskach szkolnych.

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

Zgodnie z Obwieszczeniem MZ z dnia 30 maja 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1199) dzieciom i młodzieży przysługuje szeroki zakres interwencji nacelowany na profilaktykę próchnicy. W ramach świadczeń gwarantowanych realizowane są m. in. takie zabiegi jak:

1) zabezpieczenie lakiem szczelinowym bruzd pierwszych trzonowców stałych 1 raz do ukończenia 8 roku życia oraz bruzd drugich trzonowców stałych 1 raz do ukończenia 14 roku życia;
2) lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej niż 1 raz na kwartał;
3) impregnacja zębiny zębów mlecznych;
4) leczenie próchnicy zębów mlecznych i stałych;
5) kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa w zębach stałych;
6) leczenie chorób przyzębia;
7) leczenie ortodontyczne do ukończenia 12 roku życia;
8) wypełnienia kompozytowe światłoutwardzalne w zakresie zębów siecznych i kłów w szczęce i żuchwie;
9) profilaktyczne świadczenia stomatologiczne są dedykowane dzieciom w: 6, 9, 12 miesiącu życia oraz 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 16, 19 roku życia;
10) znieczulenie ogólne przy wykonywaniu świadczeń gwarantowanych;
11) udzielanie świadczeń ogólnostomatologicznych w dentobusie dla dzieci i młodzieży do 18 r. ż.

W załączniku nr 1 do ww. rozporządzenia znaleźć można informację, iż świadczeniem gwarantowanym są także:

1) zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb (dot. bruzd zębów szóstych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 8 roku życia) oraz bruzd drugich trzonowców stałych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 14. roku życia;
2) lakierowanie zębów ¼ łuku zębowego (dot. wszystkich zębów stałych i jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego; świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.)

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 736) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej pielęgniarka lub higienistka szkolna planuje i realizuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami na terenie szkoły lub w placówkach do tego przeznaczonych, w tym edukację w zakresie higieny jamy ustnej.

Ponadto 12 kwietnia 2019 roku weszła w życie ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami, która nakłada na szkoły obowiązek zapewnienia opieki stomatologicznej dla wszystkich uczniów do 19 roku życia. Aby zapewnić dzieciom i młodzieży niezbędną pomoc stomatologiczną administratorzy szkoły mogą w tym celu skorzystać z dwóch ścieżek, którymi są: uruchomienie gabinetu dentystycznego w szkole lub podpisanie umowy z placówkami stomatologicznymi, które świadczą usługi w ramach kontraktu z NFZ. Zgodnie z ww. ustawą każde dziecko uczęszczające do szkoły ma mieć zapewnioną profilaktykę zdrowotną oraz opiekę stomatologiczną.

Program będzie uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych oferowanych i finansowanych przez NFZ i MZ. Program kładzie nacisk na edukację i podniesienie świadomości rodziców/ opiekunów prawnych oraz opiekunów przedszkolnych i wychowawców szkolnych.

# II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

## 1. Cel główny

Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci uczestniczących w programie.

## 2. Cele szczegółowe

| Lp. | Cel szczegółowy |
|---|---|
| a) | Podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych w zakresie próchnicy u dzieci i ich rodziców/ opiekunów prawnych. |
| b) | Zwiększenie liczby dzieci stosujących się do zasad prawidłowych technik higieny jamy ustnej. |

## 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

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

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

## 1. Populacja docelowa

Program kierowany jest do dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym tj. do 9 r. ż. (stanowiących populację docelową) uczęszczających do ww. placówek na terenie Miasta Słupska, a także ich rodziców/ opiekunów prawnych stanowiących populację poboczną. Przy czym należy zaznaczyć, że działaniami informacyjno-edukacyjnymi zostaną objęte wszystkie dzieci uczęszczające do ww. placówek na terenie Miasta Słupska. Z kolei przeglądy stomatologiczne (w szczególności świadczenia profilaktyki stomatologicznej w postaci lakowania lub wypełnienia bruzd zębów szóstych) kierowane są wyłącznie do dzieci zamieszkujących na terenie Miasta Słupska.

Populacja docelowa (czyli dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym tj. do 9 r. ż.) i populacja poboczna (czyli rodzice/ opiekunowie prawni dzieci uczestniczących w programie) została oszacowana na podstawie danych statystycznych z Wydziału Centrum Obsługi Mieszkańców Urzędu Miejskiego w Słupsku, na podstawie liczby mieszkańców zameldowanych na pobyt stały i czasowy na terenie Miasta Słupska (wg stanu na dzień 31.12.2020 r.). Jednocześnie należy podkreślić, że populacja poboczna (tj. rodziców/ opiekunów prawnych) została określona na podstawie liczby dzieci, przy założeniu, że każde dziecko posiada przynajmniej jednego rodzica/ opiekuna prawnego, który będzie brał udział razem z nim w zaplanowanych interwencjach.

Niniejszy program polityki zdrowotnej stanowi kontynuację dotychczasowych akcji i działań profilaktycznych realizowanych przez Samorząd Miasta Słupska (tj. akcyjnych przeglądów stomatologicznych organizowanych w szkołach na terenie Słupska przez lekarzy dentystów Fundacji „Wiewiórki Julii" z Warszawy oraz działań edukacyjno-informacyjnych prowadzonych przez higienistkę stomatologiczną i dietetyka oraz doradcę żywieniowego zatrudnionych do realizacji programu pn. „Zdrowe życie - Dobre życie" w Poradni Promocji Zdrowia w ramach projektu „Zdrowie - Mama i Ja" realizowanego w okresie ostatnich 12 lat. Mając na uwadze potrzeby lokalnej społeczności i realizowane działania w przedmiotowym zakresie, a także dostępne rekomendacje, zasadnym jest kontynuacja działań w postaci realizacji programu polityki zdrowotnej.

Populacja docelowa i poboczna została określona w poniższych tabelach:

**a) Dzieci w wieku 3-7 lat**

| | |
|---|---|
| Wielkość populacji ogółem:[4] | 3 775 |
| Przewidywana liczba uczestników ogółem: [5] | 8 493 |
| Przewidywana liczba uczestników rocznie: [6] | 2 831 |

**b) Dzieci w wieku 8-9 lat**

| | |
|---|---|
| Wielkość populacji ogółem: [7] | 1 532 |
| Przewidywana liczba uczestników ogółem: [8] | 4 504 |
| Przewidywana liczba uczestników rocznie: [9] | 563 |

**c) Rodzice/ opiekunowie prawni dzieci w wieku 3-7 lat**

| | |
|---|---|
| Wielkość populacji ogółem: | 3 775 |
| Przewidywana liczba uczestników ogółem: | 8 493 |
| Przewidywana liczba uczestników rocznie: | 2 831 |

**d) Rodzice/ opiekunowie prawni dzieci w wieku 8-9 lat**

| | |
|---|---|
| Wielkość populacji ogółem: | 1 532 |
| Przewidywana liczba uczestników ogółem: | 4 504 |
| Przewidywana liczba uczestników rocznie: | 563 |

[4] Według stanu na dzień 31.12.2020 r. na terenie Miasta Słupska zameldowanych na pobyt stały i czasowy było 3 775 dzieci w wieku 3-7 lat.
[5] Program przewiduje uczestnictwo 75% populacji dzieci w wieku 3-7 lat czyli 2 831 osób rocznie przemnożone przez okres realizacji programu tj. 3 lat daje ogólną przewidywaną liczbę uczestników 8 493 osób.
[6] Program przewiduje uczestnictwo 75% populacji dzieci w wieku 3-7 lat czyli 2 831 osób rocznie.
[7] Według stanu na dzień 31.12.2020 r. na terenie Miasta Słupska zameldowanych na pobyt stały i czasowy było 1 532 dzieci w wieku 8-9 lat.
[8] Program przewiduje uczestnictwo 75% populacji dzieci w wieku 8-9 lat czyli 1 149 osób rocznie przemnożone przez okres realizacji programu tj. 3 lat daje ogólną przewidywaną liczbę uczestników 3 447 osób.
[9] Program przewiduje uczestnictwo 75% populacji dzieci w wieku 8-9 lat czyli 1 149 osób rocznie.

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

### a) Kryteria włączenia:

| Etapy PPZ | Kryteria włączenia |
|---|---|
| Działania informacyjno-edukacyjne | – wszystkie osoby włączone do programu;<br>– wyrażenie pisemnej zgody rodzica/ opiekuna prawnego na udział w programie; |
| Przegląd stomatologiczny, w tym: | – wyłącznie populacja dzieci w wieku 8-9 lat biorąca udział w programie;<br>– wyrażenie pisemnej zgody rodzica/ opiekuna prawnego na udział w programie; |
| A. wizyta kwalifikacyjna | – wyłącznie populacja dzieci w wieku 8-9 lat biorąca udział w programie; |
| B. świadczenia profilaktyki stomatologicznej w postaci lakowania lub wypełnienia bruzd zębów szóstych[10] | – osoby zakwalifikowane do świadczeń podczas wizyty kwalifikacyjnej; |

[10] Wyłącznie 75% populacji dzieci w wieku 9 lat (według stanu na dzień 31.12.2020 r. na terenie Miasta Słupska zameldowanych na pobyt stały i czasowy było 764 dzieci w wieku 9 lat czyli 75% populacji stanowi 573 dzieci), które z różnych przyczyn nie miały wykonanego świadczenia tego typu lub kwalifikują się do ponownego wykonania tego typu świadczenia.

## b) Kryteria wyłączenia

| Etapy PPZ | Kryteria wyłączenia |
|---|---|
| Działania informacyjno-edukacyjne | – |
| Przegląd stomatologiczny, w tym:<br>A. wizyta kwalifikacyjna<br>B. świadczenia profilaktyki stomatologicznej w postaci lakowania lub wypełnienia bruzd zębów szóstych[11] | –<br>–<br>– znajdowanie się pod stałą opieką stomatologa w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych; |

[11] Wyłącznie 75% populacji dzieci w wieku 9 lat (według stanu na dzień 31.12.2020 r. na terenie Miasta Słupska zameldowanych na pobyt stały i czasowy było 764 dzieci w wieku 9 lat czyli 75% populacji stanowi 573 dzieci), które z różnych przyczyn nie miały wykonanego świadczenia tego typu lub kwalifikują się do ponownego wykonania tego typu świadczenia.

## 3. Planowane interwencje

Program będzie realizowany przez okres trzech lat, z możliwością jego kontynuacji w kolejnych latach. Wszelkie profilaktyczne świadczenia, realizowane w ramach programu, będą udzielane uczestnikom bezpłatnie. Aby wziąć udział w programie, uczestnik musi spełniać kryteria włączenia.

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie następujących interwencji:

***1) Działania informacyjno-edukacyjne***

Informacje na temat programu i działań edukacyjnych będą przekazywane za pośrednictwem mediów społecznościowych oraz innych dostępnych środków masowego przekazu. Działania edukacyjne będą skierowane zarówno do dzieci, jak i do ich rodziców/ opiekunów prawnych.

Realizatorzy programu przekażą uczestnikowi (biorącemu udział w poszczególnych interwencjach) programu informacje na temat dostępności programu oraz korzyści płynących z udziału w nim.

Działania edukacyjne dzieci będzie się odbywać w przedszkolach i szkołach oraz innych placówkach szkolnych po wcześniejszym umówieniu terminu z dyrekcją placówki i otrzymaniu pisemnej zgody na udział w programie przez dyrektorów ww. placówek. Forma i czas prowadzenia działań dostosowana zostanie do miejsca i wieku uczestników.

Działania edukacyjne dla rodziców/ opiekunów prawnych będą dotyczyć m. in.: uświadamiania, jak ważne są działania profilaktyczne zapobiegające powstawaniu próchnicy i jej konsekwencji zdrowotnych.

Edukacja dzieci będzie prowadzona przez wykwalifikowany personel zatrudniony do realizacji programu. Podczas pierwszego spotkania dzieci wypełnią ankietę ewaluacyjną tzw. pre-test (młodsze dzieci uzyskają pomoc w wypełnieniu ankiety). Dzieci, podczas cyklicznych zajęć, będą mogły poznać prawidłowe nawyki higieniczne oraz żywieniowe. W trakcie zajęć zostanie przeprowadzony m. in. instruktaż prawidłowych technik szczotkowania zębów oraz zostaną wyświetlone filmy poruszające tematykę profilaktyki stomatologicznej. Tematyka spotkań ma dotyczyć higieny jamy ustnej, właściwego odżywiania oraz stosowania związków fluoru. Podczas spotkań z dziećmi zaprezentowane zostaną również poprawne techniki szczotkowania zębów i sposoby utrzymania dobrego stanu

zdrowia jamy ustnej.

Podczas spotkań dzieci otrzymają odznakę programu i tym samym dołączy do odpowiedniej drużyny: *„Drużyny Zdrowych Ząbków Słupsk”* (dzieci przedszkolne) i *„Drużyny Zdrowego Uśmiechu Słupsk”* (dzieci szkolne).

Działania informacyjno-edukacyjne uwzględniają również przeprowadzenie kampanii edukacyjno-informacyjnej nakierowanej na podniesienie świadomości lokalnej społeczności na temat znaczenia profilaktyki próchnicy, w tym m. in.:

- korzyści wynikających z wdrażania do codziennej praktyki działań profilaktycznych, takich jak częste szczotkowanie czy stosowanie płukanek zawierających fluor
- głównych czynników ryzyka występowania próchnicy w populacji;
- szkód wynikających z nieuczęszczania na regularne wizyty u stomatologa,
- skutków zdrowotnych uszkodzenia zębów przez zmiany próchnicze.

W zależności od sytuacji epidemiologicznej (np. związanej z pandemią COVID-19) sposób prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych może ulec zmianie.

***2) Szkolenia dla rodziców/ opiekunów prawnych dzieci***

Działaniami edukacyjnymi zostaną również objęci rodzice dzieci, które będą brały udział w programie.

Szkolenia zostaną przeprowadzone w formie indywidualnej, podczas wizyty dziecka u na przeglądzie stomatologicznym. Szkolenia będą miały określoną tematykę związaną z profilaktyką próchnicy, m. in.:

- korzyści płynące z kontrolnych wizyt stomatologicznych,
- środki higieny jamy ustnej jakie należy stosować u dzieci w celu zahamowania rozwoju próchnicy,
- skutki zdrowotne nieleczonej próchnicy u dzieci i młodzieży,
- korzyści płynące z profilaktyki stomatologicznej już od najmłodszych lat życia dziecka.

Podczas szkolenia podkreślona zostanie konieczność sprawowania przez rodziców/ opiekunów prawnych dzieci nadzoru nad procesem szczotkowania i płukania zębów przez dziecko.

### *3) Profilaktyczne przeglądy stomatologiczne dzieci (wizyta kwalifikacyjno - edukacyjna dla dzieci w wieku 8-9 lat)*

Wstępne przeglądy stomatologiczne jamy ustnej zostaną przeprowadzone w gabinecie higieny jamy ustnej u każdego dziecka zakwalifikowanego do tego etapu programu, i którego rodzic/ opiekun prawny wyraził zgodę na udział w programie.

Podczas wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad i badanie stomatologiczne w celu identyfikacji osób przynależących do grup wysokiego ryzyka bądź obecności zachowań, które determinują wzrost ryzyka wystąpienia próchnicy.

W ramach wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad w celu wstępnej oceny ryzyka wystąpienia próchnicy. W wywiadzie personel zatrudniony do realizacji programu skupi się na obecności podstawowych czynników ryzyka ww. choroby, m in.:

- nadmiernym spożywaniu żywności bogatej w cukry;
- obecności niedoborów wapnia i witaminy D;
- częstotliwości szczotkowania zębów
- częstotliwości wizyt kontrolnych;
- stosowania środków higieny jamy ustnej zawierających fluor.

Edukacja prowadzona w gabinecie higieny jamy ustnej może pozytywnie wpłynąć na dalsze wizyty u lekarza dentysty. W gabinecie higieny jamy ustnej uczestnik dostanie odznakę programu i tym samym dołączy do *„Drużyny Zdrowego Uśmiechu Słupsk”* (dzieci szkolne).

W gabinecie higieny jamy ustnej będzie wykonywane badanie profilaktyczne z oceną stanu zdrowia jamy ustnej, zgryzu, oznaczeniem wskaźnika próchnicy dla zębów mlecznych (przy wykorzystaniu zębowego wskaźnika próchnicy dla uzębienia mlecznego *„puwz”* lub powierzchniowego wskaźnika próchnicy dla uzębienia mlecznego *„puwp”*) oraz dla zębów stałych (przy wykorzystaniu zębowego wskaźnika próchnicy dla uzębienia stałego *„PUWz”* lub powierzchniowego wskaźnika próchnicy dla uzębienia stałego *„PUWP”*).

Badanie zostanie zapisane w diagramie, w karcie badania stanu higieny jamy ustnej. Każda karta będzie stanowiła dokumentację medyczną ściśle przechowywaną zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO. Każda karta będzie zawierać datę przeprowadzenia badania wstępnego, daty badań kontrolnych, wiek dziecka, PESEL, adres placówki do której uczęszcza oraz numer telefonu do rodziców/ opiekunów prawnych.

Po wstępnej analizie, do dalszego etapu programu zostaną zakwalifikowane dzieci w wieku 9 lat (zwłaszcza te z grupy szczególnego ryzyka występowania próchnicy),

które skorzystają ze świadczenia profilaktyki stomatologicznej w postaci lakowania lub wypełnienia bruzd zębów szóstych. Z powyższego świadczenia mogą skorzystać wyłącznie dzieci, które z różnych przyczyn nie miały wykonanego świadczenia tego typu lub kwalifikują się do ponownego wykonania tego typu świadczenia). Dzieci, które na tym etapie zakończą udział w programie, zostaną poproszone o wypełnienie ankiety ewaluacyjnej tzw. post-testu. Z kolei rodzic/ opiekun prawny zostanie poinformowany o potrzebach zdrowotnych z zakresu profilaktyki zdrowia jamy ustnej i ewentualnej potrzebie kontynuacji udziału dziecka w programie, a także otrzyma informację o adresie najbliższego gabinetu stomatologicznego celem skorzystania w nim ze świadczeń gwarantowanych i finansowanych w ramach NFZ.

4) ***Profilaktyczne przeglądy stomatologiczne dzieci (świadczenia profilaktyki stomatologicznej, w postaci lakowania lub wypełnienia bruzd zębów szóstych, dla dzieci w wieku 9 lat)***

Świadczenia tego typu stanowią kontynuację działań w zakresie przeglądów stomatologicznych, wykonywanych w niniejszym programie w ramach jego pierwszej części tj. wizyty kwalifikacyjnej. Stanowią one uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w ramach NFZ (świadczenia profilaktyki stomatologicznej, w postaci lakowania lub wypełnienia bruzd zębów szóstych są finansowane przez NFZ dzieciom w wieku do 8 lat).

Biorąc pod uwagę powyższe ta część profilaktyczna, realizowana w gabinecie higieny jamy ustnej przeznaczona będzie dla dzieci w wieku 9 lat (zwłaszcza tych z grupy szczególnego ryzyka występowania próchnicy), które z różnych przyczyn nie miały wykonanego świadczenia tego typu lub kwalifikują się do ponownego wykonania tego typu świadczenia). Dzieci na tym etapie będą systematycznie odwiedzać gabinet w celu przeprowadzenia indywidualnego instruktażu mycia zębów, wykonania świadczenia profilaktycznego oraz indywidualnej kontroli w celu ograniczenia występowania próchnicy. Każdy rodzic/ opiekun prawny będzie na bieżąco informowany o przebiegu i efektywności prowadzonych działań profilaktycznych u dziecka. Na koniec każde dziecko zostanie poproszone o wypełnienie ankiety ewaluacyjnej tzw. post-testu, a rodzic/ opiekun prawny otrzyma pisemne zaświadczenie o zakończeniu uczestnictwa dziecka w Programie z przebiegiem jego postępów. Ponadto, każdy rodzic/ opiekun prawny otrzyma dalsze zalecenia w celu kontynuacji leczenia dziecka w gabinecie stomatologicznym w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych z NFZ, a także informacje o adresie najbliższego gabinetu stomatologicznego świadczącego usługi w ramach NFZ.

**W zależności od sytuacji epidemiologicznej (np. związanej z pandemią COVID-19) sposób prowadzenia powyższych interwencji może ulec zmianie, w związku z nałożonymi wytycznymi Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego lub innymi.**

***Uzasadnienie wyboru ze wskazaniem źródeł informacji:***

W ramach wyszukiwania odnaleziono rekomendacje kliniczne następujących organizacji:

1) Grupa Robocza ds. Profilaktyki Fluorkowej Polskiego Oddziału Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy (ACFF) 2019;
2) American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2019a
3) American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2019b
4) American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2018a
5) American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2018b
6) American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2017a
7) American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2017b
8) American Academy of Pediatric Dentistry and American Dental Association (AAPD/ADA) 2016
9) Canadian Paediatric Society (CPS) 2016
10) European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) 2016
11) Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) 2016
12) World Dental Federation (FDI) 2016
13) World Health Organization (WHO) 2016
14) National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2015
15) Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (PTSD) 2015
16) American Dental Association (ADA) 2015
17) American Dental Association (ADA) 2014
18) National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2014
19) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2014
20) United States Preventive Services Task Force (USPSTF) 2014
21) American Dental Association (ADA) 2013
22) Health Partners Dental Group (HPDG) 2013

23) American Dental Association and U.S. Department of Health and Human Services (ADA/US DHHS) 2012
24) Irish Oral Health Services Guideline Initiative (IOHSGI) 2012

Wnioski z odnalezionych rekomendacji:

1) Populację docelową działań profilaktycznych próchnicy powinny stanowić dzieci i młodzież między 6 m. ż a 18 r. ż. (ACFF 2019, AAPD 2019A, AAPD 2019B, AAPD 2018A, AAPD 2018B, AAPD 2017A, AAPD 2017B, AAPD/ADA 2016, CPS 2016, EAPD 2016, RACGP 2016, FDI 2016, WHO 2016, NICE 2015, ADA 2014, NICE 2014, SIGN 2014, USPSTF 2014, ADA 2013, HPDG 2013, ADA/US DHHS 2012, IOHSGI 2012).
2) Działaniami profilaktycznymi powinni zostać objęci również rodzice dzieci. Należy ich zaznajomić z poprawnymi technikami higieny jamy ustnej oraz poinformować o konieczności sprawowania kontroli nad myciem zębów, szczególnie przez młodsze dzieci (ACFF 2019, PTSD 2015, AAPD 2018, EAPD 2016, RACGP 2016, FDI 2016, NICE 2015, NICE 2014, SIGN 2014, HPDG 2013).
3) W większości rekomendacji wskazuje się na potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka, właściwych technik higieny jamy ustnej, skutków zdrowotnych nieleczonej próchnicy oraz konieczności regularnych kontroli stanu uzębienia (ACFF 2019, AAPD 2019a, AAPD 2019b, AAPD 2018a, AAPD 2018b, AAPD 2017a, AAPD 2017b, EPAD 2016, RACGP 2016, FDI 2016, WHO 2016, PTSD 2015, NICE 2015, ADA 2015, ADA 2014, NICE 2014, IOHSGI 2012).
4) W 15 z 24 rekomendacji podkreśla się potrzebę przeprowadzenia badania kontrolnego w celu indywidualnego ryzyka wystąpienia próchnicy. Zaleca się także, aby w ramach badania przeprowadzić wywiad w celu identyfikacji osób prezentujących zachowania zwiększające ryzyko wystąpienia próchnicy, szczególnie u dzieci (ACFF 2019, PTSD 2015, AAPD 2019a, AAPD 2019b, AAPD 2018a, AAPD 2017a, EAPD 2016, RACGP 2016, FDI 2016, WHO 2016, ADA 2015, NICE 2014, SIGN 2014, DHHS 2012, IOHSGI 2012).
5) W 9 z 24 rekomendacji zaleca się prowadzenie u dzieci i młodzieży lakierowania zębów z użyciem m. in. diaminofluorku srebra (ACCF 2019, PTSD 2015, AAPD 2018b, AAPD/ADA 2016, ADA 2015, NICE 2014, SIGN 2014, USPSTF 2014, ADA 2013). Lakierowanie powinno być wykonane przynajmniej dwukrotnie w ciągu roku,

a w przypadku osób ze stwierdzonym wysokim ryzykiem wystąpienia próchnicy przynajmniej 4 razy w roku (ACCF 2019, PTSD 2015, NICE 2014, SIGN 2014, ADA 2013).

6) W 5 z 24 rekomendacji zaleca się wykonywanie lakowania lub wypełnienia ubytków w zębach u dzieci i młodzieży. Lakowanie powinno być prowadzone wraz z lakierowaniem powierzchni zębów w celu ograniczenia rozwoju próchnicy i/lub zapobiegania jej ewentualnemu pojawieniu się (ACFF 2019, AAPD/ADA 2106, EAPD 2016, FDI 2016, SIGN 2014).
7) W 6 z 24 rekomendacji zalecane jest prowadzenie fluoryzacji w środowiskach szkolnych. W ramach tych działań należy także dokonać identyfikacji osób, u których obecnie jest deficyt fluoru. Fluoryzacja może być wykonana m. in. poprzez fluoryzację mleka, wody pitnej lub suplementację (ACFF 2019, RACGP 2016, FDI 2016, WHO 2016, ADA 2015, NICE 2014).
8) Stosowanie past, żelów i płukanek w domowym użyciu stanowi istotny aspekt profilaktyki próchnicy u dzieci i młodzieży. Rekomendacje podkreślają istotność tych działań, w szczególności u dzieci poniżej 3 roku życia ze względu na ograniczone możliwości w zakresie stosowania innych środków profilaktyki próchnicy. Korzystanie przez dzieci z tych wyrobów jak i proces szczotkowania (przynajmniej 2 razy dziennie) powinien odbywać się pod kontrolą rodziców (ACFF 2019, PTSD 2015, AAPD 2018b, AAPD 2018a, CPS 2016, RACGP 2016, FDI 2016, WHO 2016, ADA 2015, ADA 2014, NICE 2014, SIGN 2014, ADA 2013).

Ponadto, zaplanowane interwencje mają uzasadnienie w sprawozdaniach z dotychczas prowadzonych programów i działań profilaktycznych na terenie Miasta Słupska. Realizatorzy dotychczas prowadzonych programów i działań profilaktycznych stwierdzali, że dzieci i młodzież mają problemy z prawidłową techniką szczotkowania zębów, rodzice/ opiekunowie prawni często nie wiedzą w jaki sposób dzieci powinny zadbać o prawidłową higienę jamy ustnej, w tym również w przypadku zębów mlecznych, a dzieci zbyt rzadko i niewłaściwie szczotkują zęby.[12]

[12] źródło własne Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Słupsku

## 4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego konkursu ofert.

**a) Kadra programu**

- lekarz dentysta;
- pielęgniarka lub higienistka stomatologiczna;
- dietetyk lub doradca żywieniowy;

**b) Miejsce realizacji**

- przedszkola;
- szkoły podstawowe i inne placówki oświatowe;
- gabinet higieny jamy ustnej;

**c) Sposób zaproszenia do udziału w programie**

- media społecznościowe;
- zaproszenie do udziału w Programie skierowane do dyrektorów przedszkoli i szkół podstawowych oraz rodziców/ opiekunów prawnych dzieci;

**d) Sposób powiązania z NFZ**

W programie nie dojdzie do podwójnego finansowania świadczeń zdrowotnych, ponieważ zaplanowano interwencje niewchodzące w skład świadczeń gwarantowanych, takie jak działania informacyjno-edukacyjne i interwencje, które będą stanowić uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ i MZ, takich jak przeglądy stomatologiczne jamy ustnej u dzieci.

## 5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Pełne uczestnictwo dzieci w programie polega na udziale we wszystkich zaplanowanych interwencjach i wypełnieniu ankiety ewaluacyjnej (pre-testu i post-testu).

Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie, na życzenie rodzica/ opiekuna prawnego dziecka uczestniczącego w programie.

Etapem końcowym programu dla dzieci będzie zdobycie odpowiedniej wiedzy z zakresu higieny jamy ustnej zakończonej i wypełnieniem ankiety ewaluacyjnej (pre-testu i post-testu). Dzieci korzystające z gabinetu higieny jamy ustnej zakończą program po odbyciu spotkań z higienistką stomatologiczną.

Rodzice/ opiekunowie prawni będą uczestnikami spotkania podczas którego uzupełnią ankietę ewaluacyjną tzw. pre-test, a następnie zdobędą wiedzę na temat profilaktyki próchnicy zębów, aby następnie wypełnić ankietę ewaluacyjną tzw. post-test.

Na podstawie zebranych ankiet ewaluacyjnych (pre-testów i post-testów wszystkich grup) koordynator programu będzie mógł dokonać ewaluacji programu.

Ponadto każdy rodzic/ opiekun prawny otrzyma dalsze zalecenia w celu kontynuacji leczenia dziecka w gabinecie stomatologicznym w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych z NFZ, a także informacje o adresie najbliższego gabinetu stomatologicznego świadczącego usługi w ramach NFZ.

Uczestnik, który nie będzie zgłaszać się na wyznaczone wizyty zostanie automatycznie skreślony z listy uczestników programu.

Kryteriami zakończenia udziału w programie są również:

- zrealizowanie przez uczestnika wszystkich zaplanowanych interwencji w PPZ;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

# IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

### *1) Stworzenie Rady ds. Programu Polityki Zdrowotnej (PPZ)*

Stworzenie rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, itp.).

Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej.

Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie.

Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem.

Środki finansowe związane z działalnością rady ds. programu nie powinny przekraczać więcej niż 5% całego budżetu.

### *2) Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu.*

Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48a ust. 11 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

### *3) Przeprowadzenie konkursu ofert*

Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatora/-ów (zgodnie z art. 48b ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

### *4) Rozstrzygnięcie konkursu ofert*

Wybór realizatora/-ów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatora/-ów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).

### *5) Przeprowadzenie interwencji zaplanowanych w programie*

### *6) Monitorowanie i raportowanie PPZ*

Bieżące zbieranie danych dotyczących realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację.

Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa) oraz innych sprawozdawczości wymaganych przez JST.

### *7) Zakończenie realizacji PPZ*

### *8) Rozliczenie finansowe PPZ*

### *9) Ewaluacja PPZ i raport końcowy PPZ*

Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

**Harmonogram PPZ:**

Poniższa tabela stanowi jedynie wstępny harmonogram planowanych etapów realizacji programu polityki zdrowotnej. Dopuszcza się możliwość zmiany terminów realizacji poszczególnych etapów w czasie trwania programu, np. w przypadku trudności związanych z wyłonieniem realizatora programu, sytuacją pandemiczną lub innymi sytuacjami, które na etapie przyjmowania programu do realizacji nie były do przewidzenia.

| Lp. | Czas trwania | | Opis |
|---|---|---|---|
| | od | do | |
| 1. | 2022-02-01 | 2022-03-31 | Opracowanie i ogłoszenie konkursu ofert na wybór realizatora programu - zgodnie z art. 48b ust. 1. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2001 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. |
| 2. | 2022-02-16 / 2022-04-15 | 2022-03-01 / 2022-05-02 | Rozstrzygnięcie konkursu ofert i podpisanie umowy z wybranym realizatorem programu. |
| 3. | 2022-03-01 / 2022-05-02 | 2022-12-31 | Realizacja programu w danym roku sprawozdawczym, w tym przede wszystkim: przeprowadzenie wszystkich interwencji zaplanowanych w programie; bieżące zbieranie danych dotyczących realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu. |
| 4. | 2023-01-01 | 2023-01-31 | Przygotowanie przez realizatora programu raportu (sprawozdania) z realizacji programu w 2022 r. (ocena okresowa). |
| 5. | 2023-01-01 | 2023-12-31 | Realizacja programu w danym roku sprawozdawczym, w tym przede wszystkim: przeprowadzenie wszystkich interwencji zaplanowanych w programie; bieżące zbieranie danych dotyczących realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu. |
| 6. | 2024-01-01 | 2024-01-31 | Przygotowanie przez realizatora programu raportu (sprawozdania) z realizacji programu w 2023 r. (ocena okresowa). |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7. | 2024-01-01 | 2024-12-31 | Realizacja programu w danym roku sprawozdawczym, w tym przede wszystkim: przeprowadzenie wszystkich interwencji zaplanowanych w programie; bieżące zbieranie danych dotyczących realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu. |
| 8. | 2025-01-01 | 2025-01-31 | Przygotowanie przez realizatora programu raportu (sprawozdania) z realizacji programu w 2024 r. (ocena okresowa). |
| 19. | 2025-02-01 | 2025-02-28 | Weryfikacja raportu (sprawozdania) z realizacji programu w 2024 r. złożonego przez realizatora programu. Zakończenie realizacji programu poprzedzone zaakceptowaniem ostatniego raportu (sprawozdania) złożonego przez realizatora programu. |
| 20. | 2025-03-01 | 2025-05-31 | Zgodnie z art. 48a ust. 13 i ust. 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych opracowanie raportu końcowego z realizacji programu i przesłanie go do Agencji wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji. |

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

***Kompetencje realizatora i wymagania w zakresie zasobów***

Realizatorem programu mogą być podmioty uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.)., realizator programu jest zobowiązany zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.

Zgodnie z art. 4, 6 i 7 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami realizator jest zobowiązany zapewnić dostępność programu (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062) osobom ze szczególnymi potrzebami.

Ponadto, realizator jest zobowiązany do zapewnienia zasobów kadrowych (niezbędnego personelu), lokalowych (pomieszczenia do realizacji przeglądów), materialnych i technicznych niezbędnych do realizacji programu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia.

Szczegółowe terminy i warunki realizacji programu zostaną określone w konkursie ofert na wybór realizatora programu.

**Zmiana realizatora programu jest możliwa po dokonaniu stosownego rozliczenia.**

**W celu realizacji programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki próchnicy zębów u dzieci należy spełnić określone wymagania.** Wymagania dotyczące personelu medycznego dotyczą:

*Wizyty kwalifikacyjnej:*

- lekarz dentysta i
- pielęgniarka lub,
- higienistka stomatologiczna.

*Działań informacyjno-edukacyjnych:*

- lekarz dentysta lub,
- pielęgniarka lub,
- higienistka stomatologiczna lub,
- asystent medyczny lub,
- edukator zdrowotny.

*Szkolenia dla rodziców:*

- lekarz dentysta lub,
- pielęgniarka lub,
- higienistka stomatologiczna lub,
- asystent medyczny lub,
- edukator zdrowotny.

*Świadczenia profilaktyki stomatologicznej:*

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

# V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

## 1. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły.

### a) Ocena zgłaszalności

Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i powinna być prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących mierników:

| Lp. | Wskaźnik |
|---|---|
| 1. | Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w wywiadzie kwalifikacyjnym. |
| 2. | Liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym. |
| 3. | Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie. |
| 4. | Liczba rodziców/opiekunów prawnych, którzy zdecydowali się wziąć udział w zaplanowanych działaniach edukacyjnych. |
| 5. | Liczba osób poddanych poszczególnym zabiegom profilaktyki stomatologicznej. |

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ, w formie elektronicznej bazy danych np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

## b) Ocena jakości świadczeń

| Lp. | Wskaźnik |
|---|---|
| 1. | Wyrażona w procentach liczba zebranych ankiet ewaluacyjnych tzw. pre-testów i post-testów w odniesieniu do wszystkich osób, które zostały objęte danym badaniem ankietowym. |
| 2. | Wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet satysfakcji. |
| 2. | Działania kontrolno-monitorujące prowadzone przez m. in. Miasto Słupsk, wyłonionego w drodze konkursu ofert realizatora programu, zewnętrznego eksperta. |

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta.

## 2. Ewaluacja

Ewaluacja programu polityki zdrowotnej (PPZ) , rozpocznie się po zakończeniu jego realizacji. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji zostanie odnotowany w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ.

| Lp. | Wskaźnik |
|---|---|
| 1. | Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych, w stosunku do wszystkich uczestników programu. |
| 2. | Odsetek osób, u których doszło do pogłębienia próchnicy pomimo przeprowadzonych działań profilaktycznych, w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych i PUW dla zębów mlecznych, w stosunku do wszystkich uczestników programu. |
| 3. | Liczba osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post- testu) na temat próchnicy. |
| 4. | Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu higieny jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźnika OHI-S[13], w stosunku do wszystkich uczestników programu. |
| 5. | Analiza pisemnych uwag uczestników programu. |

[13] Wskaźnik higieny jamy ustnej OHI (Oral Hygiene Index)

# VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

**Koszty realizacji programu zostały oszacowane** na podstawie programów realizowanych w ostatnich latach przez Miasto Słupsk.

**Budżet programu będzie corocznie aktualizowany** na podstawie wniosku przedkładanego przez realizatora programu. Dlatego też poniższe koszty stanowią jedynie symulację, a ostateczne wielkości będą zależne od rozstrzygniętego konkursu ofert i dalszej realizacji programu. W przypadku zmniejszenia lub zwiększenia zakładanych kwot, dostępne środki będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.

**Program zakłada 4-letni okres realizacji** (z czego finansowanie dotyczyć będzie 3 lat, ponieważ ostatni rok realizacji programu przeznaczony jest na złożenie stosownych sprawozdań). Jeśli w trakcie trwania programu Samorząd Miasta Słupska zmieni poziom finansowania, automatycznie wpłynie to na liczbę osób uczestniczących w programie.

**Całkowity koszt finansowania ww. programu w latach 2022 - 2024 przez Miasto Słupsk obejmuje:**

- koszt realizacji programu przez okres 10 miesięcy (dotyczy wyłącznie roku 2022) tj. 98 822,00 zł;
- koszt realizacji programu przez okres 12 miesięcy (dotyczy lat 2023 - 2024) tj. 119 826,60 zł rocznie pomnożony przez okres 2 lat 12-miesięcznej realizacji programu, co daje kwotę: 239 653,20 zł;

**Razem całkowity koszt finansowania ww. programu w latach 2022 - 2024 przez Miasto Słupsk wynosi: 338 475,20 zł (tj. 98 822,00 zł + 239 653,20 zł).**

# 1. Koszty jednostkowe

**Koszty jednostkowe realizacji PPZ w 2022 r.**
**(10 miesięcy realizacji PPZ szczegółowo)**

| Lp. | Działanie | Liczba świadczeń | Koszt jednostkowy świadczenia | Suma kosztów jednostkowych świadczeń [3A x 4A] |
|---|---|---|---|---|
| [1] | [2] | [3A] | [4A] | [5A] |
| | ***Koszty pośrednie (katalog otwarty)*** | | | |
| 1 | Koszty związane z realizacją PPZ (w tym m. in. ewaluacja i monitorowanie; koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie; koszty administracyjne na potrzeby funkcjonowania PPZ; działania informacyjno-promocyjne programu). | 990 | 7,80 zł | 7 722,00 zł |
| | **SUMA** | **990** | **7,80 zł** | **7 722,00 zł** |
| | ***Koszty bezpośrednie*** | | | |
| 1 | Działania informacyjno-edukacyjne (wśród 75% populacji dzieci w wieku 3 – 7 lat oraz 8 – 9 lat) | 40 | 150,00 zł | 6 000,00 zł |
| 2 | Przegląd stomatologiczny, w tym: | - | - | 85 100,00 zł |
| A | Wizyta kwalifikacyjno-edukacyjna (wyłącznie 75% populacji dzieci w wieku 8 – 9 lat oraz ich rodziców/ opiekunów prawnych), w tym wywiad i badanie stomatologiczne przeprowadzane przez lekarza dentystę i pielęgniarkę lub higienistkę stomatologiczną lub inne osoby wskazane w programie oraz edukacja rodziców/ opiekunów prawnych dzieci | 950 | 50,00 zł | 47 500,00 zł |
| B | Świadczenie profilaktyki stomatologicznej w postaci lakowania lub wypełnienia bruzd zębów szóstych (wyłącznie 75% populacji dzieci w wieku 9 lat, które z różnych przyczyn nie miały wykonanego świadczenia tego typu lub kwalifikują się do ponownego wykonania tego typu świadczenia) | 470 | 80,00 zł | 37 600,00 zł |
| | **SUMA** | **-** | **-** | **91 100,00 zł** |
| **SUMA KOSZTÓW JEDNOSTKOWYCH (pośrednich i bezpośrednich)** | | | | **98 822,00 zł** |

**Koszty jednostkowe realizacji PPZ w jednym roku kalendarzowym**

**(12 miesięcy realizacji PPZ szczegółowo)**

| Lp. | Działanie | Liczba świadczeń | Koszt jednostkowy świadczenia | Suma kosztów jednostkowych świadczeń [3 x 4] | Średni miesięczny koszt jednostkowy realizacji PPZ |
|---|---|---|---|---|---|
| [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] |
| | ***Koszty pośrednie (katalog otwarty)*** | | | | |
| 1 | Koszty związane z realizacją PPZ (w tym m. in. ewaluacja i monitorowanie; koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie; koszty administracyjne na potrzeby funkcjonowania PPZ; działania informacyjno-promocyjne programu). | 1 197 | 7,80 zł | 9 336,60 zł | 778,05 zł |
| | **SUMA** | **1 197** | **7,80 zł** | **9 336,60 zł** | **778,05 zł** |
| | ***Koszty bezpośrednie*** | | | | |
| 1 | Działania informacyjno-edukacyjne (wśród 75% populacji dzieci w wieku 3 – 7 lat oraz 8 – 9 lat) | 48 | 150,00 zł | 7 200,00 zł | 600,00 zł |
| 2 | Przegląd stomatologiczny, w tym: | - | - | 103 290,00 zł | 8 607,50 zł |
| A | Wizyta kwalifikacyjno-edukacyjna (wyłącznie 75% populacji dzieci w wieku 8 – 9 lat oraz ich rodziców/ opiekunów prawnych), w tym wywiad i badanie stomatologiczne przeprowadzane przez lekarza dentystę i pielęgniarkę lub higienistkę stomatologiczną lub inne osoby wskazane w programie oraz edukacja rodziców/ opiekunów prawnych dzieci | 1 149 | 50,00 zł | 57 450,00 zł | 4 787,50 zł |
| B | Świadczenie profilaktyki stomatologicznej w postaci lakowania lub wypełnienia bruzd zębów szóstych (wyłącznie 75% populacji dzieci w wieku 9 lat, które z różnych przyczyn nie miały wykonanego świadczenia tego typu lub kwalifikują się do ponownego wykonania tego typu świadczenia) | 573 | 80,00 zł | 45 840,00 zł | 3 820,00 zł |
| | **SUMA** | **-** | **-** | **110 490,00 zł** | **9 207,50 zł** |
| **SUMA KOSZTÓW JEDNOSTKOWYCH (pośrednich i bezpośrednich)** | | | | **119 826,60 zł** | **9 985,55 zł** |

## 2. Koszty całkowite

| Rok realizacji PPZ | Koszt całkowity |
|---|---|
| 2022 r. | 98 822,00 zł[14] |
| 2023 r. | 119 826,60 zł |
| 2024 r. | 119 826,60 zł |
| **RAZEM** | **338 475,20 zł** |

[14] W 2022 r. planowany termin rozpoczęcia program przypada na marzec (realizacja programu będzie obejmowała wówczas 10 miesięcy) dlatego też koszty programu zostały proporcjonalnie pomniejszone. W przypadku późniejszego terminu rozpoczęcia realizacji programu (niż wyżej zakładany termin), koszty zostaną proporcjonalnie pomniejszone.

## 3. Źródła finansowania

Program zakłada finansowanie ze środków budżetu Miasta Słupska bądź innych środków zewnętrznych, w przypadku możliwości ich pozyskania.

Podczas realizacji programu przewiduje się zaproszenie do udziału w programie dzieci, rodziców/opiekunów prawnych z innych powiatów, poprzez podpisanie stosownego porozumienia z przedstawicielami poszczególnych Samorządów Powiatów, po wcześniejszym zabezpieczeniu środków finansowych lub otrzymaniu dofinansowania z budżetu Powiatów przystępujących do programu oraz dokonaniu stosownej aktualizacji Programu Polityki Zdrowotnej (m. in. zmianie kryteriów włączenia i wyłączenia).

# VII. Bibliografia


1. (Opinia RP) - Opinia Rady Przejrzystości nr 94/2020 z dnia 27 kwietnia 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących próchnicy zębów u dzieci i młodzieży z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży".
2. (Raport) - Raport nr OT.423.8.2019 „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży", data ukończenia raportu: kwiecień 2020.
3. (AAPD 2019a) - American Academy of Pediatric Dentistry. (2019).Periodicity of Examination. Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. Pozyskano z: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_cariesriskassessment.pdf dostęp z: 10.04.2020.
4. (AAPD 2019b) - American Academy of Pediatric Dentistry.(2019).Pediatric Restorative Dentistry. Pozyskano z: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_restorativedent.pdf dostęp z: 10.04.2020.
5. (ACFF 2019) - Kaczmarek, U., Jackowska, T., Mielnik-Błaszczak, M., Jurczak, A., & Olczak-Kowalczyk, D. (2019). Indywidualna profilaktyka fluorkowa u dzieci i młodzieży–rekomendacje polskich ekspertów.
6. (AAPD 2018a) - American Academy of Pediatric Dentistry. (2018). Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling and Oral Treatment for Infants, Children and Adolescents. Reference Manual, 209-219.
7. (AAPD 2018b) - American Academy of Pediatric Dentistry. (2018). Fluoride therapy. Reference Manual, 40(06), 250-253.
8. (AAPD 2017a) - American Academy of Pediatric Dentistry. (2017) .Adolescent Oral Health Care. 233-240.
9. (AAPD 2017b) - Crystal, Y. O., Marghalani, A. A., Ureles, S. D., Wright, J. T., Sulyanto, R., Divaris, K., ... & Graham, L. (2017). Use of silver diamine fluoride for dental caries management in children and adolescents, including those with special health care needs.

Pediatric dentistry, 39(5), 135E-145E.

10. (WHO 2016) - O Mullane, D. M., Baez, R. J., Jones, S., Lennon, M. A., Petersen, P. E., Rugg-Gunn, A. J., ... & Whitford, G. M. (2016). Fluoride and oral health. Community dental health, 33(2), 69-99.
11. (AAPD/ADA 2016) - Wright, J. T., Crall, J. J., Fontana, M., Gillette, E. J., Nový, B. B., Dhar, V., ... & Crespin, M. (2016). Evidence-based clinical practice guideline for the use of pit-and-fissure sealants: a report of the American Dental Association and the American Academy of Pediatric Dentistry. The Journal of the American Dental Association, 147(8), 672-682.
12. (EAPD 2016) - Richards, D. (2016). Best clinical practice guidance for management of early caries lesions in children and young adults: an EAPD policy document. Evidence-based dentistry, 17(2), 35-37.
13. (FDI 2016) - Pitts, N. B., & Zero, D. (2016). White paper on dental caries prevention and management. FDI World Dental Federation.
14. (RACGP 2016) - Hayes, P. (2017). Preventive activities. The RACGP's Guidelines for preventive activities in general practice has been updated and is in its 9th edition, 6.
15. (CPS 2016) - CPS. (2016). An update to the Greig Health Record: Preventive health care visits for children and adolescents aged 6 to 17 years: The Greig Health Record – Technical Report. Pozyskano z: https://www.cps.ca/en/documents/position/greig-health-record-technical-repor t, dostęp z: 10.04.2020.
16. (ADA 2015) - American Dental Association (2015). Topical fluoride for caries prevention: Executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. 144(11): 1279–1291.
17. (NICE 2015) - American Dental Association Council on Scientific Affairs. (2014). Fluoride toothpaste use for young children. Journal of the American Dental Association (1939), 145(2), 190.
18. (PTSD 2015) - PTSD, (2015). Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej u dzieci i młodzieży. Pozyskano z: http://ptsd.net.pl/wp-content/uploads/2016/01/PTSD_Wytyczne_na_temat_indywidualnej_profilaktyki_fluorkowej.pdf , dostęp z: 10.04.2020.
19. (ADA 2014) - American Dental Association (2014). Fluoride toothpaste use for young children. American Dental Association Council on Scientific Affairs. The Journal of the American Dental Association, 145 (2), 190-191.
20. (NICE 2014) - NICE. (2014). Oral Health: local authorities and partners. Public health guideline. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/ph55 dostęp z dn. 09.04.2020.

21. (SIGN 2014) - Network, S. I. G. (2014). Dental Interventions to prevent caries in children; a national clinical guideline.
22. (USPSTF 2014) - Moyer, V. A. (2014). Prevention of dental caries in children from birth through age 5 years: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Pediatrics, 133(6), 1102-1111.
23. (ADA 2013) - Robert J. Weyant, DMD, DrPH; Sharon L. Tracy, PhD; Theresa (Tracy) Anselmo… Daniel M. Meyer, DDS; (2013). Topical fluoride for caries prevention. Full report of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. A report of the Council of Scientific Affairs.
24. (HPDG 2013) - HPDG. (2013). Health Partners Dental Group and Clinics caries guideline. Pozyskano z: https://www.guidelinecentral.com/summaries/healthpartners-dental-group-and-clinics-caries-guideline/#section-society . Dostęp z dn. 10.04.2020.
25. (IOHSGI 2012) - Irish Oral Health Services Guideline Initiative. (2012). Oral health assessment: Best practice guidance for providing an oral health assessment programme for school-aged children in Ireland. Retrieved April, 25, 2012.
26. (ADA/US DHHS 2012) - ADA/ US DHHS. (2012). Dental radiographic examinations: recommendations for patient selection and limiting radiation exposure. Chicago: ADA.
27. (MPZ 2018) - MZ. (2018). Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób jamy ustnej i stomatologii. Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/wpcontent/uploads/sites/4/2019/04/mapa_potrzeb_zdrowotnych_stomatologia_mazowieckie.pdf dostęp z dn. 01.04.2020 r.
28. (MZ 2016) - Ministerstwo Zdrowia(2016). Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/monitorowanie-stanu-zdrowia-jamy-ustnej-populacji-polskiej-w-latach-2016-2020 dostęp z dn. 01.04.2020 r.
29. (WHO 2009) - World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf , dostęp z 14.04.2020.
30. (Kawalec 2008) - Kawalec W., Kubicka K., Pediatra (2008). 1 t., Wyd. III, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Metody oceny rozwoju fizycznego, s. 16-17.
31. (Olczak 2012) - Olczak-Kowalczyk D., Wagnera L. (2012). Wprowadzenie do stomatologii dziecięcej, Warszawa, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Nabyte choroby tkanek

zmineralizowanych zębów u dzieci, s. 66-149.

32. (Szybka 2011) - Turska-Szybka, A., Grudziąż-Sękowska, J., & Olczak-Kowalczyk, D. (2011). Early childhood caries risk factors and individual assessment of risk level according to CAMBRA. Nowa Stomatologia.
33. (Harris 2004) - Harris, R., Nicoll, A. D., Adair, P. M., & Pine, C. M. (2004). Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. Community dental health, 21(1), 71-85
34. (Szczeklik 2017) Szczeklik, A. (2017). Interna Szczeklika 2017. Medycyna Praktyczna.
35. Grabowska A., Próchnica niszczy nie tylko zęby https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/stomatologia/prochnica-niszczy-nie-tylko-zeby-aa-Aygn-chsH-gxPT.html (wg stanu na dzień 07.03.2021 r.).

Przewodnicząca
Rady Miejskiej w Słupsku

**Beata Chrzanowska**

*Załącznik Nr 1*
*Ankieta nr 1*

**ANKIETA EWALUACYJNA**
**pre-test i post-test dla dzieci w wieku przedszkolnym**

*Ankieta jest przeprowadzana oraz zostanie przeanalizowana przez realizatora programu polityki zdrowotnej i przyczyni się do polepszania realizacji kolejnych edycji programu.*

*Wyniki ankiety posłużą jako źródło cennych informacji dla podmiotu finansującego realizację programu.*

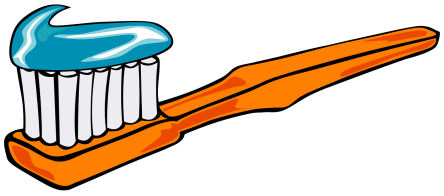
*Właściwe odpowiedzi zaznacz znakiem"X".*

**Metryczka:**

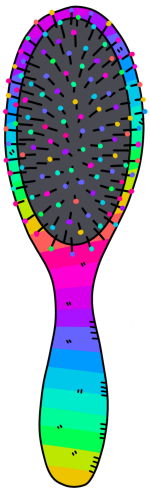
1. Wiek dziecka:
   - ☐ 3 lata
   - ☐ 4 lata
   - ☐ 5 lat
   - ☐ 6 lat
   - ☐ 7 lat
2. Płeć:
   - ☐ Dziewczynka
   - ☐ Chłopiec

**Pytania:**

1. Wskaż na obrazu, czym myje się zęby:
   - ☐ szczoteczką do zębów



   - ☐ szczotką do włosów



2. Wskaż na którym obrazku chłopiec myje zęby:

☐ obrazek nr 1



☐ obrazek nr 2



3. Czego używa się do mycia zębów?

☐ mydła

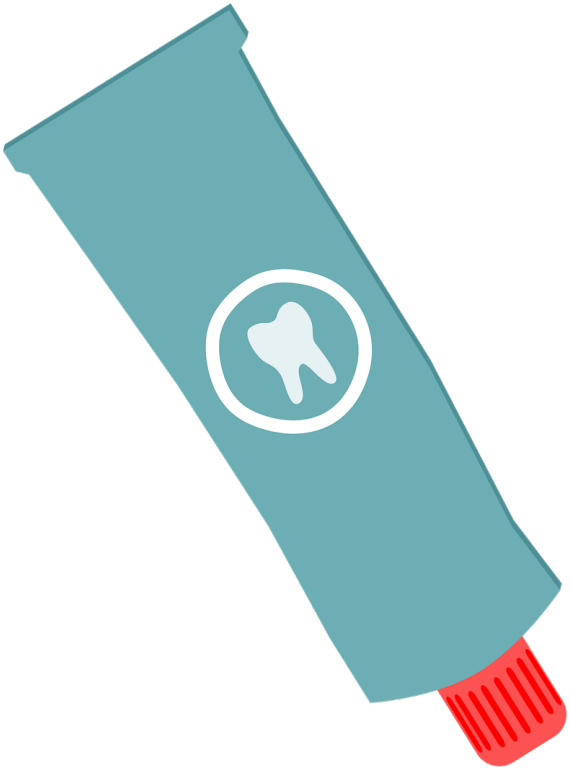









☐ pasty do zębów



Przewodnicząca
Rady Miejskiej w Słupsku

**Beata Chrzanowska**

*Załącznik Nr 2*
*Ankieta nr 2*

**ANKIETA EWALUACYJNA**
**pre-test i post-test dla dzieci w wieku szkolnym**

*Ankieta jest przeprowadzana oraz zostanie przeanalizowana przez realizatora programu polityki zdrowotnej i przyczyni się do polepszania realizacji kolejnych edycji programu.*

*Wyniki ankiety posłużą jako źródło cennych informacji dla podmiotu finansującego realizację programu.*

*Właściwe odpowiedzi zaznacz znakiem"X".*

**Metryczka:**

1. Wiek:
   - ☐ 6 lat
   - ☐ 7 lat
   - ☐ 8 lat
   - ☐ 9 lat
   - ☐ 10 lat
2. Płeć:
   - ☐ Dziewczynka
   - ☐ Chłopiec

**Pytania:**

1. Ile razy należy myć zęby:
   - ☐ Raz na kilka dni
   - ☐ Raz dziennie
   - ☐ Dwa lub więcej razy dziennie
   - ☐ Nie trzeba myć zębów
2. Jak długo powinno trwać jedno szczotkowanie zębów?
   - ☐ Poniżej 1 minuty
   - ☐ 2 minuty
   - ☐ 5 minut lub dłużej
   - ☐ Nie myję zębów
3. Czy można pożyczać szczoteczkę do zębów?
   - ☐ Tak, ale należy przepłukać ją wodą przed użyciem
   - ☐ Tak, ale tylko od członków rodziny
   - ☐ Nie, nigdy tego nie należy robić

Przewodnicząca
Rady Miejskiej w Słupsku

**Beata Chrzanowska**

*Załącznik Nr 3*
*Ankieta nr 3*

**ANKIETA EWALUACYJNA**
**pre-test i post-test dla rodziców/ opiekunów prawnych dzieci**

*Ankieta jest przeprowadzana oraz zostanie przeanalizowana przez realizatora programu polityki zdrowotnej i przyczyni się do polepszania realizacji kolejnych edycji programu.*

*Wyniki ankiety posłużą jako źródło cennych informacji dla podmiotu finansującego realizację programu.*

*Właściwe odpowiedzi zaznacz znakiem"X".*

**Metryczka:**

1. Wiek:
   - ☐ 18 - 25 lat
   - ☐ 26 - 35 lat
   - ☐ 36 - 45 lat
   - ☐ 46 i powyżej
2. Płeć:
   - ☐ Kobieta
   - ☐ Mężczyzna
3. Wykształcenie:
   - ☐ Średnie
   - ☐ Zawodowe
   - ☐ Wyższe
4. Miejsce zamieszkania:
   - ☐ Miasto Słupsk
   - ☐ Powiat Słupski
   - ☐ Inny Powiat (proszę wskazać jaki): ……

**Pytania:**

1. Ile razy Twoje dziecko/-ci myje/-ją zęby:
   - ☐ Raz na kilka dni
   - ☐ Raz dziennie
   - ☐ Dwa lub więcej razy dziennie
   - ☐ Nie muszą myć zębów
4. Jak długo powinno trwać jedno szczotkowanie zębów?
   - ☐ Poniżej 1 minuty
   - ☐ 2 minuty
   - ☐ 5 minut lub dłużej
   - ☐ Nie myję zębów
5. Czy zęby mleczne należy leczyć?
   - ☐ Tak
   - ☐ Tak, ale tylko w wyjątkowych sytuacjach
   - ☐ Tak ale tylko u dzieci, które mówią
   - ☐ Nie, nie ma takiej potrzebo, ponieważ i tak wypadną

6. Jakie są konsekwencje próchnicy?
   - ☐ Żadne
   - ☐ Mogą prowadzić do wielu ciężkich chorób
   - ☐ Tylko w niektórych przypadkach prowadzą do ciężkich chorób
   - ☐ Powodują nieświeży oddech
7. Ile jest wszystkich zębów mlecznych??
   - ☐ 18
   - ☐ 20
   - ☐ 28
   - ☐ 32
8. Kiedy powinno się rozpocząć stosować pastę do zębów z fluorem?
   - ☐ Około 2-3 r. ż. kiedy dziecko potrafi już wypluwać można zastosować pastę o obniżonej wartości fluoru czyli około 250-300 ppm (wartość fluoru)
   - ☐ Około 5 r. ż. kiedy dziecku wypadają pierwsze zęby mleczne, wówczas można zastosować pastę o obniżonej wartości fluoru czyli około 250-300 ppm (wartość fluoru)
   - ☐ Około 7-8 r. ż. można zastosować pastę z fluorem, ale przez pierwszy miesiąc należy stosować pastę o obniżonej wartości fluoru około 250-300 ppm (wartość fluoru)
   - ☐ Bez względu na wiek dziecka można stosować pastę z fluorem o niskim lub wysokim stężeniu
9. Uwagi do programu:

Przewodnicząca
Rady Miejskiej w Słupsku

**Beata Chrzanowska**

*Załącznik Nr 4*

# ZGODA NA UDZIAŁ DZIECKA W PROGRAMIE

ORYGINAŁ / KOPIA *

Ja niżej podpisany(-a).....oświadczam, że uzyskałem(-am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(-am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w **programie profilaktyki próchnicy** mojego dziecka i jestem świadomy(-a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych)

**Uczestnik programu:**

| | |
|---|---|
| ..... imię i nazwisko dziecka (drukowanymi literami) | …..... data |

**Realizator programu:**

Oświadczam, że omówiłem(-am) z ww. uczestnikiem i jego rodzicem/ opiekunem prawnym zasady udziału w Programie, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(-am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. działań profilaktycznych.

| | |
|---|---|
| ..... imię i nazwisko realizatora (drukowanymi literami) | …..... data i podpis |

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, wieku przez ..... jako Administratora tych danych, w celu udokumentowania udzielenia przeze mnie zgody na udział w programie polityki zdrowotnej. Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.

| | |
|---|---|
| ..... imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego (drukowanymi literami) | …..... data i podpis rodzica / opiekuna prawnego |

Przewodnicząca
Rady Miejskiej w Słupsku

**Beata Chrzanowska**