

## **Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 7-13 lat z terenu Gminy Miasta Darłowo na lata 2022-2023**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.).

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

## 1. Opis problemu zdrowotnego.

Próchnica definiowana jest jako miejscowe zniszczenie tkanki zęba przez kwasy organiczne produkowane przez bakterie. Diagnostykę procesu próchnicowego opiera się na kilku połączonych wynikach badań, do których należą: obecność aktywnej bakteryjnej płytki nazębnej na powierzchni zęba, zmiana w przezierności szkliwa i jego struktury na powierzchni oraz ubytek w zębie.<sup>1</sup> W etiologii tej jednostki chorobowej podkreśla się wieloetapowość – początkowo w związku z utratą związków mineralnych pojawiają się zmiany na poziomie ultrastrukturalnym, przechodzące wraz z upływem czasu w otwarte ubytki szkliwa oraz dochodzące do miazgi zęba. Za końcowe stadium próchnicy uznaje się utworzenie ubytku.<sup>2</sup>

Pojawienie się próchnicy wymaga jednoczesnego występowania kilku określonych czynników etiologicznych, wśród których wymienia się<sup>3</sup>:

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

Do rozwoju próchnicy przyczynia się wiele mikroorganizmów, w tym głównie te bytujące w środowisku kwaśnym (niskie pH) i syntetyzujące kwasy organiczne, wielocukry oraz zewnątrzkomórkowe nierozpuszczalne dwucukry o dużej lepkości. Do drobnoustrojów próchnicotwórczych występujących w jamie ustnej człowieka zaliczane są Gram-dodatnie ziarenkowce (*Streptococcus mutans* i *Streptococcus sobrinus*) oraz Gram-dodatnie pałeczki (*Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus rhamnosus*, *Actinomyces* spp.). Za inicjowanie procesu próchnicowego odpowiada gatunek *Streptococcus mutans*, natomiast pozostałe wymienione gatunki sprzyjają pogłębieniu się ubytku.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Fejerskov O. i Kidd E.: Próchnica zębów. Choroba próchnicowa i postępowanie kliniczne, Urban&Partner, Wrocław 2006; 103-113.

<sup>2</sup> Marsh PD, Martin M. Mikrobiologia jamy ustnej, PWN, Warszawa 1994.

<sup>3</sup> Szymaniak E. Etiologia próchnicy. (w:) Jańczak (red.), Stomatologia Zachowawcza. Zarys Kliniczny. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1995, 157-177.

<sup>4</sup> Shu M, Wong L, Miller JH, Sissons CH: Development of multi-species consortia biofilms of oral bacteria as an enamel and root caries model system. Arch Oral Biol. 2000; 45:27-40.

Próchnica zębów jest transmisyjną chorobą infekcyjną, uznawaną za współczesną chorobę cywilizacyjną. Wśród czynników ryzyka jej powstania u dzieci wymienia się:<sup>5</sup>

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

Aktualne metody stosowane w wykrywaniu próchnicy obejmują inspekcję wizualną i dotykową, radiografię oraz transiluminację. Ponadto w ciągu ostatnich 20 lat do wykrywania oraz ilościowego określania mineralnej zawartości szkliwa wprowadzono metody fluorescencji laserowej oraz indukowanej światłem, opierające się na różnicy w charakterystykach fluorescencji (utracie fluorescencji) zdemineralizowanego szkliwa z powodu rozproszenia światła w zmianie próchnicowej.<sup>6</sup>

Aby ocenić zaawansowanie procesu próchnicowego, najczęściej wykorzystuje się liczbę PUW/puw i jej składowe. Stan uzębienia oznacza się literami:<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Turska-Szybka A., Grudziąż-Sękowska J., Olczak-Kowalczyk D.: Czynniki ryzyka próchnicy wczesnego dzieciństwa i indywidualna ocena poziomu ryzyka na podstawie CAMBRA, *Nowa Stomatologia* 3/2011, s. 119-127.

<sup>6</sup> Manton D., Drummond B., Kilpatrick N.: Próchnica zębów, W: A.C. Cameron, R.P. Widmer (red): *Stomatologia dziecięca*. Urban & Partner, Wrocław 2012, s. 39-52.

<sup>7</sup> Broadbentcorresponding J.M., Thomson W.M., For debate: problems with the DMF index pertinent to dental caries data analysis, *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005 Dec; 33(6): 400–409.

- P/p – ząb z jednym lub kilkoma ubytkami próchnicy pierwotnej i/lub wtórnej, na powierzchni żującej lub gładkiej zęba, przy czym dno ubytku badane zgłębnikiem jest bardziej miękkie niż tkanki zęba, a miazga może być żywa lub martwa (ząb z czasowym opatrunkiem traktuje się również jak próchniczny, natomiast do próchnicy nie kwalifikuje się zębów z plamami i przebarwieniami innego pochodzenia oraz z niedorozwojem szkliwa),
- U/u – ząb usunięty z powodu próchnicy (w uzębieniu mlecznym usunięty ząb rejestruje się tylko wtedy, kiedy jego brak występuje przed okresem fizjologicznej eksfoliacji),
- W/w – ząb z jednym lub więcej wypełnieniami, ale bez próchnicy wtórnej (ząb pokryty koroną z powodu próchnicy kwalifikuje się też jako wypełniony).<sup>8</sup>

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.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup>

## 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.).<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Ibidem.

<sup>9</sup> Rekomendacja nr 1/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 3 listopada 2020 r. w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, dot. profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

<sup>10</sup> Ibidem.

<sup>11</sup> Ibidem.

Stan zdrowotny uzębienia dzieci w Polsce pozostaje bardzo zły i różni się znacząco od stanu obserwowanego w innych krajach europejskich. Problem próchnicy w Polsce dotyczy wg danych WHO dotyczy ok. 87% dzieci 6-letnich, podczas gdy w przypadku Danii i Francji jest to mniej niż 25%, dla Norwegii i Włoch mniej niż 40%, a w przypadku Austrii, Wielkiej Brytanii i Łotwy mniej niż 60%<sup>12</sup>. Zgodnie z badaniami epidemiologicznymi Ministerstwa Zdrowia za rok 2012 problem próchnicy dotyczy 85,6% dzieci 6-letnich, w tym w przypadku ok. 37% obejmuje 7 lub więcej zębów mlecznych.

Prowadzone w Polsce od 1997 roku badania epidemiologiczne i socjomedyczne, które obejmowały różne grupy wiekowe dowodzą, iż próchnica zębów dotyka:

- 46,2% dzieci wieku 3 lat (2015)
- 76,9% dzieci w wieku 5 lat (2016)
- 89,1% dzieci w wieku 7 lat (2016)
- 85,4% dzieci w wieku 12 lat (2016)
- 94,0% młodzieży w wieku 15 lat (2015)
- 93,9% młodzieży w wieku 18 lat (2014)
- 99,9% dorosłych w wieku 35-44 lata (2010)

Ponadto, aż 43,9% osób w wieku 65-74 lat jest bezzębnych.<sup>13</sup>

### **3. Opis obecnego postępowania.**

Leczenie stomatologiczne stanowi jeden z zakresów świadczeń gwarantowanych przysługujących pacjentom na mocy ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wykaz świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych znajduje się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, Dz. U. 2021, poz. 2148).

Zgodnie z ww. aktem prawnym dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przysługują świadczenia ogólnie stomatologiczne,

---

<sup>12</sup>Dane WHO: Global Oral Data Bank 2000-2006 oraz dane z Ogólnopolskiego Monitoringu Stanu Jamy Ustnej i jego Uwarunkowań. 2008r. Wierzbicka M i współ.

<sup>13</sup>Badania prowadzone w ramach programu Ministerstwa Zdrowia „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” w latach 2010-16.

natomiast dzieciom i młodzieży do ukończenia 19 roku życia – profilaktyczne świadczenia stomatologiczne. W pierwszej wymienionej grupie znajduje się m.in.<sup>14</sup>:

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

W drugiej grupie świadczeń (profilaktyka stomatologiczna) znajdują się działania profilaktyczne prowadzone w określonych grupach wiekowych: 6, 9 i 12 miesiąc życia oraz 2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 16 i 19 rok życia. W odniesieniu do dzieci 7-letnich jest to m.in.<sup>15</sup>:

- ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy PUW dla zębów mlecznych i PUW dla zębów stałych,
- oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW dla zębów stałych i wskaźnika PUW dla zębów mlecznych,
- kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej w zakresie podstawowego leczenia stomatologicznego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego wykrywanie nieprawidłowości w zakresie funkcji żucia i gryzienia, a także wyrzynania zębów,
- profesjonalna profilaktyka fluorkowa zębów mlecznych i stałych.

W odniesieniu do dzieci 10-letnich są to wszystkie ww. świadczenia poszerzone dodatkowo o ocenę stanu tkanek przyzębia przez oznaczenie głębokości kieszonek dziąsłowych (PD), utraty przyczepu łącznotkankowego (CAL) oraz wskaźnika krwawienia (BOP)<sup>16</sup>.

W związku ze skalą populacyjną problemu próchnicy Ministerstwo Zdrowia realizowało program polityki zdrowotnej pn. „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020”. Program stanowił kontynuację działań zainicjowanych w latach poprzednich i opierał się na badaniach epidemiologicznych i socjomedycznych określonych grup wiekowych populacji. Wśród celów głównych wskazuje się ocenę stanu

---

<sup>14</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, Dz. U. 2021, poz. 2148).

<sup>15</sup>Ibidem.

<sup>16</sup>Ibidem.

zdrowotnego jamy ustnej dzieci oraz osób dorosłych, a także badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych warunkujących stan zdrowia stwierdzony w badaniach stomatologicznych<sup>17</sup>.

Gmina Miasto Darłowo nie realizowała do tej pory Programów Polityki Zdrowotnej w ww. zakresie.

#### **4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.**

Próchnica stanowi istotny problem zdrowotny w populacji dzieci i młodzieży, co odzwierciedlają bardzo niepokojące wskaźniki epidemiologiczne opisane wyżej w części dotyczącej epidemiologii. Dostęp do usług w specjalizacji stomatologia ogólna dla dzieci i młodzieży finansowanych przez NFZ w Mieście Darłowo jest mocno ograniczony – zgodnie z danymi z roku 2022 w Darłowie zawarte są cztery umowy na realizację ogólnych świadczeń stomatologicznych.<sup>18</sup> Z czego trzy przyjmują dzieci. Pozostałe gabinety świadczą usługi komercyjne.

Przewidziane w programie badanie stomatologiczne oraz profilaktyka-lakierowania/lakowanie, diagnostyka wraz z instruktażem higieny jamy ustnej jest świadczeniem gwarantowanym, jednakże w związku z dużym rozpowszechnieniem problemu próchnicy zębów wśród dzieci realizacja wskazanych interwencji jest zasadna i będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń istniejących. Ponadto należy zaznaczyć, iż planowane lakowanie zębów szóstych stanowi świadczenie gwarantowane jedynie do ukończenia 8 roku życia, natomiast populację docelową w programie stanowią dzieci w wieku 7-13 lat. Wszystkie wymienione w projekcie programu działania są zgodne z zaleceniami oraz rekomendacjami w zakresie profilaktyki stomatologicznej. Uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do ww. świadczeń spotka się z pozytywnym odbiorem społecznym i będzie istotnym wsparciem finansowym dla beneficjentów programu. Wszystkie wymienione w projekcie programu działania są zgodne z zaleceniami oraz rekomendacjami w zakresie profilaktyki stomatologicznej.

Dodatkowo należy podkreślić, że na niewystarczające działania w zakresie edukacji prozdrowotnej i profilaktyki, a w szczególności brak odpowiednich programów profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia wskazuje Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Instytucja ta również zwraca uwagę na niewystarczający dostęp do profilaktycznych świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych, z których w roku 2011 skorzystało niespełna 3%

---

<sup>17</sup> Dane Ministerstwa Zdrowia. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020 [dokument elektroniczny: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)].

<sup>18</sup> Informator o umowach NFZ, [aplikacje.nfz.gov.pl](http://aplikacje.nfz.gov.pl)

populacji dzieci i młodzieży. NIK w swoim raporcie wskazuje, iż nieodzownym w walce z problemem próchnicy jest zaangażowanie m.in. jednostek samorządów terytorialnych, czego wyrazem jest zaplanowany przez Gminę Miasto Darłowo program polityki zdrowotnej<sup>19</sup>.

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

### **1. Cel główny.**

Zmniejszenie częstości występowania próchnicy wśród dzieci z populacji docelowej poprzez zintegrowane działania edukacyjne i profilaktyczne prowadzone w populacji 7 – 13 - latków w latach 2022-2023- klasy szkolne od I do VI szkoły podstawowej.

### **2. Cele szczegółowe.**

- 1) Ocena stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci w wieku 7-13 lat zamieszkujących Miasto Darłowo.
- 2) Ocena intensywności oraz frekwencji występowania próchnicy w populacji docelowej.
- 3) Poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki próchnicy zębów wśród dzieci z grupy docelowej oraz ich rodziców/opiekunów prawnych.
- 4) Wykształcanie sprzyjających zapobieganiu próchnicy prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych wśród dzieci z grupy docelowej oraz ich rodziców/opiekunów prawnych.

### **3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.**

- 1) Liczba dzieci uczestniczących w programie (maksymalnie 300 w roku 2022 oraz maksymalnie 300 w roku 2023).
- 2) Odsetek populacji docelowej uczestniczącej w programie (wd. 100%).
- 3) Odsetek populacji docelowej podlegającej lakowaniu bruzd zębów szóstych- 1 raz do ukończenia 8 roku życia (wd. 85%) oraz bruzd drugich trzonowców stałych 1 raz do ukończenia 13 r.ż. (wd. 85%).
- 4) Wskaźnik frekwencji próchnicy – odsetek dzieci w populacji docelowej, u których wykryto próchnicę (wd. 80%).
- 5) Odsetek dzieci, u których nastąpił wzrost wiedzy z zakresu edukacji prozdrowotnej w czasie trwania programu weryfikowany przy wykorzystaniu pre- i posttestów wiedzy.

---

<sup>19</sup> Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych, Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, KZD-4101-04/2012, Nr ewid. 131/2013/P/12/124/K.



- 6) Odsetek rodziców / opiekunów prawnych, u których nastąpił wzrost wiedzy na temat profilaktyki na rzecz poprawy stanu zdrowia jamy ustnej dzieci.

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

#### **1. Populacja docelowa.**

W ramach prowadzonych działań każdego roku planuje się objąć programem dzieci w wieku 7-13 lat - klasy szkolne od I do VI (100% populacji w danej grupie wiekowej zgodnie z danymi Urzędu Miejskiego w Darłowie). Łącznie w latach 2022-2023 program obejmie maksymalnie 600 dzieci.

**W ramach akcji z zakresu edukacji zdrowotnej** planuje się objąć programem dzieci w wieku 7-13 lat (ok.. 600 dzieci) oraz ok. 600 osób, będących rodzicami małoletnich beneficjentów programu (100% populacji w danej grupie wiekowej zgodnie z danymi Urzędu Miejskiego w Darłowie).

**Badaniem stomatologicznym** zostaną objęte wszystkie dzieci w wieku 7-13 lat, u których badania takiego nie przeprowadzano w okresie ostatnich 6 miesięcy – w założeniu będzie to 85% dzieci z populacji docelowej.

#### **Działaniem w ramach profilaktyki stomatologicznej zostaną objęte dzieci:**

- u których do tej pory nie wykonywano zabiegu lakowania bruzd zębów szóstych lub doszło u nich do częściowej/całkowitej utraty laku - w założeniu będzie to 85% dzieci z populacji docelowej w wieku do 7-8 lat.
- u których do tej pory nie wykonywano zabiegu lakowania bruzd drugich trzonowców stałych - w założeniu będzie to 85% dzieci z populacji docelowej w wieku do 13 lat..
- fluoryzacja u wszystkich dzieci w wieku 7-9 lat.

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

Edukacja zdrowotna:

- dzieci w wieku 7-13 lat- klasy szkolne od I do VI oraz ich rodzice/opiekunowie prawni; zamieszkiwanie na terenie miasta Darłowo;

Badanie stomatologiczne: dzieci w wieku 7-13 lat- klasy szkolne od I do VI:

- zamieszkiwanie na terenie Miasta Darłowo;

- brak przeprowadzonego badania stomatologicznego w ciągu ostatnich 6 miesięcy;
- pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego uczestnika programu na dobrowolny udział w programie.

Profilaktyka stomatologiczna: dzieci w wieku 7-13 lat- klasy szkolne od I do VI:

- zamieszkiwanie na terenie Miasta Darłowo;
- brak wykonywanego wcześniej lakowania bruzd zębów szóstych lub stwierdzenie częściowej/całkowitej utraty laku;
- brak wykonywanego wcześniej lakowania bruzd drugich trzonowców stałych;
- brak przeciwwskazań do działań profilaktycznych stwierdzony podczas wizyty u lekarza stomatologa;
- pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego uczestnika programu na dobrowolny udział w programie.

### **3. Planowane interwencje.**

#### **1) Edukacja zdrowotna adresatów programu:**

- zaplanowana i prowadzona przez doświadczonego lekarza dentystę lub doświadczoną higienistkę/asystentkę stomatologiczną/pielęgniarkę;
- z wykorzystaniem metody wykładu, pogadanki oraz instruktażu higieny jamy ustnej w populacji docelowej dzieci i dorosłych – ich rodziców – realizowana w trakcie 45-minutowych zajęć lekcyjnych w szkołach podstawowych (obszar tematyczny: metody dbania o higienę jamy ustnej, rekomendacje w zakresie profilaktyki próchnicy oraz innych chorób jamy ustnej, prozdrowotne nawyki higieniczne i żywieniowe w profilaktyce próchnicy)- badanie za pomocą testu do wypełnienia dla rodziców przed działaniami edukacyjnymi i po nich (pre- i posttest);
- prowadzona podczas wizyt stomatologicznych (przekazanie informacji dotyczących profilaktyki próchnicy; poinformowanie o pozytywnych skutkach podejmowania działań profilaktycznych oraz negatywnych w przypadku braku ich podejmowania);
- realizowana za pomocą metod podających (ulotki/plakaty informacyjne) w szkołach podstawowych, wybranym podmiocie leczniczym oraz Urzędzie Miejskim w Darłowie

#### **2) Badanie stomatologiczne w wieku 7- 13 lat - klasy szkolne od I do VI:**

- kwalifikacja do programu,

- uzyskanie zgody rodziców lub opiekunów prawnych dziecka,
- edukacja zdrowotna w zakresie zapobiegania próchnicy wraz z instruktażem higieny jamy ustnej,
- badanie stomatologiczne (ocena stanu higieny jamy ustnej, instruktaż higieny jamy ustnej, ocena stanu uzębienia i zgryzu, określenie wskaźnika puw oraz PUW),
- badanie jakości udzielonych świadczeń (ankieta satysfakcji pacjenta skierowana do rodziców);

### 3) Profilaktyka stomatologiczna dzieci w wieku 7- 13 lat - klasy szkolne od I do VI:

- zabezpieczenie lakiem szczelinowym bruzd zębów szóstych - do 8 r.ż:
  - u dzieci, które nie miały dotychczas wykonywanego zabiegu,
  - u dzieci, u których doszło do częściowej/całkowitej utraty laku.
- zabezpieczenie lakiem szczelinowym bruzd drugich trzonowców stałych - do 13 r.ż:
  - u dzieci, które nie miały dotychczas wykonywanego zabiegu,
  - u dzieci, u których doszło do częściowej/całkowitej utraty laku.
- fluoryzacja zębów dzieci w wieku 7-9 lat.

#### 3.1. Dowody skuteczności planowanych działań.

Uszczelnianie bruzd zębów trzonowych jest rekomendowane jako metoda profilaktyki próchnicy przez grupę polskich ekspertów pod auspicjami Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej<sup>20</sup>, a także przez następujące organizacje międzynarodowe:

- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2016<sup>21</sup>;
- American Dental Association (ADA) 2016;
- The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2014<sup>22</sup>;
- Oral Health Services Guideline Initiative (OHSOI) 2010<sup>23</sup>.

Według Światowej Federacji Dentystycznej (FDI - World Dental Federation) we współczesnej stomatologii największy nacisk musi być położony na minimalnie interwencyjną stomatologię opartą na czterech zasadach: remineralizacji zmiany

<sup>20</sup> Adamowicz-Klepalska B. i in., Konsensus grupy ekspertów pod auspicjami Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej w sprawie promocji zdrowia jamy ustnej i profilaktyki fluorkowej próchnicy zębów, Warszawa 2004.

<sup>21</sup> Evidence-based Clinical Practice Guideline for the Use of Pit-and-Fissure Sealants, American Academy of Pediatric Dentistry, Reference Manual V 38 / No 6, 2016.

<sup>22</sup> Dental interventions to prevent caries in children, A national clinical guideline, The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, march 2014

<sup>23</sup> Pit and Fissure Sealants, Evidence-based guidance on the use of sealants for the prevention and management of pit and fissure caries, Oral Health Services Guideline Initiative 2010.

próchnicowej, redukcji próchnicotwórczych bakterii w celu eliminacji ryzyka dalszej demineralizacji zmiany i powstania ubytku tkanek, naprawie wypełnienia zamiast wymiany i kontroli choroby próchnicowej. Celem realizacji tych zasad konieczna jest ocena indywidualnego ryzyka próchnicy, rozpoznanie wczesnych zmian próchnicowych oraz określenie progresji bardziej zaawansowanych zmian próchnicowych na podstawie rentgenogramów<sup>24</sup>.

Zgodnie ze stanowiskiem grupy ekspertów pod auspicjami Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej w zapobieganiu próchnicy istotną rolę odgrywa dokładność oczyszczania zębów i jamy ustnej (odpowiedni stan higieny jamy ustnej), ograniczenie częstości spożycia pokarmów, bądź płynów zawierających cukier, do nie więcej niż 4 posiłków dziennie oraz regularne uzupełnianie zasobu jonów fluorkowych w jamie ustnej (ślinie) w otoczeniu powierzchni zęba. Ponadto dzieci i osoby dorosłe o wysokim narażeniu na czynniki ryzyka próchnicy potrzebują uzupełnienia podstawowych działań profilaktycznych dodatkowymi zabiegami prewencyjnymi, takimi jak nadzorowane szczotkowanie zębów lub płukanie jamy ustnej związkami fluoru, profesjonalne mechaniczne oczyszczanie zębów (usuwanie płytki), aplikacja lakierów fluorkowych lub żeli oraz uszczelnianie bruzd pierwszych zębów trzonowych.<sup>25</sup>

Zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej (PTSD) podstawą w profilaktyce próchnicy są: prawidłowe odżywianie, dbałość o higienę jamy ustnej oraz stosowanie środków profilaktycznych zawierających fluorki<sup>26</sup>.

Eksperti PTSD wskazują na fakt, iż endogenna profilaktyka fluorkowa nie zmniejsza na stałe istotnie ryzyka choroby próchnicowej, natomiast nadmierne dostarczenie fluoru może być przyczyną fluorozy zębów. W związku z powyższym korzystniejsze jest stosowanie metod egzogennych, zapewniających obecność fluoru w środowisku jamy ustnej po wyrżnięciu zębów. Niskie ryzyko próchnicy jest wskazaniem do podstawowej profilaktyki fluorkowej (szczotkowanie zębów pastą z fluorem, opcjonalnie - suplementacja endogenna), natomiast wysokie i umiarkowane do wzmocnienia profilaktyki fluorkowej domowej lub profesjonalnej<sup>27</sup>.

Szczotkowanie zębów pastą z fluorem należy wykonywać u dzieci dwukrotnie w ciągu dnia - rano i wieczorem po ostatnim posiłku, począwszy od pojawienia się pierwszego zęba w jamie ustnej dziecka. Do 8. roku życia zęby dziecka powinni szczotkować rodzice, a następnie

---

<sup>24</sup> Kaczmarek U: Minimalnie interwencyjne leczenie stomatologiczne – przegląd piśmiennictwa. Czas Stomatol 2007; LX, 6: 367-376.

<sup>25</sup> Adamowicz-Klepalska B. i in., Konsensus grupy ekspertów..., op.cit.

<sup>26</sup> Olczak-Kowalczyk D, Kaczmarek U. (red.), Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej fluorkowej u dzieci i młodzieży, Warszawa 2015.

<sup>27</sup> Ibidem

zabieg ten nadzorować. U dzieci powyżej 6. roku życia, zwłaszcza użytkujących aparaty ortodontyczne, uzupełnienia protetyczne oraz w przypadku zmniejszonego wydzielania śliny zaleca się wzmocnioną profilaktykę domową próchnicy w formie płukanek zawierających fluorki. W przypadku umiarkowanego i wysokiego ryzyka próchnicy należy wdrażać profilaktykę profesjonalną – żele i pianki stosowane u dzieci od 6. roku życia oraz lakiery fluorkowe stosowane bez ograniczeń wiekowych<sup>28</sup>. Systematyczne stosowanie związków fluoru przyczynia się w dużym stopniu do redukcji próchnicy powierzchni gładkich i stycznych (redukcja w granicach 60–80%), natomiast jego działanie na dnie głębokich bruzd i szczelin jest niedostateczne, stąd też tak duża rola przypisywana jest zabiegowi lakowania bruzd<sup>29</sup>.

Polscy eksperci powołując się na obserwacje krajowe i międzynarodowe wskazują, że najkorzystniejszym środowiskiem do wykorzystania w celu promocji zdrowia jamy ustnej jest szkoła. Programy edukacji zdrowotnej w obszarze profilaktyki próchnicy realizowane przy udziale szkół przynoszą najlepsze efekty i zapewniają najszerszy krąg oddziaływania. Edukację w zakresie zdrowia jamy ustnej prowadzoną przez nauczycieli wspiera i kontynuuje personel stomatologiczny pod nadzorem lekarza<sup>30</sup>.

Badania kliniczne wskazują na fakt, iż dzięki lakowaniu bruzd zębów trzonowych można uzyskać znaczny postęp w opanowaniu próchnicy na powierzchniach żujących. W roku 1990 w Polsce prowadzono pilotażowe badanie uszczelniania lakiem pierwszych stałych zębów trzonowych. Interwencją objęto ok. 850 dzieci, u których uszczelniono ponad 1500 zębów. Po dwóch latach stwierdzono ograniczenie próchnicy o 43,7%<sup>31</sup>. W latach 1993-1994 w ramach programu profilaktycznego MZiOS uszczelniano pierwsze stałe zęby trzonowe wśród dzieci 6-8-letnich<sup>32</sup>. W 1998 r. przeprowadzono badanie dzieci 12-letnich, które w roku 1993 jako 7-latki miały uszczelnione zęby szóste - wskaźnik PUW/Z u tych 12-latków wyniósł 2,8, co oznacza, że dzieci te jako jedyne w Polsce osiągnęły w 2000 r. PUW/Z < 3<sup>33</sup>. Długotrwałe badania nad skutecznością profilaktycznego zabiegu uszczelniania bruzd zębów bocznych prowadziła także Jodkowska. Wyniki jej 15-letnich obserwacji jednoznacznie wskazały na fakt istotnego wpływu lakowania na hamowanie rozwoju próchnicy na powierzchniach

---

<sup>28</sup> Ibidem.

<sup>29</sup> Siudmak B.: Retrospektywna analiza efektywności lakowania. Indywidualna Praktyka Stomatologiczna w Dortmundzie Harkortstrasse 29, 44-225 Dortmund.

<sup>30</sup> Adamowicz-Klepalska B. i in., Konsensus grupy ekspertów..., op.cit

<sup>31</sup> Jańczuk Z.: Raport o skuteczności profilaktycznego uszczelniania (lakowania) bruzd pierwszych zębów trzonowych stałych u dzieci polskich na podstawie badań epidemiologicznych. Wyniki roczne na zlecenie MZiOS. Epidemiology 3, 1996.

<sup>32</sup> Banach J., Jańczuk Z., Lisiecka K., Koronczewska Z.: Stan narządu żucia populacji polskiej. Raport z badań epidemiologicznych i ankietowych przeprowadzonych w 1995 r. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 1995 r.

<sup>33</sup> Jańczuk Z.: Profilaktyka profesjonalna w stomatologii. PZWL, Warszawa 2004, 112–128.

żujących oraz na zmniejszenie nasilenia próchnicy w całym uzębieniu<sup>34</sup>. Siudmak na podstawie oceny skuteczności lakowania zębów bocznych u dzieci i młodzieży w wieku 6–18 lat w latach 1998–2007 stwierdziła, że liczba PUW/Z w populacji poddanej zabiegowi uszczelniania zębów trzonowych była znacznie mniejsza (2,05) niż w populacji, w której zabiegu nie przeprowadzono (4,30). Frekwencja próchnicy u osób z uszczelnionymi bruzdami była o 22,16% mniejsza niż u niepoddanych zabiegowi. Potrzeby lecznicze w grupie z niezalakowanymi bruzdami były dwukrotnie wyższe dla pierwszych trzonowców, a nawet trzykrotnie wyższe dla drugich trzonowców niż w grupie z zalakowanymi bruzdami<sup>35</sup>. W badaniach Schulte i wsp. z 2001 r. u dzieci 12-letnich stwierdzono znacznie mniejszą intensywność próchnicy, wyrażoną średnią liczbą PUW/Z u dzieci z uszczelnionymi zębami równą 1,21 w odniesieniu do 2,15 u osób niepoddanych temu zabiegowi, natomiast w badaniu Schiffner i wsp. potwierdzono, że u dzieci 12-letnich, u których wykonano zabieg uszczelniania zębów bocznych stwierdzono mniejszą o 1,1 liczbę PUW/Z w porównaniu z dziećmi niepoddanymi zabiegowi uszczelniania<sup>36</sup>.

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

Profilaktyczno-lecznicze działania stomatologiczne w programie będą realizowane w trybie ambulatoryjnym w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym, udzielającym świadczeń w rodzaju leczenia stomatologicznego. O kwalifikacji do programu będzie decydować brak przeciwwskazań do udziału w programie, stwierdzony na wizycie lekarskiej oraz uzyskanie zgody rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie. W ramach akcji informacyjnej rodzicom zostaną przekazane dane teleadresowe realizatora programu (gabinet stomatologiczny na terenie Miasta Darłowo). Wizyty stomatologiczne dzieci będą umawiane telefonicznie oraz osobiście w siedzibie realizatora. Gabinety będą dostosowane do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami.

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

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

---

<sup>34</sup> Jodkowska E.: Skuteczność zabiegu uszczelniania bruzd międzyguzkowych w świetle odległych obserwacji klinicznych i badań laboratoryjnych. Rozprawa habilitacyjna, AM Warszawa, 2000.

<sup>35</sup> Siudmak B.: Retrospektywna analiza..., op.cit.

<sup>36</sup> Schniffer U., Reich E.: Prävalenzen zu ausgewählten klinischen Variablen bei den Jugendlichen (12 Jahre) In: Michaelis W, Reich E (Hrsg) DMS III Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben. Deutche Arzteverlag. Köln 1999.

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

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

#### **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.**

##### **1. Etapy programu polityki zdrowotnej i podejmowane działania:**

- 1) uchwalenie programu przez Radę Miejską w Darłowie (III kwartał 2022, I kwartał 2023);
- 2) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (III kwartał 2022, I kwartał 2023);
- 3) podpisanie umowy na realizację programu (III kwartał 2022, I kwartał 2023);
- 4) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (III-IV kwartał 2022 i I - IV kwartał 2023):
- 5) akcja informacyjna (plakaty, ulotki) promocja na terenie miasta, m.in. w szkołach podstawowych;
- 6) skierowanie słownych zaproszeń podczas zebrań szkolnych do rodziców/opiekunów prawnych;
- 7) akcja edukacyjna (edukacja zdrowotna dzieci i rodziców);
- 8) wizyty dzieci w gabinetach stomatologicznych w ramach profilaktyki stomatologicznej,
- 9) analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora.
- 10) ewaluacja (I kwartał 2024):
  - analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów,
  - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,

- analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety kierowanej do rodziców dzieci z populacji docelowej,
- analiza efektywności stomatologicznych działań profilaktycznych na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;

11) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2024).

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

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

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t. j. Dz.U. 2022 poz. 633 z późn. zm.);
- spełnianie wymogów sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. 2021 poz. 2148 z późn. zm.);
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez zatrudnionych lekarzy dentystów oraz higienistki/asystentki stomatologiczne;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1 i 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 5). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe (załącznik 3,6), a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 4). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w Programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz.U. 2020 poz. 849 z późn. zm.), Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t. j. Dz.U. 2021 poz. 666 z późn. zm.), a



także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz.U. 2019 poz. 1781 z późn. zm.).

## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.**

### **1. Monitorowanie**

1) Ocena zgłaszalności do programu:

- analiza liczby dzieci z populacji docelowej, które zgłosiły się do realizatora i wzięły udział w programie - prowadzona w co miesięcznych okresach sprawozdawczych wg załącznika 3 oraz corocznych okresach sprawozdawczych wg załącznika 4 (1 stycznia – 31 grudnia) a także całościowo po zakończeniu programu na podstawie sprawozdań realizatora;
- analiza liczby osób niezakwalifikowanych do programu w związku z brakiem konieczności zastosowania działań profilaktycznych i/lub leczniczych - prowadzona w comiesięcznych okresach sprawozdawczych wg załącznika 3, oraz corocznych okresach sprawozdawczych wg załącznika 4 (1 stycznia – 31 grudnia) a także całościowo po zakończeniu programu na podstawie sprawozdań realizatora;
- analiza liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej – prowadzona w comiesięcznych okresach sprawozdawczych wg załącznika 3 i 6, corocznych okresach sprawozdawczych wg załącznika 4 (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie sprawozdań realizatora.

2) Ocena jakości świadczeń w programie:

- analiza wyników ankiety satysfakcji pacjenta skierowanej do rodziców na zakończenie uczestnictwa w programie (załącznik 5);
- bieżąca analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do koordynatora programu.

### **2. Ewaluacja.**

Ocena efektywności programu będzie prowadzona w oparciu o coroczną oraz końcową analizę:

- odsetka populacji docelowej uczestniczącej w programie,
- porównawczą wyników post-testów oraz pre-testów dotyczących wiedzy o próchnicy i jej profilaktyce - przeprowadzanych wśród dzieci oraz rodziców,

- porównawczą wyników post-testów oraz pre-testów dotyczących nawyków higienicznych i żywieniowych przeprowadzanych wśród dzieci,
- zmian w zakresie wskaźnika nasilenia próchnicy PUW,
- ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

#### V. Budżet programu polityki zdrowotnej.

#### 1. Zestawienie kosztów jednostkowych na cały okres obowiązywania programu tj. rok 2022 i 2023.

L.p.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3x4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
<b>KOSZTY POŚREDNIE I BEZPOŚREDNIE</b>				
1.	Ewaluacja i monitorowanie	600 osób	0,50 zł	300,00 zł
2.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, plakaty, ulotki).	600 osób	0,50 zł	300,00 zł
3.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych dla uczniów, rodziców/opiekunów prawnych	600 osób	0,50 zł	300,00 zł
4.	Koszt badania stomatologicznego	600 osób	30,00 zł	18 000 ,00 zł
5.	Koszt lakowania bruzd zębów szóstych u dzieci 7- 8 lat	200 osób	200,00 zł	40 000,00 zł
6.	Koszt lakowania bruzd drugich trzonowców stałych w wieku od 9 do 13 lat	400 osób	200,00 zł	80 000,00 zł
7.	Koszt płynu do fluoryzacji	5 opakowań//butelek	200,00 zł	1 000,00 zł
<b>SUMA :</b>				<b>139 900,00 zł</b>

## 2. Koszty całkowite.

Na realizację Programu w budżecie Miasta Darłowo w roku 2022 zostanie zabezpieczona kwota 99 900,00 zł a w roku 2023 kwota w wysokości 40 000,00 zł . Całkowity koszt realizacji Programu (w okresie 2 lat) wyniesie około 139 900,00 zł.

<b>Rok 2022</b>	<b>Rok 2023</b>
99 900,00	40 000,00

Rzeczywiste koszty jednostkowe poszczególnych świadczeń zdrowotnych i podjętych czynności edukacyjnych określone zostaną po rozstrzygnięciu konkursu ofert na realizatora/ów programu.

Rzeczywiste koszty mogą ulec zmianie przez cały okres obowiązywania Programu, zgodnie z faktyczną ilością dzieci skierowanych przez Realizatora do wykonania lakowania, oraz zgodnie z ilością dzieci, których rodzice wyrazili zgodą na przeprowadzenie badań i profilaktyki. Koszty rzeczywiste będą wskazywane w comiesięcznych i rocznych sprawozdaniach przekazywanych przez Realizatora.

## 3. Źródło finansowania

Program w całości jest finansowany ze środków własnych Gminy Miasta Darłowa, w tym m.in. z nagrody uzyskanej w ramach konkursu „*Rosnąca Odporność*” w roku 2021.

## Załączniki

### Załącznik 1 do Programu

#### Karta udziału dziecka w „Programie profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 7-13 lat z terenu Miasta Darłowa na lata 2022-2023”

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego: .....

*imię i nazwisko*

II. Dane uczestnika programu

IMIĘ I NAZWISKO	
WIEK	
SZKOŁA	

III. Zgoda na udział dziecka w ww. Programie

Oświadczam, że **wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w Programie** i jestem świadomy(a) faktu, iż w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w jego dalszej części.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka, uzyskanych w trakcie udziału w Programie, zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (ustawa z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych - tekst jedn.: Dz. U. 2019 poz. 1781 z późn. zm.)

.....  
*(data i podpis rodzica/opiekuna)*

IV. Potwierdzenie wykonania badania stomatologicznego

Data badania	Podpis lekarza wykonującego badanie

Wskazanie do lakowania bruzd zębów szóstych u dzieci: Tak/Nie\*\*

Wskazanie do lakowania bruzd drugich trzonowców stałych: Tak/Nie\*\*

V. Potwierdzenie wykonania uszczelnienia bruzd zębów pierwszych trzonowych ( szóstek):

Data lakowania	Podpis lekarza wykonującego lakowanie

VI. Potwierdzenie wykonania uszczelnienia bruzd zębów drugich trzonowców stałych:

Data lakowania	Podpis lekarza wykonującego lakowanie

\* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

\*\* podkreślić właściwe



### Załącznik 3 do Programu

#### Sprawozdanie okresowe merytoryczne (co miesięczne) Realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 7-13 lat z terenu Miasta Darłowa na lata 2022-2023”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w dokumentacji elektronicznej uczestników oraz w kartach udziału przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od ..... do .....	Adresat: Urząd Miejski w Darłowie
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 7 dni po okresie sprawozdawczym

#### I. Interwencje medyczne

Liczba wykonanych badań stomatologicznych	Liczba dzieci, u których wykonano lakowanie bruzd zębów szóstych u dzieci	Liczba dzieci, u których wykonano lakowanie bruzd zębów drugich trzonowców stałych	Liczba dzieci z brakiem wskazań do lakowania

#### II. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej w gabinecie stomatologicznym

Liczba rodziców uczestniczących w interwencjach	Liczba dzieci uczestniczących w interwencjach

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....  
(pieczęć i podpis Realizatora )

## Załącznik 4 do Programu

### Sprawozdanie ewaluacyjne końcowe realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 7-13 lat z terenu Miasta Darłowa na lata 2022-2023”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w dokumentacji elektronicznej uczestników oraz w kartach udziału przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy  od ..... do .....	Adresat: Urząd Miejski w Darłowie
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

#### I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej w gabinecie stomatologicznym

Liczba rodziców uczestniczących w interwencjach	Liczba dzieci uczestniczących w interwencjach

#### II. Interwencje medyczne

Liczba wykonanych badań stomatologicznych	Liczba dzieci, u których wykonano lakowanie bruzd zębów szóstych u dzieci	Liczba dzieci, u których wykonano lakowanie bruzd zębów drugich trzonowców stałych	Liczba dzieci z brakiem wskazań do lakowania

#### III. Wskaźniki próchnicy w grupie docelowej

Rok urodzenia	Wiek dzieci z subpopulacji	Wskaźnik puw dla subpopulacji	Wskaźnik PUW dla subpopulacji

IV. Sprawozdanie finansowe końcowe (cały okres sprawozdawczy):

L.p.	Działanie	Liczba zabiegów (łącznie )	Koszt jednostkowy	Suma kosztów [3x4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
1.	Badanie stomatologiczne			
2.	Zabieg lakowania bruzd zębów szóstych u dzieci 7-8 lat			
3.	Zabieg lakowania bruzd drugich trzonowców stałych w wieku od 9 do 13 lat			
<b>SUMA</b>				

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby  
działającej w imieniu sprawozdawcy)



## Załącznik 5 do Programu

### Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego dziecka uczestniczącego w ramach „Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 7-13 lat z terenu Miasta Darłowa na lata 2022-2023”

#### I. Ocena sposobu umówienia terminu wizyty

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

#### II. Ocena wizyty lekarskiej

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania badania?					
sposób przekazania informacji nt. próchnicy i metod jej zapobiegania Panu/Pani?					
sposób przekazania informacji nt. próchnicy i metod jej zapobiegania dziecku?					

#### III. Ocena warunków panujących w gabinecie

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
wyposażenie gabinetu?					

#### IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

--

## Załącznik 6 do Programu

### Sprawozdanie okresowe finansowe (co miesięczne) Realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 7-13 lat z terenu Miasta Darłowa na lata 2022-2023”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w dokumentacji elektronicznej uczestników oraz w kartach udziału przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy  od ..... do .....	Adresat: Urząd Miejski w Darłowie
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 7 dni po okresie sprawozdawczym

I. Sprawozdanie finansowe z zabiegów wykonanych w okresie od .....do ..... gabinetem stomatologicznym.

L.p.	Działanie	Liczba zabiegów w danym miesiącu .....	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3x4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
1.	Badanie stomatologiczne			
2.	Zabieg lakowania bruzd zębów szóstych u dzieci 7-8 lat			
3.	Zabieg lakowania bruzd drugich trzonowców stałych w wieku od 9 do 13 lat			
<b>SUMA</b>				

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
(pieczęć i podpis Realizatora)

