

Profilaktyka stomatologiczna

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje próchnicę jako umiejscowiony, patologiczny proces o pochodzeniu zewnątrzustrojowym, który prowadzi do odwapnienia oraz proteolitycznego¹ rozpadu twardych tkanek zęba. Próchnica jest podstawowym schorzeniem jamy ustnej. Zaliczono ją do chorób społecznych ze względu na rozpowszechnianie, skutki ogólnozdrowotne oraz cierpienia spowodowane powikłaniami [1].

Choroba ta najczęściej opisywana jest jako wcześnie pojawiające się (nierzadko tuż po wyrżnięciu zębów mlecznych) „zmiany próchnicowe na powierzchniach wargowych zębów przednich górnych, w okolicy szyjki i na powierzchniach żujących zębów trzonowych obejmujących następnie inne powierzchnie” [2]. Problem zdrowotny dotyczy ludzi w każdym wieku. Jednak szczególnie istotnym problemem jest wśród dzieci. Poważne zagrożenie dla zdrowia stanowi próchnica u dziecka w wieku 5–6 lat, kiedy pojawiają się zęby stałe, oraz w wieku 12–14 lat, gdy kończy się wymiana uzębienia [1]. Choroba może też występować u dzieci poniżej 3. roku życia [3]. Wczesne zmiany można zaobserwować już nawet u dzieci w wieku 1–1,5 roku [4].

Etiologia

Często gwałtowny przebieg choroby zależny jest od zachowania równowagi pomiędzy czynnikami gospodarza a czynnikami zewnętrznymi. Próchnica w bardzo krótkim czasie może prowadzić do zniszczenia twardych tkanek zęba.

Do jej podstawowych czynników etiologicznych należą:

- obecność w jamie ustnej drobnoustrojów kwasotwórczych mających zdolność fermentacji węglowodanów;
- obecność w jamie ustnej węglowodanów;
- podatność tkanek zęba na odwapnienie;

¹ Enzym proteolityczny rozkłada białko na elementy prostsze przez rozerwanie wiązania peptydowego.

- częstość oddziaływania czynników patogennych.

Według raportu WHO z 2003 roku głównym czynnikiem etiologicznym próchnicy zębów jest posterupcyjne² oddziaływanie cukru zawartego w produktach spożywczych. Do najbardziej niekorzystnych dla zdrowia jamy ustnej źródeł cukru zalicza się: cukier rafinowany oraz pokarmy przetworzone, słodkie napoje, a także podawanie dzieciom przed snem butelki z osłodzonym napojem [1].

Bakterie, będące głównym czynnikiem odpowiedzialnym za rozwój próchnicy, rozkładają cukry obecne w produktach żywnościowych, a w wyniku tego procesu powstają kwasy niszczące szkliwo i powodujące utratę substancji mineralnych z zęba (demineralizację). Osłabione szkliwo ulega rozpadowi, powodując pierwszy ubytek. Ogniska próchnicy występują najczęściej na powierzchni żującej zębów bocznych [5].

Czynniki ryzyka

Do czynników ryzyka próchnicy zębów zalicza się: niski status społeczno-ekonomiczny, złe nawyki higieniczno-żywieniowe oraz bardzo niski poziom fluoru w wodzie pitnej.

Przez złe nawyki higieniczno-żywieniowe rozumie się głównie: niezdrową dietę, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu oraz niedostateczną higienę jamy ustnej. Częstość oraz intensywność występowania choroby zależy głównie od nawyków higieniczno-żywieniowych i niskiego poziomu fluoru w wodzie pitnej [1-5].

Następstwa choroby

Próchnica występująca we wczesnym dzieciństwie powoduje poważne następstwa, które mogą zaburzyć rozwój młodego człowieka. Zły stan zdrowotny jamy ustnej może wpływać na obniżenie wyników osiąganych przez dziecko w szkole oraz w późniejszym życiu. Nieleczonych schorzeń w wieku dziecięcym niejednokrotnie prowadzi do: nieodwracalnych uszkodzeń, bólu, wad zgryzu, poważnych problemów zdrowotnych ogólnoustrojowych, absencji w szkole, niskiej samooceny, a więc i niskiej jakości życia. W skrajnych przypadkach powikłanie wrzodziejąco-martwicze zapalenia jamy ustnej (łac. *noma*) może powodować zgon. Część tych następstw występuje w późniejszym okresie życia.

² Posterupcyjnym dojrzwaniem określa się proces, w którym jony fluoru zawarte w paście do zębów podstawiają się w miejsce grup OH- hydroksyapatytu budującego szkliwo. Powstaje wówczas fluoroapatyt, związek twardszy i odporniejszy na działanie kwasów wytwarzanych przez bakterie próchnicowe.

Konsekwencją przedwczesnej utraty zębów mlecznych są wady zgryzu pojawiające się w późniejszym wieku. W wielu przypadkach ma to niekorzystny wpływ na wygląd oraz na pogorszenie stanu odżywienia dzieci, co przekłada się na zaburzenie ich wzrostu i rozwoju fizycznego. Jeżeli wraz z wiekiem u dziecka nie wyrobi się nawyku dbania o higienę jamy ustnej, a przy tym nie będą przestrzegane wizyty kontrolne i profilaktyczne, próchnicy ulegną zęby stałe.

Jeżeli w odpowiednim momencie nie zostanie podjęte leczenie, następstwa tej choroby mogą być bardzo kosztowne (w sensie finansowym, społecznym i osobistym). Zaawansowany stan wymaga bardziej kompleksowego, a więc i droższej kuracji w postaci zabiegów chirurgicznych, leczenia kanałowego, ekstrakcji, zabiegów w znieczuleniu ogólnym, a nawet hospitalizacji [1-5].

Istota problemu

Próchnica zębów to najbardziej rozpowszechniona choroba jamy ustnej. Jako infekcyjna patologia stanowi poważny problem zdrowotny wielu państw wysoko rozwiniętych i rozwijających się. W Polsce również jest poważnym problemem, zwłaszcza ta dotycząca uzębienia mlecznego.

Kwestia ta znalazła się wśród celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015³ [6]. W kwestii zapobiegania próchnicy w Polsce w ostatnich latach można mówić o pewnej poprawie. Jednak na tle Europy nasz kraj nadal należy pod tym względem do tych o najgorszych wynikach, co szczegółowo zostało przedstawione w rozdziale poświęconym epidemiologii.

Profilaktyka

Profilaktyka próchnicy powinna mieć charakter kompleksowy. W przypadku najmłodszych działania profilaktyczne muszą obejmować zarówno edukację dzieci (w tym naukę współodpowiedzialności za stan własnego zdrowia), jak również edukację rodziców. Według zaleceń WHO najbardziej korzystny dla wdrażania promocji zdrowia jamy ustnej jest okres wczesnoszkolny, kiedy realizacja programów edukacji stomatologicznej przynosi najlepsze

³ Cel operacyjny nr 11: Intensyfikacja zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży.

efekty, a jednocześnie zapewnia najszerszy krąg oddziaływania [1]. Tabela 1 przedstawia zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy.

Tabela 1. Zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy w grupie dzieci i osób dorosłych

Działanie profilaktyczne	Opis działania
Fluorowanie wody pitnej	Codzienna ekspozycja na fluor przyjmowany z wodą Monitorowanie stosowania past fluorkowych
Wizyty kontrolne	Regularne, okresowe W zależności od potrzeby zdrowotnej pacjenta
Ocena ryzyka próchnicy	Dokonywana przez stomatologa u każdego pacjenta Okresowo weryfikowana
Szczotkowanie zębów pastą z fluorem	Monitorowanie stosowania past fluorkowych
Porada dietetyczna	W zakresie ograniczenia spożycia cukrów
Stosowanie preparatów fluorowych	Np. pasty do zębów, żele, płyny do płukania ust
Zdrowa dieta	Dotycząca spożywania cukrów Prowadzenie zajęć edukacyjnych w zakresie związku między spożywaniem cukrów a rozwojem próchnicy
Dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą z fluorem	Pastą z fluorem o jego zawartości min 1000 ppm (dla małych dzieci wskazane stosowanie past z obniżoną zawartością fluoru)
Profesjonalna zapobiegawcza terapia fluorkowa	W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka rozwoju próchnicy
Lakowania szczelin i bruzd zębów trzonowych stałych	U dzieci i młodzieży

Źródło: opracowanie własne na podstawie [7].

Autorzy programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej w populacji polskiej w latach 2010–2012” zrealizowanego, na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, przez Warszawski Uniwersytet Medyczny wskazali, że w Polsce odpowiedzialność za stan zdrowotny jamy ustnej dziecka spoczywa na rodzicach [8]. Natomiast w krajach rozwiniętych głównym źródłem wiedzy oraz kreowania prozdrowotnych wzorców zachowań są szkoła oraz przedszkole.

b. Epidemiologia

Polska

Szacuje się, że w Polsce blisko 95% społeczeństwa jest zagrożone próchnicą. Obecnie choroba ta najczęściej występuje wśród dzieci i młodzieży. Ponad 50% dzieci w wieku 3 lat ma zęby z ubytkami próchnicowymi. Średnio u trzylatka objęte są nimi trzy zęby. Ponad 60% matek dzieci w tym wieku nie było z nimi u stomatologa. U pięcioletka stwierdza się około pięciu zębów z nieleczonymi ubytkami próchnicowymi, a odsetek dzieci pięcioletnich bez

próchnicy nie przekracza 20%. Odsetek uczniów szkół podstawowych w wieku 12 lat z co najmniej jednym zębem stałym usuniętym z powodu próchnicy wynosi 4%, a u młodzieży w wieku 18 lat – aż 15% [8].

W Polsce obserwuje się wysoki i gwałtownie rosnący między 35.–44. a 65.–74. rokiem życia odsetek osób dorosłych z bezzębem oraz gwałtownie malejącą w tym okresie życia średnią liczbę zachowanych zębów naturalnych. Jednocześnie występują masowe choroby przyzębia (w 2008 roku tylko u 14,1% pacjentów stomatologicznych nie stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie). Odnotowuje się również niepokojąco rosnącą liczbę chorych z nowotworami jamy ustnej, które stanowią aż 27% nowotworów występujących w obrębie głowy i szyi [8].

Według raportu Najwyższej Izby Kontroli (NIK) stan zdrowia jamy ustnej Polaków odbiega od standardów europejskich. Szczególnie dotyczy to osób poniżej 18. roku życia. W raporcie wykazano, że w 2011 roku jedynie 20,1% dzieci w wieku 5 lat było wolnych od próchnicy. W przypadku piętnastolatków odsetek ten wyniósł zaledwie 8,2% [9]. NIK zwraca uwagę, że wyniki badań epidemiologicznych świadczą o niewystarczającej skuteczności działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia. Tempo obniżania zapadalności na próchnicę w Polsce jest niezadowalające, na co wskazują wyniki przedstawiane w raportach z „Monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej”. Autorzy programu podkreślają, że stomatolodzy prowadzą w Polsce głównie działalność naprawczą, ponieważ nie stworzono mechanizmów motywujących ich (zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym) do podejmowania funkcji edukacyjnej wobec pacjentów i stosowania profilaktyki. Jedynie 15–20% z nich podjęło się działań edukacyjnych.

Tylko 17% rodziców dzieci w wieku 7 lat regularnie interesuje się ich myciem zębów (i około 35% – w przypadku pięciolatek). Aż 66% nie podaje dziecku preparatów fluoru (75% – pięciolatek). I aż 9% dzieci, które ukończyły 7. rok życia, nigdy nie było u dentysty [9].

Wyniki badań monitoringowych z lat 1999–2007 populacji dzieci w wieku 12 lat dowodzą, że frekwencja próchnicy wykazała trend spadkowy, obniżając się w okresie 8 lat u ogółu badanych o 8,2%: u chłopców – o 8,0%, u dziewcząt – o 8,6%; ponadto w rejonie miejskim – o 10,1% i wiejskim – o 5,9% (tab. 2) [10].

Tabela 2. Częstość występowania próchnicy u dzieci w wieku 12 lat

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

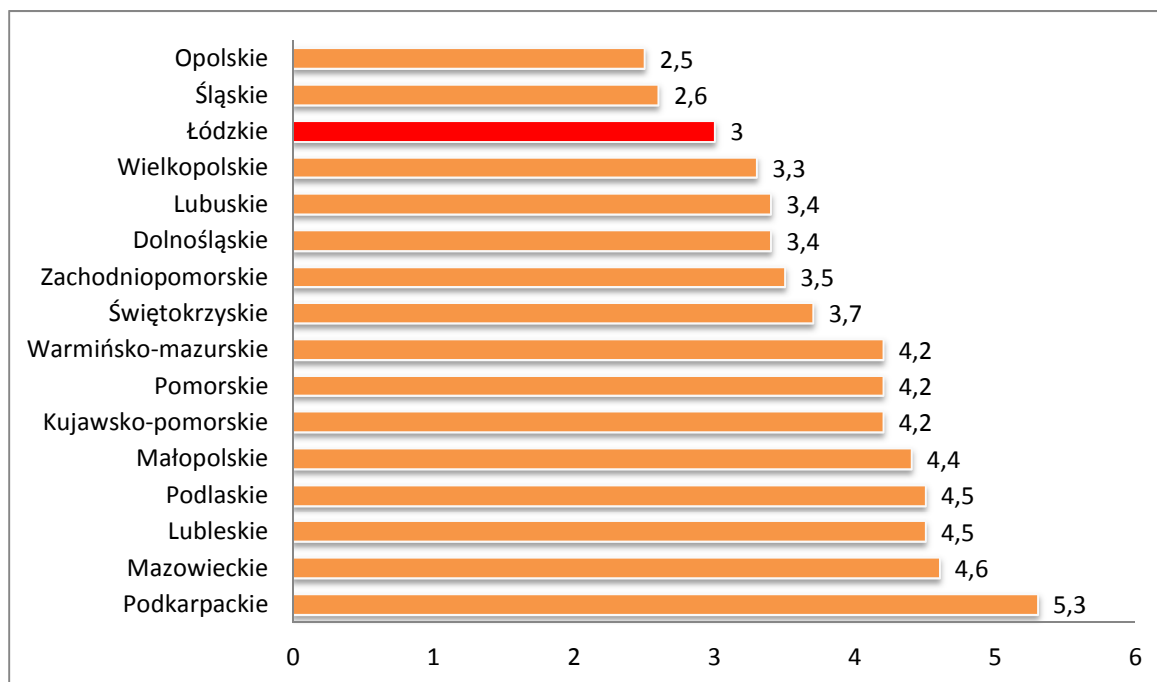
Źródło: [10].

Według analizy dokonanej przez zespół Marii Wierzbickiej, przez 8 lat u ogółu badanych wystąpiło zmniejszenie o 50% liczby zębów z niewypełnionymi ubytkami i wzrost o 16% – tych z ubytkami wypełnionymi. U chłopców wartości te wynosiły odpowiednio 49% i 15%, a u dziewcząt – 52% i 10%, natomiast w rejonie miejskim 50% i 32%, a w wiejskim – 47% i 37%. Po upływie tych 8 lat zaobserwowano wzrost wartości wskaźnika leczenia zachowawczego próchnicy (WL) o około 50% – zarówno w całej badanej grupie (51%), jak i w podziale na płeć (chłopcy – 52%, dziewczynki – 46%) oraz w rejonie wiejskim (59%). W rejonie miejskim wystąpił mniejszy wzrost wartości WL (30%) [10]. Średnia wartość wskaźnika próchnicy wyniosła 3,8. Dlatego też Polska nie znalazła się grupie krajów, w których dzieci dwunastoletnie osiągnęły cel dotyczący zdrowia jamy ustnej, jaki został przewidziany na rok 2000⁴. Wyniki badań monitoringowych mówią o systematycznym (ale powolnym) zmniejszaniu się zakresu występowania próchnicy u dzieci dwunastoletnich w Polsce. Dążąc do osiągnięcia wytyczonych narodowych i europejskich celów, należy zadbać o dalszą poprawę stanu uzębienia. Działanie to wymaga wzmocnienia i kontynuacji skuteczniejszych strategii zapobiegawczych, a także wzrostu świadomości społeczeństwa z zakresu zdrowia jamy ustnej, w czym pomocne są programy promocji zdrowia.

W 2003 roku przeprowadzono w Polsce pod patronatem Ministerstwa Zdrowia badanie epidemiologiczne w kierunku próchnicy na grupie 2766 dzieci w wieku 7 lat i, odpowiednio, 3338 dzieci w wieku lat 12. Autorzy badania wykazali, że około połowa osób z drugiej grupy miała ponad cztery zęby objęte próchnicą. Zmiany rozległe (więcej niż trzy zęby próchnicze i

⁴ Cele zdrowia jamy ustnej zaproponowane w 1981 roku przez WHO i Międzynarodową Federację Stomatologiczną (FDI), których osiągnięcie przewidziano na rok 2000, zakładały u dzieci 12-letnich występowanie nie więcej niż trzech zębów objętych procesem próchnicowym [20].

zmiany powikłane) stwierdzono u ponad 60% dzieci. Zdrowe zęby miało jedynie 12,9% badanych w wieku 12 lat [5]. W zależności od województwa zaobserwowano duże zróżnicowanie w stanie uzębienia w tej grupie dzieci. Te z województwa łódzkiego były na trzecim miejscu w rankingu na najlepszy wskaźnik uzębienia (ryc. 1) [5].



Rycina 1. Wartość wskaźnika PUW⁵ wśród dzieci dwunastoletnich w Polsce

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [5].

Również wyniki badania epidemiologicznego przeprowadzonego w 2012 roku przez zespół Elżbiety Jodkowskiej na grupie 5723 dzieci w wieku 6, 12 i 18 lat z siedmiu województw, wskazują na różnice między województwami w zakresie częstości występowania próchnicy [11]. W 2012 roku odsetek dzieci objętych Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 wyniósł 34,8% w przypadku sześciolatków i 97,3% u dwunastoletków. Jednak autorzy badania wskazują na wagę problemu, jakim jest fakt, że młodzież w wieku lat 18 nie brała udziału w programie profilaktycznym [11].

Wyniki badania epidemiologicznego przeprowadzonego przez zespół Aleksandry Hilt w roku 2010 na grupie 163 mieszkańców województwa łódzkiego w przedziale wiekowym 35–44 lata dowodzą, że frekwencja próchnicy badanej grupy dorosłych wyniosła 100%. Nasilenie

⁵ Próchnica, Usunięcie, Wypełnienie.

choroby było wyższe w mieście niż na wsi (odpowiednio: 20,17; 18,30). Średnia wartość nasilenia u wszystkich badanych wyniosła 19,28⁶. Wyższą intensywność próchnicy odnotowano u mężczyzn niż u kobiet (19,91; 18,77) zarówno w mieście, jak i na wsi. Statystycznie mniej zębów z czynną próchnicą i usuniętych, a więcej wypełnionych odnotowano w mieście niż na wsi. Wskaźnik leczenia⁷ (istotnie wyższy w mieście niż na wsi) w badanej grupie osób wyniósł 0,79. Jedynie 14,1% badanych miało pełne uzębienie, w tym 16,7% stanowiły kobiety a 10,4% – mężczyźni. Zaobserwowano znacznie więcej uzupełnień protetycznych w środowisku miejskim niż wiejskim. Zmiany w stawie skroniowo-żuchwowym podobnie jak potrzeby uzupełnień protetycznych wystąpiły w większości u mężczyzn niż u kobiet [12].

Z analiz prowadzonych przez Urząd Gminy Kleszczów wynika, że w zakresie opieki stomatologicznej występują podstawowe problemy typowe dla populacji ogólnopolskiej. Obserwuje się dużą grupę osób (głównie kobiety w wieku 20–40 lat) o niskim poziomie świadomości dotyczącej utrzymania zdrowia jamy ustnej oraz o znacznym poziomie zaniedbania uzębienia. W grupie dorosłych przeważa leczenie stomatologiczne. Profilaktyka dotyczy około 20–30% pacjentów. Na zalecenia dotyczące leczenia stomatologicznego, zaordynowanego podczas przeglądu jamy ustnej, reaguje jedynie 10–15% opiekunów dzieci. Wśród rodziców zbyt niski jest poziom wiedzy na temat kwestii prawnych związanych ze świadomą zgodą na leczenie dziecka. Wobec tego prowadzenie akcji edukacyjnych i programów zdrowotnych w tej gminie jest całkowicie uzasadnione.

Świat

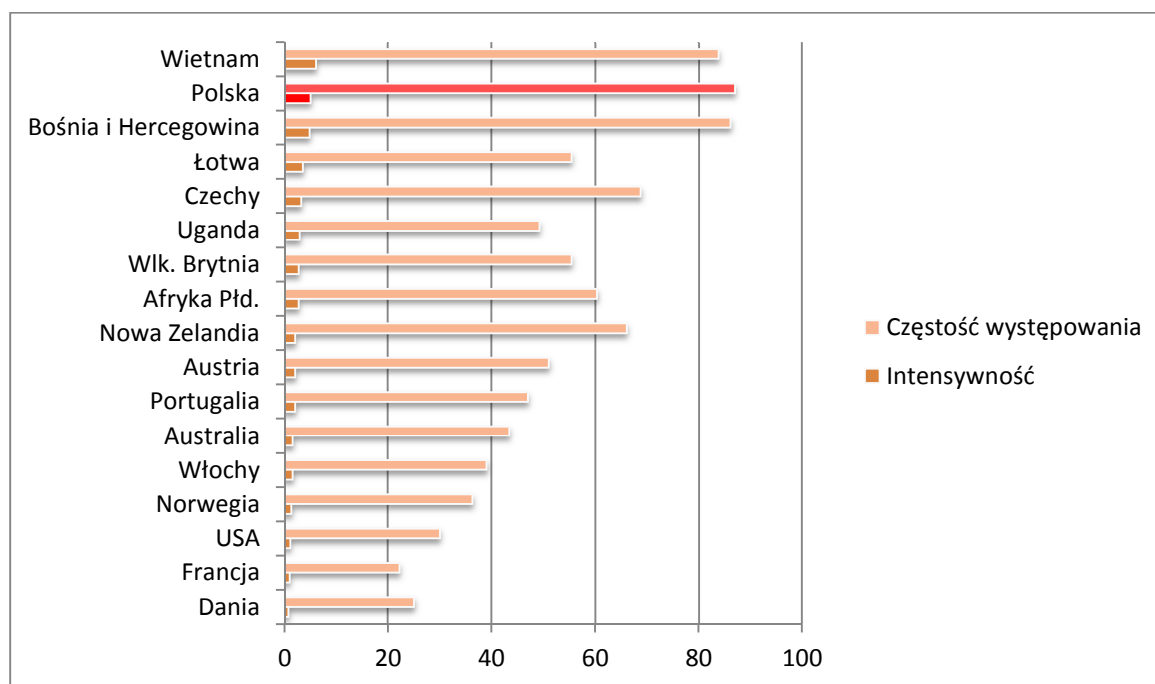
Według danych WHO na całym świecie od 60 do 90% dzieci w wieku szkolnym oraz blisko 100% dorosłych ma ubytki w zębach. Ciężkie choroby przyzębia (dziąseł), mogące doprowadzić do utraty zębów, występują u 15–20% populacji w wieku 35–44 lata. Na świecie około 30% osób w wieku 65–74 lata nie ma swoich naturalnych zębów. Choroby jamy ustnej w grupie dzieci i dorosłych częściej występują wśród biednych i mniej uprzywilejowanych grup społecznych. Szacuje się, że w większości krajów świata częstość występowania raka

⁶ Oznacza to średnią wartość wskaźnika PUW.

⁷ Liczba wypełnionych zębów podzielona przez sumę zębów z próchnicą i wypełnionych określiła wskaźnik leczenia tych zębów.

jamy ustnej wynosi od 1 do 10 przypadków na 100 tys. osób i jest stosunkowo wyższa w grupie: mężczyzn, osób starszych oraz z niskim poziomem wykształcenia i małymi dochodami [1].

W roku 2000 do krajów europejskich, w których u dzieci w wieku 12 lat średnia liczba zębów dotkniętych próchnicą była niższa lub równa 3,00, należały: Białoruś (2,7), Dania (1,0), Estonia (2,7), Finlandia (1,2), Francja (1,9), Grecja (2,2), Hiszpania (1,12), Irlandia (1,1), Islandia (1,5), Włochy (2,1), Niemcy (1,2), Holandia (0,9), Norwegia (1,50), Rumunia (2,8), Słowenia (1,8), Szwecja (1,0), Szwajcaria (0,9) i Wielka Brytania – Anglia i Walia (0,9). Oprócz Polski celu tego nie osiągnęły kraje takie jak: Bułgaria (4,4), Węgry (3,3), Łotwa (3,9), Litwa (3,6) [13]. Rycina 2 przedstawia intensywność i częstość występowania próchnicy u dzieci w wieku 6 lat w wybranych krajach.



Rycina 2. Nasilenie próchnicy wśród dzieci sześciolletnich w wybranych krajach

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [8].

Wyniki badania przeprowadzonego przez zespół Natalii Koposovej w 2009 roku na grupie 124 norweskich i 514 rosyjskich dwunastolatków wskazują na znaczne różnice w występowaniu próchnicy pomiędzy analizowanymi krajami. W Norwegii średnia liczba zębów objętych próchnicą w badanej grupie wyniosła 1,2, natomiast w Rosji – 3,0 [14].

Istotnie wysokie wartości dla wskaźnika PUW wykazali autorzy badania zrealizowanego w latach 2004–2007 w Bośni i Hercegowinie na grupie 1240 dzieci w wieku 6, 12 i 15 lat. W pierwszej analizowanej grupie wskaźnik ten osiągnął 6,7, dla dwunasto- i piętnastolatków zaś, odpowiednio, 4,2 i 7,6 [15].

W 2006 roku w Hiszpanii zespół Marii-Vicenty Eustaquio przeprowadził badanie epidemiologiczne w kierunku próchnicy na grupie 1264 osób dorosłych (7333 w wieku 35–44 lata i 531 w wieku 65–74 lata). Wykazano, że wartość wskaźnika PUW była wyższa w drugiej grupie (16,38) w porównaniu z pierwszą (7,64). Częstość występowania próchnicy wyniosła odpowiednio: 92,6% dla osób z młodszej grupy wiekowej oraz 98,3% dla starszej [16]. Tabela 3 przedstawia częstość występowania próchnicy mierzoną wartością wskaźnika PUW w wybranych krajach Europy.

Tabela 3. Występowanie próchnicy w wybranych krajach Europy

Autor, rok publikacji	Kraj	Grupa badawcza	Okres badania	Wartość wskaźnika PUW	Wiek badanych
Holmén i wsp., 2013	Szwecja	8609	2006–2012	7,5	16 lat
Eustaquio i wsp., 2010	Hiszpania	1264	2006	12,01	35–44 lata i 65–74 lata
Vergnes i wsp., 2012	Francja	1094*	2003–2006	3,1	> 18 r.ż.
Menghini i wsp. 2010	Szwajcaria	606	1996-2006	3,11**, 4,95***	20 lat****

*grupę badawczą stanowiły kobiety; **w 2006 roku; ***w 1996 roku; ****średnia wieku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wielu źródeł.

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

Program kierowany jest do wszystkich mieszkańców gminy Kleszczów. Według danych meldunkowych na dzień 1 września 2014 roku populacja ta liczyła 5456 osób. W kolejnych latach trwania projektu (jest on planowany na okres 4 lat) będą do niego włączane następne osoby wchodzące w wiek umożliwiający uczestnictwo w działaniach profilaktycznych. Biorąc pod uwagę obserwowane trendy dotyczące urodzeń na terenie gminy, przyjmuje się, że w poszczególnych latach populacja ta będzie wrastała o około 100 dzieci. W trakcie 4 lat trwania projektu może więc zostać nim objętych około 5900 osób.

Dostępne środki finansowe pozwalają na włączenie do akcji całej populacji docelowej.

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

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego określa ich wykazy oraz warunki realizacji. Świadczenia ogólnostomatologiczne precyzuje załącznik nr 1 rozporządzenia, świadczenia dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia określa załącznik nr 2, natomiast wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia obejmuje załącznik nr 11 [17].

Na przykład, zabezpieczenie bruzd zębów szóstych lakiem szczelinowym finansowane jest raz do ukończenia 7. roku życia. Jednak szacuje się, że około 30% dzieci w tym wieku nie ma jeszcze wyrżniętych zębów trzonowych, istnieje zatem potrzeba ich profilaktycznego lakowania w latach późniejszych, co nie jest już uwzględnione w gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) refunduje obecnie procedury takie, jak:

- badanie lekarskie kontrolne – tylko trzy razy w roku (w tym: wywiad i przegląd stanu uzębienia);
- znieczulenie tylko lidokainami;
- usuwanie złogów nazębnych – tylko raz w roku;
- zabezpieczenie bruzd lakiem szczelinowym zębów stałych (tylko „szóstki” i wyłącznie do 7. roku życia);
- lakierowanie zębów mlecznych i stałych (raz na kwartał);
- wypełnienie ubytku (w ramach umowy z NFZ u dzieci stosuje się kompozyt światłoutwardzalny tylko w odcinku przednim i w przypadku urazów, u osób dorosłych wypełnienia zębów przednich są chemoutwardzalne, a zębów bocznych – amalgamatowe);

- wypełnianie stałe kanałów (leczenie refundowane u dorosłych tylko w odcinku przednim, w przypadku zębów trzonowych i przedtrzonowych – brak refundacji, u dzieci leczenie refundowane jest do 18. roku życia);
- usuwanie złogów nazębnych (kamień, osad) – raz w roku;
- kiretaż pojedynczych kieszonek dziąsłowych – raz w roku;
- stosowanie lakierów chlorheksydynowych i fluorkowych, aplikacje antybiotykowe dokieszonkowe – tylko leczenie specjalistyczne;
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej leczenie specjalistyczne – wykonywane przez niektóre ośrodki;
- korekta zgryzu urazowego w kierunku chorób przyzębia – leczenie specjalistyczne, wykonywane tylko przez niektóre ośrodki.

Procedury z zakresu profilaktyki nie są dofinansowywane, a więc i niewykonywane przez większość lekarzy).

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Program zdrowotny na lata 2015–2018 dotyczący profilaktyki stomatologicznej kierowany do wszystkich mieszkańców, stanowi kontynuację poprzednich w tym zakresie działań gminy Kleszczów.

Trzy międzynarodowe organizacje, tj. Światowa Federacja Dentystyczna (World Dental Federation – FDI), Międzynarodowe Stowarzyszenie Stomatologii Dziecięcej (International Association of Pediatric Dentistry – IAPD) oraz Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań Naukowych w Dziedzinie Stomatologii (International Association of Dental Research – IADR) w porozumieniu z WHO określiły strategiczne cele zdrowotne, które powinny zostać osiągnięte w skali globalnej w 2020 roku. Cele te uwzględniają m.in.: promocję zdrowia i minimalizację wpływu chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia i rozwój człowieka, a także minimalizację wpływu na jednostkę i społeczeństwo chorób systemowych, które przebiegają z objawami w jamie ustnej. Realizacja tych zadań polegać ma na wczesnej diagnostyce, zapobieganiu oraz skutecznym leczeniu tych chorób. Ideą zdrowotnych celów strategicznych jest ułatwienie krajowym, regionalnym i lokalnym, jednostkom odpowiedzialnym za organizację opieki stomatologicznej realizacji działań prozdrowotnych, które prowadzą do uzyskania szczegółowych i stosownych lokalnie celów [18]. Dla krajów europejskich

sformułowano nowe cele zdrowia jamy ustnej do roku 2020, stanowiące część *WHO Health21 policy for Europe*. Zakładają one, że we wskazanym roku przynajmniej 80% dzieci w wieku 6 lat ma być wolnych od próchnicy, a te w wieku lat 12 nie powinny mieć więcej niż średnio 1,5 zęba zaatakowanego próchnicą [19].

Potrzeba wdrożenia niniejszego programu wynika z ww. celów dotyczących zdrowia jamy ustnej, założonych i promowanych przez WHO do 2020 roku dla regionu europejskiego [20], z celu operacyjnego nr 11 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 [21] oraz z niedostępności na terenie gminy świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki stomatologicznej.

Zasadność prowadzenia programów zdrowotnych i edukacyjnych w gminie Kleszczów podyktowana jest problemami w zakresie opieki stomatologicznej typowej dla populacji ogólnopolskiej. Obserwuje się znaczny poziom zaniedbania uzębienia w grupie osób dorosłych zamieszkujących na terenie gminy, a także niski poziom świadomości na temat profilaktyki próchnicy. Ponadto, na zalecenia dotyczące leczenia stomatologicznego dzieci reaguje jedynie 10–15% ich opiekunów, a współpracę ze specjalistami utrudnia niewiedza w kwestiach prawnych związanych ze świadomą zgodą na leczenie dzieci [22].

Próchnica zębów to powszechna i zakaźna choroba najczęściej występująca w najmłodszych grupach wiekowych. Zaledwie około 14% sześciolatków oraz 4% osiemnastolatków w Polsce jest wolnych od próchnicy. Choroba może się zacząć rozwijać już w 1. roku życia, dlatego działania edukacyjne wśród przyszłych i młodych matek są niezwykle potrzebne [23]. Programy z zakresu edukacji stomatologicznej w okresie wczesnoszkolnym są według zaleceń WHO najbardziej efektywne. Prowadzenie systematycznych zajęć informacyjno-edukacyjnych dla dzieci i młodzieży sprzyja nie tylko zapobieganiu nieodwracalnym uszkodzeniom zębów i powikłaniom, lecz także kształtuje prawidłowe nawyki w dorosłym życiu.

Biorąc pod uwagę liczne następstwa próchnicy oraz ich kosztowność, działania z zakresu edukacji, profilaktyki i leczenia od najmłodszych lat z pewnością pozytywnie wpłyną na stan zdrowia i jakość życia mieszkańców gminy Kleszczów w przyszłości.

2. Cele programu

a. Cel główny

Celem programu jest profilaktyka pierwotna i wtórna próchnicy zębów oraz poprawa stanu zdrowia jamy ustnej wśród wszystkich mieszkańców gminy Kleszczów w latach 2015–2018 poprzez działania informacyjno-edukacyjne, profilaktykę stomatologiczną, stomatologię dziecięcą i zachowawczą, endodoncję oraz chirurgię stomatologiczną, w zależności od zaleconego planu leczenia:

- dzieci i młodzieży (z przedszkoli publicznych: w Kleszczowie, Łuszczanowicach i Łękińsku; ze szkół podstawowych: w Kleszczowie i Łękińsku; z gimnazjum w Kleszczowie oraz Liceum Ogólnokształcącego i Technikum Nowoczesnych Technologii w Kleszczowie;
- osób dorosłych (w tym grupy kobiet w okresie ciąży i młodych matek).

b. Cele szczegółowe

- Rzetelne i skuteczne informowanie wszystkich mieszkańców o prowadzonym programie.
- Zapewnienie równego dostępu do profilaktyki stomatologicznej, stomatologii dziecięcej i zachowawczej, endodoncji i chirurgii stomatologicznej (w zależności od zaleceń stomatologów).
- Ocena stanu zdrowia jamy ustnej u jak największej liczby mieszkańców oraz kwalifikacja do dalszego postępowania (działania z zakresu profilaktyki stomatologicznej, stomatologii zachowawczej, leczenia endodontycznego lub chirurgicznego).
- Wprowadzenie monitorowania jakości udzielanych świadczeń.

Dzieci i młodzież

- Prowadzenie wizyt adaptacyjnych w gabinetach stomatologicznych dla dzieci.
- Przeciwdziałanie występowaniu próchnicy u dzieci i młodzieży (zwiększenie liczby dzieci i młodzieży ze zdrowym uzębieniem mlecznym, mieszanym i stałym, zmniejszenie liczby dzieci i młodzieży z usuniętymi zębami stałymi oraz zwiększenie liczby dzieci, u których zastosowano lakowanie).

- Podniesienie świadomości zdrowotnej dzieci i młodzieży o profilaktyce stomatologicznej (w tym kształtowanie właściwych nawyków higienicznych jamy ustnej oraz zachęcanie do wizyt kontrolnych w gabinetach stomatologicznych).

Osoby dorosłe

- Przeciwdziałanie występowaniu próchnicy i bezzębna (zwiększenie liczby osób ze zdrowym uzębieniem oraz zmniejszenie liczby osób z usuniętymi zębami stałymi).
- Podniesienie świadomości zdrowotnej o profilaktyce stomatologicznej (w tym kształtowanie właściwych nawyków higienicznych jamy ustnej, zachęcanie do wizyt kontrolnych w gabinetach stomatologicznych, przekazywanie wiedzy na temat kwestii prawnych związanych ze świadomą zgodą na leczenie dzieci).
- Dla przyszłych i młodych matek – dodatkowo podniesienie świadomości na temat potrzeby działań z zakresu profilaktyki pierwotnej próchnicy, leczenia stomatologicznego oraz zapobiegania chorobom przyzębia w okresie ciąży i po urodzeniu, a także o metodach pielęgnacji jamy ustnej noworodka, niemowlęcia i dziecka.

c. Oczekiwane efekty

- Wysoka zgłaszalność wszystkich mieszkańców (dzieci, młodzież, osoby dorosłe) na przegląd stomatologiczny w gabinetach (około 70% populacji docelowej).
- Zmniejszenie lub zahamowanie występowania próchnicy we wszystkich grupach wieku (obniżenie wartości średnich PUW).
- Zmniejszenie liczby osób we wszystkich grupach wieku, u których konieczne jest leczenie endodontyczne oraz zabiegi z zakresu chirurgii stomatologicznej (obniżenie kosztów opieki stomatologicznej).

Dzieci i młodzież

- Redukcja lub zniwelowanie lęku u dzieci przed zabiegami stomatologicznymi poprzez organizację wizyt adaptacyjnych.
- Przeprowadzenie corocznych zajęć informacyjno-edukacyjnych z zakresu profilaktyki stomatologicznej oraz promocji zachowań prozdrowotnych (adekwatnie do wieku):
 - dla dzieci uczęszczających do przedszkoli – przewidywana frekwencja 70%,

- dla dzieci i młodzieży w klasach I–VI szkół podstawowych – przewidywana frekwencja 70% uczniów,
- dla młodzieży klas I–III szkoły gimnazjalnej – przewidywana frekwencja 70%,
- dla młodzieży uczęszczającej do liceum i technikum – przewidywana frekwencja 70% uczniów.
- Zmniejszenie absencji w szkołach z powodu bólu zęba lub nagłej wizyty u stomatologa.

Osoby dorosłe

- Udostępnianie materiałów informacyjnych (ulotki, plakaty, informacje ustne udzielane przez lekarzy) z zakresu profilaktyki stomatologicznej oraz promocji zachowań prozdrowotnych.
- Dla przyszłych i młodych matek – dodatkowo ulotki, plakaty i informacje udostępniane przez lekarzy ginekologów, pediatrów i stomatologów dotyczące zasadności profilaktyki stomatologicznej i leczenia szczególnie w okresie ciąży i po urodzeniu, a także odnoszące się do metod pielęgnacji jamy ustnej noworodka, niemowlęcia i dziecka.
- Zmniejszenie absencji w pracy z powodu bólu zęba lub nagłej wizyty u stomatologa.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Liczebność mieszkańców według grup (dzieci i młodzież, osoby dorosłe) biorących udział w programie w porównaniu do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej (bieżący monitoring: miesięczne oraz roczne raporty).

Dzieci i młodzież

- Liczba zgód opiekunów na udział w programie dzieci/młodzieży i ich ewentualne zmiany w porównaniu z liczebnością populacji docelowej.
- Według grup: przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazjum, liceum i technikum, liczba dzieci i młodzieży korzystających z:
 - zajęć informacyjno-edukacyjnych,
 - stomatologii dziecięcej w tym wizyt adaptacyjnych,

- przeglądów stomatologicznych,
 - profilaktyki stomatologicznej,
 - stomatologii zachowawczej,
 - leczenia endodontycznego oraz chirurgii stomatologicznej.
- Ocena intensywności próchnicy po wykonaniu wskazań/planu leczenia zaleconych przez stomatologa na pierwszej wizycie – określenie średnich wartości PUW osobno dla dzieci z przedszkoli, dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych, gimnazjum, liceum i technikum według płci oraz adekwatne porównanie do średnich wartości PUW obliczonych na pierwszych wizytach u stomatologa w ramach programu.

Osoby dorosłe

- Ocena jakości udzielanych świadczeń (poprzez monitorowanie wyników anonimowych ankiet dla uczestników oraz prowadzenie nadzoru przez koordynatora programu).
- Liczba osób dorosłych (z uwzględnieniem grupy kobiet w okresie ciąży) korzystających z:
 - przeglądów stomatologicznych,
 - profilaktyki stomatologicznej,
 - stomatologii zachowawczej,
 - leczenia endodontycznego oraz chirurgii stomatologicznej.
- Ocena intensywności próchnicy po wykonaniu wskazań/planu leczenia zaleconych przez stomatologa na pierwszej wizycie – określenie średnich wartości PUW dla osób dorosłych według płci, osobno dla grupy kobiet w ciąży i młodych matek oraz adekwatne porównanie do średnich wartości PUW obliczonych na pierwszych wizytach u stomatologa w ramach programu.

3. Adresaci programu

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

Program kierowany jest do wszystkich mieszkańców gminy Kleszczów. Na podstawie danych meldunkowych na dzień 1 września 2014 r. populacja ta liczy 5456 osób. W kolejnych latach trwania projektu (jest on planowany na okres 4 lat) będą do niego włączane następne osoby wchodzące w wiek umożliwiający uczestnictwo w tej akcji. Biorąc pod uwagę obserwowane trendy dotyczące urodzeń na tym terenie, przyjmuje się, że w poszczególnych latach populacja ta będzie się zwiększała o około 100 dzieci. W trakcie 4 lat trwania projektu może więc zostać nim objętych około 5900 osób.

Dostępne środki finansowe pozwalają na włączenie do akcji całej populacji docelowej.

b. Tryb zapraszania do programu

Jednym z podstawowych założeń programu jest dotarcie do wszystkich mieszkańców z populacji docelowej i uzyskanie wysokiej frekwencji. W tym celu zostanie przeprowadzona kampania informacyjno-edukacyjna zachęcająca do aktywnego udziału w akcji profilaktycznej. Mieszkańcy gminy Kleszczów będą informowani o programie zdrowotnym za pośrednictwem lokalnych mediów takich jak gazeta *Informator Kleszczowski*, strona www miasta oraz plakaty i ulotki informacyjne. Tego typu działania medialne mają udowodnioną skuteczność na tym terenie i są stosowane z powodzeniem od dłuższego czasu. Praktycznie każde gospodarstwo domowe w gminie ma dostęp do Internetu. W przypadku dzieci uczęszczających do przedszkoli oraz uczniów szkół (podstawowych, gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych) z terenu gminy dodatkowo będą prowadzone akcje informacyjne w trakcie wywiadówek i innych spotkań z rodzicami. Kobiety w ciąży zostaną poinformowane o akcji podczas wizyt okresowych u ginekologa. W ramach działań uzupełniających stosowane będą interwencje, takie jak np. kontakt telefoniczny lub ogłoszenie w trakcie mszy świętej w lokalnym kościele parafialnym.

4. Organizacja programu

a. Etapy organizacyjne programu

Pierwszym etapem programu będzie akcja informacyjna, prowadzona metodami opisanymi w punkcie dotyczącym adresatów programu zdrowotnego. Mieszkańcy zostaną poinformowani m.in. o zagrożeniach związanych z próchnicą zębów oraz chorobami jamy ustnej, ich powikłaniach i o zasadach organizacyjnych akcji.

Drugi etap programu przebiegnie dwutorowo. W przypadku dzieci uczęszczających do przedszkoli jego pierwszym elementem będzie wizyta adaptacyjna, podczas której dziecko zapozna się z miejscem realizacji programu i oswoi ze stosowanymi procedurami. Kolejny etap to przegląd stanu uzębienia. Na podstawie jego wyników ustalony zostanie plan działań profilaktycznych z zakresu prewencji chorób zębów i przyzębia.

W przypadku osób dorosłych drugi etap obejmie pakiet działań z zakresu profilaktyki chorób zębów i przyzębia poprzedzony rekrutacją uczestników. Do programu będą zapraszani mieszkańcy z grupy docelowej. Podstawowe kryterium formalne, obok posiadania statusu mieszkańca gminy, stanowi wyrażenie chęci wzięcia udziału w akcji poprzez zgłoszenie się do wybranego gabinetu stomatologicznego na terenie gminy Kleszczów. W trakcie pierwszej wizyty będzie przeprowadzony przegląd stanu uzębienia. Na podstawie jego wyniku nastąpi ustalenie planu działań profilaktycznych z zakresu prewencji chorób zębów i przyzębia.

W przypadku obu grup (dzieci do 18. roku życia oraz dorośli) podczas pierwszej wizyty u stomatologa zebrane zostaną dane osobowe uczestnika, podpisana zgoda na udział w akcji (w przypadku osoby niepełnoletniej podpis złożą opiekunowie prawni dziecka) wraz z podaniem numeru kontaktowego. Informacje te będą gromadzone w siedzibie wykonawcy programu z uwzględnieniem przepisów o ochronie danych osobowych [24].

Powyższy, dwuetapowy schemat organizacyjny programu będzie, w przypadku dzieci i młodzieży szkolnej, wspomagany działaniami dotyczącymi promocji zdrowia (prelekcje i pogadanki z zakresu profilaktyki próchnicy i chorób jamy ustnej) oraz profilaktyki stomatologicznej, jak np. fluoryzacja zębów czy zabezpieczanie bruzd zębów lakiem szczelinowym. Ponadto przewidziano prelekcje przeznaczone dla rodziców, a dotyczące m.in. ich roli w profilaktyce próchnicy i chorób jamy ustnej u dzieci. Działania te będą prowadzone na terenie placówek edukacyjnych przez realizatorów akcji m.in. w ramach godzin

wychowawczych oraz spotkań z rodzicami (wywiadówki). W przypadku osób dorosłych akcje dotyczące profilaktyki zostaną podjęte w czasie wizyty w gabinecie stomatologicznym.

b. Planowane interwencje

W ramach programu każdy mieszkaniec gminy spełniający kryteria włączenia będzie mógł skorzystać z bezpłatnych świadczeń stomatologicznych. W ich skład wejdą procedury z zakresu chirurgii, stomatologii zachowawczej, endodoncji oraz profilaktyki stomatologicznej. Dodatkowo w przypadku świadczeń z zakresu stomatologii dziecięcej przewidziane jest prowadzenie wizyt adaptacyjnych, a także lakowanie, lakierowanie zębów oraz wypełnienia. Zgodnie z założeniami dotyczącymi etapów organizacyjnych akcji powyższe interwencje będą wspomagane prelekcjami i pogadankami oraz działaniami z zakresu profilaktyki stomatologicznej.

Świadczenia obejmą teren gminy Kleszczów i będą dostępne w gabinetach stomatologicznych znajdujących się w budynkach pozostających jej własnością. Umieszczenie tych podmiotów leczniczych na terenie obiektów przedszkolnych i szkolnych ułatwi włączenie tych aktywności w plan zajęć dzieci i młodzieży. Gabinety stomatologiczne są wyposażone w standardowy sprzęt niezbędny do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu, jak np. unity stomatologiczne wraz ze sprzętem pomocniczym. W razie uzasadnionej potrzeby baza sprzętowa zostanie poszerzona o niezbędne wyposażenie dodatkowe.

Gabinety stomatologiczne znajdują się w następujących lokalizacjach:

1. Łękińsko – budynek Szkoły Podstawowej im. Mikołaja Kopernika, Łękińsko, ul. Szkolna 20, 97-410 Kleszczów.
2. Łuszczanowice – budynek Publicznego Przedszkola Samorządowego, Łuszczanowice 104B, 97-410 Kleszczów.
3. Kleszczów – Budynek byłego Gminnego Ośrodka Zdrowia, ul. Osiedlowa 2, 97-410 Kleszczów.
4. Kleszczów – Budynek Szkoły Podstawowej im. Janusza Korczaka, ul. Szkolna 4, 97-410 Kleszczów.

Gabinet zlokalizowany w budynku byłego gminnego ośrodka zdrowia będzie przede wszystkim zajmował się osobami dorosłymi, a pozostałe placówki – dziećmi do 18. roku życia. Niemniej w przypadkach awaryjnych (np. uczestnik programu „z bólem”) mieszkańcy

będą przyjmowani w każdym z wymienionych gabinetów, bez względu na wiek. Rozkład geograficzny gabinetów stomatologicznych stwarza optymalną możliwość dotarcia do nich mieszkańców z różnych części gminy Kleszczów.

Ze względu na liczbę punktów, w których będą prowadzone działania w ramach programu, wyłonionych zostanie czterech realizatorów akcji na zasadach otwartego konkursu ofert. Zostaną oni zobowiązani do tego, by zapewnić zasoby kadrowe oraz rzeczowe (z wyjątkiem wyposażenia gabinetu) niezbędne do realizacji powierzonego im zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa [25; 26; 27; 28].

Z uwagi na dużą populację docelową program obejmie szerokie spektrum świadczeń. Wybór danych działań będzie następował na podstawie ustalonego planu leczenia stomatologicznego. Ich częstotliwość nie jest limitowana. Rodzaj, liczba i okres wykonywania poszczególnych świadczeń zostaną określone indywidualnie przez lekarza stomatologa w zależności od uzasadnionych potrzeb poszczególnych uczestników programu.

Program obejmie następujące grupy interwencji:

1. Badanie (dotyczy całej populacji docelowej)

- lekarskie stomatologiczne;
- lekarskie kontrolne;
- podmiotowe – wywiad;
- przedmiotowe – przegląd stanu uzębienia;
- żywotności zębów;
- porada lekarska.

2. Znieczulenia (dotyczy całej populacji docelowej)

- powierzchniowe jako znieczulenia samodzielne;
- miejscowe nasiękowe;
- miejscowe śródwiązadłowe;
- przewodowe zewnątrzustne;
- z grupy artycain.

3. **Higiena** (dotyczy całej populacji docelowej)

- instruktaż higieny jamy ustnej;
- usuwanie złogów nazębnych.

4. **Profilaktyka** (dotyczy populacji do 18. roku życia)

- nauka szczotkowania zębów oraz dodatkowych zabiegów higienizacyjnych;
- profilaktyka próchnicy (zęby mleczne i stałe);
- zabezpieczenie bruzd lakiem szczelinowym zębów stałych;
- lakierowanie zębów mlecznych i stałych;
- impregnacja zębów mlecznych;
- opieka nad najmłodszymi mieszkańcami gminy oraz profilaktyka próchnicy
opieka i profilaktyka stomatologiczna dzieci powyżej 6. roku życia (uzębienie mieszane).

5. **Profilaktyka** (dotyczy populacji osób dorosłych)

- opieka nad kobietami w ciąży, profilaktyka endogenna i nawykowa;
- leczenie nadwrażliwości zębów.

6. **Leczenie próchnicy** (dotyczy całej populacji docelowej)

- leczenie próchnicy powierzchownej zęba;
- leczenie próchnicy prostej przy użyciu materiałów światłoutwardzalnych;
- postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi – bezpośrednie pokrycie miazgi;
- opatrunek leczniczy w zębie stałym;
- opatrunek leczniczy w zębie mlecznym;
- opatrunek odontotropowy (tlenek cynku z eugenolem, preparaty wodorotlenku wapnia);
- wypełnienie ubytku (wysokiej jakości materiały: kompozytowe; światłoutwardzalne, cementy glassionomerowe).

7. Leczenie endodontyczne zębów (dotyczy populacji osób dorosłych)

- trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem;
- dewitalizacja miazgi z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem;
- ekstyrpacja przyżyciowa miazgi;
- dewitalizacja miazgi;
- ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba i opracowanie;
- czasowe wypełnienie kanału.

8. Ostateczne wypełnienie kanału (dotyczy populacji osób dorosłych)

- chemiczno-mechaniczne opracowanie kanałów, w tym antyseptyczne (zęby stałe);
- opatrunek endodontyczny (tymczasowe wypełnienie kanałów) preparatami wodorotlenku wapnia; antybiotyki, antyseptyki;
- wypełnianie stałe kanałów (metody bocznej bądź pionowej kondensacji gutaperki przy wykorzystaniu uszczelniaczy Endomethasone, AH plus).

9. Leczenie endodontyczne zębów (dotyczy dzieci i kobiet w ciąży)

- amputacja przyżyciowa miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem;
- amputacja przyżyciowa miazgi zęba w uzasadnionych przypadkach;
- ekstyrpacja przyżyciowa miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem zęba;
- amputacja zdewitalizowanej miazgi zęba mlecznego;
- wypełnienie kanałów ostateczne – w razie możliwości.

10. Chirurgia (dotyczy całej populacji)

- ekstrakcje zębów mlecznych i stałych (z wyjątkiem usuwania zębów zatrzymanych, nie w pełni wyrżniętych i niektórych zębów „mądrości”);
- usunięcie zęba jednokorzeniowego;
- usunięcie zęba wielokorzeniowego;
- usunięcie zęba poprzez dłutowanie wewnątrzzębodołowe;
- chirurgiczne zaopatrzenie małej rany;
- założenie opatrunku chirurgicznego;

- nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnio ropnia leżącego wewnątrzustnie, z drenażem i opatrunkiem;
- szycie zębodołu po ekstrakcji;
- leczenie suchego zębodołu poekstrakcyjnego;
- leczenie stanów zapalnych;
- zdjęcie szwów.

11. **Periodontologia (bez zabiegów chirurgicznych)** (dotyczy całej populacji)

- badanie połączone z instruktażem i kontrolą higieny;
- usuwanie złogów nazębnych (kamień, osad);
- kiretaż pojedynczych kieszonek dziąsłowych;
- stosowanie środków chemicznych i antybiotyków do płukania kieszonek dziąsłowych;
- stosowanie lakierów chlorheksydynowych i fluorkowych, aplikacje antybiotykowe dokieszonkowe;
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej specjalistka;
- korekta zgryzu urazowego w kierunku chorób przyzębia specjalistka.

12. **Konsultacje protetyczne** (dotyczy osób dorosłych)

W ramach programu możliwe będzie również wykonanie pojedynczych zdjęć zębowych za pomocą radiowizjografu. Procedura zostanie zastosowana w odniesieniu do każdego z uczestników na podstawie skierowania od lekarza stomatologa. Liczba zdjęć nie będzie limitowana i wyniknie z uzasadnionej potrzeby oraz planu działań profilaktycznych.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Wizyty adaptacyjne będą dotyczyły całej populacji dzieci uczęszczających do przedszkoli. Właściwa wizyta rozpocznie się od konsultacji stomatologicznej w celu sprawdzenia stanu uzębienia, wykluczenia przeciwwskazań i zakwalifikowania pacjenta do akcji profilaktycznej. W przypadku wystąpienia czasowych przeciwwskazań, jak np. choroba pacjenta, zostanie wyznaczony kolejny termin. Dodatkowo w trakcie konsultacji każdy uczestnik oraz – w razie

potrzeby – opiekun prawny zostaną poinformowani o zagrożeniach związanych z próchnicą i chorobami jamy ustnej, powikłaniach, stosowanych procedurach oraz możliwej reakcji na nie organizmu. Dodatkowym kryterium formalnym udziału w programie będzie podpisanie przez mieszkańca lub – w razie konieczności – jego opiekuna prawnego (w przypadku osób niepełnoletnich) świadomej zgody na uczestnictwo w akcji profilaktycznej (druk zgody w załączniku). Podpisane papiery zostaną dołączane do dokumentacji medycznej pacjenta.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Ze względu na charakter programu przyjmie on formę ciągłą. Każdy z gabinetów ma pracować minimum trzy dni w tygodniu. Będą one zaplanowane tak, aby w każdym momencie od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00–18.00 czynna była co najmniej jedna placówka. Ponadto zostanie zapewniona opieka stomatologiczna w soboty (w każdą pacjenci będą mogli skorzystać z możliwości wizyty w jednym z gabinetów biorących udział w akcji). Gabinety pozostaną czynne również w okresie wakacyjnym. W święta oraz dni ustawowo wolne od pracy świadczenia nie będą dostępne. Dodatkowy element umożliwiający skorzystanie z programu to dywersyfikacja godzin przyjęć. O dokładnych ramach czasowych pracy i numerach kontaktowych poszczególnych gabinetów powiadomi się pacjentów za pośrednictwem wcześniej wspomnianych mediów. Ten element akcji informacyjnej będzie w razie potrzeby wspomagany bezpośrednimi kontaktami telefonicznymi (np. konieczność przełożenia wizyty z przyczyn losowych). Rejestracja nastąpi na podstawie zgłoszenia telefonicznego lub osobistego. W przypadku osób z bólem będą prowadzone przyjęcia poza kolejnością w dowolnym z gabinetów na terenie gminy Kleszczów.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Na terenie gminy Kleszczów nie są dostępne świadczenia z zakresu profilaktyki stomatologicznej finansowane ze środków NFZ. Najbliższe podmioty lecznicze zapewniające świadczenia finansowane z zasobów publicznych znajdują się w ościennych gminach (np. Sulmierzyce, Bełchatów, Radomsko) oddalonych o co najmniej 20 km od Kleszczowa. Działania w zakresie opisywanego programu zdrowotnego stanowią

uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w ramach finansowania przez NFZ, które realizowane są poza obszarem gminy.

Świadczenia stomatologiczne udzielane w ramach niniejszego programu zdrowotnego są uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych i je wspomagają, a także pozostają kontynuacją wdrożonych w poprzednich latach programów w gminie Kleszczów. Wszystkim mieszkańcom zostanie zapewniony równy dostęp do profilaktyki i opieki stomatologicznej.

f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji

Uczestnictwo w programie polega na stałej, całościowej opiece stomatologicznej zgodnej z planem leczenia ustalonym w trakcie przeglądu stanu uzębienia i w razie potrzeby aktualizowanym w oparciu o stwierdzone zmiany. Procedury będą obejmowały spectrum działań od wizyty adaptacyjnej do konsultacji protetycznych włącznie. Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie, na życzenie uczestnika (osoba dorosła) lub jego opiekunów prawnych (osoby niepełnoletnie). Musi ono być potwierdzone na piśmie.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Wszystkie procedury stomatologiczne będą prowadzone z zachowaniem wszelkich warunków fachowych i sanitarnych określonych dla tych procedur medycznych wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa. Kształt i powierzchnia gabinetów stomatologicznych zapewnią ich funkcjonalność oraz właściwe rozmieszczenie wyposażenia. W pomieszczeniach, w których przeprowadzać się będzie procedury stomatologiczne, znajdą się instalacje oraz wyposażenie wymagane dla gabinetów zabiegowych, tzn. umywalka z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz płynem dezynfekcyjnym, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użytku oraz na ręczniki zużyte. Zgodnie z wymaganiami ogólnobudowlanymi pomieszczenia i urządzenia będą umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję [28].

h. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu

Placówka będzie posiadała wymaganą kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania procedur stomatologicznych [29].

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

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatorów akcji zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych. (30)

i. Dowody skuteczności planowanych działań

- ***Opinie ekspertów klinicznych***

Według stanowiska Głównego Inspektora Sanitarnego (p.o. GIS Marek Posobkiewicz 2013) zapobieganie próchnicy zębów u dzieci jest możliwe przy równoległym stosowaniu następujących metod: edukacja zdrowotna, utrzymanie higieny jamy ustnej, uzupełnienie związków fluoru, racjonalne żywienie oraz wczesne leczenie próchnicy (również zębów mlecznych). Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS) zaleca mycie zębów po każdym posiłku w placówkach przedszkolnych w połączeniu z edukacją zdrowotną dzieci i rodziców [31].

Poniżej przedstawiono cytaty z wypowiedzi ekspertów na temat profilaktyki stomatologicznej oraz problemów związanych ze stanem zdrowia jamy ustnej Polaków.

Prof. dr hab. n. med. Teresa Bachanek⁸ (2012):

„W Polsce tylko 40–50% osób dorosłych szczotkuje zęby dwa–trzy razy dziennie, a przecież to oni mają być wzorcem do naśladowania dla dzieci. Szczoteczka do zębów jest w Polsce wymieniana najczęściej co sześć miesięcy, a nie co trzy, jak powinna. Tylko 20% kobiet w ciąży usłyszało od swojego ginekologa pytanie: czy były u stomatologa” [32].

Prof. dr hab. n. med. dr h.c. Maria Wierzbicka⁹ (2012):

„Ponad 80% 12-letnich dzieci ma nieodwracalne zmiany próchnicowe, które trzeba leczyć. Około 15% 18-latków ma usunięty ząb stały, co przy obecnym rozwoju stomatologii jest nie do zaakceptowania. Co gorsza, wraz z wiekiem liczba usuniętych zębów stałych jest coraz większa. Zwiększa się również odsetek osób bezzębnych, które w przedziale wiekowym 65–74 lat stanowią aż 43,9% populacji” [33].

⁸ Kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, członek Komisji Kształcenia Medycznego (2010–2013) w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

⁹ Prodzikan do spraw Oddziału Stomatologicznego I Wydziału Lekarskiego (1981–1986), kierownik Zakładu Stomatologii Zachowawczej (1979–2004) i Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia (1981–1994) Akademii Medycznej w Warszawie.

Prof. dr hab. n. med. Bartłomiej W. Loster¹⁰ (2014):

„Nie wszyscy zdają sobie sprawę, że poza kwestiami praktycznymi i estetycznymi stan zdrowia jamy ustnej wpływa na cały organizm człowieka. Wszystkie zmiany chorobowe lub nieprawidłowości, które występują w jamie ustnej, o ile nie są leczone, mogą prowadzić do rozwoju poważnych schorzeń ogólnoustrojowych” [34].

- *Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek*

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 w celu operacyjnym nr 11 wskazano na intensyfikację zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży. W oczekiwanych efektach ujęto: zwiększenie odsetka dzieci i młodzieży uczestniczących w edukacji prozdrowotnej (promocji zdrowia jamy ustnej), zmniejszenie częstości występowania próchnicy w uzębieniu mlecznym i stałym w populacji wieku rozwojowego oraz zmniejszenie częstości występowania stanów zapalnych dziąseł, urazów, patologii narządu żucia i chorób przyzębia [21].

W skali globalnej organizacje międzynarodowe w porozumieniu z WHO określiły strategiczne cele zdrowotne, które powinny być osiągnięte do roku 2020 (Światowa Federacja Dentystyczna: World Dental Federation – FDI, Międzynarodowe Stowarzyszenie Stomatologii Dziecięcej: International Association of Pediatric Dentistry – IAPD oraz Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań Naukowych w Dziedzinie Stomatologii: International Association of Dental Research – IADR). Wymieniono m.in.: ograniczenie wpływu chorób jamy ustnej na stan zdrowia, promocję zdrowia, zmniejszenie wpływu na jednostkę i społeczeństwo chorób systemowych przebiegających z objawami w obrębie jamy ustnej poprzez zapobieganie, wczesną diagnostykę i efektywne leczenie. Cele zdrowia jamy ustnej dla krajów europejskich określono w 1999 roku w publikacji WHO dotyczącej polityki zdrowotnej dla regionu europejskiego [20].

Według konsensusu grupy ekspertów pod auspicjami Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej z 2004 roku, istotną rolę w zapobieganiu próchnicy odgrywa dokładność czyszczenia zębów i jamy ustnej, ograniczenie spożycia pokarmów i płynów, które zawierają cukier, oraz uzupełnianie jonów fluorkowych w jamie ustnej. Dodatkowe zabiegi prewencyjne zalecane

¹⁰ Prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Kierownik Katedry Ortodoncji IS UJ CM.

są osobom odznaczającym się wysokim narażeniem na czynniki ryzyka próchnicy (profesjonalne usuwanie płytki nazębnej, nadzorowane szczoteczowanie lub płukanie jamy ustnej związkami fluoru, stosowanie lakierów fluorkowych oraz uszczelnianie bruzd pierwszych zębów trzonowych [35].

Osobom, których dotyczy zwiększone ryzyko wystąpienia próchnicy, Amerykańskie Towarzystwo Dentystyczne (American Dental Association – ADA; 2013) zaleca używanie preparatów o dużym stężeniu fluoru w warunkach domowych oraz jego miejscowe stosowanie z pomocą higienistki lub stomatologów w gabinetach [36]. Ekspersi ze Stowarzyszenia w 2008 roku zalecili uszczelnianie zębów mlecznych i stałych u dzieci (jeżeli obciążone są ryzykiem próchnicy), zębów stałych u dorosłych (jeżeli obciążeni są ryzykiem próchnicy) oraz przy wczesnych zmianach szkliwa, aby zatrzymać postęp próchnicy [37].

- ***Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej***

Działania profilaktyczne w zakresie stomatologii prowadzone w szkołach są według WHO najskuteczniejsze. Promocja zdrowia jamy ustnej realizowana w placówkach oświatowych okazuje się efektywna, ponieważ oddziałuje na wszystkie środowiska niezależnie od statusu socjoekonomicznego, a dodatkowo może być efektywna kosztowo [38].

W wielu krajach zaobserwowano zmniejszenie częstości występowania próchnicy na powierzchniach gładkich przy zastosowaniu preparatów fluorkowych. Jednym z powszechnie używanych narzędzi profilaktyki tej choroby jest również zabieg uszczelniania zębów bocznych. Wykazano, że u osób, u których go wykonano, nastąpiło istotne zahamowanie rozwoju próchnicy na powierzchniach żujących, a także zmniejszyło się jej nasilenie w całym uzębieniu [39].

W 1994 roku WHO uznało związki fluoru w pastach do zębów za najważniejszy składnik przyczyniający się do znaczącej redukcji występowania próchnicy w krajach wysoko rozwiniętych. Źródłami fluoru są pokarmy pochodzenia roślinnego i zwierzęcego, woda, pasty, płukanki, lakiery, laki i tabletki. Dawka fluoru spożywanego w ciągu dnia nie powinna być wyższa niż 3 mg [40]. Ze względu na możliwe działania niepożądane fluoru, lekarze przepisujący dla dzieci tabletki z jego zawartością powinni brać pod uwagę stężenie jonów fluorkowych w wodzie pitnej oraz takie czynniki jak wiek i wagę lub wzrost dziecka. Doniesienia naukowe potwierdzają, że fluorkowanie wody to najskuteczniejszy i najmniej kosztochłonny sposób zapobiegania próchnicy u dzieci, ale badania wykazują również na

spadek występowania próchnicy w krajach uprzemysłowionych, w których woda nie jest fluorkowana [41].

Częste podawanie fluoru w niewielkich ilościach o dużym stężeniu zapewnia skuteczność i jednocześnie minimalizuje ryzyko wystąpienia fluorozy (czyszczenie zębów dwa razy dziennie pastą zawierającą fluor). W profilaktyce i leczeniu próchnicy poprzez stosowanie past z fluorem istotnymi czynnikami są: skład i ilość pasty, stężenie fluoru, czas i częstota szczotkowania oraz płukanie ust. W państwach Unii Europejskiej dopuszczalne maksymalne stężenie fluoru w pastach wynosi 1500 ppm (2000 ppm na receptę dla grup wysokiego ryzyka próchnicy) [42].

W latach pięćdziesiątych wykazano skuteczność kliniczną pasty do zębów z fluorkiem cynawym [43]. Następne badania potwierdziły skuteczność nofluorofosforanu sodu (1963) i aminofluorków (1968), a kariostatystyczne działanie fluorku sodu udowodniły wyniki prac Ericssona (1961) [44; 45; 46].

Długoterminowe badanie kliniczne dotyczące porównania pasty z aminofluorkiem (AmF) i monofluorofosforanem sodu (1982) wskazuje na większą skuteczność tego pierwszego związku niż drugiego w łagodzeniu próchnicy, ale bez wykazania wyższej skuteczności przeciwpróchnicowej [47].

Metaanaliza badań klinicznych (1993) dowodzi, że po 2–3 latach regularnego stosowania past z fluorkiem sodu różnica redukcji próchnicy jest o 6,4% wyższa niż przy stosowaniu past z monofluorofosforanem [48].

Według licznych analiz efektywne jest również prowadzenie działań profilaktycznych wśród kobiet w okresie ciąży i po porodzie oraz ich dzieci. Przykładowo, kilkuetapowy program profilaktyki wykonany przez Gunay i wsp. (1998), który kompleksowo obejmował kobiety ciężarne, po urodzeniu dziecka oraz dzieci (od 3. miesiąca ciąży do 4. roku życia), wykazał wysoką skuteczność w redukcji próchnicy i liczby kolonii *Streptococcus mutans* u dzieci w porównaniu z grupą kontrolną. Interwencje w programie dla kobiet w ciąży obejmowały: instruktaż o prawidłowych nawykach dietetycznych i higienicznych, eliminację złogów nazębnych, fluorkowanie, płukanki z roztworu chlorheksydyny, edukację na temat próchnicy oraz metod zapobiegania zakażenia jamy ustnej dziecka. Po porodzie kontynuowana była edukacja kobiet dotycząca prawidłowej pielęgnacji jamy ustnej i żywienia dziecka oraz czyszczenia zębów i stosowania lakieru fluorkowo-chlorheksydynowego [49].

- *Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego*

Dotychczas gmina Kleszczów samodzielnie zapewniała mieszkańcom pomoc stomatologiczną w zakresie usług ponadstandardowych z wykorzystaniem materiałów wysokiej jakości. W ramach programu profilaktyki prowadzono akcję dla dzieci „Pierwszy ząb – pierwsza wizyta”, której celem była eliminacja lub redukcja występowania próchnicy u dzieci w uzębieniu mlecznym oraz mieszanym [50].

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

- Gmina Aleksandrów – „Program profilaktyki stomatologicznej dla dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie gminy Aleksandrów” obejmujący stomatologiczne badania profilaktyczne (ocena stanu jamy ustnej i zgryzu, ocena wskaźnika PUW, porada dot. higieny jamy ustnej, fluoryzacja kontaktowa oraz lakowanie bruzd zębów I i II trzonowych u dzieci, u których zabiegi nie zostały wykonane w ramach NFZ, uzupełnienie laku, profilaktyka chorób przyzębia – usunięcie płytki bakteryjnej). Program uzyskał pozytywną opinię AOTM [51].
- Gmina Brwinów – „Program profilaktyki stomatologicznej prowadzony w latach 2013–2015 obejmujący dzieci z gminy Brwinów w wieku 6–9 lat” (spotkania informacyjno-edukacyjne dla opiekunów, lekarskie badania stomatologiczne, instruktaż o higienie jamy ustnej, konsultacja ortodontyczna, fluoryzacja kontaktowa obu łuków zębowych i laki szczelinowe zębów VI). Program uzyskał pozytywną opinię AOTM [52].
- Gmina miejska Łaziska Górne – program „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci z rocznika 2003 na terenie gminy miejskiej Łaziska Górne” obejmujący przegląd jamy ustnej, fluoryzację lub lakowanie bruzd pierwszych zębów trzonowych. Program uzyskał pozytywną opinię AOTM [53].
- Miasto Katowice – „Program profilaktyki próchnicy dla dzieci miasta Katowice” obejmujący wykłady edukacyjne dla nauczycieli, pielęgniarek szkolnych, rodziców i uczniów szkoły podstawowej klasy I–V nt. choroby próchnicowej, dla ośmio- i jedenastoletków przegląd jamy ustnej, ocena PUW, poziomu higieny jamy ustnej, stanu przyzębia i zgryzu, instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej i zasad zdrowego

odżywiania, lakowanie bruzd pierwszych zębów trzonowych stałych VI (jeżeli nie było tego zabiegu w ramach NFZ przed 7. rokiem życia, oraz uzupełnienie laku – ośmiolatki), lakowanie bruzd zębów trzonowych VII (jedenastolatki). Program uzyskał pozytywną opinię AOTM [54].

- Miasto Mysłowice – „Program profilaktyki antynikotynowej oraz zapobiegania próchnicy u uczniów klas III szkół gimnazjalnych na terenie Mysłowic” obejmujący fluoryzację zębów, instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej oraz specjalistyczną konsultację. Program uzyskał pozytywną opinię AOTM [55].

5. Koszty

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji dostępnych w Urzędzie Gminy w Kleszczowie wybierano populację docelową w ramach zadanego programu zdrowotnego, następnie szacowano odsetek osób, które skorzystają z programu. Odsetek ten różni się w zależności od grupy wiekowej objętej programem, i waha się od około 10% w odniesieniu do dorosłej populacji do nawet około 90% dla grupy dzieci i młodzieży. Koszty całkowite przewidziane na realizację programu podzielono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji zaplanowanych działań, a także zakupu i niezbędnych prac przystosowawczych na potrzeby realizacji programu.

a. Koszty jednostkowe

Całkowity budżet programu został zaplanowany przy założeniach przedstawionych w tabeli 4.

Tabela 4. Założenia całkowitego budżetu programu stomatologicznego

Szacowana populacja	Odsetek uczestniczących	Populacja korzystających	Koszt jednostkowy programu
5900 osób	70%	4130 osób	około 1162 zł/osobę

Źródło: opracowanie własne.

Na opisaną kwotę całkowitych kosztów programu przeznaczonych na 1 osobę składają się koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badań stomatologicznych, wykonanych procedur, a także diagnostyki obrazowej.

b. Planowane koszty całkowite

Na całkowity roczny budżet projektu składają się następujące pozycje kosztowo-organizacyjne:

1. Koszty organizacyjne

- opracowanie organizacji programu, sposobu raportowania, zasad monitorowania realizacji zadań;
- wystandaryzowane protokoły postępowania pracy poszczególnych uczestników programu;
- wydruki ankiet;
- materiały biurowe;
- opracowanie schematów realizacji badania: rekrutacja pacjentów, badania lekarskie, działania korekcyjne, działania usprawniające.

2. Koszty realizacji programu

- wykonawstwo procedur przez realizatorów wyłonionych w drodze konkursu;
- zakup materiałów stomatologicznych;
- zakup materiałów bieżących na potrzeby gabinetów (sprzęt jednorazowy, wymiana sprzętu zużytego/części zamienne do urządzeń).

3. Koszty ogólne programu

- koszty obsługi administracyjnej programu;
- koszty monitorowania zewnętrznego;
- koszty ewaluacji przez ekspertów;
- rezerwa budżetowa.

4. Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej

- przygotowanie listy kluczowych mediów;
- zaplanowanie i przeprowadzenie działań typu *media relations* – nawiązanie relacji z lokalnymi mediami;
- organizacja kampanii informacyjnej;
- zaprojektowanie, utrzymanie i aktualizacja zakładki na stronie internetowej Urzędu Gminy dedykowanej projektowi (przygotowanie grafiki, treści, aktualizacja informacji w serwisie);

- zaprojektowanie i zamieszczenie bannerów reklamowych w lokalnych serwisach informacyjnych on-line;
- zaprojektowanie, przygotowanie poradników i ulotek adresowanych do rodziców nt. kampanii informacyjnej, plakatów informacyjnych, dystrybuowanych wśród szkół podstawowych;
- przygotowanie i realizacja reklamy informującej o prowadzonej kampanii, emitowanej w lokalnej prasie.

Tabela 5. Planowany budżet całkowity

Rodzaj kosztów	Kwota (tys. zł)
1. Koszty organizacyjne	20
2. Koszty realizacji programu	4 700
3. Koszty ogólne programu	70
4. Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej	10
Razem	4 800

Źródło: opracowanie własne

Koszty całkowite niezbędne do realizacji programu szacowane są na około 4 800 tys. zł

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Program finansowany będzie ze środków budżetu gminy Kleszczów, zgodnie z umowami zawartymi z jego realizatorami.

Środki finansowe przeznaczone na ten cel mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w kolejnych latach w zależności od możliwości budżetowych gminy Kleszczów.

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

Gmina Kleszczów należy do grona gmin o najwyższym dochodzie podatkowym w przeliczeniu na mieszkańca, przekraczającym trzykrotnie średnią krajową. Korzystna sytuacja ekonomiczna warunkuje szerokie możliwości gminy w zakresie prowadzenia polityki zdrowotnej na rzecz jej mieszkańców.

Program zdrowotny na lata 2015–2018 dotyczący profilaktyki stomatologicznej kierowany do wszystkich mieszkańców, stanowi kontynuację poprzednich w tym zakresie działań gminy Kleszczów. Potrzeba jego wdrożenia wynika z założonych i promowanych do 2020 roku przez WHO celów zdrowia jamy ustnej dla regionu europejskiego [1], z celu operacyjnego nr 11, z Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 [2] oraz z niedostępności na terenie gminy świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki stomatologicznej.

Dotychczas gmina Kleszczów samodzielnie zapewniała mieszkańcom pomoc stomatologiczną w zakresie usług ponadstandardowych z wykorzystaniem materiałów wysokiej jakości. W ramach programu profilaktyki prowadzono akcję dla dzieci „Pierwszy ząb – pierwsza wizyta”, której celem była eliminacja lub redukcja występowania próchnicy u dzieci w uzębieniu mlecznym oraz mieszanym.

Potrzeba wdrożenia w gminie Kleszczów programu zdrowotnego z zakresu profilaktyki stomatologicznej wynika z braku dostępności na terenie gminy ww. zabiegów medycznych jako świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Najbliższe podmioty lecznicze zapewniające takie świadczenia znajdują w ościennych gminach (np. Sulmierzyce, Bełchatów, Radomsko) oddalonych co najmniej o 20 km od Kleszczowa. Działania w zakresie opisywanego programu zdrowotnego będą uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych w ramach finansowania przez NFZ, które realizowane są poza obszarem gminy. Wszystkim mieszkańcom zostanie zapewniony równy dostęp do profilaktyki i opieki stomatologicznej.

Biorąc pod uwagę liczne następstwa próchnicy oraz ich kosztowność, działania z zakresu edukacji, profilaktyki i leczenia od najmłodszych lat z pewnością pozytywnie wpłyną na stan zdrowia i jakość życia mieszkańców gminy Kleszczów w przyszłości.

6. Monitoring i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja projektu będzie się opierała na ocenie trzech podstawowych zagadnień:

- zgłaszalności do programu;
- jakości świadczeń w programie;
- efektywności realizacji programu.

a. Ocena zgłaszalności do programu

Stanowi jeden z podstawowych elementów bieżącego monitoringu przebiegu programu. Dane dotyczące liczby pacjentów będą porównywane z wartościami liczbowymi wynikającymi z liczebności zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji będzie możliwa na podstawie miesięcznych oraz rocznych raportów okresowych (druk raportu w załączniku).

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Ich zmiana w trakcie kolejnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, będzie dobrym odzwierciedleniem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych oraz świadomości społeczeństwa w zakresie znaczenia profilaktyki stomatologicznej.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Ten element zostanie przeprowadzony poprzez specjalistyczną ocenę dokonaną przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie stomatologii. Ocenie podda się całość programu zdrowotnego ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w zakresie możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorować koordynator programu.

Jakość świadczeń w ramach programu będzie bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz pozostanie dostępny dla wszystkich uczestników akcji z możliwością jego wypełnienia i umieszczenia w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta ma formę anonimową. Kwestionariusze będą okresowo zbierane i analizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia z świadczonych usług stomatologicznych.

W razie potrzeby, w trakcie realizacji programu, zostanie przeanalizowana zmiana wskaźników intensywności próchnicy PUW. Działanie to będzie stanowiło uzupełnienie procesu oceny jakości wykonywanych świadczeń.

c. Ocena efektywności programu

Podstawowymi elementami poddanymi analizie będzie:

- liczba mieszkańców, którzy wezmą udział w programie;
- liczba nowych rozpoznań próchnicy w poszczególnych grupach wieku;
- zmiana wartości wskaźnika PUW;
- zmiana stopnia bezzębności wśród osób dorosłych.

Trwałe obniżenie liczby rozpoznań próchnicy oraz wskaźnika PUW może być trudne do zaobserwowania w krótkim (np. rocznym) okresie. Oczekuje się, że tendencja ta będzie miała charakter długofalowy. Pewne znaczenie dla oceny efektywności programu mają również statystyki ogólnopolskie.

7. Okres realizacji programu

Program planowany jest na okres 2015–2018. W poszczególnych latach do akcji będą zapraszane kolejne osoby wchodzące w wiek kwalifikujący je do wzięcia udziału w tym przedsięwzięciu.

8. Bibliografia

1. World Health Organization, <http://www.who.int/en>, [data dostępu: 19 09 2014].
2. Kaczmarek U. „Aspekt bakteryjny próchnicy zębów mlecznych”, *Dent Med Probl.* 2004;41(3):509–514.
3. Wal-Moteka A, Stańczak-Sionek D, Sosnowska-Boroszko A. „Problem prognozowania próchnicy wczesnej u dzieci – doniesienia wstępne”, *Nowa Stomat.* 1999;4:1–10.
4. Szczepańska J. „Prognozowanie występowania próchnicy u dzieci w oparciu o wiloaspektową analizę czynników ryzyka- część II”. *Nowa Stomat.* 2002;7(2):102–107.
5. Pawka B, Dreher P, Herda J i wsp. „Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym”. *Probl Hig Epidemiol.* 2010;91(1):5–7.
6. „Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015”. Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15.05.2007 r.
7. Opinia Prezesa AOTM nr 27/2013 z dnia 18 lutego 2013 r.
8. Minister Zdrowia. *Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013–2015*. Program na lata 2013–2015.
9. Najwyższa Izba Kontroli. *Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych*. Nr ewid. 131/2013/P/12/124/K z dnia 02.07.2013 r..
10. Wierzbicka M, Kaczmarek U. „Trend choroby próchnicowej u 12-letnich dzieci na podstawie badań monitoringowych stanu zdrowia jamy ustnej. Czy polskie dzieci mają szanse na osiągnięcie narodowego i europejskiego celu zdrowia jamy ustnej?”, *Dent Med Probl* 2009;46(2),149–156.
11. Jodkowska E, Wierzbicka M, Strużycka I, Rusyan E. „Polish public programme of dental caries prevention in children aged 6, 12 and 18 years in 2012”, *Przegl Epidemiol.* 2014;68:45–52.
12. Hilt A, Rybarczyk-Townsend E, Lubowiedzka-Gontarek B, Wochna-Sobańska M. „Problemy zdrowotne jamy ustnej 35–44-letnich mieszkańców województwa łódzkiego”, *Przegl Epidemiol.* 2012;66:133–138.
13. Global Oral Health – CAPP, <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/regions.html> [data dostępu: 19 09 2014].
14. Koposova N, Eriksen HM, Widström E et al. „Caries prevalence and determinants among 12-year-olds in North-West Russia and Northern Norway”, *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journa.* 2013;15:3–11.

15. Markovic M, Muratbegovic AA, Kobaslija S et al. „Caries prevalence of children and adolescents in Bosnia and Herzegovina”, *Acta Medica Academica* 2013;42(2):108–116.
16. Eustaquio MV, Montiel JM, Almerich JM. „Oral health survey of the adult population of the Valencia region (Spain)”, *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(3):538–544.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. DzU nr 140, poz. 1144.
18. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. „Global goals for oral health 2020”, *Int Dent J*. 2003;53:285–288.
19. Health21. *The health for all policy framework for the WHO European Region*, Copenhagen: World Health Organization Regional Office in Europe, 1999.
20. WHO FDI. „Global goals for oral health in the year 2000”, *FDI Int Dent J*. 1982;32: 74–77.
21. „Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015”. Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15.05.2007 r.
22. *Strategia Zdrowotna dla gminy Kleszczów na lata 2014–2018*, ThinkMed, Warszawa: 2013.
23. Woynarowska B, Oblacińska A. „Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne”, *Studia BAS*. 2014;2(38):41–64.
24. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883.
25. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654.
26. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381.
27. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679.
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r. Nr 0, poz. 739.
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896.
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2014 r., poz. 177.

31. *Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie szczotkowania zębów przez dzieci w przedszkolach*, p.o. Głównego Inspektora Sanitarnego Marek Posobkiewicz Warszawa 2013.
32. Medonet. „Z próchnicą walczy się od pierwszego zęba”, <http://www.medonet.pl/zdrowie-na-co-dzien,artykul,1664555,2,z-prochnica-walczy-sie-od-pierwszego-zeba,index.html> [data dostępu: 23.10.2014].
33. Medonet. „Z próchnicą walczy się od pierwszego zęba” <http://www.medonet.pl/zdrowie-na-co-dzien,artykul,1664555,1,z-prochnica-walczy-sie-od-pierwszego-zeba,index.html> [data dostępu: 12.10.2014].
34. Stomatologia News. „Polscy eksperci na rzecz zdrowia jamy ustnej” <http://stomatologianews.pl/polscy-eksperci-rzecz-zdrowia-jamy-ustnej/> [data dostępu: 23.10.2014].
35. PTS. „Konsensus grupy ekspertów pod auspicjami Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej w sprawie promocji zdrowia jamy ustnej i profilaktyki fluorkowej próchnicy zębów”, Warszawa 2004, <http://www.portalpts.pl/Index.aspx?sid=30> [data dostępu: 19.10.2014].].
36. Goncerz G, Tomaszewska IM. „Miejscowe stosowanie fluoru w prewencji próchnicy zębów. Zalecenia American Dental Association”, *Med Prakt Stom.* 2014;2, <http://www.mp.pl/artykuly/105096> [data dostępu: 23.10.2014].
37. Korpowicz E, Jasiński P. „Wskazania do uszczelniania bruzd i zagłębień anatomicznych zębów w świetle współczesnej literatury”, *Nowa Stom.* 2013;4:175–179.
38. AOTM. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 55/2014 z dnia 22 kwietnia 2014 r. o projekcie programu. „Program profilaktyki próchnicy zębów, skierowany do dzieci z klas I-VI ze szkół Pruszcza Gdańskiego, realizowany przez Gminę Miejską Pruszcza Gdański w 2014 roku”.
39. Jodkowska E. „Uszczelnianie bruzd zębów bocznych jako jedna z metod współczesnej profilaktyki próchnicy”, *Czas Stomat.* 2005;LVIII(6):428–435.
40. WHO. *Fluorides and oral health: Report of a WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use*, WHO Technical Report Series 846. WHO: Geneva, 1994.
41. Kimmelman B. „Fluoride is there a limit, Compendium Contin”, *Educ Dent.* 1995;16(4):376–386.
42. Weyna E, Buczkowska-Radlińska J, Grocholewicz K. „Bezpieństwo profilaktyki fluorkowej w świetle wiedzy studentów i lekarzy oraz dowodów naukowych”, *Czas Stomat.* 2005;LVIII(6):397–403.
43. Muhler JC, Radike AW, Nergall WH i wsp. „The effect of a stannous fluoride containing dentifrices on caries reduction in children”, *J Dent Res.* 1954;33:606–612.

44. Finn SB, Jamison HC. „A comparative clinical study of three dentifrices”, *J Dent Child*. 1963;30:17–25.
45. Marthaler TM. „Caries-inhibition after seven years of unsupervised use of an amine fluoride dentifrices”, *Br Dent J*. 1968;124:510–515.
46. Ericsson Y, „Fluorides in dentifrices. Investigations using radioactive fluorine”, *Acta Odontol Scand*. 1961;19:41–77.
47. Cahen PM, Frank RM, Turlot JC i wsp. „Comparative unsupervised clinical trial on caries inhibition effect of monofluorophosphate and amine fluoride dentifrices after 3 years in Strasburg, France”, *Community Dent Oral Epidemiol*. 1982;10:238–241.
48. Johnson MF. „Comparative efficacy of NaF and SMFP dentifrices in caries prevention: a meta-analytic overview”, *Caries Res*. 1993;27:328–336.
49. Gunay H, Dmoch-Bockhorn K, Gunay Y i wsp. „Effect on caries experience of a long-term preventive program for mothers and children starting during pregnancy”, *Clin Oral Invest*. 1998;2:137–142.
50. „Program Profilaktyki Zdrowotnej na lata 2009–2013 w Gminie Kleszczów”, Zał. nr 1 do Uchwały Nr XXXIV/354/09 Rady Gminy Kleszczów z dnia 18.06.2009 r.
51. AOTM. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 27/2013 z dnia 18 lutego 2013 r. o projekcie programu „Program profilaktyki stomatologicznej dla dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie gminy Aleksandrów”.
52. AOTM. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 293/2013 z dnia 10 grudnia 2013 r. o projekcie „Program profilaktyki stomatologicznej prowadzony w latach 2013–2015 obejmujący dzieci z gminy Brwinów w wieku 6–9 lat”.
53. AOTM. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 131/2012 a dnia 16 lipca 2012 o projekcie programu „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci z rocznika 2003 na terenie gminy miejskiej Łaziska Górne”.
54. AOTM. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 294/2013 z dnia 10 grudnia 2013 r. o projekcie „Program profilaktyki próchnicy dla dzieci miasta Katowice”.
55. AOTM. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 292/2013 z dnia 10 grudnia 2013 r. o projekcie „Program profilaktyki antynikotynowej oraz zapobiegania próchnicy u uczniów klas III szkół gimnazjalnych na terenie Mysłowic”.

9. Załączniki:

a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń

PIECZĘĆ/NAZWA JEDNOSTKI

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ STOMATOLOGICZNYCH NA RZECZ MIESZKAŃCÓW GMINY KLESZCZÓW

1. Sprawozdanie

- ☐ miesięczne, za miesiąc
- ☐ roczne, za rok

2. Liczba przyjętych pacjentów

w tym

–przyjętych poza kolejnością „z bólem”

3. Chirurgia

- Ekstrakcja zęba w znieczuleniu
- Nacięcie i odbarczenie jamy ropnia
- Toaleta jamy ropnia i zębodołu
- Kontrola po zabiegu, usunięcie szwów

4. Stomatologia zachowawcza

- Opatrunek leczniczy (zęby stałe)
- Wypełnienie

5. Endodoncja

- Dewitalizacja miazgi
- Opatrunek endodontyczny
- Wypełnienie kanału

6. Stomatologia dziecięca

- Wizyta adaptacyjna
- Ekstrakcja zęba mlecznego w znieczuleniu
- Lakowanie
- Lakierowanie
- Wypełnienie ostateczne zęba mlecznego

7. Profilaktyka

- Badanie stomatologiczne, konsultacja chirurgiczna,
konsultacja protetyczna
- Usunięcie kamienia i osadu (scaling,
polerowanie powierzchni, profilaktyka fluorkowa)

8. Uwagi:

.....
...

.....
Data

.....
Podpis

b. Ankieta satysfakcji

ANKIETA SATYSFAKЦИИ PACJENTA

STOMATOLOGIA

1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w gabinecie?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
a. <i>Możliwość telefonicznego połączenia z gabinetem</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
a. <i>Troska o pacjenta w trakcie rozmowy</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. <i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. <i>Kompetentna informacja</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w gabinecie?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
a. <i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. <i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. <i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. <i>Punktualność</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w gabinecie?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
a. <i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. <i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. <i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. <i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w gabinecie?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Inne uwagi

.....

.....

.....

.....

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

c. Zgoda na udział w badaniu stomatologia – dzieci

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE PROFILAKTYCZNYM

dotycząca programu profilaktyki stomatologicznej

DZIECI

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu profilaktycznego oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mojego dziecka w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, iż w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w jego dalszej części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział mojego dziecka w szczepieniu 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 profilaktycznego zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z 29.08.1997).

Opiekun prawny pacjenta:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia podpisu
(ręką opiekuna prawnego pacjenta)

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. program z pacjentem lub/i opiekunem prawnym pacjenta(ki), używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. programu.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia podpisu

ORYGINAŁ

d. Zgoda na udział w badaniu stomatologia – dorośli

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE PROFILAKTYCZNYM

dotycząca programu profilaktyki stomatologicznej

OSOBY DOROSŁE

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu profilaktycznego oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, iż w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w jego dalszej części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w ww. programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych w uzyskanych w trakcie programu profilaktycznego zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z 29.08.1997).

Pacjent:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia podpisu
(ręką pacjenta)

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. program profilaktyczny z pacjentem(ką), używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. programu.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia podpisu

ORYGINAŁ