

Załącznik
do uchwały Nr XXI/358/11
Rady Miejskiej w Łodzi
z dnia 14 września 2011 r.

Podstawowym schorzeniem jamy ustnej jest próchnica zębów, polegająca na progresywnym procesie demineralizacji i rozpadu tkanek twardych zęba, prowadzącym do tworzenia się ubytku. Ze względu na rozpowszechnienie, skutki ogólnozdrowotne oraz cierpienia spowodowane powikłaniami próchnicy, a także wynikające z tego straty ekonomiczne, próchnicę zaliczono do chorób społecznych.

prof. dr hab. Magdalena Wochna-Sobańska
lek. med. Joanna Kopcińska

**Miejski Program Profilaktyki Próchnicy dla Dzieci i Młodzieży
do 18 roku życia.**

ŁÓDŹ, Wrzesień 2011

SPIS TREŚCI

1. PRZEDMIOT PROGRAMU
2. UZASADNIENIE POTRZEBY REALIZACJI PROGRAMU
3. CELE PROGRAMU
4. GRUPA DOCELOWA
5. HARMONOGRAM CZASOWY REALIZACJI PROGRAMU
6. SZCZEGÓŁOWY ZAKRES PROCEDUR PRZEWIDZIANYCH W PROGRAMIE
7. ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ
8. SYSTEM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ
9. MONITOROWANIE I EWALUACJA
10. PRZEWIDYWANE REZULTATY PROGRAMU
11. POTRZEBY ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ PROGRAMU
12. KALKULACJA FINANSOWA REALIZACJI PROGRAMU

1. PRZEDMIOT PROGRAMU

Przedmiotem programu jest przeprowadzenie lakowania drugich zębów trzonowych stałych (siódemki) u dzieci w 12-13 roku życia z wysokim ryzykiem próchnicy oraz podjęcie działań edukacyjnych podnoszących świadomość prozdrowotną kobiet w ciąży uświadamiających m.in. o konieczności pierwszej wizyty u stomatologa pomiędzy 6 a 12 miesiącem życia dziecka.

2. UZASADNIENIE POTRZEBY REALIZACJI PROGRAMU

Jak wynika z analiz Światowej Organizacji Zdrowia, od początku lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia, w wielu krajach daje się zauważyć spadek zachorowalności na próchnicę. W krajach europejskich takich jak Dania, Finlandia, Norwegia, Szwecja, Holandia, Wielka Brytania, Austria i Szwajcaria średnia liczba zębów z próchnicą u dziecka 12-letniego jest niższa od 1, w Niemczech i Francji mieści się w przedziale od 1 do 2. Badania epidemiologiczne prowadzone w Łodzi wykazują, że próchnica jest nadal poważnym problemem zdrowotnym dzieci i młodzieży, a 12-latkę łódzkie mają średnio ponad dwa zęby stałe z próchnicą.

Czynniki ryzyka wystąpienia choroby próchnicowej takie jak: niski status społeczno-ekonomiczny społeczeństwa, złe nawyki higieniczno-żywniowe, niska świadomość prozdrowotna matek małych dzieci, śladowy poziom fluoru w wodzie pitnej, sprawiają, że próchnica pojawia się u dzieci już w drugim roku życia i częstość oraz intensywność jej występowania wzrasta wraz z wiekiem. Dziecko 6-letnie ma już średnio cztery zęby mleczne z próchnicą i pojawia się ona w wyrzynających się w tym wieku pierwszych zębach trzonowych stałych. W kolejnych latach życia dzieci, wobec braku należytej troski o uzębienie, nieprzestrzegania systematycznych wizyt kontrolnych i profilaktycznych, ulegają próchnicy kolejne zęby stałe, co sprawia, że statystyczny 18-latek ma ponad 8 zębów z próchnicą.

W planowaniu działań profilaktycznych wykorzystywana jest wiedza na temat etiologii próchnicy. Ponieważ wiadomo, że próchnica jest chorobą pochodzenia bakteryjnego i że bakteriami próchnicotwórczymi zakaża dziecko przede wszystkim matka, jest niezwykle ważne zatem, aby posiadała odpowiednią wiedzę na temat możliwości zmniejszenia ryzyka tego zakażenia. **Konieczne jest w związku z tym działanie podnoszące świadomość prozdrowotną kobiety w ciąży oraz przekonanie jej, że na pierwszą wizytę u stomatologa powinna zgłosić się z dzieckiem pomiędzy 6 a 12 miesiącem życia.** Kolejne wizyty powinny odbywać się co 3-6 miesięcy, aby można było skontrolować realizację zaleceń higienicznych i żywieniowych oraz stan uzębienia z uwzględnieniem wykrywania wczesnych zmian próchnicowych (w stadium przedubytkowym). Możliwe jest bowiem w takich przypadkach nieinwazyjne (bez użycia wiertła) leczenie próchnicy.

Propozycje działań profilaktycznych powinny być dostosowane do wieku dzieci. Biorąc pod uwagę rozwój jamy ustnej, chronologię ząbkowania oraz możliwości organizacyjne, należałoby podzielić dzieci na następujące grupy wiekowe:

- 0. - okres prenatalny i pierwszy rok życia
- I. - od 2 do 7 roku życia (żłobek, przedszkole) – zęby mleczne i pierwsze trzonowe stałe
- II. - od 8 do 12 roku życia (szkoła podstawowa) – uzębienie mieszane, pojawiają się drugie zęby trzonowe stałe
- III. - od 13 do 18 roku życia (gimnazjum i liceum) – uzębienie stałe

Grupa 0 – okres prenatalny

W trzecim trymestrze ciąży, przyszła matka, niezależnie od ewentualnego leczenia stomatologicznego, powinna odbyć wizytę profilaktyczną ukierunkowaną na zdrowie jamy

ustnej mającego się urodzić dziecka. Powinna poznać podstawowe zagadnienia z zakresu rozwoju jamy ustnej i zębów, zasady zdrowego dla uzębienia odżywiania oraz higieny jamy ustnej. Powinna zostać przekonana o celowości odbycia pierwszej wizyty z dzieckiem u dentysty w okresie pomiędzy 6 a 12 miesiącem życia dziecka.

Grupa I – od 2 do 7 roku życia

U dzieci od 2 do 7 roku życia wskazane jest zdrowe odżywianie bez nadmiaru słodczy. Ważne jest wyeliminowanie pojadania pomiędzy posiłkami i pojenia za pomocą smoczka. Konieczne jest nadzorowane przez rodziców szczotkowanie zębów pastami fluorkowymi (minimum 2 razy dziennie).

NFZ zapewnia w ramach świadczeń gwarantowanych:

1. Badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy.
2. Usunięcie złogów nazębnych 1 raz w okresie 12 miesięcy.
3. Lakowanie bruzd zębów szóstych – 1 raz do ukończenia 7 roku życia.
4. Lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej niż 1 raz na kwartał.

Ponadto w wykazie profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci do ukończenia 2 roku życia, 4 roku życia, 5 roku życia, 6 roku życia znajdują się następujące procedury profilaktyczne:

1. Ocena stanu uzębienia (PUW).
2. Kontrola higieny jamy ustnej.
3. Profilaktyka profesjonalna próchnicy, w tym fluorkowa przy braku przeciwwskazań.

Wymienione wyżej procedury gwarantowane przez NFZ, aby wpłynąć na stan uzębienia powinny być wykorzystywane przez dzieci, co nie jest oczywiste dla ich rodziców i opiekunów. Zgłaszalność dzieci na wizyty profilaktyczne jest niestety niewielka. Wydaje się zatem, że w wieku do 6 roku życia korzystne byłoby wprowadzenie programu profilaktycznego do przedszkoli. Dzieci powinny otrzymać szczotki do zębów, które powinny być przechowywane w odpowiedni sposób. Na początku lekarz dentysta przeprowadza badanie uzębienia i ocenia higienę jamy ustnej, następnie w małych grupkach po 5-10 osób przeprowadza instruktaż szczotkowania zębów, a następnie dzieci z pomocą wychowawczyń czyszczą zęby. Szczotkowanie zębów powinno być przeprowadzane codziennie, po obiedzie.

Grupa II – dzieci od 8 do 12 roku życia

Podobnie jak u młodszych dzieci, wskazane jest zdrowe odżywianie bez nadmiaru słodczy. W szkołach podstawowych realizowany jest program nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi: 6 razy do roku, co 6 tygodni, przy czym prowadzony jest instruktaż dotyczący higieny i odżywiania.

NFZ zapewnia w ramach świadczeń gwarantowanych podobnie jak u młodszych dzieci:

1. Badanie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy.
2. Usunięcie złogów nazębnych 1 raz w okresie 12 miesięcy.
3. Lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej niż 1 raz na kwartał.

Ponadto w wykazie świadczeń profilaktycznych znajduje się ocena stanu uzębienia (PUW), kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej oraz profesjonalna profilaktyka fluorowa – w okresach: do 10, 12, 13, 16, 19 roku życia.

Najskuteczniejszą metodą zapobiegania próchnicy w bruzdach i zagłębieniach na powierzchniach żujących zębów trzonowych i przedtrzonowych jest lakowanie zębów. Ograniczenie możliwości lakowania zębów do wyłącznie zębów 6 do 7 roku życia nie jest uzasadnione ze względów zdrowotnych ani ekonomicznych.

Lakowanie zębów 6 powinno być prowadzone co najmniej do 8 roku życia z możliwością „dolakowywania” w przypadkach utraty laku. Ten problem był wzięty pod uwagę w programie profilaktycznym realizowanym od 2 lat w ograniczonym zakresie, z funduszu Urzędu Marszałkowskiego.

Lakowanie zębów 6 prowadzone od kilku lat w Łodzi, pomimo ograniczonego zasięgu wpłynęło na obniżenie wartości wskaźników intensywności próchnicy u dzieci 12-letnich.

Grupa III – wiek 12 – 18 lat

Aby obniżyć intensywność próchnicy u dzieci starszych należy wprowadzić lakowanie zębów 7, które wyrzynają się w 12 roku życia i właśnie ich stan powoduje, że wskaźniki intensywności próchnicy u 18-latków są tak wysokie.

Dodatkowy program profilaktyki próchnicy dla dzieci powinien zawierać lakowanie zębów trzonowych i ewentualnie przedtrzonowych, przy wysokim ryzyku próchnicy.

Zabezpieczenie bruzd w zębach trzonowych (lakowanie) u dzieci powinno obejmować:

1. Pierwsze zęby trzonowe stałe (szóstki) u dzieci w wieku 6 – 8 lat.
2. Drugie zęby trzonowe stałe (siódemki) u dzieci 12 – 13 lat.

3. CELE PROGRAMU

Celem programu jest obniżenie wartości wskaźników próchnicy u dzieci i młodzieży w 18 roku życia i zwiększenie odsetka dzieci i młodzieży ze zdrowym uzębieniem i przyzębiem oraz podniesienie świadomości zdrowotnej dzieci i ich rodziców i zmiana zachowań prozdrowotnych, co w konsekwencji może doprowadzić do zmniejszenia kosztów związanych z leczeniem.

4. GRUPA DOCELOWA

Grupę docelową będą stanowić dzieci w 12-13 życia oraz kobiety w ciąży. Według danych statystycznych uzyskanych z Wydziału Edukacji Urzędu Miasta Łodzi zarejestrowanych jest 4481 dzieci urodzonych w 1998 roku.

5. HARMONOGRAM CZASOWY REALIZACJI PROGRAMU

Program będzie prowadzony w latach: 2012-2014.

6. SZCZEGÓŁOWY ZAKRES PROCEDUR PRZEWIDZIANYCH W PROGRAMIE

- 6.1. Rozpropagowanie i nagłośnienie programu - zapoznanie rodziców, dzieci oraz nauczycieli z założeniami programu.
- 6.2. Uzyskanie zgody od rodzica/opiekuna prawnego na uczestnictwo dziecka w programie.
- 6.3. Wykonanie profilaktycznego badania stomatologicznego.
- 6.4. Przeprowadzenie lakowania zębów trzonowych stałych (siódemki) wraz z badaniami stomatologicznymi zgodnie z warunkami realizacji programu.
- 6.5. Edukacja prozdrowotna kobiet w ciąży w zakresie rozwoju jamy ustnej, zasad zdrowego dla uzębienia żywienia oraz higieny jamy ustnej.

7. ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

- 7.1. Lakowanie zębów trzonowych stałych (siódemki) przy wysokim ryzyku próchnicy będzie prowadzone wraz z badaniami stomatologicznymi określającymi stan zdrowia jamy ustnej z oceną PUW dla zębów stałych.
- 7.2. Badanie stomatologiczne przeprowadzane będzie w miejscu udzielania świadczeń określonym w umowie podpisanej przez realizatora z Wydziałem Zdrowia UMŁ.

- 7.3. Wynik badania stomatologicznego wpisany zostanie do Indywidualnej Karty Profilaktycznego Badania Stomatologicznego. Jeden z dwóch egzemplarzy karty zostanie przekazywany rodzicom lub opiekunom prawnym badanego ucznia.
- 7.4. Realizator programu finansuje koszt preparatu stosowanego w profilaktyce próchnicy zębów.
- 7.5. Badania profilaktyczne będzie prowadził lekarz dentysta ze specjalizacją w zakresie stomatologii dziecięcej, zachowawczej lub ogólnej. Program będzie realizowany przez świadczeniodawców wyłonionych w drodze przetargu spełniających wymagania określone przez Wydział Zdrowia UMŁ.
- 7.6. Realizatorzy programu muszą spełniać wymagania określone w szczególności w ustawie o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654)

8. SYSTEM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

- 8.1. W trzyletnim programie profilaktyki stomatologicznej na lata 2012-2014 przewidziano finansowanie świadczeń na zasadzie stawki kapitacyjnej na dziecko objęte programem.
- 8.2. Stawka kapitacyjna jest wynikiem ilorazu środków finansowych przeznaczonych na realizację programu i liczby dzieci objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.
- 8.3. Przewiduje się zawarcie trzyletnich umów z realizatorami programu.

9. MONITOROWANIE I EWALUACJA

- 9.1. Określenie liczby dzieci w 12-13 roku życia mieszkańców miasta Łodzi uczestniczących w programie.
- 9.2. Zestawienie liczby dzieci w 12- 13 roku życia uczestniczących w programie z łączną liczbą dzieci w tym wieku mieszkających w Łodzi.
- 9.3. Ocena zmian wskaźników intensywności próchnicy (PUW) w trakcie realizacji programu.

10. PRZEWIDYWANE REZULTATY PROGRAMU

- 10.1. Obniżenie wartości wskaźników próchnicy u dzieci i młodzieży w 18 roku życia.
- 10.2. Zmniejszenie kosztów związanych z leczeniem.
- 10.3. Podniesienie świadomości zdrowotnej dzieci i ich rodziców.
- 10.4. Zwiększenie odsetka dzieci i młodzieży ze zdrowym uzębieniem i przyzębiem.

11. POTRZEBY ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ PROGRAMU

- 11.1. Opracowanie i druk materiałów informacyjnych i edukacyjnych dla pacjentów.
- 11.2. Środki potrzebne dla placówek na realizację programu i na wynagrodzenie dla personelu.