

Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010-2012

Minister Zdrowia

Program na lata 2010-2012

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz 1027, z późn. zm.)

Warszawa, 30 czerwiec 2010 r.

II. Streszczenie

Cel główny badań:

- ocena stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci oraz osób dorosłych.
- badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych warunkujących stan zdrowia stwierdzony w ww. badaniach stomatologicznych.

Cele szczegółowe badań:

- określenie stanu i tendencji próchnicy oraz wielkości i stopnia zaspokojenia potrzeb leczniczych dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym jak również osób dorosłych.
- określenie odsetków populacji dzieci w wieku 6 i 12 lat objętych programami profilaktycznymi, rodzaju i zakresu stosowanych programów jak również ich realizatorów i źródeł finansowania.
- określenie stanu i potrzeb leczenia przyzębia u dzieci szkolnych i osób dorosłych
określenie barier ograniczających dostępność opieki stomatologicznej.

W roku 2010 badaniu poddane zostaną dzieci w wieku 6 i 12 lat oraz osoby dorosłe w wieku 35 – 44 lata.

W roku 2011 badane będą odpowiednio grupy dzieci w wieku 5, 7 i 15 lat.

W roku 2012 dzieci i młodzież w wieku 6, 12 i 18 lat.

Zgodnie z przyjętymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) zasadami monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej najmłodsze indeksowe grupy wiekowe populacji są badane w odstępach 2 lat, dorastająca młodzież oraz młodzież kończąca szkołę licealną w odstępach odpowiednio 3 i 5 lat. Wyznaczone odstępy czasu pomiędzy badaniami określonych grup wiekowych są związane z dynamiką procesu próchnicy zębów, która jest najwyższa u dzieci w okresie kilku lat po wyrżnięciu zębów i z upływem czasu ulega obniżeniu. Grupy osób dorosłych badane są w odstępach 7-10 letnich. W Polsce począwszy od roku 1987 stan zdrowia jamy ustnej osób dorosłych był oceniany w ramach programów finansowanych ze środków MZiOS/MZ w odstępach siedmioletnich.

Prowadzone badania epidemiologiczne i socjomedyczne będą miały zasięg ogólnopolski. Próby populacji każdego z regionów, wyłonione będą w losowaniu wielowarstwowym. Badania będą prowadzone wg zaleceń i w oparciu o kryteria klasyfikacji stanów klinicznych WHO (Oral Health Surveys. Basic Data. WHO Geneva 1997). Dodatkowo w grupie dzieci w wieku 12 lat pilotażowo zastosowane będą nowo opracowane i zweryfikowane w ramach programu Unii Europejskiej (UE) o nazwie European Global Oral Health Indicators Development (EGOHID), kryteria diagnostyczne umożliwiające wykrycie w przeglądowym badaniu epidemiologicznym dwóch początkowych i odwracalnych stadiów próchnicy, które

Ocena każdego systemu/podsystemu opieki zdrowotnej, w tym dentystycznego, koncentruje się głównie na skuteczności, tj. stopniu realizacji celów zdrowotnych, jakie przewidziano do osiągnięcia w określonym przedziale czasowym względem konkretnej populacji. WHO oraz trzy najpoważniejsze organizacje koncentrujące się na stanie zdrowia jamy ustnej: Światowa Federacja Dentystyczna, Światowa Federacja Wydziałów Dentystycznych Uniwersytetów Medycznych, Międzynarodowe Towarzystwo d/s Badań Stomatologicznych, biorąc pod uwagę rozwój społeczno-cywilizacyjny krajów europejskich oraz poziom samej dyscypliny medycznej jaką jest stomatologia przyjęły, że:

- w 2000 roku 50 % 6-letnich dzieci miało być wolnych od próchnicy, a w 2020 r. odsetek ten w krajach europejskich winien wynosić 80%,
- średnia liczba zębów dotkniętych próchnicą w populacji 12 letnich dzieci, która była ustalona na 2 zęby w 2000 roku, zostanie w 2020 roku zredukowana do 1.5 zęba.

Rok 2010 jest półmetkiem w tym relatywnie długim przedziale czasowym (2000-2020), co obliguje do postawienia dwóch pytań badawczych:

- jakie są szanse na osiągnięcie przez polski system opieki dentystycznej w roku 2020 tych bardzo konkretnych celów zdrowotnych?

- jakie programy profilaktyczne winny być wdrożone w celu poprawy obecnej sytuacji w zakresie stanu zdrowia jamy ustnej?

Pytanie pierwsze, dotyczące głównie zapadalności na próchnicę i jej przebiegu, stawiane jest nie tylko przez organizatorów opieki stomatologicznej szczebla krajowego i wojewódzkiego (regionalnego) każdego kraju europejskiego, ale również na poziomie międzynarodowym przez instytucje i gremia z poza dyscypliny jaką jest stomatologia. Analiza dynamiki chociażby takiego zjawiska jak zapadalność na próchnicę i skuteczność jej leczenia jest bardzo czułym wskaźnikiem nie tylko funkcjonowania samego systemu opieki dentystycznej, ale jest również odzwierciedleniem szeregu trudno mierzalnych zjawisk natury społecznej, ekonomicznej, organizacyjnej czy kulturowej wykraczających daleko poza system opieki dentystycznej.

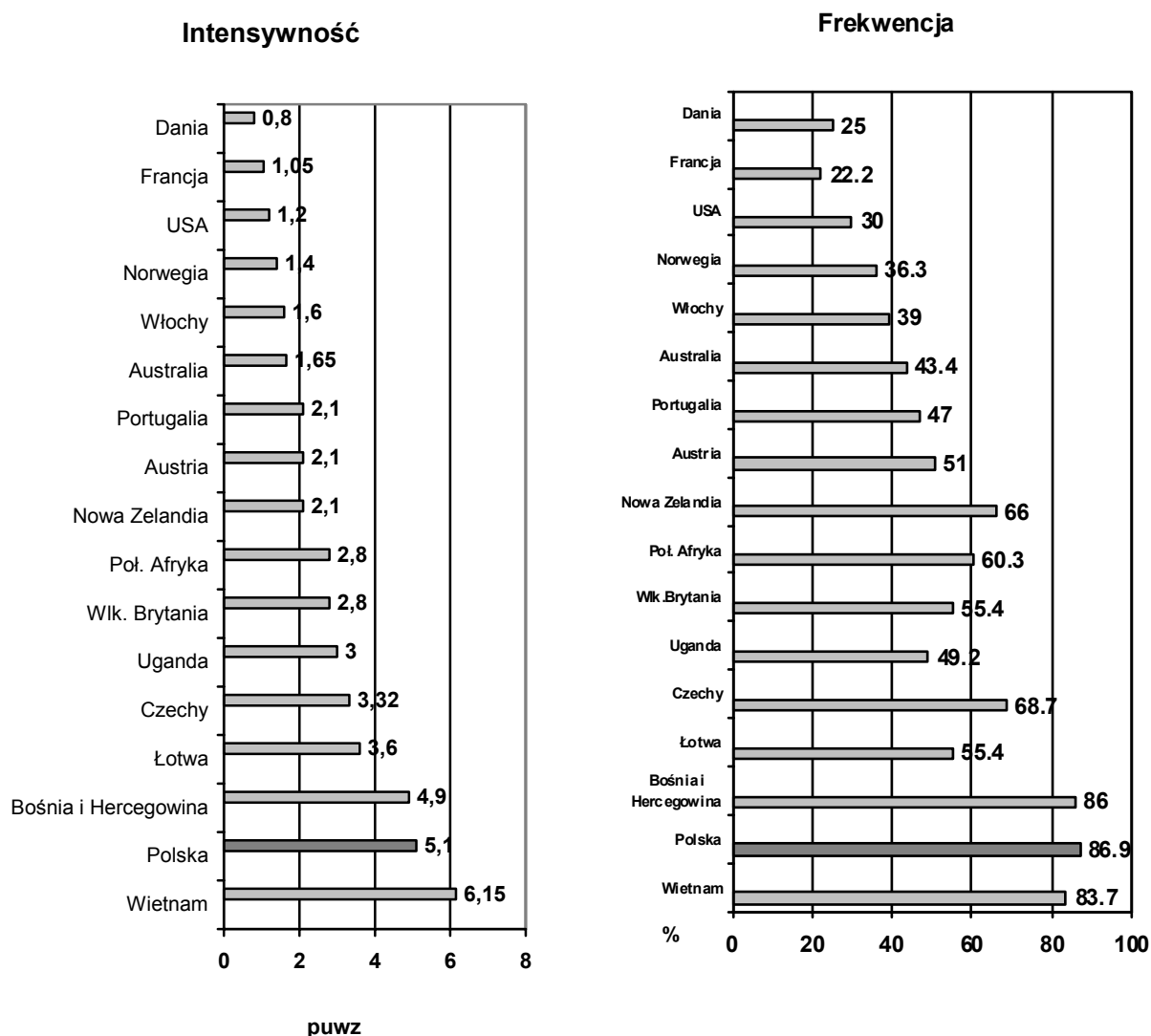
Próchnica zębów jest bowiem wymieniana obok choroby niedokrwiennej serca, nowotworów, cukrzycy II typu czy alergii jako współczesna poważna choroba cywilizacyjna - silnie warunkowana, z jednej strony, stylem życia, z drugiej czynnikami systemowymi i środowiskowymi.

Właśnie obok takich wskaźników jak: średnia długość trwania życia, umieralność niemowląt, zapadalność na gruźlicę, HBV, czy HIV/AIDS – wskaźniki określające

próchnicę zębów są bardzo czułymi (mierzalnymi) miernikami rozwoju społeczno-cywilizacyjnego i kulturowego danego kraju. Np. informacja o tym, że statystyczne polskie 6 letnie dziecko posiada ponad 5 zębów zaatakowanych próchnicą (z czego tylko jeden jest wyleczony) jest coraz częściej publikowana przez światową literaturę pediatryczną, ekonomiczną i społeczną, koncentrującą się na niskiej skuteczności systemów opieki zdrowotnej w takich krajach jak Białoruś, Litwa, Łotwa, Polska czy Ukraina (ryc. 1).

System monitorowania stanu zdrowotnego jamy ustnej, zgodnie z poleceniem Biura Regionalnego Organizacji Zdrowia dla Europy w latach przy współudziale konsultantów Światowej Organizacji Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia wdrożyło w latach 1997 – 1998. Badaniem epidemiologicznym obejmowane są wskaźnikowe grupy wiekowe (zgodnie z harmonogramem WHO) oraz inne podgrupy wiekowe populacji (np. w celu oceny skuteczności programu profilaktyki stomatologicznej). Przedmiotowy system realizowany był w latach 1998 – 2003 jako program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia, w latach 2004 – 2007 jako zadanie Ministra Zdrowia oraz powtórnie jako program Ministra Zdrowia w latach 2008 – 2009. W Polsce nikt nie prowadzi przekrojowych badań epidemiologicznych dotyczących całej populacji. Badania Ministerstwa Zdrowia są jedynymi, na których mogą oprzeć się organizatorzy ochrony zdrowia, które m. in. służą do oceny funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej oraz wskazania kierunków jego usprawnień.

Ryc. 1 Intensywność i frekwencja próchnicy u 6 letnich dzieci w Polsce na tle wybranych krajów.



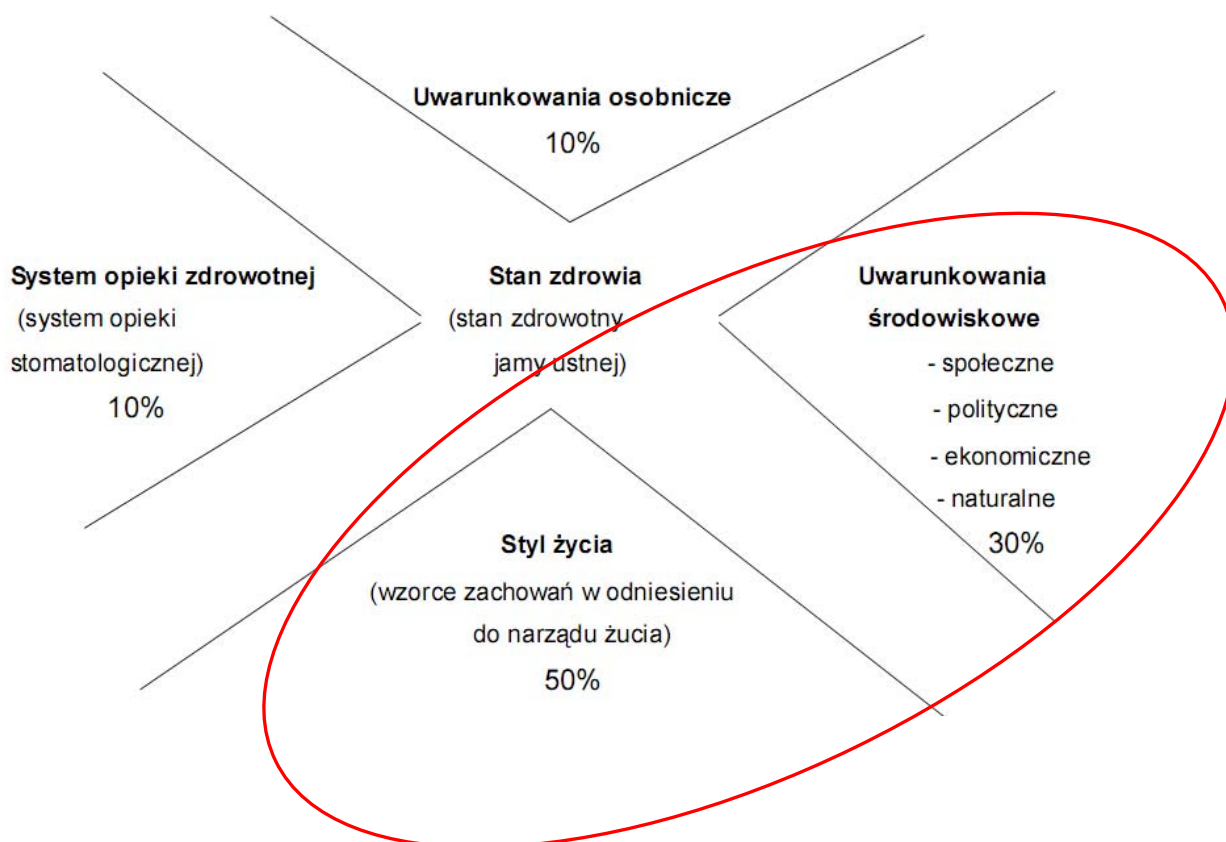
Źródła: WHO- Global Oral Data Bank 2000-2006 oraz dane z Ogólnopolskiego Monitoringu Stanu Jamy Ustnej i jego Uwarunkowań. 2008r. Wierzbiicka M i współ.

IV. Uzasadnienie

Wyniki dotychczasowych badań klinicznych nad stanem zdrowotnym jamy ustnej jednoznacznie wskazują na bardzo zły stan uzębienia w populacji 6-letnich dzieci oraz na nieco lepszą sytuację, aczkolwiek daleką od oczekiwanej, wśród 12 letnich uczniów. Z drugiej strony wiadomo, że ten stan rzeczy nie jest efektem ograniczonych zasobów kadrowych. Mianowicie Polska posiada jeden z wyższych w skali europejskiej, wskaźnik nasycenia lekarzami dentykami (ponad 4.5 /10 000 ludności). Wiadomo też, że stan zdrowia jamy ustnej, a szczególnie próchnica zębów jako klasyczna choroba cywilizacyjna, zależy nie od działań naprawczych lekarzy dentyków, ale od zachowań zdrowotnych jednostki i

szeroko rozumianych czynników systemowych przyczyniających się do funkcjonowania stomatologicznych programów profilaktycznych (ryc. 2).

Ryc. 2 Uwarunkowania powstania i przebiegu próchnicy (adaptacja „pól Lalonda”).



Źródła: Szatko F., *Społeczne uwarunkowania stanu zdrowotnego jamy ustnej*, Akademia Medyczna w Łodzi, 2001

Systematycznie prowadzony od 1997r. Ogólnopolski Monitoring Stanu Zdrowia Jamy Ustnej i Jego Uwarunkowań - jako jedyne badanie w Polsce nie tylko umożliwia ocenę kliniczną stanu uzębienia, ale identyfikuje również te bariery społeczne, ekonomiczne, organizacyjne i kulturowe, które warunkują wyżej przedstawioną sytuację epidemiologiczną. Inaczej mówiąc, wyniki monitoringu wskazują na konkretne działania jakie winny być podjęte przez decydentów szczebla krajowego i wojewódzkiego.

Celem praktycznym przedsięwzięcia jest opracowanie konkretnych propozycji rozwiązań reformatorskich, które mogą być wykorzystane przez Ministra Zdrowia i Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Środowiska i Ministerstwa Infrastruktury. Wspomniane rekomendacje uwzględniają m.in. obecne trudne realia ekonomiczne polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej umożliwia racjonalne obniżenie nakładów na opiekę zdrowotną i jest podstawą rozwoju właściwych relacji na poziomie kraju, regionu i społeczności lokalnych między organizatorem opieki zdrowotnej i jej odbiorcami. Jest warunkiem skutecznego i efektywnie ekonomicznego zarządzania ochroną zdrowia. Wyniki monitorowania stanu zdrowia populacji służą usprawnieniu i doskonaleniu opieki zdrowotnej i poprawie jakości życia. Stanowiska instytucji i organizacji międzynarodowych skupionych wokół Unii Europejskiej popierają jednoznacznie konieczność badania publicznych systemów zdrowia, rozwijania systemu gromadzenia informacji o zdrowiu jamy ustnej ludności i dokonywania ocen efektów implementacji nowych programów promocji zdrowia i zapobiegania chorobom jamy ustnej. W przeszłości gromadzone dane przyczyniły się w znacznym stopniu do poprawy zdrowia jamy ustnej w krajach wysoko rozwiniętych, w których były wykorzystywane m.in. do planowania opieki stomatologicznej i formułowania programów interwencyjnych.

Program będzie realizowany przy współpracy jednostki koordynującej z podmiotami regionalnymi (m.in. konsultantami regionalnymi, uczelniami prowadzącymi działalność dydaktyczno - naukową w zakresie nauk medycznych, stomatologami zatrudnionymi w placówkach zajmujących się epidemiologią stomatologiczną dla potrzeb swojego regionu).

Tym samym zdobyte przez jednostki regionalne doświadczenie może być wykorzystane w przyszłości do kontynuacji badań w skali kraju lub realizowania ich w mniejszym zakresie, w celu oceny lokalnej sytuacji epidemiologicznej oraz skuteczności działań prowadzonych na danym terenie w zakresie zdrowia jamy ustnej .

V Opis programu.

Proponowane badania są kontynuacją programu realizowanego w sposób ciągły od roku 1999.

Cele ogólne i szczegółowe:

Cel monitoringu prowadzonego w 2010 roku:

- stomatologiczna ocena stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci w wieku 6 i 12 lat oraz osób dorosłych w wieku 35- 44 lata,
- socjologiczne badanie identyfikujące czynniki (zjawiska) społeczne, ekonomiczne, organizacyjne i kulturowe warunkujące ten stan. W odniesieniu do dzieci 6-letnich tego rodzaju badaniem zostaną objęte ich matki.

Światowa Organizacja Zdrowia nadzorująca Monitoring Stanu Zdrowia Jamy Ustnej w poszczególnych krajach, pomimo głównej uwagi zorientowanej na populację wieku rozwojowego, wskazała na konieczność objęcia badaniami w Polsce w 2010 roku, osób w wieku 35-44 lata. Osoby z tego przedziału wiekowego nie były badane od 2002.

Socjoepidemiologiczne badania będą prowadzone wśród opiekunów dzieci w wieku 6 lat oraz wśród dzieci 12-letnich i osób w wieku 35-44 lata. Wymagana wysoka reprezentatywność wyników monitoringu obliguje do objęcia badaniami próby wylosowanej z każdego województwa, ponieważ stan jamy ustnej jest silnie determinowany m.in. czynnikami ekonomicznymi i kulturowymi – równie silnie zróżnicowanymi w poszczególnych województwach. Wielowarstwowe losowanie próby umożliwia również zróżnicowanie miasto/wieś. Wymogi analizy logicznej i statystycznej pozyskanych informacji nakazują, aby wielkość próby w poszczególnych grupach wiekowych nie była mniejsza niż 2900 osób.

Celem badań prowadzonych w roku 2011 będzie ocena stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań u dzieci w wieku 5, 7 i 15 lat jak również ocena potrzeb profilaktycznych i leczniczych tych grup wiekowych populacji. Natomiast badania prowadzone w roku 2012 będą miały na celu określenie stanu zdrowotnego i jego uwarunkowań oraz tendencji próchnicy i potrzeb leczniczych dzieci w wieku 6, 12 lat oraz młodzieży w wieku 18 lat.

Ocena kliniczna stanu zdrowia jamy ustnej badanych osób będzie prowadzona zgodnie z zaleceniami WHO i przy uwzględnieniu kryteriów proponowanych przez tę organizację (Oral Health Surveys. Basic Data. WHO Geneva 1997). Pilotażowo dokonana będzie w grupie dzieci 12-letnich ocena stanu klinicznego próchnicy z użyciem nowo opracowanych i ocenianych w ramach programu UE o nazwie EGOHID kryteriów diagnozowania próchnicy, które umożliwiają w epidemiologicznym badaniu przeglądowym wykrycie dwóch odwracalnych początkowych stadiów tej choroby. Przydatność wspomnianych kryteriów do stosowania w warunkach krajowych będzie dodatkowym przedmiotem analizy i oceny w roku 2010.

Badania kliniczne będą prowadzone w ujednoliconych warunkach przez osoby uprzednio szkolone i poddane kalibracji. Ponowne badanie 10% próby losowej zostanie podjęte w celu dodatkowej kontroli rzetelności ocen klinicznych osób prowadzących badanie stomatologiczne. Osobą organizującą i nadzorującą badania prowadzone w danym regionie będzie specjalista wojewódzki w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub dziecięcej.

Badane będą próby populacji wszystkich 16 województw wyłonione w losowaniu wielowarstwowym. Badania stanu zdrowia jamy ustnej prowadzone w latach 2009-2012

będą w odróżnieniu od badań prowadzonych w latach ubiegłych połączone z działalnością promocyjną zdrowia jamy ustnej. W wylosowanych miejscowościach po zakończeniu badania każdej z prób losowych przeprowadzona będzie prelekcja oraz demonstracja indywidualnych metod zapobiegania próchnicy zębów.

Szkolenie osób prowadzących badanie dzieci oraz osób dokonujących doboru próby do badań uwzględni cele i organizację prowadzonych badań, standardy diagnostyczne, kontrolę rzetelności badań, prowadzenie i przesyłanie dokumentacji, sposób rozliczania kosztów prowadzonych badań. Szczególny nacisk będzie położony na maksymalizację poziomu zgodności i powtarzalności ocen klinicznych zespołu prowadzonego badanie stomatologiczne. Zorganizowanych będzie 6 sesji kalibracyjnych dla lekarzy dentystów kandydujących do prowadzenia badania epidemiologicznego w terenie.

Uzyskane wyniki badań socjomedycznych i stomatologicznych będą analizowane statystycznie.

Wobec potrzeby zwiększenia efektów każdego ze współcześnie realizowanych przez MZ programów zdrowotnych poznawczych program monitoringu zdrowia jamy ustnej został uzupełniony o działalność promocyjną zdrowia i edukację zdrowotną. W każdej z wylosowanych miejscowości w dniu zakończenia badań będą w porozumieniu z władzami lokalnymi organizowane otwarte dla całej społeczności lokalnej spotkania z lekarzem dentystą i higienistką stomatologiczną/mgr zdrowia publicznego /pielęgniarką, na których zaprezentowane zostaną najważniejsze informacje dotyczące zdrowego stylu życia i indywidualnych, dostosowanych do wieku metod zapobiegania próchnicy i zapaleniom dziąseł. W ramach projektu przygotowane będą trzy ujednolicone zestawy wykładowo-demonstracyjne dla grup dzieci 6-letnich, 12-letnich oraz osób dorosłych, które zostaną przekazane 16 zespołom prowadzącym badania terenowe. Nie przewiduje się odrębnych opłat dla osób prowadzących szkolenia w miejscu badania.

Wszystkie dzieci w przedszkolach/szkołach, w których prowadzone będą badania będą mogły skorzystać zgłaszając się ze szczotką do zębów, z nadzorowanego szczotkowania zębów w ostatnim dniu badania.

Przewiduje się możliwość udostępniania szczotki do zębów dzieciom z rodzi ubogich, której ich zakup możliwy będzie ze środków pozyskanych od sponsorów lokalnych.

Prowadzone badania umożliwią ustosunkowanie się do następujących kwestii szczegółowych:

- określenie odsetka dzieci w wieku przedszkolnym bez klinicznych oznak próchnicy zębów - dzieci wolnych od tej choroby;

- określenie w roku 2010 nasilenia próchnicy zębów u dzieci w wieku 6 lat, a w latach następnych także u dzieci w wieku 5 i 7 lat;
- określenie stopnia zaspokojenia potrzeb leczenia zachowawczego próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym;
- określenie odsetka dzieci w wieku przedszkolnym objętego regularną opieką profilaktyczną w placówce oświatowej;
- określenie odsetka dzieci w wieku przedszkolnym objętych profilaktycznym zabiegiem uszczelniania bruzd międzyguzkowych i liczby zębów uszczelnionych;
- określenie w roku 2010 i w roku 2012 częstości występowania i nasilenia próchnicy zębów u dzieci w wieku 12 lat, a w roku 2011 w wieku 15 lat;
- określenie wartości wskaźnika leczenia zachowawczego próchnicy u tych dzieci;
- określenie w latach 2010 i 2012 wielkości potrzeb leczniczych dzieci w wieku 12 lat, a w roku 2011 dzieci w wieku 15 lat (odsetek dzieci wymagających wykonania wypełnień lub ekstrakcji zęba, średnia liczba zębów wymagających wypełnienia lub ekstrakcji u badanego dziecka, określenie rozległości wymaganych zabiegów, np. wypełnień jedno lub wielopowierzchniowych, leczenie endodontyczne, itp.);
- określenie odsetka dzieci szkolnych objętych różnego typu postępowaniem profilaktycznym (okresowym nadzorowanym szczotkowaniem zębów w szkole, uszczelnieniem bruzd międzyguzkowych);
- określenie w latach 2010 i 2012 odsetka dzieci w wieku 12 lat, a w roku 2011 w wieku 15 lat i w 2012 odsetka młodzieży w wieku 18 lat z zębami usuniętymi z powodu próchnicy;
- określenie aktualnej tendencji próchnicy w badanej grupie dzieci;
- określenie częstości występowania zapaleń dziąseł u dzieci w wieku 12 lat, a w kolejnych latach w wieku 15 lat i odpowiednio 18 lat i wielkości oraz rodzaju potrzeb leczniczych tej choroby u młodzieży kończącej szkołę podstawową oraz liceum;
- określenie liczby zachowanych zębów naturalnych u osób dorosłych w wieku 35-44 lata;
- określenie nasilenia próchnicy i stopnia zaspokojenia potrzeb leczenia zachowawczego tej choroby u osób dorosłych;
- określenie stanu i potrzeb leczenia przyzębia u osób dorosłych;
- określenie odsetków osób dorosłych z zachowaną funkcją żucia;
- określenie stanu i wielkości potrzeb leczenia protetycznego u osób dorosłych;
- określenie częstości występowania chorób błony śluzowej jamy ustnej u osób dorosłych w Polsce;

- określenie częstości występowania przypadków wymagających natychmiastowej interwencji w zakresie chorób jamy ustnej u osób dorosłych i dzieci;
- określenie rozkładu próchnicy i chorób przyzębia w populacji osób dorosłych w Polsce;
- określenie wielkości różnic w nasileniu próchnicy i występowaniu chorób przyzębia zależnych od lokalizacji miejsca zamieszkania oraz różnic pomiędzy regionami w kraju;
- określenie odsetków populacji osób dorosłych leczonych protetycznie przy pomocy protez stałych i częściowych ruchomych;
- określenie częstości występowania schorzeń stawu skroniowo-żuchwowego;

Szczegółowe cele badań socjomedycznych prowadzonych w kolejnych 3 latach obejmują:

W roku 2010

- określenie postaw i zachowań zdrowotnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej u osób dorosłych w wieku 35-44 lata;
- ocenę osiągalności i wykorzystania systemu opieki stomatologicznej w grupie osób dorosłych o utrwalonych wzorcach zachowań i ujawnionych zapaleniach przyzębia oraz potrzebach ich leczenia, osób w wieku optymalnej aktywności zawodowej;
- określenie stanu świadomości zdrowotnej i postaw zdrowotnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej matek/opiekunów dzieci w wieku 6 lat oraz potrzeb w zakresie edukacji prozdrowotnej tej grupy osób;
- określenie stanu świadomości zdrowotnej i postaw zdrowotnych dotyczących zdrowia jamy ustnej dzieci szkolnych w wieku 12 lat;

W roku 2011

- określenie stanu świadomości i postaw zdrowotnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej matek/opiekunów dzieci w wieku 5 i 7 lat oraz potrzeb w zakresie stomatologicznej edukacji prozdrowotnej tej grupy osób, jak również nauczycieli nauczania początkowego w szkołach podstawowych, w przedmiotowym zakresie;
- określenie stanu świadomości i postaw zdrowotnych dotyczących zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku 15 lat;
- określenie stanu świadomości zdrowotnej i postaw zdrowotnych nauczycieli/ wychowawców dzieci w szkołach typu gimnazjalnego;
- ocenę osiągalności i wykorzystania systemu opieki stomatologicznej wśród dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym;

W roku 2012

- ocena dynamiki zmian świadomości oraz postaw zdrowotnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej matek/opiekunów dzieci w wieku 6 lat oraz dynamiki zmian i zachowań zdrowotnych dzieci w wieku 12 lat;
- określenie stanu i świadomości zdrowotnej oraz postaw młodzieży w wieku 18 lat;
- określenie osiągalności systemu opieki stomatologicznej w grupie osób kończących edukację szkolną i wychodzących z systemu szczególnej troski (bezpłatny w pełni osiągalny, korzystający z największych nakładów finansowych).

Prezentowane zadanie będzie realizowane podobnie jak w latach uprzednich przy współpracy konsultantów regionalnych, zespołów Zakładów Stomatologii Zachowawczej/Zakładów Stomatologii Dziecięcej różnych AM i uczelni prowadzących działalność dydaktyczno naukową w zakresie nauk medycznych w kraju, jak również stomatologów zatrudnionych w specjalnie wyłonionych i odpowiednio wyposażonych przez MZ placówkach (byłych wojewódzkich przychodniach specjalistycznych) zajmujących się epidemiologią stomatologiczną także dla potrzeb swojego regionu.

Wyniki badań prowadzonych w poszczególnych latach będą przedstawiane zleceniodawcy w formie raportu z badań.

Program jest finansowany wyłącznie z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia

Koszt proponowanych badań kolejno wyniesie: w 2010 roku 500.000,-PLN
 w 2011 roku 500.000,-PLN
 w 2012 roku 500.000,-PLN

Plan rzeczowo-finansowy badań w 2010 roku

Badaniem objętych zostanie około 5800 dzieci w wieku 6 lat i 12 lat oraz 2900 osób dorosłych w wieku 35-44 lat wyłonionych w losowaniu wielostopniowym. Przewiduje się badanie stomatologiczne i badanie ankietowe wyłonionych prób losowych.

W czerwcu 2010 roku przewidziane jest szkolenie osób prowadzących badanie stomatologiczne i ankietowe w poszczególnych województwach oraz osób nadzorujących przebieg badań i dokonujących doboru próby do badań. Przygotowanie operatów losowań i wyłonienie prób losowych do badań prowadzone będzie we wrześniu/październiku 2010 roku.

Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów:

Uzyskane wyniki badań będą wyrażone przy użyciu wskaźników międzynarodowych takich jak: dmft (średnia liczba zębów odpowiednio mlecznych z ubytkami próchnicowymi wypełnionych lub usuniętych z powodu próchnicy), DMFT (średnia liczba zębów odpowiednio stałych z ubytkami próchnicowymi wypełnionych lub usuniętych z powodu próchnicy), dt (średnia liczba zębów mlecznych z ubytkami próchnicowymi), DT (średnia liczba zębów stałych z ubytkami próchnicowymi), MT (średnia liczba zębów stałych usuniętych z powodu próchnicy), dt/ft+dt (wskaźnik leczenia zachowawczego próchnicy zębów mlecznych) , DT/FT+DT (wskaźnik leczenia zachowawczego próchnicy zębów stałych), SIC, CPI (Community Periodontal Index) oraz odpowiednio jako wartości odsetkowe.

Stosowane w monitorowaniu programu porównywalne w skali międzynarodowej wskaźniki kliniczne:

- wartości odsetkowe populacji zdrowej bez objawów określonych chorób,
- odsetek osób z zębami objętymi próchnicą ,z zapaleniem dziąseł, z zapaleniem przyzębia w indeksowych grupach wiekowych populacji,
- wskaźnik nasilenia próchnicy i rozkłady odsetkowe poszczególnych wartości wskaźnika (średnia wartość dmft/DMFT),
- odsetek osób z ubytkami próchnicowymi oraz średnia u osoby liczba ubytków próchnicowych (wyrażające wielkość potrzeb leczenia zachowawczego próchnicy w populacji),
- wskaźnik leczenia zachowawczego próchnicy w uzębieniu odpowiednio mlecznym i stałym (dt/DT, ft/FT+dt/DT),
- odsetek populacji z usuniętym co najmniej jednym zębem stałym (odsetek badanych z wartością MT>0),
- odsetek osób w populacji wymagających wykonanie określonych zabiegów,
- odsetki osób z całkowitym bezzębiem,
- odsetki osób z zachowaną funkcją żucia (mających 20 zębów naturalnych lub sztucznych pozostających w funkcjonalnym kontakcie)
- wskaźnik nasilenia próchnicy w grupie osób o najwyższym zagrożeniu tą chorobą (średnia wartość SIC).

Oczekiwane efekty.

Oczekuje się w roku 2010 obniżenia wartości wskaźnika próchnicy (dmft) u dzieci w wieku 6 lat do wartości 4.9 oraz u dzieci w wieku 12 lat wskaźnika próchnicy DMFT do wartości 2.8.

Spodziewany jest również wzrost odsetka dzieci 12-letnich bez próchnicy do 20% oraz wzrost o 2% w stosunku do roku 2007 odsetka dzieci szczotkujących zęby pastą z fluorem dwa razy dziennie. W grupie osób dorosłych wzrostowi winien ulec o 3% w stosunku do danych z roku 2002 odsetek osób przynajmniej raz dziennie szczotkujących zęby pastą z fluorem oraz obniżeniu o 5% odsetka osób potrzebujących usunięcia kamienia nazębnego naddziąsłowego (osób z wartością CPI wynoszącą 2).

HARMONOGRAM PRAC

Miesiąc	ROK 2010
Maj	<p>Opracowanie zasad doboru próby losowej do badań.</p> <p>Przygotowanie opisów metodyki prowadzonych badań.</p> <p>Przygotowanie materiałów szkoleniowych i narzędzi badawczych (karty badania stomatologicznego, ankiety socjomedyczne).</p> <p>Diagnozowanie w badaniu epidemiologicznym obserwowanych stanów klinicznych uzębienia, przyzębia i błony śluzowej ze szczególnym uwzględnieniem próchnicy zębów, stanu przyzębia i patologii wymagającej natychmiastowej interwencji.</p> <p>(przyjęte w obecnym badaniu wskaźniki monitorowania efektów)</p> <p>Przygotowanie zestawów do prowadzonej działalności edukacyjnej.</p>
Czerwiec	Szkolenie nadzoru regionalnego i osób prowadzących badanie epidemiologiczne, kalibracja badających (6 sesji)
Lipiec, sierpień	-
Wrzesień	Prace terenowe: przygotowanie operatorów losowania, dobór prób dzieci i osób dorosłych, badanie stomatologiczne i ankietowe, działania promocyjno – edukacyjne.
Październik	
Listopad	
Grudzień	<p>Obliczenie wykładników stomatologicznych i socjomedycznych oraz wskaźników monitorowania efektów.</p> <p>Analiza uzyskanych danych i interpretacja wyników badań.</p> <p>Ostateczne opracowanie wyników badań.</p>

VI. KOSZTORYS PROWADZONYCH BADAŃ

KOSZTORYS PROWADZONYCH BADAŃ w roku 2010

1. Przygotowanie koncepcyjne monitoringu prowadzonego w roku 2010

- zgromadzenie danych dotyczących zróżnicowania sytuacji, obszarów, warunków klinicznych, zachowań osób badanych, różnych szczebli administracji, pracowników pionu oświaty i zdrowia - optymalne wybory i wzorce zachowań z opisami metodycznymi i informacjami dla badanych - 30.200 zł
- Ogółem pkt 1 - 30.200 zł

2. Przygotowanie narzędzi badawczych:

- opracowanie kart badania stomatologicznego dla 3 grup wiekowych - 11.550 zł
 - opracowanie ankiet do badania socjomedycznego rodziców /wychowawców dzieci w wieku przedszkolnym, dla dzieci w wieku 12 lat oraz dla nauczycieli szkół podstawowych i osób dorosłych, - 21.450 zł
 - ustalenie metodyki doboru próby, - 9.000 zł
 - wydruk arkuszy kart i ankiet - 2.600 zł
- Ogółem pkt 2 - 44.600 zł

3. Przeprowadzenie szkolenia i kalibracji osób prowadzących badania stomatologiczne w poszczególnych województwach (6 sesji całodniowych kalibracyjnych w okresie 2 tygodni). - 31.600 zł

Ogółem pkt 3 - 31.600 zł

4. Koszty epidemiologicznego badania stomatologicznego i ankietowego wraz z badaniem kontrolnym 10% próby, w tym:

- badanie osób dorosłych
30 zł x 2900 osób badanych - 87.000 zł
- badania kontrolne - 8.700 zł
- badanie dzieci w wieku 12 lat
25 zł x 2900 osób badanych - 72.500 zł

badania kontrolne	- 7.250 zł
• badania dzieci w wieku 6 lat	
25 zł x 2900 dzieci	- 72.500 zł
badania kontrolne	- 7.250 zł
• badanie ankietowe	
nauczycieli i wychowawców	- 17.462 zł
Ogółem pkt 4	- 272.662 zł

5. Analiza zbiorcza wraz z opracowaniem wyników, interpretacja wyników oraz sporządzenie raportu końcowego, w tym:

- wprowadzenie do bazy danych szczegółowych mierników (wskaźników) stomatologicznych opisujących stan poszczególnych zębów, ich powierzchni, stan dziąseł w 6 odcinkach jamy ustnej i odpowiednio potrzeby leczniczo-profilaktyczne i przeprowadzenie badania statystycznego (328 mierników x 0,01zł/1 miernik = 3,28zł/osobę)

3,28 zł x 8.700 osób = 28.536 zł + 204 zł korekty - 28.740 zł

- analiza wyników i ich interpretacja i opis - 35.510 zł
- wprowadzenie danych ankietowych dotyczących uwarunkowań społecznych, kulturowych, ekonomicznych, środowiskowych stwierdzonego stanu zdrowia jamy ustnej w tym barier ograniczających dostępność do opieki stomatologicznej i ich analiza, interpretacja oraz opis wyników (180 do 274 zmiennych/osobę = 3,14 zł/osobę)

3,14 zł x 8700 osób =- 27.318 zł

- opracowanie graficzne wyników badań, opracowanie redakcyjne tekstu, opracowanie materiałów edukacyjnych z zakresu promocji Zdrowia i zapobiegania próchnicy dla 16 województw, druk raportu końcowego i 10 monografii (po jednej dla każdej uczelni). - 29.370 zł

Ogółem pkt 5 -120.938 zł

Razem koszt - 500,000 zł

KOSZTORYS PROWADZONYCH BADAŃ w roku 2011

(uszczegółowienie w roku 2011)

1. Przygotowanie narzędzi badawczych:
(opracowanie kart badania stomatologicznego, opracowanie ankiet do badania socjomedycznego, ustalenie metodyki doboru próby, wydruk arkuszy kart i ankiet)
- 40.600 zł

2. Przygotowanie koncepcyjne monitoringu prowadzonego w roku 2011 z opisami metodycznymi i informacjami dla badanych oraz przygotowanie materiałowe prowadzonych badań
- 51.000 zł

3. Przeprowadzenie szkolenia i kalibracji osób prowadzących badania stomatologiczne w poszczególnych województwach
- 22.000 zł (4 sesji całoniedziowych kalibracyjnych w okresie 2 tygodni).

4. Koszty epidemiologicznego badania stomatologicznego i ankietowego wraz z badaniem kontrolnym 10% próby
- 269.000 zł

5. Analiza zbiorcza wraz z opracowaniem statystycznym wyników, interpretacja wyników oraz sporządzenie raportu końcowego:
- 117.400 zł
(wprowadzenie danych stomatologicznych do bazy danych i analiza statystyczna; interpretacja oraz opis wyników; modyfikacja programu komputerowego do analizy zbioru danych; przygotowanie graficzne wyników badań do prezentacji i do druku)

Razem koszt - 500.000zł

KOSZTORYS PROWADZONYCH BADAŃ w roku 2012

(uszczegółowienie w roku 2012)

1. Przygotowanie narzędzi badawczych: - 38.600 zł
(opracowanie kart badania stomatologicznego, opracowanie ankiet do badania socjomedycznego, ustalenie metodyki doboru próby, wydruk arkuszy kart i ankiet)
2. Przygotowanie koncepcyjne monitoringu prowadzonego w roku 2012 z opisami metodycznymi i informacjami dla badanych oraz przygotowanie materiałowe prowadzonych badań - 51.000 zł
3. Przeprowadzenie szkolenia i kalibracji osób prowadzących badania stomatologiczne w poszczególnych województwach - 22.000 zł
(4 sesji całoniedziowych kalibracyjnych w okresie 2 tygodni).
4. Koszty epidemiologicznego badania stomatologicznego i ankietowego wraz z badaniem kontrolnym 10% próby. - 269.000 zł
5. Analiza zbiorcza wraz z opracowaniem statystycznym wyników, interpretacja wyników oraz sporządzenie raportu końcowego: -119.400 zł
(wprowadzenie danych stomatologicznych do bazy danych i analiza statystyczna; analiza wyników, ich interpretacja i opis; wprowadzenie danych ankietowych, analiza, interpretacja oraz opis wyników; modyfikacja programu komputerowego do analizy zbioru danych; przygotowanie graficzne wyników badań do prezentacji i do druku)

Razem koszt: -500.000 zł

VII. Realizatorzy programu

Realizatorzy programu będą wyznaczeni w drodze postępowania konkursowego na podstawie kryteriów określonych w ogłoszeniu konkursowym. Informacja o postępowaniu konkursowym będzie ogłoszona na stronie Ministerstwa Zdrowia oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Ministerstwa Zdrowia. Konkurs ofert będzie ogłoszony co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.

Podczas wyboru realizatora należy brać pod uwagę: wielkość i strukturę zasobów oferenta, prowadzoną działalność oraz doświadczenie w realizacji zadań / projektów.

Realizator programu powinien posiadać doświadczenie w prowadzeniu działalności dydaktycznej, naukowo-badawczej i usługowo-leczniczej, wykazać się działalnością dydaktyczną przed i podyplomową, współpracą naukową z placówkami naukowo-badawczymi i placówkami regionalnymi. Realizator musi udokumentować co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej, prowadzenia badań epidemiologicznych oraz systemów zdrowia w zakresie stomatologii.

Wybrany realizator programu musi dysponować odpowiednią liczbą lekarzy dentystów w tym ze stopniem dr n. med. (3) i dr habilitowanego (1).

VIII Kontynuacja działań podjętych w programie

Planowana jest kontynuacja programu w następnych latach. Przedmiotem badań prowadzonych w latach 2013-2015 będzie ocena skuteczności programów profilaktycznych i promocji zdrowia stosowanych w grupach szczególnego narażenia na czynniki ryzyka próchnicy i zapaleń dziąseł oraz monitorowanie w grupach dzieci w wieku 10, 11 i 12 lat tendencji w Polsce wskaźnika SIC. Jedną z propozycji WHO było przyjęcie jako celu zdrowia jamy ustnej do realizacji do 2015 roku obniżenie tego wskaźnika próchnicy do wartości 3.0 u dzieci w wieku 12 lat. W Polsce w roku 2007 wartość wskaźnika SIC u 12-latków była niemal dwukrotnie wyższa.