

RAPORT KOŃCOWY Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Data wpływu:.....

Sygn. akt:

wypełnia Agencja Oceny Technologii
Medycznych i Taryfikacji

Gmina Miasta Gdańska <small>oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</small>	Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej
Nazwa programu polityki zdrowotnej:	„Program profilaktyczny zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-3 lat” województwa pomorskiego na podstawie opinii AOTMiT nr 133/2012 z dnia 16.07.2012 r.
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: 2014 - 2016	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2014 - 2020
<p>Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:¹⁾</p> <p>Cel główny: Ograniczenie o 25% rozwoju choroby próchnicowej w populacji gdańskiej przez działania profilaktyczne skierowane do dzieci w wieku 1-3 lat.</p> <p>Zmniejszenie odsetka dzieci z chorobą próchnicową w wieku 1 – 3 lat, w kolejnych latach 2017 – 2020 w wieku 1 – 6 lat, mieszkańców Gminy Miasta Gdańska. Odnotowywana od lat w województwie pomorskim wysoka średnia liczba dzieci z chorobą próchnicową jest zbliżona do poziomu krajowego. Sytuacja w samym województwie i Gdańsku wypadła zdecydowanie źle. Według danych epidemiologicznych, prawie 58% polskich 3-latków i niemal 85% 6-latków dotyka próchnica zębów. Wynika to przede wszystkim z niewiedzy oraz zaniedbań ze strony rodziców i opiekunów prawnych. W okresie trwania programu z działań profilaktycznych i edukacyjnych skorzystało łącznie 2746 dzieci, zaś u 1422 dzieci przeprowadzono wizytę adaptacyjną wraz z przeglądem stomatologicznym.</p> <p>Cele szczegółowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - podniesienie świadomości zdrowotnej rodziców/opiekunów dzieci w wieku 1-3(6) lat uczestniczących w Programie, - kształtowanie postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych wśród dzieci w wieku 1-3(6) lat, - ograniczenie lęku przed wizytami stomatologicznymi poprzez odpowiednią adaptację dzieci w wieku 1-3(6) lat, - ograniczenie podatności szkliwa zębów na procesy próchnicowe poprzez profilaktykę fluorkową. <p>Działania profilaktyczne i edukacyjne oraz wizyty adaptacyjne z przeglądem stomatologicznym adresowane były do dzieci w wieku 1 – 3 lat oraz ich rodziców, w kolejnych latach (2017-2020) realizacji programu wiek dzieci podniesiono do 6 roku życia. Realizatorzy przeprowadzili w latach 2014 – 2020 szereg warsztatów i spotkań indywidualnych skierowanych łącznie do 2746 dzieci. Wszyscy pacjenci zostali objęci działaniami profilaktycznymi i edukacyjnymi w zakresie zdrowego i higienicznego stylu życia, utrwalenia prawidłowych nawyków w zakresie higieny jamy ustnej, nauki instruktażu higieny jamy ustnej, otrzymali również materiały edukacyjne. Przez cały okres realizacji programu Realizatorzy, mimo dużych starań oraz szerokich działań promocyjnych program, a także poszerzenia grupy wiekowej o dzieci 4 – 6 letnie, odnotowali niski poziom zainteresowania ze strony rodziców, jak również mało elastyczne podejście niektórych realizatorów (np. wyznaczanie pory przerw dzieci w gabinecie stomatologicznym wyłącznie w godzinach przedpołudniowych, gdy dzieci są w żłobkach/ przedszkolach, a rodzice/ opiekunowie w pracy, brak chęci „wyjścia” poza gabinet stomatologiczny (czy to do rodziców/ opiekunów, czy to do dzieci)</p> <p>W ramach środków budżetowych Gminy Miasta Gdańska przeznaczonych na realizację programu profilaktycznego zapobiegania chorobie próchnicowej, w latach 2014 – 2020 objęto 2746 dzieci, co stanowiło 26,15% zaplanowanej populacji, do tak niskiego wyniku dodatkowo przyczynił się wybuch pandemii w 2020 roku.</p> <p>Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:²⁾</p> <p>W ramach programu podejmowane były następujące interwencje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spotkania/warsztaty profilaktyczno-edukacyjne, 	

¹⁾ Należy opisać, czy założony cel główny oraz cele szczegółowe zostały osiągnięte oraz w jakim stopniu nastąpiła realizacja poszczególnych celów ze wskazaniem przyczyn, dla których niemożliwa była ewentualna pełna realizacja. Opis stopnia realizacji celów powinien uwzględniać informacje na temat wartości mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

²⁾ Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej

- kształtowanie świadomości systematycznego wykonywania zabiegów higienicznych, racjonalnego odżywiania i okresowych kontroli stanu zdrowia jamy ustnej dzieci w gabinecie stomatologicznym;
- uświadamianie dzieci, jak i rodziców, jak ważne są działania profilaktyczne zapobiegające powstawaniu próchnicy,
- nauka prawidłowej techniki szczotkowania zębów dostosowana do wieku i rozwoju i umiejętności dziecka,
- wizyta adaptacyjna w gabinecie stomatologicznym
- badanie jamy ustnej dzieci wraz z określeniem sumy liczby zębów z ubytkami próchnicowymi, zębów usuniętych z powodu próchnicy oraz zębów wypełnionych,
- przeprowadzenie lakierowania wszystkich zębów mlecznych lakierem fluorkowym zawierającym 5% NaF.

Ponadto w ramach kampanii informacyjno-edukacyjnej zastosowano plakaty i ulotki informacyjne, spoty na stronach internetowych przychodni Realizatorów, kampanię medialną w prasie i na portalach społecznościowych, promowanie programu przez pracowników rejestracji, pielęgniarki środowiskowe, pediatrów. Informacje przekazywane do przedszkoli, żłobków, punktów opieki nad dziećmi..

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:³⁾

W roku 2014 liczba dzieci zakwalifikowanych do udziału w programie wyniosła 218 na 1500 osób objętych programem, co stanowi 14,53% zaplanowanej populacji.

W roku 2015 liczba dzieci zakwalifikowanych do udziału w programie wyniosła 280 na 1500 osób objętych programem, co stanowi 18,66% zaplanowanej populacji.

W roku 2016 liczba dzieci zakwalifikowanych do udziału w programie wyniosła 139 na 1500 osób objętych programem, co stanowi 9,26% zaplanowanej populacji.

W roku 2017 liczba dzieci zakwalifikowanych do udziału w programie wyniosła 569 na 1500 osób objętych programem, co stanowi 37,93% zaplanowanej populacji.

W roku 2018 liczba dzieci zakwalifikowanych do udziału w programie wyniosła 187 na 1500 osób objętych programem, co stanowi 12,46% zaplanowanej populacji.

W roku 2019 liczba dzieci zakwalifikowanych do udziału w programie wyniosła 1194 na 1500 osób objętych programem, co stanowi 79,6% zaplanowanej populacji.

W roku 2020 liczba dzieci zakwalifikowanych do udziału w programie wyniosła 159 na 1500 osób objętych programem, co stanowi 10,6% zaplanowanej populacji.

W powyższych latach ani razu nie udało się osiągnąć 100% zaplanowanej populacji. Rodzice nie wyrażali zainteresowania programem. Największą efektywność miały zajęcia prowadzone w grupach przedszkolnych (nauka umiejętności szczotkowania, nauka regularnego mycia zębów rano i wieczorem), uzupełniane krótkimi pogadankami dla rodziców/ opiekunów, włączane do standardowych zebrań dla rodziców. Podobnie dużą efektywnością cieszyła się realizacja zadania w samodzielny gabinet stomatologiczny, który dostosował pory udzielanych świadczeń w ramach programu do możliwości czasowych rodziców/ opiekunów prawnych.

Dla dzieci, które korzystały z programu, często był to pierwszy kontakt z lekarzem dentystą. W wyniku wizyt adaptacyjnych u części dzieci zmniejszył się poziom lęku. Podczas wizyt adaptacyjnych, oprócz badań przeglądowych jamy ustnej, przeprowadzano indywidualny instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej i zasad prawidłowego odżywiania. Przekazywano informacje dla rodziców o stanie zębienia z zaleceniami dalszego postępowania. Dzięki warsztatom edukacyjnym i wizytom adaptacyjnym dzieci oswajały się z gabinetem stomatologicznym. Rodzice/ opiekunowie oraz dzieci otrzymali materiały edukacyjne w postaci broszur informacyjnych, maskotek, bajek, naklejek, szczoteczek do mycia zębów, kalendarzy szczotkowania. W ramach programu przeprowadzono wśród rodziców anonimową ankietę dotyczącą poziomu satysfakcji z realizacji programu. Z informacji przekazanej przez Realizatorów wynika, że większość uczestników ocenia program bardzo dobrze, zarówno w odniesieniu do jakości wykonanych świadczeń, jak i łatwości znalezienia i dotarcia do placówek, które realizowały program. Do Urzędu Miejskiego nie wpłynęła żadna skarga na realizatorów ani negatywna opinia o programie ze strony Beneficjentów.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej⁴⁾

Koszt realizacji programu polityki zdrowotnej w poszczególnych latach:

2014 – 8 220,00 zł
 2015 – 10 640,00 zł
 2016 – 5 560,00 zł
 2017 – 22 770,90 zł
 2018 – 30 365,00 zł
 2019 – 20 665,00 zł
 2020 - 4 000,00 zł

³⁾ W zakresie monitorowania, w przypadku programów polityki zdrowotnej, których realizację rozpoczęto w dniu 30 listopada 2017 r. lub po tym dniu, należy wskazać liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, a także liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej. W przypadku programów, których realizację rozpoczęto przed dniem 30 listopada 2017 r., dane wskazane w zdaniu poprzedzającym należy podać, o ile są dostępne. Należy opisać wyniki przeprowadzonej oceny jakości, w tym przedstawić zbiorcze wyniki, np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników programu polityki zdrowotnej ankiet satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej. W przypadku programów polityki zdrowotnej, dla których okres realizacji został określony na czas dłuższy niż jeden rok, powinno się przedstawić wyniki monitorowania z podziałem na poszczególne lata realizacji. W zakresie ewaluacji należy ustosunkować się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, m. in. na podstawie wcześniej określonych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

⁴⁾ W przypadku realizacji programu polityki zdrowotnej w raporcie końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej należy przedstawić informacje dla każdego kalendarzowego roku realizacji programu polityki zdrowotnej.

	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Środki Gminy Miasta Gdańska 100%	40 000,00	0,00
Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej		
Źródło finansowania <small>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</small>	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Środki Gminy Miasta Gdańska 100%	280 000,00	0,00
Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej ⁵⁾ 2014 – 37,70 zł 2015 – 38,00 zł 2016 – 40,00 zł 2017 – 40,01 zł 2018 – 162,37 zł (zakup materiałów edukacyjnych, wykorzystanych w 3-letnim okresie realizacji Programu) 2019 – 17,30 zł 2020 – 25,15 zł		
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej ⁶⁾	Opis podjętych działań modyfikujących: ⁷⁾	
<p>Problem 1: Niskie zainteresowanie programem ze strony podmiotów, które świadczą lub mogłyby świadczyć tego typu usługi, co przełożyło się na niewielką liczbę ofert złożonych w otwartym konkursie. Głównymi przyczynami takiego stanu rzeczy są brak zainteresowania tego rodzaju usługami wśród dentystów oraz mała liczba dziecięcych gabinetów dentystycznych na terenie Gdańska., niechęć dostosowywania godzin otwarcia danego gabinetu do możliwości czasowych rodziców/opiekunów, niechęć do wyjścia poza gabinet (np.do żłobka, przedszkola).</p> <p>Problem 2: Mimo prowadzenia szerokich działań promujących program, niskie zainteresowanie programem ze strony rodziców/ opiekunów prawnych.</p> <p>Problem 3: Pandemia, która wybuchła w pierwszym kwartale 2020 roku niemalże całkowicie uniemożliwiła realizację programu. Gabinety stomatologiczne zostały na kilka miesięcy całkowicie zamknięte. Zamknięte były również żłobki i przedszkola.</p>	<p>Działanie modyfikujące:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rozszerzono grupę beneficjentów z grupy 1-3 lata do grupy 1-6 lat. 2. kierowano do realizatorów, którzy zgłaszali trudności w realizacji propozycje zmian godzin otwarcia gabinetów na popołudniowe, zachęcano udziału w zebraniach z rodzicami/ opiekunami prawnymi w żłobkach/ przedszkolach, położonych w pobliżu gabinetów. 3. Wielokrotnie powtarzany konkurs ofert, aby wyłonić większą liczbę Realizatorów. 4. Działania promocyjne podejmowane przez Realizatorów na szeroką skalę. 5. Po ogłoszeniu pandemii Realizatorzy przesunęli realizację działań na drugie półrocze, niestety okres ten również nie przyniósł wzrostu liczby odbiorców programu. 	
	30.03.2021 r.	ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU ROZWOJU SPOŁECZNEGO Izabela chorzelska
Miejscowość	Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁸⁾
Gdańsk		
	30.03.2021 r.	PREZYDENT MIASTA GDAŃSKA z up. /-/ Monika Chabior ZASTĘPCZYNI PREZYDENTA MIASTA GDAŃSKA
	Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁸⁾

⁵⁾ Należy przedstawić poniesione koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu polityki zdrowotnej, tam gdzie każdemu oferowany był dokładnie ten sam zakres interwencji. W programach złożonych, zakładających wieloetapowość interwencji, należy przedstawić koszty w rozbiciu na poszczególne świadczenia zdrowotne, które oferowane były w ramach programu polityki zdrowotnej.

⁶⁾ Należy opisać trudności, które zostały zweryfikowane w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposoby, w jaki z zostały rozwiązane. Należy opisać krytyczne aspekty, przez które planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej lub część tych interwencji nie mogły być zrealizowane.

⁷⁾ Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”

⁸⁾ Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe