



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

**Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia
Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej**

Nr: WS.420.8.2023

Data ukończenia: 21.06.2023

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy (nazwa wnioskodawcy).

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem (nazwa wnioskodawcy) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1330 z późn. zm.) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2018 r., poz. 419 z późn. zm.).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: (nazwa wnioskodawcy).

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem (nazwa przedsiębiorców innych niż wnioskodawca) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1330 z późn. zm.) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2018 r., poz. 419 z późn. zm.).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

Zakres wyłączenia jawności: dane osobowe.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1330 z późn. zm.) w zw. z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r. 119.1).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: osoba fizyczna.

Wykaz wybranych skrótów

AAPD	A amerykańska Akademia Stomatologii Dziecięcej (ang. <i>American Academy of Pediatric Dentistry</i>)
AAT	terapia z udziałem zwierząt (ang. <i>animal-assisted therapy</i>)
Agencja / AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
BSPD	Brytyjskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (ang. <i>British Society of Paediatric Dentistry</i>)
EAPD	Europejska Akademia Stomatologii Dziecięcej (ang. <i>European Academy of Paediatric Dentistry</i>)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HOME	metoda „ręce na twarz” (ang. <i>hand over mouth exercise</i>)
ICD-9-CM	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Dziewiąta Rewizja, Modyfikacja Kliniczna (ang. <i>ICD-9-CM International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification</i>)
Komparator	interwencja alternatywna, opcjonalna wobec interwencji ocenianej
KPZ	Karta Problemu Zdrowotnego (dokument zawierający elementy, o których mowa w art. 31 c ust. 2 Ustawy o świadczeniach)
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
PECS	system komunikacji wymiany obrazu (ang. <i>picture exchange communication system</i>)
PTSD	Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej
SADE	środowiska dentystyczne dostosowane sensorycznie (ang. <i>sensory-adapted dental environments</i>)
SDCEP	Szkocki Program Efektywności Klinicznej w Stomatologii (ang. <i>Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme</i>)
SEP	metody selektywnego wykluczania rodzica (ang. <i>selective exclusion of the parent technique</i>)
Technologia	technologia medyczna w rozumieniu art. 5 pkt 42 b ustawy o świadczeniach lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 21 i 28 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.2023.826 tj. z dnia 28.04.2023 z późn. zm.)
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022.2561 tj. z dnia 09.12.2022 r. z późn. zm.)

Spis treści

Wykaz wybranych skrótów	3
Spis treści	4
1. Podstawowe informacje o zleceniu	5
2. Podsumowanie	6
3. Przedmiot i historia zlecenia	8
4. Problem decyzyjny	10
4.1. Problem zdrowotny.....	10
4.2. Oceniana technologia medyczna	13
4.2.1. Opis świadczenia opieki zdrowotnej	13
4.2.2. Wskazania, których dotyczy zlecenie	15
4.3. Alternatywne technologie medyczne.....	15
4.3.1. Rekomendacje i wytyczne kliniczne	15
4.3.2. Uzasadnienie i opis wybranych technologii alternatywnych	23
5. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa	24
5.1. Opis metodyki.....	24
6. Analiza ekonomiczna	25
7. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia	26
7.1. Aktualny stan finansowania ze środków publicznych w Polsce	26
7.2. Opinia Prezesa NFZ.....	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
7.3. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia.....	28
8. Opinie ekspertów i organizacji reprezentujących pacjentów	31
8.1. Opinie ekspertów klinicznych	31
8.2. Opinie organizacji reprezentujących pacjentów	56
9. Piśmiennictwo	57
10. Załączniki.....	58
10.1. Strategie wyszukiwania publikacji	58
10.2. Diagram selekcji badań	60

1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTM (DD-MM-RRRR) i znak pisma zlecającego:

04.04.2023 r., DLG.747.16.2023.TK

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego):

Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia

Typ zlecenia:

- zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31 c ustawy o świadczeniach)
- usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31 e-f ustawy o świadczeniach)
- realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31 n pkt 5 ustawy o świadczeniach)

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- leczenia szpitalnego
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- rehabilitacji leczniczej
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- leczenia stomatologicznego
- lecznictwa uzdrowiskowego
- ratownictwa medycznego
- opieki paliatywnej i hospicyjnej
- świadczeń wysokospecjalistycznych
- programów zdrowotnych

Wnioskodawca (pierwotny):

Prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk – Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej

Producent / podmiot odpowiedzialny dla ocenianego świadczenia:

Nie dotyczy

2. Podsumowanie

Problem decyzyjny

Celem opracowania jest ocena zasadności wprowadzenia, w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, świadczenia „Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia”.

Problem zdrowotny

Przyczyną konieczności wizyt adaptacyjnych dla dzieci jest lęk przed leczeniem dentystycznym, dentofobia. Lęk dentystyczny jest stanem, w którym dana osoba doświadcza odczucia ogólnej obawy oraz jest przygotowana na to, że przydarzy się jej coś negatywnego. Dentofobia jest ciężką postacią lęku dentystycznego.

Odczuwanie lęku dentystycznego jest często wieloczynnikowe i wiąże się z: ogólnym odczuwaniem lęku; wcześniejszymi, negatywnymi doświadczeniami związanymi z leczeniem dentystycznym; temperamentem dziecka; postrzeganiem środowiska dentystycznego; strachem przed zarazkami; strachem przed pobytem poza bezpiecznym, w oczach pacjenta, domem oraz lękiem dentystycznym rodziców dziecka.

Celem pierwszej wizyty u lekarza dentysty, która zgodnie z zaleceniami powinna mieć miejsce około 18. miesiąca życia, jest nie tylko przygotowanie dziecka na późniejsze leczenie stomatologiczne, lecz również wykształcenie pozytywnych relacji z lekarzem i reakcji na działania lekarza. Pierwsze wizyty u lekarza dentysty powinny zaznajomić dziecko z aparaturą stosowaną w gabinecie stomatologicznym oraz w miarę możliwości przekonać je, że dentysta nie musi się kojarzyć ze strachem.

Następny aspekt wizyt adaptacyjnych to edukacja rodziców małego dziecka. Powinni oni poznać zasady prawidłowej higieny jamy ustnej.

Rekomendacje i wytyczne kliniczne

Odnalezione rekomendacje wskazują na zastosowanie metod behawioralnych podczas współpracy z dzieckiem ze strachem/lękiem dentystycznym. Rekomendowane są następujące metody postępowania z dzieckiem w gabinecie dentystycznym:

- podstawowe: pozytywne obrazy przed wizytą, bezpośrednia obserwacja, metoda „powiedz-pokaż-zrób”, metoda „zapytaj-powiedz-zapytaj”, kontrola głosem, komunikacja niewerbalna, pozytywne wzmocnienie i pochwała opisowa, odwrócenie uwagi, przekształcenie wspomnień, odwracanie uwagi na otoczenie i procedury stomatologiczne, wzmożona kontrola, obecność/nieobecność rodziców, wziewne podawanie podtlenku azotu/tlenu, dodatkowe metody dla pacjentów z specjalnymi potrzebami zdrowotnymi.
- zaawansowane: unieruchomienie, sedacja, znieczulenie ogólne.

Wytyczne wskazują na stosowanie poprawnych metod komunikacji, dobór słownictwa uzależnionego od wieku oraz poziomu rozwoju dziecka, czy też tego z jakiego środowiska pochodzi i jakie podejście do leczenia stomatologicznego mają rodzice dziecka. Wszystkie te działania mają za zadanie zmniejszenie odczuwania strachu/lęku przez dzieci oraz umożliwienie wykonywania czynności przez zespół terapeutyczny oraz zapobiegają nabyciu negatywnych doświadczeń, które w przyszłości mogą skutkować unikaniem wizyt u stomatologa, z czym wiąże się zły stan uzębienia.

Alternatywne technologie medyczne

W wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego znaleźć można świadczenia profilaktyczne rozliczane dla dzieci w wieku 12 miesięcy, 2, 4 i 5 lat, w których składową jest wizyta adaptacyjna. Przysługuje ona w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystano świadczenia wcześniej).

Skuteczność i bezpieczeństwo

W celu odnalezienia badań pierwotnych i wtórnych dotyczących przeprowadzenia wizyty adaptacyjnej z zakresu stomatologii dla dzieci w 3 i 4 r.ż., przeprowadzono przegląd następujących medycznych baz informacji Medline (przez PubMed), Embase (przez Ovid) oraz Cochrane Library.

W wyniku przeprowadzonego przeglądu systematycznego odnaleziono 350 publikacji spełniających kryteria wyszukiwania. Na podstawie abstraktów stwierdzono, że kryteria włączenia do przeglądu spełniają 2 publikacje, ze względu na niewłaściwą interwencję. Ostatecznie do oceny nie zakwalifikowano żadnej pozycji.

Stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Zgodnie z przyjętą metodologią oceny, nie przeprowadzono analizy ekonomicznej. W opinii Analityków, brak jest dostępnych danych klinicznych, które umożliwiłyby przeprowadzenie wiarygodnych oszacowań.

Wpływ na budżet płatnika publicznego

Szacowania wpływu na budżet dokonano w trzech wariantach. Wykorzystano do tego celu dane z KPZ (wariant I), dane z GUS (wariant II), dane GUS i NFZ (wariant III).

Roczne wydatki płatnika publicznego w wariantcie I wyniosłyby ok. 3 mln PLN, w wariantcie II wyniosłyby w pierwszym roku – ok. 3,6 mln PLN, w drugim roku – ok. 3,4 mln PLN, w trzecim roku – ok. 3,2 mln PLN, natomiast w wariantcie III wyniosłyby w pierwszym roku – ok. 133 tys. PLN, w drugim roku ok. 125 tys. PLN, w trzecim roku ok. 110 tys. PLN. Najbardziej prawdopodobne wyniki wydaje się zostały uzyskane w wariantcie III, gdyż wykorzystano tam malejącą strukturę populacyjną 3-latków oraz historyczną realizację świadczeń stomatologicznych dla dzieci w wieku 3 i 4 lat. Przedstawione w niniejszym opracowaniu oszacowania stanowią jedynie wartości orientacyjne, co należy brać pod uwagę podczas ich interpretacji. Dostępność świadczenia oraz działania promocyjne mogą mieć bezpośredni wpływ na niepewność.

Opinie ekspertów klinicznych

Eksperci przyjmują stanowisko, że oceniana technologia powinna być finansowana, ponieważ wizyta adaptacyjna zasadniczo wpływa na postawę małego pacjenta, zmniejszając jego lęk, zaznaczając, że w większości przypadków jedna wizyta jest niewystarczająca i dlatego dzieci powinny mieć możliwość nie jednej, lecz co najmniej 2 wizyt adaptacyjnych. Jako technologia alternatywną eksperci wskazują metody farmakologiczne np. sedację wziewną czy też narkozę całkowitą. Eksperci zgodnie wskazują, że oceniana technologia przyczyni się do poprawy zdrowia i jakości życia.

Uwagi dodatkowe

Wydaje się, że celowe i skuteczne byłoby wypracowanie trwałej relacji, na zasadzie zobowiązania dwustronnego, pacjent-lekarz, na podstawie której pacjent zostałby przypisany do dentysty jako lekarza prowadzącego, który sprawowałby kompletną opiekę nad pacjentem, z drugiej strony pacjent zadeklarowałby się do odbywania regularnych wizyt w gabinecie stomatologicznym.

Wizyta adaptacyjna jest składową świadczeń profilaktycznych rozliczanych dla dzieci w wieku 12 miesięcy, 2, 4 i 5 lat, przysługując w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystało świadczenia wcześniej). W opinii analityków, gdy dziecko jest objęte wzorcową profilaktyką i prawidłowym planem leczenia, wprowadzenie, w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, świadczenia „Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia”, stoi w sprzeczności z założeniem ogólnym wczesnej profilaktyki małego dziecka.

Adaptacja pacjenta rozumiana jako zapoznanie małego dziecka z gabinetem, sprzętem stomatologicznym a także z samym lekarzem stanowi element każdego profilaktycznego świadczenia stomatologicznego, niezależnie od tego czy dziecko jest na wizycie po raz pierwszy czy kolejny. Natomiast jest ona określana jako wizyta adaptacyjna i stanowi składową świadczeń profilaktycznych rozliczanych dla dzieci w wieku 12 miesięcy, 2, 4 i 5 lat, przysługując w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystało świadczenia wcześniej). Niezależnie od tego funkcjonuje w koszyku świadczeń gwarantowanych do odrębnego rozliczania świadczenie „Wizyta adaptacyjna”, która dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci (do ukończenia 6 r.ż.) i jest udzielana bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi. Wydaje się zasadne uporządkowanie nazewnictwa w tym zakresie.

3. Przedmiot i historia zlecenia

Problem decyzyjny

W dniu 04.04.2023 r. pismem znak DLG.747.16.2023.TK (data pisma: 31.03.2023 r.) Ministerstwo Zdrowia (MZ) przekazało Agencji zlecenie na podstawie art. 31 c ustawy o świadczeniach dotyczące przygotowania rekomendacji odnośnie wprowadzenia do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dwóch poniższych świadczeń:

1. Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia.
2. Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia.

Jednocześnie poproszono o realizację zlecenia w terminie do dnia 30.06.2023 r.

Przedmiotem niniejszego opracowania jest realizacja pkt. 2 zlecenia tj. przygotowanie rekomendacji odnośnie wprowadzenia do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego wizyty adaptacyjnej dziecka w 3. i 4. roku życia.

Historia zlecenia

W dniu 14 sierpnia 2015 r. pismem znak OZG.078.10.2015, otrzymano zlecenie Ministra Zdrowia dotyczące przygotowania, na podstawie art. 31 c ustawy o świadczeniach, raportu skróconego dotyczącego świadczenia: „wizyty adaptacyjnej dla dzieci w 4. roku życia”. Dla tak sformułowanego zlecenia pismem z dnia 20 listopada 2015 r. znak pisma: OZG.078.17.2015/ES, przekazano Kartę Problemu Zdrowotnego zawierającą opis świadczenia opieki zdrowotnej o nazwie „wizyta adaptacyjna dziecka w 3. lub 4. roku życia”.

Wobec istotnych rozbieżności w nazwie świadczenia pismem z dnia 21.12.2015 r. znak pisma: AOTMiT-OT-430-11/KC/2015 wystąpiono do MZ z prośbą o wskazanie, która nazwa świadczenia jest obowiązująca. Pismem z dnia 2 marca 2016 r. znak pisma: OZG.078.8.2016 Ministerstwo Zdrowia przesłało wyjaśnienia zmieniając jednocześnie podstawę zlecenia na art. 31 n pkt 5 tj. inne zlecenia Ministra Zdrowia. W wyjaśnieniu tym czytamy:

„(...) przedmiotowe świadczenie jest elementem profilaktycznego świadczenia stomatologicznego. Tym samym bezzasadne jest dalsze procedowanie sprawy na podstawie art. 31 c ww. ustawy (ustawy o świadczeniach przyp.). Istotą sprawy jest zniesienie warunku ograniczającego możliwość udzielenia wizyty adaptacyjnej, jeżeli była wykonana wcześniej. Jednocześnie uprzejmie proszę o przygotowanie, na podstawie art. 31n pkt 5 ww. ustawy, opracowania zawierającego uzasadnienie merytoryczne proponowanej zmiany ze wskazaniem najbardziej aktualnych dowodów naukowych w postaci opracowań wtórnych lub wytycznych praktyki klinicznej, opinii ekspertów klinicznych w Polsce z dziedzin medycyny odpowiednich dla ww. świadczenia oraz danych kosztowych i skutkach finansowych dla systemu ochrony zdrowia. Ponadto uprzejmie wyjaśniam, iż przedmiotowe zlecenie nie wymaga rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.”

Ponieważ w samej Karcie problemu zdrowotnego pojawiają się 2 różne nazwy świadczenia tj. „wizyta adaptacyjna dziecka w 3 lub 4 roku życia” i „wizyta adaptacyjna dziecka w 3 i 4 roku życia”, biorąc pod uwagę intencje MZ wyrażone w piśmie z dnia 2 marca 2016 r (tj. zniesienie warunku ograniczającego) uznano, iż nazwa świadczenia najlepiej oddająca intencje wnioskodawcy to: „wizyta adaptacyjna dziecka w 3 i 4 roku życia”.

Korespondencja z MZ

Nie prowadzono korespondencji z Ministerstwem Zdrowia.

Korespondencja z NFZ

Dnia 12.05.2023 r. zostało wysłane pismo (znak: WS.420.7.2023.ZZW.DZ; WS.420.8.2023.ZZW.AA) do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące przedstawienia opinii dot. skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w sprawie wprowadzenia do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dziecka w 3. roku życia oraz wizyty adaptacyjnej dziecka w 3. i 4. roku życia.

Do dnia ukończenia prac analitycznych nad raportem, do siedziby Agencji nie wpłynęła odpowiedź od Narodowego Funduszu Zdrowia.

Korespondencja z ekspertami

Dnia 12.05.2023 r. Agencja wystosowała 17 pism z prośbą o opinie wraz z formularzami stanowisk eksperckich w sprawie wprowadzenia do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dziecka w 3. roku życia oraz wizyty adaptacyjnej dziecka w 3. i 4. roku życia, wraz z Deklaracją o Konflikcie Interesów. Otrzymano 10 odpowiedzi (w tym 1 odpowiedź od Konsultanta Krajowego i 9 od Konsultantów Wojewódzkich), 2 odmowy. Na 5 pism nie otrzymano odpowiedzi.

Korespondencja z przedstawicielami organizacji reprezentujących pacjentów

Nie prowadzono korespondencji z przedstawicielami organizacji reprezentujących pacjentów.

Spotkania z ekspertami

Nie prowadzono spotkań z ekspertami.

Tryb zlecenia

Zlecenie MZ z art. 31 c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.).

Źródło: Zlecenie MZ – pismo z dnia 31.03.2023 r., znak pisma DLG.747.16.2023.TK

4. Problem decyzyjny

4.1. Problem zdrowotny¹

Przyczyną konieczności wizyt adaptacyjnych dla dzieci jest strach przed leczeniem dentystycznym, lęk dentystyczny, dentofobia (lub też obawa przed ich wystąpieniem w następstwie negatywnych doświadczeń nabytych podczas leczenia). Lęk dentystyczny jest stanem, w którym dana osoba doświadcza odczucia ogólnej obawy oraz jest przygotowana na to, że przydarzy się jej coś negatywnego. Dentofobia jest ciężką postacią lęku dentystycznego. Należy podkreślić, że w wielu publikacjach nomenklatura ta stosowana jest zamiennie. Odczuwanie lęku dentystycznego jest często wieloczynnikowe i wiąże się z: ogólnym odczuwaniem lęku; wcześniejszymi, negatywnymi doświadczeniami związanymi z leczeniem dentystycznym; temperamentem dziecka; postrzeganiem środowiska dentystycznego; strachem przed zarazkami; strachem przed pobytem poza bezpiecznym, w oczach pacjenta, domem oraz lękiem dentystycznym rodziców dziecka. Zaproponowano model opisujący czynniki wywołujące lęk dentystyczny u dzieci, są to: strach przed bólem lub jego oczekiwaniem, strach przed nieznanym, strach przed utratą kontroli, niemożność zaufania personelowi medycznemu, strach przed ingerencją w strefę intymną pacjenta (wynosi ona około 45 cm).^{2,3,4,5}

- Celem pierwszej wizyty u lekarza dentysty, która zgodnie z zaleceniami powinna mieć miejsce około 18. miesiąca życia, jest nie tylko przygotowanie dziecka na późniejsze leczenie stomatologiczne, lecz również wykształcenie pozytywnych relacji z lekarzem i reakcji na działania lekarza. Pierwsze wizyty u lekarza dentysty powinny zaznajomić dziecko z aparaturą stosowaną w gabinecie stomatologicznym oraz w miarę możliwości przekonać je, że dentysta nie musi się kojarzyć ze strachem.
- Następnym aspektem wizyt adaptacyjnych to edukacja rodziców małego dziecka. Powinni oni poznać zasady prawidłowej higieny jamy ustnej.
- Przed wizytą rodzic w prostych słowach powinien poinformować dziecko o planowanej wizycie u stomatologa i jej celu – np. obejrzenie i zbadanie zębów oraz nauka ich mycia.⁶

Zróznicowane zachowanie dzieci będące funkcją procesu uczenia się oraz rozwoju dziecka, występuje podczas postępowania z dzieckiem w gabinecie dentystycznym. Poziomą współpracę dziecka można w pewnym stopniu przewidzieć, biorąc pod uwagę typy zachowania, które reprezentują „normy” dla poszczególnych grup wiekowych:

- dziecko w wieku poniżej 2 lat – mała zdolność zrozumienia zabiegów leczniczych oraz brak możliwości efektywnej komunikacji;
- wiek: 2 lata – zdolność komunikowania różni się odpowiednio od poziomu rozwoju słownictwa, które jest jeszcze ograniczone. Trudności w komunikacji powodują, że dziecko nie potrafi współpracować. Dzieci w tym wieku lubią samotne zabawy i rzadko dzielą je z innymi. Są jednocześnie zbyt małe, aby dotrzeć do nich samymi słowami, wstydzą się nowych ludzi. Należy pozwolić im dotykać i trzymać przedmioty, aby zrozumiały ich znaczenie. Zaleca się, aby dzieciom towarzyszyli rodzice;
- wiek: 3 lata – dzieci są mniej egocentryczne i lubią przypodobać się dorosłym. Mają bardzo aktywną wyobraźnię i lubią opowieści, więc zazwyczaj można się z nimi komunikować i przekonywać. Należy pamiętać, że dzieci w tym wieku w momentach stresujących zwrócą się do swoich rodziców, a wyjaśnienia udzielane przez obcą osobę nie będą przez dziecko akceptowane. Należy rozważyć możliwość pozostania rodziców aż do czasu zapoznania się z lekarzem dentystą i asystentką;
- wiek: 4 lata – dzieci słuchają z zainteresowaniem i dobrze reagują na polecenia werbalne. Wykazują żywiołowe reakcje i mogą być bardzo rozmowne, ale też skore do wyolbrzymiania. Dzieci w tym wieku

¹ AOTMiT „Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia. Opracowanie na potrzeby Ministra Zdrowia, AOTMiT-OT-430-11/2015

² Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J.* 2013;58(4):390-531. doi:10.1111/adj.12118

³ Lee CY, Chang YY, Huang ST. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *Int J Paediatr Dent.* 2008;18(6):415-422. doi:10.1111/j.1365-263X.2008.00924.x

⁴ Porritt J, Marshman Z, Rodd HD. Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction. *Int J Paediatr Dent.* 2012;22(6):397-405. doi:10.1111/j.1365-263X.2011.01208.x

⁵ Zhou Y, Cameron E, Forbes G, Humphris G. Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behaviour. *Patient Educ Couns.* 2011;85(1):4-13. doi:10.1016/j.pec.2010.08.002

⁶ https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/128123.wizyta-adaptacyjna-dziecka-w-gabinecie-stomatologicznym [data dostępu: 15.05.2023]

dobrze współpracują w małych grupach. Są pacjentami współpracującymi, ale niektóre mogą być zbuntowane i starać się narzucać swoje poglądy;

- wiek: 5 lat – dzieci bawią się ze swoimi rówieśnikami, nie boją się opuszczać swoich rodziców podczas wizyt dentystycznych, ponieważ nie boją się nowych doświadczeń. Są dumne z rzeczy, które posiadają, a komentarze o ich np. ubiorze, można wykorzystać w nawiązaniu komunikacji i rozwinięciu wzajemnych relacji;
- wiek: 6 lat – dzieci coraz bardziej uniezależniają się od rodziców. Zmiany zachodzące w tym wieku mogą powodować u niektórych dzieci poważny niepokój z wybuchami krzyków, złości, a nawet agresją i biciem rodziców. Niektóre dzieci okazują wyraźne nasilenie reakcji lękowych. Wskazano na to, że dzieci przychodzą na świat z charakterystycznym temperamentem, który towarzyszy im w pewnym stopniu przez całe ich życie.

Wymienia się również 3 podstawowe temperamenty, które mają wpływ na późniejszą osobowość (około 65% niemowląt może być przydzielona do jednego z tych typów temperamentu – pozostałe mają typy mieszane):

- temperament łatwy - dzieci ogólnie określane jako te mające pozytywny nastrój. Uważa się, że mają zdolności adaptacyjne i potrafią się przystosowywać. Gdy wystąpi jakiś problem czy zagrożenie, można od nich oczekiwać reakcji o małym lub średnim nasileniu. W nagłych sytuacjach wykazują raczej pozytywne nastawienie niż chęć wycofania się;
- temperament trudny – dzieci te wolno rozwijają codzienny schemat spania, jedzenia, wypróżniania się. Często wykazują intensywne reakcje w odpowiedzi na problemy, mają tendencje do wycofywania się z nowych sytuacji oraz trudności w adaptowaniu się do zmian zachodzących w ich środowisku;
- temperament rozgrzewający się wolno – dzieci te mają nieśmiałe usposobienie, wykazują niski poziom aktywności, a wszelkie zmiany są dla nich trudne, gdyż wolno się adaptują. Na problemy odpowiadają negatywnie, z reakcją o małym natężeniu.

Dentyści pracujący z dziećmi muszą stosować różne podejścia i metody zależnie od typu osobowości dziecka oraz aktualnego poziomu rozwoju, które osiągnęło dziecko (pamiętając o uwzględnieniu dużej zmienności osobniczej).^{7,8}

Lęk stomatologiczny może być uważany jako etap w procesie adaptacyjnym, który zapoczątkowany w dzieciństwie może zmniejszyć się z upływem czasu. Jednak w niektórych przypadkach lęk ten może przetrwać i w życiu dorosłym być powodem poważnych problemów zdrowotnych. Lęk stomatologiczny może być przyczyną obaw związanych z podjęciem leczenia dentystycznego, unikaniem wizyt stomatologicznych, co wiąże się z gorszym stanem uzębienia oraz koniecznością bardziej intensywnego i najczęściej też bardziej traumatycznego, późniejszego leczenia.^{9,10}

W jednym z badań oszacowano, że problem odczuwania wysokiego lęku dentystycznego dotyka co szóstego Australijczyka. Lęk dentystyczny w 51% przypadków ma swój początek w dzieciństwie. W wieku 5 lat odczuwa go 8,8%, a w wieku 9 lat 14,6% dzieci. Na Tajwanie występowanie lęku stomatologicznego wśród dzieci w wieku 5-8 lat szacuje się na 20,6%. Mniej niż połowa dzieci określa swój lęk stomatologiczny jako niski lub umiarkowany, natomiast jako wysoki - 10-20%.^{11,12,13,14}

Jednymi z najbardziej rekomendowanych technik stosowanych do modyfikacji zachowania dzieci podczas wizyty stomatologicznej są różne formy zaznajamiania dzieci z otoczeniem gabinetu dentystycznego oraz procedurami, które się w nim stosuje. Jedną z nich jest modelowanie, oparte na teorii społecznego uczenia się. Wykazano również, że stopniowe zaznajamianie dziecka z otoczeniem gabinetu dentystycznego oraz procedurami

⁷ Cameron AC., Widmer RP. Handbook of pediatric dentistry. Elsevier Health Sciences, 2013.

⁸ Lee CY, Chang YY, Huang ST. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *Int J Paediatr Dent.* 2008;18(6):415-422. doi:10.1111/j.1365-263X.2008.00924.x

⁹ Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J.* 2013;58(4):390-531. doi:10.1111/adj.12118

¹⁰ Pickrell JE, Heima M, Weinstein P, et al. Using memory restructuring strategy to enhance dental behaviour. *Int J Paediatr Dent.* 2007;17(6):439-448. doi:10.1111/j.1365-263X.2007.00873.x

¹¹ Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J.* 2013;58(4):390-531. doi:10.1111/adj.12118

¹² Lee CY, Chang YY, Huang ST. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *Int J Paediatr Dent.* 2008;18(6):415-422. doi:10.1111/j.1365-263X.2008.00924.x

¹³ Menezes Abreu DM, Leal SC, Mulder J, Frencken JE. Patterns of dental anxiety in children after sequential dental visits. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2011;12(6):298-302. doi:10.1007/BF03262827,

¹⁴ Porritt J, Marshman Z, Rodd HD. Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction. *Int J Paediatr Dent.* 2012;22(6):397-405. doi:10.1111/j.1365-263X.2011.01208.x

dentystycznymi jest skuteczną metodą minimalizowania strachu i lęku dentystycznego u małych dzieci. Większość metod behawioralnych stosowanych w celu redukcji lęku oraz wrażliwości na ból to:

- metoda komunikacji werbalnej (ang. *verbal communication technique*) - powszechnie stosowana w stomatologii wieku rozwojowego, zarówno u dzieci współpracujących, jak i niewspółpracujących w formie odpowiednich komend (nakazów);
- metoda komunikacji niewerbalnej (ang. *nonverbal communication technique*) polega na wzmocnieniu i ukierunkowaniu zachowania poprzez odpowiedni kontakt, postawę, ekspresję twarzy i mowę (język) ciała;
- metody oparte zarówno na komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej:
 - metoda powiedz-pokaż-zrób (ang. *tell-show-do*) oparta jest na teorii uczenia się, która postuluje, że nagradzanie danego rodzaju zachowania powoduje wzrost częstości jego występowania, a karanie lub nie nagradzanie danego zachowania zmniejsza częstość jego występowania;
 - metoda kontroli głosem (ang. *voice control technique*) polega na kontrolowanej zmianie natężenia głosu, tonu lub tempa wypowiedzi celem pozyskania uwagi dziecka i ustalenia odpowiedniej relacji dorosły-dziecko;
 - pozytywne wzmocnienie (ang. *positive reinforcement technique*) jest efektywną metodą polegającą na nagradzaniu pożądanego zachowania;
 - metoda odwracania uwagi (ang. *distraction technique*) sprowadza się do odwrócenia uwagi pacjenta od procedury postrzeganej jako nieprzyjemna, tj. ignoruje się niewłaściwe zachowanie kierując uwagę na inny obiekt;
 - metoda naśladownictwa – modelowania (ang. *modelling technique*) polega na uczeniu się oczekiwanego zachowania poprzez obserwowanie konsekwencji, które wyniknęły z danego zachowania;
 - metoda sygnalizacji doznań bólowych (ang. *signaling the experience of pain technique*) zwana także metodą zwiększonej kontroli (ang. *enhancing control technique*) jest oparta na zasadach uczenia się warunkowania i zwiększania poczucia bezpieczeństwa dziecka poprzez udział w kontroli leczenia;
 - metoda systematycznej desensytyzacji (ang. *systematic desensitization technique*) jest stosowana do przewarunkowania reakcji lękowych za pomocą bodźca stresującego. Reakcja lękowa ulega zahamowaniu w wyniku jednoczesnego wywołania stanu przeciwnego do lęku, np. relaksacji, hipnozy. Metoda ta polega na stopniowym wprowadzaniu bodźca lękowego lub procedury wywołującej lęk po zastosowaniu bodźców powodujących relaksację;
 - negatywne (awersyjne) uwarunkowanie (ang. *negative conditioning, aversive conditioning*). Metoda ta jest oparta na stosowaniu bodźców negatywnych do wyeliminowania lub poprawy niepożądanego zachowania. Negatywne bodźce można stopniować następująco: srogie spojrzenie, wypowiedzianie poleceń głośno i dobitnie, a krańcowo – zastosowanie metody „ręce na twarz” dziecka (ang. *hand over mouth exercise – HOME*) opartej na negatywnym wzmocnieniu;
 - metody selektywnego wykluczania rodzica (ang. *selective exclusion of the parent technique – SEP*), polegająca na opuszczeniu przez rodzica gabinetu podczas manifestowania przez dziecko niewłaściwego zachowania i powrotu do gabinetu po poprawie zachowania;
 - metoda ochronnego unieruchomienia dziecka (ang. *protective stabilization techniques*), aby ochronić pacjenta, lekarza i/lub personel zespołu stomatologicznego przed zranieniem podczas zabiegu. Jednakże przed zastosowaniem tej metody, ze względu na możliwe konsekwencje, takie jak uraz fizyczny i psychiczny, utrata godności, pogwałcenie praw pacjenta, a nawet śmierć, należy rozważyć inne alternatywy.^{15,16}

¹⁵ Kaczmarek U., Metody behawioralne kształtujące zachowanie dziecka w gabinecie stomatologicznym na podstawie piśmiennictwa - Behavioural methods that shape child's demeanour in the dental office—review of literature, Czas. Stomatol., 2009, 62, 6, 456-466.

¹⁶ Menezes Abreu DM, Leal SC, Mulder J, Frencken JE. Patterns of dental anxiety in children after sequential dental visits. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2011;12(6):298-302. doi:10.1007/BF03262827,

Poniżej przedstawiono opis problemu zdrowotnego będącego przedmiotem zlecenia według Karty Problemu Zdrowotnego, przekazanej z pismem z dnia 20 listopada 2015 r. znak pisma: OZG.078.17.2015/ES, zgodnie z opisem Wnioskującego:

„Ważnymi czynnikami determinującymi postawę do leczenia dentyścycznego jest wiek dziecka, wcześniejsze doświadczenia ogólnolekarskie i stomatologiczne oraz przyczyna wizyty w gabinecie stomatologicznym (symptomatyczna vs. asymptomatyczna). Postawa stomatologiczna dziecka jest kształtowana przez jego rodziców/opiekunów oraz lekarza podczas pierwszych wizyt stomatologicznych, stosującego różne techniki komunikacyjne i metody behawioralne. Osiągnięcie współpracy dziecka umożliwi wykonywanie zabiegów profilaktycznych i leczniczych i zmniejszy liczbę dzieci z lękiem stomatologicznym i wymagających leczenia w znieczuleniu ogólnym.

Uważa się, że pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym wpływa istotnie na jego postawę do dalszego leczenia i zaufanie do stomatologa. Jeśli relacja lekarz-pacjent rozwija się pozytywnie, to wpływa dodatnio na satysfakcję pacjenta, korzystanie z opieki zdrowotnej, a nawet poprawę opieki domowej i stanu zdrowotnego. Nieprzyjemna pierwsza wizyta jednak oddziałuje negatywnie na przyszłe leczenie i prowadzi do lęku. Dziecko z lękiem stomatologicznym jest dużym wyzwaniem dla lekarza dentystry. Z piśmiennictwa wynika zróżnicowanie występowania lęku stomatologicznego u dzieci i młodzieży. Raadal et al. wykazali występowanie lęku u 19,5% dzieci w wieku 5-11 lat, a Holst i Crossner tylko u 3% dzieci w wieku 3-16 lat.¹⁷

Ważnym elementem kształtowania postawy stomatologicznej jest zaangażowanie nie tylko lekarza dentystry ale także asystentki stomatologicznej oraz znajomość psychologii dziecka. Adaptacja dzieci w wieku 3 i 4 lat jest bardziej efektywna, niż młodszymi ponieważ dziecko 3-letnie lubi się przypodobać dorosłym, ma aktywną wyobraźnię i lub opowieści, można się z nim komunikować i przekonywać, a 4-letnie słucha z zainteresowaniem, jest rozmowne i dobrze reaguje na werbalne wskazówki. Należy podkreślić, że kształtowanie zachowania jest procesem, a nie jednorazowym działaniem. Dlatego dzieci powinny mieć możliwość dobycia nie jednej, lecz co najmniej do 2 wizyt adaptacyjnych. Niezależnie od wieku niektóre dzieci tolerują wiele, inne zaś są wrażliwe i reagują negatywnie na niewielkie bodźce stresowe.”

Uwagi Analityków:

- *Należy podkreślić, że wizyta adaptacyjna obejmuje zaznajomienie dziecka z aparaturą stosowaną w gabinecie stomatologicznym, zaznajomienie dziecka ze stomatologiem oraz edukację rodziców w zakresie higieny jamy ustnej dziecka.*
- *Wydaje się, że celowe i skuteczne byłoby wypracowanie trwałej relacji, na zasadzie zobowiązania dwustronnego, pacjent-lekarz, na podstawie której pacjent zostałby przypisany do dentystry jako lekarza prowadzącego, który sprawowałby kompletną opiekę nad pacjentem, z drugiej strony pacjent zadeklarowałby się do odbywania regularnych wizyt w gabinecie stomatologicznym.*
- *Wizyta adaptacyjna jest składową świadczeń profilaktycznych rozliczanych dla dzieci w wieku 12 miesięcy, 2, 4 i 5 lat, przysługując w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystano świadczenia wcześniej). W opinii analityków, gdy dziecko jest objęte wzorcową profilaktyką i prawidłowym planem leczenia, wprowadzenie, w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, świadczenia „Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia”, wydaje się nie mieć racjonalnych podstaw.*

4.2. Oceniana technologia medyczna

4.2.1. Opis świadczenia opieki zdrowotnej

Poniżej przedstawiono opis ocenianego świadczenia opieki zdrowotnej według Karty Problemu Zdrowotnego, przekazanej z pismem z dnia 20 listopada 2015 r. znak pisma: OZG.078.17.2015/ES, zgodnie z opisem Wnioskującego:

Opis proponowanego przedmiotu zlecenia:

Opis świadczenia opieki zdrowotnej:

Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia.

¹⁷ Kaczmarek U., Wilk-Sieczak B., Metody oceny lęku stomatologicznego u dzieci i młodzieży, Dent. Med. Probl., 2006, 43, 4, 596-601

Kolejnymi etapami wizyty dziecka są: wejście do gabinetu, zajęcie miejsca na fotelu, rozmowa, pokazywanie, realizacja badania, pozytywne wzmocnienie, wyjście z gabinetu.

Przykład przebiegu wizyty adaptacyjnej dziecka powyżej 2. roku życia (wg prof. U. Kaczmarek) przy możliwości współpracy:

1. Podejście do dziecka siedzącego na fotelu:

- znajdź coś co zainteresuje dziecko (np. zabawka, fryzura, nowe buty dziecka),
- zachowaj dystans odległości socjalnej,
- zapytaj o coś co pozwoli się dziecku otworzyć,
- popatrz na dziecko z pewnej odległości, nie dotykaj dziecka, nagroź współpracę.

2. Badanie dziecka:

- poproś o zgodę dziecka na obejrzenie jego górnych zębów, potem dotknij wargi,
- stosuj pozytywne wzmocnienie – nagradzaj sukcesywnie zachowania zbliżone do pożądanego celu,
- na początku pracuj od przodu, na poziomie oczu dziecka,
- zachowuj „intymną strefę” (dystans socjalny wynosi ok. 45 cm; stomatolog wchodzi w tę strefę, ale częste przerwy między etapami zabiegu pozwalają na akceptację),
- przechylaj oparcie fotela stopniowo,
- wprowadź lusterko, następnie wprowadź zgłębnik stosując technikę „powiedz-pokaż-zrób” (umieść zgłębnik przed zębami, dotknij zęba, zapytaj „czy czujesz, że drapie ząb”, zinterpretuj odpowiedź, nagroź komplementem „zobaczyliśmy zęby przednie, teraz zobaczymy tylne, otwórz szerzej buzię! O tak, dobrze to zrobiłeś/aś, hej, naprawdę masz ładne zęby”.

Poziom lub sposób jego finansowania:

Ze środków publicznych.

Warunki jego realizacji:

Świadczenie jest udzielane przez lekarza dentystę.

Wskazanie wpływu proponowanego rozwiązania na sytuację:

Świadczeniobiorców:

Adaptacja do środowiska stomatologicznego i zmniejszenie ryzyka dentofobii.

Świadczeniodawców:

Możliwość kształtowania postawy stomatologicznej dziecka, tj. zapewnienie współpracy dziecka i rodziców, zarówno w zakresie zapobiegania jak i leczenia chorób jamy ustnej, zwiększenie bezpieczeństwa wykonywania zabiegów leczniczych.

Wskazanie wstępnych skutków finansowych dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych:

Narodowego Funduszu Zdrowia:

Prognozowana maksymalna liczba wizyt dla dziecka 3-letniego lub 4-letniego około 170 tys.

Wyliczenie:

Zgodnie z danymi GUS z 2014 r. liczba dzieci w wieku 3-6 lat w Polsce wynosi 1676,5 tys. (przybliżona liczba 3-latków - 420 tys.). Według danych GUS z 2009 r. z porad stomatologicznych dentystę odwiedziło 27,4% dzieci w wieku 2-4 lat (więcej odpowiednio o 5,4 pkt. proc. i 4,4 pkt. proc. w porównaniu z 2004 r.). W związku z wprowadzeniem książeczki zdrowia dziecka odsetek ten prawdopodobnie wzrośnie.

Ze świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych korzysta 40% ogólnej populacji (GUS 2014 r.). Zakładając wzrost odsetka dzieci korzystających z porad stomatologicznych do 100% (ok. 420 tys. dzieci) ze świadczeń profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych skorzysta około 40% - około 168 tys.

Ministra Zdrowia

Brak.

Skutek prawny:

Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

4.2.2. Wskazania, których dotyczy zlecenie

Zgodnie z przekazaną, pismem z dnia 20 listopada 2015 r. znak pisma: OZG.078.17.2015/ES, Kartą Problemu Zdrowotnego, świadczenie „Wizyta adaptacyjna dziecka w 3 i 4. roku życia” podlega ocenie we wskazaniach:

- rozwiązań obowiązujących obecnie w zakresie wskazanego przedmiotu zlecenia i problemu zdrowotnego (np. obecna standardowa terapia) oraz
- możliwości zastosowania innych rozwiązań w stosunku do rozwiązania zaproponowanego (np. terapie alternatywne).

W ramach świadczeń profilaktycznych dziecku przysługuje wizyta adaptacyjna 2. roku życia. W przypadku dziecka w 2. roku życia efektywna komunikacja jest możliwa jednak trudniejsza ze względu na rozwój słownictwa. Dziecko w tym wieku wstydzi się nowych ludzi i nowych miejsc. Wizyta adaptacyjna w tym wieku jest konieczna, jednak nie tak efektywna.

Alternatywą jest leczenie stomatologiczne w sedacji płytkiej lub głębokiej.

4.3. Alternatywne technologie medyczne**4.3.1. Rekomendacje i wytyczne kliniczne**

W dniach 11-12.04.2023 r. przeszukano strony polskich, zagranicznych i międzynarodowych towarzystw naukowych, organizacji i instytucji w celu odnalezienia aktualnych rekomendacji i wytycznych praktyki klinicznej dotyczących stomatologicznej wizyty adaptacyjnej u dzieci.

Dla potrzeb opracowania uwzględniono przegląd następujących stron internetowych towarzystw związanych z rekomendacjami klinicznymi, zgodnie z wykazem internetowych źródeł informacji:

- Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej, PTSD (<https://ptsd.net.pl/>);
- European Academy of Paediatric Dentistry, EAPD (<https://www.eapd.eu/>);
- American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD (<https://www.aapd.org/>);
- British Society of Paediatric Dentistry, BSPD (<https://www.bspd.co.uk/>);
- Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme, SDCEP (<https://www.sdcep.org.uk/>).

Dodatkowo przeprowadzono wyszukiwanie wolnotekstowe w ogólnodostępnej wyszukiwarce internetowej (<https://www.google.com>) za pomocą odpowiednich słów kluczowych: *pediatric dentistry, recommendation, guidelines*.

Jakość wytycznych oceniono za pomocą narzędzia oceny jakości AGREE II w zakresie poprawności metodyki opracowania poszczególnych dokumentów wg Domeny 3 (D3). Podsumowanie najważniejszych odnalezionych wytycznych dotyczących profilaktyki stomatologicznej u dzieci przedstawiono poniżej.

Tabela 1. Przegląd wytycznych praktyki klinicznej w zakresie stomatologicznej wizyty adaptacyjnej u dzieci

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
American Academy of Pediatric Dentistry, (AAPD) ¹⁸ , USA, 2020 AGREE II D3: 35,5%	Podstawowe wytyczne dotyczące zachowania – <i>Komunikacja i wytyczne komunikacyjne</i> Postępowanie komunikacyjne i odpowiednie stosowanie poleceń są powszechnie stosowane w stomatologii dziecięcej zarówno w przypadku dzieci współpracujących jak i niewspółpracujących. Na początku wizyty w gabinecie stomatologicznym zadawanie pytań i aktywne/refleksyjne słuchanie może pomóc w nawiązaniu porozumienia i zdobyciu zaufania. Lekarz dentysta może odgrywać rolę nauczyciela/ucznia, aby wykształcić

¹⁸ American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient, 2020, https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide.pdf [data dostępu: 11.04.2023]

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
	<p>świadomego pacjenta i bezpiecznie przeprowadzić leczenie stomatologiczne na wysokim poziomie. Po rozpoczęciu zabiegu należy utrzymać dwukierunkową komunikację, a lekarz dentysta powinien traktować dziecko jako aktywnego uczestnika jego opieki. Dzięki tej dwukierunkowej wymianie informacji lekarz może również udzielać jednokierunkowych wskazówek dotyczących zachowania poprzez dyrektywy. Użycie technik samo ujawniania asertywności (np. "Proszę otworzyć usta, abym mógł sprawdzić stan uzębienia", "Proszę siedzieć spokojnie, abyśmy mogli wykonać zdjęcie rentgenowskie") mówi dziecku, czego dokładnie oczekuje się od niego, tak aby mogło współpracować. Dentysta może zadawać dziecku pytania typu "tak" lub "nie", na które dziecko może odpowiedzieć "kciukiem w górę" lub "kciukiem w dół". Konieczna jest również obserwacja mowy ciała dziecka, aby potwierdzić, że odbiór komunikatu oraz ocenić komfort i poziom bólu. Poradnictwo komunikacyjne składa się z wielu specyficznych technik, które po połączeniu wzmacniają rozwój współpracującego pacjenta. Z procesem tym wiążą się takie techniki jak: pozytywne obrazy przed wizytą, bezpośrednia obserwacja, metoda „powiedz-pokaż-zrób”, „zapytaj-powiedz-zapytaj”, kontrola głosem, komunikacja niewerbalna, pozytywne wzmocnienie, różne techniki odwracania uwagi (np. dźwiękowe, wizualne, wyobraźnia, przemyślane projekty kliniki), przekształcanie wspomnień, odwracanie uwagi na otoczenie i procedury stomatologiczne, obecność/nieobecność rodziców, wzmożona kontrola, dodatkowe metody dla pacjentów z lękiem lub specjalnymi potrzebami zdrowotnymi oraz wzajemne podawanie podtlenku azotu/tlenu. Przy wyborze konkretnych technik poradnictwa komunikacyjnego lekarz powinien wziąć pod uwagę rozwój pacjenta, a także obecność innych deficytów komunikacyjnych (np. zaburzeń słuchu).</p> <p><u>Pozytywne obrazy przed wizytą</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: Pacjenci przeglądają pozytywne zdjęcia lub obrazy stomatologii i leczenia stomatologicznego przed wizytą u dentysty. • Cele: Celem pozytywnych obrazów przed wizytą jest: <ul style="list-style-type: none"> – przekazywanie dzieciom i rodzicom wizualnej informacji o tym, czego mogą się spodziewać podczas wizyty u dentysty; – zapewnienie dzieciom kontekstu, aby mogły zadać świadczeniodawcom odpowiednie pytania przed rozpoczęciem zabiegów dentystycznych. • Wskazania: Stosować u każdego pacjenta. • Przeciwwskazania: Brak. <p><u>Bezpośrednia obserwacja</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: Pacjenci oglądają wideo lub mogą bezpośrednio obserwować młodego, współpracującego pacjenta w trakcie leczenia stomatologicznego. • Cele: Celem bezpośredniej obserwacji jest: <ul style="list-style-type: none"> – zapoznanie pacjenta z otoczeniem stomatologicznym i krokami związanymi z zabiegiem dentystycznym; – zapewnienie pacjentowi i rodzicowi możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu stomatologicznego w bezpiecznym otoczeniu. • Wskazania: Stosować u każdego pacjenta. • Przeciwwskazania: Brak. <p><u>Metoda „powiedz-pokaż-zrób”</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: Technika polega na werbalnym wyjaśnianiu procedur za pomocą zwrotów adekwatnych do poziomu rozwojowego pacjenta („powiedz”); demonstrowaniu pacjentowi wizualnych, słuchowych, węchowych i dotykowych aspektów zabiegu w dokładnie określonej, niegroźnej scenerii („pokaż”); a następnie, nie odchodząc od wyjaśnienia i demonstracji, zakończenie procedury („zrób”). Technika „powiedz-pokaż-zrób” działa z umiejętnościami komunikacyjnymi (werbalnymi i niewerbalnymi) oraz pozytywnym wzmocnieniem. • Cele: Celem metody „powiedz-pokaż-zrób” jest: <ul style="list-style-type: none"> – nauczanie pacjenta ważnych aspektów wizyty u dentysty oraz zapoznanie go z oprawą dentystyczną i wyposażeniem; – kształtowanie reakcji pacjenta na zabiegi poprzez przekształcanie i dobrze opisywanie oczekiwań. • Wskazania: Stosować u każdego pacjenta. • Przeciwwskazania: Brak. <p><u>Metoda „zapytaj-powiedz-zapytaj”</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: Technika ta polega na wypytywaniu pacjenta o wizytę i odczucia dotyczące planowanych zabiegów („zapytaj”); wyjaśnianie procedur poprzez demonstracje i niegroźny język odpowiedni do poziomu poznawczego pacjenta („powiedz”); i ponownie dopytując się, czy pacjent rozumie i co myśli o zbliżającym się leczeniu („zapytaj”). Jeśli pacjent nadal ma obawy, dentysta może je rozwiązać, ocenić sytuację i w razie potrzeby zmodyfikować procedury lub techniki postępowania. • Cele: Celem metody „zapytaj-powiedz-zapytaj” jest: <ul style="list-style-type: none"> – ocena lęku, który może prowadzić do zachowań niezgodnych z zaleceniami w trakcie leczenia; – poinstruowanie pacjenta o procedurach i ich realizacji; – potwierdzenie przed kontynuacją, że pacjent jest zadowolony z zabiegu. • Wskazania: Stosować u każdego pacjenta zdolnego do dialogu. • Przeciwwskazania: Brak. <p><u>Kontrola głosem</u></p>

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
	<ul style="list-style-type: none"> • Opis: Sterowanie głosem to celowa zmiana głośności, tonu lub tempa głosu w celu wywarcia wpływu na zachowanie pacjenta i ukierunkowania go. Choć zmiana rytmu może być łatwo zaakceptowana, użycie asertywnego głosu może być uznane za odrażające dla niektórych rodziców niezaznajomionych z tą techniką. Wyjaśnienie przed jego użyciem może zapobiec nieporozumieniom. • Cele: Cele sterowania głosowego to: <ul style="list-style-type: none"> – zyskanie uwagi pacjenta i podporządkowanie się; – unikanie zachowań negatywnych lub polegających na unikaniu; – ustalenie odpowiednich ról dorosły-dziecko. • Wskazania: Stosować u każdego pacjenta. • Przeciwwskazania: Pacjenci z upośledzeniem słuchu. <p><u>Komunikacja niewerbalna</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: Komunikacja niewerbalna to wzmacnianie i kierowanie zachowaniem poprzez odpowiedni kontakt, postawę, wyraz twarzy i język ciała. • Cele: Cele komunikacji niewerbalnej to: <ul style="list-style-type: none"> – zwiększenie skuteczności innych technik poradnictwa komunikacyjnego; – zyskanie lub utrzymanie uwagi i uległości pacjenta. • Wskazania: Stosować u każdego pacjenta. • Przeciwwskazania: Brak. <p><u>Wzmocnienie pozytywne i pochwała opisowa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: W procesie ustalania pożądanych zachowań pacjenta istotne jest przekazanie odpowiedniej informacji zwrotnej. Pozytywne wzmocnienie nagradza pożądane zachowania, zwiększając w ten sposób prawdopodobieństwo ich ponownego wystąpienia. Wzmacniacze społeczne obejmują pozytywną modulację głosu, wyraz twarzy, słowne pochwały i odpowiednie fizyczne okazywanie uczuć przez wszystkich członków zespołu dentystrycznego. Pochwała opisowa podkreśla konkretne zachowania związane ze współpracą (np. „Dziękuję, że siedzisz spokojnie”, „Wykonujesz świetną robotę, trzymając ręce na kolanach”), a nie uogólniona pochwała. Niespołeczne wzmocnienia obejmują żetony i zabawki. • Cel: Celem pozytywnego wzmocnienia i opisowej pochwały jest wzmocnienie pożądanego zachowania. • Wskazania: Stosować u każdego pacjenta. • Przeciwwskazania: Brak. <p><u>Odwroćcie uwagi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: Odwrócenie uwagi to technika odwracania uwagi pacjenta od tego, co może być postrzegane jako nieprzyjemna procedura. Odwrócenie uwagi można osiągnąć za pomocą wyobraźni (np. historie), projektu kliniki oraz efektów dźwiękowych (np. muzyka) i/lub wizualnych (np. telewizja, okulary wirtualnej rzeczywistości). Zapewnienie pacjentowi krótkiej przerwy podczas stresującej procedury może być skutecznym sposobem odwrócenia uwagi przed rozważeniem bardziej zaawansowanych technik kierowania zachowaniem. • Cele: Celem odwrócenia uwagi jest: <ul style="list-style-type: none"> – zmniejszenie odczuwania nieprzyjemności; – unikanie zachowań negatywnych lub polegających na unikaniu. • Wskazania: Stosować u każdego pacjenta. • Przeciwwskazania: Brak. <p><u>Przekształcanie wspomnień</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: Przekształcanie wspomnień to podejście behawioralne, w którym wspomnienia związane z negatywnym lub trudnym wydarzeniem (np. pierwsza wizyta u dentysty, znieczulenie miejscowe, zabieg odtwórczy, ekstrakcja) są przekształcane w pozytywne wspomnienia z wykorzystaniem informacji sugerowanych po zdarzeniu. Przekształcanie wspomnień obejmuje cztery elementy: (1) przypomnienia wizualne; (2) pozytywne wzmocnienie poprzez werbalizację; (3) konkretne przykłady kodowania szczegółów sensorycznych; oraz (4) poczucie spełnienia. Wizualnym przypomnieniem może być fotografia uśmiechniętego dziecka podczas pierwszej wizyty (tj. przed trudnym doświadczeniem). Pozytywne wzmocnienie poprzez werbalizację może polegać na pytaniu, czy dziecko powiedziało rodzicom, jak dobrą robotę wykonała na ostatnim spotkaniu. Dziecko jest proszone o odegranie ról i opowiedzenie dentyście, co powiedziało rodzicom. Konkretne przykłady kodowania szczegółów sensorycznych obejmują chwalenie dziecka za określone pozytywne zachowanie, takie jak trzymanie rąk na kolanach lub otwieranie szeroko ust, gdy jest o to poproszone. Następnie prosi się dziecko o zademonstrowanie tych zachowań, co prowadzi do poczucia spełnienia. • Cele: Cele restrukturyzacji pamięci to: <ul style="list-style-type: none"> – przekształcanie trudnych lub negatywnych doświadczeń stomatologicznych z przeszłości; – poprawianie zachowań pacjentów podczas kolejnych wizyt stomatologicznych. • Wskazania: Stosować u pacjentów, którzy mieli negatywną lub trudną wizytę u dentysty. • Przeciwwskazania: Brak. <p><u>Odwracanie uwagi na otoczenie i procedury stomatologiczne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: Systematyczne odwracanie uwagi jest techniką psychologiczną, którą można zastosować do modyfikacji zachowań niespokojnych pacjentów w warunkach dentystrycznych. Jest to proces, który zmniejsza reaktywność emocjonalną na negatywny, awersyjny lub pozytywny bodziec po stopniowej

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
	<p>ekspozycji na niego. Pacjenci są stopniowo narażani podczas serii sesji na elementy wizyty u dentysty, które powodują u nich niepokój. Pacjenci mogą przeglądać informacje dotyczące gabinetu dentystycznego i otoczenia w domu, korzystając z książki przygotowawczej lub filmu lub przeglądając witrynę internetową gabinetu. Rodzice mogą modelować czynności (np. otwieranie buzi i dotykanie policzka) i ćwiczyć z dzieckiem w domu przy pomocy lusterka dentystycznego. Udane zachowania byłyby kontynuowane podczas zwiedzania gabinetu w godzinach pozaklinicznych i kolejnej wizyty w gabinecie dentystycznym w celu zbadania środowiska. Po pomyślnym zakończeniu każdego kroku można podjąć próbę umówienia wizyty u dentysty i personelu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cele: Celem systematycznego odwracania uwagi jest, aby pacjent: <ul style="list-style-type: none"> – kontynuował pielęgnację zębów po przyzwyczajeniu i pomyślnej progresji ekspozycji na środowisko; – zidentyfikowanie jego obaw; – opracowanie technik relaksacyjnych dla tych lęków; – bycie stopniowo wystawianym, za pomocą opracowanych technik, na sytuacje, które budzą jego lęki i zmniejszają reakcje emocjonalne. • Wskazania: Stosować u pacjentów, którzy doświadczyli bodźców wywołujących strach, lęku i/lub zaburzeń neurorozwojowych (np. zaburzenia ze spektrum autyzmu). • Przeciwwskazania: Brak <p><u>Wzmocniona kontrola</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: Wzmacnianie kontroli jest techniką stosowaną w celu umożliwienia pacjentowi, zwłaszcza niespokojnemu/bojącemu się, przyjęcia aktywnej roli w doświadczeniu dentystycznym. Dentysta daje pacjentowi sygnał (np. podniesienie ręki), którego należy użyć, jeśli poczuje się nieswojo lub będzie musiał na krótko przerwać leczenie. Pacjent powinien przećwiczyć ten gest przed rozpoczęciem leczenia, aby podkreślić, że jest to ograniczony ruch od pola operacyjnego. Gdy pacjent wykorzystuje sygnał podczas zabiegów dentystycznych, dentysta powinien szybko zareagować przerwą w leczeniu i uznać zaniepokojenie pacjenta. • Cele: Celem jest umożliwienie pacjentowi pewnej kontroli podczas leczenia w celu opanowania emocji i powstrzymania destrukcyjnych zachowań. • Wskazania: Stosować u pacjentów komunikujących się. • Przeciwwskazania: brak, ale w przypadku przedwczesnego zastosowania może wzrosnąć obawa wynikająca z domniemanego zaniepokojenia zbliżającym się zabiegiem. <p><u>Obecność/nieobecność rodziców</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: Czasami obecność lub nieobecność rodzica może być wykorzystana do uzyskania współpracy w leczeniu. Filozofia lekarza i stosunek rodziców do obecności/nieobecności rodziców podczas leczenia stomatologicznego u dzieci są bardzo różnicowane. Wraz ze wzrostem akceptacji zakładania gabinetów dentystycznych do 12. miesiąca życia, rodzice będą oczekiwać, że będą towarzyszyć niemowlętom i małym dzieciom zarówno podczas badań, jak i leczenia. Zaangażowanie rodziców, zwłaszcza w opiekę zdrowotną ich dzieci, zmieniło się dramatycznie w ostatnich latach. Chęć rodziców do obecności podczas leczenia dziecka nie oznacza, że intelektualnie nie ufają dentyście; może to oznaczać, że czują się nieswojo, jeśli nie mogą wizualnie zweryfikować bezpieczeństwa swojego dziecka. Ważne jest, aby zrozumieć zmieniające się potrzeby emocjonalne rodziców ze względu na wzrost ukrytego, ale naturalnego poczucia ochrony swoich dzieci. Praktycy powinni przyzwyczać się do obecności podczas zaangażowania rodziców i z zadowoleniem przyjąć pytania i wątpliwości dotyczące ich dzieci. Praktycy muszą wziąć pod uwagę pragnienia i życzenia rodziców oraz być otwarci na zmianę paradygmatu we własnym myśleniu. • Cele: Celem obecności/nieobecności rodziców dla rodziców jest: <ul style="list-style-type: none"> – ich udział w badaniach i leczeniu dziecka; – oferowanie wsparcia fizycznego i psychicznego; – obserwowanie rzeczywistości leczenia swojego dziecka. Cele obecności/nieobecności rodziców dla praktyków: <ul style="list-style-type: none"> – przykucie uwagi pacjenta i poprawienie przestrzegania zaleceń; – unikanie zachowań negatywnych lub polegających na unikaniu; – ustalenie odpowiedniej roli dentysta-dziecko; – poprawienie efektywnej komunikacji między dentystą, dzieckiem i rodzicem; – zminimalizowanie niepokoju i uzyskanie pozytywnego doświadczenia stomatologiczne; – ułatwienie szybkiej świadomej zgody na zmiany w leczeniu lub wytycznych dotyczących zachowania. • Wskazania: Stosować u każdego pacjenta. • Przeciwwskazania: Rodzice, którzy nie chcą lub nie mogą rozszerzyć skutecznego wsparcia. <p><u>Wdychanie podtlenku azotu/tlenu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: Wdychanie podtlenku azotu/tlenu jest bezpieczną i skuteczną techniką zmniejszającą niepokój i poprawiającą efektywną komunikację. Jego początek działania jest szybki, skutki są łatwo miareczkowane i odwracalne, a powrót do zdrowia jest szybki i całkowity. Ponadto inhalacja podtlenkiem azotu/tlenem pośredniczy w różnym stopniu w znieczuleniu, amnezji i redukcji odruchu wymiotnego. Przed zastosowaniem analgezji/anksjolizy podtlenkiem azotu/tlenem należy wziąć pod uwagę potrzebę diagnozowania i leczenia, a także bezpieczeństwo pacjenta i lekarza. Jeśli inhalacja podtlenkiem azotu/tlenem jest stosowana w stężeniach większych niż 50 procent lub w połączeniu z innymi lekami

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
	<p>uspokajającymi (np. benzodiazepinami, opioidami), zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia umiarkowanej lub głębokiej sedacji. W takich sytuacjach klinicysta musi być przygotowany do wprowadzenia wytycznych dotyczących umiarkowanej lub głębokiej sedacji.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cele: Cele inhalacji podtlenkiem azotu/tlenem obejmują: <ul style="list-style-type: none"> – zmniejszenie lub wyeliminowanie niepokoju; – ograniczenie niepożądanych ruchów i reakcji na leczenie stomatologiczne; – usprawnienie komunikacji i współpracy z pacjentami; – podniesienie proggu reakcji bólowej; – zwiększenie tolerancji na dłuższe spotkania; – pomoc w leczeniu pacjentów upośledzonych umysłowo/fizycznie lub z problemami zdrowotnymi; – zmniejszenie odruchów wymiotnych; – nasilenie działania środków uspokajających. • Wskazania: Wskazania do stosowania przeciwbólowego/anksjolitycznego wziewnego podtlenku azotu/tlenu obejmują: <ul style="list-style-type: none"> – bojaźliwego, niespokojnego lub upartego pacjenta; – niektórych pacjentów z specjalnymi potrzebami zdrowotnymi; – pacjenta, u którego odruch wymiotny utrudnia pielęgnację zębów; – pacjenta, u którego nie można uzyskać głębokiego znieczulenia miejscowego; – współpracujące dziecko w trakcie długotrwałego zabiegu stomatologicznego. • Przeciwwskazania: Przeciwwskazaniami do stosowania inhalacji podtlenkiem azotu/tlenem mogą być: <ul style="list-style-type: none"> – niektóre przewlekłe obturacyjne choroby płuc; – aktualne infekcje górnych dróg oddechowych; – niedawno przebyta choroba/operacja ucha środkowego; – poważne zaburzenia emocjonalne lub uzależnienia od narkotyków; – leczenie siarczanem bleomycyny; – niedobór reduktazy metylenotetrahydrofolianowej; – niedobór kobalaminy (witaminy B-12). <p><i>Dodatkowe uwagi dotyczące pacjentów dentystycznych z lękiem lub specjalnymi potrzebami zdrowotnymi</i></p> <p><u>Środowiska dentystyczne dostosowane sensorycznie (ang. <i>sensory-adapted dental environments, SADE</i>)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: Interwencja SADE obejmuje adaptację warunków klinicznych (np. przyciemnione oświetlenie, ruchome projekcje, takie jak ryby lub bąbelki na suficie, kojąca muzyka w tle, nałożenie chusty/kocyka wokół dziecka w celu zapewnienia głębokiego nacisku) w celu wywołania uspokojenia efekt. • Cele: Celem SADE jest zwiększenie relaksacji i uniknięcie zachowań negatywnych lub unikowych. • Wskazania: Stosować u pacjentów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, trudnościami w przetwarzaniu sensorycznym, innymi niepełnosprawnościami lub lękiem dentystycznym. • Przeciwwskazania: Brak. <p><u>Terapia z udziałem zwierząt (ang. <i>animal-assisted therapy, AAT</i>)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: AAT jest korzystna w różnych warunkach, w tym w środowisku dentystycznym. Jest to zorientowana na cel interwencja, która wykorzystuje wyszkolone zwierzę w warunkach opieki zdrowotnej w celu poprawy interakcji lub zmniejszenia lęku, bólu lub dystresu pacjenta. W przeciwieństwie do czynności z udziałem zwierząt (np. zwierzę zabawia pacjentów w poczekalni), wizyty AAT są planowane na określony czas i czas trwania, aby uwzględnić zwierzę, które przeszło testy temperamentu, rygorystyczne szkolenie i certyfikację. Zwierzę, które jest dostępne do towarzyszenia podczas wizyty u dentysty, może pomóc przełamać bariery komunikacyjne i umożliwić pacjentowi nawiązanie bezpiecznej i komfortowej relacji, zmniejszając w ten sposób stres związany z leczeniem. W przypadku każdej wizyty należy udokumentować cele i wyniki interwencji. • Cele: Cele AAT obejmują: <ul style="list-style-type: none"> – poprawianie interakcji między pacjentem a zespołem dentystycznym; – uspokojenie lub pocieszenie niespokojnego lub przestraszonego pacjenta; – odwrócenie uwagi od potencjalnie stresującej sytuacji; – zmniejszenie odczuwanego bólu. <p>Zdrowie i bezpieczeństwo zwierzęcia i jego opiekuna muszą być utrzymane.</p> • Wskazania: AAT należy stosować jako technikę pomocniczą w celu zmniejszenia lęku, bólu lub emocjonalnego dystresu pacjenta. • Przeciwwskazania: Przeciwwskazania dla rodzica: <ul style="list-style-type: none"> – alergia lub inny stan chorobowy (np. astma, upośledzony układ odpornościowy) zaostrzony w wyniku kontaktu ze zwierzęciem; – brak zainteresowania lub lęk przed zwierzęciem terapeutycznym. <p>Przeciwwskazania dla rodzica:</p> <ul style="list-style-type: none"> – sytuacja, która stwarza poważne zagrożenie dla zdrowia lub bezpieczeństwa danej osoby.

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
	<p><u>System komunikacji wymiany obrazu (ang. <i>picture exchange communication system, PECS</i>)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: PECS jest techniką komunikacyjną opracowaną dla osób z ograniczonymi zdolnościami komunikacji werbalnej lub jej brakiem, w szczególności dla osób z autyzmem. Osoba udostępnia kartę graficzną z rozpoznawalnym symbolem, aby wyrazić prośbę lub myśl. PECS ma bezpośrednią korespondencję z obiektami, ludźmi i pojęciami, zmniejszając w ten sposób stopień niejednoznaczności w komunikacji. Pacjent jest w stanie zainicjować komunikację, a odbiorca nie wymaga specjalnego szkolenia. • Cele: Celem jest umożliwienie osobom z ograniczonymi lub żadnymi zdolnościami komunikacji werbalnej wyrażania próśb lub myśli za pomocą symbolicznych obrazów. Przygotowana tablica z obrazkami może być obecna podczas wizyty u dentysty, aby dentysta mógł przekazać kroki wymagane do wykonania (np. zdjęcia lusterka dentystycznego, rękojeści). Pacjent może mieć symbole (np. znak stop), aby pokazać, że potrzebuje krótkiej przerwy w procedurze. • Wskazania: Stosować jako metodę pomocniczą, aby osobom z ograniczonymi lub żadnymi zdolnościami komunikacji werbalnej poprawić wymianę pomysłów. • Przeciwwskazania: Brak. <p><u>Zaawansowane wskazówki dotyczące zachowania</u></p> <p>Większość dzieci może być skutecznie prowadzona przy użyciu podstawowych technik dotyczących zachowania. Takie techniki powinny stanowić podstawę wszystkich wskazówek behawioralnych udzielanych przez dentystę. Czasami jednak u dzieci występują problemy behawioralne, które wymagają zastosowania bardziej zaawansowanych technik. Dzieci te często nie mogą współpracować z powodu braku dojrzałości psychologicznej lub emocjonalnej, i/lub niepełnosprawności umysłowej, fizycznej lub medycznej. Do technik powszechnie stosowanych i nauczanych w ramach zaawansowanych programów szkoleniowych dla stomatologów dziecięcych, należą: stabilizacja ochronna, sedacja i znieczulenie ogólne. Zastosowanie znieczulenia ogólnego lub sedacji w rehabilitacji stomatologicznej może poprawić jakość życia dzieci. Nie wiadomo, czy te techniki poradnictwa behawioralnego odnoszą się do czynników przyczyniających się do początkowego strachu i lęku przed stomatologią. Stabilizacja ochronna, aktywna lub pasywna, może nie zawsze być akceptowana przez rodziców, którzy mogą być bardziej przychylni poradnictwu farmakologicznemu.</p> <p><u>Stabilizacja ochronna</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: stosowanie każdego rodzaju stabilizacji ochronnej w leczeniu niemowląt, dzieci, młodzieży lub pacjentów ze specjalnymi potrzebami zdrowotnymi jest tematem, który dotyczy świadczeniodawców opieki zdrowotnej i opiekunów. Stabilizacja ochronna to ograniczenie swobody ruchu pacjenta, za jego zgodą lub bez niej, w celu zmniejszenia ryzyka urazu, umożliwiając jednocześnie bezpieczne zakończenie leczenia. „Ograniczenie to każda metoda manualna, fizyczne lub mechaniczne urządzenie, materiał lub sprzęt, który unieruchamia lub zmniejsza zdolność pacjenta do swobodnego poruszania rękami, nogami, ciałem lub głową; lub leki, gdy są stosowane jako ograniczenie w celu opanowania zachowania pacjenta lub ograniczenia jego swobody ruchu i nie są standardowym leczeniem lub dawkowaniem w danym stanie pacjenta”. Stabilizacja ochronna może być wykonana przez dentystę, personel medyczny lub rodzica z pomocą lub bez pomocy urządzenia stabilizującego. Jeśli stosowane jest urządzenie do stabilizacji pacjenta, jest ono uważane za pasywne. Czynne i bierne środki przymusu mogą być stosowane łącznie. Urządzenia stabilizujące, takie jak <i>papoose board</i> (pasywne unieruchomienie) umieszczone wokół klatki piersiowej mogą ograniczać oddychanie. Należy je stosować z ostrożnością, zwłaszcza u pacjentów z zaburzeniami oddychania (np. astmą) i/lub u pacjentów, którzy otrzymują leki (np. środki znieczulenia miejscowego, środki uspokajające), które mogą hamować oddychanie. Ze względu na związane z tym ryzyko i możliwe konsekwencje stosowania, zachęca się stomatologa do dokładnej oceny ich stosowania u każdego pacjenta oraz możliwych alternatyw. Dokładne, ciągłe monitorowanie pacjenta jest obowiązkowe podczas stabilizacji ochronnej. <p>Częściowa lub całkowita stabilizacja pacjenta jest czasami konieczna, aby chronić pacjenta, lekarza, personel lub rodzica przed urazami podczas udzielania świadczeń stomatologicznych. Lekarz dentysta zawsze powinien stosować najmniej restrykcyjną, ale bezpieczną i skuteczną stabilizację ochronną. Użycie podpórki do ust u dziecka posłusznego nie jest uważane za stabilizację ochronną. Przed zastosowaniem stabilizacji ochronnej należy rozważyć potrzebę diagnozy, leczenia i ochrony bezpieczeństwa pacjenta, lekarza, personelu i rodziców. Decyzja o zastosowaniu stabilizacji ochronnej musi uwzględniać:</p> <ul style="list-style-type: none"> – alternatywne sposoby kierowania zachowaniem; – potrzeby stomatologiczne pacjenta; – wpływ na jakość opieki stomatologicznej; – rozwój emocjonalny pacjenta; – względy medyczne i fizyczne pacjenta. <p>Stabilizacja ochronna, z lub bez stosowania urządzeń ograniczających, prowadzona przez lekarza dentystę i wykonywana przez zespół stomatologiczny wymaga świadomej zgody rodzica. Przed zastosowaniem stabilizacji ochronnej należy uzyskać świadomą zgodę i udokumentować ją w dokumentacji pacjenta. Ponadto, gdy jest to wskazane, należy wyjaśnić pacjentowi potrzebę zastosowania unieruchomienia, z możliwością udzielenia przez niego odpowiedzi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cele: Cele stabilizacji pacjenta to: <ul style="list-style-type: none"> – zmniejszenie lub wyeliminowanie niepożądanego ruchu; – ochrona pacjenta, personelu, lekarza dentysty lub rodziców przed obrażeniami; – ułatwienie przeprowadzenia wysokiej jakości leczenia stomatologicznego. • Wskazania: Stabilizacja pacjenta jest wskazana dla:

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
	<ul style="list-style-type: none"> – pacjenta, który wymaga natychmiastowej diagnozy i/lub pilnego ograniczonego leczenia i nie może współpracować ze względu na poziom rozwoju (emocjonalny lub poznawczy), brak dojrzałości lub stan psychiczny lub fizyczny; – pacjenta, który wymaga pilnej opieki, a niekontrolowane ruchy zagrażają bezpieczeństwu pacjenta, personelu, dentysty lub rodzica bez zastosowania stabilizacji ochronnej; – pacjent wcześniej współpracujący, który szybko staje się niechętny do współpracy, a współpracy nie można odzyskać za pomocą podstawowych technik kierowania zachowaniem w celu ochrony pacjenta, który szybko staje się niewspółpracujący, a współpracy nie można odzyskać za pomocą podstawowych technik kierowania zachowaniem, aby chronić bezpieczeństwo pacjenta i pomóc w zakończeniu procedury i/lub ustabilizowaniu pacjenta lub ustabilizować pacjenta; – pacjent niewspółpracujący, który wymaga ograniczonego (np., kwadrantu) i sedacja lub znieczulenie ogólne może nie być rozwiązaniem, ponieważ pacjent nie spełnia kryteriów sedacji lub z powodu długiego czasu oczekiwania na sali operacyjnej czas oczekiwania na sali operacyjnej, względy finansowe i/lub preferencje rodziców po omówieniu innych opcji; – uspokojony pacjent wymaga ograniczonej stabilizacji, aby pomóc w celu ograniczenia niepożądanych ruchów podczas leczenia; – pacjent ze specjalnymi wymaganiami w zakresie opieki zdrowotnej wykazuje niekontrolowane ruchy które byłyby szkodliwe lub znacząco zakłócałyby jakość opieki. • Przeciwwskazania: Stabilizacja pacjenta jest przeciwwskazana dla: <ul style="list-style-type: none"> – pacjenta współpracującego, niebędącego w stanie sedacji; – pacjenta niewspółpracującego, gdy nie ma wyraźnej potrzeby leczenia podczas tej konkretnej wizyty; – pacjenta, który nie może być bezpiecznie unieruchomiony ze względu na towarzyszące mu warunki medyczne, psychiczne lub fizyczne; – pacjenta z historią urazów fizycznych lub psychicznych, w tym urazów fizycznych lub psychicznych, w tym wykorzystywania fizycznego lub seksualnego lub innych urazów, które mogłyby narazić go na większe psychiczne podczas stosowania środków przymusu; – pacjenta z potrzebą leczenia w trybie niecierpiącym zwłoki w celu przeprowadzenia rehabilitacji stomatologicznej w obrębie całej jamy ustnej lub wielu kwadrantów rehabilitacji; – wygoda lekarza; – zespół stomatologiczny nie posiada odpowiedniej wiedzy i umiejętności w zakresie wyboru pacjenta i technik krępowania, aby zapobiec lub zminimalizować stres psychologiczny i/lub zmniejszyć ryzyko urazów fizycznych u pacjenta, rodziców i personelu. • Środki ostrożności: Zalecane są następujące środki ostrożności: <ul style="list-style-type: none"> – należy dokładnie przejrzeć historię medyczną pacjenta, aby upewnić się, czy istnieją jakiegokolwiek warunki medyczne (np., astma), które mogą upośledzać czynność układu oddechowego; – szczelność i czas trwania stabilizacji muszą być i czas trwania stabilizacji muszą być monitorowane i ponownie oceniane w regularnych odstępach czasu; – stabilizacja wokół kończyn lub klatki piersiowej nie może aktywnie ograniczać krążenia lub oddychania; – obserwacja mowy ciała i ocena bólu musi być ciągła, aby umożliwić modyfikację procedury przy pierwszych oznakach niepokoju; oraz – stabilizacja powinna być zakończona tak szybko, jak to możliwe u pacjenta, który przeżywa silny stres lub histerię aby zapobiec ewentualnemu urazowi fizycznemu lub psychicznemu. <p>Sedacja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: Sedacja może być stosowana bezpiecznie i skutecznie u pacjentów, którzy nie są w stanie współpracować z powodu braku dojrzałości psychicznej lub emocjonalnej i/lub stanów psychicznych, fizycznych lub medycznych. Informacje ogólne i dokumentacja dotycząca stosowania sedacji są szczegółowo opisane w <i>Guideline for Monitoring and Management of Pediatric Patients During and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures</i>. Przy stosowaniu sedacji należy brać pod uwagę potrzebę diagnozowania i leczenia, a także bezpieczeństwo pacjenta, lekarza i personelu. Decyzja o zastosowaniu sedacji musi wziąć pod uwagę: <ul style="list-style-type: none"> – alternatywne sposoby postępowania; – potrzeby stomatologiczne pacjenta; – wpływ na jakość opieki stomatologicznej; – rozwój emocjonalny pacjenta; – względy medyczne i fizyczne pacjenta. • Cele: Celami sedacji są: <ul style="list-style-type: none"> – strzeżenie bezpieczeństwa i dobrostanu pacjenta; – zminimalizowanie dyskomfortu fizycznego i bólu; – opanowanie lęku, zminimalizowanie urazu psychologicznego i zmaksymalizowanie możliwości amnezji; – kontrolowanie zachowania i/lub ruchu, aby umożliwić bezpieczne zakończenie procedury; – przywrócenie pacjenta do stanu, w którym możliwe jest bezpieczne zwolnienie z nadzoru medycznego, zgodnie z uznanymi kryteriami. • Wskazania: Sedacja jest wskazana dla: <ul style="list-style-type: none"> – lękliwych/niepokojących pacjentów, u których podstawowe techniki kierowania zachowaniem nie odniosły sukcesu; – pacjentów, którzy nie mogą współpracować ze względu na brak psychologicznej lub dojrzałości psychicznej lub emocjonalnej i/lub umysłowej, fizycznej lub medycznej niepełnosprawności; – pacjentów, dla których zastosowanie sedacji może chronić rozwijającą się psychikę i/lub zmniejszyć ryzyko medyczne. • Przeciwwskazania: Stosowanie sedacji jest przeciwwskazane dla:

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
	<ul style="list-style-type: none"> – współpracującego pacjenta z minimalnymi potrzebami stomatologicznymi; – predysponujących warunków medycznych i/lub fizycznych, które sprawiłyby, że sedacja byłaby niewskazana. <p>Znieczulenie ogólne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opis: Znieczulenie ogólne to kontrolowany stan nieświadomości, któremu towarzyszy utrata odruchów ochronnych, w tym zdolności do niezależnego utrzymywania drożności dróg oddechowych i celowego reagowania na stymulację fizyczną lub polecenia słowne. W zależności od pacjenta znieczulenie ogólne może być stosowane w szpitalu lub w warunkach ambulatoryjnych, w tym w gabinecie stomatologicznym. Lekarze prowadzący znieczulenie ogólne w gabinecie (lekarz i anestezjolog) powinni znać zalecenia zawarte w dokumencie AAPD "Use of Anesthesia Providers in the Administration of Office-Based deep Sedation/General Anesthesia to the Pediatric Dental Patient" i stosować się do nich. Ponieważ przepisy i kodeksy różnią się w zależności od stanu, każdy lekarz musi znać swoje wytyczne państwowe dotyczące znieczulenia ogólnego w gabinecie. Przy stosowaniu znieczulenia ogólnego należy brać pod uwagę potrzebę diagnozowania i leczenia, a także bezpieczeństwo pacjenta, lekarza i personelu. Leki znieczulające i uspokajające są stosowane w celu zapewnienia bezpieczeństwa, zdrowia i komfortu dzieci poddawanych zabiegom. Coraz więcej dowodów pochodzących z badań naukowych sugeruje, że korzyści wynikające ze stosowania tych środków należy rozpatrywać w kontekście możliwości wywołania przez nie szkodliwych skutków. Konieczne są dodatkowe badania w celu określenia wszelkich możliwych zagrożeń dla małych dzieci. "Wobec braku rozstrzygających dowodów nieetyczne byłoby wstrzymywanie sedacji i znieczulenia w razie konieczności". Decyzja o zastosowaniu znieczulenia ogólnego musi uwzględniać: <ul style="list-style-type: none"> – alternatywne sposoby postępowania; – wiek pacjenta; – analizę korzyści i ryzyka; – odroczenie leczenia; – potrzeby stomatologiczne pacjenta; – wpływ na jakość opieki stomatologicznej; – rozwój emocjonalny pacjenta – stan zdrowia pacjenta; – bariery w dostępie do opieki (np. finanse). • Cele: Celami znieczulenia ogólnego są: <ul style="list-style-type: none"> – zapewnienie bezpiecznej, sprawnej i skutecznej opieki stomatologicznej; – wyeliminowanie lęku; – wyeliminowanie niepożądanych ruchów i reakcji na leczenie; – pomoc w leczeniu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, fizycznymi lub medycznie skomplikowanego pacjenta; – zminimalizować reakcję pacjenta na ból. • Wskazania: Znieczulenie ogólne jest wskazane u pacjentów: <ul style="list-style-type: none"> – którzy nie mogą współpracować ze względu na brak psychologicznej lub dojrzałości psychicznej lub emocjonalnej i/lub umysłowej, fizycznej lub medycznej niepełnosprawności; – u których znieczulenie miejscowe jest nieskuteczne z powodu ostrej infekcji, zmian anatomicznych lub alergii; – którzy są wyjątkowo niewspółpracujący, bojaźliwi lub niespokojni; – które są przedkomunikacyjne lub niekomunikacyjne dziecko lub nastolatek; – wymagających istotnych zabiegów chirurgicznych, które mogą być wymagających znacznych zabiegów chirurgicznych, które mogą być połączone z zabiegami stomatologicznymi w celu zmniejszenia liczby ekspozycji na środek znieczulający; – u których zastosowanie znieczulenia ogólnego może chronić rozwijającą się psychikę i/lub zmniejszyć ryzyko medyczne; – wymagających natychmiastowej, kompleksowej opieki stomatologicznej/ustnej (np. z powodu urazu zęba, ciężkiego zakażenia/zapalenia tkanki łącznej, ostrego bólu). • Przeciwwskazania: Zastosowanie znieczulenia ogólnego jest przeciwwskazane w przypadku: <ul style="list-style-type: none"> – zdrowego, współpracującego pacjenta z minimalnymi potrzebami stomatologicznymi; – bardzo młodych pacjentów z minimalnymi potrzebami stomatologicznymi, które można zaspokoić za pomocą działań terapeutycznych (np. lakier fluorkowy) i/lub odroczenia leczenia; – wygoda pacjenta/praktykanta; – predysponujące warunki medyczne, które sprawiają, że znieczulenie ogólne jest niewskazane.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT.

Podsumowanie wytycznych:

Odnalezione rekomendacje wskazują na zastosowanie metod behawioralnych podczas współpracy z dzieckiem ze strachem/lękiem dentystrycznym. Rekomendowane są następujące metody postępowania z dzieckiem w gabinecie dentystrycznym:

- podstawowe:
 - pozytywne obrazy przed wizytą,
 - bezpośrednia obserwacja,
 - metoda „powiedz-pokaż-zrób”,

- metoda „zapytaj-powiedz-zapytaj”,
 - kontrola głosem,
 - komunikacja niewerbalna,
 - pozytywne wzmocnienie i pochwała opisowa,
 - odwrócenie uwagi,
 - przekształcenie wspomnień,
 - odwracanie uwagi na otoczenie i procedury stomatologiczne,
 - wzmożona kontrola,
 - obecność/nieobecność rodziców,
 - wziewne podawanie podtlenku azotu/tlenu,
 - dodatkowe metody dla pacjentów z specjalnymi potrzebami zdrowotnymi.
- zaawansowane:
 - unieruchomienie,
 - sedacja,
 - znieczulenie ogólne.

Wytyczne wskazują na stosowanie poprawnych metod komunikacji, dobór słownictwa uzależnionego od wieku oraz poziomu rozwoju dziecka, czy też tego z jakiego środowiska pochodzi i jakie podejście do leczenia stomatologicznego mają rodzice dziecka. Wszystkie te działania mają za zadanie zmniejszenie odczuwania strachu/lęku przez dzieci oraz umożliwienie wykonywania czynności przez zespół terapeutyczny oraz zapobiegają nabyciu negatywnych doświadczeń, które w przyszłości mogą skutkować unikaniem wizyt u stomatologa, z czym wiąże się zły stan uzębienia.

4.3.2. **Uzasadnienie i opis wybranych technologii alternatywnych**

Zgodnie z wytycznymi, Kartą Problemu Zdrowotnego oraz opiniami ekspertów, technologiami alternatywnymi dla wizyty adaptacyjnej są unieruchomienie pacjenta, sedacja bądź leczenie stomatologiczne w pełnej narkozie.

5. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa

5.1. Opis metodyki

W celu odnalezienia badań pierwotnych i wtórnych dotyczących przeprowadzenia wizyty adaptacyjnej z zakresu stomatologii dla dzieci w 3 i 4 r.ż., przeprowadzono przegląd następujących medycznych baz informacji Medline (przez PubMed), Embase (przez Ovid) oraz Cochrane Library. Przeszukania źródeł informacji dokonano w dniu 18.04.2023 r. Zastosowana w bazie strategia wyszukiwania została przedstawiona w załączniku 10.1. Struktura zastosowanych kwerend była dostosowana do ocenianego problemu decyzyjnego. Posługiwano się słowami kluczowymi ograniczającymi wyniki wyszukiwania względem populacji i interwencji, łącząc kwerendy odpowiednimi operatorami logicznymi Boole'a. Wyników wyszukiwania nie ograniczano względem komparatora i ocenianych punktów końcowych. Prace prowadzono dwuetapowo, najpierw dokonano selekcji badań po tytułach i abstraktach, a następnie w oparciu o pełne teksty publikacji. Selekcja abstraktów została przeprowadzona przez dwóch analityków niezależnie, po czym drogą konsensusu zakwalifikowano ostatecznie prace do analizy. Do przeglądu włączano publikacje spełniające predefiniowane kryteria włączenia, przedstawione w tabeli poniżej.

Tabela 2. Kryteria selekcji publikacji

Parametr	Opis
(P) Populacja	dzieci w wieku 3 i 4 lat/dzieci w wieku przedszkolnym
(I) Interwencja	wizyta adaptacyjna w zakresie stomatologii
(C) Komparator	nie ograniczono
(O) Punkty końcowe	nie ograniczono
(S) Typ badań	publikacje pełnotekstowe, wykluczano opinie ekspertów oraz badania typu case-study lub case-series publikacje opublikowane od 2017 r.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT.

W wyniku przeprowadzonego przeglądu systematycznego odnaleziono 350 publikacji spełniających kryteria wyszukiwania. Na podstawie abstraktów stwierdzono, że kryteria włączenia do przeglądu spełniają 2 publikacje, ze względu na niewłaściwą interwencję. Ostatecznie do oceny nie zakwalifikowano żadnej pozycji.

6. Analiza ekonomiczna

W niniejszym opracowaniu odstąpiono od przeprowadzenia formalnej analizy ekonomicznej z uwagi na brak dostępnych dowodów naukowych. Brakuje empirycznych danych umożliwiających ocenę zasadności przeprowadzenia stomatologicznej wizyty adaptacyjnej dziecka w 3. i 4. roku życia. Jednocześnie, analiza wymagałaby przyjęcia szeregu założeń dotyczących ewentualnych efektów klinicznych ocenianej technologii w dłuższym horyzoncie czasowym. W opinii analityków Agencji, na chwilę obecną, dostępnych jest zbyt mało danych, aby móc przeprowadzić wiarygodne oszacowania w ramach analizy ekonomicznej.

7. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia

7.1. Aktualny stan finansowania ze środków publicznych w Polsce

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego¹⁹ w ramach:

- świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;
- świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielanych w dentobusie;
- świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielanych w gabinecie dentystycznym zlokalizowanym w szkole

realizowane jest świadczenie gwarantowane „Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci” (kod ICD-9: 23.06). Zgodnie z rozporządzeniem jest ono udzielane bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi i dotyczy pierwszej wizyty małych dzieci (do ukończenia 6. roku życia (r.ż.)).

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia świadczenie gwarantowane „Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci” może być rozliczone w ramach następujących zakresów świadczeń:

- świadczenia ogólnostomatologiczne,
- świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.,
- świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym,
- świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS,
- świadczenia udzielane w dentobusie,
- świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w gabinecie szkolnym.

Tabela 3. Wartość punktowa wizyty adaptacyjnej oraz świadczeń profilaktycznych dla dzieci

ICD-9-CM	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Wartość punktowa
23.06	5.13.00.2306000	Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci	11

* Współczynnik korygujący wycenę świadczeń: 1,5723.

Źródło: Zarządzenie Nr 60/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne; Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 5 czerwca 2023 r. w sprawie rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Liczbę pacjentów oraz liczbę zrealizowanych dla nich wybranych świadczeń stomatologicznych wraz z ich wartością w latach 2019-2021 przedstawia Tabela 4. Na przestrzeni analizowanych lat najmniejszą liczbą pacjentów i zrealizowanych dla nich świadczeń charakteryzował się rok 2020. Można domniemywać, że było to spowodowane rozpoczynającą się wówczas pandemią COVID-19 i związanymi z nią restrykcjami. Liczbę zrealizowanych świadczeń w rozbiciu na poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ przedstawia Tabela 5.

Tabela 4. Liczba pacjentów, liczba zrealizowanych dla nich wybranych świadczeń stomatologicznych oraz ich wartość w latach 2019-2021

Produkt rozliczeniowy	Nazwa świadczenia	2019			2020			2021		
		liczba pacjentów	liczba świadczeń	wartość świadczeń	liczba pacjentów	liczba świadczeń	wartość świadczeń	liczba pacjentów	liczba świadczeń	wartość świadczeń
5.13.00.2306000	Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci	20 653	20 792	329 127	11 298	11 341	188 355	15 893	15 953	272 310

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ.

¹⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, Dz. U. 2021 poz. 2148 z późn.zm.

Tabela 5. Liczba zrealizowanych wybranych świadczeń stomatologicznych w poszczególnych województwach w latach 2019-2021

OW NFZ	Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci		
	2019	2020	2021
Dolnośląski	1 313	781	936
Kujawsko-Pomorski	751	419	579
Lubelski	1 481	925	1 194
Lubuski	337	169	221
Łódzki	1 009	601	783
Małopolski	1 888	1 016	1 508
Mazowiecki	2 362	1 075	1 812
Opolski	360	165	323
Podkarpacki	1 617	903	1 295
Podlaski	1 228	656	886
Pomorski	930	658	896
Śląski	2 580	1 280	1 833
Świętokrzyski	707	343	476
Warmińsko-Mazurski	907	569	851
Wielkopolski	2 044	1 087	1 539
Zachodniopomorski	1 278	694	821

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ.

Liczbę świadczeniodawców realizujących wybrane świadczenia stomatologiczne w poszczególnych województwach w latach 2019-2021 przedstawia Tabela 6. Na przestrzeni badanych lat liczba świadczeniodawców dla każdego analizowanego świadczenia zwiększała się.

Tabela 6. Liczba świadczeniodawców realizujących wybrane świadczenia stomatologiczne w poszczególnych województwach w latach 2019-2021

OW NFZ	Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci		
	2019	2020	2021
Dolnośląski	205	171	162
Kujawsko-Pomorski	126	100	100
Lubelski	252	200	208
Lubuski	71	42	45
Łódzki	159	129	129
Małopolski	207	168	194
Mazowiecki	266	225	231
Opolski	75	50	61
Podkarpacki	220	170	180
Podlaski	121	108	109
Pomorski	130	113	116
Śląski	330	252	282
Świętokrzyski	118	95	92
Warmińsko-Mazurski	148	106	108
Wielkopolski	286	232	243
Zachodniopomorski	161	128	121
Łącznie	2 875	2 289	2 381

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ.

Zgodnie z danymi NFZ z lat 2019-2021 (Tabela 7) pierwsza stomatologiczna wizyta adaptacyjna najczęściej miała miejsce kiedy dziecko miało 2 lata.

Tabela 7. Liczba zrealizowanych świadczeń pt. „Wizyta adaptacyjna” w latach 2019-2021 w podziale na wiek pacjenta

Wiek	Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci		
	Liczba świadczeń		
	2019	2020	2021
0	435	247	363
1	2 745	1 493	2 001
2	7 279	4 066	5 840
3	4 912	2 710	3 672
4	3 487	1 725	2 567
5	1 832	983	1 425
6	54	65	40

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ.

Uwagi Analityków:

Adaptacja pacjenta rozumiana jako zapoznanie małego dziecka z gabinetem, sprzętem stomatologicznym a także z samym lekarzem stanowi element każdego profilaktycznego świadczenia stomatologicznego, niezależnie od tego czy dziecko jest na wizycie po raz pierwszy czy kolejny. Natomiast jest ona określana jako wizyta adaptacyjna i stanowi składową świadczeń profilaktycznych rozliczanych dla dzieci w wieku 12 miesięcy, 2, 4 i 5 lat, przysługując w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystano świadczenia wcześniej). Niezależnie od tego funkcjonuje w koszyku świadczeń gwarantowanych do odrębnego rozliczania świadczenie „Wizyta adaptacyjna”, która dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci (do ukończenia 6 r.ż.) i jest udzielana bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi. Wydaje się zasadne uporządkowanie nazewnictwa w tym zakresie.

7.2. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia

W ramach oszacowania wpływu na budżet płatnika publicznego finansowania w ramach świadczeń gwarantowanych ocenianego świadczenia przeprowadzono obliczenia, w których dla wszystkich wariantów uwzględniono koszt świadczenia na poziomie 17,2953 PLN, wyliczony jako iloczyn wartości punktowej, obecnie finansowanego przez NFZ, wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci (11 pkt.) oraz współczynnika korygującego dla tych świadczeń (1,5723).

Wyliczeń dokonano w trzech wariantach: KPZ, GUS, GUS+NFZ.

- **Wariant I** – bazując na danych przedstawionych w KPZ, tj.:
 - populacja dziecięca w wieku 3 lat – 420 tys.
 - odsetek osób korzystających ze świadczeń stomatologicznych dla populacji ogólnej – 40%.

Roczne wydatki płatnika publicznego w wariantcie I wyniosłyby ok. 3 mln PLN (Tabela 8).

Tabela 8. Wydatki płatnika publicznego – wariant I

Populacja 3-latków	420 000
Odsetek osób korzystających ze świadczeń stomatologicznych wśród populacji ogólnej [%]	40
Populacja 3-latków, którzy skorzystają ze świadczenia	168 000
Koszt świadczenia [PLN]	17,2953
Wydatki płatnika publicznego [PLN]	2 905 610

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie NFZ i KPZ.

Uwagi Analityków:

Informacje przedstawione w KPZ dotyczące populacji i odsetka osób korzystających ze świadczeń stomatologicznych zostały zaczerpnięte z danych GUS z 2014 roku. Dodatkowo w KPZ nie podano danych dotyczących populacji 4-latków, którzy skorzystali ze świadczenia. Ze względu na niepełne i nieaktualne dane, wyliczenia dokonane na ich podstawie, mogą w niewiarygodny sposób oddawać stan faktyczny i być niedoszacowane.

- **Wariant II** – bazując na danych GUS^{20,21} tj.:
 - populacja dziecięca w wieku 4 lat, 3 lat, 2 lat i 1 roku (stan na 31.12.2022 r.) – odpowiednio 393 500; 375 326, 349 957, 334 114.
 - odsetek wykonanych porad stomatologicznych dla dzieci w wieku 0-17 lat – 27,4%.

Wydatki płatnika publicznego w wariantcie II wyniosłyby (Tabela 9):

- W pierwszym roku dla populacji 3-latków i 4-latków – ok. 3,6 mln PLN
- W drugim roku dla populacji 3-latków i 4-latków – ok. 3,4 mln PLN
- W trzecim roku dla populacji 3-latków i 4-latków – ok. 3,2 mln PLN

Tabela 9. Wydatki płatnika publicznego – wariant II

	Rok I	Rok II	Rok III
Populacja 3-latków	375 326	349 957	334 114
Populacja 4-latków	393 500	375 326	349 957
Populacja 3 i 4 latków	768 826	725 283	684 071
Odsetek udzielonych porad stomatologicznych wśród nieletnich [%]	27,4		
Populacja 3-latków, którzy skorzystają ze świadczenia	102 839	95 888	91 547
Populacja 4-latków, którzy skorzystają ze świadczenia	107 819	102 839	95 888
Populacja 3 i 4-latków, którzy skorzystają ze świadczenia	210 658	198 727	187 435
Koszt świadczenia [PLN]	17,2953		
Wydatki płatnika publicznego [PLN] -3-latki	1 778 631	1 658 412	1 583 333
Wydatki płatnika publicznego [PLN] - 4-latki	1 864 762	1 778 631	1 658 412
Wydatki płatnika publicznego [PLN] - 3 i 4-latki	3 643 393	3 437 043	3 241 745

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie NFZ i GUS.

Uwagi Analityków:

Ze względu na to, że do obliczeń użyto odsetka wykonanych porad stomatologicznych dla dzieci w wieku 0-17 lat, wyliczenia dokonane na ich podstawie, mogą w niewiarygodny sposób oddawać stan faktyczny i być przeszacowane.

- **Wariant III** – bazując na danych GUS^{22,23,24,25} i NFZ²⁶, tj.:
 - populacja dziecięca w wieku 4 lat, 3 lat, 2 lat i 1 roku (stan na 31.12.2022 r.) – odpowiednio 393 500, 375 326, 349 957, 334 114;
 - populacja dziecięca w wieku 3 i 4 lat (stan na 31.12.2019 r.) – odpowiednio 386 131, 373 308
 - populacja dziecięca w wieku 3 i 4 lat (stan na 31.12.2020 r.) – odpowiednio 405 067, 386 906.

²⁰ GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1

²¹ GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021 r., Warszawa, Kraków 2022

²² GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2019 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1

²³ GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1

²⁴ GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2021 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1

²⁵ GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1

²⁶ **Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.**

- populacja dziecięca w wieku 3 i 4 lat (stan na 31.12.2021 r.) – odpowiednio 392 977, 411 497.
- liczba zrealizowanych świadczeń wizyty adaptacyjnej u dzieci w wieku 3 lat i 4 lat w 2019 roku – odpowiednio 4 912, 3 487.
- liczba zrealizowanych świadczeń wizyty adaptacyjnej u dzieci w wieku 3 lat i 4 lat w 2020 roku – odpowiednio 2 710, 1 725.
- liczba zrealizowanych świadczeń wizyty adaptacyjnej u dzieci w wieku 3 lat i 4 lat w 2021 roku – odpowiednio 3 672, 2 567.
- obliczono stosunek sumy świadczeń udzielonych 3- i 4-latków do sumy populacji 3- i 4-latków – odpowiednio dla lat 2019, 2020, 2021 wyniósł on: 0,01
- ww. wyniki posłużyły do wyliczeń prawdopodobnej liczby świadczeń udzielonej w populacji 3-i 4-latków w trzech opcjach

Wydatki płatnika publicznego w wariantcie III wyniosłyby w pierwszym roku – ok. 133 tys. PLN, w drugim roku ok. 125 tys. PLN, w trzecim roku ok. 110 tys. PLN (Tabela 10).

Tabela 10. Wydatki płatnika publicznego – wariant III

	Rok I	Rok II	Rok III
Populacja 3-latków	375 326	349 957	299 315
Populacja 4-latków	393 500	375 326	334 114
Stosunek sumy świadczeń udzielonych 3- i 4-latków do populacji 3- i 4-latków	0,01		
Liczba udzielonych świadczeń w populacji 3-latków	3 753	3 499	2 993
Liczba udzielonych świadczeń w populacji 4-latków	3 935	3 753	3 341
Koszt świadczenia [PLN]	17,2953		
Wydatki płatnika publicznego [PLN] dla populacji 3-latków	64 909	60 516	51 765
Wydatki płatnika publicznego [PLN] dla populacji 4-latków	68 057	64 909	57 784
Wydatki płatnika publicznego [PLN] dla populacji 3- i 4-latków	132 966	125 426	109 548

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie NFZ i GUS.

Podsumowanie:

Szacowania wpływu na budżet dokonano w dwóch wariantach. Wykorzystano do tego celu dane z KPZ (wariant I), dane z GUS (wariant II), dane GUS i NFZ (wariant III). Roczne wydatki płatnika publicznego w wariantcie I wyniosłyby ok. 3 mln PLN, w wariantcie II wyniosłyby w pierwszym roku – ok. 3,6 mln PLN, w drugim roku – ok. 3,4 mln PLN, w trzecim roku – ok. 3,2 mln PLN, natomiast w wariantcie III wyniosłyby w pierwszym roku – ok. 133 tys. PLN, w drugim roku ok. 125 tys. PLN, w trzecim roku ok. 110 tys. PLN. Najbardziej prawdopodobne wyniki wydaje się zostały uzyskane w wariantcie III, gdyż wykorzystano tam malejącą strukturę populacyjną 3-latków oraz historyczną realizację świadczeń stomatologicznych dla dzieci w wieku 3 i 4 lat. Przedstawione w niniejszym opracowaniu oszacowania stanowią jedynie wartości orientacyjne, co należy brać pod uwagę podczas ich interpretacji. Dostępność świadczenia oraz działania promocyjne mogą mieć bezpośredni wpływ na niepewność.

8. Opinie ekspertów i organizacji reprezentujących pacjentów

Dnia 12.05.2023 r. wystąpiono o opinię do 17 ekspertów klinicznych, z czego otrzymano 10 odpowiedzi.

Przedstawione w niniejszym rozdziale opinie ekspertów zostały przygotowane bezpłatnie, zgodnie z aktualnymi przepisami prawnymi dotyczącymi wykonywania przez Agencję na zlecenie Ministra Zdrowia oceny technologii medycznych.

8.1. Opinie ekspertów klinicznych

Tabela 11. Opinie ekspertów dotyczące finansowania ocenianej technologii medycznej

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
<p>prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Postawa dziecka w gabinecie stomatologicznym jest kształtowana przez jego opiekunów, ale również przez lekarz stomatologa podczas pierwszych wizyt dziecka w gabinecie. Ważnym czynnikiem w kształtowaniu postawy u dziecka jest zaangażowanie lekarza dentysty oraz znajomość psychologii dziecka.</p>	-	<p>Wizyta adaptacyjna zasadniczo wpływa na postawę małego pacjenta.</p>
<p>prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej</p>	<p>1) Dzieci w wieku 3-4 lat cechuje zazwyczaj zasób słownictwa umożliwiający podstawową komunikację werbalną. Zgodnie z koncepcją Piageta dzieci takie zaczynają być zdolne do wyobrażenia sobie stanów, których aktualnie nie widzą. Posiadają już wiedzę o stałości i bliskości osoby znaczącej, nawet jeżeli znajduje się ona w pewnym oddaleniu. Ich uwaga może zostać skutecznie utrzymana na wykonywaniu określonej czynności. W odróżnieniu do dzieci w wieku 2 lat i młodszych trzy i czterolatki zwykle nie zniechęcają się szybko pomimo doświadczanych różnych przeszkód. Zgodnie z teorią umysłu około 3-4 r.ż. powstaje zdolność do mentalizacji pozwalającą dziecku na właściwe odczytywanie intencji innych ludzi. Dzieci w tym wieku wykazują się już samoświadomością oraz zdolnością do względnej samokontroli (Bee, 2004; Turner, 1999).</p>	-	<p>Z racji kompetencji zawodowych opiniuję w zakresie specjalizacji z psychologii klinicznej natomiast nie posiadam wiedzy z obszaru medycyny, o którym mowa.</p>

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
	<p>2) Przedstawione powyżej dane wskazują, że wizyta adaptacyjna u stomatologa dziecka w wieku przedszkolnym wiąże się z większą świadomością, lepszymi zdolnościami adaptacyjnymi oraz lepszym rozumieniem sytuacji społecznej w porównaniu do dziecka w wieku 2 lat. Badania B. Wilk-Sieczak i A. Gmyrek-Marcinika (2005) wskazują, że większość dzieci w wieku 3 lat (w przeciwieństwie do dzieci młodszych) prezentuje postawę współpracującą z lekarzem w gabinecie stomatologicznym. Warunkiem jest zachowany przez lekarza stomatologa profesjonalizm wymagający szczególnie silnie empatii oraz umiejętności reagowania na potrzeby dziecka małego lekarza w relacji. Najistotniejszy jest tutaj (obok profesjonalnego działania medycznego) pozytywny emocjonalny kontakt w relacji między lekarzem i jego małym pacjentem.</p> <p>3) Dzieci w wieku 3-4 lat potrafią już przyjmować argumenty oraz zasady proponowane przez osoby dorosłe. Występujący w wieku przedszkolnym rozwojowy okres magicznego myślenia, może stanowić czas efektywnej współpracy dorosłego z małym dzieckiem pacjentem o ile postawa dorosłego budzi poczucie bezpieczeństwa dziecka. Bezpośrednia, nieodroczone nagroda oraz symboliczne sposoby na ból, opracowywane wspólnie z dzieckiem okazują się w tym okresie życia dziecka zwykle skuteczne.</p> <p>4) Warto zwrócić uwagę, że wiek 3-4 lata wyprzedza okres rozwojowy, w którym pojawiają się lęki związane z zapewnieniem ciała bezpieczeństwa (np. lęki przed zranieniem, lęki przed chorobą). Rozpoczęcie zatem wizyt u stomatologa w wieku 3-4 lat może skutecznie minimalizować, pojawiające się w późnym wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, lęki związane z wizytami u stomatologa i zabiegami stomatologicznymi.</p> <p>5) Z uwagi na ukształtowanie u dzieci w wieku 3-4 lat zębów mlecznych wizyty u stomatologa są często koniecznością i mogą wiązać się z potrzebą wykonania zabiegu</p>		

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
	<p>stomatologicznego. Z tej perspektywy znaczenie miałyby wczesna profilaktyka i adaptacja do kontaktu ze stomatologiem w gabinecie. Tutaj kontakt z tzw. rodzinnym stomatologiem znanym rodzinie i dziecku mógłby stanowić czynnik psychologiczny ułatwiający zaspakajanie poczucie bezpieczeństwa dziecka małego do trzeciego roku życia. Zwykle dzieci przed 3 rokiem życia najczęściej nie mają jeszcze ukształtowanego pojęcia stałości obiektu (Bee, 2004; Turner, 1999). Wymagają najczęściej bezpośredniego kontaktu z rodzicem podczas wizyty (siedzenie z rodzicem na fotelu stomatologicznym). Mogą mieć one również trudność w utrzymaniu uwagi. Z tego powodu wizyta u stomatologa przypadku powinna być krótka i skoncentrowana na wzbudzeniu ciekawości dziecka.</p> <p>6) Wizyty adaptacyjne w wieku do trzech lat można także uznać za uzasadnione ze względu na towarzyszący dzieciom lęk przed nową sytuacją. Zgodnie z literaturą przedmiotu lęk ten bywa wzmacniany poprzez lękową postawę najbliższego otoczenia (Wilk-Sieczak, Zakrzewski i Chmielewska-Łuczak, 2005). Kształtowana zatem u dziecka przed 3-4 rokiem jego życia nacechowana empatią, spokojem, poczuciem bezpieczeństwa oraz brakiem nasilonego własnego lęku czy frustracji, postawa rodzica, a potem lekarza, asystentek stomatologicznych może ograniczać niepokój dziecka w omawianym wieku w sytuacji, kiedy wymaga ono kontaktu ze stomatologiem.</p>		
<p>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Problem choroby próchnicowej zębów ma zasięg ogólnospołeczny. Zachorowalność zwiększa się wraz wiekiem osobniczym. Właściwie prowadzona profilaktyka ma udowodniony wpływ na inicjację i nasilenie choroby od dzieciństwa do okresu senioralnego.</p>		<p>Osiągnięcie współpracy dziecka podczas procedur wykonywanych w gabinecie stomatologicznym jest warunkiem uzyskania możliwości prowadzenia właściwej opieki stomatologicznej poprzez między innymi zmniejszenie lęku stomatologicznego dzięki zapoznaniu się z warunkami gabinetu i personelem co wymaga określonego czasu od lekarza. Adaptacja dzieci w wieku 3. i 4. lat jest najbardziej efektywna i łączy się z okresem kiedy to są wprowadzane inne zachowania prozdrowotne.</p>

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
<p>lek. dent. Barbara Hamryszak Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Zapoznanie się dziecka z gabinetem stomatologicznym ma ogromne znaczenie podczas wizyt w starszym wieku. Pozwala opanować lęk związany z nieznanym miejscem.</p>	-	<p>Pomimo postępu w zakresie i sposobie leczenia próchnicy bardzo ważne jest zaznajomienie się dziecka z możliwościami jej leczenia, ponieważ o wiele łatwiejsze i mniej obciążające dla dziecka jest wyleczenie próchnicy na jejczesnym etapie.</p>
<p>lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Powinna być finansowana ze środków publicznych, dziecko w wieku 3-4 lat jest na tyle rozumne, że łatwiej nawiązać kontakt niż z młodszym.</p>	-	<p>Finansowanie powinno być uzależnione od dochodów rodziców.</p>
<p>dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Pierwszy kontakt dziecka-pacjenta z lekarzem stomatologiem w większości przypadków wpływa na przebieg kolejnych wizyt. Postawa pacjenta jest zagadnieniem złożonym i zależy od wielu czynników. Wpływ na nią mają m.in. wiek dziecka. Leczenie dzieci w wieku przedszkolnym jest kłopotliwe, wymaga dużego wysiłku i zaangażowania ze strony lekarza. Wynika to przede wszystkim z ogromnej fizjologicznej zmienności, dotyczącej rozwoju fizycznego, a zwłaszcza psychicznego tych pacjentów. W owym czasie kształtują się sposoby zachowania, nawyki, potrzeby i wzory osobowościowe. Kopczyńska-Sikorska i wsp. (Kopczyńska-Sikorska J. Diagnostyka rozwoju dzieci i młodzieży. Wyd. II, Warszawa, PZWL 1986) sugerują, że jest to okres krytyczny w rozwoju osobowości. Rozwój emocji w wieku przedszkolnym polega głównie na wzbogacaniu i różnorodności życia uczuciowego. Charakteryzuje je jednak niedojrzałość emocjonalna i labilność uczuć, wyrażająca się dysproporcją pomiędzy działającym bodźcem i reakcją na niego. Zdarza się, że pacjenci odpowiadają nadmiernym strachem na niewiele znaczący, w rozumieniu dorosłych, bodziec, np. dźwięk czy hałas. Uważa się, że pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym może mieć istotny wpływ postawę dziecka do leczenia. Wyniki niektórych badań wskazują, że pierwszy kontakt z lekarzem dentystą utrwała się w pamięci w każdym przedziale wiekowym, zwłaszcza u młodszych dzieci. (Fetkowska –Mielnik K i wsp. Problemy</p>	-	<p>Celem wizyty adaptacyjnej jest kształtowanie postawy emocjonalnej dziecka i przygotowanie go na późniejsze leczenie stomatologiczne, a także wykształcenie pozytywnych relacji z lekarzem i reakcji na jego działania. Adaptacja do zabiegów stomatologicznych jest procesem, który wymaga czasu. W większości przypadków jedna wizyta jest niewystarczająca i dlatego dzieci powinny mieć możliwość nie jednej, lecz co najmniej 2 wizyt adaptacyjnych.</p>

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
	<p>współpracy lekarza stomatologa z pacjentem w wieku rozwojowym. Czas Stomatol 1991, XLIV,9,600-602). Publikowane prace sugerują również, że dentofobia, czyli strach przed dentystą wynika głównie z przykrych przeżyć z dzieciństwa związanych z leczeniem zębów. Obecnie kształtowanie pozytywnej postawy dzieci do leczenia dentystycznego uważa się za jeden z istotnych aspektów opieki stomatologicznej. Z tego powodu wizyta adaptacyjna w 3 lub 4 roku ma duży wpływ na dalsze zachowanie pacjenta w gabinecie dentystycznym.</p>		
<p>dr n. med. Jadwiga Ciepły Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Powinna być finansowana ze środków publicznych.</p> <p>Na zły stan zdrowia jamy ustnej ogromny wpływ ma zbyt późne odbywanie pierwszej wizyty dentysty. Zalecana w wieku 6-12 miesięcy zwykle ma miejsce w 2-4 roku życia. W ramach świadczeń profilaktycznych wizyta adaptacyjna przysługuje dziecku w 2-gim roku życia. W przypadku dziecka 2-letniego wizyta adaptacyjna jest konieczna, jednak nie jest ona tak efektywna. Trudności w komunikacji wynikają ze względu na ograniczone słownictwo, dzieci mają zbyt mały zasób słów ponadto wstydzą się nowych ludzi i nowych miejsc, co wpływa na małą zdolność zrozumienia zabiegów leczniczych i słabą współpracę. Pomimo tych obiektywnych trudności i nawet bez współpracy udaje się przeprowadzić badanie jamy ustnej.</p> <p>Dzieci trzyletnie są mniej egocentryczne, lubią przypodobać się dorosłym, ponadto lubią opowieści, można się z nimi komunikować i przekonywać. Można u nich zastosować pozytywne wzmocnienie.</p> <p>Dzieci czteroletnie słuchają z zainteresowaniem, dobrze reagują na polecenia werbalne. Są pacjentami dobrze współpracującymi, ale też mają swoje poglądy. Dobrze reagują na słowo „proszę” i „dziękuję”.</p>	<p>Brak argumentów przeciw.</p>	<p>„Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia” powinna być finansowana ze środków publicznych; umożliwi to odbycie nie jednej ale co najmniej dwóch wizyt adaptacyjnych niezależnie od wieku dziecka co uwzględni zaawansowanie rozwoju intelektualnego dziecka, stan emocjonalny, zróżnicowaną postawę i nastawienie na bodźce stresowe.</p>
<p>dr n. med. Marta Berdzik-Janecka</p>	<p>Przygotowanie dziecka do wizyty stomatologicznej- wizyta adaptacyjna skupiająca się tylko na edukacji dziecka</p>	<p>Nie widzę takich argumentów.</p>	<p>Wizyta dziecka u lekarza, a zwłaszcza u stomatologa wiąże się ze strachem i stresem-zarówno u dziecka (wyobrażenia</p>

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
<p>Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>i rodzica pozwala na lepsze i efektywniejsze leczenie, jednocześnie w mojej opinii jest duże zapotrzebowanie na takie wizyty jednak brak jest wskazanej procedury z tego względu lekarze dentyści prowadzą wizyty z elementami adaptacji dla dzieci w wieku 3. i 4. r.ż. podczas procedury badanie stomatologiczne co ogranicza możliwość późniejszego wykorzystania tej procedury (badanie) wg zapotrzebowani.</p>		<p>o wizycie, syndrom „białego fartucha”, stereotyp dentysta-sadysta niestety potwierdzany w bajkach dla najmłodszych), jak i u rodziców (strach i niepokój o dziecko, własne przykre wspomnienia z leczenia). W czasie pierwszej- adaptacyjnej wizyty- lekarz powinien wiedzieć z jakim typem małego pacjenta i jego opiekuna ma do czynienia. Jest to tym ważniejsze, że stomatolog-pedodonta jest jedynym specjalistą, który pracuje w triadzie, której współpraca i równowaga decydują o końcowym sukcesie. W trakcie wizyty u dentysty uwidaczniają się postawy zarówno u pacjenta, jak i u rodzica. Należy mieć na uwadze składowe postaw wyróżnione w psychologii – komponenty: poznawczy, behawioralny i emocjonalny. Wizyta u dentysty najmocniej uwidacznia u pacjentów komponent behawioralny, który w przyszłości może być trudny do zmiany, dlatego wczesna wizyta adaptacyjna finansowana ze środków publicznych umożliwi wczesne i efektywne wpływanie na postawę dziecka i kształtowanie jej oraz nawyków prozdrowotnych.</p>
<p>dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>W Polsce obserwowany jest jeden z najwyższych w świecie i w Europie wskaźników próchnicy u dzieci i młodzieży, dotyczy to również próchnicy wczesnego dzieciństwa (<i>Early Childhood Caries, ECC</i>) definiowanej przez American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) jako występującej u dzieci w wieku do 71 miesiąca życia, szczególnie jej ciężkiej postaci (S-ECC) występującej u dzieci poniżej trzeciego roku życia.</p> <p>W Polsce populacja dzieci 3-letnich liczy 392977 osób a 4-letnich – 411497 osób, łącznie – 804474 osób (Rocznik Demograficzny, Stan i struktura ludności, str.140, tabela 14 – ludność wg płci i wieku, stan na dzień 31 grudnia 2021r; Główny Urząd Statystyczny, 2022). U około połowy z nich zęby mleczne dotknięte są już próchnicą często powikłaną zapaleniem miazgi, jej martwicą i ropniami okołozębowymi co zmusza do interwencji stomatologicznej,</p>	-	<p>Argumentacja taka sama za wprowadzeniem wnioskowanej procedury do koszyka świadczeń stomatologicznych.</p>

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
	<p>która na długie lata kojarzy się dziecku z nieprzyjemnymi doznaniem i bólem. W tej sytuacji brak jest możliwości adaptacji dziecka do warunków gabinetu i zabiegów stomatologicznych co rodzi strach i lęk stomatologiczny wymagające leczenia w znieczuleniu ogólnym. Wizyty adaptacyjne mają na celu zapoznanie małego pacjenta z warunkami gabinetu i zbudowanie zaufania do lekarza dentysty. Rozwój psychiczny dziecka trzy-, tym bardziej czteroletniego pozwala na efektywne wykorzystanie metod adaptacyjnych i osiągnięcie dobrej współpracy personelu stomatologicznego – lekarza dentysty i higienistki/ asystentki stomatologicznej z małym pacjentem. Warunkiem osiągnięcia tego celu jest stopniowa adaptacja do sytuacji stomatologicznej na kilku wizytach. Aktualnie obowiązująca możliwość przeprowadzenia jednej wizyty adaptacyjnej nie prowadzi do osiągnięcia zamierzonego celu tzn. dobrej, efektywnej współpracy lekarza dentysty z małym pacjentem.</p>		
<p>dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym i regularne kolejne wizyty pozwalają na stopniową adaptację dziecka do środowiska stomatologicznego i zabiegów dentystycznych o wzrastającym stopniu trudności/inwazyjności. Etapami wizyty dziecka są: wejście do gabinetu, zajęcie miejsca w fotelu, rozmowa, pokazywanie, realizacja zabiegu, pozytywne wzmocnienie, wyjście z gabinetu.</p> <p>Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia umożliwia wytworzenie prawidłowych relacji personelu stomatologicznego z dzieckiem i jego rodzicami. Wymaga równoległych działań w trzech sferach: poznawczej – poprzez informowanie o planowanym postępowaniu w sposób dostosowany do potrzeb i możliwości dziecka, emocjonalnej – poprzez zmniejszenie lęku dziecka przed planowanym zabiegiem (rodzice, odgrywający tu kluczową rolę, powinni być wcześniej przygotowani, tj. uświadomieni przed wizytą, w jaki sposób ich</p>	-	<p>Planując postępowanie stomatologiczne i edukację prozdrowotną w wieku rozwojowym, należy odwołać się do koncepcji rozwoju emocjonalno-poznawczego dzieci Piageta. Teoria ta może być brana pod uwagę w doborze metod i technik w edukacji prozdrowotnej. Małe dziecko jest przedmiotem oddziaływań innych osób i stopniowo uczy się poprzez naśladowanie różnych zachowań, w tym także tych związanych ze zdrowiem, a dopiero później w poznawaniu świata zaczyna stosować symbole. To czas kształtowania podstawowych umiejętności związanych z higieną i troską o własne ciało w powiązaniu z zabawą i codziennymi czynnościami.</p> <p>Sposób zachowania dziecka jest związany bezpośrednio ze stadium rozwojowym, w jakim się znajduje, oraz przebiegiem rozwoju w stadium poprzednim. Rozwój jest w tym ujęciu traktowany jako proces, który do osiągnięcia pełnego rozkwitu zdolności umysłowych wymaga następowania po sobie</p>

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
	<p>postawa wpływa na zachowanie dzieci), behawioralnej – poprzez kształtowanie zachowań.</p> <p>Stopniowe etapy wizyty stanowią hierarchicznie uporządkowane bodźce powodujące lęk – od najsłabszego związanego z badaniem jamy ustnej i przeprowadzeniem instruktażu higienicznego oraz aplikacją lakieru fluorkowego do najsilniejszego – na które eksponowany jest pacjent. Kolejny silniejszy bodziec jest wprowadzany dopiero po adaptacji do poprzedzającego go bodźca. Z badań epidemiologicznych prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że ponad 60% polskich dzieci w wieku 3 lat nie było nigdy u lekarza stomatologa. Według badań Grzesiak i Kaczmarek pierwszy kontakt ze stomatologiem miało 33% dzieci w 2,7 roku życia. Pierwszym etapem powinna być zatem bezbolesna, w przyjaznej atmosferze, wnioskowana technologia „Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia”, która powinna być finansowana ze środków publicznych.</p>		<p>kolejnych etapów, z których Żaden nie może zostać pominięty. Niepowodzenie wynikające z młodego wieku i danego etapu rozwoju podczas pierwszego kontaktu dziecka z lekarzem dentystą powinno skutkować kolejną szansą dziecka na wizytę w gabinecie.</p> <p>Lęk dentystyczny często jest przyczyną unikania wizyt i leczenia. Wizyta adaptacyjna dziecka służy budowaniu relacji opartej na zaufaniu, empatii i wzajemnym szacunku. Skutkuje współpracą pacjenta i rodzica. Lekarz dentysta adaptuje swoje zachowanie i strategię leczenia do postawy i zachowania dziecka. Złotym standardem postępowania jest uzyskanie świadomej zgody rodzica i akceptacji dziecka w wyniku zaangażowania rodzica i dziecka podczas wizyty.</p> <p>Wyzwanie dla lekarza stanowi dziecko, które nie ma umiejętności i samodyscypliny do radzenia sobie z nowym doświadczeniem w gabinecie stomatologicznym. Często oczekiwania rodziców odnośnie zachowania dziecka są nierealistyczne, a od lekarza oczekują dużego i natychmiastowego wpływu na jego zachowanie. Dobra i efektywna komunikacja z dzieckiem jest ważna dla ustalenia relacji między lekarzem, pacjentem i rodzicami. Reakcje dzieci na obecność lub brak obecności rodzica w gabinecie wahają się od bardzo korzystnych do bardzo negatywnych. Celem obecności rodzica w gabinecie jest jego zaangażowanie w proces profilaktyczno-leczniczy i polepszenie współpracy dziecka, odwrócenie negatywnego zachowania lub uniknięcie takiego zachowania, ustalenie odpowiedniej relacji z dzieckiem oraz zwiększenie efektywnej komunikacji między lekarzem, dzieckiem i rodzicem. Obecność rodzica w gabinecie jest wskazana w przypadku każdego dziecka, natomiast przeciwwskazana, gdy rodzic nie potrafi zapewnić pozytywnego wsparcia i zminimalizować lęku dziecka.</p> <p>Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia daje możliwość ustalenia dobrych relacji</p>

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
			między lekarzem, pacjentem i rodzicami oraz pokonania lęku przed wizytami w gabinecie stomatologicznym. Stąd wnioskowana technologia „Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia” powinna być finansowana ze środków publicznych.

Źródło: opracowanie własne AOTMIIT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 12. Opinie ekspertów dotyczące wskazań, w których jest możliwe stosowanie wnioskowanej technologii medycznej

Ekspert	Wszystkie wskazania, w których jest możliwe (klinicznie akceptowalne) stosowanie wnioskowanej technologii medycznej wraz z oszacowaniem chorobowości, zapadalności, umieralności oraz śmiertelności dla populacji w Polsce
prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej	Z racji kompetencji zawodowych opiniuje w zakresie specjalizacji z psychologii klinicznej natomiast nie posiadam wiedzy z obszaru medycyny w zakresie oceny profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dziecka w 3. roku życia oraz wizyt adaptacyjnych dla ww. dzieci.
prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wobec danych epidemiologicznych wskazujących, że choroba próchnicowa zębów mlecznych dotyka 50%-80% odsetka najmłodszej populacji w Polsce, profesjonalne działania stanowiące wstęp do procedur profilaktyczno- leczniczych powinny dotyczyć wszystkich dzieci w wieku 3. do 4. lat.
lek. dent. Barbara Hamryszak Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie potrafię odpowiedzieć na to pytanie.
lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wizyty adaptacyjne prawidłowo przeprowadzone będą skutkowały bezstresowymi wizytami w późniejszym wieku.
dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Dentofobia Leczenie stomatologiczne Profilaktyka stomatologiczna
dr n. med. Jadwiga Ciepły Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Badania epidemiologiczne potwierdzają, że choroba próchnicowa pojawia się w dzieci w wieku żłobkowym i przedszkolnym. Jak wynika z Raportu Badań Ogólnopolskiego Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej i Jego Uwarunkowań jedynie 4,6% odbyło wizytę stomatologiczną w zalecanym wieku. Zapadalność na próchnicę 3-latków wynosi 41,1%, zapadalność na próchnicę dzieci 5-letnich wynosi już 76,8% a 4 zęby mleczne wymagają leczenia. Wciąż nie udaje się zmniejszyć zapadalności na próchnicę u dzieci zgodnie z zaleceniami WHO chociaż daje się zaobserwować stopniową, nieznaczną tendencję spadkową.

Ekspert	Wszystkie wskazania, w których jest możliwe (klinicznie akceptowalne) stosowanie wnioskowanej technologii medycznej wraz z oszacowaniem chorobowości, zapadalności, umieralności oraz śmiertelności dla populacji w Polsce
dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Próchnica wczesnego dzieciństwa (ECC)- jak wspomniano w wynikach monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej, frekwencja wynosi dla dzieci 3-letnich 50% i wzrasta wraz z wiekiem, nie leczona w konsekwencji powodując problemy rozwojowe (ortodontyczne/ortognatyczne) oraz zaburzenia łąkowe związane z obecnością przewlekłych dolegliwości bólowych. Próchnica początkowa - białe plamy próchnicowe (j.w). Łęk i strach stomatologiczny frekwencja 3-20% dzieci w wieku 3-16 lat wg Kaczmarek U; Wilk-Sieczak B.
dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Stosowanie wnioskowanej procedury możliwe jest u wszystkich dzieci trzy- i czteroletnich zgłaszających się na wizytę stomatologiczną.
dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 13. Opinie ekspertów dotyczące interwencji stosowanych w ocenianym wskazaniu

Ekspert	Technologie medyczne stosowane obecnie w Polsce we wskazaniu podanym na początku formularza (w tym brak aktywnego leczenia, obserwacja itp., jeśli dotyczy)
prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej	Z racji kompetencji zawodowych opiniuje w zakresie specjalizacji z psychologii klinicznej natomiast nie posiadam wiedzy z obszaru medycyny w zakresie oceny profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dziecka w 3. roku życia oraz wizyt adaptacyjnych dla ww. dzieci.
prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	W okresie wieku żłobkowego i przedszkolnego z uwagi na duże zagrożenie próchnicą zębów wynikające z rodzaju diety, niedoskonałości zachowań związanych z higieną jamy ustnej oraz specyfiką budowy zębów mlecznych skutkującą małą odpornością na czynniki próchniczo twórcze, zarówno kontrola jak i działania edukacyjno-profilaktyczne są konieczne częściej niż w wieku dojrzałym najlepiej co 3 do 6 miesięcy. Wiąże się to nierozdzielnie z koniecznością adaptacji dziecka do warunków gabinetu stomatologicznego.
lek. dent. Barbara Hamryszak Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy.
lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie znam.
dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	W przypadku niepowodzenia adaptacji stosuje się metody farmakologiczne o różnej skuteczności np. sedację czyli uspokojenie.
dr n. med. Jadwiga Ciepły Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Badanie stomatologiczne raz w roku wraz z instruktażem higieny oraz badania 3-krotne badania kontrolne. Przy braku współpracy dziecka konieczność sedacji lub badanie i leczenie stomatologiczne w pełnej narkozie.

Ekspert	Technologie medyczne stosowane obecnie w Polsce we wskazaniu podanym na początku formularza (w tym brak aktywnego leczenia, obserwacja itp., jeśli dotyczy)
dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Badanie stomatologiczne = obserwacja Badanie kontrolne – obserwacja.
dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Aktualnie wizyta adaptacyjna zgodnie z wykazem świadczeń NFZ refundowana jest u dzieci w 1. i 2. roku życia oraz w 4. i 5. roku życia jeśli jest to pierwsza wizyta dziecka w gabinecie i nie została wykorzystana już wcześniej.
dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 12. miesiącu życia <ul style="list-style-type: none"> • Wizyta adaptacyjna z oceną stanu uzębienia mlecznego. 2. Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 2. roku życia <ul style="list-style-type: none"> • 1. Wizyta adaptacyjna 3. Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4. roku życia <ul style="list-style-type: none"> • 1. Wizyta adaptacyjna – przysługuje w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystało świadczenia wcześniej). 4. Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 5. roku życia <ul style="list-style-type: none"> • 1. Wizyta adaptacyjna – przysługuje w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystało świadczenia wcześniej).

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 14. Opinie ekspertów dotyczące technologii medycznych, które w rzeczywistej praktyce medycznej najprawdopodobniej zostaną zastąpione, całkowicie lub częściowo, przez wnioskowaną technologię

Ekspert	Technologie medyczne, które w rzeczywistej praktyce medycznej najprawdopodobniej zostaną zastąpione, całkowicie lub częściowo, przez wnioskowaną technologię, jeżeli zostanie ona objęta refundacją w ww. wskazaniu (w tym brak aktywnego leczenia, obserwacja itp., jeśli dotyczy)
prof. dr hab. Bernadetta Lzydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej	Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne -wizyty adaptacyjne dla dzieci w wieku 3 i 4 lat.
prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Proponowana procedura nie zastępuje a uzupełnia lukę w opiece stomatologicznej i stanowi niejednokrotnie warunek możliwości powodzenia działań profilaktycznych i leczniczych dla personelu stomatologicznego u pacjenta w okresie wieku rozwojowego.
lek. dent. Barbara Hamryszak Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy.
lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie ma takiej.

Ekspert	Technologie medyczne, które w rzeczywistej praktyce medycznej najprawdopodobniej zostaną zastąpione, całkowicie lub częściowo, przez wnioskowaną technologię, jeżeli zostanie ona objęta refundacją w ww. wskazaniu (w tym brak aktywnego leczenia, obserwacja itp., jeśli dotyczy)
dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wizyta adaptacyjna nie zastąpi żadnej technologii medycznej.
dr n. med. Jadwiga Ciepły Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wizyta adaptacyjna i kolejne regularne wizyty stomatologiczne pozwalają na stopniową adaptację dziecka do środowiska stomatologicznego, a następnie do zabiegów dentystycznych o wzrastającym stopniu inwazyjności. Wizyta adaptacyjna jako wizyta bezbolesna wpływa na zmniejszenie ryzyka dentofobii a w przyszłości zwiększa bezpieczeństwo wykonywania zabiegów profilaktycznych i leczniczych. Podczas pierwszych wizyt w gabinecie kształtuje się postawa stomatologiczna, którą można określić jako formę uczenia się zachowania w gabinecie stomatologicznym małego pacjenta i która jest procesem a nie jednorazowym działaniem.
dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Badanie stomatologiczne i kontrolne.
dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Uzyskując dobrą adaptację dziecka 3-i 4-letniego do zabiegów stomatologicznych skutkować powinno ograniczeniem konieczności leczenia w znieczuleniu ogólnym i w warunkach sedacji podtlenkiem azotu ze względu na występującą u dziecka dentofobię.
dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Brak technologii medycznej, która w rzeczywistej praktyce medycznej najprawdopodobniej zostanie zastąpiona, całkowicie lub częściowo, przez wnioskowaną technologię, jeżeli zostanie ona objęta refundacją we wskazaniu określonym na początku formularza.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 15. Opinie ekspertów dotyczące najtańszej technologii stosowanej w ocenianym wskazaniu

Ekspert	Najtańsza technologia stosowana w Polsce w ocenianym wskazaniu
prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wizyta adaptacyjna dziecka Wejście do gabinetu Zajęcie miejsca na fotelu Rozmowa z dzieckiem Odpowiedzi na pytania Pokazywanie np. narzędzi Realizacja badania Pozytywna ocena małego pacjenta Zastosowanie techniki powiedz – pokaż – zrób
prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej	Z racji kompetencji zawodowych opiniuję w zakresie specjalizacji z psychologii klinicznej natomiast nie posiadam wiedzy z obszaru medycyny w zakresie oceny profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dziecka w 3 -4 roku życia oraz wizyt adaptacyjnych dla ww. dzieci.
prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wnioskowana procedura jest najtańszym i najbardziej efektywnym postępowaniem edukacyjno profilaktycznym.

Ekspert	Najtańsza technologia stosowana w Polsce w ocenianym wskazaniu
lek. dent. Barbara Hamryszak Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy.
lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko- mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Jest to najtańsza technologia, wymaga przeszkolenia personelu medycznego w kierunku umiejętności postępowania z dziećmi.
dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wizyta adaptacyjna przedstawiona w ocenianej „Karcie problemu zdrowotnego” jest najtańszą technologią.
dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Badanie stomatologiczne.
dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Aktualnie wizyta adaptacyjna zgodnie z wykazem świadczeń NFZ refundowana jest u dzieci w 1. i 2. roku życia oraz w 4. i 5. roku życia jeśli jest to pierwsza wizyta dziecka w gabinecie i nie została wykorzystana już wcześniej.
dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 2. roku życia 1. Wizyta adaptacyjna Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4. roku życia 1. Wizyta adaptacyjna – przysługuje w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystano świadczenia wcześniej).

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 16. Opinie ekspertów dotyczące najskuteczniejszej technologii stosowanej w ocenianym wskazaniu

Ekspert	Technologia uważana za najskuteczniejszą wśród stosowanych w Polsce w ocenianym wskazaniu
prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej	Z racji kompetencji zawodowych opiniuję w zakresie specjalizacji z psychologii klinicznej natomiast nie posiadam wiedzy z obszaru medycyny w zakresie oceny profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dziecka w 3. roku życia oraz wizyt adaptacyjnych dla ww. dzieci.
prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz- Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Profesjonalne i bezpośrednie realizowanie opieki stomatologicznej skierowane na zapobieganie chorobom jamy ustnej głównie próchnicy zębów oraz możliwość kontroli rozwoju twarzoczaszki, w tym uzębienia stanowi fundamentalną, znaną od wielu lat i potwierdzoną w praktyce zasadę pozwalającą na obniżenie występowania i nasilenia choroby próchnicowej zębów i ograniczenie związanych z tym kosztów leczenia. Możliwość przeprowadzenia tych działań warunkuje współpraca małego pacjenta uzyskana na drodze wizyty adaptacyjnej. <i>(Professional prevention in dentistry MH. Anderson and all 2002 Williams & Wilkins)</i>
lek. dent. Barbara Hamryszak Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy.

Ekspert	Technologia uważana za najskuteczniejszą wśród stosowanych w Polsce w ocenianym wskazaniu
lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Jest to najtańsza technologia, wymaga przeszkolenia personelu medycznego w kierunku umiejętności postępowania z dziećmi.
dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wizyta adaptacyjna przedstawiona w ocenianej „Karcie problemu zdrowotnego” jest najtańszą technologią jest najbezpieczniejszą technologią.
dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Najskuteczniejsza jest wczesna ale dostosowana do wieku adaptacja i edukacja dziecka i opiekuna. Wg rozwoju wg Piaget najdogodniejszym czasem do adaptacji dziecka do wizyt jest okres przedoperacyjny (dziecko w wieku 2-7 lat).
dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Aktualnie wizyta adaptacyjna zgodnie z wykazem świadczeń NFZ refundowana jest u dzieci w 1. i 2. roku życia oraz w 4. i 5. roku życia jeśli jest to pierwsza wizyta dziecka w gabinecie i nie została wykorzystana już wcześniej. Ze względu na jednokrotną możliwość jej przeprowadzenia – mało skuteczna.
dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 17. Opinie ekspertów dotyczące technologii rekomendowanych w wytycznych postępowania klinicznego w ocenianym wskazaniu

Ekspert	Technologie rekomendowane w wytycznych postępowania klinicznego uznawanych w Polsce, w ocenianym wskazaniu (wraz z referencjami bibliograficznymi wytycznych)
prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wizyta adaptacyjna dziecka Wejście do gabinetu Zajęcie miejsca na fotelu Rozmowa z dzieckiem Odpowiedzi na pytania Pokazywanie np. narzędzi Realizacja badania Pozytywna ocena małego pacjenta Zastosowanie techniki powiedz – pokaż – zrób
prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3 roku życia. Wizyta adaptacyjna dziecka w 3 i 4. roku życia - świadczenie gwarantowane Referencje bibliograficzne wskazujące psychologiczne podłoże wyjaśniające zasadność zapewnienia wizyt adaptacyjnych stomatologicznych u dzieci wieku przedszkolnym. <i>Bee H. (2004). Psychologia rozwoju człowieka. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka • Turner J. i Helms D. (1999). Rozwój człowieka. Warszawa: WSiP</i> <i>Wilc-Sieczak, B. i Gmyrek- Marciniak, A. (2005). Zachowania dzieci podczas wizyty adaptacyjnej a stosunek rodziny do leczenia stomatologicznego. Dent. Med. Probl. 42, 573–580.</i>

Ekspert	Technologie rekomendowane w wytycznych postępowania klinicznego uznawanych w Polsce, w ocenianym wskazaniu (wraz z referencjami bibliograficznymi wytycznych)
<p>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Wnioskowana procedura nie zmienia zasad postępowania medycznego a jedynie uzupełnia brakujące ogniwo opieki. (<i>Professional prevention in dentistry MH. Anderson and all 2002 Williams & Wilkins</i>)</p>
<p>lek. dent. Barbara Hamryszak Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Nie dotyczy.</p>
<p>lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Jest to najtańsza technologia, wymaga przeszkolenia personelu medycznego w kierunku umiejętności postępowania z dziećmi.</p>
<p>dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Rekomendowaną technologią jest Wizyta adaptacyjna. <i>Wilk-Sieczek B., Pregiel B., Wrzyszczyk-Kowalczyk A. Niefarmakologiczne techniki kształtowania zachowania dzieci w gabinecie dentystycznym. Dent. Med. Probl. 2006, 43, 2, 288-292</i></p>
<p>dr n. med. Jadwiga Ciepły Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Metody behawioralne: komunikacja werbalna i niewerbalna, powiedz-pokaż-zrób, kontrola głosem, pozytywne wzmocnienie, metoda odwracania uwagi, metoda naśladownictwa.</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Kaczmarek U. i wsp. : Metody adaptacji dziecka do leczenia stomatologicznego stosowane przez stomatologów- doniesienia wstępne. Czas. Stomatol. 2009;62;23-33</i> <i>Kaczmarek U. Metody behawioralne kształtujące zachowanie dziecka w gabinecie stomatologicznym na podstawie piśmiennictwa. Czas. Stomatol. 2009;62;456-66</i> <i>Gudelines on behavior guidance for the pediatric dental patients. AAPD Reference Manual 2014/2015:36;179-91</i> <i>Gudelines on protective stabilization for pediatric dental patients. AAPD Reference Manual 2014/2015:36:192-6</i>
<p>dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Wizyta adaptacyjna dziecka wraz z zapoznaniem z gabinetem, zapachami, narzędziami i urządzeniami oraz badaniem stomatologicznym na pierwszej lub drugiej wizycie adaptacyjnej w zależności od kooperacji dziecka.</p>
<p>dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Wizyty adaptacyjne dziecka do leczenia stomatologicznego.</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Grzesiak I, Kaczmarek U: Pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym. Dent Med Prob 2006; 43(3): 433-437.</i> <i>Kaczmarek U: Metody behawioralne kształtujące zachowanie dziecka w gabinecie stomatologicznym na podstawie piśmiennictwa. Czas Stomatol 2009; 62(6): 456-466.</i> <i>Wilk-Sieczak B, Zakrzewski M, Chmielewska-Łuczak D: Lęk matek przed leczeniem stomatologicznym i przyczyna pierwszej wizyty dziecka a czynniki prognozowania negatywnej postawy dziecka w wieku przedszkolnym podczas leczenia stomatologicznego. Dent Med Prob 2005; 42(1): 77-82</i> <i>Mileva SP, Kondeva VK: Age at and reasons for the first dental visit. Folia Med 2010; 52(4): 56-61</i> <i>Grisolia BM, Dos Santos APP, Dhypolito IM, Buchanan H, Hill K, Oliveira BH. Prevalence of dental anxiety in children and adolescents globally: A systematic review with meta-analyses. Int J Paediatr Dent. 2021 Mar;31(2):168-183. doi: 10.1111/ipd.12712. Epub 2020 Sep 9. PMID: 33245591.</i>

Ekspert	Technologie rekomendowane w wytycznych postępowania klinicznego uznawanych w Polsce, w ocenianym wskazaniu (wraz z referencjami bibliograficznymi wytycznych)
<p>dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Amerykańska Akademia Stomatologii Dziecięcej (American Academy of Pediatric Dentistry – AAPD) i Amerykańskie Towarzystwo Stomatologiczne (American Dental Association – ADA) zalecają, aby pierwsza wizyta stomatologiczna dziecka odbyła się w ciągu 6 miesięcy od wyrżnięcia pierwszych zębów mlecznych. Polscy eksperci w zaleceniach dotyczących stosowania profilaktyki fluorkowej, żywienia dzieci oraz zasad higieny jamy ustnej opublikowanych na stronie Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej (http://ptsd.net.pl/wytyczne/) oraz na stronie Polskiego Oddziału Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy (http://acff.pl/) zalecają również, by pierwsza wizyta stomatologiczna powinna się odbyć między 6. a 12. miesiącem życia dziecka.</p> <p>Pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym odbywa się zbyt późno w stosunku do zaleceń medycznych.</p> <p>Pierwsza wizyta w gabinecie stomatologicznym, niezależnie od wieku dziecka, powinna być wizytą adaptacyjną, by przyzwyczaić dziecko do lekarza dentystry i wykonywanych przez niego zabiegów. Dlatego też pierwsze wizyty nie powinny się wiązać z leczeniem, a jedynie z małoinwazyjnymi zabiegami, takimi jak badanie uzębienia, oczyszczenie zębów, profilaktyka fluorkowa. Dzięki temu dziecko wychodzi z gabinetu z pozytywnym obrazem dentystry. Ponadto wcześniej rozpoczęta profilaktyka stomatologiczna może ustrzec dziecko przed nieprzyjemnymi następstwami zaniedbań higieniczno-dietetycznych.</p> <p>Bibliografia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. American Academy of Pediatric Dentistry: Guideline on infant oral health care. <i>Pediatr Dent</i> 2014; 36(6(1)): 1141-1145. 2. American Dental Association. Statement on early childhood caries; http://www.ada.org/en/about-the-ada/ada-positions-policies-and-statements/statement-on-earlychildhood-carries. 3. Olczak-Kowalczyk D, Jackowska T, Czerwionka-Szaflarska M et al.: Stanowisko polskich ekspertów dotyczące zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej. <i>Nowa Stomatol</i> 2015; 20(2): 81-91. 4. Marcinkowska U, Piekarz T, Mosler B et al.: Wybrane elementy profilaktyki próchnicy zębów dzieci w wieku przedszkolnym. II. Profilaktyka instytucjonalna. <i>Dent Med Probl</i> 2013; 50(1): 52-56. 5. Grzesiak I, Kaczmarek U: Pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym. <i>Dent Med Probl</i> 2006; 43(3): 433-437. 6. Kaczmarek U: Metody behawioralne kształtujące zachowanie dziecka w gabinecie stomatologicznym na podstawie piśmiennictwa. <i>Czas Stomatol</i> 2009; 62(6): 456-466.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 18. Opinie ekspertów dotyczące możliwych do zastosowania innych rozwiązań niż rozwiązanie zaproponowane

Ekspert	Możliwe do zastosowania inne rozwiązania niż rozwiązanie zaproponowane (np. terapie alternatywne)
<p>prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej</p>	<p>Uzasadnienie opinii odnosi się do aspektów psychologicznych uzasadniających zasadność świadczenia gwarantowanego tj. profilaktyki stomatologicznej i wizyt adaptacyjnych dla dzieci w wieku 3-4 lat z perspektywy specyfiki rozwoju psychospołecznego i jego roli dla adaptacji dziecka małego (3-4 lata) do środowiska społecznego, także w sytuacji profilaktycznych i leczniczych oddziaływań.</p>
<p>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Brak.</p>
<p>lek. dent. Barbara Hamryszak Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Brak.</p>

Ekspert	Możliwe do zastosowania inne rozwiązania niż rozwiązanie zaproponowane (np. terapie alternatywne)
lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie znam.
dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Alternatywnym postępowaniem jest stosowanie metod farmakologicznych i sedacji wziewnej.
dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Sedacja płytka, głęboka, konsultacja psychologiczna.
dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Brak.
dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 19. Opinie ekspertów dotyczące uwzględnienia pacjentów z innymi stanami klinicznymi, niż wskazanymi w zleceniu, przy zastosowaniu wnioskowanej technologii medycznej

Ekspert	Celowość uwzględnienia pacjentów z innymi stanami klinicznymi, niż wskazanymi w zleceniu, przy zastosowaniu wnioskowanej technologii medycznej
prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy
prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej	Uzasadnienie opinii odnosi się do aspektów psychologicznych uzasadniających zasadność świadczenia gwarantowanego tj. profilaktyki stomatologicznej i wizyt adaptacyjnych dla dzieci w wieku 3-4 lat z perspektywy specyfiki rozwoju psychospołecznego i jego roli dla adaptacji dziecka małego (3-4 lata) do środowiska społecznego, także w sytuacji profilaktycznych i leczniczych oddziaływań. Nie posiadam kompetencji do oceny uwzględnienia pacjentów z innymi stanami klinicznymi. Z perspektywy psychologicznej istotne jest wspieranie ogółu dzieci w wieku przedszkolnym w procesie ich rozwoju i kształtowania postaw prozdrowotnych
prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy.
lek. dent. Barbara Hamryszak Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy.

Ekspert	Celowość uwzględnienia pacjentów z innymi stanami klinicznymi, niż wskazanymi w zleceniu, przy zastosowaniu wnioskowanej technologii medycznej
lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Należy uwzględnić wszystkie stany kliniczne i dopasować indywidualnie.
dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wizyta adaptacyjna dotyczy pacjentów z dentofobią oraz dzieci u których możemy ukształtować postawę emocjonalną do leczenia stomatologicznego.
dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Dzieci ze spektrum autyzmu w stopniu lekkim niezależnie od wieku, ponieważ ta grupa posiada zwiększone ryzyko dentofobii oraz wymaga częstszych i dłuższych adaptacji do jakiegokolwiek postępowania i zmian w otoczeniu.
dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy.
dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 20. Opinie ekspertów dotyczące pacjentów z największymi korzyściami z wprowadzenia refundacji leczenia z zastosowania wnioskowanej technologii medycznej

Ekspert	Pacjenci, którzy mogliby odnieść największe korzyści z wprowadzenia refundacji leczenia z zastosowaniem wnioskowanej technologii medycznej
prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Liczba dzieci w 2014 w wieku 3-6 w Polsce wynosiła 1676,5tys. Zakładając wzrost odsetka dzieci korzystających z porad skorzysta około 40% - 168 tys.
prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej	Uzasadnienie opinii odnosi się do aspektów psychologicznych uzasadniających zasadność świadczenia gwarantowanego tj. profilaktyki stomatologicznej i wizyt adaptacyjnych dla dzieci w wieku 3-4 lat z perspektywy specyfiki rozwoju psychospołecznego i jego znaczącej roli dla adaptacji dziecka małego (3-4 lata) do środowiska społecznego, także w sytuacji profilaktycznych i leczniczych oddziaływań.
prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Obecnie dotyczy populacji w wieku rozwojowym, a w przyszłości skutkować będzie zachowaniem zdrowia zębów osób dorosłych co wiąże się z właściwym poziomem jakości życia i ogólnym dobrym stanem zdrowia.
lek. dent. Barbara Hamryszak Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wszystkie dzieci w podanym wieku.

Ekspert	Pacjenci, którzy mogliby odnieść największe korzyści z wprowadzenia refundacji leczenia z zastosowaniem wnioskowanej technologii medycznej
lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Dzieci upośledzone umysłowo, przewlekłe chore i z ubogich rodzin.
dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Pacjenci w wieku 3 i 4 lat.
dr n. med. Jadwiga Cieplý Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Każdy pacjent, a w szczególności pacjent słabo współpracujący a czasami niewspółpracujący może odnieść korzyści z wprowadzenia refundacji za świadczenie „Wizyta adaptacyjna w 3. i 4. roku życia”. Wizyta adaptacyjna i późniejsze systematyczne wizyty stomatologiczne pozwolą oswoić lęk, wytłumaczyć w przystępny dla dziecka sposób istotę zabiegu. Mają na celu uzyskanie punktu zwrotnego w kontakcie lekarz dziecko, czyli nawiązanie pozytywnej relacji lekarza i personelu stomatologicznego z dzieckiem, a w konsekwencji zmianę zachowania z negatywnego na pozytywne lub zmniejszenie zachowania negatywnego, co skutkuje okazywaniem przez dziecko symptomów przyzwolenia na wykonanie zabiegu a w konsekwencji zaowocuje dobrą współpracą w czasie właściwego leczenia. Osiągnięcie współpracy dziecka umożliwi w przyszłości wykonywanie zabiegów profilaktycznych i leczniczych zmniejszy liczbę dzieci z lękiem stomatologicznym i dentofobią, a tym samym ograniczy populację pacjentów wymagających leczenia w sedacji czy w znieczuleniu ogólnym.
dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Dzieci z dentofobią oraz ze spektrum autyzmu.
dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Pacjenci w wieku rozwojowym z lękiem stomatologicznym.
dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wszystkie dzieci i ich rodzice mogliby odnieść największe korzyści z wprowadzenia refundacji leczenia z zastosowaniem wnioskowanej technologii medycznej.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 21. Opinie ekspertów dotyczące wpływu świadczenia na poprawę zdrowia obywateli - priorytety zdrowotne²⁷

Wskaźniki epidemiologiczne	prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. med. Jadwiga Cieplý Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej
Choroby układu krążenia	X						

²⁷ Wg Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018, poz. 469 z późn. zm)

Wskaźniki epidemiologiczne	prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. med. Jadwiga Ciepły Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej
Choroby nowotworowe	X						
Choroby układu oddechowego	X						
Cukrzyca	X						
Rehabilitacja	X						
Zapobieganie otyłości	X						
Leczenie uzależnień	X						
Choroby psychiczne	X						
Choroby zakaźne i przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii	X						
Poprawa zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania	X		X			X	
Opieka okołoporodowa, opieka nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3	X			X	X		X
Leczenie bólu i monitorowanie jego skuteczności	X						
Opieka geriatryczna i opieka nad osobami niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi	X						
Poprawa diagnostyki i leczenia chorób rzadkich	X						
Uzasadnienie	Choroby zębów, a szczególnie próchnica i jej powikłania powodują powstawanie w jamie ustnej ognisk zapalnych mogących szkodliwie oddziaływać na	Prawidłowo przeprowadzona wizyta adaptacyjna w wieku 3-4 lat będzie skutkowało prawidłowym dbaniem o jamę ustną w dorosłym	Możliwość kształtowania postawy stomatologicznej dziecka. Zapewnienie		Edukacja i adaptacja do leczenia obejmuje nie tylko dziecko ale i rodziców, którzy często sami	-	Wizyty adaptacyjne u lekarza dentystry służą zapoznaniu dziecko ze środowiskiem

Wskaźniki epidemiologiczne	prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. med. Jadwiga Ciepły Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej
	odległe tkanki i narządy organizmu.	życiu i zmniejszy ryzyko ww. chorób.	współpracy dziecka zapewni prawidłowe wykonywanie zabiegów profilaktycznych i leczniczych oraz ograniczy liczbę dzieci z lękiem stomatologicznym.		również przejawiają lęk stomatologiczny. Zatem zastosowanie wizyty adaptacyjnej w triadzie dziecko-rodzic-dziecko jest korzystne dla każdego elementu triady a także wspomaga opiekę nad dzieckiem poza gabinetem stomatologicznym (daje narzędzia rodzicom do radzenia sobie ze strachem dziecka)		gabinetu (aparaturą stosowaną w gabinecie stomatologicznym) oraz lekarzem dentystą i personelem medycznym. Wizyta nie musi się kojarzyć ze strachem. Bardzo ważna jest również postawa rodziców. Ważne też, aby nie używać przed wizytą stwierdzeń: „nie bój się” lub „na pewno nie będzie boleć”, ponieważ dziecko w takim wypadku będzie wiedziało, że to są odczucia rodziców i nastawi się negatywnie. Następnym aspektem wizyt adaptacyjnych to edukacja rodziców małego dziecka. Powinni oni poznać zasady prawidłowej higieny jamy ustnej i odżywiania.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 22. Opinie ekspertów dotyczące skutków następstw choroby lub stanu zdrowia²⁸

Skutki następstw choroby lub stanu zdrowia	Przedwczesny zgon	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	Niezdolność do pracy	Przewlekłe cierpienie lub przewlekła choroba	Obniżenie jakości życia	Uzasadnienie
prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej					X	Zapewnienie prawidłowych warunków dla rozwoju psychospołecznego jest czynnikiem wspierającym radzenie sobie dziecka małego w wieku przedszkolnym z sytuacją trudną - stresową, m.in. z subiektywnym doświadczaniem niepokoju i lęku. Brak warunków dla prawidłowego rozwoju psychospołecznego dziecka w wieku przedszkolnym, pojawienie się ukształtowanych (nabytych doświadczeniem) różnych strategii radzenia sobie z sytuacją stresową i lękiem (np. u stomatologa) może być czynnikiem obniżającym jakość życia małego dziecka w toku jego rozwoju.
prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej					X	Choroby zębów i przyzębia, których skutkiem może być utrata uzębienia są przyczyną trudności z odżywianiem, artykulacją oraz ogólnie złym wizerunkiem co ma wpływ na odbiór społeczny i ocenę otoczenia w tym mniejsze szanse na pozyskanie partnera, grona towarzyskiego a przede wszystkim uzyskania pracy.
lek. dent. Barbara Hamryszak Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej				X		Dzieci przyzwyczajone do warunków panujących w gabinecie stomatologicznym lepiej znoszą leczenie próchnicy, co zapobiega rozszerzaniu się tej choroby powodują silne bóle.
lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej						Nie widzę związku.
dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej					X	Brak współpracy dziecka spowoduje wzrost chorób narządu zucia, a tym samym ograniczy komfort życia pacjentów.
dr n. med. Jadwiga Cieply Konsultant województwa					X	

²⁸ Wg Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.)

Skutki następstw choroby lub stanu zdrowia	Przedwczesny zgon	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	Niezdolność do pracy	Przewlekłe cierpienie lub przewlekła choroba	Obniżenie jakości życia	Uzasadnienie
małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej						
dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej			X	X	X	Wczesna adaptacja do leczenia umożliwia wcześniejsze skuteczne zastosowanie leczenia co w konsekwencji ogranicza absencję rodzica w miejscu pracy, dziecka w placówce przedszkolno-szkolnej a przede wszystkim ogranicza negatywne skutki choroby próchnicowej- ból, spadek jakości życia jak i strach do kolejnych symptomatologicznych wizyt.
dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej					X	-
dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej				X	X	Brak wizyty adaptacyjnej uniemożliwia przyzwyczajanie dziecka do lekarza dentysty i wykonywanych przez niego zabiegów. Jeśli pierwsza wizyta będzie się wiązać z bólem i koniecznością leczenia lub nawet ekstrakcją zęba bądź nacięciem ropnia, spowoduje to niechęć do wizyt i leczenia stomatologicznego.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 23. Opinie ekspertów dotyczące istotności wnioskowanej technologii medycznej

Istotność wnioskowanej technologii medycznej	Ratująca życie i prowadząca do pełnego wyzdrowienia	Ratująca życie i prowadząca do poprawy stanu zdrowia	Zapobiegająca przedwczesnemu zgonowi	Poprawiająca jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość	Uzasadnienie
prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej				X	Dzięki refundacji wizyty adaptacyjnej dla dzieci 3 i 4 lata mali pacjenci będą w mniejszym stopniu dotknięci dentofobia chętniej będą poddawać się leczeniu stomatologicznemu, co w konsekwencji wpłynie na jakość ich życia
prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk				X	Zapewnienie prawidłowych warunków dla rozwoju psychospołecznego jest czynnikiem wspierającym radzenie sobie dziecka małego w wieku przedszkolnym z sytuacją trudną-stresową, m.in. z subiektywnym doświadczeniem

Istotność wnioskowanej technologii medycznej	Ratująca życie i prowadząca do pełnego wyzdrowienia	Ratująca życie i prowadząca do poprawy stanu zdrowia	Zapobiegająca przedwczesnemu zgonowi	Poprawiająca jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość	Uzasadnienie
Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej					niepokoiu i lęku. Brak warunków dla prawidłowego rozwoju psychospołecznego dziecka w wieku przedszkolnym, pojawienie się różnych strategii radzenia sobie z sytuacją stresową i lękiem (np. u stomatologa) może być czynnikiem obniżającym jakość życia małego dziecka w toku jego rozwoju.
prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej				X	Wprawdzie odzębowe procesy chorobowe bywają przyczyną ciężkich schorzeń a nawet zgonów jednak są to przykłady stosunkowo rzadko występujące. Udowodnioną okolicznością jest nie korzystny wpływ tych patologii na przebieg chorób systemowych oraz modyfikację ich farmakoterapii.
lek. dent. Barbara Hamryszak Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej				X	Zachowanie pełnego uzębienia do późnej starości ogromnie poprawia jakość życia.
lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej					Poprawi jakość życia.
dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej				X	Konsekwencją braku wizyt adaptacyjnych może być niewykształcenie prawidłowej postawy dziecka względem leczenia stomatologicznego i wzrost schorzeń narządu żucia, zwłaszcza choroby próchnicowej. W przebiegu nieleczonej próchnicy często dochodzi do przedwczesnej utraty zębów mlecznych, co może prowadzić do zaburzeń w mowie i połykaniu oraz być przyczyną wad zgryzu. Wszystkie te zmiany pogarszają komfort życia dzieci.
dr n. med. Jadwiga Ciepły Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej				X	U dzieci do trzeciego roku życia obserwuje się szybki rozwój procesu próchnicowego, co skłoniło do wyodrębnienia jednostki chorobowej określanej jako próchnica wczesnego dzieciństwa. To choroba, której można zapobiegać. Niezbędna jest profilaktyka obejmująca wiele aspektów. Jednym z elementów są regularne wizyty stomatologiczne (adaptacyjna i wizyty kontrolne).

Istotność wnioskowanej technologii medycznej	Ratująca życie i prowadząca do pełnego wyzdrowienia	Ratująca życie i prowadząca do poprawy stanu zdrowia	Zapobiegająca przedwczesnemu zgonowi	Poprawiająca jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość	Uzasadnienie
dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej				X	Strach i lęk znacząco wpływa na jakość życia dziecka dlatego jego eliminacja poprzez wizytę adaptacyjną i edukację jest pożądana.
dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej				X	-
dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej				X	Pierwsza wizyta w gabinecie stomatologicznym, niezależnie od wieku dziecka, powinna być wizytą adaptacyjną, by przyzwyczaić dziecko do lekarza dentysty i wykonywanych przez niego zabiegów. Dlatego też pierwsze wizyty nie powinny się wiązać z leczeniem, a jedynie z małoinwazyjnymi zabiegami, takimi jak badanie uzębienia, oczyszczenie zębów, profilaktyka fluorkowa. Dzięki temu dziecko wychodzi z gabinetu z pozytywnym obrazem dentysty. Ponadto wcześniej rozpoczęta profilaktyka stomatologiczna może ustrzec dziecko przed nieprzyjemnymi następstwami zaniedbań higieniczno-dietetycznych.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 24. Inne uwagi ekspertów

Ekspert	Inne uwagi
prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Z uwagi na uwarunkowanie i dynamikę procesu chorobowego u dzieci oraz obiektywnie trudniejsze realizowanie stomatologicznych procedur leczniczych niż w wieku dojrzałym konieczne jest systematyczne kontrolowanie stanu uzębienia oraz adekwatne i w odpowiednim czasie podjęcie interwencji profilaktycznej i/ lub leczniczej co oprócz korzyści zdrowotnych w wymiarze populacji łączy się ze znacznym obniżeniem kosztów związanych z likwidowaniem skutków zdrowotnych nieleczzonej próchnicy zębów.
lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wizyta adaptacyjna jest bardzo ważnym elementem, pozwalającym w dalszym życiu prawidłowo dbać o jamę ustną.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Podsumowanie:

Eksperti przyjmują stanowisko, że oceniana technologia powinna być finansowana, ponieważ wizyta adaptacyjna zasadniczo wpływa na postawę małego pacjenta, zmniejszając jego lęk, zaznaczając, że w większości przypadków jedna wizyta jest niewystarczająca i dlatego dzieci powinny mieć możliwość nie jednej, lecz co najmniej 2 wizyt adaptacyjnych. Jako technologia alternatywną eksperci wskazują metody farmakologiczne np. sedację wziewną czy też narkozę całkowitą. Eksperti zgodnie wskazują, że oceniana technologia przyczyni się do poprawy zdrowia i jakości życia.

8.2. Opinie organizacji reprezentujących pacjentów

Nie odnaleziono organizacji pacjenckich związanych z przedmiotowym tematem i nie prowadzono korespondencji z przedstawicielami organizacji reprezentujących pacjentów.

9. Piśmiennictwo

Rekomendacje kliniczne i finansowe

- AAPD 2020** American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient, 2020, https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide.pdf [data dostępu: 11.04.2023]

Pozostałe publikacje

- AOTMiT-OT-430-11/2015** AOTMiT „Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia. Opracowanie na potrzeby Ministra Zdrowia, AOTMiT-OT-430-11/2015
- Armfield 2013** Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J.* 2013;58(4):390-531. doi:10.1111/adj.12118
- Cameron 2013** Cameron AC., Widmer RP. Handbook of pediatric dentistry. Elsevier Health Sciences, 2013.
- GUS** GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021 r., Warszawa, Kraków 2022
- GUS 2019** GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2019 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1
- GUS 2020** GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1
- GUS 2021** GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2019 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1
- GUS 2022** GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1
- Kaczmarek 2006** Kaczmarek U., Wilk-Sieczak B., Metody oceny lęku stomatologicznego u dzieci i młodzieży, *Dent. Med. Probl.*, 2006, 43, 4, 596-601
- Kaczmarek 2009** Kaczmarek U., Metody behawioralne kształtujące zachowanie dziecka w gabinecie stomatologicznym na podstawie piśmiennictwa - Behavioural methods that shape child's demeanour in the dental office—review of literature, *Czas. Stomatol.*, 2009, 62, 6, 456-466.
- Lee 2008** Lee CY, Chang YY, Huang ST. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *Int J Paediatr Dent.* 2008;18(6):415-422. doi:10.1111/j.1365-263X.2008.00924.x
- Medycyna Praktyczna** https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/128123,wizyta-adaptacyjna-dziecka-w-gabinecie-stomatologicznym [data dostępu: 15.05.2023]
- Menezes 2012** Menezes Abreu DM, Leal SC, Mulder J, Frencken JE. Patterns of dental anxiety in children after sequential dental visits. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2011;12(6):298-302. doi:10.1007/BF03262827
- Pickrell 2007** Pickrell JE, Heima M, Weinstein P, et al. Using memory restructuring strategy to enhance dental behaviour. *Int J Paediatr Dent.* 2007;17(6):439-448. doi:10.1111/j.1365-263X.2007.00873.x
- Porritt 2012** Porritt J, Marshman Z, Rodd HD. Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction. *Int J Paediatr Dent.* 2012;22(6):397-405. doi:10.1111/j.1365-263X.2011.01208.x
- Zhou 2011** Zhou Y, Cameron E, Forbes G, Humphris G. Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behaviour. *Patient Educ Couns.* 2011;85(1):4-13. doi:10.1016/j.pec.2010.08.002

Akty prawne

- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021** Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, Dz. U. 2021 poz. 2148 z późn.zm.
- Obwieszczenie Prezesa AOTMiT z dnia 5 czerwca 2023** Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 5 czerwca 2023 r. w sprawie rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018, poz. 469 z późn. zm)
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004** Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.)
- Zarządzenie Nr 60/2023/DSOZ Prezesa NFZ** Zarządzenie Nr 60/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne

10. Załączniki

10.1. Strategie wyszukiwania publikacji

Tabela 25. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed (data ostatniego wyszukiwania: 18.04.2023 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#1	"Preventive Dentistry"[Mesh]	36 934
#2	"Pediatric Dentistry"[Mesh]	4 786
#3	"Dental Care for Children"[Mesh]	4 133
#4	"preventive dentistry"[Title/Abstract]	1 443
#5	"pediatric dentistry"[Title/Abstract]	2 414
#6	"dental care for children"[Title/Abstract]	344
#7	"dentistry for children"[Title/Abstract]	190
#8	"preventive dental care"[Title/Abstract]	437
#9	"preventive dental visit"[Title/Abstract]	46
#10	"dental adaptation visit"[Title/Abstract]	2
#11	"first dental visit"[Title/Abstract]	229
#12	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	46 888
#13	"Child, Preschool"[Mesh]	986 986
#14	"Preschool Child"[Title/Abstract]	839
#15	"3 years old"[Title/Abstract]	4 731
#16	"4 years old"[Title/Abstract]	3 964
#17	#13 OR #14 OR #15 OR #16	992 010
#18	#12 AND #17	6 655
#19	#12 AND #17 Filters: Full text, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Review, from 2017 - 202	105

Zródło: opracowanie własne AOTMiT.

Tabela 26. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania: 18.04.2023 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#1	Preventive Dentistry.af.	21 428
#2	Peciatic Dentistry.af.	24 266
#3	Dental Care for Children.af.	582
#4	preventive dentistry.ab.ti.	922
#5	pediatric dentistry.ab.ti.	2 031
#6	dental care for children.ab.ti.	404
#7	dentistry for children.ab.ti	129
#8	preventive dental care.ab.ti.	427
#9	preventive dental visit.ab.ti.	52
#10	dental adaptation visit.ab.ti.	0
#11	first dental visit.ab.ti	217

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#12	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	45 249
#13	Child, Preschool.af.	525
#14	Preschool Child.ab.ti.	662
#15	3 years old.ab.ti.	5 490
#16	4 years old.ab.ti.	4 325
#17	13 or 14 or 15 or 16	10 825
#18	12 and 17	115
#19	limit 18 to last 7 years	50

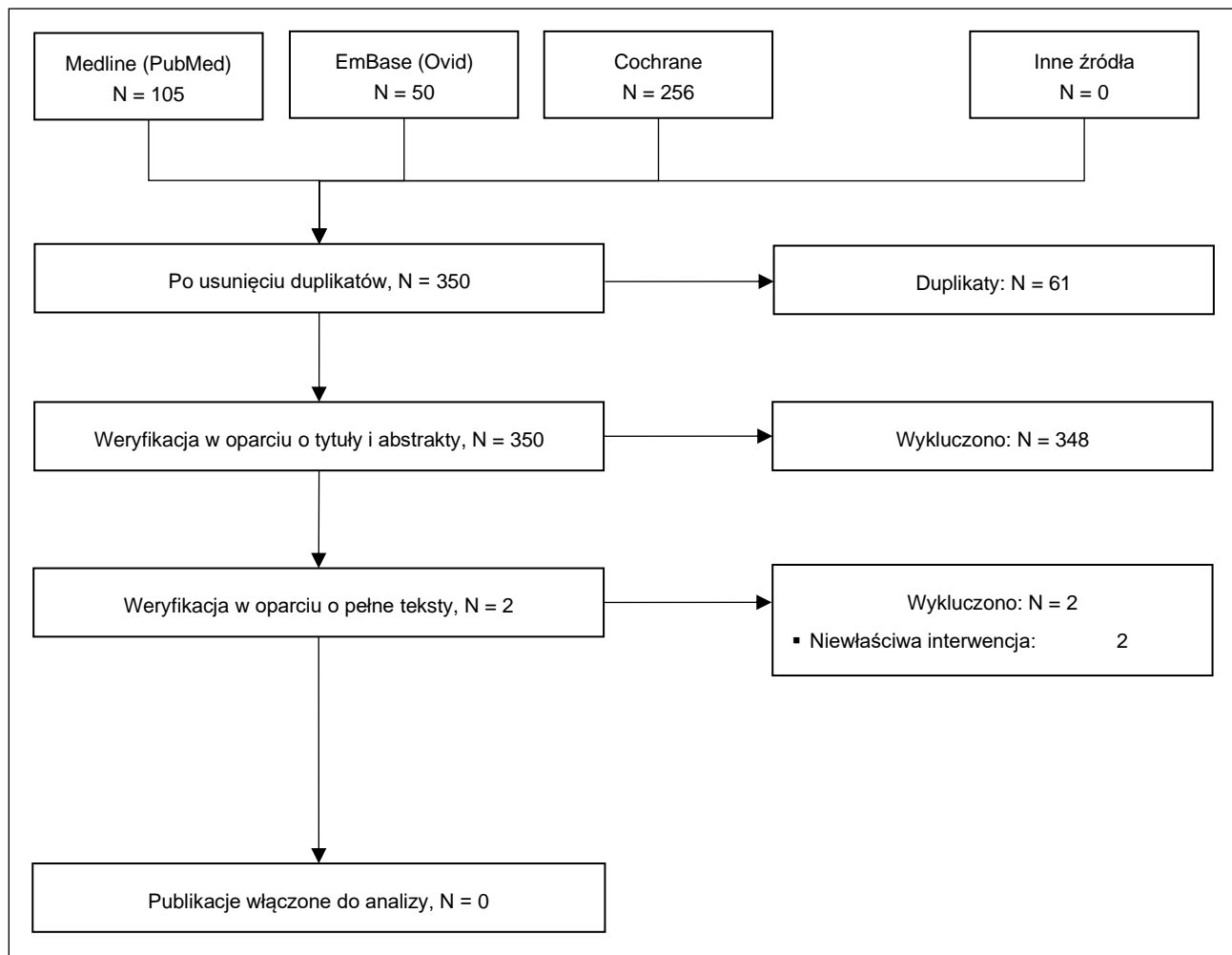
Źródło: opracowanie własne AOTMiT.

Tabela 27. Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library (data ostatniego wyszukiwania: 18.04.2023 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#1	MeSH descriptor: [Preventive Dentistry] explode all trees	4 175
#2	MeSH descriptor: [Pediatric Dentistry] explode all trees	66
#3	MeSH descriptor: [Dental Care for Children] explode all trees	224
#4	(preventive dentistry):ti,ab,kw	831
#5	(pediatric dentistry):ti,ab,kw	615
#6	(dental care for children):ti,ab,kw	1 289
#7	(dentistry for children):ti,ab,kw	781
#8	(preventive dental care):ti,ab,kw	1 734
#9	(preventive dental visit):ti,ab,kw	699
#10	(dental adaptation visit):ti,ab,kw	99
#11	(first dental visit):ti,ab,kw	841
#12	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	7 802
#13	MeSH descriptor: [Child, Preschool] explode all trees	35 000
#14	(Preschool Child):ti,ab,kw	45 071
#15	(3 years old):ti,ab,kw	43 532
#16	(4 years old):ti,ab,kw	35 319
#17	#13 OR #14 OR #15 OR #16	91 031
#18	#12 AND #17	1 159
#19	#12 AND #17 with Publication Year from 2017 to 2023, in Trials with Oral Health in Cochrane Groups	256

Źródło: opracowanie własne AOTMiT.

10.2. Diagram selekcji badań



Rysunek 1. Diagram selekcji publikacji dla doniesień naukowych

Źródło: opracowanie własne AOTMiT.