



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 69/2018 z dnia 27 kwietnia 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu, głosu i mowy wśród
uczniów klas I szkół podstawowych z terenu województwa
lubelskiego na lata 2018-2021”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu, głosu i mowy wśród uczniów klas I szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego na lata 2018-2021” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy istotnej kwestii jaką są choroby słuchu, zaś jego głównym założeniem jest wykonanie przesiewowych badań profilaktycznych w populacji dzieci.

Należy zwrócić uwagę na określenie celów zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności wskazano poprawnie.

Populację docelową stanowią uczniowie I klas szkół podstawowych. Należy jednak doprecyzować oszacowania uczestników programu, zgodnie z uwagami w dalszej części opinii. W projekcie zaplanowano także prowadzenie edukacji zdrowotnej, której adresatami mają być rodzice/opiekunowie prawni oraz szkoleni personelu medycznego.

Zaproponowana w projekcie interwencje z zakresu zaburzeń słuchu znajdują swoje odzwierciedlenie w rekomendacjach klinicznych. W zakresie zaburzeń mowy wytyczne nie zalecają badań przesiewowych w populacji ogólnej, a jedynie u osób u których istnieje podejrzenie występowania zaburzeń. Należy kwestię tę uwzględnić w projekcie poprzez odpowiednie kwalifikowanie uczestników do badań.

Konieczne jest także doprecyzowanie części dotyczącej działań terapeutycznych, gdyż została ona opisana ogólnie, co utrudnia jej weryfikację.

Należy wskazać, że pomimo, iż część z zaproponowanych interwencji jest świadczeniami gwarantowanymi, obecnie nie funkcjonuje badanie przesiewowe w kierunku wad słuchu w populacji pediatrycznej, które skierowane byłoby do całej populacji docelowej, zatem przedmiotowy program może stanowić uzupełnienie świadczeń w omawianym zakresie.

Wartym podkreślenia jest zaplanowanie w ramach programu działań edukacyjnych skierowanych do rodziców/opiekunów prawnych oraz szkolenia personelu medycznego, które stanowią wartość dodaną do obecnie dostępnych świadczeń medycznych.

Monitorowanie i ewaluację programu opisano poprawnie.



Przedstawiony budżet nie budzi zastrzeżeń. Należy jednak mieć na uwadze, że w kosztorysie powinna zostać określona kwota przeznaczona na pokrycie kosztów ewaluacji i monitorowania programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu badań przesiewowych słuchu w populacji dzieci. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 3 963 476,68 PLN, zaś okres realizacji to lata 2018-2021.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Program odnosi się do problemu zdrowotnego, jakim są wady słuchu oraz zaburzenia mowy u dzieci w wieku szkolnym. Wpisuje się w następujący priorytet zdrowotny: *zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia*. W projekcie poprawnie opisano problem zdrowotny oraz odniesiono się do danych epidemiologicznych.

Według informacji z Map Potrzeb Zdrowotnych, wyniki programów przesiewowych słuchu pokazały, że co piąte dziecko ma problemy związane ze słuchem, wymagające opieki pedagogicznej, psychologicznej, audiologicznej, foniatrycznej i logopedycznej. Z powodu zaburzeń słuchu znaczny odsetek dzieci ma problem w adaptacji do środowiska szkolnego, zaburzenia komunikowania się i ograniczenia w przyswajaniu wiedzy. U 60% dzieci z ww. zaburzeniami, rodzice nie zauważyli dotychczas problemów ze słuchem u swojego dziecka. Częstość występowania wad słuchu jest ściśle związana z etiologią niedosłuchów. Wady słuchu związane z przyczynami prenatalnymi, tj. np. różyczka, opryszczka, toksyczne nałogi matki itp. stanowią ok. 50% wszystkich przypadków uszkodzenia słuchu.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest: „zwiększenie wczesnego wykrywania oraz prewencja ubytków słuchu, zaburzeń głosu i mowy wśród uczniów klas I szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego poprzez przeprowadzenie działań edukacyjno-diagnostyczno-terapeutycznych u co najmniej 32 972 (85% populacji) uczniów w okresie do 2021 r.” Cel główny sformułowany został w sposób ogólny i jest wskazaniem działań, a nie oczekiwanym stanem po przeprowadzeniu programu. Należy wskazać, że cel nie spełnia kryteriów SMART, wg których powinien on być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

W projekcie określono także 7 celów szczegółowych uzupełniających przytoczony powyżej cel główny. Odnoszą się one m.in. do: „zwiększenia wykrywalności zaburzeń słuchu o co najmniej 10%, wśród 32 972 uczniów klas I szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego w okresie do 2021 roku”, „zwiększenia wykrywalności zaburzeń głosu o co najmniej 15%, wśród 32 972 uczniów klas I szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego w okresie do 2021 roku” czy „zwiększenia wykrywalności zaburzeń mowy o co najmniej 15%, wśród 32 972 uczniów klas I szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego w okresie do 2021 roku”.

W projekcie programu dokładnie i prawidłowo określono jego mierniki efektywności, odnosząc się m.in. do liczby uczniów ze stwierdzonymi na podstawie wykonanych badań przesiewowych zaburzeniami słuchu, głosu oraz mowy, liczby uczniów skierowanych na działania terapeutyczne w ramach RPZ czy NFZ, a także do planowanych działań edukacyjnych. Warto zaznaczyć, że sformułowane mierniki dotyczą wszystkich przedstawionych uprzednio w treści projektu celów.

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu będą skierowane do uczniów klas I szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego.

W projekcie wskazano również liczbę uczniów klas I w roku szkolnym 2017/2018, wynoszącą 19 395 osób. Warto zaznaczyć, że przy oszacowaniu populacji w projekcie odniesiono się do „dwóch kolejnych roczników uczniów klas I szkół podstawowych” (2 x ww. 19 395 uczniów, łącznie 38 790 osób), zakładając jednocześnie poddanie badaniom przesiewowym ok. 85% populacji uczniów klas I (32 972 osoby). Również przy oszacowaniu liczby nauczycieli i personelu szkolnego wnioskodawca odnosi się do 2 lat realizacji RPZ.

Należy jednak zaznaczyć, że wyznaczony okres realizacji programu sugeruje, że planowane działania będą skierowane do trzech kolejnych roczników uczniów klas I (2018/2019, 2019/2020 oraz 2020/2021), ponadto zgodnie z danymi Centrum Informatycznego Edukacji (CIE) do szkół podstawowych na terenie województwa lubelskiego (rok szkolny 2016/2017) uczęszczało 21 025 dzieci w wieku 7 lat 8. W projekcie pojawiają się także niespójne informacje co do możliwej do włączenia do programu populacji docelowej (32 972 000 vs. 32 972). Powyższe kwestie wymagają zatem doprecyzowania.

Dodatkowo wskazano, że część edukacyjna programu skierowana będzie do uczniów, ich rodziców/opiekunów prawnych, a także nauczycieli oraz personelu szkolnego., jednak liczebność tej populacji nie została oszacowana.

Głównym kryterium kwalifikacji do programu będzie pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział ucznia w programie oraz wypełnienie kwestionariusza dotyczącego stanu zdrowia dziecka. Wspomniany kwestionariusz nazwany „badaniem wstępnym” składa się z 12 pytań zamkniętych odnoszących się m.in. do: występowania chorób przewlekłych, bycia pod opieką poradni specjalistycznej, obecności wad słuchu, mowy, głosu czy przyjmowanych leków. Treść projektu precyzuje także kryteria wykluczające z uczestnictwa w programie. Wymieniono wśród nich fakt objęcia danego ucznia specjalistyczną opieką medyczną w zakresie zaburzeń słuchu, głosu i mowy.

Należy zaznaczyć, że wytyczne odnoszące się do badań przesiewowych słuchu podkreślają, że nieprawidłowości rozwojowe, problemy behawioralne (np. autyzm, opóźnienia w rozwoju) mogą uniemożliwiać otrzymanie dokładnych wyników w audiometrycznym badaniu przesiewowym. W tej sytuacji konieczne jest skierowanie dziecka do otolaryngologa lub audiologa dziecięcego, który posiada odpowiednie kompetencje oraz aparaturę umożliwiającą właściwe przeprowadzenie badania (AAP 2009). Kwestie te zostały uwzględnione w projekcie.

Co istotne w treści projektu brak precyzyjnego określenia wartości progowych kwalifikujących uczniów do udziału w kolejnych etapach programu, co wymaga uzupełnienia.

Interwencje

Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

- badania przesiewowe:
 - słuchu: audiometria tonalna; testy oceniające sprawność centralnych procesów przetwarzania słuchowego – test różnicowania wysokości dźwięków, rozumienia mowy w szumie oraz rozdzielnousznego słyszenia;
 - głosu: ocena subiektywna głosu (skala GRBAS);
 - mowy: Logopedyczny Test Przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym;
- działania terapeutyczne – moduły multimedialne opracowane przez specjalistów w przedmiotowej dziedzinie;
- działania edukacyjne:
 - opracowanie materiałów edukacyjnych dla uczniów, ich rodziców/opiekunów prawnych, nauczycieli, personelu szkolnego (forma: prezentacje multimedialne oraz broszury);

- spotkania edukacyjne skierowane do dzieci (podczas zajęć z wychowawcą) oraz rodziców/opiekunów prawnych uczniów (podczas zebrań szkolnych);
- szkolenia skierowane do koordynatorów regionalnych oraz warsztaty przeznaczone dla osób przeprowadzających badania przesiewowe słuchu, głosu i mowy;

W ramach badania zostanie wykonana audiometria tonalna. Schemat badania jest zgodny z odnalezionymi wytycznymi. W treści projektu nie określono wartości progowych, które stanowiłyby kryterium rozpoznania zaburzeń słuchu. Ponadto, celem uniknięcia nadmiernej liczby osób kierowanych na diagnostykę pogłębioną, wartym rozważenia byłoby natychmiastowe badanie przesiewowe powtórzone tego samego dnia u dzieci, które miały niezadowalający wynik podczas początkowego skryningu na poziomie 20 dB.

W projekcie zaznaczono, że po przeprowadzeniu audiometrii tonalnej „powinny być wykonane testy oceniające sprawność centralnych procesów przetwarzania słuchowego – test różnicowania wysokości dźwięków, rozumienia mowy w szumie oraz rozdzielności słyszenia”. Nie sprecyzowano jednak w jakich przypadkach ww. testy będą wykonywane. Należy zaznaczyć, że najważniejsze z klinicznego punktu widzenia są behawioralne testy wyższych funkcji słuchowych oceniające: procesy uwagi i pamięci słuchowej oraz wymiany informacji słuchowej pomiędzy półkulami mózgu – liczbowy test rozdzielności (dichotic digit test, DDT); procesy analizy czasowej i percepcji kolejności dźwięków – test wzorców częstotliwości (frequency pattern test, FPT) oraz test rozdzielności czasowej (gaps in noise test, GIN); prawidłowe rozumienie mowy utrudnionej – test rozumienia mowy w szumie.

Zgodnie z treścią projektu PPZ osobą odpowiedzialną za realizację badań przesiewowych w zakresie słuchu będzie specjalista audiolog lub otolaryngolog oraz „przeszkolona osoba w szkole” (przy czym sprecyzowano, że osoba przeszkolona będzie prowadziła działania diagnostyczne tylko i wyłącznie w ramach trwałości programu).

W ramach testów przesiewowych służących wykrywaniu dysfunkcji mowy przeprowadzone zostaną wybrane próby Logopedycznego testu przesiewowego dla dzieci w wieku szkolnym. Wskazany test jest jednym z powszechnie stosowanych narzędzi diagnostycznych w omawianym zakresie. Należy jednak podkreślić, że zgodnie z odnalezionymi zaleceniami (UK NSC 201010), populacyjne badania przesiewowe w kierunku zaburzeń mowy i języka nie są obecnie rekomendowane. Należy zaznaczyć, że zgodnie z informacją zawartą na stronie UK NSC, rekomendacja ta jest aktualnie poddawana cyklicznej ocenie. Dodatkowo, zgodnie z informacjami odnalezionymi na stronie American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), badania przesiewowe w kierunku zaburzeń mowy, wykonuje się w sytuacji podejrzenia ich występowania lub jako część kompleksowej oceny mowy i języka u dzieci z problemami związanymi z komunikacją.

W treści projektu wyróżniono także badania przesiewowe głosu, które będą polegały na ocenie subiektywnej głosu, z wykorzystaniem skali GRBAS. Należy zaznaczyć, że skala GRBAS (ang. Grade, Roughness, Breathiness, Asthenia, Strain) jest najczęściej stosowaną skalą do oceny percepcyjnej głosu. Opiera się ona na 5 parametrach: G (grade of hoarseness) – stopień chrypki; R (roughness) – szorstkość głosu wynikająca z nieregularności drgań fałdów głosowych; B (breathiness) – głos chuchający wynikający z wydobywania się powietrza podczas fonacji przez niezamkniętą głośnię; A (asthenic) – głos słaby, asteniczny; S (strained) - głos napięty, hiperfunkcjonalny. Opisywana skala ma 4 stopnie nasilenia zaburzeń: 0 – głos normalny, fizjologiczny; 1 – lekka zmiana; 2 – mierna zmiana; 3 – zmiana ciężka, bardzo nasilona.

W projekcie nie wskazano stopnia nasilenia występujących u danego dziecka zaburzeń, które będą podstawą skierowania do dalszych działań.

Osobą odpowiedzialną za realizację badania przesiewowego w zakresie głosu będzie specjalista otolaryngolog dziecięcy (audiolog-foniatra), audiolog lub foniatra.

Podsumowując zaplanowany etap diagnostyczny programu, należy zaznaczyć, że konsensus ekspertów European Federation of Audiology Societies (EFAS 2012) stwierdza, iż programy badań przesiewowych w kierunku słuchu i mowy u dzieci w wieku szkolnym oraz przedszkolnym, mają duży

potencjał umożliwiający skuteczną identyfikację i leczenie zaburzeń słuchu oraz mowy/języka u dzieci będących w grupie ryzyka. Podstawową populację docelową powinny stanowić dzieci w wieku 4-7 lat. Istotnym elementem szkolnych oraz przedszkolnych programów przesiewowych jest system ich kontroli. Konieczne jest także, aby wszyscy pracownicy zaangażowani w badania przesiewowe, posiadali odpowiednie przeszkolenie i odbyli instruktaż celem nabycia odpowiednich umiejętności. W zakresie wykrywania dysfunkcji mowy, eksperci stwierdzili, że nie ma jednolitej metody przesiewowej w kierunku zaburzeń mowy/języka.

W projekcie podkreślono, że po przeprowadzeniu badań przesiewowych rodzicom/opiekunom prawnym uczestników, w możliwie najkrótszym czasie powinny zostać przekazane wyniki ww. badań wraz z informacjami i wskazówkami dot. dalszego postępowania terapeutycznego.

Kolejny etap programu opisuje planowane działania terapeutyczne. Należy jednak podkreślić, że etap ten opisano w sposób ogólny, dlatego też precyzyjna ocena tego elementu programu była utrudniona. Wskazano, że działania terapeutyczne „powinny obejmować moduły multimedialne opracowane przez specjalistów w przedmiotowej dziedzinie, udostępnione w Internecie na stronie realizatora programu”. Przy czym zaznaczono, że w przypadku uczestników, którzy mają trudności z dostępem do Internetu, realizator powinien zapewnić dostępność modułów terapeutycznych z wykorzystaniem nośników elektronicznych (typu pendrive). Ponadto wskazano, że realizator powinien zapewnić dostęp zarówno do strony, jak i modułów terapeutycznych również dla urządzeń mobilnych.

W ramach programu przewiduje się opracowanie oraz udostępnienie minimum 6 modułów dla korekcji różnych wad wykrytych podczas przeprowadzonej części diagnostycznej, zapewniających usprawnienie centralnych procesów przetwarzania słuchowego (w szczególności dla funkcji: różnicowania, percepcji czasowej, selektywności słuchowej, dekodowania fonetycznego oraz lateralizacji). Zaproponowane działania będą dostosowane do wad wykrytych podczas przesiewu oraz możliwe do realizacji w warunkach domowych pod nadzorem rodzica/opiekuna. Wskazano, że progi różnicowania dźwięków będą dostosowane do wieku ucznia oraz będą odpowiadały przyjętym w tym zakresie standardom. Trzymiesięczna terapia przeprowadzona zostanie w 3 dwutygodniowych etapach z trzytygodniową przerwą pomiędzy poszczególnymi etapami. Po zakończeniu działań terapeutycznych, w przypadku 100% uczniów biorących udział w tym etapie, przeprowadzone zostaną kontrolne badania diagnostyczne, celem zbadania jakości oraz skuteczności terapii. Osobami odpowiedzialnymi za realizację tej części będą specjaliści z dziedziny audiologii, foniatrii, otolaryngologii i logopedii z zespołu koordynatora programu.

Odnosząc się do powiązania działań realizowanych w ramach programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych, należy wspomnieć, że dzieciom odbywającym roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne lub pierwszoklasistom (w wyniku niewykonania badania w terminie) – populacja wskazana w treści projektu – przysługuje kompleksowa ocena stanu zdrowia, która obejmuje testy do wykrywania nieprawidłowości słuchu oraz wad wymowy. Ponadto należy zauważyć, że rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, stanowi świadczenie gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522).

Należy również wspomnieć, że zasady udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. (Dz.U. 2017 poz. 1643). Zgodnie z treścią ww. rozporządzenia w placówce pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z uczniem oraz przez zintegrowane działania nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów, a także m.in. w formie zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym. Zajęcia logopedyczne organizuje się dla uczniów z deficytami kompetencji i zaburzeniami sprawności językowych. Liczba uczestników zajęć nie może przekraczać 4.

Dziania edukacyjne zostaną skierowane zarówno do uczniów, ich rodziców/opiekunów prawnych, jak i nauczycieli oraz personelu szkolnego. Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi (ASHA 2016)

rodzice/opiekunowie prawni powinni mieć dostęp do edukacji oraz konsultacji w zakresie prowadzonych badań przesiewowych (rekomendacja odnosiła się do badań słuchu). Wskazano również, że do zadań osób odpowiedzialnych za badanie (w przypadku wskazanej rekomendacji – audiologa) powinno należeć wyselekcjonowanie oraz dostarczenie stosownych materiałów edukacyjnych rodzinom dzieci uczestniczących w badaniach. Także skierowanie działań edukacyjnych do wychowawców/nauczycieli znajduje swoje odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych (AAP 2016). Sugerują one bowiem zwrócenie szczególnej uwagi na zachowania mogące świadczyć o występowaniu u danego ucznia problemów ze słuchem.

Na potrzeby realizacji części edukacyjnej zaplanowano przygotowanie materiałów skierowanych do odbiorców z ww. grup w formie prezentacji multimedialnych oraz broszur. Wskazano również, że „w przypadku uczniów integralną częścią każdego materiału powinien być Quiz, umożliwiający ocenę stopnia przyswojonej wiedzy”. Zaplanowano także realizację spotkań edukacyjnych dla dzieci (podczas zajęć z wychowawcą) oraz rodziców/opiekunów prawnych (podczas zebrań szkolnych). Ponadto, z treści projektu wynika, że w ramach wdrażania działań edukacyjnych realizator powinien zapewnić szkolenia dla 213 koordynatorów w postaci warsztatów oraz szkolenie dla osób przeprowadzających badania przesiewowe słuchu, głosu i mowy w zakresie metodyki prowadzenia badań. Nie sprecyzowano jednak do kogo powyższe działania będą skierowane.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie programu zaplanowano jego monitorowanie oraz ewaluację. Prawidłowo opisano ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń.

W opisie ewaluacji programu wskazano, że analizie i ocenie podlegać będzie: „poziom frekwencji”, „ankiety poziomu satysfakcji dla rodziców/opiekunów prawnych”, „liczba nowych rozpoznań wad słuchu, głosu, mowy wśród uczniów objętych niniejszym programem”, „liczba uczniów, u których podjęto leczenie oraz liczba dzieci, u których stwierdzono poprawę”, a także „liczba odbiorców działań edukacyjnych”. Zaznaczono dodatkowo, że ocena skuteczności programu będzie polegała na porównaniu stanu końcowego ze stanem wyjściowym. Warto także, po zakończeniu realizacji, program zostanie sprawdzić, czy działania ujęte w programie przełożyły się na poprawę zdrowia uczestników. Wartościowym aspektem byłoby uwzględnienie dodatkowo liczby zgłoszeń od personelu pedagogicznego, pielęgniarek/higienistek szkolnych, skierowanych do rodziców i logopedów, sugerujących potencjalne problemy ze słuchem wśród dzieci.

Warunki realizacji

Projekt programu został przygotowany w sposób dokładny i staranny. Przedstawiono wszystkie niezbędne elementy programu, wskazano kompetencje realizatora i niezbędne warunki do realizacji świadczeń. Opisano sposób zapraszania i kwalifikowania uczestników do programu, jak również przedstawiono schemat postępowania z uczestnikiem i sposób zakończenia udziału w programie.

W projekcie programu określono budżet całkowity w wysokości 3 963 476,68 zł w tym 3 368 955,17 zł stanowi dofinansowanie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Oszacowano także koszty jednostkowe poszczególnych składowych budżetu oraz koszty jednostkowe na jednego uczestnika. Budżet zawiera wszystkie niezbędne informacje i nie budzi zastrzeżeń.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Głuchota to całkowity brak słuchu lub nikłe resztki słuchu, które nie nadają się do odbierania mowy nawet przy zastosowaniu aparatu słuchowego. Natomiast niedosłuch jest to ograniczenie funkcji słuchowej, powodujące różne niedogodności, zwłaszcza przy odbieraniu i rozumieniu mowy. W głębszym niedosłuchu możliwe jest odbieranie mowy jedynie z bliska – słowa wymawiane szeptem nie są słyszane. W niektórych formach głębokiego niedosłuchu może być niezbędne do rozumienia mowy zastosowanie aparatu wzmacniającego, a także pomoc narządu wzroku (patrzenie na ruch ust, zwane również odczytywaniem mowy z ust). Wśród dzieci wieku przedszkolnego i szkolnego zaburzenia funkcjonowania narządów słuchu mogą być jedną z przyczyn opóźnionego rozwoju, mogą

stanowią zasadniczy problem w komunikowaniu się z osobami ze środowiska, a w dłuższej perspektywie powodują gorszy start na rynku pracy.

Zgodnie z dostępnymi badaniami epidemiologicznymi, w Polsce co szóste dziecko w wieku szkolnym ma zaburzenia słuchu, natomiast u 60% dzieci z zaburzeniami słuchu, rodzice nie zauważyli dotychczas problemów ze słuchem u swojego dziecka

Wada wymowy jest zjawiskiem, polegającym na występowaniu różnego rodzaju nieprawidłowości podczas mówienia. Zaburzenie mowy może przejawiać się w opuszczaniu, zastępowaniu czy deformowaniu realizowanego dźwięku. Zadaniem logopedy jest nie tylko określenie stopnia i rodzaju nieprawidłowości występującej w wymowie, ale również zaplanowanie przyszłej terapii oraz prowadzenie działań prewencyjnych w tym zakresie. Klasyfikacja zaburzeń mowy jest trudna do ustalenia ze względu na to, iż logopedia jest dziedziną interdyscyplinarną oraz ciągle rozwijającą się. Do najczęściej rozpoznawanych zaburzeń mowy u dzieci należą: dyslalia, palatolalia, alalia, dyzartria, oligofazja, mutyzm, jąkanie oraz gielkot. Statystycznie przyjmuje się, iż 8-9% dzieci ma zaburzenia mowy dźwiękowej, z czego 5% posiada zauważalne wady w klasie pierwszej.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016 poz. 86) dzieciom odbywającym roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne lub pierwszoklasistom (w wyniku niewykonania badania w terminie) – populacja wskazana w treści projektu – przysługuje kompleksowa ocena stanu zdrowia, która obejmuje testy do wykrywania nieprawidłowości słuchu oraz wad wymowy. Ponadto, należy zauważyć, że rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, stanowi świadczenie gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522). Czas trwania rehabilitacji słuchu i mowy w ramach świadczeń gwarantowanych dla jednego świadczeniobiorcy wynosi do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. Dodatkowo wymagane jest skierowanie od lekarza oddziału lub poradni: otolaryngologicznej, otolaryngologicznej dziecięcej, audiologii i foniatrii, audiologicznej, foniatrycznej, neurologicznej, rehabilitacyjnej.

Należy również wspomnieć, że zasady udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. (Dz.U. 2017 poz. 1643). Zgodnie z treścią ww. rozporządzenia w placówce pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z uczniem oraz przez zintegrowane działania nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów, a także m.in. w formie zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym. Zajęcia logopedyczne organizuje się dla uczniów z deficytami kompetencji i zaburzeniami sprawności językowych. Liczba uczestników zajęć nie może przekraczać.

Ocena technologii medycznej

W większości państw Europy, także w Polsce, ugruntowaną pozycję mają programy wykrywania wad słuchu u noworodków. Należy jednak zwrócić uwagę, że nie wszystkie zaburzenia słuchu są możliwe do wykrycia w momencie narodzin dziecka. Badania przesiewowe słuchu u noworodków pozwalają na wykrycie trwałych uszkodzeń słuchu, z czego większość stanowi niedosłuch typu odbiorczego w porównaniu do rzadko wykrywanego niedosłuch typu przewodzeniowego. Wszystkie odnalezione wytyczne są zgodne, że podstawową populacją docelową powinny być wszystkie dzieci w wieku od 4 do 7 lat (American Academy of Pediatrics 2016, American Academy of Audiology 2011, American Speech-Language-Hearing Association). Dodatkowo uczniowie mogą być poddawani badaniom okresowym będąc w późniejszych klasach: 8 i 10 lat oraz 11 lat. Rekomenduje się również wykonywanie badań wszystkim dzieciom rozpoczynającym specjalny tok nauczania, powtarzającym klasę lub dzieciom nowoprzyjętym do szkoły, w przypadku kiedy nie można jednoznacznie określić czy wcześniejsze badanie przesiewowe zostało wykonane. Nie rekomenduje się badania przesiewowego dla dzieci regularnie poddawanych ocenie audiologicznej.

Najwyższą specyficznością i czułością charakteryzuje się audiometria tonalna, która wydaje się być odpowiednim narzędziem do stosowania w badaniach przesiewowych. Rekomendowana jest do stosowania w populacji dzieci w wieku 3 lat i starszych. Tympanometria powinna być stosowana jako drugorzędowe badanie przesiewowe, po niepowodzeniu audiometrii tonalnej i otoemisji akustycznej. Badanie powinno być wykonywane dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości: 1000, 2000 i 4000 Hz przy 20 dB. badanie powinno być wykonywane dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości: 1000, 2000 i 4000 Hz przy 20 dB. Pozytywny wynik badania to taki, gdzie dla obydwu uszu następuje prawidłowa odpowiedź przy każdej z zastosowanych częstotliwości. W przypadku, gdy wynik badania jest nieprawidłowy dla którejkolwiek z zastosowanych częstotliwości należy ponownie poinstruować dziecko odnośnie sposobu przeprowadzania badania i wykonać badanie ponownie tam gdzie uprzednio wystąpił błąd. Negatywny wynik testu optymalnie powinien zostać zweryfikowany w przeciągu jednego miesiąca, ale nie później niż w ciągu trzech miesięcy od przeprowadzenia badania. Natychmiastowe badanie przesiewowe powtórzone tego samego dnia u dzieci, które miały niezadowolający wynik podczas początkowego skriningu na poziomie 20 dB może wpłynąć na ograniczenie skierowań z powodu przypadków fałszywie dodatnich. Wykonanie audiometrii tonalnej i tympanometrii tego samego dnia również redukuje liczbę skierowań z powodu przypadków fałszywie dodatnich.

ASHA jako wymagania względem personelu realizującego program podaje obecność lekarza audiologa, patologa mowy i języka (logopeda) oraz personelu pomocniczego. Program powinien być nadzorowany przed audiologiem.

Każdy program badań przesiewowych powinien zawierać część edukacyjną skierowaną do rodziców, gdzie zostaną poruszone kwestie dotyczące realizacji przesiewowego badania słuchu, prawdopodobieństwa wystąpienia ubytku słuchu u dzieci oraz realizacji dalszych badań, jeżeli zaistnieje taka potrzeba. Rodzice lub opiekunowie dziecka, poddanego badaniu przesiewowemu, powinni otrzymać powiadomienie o wynikach uzyskanych przez dziecko. Jeżeli którykolwiek z wyników testów wskazuje na potencjalny problem rodzice/opiekunowie powinni zostać poinformowani o konieczności zgłoszenia się do lekarza pierwszego kontaktu, laryngologa bądź audiologa oraz otrzymać odpowiednie skierowanie.

Wytyczne sugerują także zwrócenie szczególnej uwagi na zachowania mogące świadczyć o problemach ze słuchem. Do tych zachowań zaliczane są m.in.: prośby o powtarzanie treści, odwracanie głowy bokiem w kierunku mówiącego, obserwowanie ust osoby mówiącej, zbyt głośne mówienie, niewyraźna mowa, nieuwaga podczas rozmowy, trudności ze zrozumieniem i wykonywaniem poleceń, skłonność do izolowania się.

Zdaniem ekspertów celowe jest monitorowanie słuchu w okresie rozwoju mowy, zdolności intelektualnych i możliwości edukacyjnych, a wśród wskaźników monitorowania realizacji tego typu programów należy uwzględnić: ocenę otolaryngologiczną, poziom słyszenia w badaniach audiometrycznych i akumetrycznych. W diagnostyce niedosłuchu u dzieci w wieku 6-14 lat, obok audiometrii tonalnej, powinna być wykorzystana audiometria impedancyjna, która w sposób zasadniczy wpływa na wyniki i pozwala oddzielić upośledzenie słuchu przewodzeniowe od odbiorczego. Ekspertki wskazują, że programy z zakresu wykrywania zaburzeń słuchu u dzieci w wieku szkolnym powinny być prowadzone i finansowane przez samorządy.

Zgodnie z odnalezionymi zaleceniami UK National Screening Committee, populacyjne badania przesiewowe w kierunku zaburzeń mowy i języka nie są obecnie rekomendowane. ASHA wskazuje, że badanie przesiewowe w kierunku zaburzeń mowy, wykonuje się w sytuacji, gdy podejrzewa się zaburzenia mowy lub jako część kompleksowej oceny mowy i języka u dzieci z problemami związanymi z komunikacją. Celem takiego przesiewu jest identyfikacja osób, które wymagają dalszej oceny mowy/komunikacji lub skierowania do specjalisty celem dalszych badań. U osób, u których podejrzewa się zaburzenia mowy na podstawie badania przesiewowego, kieruje się do logopedy celem wykonania kompleksowej oceny. Ocena ta może obejmować ocenę umiejętności językowych i umiejętności czytania. Pełna ocena w kierunku zaburzeń mowy obejmuje: historię (np. występowanie zaburzeń mowy w rodzinie), badanie aparatu artykulacyjnego, badanie przesiewowe słuchu, ocenę dźwięków mowy (testy jednoetapowe i połączone) obejmujące prawidłowe rozumienie, stymulację,

percepcję mowy, testy języka mówionego obejmujące przetwarzanie fonologiczne, ocenę umiejętności pisania.

Konsensus ekspertów European Federation of Audiology Societies stwierdza, że programy badań przesiewowych w kierunku słuchu, wzroku i mowy u dzieci w wieku szkolnym oraz przedszkolnym, mają duży potencjał umożliwiający skuteczną identyfikację i leczenie zaburzeń słuchu, wzroku, mowy/języka u dzieci będących w grupie ryzyka. Podstawową populację docelową powinny stanowić dzieci w wieku 4-7 lat. Istotnym elementem szkolnych oraz przedszkolnych programów przesiewowych jest system ich kontroli. Konieczne jest także, aby wszyscy pracownicy zaangażowani w badania przesiewowe, posiadali odpowiednie przeszkolenie i odbyli instruktaż celem nabycia odpowiednich umiejętności. W zakresie wykrywania zaburzeń mowy, eksperci stwierdzili, że nie ma jednolitej metody przesiewowej w kierunku zaburzeń mowy/języka.

USPSTF w 2015 r. wydało rekomendację dot. jedynie populacji dzieci w wieku 5 lat i młodszych, stwierdzając, że obecne dowody są niewystarczające aby ocenić bilans korzyści i szkód płynący z przesiewu w kierunku zaburzeń, opóźnień rozwoju mowy

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.38.2018 „Program profilaktyki wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu, głosu i mowy wśród uczniów klas I szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego na lata 2018-2021” realizowany przez: Województwo Lubelskie, Warszawa, kwiecień 2018 r. oraz Aneksu „Badania przesiewowe słuchu u dzieci w wieku szkolnym – wspólne podstawy oceny” z września 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 91/2018 z dnia 23 kwietnia 2018 roku o projekcie programu „Program profilaktyki wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu, głosu i mowy wśród uczniów klas I szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego na lata 2018-2021”