



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 46/2019 z dnia 25 kwietnia 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Wczesne
wykrywanie oraz rehabilitacja zaburzeń słuchu i mowy wśród
uczniów pierwszych klas szkół podstawowych na lata 2020-2022”
realizowanego przez: województwo świętokrzyskie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Wczesne wykrywanie oraz rehabilitacja zaburzeń słuchu i mowy wśród uczniów pierwszej klasy szkoły podstawowej na lata 2019-2021” realizowanego przez: województwo świętokrzyskie pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej może stanowić wartość dodaną do obecnie dostępnych świadczeń gwarantowanych w zakresie wykrywania i rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy wśród dzieci. Aczkolwiek w celu podniesienia jakości programu należy rozważyć proponowane poniżej modyfikacje dotyczące poszczególnych elementów programu.

Zaproponowane w projekcie cele programowe należy przeformułować zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności wymagają uzupełnienia, tak aby umożliwiły pełną ocenę efektów programu.

Populację docelową stanowią uczniowie I klas szkół podstawowych. W projekcie zaplanowano także edukację zdrowotną, której adresatami mają być rodzice/opiekunowie prawni dzieci oraz szkolenia personelu medycznego.

Zaproponowane w projekcie interwencje znajdują swoje odzwierciedlenie w rekomendacjach klinicznych. Jednak konieczne jest doprecyzowanie części dotyczącej działań rehabilitacyjnych, 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.

Monitorowanie zaplanowano w sposób poprawny. Natomiast ewaluacja programu wymaga uzupełnienia w zakresie oceny efektywności.

Budżet został opracowany poprawnie. Jednak należy zaznaczyć, 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 wykrywania wady słuchu oraz zaburzenia mowy wśród dzieci w wieku szkolnym. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 7 652 190 zł w latach 2020-2022.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) 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

Oceniany projekt programu odnosi się do wad słuchu oraz zaburzeń mowy wśród dzieci w wieku szkolnym i wpisuje się w priorytet: „tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W projekcie programu odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w zakresie rozpatrywanego problemu zdrowotnego w skali światowej, krajowej i regionalnej.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, w 2016 roku w województwie świętokrzyskim odnotowano 1,14 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako choroby narządu słuchu i równowagi. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 91,07 i była to 4. najwyższa wartość wśród województw. W analizie wyróżniono kilka grup wiekowych (0-4 lata, 5-17 lat, 18+). W grupie wiekowej 5-17 lat, liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła ok. 25 (6. najwyższa wartość wśród województw).

W przypadku zaburzeń głosu, mowy i języka, mając na uwadze ww. mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa świętokrzyskiego, w 2016 roku, w województwie tym odnotowano 10 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako zaburzenia głosu, mowy i języka. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 0,80 i była to 7. najniższa wartość wśród województw. Podobnie jak w przypadku chorób narządu słuchu i równowagi w analizie wyróżniono kilka grup wiekowych (0-4 lata, 5-17 lat, 18+). W grupie wiekowej 5-17 lat liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła ok. 1 (3. najniższa wartość wśród województw).

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „wzrost o co najmniej 5% wczesnej wykrywalności zaburzeń słuchu i mowy wśród uczniów pierwszych klas szkół podstawowych z województwa świętokrzyskiego oraz dostępności do opieki rehabilitacyjnej u dzieci z wykrytym uszkodzeniem słuchu i zaburzeniami mowy w latach 2020-2022”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony (w odniesieniu do planowanego czasu), a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Założenie główne przedstawiono w postaci dwóch odrębnych celów, co wymaga przekonstruowania.

W treści projektu programu wskazano także 6 celów szczegółowych. Należy wskazać, że cele dotyczące włączenia do programu co najmniej 50% szkół podstawowych oraz wdrożenia działań profilaktycznych przez co najmniej 25% nauczycieli sformułowano w postaci działań, a nie rezultatów, jakie zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji tych działań. Dodatkowo cel w postaci „wzrost wykrywalności o co najmniej 50% liczby dzieci z wcześniej zdiagnozowanymi wadami słuchu i mowy w klasie I szkoły podstawowej, będących uczestnikami programu w latach 2020-2022” jest powieleniem pierwszej części celu głównego (cele różnią się pod względem zakładanej wartości docelowej, 5% vs 50%).

Ponadto cele programowe należy definiować w oparciu o koncepcję SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Należy także

zauważyć, że w treści projektu nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych, co warto doprecyzować. Zatem cele programowe wymagają uzupełnienia zgodnie z powyższymi uwagami.

W ocenianym projekcie zaproponowano 16 mierników efektywności. Warto jednak zauważyć, że nie wskazano miernika odnoszącego się do celu szczegółowego dotyczącego podniesienia poziomu wiedzy. Obiektywne i precyzyjne zmierzenie stopnia realizacji ww. celu można uzyskać poprzez m.in. sprawdzenie wiedzy przed i po udziale w programie, np. za pomocą ankiety. Mierniki w postaci: „liczba dzieci uczestniczących w programie”, „liczba szkół włączonych do programu”, „odsetek dzieci z województwa świętokrzyskiego uczestniczących w programie”, „liczba dzieci, u których przeprowadzono badanie”, „liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu”, „liczba rodziców/opiekunów dzieci oraz personelu pedagogicznego uczestniczących w zajęciach informacyjno-edukacyjnych”, „liczba personelu medycznego uczestniczącego w szkoleniach” mają charakter wyłącznie ilościowy i mogą zostać wykorzystane przy ocenie zgłaszalności do programu.

Co istotne, wartości wskaźników powinny być określane przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero zmiana uzyskana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze osiągniętego efektu programu. Należy się także odnieść do sposobu pomiaru wskazanych mierników efektywności oraz ich wartości oczekiwanych.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią uczniowie klas I szkół podstawowych z terenu województwa świętokrzyskiego. Wskazano liczebność populacji dzieci kwalifikujących się do udziału w programie (w roku szkolnym 2020/2021 wyniesie 10 961 osób, a w roku szkolnym 2021/2022 – 10 62 uczniów – łącznie 21 585 osób).

Zgodnie z treścią programu założono, że badania przesiewowe zostaną przeprowadzone wśród ok. 16 189 uczniów, co stanowi ok. 75% populacji docelowej. Powyższe wynika z przyjętego założenia, że ok. 75% rodziców/opiekunów prawnych dzieci wyrazi chęć udziału w programie.

Działania o charakterze informacyjno-edukacyjnym oraz szkoleniowym skierowane zostaną również do: rodziców/opiekunów prawnych uczniów biorących udział w programie (ok. 21 585 osób), nauczycieli (ok. 581 osoby), lekarzy POZ (ok. 1 242 osób), pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania (ok. 273 osób) oraz logopedów i audiologów (ok. 50-60 osób).

Kryterium kwalifikacji do programu, oprócz konieczności uczęszczania do klasy I szkoły podstawowej oraz zamieszkania na terenie województwa świętokrzyskiego, będzie pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie, a także brak czasowych przeciwwskazań stwierdzonych podczas lekarskiego badania wstępnego.

Interwencja

W ramach programu przewidziano przeprowadzenie działań informacyjno-promocyjnych, działań edukacyjnych, działań szkoleniowych, badań przesiewowych słuchu i mowy oraz działań rehabilitacyjnych.

Rekrutacja do programu będzie polegała na wypełnieniu przez rodziców ankiety, zawierającej pytania o zauważone symptomy mogące świadczyć o problemach ze słuchem lub mową dzieci. Jednak nie załączone jej wzoru, co należy uzupełnić. Następnie podczas lekarskiego badania wstępnego ocenione zostaną wyniki badania kwestionariuszowego i zostanie przeprowadzone badanie lekarskie.

Dzieci z podejrzeniem zaburzeń słuchu lub mowy będą poddawane badaniom audiometrycznym i w razie potrzeby badaniom logopedycznym. Natomiast w budżecie programu wskazano, że badania przesiewowe zostaną przeprowadzone wśród 75% populacji docelowej, a badanie logopedyczne i końcowe obejmą 15% populacji. Powyższe niedoprecyzowanie wymaga wyjaśnienia. Konieczne jest także zaplanowanie postępowania w przypadku, gdy więcej osób będzie wymagało wizyty u logopedy.

Pomiary audiometryczne wykonywane będą metodą audiometrii tonalnej dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości 1 000, 2 000 i 4 000 Hz przy 20 dB, co jest zgodne z rekomendacjami (ASHA 2016, AAP 2010). Należy zaznaczyć, że *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA 2016) rekomenduje, aby program badań przesiewowych był zaprojektowany, zaimplementowany i nadzorowany przez audiologa, co zostało uwzględnione w programie. Ponadto zaleca się, aby w proces badania przesiewowego zaangażowany był zespół ograniczony do: lekarza audiologa, patologa mowy i języka, a także personelu pomocniczego nadzorowanego przed audiologiem.

Nieprawidłowy wynik badania zostanie zweryfikowany tego samego dnia poprzez ponowne wykonanie badania. Powyższy schemat postępowania jest zgodny z rekomendacjami (AAP 2009), które wskazują, iż powtórzenie badania może wpłynąć na ograniczenie skierowań z powodu przypadków fałszywie dodatnich.

Należy podkreślić, że nieprawidłowości rozwojowe, problemy behawioralne (np. autyzm, opóźnienia w rozwoju) mogą uniemożliwiać otrzymanie dokładnych wyników w badaniu audiometrycznym (AAP 2009). W tej sytuacji konieczne jest skierowanie dziecka do otolaryngologa lub audiologa dziecięcego, który posiada odpowiednie kompetencje oraz aparaturę umożliwiającą właściwe przeprowadzenie badania (AAP 2009). Kwestia ta została uwzględniona w programie.

Zgodnie z wytycznymi audiometria powinna być badaniem pierwszego wyboru w przypadku badań przesiewowych w kierunku wad słuchu. Jej stosowanie jest rekomendowane w populacji dzieci w wieku 3 lat i starszych (m. in. AAP 2009, AAA 2011). Zgodnie z rekomendacjami stanu Alaska (2016) badanie to powinno być wykonywane wśród dzieci w wieku przedszkolnym, dzieci/młodzieży znajdującej się w następujących przedziałach wiekowych: 6-7, 8-9, 10-11, 12-13, 15-16 r.ż. oraz dodatkowo w drugim roku od ukończenia edukacji przedszkolnej (7-8 r.ż.), jeśli pozwalają na to możliwości. Populację programu (uczniowie klas I szkół podstawowych) można zatem uznać za zgodną z przedstawionymi powyżej rekomendacjami. Warto także zaznaczyć, że zgodnie z odnalezionymi dowodami naukowymi audiometria tonalna wydaje się być odpowiednim narzędziem do stosowania w badaniach przesiewowych (Bamford 2007). Badania z użyciem audiometrii tonalnej mogą bowiem zidentyfikować utratę słuchu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym (Priewe 2015).

W ramach programu przewidziano także realizację badań przesiewowych mowy. Lekarz logopeda dokona kompleksowej oceny aparatu artykulacyjnego, oceny dźwięków mowy (testy jednoetapowe i połączone) w tym prawidłowe rozumienie, stymulację, percepcję mowy, testy języka mówionego obejmujące przetwarzanie fonologiczne oraz ocenę umiejętności pisania i czytania.

Należy zaznaczyć, że zgodnie z 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. Celem wskazanego przesiewu jest identyfikacja osób, które wymagają dalszej oceny mowy/komunikacji lub skierowania do specjalisty – celem dalszych badań. Osoby, u których podejrzewa się zaburzenia mowy na podstawie badania przesiewowego, kieruje się do logopedy – na wykonanie kompleksowej oceny. Może ona 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) w tym prawidłowe rozumienie, stymulację, percepcję mowy, testy języka mówionego obejmujące przetwarzanie fonologiczne oraz ocenę umiejętności pisania. Warto również nadmienić, że USPSTF w 2015 r. wydało rekomendację odnoszącą się jedynie do 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.

Warto 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 populacją 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.

Kolejny etap programu obejmuje działania rehabilitacyjne zaburzeń słuchu i mowy. Jednak nie wskazano szczegółowych informacji dotyczących planowanych interwencji w ramach tego etapu, co wymaga uzupełnienia. Nie określono także jakie wyniki uznane zostaną za nieprawidłowe i jakie będą stanowiły podstawę do zakwalifikowania do tego etapu programu. Jedynie w części odnoszącej się do organizacji programu wskazano, że rehabilitacja będzie prowadzona w oparciu o wyniki badań przesiewowych, a w części dotyczącej budżetu, że zaplanowano zajęcia rehabilitacyjne z logopedą. Ten element programu wymaga poprawy.

Program zakłada przeprowadzenie działań o charakterze informacyjno-edukacyjnym skierowanych do uczniów uczestniczących w programie, ich rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli i wychowawców. Tematyka planowanych działań będzie obejmować zagadnienia dotyczące zachowań dzieci mogących świadczyć o występowaniu problemów ze słuchem, realizacji przesiewowego badania słuchu, prawdopodobieństwa wystąpienia ubytku słuchu u dzieci, symptomów alarmowych wskazujących na możliwy problem ze słuchem oraz realizacji dalszych badań. Zakres tematyczny planowanych spotkań edukacyjnych nie obejmuje kwestii odnoszących się do zaburzeń mowy, co należy uwzględnić. Z planowanych kosztów wynika, że przewidziano realizację jednej sesji edukacyjnej w każdej szkole z terenu województwa świętokrzyskiego. Działania skierowane zostaną do dwóch grup edukacyjnych, jednak nie określono specyfiki poszczególnych grup. 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. Do zachowań tych 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. Zgodnie z treścią projektu spotkania edukacyjne mają być prowadzone przez specjalistów z zakresu laryngologii oraz audiologii.

Treść projektu przewiduje także realizację działań o charakterze szkoleniowym. Działania te skierowane zostaną do pielęgniarek szkolnych, lekarzy POZ oraz logopedów. W projekcie wskazano, że podczas szkoleń poruszane będą zagadnienia z zakresu laryngologii, foniatrii, audiologii oraz logopedii niezbędne do zwiększenia umiejętności i kompetencji w zakresie wczesnego wykrywania deficytów słuchu i zaburzeń mowy. Przewidziano realizację co najmniej 12 konferencji szkoleniowych w czasie trwania programu. W szczegółowych warunkach realizacji procedur w ramach programu zaznaczono, że szkolenia dla personelu medycznego będą prowadzone przez ekspertów i lekarzy specjalistów II stopnia w dziedzinach laryngologii, foniatrii, audiologii i logopedii.

Odnosząc się do powiązania działań realizowanych w ramach programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych, należy wspomnieć, że zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. 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 z późn. zm.).

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie programu poprawnie zaplanowano jego monitorowanie, które uwzględnia zarówno ocenę zgłaszalności, jak i jakości udzielanych świadczeń. Jednakże do projektu nie załączono wzoru ankiety satysfakcji, zatem weryfikacja treści dokumentu nie była możliwa.

Ewaluacja będzie opierać się na analizie zaproponowanych mierników efektywności, a także na podstawie analizy poszczególnych wskaźników zachorowalności gromadzonych i publikowanych przez statystyki ogólnopolskie. Jak wspomniano w części niniejszej opinii dotyczącej celów i mierników efektywności, wskaźniki wymagają uzupełnienia, w szczególności w zakresie dotyczącym pomiaru poziomu wiedzy uczestników.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Przedstawiono wymagania względem personelu realizującego program, miejsca realizacji przewidzianych interwencji oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

W treści programu odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie. Przy czym wskazano, że kompletne uczestnictwo w programie będzie polegało na udziale w badaniu przesiewowym mającym na celu wykrycie ewentualnych wad słuchu, a nie odniesiono się w tym punkcie do wykrycia zaburzeń mowy, co należy uzupełnić. Dodatkowo wskazano, że po zakończeniu programu uczestnikom zostaną udzielone informacje dotyczące możliwości dalszego postępowania i leczenia specjalistycznego.

Program zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjno-promującej. Mieszkańcy województwa świętokrzyskiego będą informowani o programie za pośrednictwem lokalnych oraz regionalnych mediów (prasa, strony internetowe samorządów lokalnych, lokalne fora internetowe), a także z wykorzystaniem plakatów i ulotek. Ponadto informacje o planowanych działaniach będą przekazywane rodzicom i opiekunom prawnym podczas spotkań z gronem pedagogicznym.

Koszt całkowity programu oszacowano na 7 652 190 zł. W projekcie wskazano koszty jednostkowe poszczególnych interwencji. Nie uwzględniono kosztu przeprowadzenia monitorowania i ewaluacji, co należy uzupełnić.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS).

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Słuch jest jednym ze zmysłów niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania i rozwoju dzieci. Nieleczony ubytek słuchu może mieć negatywny wpływ zarówno na rozwój mowy, języka, jak również rozwój kognitywny – a w następstwie – na osiągnięte wyniki w nauce. W przypadku dzieci w wieku szkolnym, u których występuje niewielki ubytek słuchu, istnieje ryzyko wystąpienia problemów w szkole, w społeczeństwie, a także problemów z zachowaniem.

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 gęklot. Statystycznie przyjmuje się, iż 8-9% dzieci ma zaburzenia mowy dźwiękowej.

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 z późn. zm.) . 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.

Ponadto, wskazana w projekcie audiometria jest świadczeniem gwarantowanym dostępnym w ramach AOS .

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.

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 skринingu 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 audiologą.

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. Eksperti 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 populacją 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.

US Preventive Services Task Force (USPSTF) w 2015 r. wydało rekomendację dotyczącą 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 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.23.2019 „Wczesne wykrywanie oraz rehabilitacja zaburzeń słuchu i mowy wśród uczniów pierwszych klas szkół podstawowych na lata 2020-2022” realizowany przez: Województwo Świętokrzyskie, data ukończenia: kwiecień 2019r. oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Badania przesiewowe słuchu u dzieci w wieku szkolnym – wspólne podstawy oceny” z września 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 94/2019 z dnia 15 kwietnia 2019 roku o projekcie programu „Wczesne wykrywanie oraz rehabilitacja zaburzeń słuchu i mowy wśród uczniów pierwszych klas szkół podstawowych na lata 2020-2022” woj. świętokrzyskiego.