

Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 251/2017 z dnia 20 września 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Wczesne
wykrywanie wad rozwojowych u dzieci w wieku szkolnym
w zakresie zaburzeń słuchu i wad wymowy” realizowanego przez
województwo małopolskie

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych u dzieci w wieku szkolnym w zakresie zaburzeń słuchu i wad wymowy”.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada wczesne wykrywanie wad słuchu i zaburzeń mowy wśród dzieci w wieku szkolnym. Należy jednak wskazać, że działania w tej populacji są dostępne w ramach kompleksowej oceny stanu zdrowia dzieci, finansowanej ze środków publicznych. Ponadto, w projekcie pojawia się wiele niejasności związanych z zaplanowanymi interwencjami, jak również kwestiami organizacyjnymi, co warunkuje negatywną opinię Prezesa Agencji. Poniżej przedstawiono uwagi do poszczególnych elementów programu.

Cel główny może być trudny do zmierzenia, zatem warto go sformułować zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności wymagają doprecyzowania.

Populacja docelowa pokrywa się, w zakresie wieku, z wytycznymi klinicznymi, odnoszącymi się do badań przesiewowych słuchu. Natomiast w zakresie zaburzeń mowy zasadne jest kierowanie działań jedynie do dzieci, u których pojawia się podejrzenie ich występowania. Należy także zaznaczyć, że niejasne są oszacowania dotyczące liczby uczestników, co należy uściślić.

W zakresie interwencji zastrzeżenia budzą:

- Ankieta kwalifikująca do badań, gdyż nie wskazano jaki zakres informacji będzie obejmować i jaki wynik kwalifikuje do badań;
- Brak określenia wartości granicznych testu logopedycznego, w przypadku których uzyskany wynik będzie traktowany jako negatywny;
- Interwencje rehabilitacyjne, które opisane zostały w sposób bardzo ogólny. Treść projektu nie precyzuje zakresu szczegółów wskazanych terapii;
- Badania z zakresu diagnostyki poszerzone, które nie zostały sprecyzowane i nie jest jasne, którym uczestnikom będą oferowane. Brak jest także uzasadnienia dla przyjętych odsetków uczestników, którzy będą do tego etapu kwalifikowani.

Monitorowanie nie budzi zastrzeżeń. Ewaluacja wymaga uzupełnienia i doprecyzowania.

Sposób oszacowania kosztów w budżecie budzi zastrzeżenia. Należy sprecyzować przyjęte wartości oraz zweryfikować występujące w kosztorysie niespójności.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad słuchu i zaburzeń mowy. Budżet programu wynosi ok. 13 mln. zł, 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

Opiniowany projekt wpisuje się w następujący priorytet: 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, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126). W projekcie poprawnie opisano problem zdrowotny w zakresie wad słuchu i zaburzeń mowy.

W projekcie przedstawiono zarówno ogólnoswiatowe, krajowe, jak i regionalne dane epidemiologiczne, dotyczące występowania wad słuchu oraz mowy.

Według informacji Ministerstwa Zdrowia, wyniki programów przesiewowych pokazały, że co piąte dziecko ma problemy związane ze słuchem, które wymagają opieki pedagogicznej, psychologicznej, audiologicznej, foniatrycznej i logopedycznej. Należy również zaznaczyć, że z powodu zaburzeń słuchu, u znacznego odsetka dzieci, występują problemy w adaptacji do środowiska szkolnego, zaburzenia komunikowania się oraz ograniczenia w przyswajaniu wiedzy.

Cele i efekty programu

Cel główny programu został sformułowany w następujący sposób „poprawa stanu zdrowia dzieci w wieku szkolnym poprzez wczesne wykrywanie wad słuchu i mowy oraz zwiększenie dostępu do badań diagnostycznych i terapii, zapobiegających powstaniu i utrwalaniu się zaburzeń słuchu i mowy oraz związanego z tym ograniczenia sprawności wśród dzieci z wytypowanych 12 powiatów województwa małopolskiego w latach 2018-2021”. Należy podkreślić, że wskazane założenie główne jest istotne, zawiera czytelny przekaz i zostało także określone w czasie. Zmierzenie stopnia realizacji jego pierwszej części odnoszącej się do „poprawy stanu zdrowia dzieci” może być jednak utrudnione, gdyż pojęcie to nie odnosi się do konkretnych zaburzeń, a do ogólnego stanu danego uczestnika programu. Cele programowe powinny być tworzone zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy. Wskazano także 6 celów szczegółowych, uzupełniających przytoczony powyżej cel główny.

Mierniki efektywności, przedstawione w projekcie, wymagają doprecyzowania. Należy zaznaczyć, że przedstawione mierniki efektywności mają charakter głównie ilościowy. Należy zatem uzupełnić ten element o wskaźniki dotyczące efektywności programu, aby umożliwić ocenę, czy zaplanowane działania pozwoliły na zwiększenie wczesnej wykrywalności omawianych schorzeń. Zasadnym wydaje się także doprecyzowanie przedstawionych wskaźników, tak aby obejmowały dokładną liczbę uczestników poszczególnych działań, zaplanowanych w ramach programu, z uwzględnieniem wieku dzieci oraz rodzaju schorzenia, z którym się borykają. Istotnym jest również, aby wartości mierników były określone przed i po realizacji programu. Ponadto, wśród mierników efektywności wymieniono „liczbę osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie”. Natomiast w innych częściach projektu brak jest odniesienia do ww. kwestii.

Populacja docelowa

Badaniami przesiewowymi realizowanymi w ramach programu zostaną objęci uczniowie klas I i VI szkół podstawowych z terenu 12 powiatów województwa małopolskiego, o największej liczbie osób niepełnosprawnych.

Należy jednak zaznaczyć, że dane na podstawie których dokonano wyboru powiatów odnoszą się do wszystkich osób niepełnosprawnych, natomiast populacją wskazaną w treści projektu programu są dzieci z klas I oraz VI szkół podstawowych. Zatem dane te mogą nie mieć przełożenia na częstość występowania wad słuchu i wzroku w populacji docelowej programu.

Zgodnie z danymi Centrum Informatycznego Edukacji (CIE) do szkół podstawowych na terenie województwa małopolskiego (rok szkolny 2016/2017) uczęszczało 36 785 dzieci w wieku 7 lat oraz 28 509 uczniów w wieku 12 lat. Populacja objęta programem będzie wynosić ok. 32 000 dzieci rocznie. Jednak nie przedstawiono uzasadnienia dla takiej liczby uczestników programu.

Biorąc pod uwagę dane GUS liczba uczniów klas I oraz VI w 2018 r. wyniesie 38 634, w 2019r. – 38 818, w 2020 r. – 40 378, natomiast w 2021 r. – 40 596. Łącznie, w czasie 4 lat realizacji programu, liczba dzieci z klas I oraz VI wyniesie 150 426. Natomiast planowanymi działaniami zostanie objętych 128 000 dzieci (85% populacji docelowej).

Należy również zwrócić uwagę, że w projekcie oszacowano populację docelową z uwzględnieniem 4 lat kalendarzowych, natomiast nie odniesiono się do lat szkolnych (w tym przypadku byłyby to 3 roczniki uczniów: 2018/2019, 2019/2020 oraz 2020/2021). Kwestia oszacowania liczebności populacji docelowej wymaga sprecyzowania.

W przypadku badań przesiewowych słuchu odnalezione wytyczne są zgodne, że podstawową populacją docelową powinny być wszystkie dzieci w wieku od 4 do 7 lat. Dodatkowo uczniowie mogą być poddawani badaniom okresowym będąc w późniejszych klasach – w wieku 8, 10 oraz 11 lat. Natomiast populacją wybraną w projekcie są dzieci w wieku 7 oraz 12 lat.

W treści projektu programu wyróżniono część poświęconą kryteriom i sposobom kwalifikacji uczestników do programu oraz jego poszczególnych etapów, które nie budzą zastrzeżeń. Brakuje jednak wskazania kryteriów kwalifikacji do poszczególnych etapów programu, co należy uzupełnić.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie badania przesiewowego słuchu i mowy, działania rehabilitacyjne oraz edukację zdrowotną.

Badania przesiewowe w kierunku wykrycia zaburzeń słuchu i mowy zostaną przeprowadzone w szkołach podstawowych, zlokalizowanych na terenie 12 wybranych powiatów województwa małopolskiego. Należy zaznaczyć, że prowadzenie programu w warunkach szkolnych jest zgodne z opiniami ekspertów klinicznych oraz odnalezionymi rekomendacjami.

Badania poprzedzone zostaną wypełnieniem ankiety, dotyczącej reakcji słuchowych dziecka, potencjalnych przyczyn niedosłuchu oraz zauważonych nieprawidłowości w mowie dziecka. Wskazano, że wypełnienie ankiety jest warunkiem koniecznym do uczestnictwa w programie. Jednak należy zaznaczyć, że do treści projektu nie dołączono wzoru ww. kwestionariusza, dlatego też ocena zawartej w nim treści nie jest możliwa.

W ramach badań przesiewowych słuchu zaplanowano przeprowadzenie otoskopii oraz audiometrii. Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi badaniem pierwszego wyboru w przypadku badań przesiewowych w kierunku wad słuchu powinna być audiometria tonalna. W treści projektu wskazano, że częstotliwości, dla których zostanie wykonane progowe audiometryczne badanie słuchu dla przewodnictwa powietrznego to: 500, 1000, 2000, 4000 i 8000 Hz (w szczególnych przypadkach – nie sprecyzowano jednak jakich – również dla 3000 i 6000 Hz). Próg słyszenia większy od 20 dB HL (ang. decibel hearing level), dla którejkolwiek z badanych częstotliwości, chociażby w jednym uchu, stanowi kryterium rozpoznania zaburzeń słuchu. Powyższy schemat postępowania można uznać za prawidłowy.

Ponadto, celem uniknięcia nadmiernej liczby osób kierowanych na diagnostykę pogłębioną, wartym rozważenia, byłoby natychmiastowe badanie przesiewowe powtórzone tego samego dnia u dzieci, które miały niezadowolający wynik podczas początkowego skriningu na poziomie 20 dB.

Zaznaczono, że w przypadku wykrycia zaburzenia słuchu u dzieci, dla rodziców zostaną przygotowane informacje, dotyczące wyników badań oraz dalszego postępowania leczniczego (świadczenia NFZ). W treści projektu programu pobieżnie odniesiono się do otoskopii, wskazując, że za przeprowadzenie ww. badania oraz wywiadu odpowiedzialny będzie otolaryngolog. Odnalezione rekomendacje wskazują, że otoskopia powinna zostać przeprowadzona wśród wszystkich uczniów, którzy nie zaliczyli pierwszego i powtórnego testu audiometrem tonalnym. Ww. badanie powinna wykonać osoba przeszkolona do przeprowadzania otoskopii i doświadczona w jej wykonywaniu.

W treści projektu wskazano, że badania słuchu wykonywane będą przez zespół pod kierownictwem lekarza specjalisty lub w trakcie specjalizacji. Zaznaczono, że w skład zespołu, oprócz lekarzy laryngologów, mogą wchodzić osoby uprawnione do wykonywania tego typu badań, posiadające odpowiedni certyfikat (technik audiolog).

W ramach testów przesiewowych, służących wykrywaniu dysfunkcji mowy zostanie przeprowadzony logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym. Ww. test jest jednym z powszechnie stosowanych narzędzi diagnostycznych w omawianym zakresie. Należy jednak podkreślić, że zgodnie z odnalezionymi zaleceniami UK National Screening Committee (UK NSC 2010), populacyjne badania przesiewowe w kierunku zaburzeń mowy i języka nie są obecnie rekomendowane. Zgodnie z informacjami odnalezionymi na stronie American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) badanie przesiewowe w kierunku zaburzeń mowy, wykonuje się w sytuacji podejrzenia zaburzeń mowy lub jako część kompleksowej oceny mowy i języka u dzieci z problemami związanymi z komunikacją. Zatem zasadne jest zawężenie populacji docelowej w tym zakresie.

W treści projektu wskazano, że badania logopedyczne będą wykonywane przez specjalistę – logopedę (wymagany minimum dwuletni okres praktyki zawodowej). Nie określono jednak wartości granicznych, w przypadku których uzyskany wynik będzie traktowany jako negatywny, a co za tym idzie, dany uczeń zostanie skierowany do dalszej diagnostyki.

Należy wspomnieć, że 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 służące wykrywaniu nieprawidłowości słuchu oraz wad wymowy. Dodatkowo należy zaznaczyć, że w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest dostępna porada specjalistyczna – logopedia.

W treści projektu programu wyróżniono także część poświęconą „działaniom prozdrowotnym, leczeniu i rehabilitacji”. Jednak należy podkreślić, że etap ten został opisany w sposób bardzo ogólny, dlatego też ocena tego elementu programu była utrudniona. W projekcie wskazano, że po przeprowadzeniu badań przesiewowych w populacji dzieci, wśród których wykryto wady słuchu i/lub mowy, w ramach programu przeprowadzone zostanie m.in. „poszerzenie diagnostyki, w przypadku wykrycia zaburzeń słuchu, o specjalistyczne badania”. Jednak nie sprecyzowano, jakie badania specjalistyczne będą oferowane. Ponadto nie wskazano, w jakich przypadkach zostaną zastosowane konkretne badania. Z treści projektu wynika, że 5% badanej populacji, u której wykryto zaburzenia, zostanie skierowanych na leczenie w poradniach specjalistycznych publicznych i prywatnych. Jednakże należy podkreślić, że zastosowane określenie „zaburzenia w zakresie słuchu znacznego stopnia” powinno zostać jasno zdefiniowane w kontekście planowanych interwencji. Należałoby także sprecyzować kryteria kwalifikacji do planowanego działania.

W ramach opisywanego etapu przewidziano również, że 5% badanej populacji dzieci, u której wykryto wadliwą artykulację na skutek wad wymowy, zostanie skierowana na intensywną terapię logopedyczną we wskazanych poradniach publicznych oraz prywatnych - podkreślono, że działanie to będzie finansowane w ramach programu. Jednak warto zwrócić uwagę, że w treści projektu nie

wskazano granicznych wyników badania przesiewowego mowy, w przypadku których uzyskany wynik będzie traktowany jako negatywny, a co za tym idzie dziecko zostanie skierowane na terapię logopedyczną. Zasadnym jest, aby uzupełnić brakujące informacje.

Ponadto w projekcie wyróżniono działania związane z „rehabilitacją słuchu poprzez wdrożenie możliwości zaprotezowania słuchu” oraz „objęciem terapią wspomagającą dzieci z zaburzeniami słuchu i wad wymowy przez psychologa, pedagoga szkolnego, nauczycieli – realizujących szkolne programy profilaktyki i wychowania”. Jednak nie sprecyzowano zakresu oraz szczegółów ww. terapii. Podkreślono natomiast, że w działania terapeutyczne zostaną włączeni także rodzice, co należy uznać za działanie zasadne. Rodzice/opiekunowie otrzymają przygotowany przez specjalistów zestaw codziennych ćwiczeń korygujących wady wymowy.

W treści projektu nie odniesiono się do liczby osób uczestniczących w wybranych zajęciach terapeutycznych. Należy zaznaczyć, że prowadzenie ww. zajęć indywidualnie może przynieść lepsze efekty terapeutyczne.

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).

Projekt programu zakłada także prowadzenie działań o charakterze edukacyjno-informacyjnym. Przewidziana kampania informacyjna będzie dotyczyła planowanych badań przesiewowych oraz zostanie skierowana do rodziców/opiekunów i nauczycieli. W projekcie wskazano sposób jej organizacji, który nie budzi zastrzeżeń.

Przed rozpoczęciem badań przesiewowych zorganizowane zostaną także wykłady dla dzieci i młodzieży. W treści projektu wskazano osoby odpowiedzialne za ich prowadzenie (edukatorzy medyczni), formę (wykład), czas trwania (45-60 min) oraz poruszany zakres tematyczny (etiologia i patogeneza wad wzroku i słuchu, schemat badania przesiewowego, następstwa zdrowotne wskazanych zaburzeń, możliwość ich korekcji oraz leczenia). Należy zaznaczyć, że tematyka zajęć – mając na uwadze zakres projektu programu – powinna skupiać się na zaburzeniach wymowy, a nie na wadach wzroku. Ponadto, warto określić liczebności grup biorących udział w spotkaniach oraz kwestię, czy przewidziane spotkania zostaną odpowiednio zróżnicowane, a przekazywana podczas nich treść będzie dostosowana do wskazanej populacji (dzieci 7-letnie, młodzież 12-letnia). W ramach godzin wychowawczych prowadzone będą także prelekcje dla dzieci odnośnie profilaktyki słuchu i rozwoju mowy. Jednak warto zaznaczyć, że w sposób bardziej szczegółowy należy odnieść się także do rodziców/opiekunów prawnych dzieci, w przypadku których wykryto zaburzenia słuchu.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie programu poprawnie zaplanowano jego monitorowanie, które uwzględnia zarówno ocenę zgłaszalności, jak i jakości udzielanych świadczeń.

Ewaluacja zostanie przeprowadzona na podstawie poprawnie zaplanowanych mierników efektywności. Należy jednak zaznaczyć, że niektóre wskaźniki zawarte w ww. kwestionariuszu powinny zostać doprecyzowane – np. wskaźniki odnoszące się do „liczby dzieci, u których wykryto zaburzenia słuchu”, czy też „liczby dzieci, u których wykryto zaburzenia mowy”, które powinny uwzględniać również wiek danego dziecka oraz rodzaj wykrytego schorzenia. Co istotne, wartości wskaźników powinny być określane przed i po realizacji programu. Wartościowym aspektem byłoby uwzględnienie dodatkowo liczby zgłoszeń od personelu pedagogicznego, pielęgniarek/higienistek szkolnych, skierowanych do rodziców i logopedów, sugerujących potencjalne problemy ze słuchem, wzrokiem, czy mową wśród dzieci. Świadczyłoby to o prawidłowo i efektywnie przeprowadzonych działaniach edukacyjnych.

Warunki realizacji

W treści projektu programu przedstawiono części składowe, etapy i działania organizacyjne. W ramach poszczególnych etapów będą realizowane: kampania informacyjno-promocyjna, nabór i kwalifikacja uczestników do programu, interwencje przewidziane w ramach programu oraz monitoring i ewaluacja programu. Wskazano sposób wyboru realizatora i warunki niezbędne do

realizacji programu. Określono zasady udzielania świadczeń oraz sposób zakończenia udziału w programie.

W projekcie określono koszty jednostkowe, planowane koszty całkowite oraz wskazano źródła finansowania. Należy jednak podkreślić, że część projektu poświęcona kosztom programu została przedstawiona w sposób pobieżny i wymaga uzupełnienia.

Wskazano, że koszt wykonania zarówno badań przesiewowych słuchu, jak i mowy wyniesie 35 zł. Jednak nie sprecyzowano, czy wskazana kwota 35 zł obejmie oba planowane badania. W treści projektu zaznaczono, że koszt uśredniony działań medycznych związanych z leczeniem i rehabilitacją uczestników, u których wykryto wady rozwojowe wyniesie ok. 450 zł. Jednak sposobu oszacowania ww. kosztu udziału jednego uczestnika w programie nie można uznać za prawidłowy, ponieważ nie wiadomo z jakich działań, oferowanych w ramach programu, skorzysta dana osoba.

Odniesiono się również do działań edukacyjno-informacyjnych szacując ich koszt na 120 000 zł rocznie. Należy zaznaczyć, że w przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji. Zatem projekt programu powinien zostać uzupełniony w tym zakresie.

W treści projektu występują różnice w oszacowaniu kosztów całkowitych realizacji programu: 13 096 888,04 zł (str. 30) vs. 13 040 000 zł (str. 31). Koszt badań przesiewowych słuchu oraz mowy wyniesie ok. 8 960 000 zł (64 000 badań x 35 zł x 4 lata). Koszt leczenia i rehabilitacji oszacowano na ok. 3 600 000 zł (2 000 usług medycznych x 450 zł x 4 lata). Jednakże nie przedstawiono uzasadnienia dla liczby realizacji planowanych usług medycznych (2 000). Wątpliwości budzi również poprawność sposobu oszacowania kosztu udziału jednego uczestnika w planowanych działaniach.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

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 stanowić 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

Alternatywnie świadczenia

Badania w kierunku nieprawidłowości w funkcjonowaniu narządu słuchu wykonywane są ramach tzw. rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, ale nie obejmują one przeprowadzenia zakładanej w programie audiometrii tonalnej, która jest rekomendowanym w wytycznych badaniem pierwszego wyboru, ale jedynie test rozwoju reakcji słuchowych (badanie orientacyjne szeptem) oraz ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu.

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. 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 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.

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 ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.258.2017 „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych u dzieci w wieku szkolnym w zakresie zaburzeń słuchu i wad wymowy realizowany przez: Województwo Małopolskie”, Warszawa, wrzesień 2017, Aneksu do raportów szczegółowych: Badania przesiewowe słuchu u dzieci w wieku szkolnym – wspólne podstawy oceny” z września 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 295/2017 z dnia 11 września 2017 roku o projekcie programu „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych u dzieci w wieku szkolnym w zakresie zaburzeń słuchu i wad wymowy” (woj. małopolskie).