

**UCHWAŁA NR LI/330/2022
RADY MIEJSKIEJ W CHOCIWLU**

z dnia 30 września 2022 r.


**w sprawie przyjęcia programu profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci
wczesnoszkolnych w gminie Chociwel na lata 2022-2026**

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 559, 583, 1005, 1079) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm¹⁾.) Rada Miejska w Chociwlu uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Chociwel na lata 2022 – 2026”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi gminy Chociwel.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ

Robert Kawa

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego ustawy opublikowane zostały w Dz.U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270; z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 655, 807, 974, 1002, 1079, 1265, 1352, 1700.

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm) jednostki samorządu terytorialnego mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy zdrowotne. Załączony program dotyczy istotnych problemów zdrowotnych określonej grupy świadczeniobiorców z terenu naszej gminy tj. grupa wiekowa dzieci do lat 7. Gminny Program Profilaktyki Zdrowia na lata 2022-2026 został poddany obowiązkowej ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zgodnie z art. 48a ust. 2 pkt 4 ww. ustawy i uzyskał pozytywną opinię. Pozytywną opinię dla Programu Profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Chociwel na lata 2022 – 2026 wydał Wojewoda Zachodniopomorski zgodnie z art. 48d ust. 2 ww. ustawy. Gminny Program Profilaktyki Zdrowia będzie obowiązywał w latach 2022-2026 dla grupy dzieci do lat 7, co wynika z jego istoty oraz Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla leczenia szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres 1 stycznia 2022 r. – 31 grudnia 2026 r. i Narodowego Programu Zdrowia cel operacyjny nr 4 – Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne.

BURMISTRZ CHOCIWŁA


Stanisław Szymczak





Załącznik do uchwały nr LI/330/2022

Rady Miejskiej w Chociwlu

z dnia 30 września 2022 r.

**Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku
i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Chociwel
na lata 2022-2026**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn.zm.]

Chociwel, 2022

1. Nazwa programu:

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Chociwel na lata 2022-2026

2. Okres realizacji programu: 2022-2026

3. Autorzy programu: dr n. o zdr. Karolina Sobczyk

dr hab. n. o zdr. Joanna Woźniak-Holecka

Dokument opracowano pod kierunkiem P. Agnieszki Piotrowskiej – koordynatora z ramienia Urzędu Miejskiego w Chociwlu

4. Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu realizowanego w poprzednim okresie.

5. Dane kontaktowe:

Urząd Miejski w Chociwlu
ul. Armii Krajowej 52
73-120 Chociwel
tel. +48 91 562 20 01
apiotrowska@chociwel.pl

6. Data opracowania programu: II kwartał 2022

7. Opinia AOTMiT: Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 42/2022 z dnia 3 sierpnia 2022 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Chociwel na lata 2022-2026” (woj. zachodniopomorskie).

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	10
3. Opis obecnego postępowania	12
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	13
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	15
1. Cel główny:	15
2. Cele szczegółowe:	15
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:	15
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	15
1. Populacja docelowa	16
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	16
3. Planowane interwencje:	17
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	21
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	22
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	23
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:	23
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	24
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	25
1. Monitorowanie	25
2. Ewaluacja	25
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	26
1. Koszty jednostkowe:	26
2. Planowane koszty całkowite:	26
3. Źródło finansowania	27
Załączniki	28

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Wady narządu wzroku i słuchu znajdują się wśród zaburzeń zdrowotnych wieku dziecięcego mogących skutkować problemami rozwojowymi w dalszej części trwania życia. Nieprawidłowe funkcjonowanie narządów zmysłu u dzieci, w tym szczególnie narządów wzroku i słuchu, może przyczyniać się do problemów w nauce, trudności z czytaniem i pisanem, trudności z mową, zaburzeń komunikacji, zaburzeń koordynacji i trudności podczas podejmowania aktywności fizycznej, a także zaburzeń rozwoju intelektualnego i emocjonalnego. Możliwość prawidłowego funkcjonowania w środowisku szkolnym i w życiu dorosłym daje dzieciom wczesne rozpoznanie i leczenie tego typu zaburzeń. W związku z powyższym już od najwcześniejszych momentów życia powinno przeprowadzać się badania wzroku i słuchu, w tym szczególnie badania przesiewowe znajdujące zastosowanie w pediatrii. Badania te pozwalają w szybki i prosty sposób dokonać wstępnej identyfikacji zaburzeń, których wczesne rozpoznanie jest kluczowe dla dokonania skutecznej korekcji wady, podjęcia leczenia i spowolnienia procesu chorobowego¹.

Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci wzrost występowania wad refrakcji wynikających z zaburzeń rozwoju gałki ocznej obserwowany jest głównie w krajach o wysokim poziomie cywilizacji, co wiąże się przede wszystkim z wydłużeniem czasu spędzanego przy komputerze. Problem ten dotyczy zarówno dzieci, jak i osób dorosłych. Nierzadko zaburzenia wzroku związane z wadą refrakcji nie ograniczają się jedynie do zamazanego obrazu, lecz sięgają aż po problemy z uciekającym okiem, czy też brakiem widzenia przestrzennego. Dodatkowo należy podkreślić, iż dzieci z problemem wady wzroku często nie skarżą się na żadne dolegliwości, co wynikać może z silnych zdolności do kompensowania tego rodzaju wad w wieku dziecięcym, braku świadomości o możliwości lepszego widzenia, czy też ze względu na znacznie większą wadę jednego oka i tym samym korzystanie ze zdolności widzenia okiem o mniejszej wadzie wzroku. W związku z powyższym bardzo często pierwsze badanie wzroku dziecka odbywa się dopiero na etapie wczesnoszkolnym lub szkolnym podczas badań przesiewowych wykonywanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej².

¹ Głowacka A., Miśkowiak B.: Badania przesiewowe wzroku – przegląd piśmiennictwa, Probl Hig Epidemiol 2012, 93(4): 663-666.

² Czańska M., Wady wzroku dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, Optyka 4(41)2016, s. 32-36.

Wśród symptomów mogących świadczyć o problemach z widzeniem w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym znajduje się m.in. zamazane widzenie przy obserwacji przedmiotów z bliska i/lub z daleka, jawne uciekanie oka (ciągle lub okresowe), zamykanie lub zasłanianie jednego oka, mrużenie i/lub pocieranie oczu, a także pieczenie, swędzenie i łzawienie. Dodatkowo u dziecka z problemem zaburzeń narządu wzroku zaobserwować można szybkie zmęczenie przy czytaniu, słabe zdolności czytania, poruszanie głową i bóle głowy podczas czytania, łączenie się słów i omijanie linijek tekstu/wyrazów, a także używanie palca do wskazywania czytanego tekstu. Wada refrakcji może skutkować pojawieniem się problemów z koncentracją, rozumieniem czytanego tekstu, zapamiętywaniem informacji wzrokowej oraz trudnością z wykonywaniem zadań na czas³.

Wśród problemów mogących pojawić się u dzieci w zakresie zaburzeń prawidłowego funkcjonowania narządu wzroku niewątpliwie wymienić należy niedowidzenie, a więc ogólnie osłabione widzenie w zakresie jednego lub obu oczu związane ze zmienionymi bodźcami wzrokowymi lub z zaburzeniem widzenia obuocznego. Niedowidzenie stanowi najczęstszą przyczynę jednoocznego upośledzenia widzenia u dzieci i młodych dorosłych. Wśród głównych kategorii zaburzeń będących przyczyną niedowidzenia znajdują się: zez, niedowidzenie z nieużywania oka, przyczyny organiczne oraz wady refrakcji. Zez (nieprawidłowe ustawienie gałek ocznych) skutkuje zahamowaniem rozwoju drogi nerwowej wzrokowej, w związku z czym dziecko nie może w tym samym czasie użyć obu oczu i w konsekwencji, po przystosowaniu się do tego stanu, przestaje używać jednego oka. Niedowidzenie z nieużywania oka polega na zablokowaniu lub przesłonięciu drogi, jaką pokonuje światło w gałce ocznej, co może być skutkiem chorób powiek, rogówki, soczewki czy też ciała szklanego. W przypadkach, w których dochodzi do zablokowania ośrodków optycznych, droga nerwowa przestaje się rozwijać. Wśród przyczyn organicznych związanych z niedowidzeniem znajdują się m. in. uszkodzenie struktury gałki ocznej na skutek bliznowacenia siatkówki wywołanego toksoplazmozą lub hipoplazji nerwu wzrokowego. W przypadkach takich pierwotną przyczyną zaburzeń widzenia jest nieprawidłowa budowa gałki ocznej, jednakże mózg poprzez ograniczenie połączeń nerwowych z okiem widzącym gorzej, dodatkowo to niedowidzenie pogłębia. Niedowidzenie może pojawić się także na skutek wad refrakcji, w tym głównie różnowzroczności, rzadziej astygmatyzmu i nadwzroczności⁴.

Wśród wad refrakcji mogących rozwinąć się u dzieci znajdują się krótkowzroczność, nadwzroczność, różnowzroczność oraz astygmatyzm. Za najczęstsze zaburzenie narządu

³ Ibidem.

⁴ Granet DB, Khayali S., Amblyopia and strabismus, *Pediatric Annals*, 2011; 40 (2): 89–94.

wzroku uznaje się krótkowzroczność. Wada ta polega na tym, że wpadające do nienapiętego oka równoległe promienie światła zostają zaogniskowane przed siatkówką. Za miarę krótkowzroczności uznaje się wyrażoną w dioptriach moc rozpraszającej soczewki sferycznej koniecznej do zogniskowania światła na siatkówce lub ekwiwalent sferyczny (sumę mocy soczewki sferycznej i połowy wartości mocy ujemnego cylindra). Krótkowzroczność stanowi niezwykle poważny problem zdrowia publicznego – wraz z zaćmą, chorobami zakaźnymi, zwyrodnieniem plamki związanym z wiekiem oraz niedoborem witaminy A stanowi jedną z najważniejszych przyczyn upośledzenia wzroku na świecie. Duża krótkowzroczność skutkować może ślepotą z powodu współistniejących z nią chorób oczu, takich jak zmiany zwyrodnieniowe naczyniówki w plamce, odwarstwienie siatkówki, przedwczesne wystąpienie zaćmy oraz jaskra⁵. Podczas diagnozy dzieci poniżej 7 roku życia z problemem krótkowzroczności należy ustalić, czy jest to problem izolowany dotyczący refrakcji, czy też jeden z objawów zespołu uwarunkowanego genetycznie. Postawienie właściwej diagnozy wymaga poznania wywiadu okołoporodowego (krótkowzroczność występuje znacznie częściej u wcześniaków) oraz pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego celem wykluczenia jaskry. Ponadto u dzieci, u których mimo zalecenia pełnej korekcji wady utrzymuje się obniżona ostrość wzroku, diagnostykę należy rozszerzyć celem wykluczenia dystrofii siatkówki lub hipoplazji plamki. Wśród czynników ryzyka rozwoju krótkowzroczności wymienia się m.in. pracę wzrokową z bliska (w tym podczas korzystania z komputera), niewielką aktywność na otwartych przestrzeniach oraz czynniki genetyczne. Możliwości terapeutyczne w odniesieniu do krótkowzroczności obejmują stosowanie środków farmakologicznych (m.in. atropina, pirenzepina), soczewek rozpraszających w postaci szkieł okularowych lub soczewek kontaktowych, a także ortokeratologii (korekcji wady wzroku przy użyciu soczewek kontaktowych podczas snu). U dorosłych, u których wada jest ustabilizowana, można wykonywać operacje laserowe modelowania rogówki, dzięki którym uzyskuje się zmniejszenie jej mocy łamiącej. Dodatkowo należy podkreślić, iż liczne badania naukowe wskazują na związek krótkowzroczności z astygmatyzmem - w populacji osób z wysoką krótkowzrocznością zaburzenie to występuje znacznie częściej⁶.

Nadwzroczność z kolei to wyjściowy stan refrakcji, stwierdzany w pierwszych miesiącach życia u większości niemowląt urodzonych o czasie, wynikający

⁵ Seo-Wei L. et al.: Oparte na dowodach naukowych aktualne poglądy na krótkowzroczność i postępowanie spowalniające jego progresję, Okulistyka po dyplomie, tom 3, nr 3, 2013, s. 6-17.

⁶ Gotz_Więckowska A., Komentarz do artykułu Seo-Wei L. et al.: Oparte na dowodach naukowych aktualne poglądy na krótkowzroczność i postępowanie spowalniające jego progresję, Okulistyka po dyplomie, tom 3, nr 3, 2013, s. 18-19.

z charakterystycznej budowy oka niemowlęcia. Średnia wartość wady refrakcji po urodzeniu wynosi od 1 do 2 dioptrii nadwzroczności. W pierwszym roku życia wada refrakcji ulega jednak stopniowej zmianie w kierunku miarowości (metropii) w procesie emetropizacji⁷. Nadwzroczność, ze względu na bardzo silne zdolności akomodacyjne w wieku przedszkolnym, nierzadko bywa niewykrywalna podczas badań narządu wzroku. Należy jednak podkreślić, iż długotrwałe nadmierne napięcie akomodacyjne może w konsekwencji skutkować nadmierną konwergencją i tym samym pojawieniem się zezu zbieżnego. Wśród jego innych negatywnych konsekwencji wskazuje się również pojawiające się problemy z czytaniem, występowanie epizodów zamazywania obrazu przy pracy z bliska, podwójnego widzenia oraz znacznego napięcia w obrębie gałek ocznych. Nierzadko dzieci z nadwzrocznością cechują większe problemy w nauce niż ma to miejsce w przypadku dzieci z rozpoznaną krótkowzrocznością, co wynika z faktu, iż druga z wymienionych wad zazwyczaj nie wpływa na jakość pracy z bliska⁸. Nadwzroczność koryguje się soczewkami skupiającymi w postaci okularów lub soczewek kontaktowych. U osób dorosłych wśród możliwości terapeutycznych znajdują się także operacje refrakcyjne, polegające na modelowaniu rogówki za pomocą energii odpowiedniego typu lasera. U małych dzieci bez zaburzeń widzenia i zezu mała nadwzroczność nie wymaga korygowania, wskazana jest jedynie okresowa kontrola okulistyczna⁹.

Niemniej istotnym problemem w obszarze zaburzeń narządu wzroku pozostaje niewykryta różnowzroczność (anizometropia). W przypadkach kiedy zaburzenie to wiąże się z nieskorygowaną nadwzrocznością w oku bardziej nadwzrocznym może bardzo szybko pojawić się stałe tłumienie prowadzące w konsekwencji do niedowidzenia. Problem ten znacznie rzadziej występuje w sytuacjach kiedy anizometropia jest skutkiem różnych nakładających się na siebie wad wzroku obu oczu w kierunku krótkowzroczności¹⁰. W celu utrzymania prawidłowego rozwoju widzenia obuocznego w każdym przypadku konieczne jest rozważanie jak najszybszego wprowadzenia korekcji wady, nawet w bardzo wczesnym okresie życia. Z tego powodu wskazane jest badanie refrakcji u wcześniaków w okresie niemowlęctwa, szczególnie tych, u których występowała retinopatia¹¹.

⁷ Krawczyk A., Ambroziak A.: Krótkowzroczność – podstawy epidemiologii i patogenez, zasady postępowania i leczenia, pułapki codziennej praktyki, Program edukacyjny „Kompedium okulistyki”, Zeszyt 4’2011 (16).

⁸ Czaińska M., Wady wzroku dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym... op. cit.

⁹ Kubatko-Zielińska A., Nadwzroczność, Medycyna Praktyczna, 26.09.2012 [okulistyka.mp.pl; dostęp: 25.09.2019r.]

¹⁰ Czaińska M., Wady wzroku dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym... op. cit.

¹¹ Gotz_Więckowska A., Komentarz do artykułu Seo-Wei L. et al.: Oparte na dowodach... op. cit.

Wśród powszechnie występujących wad wzroku pojawia się także astygmatyzm (niezborność). Zaburzenie to polega na różnej sile załamывania równoległych promieni świetlnych w dwóch różnych płaszczyznach (np. pionowej i poziomej) układu optycznego oka. W związku z powyższym obraz na siatkówce nie jest nigdy dobrze zogniskowany i w konsekwencji nieostry. Astygmatyzm może mieć charakter niezłożony (w jednej płaszczyźnie oko jest nadwzroczne lub krótkowzroczne), złożony (w obu płaszczyznach istnieje nadwzroczność lub krótkowzroczność, ale różnej wielkości) lub mieszany (w jednej płaszczyźnie oko jest nadwzroczne, a w drugiej krótkowzroczne). Z astygmatyzmem prostym (niezbornością prostą) mamy do czynienia kiedy załamывanie światła w płaszczyźnie pionowej jest silniejsze niż w płaszczyźnie poziomej, z kolei astygmatyzm nieregularny (niezborność nieregularna) występuje gdy warunki załamывania światła są odwrotne, a więc silniejsze załamывanie światła dotyczy płaszczyzny poziomej. U dzieci dotkniętych astygmatyzmem pojawia się problem zaburzonego widzenia zarówno w dal, jak i z bliska oraz nierzadko towarzyszące schorzeniu bóle głowy. W korekcji tej wady stosuje się soczewki cylindryczne lub sferocyndryczne¹².

Młodszy wiek szkolny to w rozwoju dziecka okres szczególny. Jego specyfika wynika nie tylko ze zmian rozwojowych, ale również z organizacyjnych zmian przestrzeni życiowej uwarunkowanych w dużej mierze przekroczeniem progu szkoły oraz podjęciem nowych obowiązków. Z tego powodu działania edukacyjne powinny być ukierunkowane na rozwój umiejętności społecznych i poznawczych, ze szczególnym uwzględnieniem doskonalenia form komunikacyjnych oraz nabywania wiedzy i umiejętności. W przypadku dzieci z wadami słuchu proces ten w dużym stopniu może być zaburzony, ponieważ funkcjonowanie i doświadczanie otaczającej rzeczywistości jest zakłócone nieprawidłowym odbiorem bodźców słuchowych decydujących o poznaniu i rozumieniu zjawisk zachodzących w zmieniającej się rzeczywistości. Wśród czynników zakłócających prawidłowy rozwój dziecka z wadą słuchu należy przede wszystkim wymienić zaburzenia w obrębie rozwoju mowy i jej odbioru oraz komunikacji językowej. W szczególny sposób wpływają one na małe dziecko oraz są przyczyną doświadczanych przez nie trudności edukacyjnych, ponieważ pomiędzy mową a innymi procesami poznawczymi istnieje zależność, która w procesie nabywania wiedzy i umiejętności ma fundamentalne znaczenie¹³.

¹² Kubatko-Zielińska A., Astygmatyzm (niezborność), Medycyna Praktyczna, 05.04.2013 [okulistyka.mp.pl].

¹³ Skibska J., Uczeń z wadą słuchu w młodszy wieku szkolnym w szkole ogólnodostępnej – problemy i ich rozwiązania

Stopnie ubytku słuchu wg Międzynarodowego Biura Audiofonologii są następujące:

- 10-20 dB - norma
- 21-40 dB - niedosłuch lekkiego stopnia
- 41-70 dB - niedosłuch średniego stopnia
- 71-90 dB - niedosłuch znacznego stopnia
- >90 dB - niedosłuch głęboki

Wyróżniamy niedosłuch przewodzeniowy, odbiorczy (czuciowo-neurtyczny) i mieszany, w którym równolegle z niedosłuchem przewodzeniowym współwystępuje komponent przewodzeniowy uszkodzenia słuchu. Najczęściej w populacji wieku dziecięcego występuje niedosłuch przewodzeniowy¹⁴. W wielu przypadkach niedosłuch przewodzeniowy jest wynikiem częstych infekcji nieżytowo-zapalnych górnych dróg oddechowych, szczególnie nosogardła połączonych z krótkotrwałą dysfunkcją trąbek słuchowych. Najczęściej jest stopnia lekkiego i ma charakter przemijający. W innych przypadkach spowodowany jest przewlekłym, często współistniejącym z przerostem zapaleniem migdałka gardłowego powodującym długotrwałe zaburzenia drożności trąbek słuchowych, a w przedłużającym się procesie przewlekłe zapalenie ucha środkowego z wysiękiem (OMS)¹⁵. Przyczynami tego schorzenia są głównie uczęszczanie do skupisk dziecięcych jakimi są żłobki, przedszkola, będącymi rezerwuarem bakterii i zakażeń wirusowych. Szczególnie do częstych infekcji predysponowane są dzieci poniżej 3 r. ż. Kolejnymi przyczynami są przerost migdałka gardłowego, kolonizacja nosogardła szczepami bakteryjnymi najczęściej *Streptococcus pn.* i *H. influenzae* i wirusami. W ostatnich latach szczególnie podnoszona jest kwestia biofilmu bakteryjnego w podtrzymywaniu przewlekłych procesów zapalnych tej okolicy¹⁶. Duże znaczenie mają również obniżenie odporności, wady rozwojowe twarzoczaszki, szczególnie podniebienia, współistnienie refluku żołądkowo-przełykowego. Czynniki sprzyjającymi przewlekłym dysfunkcjom trąbek słuchowych są także zaburzenia drożności nosa spowodowane zmianami anatomicznymi¹⁷.

¹⁴ Dumanch K., Holte L., O'Holleam T. i in.: High Risk factors associated with early childhood hearing loss: A 3-Year review. *Am.J.of Audiol.* 2017, 26,2, 129-142

¹⁵ Gryczyńska D.: Przewlekłe zapalenie ucha z wysiękiem w Otorynolaryngologia dziecięca red. D. Gryczyńska, Bielsko-Biała 2007, 134-141.

¹⁶ Tawfik S.A., Ibrahim A.A., Taalat I.M. i in.: Role of bacterial biofilm in development of middle ear effusion. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016, 273(11), 4003-4009.

¹⁷ Gryczyńska D.: Przewlekłe zapalenie... op. cit.

2. Dane epidemiologiczne

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 258 mln ludzi na całym świecie cierpi na choroby narządu wzroku, w tym 14% z nich stanowią niewidomi, a 86% ludzie cierpiący z powodu upośledzenia wzroku. WHO podaje, że w 80% przypadków zaburzeń widzenia można uniknąć lub poddać leczeniu¹⁸. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), co drugi dorosły Polak używa soczewek w postaci szkieł okularowych lub soczewek kontaktowych, a co czwarta osoba dorosła ma problem z przeczytaniem gazety. Najczęściej spotykaną wadę wzroku stanowią zaburzenia refrakcji oka (ok. 80% przypadków) z dominującą w większości przypadków krótkowzrocznością oraz nadwzrocznością¹⁹.

Wśród dzieci do 15 r.ż. zaburzenia wzroku stwierdza się u 622 na 1000 chłopców oraz u 710 na 1000 dziewczynek z kłopotami zdrowotnymi i trudnościami w funkcjonowaniu narządów zmysłu i ruchu. Najliczniejszą grupę (16%), która miała poważne kłopoty lub trudności stanowiły osoby w wieku 10-14 lat, wśród których najczęstszym problemem były kłopoty ze wzrokiem - wystąpiły one u 820 na 1000 dzieci w tej grupie wieku²⁰. Ze względu na różnice w definicjach i metodologii trudno jest podać dokładną częstość występowania niedowidzenia, jednakże u dzieci w wieku przedszkolnym szacuje się, że wynosi ona około 1–4%. Zaburzenia widzenia wynikające z wad refrakcji, niedowidzenia, zez i astygmatyzmu dotyczą ok. 5–10% wszystkich dzieci w wieku przedszkolnym²¹. Z kolei zgodnie z danymi podanymi przez Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu wady wzroku, należące do najczęściej występujących zaburzeń wieku dziecięcego, występują u 15–25% dzieci i najczęściej są to wady refrakcji do korekty okularami oraz zez, który powinien być leczony już w pierwszych latach życia²².

Niedosłuch jest na tyle istotnym problemem, że w 2012 roku Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) stworzyła raport zawierający dane na temat występowania tego zaburzenia na całym świecie (zarówno u dzieci, jak i u dorosłych). Zgodnie z raportem WHO na świecie żyje 360 mln ludzi z niedosłuchem, z czego 32 mln (9%) stanowią dzieci. Największy odsetek odnotowuje się w regionach Azji Południowej, na wyspach Oceanu

¹⁸ Partyka O., Wysocki MJ., Epidemiologia chorób narządu wzroku oraz infrastruktura okulistyki w Polsce, PRZEGL EPIDEMIOLOG 2015; 69: 905 – 908.

¹⁹ Stan zdrowia ludności Polski w 2014r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.

²⁰ Ibidem.

²¹ Granet DB, Khayali S., Amblyopia and strabismus... op. cit.

²² Woynarowska B., Oblacińska A., Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Infos nr 10(170), 29 maja 2014.

Spokojnego i w Afryce Subsaharyjskiej. Częstość występowania niedosłuchu obustronnego szacowana jest na 12–57 na 10 000 urodzeń²³.

W Polsce także starano się ustalić liczbę dzieci, które rodzą się z zaburzeniami słuchu. Wykazano, że częstość występowania niedosłuchu wynosi 2–5 na 1000 noworodków²⁴. Do najczęściej rozpoznawanych zaburzeń mowy u dzieci należą: dyslalia, palatolalia, alalia, dyzartria, oligofazja, mutyzm, jękanie oraz gielkot. Statystycznie przyjmuje się, iż 8-9% dzieci ma zaburzenia mowy dźwiękowej²⁵. Statystyki dotyczące niedosłuchu, zarówno światowe, jak i polskie, są dość niepokojące. Zaburzenie to stanowi bardzo poważny problem, a jego występowanie jest częste w porównaniu z innymi wadami wrodzonymi. Tym ważniejsza staje się zatem profilaktyka, która umożliwia poprawę niekorzystnej sytuacji²⁶.

Mapy potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazują na najważniejsze problemy zdrowotne, które w 2019 r. osiągnęły najwyższe wartości chorobowości na 100 tys. ludności, oraz problemy, które staną się ważne w prognozie na 2028 r. Najbardziej istotne pod względem chorobowości w 2019 r. były zaburzenia w obrębie jamy ustnej oraz zespoły bólu głowy. Trzecią pozycję zajmuje i będzie zajmować w przyszłości utrata słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami. Istotność ślepoty i upośledzenia wzroku, która plasowała się na 11. pozycji w 2019 r., wzrośnie przez lata i będzie na 10. pozycji w 2028 r. Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych prognoza epidemiologiczna dla Polski wskazuje na spodziewany największy wzrost wartości chorobowości w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. w przypadku chorób narządów zmysłów (o ponad 2 874,08 na 100 tys. ludności, 9,98%), w tym głównie dla utraty słuchu związanej z wiekiem oraz innymi przyczynami, gdzie wzrost procentowy odnotowuje się na poziomie 10,24%. Utrata słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami stanowi coraz większe obciążenie dla społeczeństwa, ze względu na wzrost wartości chorobowości o 30% w 2019 r. w porównaniu do 1999 r. oraz wzrost znaczenia pod względem DALY. Z prognozy wynika, że ten problem zdrowotny odnotuje najsilniejszy wzrost liczby chorych spośród chorób narządów zmysłów i w 2028 r. zajmie jedno z pierwszych miejsc pod względem chorobowości w Polsce²⁷.

²³ WHO global estimates on prevalence of hearing loss [http://www.who.int/pbd/deafness/WHO_GE_HL.pdf].

²⁴ Przewoźny T, Piątkowski J, Stankiewicz C: Realizacja programu powszechnych przesiewowych badań słuchu u noworodków w Klinice Otolaryngologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Ann Acad Med Gedan 2014; 44: 37–48.

²⁵ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 30/2021 z dnia 7 czerwca 2021 r.

²⁶ Przewoźny T, Piątkowski J, Stankiewicz C: Realizacja programu.. op. cit.

²⁷ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., Warszawa, sierpień 2021.

3. Opis obecnego postępowania

Świadczenia z zakresu diagnostyki wad wzroku i słuchu znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (porada specjalistyczna – audiologa i foniatrii oraz okulisty). Ponadto badania przesiewowe w kierunku wad wzroku i słuchu znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej realizowanych przez lekarzy POZ oraz pielęgniarki/higienistki szkolne. Lekarz POZ wykonuje badania przesiewowe w kierunku wad wzroku i słuchu w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych u dzieci w wieku 2 lat (test Hirschberga w kierunku wykrywania zezów, test rozwoju reakcji słuchowych), 4 lat (test rozwoju reakcji słuchowych), a następnie w ramach rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego w wieku 6 lub 7 lat (wykrywanie zezów, wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku, ocena obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu), w klasie III szkoły podstawowej (wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i widzenia barw), klasie VII szkoły podstawowej²⁸ (wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku, wykrywanie zaburzeń słuchu), a także pierwszej i ostatniej klasie szkoły ponadpodstawowej (wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku)²⁹.

Testy przesiewowe wykonywane przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w środowisku nauczania i wychowania dotyczą dzieci przygotowujących się do obowiązku szkolnego (przed rozpoczęciem I klasy szkoły podstawowej lub w I klasie), dzieci klasy III i V szkoły podstawowej, klasy VII szkoły podstawowej, a także pierwszej oraz ostatniej klasy szkoły ponadpodstawowej. W ramach rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego realizowane są testy do wykrywania zaburzeń w kierunku zezów i ostrości wzroku, w klasie III oraz V – zaburzeń ostrości wzroku i widzenia barw, natomiast w klasie VII szkoły podstawowej oraz pierwszej i ostatniej klasie szkoły ponadpodstawowej – wyłącznie testy do wykrywania zaburzeń ostrości wzroku³⁰. Badania w kierunku wad słuchu (badanie orientacyjne szeptem) wykonywane są w czasie rocznego przygotowania przedszkolnego oraz w klasie VII³¹.

²⁸ Dawniej I gimnazjum.

²⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Dz.U. 2021 poz. 540].

³⁰ Ibidem.

³¹ Dawniej I gimnazjum.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Wady wzroku i słuchu stanowią istotny problem zdrowotny w populacji dzieci i młodzieży, co odzwierciedlają bardzo niepokojące wskaźniki epidemiologiczne opisane wyżej w części dotyczącej epidemiologii. Dostęp do usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie okulistyki oraz audiologii i foniatrii dla dzieci finansowanych przez NFZ w gminie Chociwel jest mocno ograniczony – zgodnie z danymi płatnika na rok 2022 w gminie nie zawarto żadnej umowy na realizację ww. świadczeń³². W związku z powyższym mieszkańcy nierzadko korzystają z usług tego rodzaju na zasadzie pełnej odpłatności w ramach rynku prywatnego. Uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do badań diagnostycznych w kierunku wad wzroku i słuchu u dzieci pozwoli na zwiększenie efektywności działań w zakresie profilaktyki wtórnej tych schorzeń w populacji docelowej.

Możliwość dobrego widzenia i słyszenia wpływa na prawidłowy rozwój dziecka, a także stanowi o jakości jego życia. Wady i dysfunkcje narządów zmysłów powodują opóźnienia w rozwoju psychoruchowym i utrudniają start szkolny, są również przyczyną problemów w opanowaniu nauki mowy, czytania i pisanie. Nieskorygowana wada wzroku, czy słuchu u dziecka, niewykryta we wczesnym dzieciństwie, może nieść za sobą konsekwencje niemożliwe do zniwelowania żadną korekcją w późniejszych latach. W związku z powyższym uważa się, że badania przesiewowe proponowane w programie pozwolą na wczesne wykrycie ww. zaburzeń i w konsekwencji zmniejszenie ryzyka odległych konsekwencji nieleczonej wady narządu zmysłu. Ponadto działania edukacyjne skierowane do rodziców pozwolą zwiększyć ich kompetencje w zakresie profilaktyki pierwotnej powstawania niedowidzenia i niedosłuchu.

Podkreślenia wymaga fakt, iż oferowany w planowanych interwencjach zakres badań przesiewowych w kierunku wad wzroku i słuchu w dużym stopniu poszerza możliwości wykrycia nieprawidłowości w stosunku do badań diagnostycznych w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Z kolei edukacja zdrowotna ukierunkowana na profilaktykę wad wzroku i słuchu w ogóle nie pojawia się wśród świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ. W związku z powyższym zaplanowany przez gminę Chociwel Program stanowić będzie istotne uzupełnienie świadczeń gwarantowanych.

³² Informator o umowach NFZ, aplikacje.nfz.gov.pl [dostęp elektroniczny, 14.04.2022r.].

Zaplanowany program wpisuje się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ jego zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych³³:
 - *priorytet 7: Tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania;*
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025³⁴:
 - *Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;*
- Wojewódzkim planem transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego³⁵:
 - *2.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna: 2.3.2 Zapewnienie większego dostępu do poradni w specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo długim czasem oczekiwania na świadczenia.*
- Mapą potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.³⁶

³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144]

³⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

³⁵ OBWIESZCZENIE WOJEWODY ZACHODNIOPOMORSKIEGO z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ustalenia wojewódzkiego planu transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego [www.szczecin.uw.gov.pl; dostęp: 22.08.2022r.]

³⁶ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r... op. cit.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu w populacji dzieci w wieku 7 lat poprzez prowadzone w ramach programu badania przesiewowe w 100% populacji docelowej na terenie gminy Chociwel w latach 2022-2026.

2. Cel szczegółowy:

Zwiększenie wiedzy u co najmniej 75%* rodziców dzieci z populacji docelowej w zakresie znaczenia profilaktyki i higieny narządu wzroku i słuchu oraz leczenia wad wzroku i słuchu poprzez działania edukacyjne prowadzone w latach 2022-2026.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- 1) Odsetek dzieci, którym zalecono dalszą diagnostykę okulistyczną w związku z wykrytą w programie wadą wzroku (wd. ok. 20%³⁷).
- 2) Odsetek dzieci, którym zalecono dalszą diagnostykę specjalistyczną w związku z wykrytą w programie wadą słuchu (wd. ok. 9%³⁸).
- 3) Liczba wyników co najmniej dobrych (min 75% pozytywnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy rodziców z zakresu znaczenia profilaktyki i higieny narządu wzroku i słuchu oraz leczenia wad wzroku i słuchu

* wartości docelowe szacowane na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego, realizujących programy polityki zdrowotnej w obszarze profilaktyki wzroku i/lub słuchu u dzieci

³⁷ Średnia na podstawie danych z: Woynarowska B., Oblacińska A., Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Infos nr 10(170), 29 maja 2014.

³⁸ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 30/2021 z dnia 7 czerwca 2021 r.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dzieci 7-letnich zamieszkujących gminę Chociwel, a więc łącznie ok. 256 dzieci urodzonych w latach 2015-2019 (100% populacji docelowej), zgodnie z tabelą I³⁹. Działaniami edukacyjnymi zostaną objęte wszystkie dzieci zakwalifikowane do programu (ok. 256 dzieci) oraz jeden rodzic/opiekun prawny tych dzieci (ok. 250 osób).

Tab. I. Populacja docelowa uczestników programu.

Populacja docelowa						
Rok urodzenia	2015	2016	2017	2018	2019	Suma
Liczba dzieci	44	46	64	55	47	256

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

1) Edukacja zdrowotna rodziców

a. kryteria włączenia:

- pozostawanie rodzicem/opiekunem prawnym dziecka 7-letniego objętego programem;

b. kryteria wykluczenia: brak.

2) Badanie przesiewowe wzroku dzieci

a. kryteria włączenia:

- wiek 7 lat,
- zameldowanie na terenie gminy Chociwel,
- pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego uczestnika programu na dobrowolny udział w programie;

b. kryteria wykluczenia:

- zdiagnozowana wada wzroku w wywiadzie,
- pozostawanie dziecka pod opieką poradni okulistycznej dla dzieci (weryfikacja na podstawie oświadczenia rodzica).

3) Badanie przesiewowe słuchu dzieci

a. kryteria włączenia:

³⁹ Dane GUS, Bank Danych Lokalnych (bdl.stat.gov.pl/BDL; dostęp: 24.09.2019r.).

- wiek 7 lat,
- zameldowanie na terenie gminy Chociwel,
- pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego uczestnika programu na dobrowolny udział w programie;

b. kryteria wykluczenia:

- zdiagnozowana wada słuchu w wywiadzie,
- pozostawanie dziecka pod opieką poradni audiologicznej, foniatrycznej lub otolaryngologicznej dla dzieci (weryfikacja na podstawie oświadczenia rodzica).

3. Planowane interwencje:

1) Edukacja zdrowotna rodziców dzieci z populacji docelowej:

- zaplanowana i prowadzona przez lekarza, pielęgniarkę lub specjalistę ds. zdrowia publicznego z wykorzystaniem metody wykładu oraz dyskusji, prowadzona w formie trwającego min. 90 minut spotkania dla rodziców, na terenie szkoły (obszar tematyczny: znaczenie prawidłowego funkcjonowania narządu wzroku oraz konsekwencji nieleczonych wad wzroku, znaczenie prawidłowego funkcjonowania narządu słuchu oraz konsekwencji nieleczonych wad słuchu, czynniki sprzyjające powstawaniu wad wzroku oraz możliwości ich eliminowania, czynniki sprzyjające powstawaniu wad słuchu oraz możliwości ich eliminowania, metody leczenia wad wzroku i ich znaczenie, metody leczenia wad słuchu i ich znaczenie, sposób realizacji badań przesiewowych, prawdopodobieństw wystąpienia ubytku słuchu/wzroku u dzieci, realizacja dalszych badań diagnostycznych w razie potrzeby) - badanie poziomu wiedzy rodziców przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji oraz przekazanie ankiet satysfakcji uczestników programu (załącznik 3);
- prowadzona podczas badań przesiewowych (przekazanie informacji dotyczących profilaktyki wad narządów zmysłów; poinformowanie o pozytywnych skutkach podejmowania działań profilaktycznych oraz negatywnych w przypadku braku ich podejmowania);
- realizowana za pomocą metod podających (ulotki/plakaty informacyjne) w szkole podstawowej w Chociwlu, wybranym podmiocie leczniczym oraz Urzędzie Miejskim w Chociwlu.

2) Badania przesiewowe wzroku wykonywane przez lekarza specjalistę (lub w trakcie specjalizacji) z dziedziny: okulistyka lub okulistyka dziecięca, obejmujące:

- edukację zdrowotną ukierunkowaną na profilaktykę wad wzroku;

- testy przesiewowe:
 - badanie ostrości wzroku za pomocą optotypów (tablic obrazkowych/tablic Snellena),
 - badanie widzenia obuocznego (test muchy),
 - badanie ustawienia oraz ruchomości gałek ocznych,
 - test naprzemiennego zasłaniania gałek ocznych (cover test),
 - testu zakrywania i odkrywania (cover uncover test),
- przygotowanie pisemnej informacji dla rodziców o wyniku badania wraz z zaleceniem przekazania wyników lekarzowi POZ;
- przygotowanie pisemnej informacji o wyniku badania celem dołączenia jej do dokumentacji prowadzonej przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną;
- w razie konieczności pisemne zlecenie konsultacji specjalistycznej w poradni okulistycznej dla dzieci wraz ze wskazaniem listy podmiotów leczniczych, w których będą mogli podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika.

3) Badania przesiewowe słuchu wykonywane przez lekarza specjalistę (lub w trakcie specjalizacji) z dziedziny: audiologii i foniatrii, laryngologii/otolaryngologii/otolaryngologii dziecięcej, lub protetyka słuchu, obejmujące:

- edukację zdrowotną ukierunkowaną na profilaktykę wad słuchu;
- badanie słuchu metodą audiometrii tonalnej dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości: 1000, 2000 i 4000 Hz przy 20 dB;
- przygotowanie pisemnej informacji dla rodziców o wyniku badania wraz z zaleceniem przekazania wyników lekarzowi POZ;
- przygotowanie pisemnej informacji o wyniku badania celem dołączenia jej do dokumentacji prowadzonej przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną (w I klasie);
- w razie konieczności pisemne zlecenie konsultacji specjalistycznej w poradni specjalistycznej dla dzieci wraz ze wskazaniem listy podmiotów leczniczych, w których będą mogli podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika.

Dowody skuteczności planowanych działań

Wykonywanie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak m.in.:

- National Center for Children's Vision and Eye Health (NCCVEH),

- US Preventive Services Task Force (USPSTF),
- American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus (AAPOS),
- UK National Screening Committee (UK NSC),
- Polskie Towarzystwo Ortoptyczne (PTOrt),
- The Canadian Paediatric Society (CPS).

Pomimo braku wystarczającej liczby odpowiedniej jakości dowodów, wskazujących na zasadność prowadzenia badań przesiewowych wzroku wśród dzieci, liczne towarzystwa naukowe oraz eksperci kliniczni zalecają przeprowadzanie programów z zakresu profilaktyki wad wzroku w populacji dzieci w wieku przedszkolnym. Wielu autorów podkreśla pozytywne aspekty takich testów związane przede wszystkim z możliwością wcześniejszego wykrycia i diagnozowania zaburzeń narządu wzroku. Działania takie powinny być skierowane przede wszystkim do małych dzieci, w przypadku których nierzadko subiektywne odczucia nie są adekwatne do stanu zdrowia ich wzroku. Ponadto według licznych gremiów ekspertów niezwykle istotne jest edukowanie rodziców, którzy wyposażeni w odpowiedniej jakości wiedzę będą bardziej skłonni do konsultowania stanu wzroku swoich dzieci ze specjalistami – okulistami i/lub optometrystami. Eksperci podkreślają, iż dziecko dobrze widzące dzięki właściwemu skorygowaniu wady, rozpoczynające swoją edukację, będzie osiągało lepsze wyniki w nauce, a także będzie miało większe możliwości edukacyjne i sportowe.

Wszystkie wymienione w punkcie poprzednim towarzystwa naukowe rekomendują wykonywanie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku w populacji dzieci w wieku przed rozpoczęciem nauki w szkole. The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2011)⁴⁰ oraz American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus (AAPOS 2014)⁴¹ rekomendują wykonywanie badań przesiewowych wzroku co najmniej raz w roku u dzieci w wieku 3-5 lat. Według wytycznych National Center for Children's Vision and Eye Health (NCCVEH 2016)⁴² z kolei badanie przesiewowe powinno być wykonywane corocznie lub wykonane co najmniej raz (minimalny standard) wśród dzieci w wieku 3-7 lat. W Wielkiej Brytanii natomiast badania przesiewowe w kierunku wad wzroku u dzieci wykonywane są

⁴⁰ US Preventive Services Task Force. Vision Screening For Children 1 To 5 Years Of Age: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics*, 2011;127(2):340-346.

⁴¹ AAPOS Vision Screening Recommendations, Approved by AAPOS Board of Directors- May, 2014 [www.aapos.org; dostęp: 24.04.2022r.].

⁴² National Center for Children's Vision and Eye Health (NCCVEH), Children's Vision and Eye Health: A Snapshot of Current National Issues, February 2016.

w wieku 4 i 5 lat, zgodnie z zaleceniami UK National Screening Committee (2013)⁴³. Wytyczne NCCVEH⁴⁴ podkreślają, że w badaniach tych wymagany jest udział przeszkolonego i certyfikowanego personelu medycznego, co zostało zaplanowane w projekcie. Dodatkowo wg ekspertów konieczne jest odpowiednie zapisywanie i przekazywanie wyników badań m.in. rodzinie, POZ oraz szkole, w związku z czym w programie zaplanowano przekazanie wyników w formie pisemnej rodzicom/opiekunom prawnym dzieci wraz z adnotacją o konieczności przekazania ich do pediatry opiekującego się dzieckiem w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Informacja o wynikach badania zostanie także zarchiwizowana w dokumentacji pielęgniarki/higienistki szkolnej.

Wszystkie zaproponowane w programie metody badań przesiewowych w kierunku wykrycia nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania narządu wzroku znajdują potwierdzenie we wskazanych powyżej rekomendacjach ekspertów. Badanie ostrości wzroku za pomocą optotypów zalecane jest jako jedno z podstawowych badań profilaktycznych w kierunku wad wzroku i chorób oczu m.in. przez PTOrt⁴⁵, CPS⁴⁶ oraz AAPOS⁴⁷. AAPOS⁴⁸ oraz CPS⁴⁹ oraz zalecają także wykonywanie wśród badań rutynowych oceny ruchów i ustawienia gałek ocznych. Wśród testów zalecanych przez CPS⁵⁰ wymienione zostały także: test naprzemiennego zasłaniania gałek ocznych (cover test) oraz test zakrywania i odkrywania (cover uncover test). Z kolei badanie obuocznego widzenia zaplanowane w projekcie przy wykorzystaniu tzw. testu muchy (jednego z rodzajów stereotestów) pozostaje w zgodzie z rekomendacjami NCCVEH⁵¹.

Nieleczony ubytek słuchu powyżej 20 dB może mieć negatywny wpływ na rozwój mowy, języka oraz rozwój kognitywny, a w następstwie na osiągnięcia w nauce. W przypadku dzieci w wieku szkolnym nawet z niewielkim ubytkiem słuchu, i które wydają się funkcjonować prawidłowo, istnieje istotne ryzyko problemów w szkole, w społeczeństwie i problemów z zachowaniem. Dlatego też identyfikacja nawet niewielkiego ubytku słuchu jest

⁴³ The UK NSC recommendation on Vision defects screening in children, December 2013 [legacyscreening.phe.org.uk; dostęp: 14.04.2022r.].

⁴⁴ National Center for Children's Vision and Eye Health (NCCVEH)... op. cit.

⁴⁵ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 97/2018 z dnia 21 czerwca 2018 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. Regionalny Program Zdrowotny „Wczesne wykrywanie wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat” [bipold.aotm.gov.pl; dostęp: 22.04.2022r.].

⁴⁶ Vision screening in infants, children and youth, Apr 1 2009, Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee.

⁴⁷ AAPOS Vision Screening Recommendations... op. cit.

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ Vision screening in infants, children and youth... op. cit.

⁵⁰ Vision screening in infants, children and youth... op. cit.

⁵¹ National Center for Children's Vision and Eye Health (NCCVEH), Children's Vision and Eye Health... op. cit.

istotna i umożliwia podjęcie efektywnego leczenia zanim powstaną znaczące uszkodzenia (ECS 2012). Odnalezione wytyczne są zgodne, że podstawową populacją docelową powinny być wszystkie dzieci w wieku od 4 do 7 lat (AAP 2016, ECS 2012, AAA 2011). Dodatkowo uczniowie mogą być poddawani badaniom okresowym będąc w późniejszych klasach: 8 i 10 lat (AAP 2016, AAA 2011) oraz w wieku 11 lat (ASHA 2016). Badaniem pierwszego wyboru powinna być audiometria tonalna, rekomendowana do stosowania w populacji dzieci w wieku 3 lat i starszych. (m. in. AAP 2016, AAA 2011). Badanie powinno być wykonywane dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości: 1000, 2000 i 4000 Hz przy 20 dB (ASHA 2016, AAP 2010)⁵².

Liczne badania naukowe dowodzą, że prowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad narządów zmysłów wśród dzieci w wieku wczesnoszkolnym jest opłacalne kosztowo^{53,54}. Także analizy kosztów uwzględniające dodatkowo efekty jakościowe leczenia niedowidzenia i niedosłuchu uwidaczniają, że korzyści społeczne badań przesiewowych i badań wykonywanych w ramach kompleksowej diagnostyki narządów zmysłów przewyższają koszty poniesione w związku z realizowanymi interwencjami profilaktycznymi⁵⁵.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane rodzicom/opiekunom prawnym terminy wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej oraz wykonywania badań przesiewowych. Badania przesiewowe w programie będą realizowane w siedzibie realizatora lub w szkole podstawowej, do których uczęszczają dzieci z grupy docelowej. Badania te odbywać się będą indywidualnie. Wzór zaświadczenia o przeprowadzonym badaniu przesiewowym określono w załączniku 1. W ramach akcji edukacyjnej w szkole podstawowej na terenie gminy Chociwel prowadzone będą wykłady z zakresu edukacji zdrowotnej w odniesieniu do profilaktyki wad wzroku i słuchu w grupie docelowej rodziców. Rodzice po wykładzie będą wypełniać ankietę satysfakcji uczestnika programu (załącznik 3).

⁵² Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 30/2021 z dnia 7 czerwca 2021 r.

⁵³ Kemper AR, Crews JE, Strickland B, Saaddine JB. Vision Screening Among Children Aged <6 Years Medical Expenditure Panel Survey, United States, 2009-2010. MMWR, 2014;63(2):43-46.

⁵⁴ Rein DB, Wittenborn JS, Zhang X, et al. The Potential Cost-Effectiveness Of Amblyopia Screening Programs. Journal of Pediatric Ophthalmology & Strabismus, 2012;49(3):146-155.

⁵⁵ Nader N. Costs, Benefits of Child Vision Screening Depend on Predictive Criteria of Screening Tools. Ocular Surgery News U.S. Edition. March 1, 2005.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Rodzice mogą w każdym momencie zdecydować o zakończeniu udziału dziecka w programie. Po wykonaniu badania przesiewowego w przypadku braku stwierdzonych wad wzroku/słuchu dziecko kończy udział w programie. W przypadku dodatniego wyniku badania przesiewowego rodzice/opiekunowie prawni dzieci objętych programem:

- zostają poinformowani o sposobie dalszego postępowania (zalecenia dotyczące dalszego postępowania, w tym w razie konieczności pisemne zlecenie dalszej diagnostyki i/lub leczenia wraz ze wskazaniem rodzicom listy podmiotów leczniczych, w których będą mogli podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika);
- kończą udział dziecka w programie.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (II kwartał 2022);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (II-III kwartał 2022);
- 3) przyjęcie programu przez właściwy organ (III kwartał 2022, I kwartał 2023/2024/2025/2026)
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (III kwartał 2022, I kwartał 2023/2024/2025/2026);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (III kwartał 2022, I kwartał 2023/2024/2025/2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2022/2023/2024/2025/2026):
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki),
 - akcja edukacyjna (edukacja zdrowotna rodziców),
 - badania przesiewowe dzieci,
 - analiza sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2026):
 - analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów;
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora;
 - analiza jakości prowadzonych działań edukacyjnych na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników (załącznik 3);
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2026).

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Gmina Chociwel. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 633 z późn. zm.];
- spełnianie wymogów sprzętowych i kadrowych, wynikających z załącznika nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Dz. U. 2016 poz. 357];
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie okulistyki, okulistyki dziecięcej, audiologii i foniatrii, laryngologii, otolaryngologii, otolaryngologii dziecięcej, protetyków słuchu, optometrystów, pielęgniarki, specjalistów zdrowia publicznego;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Realizator, celem uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń, będzie zobowiązany w trakcie postępowania konkursowego do złożenia oświadczenia, że nie będzie wykazywał w sprawozdaniach finansowych świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 849], ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 702], a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1781].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w corocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):

- wskazanie odsetka objęcia badaniami przesiewowymi populacji docelowej,
- analiza liczby osób z populacji docelowej rodziców, którzy uczestniczyli w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej,
- analiza liczby dzieci z populacji docelowej, które zgłosiły się do realizatora i wzięły udział w badaniach przesiewowych,
- określenie liczby dzieci, które zrezygnowały z uczestnictwa w programie w trakcie jego trwania oraz przyczyn tych rezygnacji,

2) Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji rodziców (załącznik 3),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – okresowa oraz końcowa prowadzona poprzez:

- określenie odsetka dzieci ze zdiagnozowaną w ramach programu wadą wzroku i/lub słuchu ze wskazaniem rodzaju schorzenia,
- analizę liczby dzieci, którym zlecono dalszą diagnostykę i/lub leczenie poza programem,
- określenie wpływu działań edukacyjnych na wiedzę i świadomość zdrowotną rodziców dzieci z populacji docelowej,
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe:

- 125 zł – badanie przesiewowe wzroku z konsultacją lekarską
- 125 zł – badanie przesiewowe słuchu z konsultacją lekarską
- 500 zł – spotkanie edukacyjne 90-minutowe dla rodziców dzieci 7-letnich
- Akcja informacyjna – 1 000 zł
- Monitoring i ewaluacja – 500 zł

2. Planowane koszty całkowite:

Rodzaj kosztu	Liczba	Cena (zł)	Wartość (zł)
2022			
Akcja informacyjna	--	1000	1 000,00
Badania przesiewowe wzroku	44	125	5 500,00
Badania przesiewowe słuchu	44	125	5 500,00
Spotkanie edukacyjne dla rodziców	--	500	500,00
Monitoring i ewaluacja	--	500	500,00
Koszty roczne programu			13 000,00
2023			
Akcja informacyjna	--	1000	1 000,00
Badania przesiewowe wzroku	46	125	5 750,00
Badania przesiewowe słuchu	46	125	5 750,00
Spotkanie edukacyjne dla rodziców	--	500	500,00
Monitoring i ewaluacja	--	500	500,00
Koszty roczne programu			13 500,00
2024			
Akcja informacyjna	--	1000	1 000,00
Badania przesiewowe wzroku	64	125	8 000,00
Badania przesiewowe słuchu	64	125	8 000,00
Spotkanie edukacyjne dla rodziców	--	500	500,00
Monitoring i ewaluacja	--	500	500,00
Koszty roczne programu			18 000,00
2025			
Akcja informacyjna	--	1000	1 000,00
Badania przesiewowe wzroku	55	125	6 875,00
Badania przesiewowe słuchu	55	125	6 875,00
Spotkanie edukacyjne dla rodziców	--	500	500,00
Monitoring i ewaluacja	--	500	500,00
Koszty roczne programu			15 750,00
2026			
Akcja informacyjna	--	1000	1 000,00
Badania przesiewowe wzroku	47	125	5 875,00
Badania przesiewowe słuchu	47	125	5 875,00
Spotkanie edukacyjne dla rodziców	--	500	500,00
Monitoring i ewaluacja	--	500	500,00
Koszty roczne programu			13 750,00
Koszty ogółem			74 000,00

3. Źródło finansowania.

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Chociwel. Gmina w latach 2023-2026 będzie starała się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Dolnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn.zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

Załączniki

Załącznik 1

Zaświadczenie o przeprowadzonym badaniu przesiewowym w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Chociwel na lata 2022-2026” (wzór)

I. Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na badanie przesiewowe

Zostałam/em poinformowana/y o celu, korzyściach oraz ew. konsekwencjach wynikających z przeprowadzenia **badania przesiewowego w kierunku wad wzroku i słuchu** u mojego dziecka i **wyrażam zgodę** na wykonanie tego badania.

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

II. Zaświadczenie o przeprowadzonym badaniu przesiewowym

W wyniku przeprowadzonego w dniu badania przesiewowego zaświadcza się, że:

u urodzonego/ej w dniu zamieszkałego/ej w

nr PESEL *

☐ stwierdzono następującą wadę wzroku

☐ stwierdzono podejrzenie następującej wady wzroku

☐ stwierdzono następującą wadę słuchu

☐ stwierdzono podejrzenie następującej wady słuchu

Dziecko skierowano / dziecka nie skierowano** na dalszą diagnostykę i/lub leczenie poza Programem.

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza/fizjoterapeuty)

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

** niepotrzebne skreślić

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Chociwel na lata 2022-2026” (wzór)

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w zaświadczeniach o przeprowadzonych badaniach przesiewowych przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Urząd Miejski w Chociwlu
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

I. Edukacja zdrowotna rodziców

Liczba wykonanych interwencji edukacyjnych wśród rodziców	Liczba rodziców uczestniczących w interwencjach edukacyjnych

II. Badania przesiewowe wzroku

Liczba wykonanych badań przesiewowych	Liczba rozpoznanych wad wzroku z podziałem na poszczególne rodzaje	Liczba dzieci z zaleceniem dalszej diagnostyki/leczenia poza programem

III. Badania przesiewowe słuchu

Liczba wykonanych badań przesiewowych	Liczba rozpoznanych wad wzroku z podziałem na poszczególne rodzaje	Liczba dzieci z zaleceniem dalszej diagnostyki/leczenia poza programem

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji rodzica uczestniczącego w działaniach edukacyjnych w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Chociwel na lata 2022-2026” (wzór)

1. Czy dzisiejszy wykład spełnił Pani/Pana oczekiwania?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Jak ocenia Pani/Pan przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu wiedzy teoretycznej w zakresie omawianego na wykładzie obszaru?

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Czy ilość czasu poświęconego na wykład była wystarczająca?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Czy ilość czasu poświęconego na dyskusję była wystarczająca?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Jak ocenia Pan/Pani zakres prezentowanego materiału?

(1 – za wąski, 2 – odpowiedni, 3 – za szeroki)

1	2	3
---	---	---

6. Jak ocenia Pani/Pan wiedzę osoby prowadzącej i jej przygotowanie merytoryczne?

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Jak ocenia Pani/Pan sposób przekazywania informacji przez osobę prowadzącą wykład?

(1 - bardzo przystępny, 2 – przystępny, 3 - średnio przystępny, 4 - mało przystępny, 5 -nieprzystępny)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Czy w Pana/Pani opinii prowadzący w wystarczającym stopniu odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Dziękujemy za wypełnienie ankiety