

**RAPORT KOŃCOWY**  
**Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Data wpływu:.....
Sygn. akt: .....
wypełnia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Województwo Mazowieckie <small>oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</small>	<b>Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</b>
Nazwa programu polityki zdrowotnej: „Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych województwa mazowieckiego”	
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: 2017- 2019	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2017- 2019
<p><b>Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:<sup>1)</sup></b>  Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych województwa mazowieckiego realizowany był w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.  Program realizowany był przez jednego realizatora w 37 powiatach województwa mazowieckiego (białobrzegi, ciechanowski, garwoliński, gostyniński, grodziski, grójecki, kozienicki, legionowski, lipski, łosicki, makowski, miński, mławski, nowodworski, ostrołęcki, ostrowski, otwocki, piaseczyński, płocki, płoński, pruszkowski, przasnyski, przysuski, pułtuski, radomski, siedlecki, sierpecki, sochaczewski, sokołowski, szydłowiecki, warszawski zachodni, węgrowski, wołomiński, wyszkowski, zwoleński, żuromiński, żyrardowski) oraz w 4 miastach na prawach powiatu (Ostrołęka, Płock, Radom, Siedlce). Programem nie zostały objęte dzieci mieszkające w Warszawie, gdyż w tym samym czasie m.st. Warszawa realizowało tego typu program. Obszar Warszawy został wyłączony, aby interwencje nie nakładały się na tym samym obszarze.</p> <p><b>Celem głównym</b> programu było zwiększenie wczesnej wykrywalności i ocena ilości zaburzeń słuchu u dzieci klas pierwszych szkół podstawowych z województwa mazowieckiego oraz koordynacja opieki</p>	

<sup>1)</sup> Należy opisać, czy założony cel główny oraz cele szczegółowe zostały osiągnięte oraz w jakim stopniu nastąpiła realizacja poszczególnych celów ze wskazaniem przyczyn, dla których niemożliwa była ewentualna pełna realizacja. Opis stopnia realizacji celów powinien uwzględniać informacje na temat wartości mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

diagnostycznej, leczniczej i terapeutycznej u dzieci z wykrytym uszkodzeniem słuchu w okresie realizacji programu.

W wyniku realizacji programu zbadanych zostało 39 773 uczniów klas I, u 6 112 dzieci zdiagnozowano wadę słuchu wymagającą dalszej opieki specjalistycznej. Cel główny programu został osiągnięty tylko częściowo, gdyż badaniami objęto jedynie 35% zakładanej populacji. Realizacja programu wpłynęła na zwiększenie wczesnej wykrywalności zaburzeń słuchu i późniejszej koordynacji opieki diagnostycznej, leczniczej i terapeutycznej u dzieci z wykrytym uszkodzeniem słuchu.

Przyjęto następujące **cele szczegółowe**:

**1.** zahamowanie dalszego rozwoju zaburzeń słuchu i powikłań związanych z wykrytym niedosłuchem. Wszystkie dzieci, u których wykryto zaburzenie słuchu zostały skierowane do dalszej diagnostyki i leczenia.

**2.** obniżenie kosztów leczenia uszkodzenia słuchu i związanych z tym powikłań.

Wynik badania wskazujący na wady słuchu uzyskano poprzez badania otoskopowe oraz audiologiczne. W ramach badań wykryto zaburzenia narządu słuchu, które możliwe są do leczenia na wczesnym etapie i nie w każdym przypadku przesądzają jednoznacznie o wystąpieniu wady. Wykryto m.in.:

- czopy woszczynowe i obecność ciał obcych w uchu;
- płyn surowiczy w uchu;
- stan zapalny ucha środkowego;
- wąskie przewody słuchowe.

Wykryte nieprawidłowości przy odpowiedniej opiece leczniczej nie muszą powodować ubytku słuchu ani trwałej wady, należy zatem wskazać, że wczesna wykrywalność przyczynia się do obniżenia późniejszych, ewentualnych kosztów leczenia.

**3.** minimalizowanie konsekwencji wad słuchu poprzez odpowiednie działania terapeutyczne.

Program przyczynił się do zwiększenia wykrywalności wad słuchu, a poprzez to do podjęcia szybkich działań diagnostycznych, leczniczych i terapeutycznych pozwalających na zwiększenie wykrywalności i zminimalizowanie konsekwencji wykrytych wad słuchu. Szybkie wykrycie uszkodzeń słuchu pozwoliło na podjęcie działań diagnostycznych, leczniczych i terapeutycznych, co nie tylko pozwoliło zminimalizować ryzyko rozwoju wad, ale również ograniczyć koszty przyszłego leczenia poważniejszej wady.

**4.** zwiększenie świadomości rodziców, pracowników oświatowych dotyczącej wiedzy na temat czynników powodujących nabyte wady słuchu oraz ich objawy.

Podczas spotkań informacyjno-edukacyjnych informowano rodziców/opiekunów prawnych dzieci i pracowników oświatowych o profilaktyce uszkodzeń słuchu i o higienie słuchu. Uczestnicy ww. spotkań wypełnili 9 405 ankiet sprawdzających ich poziom wiedzy uzyskanej podczas tych spotkań. Analiza ankiet wskazuje na znaczące zwiększenie świadomości i wiedzy dotyczącej czynników powodujących nabyte wady słuchu, co zostało opisane w dalszej części raportu.

**5.** szerzenie wiedzy na temat profilaktyki uszkodzeń słuchu i higieny słuchu.

Podczas spotkań informacyjno-edukacyjnych informowano rodziców/opiekunów prawnych dzieci i pracowników oświatowych o profilaktyce uszkodzeń słuchu i o higienie słuchu.

**6.** niwelowanie ograniczeń w rozwoju edukacyjnym i społecznym dzieci poprzez wcześnie podjęte leczenie wykrytych zaburzeń słuchu.

Badanie ewaluacyjne przeprowadzone zgodnie z *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014 – 2020* potwierdziło, że w przypadku dzieci, u których wykryto wadę słuchu i podjęto działania zaradcze, poprawiły one wyniki w nauce. Miały na to wpływ zarówno działania rodziców/opiekunów (np. dbałość o unikanie przez dziecko hałasu), jak również działania nauczycieli (np. sadzanie dziecka bliżej tablicy, zwracanie uwagi na to, czy dziecko usłyszało istotne informacje i ewentualne powtarzanie treści). Działania te z pewnością pozwoliły

zniwelować ograniczenia społeczno-edukacyjne dzieci z wykrytą wadą słuchu.

W programie przyjęto następujące **mierniki efektywności**:

**1. liczba dzieci uczestniczących w programie: 39 773**

Miernik obejmuje liczbę uczniów klas I szkoły podstawowej, które przystąpiły do programu. Liczba uczniów klas I szkoły podstawowej, zgłoszonych do programu przez szkołę wynosi 48 764. Rodzice/opiekunowie tych dzieci otrzymali materiały informacyjno-edukacyjne oraz możliwość, aby ich dzieci skorzystały z badań przesiewowych słuchu.

**2. odsetek dzieci z województwa mazowieckiego uczestniczących w programie: 35%**

Miernik obejmuje procentowy udział dzieci przebadanych w ramach programu (39 773) do liczby uczniów klas I szkół podstawowych z województwa mazowieckiego w latach 2017/2018 i 2018/2019 (112 572).

**3. liczba dzieci, u których przeprowadzono badanie: 39 773**

Miernik obejmuje uczniów klas I, u których wykonano wstępne badanie lekarskie oraz progowe badanie audiometryczne słuchu dla przewodnictwa powietrznego dla częstotliwości: 500, 1 000, 2 000, 4 000 i 8 000 Hz.

**4. liczba dzieci, które nie zostały objęte programem: 0**

Wykazano wartość 0, ponieważ wszyscy uczniowie klas I ze szkół podstawowych, które przystąpiły do programu zostały nim objęte.

**5. określenie rodzajowe i ilościowe wyłączenia lub niepełnego uczestnictwa w programie: 8 991.**

Miernik obejmuje uczniów, którzy zostali zgłoszeni przez szkoły, a których rodzice/opiekunowie nie podpisali dokumentu „Świadoma zgoda na udział w programie badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych z województwa mazowieckiego w roku szkolnym 2017/2018 oraz 2018/2019” lub którzy nie zostali zbadani.

**6. liczba dzieci u których wykryto zaburzenia słuchowe i skierowano do dalszej diagnostyki: 6 112.**

Miernik obejmuje wszystkie dzieci z nieprawidłowym wynikiem audiometrii tonalnej, które wymagały dalszej opieki specjalistycznej.

**7. liczba rodziców/opiekunów dzieci oraz personelu pedagogicznego uczestniczących w zajęciach informacyjno-edukacyjnych: 19 783.**

Miernik obejmuje wszystkich uczestników spotkań informacyjno-edukacyjnych, które zostały zorganizowane w szkołach podstawowych.

**8. liczba personelu medycznego uczestniczącego w szkoleniach: 57.**

Miernik obejmuje wszystkich uczestników konferencji szkoleniowych dla personelu medycznego, które zostały zorganizowane w Światowym Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach.

**9. ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników.**

Ocena ta została opisana w dalszej części raportu w *wynikach monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej*.

Cele szczegółowe i zakładane efekty zostały zrealizowane w zróżnicowanym stopniu.

W ramach programu były prowadzone m.in. badania otoskopowe i audiometryczne oraz została przeprowadzona ankieta audiologiczna. Poniżej wyniki tych badań.

### **Wyniki badania otoskopowego**

Pierwszym etapem badania była otoskopia. Analiza wyników wykazała, że w 13 272 uszu lekarze zaobserwowali czopy woszczynowe oraz obecność ciał obcych, które uniemożliwiły ocenę struktury ucha zewnętrznego oraz środkowego.

Najczęstszymi przyczynami dodatniego wyniku badania były:

- płyn – 2065 uszu,
- kieszonka epitympanalna – 1231 uszu,
- tympanoskleroza – 575 uszu,
- dren w błonie bębenkowej – 294 uszu,
- podejrzenie adhezji kosteczek słuchowych – 290 uszu,

- podejrzenie perlaka – 112 uszu,
- perforacja w błonie bębenkowej – 70 uszu.

Ponadto, w wyniku badania otoskopowego w przypadku 892 uszu lekarze zaobserwowali następujące nieprawidłowości: zmiany w błonie bębenkowej (w tym błona przekrwiona, ścieńczała, wciągnięta, bliznowata), stan zapalny w uchu środkowym, wąskie przewody słuchowe, wyrośla oraz zmiany skórne w przewodzie słuchowym zewnętrznym, naczynek, a także podejrzenie destrukcji kosteczek słuchowych.

### Wyniki przesiewowego badania audiometrycznego

Za nieprawidłowy wynik audiometrycznego badania przesiewowego słuchu uznano taki, w którym:

1. wartość progu słyszenia dla przewodnictwa powietrznego była większa niż 20 dB HL dla którejkolwiek z badanych częstotliwości (500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz, 4000 Hz, 8000 Hz), przynajmniej w jednym uchu.
2. został zakwalifikowany jako nieprawidłowy przez lekarza specjalistę.

Po zastosowaniu powyższego kryterium odsetek dzieci z wynikiem nieprawidłowym w badanej populacji wyniósł 15,37% (tj. 6 112 uczniów). Wynik ten jest zbliżony do wyników badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Polsce, które wskazują na znaczne rozpowszechnienie wad słuchu wśród osób w wieku 6-14 lat. Z przeprowadzonych badań wynika, że problem ten dotyczy około 20% dzieci.

W przypadku podejrzenia zaburzeń słuchu u dziecka, rodzice/opiekunowie otrzymywali informację, iż stwierdzono wynik nieprawidłowy. Wskazywano na konieczność przeprowadzenia kontrolnego badania słuchu u dziecka w placówce specjalistycznej - audiologicznej lub laryngologicznej, jednocześnie informując, że niezbędne jest uprzednie uzyskanie skierowania do właściwej poradni od lekarza pediatry lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Szczegółowy rozkład częstości występowania dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego słuchu w poszczególnych powiatach przedstawiono w tabeli poniżej.

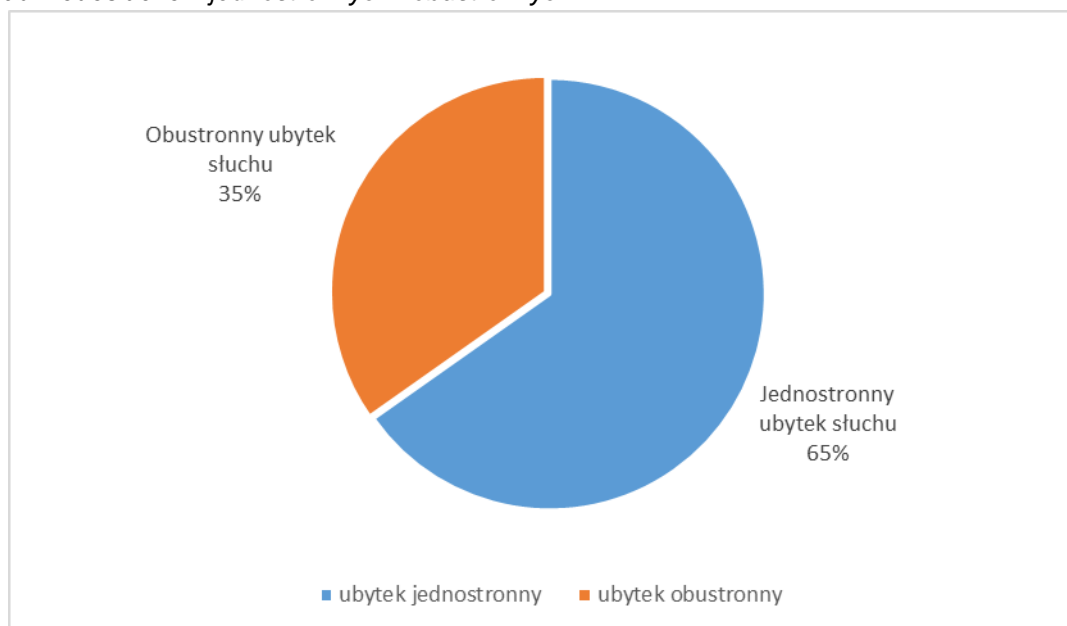
Liczba pierwszoklasistów z nieprawidłowym wynikiem z podziałem na powiaty

Powiat	Liczba dzieci z nieprawidłowym wynikiem
białobrzeski	34
ciechanowski	103
garwoliński	127
gostyniński	106
grodziski	242
grójecki	210
kozienicki	29
legionowski	309
lipski	46
łosicki	51
makowski	52
miński	186
mławski	154
nowodworski	142
ostrołęcki	83
Ostrołęka	77
ostrowski	90
otwocki	203
piaseczyński	470
Płock	312
płocki	172
płoński	131

pruszkowski	375
przasnyski	60
przysuski	57
pułtuski	60
Radom	312
radomski	174
Siedlce	150
siedlecki	159
sierpecki	88
sochaczewski	237
sokołowski	75
szydłowiecki	36
warszawski zachodni	151
węgrowski	111
wołomiński	320
wyszkowski	146
zwoleński	74
żuromiński	38
żyrardowski	160

W grupie dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego słuchu (6 112 dzieci) zaburzenia obustronne stwierdzono u 35% (tj. 2 139 pierwszoklasistów).

#### *Rozkład niedosłuchów jednostronnych i obustronnych*



Pierwszym etapem realizacji programu były spotkania informacyjno-edukacyjne prowadzone wśród rodziców i opiekunów uczniów klas pierwszych szkoły podstawowej, na których poruszano zagadnienia dotyczące roli zmysłu słuchu w rozwoju procesów poznawczych, a także występujących wad słuchu i sposobów ich leczenia i rehabilitacji. Ponadto realizator podczas spotkań informacyjnych przybliżył słuchaczom tematykę profilaktyki zaburzeń słuchu oraz realizacji przesiewowego badania słuchu, prawdopodobieństwa wystąpienia ubytku słuchu.

Dodatkowo, po udzieleniu zgody na uczestnictwo w badaniu, rodzic/opiekun otrzymał do wypełnienia krótką ankietę audiologiczną, zawierającą m.in. takie pytania jak:

1. Czy Państwa zdaniem u dziecka występują problemy ze słuchem?

2. Czy dziecko często prosi o powtórzenie pytań lub informacji?
3. Czy dziecko skarży się na obecność szumów, pisków, brzęczenia lub innych dźwięków, gdy jest cicho?
4. Czy dziecko słucha głośnej muzyki?
5. Czy dziecko było leczone z powodu zapaleń uszu?
6. Czy dziecko skarży się na nadmierny hałas w szkole podczas przerw lekcyjnych?
7. Czy dziecko używa aparatu słuchowego, implantu ślimakowego lub innej protezy słuchowej?
8. Czy dziecko ma zdiagnozowany autyzm lub zespół Aspergera?

Udzielone przez rodziców odpowiedzi stanowiły dla lekarza specjalisty cenną wskazówkę przy formułowaniu informacji o wyniku badania. Przeprowadzenie wywiadu z rodzicami dzieci objętych programem w formie ankiety było dobrowolne.

Poniżej analiza wyników ankiety audiologicznej:

1. Czy Państwa zdaniem u dziecka występują problemy ze słuchem?

Wyniki danych zebranych z ankiety wskazują, że 79,3% rodziców dzieci, u których wynik badania audiometrycznego jest większy niż 20 dB nie zauważyło problemu ze słuchem. Ponadto, 4,7% rodziców dzieci, u których wynik badania był nieprawidłowy nie odpowiedziało na to pytanie.

Jak wskazuje analiza danych, przy większym stopniu niedosłuchu świadomość rodziców jest tylko niewiele większa.

Wśród dzieci, których próg badania audiometrycznego przekraczał 30 dB, 71% rodziców nie zauważyło problemu. Natomiast 6% rodziców nie odpowiedziało na to pytanie w ankiecie audiologicznej.

W grupie pierwszoklasistów, u których próg badania audiometrycznego przekraczał 55 dB - 62,4% rodziców nie zauważyło problemu. Natomiast 6% rodziców nie udzieliło odpowiedzi na pytanie.

Biorąc pod uwagę kryterium typu niedosłuchu jedno- i obustronny, 73,1% rodziców nie zauważyło problemu ze słuchem u swojego dziecka, u którego wynik badania audiometrycznego wskazywał na obustronne uszkodzenie słuchu, natomiast 5,5% rodziców dzieci z tego typu problemem nie udzieliło odpowiedzi na pytanie.

2. Czy dziecko często prosi o powtórzenie pytań lub informacji?

Przewodzeniowy ubytek słuchu powoduje zwykle pogorszenie słyszenia w zakresie niskich częstotliwości. Oznacza to, że nisko brzmiące dźwięki (głębokie dźwięki, takie jak "o", "u"), mogą być zniekształcone. Powoduje to zmniejszenie głośności słyszanego sygnału mowy, ale nie wpływa na jego wyrazistość. Z drugiej strony odbiorczy ubytek słuchu najbardziej wpływa na odbiór mowy w zakresie wysokich częstotliwości (takie, jak "s", "f", "sz", "cz", "t"). Inną przyczyną niezrozumienia polecenia lub wypowiedzi innych osób są zaburzenia przetwarzania słuchowego, charakteryzujące się na przykład trudnościami w zrozumieniu poleceń przy prawidłowym wyniku badania audiometrycznego.

Analiza zebranych danych z ankiety wskazuje, że 11,1% rodziców zauważa prośby o bardzo częste i częste powtórzenie pytań lub informacji. Z tej grupy, co trzecie dziecko miało nieprawidłowy wynik badania audiometrycznego. Najczęściej, czyli prawie 70% rodziców wskazywało, że ich dziecko rzadko prosi o powtórzenie informacji lub poleceń. W tej grupie osób, co piąte dziecko miało nieprawidłowy wynik badania audiometrycznego. Prawie 14,9 % rodziców wskazało, że ich dzieci nie proszą o powtórzenie informacji, natomiast 4,3% rodziców nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

3. Czy dziecko skarży się na obecność szumów, pisków, brzęczenia lub innych dźwięków, gdy jest cicho?

Analiza danych kwestionariusza wykazała, że 12,8% badanych pierwszoklasistów, których rodzice udzielili odpowiedzi (5 091 uczniów) zgłaszało występowanie szumów usznych. 1 825 rodziców nie odpowiedziało na to pytanie w ankiecie audiologicznej.

Bardzo częste i częste szумы uszne wskazywało 1,2% uczniów (w tym 11,3% zgłaszało bardzo częste szумы uszne), natomiast 11,6% pierwszoklasistów zgłaszało szумы uszne, które pojawiały się rzadko.

Wszystkie dzieci, które zgłosiły występowanie szumów usznych dostały wraz z wynikiem badania audiometrycznego wskazówki dotyczące dalszego postępowania diagnostycznego. Dokładne poznanie problemu szumów usznych u dzieci wydaje się szczególnie istotne nie tylko ze względu na ich przyczyny, które mogą być identyczne jak u dorosłych (tj. urazy głowy, guzy nerwu VIII, przyczyny metaboliczne oraz naczyniowe), lecz także z uwagi na fakt, że szумы mogą negatywnie wpływać na stan psychiczny

dzieci oraz być powodem gorszych wyników w nauce.

#### 4. Czy dziecko słucha głośnej muzyki?

Słuchanie zbyt głośnej muzyki przy użyciu różnego rodzaju odtwarzaczy jest szkodliwe dla słuchu, ponieważ dźwięki docierające bezpośrednio do ucha dziecka są najczęściej zbyt głośne. Odtwarzacze muzyczne mogą emitować dźwięki o bardzo wysokich wartościach ciśnienia akustycznego. Nawet średnie poziomy odsłuchiwanie dźwięków, preferowane przez większość dzieci i młodzieży, mieszczą się w zakresie od 68 dB do 86 dB, czyli dźwięki te mogą być wystarczająco głośne, aby uszkodzić słuch dziecka. Szacuje się, że ryzyko wystąpienia uszkodzeń słuchu u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym może wynieść od 17% do 29%. Najczęściej są to zaburzenia słuchu w zakresie wysokich częstotliwości. Spośród 39 773 przebadanych dzieci 3 460 (8,7%), według ich rodziców słucha muzyki zbyt głośno. W grupie tej nieprawidłowy wynik badania przesiewowego słuchu stwierdzono u aż 33% dzieci, które słuchają głośnej muzyki. W grupie 87,9% rodziców, którzy nie deklarują słuchania głośnej muzyki przez ich dziecko stwierdzono dwukrotnie mniejszy odsetek nieprawidłowych wyników badania audiometrycznego w porównaniu do osób, które głośno słuchają muzyki. Natomiast 1 341 rodziców (3,4%) nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

#### 5. Czy dziecko było leczone z powodu zapaleń uszu?

Jak wskazują wyniki ankiet, co czwarty pierwszoklasista, który miał nieprawidłowy wynik badania audiometrycznego chorował w przeszłości na zapalenie ucha. Najczęstszą przyczyną zaburzeń słuchu dzieci w wieku szkolnym – w ponad 70% przypadków – są infekcje górnych dróg oddechowych i zapalenia uszu powodujące tzw. niedosłuch przewodzeniowy. W czasie zapalenia ucha dziecko zawsze gorzej słyszy. Jeżeli jednak niedosłuch utrzymuje się po zakończeniu leczenia, należy koniecznie wykonać specjalistyczne badanie uszu z użyciem mikroskopu lub wideootoskopu oraz audiometryczne badanie słuchu. Głównym objawem jest pogorszenie słuchu, gdyż płyn zalegający w jamie bębenkowej tłumi drgania układu przewodzącego dźwięki. Dziecko prosi o powtórzenie wypowiedzi, nie zawsze reaguje na polecenia, jest rozkojarzone, nieuważne, siada bliżej telewizora. Dodatkowo, mogą pojawić się problemy natury emocjonalnej, trudności w nauce itp. Właściwe leczenie podjęte w odpowiednim momencie choroby jest w stanie zlikwidować zarówno przyczynę, jak i skutki schorzenia.

#### 6. Czy dziecko skarży się na nadmierny hałas w szkole podczas przerw lekcyjnych?

Szkodliwy wpływ hałasu na organizm człowieka odnosi się przede wszystkim do jego bezpośredniego oddziaływania na narząd słuchu. Na korytarzach szkolnych, pod wpływem działania hałasu przekraczającego poziom 75-80 dB, może pojawić się czasowe podwyższenie progu słyszenia. Może ono wystąpić jako skutek zmęczenia słuchu po długotrwałej ekspozycji na hałas. Czasowe przesunięcie progu słyszenia u uczniów i nauczycieli, ustępujące dopiero po pewnym czasie, może utrudniać rozumienie mowy i zakłócać proces nauczania. Według analizy danych 16,5% rodziców stwierdziło, że ich dziecko skarży się na hałas w szkole. W tej grupie dzieci, 22% uczniów miało nieprawidłowy wynik badania audiometrycznego. Ponadto, 64,2% dzieci nie skarży się na hałas podczas przerw. 10,4% rodziców nie wie czy dziecko odczuwa nadmierny hałas, natomiast 8,9% rodziców nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

#### 7. Czy dziecko używa aparatu słuchowego, implantu ślimakowego lub innej protezy słuchowej?

Jednym z kryteriów wyłączenia z udziału w programie było wcześniejsze protezowanie aparatem słuchowym. W związku z tym, aby mieć pewność, że kryteria te zostaną zrealizowane w ankiecie audiologicznej zostało umieszczone pytanie o używanie protez słuchowych. Żadne dziecko, u którego zostało wykonane badanie przesiewowe słuchu nie korzystało z protezy słuchowej.

#### 8. Czy dziecko ma zdiagnozowany autyzm lub zespół Aspergera?

Kolejnym kryterium wykluczającym z udziału w programie były nieprawidłowości rozwojowe, problemy behawioralne. Analiza zebranych danych wskazuje, że 93,2% rodziców odpowiedziało „NIE” na pytanie odnośnie zdiagnozowanego autyzmu lub zespołu Aspergera u swego dziecka. Ponadto, 0,9% rodziców odpowiedziało „NIE WIEM”, natomiast 5,9% nie udzieliło odpowiedzi. W przypadku tych pierwszoklasistów lekarz oceniał możliwości wykonania badania (m.in. oceniał współpracę) u każdego indywidualnie i dążył do przebadania każdego dziecka.

Uzyskane wyniki potwierdzają, że świadomość dotycząca zaburzeń słuchu wśród rodziców jest niska. Wiele dzieci w wieku szkolnym ma ubytki słuchu, ale często nie są one dostrzegane przez opiekunów i nauczycieli. Tymczasem nawet niewielkie ubytki słuchu mogą powodować trudności komunikacyjne, emocjonalne czy edukacyjne. Dlatego ważne jest wczesne wykrycie zaburzeń słuchu (w tym szumów usznych). Badania przesiewowe pozwalają szybko wyselekcjonować dzieci z ubytkami słuchu i z grupy ryzyka, aby jak najszybciej wdrożyć odpowiednie leczenie i rehabilitację, a w ten sposób podnieść jakość życia pacjentów i ich rodzin.

Odsetek wyników nieprawidłowych w grupie pierwszoklasistów wynosi 15,37%, czyli u 6 112 dziecka zaczynającego naukę w szkole podstawowej stwierdzono podejrzenie zaburzenia słuchu.

W grupie dzieci z wynikiem nieprawidłowym utrzymuje się wysoki, porównywalny do wyników z innych programów badań przesiewowych, odsetek (35% tj. 2 139 uczniów) dzieci z zaburzeniami słuchu występującymi obustronnie.

Odsetek rodziców, którzy nie zauważają problemów ze słuchem u dzieci pozostaje bardzo wysoki (79,3%), co potwierdza konieczność i celowość wykonywania badań przesiewowych ukierunkowanych na wykrywanie zaburzeń słuchu u dzieci rozpoczynających naukę w szkole.

Istnieje konieczność stałej edukacji w zakresie profilaktyki zaburzeń narządu słuchu, organizowanie działań edukacyjno-informacyjnych nt. zaburzeń słuchu.

### **Analiza wyników ankiety sprawdzającej poziom wiedzy uzyskanej przez uczestników spotkań informacyjno – edukacyjnych**

Ankieta sprawdzająca poziom wiedzy uzyskanej przez uczestników spotkań informacyjno – edukacyjnych przekazywana była w trakcie spotkań w szkołach podstawowych oraz uzupełniana i przekazywana realizatorowi po ich zakończeniu.

Dokument zawierał poniższe pytania oraz odpowiedzi:

1. Czy u dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego mogą występować problemy w nauce?
  - tak
  - nie
2. Czy używanie słuchawek wewnętrznych może wpływać na powstawanie zaburzeń słuchu?
  - tak
  - nie
3. Które z poniższych objawów mogą wskazywać na możliwe problemy ze słuchem?
  - rozkojarzenie, problemy z koncentracją uwagi,
  - niewyraźna mowa,
  - opóźnienie rozwoju mowy,
  - głośne mówienie w cichym otoczeniu,
  - wszystkie z powyższych,
4. Jak należy dbać o higienę narządów słuchu?
  - czyszczenie ucha patyczkiem kosmetycznym,
  - przebywanie w hałasie,
  - unikanie infekcji górnych dróg oddechowych,
  - żadne z powyższych,
5. Czy udział w badaniach przesiewowych słuchu może pomóc we wczesnym wykrywaniu zaburzeń słuchu?
  - tak
  - nie



Poniżej analiza ankiety sprawdzającej poziom wiedzy uzyskanej przez uczestników spotkań informacyjno-edukacyjnych.

Rok		2017	2018	2019	Łącznie
Liczba uzupełnionych ankiet		3 819	4 490	1 096	9 405
Pytanie 1	Liczba poprawnych odpowiedzi [szt.]	3 728	4 334	1 049	9 111
	Współczynnik poprawnych odpowiedzi [%]	97,62	96,53	95,71	96,87
Pytanie 2	Liczba poprawnych odpowiedzi [szt.]	3 642	4 270	1 037	8 949
	Współczynnik poprawnych odpowiedzi [%]	95,37	95,10	94,62	95,15
Pytanie 3	Liczba poprawnych odpowiedzi [szt.]	3 494	4 180	1 037	8 711
	Współczynnik poprawnych odpowiedzi [%]	91,49	93,10	94,62	92,62
Pytanie 4	Liczba poprawnych odpowiedzi [szt.]	3 455	4 017	1 052	8 524
	Współczynnik poprawnych odpowiedzi [%]	90,47	89,47	95,99	90,63
Pytanie 5	Liczba poprawnych odpowiedzi [szt.]	3 749	4 308	1 072	9 129
	Współczynnik poprawnych odpowiedzi [%]	98,17	95,95	97,81	97,07
ROK		2017	2018	2019	Średnia ze wszystkich odpowiedzi
Średnia liczba zdobytych punktów uzyskanych przez uczestnika (max. możliwa liczba punktów do uzyskania przez uczestnika: 5 pkt.)		4,73	4,70	4,79	4,72
Poziom uzyskanej wiedzy przez uczestnika [%]		94,60	94,00	95,80	94,40

Na potrzeby programu przeanalizowano 9 405 ankiet sprawdzających poziom wiedzy uzyskanej przez uczestników spotkań informacyjno-edukacyjnych. Najwięcej ankiet zostało uzupełnionych w 2018 roku – 4 490 ankiet, w 2017 roku – 3 819, natomiast w 2019 roku – 1 096.

Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania wynosiła 5 pkt.

W 2017 roku średnia liczba punktów uzyskanych przez uczestnika wynosiła 4,73 pkt, co stanowi 94,60% punktów możliwych do uzyskania.

W 2018 roku średnia ta była równa 4,70 pkt, osiągając 94,00% maksymalnej liczby punktów. Najwyższą średnią, która wynosiła 4,79 pkt uzyskano w 2019 roku, co stanowi 95,80%.

Łączna liczba punktów zdobytych przez wszystkich uczestników wynosiła 44 424, po podzieleniu przez liczbę wszystkich ankiet (9 405), średnia liczba punktów uzyskanych przez uczestnika wyniosła 4,72 pkt, co oznacza, że poziom wiedzy uzyskanej przez uczestników spotkań informacyjno-edukacyjnych wynosił 94,40%.

### **Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:<sup>2)</sup>**

Realizacja programu została podzielona na **4 moduły**.

**Pierwszy moduł** dotyczył akcji informacyjnej.

Realizator przeprowadził dwie akcje informacyjne, w ramach których zostały wykonane poniższe działania:

1. Przygotowanie i dystrybucja listów zawierających ogólne informacje o programie do wybranych instytucji tj. m.in. starostwa powiatowe, urzędy gmin i/lub urzędy miast, Kuratorium Oświaty, Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz konsultanci wojewódzcy w dziedzinie otolaryngologii dziecięcej, otolaryngologii oraz audiologii i foniatrii.

<sup>2)</sup> Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej.

2. Opracowanie ulotki informacyjno-edukacyjnej zawierającej dane dot. podstawowych objawów wad słuchu, prostych testów diagnostycznych do wykonania w warunkach domowych, a także krótko- i dalekosiężnych skutków nieleczonych schorzeń słuchu.
3. Przygotowanie i dystrybucja listów (zaproszenia do współpracy) do wszystkich szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie objętym programem.
4. Przygotowanie i dystrybucja listów (informacji o programie i planowanych konferencjach szkoleniowych) do podmiotów wykonujących działalność leczniczą i udzielających świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie umowy z właściwym Oddziałem Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Przygotowanie szablonów dokumentów niezbędnych do realizacji programu tj. listu do rodziców, świadomej zgody na udział dziecka w programie badań przesiewowych słuchu wraz z ankietą medyczną oraz ankiet satysfakcji.
6. Opracowanie plakatów informacyjnych, stworzenie strony/podstrony internetowej o programie, które zostały zamieszczone na stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych tj. np. profile Facebook różnych instytucji: szkół podstawowych, starostw powiatowych, urzędów gmin i/lub miast oraz realizatora.
7. Przygotowanie filmu pokazującego przebieg badania przesiewowego słuchu z udziałem badanego dziecka. Film w przyjazny sposób przedstawiał scenariusz badania.
8. Udostępnienie infolinii dedykowanej na potrzeby realizacji programu, która umożliwiła kontakt rodziców/opiekunów oraz pracowników szkół z realizatorem.

Trudnościami napotkanymi podczas akcji informacyjnej były oferowane konkurencyjne badania przesiewowe słuchu przez firmy komercyjne oraz zmiana przepisów dotyczących ochrony danych osobowych. Trudności te zostały rozwiązane poprzez przeprowadzanie rozmów telefonicznych z pracownikami szkół i informowanie, że badania są bezpłatne oraz realizowane przez specjalistów.

**Drugi moduł** dotyczył spotkań informacyjno–edukacyjnych w szkołach podstawowych.

Realizator przeprowadził dwie edycje działań informacyjno-edukacyjnych w formie spotkań, w każdej szkole podstawowej zainteresowanej współpracą. Spotkania odbywały się w trakcie wywiadówek/zebrań lub w czasie godzin lekcyjnych w klasach, świetlicach szkolnych lub innych pomieszczeniach udostępnionych przez szkoły.

Planowany ramowy program obejmował zagadnienia dotyczące m.in. realizacji przesiewowego badania słuchu, prawdopodobieństwa wystąpienia ubytku słuchu u dzieci, symptomów alarmowych wskazujących na możliwe problemy ze słuchem oraz ogólnych zasad postępowania w celu ograniczenia ryzyka występowania wad słuchu. Omawiane były także sposoby leczenia i rehabilitacji zaburzeń słuchu. W trakcie spotkań przekazywane były ulotki dla rodziców i dzieci zawierające informacje dotyczące podstawowych objawów wad słuchu, prostych testów diagnostycznych, które można samodzielnie wykonać w warunkach domowych, a także krótko- i dalekosiężnych skutków nieleczonych schorzeń narządu słuchu. Uczestnikami spotkań byli rodzice/opiekunowie dzieci, dyrekcja/przedstawiciele szkół (kadra pedagogiczna, pielęgniarki szkolne) oraz uczniowie klas I szkół podstawowych.

Problemem napotkanym na tym etapie był strach/niechęć dzieci do badań, który został zniwelowany przez pogadanki lekarza i badaczy z dziećmi, wyjaśnianie na czym polega badanie i demonstrowanie oraz stosowanie nagród, m.in. naklejka dzielnego pacjenta.

**Trzeci moduł** dotyczył badania przesiewowego słuchu w szkołach podstawowych.

W pierwszym roku trwania programu badaniami zostali objęci uczniowie klas I w roku szkolnym 2017/2018, a w drugim roku trwania programu uczniowie klas I w roku szkolnym 2018/2019.

Zostały wykonane poniższe działania:

1. Rekrutacja uczestników do badania, zgodnie z przyjętymi kryteriami dostępności oraz włączenia.  
Określone kryterium dostępności - każda szkoła podstawowa zlokalizowana na terenie objętym programem oraz uczeń klasy I w roku szkolnym 2017/2018 lub w roku szkolnym 2018/2019.  
Określone kryteria włączenia – zgoda szkoły na przystąpienie do programu, zgoda rodzica/opiekuna

na udział dziecka w badaniu oraz możliwość wykonania badania w uzgodnionym terminie.

2. Wykonanie badań przesiewowych słuchu w szkole w godzinach lekcyjnych lub w innym miejscu i porze gwarantującej poprawne wykonanie badania oraz wysoką frekwencją uczestników. Kryteria dyskwalifikacji badania audiometrycznego dziecka (przeciwwskazania do wykonania badania – w dniu badania):

- stałe przeciwwskazania – nieprawidłowości rozwojowe, problemy behawioralne, wcześniejsze wykrycie zaburzeń słuchu u dziecka, objęcie dziecka specjalistyczną opieką medyczną w zakresie głuchoty lub niedosłuchu, protezowanie aparatem słuchowym,
- czasowe przeciwwskazania medyczne stwierdzone podczas lekarskiego badania wstępnego – np. przeziębienie, zapalenie ucha środkowego.

W przypadku wystąpienia czasowych przeciwwskazań medycznych ustalone były dodatkowe terminy, w miarę możliwości organizacyjnych realizatora.

W ramach badania przesiewowego wykonane zostały:

- a) wstępne badanie lekarskie;
- b) progowe badanie audiometryczne słuchu dla przewodnictwa powietrznego dla częstotliwości: 500, 1 000, 2 000, 4 000 i 8 000 Hz. W szczególnych przypadkach rozszerzone o częstotliwości półoktawowe (3 000 i 6 000 Hz) – u dzieci zakwalifikowanych przez lekarza;
- c) test oceniający centralne procesy słuchowe (badanie dźwiękami LINGA – dźwięki mowy) – wykonywany w przypadku wskazań audiologicznych;
- d) przekazanie rodzicom/opiekunom informacji dot. wyniku badania oraz dalsze zalecenia u dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania.

Rodzice/opiekunowie byli informowani o wykryciu jakiegokolwiek nieprawidłowości w wyniku prowadzonych testów diagnostycznych oraz o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań i ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach audiologicznych, które już w ramach kontraktu z NFZ będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem.

Trudności napotkane podczas trzeciego modułu dotyczyły głównie problemów w skutecznej komunikacji z pracownikami szkół (uzgadnianie terminu spotkania/badania, odwoływanie zaplanowanych spotkań).

**Czwarty moduł** dotyczył konferencji szkoleniowych dla personelu medycznego

W ramach tego modułu zostały wykonane poniższe działania:

1. Rekrutacja na konferencje szkoleniowe została przeprowadzona zgodnie z przyjętymi kryteriami rekrutacji:
  - a) każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą i udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z właściwym Oddziałem Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
  - b) pracownik (osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę na stanowisku medycznym) lub współpracownik (osoba współpracująca z ww. podmiotem na podstawie np. umowy zlecenie i świadcząca usługi medyczne) będący lekarzem lub pielęgniarką.
2. Konferencje szkoleniowe dla personelu medycznego przeprowadzane były w celu upowszechniania i poszerzania wiedzy w zakresie wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu u dzieci rozpoczynających naukę w szkole. Konferencje realizowane były w formie stacjonarnych konferencji szkoleniowych w Światowym Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu.

Program konferencji obejmował poniższe elementy:

- ✓ otwarcie konferencji, wybrane problemy zaburzeń słuchu;
- ✓ rola i metodologia prowadzenia badań przesiewowych słuchu;
- ✓ rodzaje ubytków słuchu i możliwości diagnostyczne w zaburzeniach słuchu;
- ✓ profilaktyka zaburzeń słuchu;
- ✓ leczenie zaburzeń słuchu;
- ✓ metody operacyjne leczenia schorzeń narządu słuchu.

Każdemu lekarzowi, będącemu uczestnikiem Konferencji przyznane zostały 4 punkty edukacyjne.

Aspektem, przez który moduł 4 nie został całkowicie zrealizowany było małe zainteresowanie personelu medycznego zatrudnionego w placówkach udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

#### Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:<sup>3)</sup>

Rok	2017	2018	2019	Suma
liczba dzieci, która wzięła udział w programie polityki zdrowotnej	632	23 543	15 598	<b>39 773</b>
liczba ogółem zgłoszonych przez szkoły uczestników	27 253	20 804	707	<b>48 764</b>
liczba dzieci, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z powodu odmowy udziału w programie	161	5 409	3 421	<b>8 991</b>
liczba zdiagnozowanych przypadków wad słuchu	180	2 898	3 3034	<b>6 112</b>
liczba rodziców/opiekunów i personelu jednostek oświatowych uczestniczących w spotkaniach informacyjno-edukacyjnych	7 301	9 977	2 505	<b>19 783</b>
liczba personelu medycznego uczestniczącego w szkoleniach	50	7	0	<b>57</b>

W trakcie trwania programu, do udziału w programie łącznie przystąpiło 1 600 szkół, które zgłosiły udział 48 764 uczniów klas I (27 253 osób w 2017 r., 20 804 osób w 2018 r. oraz 707 osób w 2019 r.).

W sumie zbadanych zostało 39 773 dzieci (632 osób w 2017 r., 23 543 osób w 2018 r. oraz 15 598 osób w 2019 r.).

Zgłoszenia do udziału w konferencjach szkoleniowych przyjmowane były w formie elektronicznej i wysyłane pocztą elektroniczną lub faxem.

W trakcie trwania programu, w 8 edycjach konferencji szkoleniowych wzięło udział 57 uczestników (50 osób w 2017 r. oraz 7 osób w 2018 r.).

Dostrzeżono niską świadomość lekarzy rodzinnych dotyczącą: zaburzeń słuchu u dzieci rozpoczynających edukację szkolną, a także ich wpływu na kompetencje edukacyjne, wpływu różnych czynników mogących przyczynić się do rozwoju wady słuchu od okresu noworodkowego (pierwsze badanie przesiewowe) do etapu edukacji wczesnoszkolnej (hałas, częste infekcje, niedosłuchy uwarunkowane genetycznie).

<sup>3)</sup> W zakresie monitorowania, w przypadku programów polityki zdrowotnej, których realizację rozpoczęto w dniu 30 listopada 2017 r. lub po tym dniu, należy wskazać liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, a także liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej. W przypadku programów, których realizację rozpoczęto przed dniem 30 listopada 2017 r., dane wskazane w zdaniu poprzedzającym należy podać, o ile są dostępne. Należy opisać wyniki przeprowadzonej oceny jakości, w tym przedstawić zbiorcze wyniki, np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników programu polityki zdrowotnej ankiet satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej. W przypadku programów polityki zdrowotnej, dla których okres realizacji został określony na czas dłuższy niż jeden rok, powinno się przedstawić wyniki monitorowania z podziałem na poszczególne lata realizacji.

W zakresie ewaluacji należy ustosunkować się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, m. in. na podstawie wcześniej określonych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

W zależności od charakteru programu polityki zdrowotnej należy przedstawić rezultaty możliwe do oceny w momencie składania raportu końcowego z realizacji programu

### Liczba uczestników spotkań informacyjno-edukacyjnych



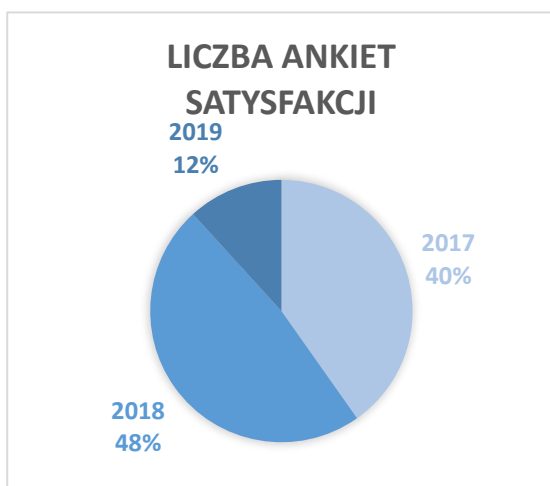
Rok	Liczba uczestników
2017	7 351
2018	9 984
2019	2 505
<b>SUMA</b>	<b>19 840</b>

W roku szkolnym 2017/2018 oraz 2018/2019 łączna liczba uczestników spotkań informacyjno-edukacyjnych oraz konferencji szkoleniowych dla personelu medycznego wyniosła 19 840 osób.

W 2017 roku liczba osób uczestniczących w spotkaniach i konferencjach wyniosła 7 351 osób, a więc 37 % ogólnej liczby uczestników.

Najwięcej osób uczestniczyło w spotkaniach w 2018 roku – 9 984 osoby, co stanowiło prawie 50% liczby wszystkich uczestników spotkań i konferencji. Natomiast najmniej uczestników było w 2019 roku – 2 505 osób, co stanowiło prawie 13% ogólnej liczby osób uczestniczących w spotkaniach oraz konferencjach.

### Liczba ankiet satysfakcji wypełniona przez uczestników spotkań informacyjno-edukacyjnych



Rok	Liczba ankiet satysfakcji
2017	6 550
2018	7 821
2019	1 917
<b>SUMA</b>	<b>16 288</b>

Ocena jakości spotkań informacyjno-edukacyjnych oraz konferencji szkoleniowych weryfikowana była w oparciu o wyniki ankiet satysfakcji uczestników.

W roku szkolnym 2017/2018 oraz 2018/2019 łączna liczba ankiet satysfakcji wypełnionych przez uczestników spotkań informacyjno-edukacyjnych oraz konferencji szkoleniowych wyniosła 16 288.

W 2017 roku liczba wypełnionych ankiet satysfakcji wyniosła 6 550, a więc około 40,00% ogólnej liczby ankiet.

Najwięcej ankiet satysfakcji zostało wypełnionych w 2018 roku – 7 821 ankiet, co stanowi około 48,00% liczby wszystkich ankiet. Natomiast najmniej było w 2019 roku – 1 917 ankiet, co stanowiło około 12,00% ogólnej liczby ankiet uzupełnionych przez osoby uczestniczące w spotkaniach informacyjno-edukacyjnych oraz konferencjach.

Różnica pomiędzy liczbą uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji uczestników, a liczbą przeanalizowanych ankiet wyniosła 3 552. Ponad 82% uczestników wypełniło przedmiotowe dokumenty.

Ankieta była anonimowa oraz dobrowolna. Nie wszyscy uczestnicy biorący udział w spotkaniach oraz szkoleniach uzupełniali i przekazywali ankiety satysfakcji.

Ankieta ta składała się z 4 pytań:

1. Jak Pan/i ocenia zrozumiałość przekazywanych informacji?
2. Jak Pan/i ocenia przydatność przekazanych informacji?
3. Jak Pan/i ocenia poziom merytoryczny spotkania?
4. Jak Pan/i ocenia odpowiedzi osoby prowadzącej na zadawane pytania?

Skala oceny odpowiedzi na pytania wahała się od „bardzo wysoko” do „bardzo nisko”.

odpowiedź	pytanie 1	%	pytanie 2	%	pytanie 3	%	pytanie 4	%	łącznie	%
<b>bardzo wysoko</b>	7 460	45,80 %	7 744	47,54 %	6 722	41,27 %	7 487	45,97 %	29 413	45,15 %
<b>wysoko</b>	7 730	47,46 %	7 406	45,47 %	7 908	48,55 %	7 319	44,93 %	30 363	46,60 %
<b>średnio</b>	1 049	6,44%	1 103	6,77%	1 593	9,78%	1 191	7,31%	4 936	7,58%
<b>nisko</b>	21	0,13%	16	0,10%	28	0,17%	25	0,15%	90	0,14%
<b>bardzo nisko</b>	22	0,14%	13	0,08%	25	0,15%	18	0,11%	78	0,12%
<b>brak odpowiedzi</b>	6	0,03%	6	0,04%	12	0,08%	248	1,53%	272	0,41%
<b>suma końcowa</b>	<b>16 288</b>	<b>100%</b>	<b>16 288</b>	<b>100%</b>	<b>16 288</b>	<b>100%</b>	<b>16 288</b>	<b>100%</b>	<b>65 152</b>	<b>100%</b>

#### Pytanie 1. Jak Pan/i ocenia zrozumiałość przekazywanych informacji?

Odpowiedź	Rok					
	2017		2018		2019	
	ilość [szt.]	udział procentowy [%]	ilość [szt.]	udział procentowy [%]	ilość [szt.]	udział procentowy [%]
<b>bardzo wysoko</b>	2 770	42,29	3 659	46,78	1 031	53,78
<b>Wysoko</b>	3 215	49,08	3 725	47,63	790	41,21
<b>Średnio</b>	532	8,12	427	5,46	90	4,70
<b>Nisko</b>	15	0,23	0	0,00	6	0,31
<b>bardzo nisko</b>	15	0,23	7	0,09	0	0,00
<b>brak odpowiedzi</b>	3	0,05	3	0,04	0	0,00
<b>Suma końcowa</b>	<b>6 550</b>		<b>7 821</b>		<b>1 917</b>	

W 2017 roku najwięcej osób oceniło „wysoko” zrozumiałość przekazywanych informacji – 3 215 odpowiedzi, stanowiących 49,08% w stosunku do wszystkich możliwych odpowiedzi.

Dokładnie taka sama odpowiedź zaznaczana była najczęściej również w 2018 roku – 3 725 odpowiedzi, co stanowi 47,63% wszystkich możliwych odpowiedzi. Natomiast w 2019 roku 1 031 uczestników oceniło zrozumiałość przekazywanych informacji, jako „bardzo wysoko”, co stanowi 53,78% wszystkich możliwych odpowiedzi.

**Pytanie 2. Jak Pan/i ocenia przydatność przekazanych informacji?**

Odpowiedź	Rok					
	2017		2018		2019	
	ilość [szt.]	udział procentowy [%]	ilość [szt.]	udział procentowy [%]	ilość [szt.]	udział procentowy [%]
<b>bardzo wysoko</b>	2 884	44,03	3 823	48,88	1 037	54,09
<b>Wysoko</b>	3 121	47,65	3 520	45,01	765	39,91
<b>Średnio</b>	523	7,98	471	6,02	109	5,69
<b>Nisko</b>	11	0,17	0	0,00	5	0,26
<b>bardzo nisko</b>	9	0,14	4	0,05	0	0,00
<b>brak odpowiedzi</b>	2	0,03	3	0,04	1	0,05
<b>Suma końcowa</b>	<b>6 550</b>		<b>7 821</b>		<b>1 917</b>	

Kolejnym zagadnieniem w ankiecie satysfakcji była ocena przydatności przekazywanych informacji. W 2017 roku najwięcej uczestników odpowiedziało „wysoko” – 3 121 odpowiedzi, osiągając 47,65% w stosunku do wszystkich możliwych odpowiedzi. W 2018 oraz 2019 roku ankietowani zaznaczyli najwięcej odpowiedzi „bardzo wysoko”, w 2018 roku – 3 823 odpowiedzi (48,88%), a w 2019 roku – 1 037 odpowiedzi (54,09%).

**Pytanie 3. Jak Pan/i ocenia poziom merytoryczny spotkania?**

Odpowiedź	Rok					
	2017		2018		2019	
	ilość [szt.]	udział procentowy [%]	ilość [szt.]	udział procentowy [%]	ilość [szt.]	udział procentowy [%]
<b>bardzo wysoko</b>	2 489	38,00	3 305	42,26	928	48,41
<b>Wysoko</b>	3 237	49,42	3 844	49,15	827	43,14
<b>Średnio</b>	784	11,97	651	8,32	158	8,24
<b>Nisko</b>	18	0,27	7	0,09	3	0,16
<b>bardzo nisko</b>	17	0,26	8	0,10	0	0,00
<b>brak odpowiedzi</b>	5	0,08	6	0,08	1	0,05
<b>Suma końcowa</b>	<b>6 550</b>		<b>7 821</b>		<b>1 917</b>	

W 2017 r. najwięcej uczestników „wysoko” oceniło poziom merytoryczny spotkania - 3 237 osób, co stanowi 49,42% ogólnej liczby odpowiedzi. W 2018 roku również najwięcej uczestników odpowiedziało „wysoko” – 3 844 osób, co stanowi 49,15% odpowiedzi. Natomiast w 2019 roku najwięcej ankietowanych odpowiedziało „bardzo wysoko” – 928 osób, co stanowi 48,41%.

**Pytanie 4. Jak Pan/i ocenia odpowiedzi osoby prowadzącej na zadawane pytania?**

Odpowiedź	Rok					
	2017		2018		2019	
	ilość [szt.]	udział procentowy [%]	ilość [szt.]	udział procentowy [%]	ilość [szt.]	udział procentowy [%]
<b>bardzo wysoko</b>	2 835	43,28	3 625	46,35	1 027	53,57
<b>Wysoko</b>	3 036	46,35	3 530	45,13	753	39,28

<b>Średnio</b>	550	8,40	538	6,88	103	5,37
<b>Nisko</b>	19	0,29	4	0,05	2	0,10
<b>bardzo nisko</b>	13	0,20	4	0,05	1	0,05
<b>brak odpowiedzi</b>	97	1,48	120	1,54	31	1,63
<b>Suma końcowa</b>	<b>6 550</b>		<b>7 821</b>		<b>1 917</b>	

Na pytanie ankietowe dotyczące oceny sposobu odpowiedzi osoby prowadzącej na zadawane pytania, w 2017 roku 3 036 osób odpowiedziało „wysoko”, co stanowi 46,35% wszystkich odpowiedzi. W 2018 i 2019 roku uczestnicy zaznaczyli najwięcej odpowiedzi, jako „bardzo wysoko” – w 2018 roku 3 625 odpowiedzi (46,35%), natomiast w 2019 roku – 1 027 odpowiedzi (53,57%).

Zgodnie z *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020* zostało przeprowadzone badanie ewaluacyjne oceniające realizację programu. Dzięki temu badaniu sformułowano szereg wniosków i rekomendacji, które pozwolą na sprawniejszą realizację podobnych przedsięwzięć w ramach przyszłych programów polityki zdrowotnej realizowanych. Poniżej kilka z nich:

- Należy rozważyć realizację badania na próbie dzieci, należących do tzw. grupy wysokiego ryzyka, nie zaś na całości populacji. W tym celu należy pogłębić ankietę medyczną wypełnianą przez rodziców lub opiekunów prawnych. Ankieta ta powinna pozwolić na uzyskanie informacji na temat tego, czy istnieje ryzyko wystąpienia wad słuchu u dziecka. Ankiety powinny być poddane analizie, która będzie służyła zakwalifikowaniu bądź niezakwalifikowaniu danego dziecka do udziału w badaniach.
- Należy wprowadzić obowiązek rekrutacji uczestników do badania w zróżnicowanych miejscach, co pozwoli na zwiększenie zasięgu realizowanych przedsięwzięć. Działania informacyjne o możliwości uczestnictwa w programie należy prowadzić nie tylko w szkołach, ale również w innych miejscach, tj. zakłady opieki zdrowotnej, świetlice środowiskowe, ośrodki pomocy społecznej itp.
- Rekomenduje się zaproponowanie powołania koordynatora projektu w szkole, w gminie lub w powiecie (w zależności od liczby szkół). Działanie takie mogłoby zostać sfinansowane w ramach kosztów pośrednich realizatora projektu. Dzięki temu, że funkcja taka mogłaby zostać utworzona, możliwe będzie uniknięcie wielu problemów związanych z realizacją wsparcia (np. ustalenie terminu przeprowadzenia spotkania informacyjnego) oraz usprawnienie realizacji programu. Osoba ze środowiska lokalnego (np. pedagog szkolny, pracownik sekretariatu, pielęgniarka, pracownik socjalny czy pracownik urzędu gminy) będzie również cieszyła się większym zaufaniem ze strony rodziców, niż pracownik realizatora, co ma szansę pozytywnie wpłynąć na zgłaszalność do uczestnictwa w badaniach.
- Zaleca się wprowadzenie szczegółowego wzoru sprawozdań, które powinien realizator przedkładać Instytucji Zarządzającej. Załącznikiem do umowy o dofinansowanie w ramach przedmiotowych działań powinien być wzór sprawozdania (rocznego, końcowego) z realizacji programu. Pracownicy IZ i IP powinni przypominać realizatorom o konieczności przedłożenia sprawozdań oraz konsultować ich treść przed ostatecznym złożeniem. Pozwoli to na sprawniejszą realizację przedsięwzięcia oraz uniknięcie opóźnień w przekazywaniu prawidłowych, kompletnych sprawozdań.
- Należy zabezpieczyć środki finansowe na zbadanie efektu realizacji programu w dłuższym okresie – np. rok, dwa lata po jego zakończeniu. Należy zbadać populację dzieci, u których wykryto wadę słuchu - rok lub dwa lata po jej wykryciu. Pozwoli to na określenie rzeczywistej skali zmian, która zaszła w zdrowiu dzieci, u których zdiagnozowano wadę słuchu.
- Należy położyć większy nacisk na informowanie i przypominanie rodzicom oraz opiekunom prawnym o konsekwencjach niepodjętego leczenia u dzieci z wadą słuchu.
- Zaleca się przeprowadzenie aktualizacji wyceny poszczególnych działań w ramach programu. Należy w tym celu przeprowadzić weryfikację czy koszty, które są przewidziane w programie odpowiadają stawkom rynkowym podczas jego realizacji.



Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej: <sup>4)</sup> 2 123 390,53 zł Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2017 r.		
Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej: <sup>4)</sup> 765 911,71 zł Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2018 r.		
Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej: <sup>4)</sup> 943 295,73 zł Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2019 r.		
Źródło finansowania <sup>5)</sup>	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. 2017 rok dofinansowanie z Europejskiego Funduszu Społecznego	1 698 407,97 zł	-
2. 2017 rok dofinansowanie z Budżetu Państwa	268 303,10 zł	-
3. 2017 rok środki własne realizatora	156 679,46 zł	-
4. 2018 rok dofinansowanie z Europejskiego Funduszu Społecznego	613 412,31 zł	-
5. 2018 rok dofinansowanie z Budżetu Państwa	96 902,76 zł	-
6. 2018 rok środki własne realizatora	55 596,64 zł	-
7. 2019 rok dofinansowanie z Europejskiego Funduszu Społecznego	754 258,08 zł	-
8. 2019 rok dofinansowanie z Budżetu Państwa	119 152,63 zł	-
9. 2019 rok środki własne realizatora	69 885,02 zł	-
Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej		
Źródło finansowania <sup>5)</sup>	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
dofinansowanie z Europejskiego Funduszu Społecznego	3 066 078,36 zł	-
dofinansowanie z Budżetu Państwa	484 358,49 zł	-
środki własne realizatora	282 161,12 zł	-
Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej: <sup>6)</sup>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ liczba uczestników (uczestnicy spotkań informacyjno – edukacyjnych oraz zbadani uczniowie kl. I): 59 556, 3 832 597,97 zł: 59 556 uczestników = 64,35 zł</li> <li>✓ liczba dzieci zgłoszonych przez szkoły podstawowe, które przystąpiły do Programu: 48 764, 3 832 597,97 zł: 48 764 uczestników = 78,59 zł</li> <li>✓ liczba dzieci, spełniających kryteria włączenia i korzystających z interwencji wskazanych w Programie: 39 773, 3 832 597,97 zł: 39 773 uczestników = 96,36 zł</li> </ul>		
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej: <sup>5),7)</sup>		Opis podjętych działań modyfikujących: <sup>8)</sup>
Problem 1: Niska zgłaszalność do programu, która uniemożliwiła przebadanie założonej w programie		Działanie modyfikujące problem 1: Zaangażowanie różnych instytucji w akcje informacyjno-edukacyjne w celu dotarcia do

<sup>4)</sup> W przypadku realizacji programu polityki zdrowotnej w raporcie końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej należy przedstawić informację dla każdego kalendarzowego roku realizacji programu polityki zdrowotnej.

<sup>5)</sup> Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów.

<sup>5)</sup> Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów.

<sup>6)</sup> Należy przedstawić poniesione koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu polityki zdrowotnej, tam gdzie każdemu oferowany był dokładnie ten sam zakres interwencji. W programach złożonych, zakładających wieloetapowość interwencji, należy przedstawić koszty w rozbięciu na poszczególne świadczenia zdrowotne, które oferowane były w ramach programu polityki zdrowotnej.

<sup>7)</sup> Należy opisać trudności, które zostały zweryfikowane w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposoby, w jaki zostały rozwiązane. Należy opisać krytyczne aspekty, przez które planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej lub część tych interwencji nie mogły być zrealizowane.

<sup>8)</sup> Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”.

<p>populacji.</p> <p>Problem 2: Krytycznym aspektem, przez który moduł 4 - konferencje szkoleniowe dla personelu medycznego, nie został całkowicie zrealizowany było niskie zainteresowanie personelu medycznego zatrudnionego w placówkach udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.</p>	<p>wszystkich szkół podstawowych np. Samorząd Województwa Mazowieckiego wystosował pismo do jednostek samorządu terytorialnego zachęcające do udziału w badaniach. W akcje informujące o programie zaangażowane było również Kuratorium Oświaty, oraz urzędy gmin/miast.</p> <p>Kolejnym działaniem modyfikującym było przeprowadzanie rozmów telefonicznych z pracownikami szkół i informowanie, że badania są bezpłatne oraz realizowane przez specjalistów.</p> <p>Działanie modyfikujące problem nr 2: Realizator umożliwił uczestnictwo w 15 edycjach konferencji szkoleniowej w różnych terminach zarówno w dni robocze, jak i weekendy. Zaproszenia do udziału w konferencjach wysyłane były zarówno pocztą tradycyjną, jak również elektroniczną. Ponadto, każdemu lekarzowi będącemu uczestnikiem Konferencji przyznane zostały 4 punkty edukacyjne. Pomimo szeregu działań podjętych przez realizatora, w konferencjach wzięło udział 57 osób.</p>		
<p>Warszawa</p> <p>Miejscowość</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="790 1064 1101 1541"> <p>16.12.2019 r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p> <p>20.12.2019 r. Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p> </td> <td data-bbox="1101 1064 1396 1541"> <p>Główny Specjalista Biuro Promocji Zdrowia - Zofia Nowacka oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>9)</sup></p> <p>Wicemarszałek Województwa Mazowieckiego – Wiesław Rąboszuk oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>9)</sup></p> </td> </tr> </table>	<p>16.12.2019 r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p> <p>20.12.2019 r. Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>Główny Specjalista Biuro Promocji Zdrowia - Zofia Nowacka oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>9)</sup></p> <p>Wicemarszałek Województwa Mazowieckiego – Wiesław Rąboszuk oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>9)</sup></p>
<p>16.12.2019 r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p> <p>20.12.2019 r. Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>Główny Specjalista Biuro Promocji Zdrowia - Zofia Nowacka oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>9)</sup></p> <p>Wicemarszałek Województwa Mazowieckiego – Wiesław Rąboszuk oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>9)</sup></p>		

<sup>9)</sup> Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.