



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 65/2019 z dnia 24 maja 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Wczesna
diagnostyka dysfunkcji układu nerwowego niemowląt i dzieci
zamieszkałych na terenie gminy miasto Szczecin w latach 2019-
2022”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Wczesna diagnostyka dysfunkcji układu nerwowego niemowląt i dzieci zamieszkałych na terenie gminy miasto Szczecin w latach 2019-2022”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia Prezesa Agencji wynika przede wszystkim z faktu, że zaplanowane w projekcie interwencje nie zostały zaplanowane zgodnie z rekomendowaną ścieżką postępowania w zakresie nieprawidłowego rozwoju neurologicznego niemowląt i dzieci. Dodatkowo w projekcie w sposób nieprecyzyjny i niejasny oszacowano liczebność populacji docelowej. Brakuje również wielu istotnych elementów programu oraz szczegółowych informacji, które pozwoliłyby w pełni zweryfikować zaplanowane interwencje.

W treści projektu są liczne niespójności dotyczące oszacowanego odsetka populacji planowanego do włączenia do poszczególnych etapów programu. Nie jest jasne, do jakich osób ostatecznie zostanie skierowany projekt, oraz jaka liczba uczestników będzie mogła z niego skorzystać. Liczba przeprowadzonych działań w ramach pierwszego etapu nie jest spójna z oszacowaniami dotyczącymi liczebności populacji docelowej. W projekcie nie sprecyzowano kryteriów kwalifikacji do programu. Nie wiadomo na jakiej podstawie dzieci mogą być kierowane do zaplanowanych działań. Brakuje wskazania, które zaburzenia wieku rozwojowego będą kwalifikowały do udziału w programie.

Należy mieć na uwadze, że do programu kierowane mają być dzieci u których rodzice lub lekarz POZ zauważyli niepokojące objawy ze strony układu nerwowego. Mając na uwadze, że projekt dotyczy małych dzieci, mało prawdopodobne jest, że rodzice, czy lekarz POZ w pierwszej kolejności zgłoszą się z dzieckiem do programu polityki zdrowotnej, nie zaś po poradę specjalisty. Dodatkowo należy zaznaczyć, że projekcie wydłużona została ścieżka postępowania z dzieckiem, gdyż po skierowaniu do programu przez lekarza POZ, jako pierwsza jest kwalifikacja położnej, później dopiero następuje konsultacja pediatryczno-neurologiczna, przy czym w projekcie nie sprecyzowano, czy konsultacja ta będzie przeprowadzona przez lekarza pediatrę czy neurologa. Tak zaplanowana ścieżka postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, nie tylko jest niezgodna z odnalezionymi rekomendacjami klinicznymi, ale również niesie ryzyko błędnego zdiagnozowania dziecka, czy też wystąpienia rozwoju ewentualnej choroby, ze względu na wydłużony czas do wizyty u specjalisty.

Istotnym ograniczeniem programu jest brak określenia zakresu planowanych interwencji oraz wymogów dotyczących kadry medycznej, odpowiedzialnej za przeprowadzenie poszczególnych działań. Dodatkowo projekt nie zapewnia ciągłości opieki w sytuacji konieczności kontynuacji leczenia.



W odniesieniu do pozostałych elementów programu należy wskazać, że, zaproponowane cele programowe wymagają doprecyzowania, tak aby były zgodne z koncepcją SMART. Uzupełnienia wymaga również kwestia dotycząca mierników efektywności, które powinny umożliwić ocenę skutków programu.

Monitorowanie i ewaluacja wymagają korekty w szczególności w zakresie oceny zgłaszalności i efektywności planowanych działań.

Przedstawiony budżet budzi wątpliwości pod kątem przyjętych założeń dotyczących objęcia poszczególnymi badaniami określonego w projekcie odsetka populacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji neurologicznej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi ok. 448 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2022.

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

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do problemu zdrowotnego jakim są zaburzenia wieku rozwojowego. Należy podkreślić, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji.

Opiniowany program realizuje następujący priorytet: „rehabilitacja” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 469).

W treści projektu programu przedstawiono szczegółowy opis sytuacji epidemiologicznej w ujęciu ogólnosięciowym i krajowym.

W oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób dziecięcych dla województwa zachodniopomorskiego można wskazać, że w 2016 r. największą liczbą hospitalizacji charakteryzowały się oddziały: pediatryczny oraz neurologiczny dla dzieci. Hospitalizacje na tych dwóch oddziałach stanowiły łącznie 86,8% hospitalizacji w analizowanej grupie. Natomiast najwięcej hospitalizacji sprawozdano w ramach zakresów: Pediatria – hospitalizacja oraz Neurologia dziecięca - hospitalizacja. Hospitalizacje w ramach tych dwóch zakresów stanowiły łącznie 80,6%.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest przeprowadzenie diagnostyki lekarskiej i fizjoterapeutycznej u dzieci od 6 do 36 miesiąca życia zamieszkałych na terenie Gminy Miasto Szczecin. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Wskazany cel główny został natomiast przedstawiony w formie działania i nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego., w związku z czym konieczna jest jego poprawa.

W treści projektu programu przedstawiono także 4 cele szczegółowe w postaci: „diagnoza medyczna i fizjoterapeutyczna zaburzeń neurologicznych”, „przeciwdziałanie pogłębieniu się dysharmonii rozwojowych u dzieci urodzonych w normie”, „wsparcie rodziców/opiekunów w zakresie usprawniania dzieci w domu”, „zwiększenie świadomości zdrowotnej i społecznej wśród mieszkańców Gminy Miasto Szczecin na temat występowania schorzeń neurologicznych u niemowląt i dzieci”. Powyższe cele nie zostały w pełni sformułowane z koncepcją SMART, według której dobrze skonstruowany cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany

w czasie. Ponadto cele szczegółowe zostały również sformułowane w formie działania. Zatem cele programowe wymagają przekonstruowania.

W projekcie przedstawiono 6 mierników efektywności: „liczba niemowląt i dzieci włączonych do programu diagnozy neurologicznej objętych wywiadem pielęgniarskim/położniczym”, „liczba niemowląt i dzieci włączonych do programu na podstawie badania pediatryczno-neurologicznego”, „liczba niemowląt i dzieci objętych badaniem fizjoterapeutycznym”, „liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w grupowych warsztatach edukacyjnych”, „liczba rodziców/opiekunów objętych indywidualną konsultacją fizjoterapeutyczną”, „liczba rodziców/opiekunów objętych indywidualną konsultacją psychologiczną”. Wskazane mierniki efektywności mogą zostać wykorzystane w ramach oceny zgłaszalności, nie zaś oceny czy osiągnięto założony cel programu. Ponadto mając na uwadze, że cel główny programu wymaga poprawy, również dostosowania wymagać będą mierniki efektywności. Należy podkreślić, że nie określono miernika bezpośrednio odnoszącego się do celu związanego z „przeciwdziałaniem pogłębianiu się dysharmonii rozwojowych u dzieci urodzonych w normie”, co należy uzupełnić.

Przy formułowaniu mierników efektywności należy pamiętać, aby wartości wskaźników były określane przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze osiągniętego efektu programu.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do dzieci w wieku od 3 do 36 miesięcy oraz w zakresie edukacji - ich rodziców/opiekunów, zamieszkałych na terenie Miasta Szczecin. Oszacowano, na podstawie liczby żywych urodzeń w latach 2017 i 2018 oraz prognozowanej dla 2019 r., że z każdego rocznika badaniem zostanie objętych 163 dzieci. W ciągu trwania programu wskazano, że możliwy będzie udział ok. 500 osób.

Jednak w treści projektu są liczne niespójności dotyczące oszacowanego odsetka populacji planowanego do włączenia do poszczególnych etapów programu. Liczba przeprowadzonych działań w ramach pierwszego etapu (1000 wywiadów) nie jest spójna z założeniami dotyczącymi populacji docelowej, w której założono udział ok. 500 dzieci. Do etapu II ma być kwalifikowane ok. 500 dzieci, które zostaną poddane badaniu pediatryczno-neurologicznemu. W ramach etapu III zaplanowano włączenie 400 dzieci, które zostaną objęte indywidualną konsultacją neurorehabilitacyjną. Powyższe szacunki są niejednoznaczne, w związku z czym ten element programu wymaga ujednoczenia wraz z wskazaniem podstaw przyjętych założeń dotyczących liczebności populacji.

W projekcie nie wskazano wykazu schorzeń, które będą uwzględniane podczas działań w ramach programu. Określono jedynie, że z programu będą wyłączone dzieci przedwcześnie urodzone, z ciąży wysokiego ryzyka, objęte programem wczesnej interwencji.

Interwencja

Program zakłada przeprowadzenie interwencji w ramach 5 etapów.

W ramach I etapu założono, że rodzice/opiekunowie będą zgłaszać się z dziećmi do programu w przypadku podejrzenia przez nich lub przez lekarza POZ schorzeń neurologicznych. Etap I zakłada przeprowadzenie pogłębionych wywiadów przeprowadzany przez pielęgniarkę/położną, których będą stanowiły podstawę do włączenia dziecka do dalszych etapów programu. Nie określono kryteriów, które będą stanowiły podstawę kwalifikacji do kolejnych etapów, co wymaga uzupełnienia. Ponadto nie wskazano narzędzi wykorzystywanych w ramach wywiadu.

Projekt zakłada, że do II etapu, obejmującego badanie pediatryczno-neurologiczne, zostanie skierowanych ok. 500 dzieci. Celem badania będzie rozpoznanie potencjalnego stanu chorobowego i wskazanie programu terapeutycznego. Natomiast w ramach III etapu zaplanowano przeprowadzenie indywidualnej konsultacji neurorehabilitacyjnej. W treści programu nie określono zakresu planowanego badania pediatryczno-neurologicznego, ani konsultacji neurorehabilitacyjną, co wymaga uszczegółowienia.

Należy wskazać, że w projekcie nie uwzględniono wymogów dotyczących kadry medycznej programu. Eksperci kliniczni stwierdzają, że w programach dotyczących kompleksowej terapii i rehabilitacji dzieci powinna być każdorazowo dobierana odpowiednia kadra medyczna z uwzględnieniem neurologa dziecięcego. Ponadto zgodnie z wytycznymi SIGN 2013 stwierdza się, że programy kompleksowej neurorehabilitacji powinny angażować interdyscyplinarny zespół, którego członkowie będą potrafili rozpoznać trudności poznawcze, emocjonalne i behawioralne w celu poprawy w zakresie wykonywania czynności życia codziennego przez pacjenta. Dodatkowo podkreśla się, że w celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu ze wczesną interwencją, powinna być dostarczona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów.

Ze względu na brak wskazania schorzeń, które planuje się wykrywać podczas programu nie jest możliwe określenie dokładnego dalszego postępowania z dzieckiem. W projekcie odniesiono się jedynie do pojęcia schorzeń o podłożu neurologicznym.

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej (PTND 2013) wskazują, że w przypadku podejrzenia schorzeń neurologicznych przez rodziców należy udać się niezwłocznie na konsultację lekarską – w tym neurologiczną. Odnalezione wytyczne PTND 2013 podkreślają, że dzieci z zaburzeniami neurologicznymi powinny zostać objęte wczesną interwencją lub też wczesnym wspomaganiami. Działania powinny być podejmowane w sposób indywidualny w zależności od stwierdzonych schorzeń neurologicznych. Wytyczne określają wczesną interwencję jako zbiór świadczeń i usług skierowanych do bardzo małych dzieci i ich rodzin, dostępnych na życzenie w określonym momencie życia dziecka i obejmujących każde działanie podjęte w sytuacji, gdy dziecko potrzebuje specjalnego wsparcia, po to, aby zapewnić mu osobisty rozwój i wspomóc jego przebieg; wzmocnić umiejętności i możliwości jego rodziny; wesprzeć integrację społeczną dziecka i jego rodziny. Natomiast wczesne wspomaganie definiowane jest jako wielospecjalistyczne (terapeutyczno-rehabilitacyjno-edukacyjne) działanie mające na celu pobudzenie psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole (PTND 2013).

Projekt zakłada również przeprowadzenie IV i V etapu, kierowanych wyłącznie do rodziców lub opiekunów dzieci. W ramach tych etapów planowane są spotkania edukacyjne (w zakresie usprawniania dziecka w domu) oraz indywidualnych konsultacji psychologicznej. Spotkania edukacyjne mają odbywać się w grupach 35-45 osobowych i trwać ok. 3 godzin. Nie wskazano zakresu jaki będzie poruszany w trakcie tych działań, co należy uzupełnić.

Należy zaznaczyć, że oceniany program dotyczy sfinansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (świadczenia pielęgniarki/położnej), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (konsultacje z zakresu pediatrii/neurologii) oraz rehabilitacji leczniczej (konsultacja fizjoterapeutyczna, psychologiczna, edukacja rodziców).

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji, jednak ten element programu wymaga poprawy.

W ramach oceny zgłaszalności zaplanowano analizę liczby dzieci zgłoszonych do programu przez rodziców opiekunów prawnych. Powyższy punkt programu należy uzupełnić o wskaźnik analizujący liczbę osób zakwalifikowanych do poszczególnych etapów oraz liczbę niezakwalifikowanych do programu w stosunku do zgłoszonych.

W ramach oceny jakości zaplanowano przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród uczestników programu, co jest podejściem poprawnym.

Ocena efektywności programu ma zostać oceniona na podstawie analizy liczby niemowląt i dzieci u których zdiagnozowano dysfunkcje układu nerwowego. Należy jednak podkreślić, że w projekcie nie uwzględniono podziału na rodzaje schorzeń, a także odniesienia wyników sprzed i po wprowadzeniu programu. Wskaźnikami, które można zastosować w ramach ewaluacji może być: odsetek pacjentów, u których wystąpiła poprawa w ocenie danej dolegliwości wskazana w ankiecie ewaluacyjnej przez opiekuna.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

Warunki realizacji

W projekcie nie odniesiono się do sposobu wyboru realizatora programu. Zgodnie z zapisami ustawowymi realizatora programu należy wybrać w drodze konkursu ofert.

Etapy programu zostały przedstawione ogólnikowo. Wskazano, że pierwszym etapem będzie przeprowadzenie kampanii edukacyjno-informacyjnej. Następnie mają być realizowane etapy I-V, a ostatni etap ma stanowić monitorowanie i ewaluacja programu.

W programie także pobieżnie opisano sposób zakończenia udziału. Zakończenie uczestnictwa ma nastąpić po „zrealizowaniu schematu kompleksowej diagnostyki neurologicznej do momentu wyłączenia lub zakończenia udziału w programie”. Nie określono czy zostaną przekazane informacje na temat dalszej ścieżki terapeutycznej. Określenie ścieżki postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału jest wskazane z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń.

W projekcie programu oszacowano koszty całkowite programu wynoszące ok. 448 000 zł (149 440 zł na każdy rok). Przedstawiono jednostkowe koszty poszczególnych interwencji: wywiad pielęgniarski/położniczy - 15 tys. zł; badanie pediatryczno-neurologiczne – 40 tys. zł; konsultacja dla rodziców indywidualna – fizjoterapeuta – 25 tys. zł.; edukacja grupowa dla rodziców – 26 tys. zł; konsultacja indywidualna psychologiczna – 25 tys. zł. Należy jednak podkreślić, iż w projekcie przedstawiono zestawienie kosztów programu w sposób nieprecyzyjny. Oszacowania liczebności populacji docelowej nie jest spójna z tą zawartą w budżecie. Ponadto nie uwzględniono kosztów związanych z przeprowadzeniem monitorowania i ewaluacji.

Finansowanie programu zostało zaplanowane z budżetu Miasta Szczecin.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Dziecko niepełnosprawne ma naruszoną sprawność różnego rodzaju i wymaga wielostronnej pomocy specjalnej. W wielu przypadkach wymaga ono troskliwej opieki medycznej ze strony odpowiednich specjalistów, nieraz długotrwałego leczenia, fizycznego usprawniania, różnych rodzajów terapii (psychoterapii, socjoterapii, logoterapii) i zaopatrzenia w odpowiednie pomoce techniczne oraz zapewnienia pomocy specjalnej.

Blisko 58% dzieci z niepełnosprawnością cierpi z powodu przynajmniej jednego poważnego problemu zdrowotnego, który wpływa na codzienną egzystencję. Dla 32,8% dzieci niepełnosprawnych podano jeden poważny kłopot lub trudność, dla 13% – dwa, a liczbę trzech i więcej kłopotów zgłaszano znacznie rzadziej. Wśród dzieci niepełnosprawnych z poważnymi kłopotami zdrowotnymi prawie co czwarte ma problemy ze wzrokiem, a także trudności w mówieniu. Ponad 1/5 ma trudności w poruszaniu się. Problemy ze wzrokiem oraz z poruszaniem się częściej występują u niepełnosprawnych dziewczynek, natomiast więcej chłopców ma trudności w mówieniu. Niepełnosprawne dzieci napotykają w codziennym życiu szereg barier.

Dzieci z niepełnosprawnością ruchową borykają się przede wszystkim z trudnościami związanymi z poruszaniem się, samodzielnością, własnym ciałem. Skala tych trudności uzależniona jest od rodzaju i stopnia ograniczenia sprawności fizycznej.

Dzieci niewidome i niedowidzące doświadczają wielu problemów. Brak bądź poważne osłabienie wzroku powoduje trudności w poszczególnych obszarach funkcjonowania, takich, jak: orientacja przestrzenna i poruszanie się, poznawanie rzeczywistości oraz zjawisk, rozumienie pojęć, wykonywanie czynności dnia codziennego, sfera emocjonalna, funkcjonowanie społeczne.

W przypadku dzieci z problemami ze słuchem utrudniony jest wizualny odbiór świata - u osób niesłyszących zmysł wzroku zastępuje niejako zmysł słuchu. Spełnia rolę kompensacyjną (zastępczą) zmysłu wzroku. Jest głównym narzędziem poznawania otaczającej rzeczywistości. Najczęściej przeżywane przez osoby niesłyszące problemy osobowościowe to: niepokój, zaburzenia w zachowaniu, zubożenie osobowości, ograniczenie zdolności adaptacji społecznej, tendencje neurotyczne, częste doświadczanie frustracji, poczucie mniejszej wartości, predyspozycje nerwicowe, nadpobudliwość, zmienność emocjonalna.

Dzieci z autyzmem również mają swoje charakterystyczne problemy: z mniejszym stopniem autyzmu, mogą okazywać tylko niewielkie opóźnienie mowy i większe problemy w kontaktach ze środowiskiem. Mogą mieć przeciętnie lub ponadprzeciętnie rozwiniętą mowę, lecz mają kłopoty z wyobraźnią, lub ze współuczestniczeniem w grze z rówieśnikami. Inne dzieci, z większym stopniem autyzmu, mogą potrzebować pomocy z codziennymi potrzebami jak przejście przez ulicę lub zrobienie zakupów. Wiele dzieci i dorosłych z autyzmem utrzymuje kontakt wzrokowy, okazuje uczucia, uśmiecha się i śmieje oraz okazuje całą gamę innych emocji, ale w różnym stopniu. Autyzm może oddziaływać na to jak reagują i utrudniać im kontrolowanie ciała i umysłu.

Osoby niepełnosprawne intelektualnie może cechować trwale ograniczona sprawność na poziomie kognitywnym, językowym, motorycznym oraz na poziomie umiejętności społecznych.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia zawarte w programie odnoszą się do świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (świadczenia pielęgniarki/położnej), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (konsultacji z zakresu pediatrii, neurologii) oraz rehabilitacji leczniczej (konsultacja fizjoterapeutyczna, psychologiczna, edukacja rodziców).

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono wytyczne m.in. Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej (PTND 2013), dotyczące postępowania z dziećmi i młodzieżą w zakresie schorzeń neurologicznych oraz wytyczne Scottish Intecollegiate Guidelines Network (SIGN 2007).

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej (PTND 2013) wskazują, że w przypadku podejrzenia schorzeń neurologicznych przez rodziców należy udać się niezwłocznie na konsultację lekarską – w tym neurologiczną. Odnalezione wytyczne PTND 2013 podkreślają, że dzieci z zaburzeniami neurologicznymi powinny zostać objęte wczesną interwencją lub też wczesnym wspomaganiami. Działania powinny być podejmowane w sposób indywidualny w zależności od stwierdzonych schorzeń neurologicznych. Wytyczne określają wczesną interwencję jako zbiór świadczeń i usług skierowanych do bardzo małych dzieci i ich rodzin, dostępnych na życzenie w określonym momencie życia dziecka i obejmujących każde działanie podjęte w sytuacji, gdy dziecko potrzebuje specjalnego wsparcia, po to, aby zapewnić mu osobisty rozwój i wspomóc jego przebieg; wzmocnić umiejętności i możliwości jego rodziny; wesprzeć integrację społeczną dziecka i jego rodziny. Natomiast wczesne wspomaganie definiowane jest jako wielospecjalistyczne (terapeutyczno-rehabilitacyjno-edukacyjne) działanie mające na celu pobudzenie psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole (PTND 2013).

W ustaleniu rozpoznania u chorego z ataksją bardzo ważny jest szczegółowy wywiad. Informacje dotyczące wieku pojawienia się objawów, tempa ich narastania, objawów towarzyszących mogą ułatwić wybór badań dodatkowych. Niezbędne jest również szczegółowe badanie neurologiczne oraz pediatryczne. W ataksjach nabytych postępowanie w pierwszej kolejności polega na próbie wyeliminowania lub leczenia przyczyny choroby. Fizjoterapia i terapia zajęciowa są skuteczne we wszystkich rodzajach zaburzeń mózdkowych i często pozostają najbardziej skutecznym sposobem leczenia, poprawiającym jakość życia.

Ze względu na ograniczoną przydatność obiektywnych narzędzi w różnicowaniu między układowym oraz nieukładowymi zawrotami głowy, prawidłowe zebranie wywiadu od pacjenta ma podstawowe znaczenie w planowaniu dalszej diagnostyki. Pacjenci, szczególnie dzieci, nie są precyzyjni w

udzielaniu informacji, mogą stosować do opisu doznawanych odczuć pojęć określających inne dolegliwości (np. ból, omdlenia, mroczyki, ilościowe i jakościowe zaburzenia świadomości), mogą również nie zrozumieć pytań uszczegóławiających zadawanych przez zbierającego wywiad, co utrudnia proces diagnostyczny. Tym niemniej niezwykle ważne jest ustalenie rzeczywistego charakteru objawów. Szczególnie ważną informacją, przydatną z punktu widzenia diagnostyki różnicowej, jest długość trwania doznań - napadowe zawroty głowy trwające poniżej jednej minuty sugerują łagodne napadowe zawroty głowy albo zaburzenia z kręgu padaczki, czas trwania powyżej jednego dnia sugeruje zmiany strukturalne.

U każdego dziecka zgłaszającego zawroty głowy konieczne jest przeprowadzenie pełnego badania przedmiotowego, obejmującego wszystkie dostępne badaniu narządy i układy oraz pełnego badania neurologicznego, uwzględniającego ocenę wszystkich nerwów czaszkowych, ocenę oczopląsu oraz rozszerzenie badania o wykonanie prób błędniowych.

Ze względu na fakt, iż zawroty głowy mogą być prezentacją poważnych patologii struktur tylnego dołu czaszki, w przypadku stwierdzenia jakichkolwiek odchyłeń w badaniu neurologicznym nerwów czaszkowych, badania obrazowe mózgowia (tomografia komputerowa lub tomografia komputerowa rezonansu magnetycznego) trzeba wykonać w trybie pilnym. W pozostałych przypadkach badania obrazowe mogą zostać przeprowadzone w trybie planowym. Badania pracowniane (morfologia krwi obwodowej, jonogram, równowaga kwasowo-zasadowa krwi i stężenie glukozy oraz wykładników stanu zapalnego, np. stężenie białka C-reaktywnego), a także podstawowe metody oceny układu sercowo-naczyniowego, jak zapis EKG oraz pomiar ciśnienia tętniczego, mogą wskazać na przyczynę zawrotów głowy wynikających z chorób i zaburzeń innych narządów i układów niż układ równowagi, w tym hipoglikemia, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej, niedokrwistość, choroby infekcyjne oraz zaburzenia rytmu serca i przewodzenia w układzie bodźco-przewodzącym, omdlenia ortostatyczne i zasłabnięcia. W diagnostyce różnicowej, w niektórych uzasadnionych przypadkach przydatne mogą być badania elektrofizjologiczne – elektroencefalografia oraz elektronystagmografia.

Opóźnienie rozwoju mowy może mieć charakter izolowany lub współwystępować z innymi zaburzeniami. Aby móc właściwie ocenić charakter zaburzeń i ich przyczyny, niezbędny jest prawidłowo przeprowadzony wywiad lekarski, który powinien obejmować dane dotyczące przebiegu ciąży, porodu oraz stanu dziecka po urodzeniu. Niezmiernie ważny jest wywiad rodzinny, zwłaszcza chorób uwarunkowanych genetycznie (w tym padaczki, zaburzeń mowy). Pozyskane informacje mają służyć we wstępnym ustaleniu, czy stwierdzone nieprawidłowości mają charakter wrodzony, czy nabyty i ukierunkować dalsze postępowanie. W diagnostyce zaburzeń mowy należy uwzględnić:

- badanie neurologiczne;
- ocenę rozwoju mowy dziecka;
- badanie poziomu inteligencji;
- badanie audiometryczne;
- badanie słuchowych potencjałów wywołanych;
- badania neuroobrazowe: obrazowanie rezonansem magnetycznym (MRI), pozytronowa tomografia emisyjna (PET);
- badanie elektroencefalograficzne (EEG);
- badanie genetyczne (w niezbędnych przypadkach);
- badanie okulistyczne;
- skryning słuchowy noworodków.

W przypadku podejrzenia ASD (ang. *autism spectrum disorder*; spektrum zaburzeń autystycznych) u dziecka lub młodzieży, konieczne jest skierowanie na dalszą diagnostykę w kierunku ASD. Przy procesie oceny zalecane jest wykorzystanie grup specjalistów różnych dziedzin, ponieważ może to umożliwić identyfikację różnych aspektów ASD i pomóc w postawieniu dokładnej diagnozy.

Specjalistyczna ocena powinna uwzględniać takie elementy jak: zebranie historii, obserwację/ocenę kliniczną; zebranie szerszych informacji powiązanych kontekstowo oraz funkcjonalnie. U dzieci i młodzieży z ASD należy rozważyć ocenę funkcjonowania intelektualnego, neuropsychologicznego i adaptacyjnego. W razie potrzeby, należy rozważyć ocenę z zakresu terapii zajęciowej oraz fizjoterapii. W klinicznie istotnych przypadkach, należy rozważyć, potrzebę następujących interwencji u wszystkich dzieci i młodzieży z ASD m.in. badania stanu fizycznego, ze szczególnym uwagą poświęconą cechom neurologicznym i dymorficznym.

W przypadku ADHD (ang. *attention-deficit hyperactivity disorder*, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi) zalecana jest zasada rozpoznawania na podstawie wywiadu od rodziców/opiekunów, badania samego dziecka oraz informacji ze szkoły lub przedszkola. Z uwagi na znaczną częstość występowania tego zespołu chorobowego oraz ograniczone możliwości kontaktu z psychiatrą dziecięcym, ważną staje się rola neurologa dziecięcego. W ramach diagnozy neuropsychologicznej ważne jest zbadanie różnych procesów uwagi, diagnoza sprawności funkcji wykonawczych, zbadanie współwystępujących deficytów i trudności, przeprowadzenie badania poziomu inteligencji, diagnoza procesów regulacji emocji, zbadanie nawiązywania interakcji

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.32.2019 „Wczesna diagnostyka dysfunkcji układu nerwowego niemowląt i dzieci zamieszkałych na terenie gminy miasto Szczecin w latach 2019-2022” realizowany przez: Miasto Szczecin, Warszawa, maj 2019 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 137/2019 z dnia 20 maja 2019 roku o projekcie programu „Wczesna diagnostyka dysfunkcji układu nerwowego niemowląt i dzieci zamieszkałych na terenie gminy miasto Szczecin, w latach 2019-2022.