



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 105/2013 z dnia 22 kwietnia 2013r.
o projekcie pilotażowej części programu „Program zdrowotny dla
dzieci dyslektycznych i z ADHD” miasta Tarnowskie Góry

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o projekcie pilotażowej części programu „Program zdrowotny dla dzieci dyslektycznych i z ADHD” miasta Tarnowskie Góry, pod warunkiem dostosowania programu dla dzieci dyslektycznych do zaleceń Polskiego Towarzystwa Dysleksji.

Uzasadnienie

Projekt dotyczy pilotażowej części programu zdrowotnego dla dzieci dyslektycznych i z ADHD z miasta Tarnowskie Góry. Projekt został przygotowany poprawnie. Zawiera elementy dobrze przygotowane, tj. wyznaczone cele, adresatów, interwencje, ewaluację a także budżet wraz z kosztami jednostkowymi. Doprecyzowania wymagają szczegóły dotyczące liczebności uczestników programu oraz liczebności grup terapeutycznych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program z zakresu profilaktyki trzeciorzędowej. Program koncentruje się na dwóch problemach zdrowotnych, jakimi są ADHD oraz dysleksja. Program adresowany jest do dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych oraz gimnazjów, wychowanków świetlicy socjoterapeutycznej kierowanych przez wychowawców, dzieci skierowanych przez Poradnię Zdrowia Psychicznego. Do głównych celów programu należy wyrównywanie deficytów rozwojowych funkcji poznawczych, wyrobienie właściwej motywacji do nauki, pomoc w opanowaniu umiejętności czytania i pisanie, zapobieganie powstawaniu wtórnych zaburzeń emocjonalnych, pomoc dla dzieci z zaburzeniami zachowania i zaburzeniami emocjonalnymi. Program został zaplanowany na rok 2012. Na realizację programu przeznaczono 15 000 zł.

Problem zdrowotny

Zaburzenie hiperkinetyczne to termin obowiązujący w klasyfikacji ICD-10. W klasyfikacjach DSM-III-R i DSM-IV, a za nimi w całej literaturze angielskojęzycznej używa się terminu Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD, tłumaczonego na język polski, jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Zaburzenie to charakteryzuje się obecnością trwałych wzorców zachowania układających się w triadę objawów: problemy z utrzymaniem uwagi, z kontrolą impulsywności oraz nadmierna ruchliwość. Objawy te są niewspółmierne do wieku i poziomu rozwoju dziecka. Dzieci i nastolatki z ADHD stanowią problem dla samych siebie, swoich rodzin i szkół. Wysoki poziom aktywności, impulsywności i brak koncentracji uwagi osłabia ich rozwój społeczny, emocjonalny i akademicki. Trudności z utrzymaniem trwałej uwagi, brak umiejętności właściwego reagowania w określonych sytuacjach powodują, że dzieci i nastolatki z ADHD są bardziej narażone na urazy i wypadki w porównaniu ze swoimi zdrowymi rówieśnikami. Urazy w grupie pacjentów z ADHD są



poważniejsze, częściej dotyczą głowy lub wielu regionów ciała jednocześnie. ADHD występuje na całym świecie, we wszystkich kulturach. Rozpowszechnienie ADHD, w zależności od badanej grupy i użytych kryteriów diagnostycznych, jest oceniane na 1-20%, obecnie najczęściej podaje się wartości 3-8% dzieci w wieku szkolnym w badaniach z użyciem kryteriów DSM-IV, badania z użyciem kryteriów ICD-10 pozwalają na stwierdzenie rozpowszechnienia na poziomie około 1-2%

Dysleksja to specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu u dzieci o prawidłowym rozwoju umysłowym. Uwarunkowana jest zaburzeniami podstawowych zdolności poznawczych, które są głównie pochodzenia konstytucyjnego. Specyficzne trudności w czytaniu i opanowaniu poprawnego pisania mają charakter względnie trwałe, a niepowodzenia szkolne nimi uwarunkowane determinują przebieg kariery edukacyjnej dyslektyków. Badania wykazują na wpływ niepowodzeń szkolnych i towarzyszących im zaburzeń emocjonalnych na kształtowanie się niektórych cech osobowości, takich jak: poczucie mniejszej wartości, wysoki poziom niepokoju i lęku, trudności w kontaktach społecznych i przystosowaniu do nowych sytuacji. Częstotliwość występowania specyficznych trudności w czytaniu w populacji dzieci szkolnych wynosi 10-15%.

Alternatywne świadczenia

Leczenie, rehabilitacja i profilaktyka zaburzeń psychicznych są świadczeniami gwarantowanymi na podstawie Ustawy. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego

Zaburzenie hiperkinetyczne:

Wyniki przeglądu odnalezionych rekomendacji dotyczących terapii i rehabilitacji niepełnosprawnych dzieci i młodzieży z ADHD można podsumować w następujących punktach:

- W pierwszej kolejności powinna być prowadzona kompleksowa edukacja na temat ADHD oraz możliwych i dostępnych interwencji zarówno farmakologicznych, jak i nefarmakologicznych dla dzieci z ADHD, jak i ich rodziców.
- Kompleksowe leczenie ADHD obejmuje 3 elementy: psychoedukację, psychoterapię behawioralną i poznawczą oraz w części przypadków farmakoterapię.
- Kluczowe jest dostosowanie - na podstawie dokładnej diagnozy psychologicznej - interwencji do profilu trudności, jak również mocnych stron i potrzeb danej rodziny.
- Psychoedukacja powinna być prowadzona zarówno wśród dzieci z ADHD (najlepiej od 8 roku życia), jak i ich rodziców.
- Nie ma zgody odnośnie stosowania terapii behawioralnej, część rekomendacji zaznacza, że powinna ona być prowadzona wśród dzieci w każdym wieku, wraz z rodzicami; podczas, gdy inne (np. wytyczne australijskie) mówią, że nie ma wystarczających dowodów dla terapii behawioralnej lub rodzinnej, jako opcji terapeutycznej w leczeniu objawów ADHD u dzieci i młodzieży.

- Terapia psychospołeczna zalecana jest dla dzieci w każdym wieku. Powinna być zindywidualizowana i najlepiej jakby była prowadzona w szkole. Najlepsze efekty odnoszą dzieci ze współistniejącymi lękami.
- Chociaż istnieje wysoki stopień zgodności wśród dostępnych wytycznych dotyczących ADHD, obserwowane są również bardzo znaczące międzynarodowe różnice. Największa różnica obserwowana jest w ostatnich wytycznych NICE, według których farmakoterapia zalecana jest wyłącznie w cięższych przypadkach, podczas gdy praktyka stosowana w Stanach Zjednoczonych wydaje się niemal odwrotna: postępowanie rozpoczyna się od farmakoterapii, a następnie ocenia się, jakie inne metody są jeszcze konieczne. Ponadto, korzystanie z różnych narzędzi diagnostycznych, jak ICD-10 czy DSM-IV, doprowadziło do różnic w odniesieniu populacji, do której skierowane są dane wytyczne.
- Kompleksowa terapia ADHD powinna zawsze zawierać mocny komponent psychospołeczny (to znaczy nie medyczny). Większość specjalistów uważa, że skuteczne leczenie psychospołeczne jest podstawą dobrego leczenia ADHD. W wielu przypadkach, farmakoterapia jest bardzo użytecznym dodatkiem do leczenia psychospołecznego; interwencje te stosowane w kombinacji, mogą być bardziej skuteczne niż samo leczenie psychospołeczne.
- National Institute of Mental Health i wiele towarzystw naukowych zaznacza, że dwoma interwencjami, które mają solidne podstawy naukowe potwierdzające skuteczność krótkoterminową są: behawioralna terapia psychospołeczna oraz farmakoterapia lekami psychostymulującymi.
- Modyfikacja zachowania jest jedyną interwencją pozamedyczną z dużą ilością dostępnych dowodów naukowych w leczeniu ADHD

Na podstawie odnalezionych przeglądów systematycznych, obecnie, nie można rekomendować stosowania następujących metod w terapii ADHD (przeglądy opierają się głównie na badaniach niskiej jakości):

- terapia rodzinna,
- homeopatia,
- medytacja,
- akupunktura,
- trening umiejętności społecznych,
- chiropraktyki.

Istnieją jednak ograniczone dowody wskazujące na pewną skuteczność stosowania w dziecięcych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w redukcji objawów ADHD. Jeden z przeglądów systematycznych wskazuje także na to, iż stosowanie treningu rodzicielskiego może mieć pozytywny wpływ na zachowanie dzieci z ADHD, a także pozytywny wpływ na funkcjonowanie rodziców.

Specyficzne zaburzenia w rozwoju umiejętności szkolnych:

Nie odnaleziono dowodów naukowych wskazujących interwencje skutecznie stosowane w dysleksji. Zgodnie z aktualną praktyką terapia dzieci dyslektycznych, podobnie jak diagnoza, opiera się na realizowaniu programu opracowanego przez zespół specjalistów, w tym lekarzy. Celem tego programu jest nie tylko danie dziecku szansy lepszej edukacji, lecz także zapobieganie zaburzeniom zachowania i emocjonalnym. Niezbędne jest uwzględnienie psychoterapii w programie edukacyjnym (zarówno dyslektyka, jak i jego rodziców). Charakter

psychoterapii (indywidualna, grupowa, czy połączona z terapią rodzinną) zależy od oceny sytuacji psychologicznej dziecka i jego rodziny. Psychologowie i pedagodzy, którzy podejmują edukację pedagogiczną, są przygotowani do tej pracy przez kształcenie prowadzone przez Polskie Towarzystwo Dysleksji.

Polskie Towarzystwo Dysleksji przygotowało również modelowy system profilaktyki i pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom z dysleksją, którego głównym celem jest zapewnienie specjalistycznej pomocy dzieciom z ryzykiem dysleksji i uczniom z dysleksją rozwojową.

Modelowy system profilaktyki i pomocy uczniom z dysleksją zakłada:

- objęcie obserwacją wszystkich dzieci o nieharmonijnym rozwoju psychoruchowym w okresie przedszkolnym, a szczególnie pięcioletków;
- objęcie dzieci badaniami przesiewowymi w kierunku występowania ryzyka dysleksji już na etapie edukacji elementarnej (klasa „0”), by wyrównać ich start w szkole;
- objęcie diagnostyką w kierunku dysleksji wszystkich uczniów mających trudności w uczeniu się;
- objęcie specjalistyczną pomocą zarówno dzieci z ryzykiem dysleksji, jak i uczniów ze stwierdzoną dysleksją rozwojową; w zależności od stopnia i charakteru niepowodzeń w nauce szkolnej proponuje się:
 - pomoc udzielaną przez rodziców pod kierunkiem nauczyciela (pierwszy poziom), dodatkowo uczeń może uczestniczyć w zajęciach dydaktyczno-wyrównawczych i psychoedukacyjnych, których celem jest wyrównanie braków wiedzy i stymulacja rozwoju dziecka;
 - udział w zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych i koordynowanie pracy samokształceniowej ucznia w domu (drugi poziom);
 - udział w terapii indywidualnej i koordynowanie pracy samokształceniowej ucznia w domu (trzeci poziom).
- kształcenie warsztatowe nauczycieli w zakresie udzielania koniecznej pomocy psychologiczno-pedagogicznej osobom z dysleksją, w szczególności w zakresie rozpoznania symptomów dysleksji oraz dostosowania wymagań do specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów;
- zaangażowanie rodziców dzieci dyslektycznych w proces pomocy psychologiczno- -pedagogicznej przez dostarczenie im wiedzy na temat problemu oraz sposobów radzenia sobie z nim;
- zaproponowanie kompleksowego warsztatu pracy terapeutycznej (rozwiązania organizacyjne, pomoce dydaktyczne) nauczycielom i rodzicom dziecka z dysleksją;
- skoordynowanie i zintegrowanie ścisłej współpracy wszystkich ogniw procesu pomocy specjalistycznej: poradni psychologiczno-pedagogicznej, nauczyciela terapeuty, ucznia z dysleksją, nauczycieli, rodziców;
- zapewnienie wsparcia merytorycznego przez Polskie Towarzystwo Dysleksji wszystkim uczestnikom procesu; stworzenie możliwości aktywnego uczestnictwa w przedsięwzięciach PTD oraz korzystania z różnorodnych szkoleń, organizowanych na terenie całej Polski;
- wydanie publikacji i płyty CD opisującej założenia modelowego systemu pomocy, sposoby jego wdrażania oraz udostępnienie materiałów niezbędnych do jego realizacji;

- uruchomienie serwisu internetowego, jako formy pogłębienia wiedzy na temat projektu, dzielenia się doświadczeniami z jego wdrażania oraz kontaktowania z jego koordynatorami.

Wnioski z oceny programu miasta Tarnowskie Góry

Zgodnie ze standardowym postępowaniem stosowanym obecnie w zakresie objętym programem w leczeniu zespołu hiperkinetycznego stosowane są następujące metody: psychoedukacja, psychoterapia, terapia poznawczo-behawioralna, farmakoterapia. Jeśli zaś chodzi o leczenie dysleksji, celem powinno być nie tylko danie dziecku szansy lepszej edukacji, ale także zapobieganie zaburzeniom zachowania i emocjonalnym. W programie edukacyjnym niezbędne jest zatem uwzględnienie psychoterapii. Choć leczenie ADHD oraz dysleksji rozwojowej znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych, jednostki samorządu terytorialnego wskazują na niewystarczające finansowanie tego typu świadczeń. Polskie Towarzystwo Dysleksji podkreśla również fakt, że pomoc uczniom z dysleksją jest udzielana rzadko i w sposób niepełny.

Przedmiotowy projekt jest programem z zakresu profilaktyki trzeciorzędowej, jako że koncentruje się na minimalizowaniu konsekwencji związanych z ADHD oraz dysleksją. Uwzględnia w swoich działaniach metody, które są zgodne ze standardowym postępowaniem. Interwencje jakie będą stosowane w trakcie realizacji programu są również rekomendowane w wytycznych klinicznych. W odniesieniu do dzieci dyslektycznych, projekt nie koncentruje się wyłącznie na poprawie wyników edukacyjnych, ale uwzględnia również zapobieganie zaburzeniom zachowania i emocjonalnym.

Mimo tego, iż program wychodzi naprzeciw dwóm problemom zdrowotnym, w których aktualnie sprawowana opieka jest niewystarczająca, w projekcie brakuje kilku informacji, m. in.:

- liczby osób, jakie zostaną włączone do udziału w programie,
- liczebności grupy terapeutycznej,
- liczby zajęć terapii indywidualnej,
- dokładnych wskaźników monitorowania efektywności oraz realizacji programu.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu o programie: „Program zdrowotny dla dzieci dyslektycznych i z ADHD” realizowanym przez miasto Tarnowskie Góry, nr: AOTM-OT-441-236/2011, Warszawa kwiecień 2013 i aneksu: „Programy zdrowotne z zakresu terapii zaburzeń hiperkinetycznych oraz specyficznych zaburzeń w rozwoju umiejętności szkolnych – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, kwiecień 2011

Inne wykorzystane źródła danych, oprócz wskazanych w ww. raporcie:

1. Nie dotyczy.