



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 106/2013 z dnia 22 kwietnia 2013r.
o projekcie programu „Program zdrowotny dla dzieci
dyslektycznych i z ADHD” miasta Tarnowskie Góry

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o projekcie 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 programu zdrowotnego dla dzieci dyslektycznych i z ADHD z miasta Tarnowskie Góry zaplanowanego na lata 2013-2018. Projekt został przygotowany poprawnie. Zawiera elementy dobrze przygotowane opracowane, 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 w wieku 7-12 lat, wychowanków świetlicy socjoterapeutycznej kierowanych przez wychowawców, dzieci kierowanych przez Poradnię Zdrowia Psychicznego oraz uczniów kierowanych przez pedagogów szkolnych. Głównym założeniem programu i jego najbardziej ogólnym celem jest poprawa funkcjonowania dzieci w sferze intelektualnej, ruchowej i emocjonalnej. Program został zaplanowany na lata 2013-2018. Źródłem finansowania programu są środki finansowe Gminy Tarnowskie Góry przeznaczone na realizację Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w Tarnowskich Górach. W 2013 r. na realizację programu przeznaczono ok. 24 000 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 trwały, 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 niefarmakologicznych 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.

- Choć 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, na chwilę obecną, 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 dzieci 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 na 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 emocji.

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-441-19/2013, 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.