



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 44/2019 z dnia 5 kwietnia 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program
kompleksowej terapii i rehabilitacji dzieci i młodzieży z terenu
Miasta Zabrze” realizowanego przez: Miasto Zabrze

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program kompleksowej terapii i rehabilitacji dzieci i młodzieży z terenu Miasta Zabrze”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców miasta, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia osób z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością. Warto zaznaczyć, iż zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi, jednostki samorządu terytorialnego, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się jednak, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej. Przedmiotowy projekt był już przedmiotem oceny Agencji w 2016 r. i uzyskał wówczas negatywną opinię Prezesa Agencji. W obecnie analizowanym projekcie odniesiono się do większości uwag z poprzedniej opinii. Niemniej jednak w celu podniesienia jakości programu należy uwzględnić poniższe uwagi odnoszące się do poszczególnych elementów programu:

- Cel główny oraz cele szczegółowe należy przeformułować w taki sposób, aby były zgodne z zasadą SMART. Mierniki efektywności wymagają doprecyzowania i powinny odnosić się do wszystkich celów programu.
- Zaplanowane interwencje korespondują z wytycznymi. Należy jednak mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta.
- Monitorowanie zaplanowano poprawnie. Natomiast ewaluacja wymaga uzupełnienia zgodnie z uwagami przedstawionymi w niniejszej opinii. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 1 350 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2021.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków



publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), 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 problemów zdrowotnych jakimi są wady postawy oraz autyzm wśród dzieci i osób dorosłych.

Problemy zdrowotne opisane w projekcie częściowo wpisują się w następujące priorytety zdrowotne: „tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania” oraz „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych” należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W treści projektu przedstawiono dane epidemiologiczne w zakresie wad postawy i autyzmu, przy czym nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) w przedmiotowym zakresie.

Zgodnie z MPZ w 2014 roku w województwie śląskim odnotowano 219 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa, co stanowiło 0,54% wszystkich hospitalizacji. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 28,40 i była to 9 największa wartość wśród województw.

Należy podkreślić, iż brak jest dokładnych danych lokalnych dotyczących autyzmu.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa stanu psychofizycznego u 25% osób w przedziale wiekowym 0-25 lat, uczestniczących w programie, poprzez wdrożenie wczesnej diagnostyki i terapii zaburzeń rozwojowych, diagnozy psychologicznej i logopedycznej oraz rehabilitacji, a także zapewnienie ciągłości procesu kompleksowej terapii na terenie Gminy Zabrze, w latach 2019-2021”.

W treści projektu wskazano także 8 celów szczegółowych:

- (1) „zdiagnozowanie potrzeb zdrowotnych na podstawie zgłoszeń od rodziców, szkół oraz Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych, osób z problemami typu autyzm czy FAS wymagającej wsparcia w funkcjonowaniu społecznym, szczególnie w momentach kryzysów rozwojowych”,
- (2) „poprawa sprawności u 20% uczestników programu poprzez zaplanowanie i zrealizowanie postępowania diagnostycznego oraz wdrożenie działań rehabilitacyjnych u osób z zaburzeniami ośrodkowego układu nerwowego i głęboką niepełnosprawnością”,
- (3) „zahamowanie progresji niepełnosprawności, a także stworzenie warunków do przywrócenia pełnej sprawności ruchowo - intelektualnej i poprawy stanu zdrowia”,
- (4) „poprawa jakości życia rodzin dotkniętych problemem autyzmu oraz FAS”,
- (5) „polepszenie dostępności do ambulatoryjnych badań i konsultacji lekarskich”,
- (6) „zwiększenie i utrwalanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia i funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie poprzez kształtowanie prawidłowych wzorców postawy i ruchu uczestników programu w granicach ich możliwości”,
- (7) „zwiększenie wiedzy co najmniej 30% rodziców/opiekunów osób korzystających z programu w zakresie opieki, pielęgnacji i stymulacji rozwoju dziecka przez poznanie przyczyn i skutków powstawania schorzeń poprzez utrwalanie prawidłowych nawyków terapeutycznych i zdrowotnych”,
- (8) „zwiększenie dostępności do oferty leczniczej, rehabilitacyjnej i terapeutycznej dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością z terenu gminy Zabrze”.

W obecnie ocenianym projekcie podjęto próbę przeformułowania celów zgodnie z uprzednimi uwagami Prezesa Agencji, jednak nadal założenia programu nie są w pełni zgodne z regułą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Większość celów przedstawionych w projekcie nie została określonych w czasie, a cel szczegółowy 2 stanowi działanie. Zatem cele programu wymagają przekonstruowania.

W projekcie przedstawiono 15 mierników efektywności o charakterze ilościowym i jakościowym. Zaproponowane wskaźniki odnoszą się do celów programu, z wyjątkiem celu szczegółowego 6, dla którego nie określono miernika, co wymaga uzupełnienia. Ponadto należy zaznaczyć, że w przypadku większości mierników nie określono, jak zostanie zmierzony stopień ich osiągnięcia np. nie sprecyzowano co należy rozumieć przez „wskaźnik niepełnosprawności” (miernik 1), „poprawę rozwoju psychomotorycznego” (miernik 6). Dodatkowo należy podkreślić, że część mierników odnosi się do działań np. „skrócenie czasu kolejek” (miernik 4), „wdrożenie działań korekcyjnych” (miernik 13), „wsparcie merytoryczne” (miernik 14). Podsumowując, w aktualnie ocenianym projekcie częściowo odniesiono się do uwag Prezesa Agencji dotyczących mierników efektywności, jednak niektóre z zaproponowanych mierników wymagają korekty.

Zgodnie z definicją, mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. W ramach programu warto także uwzględnić np. pre- i post-testy w zakresie wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby w wieku od 0 do 25 lat z różnego stopnia zaburzeniami bądź uszkodzeniami układu nerwowego z lub bez niepełnosprawności intelektualnej (w tym dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, ang. autism spectrum disorders, ASD), z niepełnosprawnością sprzężoną spowodowaną schorzeniami wielonarządowymi, ze zdiagnozowanym alkoholowym zespołem płodowym (ang. fetal alcohol syndrome, FAS), z zaburzeniami rozwojowymi i okołoporodowymi oraz spowodowanymi ciężką wysokiemu ryzyka; z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego i sprzężoną niepełnosprawnością; a także z dysfunkcją narządu ruchu np.: wadami postawy, płaskostopiem, skoliozami itp. W projekcie uwzględniono uwagę Prezesa dotyczącą nieuzasadnionego podziału populacji na 3 grupy wiekowe. Łącznie w ramach programu zaplanowano udział ok. 300 osób rocznie. W programie mają również brać udział rodzice opiekunowie dzieci, natomiast nie wskazano ich liczebności, co należy uszczegółowić.

W projekcie uwzględniono uwagi Prezesa Agencji dotyczące kryteriów włączenia i wykluczenia z programu.

Należy także podkreślić, że tytuł programu wymaga doprecyzowania, gdyż odnosi się do dzieci i młodzieży, natomiast populacja włączana do programu obejmuje również osoby dorosłe (wiek od 0 do 25 lat).

Interwencja

W ramach programu zaplanowano następujące interwencje:

- edukacja dla osób w wieku od 3 do 25 lat oraz rodziców/opiekunów prawnych dzieci w wieku 0-3 lata;
- działania terapeutyczne i rehabilitacyjne w zakresie wad postawy;
- działania terapeutyczne i rehabilitacyjne w zakresie autyzmu.

Odnosząc się do zaplanowanych działań edukacyjnych należy wskazać, że w projekcie odniesiono się do zakresu tematycznego (odpowiednio do problemu wad postawy i autyzmu), czasu trwania, liczby spotkań oraz określono, że za prowadzenie edukacji osoby posiadające doświadczenie, wiedzę i umiejętności praktyczne w wykonywaniu działań edukacyjnych i terapeutycznych ukierunkowanych na realizację zadań w programie. Natomiast w projekcie nie wskazano planowanych liczebności grup

edukacyjnych. Zaplanowane interwencje są zgodne odnalezionymi rekomendacjami w przedmiotowym zakresie. Rekomendacje (SOSORT 2014) dotyczące wad postawy kładą szczególny nacisk nie tylko na rolę edukacji dziecka, ale i jego opiekunów. W przypadku autyzmu, zgodnie z wytycznymi, powinno oferować się edukację i wsparcie rodziców/opiekunów celem nabycia odpowiednich umiejętności do pracy z dzieckiem z ASD (SIGN 2016, AOTA 2016, NAC 2015, Zwaigenbaum 2015a, AACAP 2014, AOTA 2009). Szkolenia te powinny mieć na celu zwiększenie zrozumienia problemu, uwrażliwienie na problem, umiejętności reagowania, komunikowania się i interakcji z chorym dzieckiem (NICE 2013). Interwencje edukacyjne powinny uwzględniać zasady wsparcia pozytywnych zachowań, szczególnie koncentrując się na zrozumieniu funkcji zachowania dziecka (NZMOH 2008).

Działania terapeutyczne i rehabilitacyjne w zakresie wad postawy będą składać się z indywidualnych porad lekarskich/fizjoterapeutycznych (co najmniej 2 w trakcie trwania programu - na początku i na końcu terapii) oraz zajęć ruchowych (co najmniej 2 razy w tygodniu). W przypadku pierwszej części, lekarz/fizjoterapeuta przeprowadzi wywiad, odpowiednie badanie przedmiotowe i podmiotowe oraz ustali indywidualny program rehabilitacji. Na koniec zostanie ponownie przeprowadzona zostanie porada lekarska/fizjoterapeutyczna w celu określenia zmian u pacjenta (skuteczności podejmowanych interwencji). Działania rehabilitacyjne i terapeutyczne u młodszych uczestników programu będą realizowane przy współudziale rodziców/opiekunów prawnych, zatem uwzględniono uwagę Prezesa Agencji w tym zakresie. Zaproponowane działania rehabilitacyjno-terapeutyczne będą również dopasowane do prowadzenia ich w warunkach domowych, co również jest zgodne z zaproponowanym rozwiązaniem zawartym w uprzedniej opinii Prezesa Agencji. W ramach obu porad mają być prowadzone badania i testy, jednakże nie zostały one bliżej sprecyzowane w programie. W ramach zajęć ruchowych mogą znaleźć się działania związane z gimnastyką korekcyjną, zabiegami fizykalnymi, masażami, kinezyterapią, terapiami manualnymi oraz innymi interwencjami. Zaznaczono, że interwencje będą dopasowane do możliwości indywidualnych pacjenta. Zajęcia ruchowe poprowadzą fizjoterapeuci oraz certyfikowani trenerzy.

Mając na uwadze odnalezione dowody naukowe (Negrini 2008) należy stwierdzić, że nie jest możliwe dokładne określenie szczegółowego planu ćwiczeń z uwagi na fakt, że plan powinien być dopasowany indywidualnie do pacjenta. Podejście to powinno odznaczać się przede wszystkim zróżnicowanym doбором ćwiczeń i/lub ich odmiennym wykonywaniem. Ćwiczenia grupowe są dopuszczalne nawet w zaawansowanych przypadkach skolioz (wynika to głównie z przyczyn ekonomicznych), ale muszą być wykonywane w tzw. systemie stacyjnym. Jeśli dysponuje się odpowiednim sprzętem, na poszczególnych stanowiskach każdy z członków grupy powinien wykonywać indywidualnie dobrane ćwiczenia. Odnalezione rekomendacje (NSF 2010, VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu danej osoby, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji.

W odniesieniu do działań w zakresie autyzmu badania diagnostyczne mające na celu wykrycie ewentualnych objawów wskazujących na zaburzenia z zakresu spektrum autyzmu będą składały się z dokładnego wywiadu lekarskiego z rodzicami/opiekunami dziecka oraz obserwacji dziecka celem opracowania diagnozy funkcjonalnej oraz planu indywidualnej terapii behawioralno-poznawczej. W programie wskazano, że wśród zaplanowanych działań w ramach indywidualnej terapii behawioralno-poznawczej mogą się znaleźć: terapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodzieży (CBT), Skala Oceny Autyzmu u Dzieci CARS (ang. Childhood Autism Rating Scale), Zmodyfikowany Kwestionariusz Autyzmu w Okresie Poniemowlęcym M-CHAT (ang. Modified – Checklist for Autism in Toddlers), Kwestionariusz Autyzmu w Okresie Poniemowlęcym CHAT (ang. Checklist for Autism in Toddlers), Australijska Skala Zespołu Aspergera, działania stymulacyjno-rozwojowe, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, gimnastyka korekcyjna, integracja sensoryczna, muzykoterapia, zabiegi fizykalne i rehabilitacyjne. Działania rehabilitacyjne i terapeutyczne u młodszych uczestników programu będą realizowane przy współudziale rodziców/opiekunów prawnych. Istotną zmianą w odniesieniu do poprzednio ocenianej wersji programu jest fakt

uwzględnienia uwagi Prezesa Agencji dotyczącej zaproponowania zestawu interwencji rehabilitacyjno-terapeutycznych możliwych do stosowania w warunkach domowych.

Zasadność stosowania zaproponowanych skali i kwestionariuszy w ramach terapii behawioralno-poznawczej znajduje odzwierciedlenie w odnalezionych dowodach naukowych i rekomendacjach klinicznych w przedmiotowym zakresie.

Z kolei w odniesieniu do interwencji obejmujących działania stymulacyjno-rozwojowe / rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego / gimnastykę korekcyjną / integrację sensoryczną / muzykoterapię / zabiegi fizykalne i rehabilitacyjne, odnalezione wytyczne (NAC 2015, NICE 2013, SIGN 2016) stwierdzają, że wskazane działania stanowią interwencje, co do których brakuje wystarczających dowodów naukowych na ich skuteczność, jednakże są one interwencjami obiecującymi i można rozważyć ich zastosowanie.

W programie podkreślono, że wszystkie osoby w ramach terapii spektrum zaburzeń autystycznych będą mieć zapewnione systematyczne interwencje behawioralne oraz odpowiednie metody kształcenia chorych dzieci ustalone w ramach terapii indywidualnej, z częstotliwością co najmniej dwa razy w tygodniu na poziomie od 120 do 180 minut lub więcej, przez okres 3 miesięcy.

Należy podkreślić, że niektóre z zaplanowanych interwencji diagnostycznych znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych, zatem istnieje ryzyko ich podwójnego finansowania.

Warto także wspomnieć, że zgodnie z Ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016 poz. 960), na podstawie art. 9a i 9b, jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia (uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa), mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Biorąc pod uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Powyższy element programu został doprecyzowany zgodnie z uprzednimi uwagami Prezesa Agencji.

Ocena zgłaszalności do programu została zaplanowana poprawnie i ma być dokonywana na podstawie analizy liczby zgód na udział w programie, liczby wykonanych poszczególnych świadczeń, liczby uczestników działań edukacyjnych, a także analizy rezygnacji z udziału w programie w stosunku do początkowej liczby udzielonych zgód.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji w zakresie działań rehabilitacyjnych oraz edukacyjnych, co należy uznać za zasadne.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano wykorzystanie mierników efektywności dotyczących celów programu. Należy zatem uwzględnić uwagi odnoszące się do elementu programu dotyczącego celów i mierników efektywności. Warto przypomnieć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało ujęte w części dotyczącej ewaluacji.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów oraz działań podejmowanych w ramach programu. Realizatorem programu będzie podmiot, wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Przedstawiono informacje nt. personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora. Zaplanowano także przeprowadzenie kampanii informacyjnej nt. programu.

W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie, rezygnacja z uczestnictwa będzie możliwa na każdym etapie programu.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 1 350 000 zł (450 000 zł rocznie). W projekcie uwzględniono uwagi z poprzedniej opinii Prezesa Agencji i określono koszty jednostkowe: proces

kwalfikacyjny – 100 zł, koszt 1 zajęć rehabilitacyjnych – 55 zł, spotkanie edukacyjne (grupowe) – 150 zł, koszty organizacyjne – 5 000 zł, koszt kampanii informacyjno-promocyjnej – 5 000 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Miasta Zabrze.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Oceniany projekt programu odnosi się do problemu zdrowotnego jakim są wady postawy/autyzm wśród osób w wieku 0-25 lat.

Zaburzenia układu ruchu, związane z intensywnym wzrastaniem i kształtowaniem się postawy ciała występują u 10-80% dzieci w wieku szkolnym (przyczyny tak dużych różnic: brak ujednoczonych kryteriów diagnostycznych, indywidualny przebieg posturogenezy). Do najczęściej występujących zaburzeń układu ruchu należą: boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza; 2-4% dzieci/młodzieży); młodzieńcza kifoza piersiowa (3-5% nastolatków); zniekształcenie statyczne kończyn dolnych (ok. 10-15% dzieci).

Autyzm jest zaburzeniem rozwojowym, w którym występują pewne ograniczenia w różnych sferach funkcjonowania człowieka. Pierwsze symptomy autyzmu mogą pojawić się bardzo wcześnie, nawet u kilkunastomiesięcznych niemowląt. Zaburzenia ze spektrum autyzmu można zdiagnozować już u bardzo małych dzieci, ale często diagnozuje się go również u nastolatków, a nawet u osób dorosłych. Zgodnie z nową klasyfikacją DSM-5 podjęto decyzję o scaleniu wszystkich jednostek składających się na całościowe zaburzenia rozwoju w dużą grupę zaburzeń ze spektrum autyzmu. Celem rozpoznania ww. zaburzeń konieczne jest występowanie dwóch osiowych objawów, tj. stałych deficytów w komunikacji społecznej i interakcjach społecznych (w różnym kontekście) oraz ograniczonych, powtarzalnych zachowań. Rozpoznanie jest uzupełniane poprzez dokładną ocenę funkcjonowania intelektualnego i językowego osoby chorej. Rozpowszechnienie zaburzeń ze spektrum autyzmu szacuje się na ok. 1% w populacji dzieci/młodzieży.

Alternatywne świadczenia

Kompleksowa ocena stanu zdrowia obejmująca diagnostykę wad postawy znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, powinna być przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez lekarzy POZ m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III i V klasie szkoły podstawowej, a także w klasach I szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Na wszystkich wymienionych etapach edukacji, w zakresie profilaktycznego badania lekarskiego przeprowadzane jest badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI) oraz oceny układu ruchu wraz z wykrywaniem zaburzeń układu ruchu, w tym boczno skrzywienia kręgosłupa. Ponadto wykonywane jest podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego ucznia, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego. Dodatkowo w ramach rocznych obowiązkowych przygotowań przedszkolnych (lub w klasie I szkoły podstawowej) przeprowadza się test przesiewowy w kierunku wykrywania zniekształceń statycznych kończyn dolnych oraz w klasach I szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych – test przesiewowy do wykrywania nadmiernej kifozy piersiowej.

Zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w Polsce realizowane są porady kompleksowo-konsultacyjne dla osób z autyzmem dziecięcym, udzielane przez przynajmniej dwie osoby z zespołu specjalistów i obejmujące m.in. zebranie wywiadu, badanie stanu psychicznego i somatycznego, badanie psychologiczne (w razie potrzeby z zastosowaniem specjalistycznych testów), instruktaż i psychoedukację dla rodzin, konsultacje dla osób sprawujących opiekę nad dziećmi w placówkach, prowadzące do ustalenia rozpoznania, diagnozy funkcjonalnej, zaleceń w formie indywidualnego programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego i wydania zaświadczenia i opinii w formie pisemnej. Ponadto w ramach świadczeń gwarantowanych realizowany jest również program terapeutyczno-

rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym, obejmujący: wizyty terapeutyczne, polegające na indywidualnej terapii psychologicznej, terapię i poradnictwo psychologiczne dla rodzin, terapię zaburzeń mowy oraz porozumiewania się, psychoedukację rodziców oraz grupowe zajęcia terapeutyczne (5-10 osobowe; min. 2 osoby z personelu) – łącznie dla jednego pacjenta do 360 godzin leczenia w ciągu roku (tj. ok. 15 pełnych dni w roku).

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych rekomendacji/wytycznych klinicznych:

Wady postawy:

Wady postawy ciała stanowią w czasach współczesnych istotny problem zdrowotny. Tematyka dotycząca testów przesiewowych we wskazanym problemie zdrowotnym budzi jednak wiele kontrowersji, a badania przeprowadzone dotychczas zarówno popierają, jak i odradzają prowadzenie skryningu w omawianym zakresie.

- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) w zaktualizowanych rekomendacjach z 2018 r. stwierdziło, że obecne dowody naukowe nie są wystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód związanych z przesiewem w kierunku wykrycia skoliozy młodzieńczej u dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 18 lat. Poparcie dla ww. stanowiska wyraziło również American Academy of Family Physicians (AAFP 2018).
- Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee (UK NSC 2016). Głównymi powodami prezentowanego przez UK NSC stanowiska jest brak wspólnego konsensusu odnośnie zgody lekarzy na zasadność dalszej terapii po przeprowadzeniu testu Adamsa (w wyniku powyższego część dzieci zostanie skierowana na dalsze badania, w momencie gdy nie wpłyną one na poprawę ich funkcjonowania, część natomiast nie zostanie skierowana na dalsze testy oraz terapię, która mogłaby okazać się dla nich korzystna). Kolejnym badaniem diagnostycznym w kierunku wykrycia skolioz jest badanie z wykorzystaniem promieniowania X, ekspozycja na wskazane promieniowanie może być natomiast szkodliwa. Niejasne jest również czy leczenie osób wykrytych podczas prowadzenia badań przesiewowych jest lepsze od oczekiwania na rozwinięcie symptomów.
- Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionych powyżej prezentują American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP). Choć AAOS, SRS, POSNA i AAP zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. AAOS, SRS, POSNA i AAP w swoim wspólnym stanowisku dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Powyższe sformułowane zalecenie poparte jest faktem, iż dziewczęta osiągają dojrzałość płciową ok. 2 lat wcześniej niż chłopcy oraz 3-4 razy częściej cierpią na skoliozę wymagającą leczenia. (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).
- W roku 2014 w oparciu o wytyczne Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment (SOSORT 2011) opublikowane zostały polskie wytyczne w zakresie leczenia zachowawczego, ze szczególnym uwzględnieniem roli fizjoterapii. W wytycznych tych zaznaczono, iż o wyborze strategii leczniczej powinny decydować nie tylko jej zweryfikowanie zgodnie z zasadami EBM, ale także preferencje pacjenta i jego opiekunów oraz doświadczenie klinicysty w postępowaniu się określonym modelem postępowania.
- Zgodnie ze zaktualizowanymi rekomendacjami SOSORT 2016 dotyczącymi skoliozy oraz zaburzeń prawidłowych funkcji kręgosłupa, szkolne programy przesiewowe rekomendowane są we wczesnej diagnozie skoliozy idiopatycznej. Należy podkreślić, iż zgodnie z wytycznymi, za każdym razem, gdy ocenie poddawane są dzieci w wieku od 8 do 15 lat, pediatrzy,

specjaliści z zakresu medycyny sportowej oraz medycyny ogólnej, powinni przeprowadzać test Adamsa oraz postugiwać się skoliometrem. Rekomenduje się, aby kliniczna ocena występowania skoliozy obejmowała co najmniej: badanie kąta rotacji tułowia, aspekty estetyczne, ustawienie kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej. Inne możliwe oceny obejmują: poziom bólu, funkcje oddechowe, elastyczność i siłę kręgosłupa i stawów, rozbieżności w długości kończyn dolnych, równowagę i koordynację, jakość życia.

- Warto podkreślić, iż odnalezione rekomendacje kładą szczególny nacisk na rolę edukacji nie tylko dziecka, ale i jego opiekunów. Niski poziom motywacji do ćwiczeń, typowy dla młodych osób, można podnieść poprzez uświadomienie dziecka i rodziców co do charakteru choroby, jej przewidywanego przebiegu, potencjalnych konsekwencji braku leczenia itd. W uzasadnionych przypadkach warto uzupełnić leczenie o konsultację psychoterapeutyczną (SOSORT 2014).
- Specyficzna fizjoterapia (z ang. physiotherapeutic scoliosis-specific exercises – PSSE) jest rekomendowana jako pierwszy krok w procesie leczenia skoliozy idiopatycznej, aby zapobiec lub ograniczyć postęp deformacji oraz możliwości gorsetowania (SOSORT 2016).
- Zaleca się, aby PSSE była zgodna z konsensusem SOSORT oraz oparta na autokorekcji postawy w 3D, treningu podstawowych czynności życia codziennego (z ang. activities of daily living, ADL), stabilizacji prawidłowej postawy oraz edukacji pacjenta (SOSORT 2016).
- Rekomenduje się, aby PSSE była zindywidualizowana pod względem potrzeb pacjenta, występującego skrzywienia oraz etapu leczenia. PSSE powinna być zawsze zindywidualizowana, nawet gdy prowadzona jest w małych grupach (SOSORT 2016).
- Rekomenduje się, aby poziom trudności PSSE był stopniowo zwiększany w zależności od możliwości pacjenta (SOSORT 2016).
- Rekomenduje się, aby nauka PSSE była przeprowadzana indywidualnie (w relacji 1:1) w celu zapewnienia zindywidualizowanej opieki, tak żeby regularne PSSE mogło być stosowane przez pacjenta w domu lub w małych grupach (SOSORT 2016).

Autyzm:

Badania przesiewowe/diagnostyczne w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu:

- Zgodnie z raportem Garcia-Primo 2014 dot. praktyki i badań związanych ze skryningiem w Europie, na podstawie prac sieci COST w ramach akcji ESSEA (Enhancing the Scientific Study of Early Autism), stwierdza się, że nie powstały dotąd ogólnoeuropejskie wytyczne w tym zakresie. Autorzy ww. publikacji zalecają przeprowadzenie analizy procedur i standardów przesiewów stosowanych w różnych krajach jako inspiracji dla przyszłych rozwiązań. Aktualnie dostępne badania procedur przesiewowych analizowanych w ramach raportu ESSEA-COST obejmują programy prowadzone w Wielkiej Brytanii, Holandii, Belgii, Hiszpanii, Szwecji, Francji, Włoszech i Finlandii. Najbardziej uwydatnioną cechą ww. doświadczeń w zakresie europejskich modeli badań przesiewowych w kierunku ASD jest wykorzystanie wyłącznie narzędzi przesiewowych I stopnia, co skutkuje również osłabieniem wartości predykcyjnej przesiewów. Z poddanych analizie badań we wspomnianym raporcie, szczególnie wysokie łączne parametry czułości, swoistości, wartości predykcyjnej dodatniej i ujemnej prezentował model wprowadzony w Hiszpanii oparty na kwestionariuszu M-CHAT połączonym z wywiadem (prowadzonym telefonicznie bądź w formie internetowej). Kolejną znaczącą propozycję stanowił belgijski model wykorzystujący kwestionariusz CESDD (oparty na standardach wykrywania ryzyka autyzmu Amerykańskiej Akademii Neurologii) wraz z dodatkowymi narzędziami przesiewowymi (alternatywnie np. ESAT, M-CHAT). Postulaty raportu COST-ESSEA sugerują budowanie nowych rozwiązań na już zebranej wiedzy po to, aby uniknąć trudności rejestrowanych w ramach badanych programów przesiewowych.
- Większość wytycznych wskazuje, że badanie przesiewowe dzieci od 18 m.ż. do 30 m.ż. (USPSTF 2016), poniżej 5 r.ż. (UK NSC 2012) oraz w populacji ogólnej (SIGN 2016, AMS-MOH

2010, SIGN 2007) bez zgłaszanych obaw, co do ryzyka wystąpienia danego zaburzenia nie jest zalecane. Dowody w tym kierunku są niewystarczające lub istnieje wysokie ryzyko wystąpienia wyników fałszywie dodatnich i ujemnych mogących opóźnić właściwą diagnozę. AMS-MOH 2010 zaleca skryning w kierunku ASD tylko w grupach wysokiego ryzyka. Zauważyć należy, że Grupa Robocza powołana w ramach Forum Autyzmu oraz AAP (2015) potwierdza zasadność przesiewu specyficznego dla ASD w grupie dzieci od 18 do 24 m.ż. pomimo wysokiego odsetka wyników fałszywie dodatnich. Sugeruje, iż w grupie młodszych dzieci skryning może mieć charakter informacyjny (APS, Young 2016; AAP 2007-2013). Dzieci z podejrzeniem ASD poprzez badania przesiewowe powinny być skierowane do oceny diagnostycznej i rozwojowej, a następnie do stosownej terapii.

- AACAP 2014 rekomenduje by ocena rozwojowa małych dzieci i ocena psychiatryczna wszystkich dzieci obejmowała rutynowy wywiad w kierunku potencjalnych objawów ASD. Wskazuje, że badania przesiewowe/diagnostyczne powinny być ukierunkowane na weryfikację podstawowych objawów ASD, w tym dot. więzi społecznych czy powtarzalności nietypowych zachowań. Zaleca się stosowanie wystandaryzowanych narzędzi, tj.: ABC, CARS, M-CHAT, CSBS-DP-IT-Checklist, ASQ, AQ, CAST, ASDS, GADS, ASDI, SRS, ADI, DISCO oraz ADOS. Jeśli badanie przesiewowe wskazuje na obecność podstawowych symptomów ASD, należy wdrożyć ocenę diagnostyczną potencjalnego pacjenta w kierunku ASD (AACAP 2014).
- Rozpoznanie i diagnoza ASD u dzieci i młodzieży powinna być wykonywana przez wielodyscyplinarne zespoły ASD, które mogą obejmować: pediatrę, psychiatrę dziecięcego, logopedę, psychologa czy terapeutę zajęciowego (NICE 2011, AMS-MOH 2010).

Wczesna diagnostyka i postępowanie terapeutyczne:

- Należy rozważyć interwencje z udziałem rodziców/opiekunów pacjentów z podejrzeniem lub stwierdzonym ASD (SIGN 2016). Powinno się oferować edukację i wsparcie rodziców/opiekunów celem nabycia odpowiednich umiejętności do pracy z dzieckiem z ASD (SIGN 2016, AOTA 2016, NAC 2015, Zwaigenbaum 2015a, AACAP 2014, AOTA 2009). Szkolenia te powinny mieć na celu zwiększenie zrozumienia problemu, uwrażliwienie na problem, umiejętności reagowania, komunikowania się i interakcji z chorym dzieckiem (NICE 2013).
- Interwencje wspierające komunikację społeczną dzieci/młodzieży z ASD, oparte o udział rodziców lub technologie komputerowe, mogą być stosowane ale w sposób indywidualny dla każdego pacjenta (SIGN 2016).
- Interwencje edukacyjne powinny uwzględniać zasady wsparcia pozytywnych zachowań, szczególnie koncentrując się na zrozumieniu funkcji zachowania dziecka (NZMOH 2008).
- Dzieci i młodzież z ASD mogą korzystać z terapii zajęciowej czy terapii integracji sensorycznej, ale należy zachować szczególną ostrożność, gdyż brak jednoznacznych dowodów na skuteczność ww. metod (SIGN 2016). Pediatrzy powinni być świadomi istnienia ograniczonej liczby dowodów naukowych odnoszących się do skuteczności stosowania interwencji opartych na integracji sensorycznej wśród dzieci z zaburzeniami rozwojowymi i behawioralnymi i informować o tym rodziców (AAP 2007-2013).
- Wśród interwencji obiecujących wymienia się: metodę AAC (AMS-MOH 2010), podejście rozwojowe oparte na relacji (np. metoda RDI czy model ESDM, AACAP 2014), ćwiczenia fizyczne, desensytyzacja, trening komunikacji funkcjonalnej, naśladownictwo, trenowanie inicjowania kontaktu, trening językowy (ale uwzględniający zarówno element produkcji, jak i rozumienia języka), terapie masażem, stymulacja czucia głębokiego, pakiety wieloczynnikowe, muzykoterapię, system PECS (również uwzględniony w zaleceniach SIGN 2016), pakiet redukcyjny, wykorzystanie języka migowego, interwencje nakierowane na komunikację społeczną (SIGN 2016: ale tylko indywidualnie), uczenie ustrukturyzowane (metoda TEACCH; NZMOH 2008), interwencje oparte na technologii (m.in. gry komputerowe) oraz trening oparty na teorii umysłu (NAC 2015).

- Wytyczne ASAT 2016 przedstawiają, że głównymi metodami leczenia pacjentów z ASD są obecnie interwencje behawioralne i edukacyjne (podobnie Zwaigenbaum 2015a), a najszerzej przebadaną i opartą na licznych dowodach naukowych jest analiza behawioralna. EIBI oparta na ABA jest skuteczna w zwiększaniu poziomu IQ osób autystycznych oraz ich adaptacyjnego zachowania (PTAB 2004).

Podsumowanie dowodów naukowych dot. skuteczności klinicznej/bezpieczeństwa/efektywności kosztowej:

Wady postawy:

- Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatniego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci kierowanych jest w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę niepotrzebnie. Z badania Montgomery 1990 wynika, że częstsze badania przesiewowe zwiększają o ok. 30% liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, nie zmieniając liczby ostatecznych rozpoznań. Poprawę efektywności poprzez zmniejszenie liczby rozpoznań fałszywie dodatnich można osiągnąć, dobierając bardziej efektywne narzędzia przesiewowe, takie jak badanie fotogrametryczne Moire'a.
- Z badania Fong 2010 wynika, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające, jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Za względu na niewielki koszt i prostotę badania autorzy sugerują nie wykluczać jego lecz stosować razem z dodatkowymi testami. Stosowanie oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a oraz rentgena w niskich dawkach lub kombinacji tych metod dowodzi trafności skierowań do specjalisty lecz brak jest wystarczających dowodów, że badania te wykazują dodatkowe korzyści.
- Nie odnaleziono żadnych opracowań wtórnych (przeглядów systematycznych, metaanaliz), badań eksperymentalnych (RCT, badań z pseudorandomizacją, bez randomizacji, badań jednoramiennych) oraz badań obserwacyjnych z grupą kontrolną dot. badania z zastosowaniem podoskopu i podobarografu w kierunku deformacji stóp i wad postawy u dzieci i młodzieży.

Autyzm:

Narzędzie przesiewowe, diagnostyczne w kierunku ASD i problemów z zachowań u dzieci/młodzieży:

- Zarówno narzędzia M-CHAT, jak i M-CHAT-R/F, przy uwzględnieniu całej procedury przeprowadzenia wywiadu, wykazały dodatnią wartość predykcyjną rzędu 50% w ramach praktyki dla dzieci od 16 do 30 miesiąca życia. Wczesne interwencje z zastosowaniem danych kwestionariuszy podkreślały znaczącą poprawę wyników w zakresie funkcji poznawczych i językowych dzieci z ASD w stosunku do standardowego leczenia. Nie znaleziono jednak żadnych badań, które bezpośrednio porównują długoterminowe wyniki dzieci poddanych badaniu przesiewowemu i dzieci nie uwzględnionych w przesiewie. Potrzebne są dalsze badania w celu określenia korzyści i szkód w zakresie badania ogólnej populacji (McPheeters 2016).
- Do interwencji zastosowanych w ramach tzw. standardowej baterii testów w zakresie cech i problemów związanych z ASD można włączyć narzędzia takie jak: ADOS, CBC, CARS, MacArthur-Bates Communicative Development Inventory, PSI, Pervasive Developmental Disorders Behavior Inventory oraz profil psychoedukacyjny i SRS (McConachie 2015).
- Kwestionariusz CHAT może być stosowany tylko w przesiewie drugiego stopnia (wtórnym) ze względu na jego niski poziom czułości. Z kolei M-CHAT jest narzędziem bardziej czułym i może być wypełniany już w badaniu przesiewowym I stopnia przez rodziców dzieci z ASD (Mawle 2006).

Muzykoterapia:

- W przeglądzie Cochrane (Geretsegger 2016) wskazuje się znaczący efekt terapeutyczny muzykoterapii w porównaniu z terapią placebo lub standardową opieką w zakresie interakcji społecznych, niewerbalnych i werbalnych umiejętności komunikacyjnych, inicjowania zachowań i wzajemności społeczno-emocjonalnej. Podobnie w obszarach adaptacji społecznej, uzyskania satysfakcji i polepszenia jakości relacji między rodzicami a dzieckiem, terapia muzyką okazała lepszym rozwiązaniem niż brak terapii lub standardowa opieka w grupie kontrolnej. Nie stwierdzono pogorszenia pierwotnego wyniku leczenia lub innych zdarzeń niepożądanych w wyniku terapii, w którymkolwiek z analizowanych badań. Biorąc pod uwagę niską liczebność populacji docelowej oraz niejasności metodologiczne, konieczne są dalsze badania.

Interwencje behawioralne (terapia behawioralna, poznawczo-behawioralna, działania terapeutyczne oparte na analizie behawioralnej - ABA):

- Wyniki analizy Camargo 2016 wskazują, że zastosowanie terapii behawioralnej powoduje blisko 88% wzrost umiejętności społecznych u osób z ASD. Największe efekty odnotowywano w populacji od 2 do 10 roku życia, a jeśli dodatkowo zastosowano technikę wzmacniania oraz modelowanie, efekty terapii były większe.
- Terapia poznawczo-behawioralna ma silny, pozytywny wpływ na poprawę funkcjonowania społecznego dzieci z ASD nieupośledzonych umysłowo (Lang 2011).

Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych:

Wady postawy:

- Wady postawy stanowią poważne zagrożenie prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży. Pociągają one za sobą rozwój dysfunkcji narządu ruchu w wieku dorosłym, co w konsekwencji prowadzi do ponoszenia przez budżet państwa związanych z tym kosztów (rehabilitacja, czasowa niezdolność do pracy spowodowana np. zespołami bólowymi kręgosłupa o podłożu przeciążeniowym, świadczenia rentowe).
- Do wzrostu liczby dzieci, u których występują wady postawy przyczynia się m.in. coraz niższa sprawność i odporność młodych organizmów, przeciążenie zarówno zajęciami obowiązkowymi, jak i dodatkowymi, siedzący tryb życia oraz ograniczenie aktywności ruchowej. Istotnym problemem jest także brak jednolitych programów dotyczących profilaktyki i korekcji wad postawy w skali krajowej oraz na obszarze poszczególnych jst.
- Postępowanie terapeutyczne musi być zindywidualizowane, nie wskazane jest realizowanie zajęć korekcyjnych w formie zajęć grupowych. Proces diagnostyczno-terapeutyczny nie powinien być realizowany przez osoby lub podmioty specjalizujące się wyłącznie w diagnostyce postawy ciała, nie posiadające odpowiedniego doświadczenia w praktycznej realizacji zajęć korekcyjnych. Skuteczność zajęć korekcyjnych musi być systematycznie weryfikowana za pomocą badań diagnostycznych prowadzonych według tych samych standardów co badania wstępne.
- Prowadzone powinny być programy edukacyjne o prawidłowym odżywianiu i aktywności fizycznej, zapobiegające nadwadze i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Wzbogacona powinna zostać także oferta pozalekcyjnych zajęć ruchowych. Zapewnione powinny zostać środki finansowe na prowadzenie gimnastyki korekcyjnej w szkołach.
- Diagnostyka powinna obejmować dzieci w wieku przedszkolnym, w przedziale wiekowym 3-6 lat, szczególnej opieki i nadzoru wymagają dzieci i młodzież w okresie pokwitaniowego skoku wzrostowego: dziewczęta 11-14 lat, chłopcy 12-15. Diagnostyka powinna być prowadzona w oparciu o tanie, nieinwazyjne narzędzia i metody diagnostyczne. Obecnie rekomendowanym standardem są m.in. fotorejestracja oraz ocena kąta rotacji tułowia prowadzona za pomocą skoliometru Bunnella.

- Wymagane jest stałe weryfikowanie skuteczności programu poprzez systematyczne powtarzanie badań diagnostycznych prowadzonych według standardów zgodnych z badaniem wstępnym.

Autyzm:

- Eksperti kliniczni wskazują na dynamiczny wzrost diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu.
- Istnieje potrzeba objęcia badaniami przesiewowymi w kierunku ASD całej populacji dzieci w wieku 24-36 miesięcy, a szczególnie dzieci z grup ryzyka, tj. wcześniaki, dzieci z niską masą urodzeniową, rodzeństwo dzieci ze zdiagnozowanym ASD oraz dzieci, w których rodzinach występuje ASD. Niektórzy eksperci zaznaczają, że w ślad za programem Badabada pierwszy etap badań przesiewowych (ankieta wypełniana przez rodziców) może być przeznaczony dla dzieci od 16 do 30 m.ż. Drugi poziom badań przesiewowych to bezpośrednie badania prowadzone przez osoby przeszkolone z wykorzystaniem narzędzi, w tym przypadku SACS-R. Test ten może być stosowany u dzieci od ukończonego 7 m.ż. do 31 m.ż. z narzędziem wdrażanym przez specjalistę.
- Przeprowadzenie specyficznych testów diagnostycznych w kierunku ASD wymaga udziału profesjonalistów posiadających odpowiednie doświadczenie w danym zakresie, tj. zespołu diagnostycznego, uwzględniając psychologa, pedagoga, psychiatrę i neurologopedę.
- Wczesna interwencja podjęta u dzieci z ASD wpływa na zmniejszenie liczby symptomów m.in. na poprawę funkcji poznawczych pacjenta, umiejętności językowych, społecznych, zachowań adaptacyjnych. Ponadto w wyniku odpowiednich działań interwencyjnych oczekuje się poprawy jakości życia, zwiększenia szans na samodzielne i niezależne funkcjonowanie (z możliwością podjęcia pracy zarobkowej) i tym samym zmniejszenia kosztów związanych z udzielanymi świadczeniami.
- Diagnostyka specjalistyczna powinna być przeprowadzana z wykorzystaniem wystandaryzowanych metod diagnostycznych (np. ADOS-2) dla dzieci, które w badaniach przesiewowych drugiego stopnia wykazały zagrożenie autyzmem. Podzielona jest na wiele etapów, m.in. wywiad, testy diagnostyczne, analiza dokumentacji, nagrań filmowych i powtarzana wielokrotnie - np. na różnych etapach rozwoju czy po okresie terapii.
- Proces terapeutyczny powinien zawierać interwencje oparte na dowodach, a terapia powinna być wdrożona w odpowiedniej intensywności (ok. 25 godzin tygodniowo). Inni eksperci wskazują na zasadność 30-40 godzin terapii w tygodniu.
- Ekspert w dz. psychologii klinicznej dodaje, że powinny być realizowane także programy profilaktyki i edukacji zdrowotnej w kierunku ASD, gdzie wskazuje zasadność: opracowania ogólnodostępnego informatora dla rodziców nt. niepokojących zachowań w rozwoju dziecka od 3 do 36 m.ż. oraz dot. dostępnych usług medycznych i terapeutycznych; wykorzystania innych narzędzi komunikacji do upowszechniania treści dot. zaburzeń ze spektrum autyzmu, jak np. wykorzystanie obchodów Światowego Dnia Świadomości Autyzmu (2 kwietnia) dla celów edukacyjno-informacyjnych. Ekspert zaleca również stworzenie programu wsparcia dla dorosłych osób ze zdiagnozowanym zaburzeniem ASD jako kontynuacji programów dla dzieci i młodzieży.

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.441.14.2019 „Program kompleksowej terapii i rehabilitacji dzieci i młodzieży z terenu Miasta Zabrze” realizowany przez: Miasto Zabrze, Warszawa, marzec 2019 r., Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” z marca 2018 r. oraz „Wczesna diagnostyka i terapia zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD)” z kwietnia 2017 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 86/2019 z dnia 1 kwietnia 2019 roku o projekcie programu „Program kompleksowej terapii i rehabilitacji dzieci i młodzieży z terenu Miasta Zabrze”.