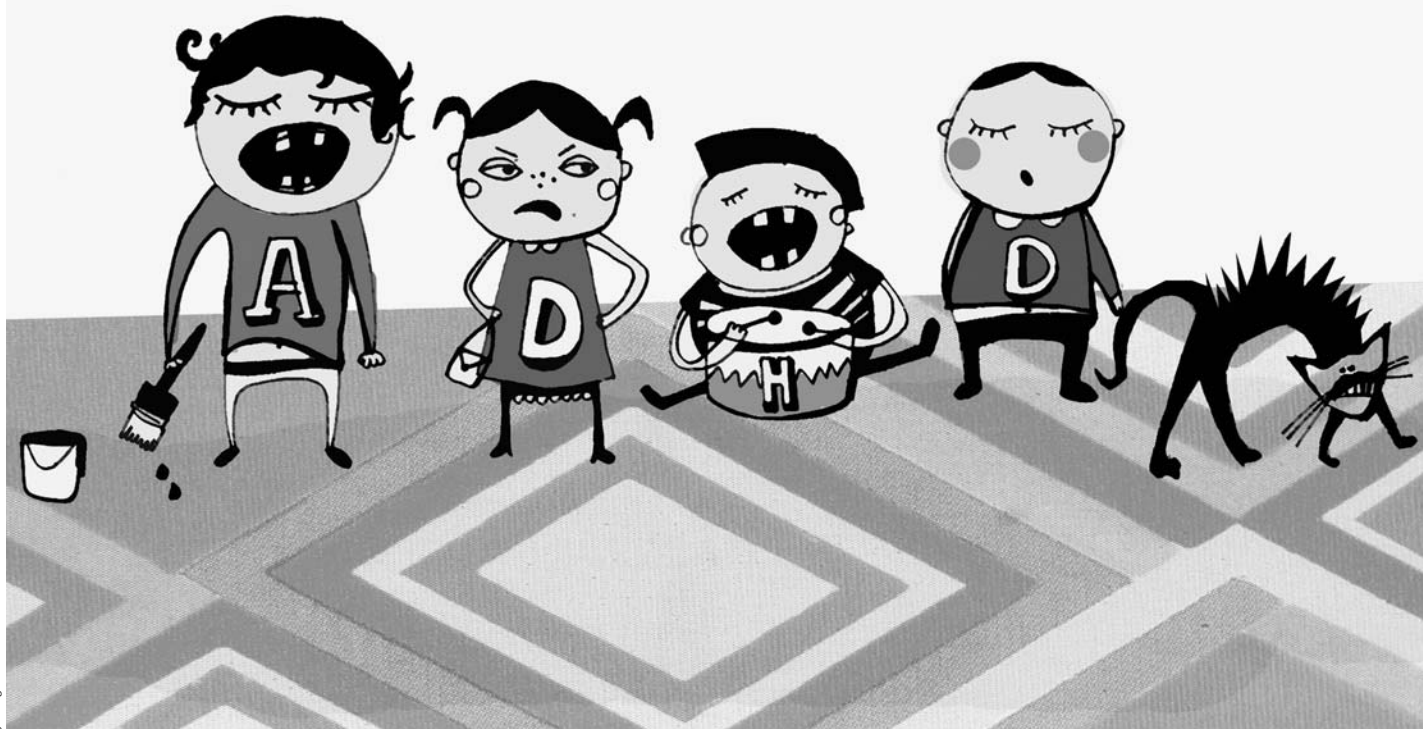


# Jak leczeni są Polacy?

## Szanowni Państwo!

Drugie spotkanie z cyklu *Jak leczeni są Polacy* dotyczyło problemu zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, czyli ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*). W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele wszystkich stron publicznej debaty poświęconej leczeniu tej choroby. Po pierwsze – specjaliści medyczni; po drugie – osoby, które wiedzą, jak leczy się to schorzenie w Polsce i innych krajach, oraz decydujące – choćby przez system refundacji – które ze stosowanych procedur są dostępne w Polsce; po trzecie – przedstawiciele rodziców chorych dzieci; i wreszcie – dziennikarze specjalizujący się w tematyce zdrowotnej. Każda ze stron miała okazję przedstawić swoje argumenty i bronić ich.

# ADHD



graf. Olga Reszalska

Szesnastego marca tego roku na polskiej liście leków refundowanych znalazł się innowacyjny lek na ADHD – pierwszy i jedyny – jak do tej pory – lek na tę chorobę. Jak wprowadzenie refundacji wpłynie na leczenie tego schorzenia u dzieci w naszym kraju? Kto powinien korzystać z leku, a kto nie? Czy farmakoterapia to jedyny i najlepszy sposób leczenia dzieci chorych na ADHD? Co z leczeniem towarzyszącym, czyli psychoterapią, szkoleniem dla rodziców i dzieci? Jakie koszty związane z ADHD ponoszą rodzice, jakie społeczeństwo, które formy terapii powinny być refundowane przez państwo? Dlaczego lekarze rodzinni mają opory przed sprawdzeniem dzieci pod kątem ADHD i dlaczego tak wiele przypadków ADHD udaje się właściwie zdiagnozować dopiero po interwencji poradni pedagogiczno-psychologicznych? Na te pytania odpowiedzieli uczestnicy debaty *Menedżera Zdrowia*.

## W debacie udział wzięli:

prof. dr hab. n. med. **Tomasz Wolańczyk** z Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Warszawie  
prof. dr hab. n. med. **Irena Namysłowska**, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży  
**Wojciech Matuszewicz**, dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych  
**Janusz Michalak**, prezes wydawnictwa *Termedia*  
dr hab. n. med. **Małgorzata Janas-Kozik**, konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży z woj. śląskiego  
dr n. med. **Halina Flisiak-Antonijczuk** z Oddziału Dziennego Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży we Wrocławiu, konsultant woj. dolnośląskiego  
dr n. med. **Mirosław Dąbkowski**, konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży z woj. kujawsko-pomorskiego  
**Izabela Jarosz** z Janssen-Cilag  
**Ilona Lelito**, prezes Polskiego Towarzystwa ADHD  
**Jarosław Wejchert** z Pomorskiego Towarzystwa *Ponad*  
**Dorota Romanowska**, kierownik działu *Nauka* w *Newsweeku*  
**Jagoda Kamińska**, prezes Dziennikarskiego Klubu Promocji Zdrowia  
**Małgorzata Wawrzyniak** i **Marzena Sygut**, dziennikarki *Menedżera Zdrowia*

**Janusz Michalak:** Od kilkudziesięciu lat uczymy się przeciwdziałać skutkom ADHD. Nikogo już nie trzeba przekonywać (a było to konieczne jeszcze kilkanaście lat temu), że nie powinniśmy czekać aż dziecko *samo wyrośnie* z choroby, że pacjentom dotkniętym ADHD trzeba pomagać, lecząc ich, poprawiając tym samym ich funkcjonowanie w szkole i w ramach grupy, zapewniając lepsze szanse życiowe. Jak wygląda problem ADHD w Polsce, a jak na świecie?

**prof. Tomasz Wolańczyk:** Z badań przeprowadzonych na świecie wynika, że zespół ADHD dotyka 3–6 proc. dzieci. Z ostrą formą tej choroby – zespołem hiperkinetycznym – boryka się 1–2 proc. dzieci. W Polsce nie przeprowadzono badań ogólnokrajowych, jednak obserwacje w poszczególnych ośrodkach zajmujących się tym schorzeniem potwierdzają te dane – odsetek chorujących jest podobny.

Częstość występowania ADHD zależy od wieku. Im starsza populacja, tym mniej chorych. W grupie 6–7-latków może być ich nawet 7 proc. Wśród 7–18-latków wskaźnik wyniesie prawdopodobnie 5,3 proc. Przyjmuje się, że mniej więcej co 5 lat z ADHD wyrasta połowa cierpiących na to schorzenie.

Objawy kliniczne ADHD u dzieci w wieku szkolnym to zaburzenia koncentracji uwagi, impulsywność i nadruchliwość. Najbardziej utrudniają one dziecku funkcjonowanie edukacyjne, nie pozostając bez wpływu na przyswajanie przez nie wiedzy i otrzymywane oceny. Nie można też zapominać, że zaburzą egzystencję rodziny i jej zdolności wychowawcze. Główne możliwe zagrożenia dla chorego to utrwalone zaburzenia zachowania, skłonność do uzależnień oraz ryzyko wystąpienia zespołów depresyjnych.

” Konsekwencje ADHD to skłonność do uzależnień i powikłania w postaci zespołów depresyjnych ”

**Wojciech Matuszewicz:** Głównym punktem zainteresowania ADHD ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) jest aspekt i koszt społeczny choroby. Podchodzimy do tego zagadnienia po europejsku, czyli wg ściśle sprecyzowanych wytycznych. W USA istnieje możliwość uznaniowego podejścia do ADHD. Schorzenie to jest tam definiowane w dość luźny sposób. W Europie, więc i w Polsce, nie ma takiej swobody. U nas choroba ta jest definiowana na podstawie ICD 10 ściśle jako *zespół hiperkinetyczny*.

Już ponad 100 lat temu dostrzeżono i próbowano leczyć ADHD, ale choroba została dobrze zdefiniowana dopiero w latach 1966–1978 przez Petera Clemensa. Definicja, którą wówczas sformułował, jest aktualna również dzisiaj. Leczenie farmakologiczne tego schorzenia też nie jest nowością. Już przed wojną zauważono, że podawanie amfetaminy w małych dawkach daje pożądane efekty u dzieci nadreaktywnych.

Chciałbym się odnieść również do stwierdzenia prof. Wolańczyka dotyczącego wyrastania dzieci z tej choroby. To dyskusyjne – w ostatnich latach pojawił się nowy zespół o nazwie AADD (*Adult Attention Deficit Disorder*), traktowany jako kontynuacja ADHD u dorosłych. Trudno określić, w jakim stopniu jest to rzeczywiście ugruntowana badaniem jednostka chorobowa, a w jakim nazwa wymyślona na użytek debaty publicznej.

W USA ADHD rozpoznaje się u 4,5 mln dzieci. Wzrost kosztów leczenia związany z farmakoterapią wynosi aż 180 proc. Wydatki na leki to oczywiście nie wszystko. Choroba ta wymaga zastosowania wielu innych metod terapeutycznych, głównie psychologicznych. To generuje dodatkowe koszty.

Podobny do amerykańskiego rejestr chorych prowadzony był w 10 krajach Europy. Niestety, nie w Polsce. Tymczasem z punktu widzenia leczenia farmakologicznego ważny jest nie tylko stopień nasilenia objawów, ale też współistnienie innych zaburzeń. Najważniejszym z nich jest padaczka, która dotyczy 4 proc. dzieci z ADHD. W Ameryce poważny problem współistniejący z ADHD to otyłość. Inne schorzenia to dysleksja – 35 proc., urazy głowy – 15 proc., moczzenie nocne – 15 proc., tiki – 8 proc., czynności nawykowe – 6 proc. O polskich pacjentach i chorobach towarzyszących wiadomo niewiele.

W leczeniu ADHD stosuje się metylofenidat, który jest pochodną amfetaminy i likwiduje brak dopaminy. Zaczyna działać już po 30–60 min od zażycia, czas trwania wynosi 4 godz. Na lek ten reaguje 75 proc. chorych. Z działań niepożądanych najbardziej znany jest brak łaknienia. Wydaje się, że lek ten, z uwagi na swój efekt uboczny, byłby wskazany do leczenia ADHD ze współistniejącą nadwagą. Drugi lek – atomoksetyna – ma, niestety, o wiele więcej działań niepożądanych. Najważniejsze z nich to zmiany skórne, ciężkie uszkodzenia wątroby, utrata apetytu, zmiany w zapisie EKG i zmęczenie.

Ponieważ w Polsce nie ma rejestru chorych, trudno przewidzieć, komu leczenie farmakologiczne może przynieść największe korzyści. Jak wytyścić te dzieci? Czy nie zaszkodzimy chorym, stosując leczenie farmakologiczne, skoro wiadomo o poważnych efektach ubocznych działania leku? Mimo tych pytań, na które nie znamy dziś odpowiedzi, AOTM 30 czerwca 2008 r. po wielu dyskusjach wydała dla Ministerstwa Zdrowia pozytywną rekomendację dotyczącą refundacji metylofenidatu (Con-

## Genetyczna ruletka

ADHD ma podłoże genetyczne. Współwystępowanie tego zespołu u członków rodziny może mieć znaczne rozmiary. Szacuje się, że jeśli któryś z członków bliższej lub dalszej rodziny cierpi na ADHD, ryzyko wystąpienia tego schorzenia u kolejnego dziecka w tej rodzinie jest 5–7 razy większe niż u dziecka z rodziny, w której tego problemu nie było. Z obserwacji i badań prowadzonych na świecie wynika, że ok. 40 proc. dzieci z ADHD ma rodziców z trwającym w dorosłym życiu zespołem nadpobudliwości psychoruchowej. U ok. 35 proc. dzieci z ADHD to samo zaburzenie występuje u rodzeństwa.



certa). Zaleciła 50-procentową refundację i konieczność przepisywania leku przez lekarza psychiatrę na różowej receptce z wtórnikiem. Jestem przekonany, że taka rekomendacja była słuszna, chociaż minister zdecydowała, by wprowadzić Concertę z opłatą ryczałtową w wysokości 3,20 zł.

W leczeniu ADHD stosuje się od niedawna Medikinet CR. Jest to lek mający cechy generyku wobec Concerty. Do chwili wprowadzenia refundacji na Concertę był on zdecydowanie tańszy. W tej sytuacji najbardziej sensownym rozwiązaniem byłoby kontraktowanie obu leków w ten sam sposób. Niestety, nie można wprowadzić kilku limitów na tę samą substancję aktywną. W związku z tym mamy problem, który trzeba szybko rozwiązać, jeszcze przed opublikowaniem lipcowej listy refundacyjnej. Osobiście jestem za tym, by oba leki były traktowane tak samo pod względem ceny. Ponieważ atomoksetyna budzi ogromny niepokój na świecie z uwagi na niebezpieczne działania niepożądane, nie jest brana pod uwagę przy tworzeniu listy refundacyjnej.

**Janusz Michalak:** Czy pani zdaniem polskie dzieci cierpiące na ADHD są leczone w nowoczesny sposób?

**prof. Irena Namysłowska:** Od niedawna tak. Mamy jednak do rozwiązania problem znacznie pilniejszy niż refundowanie leku. Chodzi o małą dostępność lekarzy psychiatrów dla dzieci. Polska jest pod tym względem na przedostatnim miejscu wśród krajów Europy. Mamy jednego takiego specjalistę na 30 tys. dzieci, podczas gdy np. w Szwajcarii jednego na 3 tys. Przeciętna norma europejska to lekarz na każde 10 tys. chorych. Jeżeli więc polskie dziecko już trafi do psychiatry, to jest dobrze leczone, zwłaszcza od czasu, kiedy Concerta jest na liście leków refundowanych. To wielki postęp. Ale należy pamiętać, że leczenie farmakologiczne, jakkolwiek potrzebne, jest częścią szerszego planu terapeutycznego. Plan ten uwzględnia programy psychospołeczne i to nie tylko wobec dziecka, ale też wobec rodziców i szkoły. Tu pozostaje wiele do zrobienia.

**Jagoda Kamińska:** Jak pani ocenia w tej sytuacji świadomość lekarzy rodzinnych i ich zdolność do postawienia prawidłowej diagnozy? Czy mają odpowiednią wiedzę? To oni powinni weryfikować, które dziecko należy skierować do psychiatry. Wiadomo przecież, że im wcześniej tam trafi, tym szybciej zostanie postawiona prawidłowa diagnoza.

**prof. Irena Namysłowska:** Lekarze pierwszego kontaktu nie mają odpowiedniej wiedzy, pozwalającej im wychwycić omawiane nieprawidłowości zarówno rodzinni, jak i pediatrzy. Mają za mało wiadomości z ogólnej psychiatrii dzieci i młodzieży, za ma-

ADHD w Polsce i na świecie
zespół nadpobudliwości psychoruchowej występuje na całym świecie i we wszystkich kulturach
<b>3–5 proc.</b> dzieci w wieku 7–13 lat cierpi z powodu tego schorzenia, niezależnie od tego, czy mieszka w Europie, Azji czy USA
ADHD częściej zdarza się u chłopców
szacuje się, że <b>tylko ok. 20 proc.</b> dzieci z nadpobudliwością psychoruchową jest objętych specjalistycznym leczeniem
u 60 proc. pacjentów objawy utrzymują się też w okresie dorosłości
chłopcy częściej cierpią na typ ADHD z nadruchliwością, a dziewczynki z zaburzeniami uwagi
u dziewczynek częściej niż u chłopców <b>nie</b> rozpoznaje się zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ponieważ zaburzenia uwagi nie są tak alarmujące dla otoczenia, jak np. impulsywność)
w USA stosunek liczby chłopców do liczby dziewcząt leczonych z powodu ADHD wynosi ok. 4:1



to jest szkoleń w tym zakresie. Niejednokrotnie zwracałam się do konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii, by to zmienił. Niestety, bez echa.

**Dorota Romanowska:** Ile czasu upływa od momentu, gdy rodzice zorientują się, że coś jest nie tak z dzieckiem, do chwili, kiedy trafia ono do specjalisty?

**prof. Tomasz Wolańczyk:** W Polsce w latach 90. XX wieku do naszej poradni dzieci trafiały zwykle po czterech latach od momentu zauważenia problemu. W Austrii, która ma podobną strukturę, jeśli chodzi o dostęp do psychiatrów, i podobny stosunek do leczenia u tych specjalistów, czas ten wynosi trzy lata.

**Jarosław Wejchert:** Chcę sprostować to, co mówiła prof. Namysłowska wcześniej. Otóż droga dziecka z ADHD do psychiatry nie prowadzi przez lekarza pediatrę czy rodzinnego, lecz przez pedagoga szkolnego lub poradnię pedagogiczno-psychologiczną. W placówkach tych na ogół nie wiedzą, jak poradzić sobie z nieprzystosowaniem dziecka i kierują je do psychiatry. Gdyby lekarze pierwszego kontaktu potrafili wychwycić problem w wieku przedszkolnym, dziecko otrzymałoby specjalistyczną pomoc pewnie już w wieku 6 lat. Nie potrafią i dziecko musi się zderzyć ze szkolną rzeczywistością, ponieść wiele porażek i na koniec, okrężną drogą, trafia do specjalisty. W ten sposób tracimy kilka lat. Kiedy wreszcie dziecko trafi do lekarza psychiatry albo specjalistycznej poradni, rodzice oczekują, że ich latorośl przejdzie odpowiednią terapię, która rozwiąże problem. Gdy usłyszą jednak, że trzeba podać lek, zazwyczaj są przerażeni. Nie rozumieją też, że to oni i nauczyciele powinni przejść psychoterapię, że to od nich zależy, jak poradzi sobie dziecko, że to oni powinni pilnować podawania leków. Tymczasem większość rodziców, nawet tych na wysokim poziomie intelektualnym, psychoterapeutę postrzega jako czarodzieja, który odpowiednio *ustawi* dziecko. Przy ADHD tak się nie da. To nie pacjenta modyfikujemy, lecz sposób myślenia otoczenia.

” Lekarzy pierwszego kontaktu mają za mało wiadomości z ogólnej psychiatrii dzieci i młodzieży ”

**dr Małgorzata Janas-Kozik:** Potwierdzam, to pedagodzy szkolni i poradnie psychologiczno-pedagogiczne najczęściej kierują dzieci z ADHD do psychiatrów. Poradnie pedagogiczno-psychologiczne zajmują się uczniami pod kątem ich funkcjonowania w szkole. Tych, którzy mają z tym kłopoty, odsyłają także do nas, często na skierowaniu wpisując: *proszę o objęcie ucznia nauczaniem indywidualnym*. Bo nauczyciele nie potrafią poradzić sobie z takim dzieckiem. Nasze stanowisko jest oczywiście przeciwne temu zaleceniu – ADHD nie jest podstawą do skierowania dziecka na nauczanie indywidualne. Niekiedy jednak zmuszeni jesteśmy przychylić się do tej prośby ze względów pozamedycznych. Problem z funkcjonowaniem dziecka w szkole jest już tak ogromny, że jedynym sposobem, aby mogło ono realizować obowiązek szkolny, jest nauczanie indywidualne. W takiej sytuacji pozbawianie tej grupy pacjentów leków jest w ogóle niedopuszczalne.

**Jagoda Kamińska:** Jak długo czeka się na leczenie od momentu postawienia diagnozy?

**prof. Irena Namysłowska:** Dość długo. Organizacja opieki ambulatoryjnej, na którą wskazuje ustawa zdrowia psychicznego, jest niedostateczna i źle finansowana. O ile dziecko wymagające leczenia szpitalnego od razu trafia na oddział, o tyle czekanie na wizytę ambulatoryjną jest dość długie. W dużej mierze czas zależy od tego, kiedy rodzic skontaktuje się z poradnią. Jeżeli jest to moment zaraz po zakontraktowaniu usługi w NFZ, można się umówić nawet w ciągu tygodnia, jeśli zaś wtedy, gdy już nie ma limitów, na wizytę można czekać nawet rok.

**prof. Tomasz Wolańczyk:** Potwierdzam to, co mówi pani profesor. Wiele też zależy od poradni. W naszej każdego dnia jest tylko jeden lekarz przyjmujący pacjentów od godz. 9.00 do 16.00.

**Janusz Michalak:** Do czasu refundacji Concerty dzieci z ADHD dostawały leki przeciwpadaczkowe, przeciwdepresyjne, na nadciśnienie. Teraz jest właściwy lek. Co powinno towarzyszyć terapii lekowej?

**Wojciech Matuszewicz:** Pytanie to chciałbym wykorzystać do wyjaśnienia, dlaczego AOTM rekomendowała tylko 50-procentową odpłatność za Concertę, a nie więcej. Wcześniejszy lek – Ritalin, o tej samej substancji aktywnej co Concerta nie był zarejestrowany w Polsce. Sprawdzaliśmy go jedynie na tzw. import docelowy. I okazało się, że zażywały go setki tysięcy zdrowych ludzi – studenci, kierowcy, pianiści, po to tylko, by zwiększyć aktywność fizyczną. W Internecie są całe strony z instrukcjami, jak załatwić Ritalin na import docelowy za odpłatność ryczałtową. Takie są fakty. Dyskusja dotycząca tego, czy refundować Concertę, wynikała z aspektów społecznych. Chodziło nam o to, aby kontrolować ilość wydawanego leku. Stąd pomysł, by był przepisywany wyłącznie na różowych receptach. Import Ritaliny stał się bowiem problemem społecznym i finansowym dla NFZ. Zdecydowaliśmy, że w tej sytuacji lepiej dać te leki do ręki specjalście. I to mając świadomość, że lekarzy, którzy wiedzą, jak go stosować w sposób racjonalny, jest w Polsce niewiele. Zastanawiamy się też, czy wprowadzić obowiązek, by dzieci przed zapisaniem Concerty odbywały konsultacje neurologiczne.

**prof. Tomasz Wolańczyk:** Nie cofajmy psychiatrii o 80 lat, do epoki neuropsychiatrii. Dziś każdy psychiatra dziecięcy odbywa kilkumiesięczny staż na neurologii dziecięcej. By zostać psychiatrą, musi odpowiedzieć na egzaminie na pytania z tego zagadnienia, znać interpretację przypadków. Psychiatrzy doskonale wiedzą, kiedy i kogo skierować na konsultację neurologiczną, a kiedy jest ona niepotrzebna.

**Wojciech Matuszewicz:** Czy neurolog nie mógłby pomóc w diagnozie i leczeniu? Może potrzebna byłaby współpraca?

**prof. Tomasz Wolańczyk:** Jest współpraca. Jeśli psychiatra widzi, że ma do czynienia z innym problemem niż ADHD, kieruje dziecko do odpowiedniego specjalisty, nie tylko do neurologa, ale i okulisty czy laryngologa.

**Wojciech Matuszewicz:** Dla nas sprawa ADHD pozostaje nieuregulowana. Do Agencji przychodzą dane dotyczące osób potrzebujących leku. W tym takie, z których wynika niewiele. Na przykład, że w danym regionie jest od 300 do 1200 chorych albo od 300 do 2000. To wielka różnica, czy chorych jest 300, czy siedem razy tyle, czyli 2000. Trzeba to sprecyzować, tak nie może być. Brak świadomości, jak ważny jest rejestr, skutkuje tym, że nie wiemy, jakiej populacji ten lek rzeczywiście przyniesie korzyści. Cieszę się, że wspomniany lek jest refundowany, uważam to za olbrzymi sukces. Musimy jednak pamiętać, że jest to narzędzie, z którego trzeba bardzo ostrożnie korzystać i nie można iść na łatwiznę.

**Marzena Sygut:** Czy nie ma innych leków na ADHD?

**prof. Irena Namysłowska:** We wszystkich międzynarodowych wskazaniach występują tylko te dwa leki, o których wcześniej mówił dyrektor Matuszewicz. Owszem, stosowano w Polsce inne farmaceutyki, ale prawidłowe leczenie, wg wskazań, polega na podawaniu przede wszystkim metylofenidatu i to z tendencją do długofalowego zażywania. Concerta, która ma 12-godzinne działanie, nie zmusza dziecka do przyjmowania dodatkowej dawki w szkole. Drugi lek, atomoksetyna, ma troszkę inne wskazania niż Concerta. Przede wszystkim nie powinno się jej podawać dzieciom, które np. mają tiki czy pełny zespół Tourette'a.



Wojciech Matuszewicz i Janusz Michalak

#### Jak rozpoznać?

##### Charakterystyczne cechy zespołu ADHD

##### Zaburzenie koncentracji uwagi:

- nieuważne słuchanie,
- trudności w skupieniu się na szczegółach,
- szybkie rozpraszanie się pod wpływem zewnętrznych zdarzeń,
- zapominanie, co trzeba zrobić,
- trudności w spostrzegawczości
- bujanie w obłokach,
- zapominanie w czasie rozmowy, o czym się mówiło.

##### Impulsywność:

- wyrwanie się z odpowiedzią, zanim zostanie zadane pytanie,
- nagminne przerywanie innym,
- podejmowanie pochopnych decyzji,
- brak umiejętności powstrzymywania się od natychmiastowego zaspokajania potrzeb,
- szybkie, bez zastanowienia się, akceptowanie cudzych pomysłów.

##### Nadmierna ruchliwość:

- niemożność usiedzenia w jednym miejscu,
- częste nerwowe ruchy rąk i/lub nóg,
- wypoczywanie i zabawa tylko w hałasie,
- nadmierna gadatliwość, hałaśliwość,
- podejmowanie ryzykownych zachowań,
- brak przewidywania konsekwencji,
- trudności z zaśnięciem.

##### Kłopoty w relacjach z dziećmi:

- samotność w grupie, kłopoty z nawiązywaniem kontaktów,
- brak umiejętności przegrywania,
- konieczność bycia w centrum uwagi,
- niepewność i nieśmiałość, złe zdanie na własny temat,
- trudności w czekaniu na swoją kolej.



Halina Flisiak-Antonijczuk



Mirosław Dąbkowski



Tomasz Wolańczyk

**Janusz Michalak:** Czy są polskie standardy leczenia ADHD?

**prof. Irena Namysłowska:** Na razie nie. Korzystamy ze standardów amerykańskich i europejskich, np. NICE. Za dwa miesiące będą gotowe polskie, kończymy ich opracowywanie. Nie będą się one w zasadniczy sposób różnić od międzynarodowych.

**Janusz Michalak:** Jaki jest aspekt ekonomiczny ADHD? Jakie są rezultaty badań prowadzonych w tej kwestii?

**Wojciech Matuszewicz:** Badania te są obciążone istotnym mankamentem. Agencje na całym świecie liczą głównie koszty tzw. bezpośrednie medyczne. Koszty te w przypadku leczenia ADHD nie są małe, ale o wiele większe są koszty pośrednie. Chodzi mi o te straty, jakie ponosi rodzic, a za jego pośrednictwem społeczeństwo. Opiekun bowiem do tego stopnia jest zaabsorbowany dzieckiem, że opuszcza stanowisko pracy, zwalnia się w godzinach pracy, by zająć się nim. Koszty te są o wiele większe niż bezpośrednie koszty medyczne i muszą zostać uwzględnione w naszych wyliczeniach. Trzeba też wziąć pod uwagę zyski dla społeczeństwa, wynikające z dobrego dostosowania tych dzieci do normalnego życia. I tu jest olbrzymia rola specjalistów, którzy będą kwalifikować dzieci do leczenia farmakologicznego.

” Często jest tak, że rodzina opiekująca się dzieckiem z ADHD traci połowę dochodów ”

**Janusz Michalak:** Chciałbym wrócić do poruszonej przez profesor Namysłowską sprawę braku odpowiedniej liczby psychiatrów. Dlaczego uważa pani, że mamy zbyt mało psychiatrów, którzy mogliby leczyć dzieci z ADHD?

**prof. Irena Namysłowska:** Chodzi tu o dane dotyczące liczby dzieci przypadających na psychiatrę. U nas jest to jeden specjalista na 30 tys. dzieci, a w UE mówi się o standardzie, gdy specjalista przypada na 10 tys. dzieci. Mamy jako środowisko wielką prośbę do Ministerstwa Zdrowia. Tworzy ono listę specjalności priorytetowych, na której niestety, mimo moich prośb, nie znalazła się psychiatria dla dzieci i młodzieży. Braki są tu olbrzymie. Trzeba pamiętać, że niedobór tych specjalistów rzutuje nie tylko na leczenie ADHD, ale w ogóle na leczenie dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi.

**Wojciech Matuszewicz:** Ministerstwo, tworząc tę listę, priorytetowo potraktowało specjalności ratujące życie. Mamy olbrzymie braki, jeśli chodzi o onkologów, anestezjologów, pediatrów wąskich specjalności, mam tu na myśli neonatologów. Wiem, że dla nich jest zielone światło. Wiadomo również, że w psychiatrii każdy woli zajmować się dorosłymi niż dziećmi.

**prof. Tomasz Wolańczyk:** Nikt tego nie chce robić, bo ta praca nie przynosi odpowiednich zysków.

**Janusz Michalak:** Dlaczego? Jeżeli jest duży popyt, a rozumiem, że jest, to dostaje się odpowiednio duże wynagrodzenie?

#### Jak mogą pomóc leki?

- dziecku będzie łatwiej skupić się podczas pracy i nauki,
- zacznie do niego docierać to, co mówią inni,
- łatwiej będzie mu zapanować nad potrzebą ruchu i mówienia,
- łatwiej mu będzie przez chwilę pomyśleć, zanim coś zrobi.

#### Czego leki nie zmienią?

- nie zastąpią wychowania i nauczania,
- nie spowodują, że przeciętny uczeń nagle zacznie dostawać piątki i szóstki,
- nie zmniejszą agresji, jeśli ma ona inne podłoże niż impulsywność (np. gdy dziecko jest bite w domu),
- nie usuną dysleksji ani dysgrafii.

**dr Mirosław Dąbkowski:** Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży dotyczą w głównej mierze ubogich rodzin. Kolejna kwestia to czas pracy – psychiatra musi poświęcić dziecku trzykrotnie więcej czasu niż osobie dorosłej. Bo praca z chorym dzieckiem to praca z całymi rodzinami. Stawki płac dla psychiatrów dziecięcych nie uwzględniają tej specyfiki.

Chciałem jeszcze powrócić do aspektu ekonomicznego leczenia ADHD. Biorąc pod uwagę opłacalność farmakoterapii, musimy spojrzeć na następstwa ADHD zarówno bliskie, jak i odległe. Po pierwsze, farmakoterapia poprawia funkcję uwagi, czyli dziecko sprawniej wykonuje zadania. Jest sprawniejsze nie tylko intelektualnie, ale i fizycznie, co się przekłada na mniejszą urazowość. Drugim aspektem ADHD są konsekwencje wynikające z relacji dziecka z otoczeniem, które zwykle postrzega je jako osobę przeszkadzającą. Dziecko z ADHD jest odrzucane przez grupę rówieśniczą, co skutkuje odległościami, negatywnymi konsekwencjami w jego dorosłym życiu. Traktuje siebie jako osobę gorszą, taką, której nic się nie udaje. Robiono badania dotyczące takiej cechy osobowościowej jak optymizm – pesymizm. Okazało się, że dzieci z ADHD trzykrotnie częściej pesymistycznie postrzegają siebie i swoją przyszłość. Jest to efekt ich życiowych doświadczeń. Jaka w tym rola farmakoterapii? Otóż daje doraźne poczucie sukcesu, co skutkuje pozytywnie nie tylko tu i teraz, ale stanowi też podstawę do budowania bardzo pozytywnych cech osobowościowych na całe życie. To z kolei prowadzi do zmniejszenia podatności na uzależnienia, a w skali ogólnospołecznej nawet do zmniejszenia przestępczości, a także poprawy funkcjonowania w życiu małżeńskim, rodzinnym.

**Dorota Romanowska:** Czy leki należy włączyć natychmiast po rozpoznaniu ADHD czy dopiero po pewnym czasie?

**dr Mirosław Dąbkowski:** To zależy od nasilenia objawów i kłopotów z funkcjonowaniem. Z danych szacunkowych wynika, że 10–15 proc. dzieci z ADHD jest na tyle upośledzonych w funkcjonowaniu, że konieczne jest włączenie leków. Pozostałe są prowadzone metodami wychowawczymi.

**Jagoda Kamińska:** W jakim stopniu przy wstępnym rozpoznaniu ADHD wystarczy stosowanie wyłącznie psychoterapii?

**prof. Tomasz Wolańczyk:** Jeśli mamy czyste zaburzenie hiperkinetyczne, to w przypadku leczenia wyłącznie za pomocą psychoterapii szansa na sukces wynosi 40–50 proc., podczas gdy po półrocznym stosowaniu leków 80 proc.

**Jagoda Kamińska:** Jak wygląda refundacja psychoterapii? To też są kosztowne procedury? Czy wszyscy rodzice mają możliwość skorzystania z bezpłatnej pomocy?

„ Dziecko z ADHD zażywające leki ma szansę zobaczyć prawdziwego siebie, zobaczyć, jakie jest naprawdę ”

**prof. Irena Namysłowska:** Nie ma takiej szansy. Wynika to z faworyzowania przez NFZ leczenia szpitalnego. Jest ono lepiej refundowane. Leczenie ambulatoryjne, w tym psychoterapia, znacznie gorzej. Narodowy Fundusz Zdrowia nie rozumie, że w odniesieniu do dzieci psychoterapia ma większe znaczenie niż leczenie farmakologiczne. Myślę, że wynika to z tego, iż psychiatria dzieci i młodzieży jest tak traktowana, jak psychiatria dla dorosłych. Fundusz nie może zauważyć odrębności i specyfiki psychiatrii dziecięcej. W efekcie finansowanie jest identyczne, a tymczasem nasze potrzeby są zupełnie inne. Na przykład w psychiatrii dla dorosłych, żeby oddział się sfinansował i opłacił z punktu widzenia kryteriów dyrektorów szpitali, musi mieć 50–60 łóżek. Tworzenie takiego oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży jest absurdem. Tutaj nie powinno być więcej niż 15–20 łóżek. Przy tym finansowaniu oddziały psychiatrii dziecięcej przynoszą same straty.

**prof. Tomasz Wolańczyk:** Problem psychoterapii w Polsce polega na tym, że NFZ finansuje tylko psychoterapię prowadzoną przez osoby mające odpowiedni certyfikat. W Polsce nie organizuje się szkoleń psychoterapeutów finansowanych przez państwo. Są one w całości opłacane z pieniędzy lekarzy. W związku z tym NFZ płaci za psychoterapię osobom, które musiały za certyfikat zapłacić z własnej kieszeni. Tymczasem uzyskuje się go po 4 latach szkolenia, którego koszt wynosi 20–40 tys. zł. Jeśli ktoś wyłoży z własnej kieszeni taką kwotę, to często zaciąga kredyt. Potem, żeby go spłacić, odchodzi z państwowej służby zdrowia. Dostęp do psychoterapii refundowanej jest przez to prawie niemożliwy.

**Jagoda Kamińska:** Na wielu konferencjach mówi się, że powstał środowiskowy program zdrowia psychicznego i funkcjonuje wspaniale. Jak jest naprawdę?

**prof. Irena Namysłowska:** Program ochrony zdrowia psychicznego nie został dotychczas podpisany przez ministra finansów, a żeby działał, potrzebne są pieniądze, bez nich nie może być realizowany.

**Jagoda Kamińska:** Czy realizacja tego programu przyczyni się do poprawy sytuacji psychiatrii dziecięcej?



Małgorzata Janas-Kozik (w środku) w rozmowie z Dorotą Romanowską

#### Co to znaczy ADHD?

W polskim piśmiennictwie medycznym na określenie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci używa się dwóch nazw: amerykańskiej – *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), czyli zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi, oraz europejskiej – *Hyperkinetic Disorder*, czyli zespół hiperkinetyczny.





Irena Namysłowska i Tomasz Wolańczyk

**prof. Irena Namysłowska:** Na pewno będzie lepiej, gdy program będzie prowadzony aktywnie i będą na ten cel pieniądze. Umożliwi on szybką interwencję, np. w przypadku matek przeżywiających depresję po porodzie. Depresja stanowi bowiem jeden z czynników ryzyka powstawania zaburzeń emocjonalnych u dzieci. Będzie też można szybciej objąć opieką dzieci mające problemy psychiczne. Ważne jest i to, że program kładzie nacisk na leczenie dziecka i jego rodziny w środowisku.

**Janusz Michalak:** Jakie koszty związane z ADHD ponoszą rodzice? Czy organizacje pacjentów mają odpowiednie wyliczenia?

**Ilona Lelito:** Można powiedzieć, że często rodzina z chorym dzieckiem traci połowę dochodów. W praktyce wygląda to tak, że jedno z rodziców nie może pracować, gdyż musi się nim opiekować. Musi odprowadzać i przyprowadzać dziecko ze szkoły, mimo że ma ono 13–14 lat i wszyscy rówieśnicy dawno chodzą sami. Musi organizować mu zajęcia pozalekcyjne, żeby mogło się wyżyć i nie miało czasu na rzeczy, które sprowadzą je na złą drogę, sprawią, że wypadnie z dobrego, codziennego rytmu. Pracujący rodzice dzieci z ADHD często dostają telefony ze szkoły z prośbą o interwencję,

muszą opuścić stanowisko pracy. Rzadko który pracodawca jest w stanie taką sytuację zaakceptować. Zdarza się, że ojcowie porzucają rodzinę, bo wychowywanie dziecka z ADHD nie jest łatwe.

Trudna do zniesienia jest presja – na każdej wywiadówce uwagi na temat dziecka, że jest rozpieszczone, źle wychowane, agresywne i że to wina rodziców. Kto tego nie przeżył, nie potrafi zrozumieć, jak stigmatyzujące jest to przeżycie. Niektórzy rodzice nawet po wielu latach z trudem wychodzą z traumy. Z tego powodu koszty społeczne są bardzo duże. Do olbrzymich kosztów prowadzą również powikłania ADHD – większa wypadkowość, urazowość i związane z tym wydatki na leczenie, problemy z utrzymaniem pracy, zorganizowaniem sobie życia. Tutaj właśnie bardzo często z pomocą przychodzi farmakoterapia. Oczywiście, każdy rodzic przed podaniem leku ma wątpliwości, czy jest to konieczne, czy nie przyniesie więcej szkody niż pożytku. Na szczęście rozwiewają je zwykle wspomniane przez prof. Wolańczyka i prof. Namysłowską badania. Kiedy, podając leki, mamy 80 proc. szans na sukces, to nie ma się nad czym zastanawiać.

Jak się przedkłada leczenie farmakologiczne na codzienne życie? Otóż rodzic, który do tej pory słyszał w szkole jedynie, że jego dziecko jest beznadziejne, rozpieszczone, leniwe i nie ma ochoty uczestniczyć w zajęciach, po wprowadzeniu farmakoterapii częściej zaczyna widzieć swoje dziecko w innym świetle. Dziecko dostaje mniej uwag, w dzienniczku pojawiają się pochwały, przybiega ze szkoły radosne, błyskawicznie odrabia lekcje, jest dobrym uczniem. Dziecko z ADHD zażywające leki ma szansę zobaczyć prawdziwego siebie, zobaczyć, jakie jest naprawdę. Ma też szansę rozwinąć własną kreatywność. Często zapominamy bowiem, że te dzieci to osoby o nadprzeciętnej inteligencji i olbrzymiej kreatywności, której, niestety, przez zaburzenia koncentracji uwagi nie są w stanie wykorzystać.

„ Szczęście mają dzieci, których rodziny są zgodne i o nie walczą. Niestety, bardzo dużo osób z ADHD pochodzi ze środowisk dysfunkcyjnych ”

**Małgorzata Czarnecka:** Skupiliśmy się na leczeniu farmakologicznym, ale podkreślali państwo, że podstawową metodą leczenia są formy psychoterapii. Jakie to formy? Na czym konkretnie polegają zajęcia?

**Ilona Lelito:** Najważniejsze są warsztaty dla rodziców i nauczycieli. Bez nich nie ma skutecznego leczenia. Zawsze powtarzamy to rodzicom, którzy do nas dzwonią. Każdy rodzic dziecka nadpobudliwego po otrzymaniu diagnozy ma obowiązek uczestniczyć w szkoleniu. To samo dotyczy nauczycieli. Nie ma innej możliwości. Wszyscy nauczyciele powinni być przeszkoleni do pracy z dzieckiem nadpobudliwym, ponieważ każdy z nich wcześniej czy później w swojej karierze zawodowej spotka dziecko z ADHD. Z psychoterapią bywa różnie. Nie chcę nikogo wybielać. Szkołą się rodzice, szkołą się nauczyciele, jest dużo dobrej woli. Ale są również rodzice niezdaający sobie sprawy, jak ważna jest psychoterapia. Chodzi o to, żebyśmy im o niej przypominali aż do skutku. Jeżeli będziemy stale powtarzać, jak ważna jest ta metoda, oni w końcu uwierzą, dołożą starań. I uzyskamy dobry efekt. Po szczegóły odsyłam na stronę [www.ptadhd.pl](http://www.ptadhd.pl).

**Halina Flisiak-Antonijczuk:** Szczęście mają dzieci, których rodziny są zgodne i o nie walczą. Niestety, bardzo dużo osób z ADHD pochodzi ze środowisk dysfunkcyjnych. To one zostają często wykluczone ze szkoły, ponieważ nie znajdują wsparcia ani w rodzinie, ani w opiece medycznej. W związku z tym cieszę się, że wreszcie dysponujemy odpowiednim lekiem. Rodziny prawidłowo funkcjonujące nie tylko bardzo dobrze poddają się psychoterapii, ale również, nawet jeśli nie są majątne, zrobią wszystko, żeby pomóc własnym dzieciom. Natomiast w tych rodzinach, gdzie model życia jest wypaczony, dzieci z ADHD bardzo często schodzą na złą drogę. O tym też musimy pamiętać. Jeśli nie pomożemy tym dzieciom, to później wszyscy będziemy ponosić koszty społeczne związane np. z chorobą alkoholową czy patologią społeczną. Dlatego warto zainwestować w dzieci i bardzo proszę o pomoc w zorganizowaniu odpowiedniej liczby poradni zdrowia psychicznego, zgodnie z nową ustawą o zdrowiu psychicznym Polaków.

**Marzena Sygut:** Co dzieje się z dziećmi, u których ADHD rozpoznaje się bardzo późno?

**dr Małgorzata Janas-Kozik:** Często do poradni przychodzą nastolatki z zaburzeniami zachowania, które – jak się potem okazuje – mają nierozpoznany w porę ADHD. Jest im niesamowicie trudno pomóc. Niestety, zwykle trafiają do ośrodków szkolno-wychowawczych, bo nie ma dla nich miejsca na oddziale psychiatrii. Wymagają wiele pracy. A przecież, gdyby były w porę zdiagnozowane i leczone, ich dorosłe życie wyglądałoby zupełnie inaczej.

**Janusz Michalak:** Dziękuję za udział w debacie. Mam nadzieję, że posłuży ona lepszemu leczeniu ADHD w Polsce. Sprawa, co zgodnie podkreślali wszyscy uczestnicy, wymaga współdziałania wielu środowisk: rodziców, szkoły, lekarzy różnych specjalności i ekspertów od farmakoekonomiki. Cieszę się, że mogliśmy spotkać się w tak szerokim i reprezentatywnym dla leczenia ADHD gronie.

**Marzena Sygut**