

A kezeletlen gyermekkori ADHD okozta társadalmi-gazdasági kockázatok típusainak, a kezeletlen betegség okozta járulékos kiadások körének elemzése

Mór Zoltán, Ideas & Solutions Kft.

Dankó Dávid, Budapesti Corvinus Egyetem

A gyermekekkel kapcsolatos egészségügyi szempontú társadalmi gondolkodás ma még döntően az egyes betegség-, illetve ellátástípusok oldaláról (koraszülött-ellátás, gyermek-onkológia stb.) fókuszál a megoldandó problémákra, míg az olyan átfogó, komplex területekre – mint például a gyermekek értelmi és érzelmi fejlődése szempontjából kiemelkedő jelentőségű mentális egészségre – kevés hangsúly esik. Az egyes megbetegedéseket tévhitik, félreértések veszik körül, s összességében annak ellenére nem kap megfelelő figyelmet a terület, hogy a gyermekkori „mentális jól-lét” alapozza meg a későbbi életkorok fizikai és szellemi teljesítőképességét, az egészség megőrzésének, a betegségek megelőzésének esélyét. Az ebben az időszakban kialakult „vesztések” később már nem vagy csak alig kompenzálhatók.

A gyermekkori mentális zavarok okozta betegségek – melyek közül az egyik legmeghatározóbb az ADHD – a társadalomra és a gazdaságra is komoly terheket rónak, a kezeletlen ADHD által indukált járulékos költségek főként az oktatási, az egészségügyi-ellátási, a szociális és az igazságszolgáltatási rendszereket sújtják. Cikkünkben a kezeletlen gyermekkori ADHD okozta társadalmi-gazdasági kockázatok típusainak, a kezeletlen betegség okozta járulékos kiadások körének elemzését végeztük el.

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common childhood disorders in Hungary with the estimated number of 70.000 patients. ADHD is a chronic health condition, but early identification and treatment of the disorder increase the child's chance for academic, emotional, and social success.

Typically in medical care for children, the focus of general thinking is related to problem-solving in the approach of specific diseases or services (perinatal services, paediatric oncology etc.). Comprehensive issues – such as mental well-being during childhood – are still in the background. Moreover, there is considerable misunderstanding about related diseases, which are not taken into consideration even though mental well-being in childhood is essential for physical and mental abilities as well as health opportunities in later ages. Early phase losses in childhood are difficult to compensate later. Childhood mental disorders – and their most important representative, ADHD – mean relevant social burdens: collateral costs emerge in the field of public

education, health and social care, judicial and law enforcement systems.

This article analyses undesired health outcomes of untreated ADHD, the objective of the study is to provide a comprehensive estimate of the cost of ADHD by considering the healthcare, work loss and other relevant costs of persons with ADHD, as well as those costs and risks imposed on their family members.

AZ ADHD-RÓL ÖSSZEGRÖZŐEN

Ma Magyarországon a gyermekpszichiátria, ezen belül is az ADHD-s gyermekek kezelése érdemtelenül elhanyagolt szakterület: sajnálatosan kevesen és ritkán foglalkoznak az egyébként jelentős társadalmi problémákat okozó betegséggel, annak ellenére, hogy mára az ADHD az egyik leggyakoribb gyermekpszichiátriai diagnózis.

Az ADHD (attention deficit or/and hyperactivity disorder; figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar DSM-IV alapján) fő jellegzetességei a figyelemzavar, a hiperaktivitás és az impulzivitás. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelvének „A hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról” megállapítása szerint az ADHD diagnózisát a BNO 10. diagnosztikus rendszer szerint akkor állíthatjuk fel, ha mind a figyelmetlenség, mind a túlzott aktivitás/impulzivitás csoportból a gyermek viselkedését legalább 6-6 tünet jellemzi. Feltehető az is, hogy ezek legalább két eltérő élethelyzetben megmutatkoznak, és a tünetek következtében már 7 éves kor előtt is bizonyíthatóan fellépett funkcionális károsodás [1]. Megjegyzendő, a kórkép mellett egyidejűleg egyéb mentális zavarok fennállása is jelentősen befolyásolhatja a klinikai képet, valamint a hosszú távú prognózist: leggyakrabban oppozíciós magatartászavar, viselkedészavar, specifikus tanulási zavar, szorongásos zavarok egyidejű fennállásával találkozhatunk, ritkábban tapasztalhatunk társuló tic zavart, depresszív zavart.

Az ADHD-ra vonatkozó, nemzetközileg elfogadott – széles körű nemzetközi adatok összevont elemzése alapján kalkulált – 5%-os prevalencia [2] a hazai szakmai tapasztalatok alapján jól közelíti a betegség magyarországi előfordulását, a rendelkezésre álló gyakorisági adatok és korcsoportos megoszlás alapján, Magyarországon jelenleg 70 000 főre tehető az ADHD-s gyermekek száma, azaz a vizsgált betegpopuláció a gyermekpszichiátriai betegségek körében a legnagyobb morbiditású eltérés.

A magas előfordulási gyakoriság ellenére kezelésben csak egy szűk betegszegmens vesz részt, mely elsősorban arra a tapasztalati tényre vezethető vissza, hogy a szülők, pedagógusok csak későn vagy egyáltalán nem ismerik fel a betegséget. Mindezt alátámasztja, hogy gyermekpszichiáterek és szakértők által végzett becslés alapján a potenciális betegpopuláció és a szakorvost felkeresők aránya között markáns különbség figyelhető meg: a releváns 70 000 fős betegkörben a problémát felismerő, az eltérést észlelő, megoldást kereső családok száma csupán 20.000-re tehető, míg a tényleges szakorvosi kezelésben résztvevő gyermekek száma hazai gyermekpszichiáterek becslése alapján nem éri el az 5.000 főt.



1. ábra
A potenciálisan ellátandó és ténylegesen ellátott ADHD-s betegek előfordulási gyakorisága

Az alacsony diagnosztizálási arány nagyrészt annak tulajdonítható, hogy az ADHD társadalmi és szakmai ismertsége, elismertsége a mai napig korlátozott, jellemzően az érintett családok negyede keres megoldást a problémára, gyermekpszichiáter szakorvoshoz – aki a diagnózis felállításáért felel – pedig a családok elenyésző hányada jut el, így az érintett ADHD-s betegek kevesebb, mint 10%-ánál diagnosztizálja szakorvos a tünetegyüttest. Ennek eredményeképpen az elvártól jóval kevesebben részesülnek megfelelő szakorvosi, fejlesztői kezelésben – a kezeletlen betegség okozta khatások és kockázatok legalább 50.000 fős betegpopulációnál, illetve ugyanennyi családnál jelentkezhetnek, amely közvetlenül és közvetve érvényesülő társadalmi és gazdasági teherként jelentkezik már rövidtávon is. Mindezek következtében a vázolt, releváns betegkörre jutó alacsony diagnosztizálási és kezelési arány negatív, egyre súlyosbodó folyamatot prognosztizál:

- a gyermekkori mentális zavarok okozta jelentős és egyre növekvő társadalmi problémák túlnyomó része a betegség kezdeti elhanyagolása – fel nem ismerése, elégtelen kezelése – okán elkerülhetetlenül bekövetkezik;
- a helytelenül, vagy nem kezelt gyermekkori ADHD okozta, a maga természetéből adódó kezdeti eltérések (a gyermek nehezen koncentrálnak, megfelelő odafigyelés híján nem tud „együttműködni”) automatikusan a deviánsnak tekintett pályára kényszeríthetik a gyermeket;
- a szükségszerűen fennálló tanulási problémák miatt az érintett gyermekek hamar lemaradnak a kortársaiktól, melynek következtében az egyébként is fennálló kire-

szettség erősödik ezzel is szűkítve a normális tanulási lehetőségeket. Ennek eredményeként az alacsony felnőttkori teljesítőképesség, az intellektuális alulfoglalkoztatás mentén egyenes út vezet a tartós munkanélkülivé válásig, az egyéni szintű, tartós egzisztenciális problémákig;

- egy többszörösen terhelt egyéni pályaképben a hagyományos társadalmi értékek háttérbe szorulnak (széthulló családok, válások számának növekedése), a deviáns, bűnöző életmód alapnormává válhat;
- általánosságban kijelenthető hazai és nemzetközi tapasztalatok alapján, hogy ugyan serdülőkorra a tünetegyüttes 40%-ban megszűnik, fiatal felnőttkorra a tünetek tovább mérséklődnek, de a kezeletlen betegek körében az életkezdesi nehézségek fokozódnak a szocializációs hátrányok miatt – jellemzően felnőttkori maradványtünetek a gyerekkori páciensek 30%-ában fennmaradnak [3]

A deviancia és kriminalizálódás, a társadalmi beilleszkedési zavarok, életviteli problémák és korlátozott munkaképesség mellett a kezeletlen betegség jelentős egészségügyi kockázatokat is hordoz magában: a jelentős komorbiditás következtében egyre bővülő körben válik szükségessé valamilyen szintű egészségügyi ellátás, a betegség nem időben történő felismeréséből fakadóan megnő az akut aktív illetve rehabilitációs ellátások igénye, és általában véve sokszorosára nő a rossz egészségügyi állapot esetén a későbbi leszázalékolás esélye.

További kockázatként merül fel, hogy a betegség nem csupán egyéni szinten eszkalálódik, hatása a beteg közvetlen környezetében is markánsan jelentkezik: kezeletlen ADHD esetében az életkor előrehaladásával fokozódnak a szülő-gyermek, pedagógus-gyermek és tünethordozó gyermek és kortársak közötti konfliktusok, verbális és fizikális agresszióra is sor kerül, amelyek eredményeképpen másodlagos lelki sérülések alakulhatnak ki.

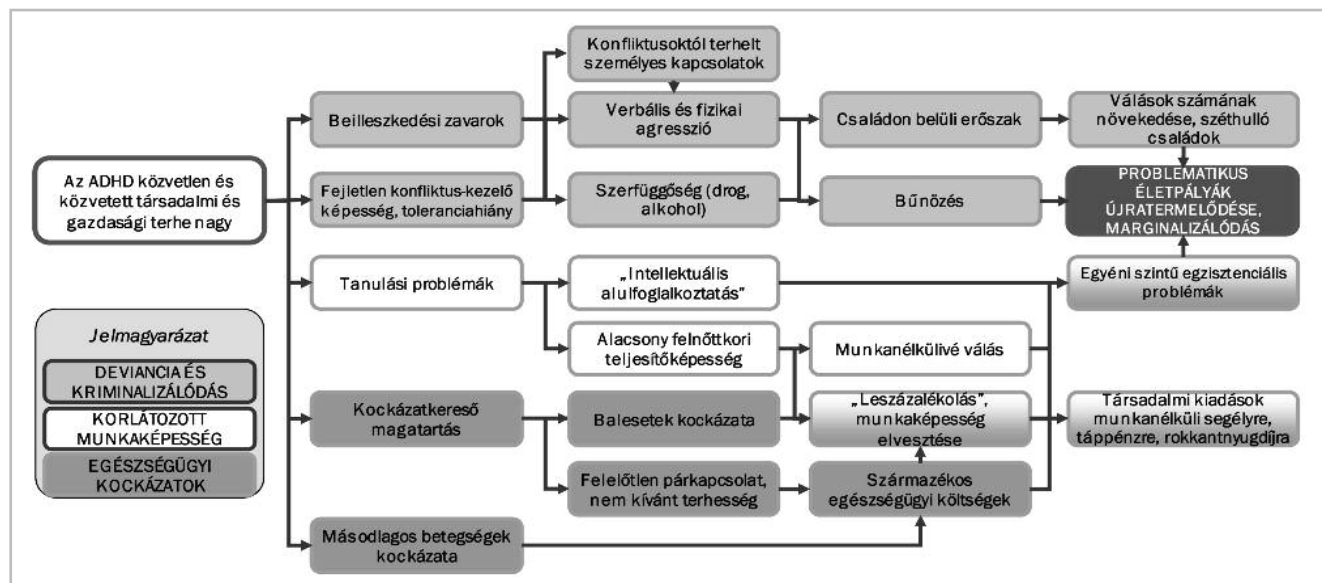
A látható, betegség okozta egyéni, valamint családi, társadalmi és gazdasági terhek nagysága, az elfogadás alacsony szintje mind az ADHD megismertetését, elfogadtatását, mind a kezelés fontosságának bemutatását igényli.

KEZELETLEN ADHD OKOZTA KOCKÁZATOK KÖRÉNEK BEMUTATÁSA

A kezeletlen ADHD okozta egyéni és társadalmi folyamatok főbb kockázati irányok szerinti csoportosítását a 2. ábra mutatja be.

A beazonosított kimenetek szerint három fő terület határozható meg:

A deviancia és kriminalizálódás folyamata az ADHD-s betegek esetében több fázison megy keresztül. Az ADHD-ban szenvedő betegek között magasabb arányú a beilleszkedési zavar, illetve fejletlen a konfliktustűrő képesség. Mindez a betegkör jellemzően ~90-100%-ára jellemző. Amennyiben a gyermek betegsége nem kerül kezelésre,



2. ábra
A kezeletlen ADHD társadalmi kimeneteinek köre

úgy az ADHD okozta hatások tovább súlyosbodnak, aminek egyenes következménye a személyes kapcsolatok terheltsége (kezeletlen esetek ~100%-ában jellemző), a családon, baráti körön belüli verbális és fizikai agresszió jelenléte (kezeletlen esetek ~80%-a), valamint szerfüggőség megjelenése.

Több kutatás a kezeletlen ADHD kimenetele kapcsán megállapította, a kezeletlen betegség következménye fokozott szerhasználathoz, függőség (drog, alkohol) kialakulásához vezethet, a kezelésben nem részesült ADHD-s gyermekek felnőtt korokra számos életüket hátráltató tényezővel kelly szembesüljenek: életminőségük várhatóan az átlagnál alacsonyabb lesz, körükben magasabb lesz a munkanélküliek aránya, nagyobb valószínűséggel kerülnek kapcsolatba a bűnelkövetéssel [4]. A kriminalizálódás kapcsán szükséges kiemelni, hogy a kezeletlen ADHD-s betegek populációjában serdülő-, illetve felnőttkorra a bűnözői magatartás megjelenése fokozott előfordulású, a vizsgálatok azt támasztják alá, hogy a büntetés-végrehajtási intézményekben az ítéletet töltők között az ADHD-sek aránya akár a teljes fogvatartotti kör negyedét is kiteheti (25,5%) [5].

A korlátozott munkaképesség kialakulásának folyamata kapcsán mind hazai, mind nemzetközi statisztikák, illetve szakmai tapasztalatok azt mutatják, hogy az ADHD-s gyermekek körében a kezeletlen betegség szinte 100%-ban tanulási problémákhoz vezet, amely következménye a betegség figyelmen kívül hagyása esetén az átlagnál alacsonyabb felnőttkori teljesítőképesség. Mindez a későbbiekben munkanélküliséghez, a szellemi színvonal kiaknázatlansága okán nem kvalifikált munkakörhöz, az egészségügyi állapot megromlásának fellépésével leszázalékoláshoz vagy munkaképesség elvesztéséhez vezethet.

Nemzetközi elemzések megállapítják, az ADHD-val élő gyermekek számára nehézséget jelent az oktatásban való részvétel, a gyermekek általában rosszabbul teljesítenek az iskolában és zavarják az órai munka menetét [6]. Az ADHD-

s gyermekek körében az iskolából való eltanácsolás aránya a 46%-ot elérheti [7], amely eredményeképp, illetve az iskolai lemorzsolódás révén az ADHD-ban szenvedő gyermekek a középiskolai tanulmányaik során – a kezelés elmaradása révén – hátrányos helyzetbe kerülhetnek, a középiskolában átlagosan 2 osztállyal kevesebbet végeznek el, mint a nem ADHD-s, normál populációhoz tartozó gyermekek [8].

Az egészségügyi kockázatok kapcsán a leginkább magas előfordulási arányú kimenete a kezeletlen ADHD-nak a másodlagos (következményes) betegség fellépése során jelentkező egészségügyi ellátás igénye, az ambuláns ellátás keretében nem kezelt betegek akut aktív vagy rehabilitációs ellátási igénye. E mellett a kezeletlen ADHD-s betegek magasabb baleseti kockázatának okán a járulékos ambuláns és sürgősségi ellátási igényének jelentkezése, valamint a magasabb előfordulási arányú felelőtlen párkapcsolat okán a nem-kívánt terhesség nagyobb gyakorisága, a nemibeteg-gondozás megnövekedett igénye lehet következmény.

Megalapozottnak tűnik a feltételezés, miszerint kezeletlen ADHD mellett a járulékos egészségügyi költségek nagyságrendje meghaladja a kezelés költségének nagyságát, azaz a betegség fel nem ismerése vagy egy nem-megfelelő terápia választása az egészségügyi ellátás költségeit megtöbbszörözheti. Megállapítható továbbá szakorvosi tapasztalatok alapján, hogy a folyamatosan szakorvosi és/vagy gondozói kontrol alatt álló ADHD-s gyermekek ambuláns módon történő ellátásával a későbbi magasabb progresszívitási szintű aktív és rehabilitációs ellátások megelőzése érhető el az esetek többségében.

Az ehelyütt szükségszerűen csak röviden felsorolt kockázati tényezők iránya és markáns hatása okán az időben történő felismerés és definitív ellátás egyértelmű igény és elvárás. Kezelés hiányában, a következményes pszichés problémák miatt az ADHD-s betegek életpályája rossz irányba terelődhet, amely kihathat mind a gyermek-, mind a fel-

nőttkorára, családi és közösségi életére. A betegség korai felismerésével azonban lehetőség van multimodális kezelésre, mely jelentősen csökkenti a kapcsolódó problémák kialakulásának kockázatát.

AZ ADHD KEZELÉSÉNEK JELENTŐSÉGE

A kezeletlen ADHD negatív kimeneteleinek tudatában kiemelt jelentőségű a betegség mielőbbi felismerése, a betegség gyors diagnosztizálása. Mind hazai, mind nemzetközi tapasztalatok alátámasztják, hogy a kivizsgálás abban az esetben lehet sikeres, ha annak a gyermek vizsgálatán túl a szülőkkel történő részletes interjú, valamint a gyerek, a szülők, illetve a tanárok részére kidolgozott kérdőívek, becslőskálák részét képezik.

Általánosságban megállapítható, a hosszú távú kezelés csak komplex ellátás, multimodális szemlélet és folyamatos gondozás/szakorvosi kontroll mellett lehet sikeres. A terápia során az elsődleges hangsúly a gyermek iskolai részvétele elmaradásainak feltérképezésére épülő fejlesztésen van, amelyet szülők nevelési-szülői készségeinek fejlesztése és a gyermek viselkedésének rendezése (kognitív magatartásterápia) egészít ki. A nem-gyógyszeres terápiák nem kellő hatékonysága esetén, a fejlesztések és az iskolai órai munkában történő hatékonyabb részvétel elősegítésére szolgálhat gyógyszer adása is, kizárólag szakorvosi javallat alapján. Amennyiben utóbbi indokolt, metilfenidát és atomoxetin hatóanyag-tartalmú gyógyszerkészítmények állnak rendelkezésre. Pszichostimuláns kezelés során a rövid és hosszú hatású metilfenidát-terápia indokolt, amennyiben azonban az ADHD-s gyermekek tünetei nem szűnnek meg, avagy komorbiditás vagy mellékhatások okán a kezelés nem folytatható, esetleg a szülő fenntartással kezeli a pszichostimuláns kezelést, úgy az atomoxetin terápia javallott. E terápiák az ADHD nemzetközi és hazai irányelvében is a kezelés részét képezik, hozzáférésüknek azonban gátját jelentheti a magas betegértékesítési díj [9].

Amennyiben a betegség felismerésére, átfogó diagnosztizálására nem kerül sor, úgy számos kockázati tényezővel, ezáltal járulékos társadalmi és gazdasági teherrel szükséges kalkulálni. A kezeletlen betegség okozta gazdasági hatások vizsgálata kiemelt jelentőségű, mivel az egyéni kiadások mellett rendkívül nagy társadalmi terhet jelent a betegség nem-megfelelő ellátása. Az alábbiakban bemutatásra kerül mindezért azon kiadások köre, amelyek a betegség kezelésének hiányában az érintett szektorokra hárulnak.

A KEZELETLEN ADHD OKOZTA FŐBB KIADÁSFAJTÁK VIZSGÁLATA

A kezeletlen ADHD által generált többletkiadások több szektorban jelentkeznek, a kezeletlen betegség legnagyobb költségkihatása az egészségügyi és szociális, az oktatási és az igazságszolgáltatási szektorban jelentkezik a bemutatott kockázatok által okozott negatív folyamatoknak betudhatóan.

AKTÍV ÉS REHABILITÁCIÓS FEKVŐBETEG-ELLÁTÁSOK

Az ADHD-s gyermek teljes körű éves vizsgálatához, kontrolljához és gondozásához elvégzendő ambuláns kezelése költsége – optimális esetben, megfelelő orvos-beteg együttműködéssel – 70 000 forint nagyságrendű, mindez tartalmazza az átfogó vizsgálatot, kontroll vizsgálatot, vizsgálati lelet konzultációját, a gyógyszeres kontrollt és próbadagolást, valamint a folyamatos havi gondozást/kontrollt. Az ambuláns vizsgálatok elvégzésének, a gondozás folyamatosságának igénye azért is kiemelt jelentőségű, mivel általánosságban megállapítható, a gyermek teljes körű ambuláns ellátása révén az aktív és rehabilitációs ellátások költségei elkerülhetők az esetek többségében.

Amennyiben az ADHD-s beteg kezelése ambulánsan, illetve a fejlesztő és tanácsadó intézmények közreműködésével nem végezhető, úgy a beteg aktív fekvőbeteg-ellátásba vagy rehabilitációs ellátásba kerülhet, amely járulékos költségei egy főre vetítve meghaladhatják a 200.000 forintot. Mivel évente átlagosan 1300-1400 ADHD-s beteg (hazai morbiditási adatok alapján becslve, a rendelkezésre álló kapacitásokat figyelembe véve) kerül aktív gyermekpszichiátriai osztályra, ellátásuk éves költsége elérheti a 270 millió forintot, míg szakmai becslés szerint a gyermekpszichiátriai rehabilitációs ellátásban a potenciális betegszámmal, illetve az egy főre jutó átlagköltséggel (egy terápia jellemző költsége 209 ezer forint) kalkulálva a rehabilitációs ellátás éves költségeit 34 millió forintra becsülhetjük.

Megállapítható, hogy a megfelelő járóbeteg- és gondozói ellátással az aktív fekvőbeteg és rehabilitációs költségek egy része megtakarítható lenne.

A BALESETI ELLÁTÁS KÖLTSÉGEI

Az ADHD-s gyermekek körében a baleset bekövetkezésének valószínűsége magasabb a normál betegpopulációnál (1,7-szeres bekövetkezési gyakoriság [10]). A rendelkezésre álló statisztikák alapján (hiperaktivitással összefüggésben évente átlagosan mintegy 20 000 fő szenved balesetet, amelynek becsült ellátási költsége éves szinten majd 40 millió forintot tesz ki. Mindez konzervatív becslés, mivel a baleset igényelhet – kiemelten ADHD-s gyermekek körében – komplikáltabb ambuláns ellátást vagy sürgősségi ellátást is (ADHD-s gyermekek körében az elszenvedett balesetek általában súlyosabbak, jellemzően végtagi törések), így a teljes éves baleseti ellátási költség ennél nagyobb mértékű is lehet.

SZERHASZNÁLATTAL ÖSSZEFÜGGŐ KÖLTSÉGEK

A szerhasználat okozta többletköltségek vizsgálata során felélelezzük, hogy a kezeletlen ADHD-s betegek körében, amit 50.000 főre becsültünk, a szerhasználat fokozott előfordulása – a betegek 50%-ánál jellemző az alkohol, drog fokozott használata [11], szakértői becslés alapján így

25.000 fő lehet érintett. Mindezek alapján – mivel pontos betegmegoszlást nem ismerünk a szerhasználó betegpopulációban belül – azt feltételezzük, hogy a 25 000 fős populáció kb. 10-15%-a a szerhasználattal összefüggésben 5 éves időtávon belül legalább egyszeri fekvőbeteg-ellátást fog igénybe venni (addiktológia, pszichiátria, drog- vagy alkoholrehabilitációs ellátás), akkor mintegy 3000-3500 fő lehet a fekvőbeteg-ellátásban részesülő átlagosan 200 000 Ft/terápia/fő költségen. Mindezek értelmében 5 év alatt a társadalombiztosítás által az ADHD-s betegek drogellátására fordított fekvőbeteg-finanszírozás nagyságrendje elérheti a 650 millió forintot is. Ambuláns kezelés esetében azzal a feltételezéssel élhetünk, hogy ez csökkenthető lenne. Az ambuláns ellátásban résztvevő szerhasználók költsége is jelentős még akkor is, ha évente csak egy alkalommal jelennek meg ambuláns addiktológiai vagy drogellátáson.

Az éves indokolt, átfogó ambuláns ellátás költségével összevetve az aktív és rehabilitációs ellátások költségeit, kijelenthető, hogy a járóbeteg-ellátás szintjén történő hatékony és megfelelő időben elkezdett kezeléssel az egy főre eső ADHD költségek átlagban csökkenthetők lennének.

MUNKANÉLKÜLISÉG, ALULFOGLALKOZTATOTTSÁG OKOZTA VESZTESÉGEK

A munkanélküliség társadalmi és gazdasági hatásainak vizsgálata kapcsán már bemutattuk, az ADHD-ban szenvedő gyermekek a középiskolai tanulmányaik során – a kezelés elmaradása révén – hátrányos helyzetbe kerülhetnek, aminek szerves következménye, hogy akik alacsonyabb szintű iskolai képesítést érnek el, felnőttkorukra jellemzően alacsonyabb beosztásban tudnak elhelyezkedni és nagyobb eséllyel válhatnak munkanélkülivé idővel. Pozitívum, hogy az ADHD-ban szenvedő gyerekek többsége felnőtt korra kinövi a betegséget, ezért fontos hogy gyermekkorban megkapják a megfelelő kezelést, hogy ne szakadjanak le az iskolás évek során és nem ADHD-s társaikhoz hasonló esélyekkel vághassanak neki felnőtt koruk.

Általánosságban elmondható, hogy a kezeletlen ADHD-s betegek inkább válhatnak munkanélkülivé, ami további állami terheket jelent. A járulékos kiadások és veszteségek köréhez hozzájárul még, hogy a kezeletlen betegek, akik aluliskolázottak, jellemzően alacsonyabb beosztásban tudnak elhelyezkedni, azaz reális feltételezés, hogy a kezeletlen ADHD-s beteg nem lesz képes elérni a jellemző 218 900 Ft-os hazai bruttó havi bért és inkább a 78 000 Ft-os minimálbérrel, vagy ahhoz közeli bérrel kell megelégednie. Mindezek az alacsonyabb munkaadói és munkavállalói járulék miatt további állami bevételkieséssel járhatnak. Az elemzések és következtetések által feltárt következmények okán a társadalmi és gazdasági teher pontosabb vizsgálata indokolt.

BŰNELKÖVETÉS BECSÜLT KÖLTSÉGEI

Mint azt már bemutattuk, a kezeletlen ADHD-sok populációjában serdülő-, illetve felnőttkorra a bűnözői magatartás

megjelenése fokozott előfordulása, a vizsgálatok azt támasztják alá, hogy a büntetés-végrehajtási intézményekben az ítéletet töltők között az ADHD-sok aránya akár a teljes fogvatartotti kör negyedét is kiteheti. Hazai tapasztalatok alapján a fiatalok bűnelkövetők 60%-a küzd pszichológiai problémával, ennek megközelítőleg 50%-át ADHD-s betegek adják. A fiatalok 12 000 bűnelkövetőből így átlagosan 3600 fő fiatalok ADHD-s, a jogerősen elítéltek közül átlagosan 2400 fő lehet az ADHD-ban szenvedők száma.

A végrehajtandó szabadságvesztésre ítélt fiatalok aránya az elítéltek százalékában 7-15%-ra tehető [12], azaz jellemzően 200-300 fő lehet a végrehajtandó szabadságvesztésre ítélt ADHD-sok száma. Mindezek alapján a napi fogva tartási díjjal kalkulálva (8000 forint/nap/fő) az ADHD-s szabadságvesztésre ítélt bűnelkövetők által generált éves költség (fogva tartás költsége) megközelítheti éves szinten az 1 milliárd forintot.

A PROBLÉMÁK HÁTTERÉBEN ÁLLÓ TÉNYEZŐK

Az első és legfontosabb szempont a problémák újratrémelődésében és egymásra épülésében a betegség korai felismerésének (vagy egyáltalán magának a felismerésének) hiánya. Ebben az iskola és a család információhiányból adódó mulasztásai egyaránt szerepet játszanak, de hatékony, egymást támogató fellépés híján előrelépés nem várható. A betegséggel kapcsolatban ugyanis megállapítható, hogy korai felismerése, szakszerű ellátása a gyermek-egészségügyi ellátásában dolgozó szakemberek közös feladata, a komplex terápia nagymértékben csökkentheti a későbbi patológiás fejlődés kockázatát, a negatív szocializációs körülmények kialakulását.

A feltérképezett negatív hatások és azok kiváltó okai egy többszörösen összetett problématerképet körvonalaznak, amely alapján az alábbiak állapíthatók meg:

- Mind a gyermekpszichiátriai ellátás, mind az ellátórendszer szempontjából egyértelmű az az igény, hogy az aktív és rehabilitációs gyermekpszichiátriai ellátások mérséklődjenek, a betegek a járóbeteg-ellátás szintjén kerüljenek kezelésre.
- Az ellátórendszer lefedettségét (kiemelten járóbeteg-ellátás tekintetében) bővíteni szükséges az egyenlő hozzáférés biztosítása érdekében. A területi kapacitások felülvizsgálata és szakmailag indokolt esetben történő átcsoportosítása indokolt a helyi igények magasabb szintű kielégítése érdekében úgy, hogy ezzel párhuzamosan mind a fekvőbeteg-ellátás, mind a járóbeteg-ellátás és egyéb támogató területek finanszírozása is emelkedjen, ezáltal biztosítva az intézmények kiszámíthatóbb finanszírozási bázisát.
- Meg kell teremteni a korszerű gyermekpszichiátriai betegellátás tárgyi és személyi feltételeit, mind nagyobb teret kell adni a hatékony terápiás gyakorlatoknak, melyek tekintetében fokozni szükséges a gyermekpszichiátriai szakmán belüli – progresszivitási szintek között –, és a szociális ellátórendszerrel történő együttműködések

hatékony közösségi gyermekpszichiátriai ellátás érdekében.

- Önmagában az ADHD hatékony ellátására az infrastruktúra-fejlesztés nem lehet célravezető, ha azzal párhuzamosan a rendelkezésre álló szakorvosi háttér és támogató terápiás szakemberek rendelkezésre állása nem biztosított. A kapacitások növelése a meglévő infrastruktúrán ugyan korlátozottan növelheti az ellátott betegek számát, illetve pótlólagos bevételt képezhet az intézmények részére, azonban ez a fejlesztés is megköveteli a szakorvosi háttér erősítését.
- A helyes terápiás gyakorlat kiterjesztése során a rendelkezésre álló erőforrások (széleskörű terápiás támogatás, szükség szerint gyógyszeres kezelés) optimális kihasználására szükséges törekedni, azzal hogy a bizonyítottan hatékony multimodális kezelést (viselkedésterápia, pszichoedukáció illetve szükség szerint gyógyszeres kezelés együttes alkalmazása) szakmailag indokolt esetekben támogatni szükséges az eredményes ellátás érdekében. Ennek részeként a bizonyítottan hatásos gyógyszeres terápiák támogatási rendszerének átgondolása is megfontolandó.
- Az ADHD helyes kezelésének kulcsa a korai felismerés. Éppen ezért a betegség felismerését pedagógusok és szülők irányába történő szülői oktatás és fokozott tájékoztatás révén fokozni kell. Mindezen túl a pszichiátriával szembeni előítéletek csökkentése nélkülözhetetlen. A betegségeket, a döntéshozók, a média és a szakmai szervezetek együttműködésével történő szemléletformálás céljával kell kitérni: mind a család, mind az egyén a megoldás kulcsának tekintse a szakorvosi ellátást, ne érezze, hogy a szakellátás következtében a társadalom peremére kerül.

KÖVETKEZTETÉSEK

A gyermekkori ADHD vizsgálata, a betegség okán felmerülő gazdasági és társadalmi terhek kapcsán az elemzés eredményei a következőket sugallják:

- Mind a hazai és nemzetközi elemzések és tanulmányok, mind magyarországi gyermekpszichiátriai szakorvosok és az ellátásban érintettek szakmai tapasztalatai azt támasztják alá, hogy az ADHD felismerése, pontos diagnosztizálása, a definitív kezelés minél korábbi megkezdése egyértelmű egészségügyi és szociális érdek.
- Magyarországon jelenleg 70.000 fiatalos érintett a betegségben, közülük azonban 50.000-re becsülhető azok száma akik nem kapnak adekvát egészségügyi ellátást. Ennek nagyrészt oka, hogy sem a szülők és a gyermek közvetlen családi környezete, sem a pedagógusok nem ismerik fel a betegséget. Ma minden általános és középiskolai osztályra jut egy ADHD-s gyermek, 10 osztályból 7-ben olyan gyermek vesz részt az oktatásban, aki nem kap megfelelő kezelést. Ennek következtében ezen osz-

tályokban mind a kezeletlen ADHD-s gyermek, mind közvetlen környezete ki van téve a betegség negatív következményeinek,

- A betegségre az előfordulás gyakoriságán túl azért is szükséges kiemelt figyelmet fordítani, mivel a kezeletlen ADHD okozta gazdasági és társadalmi terhek olyan mérőűek, hogy azok hatása már nemzetgazdasági szinten is mérhető.

Az elvégzett kalkuláció szerint éves szinten több milliárd forint nagyságrendű azon kiadások és „veszteségek” köre, amelyek az ADHD kezelésének hatékonyabbá tételével mérsékelhetőek lennének. Mindezen túl a betegség okozta többletkiadások nem csupán állami kiadások terén, de a családi költségvetésben is markánsan megjelennek: a családok által az ADHD-s gyermek kezelésére, fejlesztésére fordított költség valamint az ADHD-s gyermek nevelése során fennálló – munkahelyi hiányzás révén előálló – szülői jövedelem kiesés éves szinten a társadalmi kiadásokhoz hasonló mértékű lehet. S noha a releváns költségek köre pontosan aligha lehatárolható, a felmerülő terhek nagyságrendjét vizsgálva látható, hogy a beavatkozás szükséges és gazdaságilag is várhatóan megtérülő. Pozitívum, hogy a felmerülő gazdasági és társadalmi terhek enyhítésében, az ellátás hatékonyabbá tételében már rövid távú, a betegség fajsúlyához és költségeihez mérten kevésbé költségigényes megoldások is mutatkoznak:

- Szakemberek által készített szülői és pedagógusi tájékoztató füzetek széleskörű terjesztésével a betegség korai felismerése gyorsabbá, a kezelésben segítséget nyújtani tudó szakemberek elérhetősége ismertté válhat – ezzel biztosítva, hogy a gyermek már az ADHD korai szakaszában kezelésben részesülhet elkerülve a kezeletlen betegség okozta, évről évre súlyosbodó hatású negatív következményeket.
- A gyermekpszichiáter, fejlesztőterapeuta, pszichológus és további támogató területek részére egységes, hazai és nemzetközi terápiás elveken nyugvó kezelési protokoll és „jó gyakorlatok” elérhetőségének biztosításával a felismerés, diagnosztizálás és kezelés hatékonyabbá válhat.
- A hatékony terápiás kezelési módok elterjesztésével, a komplex módszertan gyakorlatba ültetésével a gyermekek gyógyítása eredményesebbé válhat, mindehhez azonban az szükséges, hogy mind a hazai, mind a nemzetközi, konszenzuson és evidenciákon alapuló terápiás módokat megismerjék a gyakorló szakorvosok és terapeuták, továbbá a gyógyszeres kezelés a releváns betegkörben megfelelő szerephez jusson. Mindezek hiányában továbbra is számos olyan terület (szakrendelő, gondozó, fekvőbeteg-ellátó) lesz Magyarországon, ahol a betegség kezelése – ismeret hiányában vagy bizonytalanság okán – nem lesz az elvárásoknak megfelelően komplex.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról. Egészségügyi Közlöny, 2008/3. szám.
- [2] Polanczyk, G. – Lima, M.S. – Horta, B.L. – Biederman, J. (2007): The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis in: *Am J Psychiatry*, 164. kötet, 6. szám, 856-858. o.
- [3] Simon Viktória (2009): A felnőttkori figyelemzavar és hiperaktivitás epidemiológiája – Doktori tézis (http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/simonviktoria.m.pdf, letöltés ideje: 2011. július 27.)
- [4] Murphy, K. – Barkley, R.A. (1996): Attention Deficit Hyperactivity Disorder Adults: Comorbidities and Adaptive Impairments in: *Comprehensive Psychiatry*, 37. kötet, 6. szám, 393-401. o.
- [5] Eyestone, L.L. – Howell, R.J. (1994): An epidemiological study of attention-deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population in: *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 22. kötet, 181-193. o.
- [6] Balázs Judit (2008): ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Előadáskivonat, Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Ambulancia Budapest, 2008. november 6.
- [7] Barkley, R. A. (1990): Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Guilford Press: New York.
- [8] Mannuzza, S – Klein, R.G. – Bessler, A. – Malloy, P. – Hynes, M.E. (1997): Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up in: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36. kötet, 1222-1227. o.
- [9] Balázs Judit (2010): A gyermek- és ifjúságpszichiátriában alkalmazott gyógyszeres terápiák. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*, 4. szám, 148-151. o.
- [10] Swensen, A., Birnbaum, H. G., Hamadi, R. B., Greenberg, P., Cremieux, P. Y., Secnik, K. (2004). Incidence and costs of accidents among attention-deficit/hyperactivity disorder patients. *Journal of Adolescent Health*, 35(4), 346-347.
- [11] Bernfort, L. – Nordfeldt, S. – Persson, J. (2008): ADHD from a socio-economic perspective in: *Acta Pædiatrica*, 97. kötet, 239–245. o.
- [12] Vavró István (1999): Bűnözés és áldozattá válás in: *Szerepváltozások – Jelentés a férfiak és a nők helyzetéről. TÁRKI és SZCSM*, 260-282. o. (<http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a577.pdf>, letöltve: 2011.07.27)

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Mór Zoltán 2006-ban a Budapesti Corvinus Egyetemen végzett közgazdászként. 2007 és 2011 között számos egészségügyi profilú beruházás működési modelljének kialakításában, projektmenedzsmentjében, egészségügyi szolgáltatók gazdálkodási, folyamat-

szervezési támogatásában vett részt. 2009 és 2011 között fekvő- és járóbeteg-ellátó intézményeknél finanszírozás és controlling terület felelőse.

Jelenleg az Ideas & Solutions stratégiai tanácsadó cégnél tanácsadóként dolgozik üzleti és finanszírozási modellek, gazdasági elemzések kialakításán gyógyszeripari vállalatokkal, fekvőbeteg-ellátó intézményekkel.



Dankó Dávid közgazdász, a Budapesti Corvinus Egyetem (BCE) Vezetéstudományi Intézetének kutatásvezetője, doktorjelöltje. 2003 és 2008 között szakértőként vett részt számos stratégiai és egészségügyi tárgyú projektben. 2008-tól 2010 elejéig az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Ártámogatási Főosztályának stratégiai, elemzési és integrációért felelős főosztályvezető-helyetteseként fő feladata a gyógy-

szerekre és gyógyászati segédeszközökre vonatkozó ártá-

mogatási koncepciók kialakítása, a döntés-előkészítést támogató elemzési tevékenységek koordinálása, valamint a főosztály nemzetközi kapcsolatainak irányítása volt. Jelenleg elsődlegesen támogatáspolitikával, valamint a beteg-együttműködés fokozásával kapcsolatos kérdésekkel foglalkozik. Emellett az Ideas & Solutions stratégiai tanácsadó cég ügyvezetőjeként stratégiai üzleti modellek, piacra viteli és portfólióstratégiák kialakításán dolgozik gyógyszeripari és orvostechikai vállalatokkal. E témákban nemzetközi konferenciák rendszeres előadója, számos szakkikk és tanulmány szerzője, illetve társszerzője.