

**Nemzeti Lelki Egészség Stratégia
2014-2020**

**Szakpolitikai stratégia
tervezet
v1 munkaanyag
2014. január 22.**

Rövidítések jegyzéke

MPT	Magyar Pszichiátriai Társaság
LEGOP	Lelki Egészség Országos Program
OTH	Országos Tisztifőorvosi Hivatal
EU	Európai Unió
WHO	Egészségügyi Világszervezet, World Health Organization
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi, Minőség és Szervezetfejlesztési Intézet
OPAI	Nyíró Gyula Kórház - Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet
OPNI	Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet
WHO EU MHAP	WHO Mentális Egészségügyi Akciótervben (WHO European Mental Health Action Plan)
ESZK	Egészségügyi Szakmai Kollégium
MESZP	Mentális Egészségügyi Szakpolitikai Program
KSIR	kormányzati stratégiai irányítás
OPK	Országos Pszichiátriai Központ
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
DALY	funkcióvesztéssel korrigált életévek (disability-adjusted life-years)
YLD	rokkantságban töltött életévek (years lived with disability)
ELEF	Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF2009)
ÁSZ	Állami Számvevőszék
Eftv.	az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény
CRPD	Fogyatékos Emberek Jogairól szóló ENSZ Egyezmény

PTSD	poszt traumás stressz zavar
EüÁT	Egészségügyért Felelős Államtitkárság
ECTKÁT	Egyházi, Nemzetiségi és Civil Társadalmi Kapcsolatokért Felelős Államtitkárság
FelsőoktÁT	Felsőoktatásért Felelős Államtitkárság
KöznevÁT	Köznevelésért Felelős Államtitkárság
KultÁT	Kultúráért Felelős Államtitkárság
SzCsÁT	Szociális és Családügyért Felelős Államtitkárság
Sport-ifjÁT	Sportért és Ifjúságért Felelős Államtitkárság
TFÁT	Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság
PÉF	Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum kiegészítéseivel

Örülünk annak, hogy a tárcsa a felhasználók véleményére is épít. Mindamellett hangsúlyozzuk, hogy minden fél számára megnyugtató volna, ha már a folyamatok elején szóhoz jutna az a réteg, amely többszázszáz nagyságú és amelyet büszkék vagyunk képviselni. Más volna így, mint a véleményezői szerep. A betegjogok sokszor csak mint kulcsszavak szerepelnek az anyagokban, miközben a folytonosan hivatkozott WHO Alapelvek (egyebek mellett) keményen megköveteli az érdemi együttműködést.

I. Bevezetés

I.1. A lelki egészséghez kapcsolódó- és demográfiai kihívások Magyarországon

Az egészséghez való jog az Alaptörvényben rögzített. (Magyarország Alaptörvénye -XX. cikk (1): Mindenkinnek joga van a testi és lelki egészséghez.)

Az Egészségügyi Világszervezet (1948.) definíciója szerint „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya”.

Az Ottawai Charta (1986) szerint az egészségfejlesztés az a szemléletmód, képesség és folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek egészségük fokozott kézbe tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, célját, és eszközét kell értelmezni.

A mentális megbetegedések nemcsak súlyos lelki, szociális és gazdasági terhet jelentenek, hanem a testi megbetegedéseknek is kockázati tényezői. A mentális megbetegedések Európa egyik legnagyobb kihívását jelentik: az európai lakosság több mint egyharmada szenved a mentális zavarok legalább egyikében (WHO Európai Leleki Egészség Cselekvési Terv 2014-2020, ÁSZ Jelentés, 2012). A mentális zavarok, beleértve a depressziót, szorongást és skizofréniát, számos európai országban a fogyatékosság és a korai nyugdíjba vonulás fő okait jelentik. (WHO Európai Leleki Egészség Cselekvési Terv 2014-2020)

A Semmelweis Terv és a 2010. évi Egészségjelentés szerint a magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban igen kedvezőtlen, jelentősen elmarad az ország gazdasági helyzete alapján várhatótól. A betegségek gyakoribb előfordulása és a magas halandóság miatt a magyarok rövidebb és rosszabb minőségű életre számíthatnak nemcsak az

EU 15 országok, hanem a Visegrádi országokhoz képest is. Dr. Kopp Mária, dr. Skrabski Árpád tanulmánya szerint (A magyar népesség életkilátásai, 2007) a magyar lakosság kirívóan rossz egészségi állapotáért, és magas halálozásáért az egészségtelen életmód mellett a **lelki, magatartási tényezők alapvetően felelősek**. A EUROBAROMETER felmérés és a 2012. ÁSZ jelentés szerint **a hazai lakosság mentális állapota az európai országok döntő többségével összehasonlítva rosszabbnak minősíthető**. Az európai átlagnál kedvezőtlenebb a helyzetünk a férfiak depressziója, a kóros alkoholfogyasztás, a bipoláris betegség és a befejezett öngyilkosságok tekintetében (mely az EU-ban az egyik legmagasabb, 100 ezer lakosra vetítve), de az ESPAD 2011 vizsgálat szerint negatív irányú változások történtek a szerhasználati tendenciákban is.

A népesség jelentős részénél hiányzik a mindennapi élet problémáival való megbirkózás képessége, **széleskörűen elterjedtek a lelki egészség zavarai** (Népegészségügyi Program). Az EUROBAROMETER 2011. évi felmérés szerint **az európai átlaghoz képest kevesebb magyar tapasztalta a „boldogságot” vagy a „teljes életet”**.

A lelki egészséget fejlesztő, illetve a mentális zavarokat megelőző és a mentális zavarban szenvedőket ellátó szolgáltatások - beleértve a mentálhigiénés támogatást, a pszichoterápiát, a nevelési-oktatási intézményekben folyó lelki egészség fejlesztést és a pszichiátriai ellátást - területileg egyenetlenek, sok esetben összehangolatlanok. A pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről szóló 2012. évi Állami Számvevőszék Jelentés (ÁSZ jelentés) megállapította, hogy Magyarországon mind az egészségügyi, mind a szociális ágazat végez feladatokat a pszichiátriai betegek ellátásában, gondozásában, de az ellátás szempontjából nem képeznek összehangolt, egységes rendszert. Az államilag finanszírozott felnőtt/gyermek pszichológiai, pszichoterápiás szakellátás gyakorlatilag nem létezik, illetve csak a magánszférában vehető igénybe.

A kihívások közé tartozik, hogy a lelki elsősegély telefonszolgálatok hálózata elégtelen, a közösségi ellátók és a pszichiátriai gondozók közötti szinkronizáció hiányos. A gyermek- és ifjúsági pszichiátriai és addiktológiai ellátás rendkívül hiányos. A mentális ellátórendszer szolgáltatási színvonala az ÁSZ jelentés szerint csökkent az elmúlt években.

Számos vizsgálat megerősítette, hogy a depresszió és a szorongás magasabb a terméketlen házaspárok esetében. (<http://www.womensmentalhealth.org/specialty-clinics/infertility-and-mental-health>). A dohányzás, illetve a túlzott alkohol és koffein fogyasztás csökkentheti a nők termékenységet (Harvard Egyetem).

A népegészségügyi krízissel párhuzamosan Magyarországon demográfiai krízis is tapasztalható. A KSH adatai szerint 2011-ben 88 049 gyermek született Magyarországon, ez minden idők legalacsonyabb értéke. A születésszám 2012-ben 90 269-re emelkedett, tehát 2220 gyermekkel több született 2012-ben Magyarországon. Ugyanakkor 2012-ben így is 39 ezer fővel csökkent hazánk lakossága.

Magyarország Európa és a világ egyik legalacsonyabb termékenységű országa. 2011-ben a teljes termékenységi arányszám mértéke Magyarországon 1,24 volt a KSH adatai szerint, ami messze elmarad a népesség középtávú fennmaradásához szükséges 2,1-es szinttől. Ez az érték 2012-ben 1,34-re emelkedett. A 2011. évi Népszámlálás szerint a népesség 260 687 fővel csökkent 2001-óta, 9 937 628 főre, ami hasonló az 1960-as szinthez.

Magyarország társadalmi és gazdasági felzárkóztatása elképzelhetetlen rossz lelki egészségi állapotú, illetve beteg emberekkel. Az ÁSZ jelentés szerint is a lelki egészségnek össztársadalmi szinten, a családokban és a munkahelyeken is elsőrangú fontossággal kell bírnia.

I.2. A lelki egészség javítását célzó programalkotás 2000 – 2013-ban

Az elmúlt évtizedekben, hazánkban számos népegészségügyi program született, de ezek egyike sem ért el átütő eredményeket, annak ellenére, hogy 2001 óta célrendszerét tekintve konzisztens és folytonos stratégia jellemzi a népegészségügyi programokat (Simmelweis Terv). A célkitűzések megvalósításához a 46/2003. (IV. 16.) OGY határozattal meghirdetésre került az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja. A 4/2006. (II. 8.) OGY határozat a Program elnevezését „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja” elnevezésre módosította, mely szakmapolitikailag a 2001-2010. évekre szóló **Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program** (1066/2001. (VII. 10.) Korm. határozat) szerves folytatásának tekinthető. A programok elvben megfelelő koncepcionális és stratégiai keretet biztosítottak a szükséges intézkedésekhez (Simmelweis Terv).

A Népegészségügyi Program egyik célkitűzése volt a lelki egészség megerősítése: A lakosság lelki egészségi állapotának, és életminőségének javítása, az egészségtudat fejlesztése, a lelki egészségnek, mint értéknek a felmutatása. Rövid időszakokban és egyes területeken történtek érdemi beavatkozások, de nem kellő intenzitással, nem kellő ideig, és nem voltak képesek a lakosság széles rétegeit elérni. Ennek főbb okai a hosszantartó megfelelő politikai támogatottság és a kiszámítható finanszírozás hiánya – 2003-ban 1832,818 millió Ft, ugyanakkor 2010-ben 371 millió Ft állt rendelkezésre a költségvetésben a népegészségügyi feladatok ellátására –, a népegészségügyi intézményrendszer nem megfelelő szervezettsége, valamint az ágazatközi interszektoriális együttműködések elégtelensége voltak (Simmelweis Terv).

A mentális betegségek növekvő terhei - beleértve a keresőképtelenséget és rokkantságot is - az Európai Unió prioritásai közé emelték azok megelőzését és kezelését.

Ennek megfelelően az Európai Unió több jelentős dokumentumot fogadott el, amelyek a mentális betegségek megelőzését és kezelését szolgálják. Ezen dokumentumok közül a legfontosabb *a Tanács következtetései a lelki egészség és a jólét európai paktumáról: eredmények és jövőbeli intézkedések* (a továbbiakban: Következtetések) című dokumentum,

amelynek elfogadására éppen a Magyar Soros Elnökség ideje alatt került sor 2011-ben. A Következtetések előkészítésében Magyarország vezető szerepet játszott.

A Következtetések *felkéri a tagállamokat, hogy „egészségpolitikáikban tegyék kiemelt feladattá a mentális egészség és jólét biztosítását, és dolgozzanak ki a mentális egészséggel – többek között a depresszió és az öngyilkosság megelőzésével – kapcsolatos stratégiákat és/vagy cselekvési terveket”.*

Az Európai Unió a mentális egészség és jólét területén valamint a mentális betegségek megelőzésével kapcsolatosan is szorosan együttműködik az Egészségügyi Világszervezettel (WHO). A WHO a mentális egészségügy területén globális és európai akciótervet dolgozott ki. A *WHO The European Mental Health Action Plan szintén egy nemzeti mentális egészségügyi stratégia kidolgozására hívja fel tagállamait.*

Hazánkban ezen a területen szintén a WHO kezdeményezésére került kidolgozásra 2004-2006 között a hazai pszichiátriai ellátás fejlesztésének stratégia terve, amely a *Lelki Egészség Országos Program (LEGOP)* kidolgozásához vezetett. Ezt 2009-ben az akkori egészségügyért felelős tárca felsővezetői értekezlete elfogadta, azonban a LEGOP megvalósítására, konkrét cselekvési terv kidolgozására nem került sor.

A Pszichiátriai Világszövetség, az EU, a WHO és a Semmelweis terv egyaránt széles ágazatközi együttműködést javasol a lelki egészség javítása érdekében.

A 2013-ban kidolgozott **Mentális Egészségügyi Szakpolitikai Program 2014-2020** (MESZP) tervezet egységes rendszerben kezeli a mentális zavarok másodlagos és a harmadlagos megelőzését és egészségügyi ellátását, a WHO Európai Lelki Egészség Cselekvési Terv 2014-2020 dokumentum II-IV alapvető célját és a három átfogó célt Magyarországon is kitűzve.

2013. március 26-án a lelki egészséggel, egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek és civil szervezetek Eszmecserét hívtak össze abból a célból, hogy a közösségi lelki egészség ügyét felkarolják, és a kormányzati szereplőkkel közösen egy átfogó koncepció tervezését elindítsák. Az Eszmecsere 300 résztvevője megfogalmazta, hogy a Magyarországon a lelki egészség fejlesztéshez széleskörű államigazgatási, szakmai és civil összefogásra van szükség, és az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) 8 olyan ágazattal tud az ügy mellé állni, amelyek mindegyike az ember fejlesztését tűzi ki célul. Öröndetes, hogy a történelmi egyházak elérhetővé tették a lelki egészség fejlesztés terén megvalósított jó gyakorlataikat és javaslatot tettek további lelki egészség fejlesztő tevékenységekre. 2013. április 17-én és október 8-án két további közösségi lelki egészség Eszmecserére került sor, széleskörű szakmai és civil részvétellel.

2013 májusában kezdte meg munkáját az EMMI Lelki Egészség Munkacsoport. A Munkacsoport, mind a 8 EMMI ágazat bevonásával, széleskörű szakmai és civil egyeztetésen alapulva, kidolgozta az **"ÉLETÚT" – Lelki Megújulás Program** (Életút program) tervezetét. Az Életút program elsődleges célja a WHO Európai Lelki Egészség Cselekvési Terv 2014-2020 dokumentum I alapvető céljának - „*Mindenkinek egyenlő lehetősége van arra, hogy az egész*

élete folyamán megvalósítsa mentális jólétét, különösen azok, akik a legsérülékenyebbek vagy veszélyeztetettek.” – és a WHO Átfogó Lelki Egészség Cselekvési Terv 2013-2020 dokumentum I alapvető céljának - „A hatékony vezetés és kormányzás megerősítése a lelki egészség érdekében.” hazai megvalósítása, ország-specifikus célokkal kiegészítve.

Míg a MESZP tervezet a mentális zavarok másodlagos és harmadlagos megelőzésére és ellátására fókuszál, az Életút program tervezet fő fókusza a lelki egészség fejlesztése, a mentális zavarok elsődleges megelőzése és közösségi alapú gondozása.

Miniszterelnök Úr a dohányzás elleni küzdelemért kiérdemelt WHO-kitüntetés átvételekor 2013 októberében a dohányzás mellett a másik komoly gondnak nevezte a magyar népesség mentális állapotát, melyen javítani kell. Számít a WHO tapasztalataira. **Miniszterelnök Úr elmondta, hogy a következő években szeretne foglalkozni a magyar lakosság lelki egészségével és az életminőségével és ez kormányzati prioritás lesz.** Ezt a Miniszterelnökség az Egészségügyért Felelős Államtitkárság felé írásban is megerősítette.

Az EMMI Lelki Egészség Munkacsoportja 2013 novemberében javaslatot tett a MESZP-et és Életút programot integráló, illetve a további ágazatok és tárcák lelki egészséggel is kapcsolatos szakpolitikai stratégiáit és programjait összekapcsoló kormányzati stratégia kidolgozására.

A két program integrációjának köszönhetően az EMMI által koordinált, de valamennyi tárcát bevonó **Nemzet Lelki Egészség Stratégia** célul tűzi ki az egyén, a család és a tágabb közösség lelki egészségének fejlesztését, megtartását és helyreállítását, illetve a mentális zavarok prevencióját, ezzel a WHO Európai Lelki Egészség Cselekvési Terv valamennyi célkitűzését megvalósítva Magyarországon, ország-specifikus célokkal kiegészítve.

A Nemzeti Lelki Egészség Stratégia további célja a magyarországi demográfiai krízis enyhítése, a vágyott és tervezett számú gyermekek, illetve a megfogant, magzati állapotban levő gyermekek megszületésének és szeretetteljes családban történő nevelkedésének támogatása, többek között a gyermeket tervező és váró párok és közösségeik, illetve a gyermeket fogadó családok, párok, egyedülálló anyák lelki egészségének fejlesztése útján.

A 2013. december 4-i EMMI Szakmai Vezetői Értekezleten mind az egészségügyi, mind a szociális ágazat támogatta az ágazatokon és tárcákon átnyúló lelki egészség stratégia kidolgozását.

Az EMMI 2014. évi Munkatervében szereplő Nemzeti Lelki Egészség Stratégia a kormányzati stratégiai irányításról szóló 38/2012. (III. 12.) Kormányrendeletben definiált nemzeti középtávú stratégiaként kerül kidolgozásra, valamennyi tárca bevonásával.

A Nemzeti Lelki Egészség Stratégia a február 26-i EMMI Szakmai Vezetői Értekezletre kerül benyújtásra.

I.3. Kapcsolódás a lelki egészséghez kapcsolódó szakpolitikai stratégiákhoz és programokhoz.

A Nemzeti Lelki Egészség Stratégia, mint az EMMI és valamennyi további tárca horizontális lelki egészség programja, integrálja az egyes ágazati szakpolitikai programok és stratégiák lelki egészség fejlesztést, a mentális zavarok megelőzését, a mentális zavarban szenvedők gondozását, rehabilitációját segítő elemeit, azokat további elemekkel egészíti ki és így képez átfogó nemzeti stratégiát. A Nemzeti Lelki Egészség Stratégia céljai és a célok megvalósítását segítő cselekvési terv összehangolásra kerülnek az egyes ágazati szakpolitikai stratégiákkal és programokkal, így a Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégiával, a Nemzeti Drogellenes Stratégiával, a Nemzeti Ifjúsági Stratégiával, a Nemzeti Csecsemő és Gyermkegészségügyi Programmal, az Országos Fogytékosságügyi Programmal, az Óvodai Nevelés Országos Alapprogramjával, a Nemzeti Alaptantervvel, illetve a kidolgozás alatt álló „Szakpolitikai Program az Alkoholprobléma visszaszorítására” dokumentummal, Alapellátási Stratégiával, Népegészségügyi Szakpolitikai Programmal, és Vasgyúró Gyermek-egészségügyi programmal.

Itt további tárcák kiegészítéseket tehetnek.

Fentieknek megfelelően a Nemzeti Lelki Egészség Stratégia célcsoportjában szerepelnek az egészséges, a kockázatnak kitett személyek, beleértve a halmozottan hátrányos helyzetből, és a társadalmi kirekesztődésből adódó kockázatot is, a fogyatékkal élő és a beteg emberek egyaránt.

II. Helyzetelemzés és következtetések

II.1. A magyar lakosság egészségi állapota

A magyar lakosság testi-lelki egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban igen kedvezőtlen, jelentősen elmarad az ország gazdasági helyzete alapján várhatótól. Hazánk polgárainak egészségtudatossága elmarad az EU átlagtól. Bár a kedvezőtlen egészségi állapot háttérében jelentős mértékben a krónikus nem-fertőző megbetegedések okozta magas korai halálozás és betegség-teher áll, kutatások alapján tudjuk, hogy ez nem magyarázható önmagában genetikai okokkal, szegénységgel vagy az egészségtelen életmóddal – a lelki tényezők szerepe alapvető (Kopp- Skrabski, 2007). A népesség jelentős részénél hiányzik a mindennapi élet problémáival való megbirkózás képessége, széleskörűen elterjedtek a lelki egészség zavarai.^{1,2,3}

A betegségek gyakoribb előfordulása és a magas halandóság miatt a magyarok rövidebb és rosszabb minőségű életre számíthatnak nemcsak az EU 15 országok, hanem a Visegrádi országokhoz képest is. Egy 2008-ban született fiúgyermek 7,4 évvel, egy leánygyermek 5,1 évvel rövidebb életre számíthat, mint egy átlag európai, és életük 21, illetve 25%-át nem egészségesen fogják leélni, ha a jelenlegi népegészségügyi helyzet nem változik.^{2,3}

Magyarországon a népesség egyre fogy. Annak valószínűsége, hogy egy magyar férfi megéli a 65. életévét, ma Magyarországon csupán 64 %.⁴

Magyarország lakosságán belül pedig a roma lakosság egészségi állapota különösen kedvezőtlen egészségügyi mutatókkal jellemezhető. A 19 éves kor feletti roma népesség 66,3%-a szenved valamilyen betegségben, 16,1%-a egynél több betegségben, illetve 23%-a egyszerre 3 vagy több betegségben. **A leggyakrabban előforduló 20 belgyógyászati betegségcsoport nagyobb részében a romák betegségaránya legalább kétszerese a teljes népességnek** (pl. daganatos megbetegedések), hatban több mint ötszöröse (pl. asztma, gyomor megbetegedései), és háromban (látáskárosodás, vashiányos vérszegénység, tüdő fertőző megbetegedései) több mint tízszerese. A magasabb arányú megbetegedések is igen jelentős mértékben hozzájárulnak ahhoz, hogy a romák között nagyon magas (15,4%) a megváltozott munkaképességűek, a rokkantnyugdíjasok aránya.⁹

Tapasztalatok szerint a romák nagy része az ingyenes egészségügyi ellátást sokkal ritkábban – sőt 64,2%-uk egyszer sem – veszi igénybe. Ez gyakran a rossz anyagi és szociális körülményekből adódik: nincs módjukban elutazni, elmenni a szűrővizsgálatokra, nem tudják megfizetni a gyógyszereket, stb. A mélyszegénységben élő családok elsődleges szempontja nem az egészségük megőrzése vagy a betegségek megelőzése, hanem sokkal lényegesebb az elemi mindennapi létfenntartás.⁹

Az utóbbi évtizedek egyik legfontosabb népegészségügyi felismerése, hogy a civilizált országokban **alapvető egészségügyi veszélyeztető tényező a társadalmon belüli viszonylagos szociális-gazdasági lemaradás**. A magyar népesség körében végzett vizsgálataik eredményei szerint (Kopp – Kovács, 2006) a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem önmagában, hanem elsősorban a depressziós tünetegyüttes közvetítésével idéz elő magasabb megbetegedési arányokat. Tehát *nem önmagában a nehéz szociális helyzet, hanem a viszonylagos lemaradás szubjektív átélése a leglényegesebb egészségügyi veszélyeztető tényező*.⁴

Magyarország társadalmi és gazdasági felzárkóztatása elképzelhetetlen rossz egészségi állapotú, beteg emberekkel. A lakosság egészségi állapota alapvetően meghatározza a nemzet jövőre vonatkozó kilátásait.^{1,2}

A magyar lakosság lelki egészségének kedvezőtlen mutatói és a hosszú ideje halmozódó szakmai problémák egyaránt jelentős változások szükségességét vetik fel.⁵

A legújabb szocializációs elméletek erősen hangsúlyozzák a szocializációs folyamat kétoldalságát. Az egyén nemcsak elszenvedi a környezet hatásait, hanem azzal való aktív kölcsönhatásban fejlődik. Ebből következik, hogy a védőfaktorok és a kockázati tényezők mind a személyen belül, mind a környezetében és magában az interakciós folyamatokban is felfedezhetők. **A mentális egészséget fejlesztő programoknak egy időben kell fókuszálnia mindegyik területre: a személyiségfejlesztésre** (rugalmasság, megküzdési képességek, valakihez való tartozás, elköteleződés, önkontroll, jövőre irányultság, stb.), a „szociális mérgek”, azaz a **környezeti ártalmak csökkentésére, a jó hatások erősítésére, és magára a nevelési módokra, életstílusra.**^{6,7}

A közösségi lelki egészség programok sikerének alapvető feltétele valamennyi szereplő partneri bevonása, a program kezdetétől.⁸

II.2. Az egészség társadalmi-szociális meghatározó tényezői

Az utóbbi évtizedek egyik legfontosabb népegészségügyi felismerése, hogy a civilizált országokban **alapvető egészségügyi veszélyeztető tényező a társadalmon belüli viszonylagos szociális-gazdasági lemaradás.**¹

Több évtized kutatása alapján egy összefoglaló kanadai tanulmány szerint az **egészséget meghatározó szociális tényezők** közé tartozik:²

- az iskolai végzettség,
- a foglalkoztatás,
- a jövedelem,
- a munkanélküliség, illetve a munkahely biztonsága,
- a munkakörülmények,
- a kisgyermekkorai fejlődés,
- az ételmeiszerbiztonság,
- a lakhatás,
- a szociális izoláció,
- a szociális biztonsági rendszer,
- az egészségügyi szolgáltatások,
- az etnikai és nemi hovatartozás és
- a fogyatékossg.

Az Egészségügyi Világszervezet Egészség Társadalmi Meghatározóival Foglalkozó Bizottságának 2008-ban kiadott záró tanulmánya szerint a legtöbb egészségprobléma és a korai halálozások legfőbb okai a társadalomban gyökereznek, melyeket a korai gyermekkorú évek, az oktatás, a foglalkoztatás, a munkafeltételek, a jövedelmek, a környezet, a helyi körülmények, a társadalmikirekesztésbefolyásolnak.³

Nemzetközi adatok szerint **az alacsonyabb szociális-gazdasági háttérrel rendelkező, alacsonyabb képzettségű nők egészségtudatossága kisebb és kevésbé élnek egészségesen, mint iskolázottabb nőtársaik.**

Magasabb veszélyeztetettségükre példa, hogy egy brit tanulmány szerint nagyobb arányban jelentkeznek az orvosnál nagyméretű, előrehaladott emlőrákkal és körükben rosszabb az emlőrák túlélése.^{4, 5, 6}

Magyarországon jelentősek az iskolai végzettség szerinti halandósági differenciák, és a rendszerváltás óta tovább mélyültek. A legkedvezőtlenebb társadalmi státuszú rétegek hátránya az egészségi állapot és a halandóság terén fokozódik. A rendszerváltás utáni halandósági krízis elsősorban a férfiakat és az alacsony társadalmi státuszú rétegeket sújtotta.⁷

A magyar népesség körében végzett vizsgálatok eredményei szerint a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet azonban nem önmagában, hanem elsősorban a depressziós tünet együttes közvetítésével idéz elő magasabb megbetegedési arányokat. Tehát **nem önmagában a nehéz szociális helyzet, hanem a viszonylagos lemaradás szubjektív átélése és a megfelelő, adaptív megküzdési módok ismeretének hiánya (a kétségbeesés, tanult tehetetlenség, kiszolgáltatottság) a leglényegesebb egészségügyi veszélyeztető tényező.**¹

Súlyosbítja a helyzetet, **hogy rendkívül alacsony a magyar lakosság pszichológiai kultúrája, önismerete.** Ennek háttérében a rendszerváltás előtti pszichológia ellenes szélsőségesen materialista kultúrpolitika is áll, de az azóta eltelt évtizedekben sem sikerült felzárkózni.

A nemzetközi szinten elismert hazai pszichológiai és magatartásorvoslási szakemberek **ellenére a 10 ezer főnyi pszichológusból csupán 200 fő körüli főnek van állása az államilag finanszírozott egészségügyben, főként a fővárosban.** A magyar lakosság mentális egészségügyi mutatóinak kifejezett romlása, illetve rossz színvonala ellenére **gyakorlatilag megszűntek a felnőtt lakosság számára elérhető tb-finanszírozású pszichoterápiás és mentálhigiénés rendelők.** Államilag finanszírozott felnőtt/gyermek pszichológiai, pszichoterápiás szakellátás **gyakorlatilag nem létezik, mivel az csak a magánszférában vehető igénybe, amire a lakosság nagy részének nincsen módja.** Így a kényszervállalkozásra kényszerített szakemberek el sem juthatnak a szegényebb, magán egészségügyi szolgáltatást kifizetni képtelen rétegekhez.

Az iskolákban elérhető pszichológus szakemberek száma ugyan több, de ott sem éri el a minimálisan megkívánható szintet sem. Nem, vagy csak kis számban dolgoznak pszichológusok-állások hiányában- a szomatogyógyászat területén, azaz a szülészeten, a haldoklók mellett, a krónikus betegek mellett. Miközben látunk példákat a daganatos betegek pszichológiai gondozására, pl. az Országos Onkológiai Intézetben, az onkológiai osztályok túlnyomórészt nem alkalmaznak pszichológust a betegek és családtagjaik megsegítésére részben monetáris okokból, részben ismeret hiányból fakadóan. Élen jár hazánk a szenvedélybetegségek gyakoriságában, ennek ellenére 2013-ig nem volt biztosított hazánkban a gyermek addiktológiai ellátás.

A krónikus stressz, a depresszió, az általános érték- és bizalomvesztés, a támogató közösségek, az emberi szolidaritás hiánya, a kapcsolatokat sokszor romboló kommunikációs „kultúra”, a negatív gondolkodás egyaránt hozzájárul lelki és testi egészségünk megromlásához.^{1,8}

A Semmelweis Terv szerint a népegészségügyi tevékenység elsődlegesen az egészség meghatározó tényezőire irányul, ezért nem egy ágazat vagy szakma kizárólagos kompetenciája; **össztársadalmi feladat,** amelyet egy átfogó népegészségügyi program keretében szükséges megvalósítani. A Semmelweis Terv célkitűzései között szerepel a **lelki egészség védelme, fejlesztése:** Célzott kisközösségi programok, az öngyilkosság és a depresszió megelőzését támogató helyi programok feltételrendszerének kialakítása, a közösségi gondozói hálózatok megerősítése és fenntarthatóságának biztosítása.⁹

II.3. A hazai lakosság mentális egészsége

Az Egészségügyi Világszervezet definíciója szerint az egészség nem a betegség hiánya, hanem a testi, lelki és szociális jólét együttese. A mentális megbetegedések nemcsak súlyos lelki, szociális és gazdasági terhet jelentenek, hanem a testi megbetegedéseknek is kockázati tényezői. A depresszió és a szorongás fokozzák az öngyilkosság, a dohányzás, a kóros alkoholfogyasztás és stressz-táplálkozás gyakoriságát is. A súlyos mentális zavarok – beleértve a szenvedélybetegségeket is – az átlagoshoz képest 8-20 évvel csökkentik a betegek várható élettartamát. A mentális megbetegedések Európa egyik legnagyobb kihívását jelentik,

és a lakosság mintegy 1/3-t érintik. A fogyatékkal élők az EU-ban legnagyobb részben a mentális zavarokra vezethetők vissza.¹⁻³

A főbb mentális zavarok hazai előfordulása a felmérések szerint többé-kevésbé megegyezik a világszerte talált, illetve európai adatokkal. A főszabály alól azonban található néhány kivétel is. **Az európai átlagnál kedvezőtlenebb a helyzetünk a férfiak depressziója, a kóros alkoholhasználat, a bipoláris betegség és a befejezett öngyilkosságok tekintetében.** Az európai élcsoporthoz tartozunk a lakosság elöregedésének ütemében is. Mindezek alapján a hazai lakosság mentális egészségi állapota az európai országok döntő többségével összehasonlítva rosszabbnak minősíthető.^{1,4}

Az **EUROBAROMETER**⁵ 2011. évi felmérés Magyarországon vonatkozásában többek között megállapította, hogy **a magyar válaszadók az európai átlaghoz képest az öt negatív érzelem közül hármat többször tapasztaltak. Az átlagnál több magyar volt „nyomott hangulatban”, „elgyötört” és „fáradt” „mindig” vagy „legtöbbször” (9%, 16% és 28% ebben a sorrendben, szemben az EU átlaggal, ami 6%, 13% és 20%).**

Kevesebb magyar tapasztalta a „boldogságot” vagy „teljes életet” „mindig” vagy „legtöbbször” (50% és 24% szemben az EU átlaggal, ami 61% és 59%), és kevesebben éreztek „nyugalmat” és „békét” vagy volt „sok energiájuk” „néha” (23% és 23% szemben az EU átlaggal, ami 28% és 32%). Pozitív eredmény volt, hogy az átlagosnál több válaszadó „soha” vagy „ritkán” érezte magát „lehangoltnak” és „depressziós” és különösen feszültnek (71% és 47% szemben az EU átlaggal, ami 66% és 44%). Az átlagnál több magyar válaszadó érezte úgy, hogy kevesebbet teljesített fizikai és érzelmi problémák miatt.¹⁰

Az Európai Lakossági Egészség Felmérés⁶ (ELEF) krónikus depressziós panaszokat talált a vizsgált népesség 6%-ában, egyéb mentális betegséget pedig a vizsgált népesség több mint 3%-ában. A depressziósok közül minden korosztályban több volt a nő, mint a férfi. Megjegyzendő, hogy a felmérés adatai nem „ön-diagnózis”, hanem szakorvos által felállított kórismén alapulnak. Az összefoglaló adatokat az alábbi táblázat mutatja.

1. táblázat Szakorvos által diagnosztizált mentális zavarok az ELEF adatai alapján

	krónikus szorongás(%)	krónikus depresszió(%)	egyéb mentális probléma(%)
Férfi	4,9	3,1	2,5
Nő	10,6	7,6	3,3
Összesen	7,9	5,5	2,9

A férfiak 2%-a, a nők közel 5%-a számolt be depresszió miatti gyógyszeres kezeléssel, míg krónikus szorongás miatt a férfiak több mint 3%-a, a nők több mint 8%-a szedett gyógyszert a kérdést megelőző 2 hétben. A megkérdezettek közül 6% körüli volt a rendszeres altató fogyasztók aránya.

2. táblázat Egyes „pszichotróp” gyógyszerek fogyasztása az ELEF adatai alapján

	Szedett-e gyógyszert az elmúlt két hétben?		
	Krónikus	krónikus	altató

	depresszió miatt	szorongás miatt	
Férfi	2,0%	3,2%	3,7%
Nő	4,8%	8,1%	8,3%
Összesen	3,5%	5,8%	6,2%

A vizsgált személyek a gyógyszeres kezeléseknél lényegesen alacsonyabb arányban vettek igénybe pszichoterápiás kezelést. **A már szakorvos által depresszióval diagnosztizált férfiak kevesebb mint 3%-a, a nőknek kevesebb mint 5%-a járt pszichológusnál, illetve pszichoterapeutánál a kérdést megelőző 12 hónapban**, amely összesen kevesebb, mint 4%-ot jelentett. Ez azt jelenti, hogy egy egész év alatt is kevesebben keresnek pszichológiai segítséget, mint amennyien két hét alatt pszichotróp gyógyszerhez fordulnak. A szakorvos által diagnosztizált mentális problémákon túl **a vizsgált népesség egyötöde gyakori idegeskedésről és kimerültségről, egyharmaduk krónikus fáradtságról panaszkodott**. A pszichésnek minősíthető panaszok előfordulását az alábbi táblázatok szemléltetik.

3. táblázat Pszichés panaszok az ELEF adatai alapján

	Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érezte azt, hogy semmi nem tudja felvidítani?				
	állandóan	gyakran	időnként	ritkán	soha
Férfi	1,2%	5,6%	12,4%	29,8%	51,0%
Nő	2,3%	8,7%	13,8%	31,4%	43,7%
Összesen	1,8%	7,3%	13,1%	30,7%	47,2%

	Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érezte szomorúnak és kedvetlennek magát?				
	Állandóan	gyakran	időnként	ritkán	Soha
Férfi	1,5%	6,8%	16,9%	44,4%	30,3%
Nő	2,9%	10,3%	21,3%	42,0%	23,6%
összesen	2,2%	8,6%	19,3%	43,1%	26,7%

	Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érezte azt, hogy kimerült?				
	Állandóan	gyakran	időnként	ritkán	Soha
Férfi	2,9%	14,3%	29,8%	35,6%	17,3%
Nő	4,6%	20,3%	31,0%	31,6%	12,5%
összesen	3,8%	17,5%	30,5%	33,5%	14,7%

A fenti táblázatok „állandóan” és „gyakran” oszlopai felvetik aktuálisan fennálló mentális probléma gyanúját. Megjegyzendő, hogy az ezekben az oszlopokban jelzett arányok jól egybeesnek a mentális zavarokat felmérő lakossági epidemiológiai kutatások adataival.

Némi egyszerűsítéssel az alábbi táblázatok „állandóan” és „gyakran” oszlopai jelzik azoknak az arányát, akiknél valószínűsíthető a mentális jól-lét aktuális fennállása.

4. táblázat Mentális jól-lét az ELEF adatai alapján

	Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érezte nyugodtnak, békésnek magát?				
	Állandóan	gyakran	időnként	Ritkán	soha
Férfi	29,4%	40,0%	17,4%	11,5%	1,6%
Nő	22,2%	40,0%	21,9%	12,9%	3,1%
összesen	25,5%	40,0%	19,8%	12,2%	2,4%

	Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érezte azt, hogy tele van energiával?				
	Állandóan	gyakran	időnként	Ritkán	soha
Férfi	25,7%	33,0%	21,1%	14,7%	5,4%
Nő	17,7%	30,2%	24,3%	18,6%	9,2%
összesen	21,4%	31,5%	22,8%	16,8%	7,5%

Kopp Mária professzorasszony, a Semmelweis Egyetem magatartástudományi Intézetének alapítója és másfél évtizeden át vezetője, szociológus **férjével, Skrabski Árpáddal együtt, kezdték feltérképezni a magyar lakosság egészségi állapotát, közel két évtizede.**

A **HUNGAROSTUDY vizsgálatok**⁷ 1988 óta hét illetve háromévente (1995, 2002, 2005/2006) adnak számot a magyar népesség egészségi állapotának alakulásáról, lehetővé téve a népegészségügyi szempontból legjelentősebb egészségproblémák és legfőbb befolyásoló tényezők rendszeres monitorozását.

A 2013-ban a SE Magatartástudományi Intézetének vezetésével elvégzett kérdőíves felmérés fő célkitűzése a 18 éven felüli magyar népesség bio-pszicho-szociális helyzetének jellemzése mellett a 18-35 éves fiatal korosztály házassági és gyermekvállalási hajlandóságának felmérése, a legfontosabb háttértényezők feltárása volt.

A 2000 fős lakossági minta Magyarország településhálózatát arányosan reprezentálta, 145 mintavételi egységgel. A mintába kerülő személyek összetételi aránya a legfontosabb társadalmi-demográfiai mutatók szerint (nemek, életkori csoportok, iskolai végzettség, lakóhelytípus) megfelelt a teljes felnőtt népesség összetételének.

A főkérdőív kérdéscsoportjai a teljes felnőtt lakosság egészségi állapotának és egészséggel kapcsolatos életminőségének, valamint az ezeket befolyásoló legfontosabb háttértényezők (demográfiai, szociális gazdasági tényezők, az egészségmagatartás rizikó és protektív faktori) vizsgálatára irányulnak, kiemelt szerepet szánva a családdal, a családi étellel kapcsolatos jellemzőknek.

A fiatalokra vonatkozó tematikus blokk azokra a kérdésekre koncentrált, amelyek mentén leírhatók a párkapcsolatok alakulásának jellemzői, a családtervezési mintázatok és gyermekvállalási stratégiák, valamint a családdal kapcsolatos attitűdök és értékek.

A vizsgált népességet a születési év alapján generációkba sorolták a kutatók, majd elemezték az egyes generációk érték, attitűd, viselkedés és közérzet-jellemzőit: 5,3 százalék tartozott a legidősebb generációhoz – „elveszett generáció” - (1935 előtt születettek), 16,7 százalék a „státuszváltó” (1946 és 1964 között születettek, akik már a rendszerváltás előtt megállapodott társadalmi státusszal rendelkeztek), 25,4 százalék „rendszerváltó” (1946 és 1964 között születettek, akik 1989-ben pályakezdők vagy a fiatal középkorosztály tagjai voltak, és a legaktívabb szerepet játszották a rendszerváltás idején) generációhoz; a fiatal generációk közül az X generáció (1965-1979 között születettek) aránya 23,6 százalék, az Y generáció (1980-1994 között születettek) aránya pedig 28,9 százalék volt.

A magyar generációk közérzeti jellemzői:

- A legidősebb generáció tagjainak a legkedvezőtlenebb a közérzete, a legfiatalabb generációnak pedig a leginkább kedvező; a legidősebbtől a legfiatalabb generáció felé haladva növekszik az étellel való elégedettség is. A társadalmi élet kiszámíthatatlansága erősebben nehezedik a „státuszváltó” és „rendszerváltó” középgenerációkra, mint a náluk idősebb és a náluk fiatalabb generációkra.
- Az életminőség szempontjából, amit a WHO jóllét indexével mértünk, az öt generáció szignifikáns mértékben eltér egymástól. A legidősebb generáció tagjainak a legkedvezőtlenebb a közérzete, a legfiatalabb generációnak pedig a leginkább kedvező; a legidősebbtől a legfiatalabbig a fokozatos javulás tapasztalható.
- A legidősebbtől a legfiatalabb generáció felé haladva növekszik a pozitív válaszok aránya az étellel való elégedettség tekintetében is.
- A személyes kapcsolatokkal való elégedettség tekintetében a három idősebb generáció és a fiatalok közt húzódik a határvonal. A két fiatalabb generáció, az „X-ek” és az „Y-ok” jóval elégedettebbek kapcsolataikkal, mint az előttük járó generációk.
- A boldogságra vonatkozó kérdés („Egészeiben véve mennyire tartja boldognak saját magát?”) az előzőhöz hasonlóan osztja meg a mintát: a 3 idősebb generáció közötti eltérés nem szignifikáns, bár tendenciájában az átlagéletkor csökkenésével növekszik; viszont mindhárom idősebb generáció boldogság szintje lényegesen eltér a fiatalabb generációktól, akik jóval boldogabbnak érzik magukat szüleiknél és nagyszüleiknél.

- Feltételezhetően összefügg az elégedettség és a boldogság érzetével a különböző élethelyzetekben való eligazodás képességének megítélése. Ezt az énképesség és a koherencia-érzés mutatóival mértük. Mindkét mutató értékei növekedést mutatnak az idősebb generációktól a fiatalabb generációk felé haladva; a legalacsonyabbra az „elveszett generáció”, a legmagasabbra az Y generáció tagjai értékelik mind az énképességüket, mind a koherencia-érzetüket.
- A mindennapi a társadalmi élet kiszámíthatatlansága, anómikussága erősebben nehezedik a „státuszváltó” és „rendszerátváltó” középgenerációkra, mint a náluk idősebb és a náluk fiatalabb generációkra, akik az anómiát viszont hasonlóképpen élik meg.
- A jövedelemegyenlőtlenség tapasztalata és az egészségi állapot alakulása összefügg. A kedvezőtlen szubjektív anyagi helyzet együtt jár az egészségi állapot kedvezőtlen megítélésével, a magasabb depresszivitással és a rossz közérzettel.

További eredmények összefoglalása:

- A civil aktivitást nem mutatókhoz képest a civil szervezetben közreműködők között többen ítélik jónak és kevesebben rossznak az egészségi állapotukat (9%; 66%), és kevésbé nehezedik rájuk stressz. A személyiséggel kapcsolatos tesztek (életcélok, jóllét, önirányítottság, újdonságkeresés) tekintetében előnyösebb képet mutatnak a civil szervezetben közreműködők, mint azok, akik nem aktívak semmilyen civil szervezetben.
- A vallásosságra vonatkozó kérdések alapján látható, hogy 2006 és 2013 között a nem hívők aránya minden korcsoportban nőtt. A nem vallásosok, illetve vallásukat nem gyakorlók aránynövekedése a vallásukat – ritkán vagy rendszeresen – egyházukban gyakorlók rovására történt. Emellett csökkent azoknak az aránya is, akiknek mindennapi életvitelében fontos szerepet játszik a vallás. Az adatok alapján elmondhatjuk, hogy 2006-2013 között a magyar társadalom vallásgyakorlási szokásaiban jelentős szekularizáció ment végbe.
- Ugyanakkor a vallás fontossága és a vallásgyakorlás módja összefügg a pszichés-mentális állapotmutatók alakulásával. Azok, akik számára fontos a vallás, inkább látnak értelmet az életben, kevésbé tartják szükségesnek a társadalmi szabályok áthágását, alacsonyabb házastársi stresszről számolnak be, és inkább jellemzi őket a koherencia érzése és a magabiztosság az élet során eléjük kerülő nehézségek leküzdésével kapcsolatban.
- A lakosság értékrendjének elemzése rámutat, hogy a belső életcélok preferenciája szignifikáns összefüggésben áll a jóllét-változókkal. Az belső életcélok nagyobb fontossága egyenes kapcsolatban állt a jóllét pozitív jellemzőivel, leginkább az élet értelmességének élményével, és a szubjektív jólléttal, valamint a pozitív hangulatok gyakoriságával is. Fordított összefüggés található a lelki egészség negatív jellemzőivel, a depressziós tünetek mennyiségével és az anómiával.
- A magas munkahelyi stressz egyes összetevőinek jelenléte szignifikánsan növeli a depresszió és a rossz közérzet esélyét és a kockázati magatartások előfordulási gyakoriságát.

- Az önkárosító magatartásformákat tekintve igazolódott, hogy mind a dohányzás, mind a kockázatos alkoholfogyasztás az észlelt stressz magasabb szintjével járt együtt. A dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás a személyiségjellemzők közül az önirányítottság alacsonyabb és az újdonságkeresés magasabb pontszámaival társult.
- A stresszel való megküzdésben kiemelt jelentősége van az erőforrásoknak. A kedvezőtlen szubjektív gazdasági helyzet növeli a legerőteljesebben az észlelt stressz szintjét. A rossz szociális helyzetben élők több stresszhelyzetet élnek át, ugyanakkor megküzdési stratégiáik is korlátozottak. A személyiségvonások közül a belső megküzdési erőforrásokra utaló karaktervonásoknak (célorientáció, felelősségvállalás, leleményesség, személyes tulajdonságok belátása) van nagy szerepe.
- A válaszadók közel egyharmadát bántalmazta partnere az elmúlt év során. Ebben a két nem között nem találtunk szignifikáns különbséget. A nők körében magasabb azok aránya, akik jelenleg is félnek a bántalmazástól; a férfiak viszont nagyobb arányban számolnak be szüleik vagy rokonaik által elkövetett testi abúzusról. A bántalmazás alakulásában fontos szereppel bírnak demográfiai, gazdasági és szociális háttértényezők. A fizikai, a szexuális, illetve az egyidejűleg megjelenő többféle bántalmazás egyaránt a legfeljebb alapfokú iskolai végzettségűek körében a leggyakoribb. Az alacsony jövedelem is fontos magyarázó változóként jelenik meg.
- A férfiak mind a depresszió stigmatizálása, mind a segítség igénybevétele vonatkozásában kedvezőtlenebb képet mutatnak, mint a nők. Az országok összehasonlító elemzéséből kitűnik, hogy a magyarokat kiemelkedően magas stigma-pontszám jellemzi, és elutasítóbbak a segítségkéréssel kapcsolatban is, mint a többi ország válaszadói.
- Kifejezetten alacsony a biztonságosan kötődők aránya; a bizonytalan kötődésű és a magas függetlenséggel jellemezhető személyek aránya pedig magas. A két nem közötti különbség nem szignifikáns. A kötődési függetlenség az iskolázottság növekedésével emelkedik, az életkor növekedésével csökken.
- A magas függetlenséggel bíró emberek szerint mindennek készen kell állnia a gyermekvállalás előtt; a bizonytalan kötődésű személyek szerint épp ellenkezőleg, a gyermek érkezése nem igényel nagyfokú felkészülést. A negatív énképpel rendelkező, magas aggodalmaskodású személyek másoktól várják gyermekük jövőjének biztosítását. Ugyanakkor a pozitív énképpel, de mások negatív megítélésével jellemezhető magas függetlenségű emberek úgy vélik, hogy minden felelősség az övék.
- A magyar fiatalok egyszerre tradicionálisak és megengedőek az együttélési formák tekintetében, de a többség számára a házasság a legelfogadottabb és a „legkívánatosabb” a párkapcsolati formák közül.
- A 18-35 éves magyar fiatalok 30 százalékának van gyermeke; a többség a jövőben, átlagosan 5,3 év múlva képzelel el a családalapítást. A gyermekvállalás előtt állók körében

az átlagos tervezett gyermekszám 1,85. A már gyermekkel rendelkezők körében az átlagos gyermekszám 1,77; a még tervezett gyermekek számával együtt átlagosan 2,04.

- A gyermekszám tervezésekor az iskolai végzettség és a jövedelem nem differenciáló tényező, de az alacsony iskolai végzettségűek körében a tervezettnél több, a magas iskolai végzettségűek körében kevesebb gyermek születik. A gyermekvállalás tényét alapvetően nem befolyásolják az anyagiak, de a gyermekszámot igen. A biztos jövedelem, a biztos munkahely, a megfelelő lakáskörülmények, a tervezhetőség a további gyermekvállalás feltétele. A válaszadók számára a gyermeknevelést segítő legfontosabb családtámogatási formák a GYES, a GYED, és a családi pótlék.
- A válaszadók kétharmada volt már terhes, átlagosan 2,51 alkalommal; ebből átlagosan 2,08 gyermek született. Az iskolai végzettség erőteljes differenciáló tényező: az alacsony végzettségűek körében átlagosan három terhességből 2,45 gyermek, a diplomások körében két terhességből 1,65 gyermek született. A család anyagi helyzetével hasonló összefüggést találunk. A terhességek száma az egyes településtípusokban nem különbözik, de a megszületett gyermekek száma a települési hierarchián lefelé haladva folyamatosan emelkedik. A válaszadó nők 22,6 százalékának volt élete során művi abortusza.

5. táblázat A generációk jellemzésére szolgáló egyes mutatók – Hungarostudy 2013

	Elvesztett átlag (sd)	Státuszváltó átlag (sd)	Rendszerváltó átlag (sd)	X átlag (sd)	Y átlag (sd)	szig
Életminőség (WHO)	7,87 (3,1)	8,55 (3,5)	8,77 (3,5)	9,83 (3,2)	11 (3)	,000
Boldogság (1-10)	5,92 (2,3)	6,2 (2,2)	6,89 (2,2)	6,91 (2,1)	7,64 (1,9)	,000
Az étellel való elégedettség (1-10)	5,93 (2,3)	5,86 (2,2)	5,77 (2,2)	6,34 (2,2)	7,2 (2,2)	,000
Elégedettség anyagi helyzettel (2: igen, mindig; 0: nem)	1,83 (0,8)	1,73 (0,8)	1,51 (1,65)	1,65 (0,7)	1,74 (0,7)	,000
Elégedettség személyes kapcsolatokkal (skála?)	2,3 (0,7)	2,4 (0,7)	2,4 (0,7)	2,5 (0,7)	2,5 (0,7)	,000
Koherencia érzés (skála?)	8,52 (2,9)	8,8 (2,7)	8,69 (3)	9,4 (2,7)	9,74 (2,9)	,000
Énhatékonyosság (skála?)	7,3 (2,8)	8,6 (2,4)	8,6 (2,7)	9,1 (2,6)	9,4 (2,2)	,000
Vallás (skála?)	2,3 (0,9)	1,99 (0,8)	1,8 (1,8)	1,6 (0,7)	1,5 (0,7)	,000
Spiritualitás (skála?)	2,6 (0,8)	2,5 (2,5)	2,6 (0,9)	2,6 (0,8)	2,7 (0,9)	ns
Anómia érzés (skála?)	5,37 8(3,2)	6,18 (3,2)	6,39 (3,1)	5,69 (3,2)	5,46 (3,2)	,000

II.4. Dohányzás¹⁻⁵

A XXI. Század elején a **dohányzás a legfontosabb magatartással összefüggő halálók Magyarországon**: évente mintegy 28 ezer ember hal meg Magyarországon dohányzás következtében.

A dohányzás a szív és érrendszeri, daganatos és légzőszervi megbetegedések, illetve halálozás egyik fő kockázati tényezője, ugyanakkor a dohányzás visszaszorítása az egyik leghatékonyabb prevenciós eszköz. A dohányfüst több mint 50 ismert rákkeltő anyagot és számos más mérgező anyagot tartalmaz.

A dohányzás, mint az egyik legjelentősebb életmódbeli kockázati tényező, a WHO becslése szerint a világban bekövetkező halálozások 8,8%-ért tehető felelőssé. A tüdőrák a férfiak esetében mintegy 90%-ban, a nők esetében 70%-ban dohányzás következménye.

A passzív dohányosok körében is magasabb a tüdőrák és a légzőszervi betegségek kockázata, illetve a terhesség alatti dohányzás a gyermek egészségét is veszélyezteti.

A 2009-ben elvégzett Európai Lakossági Egészség felmérés (ELEF) adatai szerint Magyarországon a 15 éves és idősebb lakosság csaknem harmada dohányzik (31,4%), többségük napi rendszerességgel. A férfiak körében 10 százalékponttal magasabb a dohányosok aránya a nők esetében megfigyelhetőnél. Az előző felmérések eredményeivel összehasonlítva azt tapasztalhatjuk, hogy a legfiatalabb korosztályban mindkét nem esetében számottevően csökkent a rendszeres dohányzók aránya, a középkorúaknál és az időseknél viszont nem figyelhető meg hasonló változás.

Tudományos bizonyítékok vannak rá, hogy a farmakoterápia és a magatartásterápia kombinációja tovább növeli a leszokás sikerességét. Magyarországon a tüdőgondozókban működnek dohányzásról való leszokást segítő rendelvek, de az alapellátásban nélkülözhetetlen lenne a pszichoterápiás ellátás hozzáférését biztosítani, mivel a kognitív viselkedésterápia és a hipnoterápia rövid, a képzett szakemberek által gyors terápiás hatást eredményező kezelési formák.

A szakemberek véleménye szerint attól az életkortól lehet és kell szervezett és hatásos dohányzás prevenciós tevékenységet végezni, amikor a dohányzásra ösztönző, negatív hatások már érik a gyermeket, befolyásolják akkori és későbbi egészségmagatartását. Ennek megfelelően **már az óvodában meg kell kezdeni a dohányzás megelőzést és ezt az iskolában folytatni kell.**

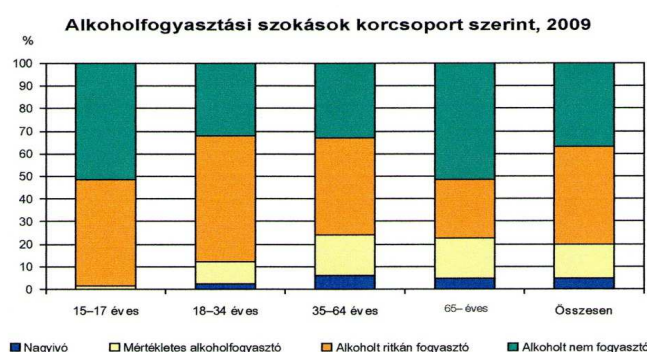
II.5. Alkoholfogyasztás¹⁻⁵

A túlzott **alkoholfogyasztás** a dohányzás mellett a másik kiemelkedő fontosságú, az egészségre káros hatást kifejtő egészség-magatartási tényező. A nagyivás jelentősen növeli egyes betegségek (például májcirrózis, stroke, daganatos megbetegedések, születési rendellenességek) gyakoriságát és a korai halálozások számát.

A WHO szerint világszerte az összes halálozás 1,5%-a, a munkaképesség csökkenés 3,5%-a tulajdonítható az **alkoholnak**. A hazai helyzet ennél sajnos lényegesen rosszabb.

A nyolcvanas évtized kezdetén a magyarországi májzsugor halálozás még hasonló volt más, magas alkoholfogyasztási adatokat mutató országokéhoz, azóta azonban 2002-ig rendkívüli emelkedés történt. Nagyon rossz előjel, hogy **emelkedő tendenciát mutat a gyermek és serdülőkorúak alkoholizálása**. Pozitív ugyanakkor, hogy Magyarországon az alkoholos májzsugor és egyéb alkoholos májbetegségek miatti halálozások számának 10%-kal való csökkenése 2008-ig megtörtént.

A hazai alkoholfogyasztás részletes adatait az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF2009) alapján foglaljuk össze. Az önbevalláson alapuló adatok elemzése szerint a felnőtt lakosságon belül a nagyivók aránya az 5%-ot sem érte el, a nők közül csupán minden századik, a férfiak esetében viszont minden tizenkettedik a mértékletességet meghaladóan fogyaszt szeszesitalt az ELEF eredményei szerint.



1. ábra Az alkoholfogyasztás és a korcsoportok összefüggése az ELEF2009 adatai alapján

A nők fele, a férfiak csaknem negyede állította magáról, hogy egyáltalán nem fogyaszt alkoholt. Nagyivókat legmagasabb arányban a középkorú férfiak között találtak. A nemek és az életkoron túl a felmérés az iskolai végzettség és az alkoholfogyasztási szokások között is összefüggést talált: az eredmények szerint a felsőfokú végzettségűek között a legmagasabb az absztinensek aránya mindkét nem esetében.

„Bingedrinking” (egy-egy alkalommal nagy mennyiségű alkoholt fogyasztása) a férfiak csaknem ötödénél, a nők 7%-ánál legalább havonta egyszer előfordul.

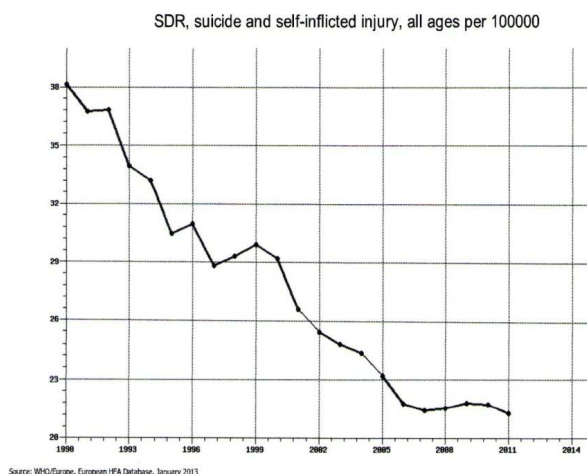
Egy országos deskriptív vizsgálat alapján jelentős különbség mutatkozik az ország kistérségeiben pl. Zala, Somogy és Baranya, valamint BAZ és Nógrád megye alkoholfogyasztással összefüggő halálozási, kriminális és baleseti statisztikái között. Különbség van a nemek között is. Mindez azt jelzi, hogy nem csak országosan, hanem regionálisan - különösen a kistérségekben, ahol az egészségügyi ellátás hiányosabb - magasabb kockázattal és mortalitási valamint morbiditási különbségekkel is szükséges számolnunk. Ebből következik az, hogy a szűrési és intervenció programokat térség-specifikusan is meg kell határozni.

II. 6. Kábítószer-fogyasztás

A fiatalok és felnőttek körében mért, kábítószer-használatra vonatkozó adatokat a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 mutatja be.

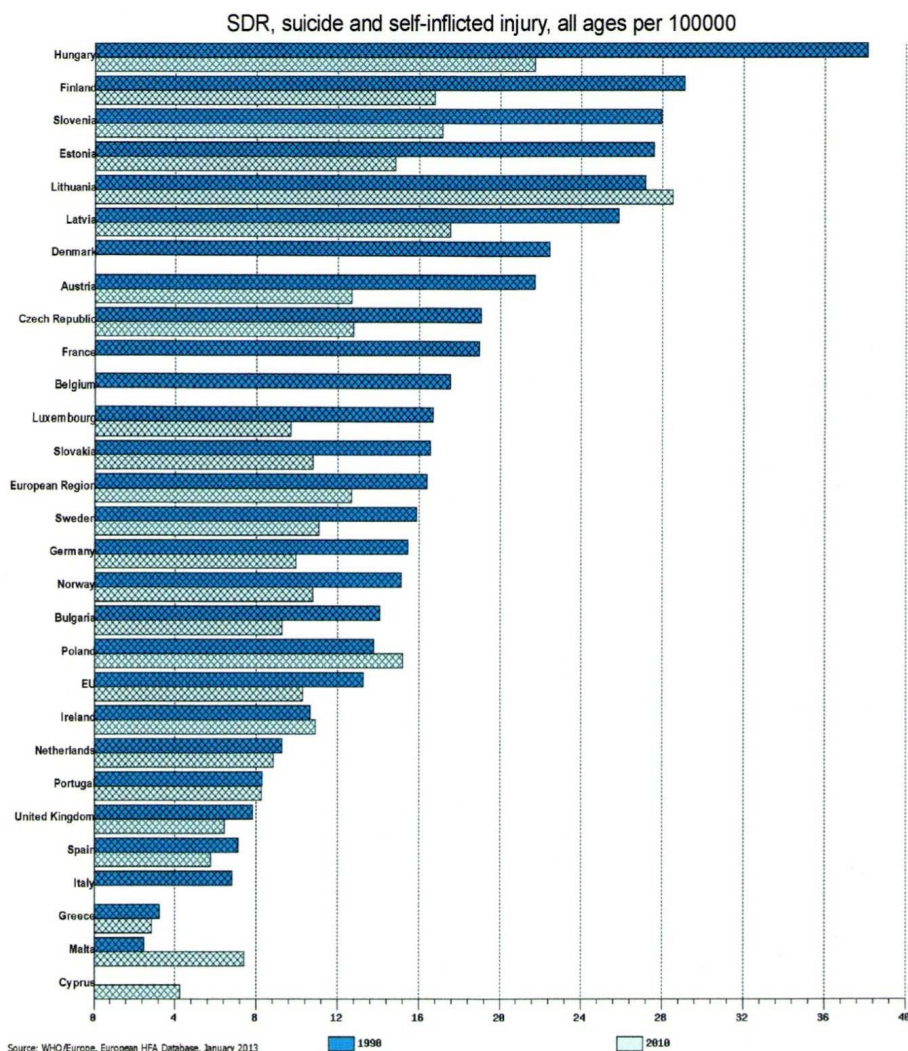
II.7. Öngyilkos magatartás

A magyarországi öngyilkossági halálozás közismerten nagymértékben csökkent az utóbbi évtizedekben, amint azt az alábbi ábra mutatja.



2. ábra. A magyar lakosság öngyilkossági halálozásának alakulása. WHO HFA adatbázis.

A valóban jelentős csökkenés ellenére a magyar adatok a Litvánia utáni második helyre utasítják a magyar öngyilkossági halálozás mértékét az EU-ban, az időskorúak esetében pedig az elsőre és a magyar adatok messze meghaladják az uniós átlagot, amint azt az alábbi ábra mutatja. Sajnos, ez a szomorú helyezés mind a férfiakra, mind a nőkre igaz (WHO). Ráadásul az adatok Európát tekintve nem mutatnak változást a társadalmi változások után sem (rendszerátalakítás). Nálunk volt csökkenés, de ugyanilyen arányú volt másutt is. Emiatt helyzetünk változatlan. A magyar bizonyult az egyik legpesszimistább nemzetnek az Ipsos nemzetközi közvélemény-kutató által a Reuters megbízásából 24 országban, 18 ezer ember megkérdezésével készített felmérés szerint. Csak a japánok pesszimistábbak a magyaroknál. Magyarország áll az első helyen öngyilkosságban a 65 év feletti népesség körében, de aktív korúak tekintetében is nagyon rossz helyen állunk. Stigma tekintetében pedig különösen rossz a helyzetünk.



3. ábra. A magyar lakosság öngyilkossági halálzásának alakulása. WHO HFA adatbázis.

A magyar férfiak öngyilkossági halálzásának tekintetében jelentős csökkenés következett be az utóbbi évtizedekben. Ezzel együtt a magyar férfiak öngyilkossági halálzásának szintén Litvánia után a második helyen áll az EU-ban, messze megelőzve az uniós átlagot.

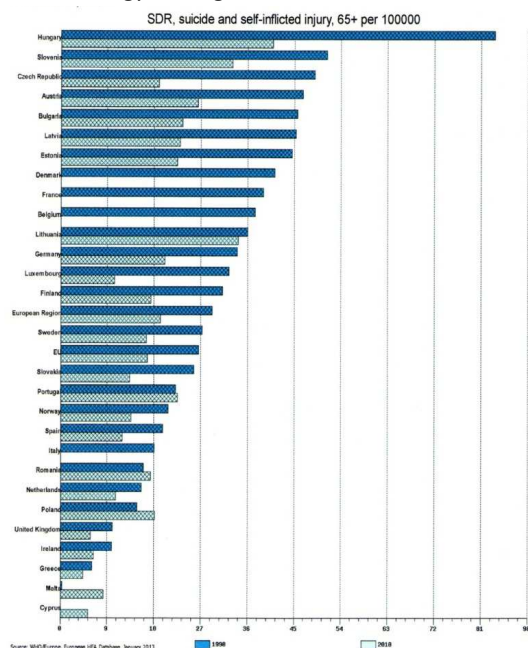
A nők öngyilkossági halálzásának is nagymértékben csökkent az utóbbi években, ugyanakkor sajnos, a nők a férfiakhoz hasonlóan rossz helyezést érnek el az uniós ranglistáján (WHO). 2000-ben 2,28-szor, 2011-ben 3,21-szer több férfi követett el öngyilkosságot Magyarországon (KSH).

Ha az utóbbi évek tendenciáit vizsgáljuk, **2006-óta az évente elkövetett öngyilkosságok száma 2500 körül stagnál, mellyel Magyarország még mindig a világ élmezőnyébe tartozik.**

(KSH). Az öngyilkosság okozta, százezer főre vetített standardizált halálozási arányszám 2011-ben kétszer magasabb volt, mint az Európai Unióban (WHO).

A százezer főre eső nyers öngyilkossági halálozási arányszám 15-19 éves korban 2005-2009-ig 6,2-ről 7,1-re emelkedett, ugyanakkor 2010-ben 5,9-re csökkent. 2011-ben ismét 7,1-re emelkedett. **A 20-24 éves korcsoportban 2005-2009 között mindkét nemnél jelentősen nőtt a befejezett öngyilkosságok száma, a standardizált arányszám nőknél közel megduplázódott! Ez nőknél 2010-ben és 2011-ben is csökkent, míg férfiaknál a 2010-es csökkenést követően 2011-ben ismét emelkedett (KSH).** Míg a 2010. évben az összes halálozás 1,9%-a volt öngyilkosság, addig a 15-24 éves korosztálynál ez 21,4% volt, fiuknál 25,4%, lányoknál 11,6%! (KSH)

A magyar típusú öngyilkosságnak nevezett jelenség fontos jellemzője évtizedek óta az időskori öngyilkosságok rendkívül magas aránya. Az idősebb korú népesség az öngyilkossági halálozás tekintetében változatlanul vezető helyet foglal el az EU-ban. Ez az állítás a férfiakra és a nőkre egyaránt igaz



4. ábra A 65 évesnél idősebb magyar lakosság öngyilkossági halálozása EU összehasonlításban

A lelki elsősegély telefonszolgálatok jelenlegi hálózata (Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége: 20 szolgálat) **hiányos és az országos lefedettség egyenetlen.** A jelenlegi 20 szolgálat helyett – a lakosságszámhoz mérten, az egészségügyi minimumfeltételek szerint - 25- szolgálatra van szükség (400 ezer lakosnál egy 24 órás szolgálat). Jelenleg működő szolgálatoknál a személyi és tárgyi feltételek nem felelnek meg

szolgáltatás minimum-feltételeinek (60/2003(10.20.)ESzCsM rendelet) (Buza Domonkos elnök, Magyar Mentálhigiénés Szövetség, személyes közlés).

Nem biztosított minden rászoruló személy számára a pszichoterápiás ellátás a depressziós és szorongásos betegségek előfordulásának csökkentése érdekében, aminek pedig az öngyilkosság megelőzésében fontos szerepe lenne.

II.8. Gyermek és fiatalok lelki egészsége

A nemzetközi és hazai epidemiológiai vizsgálatok azt mutatják, hogy **a 4-17 éves korú gyermekek között a mentális kórállapotok átlagos prevalenciája** (előfordulási gyakorisága) 15,8 %, azaz **a népbetegség szintjét éri el** (Simmelweis Terv). Rossz előjel, hogy **emelkedő tendenciát mutat a gyermek és serdülőkorúak alkoholizálása (LEGOP)**. Nagy valószínűséggel a fiatalabb életkor felé tolódott az első illegális szer kipróbálás is (ESPAD 2011).

Fenti problémák ellenére **hazánkban nem áll rendelkezésre** a hatékony ellátást biztosító szakember hálózat és infrastruktúra a gyermekek ellátására (Simmelweis Terv, 2011; „A gyermekek mentális egészsége: helyi szintű ágazatközi együttműködés az oktatási, szociális és egészségügyi ágazat között” - Dr. Bicsák Krisztina főosztályvezető, EMMI Népegészségügyi Főosztály, előadása - 2013:http://www.oefi.hu/rendezv/20130214/6_Dr_Bicsak_Krisztina.pdf). Mindössze 4 gyermek- és ifjúsági pszichiátriai fekvőbeteg ellátást is biztosító intézmény működik - 3 Budapesten, 1 Debrecenben - és nagyok a járóbeteg ellátásban is a területi egyenlőtlenségek.

Magyarországon több megyéni területek maradnak gyermekpszichiáter nélkül és gyakorlatilag hiányzik a gyermek addiktológiai szakellátás. A gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás fejlesztése világszerte a kórházi ellátás felől a közösségi alapú és járóbeteg-szakellátások felé fordult. **Az ambuláns ellátás fejlesztését elsődlegesen tehát azokban a régiókban kell biztosítani, ahol ennek a korosztálynak gyakorlatilag nem áll rendelkezésére szakellátás.**

II.9. A család egészségünk meghatározó tényezője

A házasság egészségvédő hatását több tanulmány igazolja.

Egy dániai vizsgálatban több mint 10 ezer férfit követtek 10 éven keresztül és azt találták, hogy a házasság erőteljes védőhatású volt a halálozás vonatkozásában, mind a meg nem házasultakhoz, mind az elváltakhoz, mind az özvegyekhez viszonyítva.¹

Egy Egyesült Államokban 127 ezer 18 év feletti felnőttél elvégzett reprezentatív kérdőíves felmérés szerint **a házas felnőttek egészségesebbek, mint az elváltak, az özvegyek vagy azok, akik nem voltak házasok.**²

A házasság felnőttek:

- Kevésbé szenvednek a súlyos stressztől
- Kiseb az esély a munkaképességük romlására
- Kiseb arányban dohányoznak, fogyasztanak túlzott mennyiségben alkoholt
- Kiseb arányban inaktívak a testmozgás tekintetében

Az élettársi kapcsolatban élőknek nagyobb valószínűséggel vannak egészségügyi problémái a házasságokhoz képest, és egészségi állapotuk inkább az elvált vagy külön élő partnerekhez hasonlít. A házasság és az egészségi állapot között a legdrágább összefüggés a fiatal korcsoportban mutatkozik, de a különbség minden korosztályban kimutatható.²

Nem elhanyagolható szempont a házasság és az együtt élők közötti különbségben, hogy míg a házasság a házasság sikeréért belső kapcsolati tényezőket tesz felelőssé, az élettársak körében a külső tényezők szerepe a nagyobb.³

II.10. Kapcsolati erőszak

A kapcsolati erőszak visszaszorításáért küzdő, hangadó civil szervezetek szerint minden ötödik nő valamilyen - kapcsolati erőszaknak minősülő - bántalmazás elszenvedője. A Századvég Gazdaságkutató Zrt. 2013 februárjában végzett országos reprezentatív közvélemény kutatása során arra a kérdésre, hogy „Közvetlen ismerősei között van-e olyan személy, akit párja, vagy volt párja bántalmazott?”, a válaszadók 21,4%-a válaszolt igennel. A megkérdezettek 13,7%-a mondta, azt, hogy közvetlen ismerősei között van olyan személy, akit párja anyagi függetlenségében, szabad mozgásában korlátozott.

Emberi Erőforrások Minisztériuma támogatásával valósult meg egy a 14-18 éves korosztályt megcélzó figyelemfelhívó, érzékenyítő prevenció pilot projekt, mely a kapcsolati erőszak, gyermekbántalmazás, emberkereskedelelem témáit dolgozta fel, és célja az áldozattá válás megelőzése volt. A pilot program keretében végzett attitűdvizsgálatokból kitűnik, hogy igen sok, minden ötödik gyermek rendszeresen tanúja otthoni veszekedéseknek, komolyabb házastársi fenyegetőzéseknek. A gyerekek 21%-a felelt igennel arra az állításra, hogy „Előfordult már, hogy felhangosítottam a TV-t/zenét, hogy ne halljam a szüleimet”, tehát már tudatosan megpróbálta kivonni magát a családi életből, kizárni magát a családi kommunikációból, akár saját maga pszichés védelme érdekében. A gyerekek 4%-a élte már át, vállalta fel, hogy szülei a szeme láttára verekedtek össze, bántalmazták egymást, amely tekintve, hogy milyen lelki sérüléseket okozhat ez egy fejlődő személyiségben, milyen üzenetet hordoz egy még alakuló világméretre nézve, általában véve a családi életéről alkotott normákról, jövőbeli elképzelésekről, nagyon magas szám. A gyerekek 1%-a állította, hogy másokhoz képest, gyakrabban kap pofont, verést, amely lehet akár magasabb szám is, ha feltételezzük, hogy sok gyermek szégyelli az ilyen családi dolgokat bevallani, nehezen nyílik meg, inkább elhallgatja ha bántják.

II.11. Közösség és mentálhigiéné

A társadalom egészséges működéséhez nélkülözhetetlenek az állam és az egyének közt közvetítő (*intermediary*) társadalmi egységek (Tocqueville 1983, Berger – Neuhaus 1977), vagyis az aktív, öntevékeny közösségekből és szervezetekből álló civil társadalom (Nagy 2003a), ami egyúttal az egyén személyes megelégedettségi érzésének és lelki egészségének is az egyik forrása (Davidson – Cotter 1991, Tomcsányi 2003, Pretty et al 2006, Hull et al 2008).

Közismert viszont Magyarország közösséghiányos állapota, ezért fontosnak tartjuk a közösségek vizsgálatát, mindenek előtt azok típusai, fejlődési dinamikájuk és mentálhigiénés hatásuk szempontjából.

A közösségekkel foglalkozó nemzetközi és hazai szakirodalomban nincs egy egységes közösség-definíció¹, amely megnehezíti az interdiszciplináris és interprofesszionális kommunikációt, következésképp a kutatást és összehasonlítást is. Ebből adódóan a közösségekre, mint *közösségekre* vonatkozó összehasonlító statisztika sem áll rendelkezésünkre, ezért más indikátorokhoz kell folyamodnunk. Bár nemzetközi viszonylatban sem ismeretlen az egyre inkább atomizálódó és izolálódó társadalom (Putnam 2000), Magyarországon ezek a tendenciák még erőteljesebbek. Nemzetközi összevetésben is a magyaroknak mind a személyes, mind pedig a társadalmi bizalomhiánya igen magas (Matéjű 2004).

Ugyanezt mutatják a barátságok számával és a barátokra támaszkodással kapcsolatos adatok is (Utasi 2002, Utasi et al 2006). Interperszonális kapcsolataink ezért beszűkültek (Hankiss 1982, Kopp-Kovács 2006, Kopp 2008); önkéntes tevékenységben való részvételi arányunk Európa országaiban az utolsó, vagy az utolsók közti (Dekker et al. 2003, Bartkowski – Jasinska-Kania 2004). Viszont Magyarországon a családi kapcsolatok lényegesen erősebbek, mivel több interakciót és több időt kötnek le, mint másutt.

Ez értelmezhető úgy is, hogy a szoros emberi kapcsolatok Magyarországon ugyanolyan gyakoriak, mint másutt, de a felnőtt lakosság körében inkább a családra, semmint azon kívülre irányulnak (Albert – Dávid 1998, 1999, Tomka 2002, 2008).

Egyfajta ellenreakcióként részben a nemzetközi kezdeményezéseket követve (Rothman 2001, Henderson 2007, Thomas 2007, de Wit (2007), részben pedig a riasztó magyar sajátosságokra is figyelve hazánkban is elindult a közösségfejlesztés, közösségépítés (Harkai 2006, Lakatos 2009). Ezek azonban elsősorban a mezo-szintű fejlesztésre, leginkább egy település életében, az ott fellépő gazdasági-élhetőségi problémák megoldására irányulnak (Varga – Vercseg1998), a közösségek mikro-szinten történő szociológiai-pszichológiai jellemzőivel nem, vagy csak érintőlegesen foglalkoznak. Ily módon a spontán, számos, alulról elinduló, helyi (*grassroot*) kezdeményezés sikeressége kétséges, mert a közösségek mikro-szinten felmerülő problémáira (a részben társadalmi gyökerű, de megnyilvánulásukban interperszonális dinamikákra) a mezo- és főleg a makro-szintű útmutatások kevésbé, vagy egyáltalán nem alkalmazhatók. Ebben tudnak segítséget nyújtani a mentálhigiénés végzettségű szakemberek (legyenek azok orvosok, tanárok, védőnők, lelkeszek, lelkipásztorok vagy szociális munkások).

¹ Vö. pl. Tönnies (1983), Parsons (1951), Broom et al (1984), Merton (2002), vagy Mérei (1971), Hankiss (1982), Morel (1989).

II.12. Demográfiai krízis Magyarországon

Számos vizsgálat megerősítette, hogy a depresszió és a szorongás magasabb a terméketlen házaspárok esetében. (<http://www.womensmentalhealth.org/specialty-clinics/infertility-and-mental-health>). A dohányzás, illetve a túlzott alkohol és koffein fogyasztás csökkentheti a nők termékenységét (Harvard Egyetem: http://www.health.harvard.edu/newsletters/Harvard_Mental_Health_Letter/2009/May/Conditions-That-Affect-Fertility)

A népegészségügyi krízissel párhuzamosan Magyarországon demográfiai krízis is tapasztalható. A KSH adatai szerint 2011-ben 88 049 gyermek született Magyarországon, ez minden idők legalacsonyabb értéke. A születésszám 2012-ben 90 269-re emelkedett, tehát 2220 gyermekkel több született 2012-ben Magyarországon. Ugyanakkor 2012-ben így is 39 ezer fővel csökkent hazánk lakossága.

2011-ben a teljes termékenységi arányszám mértéke Magyarországon 1,24 volt a KSH adatai szerint, ami messze elmarad a népesség középtávú fennmaradásához szükséges 2,1-es szinttől.

Ez az érték 2012-ben 1,34-re emelkedett. A 2011. évi Népszámlálás szerint a népesség 260 687 fővel csökkent 2001-óta, 9 937 628 főre, ami hasonló az 1960-as szinthez.

A Demográfiai Portré 2012 szerint a probléma nagyságát érzékelteti, hogy az 1,3-as szintű szuperalacsony termékenység esetlegesen tartósfenntartása egy stabil népesség esetén, amelyben a nők átlagosan 30 éves korukban vállalnak gyermeket, azzal a következménnyel járna, hogy a 45 évenként megfelelő az adott területlélekszáma. **Magyarország** – a 2010-es nemzetközi adatok szerint – **Európa és a világ egyik legalacsonyabb termékenységszámú országa**, az EU-27 államait vizsgálva (Lettországot megelőzve) az utolsó előtti helyen állunk. Magyarországon a termékenységlényegében 1999 óta stagnál, 2012-ben volt kismértékű növekedés tapasztalható.

A Demográfiai Portré 2012 adatai azt mutatják, hogy Magyarországon a 65 éves és idősebb népesség aránya alacsonyabb, mint az Európai Unió országainak átlaga. 2010-ben az EU 27-ek átlaga 17,4 százalék, míg Magyarorszáké 16,6 százalék volt. Ezzel szemben **a fiatal és az időskorúak arányát mutató idősödési index** – a rendkívül alacsony hazai termékenységnél köszönhetően – már **kedvezőtlenebbnek bizonyult az Unió tagállamainak átlagánál** (111,3 százalék).

A 2013. szeptember 6-án megtartott demográfiai konferencián dr. Németh Zsolt, a KSH társadalomstatistikai elnökhelyettese beszámolt Magyarország népesedési helyzetéről a 2011. évi népszámlálás adatai alapján. Az alábbiakban néhány adatot emelünk ki előadásából.

A 2011. évi Népszámlálás szerint:

- A népesség 260 687 fővel csökkent 2001-óta, 9 937 628 főre, ami hasonló az 1960-as szinthez.
- 2001-óta gyorsul a népességfogyás.
- A Magyarországra betelepülő migránsok száma 2001-óta szignifikánsan csökkent.
- A népesség nagymértékben a Közép-magyarországi Régióra (KMR) és Győr-Sopron megyére koncentrálódik – ugyanakkor a többi megyében csökken. A csökkenés Békés-megyében 9% volt.
- A 100 családra eső gyermekek száma a KMR régióban és Kelet-Magyarországon volt a legmagasabb 2011-ben.
- 2011-ben, a 2001. évvel összehasonlítva, 250 ezerrel csökkent a gyermekkorúak, 171 ezer fővel a 15-39 év közöttiek és 92 ezer fővel a 40-59 év közöttiek száma, míg az időskorúak száma 250 ezer fővel nőtt. A korstruktúra jelentősen eltolódott az idősebb korosztályok irányába.
- A szülőképes nők száma szignifikánsan csökkent, 2011-ben a szülőképes nők 39%-a élt házasságban.
- A házas családi állapotú népesség aránya a 2001-es 52,3%-ról 2011-re 44,4%-ra csökkent.
- 30 éves kor alatt a férfiak 95%-a nőtlen, a nők 88%-a hajadon.
- 2011-ben a háztartások 13%-a felelt meg a „2 szülő + 2 gyermek” modellnek.

A tartós megoldás egyedül a termékenység növekedéstől várható, amihez szükség van - összhangban a Kormány családokat támogató és a demográfiai kihívások kezelését célzó eddigi intézkedéseivel, illetve azokat kiterjesztve – a személy, a család, a közösség lelki egészségének fejlesztésére.

II.13. Az élet értelmének megtalálása és az egészség

Dr. Kopp Mária, dr. Skrabski Árpád a magyar népesség életkilátásairól írt tanulmányukban az alábbi megállapítást teszik: „Az „élet értelme” élmény magában foglalja a sikeres megküzdés, megbirkózás képességét, azonban ennél többet jelent. Azt a képességet és biztonságot jelenti, hogy a személy bízik benne, hogy változó körülmények között mindig képes lesz megfelelő erőforrásokat mobilizálni, adott esetben nem csupán saját erőforrásokat, hanem külső segítségben, a kölcsönösségben bízhat, így erős „társadalmi tőkével” is rendelkezik. **Az élet értelmébe vetett hitet életkortól, nemtől és iskolázottságtól szinte független lelki és testi egészségi védőfaktornak találtuk... azonos életkörülmények között a társadalmi átalakulás negatív hatásai sokkal kevésbé érintik azokat, akik úgy érzik, életüknek van értelme.**”

Éppen az egzisztencia fókuszú pszichoterápiás ellátás és a pasztoráció (lelkigondozás, közösségi mentálhigiéné) feladata lenne az élet értelmének megtalálásában segíteni az embereket.

II.14. A pszichiátriai betegek ellátása

Az ellátórendszer főbb jellemzőit az Állami Számvevőszék 2012 júniusában készített, „Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről” című jelentése (a továbbiakban: Jelentés)¹ alapján és a pszichiátriai gondozottak körében az NCSSZI-TÁMOP 5.4.1-12 kiemelt projekt keretében elvégzett, 2013-ban lezárult Országos reprezentatív tanulmány alapján mutatjuk be.

II. 10.1 Alapellátás (Dr. Szabó Jánostól rövid leírás)

II. 10.2 Szakellátás

II.10.2.1 Járóbeteg ellátás

A kapacitásrendezés mellett 2007. április 1-jétől 50%-kal csökkent a pszichiátriai járóbeteg gondozók fix finanszírozása, illetve hosszas szakértői egyeztetést követően 2011. október 25-től új gondozóintézeti finanszírozás került bevezetésre. Az addigi vegyes finanszírozást egy tisztán teljesítmény alapú finanszírozás váltotta, a fix díj tehát megszüntetésre került, amely a Jelentésben foglaltak szerint rontotta a területi járóbetegellátás súlypontját képező ellátás működési feltételeit. Homogén Gondozói Kódok kerültek bevezetésre, amelyek emelt pontértékeibe azonban a korábbi fix díj beépítésre került, ennek ellenére a 2011. évi kifizetés a 2006. évben teljesítetthez képest 16%-kal (633,3 M Ft-tal) kevesebb volt. 2011 áprilisában 184 millió Ft, novemberben (ekkor váltotta a fix díjat a HGK) 138 millió Ft volt a pszichiátriai gondozók összfinanszírozása. 2006-ban egy órára jutó pont 1228, míg az egy órára jutó összfinanszírozási érték 6161 Ft, míg 2010-ben 1939 pont mellett már csak 4556 Ft volt.

Az új finanszírozási rendszer finomhangolása jelenleg is folyamatban van. Emellett 2013-ban a gondozóintézeti gondozás finanszírozásának fejlesztésére 200 millió Ft került elkülönítésre. Ezen forrásból többlet teljesítményvolumen keretben (TVK) részesültek a gondozást végző szolgáltatók a gondozók előző évi teljesítményei arányában. A többlet a szolgáltatók 2013. évre vonatkozó TVK-ját növelte azzal, hogy ezen többlet TVK-t kizárólag a gondozók által nyújtott tevékenységekre lehet elszámolni.

A gondozók fejlesztésére biztosított többlet TVK akkor épül be a szolgáltatók következő évi finanszírozásába (2014. évi TVK-ba), ha az idei finanszírozási évben a gondozók teljesítménye

az előző finanszírozási évhez képest – legalább a többlet TVK mértékének megfelelően – növekedett. Ez utóbbi szabályozás azért került rögzítésre, hogy a szolgáltatókat érdekeltté tegye abba, hogy a többlet TVK-t úgy fordítsák a gondozók tevékenységére, hogy az valóban a gondozói ellátások teljesítményét növelje.

A Jelentés szerint 2006 és 2011 között a járóbeteg ellátás (járó-, ambuláns beteg és gondozói ellátás) összes heti óraszám 2,3%-kal csökkent, 26,0 ezerről 25,4 ezerre. A járóbeteg ellátás kapacitása – az összes járó-ambuláns és gondozói rendelés óraszám heti 26 ezerről heti 25,4 ezerre, azaz 2,5%-kal, az összes betegszám 1,9 millió betegről 1,7 millió betegre, azaz 10,5%-kal csökkent. A betegszám csökkenésében az ellátási kapacitás csökkenésén túl szerepe volt az átmeneti időszakra alkalmazott vizitdíjnak, a jogviszony ellenőrzésének, a betegellátási minimum idő bevezetésének.

A pszichiátriai járóbeteg-szakellátásban az átlagos ellátási kapacitás 2006-ban 22,2 rendelési óra volt tízezer lakosra vetítve, ez az arány 2010-re nem változott. Ezen belül a szakrendelés és a gondozás órászámainak átlagai sem változtak számottevően a két év összehasonlításában.

A járóbeteg ellátásban a Jelentés adatai alapján a fekvőbeteg ellátáshoz hasonlóan nagyok a területi egyenlőtlenségek, és ezek a különbségek megyékre lebontva az utóbbi években nem csökkentek számottevően. 2006-ban a tízezer lakosra vetített, 22,2 átlagos rendelési órászámtól a legmagasabb fajlagos kapacitású megye mutatója 42,5 órával, azaz több mint 90%-kal volt magasabb az országos átlagnál, a legalacsonyabb megyei mutató 8,1 órás értéke alig több mint egyharmada az országos átlagnak. 2010-re ezek az értékek (43,3 óra, +95,0%, 9,2 óra, 41,4%) érdemben nem változtak.

Nem volt kapacitás a 2006. évben a nem szakorvosi szakrendelői órák esetében három, gondozás esetében pedig öt megyében. A 2010. évben eggyel nőtt azon megyék száma, ahol a gondozóknál nem volt szakorvosi kapacitás. A gondozás területén az elmúlt évben megindult kapacitástisztítási, kiegyenlítési folyamat ez idáig nem zárult le.

II.10.2.2 Fekvőbeteg ellátás

A Jelentés szerint az *egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (Eftv.)* meghatározta az egészségügyi szolgáltatók körét, átrendezte az ellátási struktúrát, csökkentette az aktív kapacitásokat. Az intézkedések része volt a pszichiátriai betegellátás központi intézményének, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetnek (OPNI) a megszüntetése. Ezzel az intézkedéssel az OPNI 849 ágyából 599 közfinanszírozott kapacitást vettek át a Fővárosi Önkormányzat, a Semmelweis Egyetem és a Pest Megyei Önkormányzat intézményei, így 250 ágygal csökkent az aktív kapacitás. A 2007. évi kórházi

struktúraátalakítás ezen túlmenően 11 kórházban megszüntette a pszichiátriai aktív fekvőbeteg-ellátást, az országos összes pszichiátriai aktív ágyszámot 777-tel, 20%-kal 3881-ről 3104-re csökkentette. Az aktív ágyak száma ezt követően is tovább csökkent, a 2006. évi végi állapothoz képest 2011 szeptemberéig további 78 ágygal, 2,0%-kal.

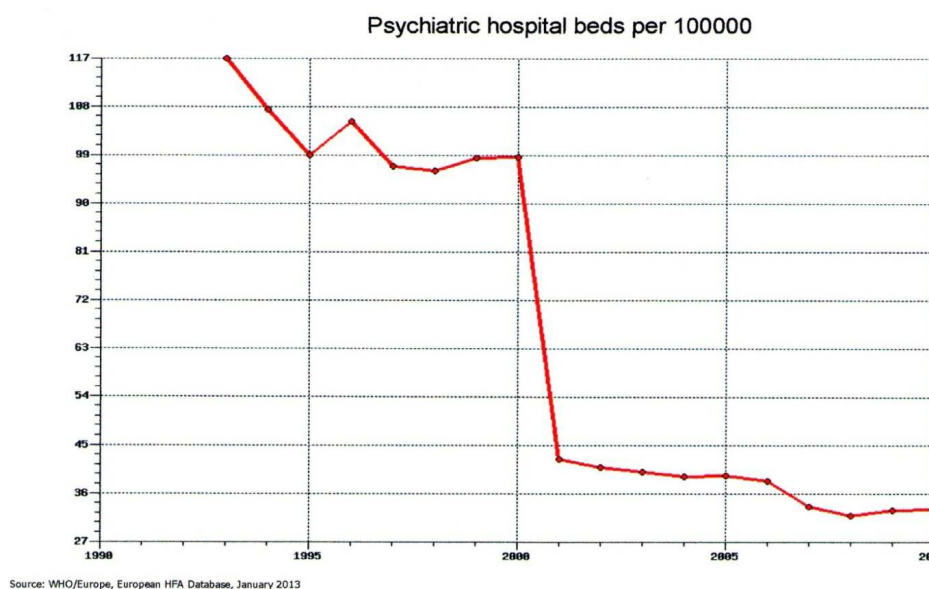
A rehabilitációs ellátást nyújtó kórházak száma 2007-ben 63-ról 66-ra emelkedett, az ágyak száma 9,4%-kal 4897-ről 5356-ra nőtt. Ugyanakkor a krónikus fekvőbeteg-ellátás kapacitása 2007-ben 224 ágygal (33,6%-kal) 666-ról 890-re emelkedett, majd folyamatosan csökkent, 2011 szeptemberére már csak 141 ágygal (21,2%-kal) haladta meg a 2006. évi szintet. Összességében a mentális betegségek kezelésére szolgáló ágyak száma 2006. december 31. és 2010. december 31. között 642 ágygal (7%-kal), 9444-ről 8802-re csökkent. Az ellátott fekvőbetegek száma 102 ezer főről 88,7 ezer főre, 13%-kal csökkent.

A lakosság számára vetítve az átlagos fekvőbeteg ellátó kapacitás 2006. évben 9,5 db ágy volt tízezer lakosra vetítve, ez a 2010. évre 8,8-ra csökkent. Ezen belül az aktív kapacitás 3,9-ről 3,0 ágyra csökkent, a rehabilitációs és krónikus kapacitások azonos mértékben, 0,1-0,1 ágygal emelkedtek tízezer lakosonként. Nem valósult meg tehát az, hogy az aktív ágyak számának csökkentését a rehabilitációs és krónikus ágyak számának emelkedése ellensúlyozza. A Jelentés adatai alapján a nappali kórházak száma 2006 és 2010 között 11-ről 9-re, míg a nappali kórházi formában ellátott pszichiátriai betegek száma a 2006. és a 2010. évek között 3412-ről 2684-re (21,3%-kal) csökkent. Mindez tovább rontotta a betegek hozzáférési esélyeit. Ezt igazolja az is, hogy a Jelentés szerint az ellenőrzés számára információt szolgáltatató kórházak körében az aktív ellátásban beteg-várakozási időt jelző intézmények száma a 2006. évi 8-ről 2011-re 11-re nőtt. A jelzett átlagos várakozási idő mindkét évben 7,8 nap volt, de míg 2006.-ban 15 nap volt a leghosszabb várakozási idő, ez 2011-re 30 napra nőtt.

Nem valósult meg a 2007-es „struktúraátalakításnak” az a célja sem, hogy csökkenjenek a területi ellátási egyenlőtlenségek. A Jelentés leszögezi, hogy a megyei kapacitások közötti különbségek a 2006-2010. évek között alig csökkentek, az aktív fekvőbeteg-ellátás keretében pl. Heves megyében 1,2 ágy jut tízezer lakosra, míg a Dél-Alföldön ennek háromszorosa. Négy megyében egyáltalán nem működik krónikus ágy. A Jelentésben foglaltak szerint a megyék közötti 2,5-6-szoros kapacitáskülönbségek nem igazolhatók a lakosság igényeinek illetve szükségleteinek különbségeivel.

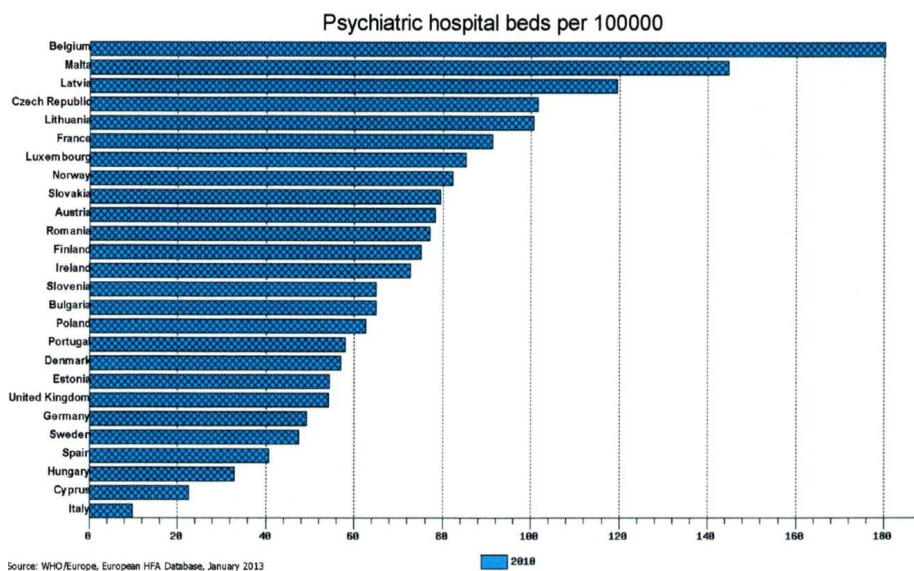
A Jelentés összegző megállapítása szerint az ellátórendszer átalakítása ugyan az ellátás racionalizálását tűzte ki célul, de a megfelelő szakmai előkészítés hiánya miatt végső soron a pszichiátriai ellátás feltételeit rontotta. Nem vált kiegyensúlyozottabbá a kórházi kapacitások elosztása, nem jött létre fenntarthatóbb, a szükségletekhez jobban igazodó ellátási rendszer.

A Jelentés kiemeli továbbá, hogy egyes ellátások, például a magas biztonságú vagy a forenzikus, osztályok teljes mértékben hiányoznak az ellátórendszerből. A hazai pszichiátriai ágyak számának alakulását illusztrálja az alábbi ábra.



1. ábra A pszichiátriai ágyak számának alakulása

Európai uniós összehasonlításban a pszichiátriai ágyak száma nagyon alacsony, Magyarország hátulról a harmadik helyen áll, amint azt az alábbi ábra mutatja.



2. ábra A hazai pszichiátriai ágyak száma európai uniós összehasonlításban

II. 10.2.3 Pszichoterápiás ellátás

A pszichoterápiás ellátás problémáit nem annyira az egyéni pszichopatológia felől, hanem társadalmi és történeti oldalról kell áttekinteni. Ugyanis az egyéni pszichopatológia, annak ellenére, hogy létrejött speciális pszichobiológiai konstellációhoz kötött — öröklés, mikro-szociális közeg — olyan lélektani kultúrába ágyazott, amelyet történeti és geopolitikai folyamatok formálnak. E történelmi és geopolitikai hatások 1920 és 1990 között a magyarság kollektív, nemzedékeken átívelő traumatizációját eredményezték, ahogyan ezt Sorsba fordult történelem című munkájában Losonczy Ágnes elemezte. A lakosság mentálhigiéniai állapotát kollektív transzgenerációs hatások befolyásolták és befolyásolják jelenleg is, kezelésüket kollektív, intézményes, generációkra előre tervezett rendszerszintű gyógyító eljárással lehet eredményesen kezelni.

A lakosságra, beleértve a szomatikus medicinában dolgozókat a lélektani gyógyítás terén csak kevésbé szocializált, ezért a házi orvosi ellátástól kezdve a kórháziig a pszichés alapú szomatikus tüneteket drága és költséges vizsgálatokkal próbálják diagnosztizálni — sikertelenül. A pszichés tünetek anxiolitikumokkal és antidepresszánsokkal történő kezelése a szomatikus ellátás területén sok esetben indokolatlan és túlméretezett; a lélektani terápiák iránti keresletet és motivációt is csökkenti.

Ez a pszichoterápiás és mentálhigiénés ellátás rendszere, amely jelenleg elégtelen, és fejlesztésre szorul.

II.10.2.3.1 A pszichoterápiás járóbeteg ellátás

A járóbeteg ellátásban a pszichoterápia az évek során a háttérbe szorult. Szakember oldalról megvan a megfelelő kapacitás, azonban a pszichoterápia járóbetegfinanszírozása régóta revízióra szorul, ami nem történt meg. A pszichoterápia időigényes tevékenység, nem lehet vele pontokat termelni és nem lehet a pontokat különböző társuló tevékenységek kombinációjával sem növelni. Ennek eredményeképpen a pszichoterápiás járóbeteg rendelés csak keresztfinszírozással működtethető, amit kevés szolgáltató engedhet meg.

A pszichoterápia több módszerből álló tevékenység, egyetlen módszer kizárólagos alkalmazása komoly betegréteget hagy ellátatlanul, akiknek nem arra a módszerre van szükségük. A pszichoterápia végzéséhez hozzátartozik a szupervízió is, amelynek a finanszírozását szükséges megoldani.

A járóbeteg ellátásra jellemző, hogy:

- későn, esetlegesen, vagy egyáltalán nem kerülnek a rendszerbe paciensek: háziorvosok, szakrendelések (neurológia, belgyógyászat, bőrgyógyászat, stb.) látókörében korlátozottan van jelen a pszichoszomatikus szemlélet, a szomatikus, szomatoform zavarok lehetséges hátterében a hangulati, stresszkezelési, érzelmi – kognitív zavarok érzékelése – felvetése. Ez tükrözi a kulturális attitűdöt is: **alacsony presztízsű a betegség, a problémakezelés lehetséges „lelki” hátterét felvetni**, saját érzelmi – kapcsolati működésünkre reflektálni. Erre való szocializálás alig történik óvodától egyetemig, beleértve a családokat. Az öndestruktív, „deviáns” viselkedést inkább izolált, normatív – medikalizált módon kezeli a kultúra, nem pedig egy társas közeg tüneteként, vagy érzelmi - kapcsolati problematikaként;
- paradox módon jó tapasztalataink vannak a keretezett delegálással, amikor egy intézmény (pl. gyermekjólét, családsegítő, szociális intézmény, munkahelyi egészségügyi szolgálat) a további együttműködés feltételéül szabja a pacienseknek a pszichoterápiában való részvételt;
- gyakori – állandósult – visszajelzés, hogy finanszírozott ambuláns ellátáshoz alig lehet jutni, rendkívül beszűkült ez a szolgáltatási volumen; ugyanakkor a szolgáltatók számára jelen finanszírozás mellett ez „pazarlás”, adott terapeuta egy órájáért az általános piaci ár 1/4 – 1/3-a az OEP általi finanszírozás. Érdemes átgondolni ebben a műfajban a szakmailag is indokolt, paciensek részéről történő „saját hozzájárulás” lehetőségét, kereteit;

II.10.2.3.2 Az osztályos pszichoterápiás rezsim

A fekvő betegellátás rendszerszerű működése alapvetően fontos: csökkenti a betegek kiszolgáltatottság érzését, aktív résztvevővé teszi a gyógyításban, létrehoz egy olyan terápiás közösséget, amely fenntartja és terjeszti a lélektani kultúrát, szembesít az irreális elvárásokkal (pl. az állam paternalista gondoskodó attitűdjé iránt), és a csoportközeg hatásain túl elmélyülést tesz lehetővé az egyéni lélektani problémákban, azok megoldása érdekében. Ahhoz, hogy ezek megvalósuljanak, a jelenleg 30 ágyas osztály ágyszámának a korábbi 60-ra történő bővítése alapvetően szükséges, hiszen ebben a régióban különösen fontos a fenti ellátás hozzáférhetőségét javítani.

Bár a pszichoterápia elsősorban ambuláns tevékenység, nagyon fontos és vizsgálatokkal igazolt tény, hogy osztályos keretek között, pszichoterápiás rezsim működtetése alapvető fontosságú bizonyos

betegcsoportok esetében. Ezek a betegek pszichiátriai osztályon nem kezelhetők eléggé effektíven, és az ambulans pszichoterápia csak kiegészíteni képes a sokkal intenzívebb és szisztematikus osztályos pszichoterápiát. A szükséglet kb. 300 ágyra tehető, amelyek a főbb központokba helyezhetők el. Osztályos pszichoterápiás rezsim esetében a szakemberigény magas, képzettséget és team együttműködési képességet illetően is. Ezek az osztályok ugyanakkor a pszichoterápiás képzés klinikai fázisának fontos gyakorló helyei is. Az ilyen osztályokra kerülő betegeket előzetesen szűrni szükséges a pszichoterápiás alkalmasság szempontjából.

Fekvő intézményben inadekvát korlátnak látjuk az adaptáció rendszerét, mely alapvetően szomatikus ellátásra optimalizált. Súlyosabb patológiák vagy fiatalabb paciensek esetében többet dolgozunk a környezettel, családdal és többet kell dolgozni a pacienseknek is. Jelen finanszírozási keretrendszer a paciensek izolációjára kényszeríti a szolgáltatókat, akkor kap finanszírozást, ha bent „fekszik” a paciens, 1 hétnél több adaptációt tesz lehetővé havonta, ezt érdemes legalább 2-re emelni;

Bár az optimális fekvő ágykontingens szükséges méretéről átfogó felmérés nem készült az utóbbi tíz évben, a minőségi – profilbéli differenciáltság és a nagymérvű regionális eltérések a hozzáférhető volumenben igen esetlegessé teszi azt, hogy adott paciens – ha egyéb feltétel is érvényesül – mely intézménybe kerülhet. Érdemes lehet átgondolni egy tudatosabban felépített szakmai struktúrát – hálózatot, ahol a betegutak kevésbé esetlegesek.

II.10.2.3.3 Pszichoterápiás nappali kórház

Osztályhoz kapcsolódó, esetleg gondozóhoz kapcsolódó, többféle pszichoterápiát rezsimszerűen működtető, pszichoterápiás indikációval működő rendszer. Csoportterápiák és szocioterápiák vannak az előtérben. A nappali kórház az ambulans pszichoterápiánál nagyobb ülésfrekvenciájú és nem csak egyfajta pszichoterápiás modalításra épülő tevékenység. Feltétlenül több szakember együttműködését igényli.

Pszichoterápiás nappali kórházat ott érdemes létesíteni, ahol kapcsolódó pszichés ellátási tevékenység is folyik, akár ambulans, akár osztályos pszichoterápia formájában, mert ilyen módon a betegek ellátási spektruma megfelelően biztosítható. Amennyiben a szakember ellátottság, illetve a folyamatos betegfeltöltés nem biztosítható, a pszichoterápiás nappali kórházat járóbeteg ellátással érdemes átszervezni.

II.10.3 Az NCSSZI-TÁMOP 5.4.1-12 kiemelt projekt keretében országos reprezentatív kutatásra került sor a mentálisan beteg, pszichiátriai problémákkal küzdők körében. A kutatás célja volt feltárni a mentálisan beteg/pszichiátriai problémával küzdő emberek társadalmi jellemzőit, életkörülményeit, életstratégiáit, szükségleteit, továbbá képet adni azokról az akadályozó tényezőkről, ami miatt nem tudják igénybe venni a szociális és/vagy egészségügyi ellátásokat.

Az országos reprezentatív tanulmány Vezetői Összefoglalója: [\(rövidebb összefoglalás megfontolandó\)](#)

	A kutatásban elért 107 pszichiátriai gondozó évente országosan körülbelül 126 000 gondozottat lát el.
Éves betegszám (az egész gondozó szintjén)	A 18 éven felüli népességre vetítve a gondozottak számát, az ország nyugati és középső részére egymáshoz nagyon hasonló (1,61% és 1,63%) arányok jellemzőek, a keleti régió mutatója viszont alacsonyabb (1,43%). A keleti régióban a pszichiátriai ellátás inkább a nagyobb városokba koncentrálódik, míg nyugaton és a középső régióban egyenletesebben oszlik meg a megyei jogú városok és a kisvárosok között. Az elért pszichiátriai gondozókban összesen 702 szakdolgozót (szakorvost, pszichiátriai szakasszisztentst és egyéb diplomás szakdolgozót), valamint 43 egyéb ápolót alkalmaznak. Az ország intézményeinek 79%-a különálló alkalmazotti körrel rendelkezik, 10%-ra jellemző, hogy a szakdolgozók egy kórházban is dolgoznak a gondozón kívül, és az intézmények további 11%-ának van ilyen és olyan munkatársuk is.
A gondozói feladatok ellátásának feltételei	Az országban átlagosan évente egy szakorvos 460 gondozottat lát el, és ez a szám nagyon hasonló (466) az asszisztensekre vetítve is. Budapesten az országos átlaghoz viszonyítva kifejezetten alacsony az egy orvosra jutó gondozottak száma (366), a vidéki intézmények rosszabb helyzetben vannak ebből a szempontból. A pszichiátriai gondozók 34%-ban rendszeresen, további 31%-ukban alkalmanként van lehetőség arra, hogy a gondozottakat rendelőkön kívül is ellássák. A budapesti intézmények ezen a téren is előnyösebb helyzetben vannak, mint a vidékiek. A kutatásban elért intézmények évente átlagosan betegeik 11%-át utalják be kórházi kezelésre. Ez egy évben nagyjából 8 300 beteget jelent.
Éves betegszám (a szakdolgozók szintjén)	Egy szakdolgozó gondozottjainak átlagos száma 440 fő. Közép-Magyarországon ez az átlagérték ennél magasabb (535 fő), Nyugat-Magyarországon alacsonyabb (367 fő). A kelet-magyarországi átlagérték nem tér el jelentősen az országos értéktől.

Betegségtípusok	A szakdolgozók gondozotti körében legsűrűbben előforduló betegség a szkizofrénia és paranoid zavarok (BNO kód: F20-F29), második legsűrűbben előforduló az ismétlődő depressziós rendellenesség (BNO: F33). A nagyobb gondozotti körökben (250 fő felett), valamint Kelet-Magyarországon a az ismétlődő depressziós rendellenességgel gondozottak aránya magasabb.
Személyes támogatási formák	A megkérdezett szakdolgozók több mint a fele (55%) úgy nyilatkozott, hogy az elmúlt hónapban nem keresett fel gondozottat a rendelőn kívül. Kelet-Magyarországon, valamint a kisebb városokban ritkább a rendelőn kívüli kapcsolattartás
Intézményrendszeri kapcsolatok	A szakdolgozók több mint 80%-a ismer a gondozó intézet ellátási területén működő családsegítőt, idősok otthonát, gyermekjóléti szolgálatot, idősok nappali ellátásával foglalkozó intézményt, és házi segítségnyújtót. A kimondottan pszichiátriai betegeket szolgáló szociális intézmények előfordulása ritkább, mint az általánosabb kört kiszolgáló intézményeké. E speciális kört kiszolgáló intézmények közül még az elterjedtebb, a pszichiátriai betegek közösségi ellátása is csak a válaszadók 72%-ának működik az ellátási területén, a leggyéresebb a pszichiátriai betegek átmeneti otthonának a lefedettsége (29%). Ahol van kimondottan pszichiátriai betegeket szolgáló szociális intézmények, ott a megkérdezettek nagy többsége kapcsolatban áll azokkal.
A gondozottak (feltételezett) információforrásai	A kimondottan pszichiátriai betegek részére nyújtott szociális ellátásokról a gondozottak – a megkérdezettek szerint – elsősorban maguktól a pszichiátriai gondozó dolgozóitól értesülnek (96%), de nagy szerepük van a tájékoztatásban más segítő szakma szakembereinek (pl. szociális munkás, mentálhigiénés szakember stb.) és a háziorvosoknak is.
A speciálisan pszichiátriai szociális intézmények szerepe	A szakdolgozók szerint a pszichiátriai betegek számára nyújtott szociális szolgáltatások közül a közösségi ellátásra, valamint a nappali ellátásra van a legnagyobb igény (53%, illetve 42%). Összességében minden ilyen speciális szolgáltatástípusról úgy vélekednek, hogy jóval több gondozottnak lenne szüksége rá, mint amennyien valóban igénybe is tudják venni.
Általános szociális szolgáltatások (ellátások) szerepe	Az általános szociális szolgáltatások terén ennél valamivel jobb a helyzet. Egészségügyi tanácsadáshoz és az elérhető szolgáltatásokról való tájékoztatáshoz többségében hozzáférnek azok, akiknek a szakdolgozók szerint szükségük van erre. Azonban a többi szolgáltatástípusra itt is igaz, hogy az igények jócskán felülmúlják az igénybevétel szintjét.

A válaszadók szocio-demográfiai összetétele	A megkérdezettek elsöprő többsége (96%) nő volt. Férfiak gyakorlatilag csak a szakorvosok között voltak, de a szakorvosok között is igen nagy, közel 80%-os a női dominancia. A válaszadók egyötöde 40 év alatti, kétötöde 41-50 éves, és kétötöde 50 év feletti volt.
A válaszadók komfortérzete	A válaszadók alapján a szakdolgozók többségének pozitív a megítélése a munkahelye légkörével, valamint a továbbképzési rendszerrel kapcsolatban. Ugyanakkor a válaszadók több mint a fele úgy érzi, nem mindig tud annyi energiát fordítani a gondozottakra, amennyit szeretne. A megkérdezettek 36%-a sokszor megterhelőnek érzi a munkáját, és 43% szerint a munkahelyi szolgáló gondozó felszereltsége, anyagi lehetőségei nem megfelelőek.
Betegség típusok, gondozott állapota	A válaszadók gondozotti körében legsűrűbben előforduló betegség a szkizofrénia és paranoid zavarok (BNO kód: F20-F29), magas a több betegség típusal is rendelkezők aránya is. A gondozottak többsége közepesen súlyos problémát jelent állapota, az önálló életre a gondozottak mindössze fele képes. A válaszadók többsége gyógyszeres kezelés alatt áll.
Gondozottak demográfiai jellemzői	A gondozottak között nőtöbbség figyelhető meg. A válaszadók között magas az idősebb (50 feletti) korosztályhoz tartozók aránya. A vizsgált kör jellemzően aluliskolázott. A gondozottak között magas a rokkantnyugdíjasok, illetve az öregségi nyugdíjasok aránya. A többség önálló háztartásban, vagy családjában él.
Szociális problématerkép a gondozottak körében	A gondozottak között az anyagi jellegű nehézségekről és a szociális nehézségekről beszámoló aránya (pl.: elmagányosodás) magas. Az anyagi jellegű problémák megoldásában inkább tehetetleneknek érzik magukat a válaszadók, míg a szociális jellegű nehézségek kezelését kevésbé tartják meghatározónak. Magas a pszichiátriai problémán kívül más egészségügyi nehézséggel rendelkezők aránya.
Szociális szolgáltatások használata a gondozottak között	Az általános szociális szolgáltatások igénybevételének megítélése viszonylagos. A gondozottak 17%-a semmilyen ilyen jellegű szolgáltatást nem vesz igénybe, további 23%-uk egy további 60%-uk kettő vagy több ilyen jellegű szolgáltatást vesz igénybe. Leggyakoribb használat a különböző tanácsadások esetében tapasztalható, míg a legnagyobb igény az anyagi jellegű segítség iránt mutatkozik. A igénybevétel korlátai: szégyenérzet, a jelenleg használt szolgáltatások mértékének elégtelensége, valamint az ismerethiány jelenti.

**Speciálisan
pszichiátriai
szociális
szolgáltatások
(ellátások)
igénybevétele**

A speciálisan pszichiátriai szociális ellátások igénybevétele alacsony, mindössze a gondozottak 30%-a vesz igénybe ilyen jellegű szolgáltatásokat. A különböző ellátási formák ismertsége hasonló mértékű, és gondozottak többsége a pszichiátriai ellátó rendszer különböző aktoraitól (kezdve a szakszemélyzettől egészen a betegtársakig bezárólag) hallott róluk.

Az igénybevétel objektív korlátai közül a leggyakoribb a területi jellegű akadályok leküzdése (főleg a községben élők körében). Az igénybevétel szubjektív korlátai közül gyakori a szégyenérzet, a saját szükségletek helytelen felmérése, valamint a gondozottak körében tapasztalható bizalmatlanság.

II. 10.4 Finanszírozás

A Jelentés szerint az egészségbiztosító 2006 és 2010 között 92,5 Mrd Ft-ról 87,9 Mrd Ft-ra, 5%-kal mérsékelte a pszichiátriai betegellátás egészségügyi kiadásait. Ez az összeg a gyógyító-megelőző és a gyógyszer kiadásokat is tartalmazza. Mindezen belül a gyógyító-megelőző kasszából finanszírozott ellátások összege is hasonló mértékben csökkent, míg a gyógyszer-támogatások az átmeneti csökkenés után meghaladták a 2006-os, kiinduló év összegét.

Az ellenőrzéshez információkat szolgáltató kórházak adatainak ÁSZ által elvégzett elemzése azt mutatta, hogy a kórházi pszichiátriai ellátásokra az OEP-től kapott bevételek fedezetaránya a 2006-os 27%-ról 2010-re 22%-ra csökkent. A fedezet a Jelentés alapján azért csökkent, mert míg az egy esetre jutó átlagos OEP térítések 5,9%-kal, ezer forinttal, 17 E Ft-ról 18 E Ft-ra nőttek, addig az osztályos közvetlen gyógyítási költségek ugyancsak ezer forinttal, 13 E Ft-ról 14 E Ft-ra, vagyis 7,7%-kal emelkedtek.

A szakterületen a gyógyító-megelőző ellátások egészségbiztosítási finanszírozásában 2006-ban 25%-ot, azaz 10 064,4 M Ft-ot, 2010. évben már 28%-ot, azaz 9784,4 M Ft-ot képviselt a pszichiátriai járóbeteg-szakellátás és a gondozóintézeti gondozás támogatása. Az arány ugyan emelkedett, de az összeg még nominális értékben is csökkent.

A jelentés megállapítja, hogy összességében a pszichiátriai ellátást nyújtó intézmények szempontjából a finanszírozás kedvezőtlenül változott. A kórházi aktív ellátás alapidóját öt év alatt mindössze 10,3%-kal emelték (136 000 Ft/súlyszámról 150 000 Ft/súlyszámra). Megszűnt 2006 júliusában az addiktológiai, alkohol- és drogfüggő betegek rehabilitációjának kiemelt 1,6 szorzójú finanszírozása, valamint a szakmai minősítésű intenzív rehabilitációs ellátás 2,1-es és a krónikus ellátás 1,5 szorzója is. Az ezután bevezetett többféle szorzószám

alapján számított éves átlagos szorzó 2010-re 1,25-re csökkent a 2005-ös évi átlag 1,73-ról. Az átlagos szorzó 27,7%-os csökkenése közben az alapidíj csak 24,4%-kal, a 2006-os évi átlag 4502 Ft/ápolási napról 5600 Ft/ápolási napra nőtt öt év alatt. A járóbeteg ellátás alapidója a 2006. és a 2010. évek között csak 10,3%-kal, 1,36 Ft/teljesítménypontról 1,50 Ft/teljesítménypontra emelkedett. Az ellátási teljesítmény eközben 18,2%-kal 3,3 Mrd teljesítmény-pontról 2,7 Mrd teljesítmény-pontra esett vissza.

A gondozók finanszírozása az ÁSZ által vizsgált időszakban a Jelentés megállapítása alapján a fenntarthatóságot veszélyeztető módon megváltozott, csökkent. Az egészségbiztosító a pszichiátriai gondozók finanszírozására 2006-ban 3956,5 M Ft-ot, míg 2010-ben 3138,6 M Ft-ot, azaz 817,9 M Ft-tal kevesebb díjazást fizetett ki. A 2011-es kifizetés nőtt a 2010-es képest, azonban a 2006-oshoz képest 16%-kal, 633,3 M Ft-tal volt kevesebb.

A 2010. évi kormányváltás után a NEFMI által kezdeményezett korrekció célja a teljesítmény alapú finanszírozás mellett a gondozóintézeti hálózat működésének fenntarthatósága volt. Ennek érdekében beépítésre került a Homogén Gondozói Kódok emelt pontértékeibe az eddigi fix díj. A Jelentés megállapítja, hogy a 2011. november 1-jén hatályba léptetett új gondozói teljesítmény elszámolási rendszer finanszírozási tapasztalatai az eltelt idő rövidsége miatt még nem értékelhetők.

A gyógyszerkiadásokat illetően a szkirozfréniások körében az egy főre jutó éves gyógyszer-támogatás 264,3 E Ft/főről 313,7 E Ft-ra, vagyis 49,4 E Ft-tal, 18,7%-kal nőtt. A 2010. évi mutató reálértéken (egészségügyi árindexszel korrigálva) már valamelyest csökkent, 249,0 E Ft/fő/évre. A támogatásban részesített betegek száma 36 399 főről 37 534-re nőtt, ugyanakkor az egy beteg által kiváltott gyógyszer-mennyiség is növekedett 408 DOT-ról 455 DOT-ra. A depresszió fajlagos gyógyszer-támogatása 2006 és 2010 között 45,9 E Ft/fő/évről 45,8 E Ft/fő/évre csökkent. Kedvező, hogy az ebből az összegből kiváltott gyógyszerek átlagos mennyisége is nőtt, évi 297 DOT-ról 357 DOT-ra. A támogatott betegek száma 121 104 főről 115 370 főre csökkent, amely csökkenő támogatotti létszám az ÁSZ szerint ellentmond a nemzetközi felméréseknek, így a támogatás abszolút értékének csökkenése a Jelentés alapján nem jelenti a költséghatékonyság növekedését. Az összes mentális zavar gyógyszer-támogatása öt év alatt mindössze 1,2%-kal, 657,4 M Ft-tal nőtt, miközben a pszichiátriai betegek létszáma 13,3%-kal, azaz 69 136 fővel csökkent. A betegek gyógyszerre fordított kiadásai évi 7,6 Mrd Ft-ról 4,5 Mrd Ft-ra, vagyis 41%-kal csökkentek, ugyanakkor a kiváltott vények száma is 6,3 millió db-ról 4,9 millió db-ra, 22%-kal csökkent.

II. 10.5. Humán erőforrás helyzet

A Jelentés megállapítja, hogy 2006 és 2010 között erőteljesen csökkent a betegellátásban dolgozó pszichiáterek, gyermekpszichiáterek létszáma, 778 főről 706,4-re, vagyis 71,6 fővel. Ugyancsak csökkent az egészségügyi ellátórendszerben dolgozó pszichológusok és szakpszichológusok létszáma 272,8-ról 191,2-re, 81,6 fővel. A fekvőbeteg ellátásban a

szakápolók létszáma pedig 631,6 fővel 1360,6-ról 729 főre csökkent, azaz a szakápolók száma mintegy a felére csökkent. A pszichiáterek részére a külföldi munkavállalás céljából kiadott hatósági bizonyítványok száma emelkedett: míg 2006-ben 25, addig 2011-ben 36 volt.

Jelenleg mind a pszichiátria, mind pedig a gyermek- és ifjúságpszichiátria is hiányszakma.

A Jelentés alapján a felnőtt pszichiátriai gondozók esetében az orvosok száma 2009-re a 2006-os érték 76%-ára, 222,6 főre csökkent. Ezt követően enyhe emelkedés következett be, de 2010-ben így is csak a 2006. évi átlagléttszám 80%-a, 233 fő dolgozott. A pszichológusok esetében az ingadozás a 2009-es legalacsonyabb átlagléttszámot figyelembe véve 10%-os (60 fő), 2010-ben pedig mindössze 0,3%-kal (67,35 fő) haladta meg a 2006-os átlagléttszámot.

II. 10.6. Szociális szolgáltatások

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szociális törvény) alapján a célcsoport által igénybe vehető szociális szolgáltatások azt az igazgatási struktúrát követik, mely alapvetően a bentlakást nyújtó szolgáltatások és a saját lakókörnyezetben igénybe vehető szolgáltatási formák mentén szakosított és alapszolgáltatásokra osztja a felsorolt szolgáltatásokat.

Az a tény, hogy Magyarországon a 90-es évek második felétől számos szociális szolgáltatás jelent meg a törvényi szabályozásban és a szolgáltatási rendszerben önmagában jelzi, hogy az ország csatlakozott ahhoz a progresszív folyamathoz, mely tulajdonképpen új alapokra helyezte a mentális egészség kérdéskörét és a mentális problémákra adott válaszokat.

Miután a szociális szolgáltatási struktúra részben egy megörökölt intézményrendszer (nem ritkán nagy létszámú bentlakásos intézmények) részben pedig a társterületek logikáját követi (nappali, átmeneti, rehabilitációs, tartós bentlakást nyújtó szolgáltatástípusok), alapvetően szabályozás – és nem szükséglet alapú – szolgáltatástervezési kultúra terjedt el.

Jelenleg az adott területen lévő több tíz, esetleg 100 km-re működő ellátási típus határozza meg a segítségnyújtás formáját, és nem a kliens szükségletei.

Elsősorban a pszichiátriai problémában érintettek tekintetében a kapacitások szempontjából komoly aránytalanságot tapasztalhatunk a szolgáltatások között. A WHO ajánlásai egyértelműen a közösségi-alapú ellátásokat részesítik előnyben, sőt a még mindenfajta professzionális szolgáltatás megjelenése előtt a közösségben található informális hálózatok megerősítését tekinti a mentális egészség előmozdítása alapvető eszközének.

Magyarországon azonban a pszichiátriai problémákkal érintettek számára elérhető közösségi alapú ellátási formák kapacitásai nem állnak arányban a szükségletekkel.

A kapacitások hiányosságai, illetve kiegyensúlyozatlan megoszlása mellett a meglévő kapacitások egyenetlenségei is komoly gondot okoznak. A nagy létszámú tartós bentlakást nyújtó szolgáltatások szintjén visszatérő probléma, hogy az intézmények többsége az érintettek eredeti lakhelyétől távol található. Ugyanakkor azon, főként a fiatalabb generációkhoz tartozó kliensek számára, akiknél a korábbi, megbetegítő, súlyosan destruktív környezethez való visszatérés kontraproduktív lenne, alig elérhetőek olyan lakóotthonok, ahol intenzív, meghatározott időtartamú rehabilitációs program mellett, életvitelüket normalizálva fel tudnák építeni új pszichoszociális valóságukat.

II.10.6.1 Szociális alapszolgáltatások

Közösségi ellátások

A pszichiátriai közösségi ellátások előfordulása nagyobb sűrűséget mutat. Mind a közösségi ellátások, mind pedig a nappali intézmények alkalmasak arra, hogy akár a kórházi elbocsátás előtt megjelenjenek az érintettek életében és a pszichiátriai gondozó által nyújtott medikális ellátási formákkal párhuzamosan a felépülést és visszailleszkedést segítő rehabilitációs tevékenységbe kezdjenek. Különösen a közösségi ellátás olyan szolgáltatási forma, melynek funkciója a nyugat-európai és észak-amerikai ellátórendszerekben ismert esetmenedzsment (case management) típusú szolgáltatásokhoz hasonlóan amellett, hogy saját segítő tevékenységet is végeznek, sikerrel kíséri végig az érintetteket a közösségi alapú egészségügyi és szociális szolgáltatások bonyolult hálózatán.

2009. évtől a közösségi ellátások és az alacsonyküszöbű szolgáltatás normatív állami hozzájárulás helyett 3 éves befogadással, pályázati úton, finanszírozási szerződés mellett kerülnek támogatásra, mint nem kötelező önkormányzati alapszolgáltatások.

A szolgáltatások befogadása potenciális mutatók mentén kerül kialakításra, kiemelt figyelemmel a szolgáltató szakmai munkájára, eredményesség mutatóira.

A közösségi ellátás biztosítja a pszichoszociális rehabilitációt, a szociális és mentális gondozást, a terápiás kezelésem, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzését és figyelemmel kísérését, megkereső programok szervezését az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében. A gondozás és a pszichoszociális rehabilitáció, tanácsadás minden formáját az ellátott otthonában illetve lakókörnyezetében, tartózkodási helyén biztosítja. A szolgáltatás olyan hosszú távú, egyéni szükségletekre alapozott gondozást kínál, amely nagymértékben épít az ellátottak aktív és felelős részvételére, valamint a természetes közösségi erőforrásokra, őket is oktatta és támogatva.

80 db pszichiátriai betegek részére közösségi alapellátást nyújtó intézmény rendelkezik finanszírozási szerződéssel.

Nappali intézmény

A pszichiátriai problémában érintettek nappali intézményi kapacitása tekintetében egész országrészek vannak ellátatlanul, az a lakosság döntő többsége számára valójában nem elérhető szolgáltatási forma. Pedig éppen a nappali intézmények azok, melyek potenciálisan

képesek arra, hogy akár egy akut fázis után, akár hosszú évek bezártságát (otthon vagy intézményben) követően az első ugródeszkát jelentsék a külvilág, a közösség felé. Az érintettek kórházi pszichiátriai kezelése után, a saját lakókörnyezetben folytatott életvitelét támogatni képes szolgáltatások, s mint ilyenek alapvető fontosságúak lehetnek a pszichoszociális rehabilitációban.

A kiépítettségre vonatkozóan hasonló megállapítást tehetünk a pszichiátriai problémában érintettek szociális törvényben nevesített átmeneti intézményi szolgáltatásáról is, miközben ez az intézmény-típus lehetne az egyik legfontosabb tényező a krízishelyzetek kezelésében.

82 db pszichiátriai betegek nappali intézménye van hazánkban 2013-ban a központi elektronikus nyilvántartás adatai alapján.

Szakosított ellátást nyújtó intézmények

Ápolást, gondozást nyújtó intézmények

Az önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek részére, teljes körű ellátása keretében nyújt napi legalább háromszori étkeztetést, szükség szerint ruházattal, illetve textíliával való ellátást, mentális gondozást, a külön jogszabályban meghatározott egészségügyi ellátást, valamint lakhatást

A pszichiátriai betegek otthonába az a krónikus pszichiátriai beteg vehető fel, aki az ellátás igénybevételének időpontjában nem veszélyeztető állapotú, akut gyógyintézeti kezelést nem igényel, és egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt önmaga ellátására segítséggel sem képes.

Az otthonba történő felvételhez a területileg illetékes pszichiátriai gondozó szakorvosának, illetve - amennyiben az ellátás igénylése időpontjában kórházi kezelésben részesül - a fekvőbeteg-gyógyintézet pszichiátriai osztálya vezetőjének - az intézménybe történő felvételt megelőző - három hónapnál nem régebbi szakvéleménye szükséges.

Rehabilitációs intézmények

A rehabilitációs intézmények célja a bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítása, illetve helyreállítása. Pszichiátriai betegek rehabilitációs intézményében azt a 18. életévét betöltött pszichiátriai beteget kell ellátni, aki rendszeres vagy akut gyógyintézeti kezelésre nem szorul és utógondozására nincs más mód. Az elhelyezés határozott időtartamra szól, a szolgáltatás célja az igénybe vevő önálló életvezetési képességeinek kialakítása, illetve helyreállítása, fejlesztése, továbbá a társadalomba történő be-, illetve visszailleszkedésének támogatása és az utógondozás megszervezése.

Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények

Ideiglenes jelleggel legfeljebb egyévi időtartamra teljes körű ellátást biztosítanak, amely különös méltánylást érdemlő esetben az intézmény orvosa szakvéleményének figyelembevételével egy alkalommal, egy évvel meghosszabbítható.

A pszichiátriai betegek átmeneti otthonában az a pszichiátriai beteg helyezhető el, akinek ellátása átmenetileg más intézményben vagy a családjában nem oldható meg, viszont tartós bentlakásos intézményi elhelyezése vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelése nem indokolt.

Lakóotthonok

Olyan nyolc-tizenkettő, a kivételes esetben tizennégy pszichiátriai beteget befogadó intézmény, amely az ellátást igénybevevő részére életkorának, egészségi állapotának és önellátása mértékének megfelelő ellátást biztosít. Az ellátás formája rehabilitációs célú lakóotthon.

A lakóotthoni ellátás során - az intézmény sajátosságaitól függetlenül - biztosítani kell

- a) a lakóhelyi, munkahelyi feladatok és a szabadidő eltöltésének szétválasztását, lehetőség szerint foglalkoztatást, esetleg szabadidős tevékenységeket, illetve azok szervezését,
- b) az ellátást igénybe vevő életkörülményeivel kapcsolatos problémák önálló megoldását, szükség esetén segítséget a döntések meghozatalához,
- c) az ellátást igénybe vevő szükségletei szerinti szolgáltatások elérhetőségének megkönnyítését.

Támogatott lakhatás

2013. január elsejétől került bevezetésre a Szociális törvényben a támogatott lakhatás, mint új szolgáltatási forma.

A támogatott lakhatás a fogyatékos személyek, a pszichiátriai, illetve szenvedélybetegek, valamint a hajléktalan személyek részére biztosított lakhatási, illetve szociális szolgáltatás, amely az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően, az ellátott önálló életvitelének fenntartása, illetve elősegítése érdekében biztosítja a lakhatási szolgáltatást, az esetvitelt és a kísérő támogatást, illetve komplex szükségletfelmérése alapján az étkeztést, az ápolás-gondozást, a fejlesztést, a társadalmi életben való részvételt segítő szolgáltatásokat. **Ebben egyebek mellett sürgető a közmédia rendszeres bevonása. Ahogyan sok más esetben rendszeres reklámok hívják fel a figyelmet, a fogyatékoság elfogadására, itt is állami lépés szükséges, amely kötelezővé teszi ilyen blokkok sugárzását.**

A támogatott lakhatás a lakhatási szolgáltatás és a segítői szolgáltatás különböző formáinak rugalmas kombinációját alkalmazza, melynek helyszínei is elkülönülnek egymástól.

A támogatott lakhatás az igénybevevők komplex szükségletfelmérésén alapul. A komplex szükségletfelmérés bevezetése lehetővé teszi az egyéni igényekhez minél jobban igazodó ellátást. Az egyéni szükségleteknek megfelelő támogatással lehetővé válik, hogy az

igénybevevő a mindennapi élet aktív részese lehessen. Cél, hogy az egyén olyan támogatást kapjon, ami teljes egészében a szükségleteihez és elvárásaihoz illeszkedik.

Összességében nagyon nehezen lehet bárkit is végigkísérni egy jól felépített rehabilitációs folyamaton akkor, amikor a potenciálisan szükséges szolgáltatások tört része érhető el az adott térségben.

Az egyes szakosított szociális és gyermekvédelmi szakellátási intézmények állami átvételéről és egyes törvények módosításáról szóló 2012. évi CXCI. törvény alapján a települési önkormányzatok fenntartásában lévő fogyatékos, pszichiátriai beteg, továbbá szenvedélybeteg személyek szakosított szociális ellátását nyújtó intézmények, valamint a gyermekvédelmi szakellátást biztosító intézmények 2013. január 1-jével állami fenntartásba kerültek. Az állam fenntartói feladatainak ellátására egy új szerv, az EMMI irányítása alá tartozó Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság került létrehozásra.

2013-ban összesen 119 db, a személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátást nyújtó intézmény van a központi elektronikus nyilvántartás adatai alapján.

II.10.6.2 Finanszírozás

Az Állami Számvevőszék 2012 júniusában készített jelentése alapján a pszichiátriai- és szenvedélybetegek nappali intézményi ellátásának normatívája a 2006. évről a 2010. évre 197 E Ft-ról 206,1 E Ft-ra nőtt, míg a bentlakásos intézményi ellátás normatívája 815 E Ft-ról 710,6 E Ft-ra csökkent az állam teherviselő képességére hivatkozással. A pszichiátriai- és szenvedélybetegek intézményi szociális ellátására kifizetett összes állami támogatás a 2006. évhez viszonyítva a 2010. évre 13,6 Mrd Ft-ról 17,4 Mrd Ft-ra emelkedett.

A szociális intézmények száma 179-ről 256-ra emelkedett, a férőhelyek száma ezzel párhuzamosan 11 698-ról, 14 828-ra nőtt. Ezen belül mind a pszichiátriai betegek, mind a szenvedélybetegek nappali ellátásának fejlesztése bírt túlsúllyal (az intézményszám 44-ről 106-ra és a férőhelyszám 1390-ről 3796-ra emelkedett).

A 2009. január 1-jétől hatályba lépett **jogszabályváltozások megváltoztatták a közösségi szolgáltatások finanszírozásának módját**, a költségvetési előirányzat betartása, költséghatékonyabb ellátás, valamint a területileg kiegyensúlyozottabb fejlesztés céljával. A közösségi ellátások normatív állami támogatása megszűnt és 2009. január 1-jétől nem tartozott a kötelező önkormányzati feladatok közé. A szolgáltatások működését az állam három évre megkötött finanszírozási szerződések útján támogatta ettől az időponttól. **A közösségi ellátásra kifizetett központi támogatás40 összegének növekedése az utóbbi években megállt.**

2006 és 2008 között 0,9 Mrd Ft-tal nőtt a közösségi ellátások támogatása, 2009-re 0,2 Mrd Ft-tal esett vissza és 2010-re érte el a 2008. évi szintet. Magyarország 2012. évi költségvetéséről szóló törvény a felhasználható előirányzatot jelentősen, 1,4 Mrd Ft-tal (7,3 Mrd Ft-ról 5,9 Mrd Ft-ra) csökkentette.

Az átalakítást követően a **szolgáltatók száma a pályázati rendszer bevezetése előtti időszakhoz képest csökkent**. A 2006. évben 152, a 2007. évben 206, a 2008. évben 258 szolgáltató látta el⁴² a pszichiátriai- és szenvedélybetegek közösségi ellátásának, valamint alacsonyküszöbű ellátásának feladatait, a 2010. és 2011. évben egyaránt már csak 207 (11. sz. melléklet). Az első három éves pályázati ciklusban a lezárt éveket tekintve a pszichiátriai és szenvedélybetegeknek közösségi ellátást nyújtó szolgáltatók részére kiutalt működési támogatás összege, valamint annak finanszírozott és tényleges esetszáma a következőképpen alakult⁴³, amit a 6. sz. táblázat mutat be.

II.10.6.4 Humán erőforrás

A pszichiátriai betegek részére szociális ellátást nyújtó intézmények minimum szakmai létszámnormáját a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 2. sz. melléklete határozza meg.

II. 10.7 Az ellátórendszert érintő általános jellemzők

Az ÁSZ sommás megállapítása szerint a népegészségügyi és pénzügyi mutatók (indikátorok) alakulásának elemzése és a változások irányainak értékelése alapján a pszichiátriai betegellátást szolgáló közpénzfelhasználás költséghatékonysága és eredményessége romlott, amely az alábbi okokra vezethető vissza.

Az általános, nem célcsoport specifikus alapszolgáltatások és az addiktológiai, valamint pszichiátriai alapszolgáltatások közötti szakmai együttműködés a jelenlegi tapasztalatok alapján nem valósul meg gördülékenyen. Gyakorlatilag az esetek legnagyobb részében az együttműködési kötelezettség ellenére, az egyes szolgáltatások hálózatba rendeződése elmarad.

A költséghatékonyságot illetően a Jelentés megállapítja, hogy az egy pszichiátriai betegre jutó közfinanszírozás 2006 és 2010 között szkizofrén betegeknél 1228 E Ft/év/főről 1224 E Ft/év/főre, a depressziós betegeknél 603 E Ft/év/főről 433 E Ft/év/főre csökkent. Ugyanebben az időszakban a bentlakásos szociális pszichiátriai otthonokban az egy gondozott ellátásának közfinanszírozása 1561 E Ft/év/főről 1403 E Ft/év/főre csökkent. A fajlagos közfinanszírozási mutatók tehát kedvező irányba változtak (csökkentek).

Ugyanakkor a kiadáscsökkenésnek az ellátáshoz való hozzáféréssel, a betegszámmal és az ellátási minőséggel együttesen történő értékelése már nem igazolta a költséghatékonyság növekedését.

A fekvőbeteg ellátásnál alacsonyabb költségigényű ellátási formák közül a nappali kórházi ellátás szűkülése kedvezőtlen, míg a szociális ellátás körében biztosított közösségi ellátásra fordított kiadások növekedése kedvező iránynak tekinthető. A Jelentés tizenegy szempont (indikátor) alapján mérte és értékelte az ellátórendszer eredményességét, ezek közül kettő kedvező és kilenc kedvezőtlen irányban változott. A vizsgált indikátorokat és az azok vizsgálata alapján levont következtetéseket az alábbi ábrákkal illusztráljuk.

A rehabilitáció nem egyszemélyes folyamat, hanem egy időben több szakma, szolgálat, beavatkozását feltételezi. A reintegrációs folyamat akkor hatékony, ha összehangolt, együttműködésekre épít, és a potenciális felhasználó szükségleteit tartja szem előtt, nem elszigetelten, hanem az egyéni szükségletekhez igazodóan más szakmák, szakemberek bevonásával történik.

Ez feltételezi az azonos ellátási területen szolgáltatók együttműködését, kiemelten az egészségüggyel történő kölcsönösségen alapuló közös munkát, a rugalmasságot, az egymásra épülést, a szolgáltatások átjárhatóságát.

II.15. Krónikus betegségek népegészségügyi jelentősége, így pl. a krónikus fájdalom súlyos következményei

A különféle krónikus fájdalmak életminőséget, munkaképességet és életkilátásokat meghatározó jelentősége drámai. A panaszok egyaránt érinthetik a fiatal és az idősebb korosztályt: elsősorban az aktív dolgozók körét.

Ebből a tünetből származik a legtöbb kiesett munkanap, és az összes sebészeti beavatkozásoknak is körülbelül harmada a gerincbetegség kezelését szolgálja

A gerincfájdalomból adódó munkaképtelenség az utóbbi évtizedben drámai emelkedést mutat.

A betegek legnagyobb része nem dolgozik, gyógyszereket szed, és mind az alap-, mind a kórházi ellátást és a privát szektort is (a hagyományos és a paramedicinális terapeutákat egyaránt) igénybe veszi.

A betegség népegészségügyi jelentőségét tovább növeli az a tény, hogy a betegellátás költségein és a kiesett munkanapok anyagi veszteségein túl számításba kell venni a tünet betegek és családjukra gyakorolt hatását is. Mivel ez a betegség az alacsonyabb társadalmi rétegekhez tartozókat, a nehéz fizikai munkát végzőket sújtja a leginkább, náluk halmozott pszichoszociális rizikótényezőkkel (munkanélküliség, egészségtelen életmód, dohányzás, stb.) is számolnunk kell. Utóbbiak ugyanis a gyógyulás esélyeit nagymértékben csökkentik.

A gerincfájdalom mint tünet hatékony kezelésének kiemelt fontosságát az a tény is aláhúzza, hogy a betegek 40%-nál az akut fájdalom visszatér, 20%-uk munkahely-változtatásra kényszerül, és hasonlóan magas a krónikus beteggé válók száma (Császár és mtsai.,1997).

A WHO és a Hungarostudy adatai szerint a krónikus fájdalomtól szenvedők 40%-a aktív korú nő, amely Európában a felnőtt, munkaképes lakosság 11-60%-át érinti, ez **hazánkban átlagosan évi 1 millió embert jelent**. Elsősorban a nők, az alacsony szocio-ökonómiai státusú betegek és az alacsony iskolázottságúak érintettek.

A betegek 69%-a pszichológiai és családi problémákra panaszkodik, noha ezeknek a betegségükkel való összefüggését elhárítják, mert nincs pszichológiai kultúrájuk ezek jelentőségének megértésére. 37%-uk számol be a közelmúltban a szoros környezetében bekövetkezett halálesetről, amely a betegek 90%-ának - saját leírása szerint- súlyos megterhelést jelent, de ennek belátása is hiányzik.

Amennyiben a fentiekhez hozzátesszük, hogy a betegek többségében a szükséges orvosi beavatkozást megelőzően sokszor már fél éve munkaképtelenül otthon tartózkodnak, tevékenységük minimálisra korlátozódik: az átlagosan nappal fekvé időjük 10 óra(!), komoly anyagi, érzelmi és egészségügyi problémáik vannak, akkor a gerincbetegségek népegészségügyi jelentőségét és e probléma megoldásának komplex szemléleten alapuló rendezésének szükségességét egyértelműnek tekinthetjük.

A krónikus derékfájás a keresőképzetlenség második leggyakoribb oka, de a keresőképzetlen napokat számítva az első helyen áll. A nyugállományba vonulás okai között a 2.-3. helyen áll.

A krónikus fájdalomtól szenvedő **betegek 60%-a klinikailag depressziós**, és az öngyilkosság előfordulási gyakorisága is kritikus mértékű körökben.

A jelenlegi ellátó rendszerek a gerincfájdalom kialakulásában és krónikussá válásában szerepet játszó pszichoszociális tényezőket nem veszik figyelembe, és ezért ezek csökkentésére irányuló erőfeszítések sem történnek.

Miközben a hazai és nemzetközi magatartástudományi és egészségpszichológiai kutatások által mind kiterjedtebben igazolt összefüggések: a fájdalom pszichoszociális vonatkozásai egyre ismertebbé válnak, sőt az orvosegyetemi és a pszichológus-képzésben is rangos helyet kapnak, ennek következményei a gyógyító gyakorlatban, az egészségügy intézményi rendszerében ez idáig nem vagy csak szóróványosan mutatkoztak meg.

E hiányosság okozta szakmai és gazdasági problémák egyaránt figyelemfelkeltőek.

A jelenlegi orvosi gyakorlat például a funkcionális stádiumú, de fájdalomról panaszkodó betegeket szükségtelen és költséges vizsgálatoknak teszi ki, vagy a beteg az ideggondozói

ellátó körbe kerül, stigmatizáltnak érzi magát, és így sem az egészségügy terhei, sem a beteg problémái nem csökkennek.

A hagyományos gyógyászatban csalódott beteg a szakmai szempontból megkérdőjelezhető alternatív "gyógyítókhoz" fordul, és sokszor súlyosabb problémákkal kerül vissza ismét az egészségügy szolgáltató rendszerébe.

Hasonlóképpen nem valósul meg a betegszerepbe-szervülten élő krónikus fájdalom betegek társadalomba való visszasegítése. **Hiányoznak a tartós betegséggel élők, a krónikus betegek munkahelyi reszocializációs, foglalkozási rehabilitációs programjai, ennek részeként a betegségből fakadó pszichés inaktivitási „atrófia” kezelése.**

Hazai tanulmányok is igazolják (pl. Ress és mtsai, 2006)⁹, hogy a szubjektív egészségi állapot az objektív szomatikus státustól függetlenül is meghatározója a későbbi morbiditásnak és mortalitásnak.

A krónikus fájdalomban szenvedő betegek fájdalomindexe önmagában megjósolja szignifikánsan rosszabb szubjektív egészségi állapotukat, ezért nem pusztán pszichológiai, de összetársadalmi feladat a probléma mihamarabbi kezelése. A hazai gyakorlatot immár egyensúlyba kell hozni a tudományos evidenciák alapján javasolt komplex betegellátási modellel.

Mindezek a különféle etiológiájú gerincbetegségek és a krónikus fájdalmak kezelésében a MEGELŐZÉS és a REHABILITÁCIÓ szerepét, és a KOMPLEX GYÓGYÍTÓ RENDSZEREK KIDOLGOZÁSÁT TESZIK SZÜKSÉGESSÉ.

III. Jövőkép és célrendszer

III.1. Jövőkép és célállapot

III.1.1 Jövőkép

Minden ember jogosult a mentális jól-lét lehető legmagasabb szintjének elérésére, és arra, hogy a szükségletei arányában kapjon támogatást. A lelki értékek, a viselkedéskultúra és az egészség összhangba kerül. Ennek eredményeképpen az egyén, a család, és a közösség képes a stressz helyzetekkel képes megküzdeni, erőforrásait használni, érlelődik, bevonódik, kompetenciája növekszik. Az asszertív magatartás (szociális kompetencia) elterjed, a társas kapcsolatok fejlődnek. Az egyén életében, a családban, a közösségben és a társadalomban betöltött hasznosságérzete, identitása és kontrollja erősödik.

A támogató közösségek hatékonyan hozzájárulnak az egyének és a családok jólétéhez, lelki egyensúlyához. Ez egyrészt sikeres életút-modellek nyújtásával valósul meg, másrészt aktív,

tevéleges segítségnyújtással a közösség egy-egy nehéz helyzetben levő tagja számára. Ez a segítségnyújtás kölcsönös, így lehetővé teszi az önbecsülés megőrzését, ami a lelki egészség egyik alapvető eleme. A támogató közösségek végigkísérik az emberi életutat a bölcsődék és játszótársak korszakától a hitélet gyakorlásán, az iskolai- és sportéleten át a munkahelyi- és hobbiközösségekig, majd a nyugdíjasklubokig.

A családok folyamatosan segítséget kapnak a lelki kultúra fejlesztésében, a lelki egészség védelmében és a következő generáció nevelésében.

A pozitív életérzés, a társadalmi bizalom megerősödik, amely véd az önpusztító magatartásformáktól. Olyan társadalmi környezet alakul ki, amelyben megszilárdulhat az egyének és a közösségek biztonság-érzete és az egymás iránti bizalom, általánossá válik az erőszakmentes kommunikáció.

A kedv – az életkedv, munkakedv, tanulási kedv, gyermek-vállalási kedv, szolidaritási és társadalmi szerepvállalási kedv, vállalkozó kedv – felébred az emberekben.

A megszülető gyermekek száma egyre közelebb kerül a vágyott és tervezett számú gyermekek számához, a termékenység emelkedik, a gyermekek egyre nagyobb száma szeretetteljes családban nő fel.

Az ismeretszerzés és készségfejlesztés, a folyamatos tanulás, művelődés pozitív megerősítéseket kap, önfejlesztési igény jellemzi nemcsak a fiatalokat, hanem az idősebb generációkat is, a tudás értéket képvisel.

A részvételi demokrácia megerősödik: az érdekeltek folyamatosan bevonásra kerülnek a tervezésbe, a döntéshozásba és a minőség-ellenőrzési folyamatokba. A civilek aktívan és érdemi eredményekkel vesznek részt a jogalkotásban és jogalkalmazásban, a mentális egészségi problémától szenvedő embereknek egész életükben joguk van ahhoz, hogy autonómok legyenek, lehetőséget kapjanak arra, hogy felelősséget vállaljanak és részt vegyenek minden döntésben, amely életüket, mentális egészségüket és jól-létüket, valamint az összes emberi jogait érinti.

A személyes és közösségi szintű identitás erősödik, a nemzeti összetartozás tudat érték- és normarendszerét is beleértve. Megszűnik a diszkrimináció, az előítélet vagy az elhanyagolás bármely formája, ami a mentális egészségi problémáktól szenvedő emberek jogai teljes elérésének útját állja. Az emberek bízhatnak abban, hogy minden aktivitás és intervenció biztonságos és hatékony, és a mentális egészségi problémákkal küzdő emberek javát, illetve jól-létét szolgálja.

III.1.2. Céllálapot

Külső, felettes célok azonosítása

A népesség lelki mentális jól-létének javítása, a mentális zavarok terheinek csökkentése, különös tekintettel a vulnerábilis csoportokra, a meghatározó tényezőkre és a kockázati magatartásokra.

A mentális problémákkal élők jogainak tisztelete, egyenlő lehetőségek nyújtása a legmagasabb életminőség eléréséhez, a stigma és a diszkrimináció leküzdése.

Elérhető, biztonságos és hatékony szolgáltatások kialakítása, amelyek megfelelnek a lakosság mentális, fizikai és szociális igényeinek és a mentális problémákkal élő személyek és családtagjaik elvárásainak.

III.1.3. Stratégiai cél meghatározása

A lelki egészség fejlesztése és a mentális zavarok megelőzése, illetve kezelése alapvető jelentőségű az élet minőségének, az egyének, családok, munkavállalók és közösségek jól-létének és produktivitásának megőrzése és javítása érdekében, ezzel elősegítve a társadalom egészségének erejét és alkalmazkodó képességét.

III.2. Céltrendszer

A Nemzeti Lelki Egészség Stratégia célrendszere átveszi az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Lelki Egészség Cselekvési Terv 2014-2020 célrendszerét és a WHO Átfogó Lelki Egészség Cselekvési Terv 2013-2020 dokumentum I. célkitűzését, melyek ország-specifikus célokkal egészülnek ki.

A WHO Európai Lelki Egészség Cselekvési terv 2014-2020-as dokumentum (WHO MHAP) 7 célt deklarál: négy alapvető- és három átfogó célt. A célokat a dokumentum jövőképszerűen fogalmazza meg. A hazai célok megegyeznek az MHAP-ban megfogalmazott célokkal, melyek a következők:

A négy alapvető WHO cél:

- I. Mindenkinek egyenlő lehetősége van arra, hogy az egész élete folyamán megvalósítsa mentális jól-létét, különösen azok, akik a legsérülékenyebbek vagy veszélyeztetettek.
- II. A mentális egészség problémákkal küzdő emberek teljes jogú állampolgárok, akiknek az emberi jogait értékelik, megvédik és fejlesztik.
- III. A mentális egészségügyi ellátás hozzáférhető és megfizethető, a közösségben az igényeknek megfelelően elérhető
- IV. Az emberek jogosultak tiszteletteljes, biztonságos és hatékony kezelésre, részt vesznek a döntésekben.

A három átfogó WHO cél:

- V. Az egészségügyi rendszer az azonos színvonalú ellátásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférés biztosításával, jó fizikai és mentális egészségügyi ellátást nyújt mindenkinek
- VI. A mentális egészségügyi rendszer jól koordinált partnerségben működik más szektorokkal együtt.
- VII. A mentális egészség irányítását és a végrehajtást helyes információk és tudás vezérlik.

A MHAP tagállamokra vonatkozó részét, illetve annak hazai viszonyokra módosított változatát az alábbiakban foglaljuk össze. A jelen fejezetben felsorolt beavatkozások a WHO által javasolt területek. Az ezekre építő hazai beavatkozások listáját a Nemzeti Stratégia megvalósulását szolgáló beavatkozásokat és feladatokat összefoglaló mellékletek tartalmazzák.

I. cél: Mindenkinek egyenlő lehetősége van arra, hogy az egész élete folyamán megvalósítsa mentális jól-létét, különösen azok, akik a legsérülékenyebbek vagy veszélyeztetettek.

1. A kormány és az állampolgárok egyre inkább értékelik a jól-létet, és azt kívánják, hogy a politika ezt vegye számításba. A mentális jól-lét támogatja a rugalmasságot, erősíti a jövőbe vetett hitet, valamint erősíti a változásokhoz való alkalmazkodáshoz, a megpróbáltatásokkal való megküzdéshez szükséges képességeket. A nagy szociális és gazdasági stressz idején, különösen fontos, hogy megerősödjön a jóllét és megelőzzük a mentális egészség problémákat, főként a sérülékenyebb csoportoknál.

2. Az ország egyes régióiban emberek okozta vagy természeti csapások történhetnek, ami intenzív stresszt és szenvedést okozhat sok embernek. A megfelelő prevenció és/vagy korai intervenció erősítheti az ellenálló képességet és csökkenti a poszt traumás stressz zavar (PTSD), a depresszió, a szorongás, a kóros szerhasználat, az erőszak és öngyilkosság előfordulását.
3. Az integrált, átfogó megközelítésekről egyre inkább bebizonyosodik, hogy hatékonyabbak és költség-hatékonyabbak, mint az egyszerű intervenciók. A kormányának központi szerepe van olyan feltételek megteremtésében, melyek felhatalmazzák az egyéneket és közösségeket, hogy emeljék és megvédjék a jólétet, és erősítsék az ellenálló képességet.

A Nemzeti Lelki Egészség Stratégia országspecifikus céljai:

Általános célok:

1. Az egyén, a család, és a közösség lelki egészségének fejlesztése, fenntartása, helyreállítása, és a mentális zavarok megelőzése, és ezzel az ország emberi erőforrásainak és versenyképességének fejlesztése; a környezeti fenntarthatóságot prioritásnak tekintve
2. Általános szervezetfejlesztési célok:
 - a. A lelki egészségfejlesztési szolgáltatások elérhetőségének biztosítása a lakosság széles rétegei számára, figyelemmel a gyermekekre, fiatalokra, családokra, idősekre, fogyatékossgal élő személyekre és a hátrányos helyzetűekre egyaránt,
 - b. A magas kockázatú, mentális egészségproblémával terhelt, emiatt hátrányos helyzetű csoportok ellátásba kerülésének, valamint gondozásának fejlesztése a helyi ellátórendszer tagjainak együttműködésének javításával.
 - c. Elérhető, biztonságos és hatékony szolgáltatások kialakítása, amelyek megfelelnek a lakosság mentális, fizikai és szociális igényeinek és a mentális problémákkal élő személyek és családtagjaik elvárásainak.

Specifikus célok:

1. A boldogságot és a teljes életet megtapasztalók számának növelése,
2. A családok megerősítése, vágyott és tervezett számú gyermekek megszületésének és szeretetteljes családban történő nevelkedésének támogatása,
3. "Az anyaméhtől a teljes életen át." A jelen és a jövő generáció lelki egészségének fejlesztése, különös tekintettel az élet fordulópontjaira, illetve a kockázatnak kitett és a hátrányos helyzetű személyekre. Részleteket lásd lentebb kibontva,
4. A kapcsolati erőszak visszaszorítása,
5. A depresszió megelőzése, a korai felismerés és pszichoterápiás ellátás hozzáférhetőségének javítása, a depressziós betegek kezelésbe vételi arányának javítása legalább 10%-kal, a medikalizáció csökkentése,
6. A lakosság öngyilkossági arányának visszaszorítása legalább 10%-kal,

7. A túlzott alkoholfogyasztás és az általa okozott halálozás csökkentése, (kidolgozás alatt álló cél)
8. A lelki egészség fejlesztés és a mentális zavarok prevenciójának megvalósítása a köznevelési intézményekben:
 - a. A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII.31) EMMI rendeletben foglaltak szerint minőségbiztosítási szempontból megfelelő színvonalú lelki egészségfejlesztési és prevenciók tevékenység az óvodákban és iskolákban, megfelelő képzettségű szakemberek (egészségfejlesztő szakpszichológusok, iskolapszichológusok, iskolai szociális munkások) bevonásával, beleértve a pedagógusok és a segítő foglalkozásúak, közművelődési szakemberek hivatás- és személyiségfejlesztését. *Összhangban a nevelési-oktatási intézményekben folyó lelki egészség fejlesztő tevékenységekre vonatkozó előírásokkal, valamint a Nemzeti alaptantervben foglaltakkal. Kapcsolódva a Nemzeti Drogellenes Stratégiához is.*
 - b. A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII.31) EMMI rendeletben a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés keretein belül az iskolai bántalmazás számának csökkenése és az agressziós magatartásformák visszaszorítása. A megvalósítás érdekében képzések indítása szükséges a pedagógusok számára, elsősorban konfliktuskezelő, szakmai személyiségfejlesztő és magatartászavar-kezelés területén.
 - c. Kirekesztés, intolerancia visszaszorítása a köznevelés iskoláiban az iskolakerülés, magántanulóság csökkentése.
9. A közösségi lelki egészségnevelés megvalósítása a formális-, az informális-, a nonformális tanulásban, a felsőoktatásban, a közösségfejlesztésben és a közösségi kultúra színterein, a lelki ellenálló képesség, a megküzdési módok erősítése, fejlesztése, az életvezetési készségek, képességek gyakorlati elsajátítása céljából,
10. A krónikus mentális- és addiktológiai betegek esetében a közösségi alapú ellátás átfogó megszervezése, több ágazat koordinálásával,
11. A hátrányos helyzetű, illetve a fogyatékos személyek, a pszichiátriai és szenvedélybetegek stigmatizációjának és kirekesztésének csökkentése, az esélyteremtés erősítése, beleértve a foglalkozási rehabilitációt is.
12. A gyermekbántalmazás minden formájának visszaszorítása.
13. Gyermekvédelmi szakemberek, befogadó szülők lelki egészséggel, nevelési nehézségekkel kapcsolatos ismereteinek növelése, mentális támogatása. Gyermekotthonban nevelkedő gyermekek konfliktuskezelési képességeinek, közösségbe való beilleszkedésének támogatása.

"Az anyaméhtől a teljes életen át." A jelen és a jövő generáció lelki egészségének fejlesztése, különös tekintettel az élet fordulópontjaira, illetve a kockázatnak kitett és a hátrányos helyzetű személyekre.

1. Az emberi élet méltóságának tisztelete és elfogadása már a megfogant élettől a teljes élet során, beleértve az óvodai és iskolai nevelést is,

2. Az ember, mint személy és közösségi lény lelki fejlesztése. Az autonómia, a személyes szabadság és az emberi jogok tisztelete a fogantatástól, illetve születéstől az egész életen át. Az önségítés ösztönzése,
3. A családok megerősítése, a demográfiai krízis enyhítése, a vágyott és tervezett számú gyermekek, illetve a megfogant, magzati állapotban levő gyermekek megszületésének és szeretetteljes családban történő nevelkedésének támogatása,
 - o A gyermeket tervező és váró párok és közösségeik, illetve a gyermeket fogadó családok, párok, egyedülálló anyák lelki egészségének fejlesztése, A tudatos családtervezés és a kismamagondozás erősítése a teljes lakosság körében, és kiemelten a halmozottan hátrányos helyzetű nők/anyák körében,
 - o A család szocializációs funkcióinak támogatása, az ép családok megerősítése, a családok helyreállításának, valamennyi gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése. Az egy szülő és a mozaik családok lelki egészségének támogatása, A család nélkül felnőők, a család nélkül élők, a családból kiesettek lelki támogatása, ,
 - o Az egészséges életkezdet, a gyermekek egészséges fejlődése, a kamaszkor és a felnőtté válás támogatása az önálló életkezdésig,
 - o A veszélyeztetett és a speciális célcsoportok célzott, javallott programokkal történő elérésére való fokozott törekvés,
 - o A gyermekek egészséges lelki fejlődés érdekében a veszélyeztetett, valamint a családjukból kiemelt, gyermekvédelmi szakellátásban nevelkedő gyermekek, fiatal felnőttek és a velük foglalkozó szakemberek pszichés és mentálhigiénés támogatásának elősegítése,
 - o A Nemzeti alaptantervben és az Óvodai nevelés országos alapprogramjában foglaltakkal összhangban a személyiségfejlesztés támogatása és a stigmatizáció csökkentése, a harmonikus és pozitív énkép és önismeret kialakítása, az identitás, a másokat elfogadó és támogató környezet biztosítása a nevelési-oktatási intézményekben,
4. A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII.31) EMMI rendeletben meghatározott teljeskörű iskolai egészségfejlesztés részeként a lelki egészség fejlesztés rendszerszerű megvalósulása során az egészséges iskolai napirend és környezet mellett az iskola lelki egészséget támogató működésmódjának is kitüntetett szerepe van.
5. A veszélyeztetett rétegek számára biztosítani kell az egyénre szabott differenciált bánásmódot, és erősíteni kell a szocializációs kompenzáló hatást.
 - o Életigenlő megoldások erősítése, a pozitív családtervezés, abortusz megelőzés, örökbefogadás működőképessé, hatékonyabbá tétele,
 - o A családközpontú peri- és antenatális ellátás és gondozás további fejlesztése
 - o Elfogadó, nyitott migráns-támogató közpolitika és helyi közösség kiépítése,
6. Az aktív korúak lelki egészségének támogatása a munkahelyi lelki egészség fejlesztése útján. A munkanélküliség veszélyeztetettségének, időszakos, vagy tartós állapotának kezelése,

- o A munka-stressz háttértényezőinek kezelése, illetve hatásainak mérséklése,
 - o A munkánélküli létből adódó lelki egészségkárosodás, depresszió, haszontalanság érzetből, kirekesztődésből adódó mentális zavarok kialakulásának megelőzése, kezelése,
7. A felépülést és a munkába jutást segítő foglalkozási rehabilitáció támogatása.
 8. Az idős nemzedék és a fiatalabb generációk családon, kisebb és tágabb közösségeken belüli kölcsönös megbecsülésének és együttműködésének támogatása,
 9. A tevékeny időskor elősegítése, az időskori populáció jól prognosztizálható növekedéséhez illeszkedően. A „demencia pándémia” megelőzése és következményeinek kezelése,
 10. Közösségi alapú lelki egészség fejlesztés, közösségfejlesztés és -szervezés – az egyén segítése mellett a körülötte levő formális és informális közösségek természetes kapcsolatrendszerének, infrastruktúrájának fejlesztése, segítése is, beleértve az akadálymentesítést, stigmacsökkentést is. Befogadó közösség és társadalom (inclusiv society) felépülésének és működésének elősegítése.

A WHO EU MHAP által meghatározott kimenetek

1. Erősödő tudatosság a mentális jól-létről és az ezt támogató tényezőkről – az életmódban, a családban, a munkában, az iskolában, és óvodákban, a közösségben és a szélesebb társadalomban.
2. Támogatás nyújtása a mentális egészség szükségletekre az ante- és posztnatális ellátásban, beleértve az otthoni erőszak és szenvedélybetegségek szűrését.
3. Kapacitásokat kialakítása az alapellátásban a mentális egészség megőrzése és javítása, a megelőzés, a felismerés érdekében, valamint az alacsony küszöbű pszichés támogatás biztosítására.
4. A mentális problémákkal élő embereknek a munka világába való visszatérésének növelése.
5. Az öngyilkossági arány csökkenése az egész társadalomban, ezen belül életkori, nemi, etnikai és egyéb sérülékeny alcsoportokban.
6. A mentális jól-lét és a jól-lét determinánsainak felmérése (a mentális zavarok felmérése mellett) a teljes élethosszában.

A WHO EU MHAP által javasolt beavatkozások

- I.1. Olyan öngyilkosság megelőző stratégiák kifejlesztése és alkalmazása, melyek magukban foglalják a legjobb bizonyítékokat, kombinálva az univerzális megközelítést olyan tevékenységekkel, melyek a sérülékeny csoportokat védik.
- I.2. A traumatikus gyermekkori élmények (pl. abúzus, elhanyagolás, erőszak és drog-, alkoholhasználat átélése) csökkentése a tudatosság növelésével, korai intervencióval.
- I.3. Általános és célzott mentális egészségfejlesztő programok indítása az óvodákban és az iskolákban, beleértve a gyermekek érzelmi problémáinak és az iskolatársak erőszakoskodásának korai felismerését.
- I.4. A munkáltatók ösztönzése, hogy csökkentsék a pszicho-szociális stresszorokat és a munkával kapcsolatos stresszt, növeljék a stressz-kezelést és vezessenek be egyszerű programokat a munkahelyi jól-lét elősegítésére

II. cél: A mentális egészség problémákkal küzdő emberek teljes jogú állampolgárok, akiknek az emberi jogait értékelik, megvédik és fejlesztik.

1. A mentális egészségpolitika és a jogalkotás átalakul abba az irányba, hogy lehetőséget teremtsen a mentális egészség problémákkal küzdő embereknek arra, hogy rendelkezzenek javaikkal, és vegyenek részt teljes mértékben a társadalmi és a családi életben a saját maguk által választott illetve az őket megillető módon.
2. Elfogadott, hogy a rokkantság és a fogyatékossága nem csupán a betegség következménye, hanem a mentális problémákkal küzdő emberek kapcsolatainak eredménye is, valamint külső attitűd-béli és környezeti akadályoké. A Fogyatékos Emberek Jogairól szóló ENSZ Egyezménynek (CRPD) megfelelően szükség van arra, hogy a kormány és az intézmények nyújtsanak szociális, gazdasági és jogi támogatást, aminek a segítségével a mentális fogyatékossággal élő emberek gyakorolhatják állampolgári jogait.
3. A mentális egészségügyi ellátó rendszer lényegesen hozzájárul ennek eléréséhez, hiszen a jó közösségi ellátás javítja a szociális bevonódást és elősegíti a gyógyulást. Ezt csak olyan ellátásokkal és tevékenységekkel lehet elérni, melyek felhatalmazzák az egyént, valamint a közösségeket, hogy megvalósítsák lehetőségeiket, miközben védelmezik és fejlesztik emberi jogait.
4. Ez a megközelítés elkötelezettséget jelent a szociális igazságosság és egyenlőség alapvető értékei felé. Erős eszköz is, melyen keresztül az egészségügyi ellátó rendszer javítani képes az egyén és a népesség egészségét, valamint csökkenti a szociális és egészségi egyenlőtlenségeket.
5. Minden lépést meg kell tenni az önkéntes felvétel és kezelés, a kényszerítés elkerülése érdekében, egyidejűleg garantálni kell a nemzetközi és nemzeti emberi jogi eszközöket. Erős garanciákra van szükség az emberi jogok védelmére, beleértve nem önkéntes felvételek és kezelések dokumentálását; felül kell vizsgálni a körülményeket,

amelyekben a személyi szabadságot korlátozzák, és hozzáférhetővé kell tenni a panasz-eljárásokat, független jogi tanácsadást és más támogatásokat.

6. Az emberi jogi megközelítés megköveteli annak a megértését és elemzését, hogy az egyenlőtlenség, a diszkrimináció milyen hatással van a mentális problémákkal küzdő emberekre, akár az egészségügyi ellátórendszeren belül, akár azon kívül. Az ilyen egyenlőtlenség, stigmatizáció és diszkrimináció egyes csoportok számára – beleértve azokat, akik etnikumuk, nemük, szexualitásuk, koruk, vallásuk, menekült státuszuk, szociális-gazdasági státuszuk és fizikai és/vagy mentális fogyatékoságuk alapján kategorizálnak - nehezzé vagy lehetetlenné teheti, hogy hozzáférjenek a kellő mentális és fizikai egészségügyhez.

A WHO MHAP által kidolgozott kimenetek

1. A mentális problémákkal küzdő emberek számára garantált minden emberi jog és védelem a diszkrimináció ellen.
2. A mentális egészség problémáktól szenvedő emberek számára a teljes állampolgári jogok biztosítása más emberekkel egyenlően, számításba véve azokat az eszközöket, amelyek az esetleges fogyatékoságok kompenzálásához szükségesek.
3. A nem önkéntes kezelésnek alávetett emberek számára szabad információáramlás és jogi tanácsadás.

Comment [h1]: Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum megjegyzése:

Minden pszichiátriai beteget ellátó/szolgáltató legyen köteles a betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselők, valamint a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum elérhetőségeit jól láthatóan elhelyezni

Comment [h2]: Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum megjegyzése:

A mondat befejezésére a következőt javasoljuk: a teljes állampolgári jogok gyakorlása feltételeinek biztosítása.

A WHO EU MHAP által javasolt beavatkozások

- II.1. Adoptálni vagy korszerűsíteni politikákat és a jogalkotást a ratifikált egyezményeknek és egyéb elfogadott nemzetközi dokumentumoknak megfelelően, biztosítva az emberi jogokat és a mentális egészségi problémákkal összefüggő diszkrimináció elleni védelmet.
- II.2. Az egyenlőtlenségek és diszkrimináció kezelése a mentális egészségügyi ellátásokhoz való hozzáféréssel és azok igénybevételével kapcsolatban.
- II.3. Minden érintettet és családtagot el kell látni megfelelő információkkal, hozzáférhető formátumban, a jogaikról, a gondozási standardról és kezelési alternatívákról.
- II.4. Létre kell hozni olyan mechanizmusokat, amelyek a mentális egészség problémákkal élők számára lehetővé teszik, hogy részt vehessenek a mentális egészség politikák és ellátások megtervezésében, nyújtásában, monitorozásában és értékelésében.
- II.5. Az érintettek és a családi támogató csoportok lehetőségét növelni kell, beleértve az anyagi támogatást is, erősíteni kell érdekeik érvényesítésének lehetőségeit.
- II.6. Ingyenes jogi tanácsadást kell biztosítani a nem önkéntesen intézetbe felvett emberek számára.

Comment [h3]: Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum:

A civil és jogvédő szervezetek támogató tevékenysége e téren is elengedhetetlen.

Comment [h4]: Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum:

A betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselő intézményét is kellene fejleszteni -> főállású legyen és az intézményben tartózkodjon kb. napi 8 órában vagy 4 órában azért, hogy könnyebben elérhető legyen, mert jelenleg nem az és emiatt formálisnak tűnik a szerepük, illetve tájékoztatókat kellene kitenni, hogy hol kaphatnak gyors, hatékony jogi segítséget. A fenti képviselők elérhetősége mellett az országos pszichiátriai érdek és emberi jogi védelem civil elérhetőségével együtt.

III. cél: A mentális egészségügyi ellátás hozzáférhető és megfizethető, a közösségben az igényeknek megfelelően elérhető

1. A közösségi mentális egészségügyi ellátás középpontjában nem csupán a mentális zavarok kezelése áll, hanem a remény felébresztése és olyan lehetőségek biztosítása a mentális egészség problémákkal küzdő emberek számára, melyek segítik a felépülésüket. A bio-medikális, a társadalmi-gazdasági, a kulturális és pszichológiai aspektusok mind egyenlően fontos szerepet töltenek be a teljes élet elérésében.
2. Olyan stratégiák és/vagy akciótervek kidolgozása és elfogadása, amelyek célja az, hogy a hangsúlyt az intézményi pszichiátriáról áthelyezzék a közösségi alapú mentális egészségügyi ellátásra. A pszichiátriai ágyak száma jelentősen csökkent, a további csökkentés nem indokolt. Azonban a területi egyenlőtlenségek csökkentése egyes esetekben decentralizációt, míg a valóban progresszív ellátórendszer kialakítása, hiányos-hiányzó (szub)specialitások kialakítása ugyanakkor centralizációt jelent.
3. A pszichiátriai gondozók keretében és decentralizált bővítésével olyan helyi, közösségi alapú, a hazai és nemzetközi protollokban ajánlott, pszichoterápiát is magába foglaló pszichiátriai és szociális intervenciót is biztosító ellátást hozunk létre, amelyek az ellátandó terület igényeihez, a közösség demográfiai, morbiditási mutatóihoz, és egyéb helyi sajátosságaihoz igazodnak.

Az ilyen alapon szervezett ellátás képes integrálni a helyben releváns információkat, ellátási formákat és eszközöket, támogatni az önségítést, a családtagok bevonását és támogatását. Ez a rendszer jelenti az elsődleges gondozást a gyakori mentális egészség problémák ellátásában, a közösségi alapú prevenciót, illetve a súlyos és/vagy komplex mentális egészségügyi problémákkal küzdők pszicho-szociális rehabilitációját. Ezen okok miatt a gondozói hálózat szerkezet átalakítását az alapellátáshoz, a területhez való közelítésben és nem az intézményi integrációban kell megvalósítani. Az ambuláns ellátáshoz közösség közeli, kisebb fekvőbeteg osztályok kapcsolódnak az általános kórházakban azok számára, akiknek olyan intenzív ellátásra van szükségük, amely ambulánsan nem biztosítható. A speciális, ritkábban előforduló állapotok, a terápia rezisztens, illetve egyéb okokból specializált ellátást igénylők számára regionális/országos központokban kell megszervezni az ellátást, ideértve a forenzikus ellátást és a magasabb biztonsági fokozatú intézményeket is.

4. Sok betegnél több egészségprobléma jelentkezik, a mentális zavarok gyakran egymással és/vagy szomatikus problémákkal társulnak, közismerten magas a komorbiditás. Ezek az esetek komplexebb megközelítést kívánnak, szakma- és ágazatközi, valódi partnerségen alapuló együttműködést igényelnek. A megfelelően fejlesztett járóbeteg ellátás, beleértve a nappali kórházi rendszert is, segítheti a mentális betegségekhez kapcsolódó testi betegségek és szövődmények korai felismerését és kezelését.
5. A gyermekek és a fiatalok, valamint az idősek esetében felmerülhetnek a korral összefüggő speciális fejlődési-, illetve neuro-pszichiátriai problémák, melyek speciális

szakértelmet, beavatkozásokat, ellátási formákat kívánnak meg. A gyermek-pszichiátriai vagy időskori ellátások olyan speciális ellátások különleges képzettségű szakemberekkel, amelyek szorosan együttműködnek a családokkal és a szociális szektorral. A korspecifikus szakellátásokat, beleértve a közösségi ellátásokat is úgy kell fejleszteni, hogy azok a rászorultak számára a lakóhelytől függetlenül elérhetőek legyenek. Létre kell hozni a gyermek és serdülő addiktológiai szakellátást. A gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás fejlesztése, és sürgősségi ellátás hálózatának megteremtése szükséges. Az ambuláns ellátás fejlesztését elsődlegesen azokban a régiókban kell biztosítani, ahol ennek a korosztálynak gyakorlatilag nem áll rendelkezésére szakellátás. Konzultatív gyermekpszichiátria megteremtése a gyermekvédelmi intézményekben.

6. A mentális ellátás megfelelő színvonala kizárólag a kompetens szakemberek elégséges létszámával és megfelelő összetételével biztosítható. Az ellátási struktúra és gyakorlat változásai a munkaerő létszámának és a stáb megfelelő szakemberekkel történő összeállításának változtatását kívánja meg az ellátás minden szintjén.
7. Az alapvető mentális ellátások térítésmentesek, illetve olyan alacsony térítéssel vehetők igénybe, amelyek mellett a legelesettebbek számára is biztosított azok elérése. Egyes speciális ellátásokkal kapcsolatban is biztosítani kell a rendszernek azt, hogy az egész népesség számára elérhető legyen a megfelelő ellátás.

A WHO MHAP által kidolgozott kimenetek

1. A mentális ellátásokat úgy szervezik, hogy lehetővé tegyék a (normális) életet a társadalomban és létrejöjjön egy olyan ellátási spektrum, amely integrálja a speciális mentális és a generikus ellátásokat.
2. Az alapellátás képes a mentális zavaroktól szenvedő emberek helyes diagnosztizálására, alapvető kezelésére, szükség esetén referálására.
3. A közösségi alapú mentális ellátás, a pszichiátriai járóbeteg szakellátás és gondozás a társadalom minden csoportja számára elérhető.
4. Olyan fekvőbeteg ellátó rendszer alakul ki, amelyben minden beteg számára biztosítható a megfelelő ellátás, a közösség-közelis osztályoktól kezdve a magasan specializált centrumokig, ide értve a területi egyenlőtlenségek felszámolását is. A fekvőbeteg intézményekben megfelelő tárgyi feltételeket biztosítanak ahhoz, hogy a környezet maga is terápiás tényező legyen. A fekvőbeteg ellátás alapvetően 100 ágynál kisebb kórházi osztályokon zajlik.
5. A krónikus mentális egészség problémával küzdő emberek is teljes jogú állampolgárként élhetik életüket.
6. A mentális ellátás minden korcsoportról megfelelően gondoskodik.
7. A család kapacitását és igényeit rendszeres időközönként felméri, képzést és támogatást nyújtanak nekik.

8. Jól képzett munkaerő megfelelő létszámban és összetételben elérhető az ellátás minden szintjén.
9. A mentális ellátások hozzáférhetőek tisztességtelen, diszkriminatív anyagi korlátok nélkül.

A WHO EU MHAP által javasolt beavatkozások

- III.1. Olyan alapellátás létrehozása és működtetése, amely alkalmas arra, hogy a mentális problémákkal küzdő emberek elsődleges belépési pontja lehessen az egészségügyi ellátásba, és amely képes a leggyakoribb mentális zavarok rutinkezelésére.
- III.2. Könnyen elérhető közösségi alapellátás, közel a legveszélyeztetettebb csoportokhoz, ide értve a legfontosabb támogató szolgáltatásokat is.
- III.3. Speciális programok kidolgozása, elfogadása és működtetése a veszélyeztetett csoportok számára, mint például a szegény kisebbségi csoportok vagy a hajléktalanok.
- III.4. Olyan, az életkoruknak megfelelő közösségi ellátás kialakítása és működtetése a fiatalok számára, amely egyaránt alkalmas arra, hogy korai intervenciót nyújtson valamely súlyos mentális zavar első epizódjakor, majd folyamatos támogatást nyújtson a beteg számára.
- III.5. Olyan pszichiátriai egységek kialakítása, amelyek terápiás hatású környezetet jelentenek, biztosítják a magánélet tiszteletben tartását, ide értve a nemi különülést is a hálósobák, WC-K, fürdőszobák tekintetében. Olyan személyzet biztosítása, amely egyéni és hatékony kezelés nyújtására képes a méltóság tiszteletben tartásával. Mindez feltételezi a minimum-feltételek módosítását és a finanszírozás átalakítását.
- III.6. A forenzikus pszichiátriai ellátást az egészségügyi ellátó rendszerbe kell integrálni, azonban a személyzet speciális képzésére és speciális tárgyi feltételekre van szükség.
- III.7. Azonosítani és támogatást kell nyújtani azoknak a családoknak, akik hosszas ápolást kívánnak, beleértve az oktatást, az időszakos ápolási segítséget és a megfelelő támogatást, legalább olyan mértékig, amennyivel a közösség költségeit csökkentik.
- III.8. Bizonyítékokon alapuló antistigma tevékenységek folytatása a közösségben, különösen megcélozva azokat az embereket, akik hatással lehetnek a diszkriminációtól szenvedők életére.

Comment [CEPd5]: Harangozó Judit: szervezettefejlesztés, minőség-ellenőrzés is szükséges.

Comment [h6]: Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum:
Ha tv-riportban vagy újságban hangzott el, jelent meg stigmatizáló kijelentés, akkor a következő számban az „elkövetők” kérjenek elnézést és tegyenek helyreigazítást és tegyék közzé a PÉF, mint szakértő szervezet álláspontját a problémás kijelentésről (ez a személyiségi jogi sérelmek egyik lehetséges és legkevésbé problematikus reparációja lehet).

IV. cél: Az emberek jogosultak tiszteletteljes, biztonságos és hatékony kezelésre, részt vesznek a döntésekben.

1. A szakemberek és a betegek kapcsolata szerves része a mentális egészségügyi ellátásnak. A mentális egészségügyi ellátó rendszereket megtervező és működtető

stábnak szem előtt kell tartania azt az örökséget, hogy a közösség nem bíz az ellátó rendszerben, sőt, fél tőle. Ha az emberek és családjaik bíznak abban, hogy garantált a méltóságuk és biztonságuk, **nem éri őket stigmatizálás és diszkrimináció, embertelen bánásmód, illetve elembertelenítő intézményi kultúra.** Csak akkor fogják bizalommal felkeresni a mentális egészségügyi szolgálatokat és folyamatosan igénybe venni a szolgáltatásaikat.

2. A mentális egészség problémákkal küzdő embereket is megilleti az a jog, hogy olyan kezelésben részesüljenek, amely megfelel a legjobb bizonyítékoknak, ide értve a biológiai, pszichológiai és szociális kezeléseket egyaránt. Támogatni kell az egészségügy bevezetését és a szakemberek képzését ezen a területen.
3. A betegeknek és családjuknak bíznia kell abban, hogy a kezelés megválasztásának egyetlen kritériuma, hogy mi szolgálja legjobban az egészségüket. A kezelést nyújtók esetleges érdekütközéseinek teljesen átláthatóaknak kell lenniük a közösség számára, ide értve minden anyagi ösztönzést, amely ösztönözhet bizonyos termékek rendelésére, legyen az fizetés, bónusz vagy bármilyen más juttatás.
4. A bizonyítékokon alapuló, biztonságos és humánus beavatkozások és kezelési lehetőségek fejlődését tükröznie kell a képzésekben és továbbképzésekben, valamint a szakemberek minősítésében. A hazai szakemberképzésnek és minősítési eljárásoknak figyelemmel kell lennie az európai standardokra, **beleértve a szakemberképzés körüli érdekek transzparenciáját is.**
5. Az ellátó személyzet közismerten túlterhelt, gyakran nem megfelelő munkakörülmények között dolgozik, részben ezzel összefüggésben számára nem teljesíthető elvárásokkal, szerep zavarokkal, stigmatizációval, diszkriminációval szembesül. Csak „felhatalmazott”, magát megbecsülnék érző munkaerő képes tiszteletteljes és felhatalmazó gondoskodást nyújtania a betegek és családtagjaik számára. Ehhez a kellő számú, megfelelő összetételű stábon, elfogadható munkakörülményeken kívül támogató, felelősségteljes, **képzett, ismereteiben és tapasztalataiban a vezetésre felkészült vezetőkre, és a komplex bio-pszicho-szociális modellt tükröző, egyénre orientált szervezeti kultúrára van szükség.**

A WHO MHAP által kidolgozott kimenetek

1. Minden beavatkozás – legyen orvosi, szociális vagy pszichológiai – terápiás értékű, személyre szabott, tiszteli az ellátásban részesülők és a családtagok méltóságát és preferenciáit.
2. A hatékony kezelés a hatékonyság és tisztesség alapelve mentén elérhető mindenki számára.
3. A munkaerő kellőképpen képzett, kompetens és magas morális szintet tart fenn.
4. **Nemzetközi kooperáció jön létre a kormányok, a szakmai szervezetek és a felhasználókat képviselő szervezetek között annak érdekében, hogy a**

lehetőségekhez képest egységes képzést, kompetenciákat és ellátási színvonalat alakítsanak ki.

5.

Comment [h7]: Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum:

Ebből a pontból a felhasználók kimaradtak, bár ott a helyük

Comment [h8]: Ébredések Alapítvány:

Ajánlott 5. pont:

A segítő szervezetek felépülés-alapú szervezeti kultúrát vezetnek be.

A WHO EU MHAP által javasolt beavatkozások

- IV.1. Olyan szakigazgatási struktúrát kell kialakítani, amely elősegíti, biztosítja és ellenőrzi, hogy a betegek hatékony, biztonságos és etikus ellátásban részesüljenek.
- IV.2. Az ellátás felhasználói részt vesznek a döntéshozatalban, különösen a prioritásokkal, fejlesztésekkel és az innovatív, hatékony beavatkozások alkalmazásával kapcsolatban, mind a rendszer szintjén, mind pedig egyéni szinten.
A mentális problémával élő felhasználók számára képzést és alkalmazási lehetőségeket kell biztosítani a gyógyító, képző- és kutatóhelyeken, valamint a döntéshozásban.
- IV.3. Minden gyakorlatot a szakmai társaságok által megerősített szakmai és etikai standardok szerint kell működtetni.
- IV.4. A mentális egészséggel kapcsolatos kompetenciákat minden orvosi és más szakmai csoport egyetemi képzésébe be kell építeni, és folyamatosan olyan továbbképzést kell nyújtani, hogy az ellátórendszer tagjai képesek legyenek az új gyakorlatok alkalmazására és alkalmazkodni a változásokhoz.
- IV.5. Az ellátás minden szintjén biztosítani kell a megfelelő kompetenciákkal rendelkező szakembereket, a folyamatos továbbfejlődési lehetőséget, stimuláló munkakörnyezetet, és előremozdító etikai standardokat. Külön figyelmet érdemel a modern szemléletű, felépülés alapú szervezeti kultúrát, asszertív szervezeti kommunikációt biztosító vezetőképzési és szervezetfejlesztési elemek kialakítása, megerősítése.

V. cél: Az egészségügyi rendszer jó fizikai és mentális egészséggondozást nyújt mindenkinek

1. A mentális egészség problémák adta súlyos betegség-teherhez hozzá kell adnunk a mentális és a fizikai (rossz) egészség komorbiditását és kölcsönhatását. A szív-érrendszeri, a rákos és a diabéteszes betegek nagy aránya szenved depresszióban, ami jelentősen növeli a halálozási arányukat. A krónikus, nem fertőző betegségek és más betegség-csoportok pedig a mentális zavarok kockázati tényezői.

2. A súlyos mentális zavarokban szenvedők (ilyen a szkizofrénia, a bipoláris zavar vagy a súlyos depresszió) várható élettartama 20-30 évvel rövidebb, mint az átlag népességé. A magas mortalitás 60%-a rossz testi egészségi állapotuknak tudható be. Ezek a betegek az általános népességnél kevésbé profitáltak az iszkémiás szívbetegség, a rák és a diabétesz prevenciójában és kezelésében bekövetkezett kedvező trendekből még a fejlett országokban is.
3. A mentális zavarokban szenvedők rossz fizikai egészségi állapota részben olyan kockázati tényezőknek tudható be, mint a dohányzás, a fizikai inaktivitás, a diétahibák, az alkohol- és droghasználat. Néhány pszichotróp gyógyszer nem kívánt hatása lehet a metabolikus szindróma, az elhízás és a 2. típusú diabétesz. Azonban az egészségügyi ellátáshoz és a szolgáltatások (folyamatos) igénybevételéhez való hozzáférésben mutatkozó egyenlőtlenségnek is komoly szerep jut a betegek magasabb halálozási arányában és a mortalitási arányok közötti különbség növekedésében. Ezt a különbséget és az ellátáshoz való hozzáférés terén mutatkozó egyenlőtlenségeket csökkenteni kell. Ugyanakkor a mentális zavarok számos testi betegség kockázati tényezői. Különösen a depresszió gyakori a kardiovaszkuláris betegségben, diabéteszben és daganatos betegségekben szenvedőknél, ráadásul ezeknél a betegeknél az aluldiagnosztizálás és az alulkezelés még inkább jellemzi az ellátást. A rossz mentális egészség rontja számos testi betegség lefolyását és végkimenetelét. Negatívan befolyásolja az adherenciát és jelentősen hozzájárul a rokkantság kialakulásához és az életminőség romlásához. **A jól koordinált egészségügyi és szociális ellátás javítja e betegségek kórlefolyását, kimenetelét és az azokkal élők életminőségét.**

A WHO MHAP által kidolgozott kimenetek

1. A mentális egészség problémákkal küzdő emberek számára ugyanolyan várható élettartamot kell biztosítani, mint a hasonló korú és nemű embereknél az átlag populációban.
2. A mentális egészség problémákkal küzdők számára az átlag populációval megegyező hozzáférést kell biztosítani a szomatikus ellátásokhoz, különös tekintettel a kardiovaszkuláris betegségek, a diabétesz, a rák ellátás és a fogászati ellátás terén. A szomatikus ellátás minőségének ugyanolyannak kell lennie, mint amilyenben az általános népesség részesül.
3. A mentális zavarokban szenvedő, szomatikus komorbiditású betegek testi betegségeit felismerik és azok megfelelő kezelésben részesülnek.

A WHO EU MHAP által javasolt beavatkozások

- V.1. A súlyos mentális zavarokkal élők prioritási csoportot jelentenek a releváns stratégiákban.
- V.2. Biztosítani kell, hogy minden ember ugyanolyan minőségű szomatikus és mentális ellátásra legyen jogosult.
- V.3. Anti-diszkriminációs jogalkotásra van szükség és olyan kezdeményezéseket tenni, amelyek elősegítik a mentális zavarban szenvedők szomatikus ellátását, különösen sürgős szükség esetén.
- V.4. Az intézményekben kezelt mentális zavarban szenvedők egészségi paramétereit, kockázati tényezőit és a gyógyszerek nem kívánt hatásait folyamatosan monitorozni kell.
- V.5. A mentális zavarokban szenvedőknél az oktatásba és a kezelési programokba be kell építeni az életmód-változtatást.
- V.6. A háziorvosokat megfelelően ki kell képezni a szomatikus betegeknek fennálló komorbid depresszió és szorongás felismerésére és rutin kezelésére.

VI. cél: Mentális egészségi rendszerek jól koordinált partnerségben működnek együtt más szektorokkal, kapcsolódnak más stratégiákhoz

1. A mentális egészség és a mentális zavarokban szenvedők megfelelő ellátása, kezelése szempontjából elengedhetetlen a különféle ellátások valódi partnerségen alapuló, jól koordinált együttműködése. Olyan ellátás szervező szerveket kell kialakítani, amelyek meghatározzák az ellátásban részt vevők kompetenciáinak megfelelő feladatokat, felelősségeket, megszervezik a megfelelő koordinációs rendszert a különféle területi és egyéb alapokon szerveződő, különféle ágazatokhoz tartozó szolgáltatások között. Magyarországon a hatályos jogszabályok a közösségi pszichiátriai ellátást csak szociális szolgáltatásként ismerik, ez teljes mértékben ellentmond az európai szabályozásnak és gyakorlatnak.
Úgy kell alakítani a szabályozást, a szolgáltatók megszervezését, kompetenciáik, ellátásban vitt szerepük, felelősségük meghatározását, és a finanszírozásukat, hogy egyrészt világosan felismerhető legyen a közösségi pszichiátria, mint egészségügyi ellátás és a mentális zavarokban szenvedők közösségi ellátása, mint szociális ellátás, és a két ellátási terület szoros együttműködése a területen tevékenykedő civil szervezetekkel együtt.
2. Egységes értékelési rendszert kell kialakítani a különféle ágazatok szolgáltatói számára annak érdekében, hogy egységes rendszerben bírálják el, melyik felhasználó számára melyik szolgáltatás típus, illetve mely szolgáltatások kombinációi jelentik az optimális ellátást. A ma meglehetősen bonyolult „betegutakat” és a párhuzamos szolgáltatásokat egyszerűsíteni kell. Növelni kell a különféle típusú szolgáltatóknál dolgozó szakemberek ismereteit az alternatív szolgáltatásokkal, szolgáltatókkal kapcsolatban egyrészt hogy ennek alapján javuljon a felhasználók átirányításának, másrészt a különféle szolgáltatóknál működő szakemberek közötti együttműködésnek a hatékonysága.

Comment [h9]: Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum:

Az alábbiakkal egyetértünk, azonban a háziorvosokat érzékenyíteni és továbbképezni szükséges, mivel viszonylag könnyen felismerhető, de nagyon gyakori problémáról van szó és rengeteg felesleges beutalás és vizsgálat történik azért, mert a háziorvos nem ismeri fel a szomatikus tünetek hátterében álló valós indikációt és diagnózist. Ez amellet, hogy veszélyes, nagyon sokba kerül az államnak

3. A mentális egészség, a közegészségügy és a szociális szolgáltatások finanszírozása különböző forrásokból és költségvetési rovatokból származik, melynek eredményeképpen eltérő kifizetési és visszatérítési szabályok érvényesek. Ezen eltérő szabályok akadályozhatják a jó gyakorlatok kialakulását. Meg kellene állapodni a finanszírozást lebonyolítók között a támogatások új módozataiban, akár tételek, költségvetési források összevonásával, ezzel javítva a hatékonyságot és méltányosságot. **Néhány Minden területen a szolgáltatások felhasználói és családjaik valamint az őket képviselő országos érdekvédelmi szervezetek** vannak abban a helyzetben, hogy meg tudják határozni a források hatékony és eredményes felhasználását. Ehhez biztosítani kell számukra a kellő jogosultságot is.

A WHO MHAP által kidolgozott kimenetek

1. A mentális zavarokban szenvedők megkapják mindazokat a juttatásokat és ellátásokat, amelyekre jogosultak.
2. A páciensek az integrált értékelési-(át)írányítási folyamatok segítségével hozzájutnak a számukra optimális ellátáshoz, beleértve a speciális ellátásokat is.
3. A finanszírozás megfelelően ösztönzi a hatékony ellátást.
4. A felhasználók és családtagjaik tapasztalatait felhasználják a források megfelelő allokációjához.

A WHO EU MHAP által javasolt beavatkozások

- VI.1. Specifikálni kell az alapellátás és a mentális ellátásban működő szolgáltatók szerepét, feladatait, kötelezettségeit, kompetenciakörét.
- VI.2. Biztosítani kell, hogy a jóléti, foglalkoztatási, lakhatási és oktatási lehetőségek meghatározásában a megfelelő mentális egészségi szolgálatok kompetensek.
- VI.3. Egységes értékelési-(át)írányítási eljárásokat kell kialakítani a különféle szolgálatok között, ide értve a különböző ágazatok égisze alatt működő szolgálatokat is.
- VI.4. A szoros partnerségben működő szolgáltatók számára az együttműködést ösztönző finanszírozási módszereket kell kialakítani és működtetni.
- VI.5. **Átlátható, előrelátható és tervezhető költség-alternatívák nyújtásával lehetőségeket kell adni a felhasználók és/vagy családjaik számára, hogy az anyagi terhelés szempontjából is megtervezhessék saját ellátásukat.**

VII. cél: A mentális egészségügy irányítását és a mentális egészségügyi ellátást helyes információk és tudás vezérlik.

1. A mentális ellátó rendszer minden szintjén és a társadalom mentális egészségének megbízható felméréséhez pontos, releváns és kellően friss tudás és információ elengedhetetlenek a népegészségügyi intervenciók hatékonyságának megítéléséhez, az ellátásban az egyenlőség, a hatékonyság, a hatásosság biztosításához; a humán erőforrás

Comment [h10]: Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum:
Pontos lehet a felhasználók munkatársként való alkalmazásának lehetősége.

Kurimay: Támogatva a PÉF álláspontját, kapcsolódás szükséges a foglalkoztatási rehabilitációhoz, a védett és támogatott munkahelyekhez. Munkaügy....

létszámának, eloszlásának és migrációjának követéséhez és az innovációval elért nyereség értékeléséhez.

2. A különféle érdekeltek, rendszerek különböző adatokat igényelnek. Egy olyan szerteágazó területen, mint a mentális egészség, szükség van bizonyos egészségi, társadalmi-gazdasági valamint környezeti változókkal kapcsolatos adatok inputjára, feldolgozásra, outputjára és eredményeire. Az adatokat csak akkor érdemes kérni, ha megbízhatóan lehet gyűjteni őket és az eredmények értelmesen felhasználhatók, mivel az értelmetlen, nem használható információ-igénylés a betegek gondozásától veszi el a kapacitásokat és az ellátók demoralizációjához vezet.
3. Az átláthatóság és elszámoltathatóság nagyon fontos, továbbá, hogy kimutatható és fenntartható legyen a mentális egészségi ellátás biztonságossága és minősége, valamint a felhasználók és családtagjainak jogbiztonsága.
4. Az innovációhoz kutatásra, illetve magas szintű technológia transzferre van szükség, hogy értékeljék az innováció hatékonyságát, és azonosítsák a lényeges komponenseket, majd terjesszék a döntéshozók között.
5. A megbízható információgyűjtést és (az egységes) értelmezést akadályozza az időnként zavaros terminológia, melyet a mentális egészség területén használnak. Sok kifejezés nem egyértelmű, ezért konszenzusra kell jutni a fogalomhasználatban és a definíciókban.

A WHO MHAP által kidolgozott kimenetek

1. A kimeneti indikátorokat a célközönség szükségleteinek megfelelően választják meg és interpretálják.
2. A minőséget és a biztonságot függetlenül vizsgálják, bevonva a felhasználókat és családtagjaikat.
3. A kutatást koordinálják, az eredményeket továbbítják a potenciális felhasználóknak.
4. A személyzet létszáma, elosztása és motivációik ismertek.
5. (Nemzetközi) egyetértés a terminológiában és a definíciókban.

A WHO EU MHAP által javasolt beavatkozások

- VII.1. Az EU MHAP indikátorainak elfogadásán alapuló munka.
- VII.2. A pszichiátriai betegségek ellátásának a minőségét és az ellátottak jogainak érvényesülését az ellátóktól független szervek ellenőrzik, átlátható jelentéseket készítve.
- VII.3. Lépéseket tesznek annak érdekében, hogy megosszák az információkat a szakemberek és a különböző, érdekelt, szervek között, miközben megvédik az egyének jogait (titoktartás).
- VII.4. Támogatják a kutatást, fejlesztik a kapacitásokat a szükségletek felmérése, a hatékony innováció és mentális ellátás kimeneti változóinak értékelése érdekében.

VII.5. A felhasználókat és családtagjaikat a minőségellenőrzés integráns részeivé kell tenni.

Comment [h11]: Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum:
illetve a területen működő civil szervezeteket is!

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Átfogó Lelki Egészség Cselekvési Terv 2013-2020 dokumentum I. célkitűzése: „A hatékony vezetés és kormányzás megerősítése a lelki egészség érdekében.”

Országspecifikus célok:

1. A lelki egészségfejlesztés, illetve lelki egészségvédelem, mint szemléletmód és stratégiai cél bevezetése és meghonosítása a közszolgálatban: az államigazgatásban és az önkormányzati igazgatásban, illetve igazságszolgáltatásban egyaránt, - a döntéshozatal, a végrehajtást, a belső és külső kommunikációt egyaránt beleértve (lásd általános célok is),
2. A helyi közösségek, az egyházi és a civil kezdeményezések, az önszerveződés, a megvalósult jó gyakorlatok támogatása, helyzetbe-hozása kormányzati/önkormányzati szinten (lásd általános célok is),
3. A makro- és mikroközösségek lelki egészségének, az egészségtudatos magatartás elsajátításának, fejlesztésének prioritásait és így a Programban megvalósítandó fejlesztés sorrendjét meg kell határozni,
4. A leszakadó térségek reorganizációjának támogatása, a kisebbségek és hátrányos helyzetű rétegek és csoportok helyzetbehozása a társadalmi felzárkózás támogatására és a hátrányos helyzet csökkentésére,
5. Hálózatiságra, jól összehangolt partnerségre és team-munkára épülő területi együttműködések ösztönzése az ágazatok és szektorok között,
6. A humanisztikus, személy- és közösség központú megközelítés és szolgáltatások támogatása és erősítése kívánatos a humán hivatások minden területén, a felépülés központú értékvilág megjelenítése a segítő szakterületeken,
7. Humanisztikus elvek érvényesítése a jogalkotásban és határozathozatalban,
8. Az evidencia-alapú döntéshozás alapjait a tudományos és tapasztalati evidenciákra alapozott, megvalósult jó gyakorlatok adják, melyek adaptációja indokolt (Ld. a GYEMSZI irányelv-fejlesztési koncepcióját és munkáját, ill. a Szociális és Családügyi megújult minimum sztemderdeket),
9. A jövő generációjának lelki egészség fejlesztése családokban, nevelési-oktatási intézményekben, továbbá egyéb nevelési, közművelődési, valamint gyermekvédelmi intézményekben, és a sport, a közösségi kultúra, az egyházak keretei között, a mindennapi élet tevékenységeinek részeként,
 - o Az óvoda és az iskola másodlagos szocializációs, nevelő, világkép-formáló funkciójának erősítése, az iskolai közösségek építését célzó programok támogatása, az egészséges iskolai mikrokörnyezet segítése mind a pedagógusok, mind a gyermekek és tanulók tekintetében,
 - o A pedagógusok és a segítő foglalkozásúak lelki egészségvédelemmel összefüggő szemléletének, tudásának és a lelki egészséget támogató környezet kialakítására való képességének, hivatás-személyiségének fejlesztése, karbantartása, részben saját

mentálhigiénéjük fenntartása, részben a diákok lelki egészségének megőrzése és növelése érdekében.

o A közművelődés és felnőtt-nevelés megújítása,

10. Lelki egészséget értéknek tekintő közgondolkodás és Média aktivitás elősegítése,
11. Az EMMI ágazatokhoz tartozó intézményi kultúra és kommunikáció humanisztikus szempontú felülvizsgálata és továbbfejlesztése,
12. A gyakori jogszabályváltozások elkerülése, biztos és kiszámítható jogrendszer kialakítása. Az alapvető kérdésekben építő párbeszéd és ennek eredményeképp nemzeti konszenzus kialakítása.

IV. Beavatkozási területek és eszközök azonosítása

A Nemzeti Lelki Egészség Stratégia megvalósulását szolgáló beavatkozások és feladatok a csatolt mellékletekben kerültek összefoglalásra.

Szükséges meghatározni a tervezett beavatkozások prioritási sorrendjét. Tisztázandó, hogy mely intézkedésekre kerülne sor országosan már 2015-től és melyek lennének azok, amelyek 2018-tól kerülnének országosan bevezetésre. Az országos intézkedések mellett átfogó, komplex intézkedés csomag – települési, járási, stb. lelki egészség terv keretében - valósulna meg pilot programként, valamennyi település típust, illetve a járási, megyei, regionális szintet reprezentálva 2015-től, melyek országos kiterjesztésére sor kerülhetne 2018-tól. Fontos a helyi közösség lelki egészség fejlesztési, prevenciós, ellátási és rehabilitációs fejlesztési szükségleteinek figyelembe vétele és célzott támogatás, fejlesztés biztosítása.

Partnerek

- **Nemzeti program:** a személy, a család és a közösség fejlesztésében résztvevő valamennyi országos hatáskörű partner: valamennyi EMMI ágazat, további tárcák, háttérintézmények (pl. Nemzeti Művelődési Intézet) külső szakmai (pl. vidékfejlesztési), civil, egyházi partnerek, média, gazdasági szereplők, különböző hálózatok (pl. Magyar Nemzeti Vidék Hálózat)
- **Járási, települési, regionális lelki egészség program:** az ember fejlesztésében résztvevő valamennyi ágazat helyi képviselői – egészségügyi-, szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi-, köznevelési-, felsőoktatási-, sport-ifjúságügyi, közművelődési-, kulturális-szolgáltatók és intézmények – államigazgatás és önkormányzati igazgatás, szakmai, civil, egyházi, laikus partnerek, Egészségfejlesztő Irodák (EFI) és Lelki Egészség Központok (LEK), helyi média, önszerveződő, önszervező programok, gazdasági szereplők (lásd még: másodlagos célcsoport)

Célcsoportok

Elsődleges célcsoportok

- A lelki egészség fejlesztése és az elsődleges megelőzés szempontjaiból a lakosság széles csoportjai azokon a szintereken, ahol mindennapjaikat élik: gyermekek (intrauterin kortól, valamint kiemelten a veszélyeztetett kiskorúak, a hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek, beleértve a gyermekvédelmi szakellátásban élőket), serdülők, fiatalok, gyermeket váró nők, szülők, családok, idősek, fogyatékos személyek, hátrányos helyzetűek – mindennapi élettevékenységeik részeként;
- Háziiorvosi ellátást felkeresők
- Gyermekorvosi ellátásban vagy védőnői hálózatban regisztrált személyek
- Idős emberek
- Szegénységben, mélyszegénységben, közszolgáltatásokkal rosszul ellátott vagy azt alig igénybe vevő, szegregált település-részekben élők (pl. a roma emberek egy része). Helyi közösségek, téma/élethelyzet-, vagy betegségorientált csoportok;
- Életvezetési, élethelyzeti, párkapcsolati, szülő-gyermek kapcsolati, munkahelyi stressz okokból lelki egészséggel kapcsolatos tanácsadásra, támogatásra szoruló lakosok, illetve szomatikus betegségekhez társuló, vagy azokat előidéző pszichés problémákkal küzdő személyek, ahol még nincs kialakult mentális betegség, és annak kialakulása megelőzhető korai beavatkozással;
- Mentális egészségproblémával küzdő személyek, különösen az ellátásból kieső és az ellátáshoz hozzá nem jutó betegek, valamint családjaik, közösségeik ;
- Szenvedélybetegek gyermekei, illetve hozzátartozói,

Másodlagos célcsoportok

- Államigazgatás, önkormányzati igazgatás;
- Az egészségügyi és szociális alapellátásban, valamint az egészségfejlesztési irodákban és lelki egészség központokban dolgozó szakemberek;
- Lelki egészség fejlesztéssel foglalkozó, illetve lelki problémákkal találkozó szakemberek és laikusok;
- Mentális betegeket ellátó egészségügyi, szociális és gyermekvédelmi intézmények szakemberei, nevelőszülők, helyettes szülők és a velük együttműködésben dolgozó önszorgító és laikus, de képzett segítők csoportja;
- Pedagógusok a közvetlenül a gyermekekkel foglalkozó szakemberektől az intézményvezetők szintjéig,
- Szülők, befogadó szülők, nevelők az élet minden területén;
- a gyermekjóléti alapellátás munkatársai
- bölcsődei szakdolgozók
- védőnők
- Felsőoktatási intézmények oktatói, hallgatók családtagjai;
- Krónikus beteget ápoló házastársak, családtagok, hivatalos ápoló személyzet
- Haldoklókkal foglalkozó szakemberek (hospice dolgozók)
- Civil kezdeményezések; egyházak, vallási közösségek;

- Szabadidősport, versenysport;
- Közművelődés, önművelés, kultúra, művészet,
- Média, közélet fórumai.

Indikátorok

Mennyiségi indikátorok – kiinduló értékek és az elvárt 2020-as értékek részletezése javasolt

Szükség van kiinduló értékekre és 2020-as célértékekre. Amennyiben nem minden adat áll rendelkezésre, úgy lehet egy akció az indikátor fejlesztés/ gyűjtés, feldolgozás rendszerének kialakítása. Kimenet (output) és eredmény (outcome) idikátorok szerinti csoportosítás indokolt lehet.

- Azon járások száma, ahol Leleki Egészség Központ és mentális egészségügyi koordinátori hálózat létesül,
- Azon járások száma, ahol a pszichiátriai gondozók, közösségi ellátás és KEF továbbfejlesztése megvalósul,
- Azon nevelési-oktatási, felsőoktatási és gyermekvédelmi intézmények száma, ahol a lelki egészséget fejlesztő működési mód megvalósul, és az intézmények óvoda- és iskolapszichológusi ellátottsága (gyerekszám/iskolapszichológus a tankerületi járás szintjén és országosan),
- A nevelési kompetenciát fejlesztő tréningen résztvevő szülők és nevelőszülők száma,
- Krízis intervenciók csapata létrehozása és működtetése: azon megyék száma, ahol telefonos lelki elsősegély szolgálat megvalósult, összekapcsolva mobil teammel és krízis intervenciók egységgel,
- Azon megyék, illetve budapesti helyszínek száma, ahol gyermek pszichiátriai és addiktológiai ambulancia kialakításra kerül, A mentálhigiénés képzésben résztvevő gyermekvédelmi szakemberek száma, a viselkedést szabályozó tréningen résztvevő gyermekek száma,
- Az egyes gondozási/ ellátási formákat igénybe vevő személyek száma,
 - A szorongás és a depresszió csökkenése mindkét nemben, a fiatal és idősebb korosztályban egyaránt
- Öngyilkossági esetek (kísérletek és befejezett öngyilkosságok) számának csökkenése,
- Az iskolán belüli bántalmazások száma,
- A krízisellátásból nem a bántalmazóhoz való visszaköltözéssel kilépő áldozatok száma,
- A kapcsolati erőszak áldozatai számára segítséget nyújtó kríziskezelő rendszer férőhelyszáma (annak növekedése),
- A kapcsolati erőszak kapcsán ambuláns ellátásban részt vevők száma,
- A kapcsolati erőszak témában tartott prevenciók programba bevont személyek száma,
- A születésszám emelkedése,
- Abortuszok, koraszülések számának további csökkenése különös tekintettel a fiatal korosztályra, de minden korcsoportban,

- A prevenciós ellátásokat és szerveződések igénybevevők száma,
- A koragyermekkori fejlesztésben résztvevők száma,
- Felsőoktatásból lemorzsolódó fiatalok számának csökkenése,
- Önművelő csoportok száma, taglétszáma,
- Amatőr művészeti seregszemléken résztvevők száma,
- Közösségük érdekében cselekvők száma.

Minőségi indikátorok:

Köznevelésre vonatkozó lehetséges mutatók:

- A tanulók iskolához és tanuláshoz való viszonya (mérés módja?)
- Az oktatásból idő előtt kimaradók aránya (befejezetlen iskola)
- A tanulók jövőképe (indikátor? – hogyan mérhető?)
- A pedagógusok kiegészítő mutatói, pályaelhagyók aránya és a fluktuáció az intézmények közt
- Az iskolák eredményességi mutatói – pl. hozzáadott érték változása a program megvalósításának időszakában
- Korai, komplex szűrés (testi-lelki mutatók, szubjektív és objektív adatok) indikációs ereje a későbbi jól lét objektív és szubjektív tényezőire

V. A beavatkozások pénzügyi hátterének meghatározása

A Nemzeti Lelki Egészség Stratégia által megjelölt feladatok megvalósításához szükséges pénzügyi feltételek biztosítása egyrésztől fejlesztési, struktúraváltási, a hatékonyságok növekedését eredményező többletforrások bevonását igényli, ami elsősorban a 2014–2020-as tervezési időszakra szóló uniós és egyéb nemzetközi finanszírozású pályázati programokat jelenti, másrészt a jelenlegi finanszírozási rendszer átalakítását teszi szükségessé. Az uniós és egyéb nemzetközi források bevonása mellett olyan költségvetési finanszírozásra van szükség, mely lehetővé teszi az intézményrendszerek és közösségek hosszú távú tervezését és minőségi-, illetve kapacitásfejlesztését.

Az iskoláskorú diákok lelki egészsége fejlesztésére, megtartására, helyreállítására, a köznevelési intézményekben előforduló agresszió megelőzésére és visszaszorítására irányuló tevékenységeket egyaránt a teljes körű egészségfejlesztés keretében célszerű értelmezni.

Az egészségfejlesztő és a megelőzési tevékenységet folytató szolgáltatók, szervezetek esetében cél a minőségbiztosítási rendszereknek való szakmai megfelelés. Ezen feladatok teljesítéséhez elengedhetetlen a kiszámítható, fenntartható, a hosszú távú tervezést segítő finanszírozási technikák hozzárendelése és költségvetési források biztosítása.

Az egészségügyi alapellátás szintjén a háziorvosi tevékenység adatgyűjtési és finanszírozási rendszerében a mentális zavarban szenvedők korai azonosítását és kezelésbe vételét önálló elemként kell megjeleníteni. Ugyancsak önálló tevékenységi elemként szükséges elismerni a kezelésben tartást, és finanszírozási ösztönzők segítségével kell támogatni az integrált ellátások működését, fejlesztését, illetve a helyben tevékenykedő, a betegek ellátásában részt vevő más szervezetekkel (pl. szociális szolgáltatókkal) megvalósuló együttműködést.

Biztosítani kell a megfelelő számú aktív pszichiátriai intézményi ágyszám, a pszichiátriai gondozók és a pszichoterápia OEP finanszírozását.

Uniós vagy költségvetési forrásból meg kell teremteni a települési lelki egészség fejlesztést és prevenciót koordináló Lelki Egészség Központok országos kiterjesztésének finanszírozási feltételeit.

A Nemzeti Lelki Egészség Stratégia megvalósítását célzó feladatok a későbbiekben jóváhagyandó szakpolitikai programok tervezési szintjén fognak véglegessé válni a felelősök, a források és a határidők megjelölésével.

Részletesebben kidolgozandó.

VI. A megvalósítás, a nyomon követés és az értékelés alapelvei és rendszere

VI.1. A megvalósítás alapelvei

Az Ottawai Charta (1986.) szerint az egészségfejlesztés olyan folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy fokozzák kontrolljukat egészségük felett, illetve javítsák azt. A jóllét állapotának elérése érdekében az egyén vagy csoport legyen képes azonosítani és megvalósítani célkitűzéseit, kielégíteni szükségleteit és / vagy megváltoztatni környezetét, vagy megküzdeni azzal.”

Az egészség előfeltételei és forrásai: béke, lakás, oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és méltányosság. A jó egészség alapvető forrása a társadalmi, gazdasági és egyéni fejlődésnek, és fontos dimenziója az élet minőségének.

„Elismerjük azt, hogy az emberek egészségének és jóllétének fejlesztése képezi a társadalmi és gazdasági fejlődés végső célját.” Hazánk 1998 májusában a fentiekben idézett elv gyakorlati érvényesítésére (is) kötelezettséget vállalt. (Egészségügyi Világszervezet 51. közgyűlés 1998. májusában elfogadott „A Globális Egészség Deklarációja” II. bekezdés 1. mondat.) A gazdaság van az emberért s nem az ember a gazdaságért.

A lelki és testi egészség, mint alapérték határozza meg és hassa át a társadalmi cselekvés minden területét. A „**Health in All Policies**”, a Leleki Megújulás Programja szellemében - törekedni kell arra, hogy a lelki egészség minden szakpolitikában fontos szemponttá váljon. Ennek a célnak az elérése céljából rögzítettük a Nemzeti Leleki Egészség Stratégia alapelveit. **Az alapelvrendszer az EMMI 8 ágazatának, illetve más tárcák illetékességébe tartozó tevékenységek összehangolásának egyik kiemelt eszköze a lelki egészség eredményes fejlesztése és a mentális zavarok megelőzése, a mentális zavarban szenvedők gondozása, rehabilitációja érdekében.**

1. A mentális betegségek növekvő prevalenciája és terhei korszerű egészségfejlesztő, prevenció és ellátási rendszert igényelnek Magyarországon.
2. A Nemzeti Leleki Egészség Stratégia (Stratégia) a magyar népesség lelki egészségének fejlesztését, megtartását, helyreállítását és a mentális zavarok megelőzését szolgálja, közös értékrend és célok alapján.
3. A Stratégia az egyénekre, a családokra és a közösségekre egyaránt fókuszál.
4. A lelki egészség fejlesztésében, a mentális betegségek prevenciójában és a felépülésben/ rehabilitációban a 8 EMMI ágazat és további tárcák együttműködnek.
5. A közös kormányzati értékrend és az ember lelki fejlesztésére irányuló közös célrendszer képezi az alapját a stratégiaalkotásnak, a cselekvési terv kidolgozásának és az ahhoz szükséges források meghatározásának.
6. A Stratégia horizontális kapcsolódást biztosít a lelki egészséget is célként kitűző nemzeti programok és stratégiák között, így a lelki egészség szempontjából „ernyő program”.
7. A lelki megújulás és lelki egészség fejlesztése interdiszciplináris, tárcaközi és ágazatok közti együttműködést igényel – kormányzati/ önkormányzati és nem-kormányzati szereplőkkel.

8. A Stratégia nemzeti, regionális, járási és települési szinten valósul meg. A közösségi egészségtervnek legyen kötelező eleme a lelki egészség fejlesztése, illetve a mentális betegségek megelőzése, a mentális zavarban szenvedők közösségi gondozása és rehabilitációja.
9. A lelki megújulás és lelki egészség fejlesztését célzó programok részletes kidolgozásakor a nemzeti, regionális, járási, települési célok, és az akciók összehangolása szükséges a tervezés, megvalósítás, értékelés és visszacsatolások során, az ellátás-fejlesztést és a még hiányzó modalitások pótlását is ideértve.
10. A lelki megújulás és lelki egészség fejlesztése érdekében szükséges a nemzeti keret-stratégia, de a helyi sajátosságok, megoldások keresése a hatékonyság, illetve az eredményesség (hatásosság) feltétele. Demográfiai, vitál-statisztikai, szociológiai jellemzők mentén megfogalmazható a rizikó-csoportok speciális szükségleteinek figyelembevétele: (pl. gyermekek, nők, munkaképes korú férfiak, idősek, iskolát elhagyók, mélyszegénységben élők, stb.)
11. A Stratégia az egészséges-, a kockázati csoportokba tartozó, és a beteg emberekre, a fogyatékossággal élő személyekre, és csoportjaikra, valamint közösségeire egyaránt irányul. A hátrányos helyzetű csoportokat minden beavatkozásnál figyelembe veszi.
12. A lelki megújulás és lelki egészség fejlesztését humanisztikus, felépülés központú megközelítés, a tolerancia, a stigma-csökkentés, az akadály-mentesítés, a kirekesztettség felszámolása jellemzi. Alapvető szempont az emberi jogok tisztelete, az esélyegyenlőség elősegítése, a jogkiterjesztés, szemben a jogkorlátozással és a civilek bevonása.
13. Az érintettek (Consumers) bevonása, felhatalmazása (Empowerment) kulcsfontosságú, hiszen ez a méltóság visszaszerzésének útja, a felemelés helyett a felemelkedés lehetősége.
14. A Stratégia egyaránt ösztönzi az önsegítést, és a közösségi szolidaritást, támogatást.
15. A lelki megújulás és lelki egészség fejlesztése közösségi alapú – az egyén támogatása mellett a körülötte levő természetes közösségi, társadalmi és környezeti kapcsolatrendszer, a közösség építését és fejlesztését és a közösségi, helyi és egyéni identitás felépítését, erősítését célozza.
16. A lelki megújulás, lelki egészség fejlesztés feltétele a humán és természettudományok együttes alkalmazása: pszichiátria, pszichológia, szociológia, magatartástudomány, mentálhigiéné, egészségtudomány, népegészségtan, biológia, oktatás-nevelés, gyógypedagógia, bölcsészet, történettudomány, teológia, művészet-kultúra, sport...
17. A Stratégia, illetve annak cselekvési terve nemzetközi és hazai szakmai ajánlásokon, evidenciákon, illetve kellően dokumentált, a helyi adottságokhoz és kultúrához szabott, megvalósult jó gyakorlatokon alapul.
18. Az egész Stratégia legyen tervezett, monitorozott, értékelt.
19. A lelki megújulás és lelki egészség fejlesztése során a közösségi tervezés, folyamatos visszacsatolás, folyamat-kontroll mellett a nyitott, hálózatos működés elvárt alapfeltétel. A monitorozáshoz mennyiségi és minőségi indikátorok egyaránt szükségesek.
20. A képzés/továbbképzés, a menedzsment, a szupervízió, a segítők segítése, rendszerbe integrálása alapvető fontosságú. A szakmai ismereteken túl kiemelt szerepet kapnak az attitűd-változás és a menedzseri ismeretek.
21. Szükséges a kölcsönösen nyertes („win-win”) megoldásokra törekvő problémamegoldó gondolkodás kialakítása.
22. Partneri együttműködés szükséges mindazon szereplők között, akik hozzájárulhatnak a lelki egészség fejlesztéséhez, a mentális betegségek megelőzéséhez és kezeléséhez, a mentális betegséggel élők egészségi állapotának és életminőségének javításához, a mentális betegségek által okozott terhek csökkentéséhez.

23. Biztosítani kell a fenntarthatóságot, szervezeti, környezeti, társadalmi és gazdasági szempontból egyaránt.

VI.2. A nyomon követés és értékelés

A Nemzeti Lelki Egészség Stratégia (2014-2020) által kitűzött célok megvalósításának folyamatos monitorozása és rendszeres értékelése tervezett módon fog történni. **A stratégia és a hozzá kapcsolódó cselekvési tervek** végrehajtásáról és eredményeiről évente jelentés készül.

A teljesítményértékelés célja annak vizsgálata, hogy a stratégia milyen mértékben képes a céljait elérni. A teljesítmény attól is függ, hogy a rendszer egyes komponensei milyen kapcsolatban állnak egymással, segítik vagy hátráltatják-e egymást a célok elérésében. Egy adott rendszer (humán, pénzügyi, infrastrukturális és információs) kapacitásai és erőforrásai segítségével látja el az alapvető feladatait. A folyamatok eredménye a rendszer kimeneti pontjain megjelenő teljesítmény (lásd: indikátorok), amely végeredményben a társadalmi szinten is értelmezhető célok eléréséhez járul hozzá, pl. az egészségben eltöltött életevek számának növekedéséhez.

A monitorozás és az értékelés alapvető célkitűzései:

- monitorozni a program céljainak megvalósítása irányába tett lépéseket;
- meghatározni, hogy a különböző programkomponensek a kívánt irányban befolyásolják-e a program kimenetelét;
- lehetővé tenni a kockázati csoportok közötti összehasonlító elemzéseket, különös tekintettel az egyenlőtlenségekre;
- megalapozni a további finanszírozásról, támogatásról szóló döntéseket;
- meghatározni azokat a beavatkozási pontokat, ahol a minőség és az eredményesség tovább javítható;
- biztosítani a hatékony programok fenntarthatóságát és az ineffektív beavatkozások, programok kisselektálását.

Az értékelés menete

Az értékelés többféle kérdésre irányulhat attól függően, hogy például milyen nézőpontból készül az értékelés, vagy mióta fut a program. Általánosságban az értékelés az alábbi témakörök és kérdések köré fog épülni.

1. Megvalósítás: a program megvalósítása az eredeti terv szerint történt?

Comment [TMÉ12]: Perczel-Forintos Dóra:
Az alábbiakban megfogalmazott értékelés elnagyolt és nem fogja elérni a célját, csak akkor, ha személyes szintű felelősök lesznek kijelölve, pl. minden osztályon az osztályvezető főorvos felel az adatok beszolgáltatásáért vagy minden egyes szakember felel az adatokért.
Milyen adatok? Dg, hány napot /terápiás ülést töltöttek a kezelésével, ez a protokollhoz képest mennyi, validált kérdőívek adatainak beküldése a kezelés elején és végén.

2. Eredményesség: a program eléri-e az eredetileg kitűzött célokat?
3. Hatékonyság: a program keretében végzett alprogramok végrehajtása az erőforrások legjobb felhasználásával történik-e?
4. Költség-hatékonyság: a program során elért eredmények értéke meghaladja-e a ráfordításokat, illetve az elért minőségi életév-nyereségért nem fizetünk-e többet, mint amennyi az előre meghatározott küszöbérték?
5. Hozzáadott érték: a célok megvalósításának irányába történő előrehaladás valóban az adott programnak tudható-e be, és nem valamely egyéb, azonos időben ható tényezőnek?

Az értékelés fontosabb lépései az alábbiak:

- a. partnerek, résztvevők, egyéb érintett felek bevonása;
- b. a program, programelemek vagy az értékelendő részlet ismertetése, bemutatása;
- c. az értékelés céljának, kereteinek, főbb szempontjainak ismertetése;
- d. megfelelő adatok, információk, tények összegyűjtése;
- e. elemzés és értékelés;
- f. az eredmények bemutatása, értékelése, konklúziók levonása;
- g. az értékelés eredményeinek, konklúzióinak hasznosítása, visszacsatolása, döntés előkészítés.

A fenti kérdések megválaszolásához nélkülözhetetlen egy eredményalapú monitoring- és értékelési rendszer kidolgozása és bevezetése. A rendszer kiépítése az alábbi lépések szerint javasolt:

1. Azon eredmény (outcome) indikátoroknak a kiválasztása, amelyeket a program megvalósítása során monitorozni és értékelni szükséges.
2. Az eredmények monitorozására alkalmas folyamat (process) indikátorok kiválasztása.
3. A kiválasztott indikátorok kiindulási értékének meghatározása.
4. A teljesítmény javításának megtervezése: eredménycélok meghatározása.
5. Az eredmények monitorozása.
6. Értékelés.

7. Az eredmények, megállapítások összefoglalása, jelentése.
8. Az eredmények, megállapítások felhasználása.
9. A teljesítményértékelési rendszer fenntartása a program időszaka alatt, és az azt követő egy évben.

A nyomon követést és az értékelést egy független bizottság végzi, melynek tagjait a Kormány és a Miniszterelnökség jelöli ki. A bizottságban részt vesznek az érintettek képviselői, így pl. a felhasználók, az EMMI, az egészségügyi és szociális ellátók, az oktatás, a civil szervezetek képviselői.

Alapvetés, hogy az országos pszichiátriai érdekvédelmet ellátókat minden a pszichiátriai felhasználókat érintő döntésbe érdemben be kell vonni, ideértve a jogalkotási, programalkotási, stb. feladatokat.

Források

II.1. A magyar lakosság egészségi állapota

1. Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja (46/2003. (IV. 16.) OGY határozat)
2. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére
3. Jelentés egy egészségben elmaradott országból. Egészségjelentés 2010. EgészségMonitor. http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Osszefoglalo_Egeszsegjelentes_2010.pdf
4. Dr. Kopp Mária, dr. Skrabski Árpád: A magyar népesség életkilátásai. Magyar Tudomány, 2007/9, 1149. o. <http://www.matud.iif.hu/07sze/07.html>
5. A Lelki Egészség Országos Programja. 2007. http://193.225.50.35/OPK/hirek/20100616/2010_06_10_LEGOP10_1.pdf
6. Horváth-Szabó Katalin: A házasság és a család belső világa. Nevelés és szocializáció fejezet. Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet- Párbeszéd K. Budapest, 2007.
7. Horváth-Szabó Katalin: Az agresszió és az agressziókezelés szerepe a drogfüggőség kialakulásában és prevenciójában In: Kapócs I., Maár M., Szabadka P. (szerk.) Ifjú-kór 2. OKKER Bp. 2002.
8. A Pszichiátriai Világszövetség összefoglaló tanulmánya a közösségi lelki egészség programokról. Graham Thornicroft és munkatársai: WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental healthcare. World Psychiatry. 2010 June; 9(2): 67–77.
9. Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia, Budapest, 2011.

II.2. Az egészség társadalmi-szociális meghatározó tényezői

1. Dr. Kopp Mária, dr. Skrabski Árpád: A magyar népesség életkilátásai. Magyar Tudomány, 2007/9, 1149. o. <http://www.matud.iif.hu/07sze/07.html>
2. <http://thecanadianfacts.org>
3. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on social determinants of health (final report). Geneva, World Health Organization, 2008 REPORT

4. W. J. Louwman et al: Impact of a programme of mass mammography screening for breast cancer on socio-economic variation in survival: a population-based study. *Breast Cancer Res Treat.* 2007 November; 105(3): 369–375.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2190785>
5. Claire Davey, Joan Austoker, Una Macleod: Reducing inequalities in breast cancer. A guide for primary care. Published by The Cancer Research Campaign, 1999.
<http://pcerg.ceu.ox.ac.uk/files/inequalities.pdf>
6. „Health inequalities: Europe in profile”, Mackenbach J., 2006, carried out for the Conference on Health Inequalities organized by the UK Council Presidency in 2005
7. Demográfiai Portré 2009. Jelentés a magyar népesség helyzetéről KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/portre/honlap_teljes.pdf
8. Jelentés egy egészségben elmaradott országból. Egészségjelentés 2010. EgészségMonitor.
http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Osszefoglalo_Egeszsegjelentés_2010.pdf
9. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére, 2011

II.3. A hazai lakosság mentális egészsége

1. A Lelki Egészség Országos Programja. 2007.
http://193.225.50.35/OPK/hirek/20100616/2010_06_10_LEGOP10_1.pdf
2. A mentális betegségek megelőzése: WHO összefoglaló jelentés, 2004;
3. WHO Európai Lelki Egészség Cselekvési terv 2014-2020
4. ESPAD 2011
5. EUROBAROMETER 73/2 (2011). Magyarországi eredmények.
6. Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF 2009). www.ksh.hu
7. HUNGAROSTUDY 2013. Lakossági felmérés – Zárójelentés. Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet. Szerkesztette: Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa

II.4. Dohányzás

1. Dr. Szilágyi Tibor: A dohányzás visszaszorítása Magyarországon. Tények és adatok. 2004.
<http://www.policy.hu/tszilagyi/Magyar1.pdf>
2. www.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/index.html
3. Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF 2009). www.ksh.hu

4. Green Paper – Toward sa Europe free from a tobacco smoke: policy options at EU level. COM(2007) 27 final
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/tobacco/documents/gp_smo ke_en.pdf
5. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD008286

II.5. Alkoholfogyasztás

1. A Lelki Egészség Országos Programja. 2007.
http://193.225.50.35/OPK/hirek/20100616/2010_06_10_LEGOP10_1.pdf
2. A mentális betegségek megelőzése: WHO összefoglaló jelentés, 2004;
3. Állami Számvevőszék (ÁSZ) 2012 júniusában készített, „Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről” című jelentése
4. Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF 2009). www.ksh.hu
5. Bodonyi-Kovács István, Nagy Csilla, Juhász Attila, Páldy Anna „TRADICIONÁLIS” SZENVEDÉLYBETEGSÉG: A MÉRTÉKTELEN ALKOHOLFOGYASZTÁS NÉPEGÉSZSÉGÜGYI JELENTŐSÉGE MAGYARORSZÁGON AXXI. SZÁZADBAN (DESKRIPTÍV EPIDEMIOLÓGIAI ELEMZÉS) ADDIKTOLÓGIA – 2011. X. ÉVFOLYAM2. SZÁM pp 141-172

II.9. Közösségi és mentálhigiéné

Albert, F. – Dávid, B. 1998 A barátokról. Pp. 257-276. In: Kolosi, T. – Tóth, I. Gy. – Vukovich, Gy. (eds.) *Társadalmi riport 1998*. Budapest, TÁRKI

Albert, F. – Dávid, B. 1999 Az emberi kapcsolatok alakulása Magyarországon a XX. század utolsó évtizedeiben. A bizalmas kapcsolatokról. Pp. 218-230. In: Szivós P. – Tóth I. Gy. (eds.) *Monitor 1999*, Budapest, TÁRKI (<http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a592.pdf>, last access: April 15, 2010)

Bartkowski, J. – Jasinska-Kania, A. 2004 "Voluntary Organizations and the Development of Civil Society." Pp. 109-138. In: Art, W. – Halman, L. (eds.) *European Values at the Turn of the Millenium*. Leiden-Boston, Brill

Berger, P. L. – Neuhaus, R. 1977 *To Empower People: The Role of Mediating Structures in Public Policy*. Washington DC, American Enterprise Institute

Davidson, W. – Cotter, P. 1991 The Relationship Between Sense of Community and Subjective-Well-Being. A First Look. *Journal of Community Psychology*, 18, 246-253.

- Dekker, P. – Ester, P. – Vinken, H. 2003 "Civil Society, Social Trust and Democratic Involvement." Pp. 217-253. In: Arts, W. – Hagennaars, J. – Halman, L. (eds.) *The Cultural Diversity of European Unity*. Leiden-Boston, Brill
- De Wit, C. 2007 A közösségfejlesztés gyökerei Hollandiában Pp. 56- 62. In: Vercseg, I. (ed.) *Az angol és holland közösségi munka, közösségfejlesztés fejlődésének áttekintése*. Parola füzetek. Budapest, Közösségfejlesztők Egyesülete
- Hankiss, E. 1982 Közösségek válsága és hiánya. Pp. 63-99. In: *Diagnózisok*. Budapest, Magvető Kiadó
- Harkai, N. 2006 *Közösség és közösségi munka*. Parolafüzetek. Budapest, Közösségfejlesztők Egyesülete
- Henderson, P. 2007 *A kirekesztettek bevonása. Európai közösségfejlesztés gyakorlatától a szakmapolitikáig* Parolafüzetek. Budapest, Közösségfejlesztők Egyesülete
- Hull, P. – Kilbourne, B. – Reece, M. – Husaini, B. 2008 Community Involvement and Adolescent Mental Health: Moderating Effects of Race/Ethnicity and Neighborhood Disadvantage. *Journal of Community Psychology*, 37, 534-551
- Kopp, M. – Kovács, M. E. (eds.) 2006 *A Magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Semmelweis Kiadó
- Kopp, M. (ed.) 2008 *Magyar lelkiállapot 2008*. Budapest, Semmelweis Kiadó
- Lakatos, K. 2009 *A képességtétel folyamata. Az érdekvérvényesítés esélyeinek növelése a szociális és közösségi munkában*. Parolafüzetek. Budapest, Közösségfejlesztők Egyesülete
- Matějů, P. 2004 Bizalmi és kölcsönösségi hálózatok - a társadalmi tőke két dimenziója. *Parola*, 3, 8-9.
- Nagy, E. 2003a A civil társadalomtörténet paradigmái. Pp. 79-93. In: *Szociokalandozások. (Válogatott szociológiai tanulmányok)* Szombathely, Savaria University Press
- Nagy, E. 2003b A szociográfiai kutatásmetodológia problémái. Pp. 95-120. In: *Szociokalandozások (Válogatott szociológiai tanulmányok)*. Szombathely, Savaria University Press
- Pretty G. – Bishop, B. – Fischer, A. – Sonn, C. 2006 *Psychological Sense of Community and its Relevance to Well-being and Everyday Life in Australia*. The Australian Psychological Society, Melbourne
- Putnam, R. 2000 *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York, Simon and Schuster
- Rothman, J. 2001 *A közösségi beavatkozás megközelítései*. Parolafüzetek. Budapest, Közösségfejlesztők Egyesülete
- Thomas, D. N. 2007 Végig a hatvanas és hetvenes éveken. Pp. 9-52. In: Vercseg, I. (ed.) *Az angol és holland közösségi munka, közösségfejlesztés fejlődésének áttekintése*. Parola füzetek. Budapest, Közösségfejlesztők Egyesülete
- Tocqueville, A. 1983 *A demokrácia Amerikában*. Budapest, Gondolat Kiadó

- Tomcsányi, T. 2003 A mentálhigiéné jelenségvilága. Pp. 16 – 45. In: Tomcsányi, T. – Grezsa, F. – Jelenits, I. (eds.) *Tanakodó. A menálhigiéné elmélete, a mentálhigiénés képzés, a mentálhigiéné az emberek szolgálatában.* Budapest, Semmelweis Egyetem TF, Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, HÍD Alapítvány
- Tomka, M. 2002 Wertepreferenzen in Ost und West. Pp. 179-203. In: Denz, H. (ed.): *Die europäische Seele. Leben und Glauben in Europa.* Wien, Czernin
- Tomka, M. 2008 Wie geht es den Menschen in den Transformationsländern? Pp. 44-58. In: Renöckl, H. – Morciniec, P. – Rammer, A. (eds.): *Umbrüche gestalten. Sozialethische Herausforderungen im neuen Europa.* Wien-Würzburg, Echter.
- Utasi, Á. 2002 A társadalmi integráció és szolidaritás alapjai: a bizalmas kapcsolatok. *Századvég* 24 (2002/2) (<http://www.c3.hu/scripta/szazadveg/24/utasi.htm>, last access: March 26, 2010)
- Utasi, Á. – Páthy, Á. – Hári, P 2006. *International Trends of Relationships in the Last Fifteen Years.* Political Science Institute of the Hungarian Academy of Sciences (<http://mek.niif.hu/03700/03736/03736.doc>, last access: March 26, 2010)
- Varga A. T. – Vercseg, I. 1998 Közösségfejlesztés. Budapest, Magyar MűvelődésiIntézet

II.10. A pszichiátriai betegek ellátása

Állami Számvevőszék 2012-ben készült jelentése a pszichiátriai betegek ellátásáról.

<http://www.asz.hu/jelentes/1286/jelentes-a-pszichiatrai-betegellatas-atalakitasanak-ellenorzeserol/1286j000.pdf>

II.13. A család egészségünk meghatározó tényezője

1. RikkeLund, BjørnEvald Holstein and MereteOsler: Marital historyfromage 15 to 40 years and subsequent10-yearmortality: a longitudinalstudy of Danishmalesbornin 1953. *International Journal of Epidemiology* ,Volume33, Issue2 ,Pp. 89-397.
<http://ije.oxfordjournals.org/content/33/2/389.full>
2. Charlotte A. Schoenborn, M.P.H.:Marital Status and Health: United States, 1999-2002.Advance Data, Number 351. 33 pp. (PHS) 2004-1250. CentersforDiseaseControl.
<http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad351.pdf>
3. Török P., Martos T.,Horváth-Szabó K. Család, házasság és párkapcsolatok az értékek és az elégedettség fényében In: Rosta G.,Tomka M. (szerk.) *Mit értékelnek a magyarok? OCIFE Magyarország és Faludi Ferenc Akadémia Bp.2010*

II.14. Az élet értelmének megtalálása és az egészség

1. Dr. Kopp Mária, dr. Skrabski Árpád: A magyar népesség életkilátásai. Magyar Tudomány, 2007/9, 1149. o. <http://www.matud.iif.hu/07sze/07.html>

II.15. Krónikus betegségek népegészségügyi jelentősége, így pl. a krónikus fájdalom súlyos következményei

3. **Császár, N., Tóth, Z.** (1997). A különféle etiológiájú gerincbetegségek ellátásához kapcsolódó pszichológiai, illetve pszichiátriai tevékenységek szakmai protokollja. In: Bagdy, E. (1997). (szerk). *A klinikai pszichológia és a mentálhigiéné szakmai protokollja*. AnimulaEgyesület. Budapest. (p. 88-105).

4. **Ress, K, Berghammer, R. Túry, F.** (2006) A krónikusfájdalomésazéletminőség. In: Kopp, M. Skrabsky, Á. (szerk) *A Magyar népességéletminőségeazezredfordulón*. SemmelweisKiadó. Budapest. 516-531.

A többi fejezetben a források a szövegben vannak feltüntetve.

