



# Depresszió- mutatószámrendszer: Magyarország

A tanulmány elkészítésében a szerzőként és közreműködőként feltüntetett szakemberek, szervezetek vettek részt, az Ideas & Solutions vezetésével. A szerzők teljes szerkesztői ellenőrzéssel rendelkeztek a tartalom felett. A tanulmány elkészítését a Janssen kezdeményezte és támogatta. A tanulmány tartalma nem kezelési módszer vagy terápia specifikus.

## A mutatószámrendszerrel általánosságban

A depresszió-mutatószámrendszer (depression scorecard) egy olyan eszköz, mely kiemelt szempontok mentén, mint a szakpolitika, a depresszióval élők ellátása és gondozása, segítséget nyújt az egyes országok teljesítményének értékeléséhez. A kutatás célja, hogy felmérje a depresszióval élők számára nyújtott egészségügyi szolgáltatások kulcsfontosságú területeinek jelenlegi teljesítményszintjét Magyarországon. A depresszió-mutatószámrendszert alátámasztó elemzési keret a nemzetközi szakirodalom áttekintése és egy szakértői tanácsadó csoporttal folytatott konzultáció alapján került kidolgozásra.

A depresszió-mutatószámrendszer terve a The Health Policy Partnership és a Janssen Pharmaceutica NV együttműködése alapján jött létre, a "Words to Actions" kezdeményezés részeként. A "Words to Actions" kezdeményezéssel kapcsolatos további részletekért kérjük, látogasson el a [wordstoaction.eu/about](http://wordstoaction.eu/about) weboldalra.

A depresszió-mutatószámrendszer elemzési keretét először a The Health Policy Partnership dolgozta ki szakértőkkel együttműködésben, és alkalmazta négy országra (Belgium, Franciaország, Olaszország és Románia) vonatkozóan, a megállapításokat egyedi tanulmányokban foglalták össze. A nemzeti szintű megállapításokat a depresszióval foglalkozó vezető szakértőkkel folytatott interjúk és mélyreható szakirodalmi áttekintés alapján dolgozták ki.

A depresszió-mutatószámrendszer elemzési keretrendszere nyilvánosan is hozzáférhető és más országokban is alkalmazható, követve a megadott mintadokumentumot és a felhasználói útmutatóban leírtakat.

**Jelen mutatószámrendszer tanulmány a fenti elemzési keretrendszer alapján készült, és a depresszió ellátás helyzetét Magyarországra vonatkozóan értékeli.**

## Szerzők és közreműködők

A depresszió -mutatószámrendszer jelentés kutatási tevékenységét és szerkesztését Gáti Balázs (Ideas & Solutions) és Mór Zoltán (Ideas & Solutions) vezette. Szeretnénk köszönet mondani a következő szakértőknek a jelentés előkészítésében, megvalósításában és az értékelésében nyújtott támogatásáért:

- Dr. Álmos Péter Zoltán, Ph.D. (Magyar Orvosi Kamara)
- Babarczy Eszter (Búra Alapítvány)
- Juhász Bettina (Mélylevegő Projekt)
- Prof. Dr. Kurimay Tamás, Ph.D. (Magyar Pszichiátriai Társaság)
- Oriold Károly (Lélekben Otthon Alapítvány)
- Prof. Dr. Rihmer Zoltán, Ph.D., D.Sc. (Magyar Pszichiátriai Társaság)
- Dr. Szekeres György, Ph.D. (Magyar Pszichiátriai Társaság)

A tanulmány elkészítésében a szerzőként és közreműködőként feltüntetett szakemberek, szervezetek vettek részt, az Ideas & Solutions vezetésével. A szerzők teljes szerkesztői ellenőrzéssel rendelkeztek a tartalom felett.

A Janssen Pharmaceutica NV és a The Health Policy Partnership nem vett részt a depresszióval kapcsolatos

## Támogatási nyilatkozat

mutatószámrendszerrel szóló jelentés elkészítésében.

A fent jelzetteknek megfelelően ez a tanulmány a The Health Policy Partnership által készített felhasználói útmutató és mintadokumentum alapján készült, a „Words to Actions” kezdeményezés részeként. A felhasználói útmutató és a mintadokumentum elkészítését a Janssen Pharmaceutica NV kezdeményezte és támogatta.

A Belgiumra, Franciaországra, Olaszországra és Romániára vonatkozó depresszió -mutatószámrendszer kidolgozásában résztvevő szakemberek, a The Health Policy Partnership szakértőinek kivételével, nem részesültek díjazásban munkájukért. Ugyanez vonatkozik a Szlovákiában, Csehországban, Magyarországon, Szlovéniában, Horvátországban, Szerbiában, Bulgáriában, Észtországban, Lettországon és Litvániában a mutatószámrendszer-riportok kidolgozásában részt vevő szakértőkre is.

A Magyarországra vonatkozó depresszió-mutatószámrendszer kidolgozásában résztvevő szakemberek, az Ideas and Solutions szakértőinek kivételével, nem részesültek díjazásban munkájukért.

# Tartalom

---

Depresszió: miért fontos terület?	4
Depresszió-mutatószámrendszer MAGYARORSZÁGRA vonatkozóan	5
A mutatószámrendszerről általánosságban	6
A depresszió- mutatószámrendszer összefoglalása MAGYARORSZÁGRA vonatkozóan	8
Integrált és átfogó egészségügyi szolgáltatások a depresszió területén	10
Adatok felhasználása a depresszió kezelésének javítására	13
Depresszióval élő betegek bevonása és aktív részvétele az ellátásban	16
Technológiák hasznosítása az ellátáshoz való hozzáférés javítása érdekében	18
Következtetések és megoldási javaslatok	20
Irodalomjegyzék	26
Elérhetőségek	28

# Depresszió: miért fontos terület?

Az unipoláris depresszió előfordulási gyakorisága és egyéni, illetve társadalmi jelentősége miatt is a pszichiátria és az orvostudomány egyik legfontosabb problémája.<sup>1</sup>

Az unipoláris major depresszió tünetei igen markánsak, a betegnek jelentős szenvedést okoznak: elvész az örömezés képessége, a motiváció minden aktivitásra csökken, alvászavar, étvágytalanság, értéktelenség és bűntudat jelenik meg, gyakori öngyilkossági gondolatok és kísérletek, valamint sokszor számos testi tünet kíséretében. A beteg a szokásos tevékenységeit már képtelen, vagy csak erősen korlátozott mértékben képes folytatni.

Az unipoláris major depresszió az egyik leggyakoribb pszichiátriai betegség, Magyarországon minden adott hónapban közel 200.000 beteggel kell számolni, akiknek kevesebb, mint fele áll orvosi (gyógyszeres) kezelés alatt.<sup>2</sup>

A kezeletlen depresszió egy lefelé menő spirált eredményezhet; a spirál „végén” a beteg produktiváscsökkenése, tartós munkanélkülisége, rokkantsága, önállósági képtelensége, vagy akár öngyilkossága is állhat. Nemzetközi és hazai kutatások alapján az öngyilkosok 65-87%-a (nem kezelt) depresszióban szenved az elkövetés idején és a kezeletlen major depressziós betegek 15-19%-a önkéntesül vet véget életének.<sup>3-6</sup>

A major (unipoláris) depresszió zavar (MDD) a WHO előjelzése szerint 2030-ra a teljes egészségben megélhető életek (DALY) elvesztésének leggyakoribb oka lesz a világon.<sup>7</sup>

Közgazdasági vizsgálatok mára is azt kimutatták, hogy a depresszióval összefüggő társadalmi szintű anyagi terhek nagyobbak, mint a hipertónia, asztma, rheumatoid arthritisz és az oszteoporózis miatti kiadások összesen.<sup>8</sup>

A major depresszió nemcsak az életminőséget, de az életet is gyakran közvetlenül veszélyeztet betegség, melynek közvetett és közvetlen gazdasági terhei Magyarországon évente elérik a 360 milliárd forintot.<sup>2</sup>



Magyarországon

**a felnőtt lakosság  
15%-a**

már legalább egy súlyos major depressziós epizódon átesett és minden hónapban 2,6 százalék mutat major depressziós tüneteket (1998).<sup>9</sup>

**4,53 milliárd euróra**

tehető Magyarországon a mentális egészség (közvetlen és közvetett) költsége évente (2018).<sup>12</sup>

**17,5 fő**

100.000 lakosra vetítve (mindösszesen 1.706 fő) halt meg öngyilkosság és szándékos önártalom miatt Magyarországon (2020).<sup>10</sup>

A major depresszió okozta társadalmi kár hazánkban jóval markánsabb, mint a depresszió kezelésének közvetlen költsége:

334 milliárd forint becsült éves indirekt és 26 milliárd forint éves direkt egészségügyi ráfordítással jár a major depresszió kezelése; a közvetett és közvetlen teher megközelítőleg a teljes éves magyarországi gyógyszerkassza nagyságával egyenértékű, évente

**360 milliárd forintra tehető** (2021).<sup>2</sup>

**11,9**

pszichiáter jut Magyarországon 100.000 lakosra mindösszesen (2021)<sup>11</sup>

Magyarországon a 15 éves vagy annál idősebb lakosság **7%-a** szenved depresszióban (2021).<sup>1</sup>

A GDP **3,1%-át** teszik ki a mentális egészségre fordított kiadások (közvetlen és közvetett) (2018).<sup>12</sup>



# Depresszió-mutatószámrendszer <sup>5</sup> MAGYARORSZÁGRA vonatkozóan

A WHO Európai Régiójában a mentális betegségek okozta terhek legnagyobb részét – az Európai Unióban összesen mintegy 26 százalék – a depresszió teszi ki. A lelki egészséget érintő kórképek napjainkban a munkaképesség-csökkenés 21,1 százalékaért felelősek és ezek közül a stressz mellett a depresszió a második legmeghatározóbb.<sup>13,14</sup>

A kezeletlen major depresszió illetve affektív kórkép gyakori következménye lehet a tartós munkaképtelenség, korai rokkantositás, munkanélküliség, a másodlagos alkohol/drog abúzus és dependencia, a dohányzás, a fokozott szomatikus morbiditás és mortalitás, valamint a kifejezetten emelkedett öngyilkossági rizikó.<sup>2, 15</sup>

Magyarországon a teljes érintett betegpopuláció évente elérheti akár a 600-700 ezer főt is és minden adott hónapban közel 200.000 major depressziós beteggel kell számolni, akiknek kevesebb mint fele áll orvosi kezelés alatt.<sup>2</sup>

A betegség általánosságban aluldiagnosztizált és alulkezelt, a diagnózis gyakran évekig késik. Mindezeket túl szükséges kiemelni, hogy a COVID-19 járvány a depressziós és szorongásos panaszok, valamint a befejezett öngyilkosságok szignifikáns emelkedését hozta Magyarországon is 2020-ban.<sup>16</sup>

Megfigyelhető, hogy míg az 1990-es évek elejétől a mentális betegségek és a depresszió elleni

küzdelmet egyre nagyobb figyelem övezte az ambuláns és osztályos pszichiátriai ellátásban és az oktatásban, valamint az egészségügyi programokban, addig mára a depresszió és a pszichiátriai zavarok látszólag elvesztették népegészségügyi prioritásukat az egészségpolitikai döntéshozók körében. Ez annál is inkább sajnálatos, mivel tudományosan igazolható, hogy a hazai öngyilkossági rátában az 1985 és 2020 között bekövetkezett folyamatos (összességében 65 százalékos) csökkenésben<sup>10</sup> a legfontosabb tényező a depressziós betegek kiterjedtebb és hatékonyabb kezelése. Általánosságban elmondható, hogy a major depresszió okozta társadalmi károkról a laikus lakosság, illetve a hazai egészségpolitikai döntéshozók nem, vagy csak részben rendelkezők információval.

A mentális betegségek növekvő prevalenciája és terhei korszerű prevenciós és ellátási rendszert, illetve integrált ellátás-szervezést igényelnek Magyarországon is.

A major depressziós betegek kezelése során rendszerszemléletű megközelítést és ellátást kell előtérbe helyezni: a rendszerszemléletű ellátórendszerben az általában hagyományosan alkalmazott gyógyszeres és nem gyógyszeres terápiákon kívül, előtérbe kerül a betegségre való figyelemfelhívás, megelőzés és edukáció, ezáltal stigmatizáció csökkentése, továbbá mind az alap-, mind a szakellátás továbbképzése és kapacitásainak bővítése, illetve a szakmák közötti kommunikáció és betegkövetés elősegítése.



# A mutatószámrendszerrel általánosságban

A depresszió-mutatószámrendszer azért jött létre, hogy felhívja a politikai döntéshozók figyelmét arra, hogy Magyarország esetében mely területeken van a legnagyobb szükség a változtatásra annak érdekében, hogy a depresszió ellátás javuljon. Bízunk benne, hogy jelen dokumentum arra fogja ösztönözni a politikai döntéshozókat, hogy szoros partnerségben dolgozzanak minden érdekelt

féllel azon, hogy a depresszióval élők ellátása új irányt vegyen Magyarországon, valamint átfogó és preventív intézkedéseket hoznak a depresszió teljes komplexitását alapul véve.

A jelentés fejlesztési prioritásként négy kulcsfontosságú területre összpontosít:

1

## Integrált és átfogó egészségügyi szolgáltatások a depresszió területén

Az integrált ellátás - azaz a betegközpontú ellátási rendszer, amely a depresszióval élő embereket egész életük során támogatja, és az egészségügyi rendszerben folytonosságot biztosít - alapvető fontosságú a betegek megfelelő támogatásához és kezeléséhez.

A mentális egészséggel összefüggő szolgáltatások integrálása a szélesebb körű egészségügyi és szociális ellátási szolgáltatásokba időszerű, javíthatja a kezelési arányokat és az az ellátás teljeskörűségét, valamint csökkentheti a betegséggel összefüggő költségeket.<sup>17</sup>

2

## Adatok felhasználása a depresszió ellátás javítására

A depresszióra vonatkozó megbízható és naprakész adatok gyűjtése és elemzése alapvető fontosságú ahhoz, hogy minden érintett számára rendelkezésre álljanak a megfelelő szolgáltatások. A betegek eredményeinek nyomon követése segíthet a bevált gyakorlatok azonosításában, megosztásában és reményt adhatnak a betegséggel élőknek arra, hogy mentális egészségük javulhat.<sup>17</sup>

A szolgáltatásokkal kapcsolatos adatok segíthetik a klinikusokat, a döntéshozókat és a depresszióval élőket abban, hogy jobban megértsék, milyen kezelési lehetőségek állnak rendelkezésre és melyek hozzáférhetőek számukra. A transzparens adatok elősegítik a közös tanulást a depresszióval kapcsolatos ellátás valamennyi területén. Az új digitális eszközök potenciálisan lehetővé tehetik a transzparencia és kutatási célú dokumentációt, miközben megőrzik a felhasználó anonimitását.<sup>17</sup>



## 3

### Depresszióval élő betegek bevonása és aktív részvétele az ellátásban

Alapvető fontosságú, hogy a depresszióval élő k - családjukkal, barátaikkal és gondviselőikkel együtt – aktívan bevonásra kerüljenek a depresszió ellátás minden szakaszában. A felhatalmazás azt jelenti, hogy a beteg információhoz jut és kontrollt szerez saját élete felett, képes lesz arra, hogy cselekedjen az általa fontosnak tartott teendők szerint, ami pedig lehetővé teszi számára, hogy optimálisabban birkózzon meg a depressziójával.<sup>18</sup>

A sorstársi támogatás (peer support), amelynek során egy korábban depressziót átélt személy együttérzést és reményt nyújt a hasonló helyzetben lévőknek, mind a depresszióban szenvedő embereket, mind a sorstársi támogatást nyújtókat segítheti a felépülésben.<sup>19</sup>

A szociális rendszerek, a betegek érdekvédelmi csoportjai és más civil társadalmi szervezetek, amelyek elérik a rosszul ellátott közösségeket, kulcsfontosságúak annak biztosításában, hogy a mentális egészségügyi szolgáltatások mindenki részére elérhetőek legyenek, beleértve azokat is, akik már "kiestek a szociális védőhálóból".

## 4

### Technológiák hasznosítása az ellátáshoz való hozzáférés javítása érdekében

Az olyan digitális platformok, mint például a távoli eléréssel biztosított terápiás ülések és az online receptkiváltásokat megkönnyítő platformok, valamint más, depresszióra fókuszáló szoftverek, okostelefonalkalmazások és virtuális platformok nagyobb választási lehetőséget biztosíthatnak a depresszióval élők számára a kezelés terén, miközben támogatják a betegeket állapotuk jobb kontrollálásában.

Bár a virtuális ülések nem helyettesíthetik a személyes terápiát, rugalmas lehetőséget jelenthetnek a depresszióval élők támogatásához a rendszeresen megtartott szakorvosi vizitek között. Az egészségügyi és szociális szolgáltatások digitális eszközöket használhatnak továbbá az adatgyűjtés megkönnyítésére és az ellátás nyomon követésére is.<sup>20,21</sup> A depresszióban szenvedők emellett hasznosnak találhatják a digitális eszközök alkalmazását a kapcsolattartás és az elszigeteltség érzésének csökkentése érdekében.<sup>22</sup>



# A depresszió-mutatószámrendszer összefoglalása MAGYARORSZÁGRA vonatkozóan

## Integrált és átfogó egészségügyi szolgáltatások a depresszió területén

A depresszió szerepel-e nemzeti egészségügyi tervben vagy a mentális egészségre vonatkozó dedikált tervben/programban?



Van-e olyan, mentális egészséggel foglalkozó kormányzati vezető, aki minisztériumokon átívelő felelősséggel rendelkezve elősegíti a "a mentális egészség minden tervben" megközelítést?



Támogatják-e és ösztönzik-e/ elősegítik-e, megkönnyítik-e az alapellátás és a mentális egészségügyi szolgáltatások, szakellátások közötti együttműködést?



Vannak-e az alapellátás és a pszichiátriai szakma által közösen kidolgozott, a depresszió ellátására vonatkozó iránymutatások?



A depresszióban szenvedő emberek számára széles körű terápiás lehetőségek úgy, mint például pszichoterápia, tanácsadás vagy kognitív viselkedésterápia elérhető -e és tb. támogatottan hozzáférhető -e?



Elérhetőek-e olyan szolgáltatások, amelyek a depresszió kockázatának kitett speciális csoportokat célozzák meg úgy mint:

- a fiatalokat
- az időseket,
- a munkahelyen dolgozókat
- hajléktalanokat



## Adatok felhasználása a depresszió kezelésének javítására

Az egészségügyi ellátórendszer szisztematikusan gyűjt adatokat a depresszióban szenvedő betegekről?



A mentális egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó adatokat felhasználják-e az ellátás tervezéséhez?



Rendszeresen, szisztematikusan mérik-e a betegek által jelentett terápiás eredményeket?





Nem



Részben



Igen



## Depresszióval élő betegek bevonása és aktív részvétele az ellátásban

Elismerik-e a depresszióra vonatkozó irányelvek a betegek (ellátásba történő) bevonásának/aktív részvételének fontosságát?



Elismerik-e a depresszióra vonatkozó irányelvek a családok és a gondozók szerepét az ellátás tervezésével és nyújtásával kapcsolatos döntések meghozatalában?



Bevonták-e a betegek és gondozók képviselőit a depresszióra vonatkozó legutóbbi nemzeti egészségügyi programba vagy stratégiába?



Hozzáférnek-e a betegek gondozói olyan pénzügyi támogatásokhoz, amelyek segítik őket abban, hogy megfelelően támogassák depresszióval küzdő szeretteiket?



Ajánlott-e a depresszióval kapcsolatos ellátási irányelvekben a sorstársi támogatás (peer support) alkalmazása?



A sorstársi támogatás (peer support) támogatásban részesül-e?



Léteznek-e nemzeti szövetségek, amelyek a következő csoportok jogait képviselik:

- depresszióval élő emberek?
- depresszióval élő emberek gondozói?



## Technológiák hasznosítása az ellátáshoz való hozzáférés javítása érdekében

A betegek a személyesen nyújtott szolgáltatások mellett távolról (telefonon vagy interneten keresztül) is hozzáférhetnek a depresszióval kapcsolatos szolgáltatásokhoz?



Ajánlják-e a szakmai társaságok vagy irányelvek a távszolgáltatások használatát a személyes szolgáltatások mellett?



A depresszió távoli támogatása társadalombiztosítás által finanszírozottan elérhető -e?



A depresszióban szenvedő emberek használhatnak-e olyan telefonos vagy online platformokat, amelyek lehetővé teszik számukra, hogy otthonról újítsák meg/írassák fel receptjeiket?



# Integrált és átfogó egészségügyi szolgáltatások a depresszió területén

## A depressziós betegek ellátása kapcsán Magyarországon az egyik legsürgetőbb probléma a szakellátások megfelelő finanszírozásának biztosítása

Magyarországon a depresszióban szenvedő betegek számára finanszírozottan rendelkezésre áll számos egészségügyi szolgáltatás (így általános pszichiátriai vizsgálatok, gyógyszeres terápia, pszichoterápia, tanácsadás vagy kognitív viselkedésterápia), a szakellátások beutaló nélkül igénybe vehetők azonban a szakorvosi- és intézményi kapacitáshiány, valamint az elégtelen finanszírozási feltételek (így kapacitáskorlátok és hosszú várólisták) okán számos beteg kizorul az államilag finanszírozott szakellátásból.

Az integrált ellátás biztosításának az antidepresszívumokkal történő gyógyszeres terápia mellett a másik alappillére a pszichoterápia lenne: a pszichoterápiás ülések széles körben alkalmazott és szakmailag elfogadott nem gyógyszeres kezelésnek minősülnek a major depresszió ellátásában, a nem gyógyszeres kezelések közül gyakran a pszichoterápia a leginkább célravezető terápiás alternatíva.

A pszichoterápiás eljárások igénybevétele Magyarországon - a szakmai tapasztalat és betegforgalmi adatok alapján, továbbá nemzetközi összevetésben is - a potenciális igénynél alacsonyabb, amelynek nagyrészt az alulfinanszírozottság az oka. A teljes pszichoterápiára fordított éves finanszírozás Magyarországon, major depresszió esetében nem több mint 150 millió forint.<sup>2,23</sup>

A hazai pszichiátriai ellátás (kiemelten a pszichoterápiás ülés) alulfinanszírozása nagymértékben csökkenti a rászoruló betegek hozzájutását a megfelelő és korszerű ellátáshoz, és hozzájárul az állami ellátórendszerben dolgozó orvosok magánszektor felé történő elvándorlásához is. Szükségesnek mutatkozik a finanszírozási pontok karbantartása/nagymértékű növelése. A pszichoterápiás pontértékek felülvizsgálata nem csupán a beavatkozások költségének elismertetését célozza, de a pontértékek növelésével a közfinanszírozásban dolgozó szakorvosok magánszektorba történő elvándorlása is lassítható.

## Magyarországon a betegutak tisztázása elengedhetetlen és a társszakmák közötti kommunikáció fejlesztése indokolt

A major depresszió ellátásával kapcsolatos betegút-menedzsment nem optimális, ebből kifolyólag az ellátás során sok beteg „elvész”, illetve „kiesik” az ellátórendszerből.

Problémaként jelentkezik, hogy egyes major depressziós betegek a rendkívül jelentős társadalmi stigmatizáció okán egyáltalán nem lépnek be a hazai egészségügyi ellátórendszerbe. A tüneteikkel orvoshoz forduló betegek már az alapellátás szintjén is több problémával szembesülnek: a házi orvosok korlátozott felírási jogköre a kezelési opciókat az alapellátás szintjén indokolatlanul szűkíti; jellemző továbbá, hogy a házi orvosok által a magasabb progresszivitási szintre továbbküldött betegek számos esetben „kiesnek” az ellátórendszerből, a stigmatizáció és/vagy a hosszabb várakozási idő okán.

A szakellátás szintjén az éves orvos-beteg találkozás – a szakorvosi tapasztalatok alapján – csupán 2-3 alkalomra korlátozódik (jellemzően a szűk intézményi és szakorvosi kapacitások okán), így ennek következtében a betegek jelentős hányada a folyamatos kontroll hiányában kiesik az ellátásból.

A nem-optimális betegutak következtében a betegek követése is nehézkes; sok beteg elvész a hazai ellátás „útvesztőjében”, így major depressziója kezeletlen marad.

Szükségesnek mutatkozik fejleszteni az ellátórendszeri szintek és a társszakmák közötti kommunikációt (pl.: folyamatos szakmai konzultáció elvárása meghatározott időközönként területi szakrendelő /gondozó és alapellátók között), definiálni az ellátásban résztvevőket és azok kompetenciáit, egy, a jelenleginél nagyobb határfokú betegkövetési rendszert kialakítani, továbbá indokolt preferálni (és finanszírozással ösztönözni) hogy a pszichiátriai betegség miatt kezelt betegek elsősorban pszichiáterek - és ne neurológusok vagy belgyógyászok - által kerüljenek kezelésre. Igényként merül fel továbbá a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás keretében a szakorvosok képzése, a munkavállalók fokozott egészségpszichológia támogatása (munkahelyi szűrések szervezésének előtérbe helyezése)

A major depresszióhoz kapcsolódó szakmai irányelvek, ajánlások az elmúlt évben frissítésre kerültek (Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a major (unipoláris) depresszív zavar diagnosztikai és terápiás irányelveiről<sup>1</sup> továbbá Egészségügyi szakmai irányelv - A gyermekkori hangulatzavarok diagnosztikájáról és ellátásáról)<sup>24</sup>; a felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről szóló szakmai irányelv szintén naprakész.

## A prevenció szemlélet erősítésre szorul Magyarországon

Kutatások szerint a háziorvosnál jelentkező betegek közel 50%-nál fennáll kezelendő pszichés tünet, gyakran szomatikus betegséghez társulva<sup>25</sup>. A major depresszió az esetek kb. 50 százalékában visszatérő formában jelentkezik és 20–30%-ban krónikus lefolyású, azaz éveken, évtizedeken keresztül fennáll; korai felismerése és kezelése a szövődmények megelőzése érdekében is fontos.<sup>26</sup> A depressziós betegségek gyakoriságuk és visszatérő jellegük miatt komoly problémát jelentenek mind a pszichiátriai, mind a háziorvosi praxisban: gyakori komplikációikkal együtt (például öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet, másodlagos alkoholizmus/drogbetegség,) jelentős egyéni, családi és ösztársadalmi terhet jelentenek.<sup>27</sup>

A rendelkezésre álló gyógyszeres és nem gyógyszeres terápiák segítségével a depresszív zavar hatékonyan kezelhető, a szuicid gondolatok kialakulása megelőzhető. Ebben – és elsősorban az öngyilkossági rizikó felismerésében – a pszichiátereken kívül jelentős szerep hárul a háziorvosokra is. Az ellátási szintek közötti megfelelő koordinációt és szakmai együttműködést szakpolitikai szinten is támogatni szükséges.

Ismert továbbá számos hazai és nemzetközi előremutató és követendő példa a depresszió és öngyilkosságok prevenciójával kapcsolatban; a jó példák, hatékony kezdeményezések bemutatása a magyarországi egészségpolitika kiemelt feladatát kell, hogy képezze.



# Adatok felhasználása a depresszió kezelésének javítására <sup>13</sup>

---

## Magyarországon rendelkezésre állnak, de központilag nem kerülnek szisztematikusan kiértékelésre a depresszióval kapcsolatos adatok

Magyarországon egyedüli finanszírozóként (biztosítóként) a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) központi szervezetként ellátja a jogszabályokban meghatározott egészségbiztosítási feladatokat, végzi az Egészségbiztosítási Alap kezelésével, a nyilvántartások vezetésével, a pénzügyi elszámolásokkal és az adatszolgáltatási kötelezettséggel kapcsolatos teendőket.

A NEAK irányítja, működteti és fejleszti az egészségbiztosítás feladatainak ellátásához szükséges informatikai rendszereket, gondoskodik a statisztikai adatok gyűjtéséről, valamint azok továbbításáról. Az Alapkezelő ugyan mind a járó- és fekvőbeteg-szakellátás, mind a gyógyszerek felhasználása (főként forgalmi/igénybevételi adatok) kapcsán gyűjt és publikál területi és országos szintű statisztikai adatokat havi szinten, azonban:

- az adatok strukturált gyűjtése és kiértékelése nem történik meg sem általában a pszichiátriai ellátás, sem a depresszió kezelése kapcsán,
- a pszichiátriai szakellátás kapacitás- és igénybevételi adatait területi és országos szinten a kezelőcentrumok nem ismerik,
- a rendelkezésre álló publikus forgalmi és epidemiológiai adatokat az egészségügyi kormányzat nem, vagy csak ad hoc módon használja a pszichiátriai ellátás fejlesztése, országos szintű stratégiák megalapozása kapcsán,
- mélyebb, terápiaszpecifikus adatokhoz való hozzáférés csak hosszú és bürokratikus adatkérelmező folyamat révén biztosítható az intézmények részére,
- gyógyszeres terápia-specifikus adatok jellemzően csak hazai intézmények bevonásával készült klinikai vizsgálati eredmények publikálása vagy a gyógyszerforgalmazók által kezdeményezett adatelemzéseket követően érhetőek el nyilvánosan.

Kiemelt jelentőségű, hogy a jelenleg rendelkezésre álló adatok strukturált gyűjtése és kiértékelése menjen végbe, az adatok tartalmát területi és országos szinten mind a kezelőcentrumok, mind a döntéshozók megismerhessék. Primer vagy szekunder prevenció programok, célzott fejlesztési projektek valós hazai forgalmi és epidemiológiai adatokon továbbá az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT, a hazai e-egészségügyi adattárház) adatain kell, hogy alapuljanak.

## A döntéshozók számára megalapozott, részletes elemzések szükségesek a közvetett és közvetlen betegségterhekről

Magyarországon ritkán kerülnek publikálásra népegészségügyi jelentőségű betegségek betegségteher-vizsgálatai, amelyek az egészségügyi döntéshozók szakmapolitikai és finanszírozási döntéseit megfelelően tudnák támogatni. Ezek a tanulmányok segíthetnék az egyes ágazati stratégiák és népegészségügyi programok kialakítását, a betegségek egyéni-társadalmi terhének mélyebb ismeretén, a betegség okozta direkt és indirekt gazdasági terhek nagyságának figyelembevételén keresztül.

Az indirekt terhek ismerete (illetve azok figyelembevétele szakpolitikai döntések során) a depresszió területén kiemelt jelentőségű: a WHO Európai Régiójában a mentális betegségek okozta károk legnagyobb részét - az Európai Unióban összesen mintegy 26 százalékát - a depresszió teszi ki, valamint a lelki egészséget érintő kórképek napjainkban a munkaképesség-csökkenés 21,1 százalékáért felelősek és ezek közül a stressz mellett a depresszió a második legmeghatározóbb.<sup>13,14</sup> A Magyar Pszichiátriai Társaság tanulmánya szerint a major depresszióval élő betegek betegségük miatt megközelítőleg 41 munkanapot hiányoznak a munkájukból.<sup>2,28</sup>

A depresszió direkt és indirekt terheinek mélyebb megismerése céljából 2021. évben a Magyar Pszichiátriai Társaság publikálta a „A major depresszió okozta egyéni és társadalmi-gazdasági problémák és lehetséges kezelésük” c. tanulmányt, amely felmérte a major depresszió okozta társadalmi-gazdasági hatásokat Magyarországra vonatkozóan (major depresszió következtében kiesett munkanapok, produktivitás-csökkenés számszerűsítése, táppénz-kiáramlás nagyságrendjének, befejezett öngyilkosságok okozta szociális teher mértékének becslése). Az elkészített elemzés alapján olyan megoldási javaslatok is megfogalmazásra kerültek, melyek nem csak a major depresszióval élők betegségterhét, hanem a társadalomra nehezedő terheket is csökkenthetik.<sup>2</sup> Az elemzés pozitív fogadtatása alapján egyértelmű igényként fogalmazódik meg mind általánosságban, mind a pszichiátriai területén az egészségügyi döntéshozók szakmai és egészség-gazdaságtani támogatása az egészségfejlesztési prioritások meghatározása során.

## Magyarországon a betegregiszterek alkalmazására csak szigetszerűen kerül sor

Az egészségpolitika szempontjából kiemelt jelentőségű az integrált egészségügyi adatkezelés, a döntéshozást megfelelő minőségű evidenciákkal támogató betegregiszterek rendszere. A betegregiszterek adatai az egészségügyi stratégia kialakításában, a prevenciós tevékenység tervezésében, az ellátórendszer fejlesztésében, a betegellátás javításában és a klinikai vizsgálatok kivitelezésében egyaránt fontos szerepet játszanak. Mára Magyarországon közel 20 betegregiszter működik (pl.: Nemzeti Rákregiszter, Nemzeti Stroke Regiszter, Nemzeti Szívinfarktus Regiszter vagy a pszichiátria területén jelenleg előírt Nemzeti Affektív Betegségek Regisztere).<sup>29</sup>

Mind szakpolitikai, mind intézményi és betegellátási szinten jelentős előrelépés lenne a pszichiátriai betegségekre vonatkozóan a betegellátás minőségi és forgalmi adatainak részletes megismerése (azok publikálása), az adatok célzott felhasználása az ellátás-fejlesztés során, továbbá igény mutatkozik olyan adatbázisok kialakítására is, amelyek magas kockázatú csoportokra (pl.: öngyilkossági kísérlet utáni személyek és családtagjaik) fókuszálnak. Egy szuicid-regiszter segítséget nyújthatna a beavatkozási igények pontosabb - területi - meghatározásában, célzott öngyilkosság- megelőző programok kialakításában, a programok eredményeinek szorosabb monitorozásában.

### Esettanulmány<sup>2</sup>

#### A „major depresszió okozta egyéni és társadalmi-gazdasági problémák és lehetséges kezelésük” c. tanulmány

2021. évben egy Közpolitikai Összegző Tanulmány került publikálásra a major depresszió okozta egyéni és társadalmi-gazdasági terhek bemutatására. A Magyar Pszichiátriai Társaság vezetésével elkészült tanulmányban a depresszió okozta direkt és indirekt gazdasági terhek nagysága is feltárásra került.

A tanulmány alapján a major depresszió gazdasági terhe más nagypopulációjú krónikus megbetegedésekhez hasonló nagyságrendű. Az indirekt költségek jelentősen meghaladják a direkt költségek terhét (92% vs. 8%): a társadalomra nehezedő közvetett teher megközelítőleg a teljes éves gyógyszerkassza nagyságával egyenértékű. A felmérés szerint 334 milliárd forint becsült éves indirekt és közel 26 milliárd forint éves direkt egészségügyi ráfordítás mutatható ki, mint a betegség éves "kára".

A major depresszió okozta legnagyobb indirekt teher a betegek munkanap kiesése és produktivitás-csökkenése.

# Depresszióval élő betegek bevonása és aktív részvétele az ellátásban

## Magyarországon csak néhány betegszervezet foglalkozik kiemelten a depresszióval élőkkel

A depresszió társadalmi szinten történő hatékony kezeléséhez elengedhetetlen a depressziós betegekkel foglalkozó betegszervezetek, civil szervezetek és lelki elsősegély vonalak folyamatos és fenntartható működése. Hazánkban több ilyen szervezet is működik, többek között a Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége, a Búra, a Lélekben Otthon, a Betegszervezetek Magyarországi Szövetsége, az Ébredések Alapítvány vagy a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum.

A betegszervezetek segíthetnek a depresszió társadalmi elfogadottságának növelésében, a támogató légkör megteremtésével segíthetnek a betegeknek a betegségükkel megbirkózni, továbbá a befejezett öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek számának csökkentésében is jelentős szerepet játszhatnak. A betegszervezetek, civil szervezetek társadalmi elérése is rendkívül fontos. Ennek egyik kiemelkedő, pozitív példája a hazai működéső Mélylevegő Projekt, mely a közösségi médián keresztül közérthető formában igyekszik tájékoztatást nyújtani a hangulatzavarokról.

Az öngyilkosságok megelőzésében mind az állami prevenciós programoknak, mind a hazai civil- és betegszervezeteknek, továbbá a betegdukációs programoknak jelentős szerepük van. Sajnálatos módon, hazánkban megfigyelhető negatív jelenség az utóbbi 20 évben a depresszióval és öngyilkossággal foglalkozó betegszervezetek és alapítványok számának csökkenése. Míg a 2000-es évek elején számos betegszervezet működött, addig mára ez néhány szervezetre korlátozódik.

## Magyarországon a betegek, betegszervezetek bevonása döntéselőkészítési folyamatokba nem rutinszerű

Magyarországon a betegek, betegszervezetek nem, vagy csak elvétve kapnak lehetőséget az egészségügyi szakpolitika, az ellátást érintő fejlesztési, népegészségügyi vagy ellátás-finanszírozást érintő döntések előkészítésében, annak ellenére, hogy a betegséggel átélt élettapasztalatok, társadalmi és etikai értékek megfogalmazása és képviselése döntő fontosságú lehet a döntéshozatal során.

Mindez igaz az egészségügyi technológiaértékelésre (azaz új eljárások, beavatkozások, gyógyszeres terápiák értékelése és felülvizsgálata kapcsán) is. A világban ma már több technológia-értékelő testület (NICE, SMC, CADTH) írásban vagy szóban kikéri a betegszervezetek véleményét az adott terápiás terület jobb megismerése, a betegigények pontosabb felmérése érdekében. A legújabb hazai egészség-gazdaságtani irányelv ugyan megemlíti a betegszervezeteket, mint a terápiák, eljárások hazai rutinszerű eljárását igazoló lehetséges szakmai partnereket, azonban a betegek és betegszervezetek az egészségügyi technológia-értékelésben jelenleg valós döntéselőkészítő vagy támogató szerepet nem vállalnak.



## A mentális betegségeket körülvevő stigmatizáció Magyarországon is érzékelhető és közvetlen hatással van a betegek ellátására

A mentális betegségek esetében általánosságban magas társadalmi stigmatizálás figyelhető meg és ez igaz a depresszióra is: a betegek nem kapják meg a szükséges támogató légkört a munkahelyükön, a baráti társaságaikban, de sokszor a hozzátartozóiktól sem. A laikus populáció sokszor úgy gondolja, a depresszió egy „egyszerű” rosszkedv, amin a betegnek egyszerűen csak túl kell tennie magát.

A társadalmi stigmatizálás miatt a betegek jelentős része egyáltalán nem fordul orvoshoz panaszával, félve a negatív társadalmi következményektől.

Számos nemzetközi és hazai előremutató és követendő projekt született az utóbbi évtizedben a betegség stigmatizációjának csökkentése érdekében, mint például depresszió-felismerési projektek, közösségi egészségfejlesztési tevékenységek<sup>2</sup>. Általánosságban jó gyakorlatnak tekinthető bármely olyan példa, amely a pszichiátria bevonását jelenti bármely más társszakma munkájába. Ilyenek pl. a háziorvosi ellátás során megjelenő pszichiáterek és klinikai pszichológusok, akik segítik a háziorvos munkáját, felhívják a háziorvos figyelmét a mentális betegségek jelentőségére, továbbá diagnosztizálják a háziorvos által nem explorált mentális betegségeket, ezáltal építve a pszichiátriai rendelők, osztályok és orvosok iránti bizalmat. Mindezzel csökkenthető a társadalmi stigmatizáció, illetve a pszichiátriai szakellátás és az alapellátás közötti kommunikáció hatékonyságát jelentősen javítja.

Magyarország jelenleg nem rendelkezik egységes szemléletet tükröző országos antistigma programmal, mindaddig elsősorban helyi és a rehabilitációs folyamatba ágyazott antistigma programok születtek, míg a mentális zavarokkal kapcsolatos releváns ismeretek átadása, és az „átlag populáció” rendszerszintű érzékenyítése elmaradt. Pozitív folyamat ugyanakkor, hogy a Magyar Antistigma Munkacsoport 2020-ban megalakult, céljuk és feladatuk, hogy hosszú távon egyetlen skizofréniával, bipoláris zavarral, depresszióval együtt élőknek se kelljen szégyenkeznie, megbélyegzettként élnie.

### Esettanulmány Mélylevegő Projekt

A depresszió társadalmi szinten történő hatékony kezeléséhez elengedhetetlen a depressziós betegekkel foglalkozó betegszervezetek, civil szervezetek működése. A betegszervezetek segíthetnek a depresszió társadalmi elfogadottságának növelésében, a támogató légkör megteremtésével segíthetnek a betegeknek feldolgozni a betegségüket. Ennek egyik kiemelkedő, pozitív példája a Mélylevegő Projekt, mely a közösségi médián keresztül közérthető formában igyekszik tájékoztatást nyújtani a hangulatzavarokról.

A Mélylevegő Projekt 2020. óta oszt meg betegedukációs tartalmakat a közösségi médiában, a projekt nemcsak az ismeretterjesztésre, valamint a lelki egészség támogatására fókuszál, hanem fellép a mentális betegségekkel élők övező megbélyegzés ellen is. Közösségi oldalai sikerességét és a betegséggel élők igényét az érthető betegedukációra a több mint 100 ezer követőjük mutatja.

A Mélylevegő Projekt egyik nagy érdeme, hogy destigmatizálja a pszichiátriai betegségeket, és arra biztatja az érintetteket, hogy merjenek segítséget kérni, szakemberhez fordulni.

# Technológiák hasznosítása az ellátáshoz való hozzáférés javítása érdekében

## A koronavírus járvány okozta korlátozások segítették a telemedicinális szolgáltatások elterjedését

A COVID-19 járvány kapcsán az egészségügyi kormányzat felismerte, hogy sok esetben nagy rizikóval járna a betegek intézményi ellátása, így Magyarországon is fókuszba került a telemedicinális szolgáltatások általános használata. Egy 2020. áprilisi kormányrendelet értelmében (157/2020. (IV. 29.) Korm. rendelet a veszélyhelyzet során elrendelt egyes egészségügyi intézkedésekről) több szakterület részére is elérhetővé vált finanszírozottan a telemedicinális platformok alkalmazása.

A rendelet lehetővé tette a szakorvosok számára, hogy online formában diagnózist, terápiás javaslatot állítsanak fel, tanácsadást, konzultációt végezzenek, betegirányítást lássanak el, beutalót adhassanak vagy gyógyszert írhassanak fel.

A telemedicina elterjedése a járvány alatt segítette a betegellátást, az orvos-beteg találkozások olyan betegekhez is eljutottak, akik egyébként a korlátozások, illetve a járványtól való félelem következtében személyesen nem fordultak volna orvoshoz.

Szükséges megemlíteni, a közfinanszírozott ellátás keretében folytatott telepszichiátriai ellátások finanszírozása jelenleg nem kielégítő. A vonatkozó rendelet szerint a telepszichiátria körébe sorolható ellátást illetően mindösszesen két eljárás számolható el a társadalombiztosítás terhére:

- a kontrollvizsgálat, konzílium a rendelőn kívül vagy telemedicina keretében
- a dokumentált pszichiátriai tanácsadás telefonon.

A két eljárás egy ülésben, együtt nem számolható el, továbbá jelenleg mindkét eljárás finanszírozási értéke rendkívül alacsony, 1.121 és 224 forint a hatályos finanszírozási összeg<sup>30</sup>, azaz a telepszichiátriai ellátás a közfinanszírozott szolgáltató számára pénzügyileg nem fenntartható

## Magyarországon elérhető és elterjedt az e-recept

Magyarország e-egészségügyi rendszere az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT), melyhez - 2017. november 1-én - a háziorvosi szolgálatok, járó- és fekvőbeteg-ellátó intézmények és az összes hazai gyógyszerár csatlakozott. Az e-recept modul olyan központi szolgáltatásokat valósít meg, amelyek lehetővé teszik a vényrendelés és kiváltás valamennyi funkciójának támogatását. A kezelőorvos és az expedíáló szakember az adatvédelmi szempontok figyelembevételéig férhet hozzá a rendszerben rögzített adatokhoz, a rendszer a kezelőorvosnak biztosítja a vényírást, ismétlődő vényírást, felírt vény visszavonását, vények összefoglaló listájának TAJ alapú lekérdezését. A kezelőorvos ellenőrizheti és figyelemmel kísérelheti, hogy a felírt készítményt kiváltották-e, vagyis a beteg megkezdte, vagy folytatja-e a terápiát.

Az EESZT-rendszer egyértelműen előrelépés a minőségi ellátás biztosításában továbbá jelentős előrelépés a terápiakövetés erősítésében; további fejlesztése a depresszióban szenvedő betegek ellátásának minőségét is szolgálja majd.

## A telemedicinális szolgáltatások előtérbe kerülése mellett közvetetten a Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok segítik az akut pszichiátriai betegellátást.

Az ingyenes telefonszámon hívható S.O.S. Lelkisegély Szolgálat a depressziós betegek segítségének lényeges eleme. A Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége (LESZ) 1991. óta fogja össze az országban azonos miőnőségi feltételekkel 1970. óta működő szolgálatokat.

31

A LESZ kötelékébe 2022-ben 22 szolgálat tartozik, ahol mintegy 500 ügyelő várja a hívásokat a nap 24 órájában. A Szövetségben elsősorban pszichiáter, pszichológus, szociális munkás, pedagógus, mentálhigiénés szakember, lelkész foglalkozású ügyelők segítik a betegeket. A szolgálatot teljesítő operátorok speciálisan képzett szakemberek, akik több hónapig tartó elméleti és gyakorlati oktatás során sajátítják el azokat az ismereteket, amelyek feltétlenül szükségesek a telefonos elsősegély szolgálat szempontjából.

A szolgálat fontos szerepet játszik a lelki vagy akár öngyilkossági krízisben lévők segítésében, megfelelő szakemberhez vagy ellátóhelyre való irányításában. Az évi hívások száma 100 és 120 ezer között van és növekvő tendenciát mutat; 8-10 százalékuk öngyilkossági vagy egyéb súlyos krízishelyzet miatt történik. <sup>2</sup>

A Lelkisegély Szolgálat kapcsán a legfontosabb feladat a megfelelő finanszírozás biztosítása mivel a jelenlegi források csak a fenntartásra elegendők, azonban folyamatos szolgáltatás-fejlesztést nem biztosítanak.

A lelki elsősegély telefonszolgálatok működéséről szóló szakmai módszertan már több mint 6 éves. Bár kétségtelen, hogy ez utóbbiban lefektetett alapelvek és az eljárási rend nem változott az utóbbi években, de a formális frissítés mégis indokolt.



# Következtetések és megoldási javaslatok

---

Statisztikai adatok szerint Magyarországon minden évben a felnőtt lakosság 7 százalékát érinti a major depresszió.<sup>1</sup> Az érintett magas betegszám ellenére Magyarországon a major depressziós betegek ellátása nem kap megfelelő figyelmet az egészségügyi szakpolitikában: a pszichiátriai szakirodalmon kívül sajnálatosan kevesen és ritkán foglalkoznak az egyébként jelentős társadalmi és gazdasági problémákat okozó betegséggel, annak ellenére, hogy a major depresszió egy igen jelentős nagyságrendű populációt érintő kórkép.

A betegséggel kapcsolatban számos tévhit él az emberek fejében, az azonban egyértelműen megállapítható, az öngyilkos magatartáson túl a major depresszió epizódjai jelentős életminőségcsökkenést eredményeznek a betegek számára, továbbá a betegségük hatással van a munkájukra, családi szerepükre és hozzátartozóik életére, szociális hálójukra is.

A kezeletlen depressziógyakori következménye a tartós munkaképtelenség, a másodlagos alkohol/drog abúzus és dependencia, a fokozott szomatikus (kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris) morbiditás és mortalitás, valamint a kifejezetten emelkedett öngyilkossági rizikó.<sup>2</sup>

Az érintett magas betegszám, a betegség terhei, illetve a magyarországi ellátórendszeri problémák alapján hazánkban a major depressziós betegek ellátása során a rendszerszemléletű megközelítést és ellátást kell előtérbe helyezni. A rendszerszemléletű ellátórendszerben az általában hagyományosan alkalmazott nem gyógyszeres és gyógyszeres terápiákon kívül, előtérbe kerül a betegségre való figyelemfelhívás, megelőzés és edukáció, a stigmatizáció csökkentése, továbbá mind az alap-, mind a szakellátás továbbfejlesztése, kapacitásainak bővítése, megfelelő finanszírozásának biztosítása, illetve a szakmák közötti kommunikáció és betegkövetés elősegítése.

A mentális egészség fejlesztése területén a számos pozitív beavatkozás ellenére rendszerszintű változás nem történt az elmúlt évtizedben:

- A kormány 2019. évben jóváhagyta az egészségügy átfogó megújítására irányuló, a legnagyobb egészségveszteségek mérséklését célzó, 2019-től 2030-ig szóló öt Nemzeti Egészségügyi Programot, amelynek prioritizált része a mentális egészség védelme (Mentális Egészségügyi Program<sup>32</sup>), azonban a program végrehajtása nem valósult meg, a mentális egészségvédelemre dedikált finanszírozás nem került még allokálásra.
- Az új egészségügyi jogállásról szóló törvény hatályba lépésével a hazai ellátás kapacitásbeli és strukturális helyzete ugyan nem rendeződött, azonban a pszichiáter szakorvosok béremelése mellett a kórházi pszichológusok bérfelállításuk is megtörtént; mindezek közvetetten hozzájárulnak az ellátás minőségének fenntartásához továbbá az ellátást biztosító szakorvosok és pszichológusok jobb anyagi megbecsüléséhez.
- Az unipoláris depresszió diagnosztikájáról és kezeléséről szóló szakmai irányelv új változata 2021. tavaszától elérhető, továbbá az Egészségügyi szakmai irányelv - A gyermekkori hangulatzavarok diagnosztikájáról és ellátásáról irányelv 2020. évben szintén aktualizálásra került. Az irányelvek véleményezésre megküldésre kerültek a releváns betegszervezetek részére is.

Az alapellátás szintjén kialakultak háziorvosi praxisközösségek, így az alapellátásban dolgozó orvosok számára ma már lehetőség nyílik arra, hogy szorosabb együttműködési formákat alakítsanak ki, továbbá a közösségek egyes körzeteiben pszichológusok bevonását is biztosíthatják a mentális egészségvédelemben.

Összegzően Magyarországon a szakellátási struktúra (azaz a járóbeteg-szakellátás, gondozás, fekvőbeteg-szakellátás) alapjaiban megfelelő, számos társadalombiztosítás által finanszírozott szolgáltatás és gyógyszeres terápia rendelkezésre áll, több szakellátó fejlesztése ment végbe az utóbbi évtizedben, új alapellátási struktúra került kidolgozásra, az államilag finanszírozott intézményekben a pszichiáter szakorvosok és pszichológusok bérrendezése megkezdődött (ugyanakkor mind a pszichiátria, mind a gyermek - és ifjúságpszichiátria továbbra is hiányszakma), azonban a szükséges rendszerszintű változás nem történt még meg.

A mentális betegségek növekvő prevalenciája és terhei korszerű prevenció és ellátási rendszert igényelnek Magyarországon is. Partneri együttműködés szükséges mindazon szereplők között, akik hozzájárulhatnak a mentális betegségek megelőzéséhez és kezeléséhez, a mentális betegséggel élők egészségi állapotának és életminőségének javításához, a mentális betegségek által okozott terhek csökkentéséhez.

Egy átfogó, a pszichiátriai ellátást és ezen belül a depresszió ellátását támogató nemzeti programnak az intézményi kapacitások fejlesztése és az ellátás-finanszírozás javítása mellett kiemelt hangsúlyt kell helyeznie a szoros együttműködésre az egészségügyi, a szociális és az oktatási-nevelési intézményekkel, fenntartó intézményekkel és önkormányzati szervekkel, civil szervezetekkel. Az ellátórendszer fejlesztésének fókuszát – a fekvőbeteg-szakellátási kapacitások fenntartása mellett – az alapellátás, közösségi ellátás és járóbeteg-szakellátás erősítésére kell helyezni. A depresszióval kapcsolatos helyes ismeretek elterjesztésében, a betegséget övező tévhitek eloszlatásában - a szakmai kommunikáción, azaz alap- és szakellátáson túl - az online-fórumoknak, digitális alkalmazásoknak és a médiának is egyre kiemelkedőbb szerepet kell betölteni.

Az ellátás fejlesztésében fókuszált figyelem kell, hogy öveze a betegek és gondozóik tájékoztatását is: fontos, hogy az ellátásokhoz való hozzáférés részleteiről (szakemberek és intézmények elérhetősége, szakmai szolgáltatások köre, betegutak), a térségi szolgáltatásokról, prevenció és figyelemfelkeltő programokról valós idejű információt szerezhessenek, továbbá pontos képet kapjanak az érdekeiket képviselő civil és állami/önkormányzati szervezetekről, az igénybe vehető támogató szolgáltatások és pénzügyi források köréről, igénylési lehetőségeiről.

Fontos továbbá, hogy a depresszió területén a jelenleg is rendelkezésre álló adatok strukturált gyűjtése és kiértékelése menjen végbe, az adatok tartalmát területi és országos szinten mind a kezelőcentrumok, mind a döntéshozók megismerhessék, így az ellátás fejlesztése a jövőben célzottan, területi és/vagy magas kockázatú csoportok szerint is megtörténhessen.

# Kiemelt ajánlások

## Integrált és átfogó egészségügyi szolgáltatások a depresszió területén

- Az alapellátásban dolgozók érzékenyítése indokolt a mentális zavarok iránt, illetve ezáltal az alapellátás hatékonyabb bevonását szükséges ösztönözni a pszichiátriai ellátásba. Az alapellátás eredményesebb közreműködésével a depresszív zavar kialakulásának korai fázisában, enyhe tünetekkel bíró páciensek kezelése az ellátórendszer legalacsonyabb szintjén sikeresen megtörténhetne, így a szűk kapacitással rendelkező szakellátásban több idő jutna a közepesen súlyos és súlyos betegekre. Nemzetközi gyakorlat és a 2016-ban publikált hazai javaslat alapján a háziorvosi ellátásban érdemes lehet bevezetni a legsúlyosabb mentális betegségeket kiszűrő, 5-10 kérdést felölelő gyorsteszteket.<sup>26,33</sup>
- Az alapellátás magasabb fokú bevonását több módszerrel is lehet segíteni, ösztönözni: akár a háziorvosok felírási jogkörének módosításával (szakvizsgához/licenz-vizsgához kötve), akár a pszichiátriai konzíliumok – finanszírozott – végzésével, elterjesztésével. Ehhez új diagnosztikai és terápiás OENO kód definiálása szükséges. A háziorvosi ellátások/praxisok klinikai szakpszichológussal történő megerősítése indokolt továbbá; mindez elősegíthetné a fokozott betegigény kielégítését.
- A hazai pszichiátriai ellátás (pl. pszichoterápiás ülés) alulfinanszírozása nagymértékben csökkenti a rászoruló betegek hozzájutását a megfelelő és korszerű ellátáshoz, és hozzájárul az állami ellátórendszerben dolgozó orvosok magánszektor felé történő elvándorlásához is. Szükségesnek mutatkozik a finanszírozási pontok karbantartása/nagymértékű növelése.
- Hazánkban a major depresszió ellátásával kapcsolatos betegút-menedzsment nem optimális, mindezért szükséges fejleszteni az ellátórendszeri szintek és a társszakmák közötti kommunikációt.
- Az elérhető gyógyszerterápiás alternatívákat bővíteni szükséges, az új, innovatív gyógyszereket elérhetővé kell tenni a magyar betegek számára is.
- A nem gyógyszeres terápiás alternatívák közül a major depresszió bizonyos formáiban bizonyítottan hatékony kezelési módok (részleges alvásmegvonás, fény-terápia) elterjesztése és utóbbi finanszírozásának megteremtése is javasolt.

## Adatok felhasználása a depresszió kezelésének javítására

- Szükség mutatkozik és már folyamatban van Magyarországon egy központi, összeállított depresszió-betegregiszter, amely teljes képet adhat a hazai depresszió-ellátásról, annak minőségéről és elősegítheti a megalapozottabb tervezhetőséget. A térségi (pszichiátriai) kapacitás folyamatos követése és kontrollja, továbbá a depressziós betegek kezelésére vonatkozó forgalmi és eredményességi adatok ismerete mind az egészségügyi kormányzat, mind a területi és országos kezelőcentrumok munkáját segíteni fogja.
- A primer vagy szekunder prevenció programok, a célzott fejlesztési projektek valós hazai forgalmi és epidemiológiai adatokon kell, hogy alapuljanak. Az adatok ugyan rendszerszinten gyűjtésre kerülnek Magyarországon, azonban a rendelkezésre álló beteg- és ellátórendszeri statisztikák döntéselőkészítés célú felhasználása még nem megfelelő.
- A finanszírozási protokollok, szakpolitikai programok és stratégiák aktualizálása, kialakítása során a rendelkezésre álló publikus forgalmi és epidemiológiai adatokat (finanszírozói és intézmény-fenntartói adatbázisok) a jövőben célzottan szükséges alkalmazni a terület jobb, célzott feltárása, megismerése érdekében.
- Nemzeti szuicid-regiszter létrehozása indokolt a szuicid megelőzési programok kidolgozása mellett.
- A pszichiátriai járóbetegellátás (gondozóintézetek és szakrendelések) területén mutató jelentős kapacitásbeli és területi ellátás kötelezettségbeli egyenetlenségek csökkentése feltétlenül indokolt, ehhez azonban a rendelkezésre álló kapacitás- és forgalmi adatok célzott értékelése, az elemzések alapján kapacitásallokációs javaslatok megtétele indokolt.



## **Depresszióval élő betegek bevonása és aktív részvétele az ellátásban**

- A mentális betegségeket, ezen belül a major depressziót övező társadalmi stigmatizálást a hatékonyabb ellátás érdekében csökkenteni szükséges. A pszichiáter szakma részéről bevált gyakorlatok, illetve követendő példák összegyűjtésével, mindezek alapján országos népegészségügyi programok és átfogó kampányok szervezésével sikeresen növelhető lenne a major depresszió és a többi mentális betegség társadalmi elfogadottsága is.
- Az öngyilkosság megelőzése érdekében országos prevenció programok indítása szükséges. Az öngyilkosság megelőzésében mind az állami prevenció programoknak, mind a hazai civil- és betegszervezeteknek jelentős szerepük van, bevonásukat erősíteni szükséges.
- A betegszervezetek szerepét az egészségpolitikai és finanszírozási javaslatok előkészítése során erősíteni szükséges, a jelenlegi alacsony reprezentációs szintet emelni indokolt.
- A betegek szakorvosi ellátásának fejlesztése mellett indokolt a betegek gondozóinak fokozott támogatása is. Rendszerszinten ugyan nem állnak rendelkezésre pénzügyi források a gondozók támogatására, azonban az igénybe vehető támogatási lehetőségeket (pl. lakhatási segély, rendkívüli segély önkormányzati vagy állami forrásokból, házi segítségnyújtás igénylése, adózási kedvezmények) sem minden esetben ismerik a betegek és gondozóik. Az igényelhető támogatások körét, az igénylés módját tájékoztató anyagokon keresztül szükséges megismertetni az érintettekkel.



## Technológiák hasznosítása az ellátáshoz való hozzáférés javítása érdekében

- A telemedicina infrastrukturális feltételeit az ország minden régiójában és progresszivitási szintjén (azaz már gondozói, szakrendelői szinten is) megfelelő minőségben biztosítani szükséges.
- A telemedicina különböző formáit számos szakterület egyre szélesebb körben alkalmazza. A szakorvosi visszajelzések alapján nem csak vészhelyzetben, hanem általános gyakorlatban is szükséges mind a felnőtt, mind a gyermekellátás fejlesztése érdekében a pszichiátriai szakmában elszámolható telemedicinás kódok definiálása; ehhez új OENO kódok integrálása indokolt a járóbeteg-szakellátási szabálykönyvbe. Indokolt továbbá a jelenlegi, pszichiátriai-szakellátásban alkalmazható telemedicina kódok finanszírozásának revíziója, a finanszírozási pontértékek növelése.
- A betegek számára könnyen elérhető digitális platformok létrehozására van szükség, mind a stigmatizálás csökkentése, mind a depresszió szélesebb körű felismerésének elősegítése érdekében.
- Indokolt a lelki elsősegély telefonszolgálatok szélesebb körű megismertetése a betegekkel, továbbá a szolgáltatás terápiás rendszerbe illesztése, mint preklinikai szint.



# Irodalomjegyzék

1. Döme P.; Rihmer Z.; Bitter I.; Gonda X.; Herold R.; Kurimay T.; Osváth P.; Purebl Gy.; Szekeres Gy., Az unipoláris major depresszió diagnosztikája és terápiája. 2021.
2. Rihmer Z.; Kurimay T.; Szekeres Gy.; Mór Z.; Gáti B., A major depresszió okozta egyéni és társadalmi-gazdasági problémák és lehetséges kezelésük. The Journal of the Hungarian Psychiatric Association 2021, XXXVI. évf. 2021.
3. WHO Preventing suicide: A global imperative. Geneva, 2014. [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en).
4. Rihmer Z.; Gonda X.; Eory A., A depresszió szűrése az alapellátásban Magyarországon és ennek jelentősége az öngyilkosság megelőzésében. Psychiatr Hung. 2012, 27, 224–32.
5. Rihmer Z.; Németh A.; Kurimay T.; Perczel-Forintos D.; Purebl Gy.; Döme P., A felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről. Psychiat Hung 2017, 32 (1), 4-40.
6. Purebl Gy.; Petrea, I.; Shields, L.; Tóth M. D.; Székely A.; Kurimay T.; McDaid, D.; Arensman, E.; Granic, I.; Katherina, M. A., Depression, suicide prevention and e-health: situation analysis and recommendations for action. In The Joint Action on Mental Health and Well-being, Lisboa, Portugal, 2015.
7. Rihmer Z.; Blazsek P., Az affektív betegségek társadalmi jelentősége, különös tekintettel az auto- és heteroagresszív megnyilvánulásokra. Neuropsychopharmacologia Hungarica 2017, 19, 2-3.
8. Ács P.; Hécz P.; Paár D.; Stocker M., A fitness (m) értéke. A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei Magyarországon. Közgazdasági Szemle 2011, LVIII. évf. (2011. július–augusztus), 689–708.
9. Szádóczy E.; Papp Zs.; Vitrai J.; Rihmer Z.; Füredi J., The prevalence of major depression and bipolar disorders in Hungary. J. Affect. Disord. 1998, 50, 153-162.
10. Központi Statisztikai Hivatal Népeség, népmozgalom (1900–) 2021. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_hosszu/h\\_wdsd001c.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001c.html) (accessed 28/03/2022).
11. Országgyűlés Hivatala Mentális Egészség. [https://www.parlament.hu/documents/10181/39233533/Infotablo\\_2021\\_5\\_mentalis+egeszseg.pdf/ccae69ba-1044-d770-7110-c3593ff93810?t=1615535905486](https://www.parlament.hu/documents/10181/39233533/Infotablo_2021_5_mentalis+egeszseg.pdf/ccae69ba-1044-d770-7110-c3593ff93810?t=1615535905486).
12. Magyar Nemzeti Bank Versenyképességi program 330 pontban. <https://www.mnb.hu/letoltes/versenykepessegi-program.pdf> (accessed 14/08/2020).
13. ÁNTSZ Mentális egészségügyi program indul. [http://medicalonline.hu/cikk/antsz\\_\\_mentalis\\_egeszsegugyi\\_program\\_indul](http://medicalonline.hu/cikk/antsz__mentalis_egeszsegugyi_program_indul) (accessed 14/08/2020).
14. WHO, Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimate. Geneva: 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2017.
15. Szekeres Gy.; Bai-Nagy K.; Rihmer Z., Depressziós zavarok. In A Pszichiátria Magyar Kézikönyve, 5. átdolgozott, bővített kiadás, Füredi J.; Németh A., Eds. Medicina Könyvkiadó: Budapest, 2015; pp 266-275.
16. Osváth P.; Bálint L.; Németh A.; Kapitány B.; Rihmer Z.; Döme P., Changes in suicide mortality of Hungary during the first year of the COVID-19 pandemic. Orv Hetil. 2021, 162 (41), 1631–1636.
17. Beezhold, J., et al. A sustainable approach to depression: moving from words to actions. [https://www.healthpolicypartnership.com/wp-content/uploads/A\\_sustainable\\_approach\\_to\\_depression.pdf](https://www.healthpolicypartnership.com/wp-content/uploads/A_sustainable_approach_to_depression.pdf) (accessed 04/10/2019).
18. European Patients Forum, EPF Background Brief: Patient Empowerment. Brussels: EPF 2015.
19. Repper J; Carter T., A review of the literature on peer support in mental health services. J Ment Health 2011, 20 (4), 392-411.
20. European Commission Tackling depression with digital tools [Updated 04/06/18]. [https://ec.europa.eu/research/infocentre/article\\_en.cfm?id=/research/headlines/news/article\\_18\\_06\\_04\\_en.html?infocentre&item=Infocentre&artid=48877](https://ec.europa.eu/research/infocentre/article_en.cfm?id=/research/headlines/news/article_18_06_04_en.html?infocentre&item=Infocentre&artid=48877).
21. Hallgren KA; Bauer AM; Atkins DC., Digital technology and clinical decision making in depression treatment, Current findings and future opportunities. Depression and anxiety 2017, 34 (6), 494-501.
22. Prescott J; Hanley T; Ujhelyi K., Peer Communication in Online Mental Health Forums for Young People: Directional and Nondirectional Support. JMIR Ment Health 2017, 4 (3), e29-e29.
23. Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Gyógyító-megelőző ellátások alapdijai és teljesítményadatai. [http://neak.gov.hu/felso\\_menu/szakmai\\_oldalok/publikus\\_forgalmi\\_adatok/gyogyito\\_megelőzo\\_forgalmi\\_adat/aladijak\\_telj\\_adatok.html](http://neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelőzo_forgalmi_adat/aladijak_telj_adatok.html).
24. Egészségügyi Szakmai Kollégium, Egészségügyi szakmai irányelv - A gyermekkori hangulatzavarok diagnosztikájáról és ellátásáról. 2022.
25. Boromisz P., Milyen fejlesztésekre lenne szüksége a pszichiátriának? - Beszélgetés Dr. Németh Attilával. Interdiszciplináris Magyar Egészségügy 2019, XVIII. évf. - Pszichiátriai különszám, 1-3.
26. Torzsa P.; Szeifert L.; Dunai K.; Kalabay L.; Novák M., A depresszió diagnosztikája és kezelése a családorvosi gyakorlatban. Orvosi Hetilap 2009, 150 (36), 1684-1693.

- 
27. Rihmer Z.; Blazsek P.; Hargittay Cs.; Kalabay L.; Torzsa P., Depresszió, szorongás és az öngyilkos magatartás. Felismerés és ellátás. LAM 2018, 28 ((6-7)), 287–292.
  28. Lerner, D.; Adler, D. A.; Chang, H.; Lapitsky, L.; Hood, M. Y.; Perissinotto, C.; Reed, J.; McLaughlin, T. J.; Berndt, E. R.; Rogers, W. H., Unemployment, Job Retention, and Productivity Loss Among Employees With Depression. Psychiatric Services 2004, 55 (12), 1371-1378.
  29. EMMI, 49/2018. (XII. 28.) EMMI rendelet a népegészségügyi szempontból kiemelt jelentőségű vagy egyébként jelentős költségteherrel járó megbetegedések köréről, a megbetegedéseket nyilvántartó betegségregistert vezető szerv kijelöléséről, valamint ezen megbetegedések bejelentésére és nyilvántartására vonatkozó részletes szabályokról. 2018.
  30. NEFMI, 9/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról. 2012.
  31. Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége (LESZ) <https://sos116-123.hu/rolunk/bemutakozas>.
  32. Magyarország Kormánya, 1722/2018. (XII. 18.) Korm. határozat a nemzeti egészségügyi programokról, valamint az azokhoz kapcsolódó, a 2019–2022. évekre vonatkozó szakpolitikai programokról. 2018.
  33. Rihmer Z.; Torzsa P., A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziiorvosi gyakorlatban. Háziorvos Továbbképző Szemle 2016, 21, 584-589

## Elérhetőségek

Amennyiben a mutatószámrendszerrel kapcsolatban további információra van szüksége, vegye fel velünk a kapcsolatot:

Ideas & Solutions Kft.

1114 Budapest, Vásárhelyi Pál utca 7.

Magyarország

