

## ***Égészségfejlesztés, alapellátás, sürgősségi ellátás, népegészségügy XII. IME Regionális Egészségügyi Konferencia Összefoglaló II.***

Az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – Az egészségügyi vezetők szaklapja 2017. február 23-án tartotta XII. Regionális Egészségügyi Konferenciáját. „Az egészségszervezés kihívásai az alapellátástól és népegészségügytől a sokszakmász nagykórházig” címet viselő tanácskozás egészségpolitikai blokkjáról szóló tudósításunk az IME 2017/3-as számában olvasható. Jelen cikkünkben a Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár fővédnökségével és Dr. Cserhádi Péter miniszteri biztos védnökségével lezajlott konferencia további előadásait és legfontosabb megállapításait foglaljuk össze.

### **EGÉSZSÉGFELJESZTÉS**

**Dr. Kallai Árpád** főigazgató (Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ) az Egészség Fejlesztési Irodák (EFI) kórházi környezetben történő működtetésének tapasztalatairól számolt be. Mint elmondta, a hódmezővásárhelyi és makói kistérség majdnem százezer fős lakosságát ellátó EFI-k a Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ Hódmezővásárhely-Makó intézményének szervezeti rendszerében működnek. Az EFI-k ily módon történő üzemeltetésének előnyei közül kiemelte a szabályozott környezetet, a kórház és EFI eszközeinek kölcsönös használatát, a kórházi dolgozók bevonásának lehetőségét, a közös dokumentációs szoftvert, az átlátható betegutakat, az egységes kommunikációt és a forrásteremtési lehetőségek bővülését. A kötelezően megvalósítandó feladatok között megemlítette a kliensek életmódváltó programba irányítását, és részvételük eredményességének nyomon követését – ez utóbbi módszertana még kidolgozásra vár. Idetartozik továbbá a betegklubok működtetése, az idősek közösségben tartása, a szintér-specifikus egészségfejlesztési programok megvalósítása, valamint a dohányzással és túlzott alkoholfogyasztással kapcsolatos intervenció. Felhívta a figyelmet az alap- és szakellátással, valamint a különböző hatóságokkal történő kapcsolattartás kötelezettségére is. A szakmai működés bizonytalanságának alapjaként a működés jogszabályi hátterének hiányát jelölte meg. Aláhúzta, hogy az állami forrásból biztosított költségvetés nem fedezi hosszú távon a működtetést, és a 2017 januárjától bevezetett béremelés nem terjed ki az EFI munkatársak bérezésére. Hangsúlyozta, hogy az egészségpolitikában az EFI-k működésével kapcsolatos egységes szakmai szemléltre lenne szükség. A konkrét feladatokról **Gyurisné Pethő Zsuzsanna**, a 2008 óta működtetett Egészséges Vásárhely Program igazgatója tájékoztatta az egybegyűlteket, rámutatva, hogy a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet számos

irreális elvárást is támaszt az irodákkal szemben. Ilyen például az alapellátással való teljes körű együttműködés és a túlzott adminisztráció.

**Dr. Ráczné Freidler Andrea** irodavezető (Csolnoky Ferenc Kórház EFI, Veszprém) az egészségfejlesztő programok hatékonyságáról szólva kiemelte, hogy a berögzült szokások, mintázatok és hiedelemrendszer megváltoztatása elsősorban élményalapú ismeretátadás útján valósítható meg. Kifejtette véleményét, miszerint az egészségfejlesztési programok középpontjába az egyén tudatosságát kell állítani a modern kommunikációs lehetőségek kihasználásával. Nem csak a tudatosságot erősítő mentális programokra van azonban szükség, hanem az azokra építkező mozgásprogramokra is. Ezek célja, hogy a résztvevők lehetőleg olyan mozgásformát sajátítsanak el, amelyet képesek végrehajtani. Az előadó leszögezte, hogy az EFI-k tevékenységének végső értelme a felelősségérzet, öngondoskodás képességének kialakítása és a kliensek együttműködésének javítása.

**Schmidtné Tóth Edit** szakmai vezető (Albert Schweitzer Kórház Rendelőintézet, Hatvan) a hatvani EFI eredményeit összegző előadásában rámutatott, hogy tapasztalataik szerint rugalmasság, kreativitás és a helyi lehetőségekhez történő igazodás szükséges ahhoz, hogy a rendelkezésre álló szerény költségvetésből a lakosság érdeklődését felkeltő egészségfejlesztő programokat lehessen szervezni. Ezt támasztja alá a hatvani EFI szolgáltatásai iránt mutatkozó fokozott érdeklődés, a különböző klubfoglalkozások növekvő népszerűsége és az országos rendezvényekhez csatlakozók magas száma. Ugyanakkor számos körülmény nehezíti a munkát, mint például az átalakuló követelményrendszer, az adminisztrációs terhek és az egyre nagyobb számban megtartott, egészségnapként meghirdetett céges termékbemutatók.

### **ALAPELLÁTÁS**

**Dr. Papp Magor**, az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram vezetője az eddig elért eredményekről szólva arról tájékoztató, hogy három és fél év alatt a programban résztvevő praxisokhoz tartozó 40 ezer lakos 80 százaléka – 32 ezer fő – vett részt egészségügyi állapotfelmérésen. A helyben hozzáférhető dietetikus, gyógytornász és pszichológus szakemberek szolgáltatásainak hatására javult a krónikus betegek gondozási mutatója, és 12 százalékkal csökkent a szakellátásba történő beutalások száma. Látna a modellprogram sikerét, az Egészségügyi Államtitkárság úgy döntött, forrást biztosít 2017-ben is arra, hogy a négy működő praxisközösségben tovább folytatódhasson a program. Az eddigi eredmények jelentős nemzetközi visszhangot váltottak ki, az

Egészségügyi Világszervezet ma már valamennyi európai ország számára ajánlja a magyar modell bevezetését. Dr. Papp Magor szerint a program alapot ad a magyar alapellátás minőségi megújításához, és reményt a működőképesség fenntartásához. Elkészült a „Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban” című szakkönyv, amelyet valamennyi háziorvoshoz el fognak juttatni. A szakemberek számításai szerint 35 milliárd forintból lehetne kivitelezni a program országos kiterjesztését, illetve 6-7 milliárd forintba kerülne, ha csak a hátrányos helyzetű kistérségek kerülnének bevonásra. A praxisközösség előnyei közül az előadó kiemelte, hogy a feladatok több szakember között oszlanak meg, így bővül az alapellátás kompetenciája és ellátó képessége. A háziorvos az orvosi végzettséget igénylő feladatok elvégzésére koncentrálnak, és a felszabaduló kapacitásokkal enyhíthető a betöltetlen praxisok problémája is. Javul az együttműködés a háziorvosok, védőnők és ápolók között, az újonnan bevont szakemberekkel folytatott konzultáció pedig szakmai fejlődést eredményez. A segéd-egészségőrök növelik az alapellátási szolgáltatások megvalósulásának hatékonyságát a hátrányos helyzetű lakosság körében.

Az alapellátás kihívásait összegezte előadásában **Dr. Cserni István** háziorvos (Verőce), rávilágítva a lehetséges megoldásokra és kitörési pontokra. Mint elmondta, az alapellátási rendszer több sebből vérzik: szabályozatlan, alulf finanszírozott és minősége országosan igen nagy heterogenitást mutat. A háziorvosok a mai napig nem tudják, hogy mettől meddig tart a munkaidejük, elhagyhatják-e a rendelőt a rendelési idő alatt, mi a feladatuk a rendelési időn kívül, és részt kell-e vállalniuk a sürgősségi rendszerben. A hatályos jogszabály szerint el kell látniuk minden páciens, aki rendelési időben érkezik, a praxison kívüli betegek ellátásért viszont csak sürgős esetben fizet a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő. Problémát jelent az is, hogy nem tisztázott a háziorvosi munka javadalmazása: az érintett szereplők más-más módon – finanszírozásként, elszámolandó támogatásként, vállalkozói díjként, a szolgáltatás ellenértékeként, vagy munkadíjként – értelmezik. Az előadó felhívta arra is a figyelmet, hogy az önkormányzatoknak kötelező alapellátási feladatuk van, ám nem rendelkeznek ehhez rendelt központi forrással. Rendezetlen az eszközbeszerzés is, ami elvileg az önkormányzat feladata lenne, gyakorlatilag azonban a háziorvosok pályázati úton igyekeznek hozzájutni a praxis működtetéséhez szükséges eszközökhöz. A háziorvosok az önkormányzat feladatkörének pontos szabályozását szorgalmazzák, és országosan egységes feladatvállalási szerződést a háziorvosok és az önkormányzatok között. További céljuk, hogy a háziorvosi praxisok országosan homogén ellátási struktúrában működjenek. A háziorvosok nem szeretnék mást – hangsúlyozta Dr. Cserni István –, mint tiszta, korrekt, egyértelmű szabályrendszereket, szakmai evidenciákon alapuló minőségi indikátorokat, életpályamodell, a finanszírozás rendezését, minőségbiztosítást és kollegiális rendszert. Előadása zárásaként így fogalmazott: „A szakma összeállt, feltárta az alapellátás vérző sebeit, megfogalmazta a sebgyógyulás-

hoz szükséges eszközöket, de a problémák orvoslásához nélkülözhetetlen az állami szerepvállalás. Ha azt akarjuk, hogy több mint másfél millió lakos ne maradjon háziorvosi ellátás nélkül, a háziorvoslásnak szupervonzó ágazattá kell alakulnia.”

Az alapellátás fejlesztésének népegészségügyi vetületeiről szólt előadásában **Dr. Sándor János** (Debreceni Egyetem), aki a svájci modellprogram monitorozásának eredményeit tárta a hallgatóság elé. A felmérés arra a kérdésre kereste a választ, hogy sikerült-e hatékonyan adaptálni, alkalmazni az eljárásokat, és mi volt a többlétszolgáltatások haszna a teljes ellátott populációban az intervenció területén. Elsőként azt vizsgálták, hogy a praxisszolgáltató közösségeknek hogyan sikerült felvenniük a kontaktusokat a rájuk bízott felnőtt páciensekkel. Második lépésben felmérték, hogy azok a betegek, akiknél szükségletek merültek fel, milyen intenzitással részesültek tanácsadásban és gondozásban. Harmadsorban pedig azt monitorozták, hogy megváltozott-e a szolgáltatásban részesülők egészségmagatartása. Mint kiderült, az életmód vonatkozásában nem történt áttérés. Ellenben csökkent a felnőttek egészségüggyel kapcsolatos, elutasító attitűdje, főleg azoknál a pácienseknél, akiknél emelkedett vérnyomást mértek, és megkapták az ezzel kapcsolatos szolgáltatást. A praxisközösségi intervenciónak köszönhetően 26 százalékkal csökkent a rosszul beállított hipertónia gyakorisága. Az OEP adatsor tanulsága szerint a kiváltott receptek részaránya 6 százalékkal javult. Különösen hatékonyak bizonyult az intervenció a szív- és érrendszeri betegségek területén, ám a dohányzásról való leszokással kapcsolatos beavatkozások egészségnyeresége csak évek múltán mérhető fel. Összefoglalva az elmondottakat, az előadó rámutatott, hogy soha nem látott eredmények születtek a preventív szolgáltatások terén: javult a hipertónia-kontroll, csökkent a beutalások száma és növekedett a páciensek együttműködése.

Kapcsolódva az elmondottakhoz, **Dr. Dózsa Katalin Mária** háziorvos, egészségügyi szakmenedzser (Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ) a svájci modellprogram keretében végzett lakossági attitűdfelmérés eredményeit összegezte. 2014 szeptembere és 2016 márciusa között a négy praxisközösségben összesen mintegy 11 ezer foglalkozás lebonyolítására került sor, 5565 szakember részvételével, 120 ezer fő elérésével. A modellprogram magas lakossági elégedettséget eredményezve valósult meg. A dietetikusok, gyógytornászok és pszichológusok szolgáltatásai 94,1 százalékból váltottak ki teljes megelégedést, az igénybe vevők 95,4 százaléka igényelte a szolgáltatások fenntartását. Az érintett településeken a megkérdezettek túlnyomó többsége (83,6 százalék) vett részt olyan szűrővizsgálaton, amelyre a háziorvosi rendelésen kívül került sor. A kontrollmintában ugyanez az arány mindössze 38,1 százalék volt. A megkérdezettek 81,7 százaléka említette behívó személyként a háziorvost, 20,8 százaléka a segéd-egészségőrt, míg a roma lakosság körében a segéd-egészségőrök említésének aránya jóval magasabb – 40 százalék – volt.

## SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

**Dr. Dózsa Csaba** egyetemi docens (Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar), az IME szerkesztőbizottságának tagja a kórházi sürgősségi ellátás hazai helyzetét elemezte. A sürgősségi rendszer szabályozására először az 1990-es évek végén került sor, majd 2005-2006-ra állt össze az a komplex országos modernizációs program, amely egy teljesen új szolgáltatási hálózat hagyományos kórházi szektorba történő beágyazásáról szólt. A koncepció kidolgozása nem nélkülözte a szakmapolitikai vitát, ami abból fakadt, hogy a traumatológusok, a sürgősségi szakorvosok és a stroke-specialisták időközben elkezdték kialakítani a saját hálózatukat. Végül egy progresszívítási szintek szerint felépülő sürgősségi ellátórendszer képe rajzolódott ki, amelyben kb. 60-65 kórház végzett volna SO1, illetve SO2 szintű sürgősségi ellátást. Az elmúlt évtized során azonban bizonyosodott, hogy ez a koncepció nem tartható a humán erőforrás oldaláról. Ezért a jelenlegi elképzelés szerint 40-42 olyan intézmény kerül kijelölésre, ahol intenzív osztályos háttér, legalább két ügyeletos orvos, CT és sürgősségi labor áll rendelkezésre. A rendszer átszervezésétől azt várjuk – fogalmazott Dr. Dózsa Csaba –, hogy javul és időben kiegyenlítődik a sürgősségi ellátás minősége a folyamatos hozzáférhetőség, egységes szakmai színvonal biztosítása révén. Az országosan egységes ellátási szintek a betegek számára esélyegyenlőséget, az optimalizált, egyértelművé tett betegutak kiszámíthatóbb, biztonságosabb rendszert eredményeznek. Megvalósulhatnak a progresszív betegellátás elvei, és a rendelkezésre álló szakmai struktúra, illetve humán erőforrás optimális módon kerül felhasználásra. Az elvi háttér ismertetését követően az előadó beszámolt a 2007-2015 között megvalósult fejlesztésekről. A TIOP-2.2.2/08/2F program keretében 24 kórházban fejlesztették a sürgősségi ellátást 13,69 milliárd forint értékben. A TIOP-2.2.2/C-10/1 program keretében 16 kórház perinatális intenzív centrumának és intenzív neonatológiai osztályának műszaki fejlesztése történt meg 2,763 milliárd forint értékben. Ismeretve a sürgősségi ellátórendszer SWOT analízisét, Dr. Dózsa Csaba felhívta a figyelmet a szakemberhiány veszélyeire és a budapesti sürgősségi ellátás súlyos hiányosságaira. Kitérés pontként az alapellátási ügyelettel való harmonizáció megteremtését jelölte meg. A közeljövő feladatai között megemlítette a humán erőforrások feltérképezését és fejlesztését, a szakmai ellátási protokollok fejlesztését és alkalmazását, minőségi indikátor program megvalósítását, a benchmark erősítését, az endofinanszírozás technikájának fejlesztését, valamint a hatékonyabb lakossági kommunikációt.

A győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórházban több évtizedes hagyományon alapul és folyamatos fejlesztés alatt áll a sürgősségi szakellátás – tájékoztatott **Dr. Tamás László** János főigazgató. Az előadó tisztázta a sürgősség fogalmát, vázolta annak jogszabályi környezetét, majd ismertette az ún. triage (osztályozás) fogalmát, menetét és szerepét. Bemutatta a győri sürgősségi osztály felépítését, az ellátás tárgyi és személyi feltételeit, és kitért a betegutak szerepére, az ellátás logisztikai rendszerére és az ellátást támogató belső

szabályzatok, eljárásrendek és protokollok szerepére. Mint elmondta, az egykapus SBO bevezetése emelte az ellátás színvonalát, ugyanakkor még nem találta meg maradéktalanul a helyét a magyar egészségügyi ellátórendszerben.

**Dr. Csató Gábor** főigazgató (Országos Mentőszolgálat, OMSZ) áttekintette a szervezet 130 éves működésének történetét. Mint elmondta, ma 7.800 mentődolgozó, 954 mentőgépjármű és 253 mentőállomás áll a betegek szolgálatában. Kifejezte abbéli véleményét, hogy nem lehet szakadék a hospitális és prehospitális betegellátás között, utalva arra, hogy erősíteni kell a mentőszolgálatot végző bajtársak megbecsülését és önbecsülését. A pozícióját ez év januárja óta betöltő főigazgató az OMSZ jövőképét felvázolva a modern technológiák térnyerését, a lakossággal történő hatékonyabb kommunikációt és az életpályamodel megvalósítását emelte ki. Közép-magyarországi régió sürgősségi ellátással kapcsolatos problémáit elemezte **Dr. Engelbrecht Imre** régió igazgató-helyettes (OMSZ Főigazgatóság). Felsorolta az OMSZ kormányrendeletben szabályozott feladatait: idetartozik az életmentés, a speciális betegszállítás, a közfinanszírozott betegszállítás és sürgősségi ügyeleti ellátás irányítása, a kórházi ellátási kapacitások monitorozása és elosztása, valamint a kiemelt rendezvénybiztosítás. Mindennek humán erőforrás háttéréről szólva az előadó kiemelte, hogy a mentőtiszt státuszok jelenleg betöltöttek, ugyanakkor magas fluktuáció figyelhető meg a gépkocsivezetői állományban.

## NÉPEGÉSZSÉGÜGY

A pszichiátriai és addiktológiai betegségek világszerte jelentős egészségügyi problémát okoznak, ugyanakkor aránytalanul kevés figyelmet kap a szakterület a fejlesztési projektek terén – mutatott rá **Dr. Németh Attila** főigazgató főorvos (Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet). Az Európai Unió lakosságának 38,2 százaléka szenved pszichiátriai és neurológiai betegségekben, és különösen magas – 6,9 százalék – a depresszió éves gyakorisága. A depresszió legsúlyosabb következménye az öngyilkosság, de jelentős terhet jelent ró a társadalomra a produktivitás csökkenése, és csökkenti a gyógyulási esélyeket a komorbiditás. Sokat halljuk, hogy Magyarországon túl magas a gyógyszerfogyasztás, ellenben nem helytálló az a megállapítás, hogy túl sok antidepresszáns fogy – hangsúlyozta az előadó. Nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy a megfelelő indikációban használt antidepresszáns életet ment: minél több antidepresszáns fogy, annál alacsonyabb az öngyilkossági ráta. Öröndetes eredmény, hogy 2011-2015 között hazánkban 25 százalékkal csökkent a befejezett öngyilkosságok száma. A 2006-2010 között végrehajtott „egészségügyi reform” hatására számos beteg került ki az ellátórendszerből, ahová a legsúlyosabb kórképekben – például a szkizofréniában – szenvedők többsége idővel visszatért, ám a hangulatzavarral kezelték száma szignifikánsan, 20 százalékkal csökkent. Ugyanakkor javultak az egyéb szolgáltatások: több pénz jutott a mentális betegségek közösségi ellátására, és immár százszázalékos lefedettséggel működik a telefonos lelki első-

segélyvonal. A mentálhigiénés projektek azonban sorra elbuktak, aminek az oka az előadó feltételezése szerint az, hogy túl sok volt a résztvevő és hiányzott a koordinált cselekvés. Dr. Németh Attila szerint alulról érdemes megkezdeni az építkezést, azaz első lépésben a már megbetegedettek ellátásának megfelelő szakmai és kubaturális körülményeit kell biztosítani. Ezért az elsődleges prevenció helyett inkább a harmadlagos prevenciót lenne célszerű fejleszteni, mert ennek elmaradása esetén soha nem térül meg a ráfordítás. Pozitív példaként mutatta be a dán modellt, amelynek bevezetése óta, húsz év alatt felére csökkent az öngyilkosságok száma Dániában.

Egy másik népegészségügyi jelentőségű megbetegedés, a tüdőrák szűrésének modellprogramját mutatta be **Dr. Kovács Gábor** főigazgató (Országos Korányi Pulmonológiai Intézet). A téma aktuális – fogalmazott –, hiszen Magyarországon évente 10,5 ezer új esetet diagnosztizálnak, és minden évben 8,5 ezren halnak meg a betegség következtében. A tüdőrák még mindig a legkevésbé gyógyítható betegségek közé tartozik, ezért van különös jelentősége a korai felismerésnek és az időben elvégzett, jobb túlélést

eredményező műtéti kezelésnek. Az előadó bemutatta azokat az evidenciákat, amelyek alátámasztják, hogy a tüdőrák mortalitását húsz százalékkal csökkenti az alacsony sugárdózisú mellkas CT vizsgálat, amelynek technikai feltételei hazánkban is adottak. Ebből a megfontolásból az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet 2014-ben elindította HUNCHEST elnevezésű, tüdőrák szűrés célzó programját – tájékoztatott Dr. Kovács Gábor. A vizsgálatba a magyar epidemiológiai viszonyokhoz igazodó négy vizsgálati csoportot vontak be: az erős dohányos, krónikus obstruktív tüdőbetegeket (COPD), a nem COPD-s dohányosokat, a nemdohányzó COPD-s betegeket, és végül a nem COPD-s nemdohányzókat az 50-80 év közötti korosztályból. Eddig 450 szűrésből 39 kiemelés történt, 5 esetben állították fel a tüdőrák diagnózisát, valamennyi tüdőrákos eset reszekálhatónak bizonyult. A HUNCHEST teljes kiértékelése 2019-re várható, és a szakemberek azt remélik, kellő bizonyítékkal fog szolgálni a döntéshozók számára ahhoz, hogy országos szinten bevezetésre kerülhessen az alacsony sugárdózisú CT alapú, társadalombiztosító által finanszírozott tüdőrák szűrés a nagy kockázatú népesség körében.

*Munkatársunktól*

#### *Folytatás a 7. oldalról*

- A testi betegségben szenvedők 3-6-szor gyakrabban betegszenek meg a depresszió valamely formájában, ugyanakkor a depresszió megnyújtja a gyógyulási időt, rontja a kezelési kilátásokat, és jelentősen megemeli a kezelés költségeit is. Mindezek miatt a depresszióban (is) szenvedő betegek az egészségügy minden színterén jelen vannak.
- A felmérések szerint a világon körülbelül 1000 milliárd USD veszteség keletkezik a depresszió következtében. Ennek a veszteségnek 88%-a az elvesztett munkanapok és a csökkent munkaképesség miatti termelékenység-csökkenés miatt alakul ki. Ugyanakkor minden a depresszió kezelésébe befektetett 1 dollár négyszeresen térül meg.
- Annak ellenére, hogy a depresszió gyógyítható betegség, a világon a depresszióban szenvedők fele semmilyen kezelést nem kap, és a depresszióban szenvedők háromnegyede nem részesül megfelelő kezelésben.
- A depresszió kezelésére számos hatékony módszer ismert: pszichoterápiás eljárások, gyógyszeres kezelés, fizikai aktivitás, valamint biológiai terápiák.
- Az e-health módszerek is terjednek, és potenciálisan jó lehetőséget teremtenek majd a további, hatékonyabb kezelésre.
- A betegek és környezetük önszorgó, ön-felismerő és ön-gondoskodó tevékenysége kiemelkedő fontosságú.

Ezúton szeretnénk felhívni a döntéshozók, a tudományos és szakmai szervezetek, betegszervezetek és valamennyi magyar állampolgár figyelmét arra, hogy valamennyien szenvedhetünk depresszióban, a depresszió megelőzése és hatékonyabb kezelése a jelen és a jövő generációk érdeke. Közös összefogás nélkül a depressziót és következményeit nem tudjuk kezelni.

#### **Kiemelt figyelmet érdemlő, magasabb rizikóval rendelkező csoportok többek között a következők:**

szülés körüli állapotok; stresszes munkahelyen dolgozók; krónikus és szomatikus betegségben szenvedő páciensek; csökkent családi támogatással és szociális háttérrel rendelkező gyermekek; azok a gondozók, akik családtagjaikat erőn felül gondozzák; szenvedélybetegségben szenvedők; idősek

#### **Mindezek alapján javasoljuk, hogy:**

tegyük lehetővé, hogy a prevenció és a depresszió felismerése javuljon, tegyünk a depresszió megelőzését és kezelését valódi népegészségügyi prioritássá; a depresszióban szenvedők szélesebb körben kapjanak támogatást; a depresszióra fordított kutatási támogatás nőjön; a közvéleményben javítsuk a depresszió és öngyilkosság megelőzésével kapcsolatos tudatosságot, és támogassuk az ezzel kapcsolatos személyes megnyilatkozásokat; nyújtsunk a társadalomnak pontos, megbízható információkat a depresszió természetéről, hatásáról, gazdasági vonatkozásáról, valamint kezeléséről.

Dr. Ledia Lazéri  
WHO Representative and Head a.i.  
of WHO Country Office in Hungary

Dr. Purebl György  
elnök  
Magyar Pszichiátriai Társaság

Prof. Dr. Kurimay Tamás  
Lelki egészség kormányzati szakértő,  
WHO counterpart