



ÁLLAMI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI
ÉS TISZTIORVOSI SZOLGÁLAT



HU12-0002-PP3 Módszertani, strukturális és kapacitásfejlesztés a lakosság mentális egészségfejlesztésére irányuló beavatkozások támogatására

Ígéretes és jó gyakorlatok a lelki egészség területén

Egészségügyi Munkacsoport

Verzió: 1.0

2016. december 31.

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

Tartalom

Tartalom	2
Összefoglaló a jó gyakorlat gyűjtés menetéről	4
Hazai jó gyakorlatok	7
Kiskunhalasi program öngyilkosság megelőzésére	7
Szolnoki program öngyilkosság megelőzésére az EAAD keretében	10
Öngyilkossági kísérletek és öngyilkosságok számának monitorozása.....	13
Népegészségügyi Fókuszú Alapellátás-fejlesztési Modellprogram	16
Nemzetközi jó gyakorlatok	19
Német Szövetség a Depresszió Ellen.....	19
PREDI-NU, iFight Depression program	22
Rövid intervenció szerepe az öngyilkosság megelőzésében	24
Útmutató gyermekek és felnőttek mentálhigiénés alapellátásának klinikai gyakorlatához.....	26
Európai Korai Támogató Projekt	28
Öngyilkosság megelőzés - Krízisvonalak létrehozása	32
Sürgősségi telefonos segélykérő rendszer időskori öngyilkosságok megelőzésére.....	34
Betegelégedettség felmérés gyakorlata Dániában	37
Betegelégedettség felmérés gyakorlata Németországban	41
Betegelégedettség felmérés gyakorlata Norvégiában	43
Hazai ígéretes gyakorlatok	47
Depresszió-öngyilkosság szűrés háziorvosoknál	47
Alapellátáshoz kapcsolódó pszichológiai tanácsadó	50
Háziorvosi praxishoz integrált mentálhigiénés részleg	54
Várandósság alatti és szülés utáni pszichológiai szűrőprogram.....	58
Gondozóhoz integrált szociális pszichiátriai gondozás és nappali ellátás Veszprémben.....	62
Országos reprezentatív adatfelvétel a pszichiátriai gondozottak körében.....	65
A depressziós betegek kezelésbe vételi arányának meghatározása	69
Stresszkezelés orvostanhallgatóknak	73
HuMánia Pályaszocializációs Műhely	77
Veszprémi Burnout Projekt	81
Telefonos lelki elsősegély szolgálat	85

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;



Telefonos lelki segítőik kiválasztása, hivatásgondozása	89
Békés Megyei Mentálhigiénés Program.....	92
Nemzetközi ígéretes gyakorlatok	98
Giuseppe Leggieri program	98
„A mozgás vigyáz rád”	102
Mellékletek.....	108

Összefoglaló a jó gyakorlat gyűjtés menetéről

Az Egészségügyi Munkacsoport az összeállításban bemutatott ígéretes gyakorlatok és jó gyakorlatok kiválasztásánál több szempontot egyaránt figyelembe vett. Fontos szempont, hogy az ígéretes gyakorlatokra és jó gyakorlatokra vonatkozó hazai és nemzetközi példák hozzásegítsenek a munkacsoport ajánlásainak megalapozásához. Ennek megfelelően a vizsgált területek a munkacsoport tevékenységi köréhez kiválasztott témák köré csoportosulnak:

- egészségügyi alapellátás szerepe a lelki egészséggel kapcsolatban, beleértve a depresszió felismerésére, kezelésére és az öngyilkosság megelőzésére vonatkozó gyakorlatokat;
- egészségügyi dolgozók lelki egészsége, a lelki egészség megőrzését, fejlesztését, hivatásgondozást szolgáló elemek az egészségügyi dolgozók képzésében, kiégés megelőzés és kezelés;
- az egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás”;
- a lelki egészség fejlesztése a közösségben, a Leleki Egészség Központok tevékenységeihez, a körülöttük létrejövő hálózathoz kapcsolódó tartalmak.

Szem előtt tartottuk, hogy a projekt legfontosabb céljai között szerepel a Leleki Egészség Központok hálózatának módszertani megalapozása, de emellett –különösen az ajánlásokat készítő munkacsoportok által- a lelki egészség megőrzésére, a mentális megbetegedéssel küzdők ellátására és segítésére, az ezt támogató intézményrendszerre vonatkozó stratégiai elemek megfogalmazása is. Azzal együtt, hogy az Egészségügyi Munkacsoport feladatkörének nem része a pszichiátriai ellátórendszerre vonatkozó javaslattevél, a gyakorlatok bemutatásában néhány erre vonatkozó (az alapellátáshoz, LEK működéshez vagy a közösségi alapú egészségfejlesztéshez kapcsolódó) elemre is kitérünk. Ennek megfelelően az összeállítás tartalmaz gyakorlatokat a gondozói hálózatra, a lelki elsősegély telefonszolgálatokra vonatkozóan, valamint a lelki egészséghez, ellátáshoz kapcsolódó információgyűjtésre is. Utóbbit azért is tartjuk fontosnak, mert a WHO globális, 2013-2020-ra vonatkozó stratégiai dokumentumában (Mental Health Action Plan 2013-2020) a lelki egészséggel kapcsolatos információs rendszerek, adatok, evidenciák, kutatások megerősítése külön célként szerepel, miközben a munkacsoportok által lefedett tevékenységi körhöz eredetileg kevésbé kapcsolódik. A gyakorlatok között kerestünk és bemutatunk olyanokat is, amelyek több szektor együttműködésére alapulnak, ezzel is segítve a későbbi fázisban bekövetkező, a munkacsoportok közötti együttműködésre is építő interszektoriális ajánlások kialakítását. Az egészségügyi dolgozóknak az ellátottak lelki egészséggel kapcsolatos szerepéről kevés információ érhető el, ezen a területen a betegelégedettség vizsgálatára vonatkozó gyakorlatokból is válogattunk.

A jó gyakorlatok gyűjtésénél figyelembe vettük, hogy a projekt keretében több szinten is történik jó gyakorlat gyűjtés:

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

- a módszertani központ munkájában, ahol szisztematikus szakirodalmi áttekintésen alapuló elemzéseket végeznek, kiemelt figyelemmel a Lelki Egészség Központok tevékenységében priorizált területekre;
- a Lelki Egészség Központokban, ahol várhatóan elsősorban helyi, a tevékenységgel lefedett földrajzi területen megvalósított jó gyakorlatokat gyűjtenek;
- illetve a tematikus munkacsoportok szintjén.

A Munkacsoport a gyakorlatok kiválasztásánál elsődlegesen az ajánlásokhoz való felhasználhatóság szempontját követte. Így amellett, hogy az összeállításban tudományosan, akár nemzetközi szinten is elfogadott jó gyakorlatok is szerepelnek fontosnak tartottuk, hogy a munkacsoport tagok által mélyebben ismert, szakterületükhöz kapcsolódó, akár általuk megvalósított gyakorlatok is megjelenhessenek, akkor is, ha esetükben még nincsenek hivatkozások vagy kevés leírás, publikáció áll rendelkezésre. Ezek a gyakorlatok általában fejlesztésre, adaptációra, értékelésre szorulnak még, de meggyőződésünk, hogy a munkacsoport tagok szakmai tapasztalatából olyan elemek kerülhetnek a projektbe így, amelyek a gyakorlati megvalósításban is érdekesek, életképesek lehetnek (a rendelkezésre álló élő tapasztalat okán akár könnyebben is, mint más kulturális környezetben megvalósított gyakorlatok.)

A jó gyakorlatok gyűjtéséhez kezdetben két sablont készítettünk: az egyik a jó gyakorlatok bemutatására, a másik a más dokumentumokból kiemelhető ajánlások bemutatására vonatkozott. A munkacsoport vezetői ülések, valamint a projekt szakmai vezetése által meghatározott elvárások alapján a későbbiekben munkacsoportunk is a projekt által központilag elfogadott jó gyakorlatokra és ígéretes gyakorlatokra vonatkozó sablonokat használta. Ez több esetben azt eredményezte, hogy a saját sablonban már elkészített leírásokat kellett kicsit átalakítani. A projekt által meghatározott irányoknak megfelelően az ajánlásokat ebben az eredménytermékben nem dolgoztuk fel, a munkacsoport ajánlásainak megfogalmazásához viszont fontos alapot jelentenek.

A jó gyakorlat gyűjtéssel párhuzamosan –már a helyzetkép, a gyűjtött gyakorlatok és az áttekintett szakpolitikai dokumentumok ismeretében- a munkacsoport üléseken szántunk időt arra is, hogy megtaláljuk azokat a területeket, amelyekre a következő munkafázisban a munkacsoport részéről ajánlás tehető. A lehetséges ajánlási területek áttekintése segítette a jó gyakorlatok kiválasztását is, valamint olyan témákat hozott felszínre, amelyekben ezt követően célzottan kerestünk idézhető gyakorlatokat.

A jó gyakorlatok kiválasztásánál először meghatároztuk a szakmai területeket, amelyeken a gyakorlatokat gyűjtjük, meghatároztuk azt is, hogy a munkacsoportból melyik tag milyen területekre fókuszál. Összeállítottuk azoknak a hazai és nemzetközi alapidokumentumoknak a körét, amelyeket áttekintettünk az ajánlásokra vonatkozó trendek megismerése, és a szakmapolitikai szinten is számításba vett jó gyakorlatok szempontjából. Annak ismeretében, hogy más projektekben, kezdeményezésekben is történt jó gyakorlat gyűjtést, célzottan kerestük ezeket az összeállításokat. A bemutatott gyakorlatok kiválasztásánál támaszkodtunk a European Joint Action on Mental Health and

Well-being termékeire, a European Mental Health Compass keretében összegyűjtött jó gyakorlatokra (itt jelenleg egy korábbi adatbázis érhető el, a 2015-2016-ban meghirdetett gyűjtés eredményeként csak egy 21 jó gyakorlatot tartalmazó összeállítás). A hazai forrásoknál áttekintettük a témakörhöz kapcsolódó korábbi projekteket, beleértve korábbi projektek keretében gyűjtött jó gyakorlatokat is (pl. TÁMOP 6.2.5.B. projektben gyűjtött bizonyítottan hatásos beavatkozások). A munkacsoport tagok emellett összegyűjtötték és a többi tag számára megküldték a szakterületükhöz kapcsolódó, vagy a munkájuk során megismert további (általában ígéretes gyakorlatként számításba vehető) gyakorlatokat. A munkacsoport ülések során közösen meghatároztuk, hogy milyen témákban, milyen gyakorlatok kerülnek a sablonokban részletes kidolgozásra. A kidolgozott sablonokat minden munkacsoport tag a teljes munkacsoportnak megküldte, ezáltal lehetőséget adva a véleményezésre. A munkacsoport vezető az első körben készített leiratokat az illeszthetőség szempontjából is ellenőrizte, a további alakításhoz szükség esetén instrukciókat adott. Az egyes ígéretes gyakorlatokra és jó gyakorlatokra vonatkozó sablonok külön dokumentumokban készültek, ezek elkészülését követően került sor a közös dokumentumba való összedolgozásra.

Hazai jó gyakorlatok

Kiskunhalasi program öngyilkosság megelőzésére

Jó gyakorlat megnevezése:	A háziorvosok depresszió-továbbképzésének jelentősége az öngyilkosság megelőzésében - Kiskunhalas, 2000-2005.
A jó gyakorlatot megvalósító nagyobb program neve, rövid leírása: (amennyiben egy nagyobb program, projekt keretében valósult meg)	Lokális program volt, nem kapcsolódott nagyobb programhoz, de elméleti alapjait illetően a Gotland vizsgálatra támaszkodott.
A jó gyakorlat alapjául szolgáló elméleti és módszertani háttér:	A major depresszió pont-prevalenciája a háziorvosi gyakorlatban 7-10%, de a felismerési arány még mindig alacsony, ennek egyik oka a gyakran jelenlévő komorbid testi betegség(ek). A nem kezelt depresszió nagy szuicid rizikót jelent és az öngyilkosságban meghaltak 34-66 százaléka élete utolsó hónapjában, 18-40 százaléka élete utolsó hetében felkeresi háziorvosát, de gyakran a szuicidium tekintetében csak indirekt jelzéseket adnak. A Gotland vizsgálat és további célzott vizsgálatok bizonyítják, hogy a háziorvosok megfelelő - depresszióra centráló - képzése lényegesen csökkenti az ellátási terület szuicid mortalitását. A háziorvosi továbbképzés rövid, tömör, jól fókuszált legyen és terjedjen ki a nővérekre, asszisztensekre is és a hatás nagyobb, ha egy időben a közösségi "kapuőrök" mint pl. tanítók, tanárok, lelkészek, papok, közösségi vezetők és az országos, ill. helyi média bevonása (felvilágosítás a kezelhetőségről és a kezelési lehetőségek eléréséről) is megtörténik Hivatkozások: Rutz W., Rihmer Z.: <i>A Gotland-vizsgálat tanulságai. Eredmények, hiányosságok, tennivalók</i>, Psychiat. Hung. 1997, 12: 35—43. Rutz W., Wílinger J., von Knorring L., Rihmer Z., Pihlgren H.: <i>Education on depression to general practitioners. Effects, shortcomings, implications on male suicidality — an update outgoing from the Gotland study</i>, Int. J. Psychiat. in Clin. Pract. 1997, 1: 39—46.

	Rihmer Z, Rutz W. Treatment of attempted suicide and suicidal patients in primary care. In: Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention, Eds: Wasserman, D, Wasserman C., Oxford University Press, New York, 2009, pp: 463-470. Rihmer Z. Döme P, Gonda X. The role of general practitioners in prevention of depression-related suicide. Neuropsychopharmacol Hung, 2012; 14: 245-251. Székel A, Konkoly-Tege B, Mergl R et al. (2013): How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD). PLoS One, 8: e75081.).
A jó gyakorlat leírása, megvalósított beavatkozások:	2000 szeptember-november során a kiskunhalasi járás háziorvosainak hazai vezető szakemberek és három vezető USA-beli szakember bevonásával rövid továbbképző tanfolyamot tartottunk a depresszió felismeréséről és a szuicidium megelőzéséről a háziorvosi gyakorlatban címmel. A képzések péntek déltől szombat délutánig tartottak (előadások, konzultációk), minden háziorvos két ilyen hétvégén vett részt, az esetek többségében a főnövéreiket is elhozták. Hogy ne vonjunk ki egyszerre minden háziorvost a munkából, a tanfolyamot a háziorvosokat kettéosztva valósítottuk meg. A kiskunhalasi járás 30 háziorvosából 27-en vettek részt a tanfolyamon. A háziorvosok a képzés anyagáról egy 120 oldalas kiegészítő könyvet kaptak, benne az összes előadás diáival és magyarázó szöveggel (ld. Rihmer Z., Kalmár S. szerk. : <i>A depresszió felismerése és az öngyilkosság megelőzése a háziorvosi gyakorlatban</i>, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet: Budapest 2000). Ugyanebben az időben a Kiskunhalasi Kórház Pszichiátriai osztályán Depresszió Klinika nyílt ahová bejelentés nélkül, a megadott időben lehetett depressziós betegeket irányítani és az osztályvezető főorvost, ill. a helyettesét a háziorvosok mobil telefonon éjjel-nappal hívhatták konzultáció céljából. Ezt követően a következő években (2001-2005) évente kétszer egy délutánt kiegészítő "fenntartó" oktatást iktattunk be, amely során a háziorvosok által hozott eseteket is megbeszéltük.
Célcsoport:	Háziorvosok, asszisztenseik, a rendelésen segédkező nővérek

Időtartam:	2000 szeptember - 2005 december 31.
Megvalósítás helye:	Kiskunhalas vonzáskörzete, ill. a kiskunhalasi járás, 73. 000 lakos. Kontroll régió Kiskunfélegyházi régió (54.000 lakos).
Értékelés módszere:	- Befejezett öngyilkosságok alakulása - mint elsődleges végpont és - antidepresszívumok felírása - alkohol -eredetű halálesetek, - munkanélküliség - mint másodlagos végpontok alakulása a tanfolyam előtti (1996-2000) és a tanfolyam utáni (2001-2005) 5-5 évben.
Eredmények, megállapítások:	- Befejezett öngyilkosságok. Kiskunhalas régióban a tanfolyam előtti 5 évben 220 öngyilkosság volt, a tanfolyamot követő 5 évben ez 186-ra csökkent (15 százalékos csökkenés, amely egyforma volt férfiakénál: 15% és nőknél: 16%). Az öngyilkossági ráta a kiskunhalasi régióban az előtte-utána 5-5 éves periódusokat illetően 59,7-ről 49,8-ra (tehát 10-el) csökkent. A kontroll régióban csak fele ekkora volt a csökkenés (50,3-ról 45,1-re). - az antidepresszívumok felírása szignifikánsan jobban emelkedett a kiskunhalasi régióban (DDD/1000 fő/nap: 10,6-ról 30,4-re), mint a kontroll régióban, és mint egész Magyarországon. - alkohol eredetű halálesetek: mindkét régióban csökkent, de nem volt különbség a két régió között. - munkanélküliség: mindkettő régióban kissé csökkent, de nem volt különbség közöttük (Kiskunhalas: 9,2% vs 9,1%, kontrol régió: 7,3% vs 6,9%). Megállapítást nyert az is, hogy az alkoholizmus problémája igen nagy szerepet játszik még a depressziós betegek öngyilkosságában is.
Hivatkozások (dokumentumok):	A vizsgálat az alábbi cikkben került közlésre: Szántó K., Kalmár S., Hendin H., Rihmer Z., Mann J. J. A suicide prevention program in a very high suicide rate region. Arch Gen Psychiat 2007; 64: 914-920.
Melyik témába sorolható? (több kategória is megjelölhető)	• depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban Kapcsolódik: • lelki egészség az alapellátásban • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében

Felhasználhatóság, adaptálhatóság a projektben:	Az adott járásokat ellátó háziorvosi szolgálat továbbképzése megszervezhető. Mivel az itt részletezett program 2001-2005-ig tartott, az azóta megismert újabb módszerekkel (pl. az Ígéretes jó gyakorlatnak beküldött Depresszió-szuicid veszély szűrése az alapellátásban programban leírt 4 + 9 kérdéses rövid szűrési módszerrel, ill. az ott javasolt algoritmussal kombinálható.
Kitöltő neve:	Dr. Rihmer Zoltán

Szolnoki program öngyilkosság megelőzésére az EAAD keretében

Jó gyakorlat megnevezése:	EAAD Szolnokon
A jó gyakorlatot megvalósító nagyobb program neve, rövid leírása: (amennyiben egy nagyobb program, projekt keretében valósult meg)	Többszintű akcióprogram a depresszió és az öngyilkosság megelőzésére (az Európai Unió EU7 Keretprogramjának (FP7/2007-2013) támogatásával) A „European Alliance Against Depression” (EAAD) nemzetközi projekt, a depresszió megelőzését, azon keresztül pedig az öngyilkosságok számának csökkentését tűzte ki célul. Hazánkat a programban a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete képviselte, Prof. Dr. Kopp Mária, egyetemi tanár vezetésével. A programban Magyarországon kívül Németország, Írország, Portugália, Anglia, Észtország, Belgium, Ausztria, Finnország, Franciaország, Görögország, Izland, Skócia, Szlovénia, Spanyolország és Olaszország vett részt. A program célja a depresszióval kapcsolatos tájékoztatás, a depresszió felismerésének segítése, ezen keresztül a betegek eljuttatása a szakemberekhez. A megcélzott rétegek gyakorlatilag az egész népességet felölelik. Alapvető cél a depressziótól különösen veszélyeztetett csoportok tájékoztatása mellett a felismerésben számba vehető szakmák, területek tájékoztatása. A tájékoztatásban az oktató tréningeken kívül szóróanyagokkal, plakátokkal, valamint egy Web-oldallal, média-kampánnyal, illetve egy rövid klip elkészítésével és terjesztésével vettek részt
A jó gyakorlat alapjául szolgáló elméleti és módszertani háttér:	„Gotland tanulmány” (Rutz és mtsai, 1989) „Nürnbergi szövetség a depresszió ellen” elnevezésű program „Európai szövetség a depresszió ellen”

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

A jó gyakorlat leírása, megvalósított beavatkozások:	Szolnok város és a környező néhány kisebb települést kb. 120.000 lakossal a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház Pszichiátriai Gondozója látja el Dr. Bagi Mária vezetésével. 2005-2006 között az Európai Szövetség a Depresszió Ellen útmutatásainak megfelelő programot hajtott végre. 2005. április 16.-án sajtótájékoztatóval, nyitó rendezvénnyel indult a program, ahol segítő foglalkozásúak (eü., szociális szakember, lelkes, pedagógus, rendőr, laikus segítő) - a város néhány mérvadó személyiségei - védnőkölő megyei és városi önkormányzat, kórház vezetői vettek részt. A lehetőségek és a nehézségek tisztázása után tevékenységüket 3 területen tervezték: I. TÖMEGTÁJÉKOZTATÁS II. SAJÁT MUNKA DEPRESSZIÓS BETEGEKKEL III. KAPCSOLAT (KIÉPÍTÉS ÉS TARTÁS) SEGÍTŐ SZERVEZETEKKEL I. TÖMEGTÁJÉKOZTATÁS • Szórólapok, plakátok kihelyezése önkormányzati intézményeknél • Kórházi elbocsátásnál a beteg zárójelentése mellett megkapta szórólapjukat • Helyi TV-ben interjú Kopp Mária prof. asszonnyal, Bárki lehet depressziós DVD vetítése • A helyi TV képújsgájában reklám az EAAD program lényegéről, a gondozó telefonszámával (információs pont) II. SAJÁT MUNKA DEPRESSZIÓS BETEGEKKEL • A Pszichiátriai Gondozó és a Szociális Közösségi Pszichiátriai gondozást végző Humán Szolgáltató Központ kapcsolatának erősítése. A két rendszer lehetőségeinek, a szakemberek kompetenciájának összehangolásával a kölcsönös segítség több szintűvé, árnyaltabbá vált. • Páciensek delegálása a HSZK szakembere és egy gyógyult beteg vezette Depressziós önsegítő csoportba III. KAPCSOLAT (KIÉPÍTÉS ÉS TARTÁS) SEGÍTŐ SZERVEZETEKKEL • Humán Szolgáltató Központtal • „Bizalom” Lelkiségy-szolgálattal • Szellemi Fogyatékosokat Nevelő Szülők Érdekvédelmi Szövetségével • Tájékoztató a depresszióról • Burn out tréning • Védnők részére fórum, a Magatartástudományi Intézet vezetésével
--	--

Célcsoport:	Szolnokon és a szolnoki kistérség egész népessége
Időtartam:	2005 – 2006 közötti időszak
Megvalósítás helye:	Szolnokon és a szolnoki kistérség
Értékelés módszere:	statisztikai
Eredmények, megállapítások:	Az egy évvel korábbi (2004-es) helyzettel és a kontroll régióval (Cegléd) való összehasonlítás alapján az öngyilkosságok aránya jelentősen csökkent, az öngyilkosságok számának csökkenése statisztikailag szignifikáns. (ld. 2. ábra) 2005-ben 57 %-kal, míg 2006-ban 47 %-kal csökkent a tényleges öngyilkosságok száma Szolnok városában a korábbi kilenc év átlagához hasonlítva, ezen belül különösen jelentős volt a férfi öngyilkosságok számának csökkenése. 2004-ben 30.1 % volt a tényleges öngyilkosságok aránya, ez 2005-ben 13.1 %-re, 2006-ban 14.5 %-re csökkent. A férfiak esetében a korábbi 45 %-ról 2005-ben 20, 2006-ban 17, 2007-ben 17 %-re csökkent az arány. Sehol az országban nem volt hasonló javulás az öngyilkosságok arányában, ami a programot követő évben, 2007-ben is fennmaradt.
Hivatkozások (dokumentumok):	A szolnoki EAAD programról Dr. Bagi Mária itt: http://slideplayer.hu/slide/2239252/ Székely András pedig itt ír: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24086443 Szekely A, Konkoly Thege B, Mergl R, Birkas E, Rózsa S, Purebl Gy, Hegerl U: How to Decrease Suicide Rates in Both Genders? An Effectiveness Study of a Community-Based Intervention (EAAD). PLoS ONE 8(9): e75081. doi:10.1371/journal.pone.0075081
Melyik témába sorolható? (több kategória is megjelölhető)	• lelki egészség az alapellátásban • <u>depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban</u> • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége

	• egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • hivatásgondozás • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) • egyéb:
Felhasználhatóság, adaptálhatóság a projektben:	működő modell
Kitöltő neve:	dr. Balczár Lajos

Öngyilkossági kísérletek és öngyilkosságok számának monitorozása

Jó gyakorlat megnevezése:	Öngyilkosságok számának monitorozása a felnőtt és a 15-19 éves korú lakosság körében
A jó gyakorlatot megvalósító nagyobb program neve, rövid leírása: (amennyiben egy nagyobb program, projekt keretében valósult meg)	Állami Számvevőszék Jelentése a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről 2012 A 2006. és 2010. évek közötti változás értékelésében az eredményesség mérésére alkalmazott 11 indikátor közül 4 szuicidológiai vonatkozású volt • az öngyilkossági kísérletek száma • Az öngyilkossági kísérletet megelőző 3 hónapban pszichiátriai kezelésben részesültek arányának trendje • a százezer főre vetített öngyilkosságok számának 20 fő alá • csökkenése • a fiatalkorúak körében elkövetett öngyilkosság miatti halálozás változási trendje 20. o. 56. – 57. o.
A jó gyakorlat alapjául szolgáló elméleti és módszertani háttér:	A KSH, Országos Mentőszolgálat, OEP adatai
A jó gyakorlat leírása, megvalósított beavatkozások:	Az öngyilkossági kísérletek száma mind a mentőszolgálat, mind az OEP adatai (18., 19. sz. melléklet) alapján a vizsgált időszakban emelkedett , a tendencia kedvezőtlen.

	A mentőszolgálatnál regisztrált öngyilkossági kísérletek száma a 2006. és a 2009. évek között nőtt 8025-ről 8723-ra, a 2010. évben 8256-ra csökkent. A 2010. évi érték magasabb volt a 2006. évinél (20. sz. melléklet), tehát a mutató romlott. Az OEP adatai szerint a fekvőbeteg-ellátásban részesült öngyilkossági kísérletet elkövetők száma a 2006. évről a 2010. évre 16%-kal nőtt (11 980 főre). Az öngyilkosság miatti BNO szerinti összbetegszám (nem csak fekvőbeteg-ellátásban) ennél magasabb, a 2006. és a 2010. évek között 14 542-ről 16 885 főre nőtt, ami szintén 16,1%-os növekedést jelent. Az öngyilkossági kísérletet megelőző 3 hónapban pszichiátriai kezelésben részesültek aránya a 2006. és a 2010. évek összehasonlításában csökkent ugyan, de az utóbbi évek egészére nézve a trend emelkedő. Magas az aránya azoknak, akik a kezeléseket mellett is megkísérik az öngyilkosságot. A mutató a 2006. évben 32,5% (3370 fő a 10 361 főből), míg a 2009. évben már 52,6% (5978 fő a 11 373 főből) volt. Az arány a 2010. évben 30,1%-ra csökkent (3604 főre a 11 980 főből), tehát a kezelésben lévők aránya kevéssel a 2006. évi szint alatti volt. A százezer főre vetített öngyilkosságok számát nem sikerült 20 fő alá csökkenteni (ezzel a vonatkozó népegészségügyi célkitűzést teljesíteni). Magyarországon a legtöbben 1983-ban vetettek véget az életüknek, 4911-en. Ez az 1955. évtől emelkedő tendenciának volt a csúcspontja. Néhány évig magas szinten ingadozott, majd az 1987. évtől kezdve csökkent, a 2007. évben 2450 volt, azóta újra kismértékű emelkedés tapasztalható. A 2010. évben 2492 fő volt az öngyilkosságot elkövetők száma. A százezer főre jutó öngyilkosság miatti halálozás a 2000. évi 31,98-ról a 2007. évig csökkenést mutatott, de azóta kismértékben emelkedő (10. sz. grafikon). A fiatalkorúak körében elkövetett öngyilkosság miatti halálozás 20%-kal történő csökkenése – ezzel a vonatkozó népegészségügyi célkitűzés teljesítése – az utóbbi öt évből egyedül a 2010. évben valósult meg. A 2007-2009. évek közötti adatsor emelkedő volt, a 2010. évi – így is magas – adat önmagában még nem igazol kedvező trendet.
--	---

	A 15-19 éves korú lakosság körében a szándékos önártalom miatti halálozásban a vizsgált időszakban növekedés és csökkenés is tapasztalható volt (2004. volt a kiugró év, a 2007. évtől a 2009. évig növekedés, a 2010. évben csökkenés volt tapasztalható) (11. sz. grafikon).
Célcsoport:	teljes lakosság
Időtartam:	2006 – 2010 közötti időszak
Megvalósítás helye:	Magyarország
Értékelés módszere:	statisztikai
Eredmények, megállapítások:	• Az öngyilkossági kísérletek száma a vizsgált időszakban emelkedett • Az öngyilkossági kísérletet megelőző 3 hónapban pszichiátriai kezelésben részesültek aránya csökkent ugyan, de az utóbbi évek egészére nézve a trend emelkedő • A százezer főre vetített öngyilkosságok számát nem sikerült 20 fő alá csökkenteni • A fiatalok körében elkövetett öngyilkosság miatti halálozás 20%-kal történő csökkenése a vizsgált öt évből egyedül a 2010. évben valósult meg.
Hivatkozások (dokumentumok):	A KSH, Országos Mentőszolgálat, OEP adatai
Melyik témába sorolható? (több kategória is megjelölhető)	• lelki egészség az alapellátásban • <u>depresszió és öngyilkosság megelőzése</u>, ellátása az alapellátásban • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • hivatásgondozás • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció)

	egyéb:
Felhasználhatóság, adaptálhatóság a projektben:	Adatsorok követése
Kitöltő neve:	dr. Balczár Lajos

Népegészségügyi Fókuszú Alapellátás-fejlesztési Modellprogram

Jó gyakorlat megnevezése:	Népegészségügyi Fókuszú Alapellátás-fejlesztési Modellprogram
A jó gyakorlatot megvalósító nagyobb program neve, rövid leírása: (amennyiben egy nagyobb program, projekt keretében valósult meg)	Svájci hozzájárulásból finanszírozott Alapellátás-fejlesztési Modellprogram. A népegészségügyi fókuszú alapellátási modellprogram megvalósítására 2013-ban létrejött konzorcium tagja a GYEMSZI (jogutódként ÁEEK), az OEP, az OALI (jogutódként NEFI), a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete, a Magyar Védőnők Egyesülete, a kutatásokhoz kapcsolódva pedig a debreceni, a pécsi, a szegedi és a fővárosi Semmelweis Egyetem. A Modellprogram meghatározó részeként, a praxisközösséghez integrált klinikai szakpszichológus vagy egészségpszichológus került alkalmazásra. A négy évre tervezett, népegészségügyi fókuszú modellprogramra huszonnégy észak- és kelet-magyarországi háziorvosi praxist választottak ki 2013-ban. A praxisközösségek mindegyikében 6-6 háziorvos dolgozik, s közülük az egyik látja el az úgynevezett praxisközösségi koordinátor feladatát, ő tölti be a helyi vezető szerepét, s ennek megfelelően felügyeli a közösségben zajló szakmai munkát. Ennek keretében többek között rendszeresen tart praxisközösségi értekezleteket az orvosoknak, illetve a doktorok munkáját segítő szakembereknek. Fontos szereplő a népegészségügyi koordinátor, aki a prevenciók ellátások fejlesztése és kivitelezése mellett a projekttel kapcsolatos adminisztratív munkát végzi, illetve a munkaüggyel kapcsolatos tennivalókat is intézi. Feladatuk elsősorban az, hogy – a betegellátástól elkülönített időben –

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

	a praxisukba tartozók egészségi állapotának monitorozásával már a különböző betegségek és szövődmények megjelenése előtt kiemelik a különböző rizikócsoporthoz tartozó klienseket, s az új szakemberek közreműködésével elősegítik állapotuk javulását. Minden egyes praxisközösségben dolgozik egy-egy gyógytornász, dietetikus, illetve egészségpszichológus.
A jó gyakorlat alapjául szolgáló elméleti és módszertani háttér:	
A jó gyakorlat leírása, megvalósított beavatkozások:	Ez a modell a korábbiakhoz képest nagyságrendekkel nagyobb súlyt kíván fektetni a megelőzésre, az életmódváltásra, az egyéni szerepvállalás fontosságára. Az egészségi állapotfelmérés részeként a lelki egészséget felmérő kérdőív segítségével depressziószűrés is történik, s az itteni eredmény ismeretében vagy a háziorvoshoz, vagy a szakellátóhoz kell irányítani a beteget. De sok esetben elég a pszichológus által végzett stressz-kezelés is. Az egészségpszichológus feladata elsősorban az életmódváltás segítése, tehát a különböző leszoktató – alkohol, dohányzás, túlsúly – programokban van fontos szerepük. A pszichológusok kompetenciája végzettségfüggő. A modellprogram rendszeres szupervíziós támogatást is biztosít számukra.
Célcsoport:	Praxisok – praxisközösségek ellátott lakossága. Mind a négy régió elmaradott régióinak minősül (roma lakosság aránya pl. igen magas)
Időtartam:	2013-tól, jelenleg is tart még a program, várhatóan 2017-ig.
Megvalósítás helye:	Heves, Jászapáti, Borsodnádassd, Berettyóújfalu
Értékelés módszere:	Kvantitatív adatokként a projekten belüli adatszolgáltatások, valamint az OEP jelentési rendszeréből gyűjtött adatok szolgáltak. Ezen túl Google kérdőív-szerkesztő alkalmazással készített, önkitöltős, online, a praxisközösségi működés számos aspektusát felölelő kérdőívek kerültek megválaszolásra a praxisközösségi dolgozók által 2014. november 12-20. között. A kvalitatív adatok előállításához 2014. február és április között az értékelést végző munkacsoport félig strukturált interjúkat készített a négy praxisközösség összesen 64 dolgozójával. További kvalitatív információforrást a praxisközösség

	dolgozói által havi rendszerességgel készített jelentések biztosítottak. E jelentésekből az Országos Alapellátási Intézet és a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet havi összegző riportokat állított elő, amelyek szintén felhasználásra kerültek a félidei jelentés elkészítése során.
Eredmények, megállapítások:	SH/8/1 regisztrációs számú Svájci Hozzájárulás keretében támogatott Az egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával című program Félidei értékelésének kivonata – megtalálható az Alapellátási Modellprogram Honlapján.
Hivatkozások (dokumentumok):	Alapellátási Modellprogram honlapja. www.alapellatatasimodell.hu General practitioners' cluster: a model to reorient primary health care to public health The European Journal of Public Health szaklap, szerzők: Róza Ádány, Karolina Kósa, János Sándor, Magor Papp, Gergely Fűrjes Roma Health is Global Ill Health 2014 szeptember 19. - The European Journal of Public Health szaklap, eurpub.oxfordjournals.org Szerző: Ádány Róza
Melyik témába sorolható? (több kategória is megjelölhető)	• <u>lelki egészség az alapellátásban</u> • depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • hivatásgondozás • <u>lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció)</u> egyéb:
Felhasználhatóság, adaptálhatóság a projektben:	csoportpraxis, praxisközösségek, szakemberek bevonása az alapellátási tevékenységbe, helyben megvalósuló alapvető problémafelismerés, mentalhygienés segítségnyújtás: depressziószűrés, stressz-kezelés.
Kitöltő neve:	Dr. Darvai László

Nemzetközi jó gyakorlatok

Német Szövetség a Depresszió Ellen

Jó gyakorlat megnevezése:	Német Szövetség a Depresszió Ellen („Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.”)
A jó gyakorlatot megvalósító nagyobb program neve, rövid leírása: (amennyiben egy nagyobb program, projekt keretében valósult meg)	A program illeszkedik az Európai Szövetség a Depresszió Ellen (European Alliance Against Depression) programhoz, annak előzménye volt.
A jó gyakorlat alapjául szolgáló elméleti és módszertani háttér:	A német szövetséget megalapozó nürnbergi modellprogram első alkalommal kombinálta az öngyilkosság megelőzését célzó különböző beavatkozásokat közösségi alapú program formájában, kihasználva a korábban már külön-külön alkalmazott beavatkozások közti szinergiát. Az elméleti háttér szempontjából az öngyilkosság megelőzés a depresszió felismerésére és kezelésére irányul, tekintettel arra, hogy a depresszió az öngyilkosság egyik legjelentősebb rizikófaktor. A módszertan szempontjából a háziorvosok bevonása terén a program épít a Gotland-study eredményeire.
A jó gyakorlat leírása, megvalósított beavatkozások:	A modellprogramot az Oktatási és Kutatási Minisztérium által támogatott Németországi Depresszió és Öngyilkosság Kutatási Hálózat kezdeményezte. Párhuzamosan négy szinten valósultak meg beavatkozások: - képzést kaptak a háziorvosok a depresszió felismerésével, kezelésével, a szakellátással való együttműködéssel kapcsolatban; - lakossági tájékoztató kampányt bonyolítottak le tájékoztató anyagokkal, plakátokkal, rendezvényekkel; - együttműködés a depresszióval és öngyilkossággal kapcsolatos ismeretekről az érintettekkel kapcsolatban álló szakemberekkel (pedagógusok, tanácsadók, lelkeszek, időseket ellátó ápolók, rendőrök, újságírók);

	- szolgáltatások az öngyilkossági kísérletet elkövetők és hozzátartozóik számára (telefonos krízisvonal, önségítő aktivitás segítése) A kampány kulcsüzenetei a következők voltak: bárki lehet depressziós, a depresszió sokféle formája van, a depresszió kezelhető. A program megvalósítása együtt járt egy különböző szereplőket magába foglaló szakmai hálózat kialakulásával, az együttműködések javulásával is. A nürnbergi program sikerét követően 2003-ban alakult meg nonprofit szervezetként az országos szintű szövetség, amelynek keretében több régióban részben vagy egyes elemeiben megvalósítják a beavatkozásokat. A Szövetség nemzeti koordinátorként támogatja a helyi kezdeményezések tervezését és végrehajtását, általa központilag történik a képzők képzése. A tagoknak konzultációs szolgáltatásokat nyújt a kampányok tervezésében, indításában, a kiértékelésben, támogatást biztosít a PR tevékenységhez, valamint rendszeresen szervez partnertalálkozókat. A program finanszírozása: tagdíjak, regionális partnerek hozzájárulásai, projekt bevételek, adományok. Kezdetben a Német Oktatási és Kutatási Minisztérium finanszírozta átmeneti projekt keretében.
Célcsoport:	A program többszintű, a különböző szinteknek más-más célcsoportjuk van. Legfontosabb célcsoportok: - lakosság (kommunikációs kampány: depresszióval kapcsolatos információátadás, attitűdformálás) - házi orvosok (felismerés, kezelés, szakellátásba irányítás) - multiplikátorok (pedagógusok, tanácsadók, lelkesek, időseket ellátó ápolók, rendőrök, média) - érintettek és hozzátartozók
Időtartam:	A Szövetség 2003-ban alakult, azóta folyamatosan működik. Az országos szintű működést a 2000-ben megkezdett nürnbergi modellprogram alapozta meg.
Megvalósítás helye:	Országos szintű program Németországban. A program keretében 75 régióban és városban valósulnak meg beavatkozások.
Értékelés módszere:	Befejezett öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek alakulásának nyomon követése a kiindulási állapotban, valamint a beavatkozás befejezését követő 2 évben kontroll régió alkalmazásával. Emellett lakossági attitűd változásának mérése.
Eredmények, megállapítások:	A nürnbergi modellprogramban az öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek összesítve szignifikánsan, 21,7%-kal csökkentek a kiindulási

	állapothoz és a kontroll régióhoz (Würzburg) képest, ahol nem történt szisztematikus beavatkozás. A csökkenés jelen volt az intervenciót követő második évben is (33%-os csökkenés). A csökkenés hátterében elsősorban az erőszakos öngyilkossági formák (akasztás, ugrás, lövés) csökkenése állt. Reprezentatív felmérések alapján a lakosság körében emelkedett a depresszióval kapcsolatos ismeret, komolyabban vették a problémát. A programot a Szövetség keretében számos német régió is átvette, emellett több európai szintű programnak (EAAD, OSPI-Europe, PREDI-NU) alapját képezte.
Hivatkozások (dokumentumok):	Honlap: http://www.buendnis-depression.de/ Publikációk: HEGERL U, MERGL R, HAVERS I, SCHMIDTKE A, LEHFELD H, NIKLEWSKI G & ALTHAUS D (2010): Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg Alliance against Depression. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2010 Aug; 260(5):401-6. DIETRICH S, MERGL R, FREUDENBERG P, ALTHAUS D & HEGERL U (2009): Impact of a campaign on the public's attitudes towards depression. Health Education Research Advance Access published online on September 13, 2009, doi:10.1093/her/cyp050. SPIESSL H, HÜBNER-LIEBERMANN B, NEUNER T, HEGERL U, KLEIN HE, HAJAK G (2009): Senkung der Suizide durch das „Bündnis gegen Depression“. Nervenheilkunde 28: 205-210. HEGERL U, ALTHAUS D, SCHMIDTKE A, NIKLEWSKI G (2006): The Alliance against Depression: two year evaluation of a community based intervention to reduce suicidality. Psychol Med 36: 1225-1234. HEGERL U, ALTHAUS D, STEFANEK J (2003): Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. Pharmacopsychiat 36: 288-291.
Melyik témába sorolható? (több kategória is megjelölhető)	• lelki egészség az alapellátásban • <u>depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban</u> • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége

	• egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • hivatásgondozás • <u>lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció)</u> egyéb:
Felhasználhatóság, adaptálhatóság a projektben:	A módszertant a projekt jelenleg is használja. Miközben az ilyen, többszintű beavatkozás hatásossága alátámasztott a depresszió megelőzése, kezelése, az öngyilkosságok megelőzése tekintetében, más szakmai területekre való adaptálhatóság kihívást jelent. A projekt egyik fontos feladata lehet annak kialakítása, hogy a modellből más területeken (pl demencia) mi, hogyan használható, alakítható. Az EAAD módszertan által kívánt szereplők (ezen belül hangsúlyosan a háziorvosi alapellátás) megfelelő bevonása különös figyelmet igényel a projekt szempontjából is.
Kitöltő neve:	dr. Cserhádi Zoltán

PREDI-NU, iFight Depression program

Jó gyakorlat megnevezése:	PREDI-NU, iFight Depression program
A jó gyakorlatot megvalósító nagyobb program neve, rövid leírása: (amennyiben egy nagyobb program, projekt keretében valósult meg)	PREDI-NU, iFight Depression program PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU) Depresszió megelőzése és a tájékozottság javítása hálózatépítés útján az EU-ban képzés (háziorvosoknak, mentálhigiénés szakembereknek) képzés, lehetőségek megteremtése (kiemelt kockázatú csoportoknak)
A jó gyakorlat alapjául szolgáló elméleti és módszertani háttér:	
A jó gyakorlat leírása, megvalósított beavatkozások:	A PREDI-NU az Európai Szövetség a Depresszió Ellen (European Alliance Against Depression, EAAD) nemzetközi programhoz kapcsolódó internetes oldal, ami a depresszióról szóló ismeretterjesztő írásokat,

	valamint egy kognitív viselkedésterápia elveire épülő önsegítő online eszközt (az iFightDepression Tool, iFD) tartalmaz. iFightDepression Tool két verziója (15 és 24 év közötti fiataloknak; felnőtteknek) 2013 április óta érhető el angolul, valamint nem sokkal később elindult magyarul, németül, spanyolul, katalán és észt nyelven is. A Tool – enyhe – közepes mértékű depresszióval küzdő személyek önsegítésére szolgáló kognitív viselkedésterápia elveire épülő online terápiás eszköz, amelyen keresztül programra kiképzett háziorvosok és mentálhigiénés szakemberek nyújtanak segítséget az internetes eszköz segítségével. A website további része (PREDI-NU) a mentális egészségről tartalmaz információkat. Célja: a betegek képzett háziorvos vagy mentálhigiénés szakember irányításával hozzásegítse a felhasználóit ahhoz, hogy saját maguk felismerjék depressziós tüneteiket, és keressék a javulást lehetőségeit. A tool a kognitív viselkedésterápia elveire épül, a gondolatok, érzések és viselkedés közti kapcsolatra fókuszál. A program hat, hetenkénti bontásban teljesítendő modulból áll: 1. Gondolkodás, érzés, cselekvés; 2. Élvezetet okozó dolgok tervezése és végzése; 3. kitűzött feladatok befejezése; 4. negatív gondolatok azonosítása; 5. negatív gondolatok megváltoztatása; 6. alvás szabályozása Mindegyik modulhoz tartoznak gyakorlatok és letölthető, kinyomtatható feladatlapok, amelyek segítik a tanulást és fokozzák a self-monitoringot. Kiegészíthető 3 opcionális modullal, a kapcsolatok, szociális fóbia és egészséges életmód témakörben. A program előnye a magas hozzáférhetőség (Interneten bárholnan, bármikor elérhető) és az önsegítés tanítása, fejlesztése. A PREDI-NU-ban résztvevő szakembereket a SE Magatartástudományi Intézetben képezték ki.
Célcsoport:	enyhe vagy közép súlyos depresszióval küzdő személyek
Időtartam:	2011-2014
Megvalósítás helye:	Magyarország, Írország, Portugália, Németország, Belgium, Ausztria, Bulgária, Észtország, Egyesült Királyság, Spanyolország, Luxemburg
Értékelés módszere:	

Eredmények, megállapítások:	Beavatkozás által elért hatás: enyhe/középsúlyos depresszió súlyosbodásának megelőzése (Megvalósítás feltételei: háziorvosok, mentálhigiénés szakemberek bevonása, képzése, internet-hozzáférés)
Hivatkozások (dokumentumok):	Beavatkozás hatásosságát bizonyító szakirodalmi forrás (ok) link: https://ifightdepression.com/hu/101 iFightDepression: using the Internet to enhance awareness and self-management capacity for depression - Larkin, Maxwell, Gusmao; Suicidologi. 09/13; 18(Supplement 1) 287-8
Melyik témába sorolható? (több kategória is megjelölhető)	• <u>lelki egészség az alapellátásban</u> • <u>depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban</u> • <u>lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében</u> • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • <u>egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás”</u> • hivatásgondozás • <u>lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció)</u> egyéb:
Felhasználhatóság, adaptálhatóság a projektben:	Kiemelten hasznosítandó az alapellátás körében és a LEK elsődleges feladatai közé is sorolandó/sorolható. Egyszerű, elsajátítható, költségghatékony.
Kitöltő neve:	Dr. Darvai László

Rövid intervenció szerepe az öngyilkosság megelőzésében

Szakmai, szakmapolitikai ajánlás megnevezése:	A rövid intervenció és rendszeres kontaktus szerepe a szuicidium megelőzésében öngyilkossági kísérletet elkövetetteknél.
Az ajánlást tartalmazó dokumentum megnevezése:	WHO: Preventing suicide: A global imperative. Geneva, 2014. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
Az ajánlást tartalmazó dokumentum rövid leírása:	A vizsgálat célja az volt, hogy megállapítsa a szuicid kísérleten átesett pácienseknél az elbocsátás előtt alkalmazott rövid pszchoedukációs

	intervenció és az azt követő másfél évben a pácienssel tartott rendszeres telefon vagy levélbeli kontaktus preventív hatását az esetlegesen bekövetkező befejezett öngyilkosságot illetően a gazdaságilag alacsonyan és közepesen fejlett országokban. A vizsgálat menete: 2002 januárja és 2005 októbere között 1867 öngyilkossági kísérleten átesett, sürgősségi osztályon észlelt páciens voltak be vizsgálatba nyolc kórházban öt kultúráisan eltérő országból (Campinas, Brazília; Chennai, India; Colombo, Sri Lanka; Karaj, Irán; és Yuncheng, Kína). Ebben a randomizált, kontrollált vizsgálatban a páciensek a szokványos kezelést kapták vagy a szokványos kezelés mellé egy rövid pszchoeducációs intervenciót elbocsájtás előtt majd a másfél évig tartó követés során rendszeres kontaktust (telefon, levelezőlap, személyes kontaktus). Az első csoportba 945, a másodikba 922 páciens került. A második csoportban (szokványos kezelés + rövid intervenció és folyamatos kontaktus) az elbocsájtás előtt 1 órás pszchoeducációban részesült a páciens majd rövid kontaktus (telefon, levelezőlap, személyes találkozás) az 1., 2., 4., 7., 11. héten majd a 4., 6., 12. és 18. hónap végén. A kapcsolatot orvos, pszichológus vagy nővér tartotta a páciensekkel. Az egész minta 91 százaléka fejezte be a vizsgálatot. A követés végén a második csoportban szignifikánsan kevesebb befejezett öngyilkosság történt, mint az elsőben (2 versus 18, illetve 0.2% versus 2.2% $\chi^2 = 13.83$, $P < 0.001$). A vizsgálat konklúziója, hogy ez az olcsó, viszonylag kevés idő-ráfordítással végzett program igen hatékony a befejezett öngyilkosságok megelőzésében.
Az ajánlás helye a dokumentumban: (hivatkozás)	Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J. et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bulletin of the World Health Organization 2008; 86:703–709.
Az ajánlás rövid összefoglalása:	A SUPRE-MISS nevű öt országban 2002 és 2005 között végzett multicentrikus randomizált vizsgálatban öngyilkossági kísérlet miatt hospitalizált pácienseket (n=1867) randomizáltak két csoportra: 1/ Szokványos kezelés, 2/ Rövid, 1 órás intervenció (pszchoeducáció) az elbocsátás előtt és rendszeres kontaktus (telefon, levelezőlap, személyes) az emissziót követő 1., 2., 4., 7., 11. héten és a 4., 6., 12. és 18. hónapban. Másfél év elteltével az első csoportból 18-an (2,2%) a

	második csoportból ketten (0,2%) követtek el befejezett öngyilkosságot és ez magasan szignifikáns ($p < 0,0001$). Ez óriási, 11-szeres különbség.
Melyik témába sorolható? (aláhúzással jelöljük, több kategória is megjelölhető)	egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, (beleértve az öngyilkosság megelőzést) „egészségfertőző hatás”
Felhasználhatóság, adaptálhatóság a projektben:	Azon, a LEK-ekkel rendelkező járásokban amelyekben van sürgősségi ellátó/toxikológiai osztály ill. pszichiátriai osztály (tehát ahová szuicid kísérlet után kerülnek be betegek) meg lehetne valósítani viszonylag kis költséggel. A hatás már 1, ill. másfél év múlva már detektálható.
Kitöltő neve:	Dr. Rihmer Zoltán

Útmutató gyermekek és felnőttek mentálhigiénés alapellátásának klinikai gyakorlatához

Jó gyakorlat megnevezése:	Jó Gyakorlat Kézikönyv – “Útmutató gyermekek és felnőttek mentálhigiénés alapellátásának klinikai gyakorlatához”
A jó gyakorlatot megvalósító nagyobb program neve, rövid leírása: (amennyiben egy nagyobb program, projekt keretében valósult meg)	Good Practice Manual – “Recommendations for clinical practice of child and adolescent mental health in Primary Care” Christina Marques és munkacsoportja Portugáliában hiánypótló kézikönyvet készített alapellátók részére a gyermekek és felnőttek pszichiátriai-mentalhygienés ellátásának főbb tevékenységi köreiről, abból a tapasztalatból kiindulva, hogy az alapellátás orvosai nagyrészt híján vannak a korszerű ismereteknek e témában. Az útmutató a prevenciótól az ellátásig tárgyalja a fő témaköröket, betegségeket.
A jó gyakorlat alapjául szolgáló elméleti és módszertani háttér:	-
A jó gyakorlat leírása, megvalósított beavatkozások:	Az erőforrások hiánya a gyermekek és fiatalok mentalhygienés ellátásában általános probléma. Az egészségügyi alapellátás kiemelt szerepű lehet a korai azonosítás, diagnózis és – nem túl bonyolult esetekben - akár a kezelés területén is.

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

	Mindazonáltal, számos probléma hátráltatja a gyermekek és fiatalok hozzáférését a lelki egészségügyi ellátáshoz. A legtöbb alapellátásban dolgozónak kevés korlátozott az ismerete a jelenlegi prevenciós fogalmakról, illetve nem túl tájékozottak a lelki, pszichiátriai betegségek diagnózisáról és kezeléséről ebben a korcsoportban. Ráadásul a megbélyegzés és a pszichológiai betegségekkel kapcsolatban kialakult lakossági téves elképzelések gyakran a téma kerüléséhez vezetnek a klinikai gyakorlatban. A pszichológiai ellátási programok hiánya a körzeti orvosok és egyéb alapellátásban dolgozók körében szintén akadály a segítségnyújtásnak. Kiemelten fontos tehát, hogy növeljék a szakemberek tudását, ismereteit a gyermekek és fiatalok lelki egészségével kapcsolatban. Egy közvélemény kutatást végeztek (Marques, Goldschmidt & Capeda, 2004; kiadatlan) , hogy felmérjék a szükségét és a típusát azoknak a képzési programoknak, amit az alapellátásban dolgozók hasznosnak ítélnék; 88.8%-a a kutatási csoportnak nagyon fontosnak ítélte a Képzési Útmutató létét. A National Mental Health Coordinating Body publikál egy útmutatót a gyermek és fiatalkorúak lelki egészségügyi gondozásáról az alapellátásban. Ez az alábbiakat tartalmazza: a családok pszichológiai értékelése, gyermek-felnőtt és szülő-gyermek kapcsolat, normális és patológus jelek elkülönítése, szakorvosi ellátás szükségessége jeleinek felismerése, beutalás, rizikófaktorok, intervenciók, prognózis általános pszichológiai problémák esetében. A füzet szeptemberben kerül kiadásra országos szinten (Portugália) és papír illetve elektronikus formátumban is elérhető lesz.
Célcsoport:	Gyermek-és felnőtt családorvosi alapellátás
Időtartam:	Folyamatban van.
Megvalósítás helye:	Portugália

Értékelés módszere:	Az Útmutató jövő Szeptemberben lesz kiadva, ezért még nincsenek eredmények.
Eredmények, megállapítások:	Az Útmutató jövő Szeptemberben lesz kiadva, ezért még nincsenek eredmények.
Hivatkozások (dokumentumok):	Mental Health Compass
Melyik témába sorolható? (több kategória is megjelölhető)	• <u>lelki egészség az alapellátásban</u> • depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban • <u>lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében</u> • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • <u>egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás”</u> • hivatásgondozás • <u>lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció)</u> egyéb:
Felhasználhatóság, adaptálhatóság a projektben:	Hazánkban is nyilvánvaló az alapellátó orvosok korszerű ismereteinek hiányossága mind a felnőtt, mint a gyermek-alapellátás szintjén megjelenő mentalhygienés problémákkal, betegségekkel kapcsolatosan. Így Christna Marques kézikönyve, vagy hasonló útmutató illetve képzés hiánypótló lehet felnőtt-, vegyes- és felnőtt háziorvosaink körében is.
Kitöltő neve:	Dr. Darvai László

Európai Korai Támogató Projekt

Jó gyakorlat megnevezése:	Európai Korai Támogató Projekt
A jó gyakorlatot megvalósító nagyobb program neve, rövid leírása: (amennyiben egy nagyobb program,	The European Early Promotion Project (EEPP) Görögországi központtal, 1999 és 2003 között támogató és megelőző szerepkörrel szakértői csoportok képzése történt öt európai országban. Ennek során képződött alapellátási szakemberekből álló team-ek jelentős és költséghatékony eredményeket tudtak felmutatni a megfelelő családi szerepkörök, családszerkezetek, szülő-gyermek

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

projekt keretében valósult meg)	kapcsolat, kötődés kialakítása terén, amely tevékenység jelentős prevenciós hatékonyságot mutat későbbi pszichológiai problémák kialakulásának megelőzésében, amennyiben ez széles körben elérhető.
A jó gyakorlat alapjául szolgáló elméleti és módszertani háttér:	
A jó gyakorlat leírása, megvalósított beavatkozások:	Mivel szükség van egy általánosan elérhető támogató és megelőző lelki egészségügyi ellátásra gyermekeknek és családjuknak, az European Early Promotion Project (EEPP) innovatív ellátásként lett létrehozva, amit öt európai országban (Ciprus, Finnország, Görögország, Szerbia, Egyesült Királyság) valósítanak meg, bírálják el és értékelnek. A cél egy olyan szolgáltatás tervezése, megvalósítása és értékelése ahol speciálisan képzett egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek (Primary Health Care Professionals, PHCP) támogatják a szülők és gyermekek pszichológiai alkalmazkodását, elősegítik az interakcióikat és pszichológiai problémákat előznenek meg. A program a következő célokkal lett kifejlesztve: - Olyan emberek által legyen kivitelezve, akik meglévő szolgáltatási struktúrákban dolgoznak- például egészségügyi alapellátás - hogy biztosítsák az együttműködést más ellátórendszerekkel, ill. a hosszabb távú fenntarthatóságot, hasznosságot és hatást is biztosítani tudják. - Határozott elméletre legyen alapozva, ami a kivitelezést (képzés, szolgáltatások) és a program hatékonyságának értékelését vezérli. A hangsúly a szülő és az egészségügyi alapellátásban dolgozó személy hatékony kapcsolatának fontosságán, ezáltal a család elkötelezettségének elősegítésén van, lehetővé téve a szülői alkalmazkodást, én-hatékonyságot és az ellátás igénybevételét. - Képzési útmutató létrehozása a PHCP-k számára PHCP-k képzése lelki egészségügyi promóciós és megelőzési eljárásokban. Ez tartalmazza a PHCP-k oktatását, hogy elsajátítsák a segítségnyújtási folyamatokat és kifejlesszenek megfelelő segítségnyújtó tulajdonságokat és észlelési képességeket: hogy elősegítsék a szülő-gyermek interakciót; és hogy fejleszteni tudja a családok probléma-megoldási stratégiáit és erőforrás-felhasználását. - Minden család számára elérhető legyen - Otthonok látogatásán keresztül legyen elérhető

	- A születést megelőző időszakban kezdődjön, biztosítsa a korai felismerést és elősegítse a pozitív és időben kialakuló alkalmazkodást a szülői szerephez - A család szükségleteinek felismerése és az ezt követő célmeghatározás, úgy, hogy az minden egyes családnak kielégítse az igényeit. - Biztosítson felügyeletet és támogatást az ellátásban dolgozók számára - Különböző országokban alkalmazható legyen - A PHCP-k képzésének és az ellátásnak a hatékonysága elbírálható legyen - A beavatkozás/közbelépés gazdasági következményei elbírálhatók legyenek Az EU-ban a projektet a Leonardo da Vinci (EL 98/1/68123/PI) Program finanszírozta.
Célcsoport:	Szülők, család és kiemelten a fiatal felnőttek
Időtartam:	Az EEP projekt 1999 és 2003 között történt, európai uniós és helyi/országos finanszírozás segítségével.
Megvalósítás helye:	Ciprus, Finnország, Görögország, Szerbia, Egyesült Királyság
Értékelés módszere:	
Eredmények, megállapítások:	Általánosságban, a tanulmány elbírálásának eredményei azt mutatták, hogy bizonyos módszertani korlátozások ellenére, - amik a többközpontú és longitudinális gyakorlatnak köszönhetők - gondosan tervezett és elméletileg megalapozott korai intervenció eredményes lehet olyan költséggel, ami nem több és nem kevesebb, mint a jelenleg működő ellátásoknak a költségvetése. Egyik fontos eredménye a programnak a PHCP-k képzési útmutatójának létrehozása, ami alkalmazható számos különböző európai országban, melyek különböző egészségügyi alapellátással, különböző alapképzéssel és különböző mentalitással rendelkeznek. A képzéssel kapcsolatban az eredmények kimutatták, hogy a PHCP-k kialakítását jól fogadták minden résztvevő országban és úgy ítélték meg, hogy teljességgel releváns, elfogadott és hasznos a résztvevők személyes

	és szakmai fejlődése szempontjából. Az eredmények ezen felül bizonyítékot szolgáltatott arra, hogy képzett PHCP-k nagyobb hatékonyságot mutattak a segítő folyamatok elsajátítására és magabiztosabbak voltak a szülőkkel kapcsolatban is, illetve, hogy hogyan támogassák és segítsék a családokat. Az országok közötti különbségek ellenére az eredmények igazolják, hogy képzett PHCP-k pontosabban tudták meghatározni egyes családok szükségleteit, valószínűleg abból fakadóan, hogy hatékonyabban tudtak a szülőkkel együttműködni. Ezt az is alátámasztja, hogy jelentősen nagyobb volt az elégedettség azoknak a családoknak, amelyeket a képzett személyzet segített; egyértelműen jobb volt a családi részvétel és az egymás erősítése. Az eredmények továbbá azt is mutatják, hogy a beavatkozási folyamatnak pozitív hatása volt az anya- gyermek kapcsolatra és a gyermek és a család kapcsolatára két éves korban, különösen olyan esetekben, amikor sikerült a szükségleteket azonosítani. Az anya- gyermek kapcsolat erősítését különösen fontos kiemelni, mivel ez szorosan összefügg a gyermek fizikai, szociális és lelki fejlődésével. Az eredmények lényeges különbségeket mutattak az országok között, ami részben a meglévő ellátások közötti különbségekben, az egészségügyi alapellátások minőségében illetve a módszertani nehézségekben (tesztelés, valamint a családok és a PHCP-k körülményei) keresendő. Az EEPP lényeges hatást gyakorolt a legtöbb résztvevő országra. Ezt igazolja a képzés elterjesztése Finnországban és Szerbiában. A képzés módszerei ezen kívül az Egyesült Királyságban is terjednek és több ausztrál államban is alkalmazzák már. Görögországban és Cipruson sajnos az állam nem alkalmazta az eljárást.
Hivatkozások (dokumentumok):	(1) The International Journal of Mental Health Promotion, Special Issue: The European Early Promotion Project (EEPP), (2) The EEPP Training Manual.
Melyik témába sorolható? (több)	• <u>lelki egészség az alapellátásban</u> • depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban

kategória is megjelölhető)	• <u>lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében</u> • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • <u>egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás”</u> • <u>hivatásgondozás</u> • <u>lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció)</u> egyéb:
Felhasználhatóság, adaptálhatóság a projektben:	Mint jó gyakorlat, beilleszthető lehet a LEK funkciói közé: megelőző, támogató szakemberek, szakmai csoportok képzése hazánkban is fontos lehet, részint a családok szükségleteinek feltérképezése, részint a korai szülő-gyerek kapcsolatok, anyaság, szülői szerepek, családszerkezet kialakításának elősegítése céljából, akár hátrányos helyzetű régiókban. Preventív hatása lehet az elkallódás, abusosok, addikciók kérdéskörén belül is.
Kitöltő neve:	Dr. Darvai László

Öngyilkosság megelőzés - Krízisvonalak létrehozása

Jó gyakorlat megnevezése:	Öngyilkosság megelőzés - Krízisvonalak létrehozása
A jó gyakorlatot megvalósító nagyobb program neve, rövid leírása: (amennyiben egy nagyobb program, projekt keretében valósult meg)	World Health Organisation Preventing suicide: A resource for establishing a Crisis Line V0.3 A szerzők: az Emotional Support Alliance (ESA), az International Federation Of Emergency Telephone Services (IFOTES), a LifeLine International (LLI), a Befrienders Worldwide (BW) és a National Suicide Prevention Lifeline (NSPL) USA A kiadvány elsősorban áttekintést nyújt arról, hogy milyen szerepei vannak a Krízis Vonalaknak egy társadalmon belül, a már meglévő szolgáltatások hálójában. Gyakorlati információkat nyújt ezen túl arról, hogy hogyan lehet létrehozni egy Krízis Vonalat a hatékonyság biztosításával. Továbbá hasznos linkeket és forrásokat szolgáltat a Krízis Vonal kialakításához

A jó gyakorlat alapjául szolgáló elméleti és módszertani háttér:	Crisis intervention and counseling by telephon and the internet. (D.Lester, J.R. Rogers) 6. fejezet: (B.L.Mishara) Setting Up an Emotional Support Service (Emotional Support Alliance) Krízis Vonalak 1950 óta működnek, fontos szerepet játszanak a pszichoedukációban és azoknak a hívóknak az azonosításában, akiket mentálhigiénés szolgáltatást nyújtó szervezetekhez kell irányítani. Pszichés betegségek (különösen a depresszió és az alkoholizmus) fő rizikófaktorok mellett az öngyilkosság hátterében pszichés, szociális, biológiai, kulturális és környezeti faktorok is szerepet játszanak.
A jó gyakorlat leírása, megvalósított beavatkozások:	A világ különböző pontjain a Krízis Vonalak több, mint 60 éve működnek és nyújtanak különleges, könnyen elérhető segítséget az egész társadalom, különösképpen az öngyilkossági veszélyben lévőeknek. Mint alulról szerveződő, közösségi alapú, önkéntes szervezetek, az állampolgárok öngyilkosság megelőző motivációjára épülnek. A Krízis Vonalaknál dolgozók elfogulatlan, bizalmi támaszt nyújtanak krízisben lévőeknek. A közösségi bevonódás, ami a megbízhatóság magas fokával kombinálódik, teszi a szolgáltatást pozitívvá azok számára, akik segítséget keresnek pszicho-szociális stresszhelyzet esetén. A krízisvonalak kritériumrendszerei, kapcsolati formái, a segítséget igénybevevők jellemzői, valamint a segítségnyújtás gyakorlati jellemzőinek leírása kiváló útmutató bármely krízis vonal létrehozásához.
Célcsoport:	1998-ban az öngyilkosság becslések szerint a globális betegségteher 1.8%-át adta, míg 2020-ban 2,4%-át fogja adni a piaci társadalmakban és a volt szocialista országokban.
Időtartam:	Folyamatos, non-stop
Megvalósítás helye:	Minden országban indokolt, hazánkban jelenleg 19 helyen van lelki elsősegély telefonszolgálat. Ez egészségügyi minimumfeltételek szerint 400.000 lakosra egy 24 órás telefonszolgálatra lenne szükség, így hazánkban az ideális szám 25 lenne.
Értékelés módszere:	Az IFOTES érvényes problémakatalógusa szerint elemezhetőek a különböző szolgálatok, országok hívásadatai, a problémák jellege. Több IFOTES-es pályázat is van, ami a különböző országok ügyelőinek motivációját, tudását, tapasztalatait bővíti, összesíti, egyfajta monitorozás lehetőségét biztosítva az értékeléshez.

Eredmények, megállapítások:	Az IFOTES statisztikája szerint évente 5 millió hívás érkezik 24 ország 350 szolgálatához, 130 ezer internetes megkeresés és több mint 60 ezer személyes találkozóra került sor 2015-ben a krízisvonalak segítségével.
Hivatkozások (dokumentumok):	Governance Proposals – Emotional Support Alliance Purpose of an International Association of Helplines Crisis Support - The Legacy and Future of Helplines Bruce Turley (April, 2013)
Melyik témába sorolható? (több kategória is megjelölhető)	• lelki egészség az alapellátásban • <u>depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban</u> • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • hivatásgondozás • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) egyéb:
Felhasználhatóság, adaptálhatóság a projektben:	Nemzeti öngyilkosság prevenciós stratégiák gyakran tartalmaznak olyan szolgáltatásokat, mint a Krízis Vonalak, melyek stresszhelyzetben lévő emberek számára ajánlanak segítséget könnyen elérhető, arra alkalmas és azonnali eszközökkel. A krízis intervenciós szolgáltatások az öngyilkosság megelőzés “alapjaiként” foghatók fel, és kiegészítő szerepet tölthetnek be a mentális egészséget támogató, a megelőző és a hosszú távú kezelő programok mentén.
Kitöltő neve:	Szabóné dr. Kállai Klára

Sürgősségi telefonos segélykérő rendszer időskori öngyilkosságok megelőzésére

Jó gyakorlat megnevezése:	Sürgősségi telefon segélykérő és szupportív rendszer szerepe az időskori öngyilkosságok megelőzésében.
A jó gyakorlatot megvalósító nagyobb program neve, rövid leírása:	Nem csatlakozott nagyobb programhoz.

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

(amennyiben egy nagyobb program, projekt keretében valósult meg)	
A jó gyakorlat alapjául szolgáló elméleti és módszertani háttér:	A depressziós betegek, de különösen az idős, és elsősorban az egyedül élő idős depressziós betegek ritkábban kérnek segítséget pszichológiai, pszichiátriai problémáik miatt, és az e korosztályban gyakori major depresszió és testi betegségek együttes jelenléte a szociális izolációval súlyosbítva kifejezetten fokozzák a szuicid veszélyt. Az időskori major depresszió megfelelő (gyógyszeres, de kiemelt jelentőséggel pszicho-szociális) kezelése, ill. a hosszútávú gondozás csökkenti az öngyilkosság esélyét.
A jó gyakorlat leírása, megvalósított beavatkozások:	Az Észak-Olaszországi Veneto régióban 1988-ban egy 24 órás telefon sürgősségi segélykérő és szupportív rendszert (Tele-Help/Tele-Check) vezettek be a 65 év feletti lakosság számára. Az ebben a projektben résztvevő idősök nemcsak akut, testi és lelki bajok miatti segélykérésre használhatták a rendszert, hanem a központból heti két alkalommal fel is hívták az idősöket, érdeklődtek az aktuális pszichés és testi állapotukról, megkérdezték, hogy van-e szükségük valamire (bevásárlás, gyógyszerek kiváltása, stb.). 18 641 háztartást kapcsoltak be a rendszerbe, pontosabban ennyi háztartás adatait elemezték. A szolgáltatást használók átlag életkora 80 év volt, közülük 84% volt nő és 73% egyedül élt. 11 év elmúltával a Tele-Help/Tele-Check rendszert használóknál szignifikánsan (71%-al) alacsonyabb volt a befejezett öngyilkosságok aránya, mint a rendszert nem használóknál (öngyilkosságok száma: megfigyelt = 6, várható = 21, $p < 0,001$). Az eredmények szerint ez az új, az idősök lelki és testi egészségére illetve szociális jólétére fókuszáló program jelentős mértékben képes csökkenteni a szolgáltatást használók öngyilkossági halálozását és minden bizonnyal ezen túlmenően életminőségüket is lényegesen javítja.
Célcsoport:	65 év feletti lakosság
Időtartam:	1988 január 1 - 1998 december 31 között.

Megvalósítás helye:	Veneto régió, Észak-Olaszország.
Értékelés módszere:	A befejezett öngyilkosságok száma (a Tele-Help/Tele-Check rendszert használók között megfigyelt öngyilkosságok száma vs az adott populáció egészében várható öngyilkosságok száma a vizsgált 10 éves periódus során).
Eredmények, megállapítások:	A Tele-Help/Tele-Check rendszert használóknál szignifikánsan (71%-al) alacsonyabb volt a befejezett öngyilkosságok aránya, mint a rendszert nem használóknál (öngyilkosságok száma: megfigyelt = 6, várható = 21, $p < 0,001$). A rendszer hatékony az időskorúak szuicidiumának megelőzésében.
Hivatkozások (dokumentumok):	Elméleti háttér: Henriksson, MM, Marttunen MJ, Isometsa, ET, Heikkinen ME, Aro HM, Kuoppasalmi, KI, Lonnqvist JK: Mental disorders in elderly suicide. Int. Psychogeriatr. 1995, 7: 275-286. Ryan J, Carriere I, Ritchie K, Stewart R, Toulemonde G, Dartigues JF, Tzourio C, Ancelin ML. Late-life depression and mortality: influence of gender and antidepressant use. Br J Psychiatry. 2008;192:12-8. Gallo JJ, Morales KH, Bogner HR, Raue PJ, Zee J, Bruce ML, Reynolds CF 3rd. Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. BMJ. 2013;346:25-70. Döme P, Gonda X, Rihmer Z. Suicide in the elderly. Nőos, 2015; 21:135-140. A jelen jó gyakorlat referenciái: De Leo D, Carollo G, Buono M. (1995). Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. Amer J Psychiatry, 1995; 152: 632-634. De Leo D, Buono MD, Dwyer D. (2002). Suicide among the elderly: The long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. Brit J Psychiatry, 181: 226-229.

Melyik témába sorolható? (több kategória is megjelölhető)	• depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás
Felhasználhatóság, adaptálhatóság a projektben:	Plusz anyagi ráfordítás szükséges. Amennyiben a területen már működik telefonos segélykérő rendszer, a jelen program viszonylag kis költséggel ere rátelepíthető. Amennyiben nincsen ilyen segélykérő rendszer, akkor sokkal nagyobb költségekkel kell számolni és nem biztos, hogy rövidtávon megvalósítható. Érdemes meggondolni, hogy ne a 65 év, hanem a 70 év legyen a korhatár.
Kitöltő neve:	Dr. Rihmer Zoltán

Betegelégedettség felmérés gyakorlata Dániában

Jó gyakorlat megnevezése:	Dánia. Fekvő- és járóbeteg-ellátás keretében végzett országos betegelégedettség felmérések nemzetközi gyakorlata
A jó gyakorlatot megvalósító nagyobb program neve, rövid leírása: (amennyiben egy nagyobb program, projekt keretében valósult meg)	Betegek Tapasztalatainak országos felmérése (LUP) Célja: minőség értékelés, minőség fejlesztés, a betegek tapasztalatainak összehasonlítása kórházi és szakterületi szinten, valamint időbeli összehasonlítások készítése.
A jó gyakorlat alapjául szolgáló elméleti és módszertani háttér:	A kérdőív a fekvőbetegekhez és a járóbetegekhez intézett országos és regionális kérdéseket azonos arányban tartalmazza. Az országos szintű kérdések azonosak az ország minden pontján és az egymást követő években sem változnak, a kórházi kezeléssel kapcsolatos legfontosabb tényezőkre vonatkozó véleményeket mérik fel. A regionális szintű kérdéseket az egyes régiók készítik elő, így teremtenek lehetőséget a specifikus területeken való minőségfejlesztésre a régió belül. Minden kérdés viszonylag általános jellege módot nyújt az eredmények összehasonlítására.

	A LUP aktuális formájában négy szinten (országos, regionális, intézményi és részleg) szinten közli az eredményeket.
A jó gyakorlat leírása, megvalósított beavatkozások:	A felméréshez szükséges betegadatokat Dánia Országos Betegnyilvántartásából származnak, reprezentativitást biztosítva random mintavétellel választják ki azokat, akiknek kérdőívet küldenek ki. A kiválasztáshoz előzetes válogatási kritériumokat is megjelölnek, így pl. azok kerülhetnek a mintába, akik egy néhány hónapos időtartam alatt a fekvőbeteg-ellátást legalább 24 órás időtartamra igénybe vették, minden beteg egyszer szerepelhet akkor is, ha több alkalommal volt kórházban. A diagnózis belgyógyászati, ortopéd sebészeti, szerv-sebészeti vagy nőgyógyászati-szülészeti lehet. Kórházanként random mintákat határoztak meg. Az adatgyűjtés időtartamát úgy határozzák meg, hogy az biztosítani tudja, hogy a kórházak szerinti betegszám elegendő legyen a megbízható statisztikai elemzéshez.
Célcsoport:	Fekvőbeteg- és járóbeteg ellátásban kezelt betegek
Időtartam:	Kétévente, 2008-tól évente, (2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2009, 2010)
Megvalósítás helye:	Dánia központi régiója Tervezési és fejlesztési Csoportjának Betegelégedettséget vizsgáló Minőségügyi Részlege
Értékelés módszere:	A főbb szempontokat érintő 23 kérdésre adható 4-5 válaszlehetőség alapján Kontrollváltozók: betegek neme, kora, hospitalizáció módja, időtartama, kórház mérete, elhelyezkedése
Eredmények, megállapítások:	A tapasztalatok alapján a betegelégedettségre a beteg neme, kora, hospitalizációjának módja (akut vagy tervezett) és kórházi kezelésének időtartama egyaránt hatást gyakorol. A kórházak mérete és földrajzi elhelyezkedése is meghatározó. Az elemzés nemre, korra és a kórházi felvétel módjára történő standardizáláson, súlyozott átlagokon és logisztikus regresszió számításokon alapul. A LUP, mint a dán kórházak minőségértékelésére szolgáló eszköz, benchmarking révén szolgál kiindulásként a kórházak és részlegeik vezetőinek eredményeik értékeléséhez és továbbfejlesztéséhez. Az intézmények saját adataikat az országos átlagokhoz és az előző időszak

	eredményeihez tudják viszonyítani. A kérdőív minden kérdésében kiszámítják a legjobban és legrosszabbul értékelt kórházak közötti százalékpontos különbségeket. (Pl. kaptak-e a betegek írásos információt a betegségükről és a kezelésükről kérdés esetében hány százalék a különbség azon kórházak között, ahol a legtöbben és a legkevesebben válaszoltak igennel a kérdésre.) A LUP, mint minőségértékelő eszköz – indikátoraival – hozzájárul a Dán Egészségügy Minőségére vonatkozó Országos Program standardjainak kidolgozásához, és ezzel, egyben az egészségügyi minőségfejlesztés országos szintű megvalósítását is szolgálja.
Hivatkozások (dokumentumok):	1. Garratt AM, Solheim E, Danielsen K. National and cross-national surveys of patient experiences: a structured review. Rapport nr 7-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008. 2. Olteidal, S. et al: The NORPEQ patient experiences questionnaire: Data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. Scand J Public Health, 2007. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17852989 3. Unit of Patient Evaluation on behalf of the Danish Regions and the Danish Ministry of Interior and Health: Patients' experiences in Danish hospitals 2006. Questionnaire among 26,045 hospitalised patients, 2007. http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/Rapporter/Survey_2006_english.pdf 4. Øyvind A. Bjertnaes et al.: Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. BMJ Qual Saf doi:10.1136/bmjqs-2011-000137 5. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): CAHPS Hospital Survey. http://www.cahps.ahrq.gov/Surveys-Guidance/Hospital.aspx 6. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): Hospital Inpatient Quality Reporting. https://www.cms.gov/HospitalQualityInits/08_HospitalRHQDAPU.asp 7. Bertelsmann Stiftung: Versichertenbefragung mit dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ) 2011. http://www.weisse-liste.de/versichertenbefragung-peq.100.de.html 8. Techniker Krankenkasse: Patientenbefragung. http://www.tk.de/tk/klinikfuehrer/patientenbefragung/143692

		9. Bundesministerium für Gesundheit, BIQG: Sektorenübergreifende Patientenbefragung. 2010/2011. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/1/9/CH1063/CMS1311932151201/sektoreneuebergreifende_patientenbefragung.pdf 10. Bertelsmann Stiftung: Versichertenbefragung mit dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ) 2011. http://www.weisse-liste.de/versichertenbefragung-peq.100.de.html 11. Techniker Krankenkasse: Patientenbefragung. http://www.tk.de/tk/klinikfuehrer/patientenbefragung/143692 12. ESKI: Javaslat a kórházak tevékenységének minőségét bemutató indikátorokra. 2006. http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/minosegi_indikatorok.pdf 13. The Unit of Patient-perceived Quality: The National Danish. Survey of Patient Experiences – in brief, Copenhagen 2010. http://patientoplevelser.dk/log/medie/Div_PDF/Engelsk/Lup_Pixi_UK.pdf 14. The Unit of Patient Evaluation: Patients' experiences in Danish hospitals 2006. Copenhagen: The Unit of Patient Evaluation, 2007. http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/Rapporter/Survey_2006_english.pdf
Melyik sorolható? kategória megjelölhető)	témába (több is)	• lelki egészség az alapellátásban • depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • hivatásgondozás • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) egyéb:
Felhasználhatóság, adaptálhatóság projektben:	a	Visszacsatolással és országos standardok, egységes módszertan kialakítása, egészségügyi szolgáltatók teljesítményének mérése
Kitöltő neve:		Dr. Sebestyén Beáta

Betegelégedettség felmérés gyakorlata Németországban

Jó gyakorlat megnevezése:	Németország. Fekvőbeteg ellátásban kezelt betegek körében végzett országos betegelégedettség felmérések nemzetközi gyakorlata.
A jó gyakorlatot megvalósító nagyobb program neve, rövid leírása: (amennyiben egy nagyobb program, projekt keretében valósult meg)	Németországban a Bertelsmann Alapítvány foglalkozik az országos szintű betegelégedettségi felmérések készítésével. Weisse Liste projekt A Weisse Liste adatbázis kialakítása: a betegek számára egy diagnózisuk és lakóhelyük szerint optimális kórházkereső rendszer kidolgozása.
A jó gyakorlat alapjául szolgáló elméleti és módszertani háttér:	Írásos, anoním önkéntes, kérdőíves forma. A kérdőíveket az AOK/Barmer GEK (adatgyűjtő) eljuttatja a kórházakhoz. A kórház postai úton juttatja el a csomagot a beteg lakhelye szerinti címre. A kitöltött kérdőívet a betegek a pénztárnak küldik vissza. A beérkezett adatokat az AOK/Barmer GEK elektronikus formában elküldi feldolgozásra egy kp-i adatszolgáltatónak. (Weisse Liste adatátvevőhely)
A jó gyakorlat leírása, megvalósított beavatkozások:	A kérdőívfejlesztés intenzív tudományos kutatómunkával indult. Az első pilot teszt idején 400 beteget kérdeztek meg, a kérdőív tartalmának jelentőségével és megítélhetőségével kapcsolatban. Ez alapján az első adatelemek megfogalmazhatóvá váltak. Ezt követően az adatelemeket 30 minőségi interjú során fokozatosan tovább optimalizálták. 833 fekvőbeteg megkérdezésével megvizsgálták a kutatók a kérdőív mérésekre való alkalmasságát.
Célcsoport:	Fekvőbeteg- ellátásban kezelt betegek. A kórházat adott határnaphoz viszonyítva legalább kettő, legfeljebb nyolc hete elhagyó AOK/Barmer GEK betegek (18-80 év)
Időtartam:	2011-2012 év
Megvalósítás helye:	Németország AOK/Barmer-rel szerződött kórházak között
Értékelés módszere:	Feldolgozás a következőkből áll: - adatok fogadása - adatok aggregált felhasználása - a kórházak osztályok besorolása a struktúrált minőségbiztosítási jelentések kötelező tartalma szerint - eredmények kórház és osztályszintű meghatározása

	A kh-ak eredményeit százalékos értékben fejezik ki. 4 minőségszdimenzió: az orvosi ellátással való elégedettség, az ápolói tevékenységgel való elégedettség, elégedettség a szervezéssel és nyújtott szolgáltatással, továbbajánlás
Eredmények, megállapítások:	A felmérésben azok a kórházak vettek részt, ahol legalább 150 TK biztosítottat kezeltek a felmérés időszakában. Résztvevő kórházanként a kezelt betegek száma és az ágyszám függvényében 150-1000 biztosítottat kérdeztek meg, postai úton, 41 kérdésből álló kérdőívvel. Több mint 200 ezer visszaérkezett értékelhető kérdőívvel 996 kórházban sikerült reprezentatív eredményt (60 visszaérkezett kérdőív) elérniük.
Hivatkozások (dokumentumok):	1. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): CAHPS Hospital Survey. http://www.cahps.ahrq.gov/Surveys-Guidance/Hospital.aspx 2. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): Hospital Inpatient Quality Reporting https://www.cms.gov/HospitalQualityInits/08_HospitalRHQDAPU.asp 3. Bertelsmann Stiftung: Versichertenbefragung mit dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ) 2011. http://www.weisse-liste.de/versichertenbefragung-peq.100.de.html 4. Techniker Krankenkasse: Patientenbefragung. http://www.tk.de/tk/klinikfuehrer/patientenbefragung/143692 5. Bundesministerium für Gesundheit, BIQG: Sektorenübergreifende Patientenbefragung. 2010/2011. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/1/9/CH1063/CMS1311932151201/sektorenuuebergreifende_patientenbefragung.pdf 6. Bertelsmann Stiftung: Versichertenbefragung mit dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ) 2011. http://www.weisse-liste.de/versichertenbefragung-peq.100.de.html 7. Techniker Krankenkasse: Patientenbefragung. http://www.tk.de/tk/klinikfuehrer/patientenbefragung/143692 8. ESKI: Javaslat a kórházak tevékenységének minőségét bemutató indikátorokra. 2006. http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/minosegi_indikatorok.pdf

Melyik sorolható? kategória megjelölhető?	témába (több is)	• lelki egészség az alapellátásban • depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • hivatásgondozás • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) <u>egyéb:</u>
Felhasználhatóság, adaptálhatóság projektben:	a	Egységes módszertan kialakítása, egészségügyi szolgáltatók teljesítményének mérése
Kitöltő neve:		Dr. Sebestyén Beáta

Betegelégedettség felmérés gyakorlata Norvégiában

Jó gyakorlat megnevezése:	Norvégia. Fekvőbeteg-ellátásban végzett országos betegelégedettség felmérések nemzetközi gyakorlata.
A jó gyakorlatot megvalósító nagyobb program neve, rövid leírása: (amennyiben egy nagyobb program, projekt keretében valósult meg)	Norvégiában az Egészségügyi Szolgáltatások Norvég Tudásközpontja (Kunnskapssenteret) foglalkozik a betegelégedettségi felmérések készítésével. Az északi országok (Norvégia, Finnország, Svédország, Dánia és Izland) szervezete, a Nordic Council of Ministers 2000-ben hozta létre a Minőségmérés Északi Munkacsoportja abból a célból, hogy minőségi indikátorokat dolgozzanak ki az északi országok közötti összehasonlításokra.
A jó gyakorlat alapjául szolgáló elméleti és módszertani háttér:	A kórházi ellátással kapcsolatos betegtapasztalatok feldolgozásához a pácienseknek egy-két héttel a kórházból való elbocsátást követően postán kiküldtek egy 53 kérdésből álló kérdőívvel. A négy hétig nem válaszolóknak emlékeztetőt küldtek. A kutatás eredményeit országos

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

	és regionális szinten publikálták, és a kórházak közötti összehasonlításokat is közzétették. A kórházak összehasonlításakor az eredményeket a válaszadók neme, kora, képzettségi szintje, diagnózisa, felvételének típusa (akut vagy elektív) és saját bevallása szerinti egészségi állapota jellemzőivel korrigálták.
A jó gyakorlat leírása, megvalósított beavatkozások:	A projektben minőségi indikátorokat dolgoztak ki az északi országok közötti összehasonlításokra. A munkacsoport tevékenységének eredménye a NORPEQ kérdőív a felnőtt szomatikus fekvőbetegek számára. A mindössze nyolc elemből álló kérdőív beépíthető a már meglévő országos kérdőívekbe.
Célcsoport:	Szomatikus fekvőbeteg ellátásban kezelt betegek: azok a 16 év fölötti páciensek, akiket 2006. szeptember 1-november 23. között bocsátottak haza a kórházból.
Időtartam:	2006 év
Megvalósítás helye:	Norvégia
Értékelés módszere:	A Patient Experiences Questionnaire (PEQ) alkalmazás. Az eredményeket egy 0-10-ig terjedő skálán kellett értékelni, ahol a 10 képviselte a lehető legmagasabb pontszámot. A kérdéseket dimenziókba rendezték. Kutatások vizsgálták a betegelégedettség által képviselt minőség és hatékonyság kapcsolatát. A betegek válaszait a következő elemekkel igazították ki: kor, nem, egészségi állapotukra vonatkozó önértékelés, a képzettség szintje, a felvétel típusa (acut vagy elektív), Charlson-féle morbiditási index.
Eredmények, megállapítások:	A jelentés eredményeit mind országos mind regionális szinten prezentálták és a kórházak közötti összehasonlításokat is közzétették. Az egyes intézményekre vonatkozóan is összegezték az eredményeket. A felmérés eredményeire más kutatások is hivatkoznak.
Hivatkozások (dokumentumok):	1. Garratt AM, Solheim E, Danielsen K. National and cross-national surveys of patient experiences: a structured review. Rapport nr 7-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008. 2. Olstedal, S. et al: The NORPEQ patient experiences questionnaire: Data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. Scand J Public Health, 2007. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17852989

		3. Unit of Patient Evaluation on behalf of the Danish Regions and the Danish Ministry of Interior and Health: Patients' experiences in Danish hospitals 2006. Questionnaire among 26,045 hospitalised patients, 2007. http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/Rapporter/Survey_2006_english.pdf 4. Øyvind A. Bjertnaes et al.: Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. BMJ Qual Saf doi:10.1136/bmjqs-2011-000137 5. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): CAHPS Hospital Survey. http://www.cahps.ahrq.gov/Surveys-Guidance/Hospital.aspx 6. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): Hospital Inpatient Quality Reporting. https://www.cms.gov/HospitalQualityInits/08_HospitalRHQDAPU.asp 7. Bertelsmann Stiftung: Versichertenbefragung mit dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ) 2011. http://www.weisse-liste.de/versichertenbefragung-peq.100.de.html 8. Techniker Krankenkasse: Patientenbefragung. http://www.tk.de/tk/klinikfuehrer/patientenbefragung/143692 9. Bundesministerium für Gesundheit, BIQG: Sektorenübergreifende Patientenbefragung. 2010/2011. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/1/9/CH1063/CMS1311932151201/sektorenuuebergreifende_patientenbefragung.pdf 10. Bertelsmann Stiftung: Versichertenbefragung mit dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ) 2011. http://www.weisse-liste.de/versichertenbefragung-peq.100.de.html 11. Techniker Krankenkasse: Patientenbefragung. http://www.tk.de/tk/klinikfuehrer/patientenbefragung/143692 12. ESKI: Javaslat a kórházak tevékenységének minőségét bemutató indikátorokra. 2006. http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/minosegi_indikatorok.pdf
Melyik sorolható? kategória megjelölhető)	témába (több is)	• lelki egészség az alapellátásban • depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége

	• egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • hivatásgondozás • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) <u>egyéb:</u>
Felhasználhatóság, adaptálhatóság a projektben:	Egységes módszertan kialakítása, egészségügyi szolgáltatók teljesítményének mérése
Kitöltő neve:	Dr. Sebestyén Beáta

Hazai ígéretes gyakorlatok

Depresszió-öngyilkosság szűrés háziorvosoknál

1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai

Kezdeményező szervezet neve:	Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék (Dr. Torzsa Péter docens) és Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika és Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Öngyilkosság Kutató-és Megelőző Laboratórium (Prof. Dr. Rihmer Zoltán)
Megvalósító szervezet neve: (amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék (Dr. Torzsa Péter docens) és Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Öngyilkosság Kutató-és Megelőző Laboratórium (Prof. Dr. Rihmer Zoltán)
Megvalósító szervezet típusa: (civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)	Háziorvosi rendelések, közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató
Finanszírozás típusa: (belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott támogatás, projektforrás, egyéb)	Belső erőforrás. Társadalombiztosítási finanszírozás keretében végezhető, többletfinanszírozást nem igényel
Megvalósítás ideje, időtartama:	Folyamatos
A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye (amennyiben publikus az adat, pl. a projekt költségvetésének összege)	Rendkívül "olcsó" eljárás, összesen 1 db. A/4-es ív, (fénymásolással készült kérdőív) összesen 13 kérdés
A gyakorlat elérésének helye: (weblap elérési útvonal, szakirodalmi hivatkozás)	Rihmer Z, Torzsa P. A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziorvosi gyakorlatban. Háziorvos Továbbképző Szemle. 2016; 21: 584-589.

--	--

2. Az ígéretes gyakorlat adatai

A gyakorlat elnevezése:	A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziiorvosi gyakorlatban.
Rövid elnevezése: (A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)	Depresszió-öngyilkosság szűrés házi orvosoknál
A gyakorlat típusa: (program, esemény, képzés, tanulmány, segédanyag, együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)	Egészségügyi ellátás közben alkalmazott szakmai eljárás (szűrő program)
A gyakorlat témakörei, hatásterület(e)i: (pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak megelőzés, szenvedélybetegséghez vezető út megelőzése)	- Témakör: depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban - Hatásterület: lelki egészség az alapellátásban - lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében
A gyakorlat lokalizáltsága: (pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)	Ideális esetben minden háziiorvosi rendelőben, ill. rendelésen, Magyarországon. Persze kisebb területen vagy célzottan kiválasztott háziiorvosi praxisokban is megvalósítható és az eredmény így összevethető más praxisokkal.
A gyakorlat célcsoportja: (pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)	Célzott, konkrétan a háziiorvosi rendelésen megjelenő betegek (kiszűrt szuicidális betegek esetében pszichiáterhez történő irányítás)
A gyakorlat fő színtere:	Háziiorvosi rendelés

(pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)	
A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	A major depresszió előfordulása a háziiorvosi rendeléseken megközelíti a 10 százalékot, és a depresszió néha olyan súlyos, hogy szuicid veszélyt jelent. Az öngyilkosságban meghaltak kb. egyharmada felkeresi háziorvosát élete utolsó heteiben, de sokszor nem jelzi az öngyilkossági szándékot. Ennek feltárása rövid (papír-ceruza) szűréssel, vagyis egyszerű kérdőívvel lehetséges. A 4 tételes Reménytelenység skála és a 9 tételes Depresszió-szűrő skála segítségével (kitöltésük kb. 10 perc) a súlyos depresszió és a szuicid veszély a háziiorvosi gyakorlatban kiszűrhető, és a szuicidális páciens a megfelelő szakellátás felé irányítható. A két kérdőívben elért pontszámok alapján egy megadott algoritmus szerint lehet a betegeknél a rizikó fokát és a további teendőket megállapítani (ld. a csatolmányban küldött Rihmer-Torzsa cikk, HTSZ, 2016, 21: 854-859. old). Mivel a nem kezelt depresszió a szuicidium legfontosabb rizikófaktorja és a megfelelő kezelés markánsan csökkenti a szuicidium esélyét, a program csak sikeres lehet, ennek a mértéke már függ attól is, hogy milyen színvonalon és precizitással valósítják meg.
A gyakorlat megvalósításába bevont szakemberek	Háziiorvosok valamint közvetlen középkáder segítők (asszisztens, nővér, védőnő, tehát azok, akik a rendelésen segítenek a háziorvosnak). A kiszűrt (vagyis szuicid veszélyes ill. súlyos depressziós) betegek esetében a területen dolgozó pszichiáter szakorvos is bevonásra kerül olyan értelemben, hogy a háziorvos a kiszűrt páciens oda irányítja
A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága (előidéznék-e olyan változást az egyénnél, vagy a közösségben,	Amennyiben a szűrőprogram megtörténik, a kiszűrt betegek további sorsának pozitív alakulása egyben a háziiorvosi személyzetnek a depresszióval és öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjét is javítja.

amely a program befejeződése után is megőrizhető)	
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	Kismértékben, de van ilyen hatás
Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	Jelentős mértékben, persze csak akkor, ha mindenütt folyik a program (szűrés)
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-e? (pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	Mind tudományos, mind etikai szempontból megalapozott. Számukra minimális erőfeszítést jelent, különösen a "hozadékhöz" képest
A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	Folyamatos szűrés, a kiszűrt beteg sorsának utánkövetése fakultatív, de mivel háziiorvosi betegkörrel van szó, a kiszűrt páciens sorsa könnyen követhető. Szisztematikus követés nem történt, de az eddig közölt tudományos eredményekből és abból a tapasztalatból kiindulva, miszerint a pszichiáterhez került, ill. a kezelt szuicidális betegeknek lényegesen csökken a rizikó (ld. pl. Gotland és Kiskunhalas vizsgálatok), jelentős eredmény várható
Kitöltő neve:	Dr. Rihmer Zoltán

Alapellátáshoz kapcsolódó pszichológiai tanácsadó

1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai

Kezdeményező szervezet neve:	Egészségügyi Alapellátási Intézmény, Pszichológiai Tanácsadó és Mentálhigiénés Gondozó
Megvalósító szervezet neve:	

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

(amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	
Megvalósító szervezet típusa: (civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)	állami
Finanszírozás típusa: (belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott támogatás, projektforrás, egyéb)	helyi önkormányzati támogatás, OEP finanszírozás
Megvalósítás ideje, időtartama:	1989 óta folyamatos, 2004 óta OEP finanszírozott
A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye (amennyiben publikus az adat, pl. a projekt költségvetésének összege)	Helyi támogatás kb 20 m Ft, OEP finanszírozás évi 8 – 10 m Ft.
A gyakorlat elérésének helye: (weblap elérési útvonal, szakirodalmi hivatkozás)	Békéscsaba, Bartók B.37.

2. Az ígéretes gyakorlat adatai

A gyakorlat elnevezése:	Alapellátáshoz kapcsolódó alacsonyküszöbű, beutaló nélküli pszichológiai, klinikai pszichológiai, pszichiátriai, pszichoterápiás ellátás, heti 60 órában társadalombiztosítás által finanszírozott formában
Rövid elnevezése: (A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)	Alapellátáshoz kapcsolódó pszichológiai tanácsadó

A gyakorlat típusa: <i>(program, esemény, képzés, tanulmány, segédeszköz, együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)</i>	Alacsony küszöbű pszichiátriai, klinikai pszichológiai ellátás: beutaló nélkül, heti 60 órában
A gyakorlat témakörei, hatásterület(e)i: <i>(pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak megelőzés, szenvedélybetegséghez vezető út megelőzése)</i>	• <u>lelki egészség az alapellátásban</u> • <u>depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban</u> • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • hivatásgondozás • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) • egyéb
A gyakorlat lokalizáltsága: <i>(pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)</i>	Békéscsaba és vonzáskörzete, valamint Békés megye
A gyakorlat célcsoportja: <i>(pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)</i>	Bárki számára, beutaló nélkül, előre egyeztetett időpontban elérhető.
A gyakorlat fő színtere: <i>(pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)</i>	egészségügyi
A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	Kezdetben városi támogatással , majd OEP által finanszírozott pszichiátriai és pszichológiai járóbeteg ellátás 2004. novemberében indulhatott el a városban. Ez heti 30 óra rendelési időt jelentett: heti 10 óra szakorvosi órát 3 fő pszichiáter szakorvos, heti 20 óra nem szakorvosi órát pedig 6 fő pszichológus lát el állandóan biztosított asszisztencia mellett. A Pszichológiai Tanácsadó szakemberei 2008 óta plussz heti 30 órában járóbeteg klinikai pszichológiai szakellátást

	(pszichodiagnosztika, krízisintervenció, alap-pszichoterápia, csoportos pszichoterápia) is végeznek. A csoportos terápiás formák közül folyamatosan működik a memória-tréning, az autogén-tréning, asszertív tréning, serdülők önismereti/stressz-kezelő csoportja, valamint a férfi/női szerepekre koncentráló „antidepresszáns” csoport. Az intézmény ellátást biztosít egyéb egészségügyi intézményekből érkező beutaltak, valamint önkéntes motivációból érkezők számára egyaránt. A Pszichológiai Tanácsadó rendelési ideje maximálisan ki van használva. 469 újonnan regisztrált kliens fordult meg a tanácsadásokon 2015-ben. Összesen 12511 pszichológiai, pszichiátriai vizsgálat/beavatkozás történt, összesen 652 fő páciens esetében. A korábbi évek tapasztalata alapján az intézmény látogatottsága növekvő tendenciát mutat.
A gyakorlat megvalósításába bevont szakemberek	Különböző „pszich-szakmák” képviselői, pszichológusok, pszichiáterek, szupervízorok, szervezetfejlesztők, trénerek képezik a gyakorlat személyi háttérét.
A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága (előidéznék-e olyan változást az egyénnél, vagy a közösségben, amely a program befejeződése után is megőrizhető)	Békéscsaba központjában, alacsonyküszöbű szolgáltatásként működik a Pszichológiai Tanácsadás – 1989 óta, társadalombiztosítás által finanszírozott formában 2004 óta. Az ellátás „szájhagyomány” útján terjed, jelenleg is min 6 hetes „várólistánk” van, de természetesen a krízishelyzetek (pl. az SOS Telefonos Lelki Elsősegély szolgálattól küldött páciensek) kivételek, azonnali ellátás mellett.
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	A „szájhagyomány” útja szerint igénybe veszik a Tanácsadó munkatársait város-szerte- pl. öngyilkosságok utáni posztvenció esetében, de beiskolázási, tanulási problémákkal kapcsolatos kérdésekben- akár előadások formájában, vagy iskolai szűrések/foglalkozások tartásában. Ehhez szükséges anyagi bázist a „megrendelők” maguk „harcolják ki”- akár tekinthető ez „hatásgyakorlásnak” is.

Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	Az alacsonyküszöbű ellátási forma segít az egyenlőtlenségek csökkentésében, a gyermekpszichiátriai/gyermek klinikai szakpszichológiai ellátást pedig elérhetővé teszi Békéscsabán (egyébként Gyulára kellene utazni ezért)
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-e? (pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	Népegészségügy folyóirat 85. évfolyam.1. szám 2005/1.(29-31. oldal) Békéscsaba MJV Egészségügyi Alapellátási Intézmény Mentálhigiénés Csoportja tevékenységének elemzése, tapasztalatok Dr. Kovács Zoltán, Molnár Zsuzsanna, Szabóné dr. Kállai Klára, Dr. Vincze Gábor
A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	Utánkövetés a szakma szabályai szerint történik.
Kitöltő neve:	Szabóné Dr. Kállai Klára

Háziorvosi praxishoz integrált mentálhigiénés részleg

1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai

Kezdeményező szervezet neve:	Ostoros, Háziorvosi Rendelő, (Med-Inter Agria Eü. Kft háziorvosi rendelője, Ostoros), Dr. Darvai László
Megvalósító szervezet neve: (amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	
Megvalósító szervezet típusa: (civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)	Alapellátás, családorvosi praxis. Jelenleg egy praxishoz kapcsolódik, ennek létszáma (kártyaszám):2950 fő, vegyes körzet.
Finanszírozás típusa: (belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott)	Egyelőre nem finanszírozott. A pszichológus ezen a helyen magánrendelést is fenntart, emellett elkötelezettsége révén segít, ad tanácsot, tartja a háziorvossal a kapcsolatot. A csoportfoglalkozásoknak ára van, ezt a kliensek fizetik.

támogatás, projektforrás, egyéb)	
Megvalósítás ideje, időtartama:	2013-tól jelenleg is végezzük
A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye <i>(amennyiben publikus az adat, pl. a projekt költségvetésének összege)</i>	Egyelőre nincs forrás. Az alapellátás jelenlegi szervezete kell, hogy megújításra kerüljön, de addig is pályázati forrásból megvalósítható lenne a rendszer kiterjesztése.
A gyakorlat elérésének helye: <i>(weblap elérési útvonal, szakirodalmi hivatkozás)</i>	

2. Az ígéretes gyakorlat adatai

A gyakorlat elnevezése:	Családorvosi praxisokhoz integrált mentálhigiénés részleg kialakítása és működtetése
Rövid elnevezése: <i>(A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)</i>	Háziorvosi praxishoz integrált mentálhigiénés részleg
A gyakorlat típusa: <i>(program, esemény, képzés, tanulmány, segédeszköz, együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)</i>	Program. Célja, hogy a jelenlegi „alapellátás”: családorvoslás, üzemegészségügy, védőnői hálózat, fogorvoslás egyszer kiegészüljön a mentálhigiénés tevékenységgel. Be kellene bizonyítani, hogy ha a lelki egészség a testi egészséggel egyformán fontos, attól külön nem választható, akkor az annak fenntartásával foglalkozó ellátás hasonlóan „alap” ellátás kellene, hogy legyen. Praxisunkban erre tettünk kísérletet.
A gyakorlat témakörei, hatásterület (e)i: <i>(pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak)</i>	• <u>lelki egészség az alapellátásban</u> • <u>depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban</u> • <u>lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében</u>

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

megelőzés, szenvedélybetegséghez vezető út megelőzése)	- egészségügyi dolgozók lelki egészsége <u>egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre,</u> <u>„egészségfertőző hatás”</u> - hivatásgondozás - lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) - egyéb:
A gyakorlat lokalizáltsága: (pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)	Egy adott településen, illetve egy praxishoz tartozó településeken, avagy praxisközösségek ellátási területein
A gyakorlat célcsoportja: (pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)	A háziiorvosi praxishoz tartozó lakosság egésze.
A gyakorlat fő színtere: (pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)	Családorvosi rendelő erre a tevékenységre kialakított részlege
A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	Az alapellátásban kiszűrt mentálhigiénés problémák helyi megoldása lenne a célravezető. Lerövidíthető a betegút, a jelenlegi diszkrepancia az ellátók és az ellátottak száma között jelentősen csökkenne. A háziorvos és a mentálhigiénés szakember kölcsönösen segíti egymást, a beteg egyrészt a családorvos által „utalva” kerül a helyi pszichológushoz, másrészt maga is felkeresheti őt. Eddigi ellátásaink nagy része szorongás, depresszió és párkapcsolati problémák köré csoportosultak. Több alkalommal történt addikció kezelése is. Elhúzódó gyászreakció, PTSD kezelése is történt. A háziorvossal való kapcsolat szoros, időközönként esetmegbeszélések során is van visszajelzés oda-vissza. Autogén tréningen nagyrészt szomatizációs zavarokkal küzdők és szorongásos tünetekkel jelentkező kliensek vesznek részt, de annak tanfolyam-jellege miatt egészséges érdeklődők számára is szervezünk csoportokat.
A gyakorlat megvalósításába bevont szakemberek	Jelenleg egy szakpszichológus, egy orvos-pszichoterapeuta (képzés folyamatban) végez egyéni terápiákat és egy Szoc.-Ped szakon, Gyermekek és Ifjúságvédelmi spec.-n végzett szakember

	tart autogén tréning tanfolyamot. Bevonandó: pszichológusok, pszichoterapeuták, esetleg pszichiáter, családorvosok, - pilot program keretén belül eleinte.
A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága (előidéznek-e olyan változást az egyénnél, vagy a közösségben, amely a program befejeződése után is megőrizhető)	A szorongás, neurotikus kórállapotok, depresszió, szomatizációs zavarok – melyek oly nagy számban jelennek meg a háziorvosi rendelőben – időben, lakóhelyen kerülne elsődlegesen ellátásra. Egyértelműen mérhető a szomatoform dysfunctio tüneteivel küszködő betegek jelentősen ritkább orvos-beteg találkozása sikeres terápia, vagy autogén trening után.
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	Jelentős ösztönző erővel hat az egyén lelki egészsége fontosságának felismerése szempontjából a családorvosi rendelőben ennek hangsúlyozása, az, hogy az elérhető, számára felkínált segítség megismerteti vele ennek jelentőségét. A mindennapi gyakorlatba is átültethető ismeretek (autogén tréning, kognitív vagy sématerápiás foglalkozások) ösztönző erejük.
Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	Nagyban. Vidéki körzetek lakosságának pszichológiai-mentálhigiénés ellátása jelenleg igen alacsony, és a hozzáférés igen nehézkes. Ezáltal megvalósulhatna az ellátórendszerhez való egyenlő hozzáférés elve, amennyiben lehetőség nyílna ennek térítésmentes igénybevételére.
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-e? (pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	Igen.
A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	Lezárt vizsgálat nincs.
Kitöltő neve:	dr. Darvai László

Várandósság alatti és szülés utáni pszichológiai szűrőprogram

1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai

Kezdeményező szervezet neve:	Védőnői Szolgálat Békéscsaba
Megvalósító szervezet neve: (amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	
Megvalósító szervezet típusa: (civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)	állami
Finanszírozás típusa: (belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott támogatás, projektforrás, egyéb)	Önkormányzati és társadalombiztosítási forrás, valamint pályázatok
Megvalósítás ideje, időtartama:	2014 februárjától folyamatosan
A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye (amennyiben publikus az adat, pl. a projekt költségvetésének összege)	A humánerőforrás, a védőnő adott. A kiszűrt esetek továbbirányításához szükséges a fogadó célszerv is, ez az OEP által finanszírozottan, járó beteg szakellátás keretében tanácsadás formájában fenntartható. Az EPDS tesztekhez szükséges a tesztek sokszorosításának lehetősége, az ennek dokumentálására alkalmas számítógép, a kórházi rendszerben biztosított járó beteg ellátás rögzítésére. Fontos a tanácsadáshoz szükséges nyugodt szoba megléte.
A gyakorlat elérésének helye: (weblap elérési útvonala, szakirodalmi hivatkozás)	www.csaba.imami.hu , Békéscsabai Védőnői Szolgálat

2. Az ígéretes gyakorlat adatai

A gyakorlat elnevezése:	Várandós és szült anyák, gyermeket tervező nők, veszteségélményen átesett nők pszichés támogatása
-------------------------	---

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

Rövid elnevezése: (A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)	Várandósság alatti és szülés utáni pszichológiai szűrőprogram
A gyakorlat típusa: (program, esemény, képzés, tanulmány, segédeszköz, együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)	Szűrés, pszichológiai támogatás
A gyakorlat témakörei, hatásterület(e)i: (pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak megelőzés, szenvedélybetegséghez vezető út megelőzése)	• <u>lelki egészség az alapellátásban</u> • <u>depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban</u> • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • hivatásgondozás • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) • egyéb:
A gyakorlat lokalizáltsága: (pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)	Békéscsaba városában 15 területi, (180-230 fő/terület) és 13 iskolai védőnői körzetben Dr. Tőreki Annamária (SZTE) kezdeményezésére először Szegeden, majd Békéscsabán, Cegléden, Vácon is elérhetővé vált a program, és a pszichológiai tanácsadás az édesanyák számára. Előkészületben áll továbbá Makón, Gyulán és Hódmezővásárhelyen is.
A gyakorlat célcsoportja: (pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)	Várandós és szült anyák, gyermeket tervező nők, veszteségélményen átesett nők
A gyakorlat fő színtere:	A szűrést a védőnők végzik, a Nemzeti Erőforrás Minisztériumának protokollja szerint, melyet a Védőnői Szakmai

(pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)	Kollégium készített. A kérdőívet a kismamák az önálló védőnői tanácsadások alkalmával, önállóan, különvonulva töltik ki.
A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	A szűrést a várandósság alatt háromszor, a szülés után pedig egy alkalommal kívánatos elvégezni a területi védőnők által. A kérdőív kitöltése előtt első alkalommal mindenki kap egy írásos tájékoztatót programról, melynek aláírásával beleegyezik a szűrőprogramban való részvételbe. Ezután egy szocio-demográfiai adatlap is kitöltésre kerül. A kérdőívet a kismamák az önálló védőnői tanácsadások alkalmával, önállóan, különvonulva töltik ki. A kérdőív kitöltése (EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale) mindössze 3 percet vesz igénybe. A teszt kitöltése után, a kapott eredményt megbeszéljük az érintettekkel, és 8 pont, vagy afeletti értéknél javasoljuk a pszichológiai tanácsadást, mely városunkban biztosított. A pszichológiai tanácsadás előre megbeszélte időben, a békéscsabai Védőnői Szolgálat épületében a Védőnői Centrumban történik, az ellátás térítésmentes, OEP által finanszírozott. A program indítása óta (2014 február) a mai napig több mint ezren (1021 fő) töltötték már ki az EPDS kérdőívet a szakmai program keretében, 1580 alkalommal. Ezek közül a kóros kérdőívek aránya 11 %. A pszichológiai tanácsadást eddig 31 fő vette igénybe, 180 alkalommal. A Szülészeti Osztály szükség esetén konzíliumot 3 esetben kért a pszichológustól az osztályon fekvő gravidákkal kapcsolatban.
A gyakorlat megvalósításába bevont szakemberek	védőnők, pszichológus, Szülészeti Osztály munkatársai
A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága (előidéznek-e olyan változást az egyénnél, vagy a közösségben, amely a program befejeződése után is megőrizhető)	A békéscsabai várandósokat is megviseli a várandósság, illetve a szülés utáni időszak. Az okokat valószínűleg a szociális környezetben, a társas támogatottság hiányában és a szolgáltatások elérhetőségében kell keresnünk. A tanácsadást igénybe vevők pszichés állapota minden esetben javult. A korai felismerés és a megfelelő kezelés, mivel ez az egyik hatékony módja a megelőzésnek, egyben az egész család érdeke.

	A bizalom teli szülő-gyermek kapcsolat a legfontosabb védőfaktor a későbbi tartós kapcsolatok kialakításában, és mindemellett jelentős testi-lelki egészségvédő tényező.
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	2014 februárjában a békéscsabai Békés Megyei Központi Kórház Réthy Pál Tagkórháza és dr. Tőreki Annamária adjunktus, a szegedi Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika pszichológusának kezdeményezésére felvették a kapcsolatot Békéscsaba Megyei Jogú Város Önkormányzatával, amelynek képviselőtestülete is támogatta a program városukban történő bevezetését. Így került a program a békéscsabai Védőnői Szolgálathoz, amely azóta is végzi a városban a szűrést.
Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	A védőnői ellátás keretében megvalósuló szűrőprogram és pszichológiai tanácsadás alacsony küszöbű szolgáltatás és bárki számára térítésmentesen (OEP finanszírozással) igénybe vehető.
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-e? (pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	A program során a kiszűrt esetek továbbirányításához szükséges a fogadó célszerv is, ez az OEP által finanszírozottan, járó beteg szakellátás keretében tanácsadás formájában fenntartható. A jó együttműködés a különböző intézmények között elfogadható mértékű. <i>Szakirodalom:</i> Kopp Mária: Kívánt és tervezett gyermekek – A demográfiai helyzet Magyarországon. Nagyítás, 17: 25-29, 2010 Dr. Kovácsné dr. Török Zsuzsanna: Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok - különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltságra kérdéskörére, Oriold és Társai Kiadó, 2010 Szádóczy Erika: Terhesség alatti depresszió: feltétlenül kezelni kell – Kommentár. Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle, 8: 147-148, 2008 Védőnői Ellátási Standardok Kézikönyve 1.0, Egészségügyi Minisztérium 2005. www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/vedszul-koveto-idoszak

A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	Ez a program mára már beépült a békéscsabai területi védőnők munkájába. A várandósgondozás részeként a várandós és gyermekágyas anyák gondozásába, a kolléganők már rutinszerűen végzik. Az EPDS teszt a gyakorlatban könnyebben, gyorsabban elvégezhető más ajánlott szűrési módszerekénél. Az EPDS teszt célzott, lényegre törő, gyorsan kiértékelhető és objektív módszer.
Kitöltő neve:	Szabóné Dr. Kállai Klára

Gondozóhoz integrált szociális pszichiátriai gondozás és nappali ellátás Veszprémben

1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai

Kezdeményező szervezet neve:	Csolnoky Ferenc Kórház Veszprém Pszichiátriai Gondozó és a „Horgony” Pszichiátriai Betegekért Alapítvány
Megvalósító szervezet neve: (amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	
Megvalósító szervezet típusa: <i>(civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)</i>	állami és civil
Finanszírozás típusa: <i>(belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott támogatás, projektforrás, egyéb)</i>	állami
Megvalósítás ideje, időtartama:	2006-tól jelenleg is
A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye	OEP német pont és HGK szerinti finanszírozása Államkincstár: Szoc. Törvény szerint fejkvóta szerinti finanszírozása 1%-ok, támogatások

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

(amennyiben publikus az adat, pl. a projekt költségvetésének összege)	Pályázatok: NEA Működési Alap, NEA Szakmai Program Támogatás (várólistán), Városi Civil Keret, FSZK, Norvég Alap (nem nyerünk)
A gyakorlat elérésének helye: (weblap elérési útvonal, szakirodalmi hivatkozás)	Csatolt melléklet: 1.melléklet Veszprémi modell www.horgony.org (fejlesztés alatt)

2. Az ígéretes gyakorlat adatai

A gyakorlat elnevezése:	Veszprémi modell
Rövid elnevezése: (A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)	Gondozóhoz integrált szociális pszichiátriai gondozás és nappali ellátás Veszprémben
A gyakorlat típusa: (program, esemény, képzés, tanulmány, segédeszköz, együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)	komplex pszichiátriai járóbeteg ellátás
A gyakorlat témakörei, hatásterület(e)i: (pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak megelőzés, szenvedélybetegséghez vezető út megelőzése)	• lelki egészség az alapellátásban • depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • hivatásgondozás • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) • <u>egyéb: lelki egészség a szakellátásban és a szociális alapellátásban</u> • <u>egyéb: az egészségügyi és szociális ellátás együttműködésének modellje</u>

A gyakorlat lokalizáltsága: <i>(pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)</i>	Magyarországon Veszprém város és kistérsége valamint Balatonalmádi, Várpalota kistérségek bevonásával
A gyakorlat célcsoportja: <i>(pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)</i>	mentális zavarral élők és családjuk
A gyakorlat fő színtere: <i>(pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)</i>	egészségügyi és közösségi
A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	A mentális problémákkal élők egészségügyi rendszeren belüli ellátása és szükség esetén gondozása a bio-pszichi-szociális szemlélet szerint, amit a gondozóhoz integrált szociális közösségi gondozás, nappali ellátás segítségével tudunk elérni.
A gyakorlat megvalósításába bevont szakemberek	Pszichiáter szakorvosok, szakorvos pszichoterapeuták, klinikai szakpszichológusok, pszichológusok, szociális munkás, diplomás szakdolgozók, pszichiátriai szakasszisztensek, szakdolgozók, közösségi gondozók, önkéntes segítők
A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága <i>(előídnének-e olyan változást az egyénnél, vagy a közösségben, amely a program befejeződése után is megőrizhető)</i>	A jelenlegi finanszírozási feltételek mellett is fenntartható fejlődő ellátás
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	Jelenleg a hozzátartozó csoport civil szervezetté (egyesületté) átalakulása történik, amiben szakértőként érintett is részt vesz.

Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	Modellünk felépülés alapú.
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-e?(pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	Ellátotti önkormányzat önkormányzatunk működik és a havonkénti nagycsoportunk is fórumot ad a nézetek egyeztetésének. Az alakuló hozzátartozói egyesület függetlenségét is fontosnak tartjuk.
A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	Évenkénti beszámolók az önkormányzat felé
Kitöltő neve:	dr. Balczár Lajos

Országos reprezentatív adatfelvétel a pszichiátriai gondozottak körében

1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai

Kezdeményező szervezet neve:	A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (NCsSzi)
Megvalósító szervezet neve: (amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	Ratio-Alfa Oktatási és Szolgáltató Bt. és az Ariosz Kft.
Megvalósító szervezet típusa:(civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)	versenyszféra
Finanszírozás típusa: (belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott támogatás, projektforrás, egyéb)	állami
Megvalósítás ideje, időtartama:	2013

A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye <i>(amennyiben publikus az adat, pl. a projekt költségvetésének összege)</i>	Készült az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásában az „NCSSZI-TÁMOP 5.4.1-12 kiemelt projekt” keretében
A gyakorlat elérésének helye: <i>(weblap elérési útvonal, szakirodalmi hivatkozás)</i>	Csatolt melléklet: 2.melléklet Ariosz tanulmány

2. Az ígéretes gyakorlat adatai

A gyakorlat elnevezése:	ARIOSZ jelentés
Rövid elnevezése: <i>(A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)</i>	Országos reprezentatív adatfelvétel a pszichiátriai gondozottak körében
A gyakorlat típusa: <i>(program, esemény, képzés, tanulmány, segédeszköz, együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)</i>	szociológiai felmérés kérdőíves és mélyinterjú módszerrel
A gyakorlat témakörei, hatásterület(e)i: <i>(pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak megelőzés, szenvedélybetegséghez vezető út megelőzése)</i>	• lelki egészség az alapellátásban • depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • <u>egészségügyi dolgozók lelki egészsége</u> • <u>egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás”</u> • hivatásgondozás • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) • <u>egyéb: lelki egészség a szakellátásban</u>

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

A gyakorlat lokalizáltsága: <i>(pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)</i>	Magyarország Országos szintű felmérés a pszichiátriai gondozók (132-ből 108) bevonásával
A gyakorlat célcsoportja: <i>(pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)</i>	Pszichiátriai gondozás alatt álló betegek valamint az őket ellátó gondozóhálózat munkatársai gondozóvezetők és szakdolgozók
A gyakorlat fő színtere: <i>(pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)</i>	egészségügyi és szociális ellátás
A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	A kutatás célja feltárni a pszichiátriai problémákkal küzdő, pszichiátriai gondozásban részesülő 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. A kutatás három komponensből állt, amelyek közül kettő kvantitatív, kérdőíves felmérés, a harmadik pedig kvalitatív, mélyinterjú vizsgálat, a következő felépítésben: 1. komponens (P1): Kérdőíves felmérés a pszichiátriai gondozó intézmények munkatársai körében, professzionális kérdezőbiztosok közreműködésével (n = 282) 2. komponens (P2): Kérdőíves felmérés a pszichiátriai gondozottak körében, a pszichiátriai gondozó munkatársainak közreműködésével (n = 2019) 3. komponens (PM): Mélyinterjú vizsgálat a pszichiátriai problémákkal küzdő emberek környezetében élő hozzátartozók körében (n = 50)

A gyakorlat megvalósításába bevont szakemberek	Pszichiáter szakorvosok, pszichiátriai szakápolók, asszisztensek
A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága (előidéznék-e olyan változást az egyénnél, vagy a közösségben, amely a program befejeződése után is megőrizhető)	A felmérés egy keresztmetszetét adta a pszichiátriai gondozás alatt álló betegek szociális helyzetének, szociális ellátásról szóló ismereteinek, ehhez fűződő igényeiknek. Másodlagosan az ellátó rendszerről is képet ad: ellátási profil diagnózisok szerint, terepmunka lehetősége, ellátottak száma, beutalások száma és az ellátásban résztvevők szakmai tapasztalata, életkora alapján.
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	A felmérés adatai a beavatkozási pontok kijelölésére alkalmas.
Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	A felmérés adatai a beavatkozási pontok kijelölésére alkalmas.
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-e?(pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	A felmérés előkészületi munkálatai a PÉF (Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum) bevonásával történt
A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	nem történt utánkövetés
Kitöltő neve:	dr. Balczár Lajos

A depressziós betegek kezelésbe vételi arányának meghatározása

1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai

Kezdeményező szervezet neve:	Állami Számvevőszék
Megvalósító szervezet neve: (amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	Állami Számvevőszék
Megvalósító szervezet típusa: <i>(civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)</i>	állami
Finanszírozás típusa: <i>(belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott támogatás, projektforrás, egyéb)</i>	állami
Megvalósítás ideje, időtartama:	2006. január 1. és 2011. szeptember 30. közötti időszak
A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye <i>(amennyiben publikus az adat, pl. a projekt költségvetésének összege)</i>	költségvetés
A gyakorlat elérésének helye: <i>(weblap elérési útvonal, szakirodalmi hivatkozás)</i>	az Országgyűlés számítógépes hálózaton és az Interneten a www.asz.hu címen is olvashatóak

2. Az ígéretes gyakorlat adatai

A gyakorlat elnevezése:	Állami Számvevőszék jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről 2012
-------------------------	--

	A depressziós betegek „kezelésbe vételi arányának” meghatározása
Rövid elnevezése: (A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)	A depressziós betegek „kezelésbe vételi arányának” meghatározása
A gyakorlat típusa: (program, esemény, képzés, tanulmány, segédeszköz, együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)	Adatelemzés a z OEP adatbázisában
A gyakorlat témakörei, hatásterület(e)i: (pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak megelőzés, szenvedélybetegséghez vezető út megelőzése)	• lelki egészség az alapellátásban • <u>depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban</u> • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • hivatásgondozás • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) • egyéb:
A gyakorlat lokalizáltsága: (pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)	Magyarország Országos szintű felmérés az OEP adatbázisa alapján
A gyakorlat célcsoportja: (pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)	Antidepresszívumot szedő betegek
A gyakorlat fő színtere:	mentális betegek ellátása

(pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)	
A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	Az ellenőrzés célja annak értékelése volt, hogy teljesül-e az hogy - a járóbeteg-ellátásban a depresszió felismerése, diagnosztizálása, kezelésbe vétele legalább 30%-kal javuljon. (A minisztérium OPK-val egyeztetett véleménye szerint a betegek kb. fele nem fordul orvoshoz (50%), akik odafordulnak, azoknak a felét diagnosztizálják (25%), és a diagnosztizált betegek fele (12,5%) kap valamilyen kezelést, de csak ennek a fele (6,25%) kap megfelelő dózisban alkalmazott terápiát.) Adatok lekérése az OEP gyógyszeradat bázisból. - Az egyik megközelítés szerint a teljes pszichiátriai betegkörből az antidepresszáns gyógyszert kiváltó betegek száma (ATC kód alapján). - A másik megközelítésben, a depresszió betegkörben (azaz az F30-F39 BNO-val besorolt betegek) a pszichiátriai betegségek kezelésére szolgáló ATC kódú gyógyszert kiváltók számát vizsgálták Az antidepresszáns gyógyszert kiváltó betegek száma a 2006. évben 325 ezer fő volt, ami a 2010. évre 295 ezerre csökkent. Az F30-F39 BNO-val besorolt betegek pszichiátriai betegségek kezelésére szolgáló ATC kódú gyógyszert kiváltásának alakulása: 2006. évben 121 ezer fő, a 2010. évben 101 ezer fő volt, azaz enyhén csökkent. <u>Megállapítás:</u> A népegészségügyi célkitűzést nem sikerült teljesíteni, mivel csökkent a depressziós betegek kezelési aránya. <u>Kritikai megjegyzés:</u> Az antidepresszívumokat nem csak a depresszió kezelésében használjuk, hanem a különféle szorongásos kórképekben

	legalább a depresszió kezelésével azonos mértékben, illetve kisebb mértékben a krónikus fájdalom szindróma ellátásában. A BNO 30-a kategóriája az affektív kórképeket tartalmazza, közte a bipoláris affektív zavarral (F31), amit a pszichotikus zavarok között szoktunk többnyire vizsgálni, ugyanakkor a kevert szorongásos depressziós zavart (F41.2) és az organikus hangulatzavart (F063) nem vizsgálták Ha a fenti torzításokat figyelembe vesszük, a talált eredmények még lehangolóbbak
A gyakorlat megvalósításába bevont szakemberek	Ász munkatársai
A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága (előidéznek-e olyan változást az egyénnél, vagy a közösségben, amely a program befejeződése után is megőrizhető)	A felmérés egy egészségpolitikai döntés következményeit vizsgálta. Az így nyert adatok a korrekció lehetőségét adják.
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	A vizsgálat adatai a beavatkozási pontok kijelölésére alkalmasak.
Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	A vizsgálat adatai a beavatkozási pontok kijelölésére alkalmasak.
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-	A felmérés előkészületi munkálatai az érintett intézmények szakembereinek bevonásával készült

e?(pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	
A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	ez idáig nem történt utánkövetés
Kitöltő neve:	dr. Balczár Lajos

Stresszkezelés orvostanhallgatóknak

1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai

Kezdeményező szervezet neve:	Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet
Megvalósító szervezet neve: (amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	
Megvalósító szervezet típusa: <i>(civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)</i>	állami felsőoktatási intézmény
Finanszírozás típusa: <i>(belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott támogatás, projektforrás, egyéb)</i>	tanterv részeként, állami oktatási normatíva terhére, a fejlesztéskor a működtetéshez a TÁMOP 4.1.1. „Hallgatói és intézményi szolgáltatásfejlesztés a felsőoktatásban” pályázat is hozzájárult
Megvalósítás ideje, időtartama:	2009. szeptemberétől folyamatosan
A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye <i>(amennyiben publikus az adat, pl. a projekt költségvetésének összege)</i>	nem releváns

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

A gyakorlat elérésének helye: (weblap elérési útvonal, szakirodalmi hivatkozás)	http://magtud.semmelweis.hu/oktatas/valaszthato-kurzusok/133-a-stresszkezeles-elmelete-es-gyakorlata www.eletkeszsegek.hu
---	---

2. Az ígéretes gyakorlat adatai

A gyakorlat elnevezése:	Stresszkezelés szabadon választható tantárgy orvostanhallgatóknak
Rövid elnevezése: (A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)	Stresszkezelés orvostanhallgatóknak
A gyakorlat típusa: (program, esemény, képzés, tanulmány, segédeszköz, együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)	képzés
A gyakorlat témakörei, hatásterület(e)i: (pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak megelőzés, szenvedélybetegséghez vezető út megelőzése)	• lelki egészség az alapellátásban • depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban • <u>lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében</u> • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • <u>hivatásgondozás</u> • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) • egyéb:
A gyakorlat lokalizáltsága: (pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)	Semmelweis Egyetem, Budapest

A gyakorlat célcsoportja: (pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)	általános orvostudományi képzésben részt vevő hallgatók, évfolyami kötöttség nélkül választható
A gyakorlat fő színtere: (pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)	egyetem
A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	A szabadon választható tantárgy az orvostanhallgatók hivatás-személyiségének fejlesztéséhez kíván hozzájárulni. A hallgatók megismerik a stressz élettani és pszichológiai alapjait, hatékony stresszkezelő módszereket sajátítanak el, amely mind az egyetem, mind az orvosi munka és a mindennapi élet során a gyakorlatban is jól hasznosíthatóak. A személyes hatékonyság fejlesztése a megküzdési stratégiák erősítésében, a kiegész megelőzésében, a kapcsolatfejlesztő készségek az orvos-beteg együttműködés fejlesztésében eredményesek. A foglalkozások kiscsoportos (maximum 18 résztvevővel), tréningjellegű módszere a csoportban dolgozás készségét erősíti, a hallgatók az egyes készségeket személyes példák alkalmazásán keresztül sajátítják el. A kurzus tematikájában felhasználja a Williams LifeSkills Életkészségek Tréning anyagát és módszertanát. A témakörök érintik a stresszhelyzetek felismerését, a gondolatok és érzések tudatosítását, a feszültség-levezetést, az asszertív kommunikációt, az empátiát, a pozitív társas kapcsolatok kialakítását. A kurzus 28 órás, a gyakorlatok hét egymást követő héten, alkalmanként 4 tanórán belül kerülnek megtartásra. A kurzus végén a résztvevők írásban is visszajelezhetik, hogyan értékelik a tanultakat, mit tartottak hasznosnak, milyen javaslataik vannak tárgygal kapcsolatban.
A gyakorlat megvalósításába bevonott szakemberek	Magatartástudományi Intézet munkatársai, különböző szakmai háttérrel (orvos, pszichológus, szociológus, antropológus), a tárgyat tartók mind rendelkeznek Williams Életkészségek (WÉK) facilitátori végzettséggel és tapasztalattal WÉK képzések tartásában.

A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága (előidéznek-e olyan változást az egyénnél, vagy a közösségben, amely a program befejeződése után is megőrizhető)	A kurzus célja a készségfejlesztés, a tematika támogatja a fenntarthatóságot, egyrészt a szemlélet változása által, másrészt a gyakorlati alkalmazással, ebből a szempontból sok múlik azon, hogy a hallgatók alkalmazzák-e a tanultakat. Ezt néhány alkalommal segített egy-egy, a kurzus lezárását követően néhány hónappal megtartott találkozó.
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	A tantárgy alkalmas a személyes hatékonyság növelésére, mind a reakciók tudatosítása, mind a problémamegoldó készségek és a mások iránti érzékenység erősítése ösztönző hatású lehet ezen a téren.
Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	A kurzus jellegéből adódóan az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése nem jelenik meg kiemelt területként, viszont az elsajátított szemlélet a hallgatókat hozzásegíti ahhoz, hogy későbbi orvosi munkájuk során érzékenyebbek legyenek az ellátottak szükségleteire, az egyenlőtlenségekre is.
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-e? (pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	A program szakmai tartalmának alapját a Williams Életkészségek Program képezi, amely tudományos alapokra épül, különböző résztvevői körben végzett vizsgálatok alapján a stresszkezelés szempontjából hatékony beavatkozásnak tekinthető.
A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	Utánkövetéses vizsgálathoz több félévben is történt kérdőívfelvétel a kurzus elején és végén is, ezekből nem készült publikáció. A program alapját képező Williams Életkészségek Program esetében több országban és résztvevői csoportban történt hatékonyságot igazoló utánkövetéses vizsgálat. http://eletkeszsegek.hu/stressz_publikacio.htm Stauder A, Balog P, Kovács M, Susánszky É: A Williams ÉletKészségek® stresszkezelő és pszichoszociális készségfejlesztő program magyar adaptációja és 10 éves tapasztalatai. Mentálhigiéne és Pszichológia, 2016:17(2), 81-95.
Kitöltő neve:	dr. Cserhádi Zoltán

HuMánia Pályaszocializációs Műhely**1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai**

Kezdeményező szervezet neve:	Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet
Megvalósító szervezet neve: (amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	A HuMánia Pályaszocializációs Műhely keretében dolgozó orvostanhallgatói csoport (tutorok) és az őket irányító oktatók
Megvalósító szervezet típusa: <i>(civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)</i>	állami felsőoktatási intézmény
Finanszírozás típusa: <i>(belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott támogatás, projektforrás, egyéb)</i>	szabadon választható kurzusként a tanterv részeként, állami oktatási normatíva terhére, a programok a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének támogatásával
Megvalósítás ideje, időtartama:	A Semmelweis Egyetemen 2002-től, majd 2005-től szabadon választható tantárgy keretében 2014-ig. Debrecenben 2008-ban indult az első csoport.
A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye <i>(amennyiben publikus az adat, pl. a projekt)</i>	nincs információ

költségvetésének összege)	
A gyakorlat elérésének helye: (weblap elérési útvonal, szakirodalmi hivatkozás)	http://sotepedia.hu/talentum/2.7._humania_palyaszocializacios_muhely

2. Az ígéretes gyakorlat adatai

A gyakorlat elnevezése:	HuMánia Pályaszocializációs Műhely orvostanhallgatók számára
Rövid elnevezése: (A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)	HuMánia Pályaszocializációs Műhely
A gyakorlat típusa: (program, esemény, képzés, tanulmány, segédeszköz, együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)	képzés
A gyakorlat témakörei, hatásterület(e)i: (pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak megelőzés, szennedélybetegséghez vezető út megelőzése)	• lelki egészség az alapellátásban • depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban • <u>lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében</u> • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • <u>hivatásgondozás</u> • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) • egyéb:
A gyakorlat lokalizáltsága: (pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve	Semmelweis Egyetem, Budapest és Debreceni Egyetem

országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)	
A gyakorlat célcsoportja: (pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)	általános orvostudományi képzésben részt vevő hallgatók, rezidensek
A gyakorlat fő színtere: (pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)	egyetem
A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	A HuMánia Pályaszocializációs Műhely 2002-ben kezdte el működését a Semmelweis Egyetem néhány lelkes hallgatójának és oktatójának kezdeményezésére, a Magatartástudományi Intézet égisze alatt. A műhely célja, hogy a jövőbeli orvos-generációk egyre erősebb humán készségekkel rendelkezve lépjenek be az egészségügy rendszerébe, az itt tanultak számukra hitvallásként, szakmai stílusként stabil alapokat nyújtsanak az egészségügyben való pozitív működéshez, a kiégés megelőzéséhez. Látókör-szélesítés, tudatosítás és gyakorlati fejlesztés történjen az orvos-beteg kommunikáció, az érzelmi terhelés feldolgozása, a stressz- és konfliktuskezelés, az érdekvérvényesítés és a pozitív szemlélet terén. Kedvező hatása még a kurzusnak a szakmai jellegű társas támogatás növekedése, és az egészségügyi teammunkára való felkészítés. Az oktatás egy éven keresztül, kortársképzés formájában, kiscsoportos gyakorlatok keretében működik és erősen támaszkodik a Bálint-csoport szemléletre. Szituációs gyakorlatok és aktivizáló feladatok segítik a megszerzett elméleti ismeretek gyakorlatba ültetését, a kéthetente tömbösítetten tartott „tanórai” foglalkozásokhoz egynapos indító tréning és kétnapos tábor is kapcsolódott. Érintett témakörök: az orvosi pályán felmerülő kommunikációs és érzelmi problémák, helyzetek elméleti háttere, módosult tudatállapot, szuggesztiók, betegtájékoztatók, empátia, asszertivitás, kompetenciahatárok, előítéletek. Alkalmazott eszközök: strukturált gyakorlatok, kiscsoportos megbeszélések, szituációs gyakorlatok videóelemzéssel, Bálint-csoport a hallgatók gyakorlatokon, kórházi, rendelői munka során

	átélt, érzelmileg megterhelő helyzeteinek elemző megbeszélésére. A kurzus speciális jellemzője, hogy kortársképzésként valósul meg. A kurzusért egy vezető egyetemi oktató felel, az oktatást azonban a kurzust korábban elvégzett, majd erre kiképzett ún. tutorok, vagyis hallgatói demonstrátorok végzik. A kurzust elvégző hallgatók tutorrá válva a résztvevőkhöz hasonló életkoruk, élethelyzetük által, viselkedésformáló modellként könnyebben be- és elfogadhatóvá teszik a gyakorolt készségeket. A hitelesség másik záloga a színvonalas oktatástechnika és az elméleti háttér beható ismerete, ami a kurzus minőségbiztosítási feltétele is egyben. A szakmai felügyeletet, szupervíziót a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete biztosította.
A gyakorlat megvalósításába bevont szakemberek	A foglalkozásokat orvostanhallgató kortárs oktatók és fiatal orvosok vezetik önkéntesként, pszichiáter-pszichoterapeuta szakember rendszeres szupervízió biztosítása mellett
A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága (előidéznek-e olyan változást az egyénnél, vagy a közösségben, amely a program befejeződése után is megőrizhető)	A kurzus célkitűzésében kiemelt szerepet tölt be a megküzdő képesség erősítése, egy pozitív szemlélet kialakítása. Ez hozzásegít a stabil hivatás-személyiség kialakulásához, ezáltal az elsajátított szemlélet hosszú távú beépítéséhez az orvosi munkába. A fenntarthatóságot a HuMánia Pályaszocializációs Műhely által kialakított további eszközök is segítik. A HuMániát végzetek egy közösség tagjaivá válnak (pl. Facebook csoport is működik), a képzésen kívül további programokon (pl. vizsgaműhely) is részt vehettek. A fenntartást támogatja a rezidensek számára tartott HuMánia képzés és a rezidens Bálint-csoportok is.
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági	A képzés alkalmas a személyes hatékonyság növelésére, mind a reakciók tudatosítása, mind a problémamegoldó készségek és a mások iránti érzékenység erősítése ösztönző hatású lehet ezen a téren.

és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	A kortárs oktatás keretében való működés (benne a tutorképzés rendszere) kiemelten segíti a személyes felelősségvállalást.
Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	A kurzus jellegéből adódóan az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése nem jelenik meg kiemelt területként, viszont az elsajátított szemlélet a hallgatókat hozzásegíti ahhoz, hogy későbbi orvosi munkájuk során érzékenyebbek legyenek az ellátottak szükségleteire, az egyenlőtlenségekre is
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-e? (pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	Igen, ezt biztosítják az elméleti alapok, a Bálint-csoport módszertan és a szupervízió.
A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	A kurzushoz kapcsolódóan történt validált kérdőívekkel felmért, prospektív kontrollcsoportos hatékonyságvizsgálata, pozitív eredményt hozott a WHO Well-being skálával mért jóllét és a kiégés csökkenése tekintetében. A HuMánia pályaszocializációs kurzushoz emellett két szakdolgozat, és számos díjazott TDK-előadás és konferenciárészvétel is kötődik. Rosta E, Almási Zs, Karácsony I, Konkoly-Thege B, Hegedűs K: Orvostanhallgatók egészség-magatartása. Mentálhigiénés készségfejlesztés a hazai orvostudományban. Orv. Hetil., 2012, 153, 1153–1157.
Kitöltő neve:	dr. Cserhádi Zoltán

Veszprémi Burnout Projekt

1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai

Kezdeményező szervezet neve:	Csolnoky Ferenc Kórház (ápolási igazgató) Komárom Polgármesteri Hivatal
Megvalósító szervezet neve:	Veszprém Pszichiátriai Gondozó burout projektre összeállt teamje

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

(amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	
Megvalósító szervezet típusa: <i>(civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)</i>	szakmai
Finanszírozás típusa: <i>(belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott támogatás, projektforrás, egyéb)</i>	szakmai elhivatottság
Megvalósítás ideje, időtartama:	2008 - 2011 közötti időszak
A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye <i>(amennyiben publikus az adat, pl. a projekt költségvetésének összege)</i>	
A gyakorlat elérésének helye: <i>(weblap elérési útvonal, szakirodalmi hivatkozás)</i>	nem került publikációra, előadásanyag, összefoglaló csatolva: 3.melléklet Burnout program Veszprém

2. Az ígéretes gyakorlat adatai

A gyakorlat elnevezése:	Veszprémi Burnout Projekt
Rövid elnevezése: <i>(A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)</i>	Veszprémi Burnout Projekt

A gyakorlat típusa: (program, esemény, képzés, tanulmány, segédeszköz, együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)	Egy felméréssel megalapozott, előadásokból álló szakmai nap ami a változtatásokat előkészít, megvalósít
A gyakorlat témakörei, hatásterület(e)i: (pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak megelőzés, szenvedélybetegséghez vezető út megelőzése)	• lelki egészség az alapellátásban • depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban • <u>lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében</u> • <u>egészségügyi dolgozók lelki egészsége</u> • <u>egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás”</u> • <u>hivatásgondozás</u> • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció)
A gyakorlat lokalizáltsága: (pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)	Veszprém Komárom
A gyakorlat célcsoportja: (pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)	egészségügyi dolgozók, segítő foglalkozásúak
A gyakorlat fő színtere: (pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)	A segítő foglalkozásúak munkahelye
A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	Cél a segítő foglalkozásúakban megjelenő kiégés befolyásolása. Lépései: 1. Intézményvezetőkben az igény megfogalmazódásának segítése. 2. Intézményvezetők edukálása 3. Intézményvezető előadókénti felkérése a beavatkozás témakörében

	4. Anonim teszt felvétele a dolgozók körében (Maslach-féle Kiegészítés Kérdőív és a Zung-féle Depresszió Kérdőív) 5. Kérdőívek feldolgozása 6. Szakmai nap előadásokkal - ismeretközlés - ismeretek árnyalása, emóciókkal feltöltése - a mért teszteredmények ismertetése - beavatkozási lehetőségek egyéni és szervezeti szinten 7. Beavatkozás (csoportfoglalkozások)
A gyakorlat megvalósításába bevont szakemberek	A veszprémi pszichiátriai gondozójának adott feladatra összeállt teamje az érintett intézmény vezetőivel
A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága (előidéznek-e olyan változást az egyénnél, vagy a közösségben, amely a program befejeződése után is megőrizhető)	A felmérési fázisban létrehozott adatok az intézmény számára további (célzott) beavatkozási lehetőséget ad.
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	A program egyaránt ösztönzi az önsegítést és az intézményi segítséget a kiegészítés elkerülése érdekében
Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	nem tudni
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-e?(pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	a visszajelzések szerint elfogadható

A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	A veszprémi vizsgálat megismétlésre került (2008-2010), ahol a mért mutatók mindegyikében javulás volt észlelhető
Kitöltő neve:	dr. Balczár Lajos

Telefonos lelki elsősegély szolgálat

1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai

Kezdeményező szervezet neve:	Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége
Megvalósító szervezet neve: (amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	
Megvalósító szervezet típusa: (civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)	civil
Finanszírozás típusa: (belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott támogatás, projektforrás, egyéb)	állami célzott támogatás, pályázatok, helyi önkormányzati támogatás, egészségügyi, szociális intézmények infrastrukturális támogatása
Megvalósítás ideje, időtartama:	1970 óta folyamatos
A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye (amennyiben publikus az adat, pl. a projekt költségvetésének összege)	Állami támogatás 28 m Ft, helyi támogatás kb 20 m Ft, pályázatokból 3-15 m Ft, + a helyi támogatások és az önkéntesek munkája
A gyakorlat elérésének helye: (weblap elérési útvonala, szakirodalmi hivatkozás)	www.sos116-123.hu , www.ifotes.org A lelki elsősegély telefonszolgálatok a krízisintervenció és az öngyilkosság-megelőzés eszközei

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

	Házi Jogorvos, Házi orvosok Országos Egyesületének lapja IV. évfolyam 4. szám, 2011. október (8-13. oldalig) Egészségügyi Minisztérium módszertani levele a lelki elsősegély telefonszolgálatok működéséről Egészségügyi Közlöny LVIII. ÉVFOLYAM.10. szám 2968.o Mellékletek: 4.melléklet Rucli IFOTES előadás 5.melléklet IFOTES telefonok nemzetközi
--	---

2. Az ígéretek gyakorlat adatai

A gyakorlat elnevezése:	Telefonos lelki elsősegély-szolgálat
Rövid elnevezése: (A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)	LESZ 116-123 (Magyar Leleki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége)
A gyakorlat típusa: (program, esemény, képzés, tanulmány, segédeszköz, együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)	Folyamatos non-stop telefonos lelki elsősegély-nyújtás
A gyakorlat témakörei, hatásterület(e)i: (pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak megelőzés, szenvedélybetegséghez vezető út megelőzése)	• lelki egészség az alapellátásban • <u>depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban</u> • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • hivatásgondozás • <u>lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció)</u>

	• <u>egyéb: Öngyilkosság-megelőzés, krízisintervenció, mentálhigiénés prevenció telefonon</u>
A gyakorlat lokalizáltsága: (pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)	Nonstop üzemmódban az egész ország területére kiterjedő tevékenység, rövidebb időtartamban Kárpátaljáról és Felvidékről is elérhető a 116-123 telefonos lelki elsősegélyvonal
A gyakorlat célcsoportja: (pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)	Kortól, nemtől függetlenül bárki számára elérhető szolgáltatás.
A gyakorlat fő színtere: (pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)	A telefonos lelki elsősegély-szolgálat vezetékes telefonon, mobiltelefonokon non-stop elérhető. A szolgálat által nyújtott alacsonyküszöbű, sürgősségi és prevenciós ellátás telefonos segítő beszélgetés keretében történik.
A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	1970-ben indult az első telefonszolgálat Magyarországon, Debrecenben, 2011 óta közös európai uniós rövidített hívószámon (116-123) érhető el a lelki elsősegély térítésmentesen és non-stop üzemmódban. Évente 150-200 ezer hívás érkezik, melyek közül 18-26 ezer az ún „veszélyes hívás”. (2015-ben 81 989 érdemi probléma közül 29 065 volt „veszélyes”). A LESZ 1986 óta tagja az IFOTES-nek (International Federation Of Telephone Emergency Services), mely 24 ország 350 szolgálatát fogja össze. Évente több mint 5 Milliő hívás fut be, 130 ezer internetes (chat, e-mail) megkeresés mellett. (Az IFOTES Igazgatójának 2016. augusztusi szegedi előadását 4. melléklet tartalmazza). Levelezéssel a LESZ is segít- évi 45-50 levél fut be a szolgálatokhoz. Az európai uniós hívószámmal kapcsolatos nemzetközi tapasztalatokat az 5. melléklet tartalmazza.

A gyakorlat megvalósításába bevont szakemberek	Az egészségügyi minimumfeltételekben rögzített 116-123 ellátásához szükséges vizsga alapján tanúsítvánnyal, valamint megbízólevéllel rendelkező 600- 620 fő önkéntes operátor, valamint a szakmai vezető (pszichológus, vagy pszichiáter), szervező, szupervízor képezik a gyakorlat személyi hátterét.
A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága (előidéznek-e olyan változást az egyénnél, vagy a közösségben, amely a program befejeződése után is megőrizhető)	A 116-1-23 bevezetése óta eltelt 5 év forgalmi adatai jelzik a felhasználói adekváció javulását. Az általános lelki elsősegélyhívó ismertté válását azok a hívások is jelzik, amikor nem maga a bajban lévő „tárcsáz”, hanem a környezetében valaki – ezáltal segítve embertársát. A legutóbbi 4 teljes évben az un. sikeres hívások száma: 457891 volt. Ugyanebben az időszakban a konkrét öngyilkossági hívások száma 2012-ben 2168, 2013-ban 2324, 2014-ben 3116, 2015-ben 4409 eset volt.
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	A lelki krízisek sajátosságaként ismert „nyitottság” a változás felé, mely alapot ad a kreatív kríziskezelésen túl a saját lelki/testi/ egészsége iránti elkötelezettség növelésére is.
Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	A telefonos lelki elsősegélyszolgálat- alacsonyküszöbű, sürgősségi valamint prevenció ellátásként bárki számára térítésmentesen elérhető.
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-e? (pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	A telefonos segítség gyakorlatának több évtizedes múltja van (1950-ben indult a világban az első szolgálat) Tudományos munkák sora, valamint szakmai anyagok, WHO-ajánlás, valamint hazai szakmai irányelv képezi a munka alapját.
A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	Hazánkban utánkövetés évtizedekkel ezelőtt csupán Debrecenben volt pusztán empirikus alapon, külföldi szakirodalomban találhatóak utánkövetéses vizsgálatok is.
Kitöltő neve:	Szabóné dr. Kállai Klára

Telefonos lelki segítő kiválasztása, hivatásgondozása

1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai

Kezdeményező szervezet neve:	Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége
Megvalósító szervezet neve: (amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	
Megvalósító szervezet típusa: (civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)	civil
Finanszírozás típusa: (belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott támogatás, projektforrás, egyéb)	állami célzott támogatás, pályázatok, helyi önkormányzati támogatás, egészségügyi, szociális intézmények infrastrukturális támogatása
Megvalósítás ideje, időtartama:	1970 óta folyamatos
A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye (amennyiben publikus az adat, pl. a projekt költségvetésének összege)	Állami támogatás 28 m Ft, helyi támogatás kb 20 m Ft, pályázatokból 3-15 m Ft, + a helyi támogatások és az önkéntesek munkája
A gyakorlat elérésének helye: (weblap elérési útvonal, szakirodalmi hivatkozás)	116-123, valamint www.sos116-123.hu Csatolt melléklet: 6. melléklet LESZ kiválasztás, hivatásgondozás

2. Az ígéretes gyakorlat adatai

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

A gyakorlat elnevezése:	Telefonos lelki segítők kiválasztása, hivatásgondozása
Rövid elnevezése: (A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)	Telefonos lelki segítők kiválasztása, hivatásgondozása
A gyakorlat típusa: (program, esemény, képzés, tanulmány, segédeszköz, együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)	Folyamatos hivatásgondozás és kiegészítő-megelőzés a telefonos segítők körében többlépcsős, speciális ún. „kézben/karban” tartó program segítségével: A segítő személyiség, a segítő hivatás gondozása program elemei: az intervizíós rendszer, feed-back csoport, eset és stáb-megbeszélések, önismereti csoportok, egyéni és csoportos szupervíziók, mentálhigiénés konzultációk, maratoni munkaformák, tematikus szervezetfejlesztések, központi szakmai továbbképzések- elméleti és gyakorlati ismeretekkel, attitűd- és készségformálással.
A gyakorlat témakörei, hatásterület(e)i: (pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak megelőzés, szenvedélybetegséghez vezető út megelőzése)	• lelki egészség az alapellátásban • depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • <u>egészségügyi dolgozók lelki egészsége</u> • <u>egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás”</u> • <u>hivatásgondozás</u> • lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) • egyéb
A gyakorlat lokalizáltsága: (pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)	Az ország különböző pontjain (18) működő telefonos lelki elsősegély szolgálatok vonzáskörzetében
A gyakorlat célcsoportja:	A 116-123-at ellátó önkéntesek, „professzionális amatőrök”

(pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)	
A gyakorlat fő színtere: (pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)	A szolgálatok stábjainak közössége, azaz a LESZ- munkahelyi színtere- az ország 18 különböző városában.
A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	A telefonos segítői munka alkalmasságának kritériumait, valamint a kiválasztás, képzés módszertanát - több évtizedes tapasztalatai alapján - a LESZ kidolgozta. (Ld. 6. melléklet) A munka mentális terheinek csökkentésére, az érzelmi kimerülés enyhítésére, a másodlagos traumatizáció mérséklésére többlépcsős ún. „kézben/karban”tartó program segíti a segítő személyiség, a segítő hivatás gondozását. A program elemei egyéni és csoportos formában zajlanak, a „kézben és karban-tartás” optimális egyensúlyára épülő formában. Az intervíziós rendszer lehetővé teszi az egymásra rálátást és egymástól tanulást- egyúttal közösségépítés lehetőségével. A feed-back csoport, az eset- és stáb-megbeszélések a folyamatos feladatmegoldás hatékonyságfejlesztése mellett lehetőséget adnak a telefonos segítői identitás folyamatos fejlesztéséhez. Az önismereti csoportok, a szupervíziók, a mentálhigiénés konzultációk és a maratoni munkaformák a szakmai személyiségfejlesztés és a hivatásgondozás kitüntetett eszközei. A tematikus szervezetfejlesztések, központi szakmai továbbképzések-(elméleti és gyakorlati ismeretekkel, attitűd- és készségformálással) segítik a 116-123 „egy nyelven” történő segítségnyújtását. A program eredménye a csökkenő fluktuáció, valamint az önkéntesek egészségessége.
A gyakorlat megvalósításába bevonott szakemberek	Különböző „pszich-szakmák” képviselői, pszichológusok, pszichiáterek, szupervízorok, szervezetfejlesztők, trénerek képezik a gyakorlat személyi hátterét.
A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága (előidéznek-e olyan változást az egyénél, vagy a közösségben,	A telefonszolgálatok önkéntesei körében több alkalommal készültek felmérések, hazai szakdolgozatok és legutóbb egy IFOTES-sel közös pályázat kapcsán. Az adatok alakulása a fenntarthatóság irányába mutatnak, de szisztematikus monitorozó tevékenység a továbbiakban elengedhetetlen.

amely a program befejeződése után is megőrizhető)	
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	A telefonos ügyelők/önkéntesek a képzés és a továbbképzések során elsajátított ismeretanyag, valamint attitűd és készség vonatkozásában nem hagyatkoznak ezen ismeretek, készségek csupán ügyeletben történő alkalmazására. Gyakran ők a motorjai egy-egy település mentálhigiénés, egészségfejlesztő tevékenységének, sőt mindennapi tevékenységük során speciális „egészségfertőzőnek” tekinthetjük őket.
Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	A hétköznapi életben különböző hivatással foglalkozók egészségének megőrzése érdekében nagyon fontos a telefonos hivatásgondozás, egészségmegőrző tevékenység, „karbantartás” - a segítség valóban a segítő „hasznára” s váljon.
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-e? (pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	A szakmai személyiségfejlesztés módszertana, a segítőik segítésének gyakorlata hazai szakirodalmakban is részletesen megtalálható. A LESZ ügyelői esetében a hangsúly a módszerek speciális kombinációján van. Az alkalmasság és a beválás folyamatos monitorozása jelenleg az empirikus szakaszban van. További vizsgálatok indokoltak.
A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	Hazánkban utánkövetés egyelőre csupán empirikus alapon történik.
Kitöltő neve:	Szabóné dr. Kállai Klára

Békés Megyei Mentálhigiénés Program

1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai

Kezdeményező szervezet neve:	Dr. Baly Hermina Mentálhigiénés Alapítvány
Megvalósító szervezet neve: (amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

Megalósító szervezet típusa: (civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)	Civil
Finanszírozás típusa: (belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott támogatás, projektforrás, egyéb)	Pályázatok, szponzorok, célzott önkormányzati támogatás
Megalósítás ideje, időtartama:	Folyamatos éves munkaterv szerint
A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye (amennyiben publikus az adat, pl. a projekt költségvetésének összege)	Évente 300 e Ft - 10 m Ft-ig A becsült évi forrás igény min.2 m Ft
A gyakorlat elérésének helye: (weblap elérési útvonala, szakirodalmi hivatkozás)	Békéscsaba, Békés megye, időnként Budapest. Csatolt melléklet: 7. melléklet Dr. Baly Hermina Mentálhigiénés Alaptívány egészségterv

2. Az ígéretek gyakorlat adatai

A gyakorlat elnevezése:	Békés megyei Mentálhigiénés program
Rövid elnevezése: (A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)	Békés megyei Mentálhigiénés program
A gyakorlat típusa: (program, esemény, képzés, tanulmány, segédeszköz,	Különböző szinteken, többféle munkacsoportban egészségfejlesztés, lelki egészségmegőrzés.

együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)	Formái: tematikus csoportok, képzések, szupervízió, helyszín biztosítása (pl. Segítő Ház), konferenciák, világnapok „utcai” programjai. Szervezeti keretei: Egészséges bölcsőde, óvoda, iskola, egészséges munkahely, egészséges szociális és egészségügyi intézmények, drogprevenciós munkacsoport mellett pszichológus és szupervízor munkacsoportos formákban.
A gyakorlat témakörei, hatásterület(e): (pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak megelőzés, szenvedélybetegséghez vezető út megelőzése)	• lelki egészség az alapellátásban • depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • <u>egészségügyi dolgozók lelki egészsége</u> • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • <u>hivatásgondozás</u> • <u>lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció)</u> • egyéb:
A gyakorlat lokalizáltsága: (pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)	A tevékenység döntően Békés megyében valósul meg. Lelki Egészség Világnapja, valamint az Öngyilkosság elleni világnap kapcsán szervezetet konferenciák helyszíne több alkalommal volt Budapesten.
A gyakorlat célcsoportja: (pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)	A különböző munkacsoportok egymástól eltérő célcsoporttal dolgoznak. A konferenciák általában nyitottak, az aktuális téma szerint választódik ki a célcsoport.
A gyakorlat fő színtere: (pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)	Főként közösségi
A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	A Békés megyei Mentálhigiénés Program elősegíti, hogy minden Békés megyei lakos számára elérhetőek legyenek a mentálhigiénés prevenció mindhárom szintjének szolgáltatásai. A programot Működtető Alapítvány szakmailag segíti a könnyen elérhető mentálhigiénés szolgáltatásokat, krízis ambulancia, SOS

	Telefonos Lelkiségy Szolgálat, önségítő csoportok működése, stb.; Támogat továbbá olyan tevékenységet, • amelyek különböző korosztályokban, foglalkozási és egyéb csoportokban a személyiség harmonikus működését, kibontakozását segítik elő, egyúttal a kiegyensúlyozott családi, közösségi életet szolgálják; • amelyek a megterhelésekkel szemben segítik az egyént az adaptációban, a pszichés zavarok és betegségek megelőzése érdekében; • amelyek célja a már kialakult pszichés betegségek lerövidítése és az általuk okozott személyes, családi, közösségi hátrányok csökkentése; • mely a segítő foglalkozású szakemberek szakmai fejlődését és lelki egészségvédelmét szolgálja. <u>A hagyományosan működő programelem:</u> A "Segítők Háza" projektben lehetőség nyílik a segítő foglalkozású szakemberek lelki egészségvédelmére, szakmai továbbképzésére, szupervíziójára. A különféle szakterületek munkacsoportokká szerveződtek: óvodai, iskolai, munkahelyi, kórházi, nyugdíjas pszichológusi, drogprevenciós munkacsoportok, ahol a saját területeknek megfelelően foglalkozhatnak a segítők szakmai fejlődésük, lelki egészségvédelmük érdekében. Munkacsoportjaink "önszervezően" működnek, saját szakterületükre figyelve szervezik programjaikat, ill. részt vesznek az alapítvány által kínált programokon is. Az önkéntes segítők képzése évente történik, ez 30-35 fő felnőtt és 45-50 kortárs segítőt érint. A felnőttek az alapítvány nyilvános programjain segítenek, ill. a telefonszolgálat anonim segítői lesznek.
A gyakorlat megvalósításába bevont szakemberek	Pszichiáterek, pszichológusok, szupervízorok, szociális munkások, mentálhigiénés munkatársak, pedagógusok, egészségügyi és szociális szféra dolgozói, valamint vállalati HR-szakemberek.

A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága (előidéznek-e olyan változást az egyénnél, vagy a közösségben, amely a program befejeződése után is megőrizhető)	A külső kommunikáció (pl.: egészségfejlesztést célzó rovat működtetésében való közreműködés a Békés Megyei Hírlappal) a pszichológiai kultúra terjesztésére irányul a lakosság irányába, ennek fő csatornáit a közvetlen személyes kapcsolatok, konferenciák rendezése – mindez folyamatosan fenntartható. Az Alapítvány 15 éve eredményesen működteti az egészségfejlesztő programjait. A legtöbb esetben „induláskor” valamilyen pályázati lehetőség segített megalapozni, majd a programok „önjáróvá” lettek. Pl.: a „munkacsoportok”, önszervező csoportok. Igen szoros intézményi együttműködés lett kiépítve, ami a „szakember-háttérrel” folyamatosan biztosítja a programokhoz. Az önkéntesen vállalt feladatok is számottevőek.
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	Különböző, a mentálhigiéné területén tevékenykedő civil szervezetekkel való kapcsolattartás napi szinten személyesen, illetve egymás programjairól való tájékoztatással valósul meg elsősorban, a munkacsoportok vezetői, és önkéntesei segítségével. Több civil szervezettel való együttműködésben törekszünk arra, hogy minden résztvevő számára a saját egészsége fontos helyet kapjon az értékek rangsorában. Ennek érdekében is együttműködünk az alábbiakkal: Civil Szervezetek Szövetsége; Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége; MAMESZ - Magyar Mentálhigiénés Szövetség; SOS Tini Telefonos Alapítvány; Mi-Értünk Drogprevenciós Egyesület; KIE(Keresztény Ifjúsági Egyesület; Aut-Pont Alapítvány, Táliber Alapítvány, Gouranga Egyesület. Kezdetektől részt veszünk a Békéscsaba MJV által működtetett KEF (Kábítószerügyi Egyeztető Fórum) munkájában. A lelki egészség megőrzésére irányuló szemléletformáló előadások valamint a segítő foglalkozású szakemberek lelki egészségét támogató tréningek során szerzett, megélt jó tapasztalatokat a programokon részt vevők saját környezetükben is észrevétlenül továbbítják viselkedésükkel. A jó tapasztalataikkal pozitív értelemben „fertőznek” a közvetlen és tágabb környezetükben.

	Városi Egészség fejlesztési tervben nevesítetten szerepelünk városi pályázatokban együttműködő és megvalósító szerepünk is van
Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	Programjaink térítésmentesen elérhetők - különböző célcsoportokban, a társadalom viszonylag széles rétegét elérve. Az elmúlt 15 évben több mint 40 nyertes pályázat pénzügyi forrása közel 50 millió forinttal segítette a lelki egészség megőrzésének a „szolgálatát” a programok által. A programok által elért létszámadatok változóak és programfüggőek. Jelenleg Békéscsaba Városához benyújtásra került egy hosszabb távú fejlesztési terv. Az elérni kívánt eredmények között szerepel az „egészséges” munkacsoportok körének szélesítése és egy szélesebb körű ismeretterjesztés és a „mentálhigiénés kapuőrök” érzékenyítését segítő csoportok szervezése.
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-e? (pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	Előzmények a mentálhigiénés programirodák hálózata volt, alapelvekben, módszerekben arra támaszkodik, a tudományos alapokat is szem előtt tartva
A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	Utánkövetés empirikus formában valósul meg.
Kitöltő neve:	Szabóné dr. Kállai Klára

Nemzetközi ígéretes gyakorlatok

Giuseppe Leggieri program

1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai

Kezdeményező szervezet neve:	Emilia-Romagna Régió, Egészségügyi és Szociálpolitikai Igazgatóság, Olaszország
Megvalósító szervezet neve: (amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	
Megvalósító szervezet típusa: <i>(civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)</i>	állami
Finanszírozás típusa: <i>(belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott támogatás, projektforrás, egyéb)</i>	nincs információ
Megvalósítás ideje, időtartama:	2000-től kezdődően, több fázisban. 2014-re vonatkozó beszámoló még elérhető a honlapon.
A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye <i>(amennyiben publikus az adat, pl. a projekt költségvetésének összege)</i>	nincs információ

A gyakorlat elérésének helye: <i>(weblap elérési útvonal, szakirodalmi hivatkozás)</i>	http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/programma-giuseppe-leggieri http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti/Report_Leggieri_dicembre2014.pdf Menchetti M, Tarricone I, Bortolotti B, Berardi D: Integration between general practice and mental health services in Italy: guidelines for consultation-liaison services implementation. <i>Int J Integr Care</i> 2006 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480371/?tool=pubmed Berardi D, Ferrannini L, Melchetti M, Vaggi M: Primary care psychiatry in Italy. <i>J Nerv Ment Dis.</i> 2014 Jun; 202(6):460-3.
---	---

2. Az ígéretes gyakorlat adatai

A gyakorlat elnevezése:	Az Emilia-Romagna Régió Giuseppe Leggieri Programja az egészségügyi alapellátás és a mentális ellátás integrációjára
Rövid elnevezése: <i>(A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)</i>	Giuseppe Leggieri Program
A gyakorlat típusa: <i>(program, esemény, képzés, tanulmány, segédeszköz, együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)</i>	egészségügyi ellátás
A gyakorlat témakörei, hatásterület(e)i: <i>(pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak megelőzés,</i>	• <u>lelki egészség az alapellátásban</u> • depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége

szenvédélybetegséghez vezető út megelőzése)	- egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” - hivatásgondozás - lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció) - egyéb:
A gyakorlat lokalizáltsága: (pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)	Emilia-Romagna Régió, Olaszország (Bologna központtal)
A gyakorlat célcsoportja: (pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)	pszichiátriai ellátást igénylő problémával érintettek, háziorvosok, pszichiáterek
A gyakorlat fő színtere: (pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)	egészségügyi ellátás
A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	A programot az egészségügyi alapellátás és a mentális betegek ellátásában szórványosan alakuló kezdeményezések koordinálására hozta létre az Emilia-Romagna Régió egészségügyi kormányzata. Megalakult egy irányító testület a helyi egészségügyi szolgáltatók, pszichiátriai részlegek, alapellátási szervezetek és tudományos testületek képviselőinek részvételével, amely egy pszichiátriai „liaison” konzultációs együttműködésre tett javaslatot. Ennek célja volt a pszichiátriai problémával küzdő betegek ellátásának javítása az alapellátásban, valamint a betegutak megváltoztatása, az alapellátásnak nagyobb szerepet biztosítva az ellátás menedzselésében. A 2000-ben induló első fázist követően 2004-ben nevezték el a programot Giuseppe Leggieriről. Ebben a második fázisban került sor egy regionális hálózat kiépítésére, helyi tanácsadó testületek megalakítására (háziorvosok, lelki egészség szakemberek és egészségügyi menedzserek részvételével.).

	A 2007 és 2010 közötti harmadik fázisban tovább finomították a szerepeket, meghatározták a beutalási gyakorlatot, megjelent egy „Depresszió menedzsment az alapellátásban” című NICE irányelv. Elindult egy oktatási kezdeményezési is, regionális szintű képzők képzése programmal, a képzők között a háziorvosok szövetségének (Italian Society of Primary Care Medicine) képviselőivel, lelki egészséggel kapcsolatos háttérrel is rendelkező háziorvosokkal, liaison tapasztalattal rendelkező pszichiáterekkel.
A gyakorlat megvalósításába bevont szakemberek	Háziorvosok, pszichiáterek
A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága (előidéznék-e olyan változást az egyénnél, vagy a közösségben, amely a program befejeződése után is megőrizhető)	A tapasztalatok alapján elindult egy, az Olasz Egészségügyi Minisztérium által finanszírozott projekt is (2008-ban), egy lépcsőzetes együttműködés (elsősorban alapellátást és közösségi pszichiátriai ellátást érintő) tesztelésére az alapellátók és a pszichiátriai ellátók együttműködésére vonatkozóan.
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	A gyakorlat az egészségügyi alapellátás szintjén erősíti a mentális problémák ellátást, elsősorban egészségügyi ellátásra irányul, a kliensek szerepe a szolgáltatás alakításában kevesebb.
Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez hozzájárul azzal, hogy a lakóhely közelében biztosít szakmailag magas színvonalú ellátást.
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-e? (pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	A program kialakítása során körültekintően vonták be az érintett szakterületek hiteles képviselőit, az alkalmazott eljárások tudományos megfelelőségét az alkalmazott NICE guideline biztosítja

A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	Igen. Elsősorban a beutalások utánkövetése történt meg, emellett az éves riportok is visszacsatolást jelentenek. Rucci P, Piazza A, Menchetti M, Berardi D, Fioritti A, Mimmi S, Fantini MP: Integration between Primary Care and Mental Health Services in Italy: Determinants of Referrel and Stepped Care. Int J Family Med 2012; 2012:507467. Casini F, Sighinolfi C, Tedesco P, Bandieri PV, Bologna M, Colombini N, Curcetti C, Magnani M, Morini M, Serio A, Tarricone A, Berardi D, Menchetti M: <u>Primary care Physicians' perspective on the management of anxiety and depressive disorders: a cross-sectional survey in Emilia Romagna Region.</u> BMC Fam Pract. 2013; 14: 75.
Kitöltő neve:	dr. Cserhádi Zoltán

„A mozgás vigyáz rád”

1. Kezdeményező és megvalósító szervezet adatai

Kezdeményező szervezet neve:	Ifjúságért és Sportért Felelős Regionális Minisztérium, Mérida, Spanyolország
Megvalósító szervezet neve: (amennyiben más, mint a kezdeményező szervezet)	A megvalósításban az Extremadurai Egyetem jelentős szerepet tölt be.
Megvalósító szervezet típusa: (civil, szakmai, állami, egyházi, versenyszféra, stb.)	állami
Finanszírozás típusa: (belső erőforrás, állami normatíva, állami célzott támogatás, projektforrás, egyéb)	Állami finanszírozás az Extremadurai Regionális Kormányzat által.
Megvalósítás ideje, időtartama:	2006. októbertől folyamatosan

A gyakorlat megvalósítására rendelkezésre álló forrás, A gyakorlat megvalósításának becsült forrásigénye <i>(amennyiben publikus az adat, pl. a projekt költségvetésének összege)</i>	2006-ban 256 ezer euro, 2010-ben 1,06 millió euro forrást fordítottak a programra.
A gyakorlat elérésének helye: <i>(weblap elérési útvonal, szakirodalmi hivatkozás)</i>	http://deportextremadura.gobex.es/index.php/ejercicio-te-cuida https://webgate.ec.europa.eu/sanco_mental_health/public/GOOD_PRACTICE/801/show.html Gusi N, Reyes MC, Gonzalez-Guerrero JL, Herrera E, Garcia JM Cost-utility of a walking programme for moderately depressed, obese, or overweighted elderly women in primary care: a randomised controlled trial, BMC Public Health 2008, 8:231. http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC2491610/pdf/1471-2458-8-231.pdf Gusi N, Prieto J, Madruga M. Salud Pública y Actividad Física de los Mayores en Extremadura: Estudio de cohorte 75 años, comparative población rural vs urbana. Junta de extremadura, 2009. Gusi N, Gusi N, Herrera E, Quesada F, Cebrian C, Campon JC. Exercise Looks After You: from research to practice in elderly. 7th World Congress for Aging and Physical Activity (ISAPA 2008). Tsukuba (Japan). Journal of Aging and Physical Activity 2008;16:S73-S74 LibroMayores_IMPRIMIR.pdf. Salud Pública y Actividad Física de los Mayores en Extremadura: Estudio de cohorte 75 años, comparative población rural vs urbana

2. Az ígéretes gyakorlat adatai

A gyakorlat elnevezése:	„A mozgás vigyáz rád” („El Ejercicio te Cuida”)
--------------------------------	--

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;

HU12-0001-PP3-2016

Rövid elnevezése: (A gyakorlat azonosítására szolgáló fantázianév, rövidítés, illetve ahogyan a további pontokban utalnak rá.)	„A mozgás vigyáz rád”
A gyakorlat típusa: (program, esemény, képzés, tanulmány, segédeszköz, együttműködés, honlap, médiafelület, fórum, egyéb)	program, kutatás
A gyakorlat témakörei, hatásterület(e)i: (pl. lelki egészség fejlesztése, bántalmazás és erőszak megelőzés, szenvedélybetegséghez vezető út megelőzése)	• <u>lelki egészség az alapellátásban</u> • <u>depresszió és öngyilkosság megelőzése, ellátása az alapellátásban</u> • lelki egészség az egészségügyi dolgozók képzésében • egészségügyi dolgozók lelki egészsége • egészségügyi dolgozók hatása a lelki egészségre, „egészségfertőző hatás” • hivatásgondozás • <u>lelki egészség fejlesztése a közösségben (LEK funkció)</u> • egyéb:
A gyakorlat lokalizáltsága: (pl.: egy adott településen, járásban, vagy megyei, illetve országos szinten valósult meg; Magyarországon vagy külföldön)	Extremadura régió, Spanyolország
A gyakorlat célcsoportja: (pl.univerzális, célzott – konkrétan milyen célcsoport)	Elsősorban idős emberek, középsúlyos depresszióval és metabolikus rizikófaktorokkal (pl. elhízás). Részt vettek a programban csoportok hátrányos helyzetű térségekből, mozgáskorlátozottak, demenciával élők, valamint gyengénlátók is.
A gyakorlat fő színtere: (pl. közösségi, iskolai, munkahelyi)	közösségi

A kezdeményezés módszertanának, eredményeinek rövid bemutatása	A program céljait az idős emberek lelki egészségének javítása, az egyenlőtlenségek csökkentése és az alapellátási konzultációk számának csökkentése jelentették. Ehhez két fő, védőtényezőként szolgáló eszközt használtak fel a fizikai aktivitást és a társas kapcsolatokat. A programot két előzetes vizsgálat alapozta meg 2004-2006-ban: az egyik alapján kiderült a nők és a vidéki környezetben élők rizikója magasabb, a másik egy innovatív, gyaloglás alapú, társas interakciókra is építő program megvalósíthatóságát, hatásosságát és költséghatékonyságát igazolta. A programban az egészségügyi alapellátás is központi szerepet játszik. A célcsoportba tartozókat házi orvosok utalják az alapellátási centrumok sport specialistáihoz, akik felmérik a páciensek állapotát, terhelhetőségét, és strukturált, gyaloglásra épülő csoportos programot terveznek nekik heti 3 alkalommal, beépítve beszélgetéseket is. A fizikai aktivitásra vonatkozó általános tanácsadáshoz képest a program további 4 elemet tartalmaz, ami fokozza a mozgás hatékonyságát: házi orvosi tanácsadás, sport szakemberrel konzultáció, interakció a társakkal, rendszeres utánkövetés (időszakos állapotfelmérés) keretében visszajelzés a kliensek és az alapellátás számára. Az egyéni felmérés és utánkövetés minden felhasználónál megtörténik a programba belépéskor és 6 hónapot követően. A következő tényezőket vizsgálják: társadalmi-demográfiai háttér, beutalás jellege, egészségi állapot (ismert betegségek, Geriátriai Depresszió Skála, koleszterin és triglicerid szint, vérnyomás), táplálkozási szokások, egészséggel kapcsolatos életminőség (EQ-5D), egészségügyi ellátás igénybe vétele, fizikai állapot. A program monitorozása kiterjed az intézményi kapcsolatokra, a program menedzsmentjének követésére, az elégedettségre, az ajánlásokra (korábbi résztvevők ajánlják-e tovább) és a kommunikációs tevékenységre (közösségi szint, rendezvények, média, stb.). A programhoz kapcsolódnak további szakmapolitikai lépések és szakmai fejlesztések is: 1. interszektoriális regionális szakmapolitikai anyagok (egészségügyi, sport, jóllét területek) és
---	---

	egyetemi kapcsolat, 2. többszintű konszenzuson alapuló protokoll, 3. a sport szakemberek folyamatos továbbképzés, 4. disszemináció. Az akciót a regionális kormányzat irányítja és helyi szinten az Extremadura-i egyetem hajtja végre. A megvalósítás első 3 évében több, mint 6 ezren vettek részt a programban (ebből 4 ezren rendszeresen), 130 településen. 2016-ban a honlap adatai szerint aktuálisan 6000 felhasználója van a programnak, ami 28 „egészségügyi övezet” 118 településén érhető el. A résztvevők többsége vidéki környezetben élő nő, a programot a hátrányos helyzetű településeken is kedvezően fogadták. A program költséghatékonyak is bizonyult, a költséghaszon elemzés alapján átlagosan 3000 euro-t jelent minden hozzáadott egészségben eltöltött életév, ez a értéke a depresszióval érintettek esetében még magasabb. A módszer közzététele több nemzetközi fórumon, tudományos publikációban is megtörtént, országos szinten is számon van tartva, mint jó gyakorlat az egészségügyi költségek racionalizálására, emellett több szakmapolitikai programban (pl. országos sport terv 2009-ben)..
A gyakorlat megvalósításába bevont szakemberek	házi orvosok, sport szakemberek
A ígéretes gyakorlatok elért eredményeinek fenntarthatósága (előidéznék-e olyan változást az egyénnél, vagy a közösségben, amely a program befejeződése után is megőrizhető)	A rendszeres testmozgás a programot követően egyénileg is fenntartható. Az utánkövetés adatai alapján az egészségi állapotra gyakorolt kedvező változások 1 év elteltével is fennmaradnak. A fenntarthatóságot biztosítja az is, hogy a program 2006 óta folyamatosan működik.
A gyakorlat mennyiben épít arra, hogy az egyéneket/csoportokat ösztönözze arra, hogy a saját lelki egészségüket érintő, személyes, társadalmi, gazdasági	A programnak része a tanácsadás, valamint –akár a mérések, illetve a társas tevékenység által is- olyan szemlélet közvetítése, amely az egészség iránti egyéni felelősségvállalást erősítheti. Maga a beavatkozás is az egészséges életmódot ösztönzi.

és környezeti tényezőkre nagyobb hatást gyakoroljanak	
Mennyiben járul hozzá az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez a program	Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése a programnak deklarált célja. A célcsoport kiválasztásánál ennek megfelelően fordítanak nagyobb figyelmet a vidéki környezetben élő nőkre.
A program az érintettek és az érdekhordozók számára elfogadható alapokon nyugszik-e? (pl. tudományos, igazgatási, és etikai szempontból)	A program tervezése is tudományos alapokon történt, utánkövetés és kutatási tevékenység kapcsolódik hozzá, a szakmapolitikai elemek konzultáción alapulnak.
A gyakorlat utánkövetésének megvalósulása: (történt-e utánkövetés, ha igen, milyen formában)	Az utánkövetés szerves része a gyakorlatnak, ezt szolgálja az alapos állapotfelmérés is. Az első 3 év adatai alapján az idős emberek fizikai állapota jelentősen javult (hajlékonyság, 6 perc alatt megtett távolság, egyensúly, esések megelőzése), emellett a depresszióban 30%-os csökkenés volt tapasztalható. Azoknak a kliensek esetében, akiknél kezdetben enyhe vagy közepes súlyos depressziót mutatott ki a GDS (ez 27,5%-a volt az összes részvevőnek), 35%-nál nem volt depresszió jelen 1 évvel később (9,6%-a az összes részvevőnek). Azoknál az idős embereknél, akiknél kontrollként elvégezték a méréseket, nem volt ilyen irányú változás. A program szignifikánsan csökkentette a háziiorvosi konzultációk számát is, különösen azoknak az esetében, akiknél magasabb depresszió pontszám volt jelen kezdetben.
Kitöltő neve:	dr. Cserhádi Zoltán



Mellékletek

1. melléklet: Veszprémi Modell
2. melléklet: Ariosz tanulmány
3. melléklet: Burnout program Veszprém
4. melléklet: Rucli IFOTES előadás
5. melléklet: IFOTES telefonok nemzetközi
6. melléklet: LESZ kiválasztás, hivatásgondozás
7. melléklet: Dr. Baly Hermina Mentálhigiénés Alapítvány egészségterv