



ÁLLAMI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI
ÉS TISZTIORVOSI SZOLGÁLAT



Iktatószám: PI-16503- /2016

PROBLÉMATÉRKÉP MÓDSZERTANA

Készítette: Dr. Tóth Mónika Ditta, Nagy Beáta, Papp Eszter, Dr. Papp Katalin, Bulyáki Tünde,
Dr. Wernigg Róbert, Dr. Sümegi András

Ellenőrizte: Dr. Wernigg Róbert

Jóváhagyta: Dr. Sümegi András

Jelen dokumentum az OTH szellemi tulajdona. A dokumentumban szereplő információk projekten kívül történő felhasználása engedélyhez kötött.

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Albert Flórián u. 2-6.; Telefon:1/476-1100;
HU12-0001-PP3-2016

Tartalom

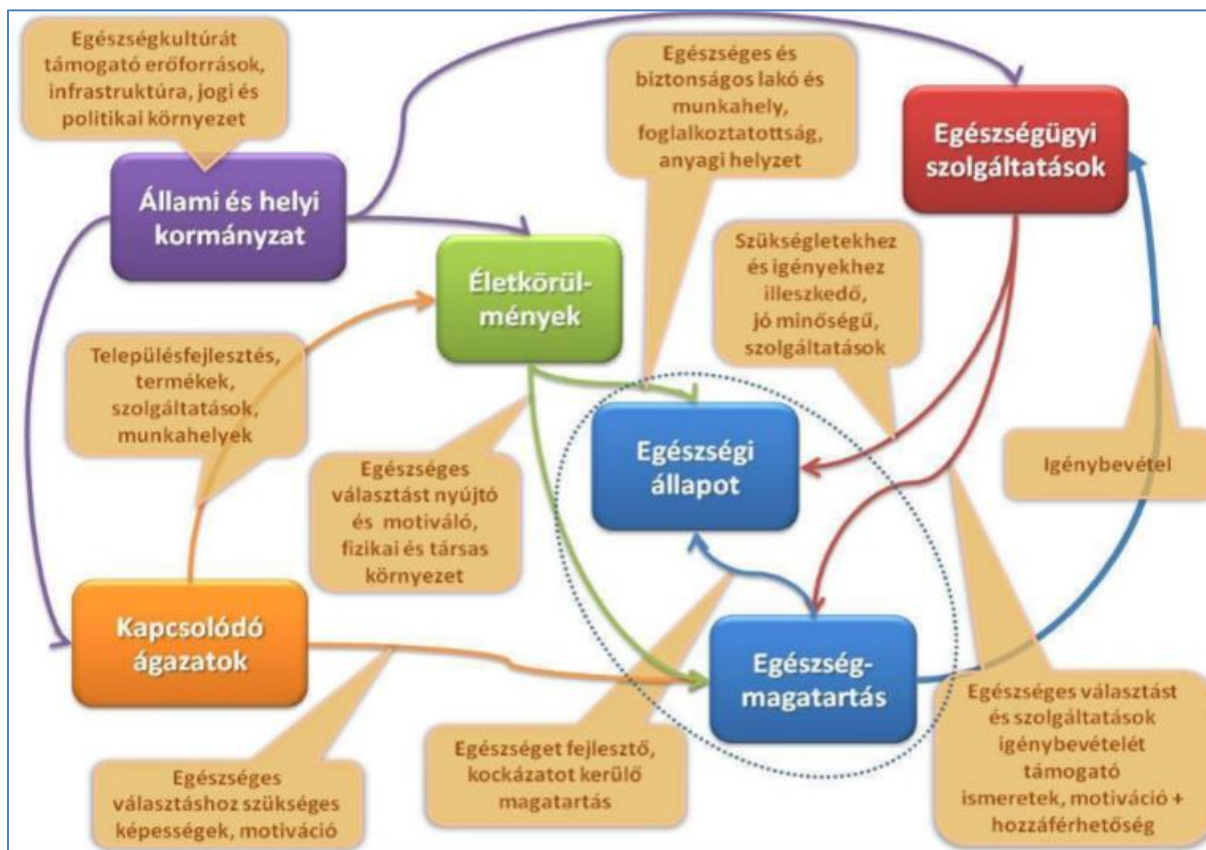
1	Irodalmi háttér	3
1.1	A mentális egészséget befolyásoló tényezők	3
1.2	A depresszió, öngyilkosság és demencia jelentősége Magyarországon	3
1.3	A depresszió rizikótényezői és következményei	5
1.4	Az öngyilkosság rizikófaktorai	6
1.5	A demencia rizikófaktorai.....	6
2	A Problématérkép elkészítésének célja.....	7
3	A problématerkép elkészítésének menete.....	7
3.1	A kidolgozásban résztvevő szakemberek meghatározása.....	7
3.2	A Problématérkép elkészítéséhez szükséges adatgyűjtés módszertana.....	8
3.2.1	Primér adatgyűjtés (EFI-LEK munkatársak végzik)	8
3.2.2	Szekunder adatgyűjtés (Módszertani Központ munkatársai végzik).....	9
3.3	Az adatok bemutatása és elemzése, a Problématérkép felépítése	10
3.3.1	A problémák azonosításának és rangsorolásának módszertani leírása	11
3.3.2	A rangsorolás módszertana	11
1.	számú melléklet: Félig strukturált interjú kérdései a primer adatgyűjtéshez.....	16
2.	számú melléklet: SWOT analízis	17
3.	számú melléklet: A szekunder adatgyűjtés indikátorai.....	19

1 Irodalmi háttér

1.1 A mentális egészséget befolyásoló tényezők

Az ember egészségi állapotát közvetlenül az egészségmagatartás, az életkörülmények (függ a politikai, gazdasági és szociális környezettől), valamint az egészségügyi szolgáltatások befolyásolják (1. ábra). A holisztikus szemlélet szerint testünk és lelkünk közös egységet alkot, különválasztásuk nehezen értelmezhető. Ezek harmonikus működése szükséges az ember egészségének megtartásához (Kállai, Varga és Oláh, 2014). Az irodalmi adatok szerint az egészségünket 11%-ban az egészségügyi ellátórendszer működése, 27%-ban a genetika, 19%-ban a külső, környezeti tényezők és 43%-ban az életmódunk határozza meg (Varga-Hatos és Karner, 2008).

1. ábra: Az egészséget befolyásoló tényezők rendszermodellje és azok interakciója (TÁMOP 6.2.5.B)

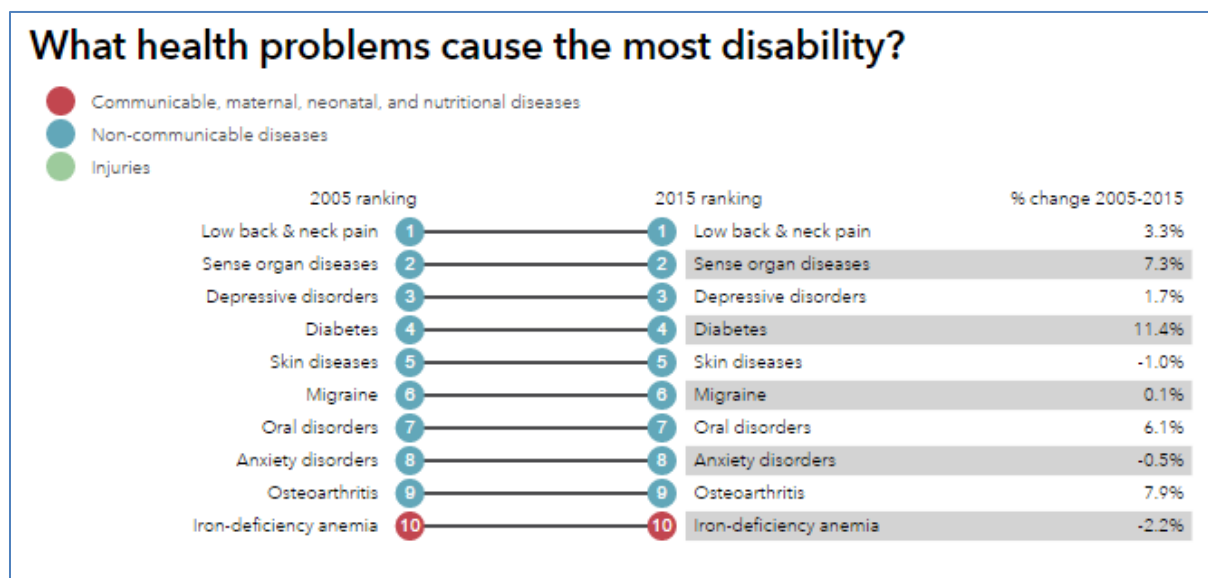


1.2 A depresszió, öngyilkosság és demencia jelentősége Magyarországon

A depresszió az egész világon és hazánkban is növekvő jelentőségű probléma, amelyet a WHO 2020-ra második leggyakoribb munkaképesség-csökkenést okozó betegségnek prognosztizált (Murray és Lopez, 1997). A Global Burden of Disease Study (<http://www.healthdata.org/hungary>) szerint 2015-

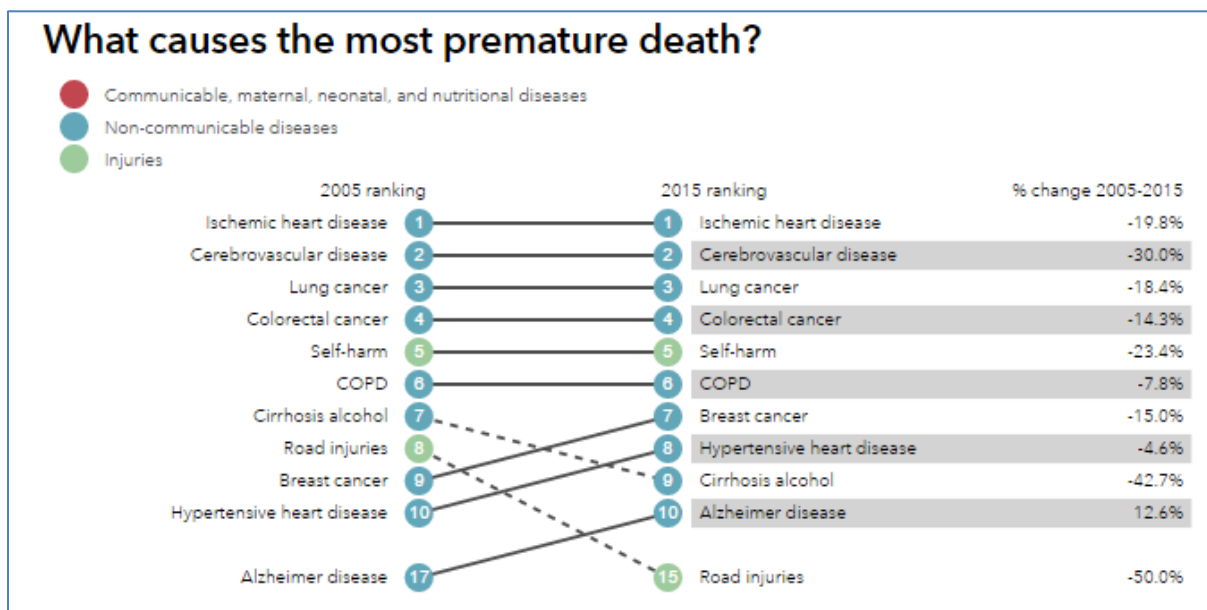
ben Magyarországon a depressziós megbetegedés harmadik helyen állt az Károsodott Egészségi Állapotban leélt évek (YLD: Years Lived with Disability) tekintetében, 1,7%-os növekedetést mutatva 2005-höz képest. A 2015. évi listán a szorongásos kórképek a 8. helyen szerepeltek (2. ábra).

2. ábra: Vezető okok az Károsodott egészségi állapotban leélt évek (YLD) tekintetében 2005 és 2015 között a változás százalékos megjelenésével



Az idő előtti halálozás tekintetében 2015-ben az öngyilkosság az 5. helyen állt Magyarországon a kiváltó okok között, míg az Alzheimer kór a 10. volt. Utóbbi, 2005-höz képest hét helyet lépett előrébb a halálozási statisztikákban (<http://www.healthdata.org/hungary>).

3. ábra: Az idő előtti halálozás vezető okai 2005 és 2015 között



Bár az ábrán jól látható, hogy az öngyilkosságok miatti idő előtti halálozások száma nagymértékben (-23.4%) csökkent az elmúlt tíz évben, Európában még mindig az elsők között vagyunk a statisztikákban. Az öngyilkossági ráta a 2013-as évben 21.2 volt hazánkban, ezzel a második helyen állunk Európában Litvánia után (36.1) (Eurostat, 2016).

1.3 A depresszió rizikótényezői és következményei

Az unipoláris depresszió kétszer gyakoribb nők, mint férfiak körében. Európában az alacsony szocio-ökonomiai státusz, az előnytelen familiáris viszonyok (egyedülálló, vagy elvált családi állapot), valamint a krónikus betegségek a legfőbb rizikótényezői a depresszióknak. Az időskorúak körében ez a leggyakoribb mentális probléma, 12%-át érintve a 65 év felettieknek (Van de Velde, Bracke, & Levecque, 2010). A depresszió rizikótényezői Rihmer (2014) az alábbiakban határozza meg:

- Genetikai hajlam (depresszió az 1. és 2. fokú rokonnál)
- Súlyos korai negatív életesemények
- Szorongásos kórképek
- Függőségek: Alkoholizmus, drogbetegség
- Súlyos testi betegségek (hypertonia, ISZB, stroke, migrén, stb.)
- Súlyos aktuális pszichoszociális stresszorok (válás, munkahely elvesztése, haláleset)

A kezeletlen depresszió szövődményei és következményei (Rihmer, 2013):

- Öngyilkosság 15-19%
- Öngyilkossági kísérlet 35-50%
- Másodlagos alkohol/drog betegség 30-55%

- Munka elvesztése, tartós beteg áll. 1,8-2,5×
- Szeparáció, válás 2-3×
- Fokozott szomatikus mortalitás (szív-érrendszeri, daganatos) 2-2,5×
- Az eü. ellátás fokozott terhelése 2,5×

1.4 Az öngyilkosság rizikófaktorai

Egy ország magas öngyilkossági rátája az egyik legsúlyosabb indikátora a lakosság nem megfelelő mentális egészség állapotának. Az alábbi tényezők tekinthetők az öngyilkosság legfőbb rizikófaktorának (Rihmer és Fekete, 2012):

- Elsődleges, primer faktorok:*** pszichiátriai kórképek (hangulatzavar, függőségek), korábbi öngyilkossági kísérletek, az öngyilkossági szándék direkt, vagy indirekt kommunikációja („cry for help”), az első, vagy másodfokú rokonnál történt korábbi öngyilkosság, illetve a csökkent szerotonin aktivitás.
- A szekunder, vagy másodlagos rizikófaktorok:*** a pszichoszociális tényezők: a gyerekkori veszteségek, traumák, az agresszív, impulzív személyiségvonások, az irritábilis temperamentum, az izoláció (egyedüllét, válás), munkanélküliség, a negatív életesemények, és a dohányzás.
- A tercier, vagy harmadlagos csoportba*** tartoznak a demográfiai jellemzők. Ezek a férfi nem, a homoszexualitás, a serdülőkor és az időskor, valamint a jellemzően vulnerábilis időszaknak tekinthető tavasz és a kora nyár, a születésnapok, a perimenstruációs időszak és a délelőtti órák.
- Ezen kívül léteznek a **szocio-ökonómiai és környezeti rizikófaktorok**: szegénység, alacsony iskolai végzettség, adósság, szociális izoláció, kirekesztettség, depriváció (Wahlbeck, 2009).

1.5 A demencia rizikófaktorai

A demencia prevalenciája Európában 0,7-0,8 % között mozog. Magyarországon becslések szerint 150 ezer demens beteg lehet (<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Hungary>), mely arány azonban a lakosság átlagéletkorának növekedésével rohamosan emelkedik. A becslések szerint 2010-ben 35.6 millió embert élt demenciával a világon. A demens betegek száma 20 évente csaknem meg fog duplázódni, ami 2030-ra 65.7 millió, 2050-re pedig 115.4 millió megbetegedést fog jelenteni a WHO előrejelzései szerint (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1). A demencia népegészségügyi jelentőségét ezen túlmenően a közvetlen környezetre gyakorolt hatás

(családi stressz, szociális hatások) adja. A betegséggel szembeni védőfaktor a magas iskolai végzettség és a rendszeres testi, szellemi aktivitás. Rizikófaktorok számítanak a következő tényezők (Patterson és mtsai. 2008):

- magas életkor (>65 év)
- családi halmozódás (esetek 5-10%)
- korábbi fejsérülés
- cardiovascularis rizikótényezők (hipertónia, diabetes, hiperlipidemia, elhízás)
- kezeletlen depresszió
- oxidatív stressz

2 A Problématérkép elkészítésének célja

A Problématérkép célja, a „*Módszertani, strukturális és kapacitásfejlesztés a lakosság mentális egészségfejlesztésére irányuló beavatkozások támogatására*” című projekt intervenciós régióiban élő lakosság mentális egészség állapotáról, valamint az azt befolyásoló tényezőkről szóló helyzetelemzés elkészítése. A problémák meghatározásakor megvizsgáljuk a járásokban élők mentális egészségét, az azt negatívan befolyásoló szocio-demográfiai rizikótényezőket, valamint a kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások minőségét. A lelki egészséggel kapcsolatban feltárt problémás területek azonosítása lehetővé teszi az adekvát, terület-specifikus, helyi igényekre szabott beavatkozások kiválasztását.

3 A problématerkép elkészítésének menete

A problématerkép valamennyi járásról, külön-külön készül a projekt során. Az elkészítésének a menetét a jelen Módszertani Kézikönyv szabályozza, mely egy közérthető, könnyen kezelhető útmutató az adatok gyűjtésére, valamint a problémák azonosítására vonatkozóan. A Módszertani Kézikönyv tartalmazza mindazokat az indikátorokat, melyek valamennyi járásban összegyűjtésre kerülnek. Ezek alapján kerül kidolgozásra a Problématérkép, amely révén a járásokban élők mentális egészségi állapotával és az azt befolyásoló tényezőkkel (különös tekintettel az egészségügyi szolgáltatásokra) kapcsolatos problémák sokoldalúan bemutathatóak lesznek.

3.1 A kidolgozásban résztvevő szakemberek meghatározása

A Problématérkép elkészítésében a Módszertani Központ munkatársaiból összeállt szakértői csoport, valamint az egyes járások EFI-LEK munkatársai vesznek részt, egységes módszertan alapján. A jelen Módszertani Kézikönyv kidolgozása a Módszertani Központ munkatársainak hatásköre és feladata. A Problématérkép kidolgozásához szükséges országos adatbázisokból történő adatgyűjtést főként a Módszertani Központ munkatársai végzik, az EFI-LEK munkatársak pedig a területi sajátosságokkal kapcsolatos információk megszerzéséért felelősek (részletesen lásd később). Az országos adatbázisokhoz való hozzáférést (ahol szükséges) az Országos Tisztifőorvosi Hivatal kéri meg a projekt szakmai igazgatójának/menedzserének kérésére.

3.2 A Problématérkép elkészítéséhez szükséges adatgyűjtés módszertana

A Problématérkép elkészítése primér és szekunder típusú adatgyűjtéssel valósul meg. Előbbi az adott járásokból származó kvalitatív adatokat, utóbbi pedig a már meglévő, vagy az adott kérdésnek megfelelően leválogatott adatbázisokból származó adatok felhasználását jelenti.

1. **Primér adatgyűjtés:** A járásokból származó kvalitatív adatok (SWOT, félig-strukturált interjú)
2. **Szekunder adatgyűjtés** (Isd: 3. Melléklet):
 - a. Kész adatbázisok (pl: KSH, HAMIR)
 - b. Rutinszerűen gyűjtött adatok feldolgozása (pl: OEP)

3.2.1 Primér adatgyűjtés (EFI-LEK munkatársak végzik)

A mentális egészséggel kapcsolatos problémák feltárásának fontos elemét képezik a járásokból származó kvalitatív adatok, melyek a primér adatgyűjtés bázisát adják. Ezek kiegészítik és „puhítják” a szekunder adatfeldolgozás során nyert adatokat, nagyobb rálátást biztosítva a terület-specifikus problémákra, azok mélyebb megértésére és feltérképezésére.

I. Félig-strukturált interjú

A primer adatgyűjtés során a LEK szakértő pszichológus munkatársak a Hálózati tagokkal (érdekhordozókkal, Isd: Hálózatépítési eljárásrend) készítene **félig strukturált interjúkat** a járás mentális egészséggel kapcsolatos helyzetéről. Az interjúk célja a járásban meglévő, **vél**t problémák feltérképezése, amelyek a közösség egyes csoportjait súlyosabban érinthetik.

A félig strukturált interjú elkészítésének menete:

1. *A megkérdezett érdekhordozók kiválasztása:* Olyan személyek kiválasztása a Hálózati tagok közül, akik nagy rálátással bírnak az adott terület mentális egészséggel kapcsolatos helyzetére. Az interjút 5 szakemberrel szükséges elkészíteni, akik 1-1 kompetencia képviselői:
 - a. 1 fő háziorvos
 - b. 1 fő védőnő
 - c. 1 fő ifjúságvédelmi szakértő/ pedagógus
 - d. 1 fő szociális munkás
 - e. 1 fő katasztrófavédelemben dolgozó (pl: Mentőápoló, vagy rendőrtiszt)
2. *Az adott érdekhordozók felkeresése:* A Problématérkép céljának rövid ismertetése és az interjú kereteinek bemutatása. Időpont és helyszín egyeztetése.
3. *Az interjú felvétele:* Az interjú az 1. számú mellékletben található vezérfonalat követve történik. Az interjú minden esetben kerüljön hanganyagban rögzítésre, az interjúalany előzetes beleegyezését követően. Az interjú anonim, csak a megkérdezett személy kompetenciáját, szakmai hátterét kell rögzíteni.

4. *Az interjúk dokumentálása:* Az elkészült interjúkat az interjúalany kompetenciájának megjelölésével word dokumentum formájában, teljes terjedelmében írásban szükséges rögzíteni.
5. *További teendők:* Az interjúk során elhangzott kérdések és válaszok a projekt elindulása utáni második havi szakmai beszámolóban kerülnek elküldésre. Ez a pilot projektben a januári hónapot jelenti. Az interjúk elemzésével kapcsolatos további teendőket a Módszertani Központ kijelölt munkatársai végzik.

II. SWOT-analízis

A SWOT-elemzés a helyzetértékelésnek és problémák megoldását támogató tervezésnek széles körben elterjedt technikája. A Problématérkép kidolgozása során az adott járásban működő EFI-re, ill. EFI-LEK-re vonatkozóan a lelki egészség témakörrel kapcsolatos gyengeségek és erősségek, valamint lehetőségek és kockázatok feltárása a cél. Négy tényezőcsoport - külső és belső tényezők - vizsgálatát és az ezekhez kapcsolódó stratégiai feladatok megfogalmazását jelenti:

Belső tényezők:

- + **Strengths**, erősségek: jól működő tényezők, és még jobban működtethetőek – az erősségeket fenntartani, ill. monitorozni kell
- **Weaknesses**, gyengeségek: nem optimálisan működő tényezők, de javíthatóak – a gyengeségeket orvosolni vagy megállítani kell

Külső tényezők:

- + **Opportunities**, lehetőségek: kedvező adottságok, ezekre alapozva működtethetők az erősségek – a lehetőségeket optimalizálni és rangsorolni/súlyozni kell
- **Threats**, veszélyek: kedvezőtlen adottságok, csökkentik a siker esélyeit, kockázatot jelenthetnek – a veszélyeket számon kell tartani, ill. minimalizálni kell

Az erősségeket és gyengeségeket közösen jellemzi, hogy a szervezet belső jellemzőiből fakadnak, a szervezetnek, a menedzsmentnek hatása van rájuk. A lehetőségek és veszélyek ezzel szemben a környezetből erednek, külső adottságok, amelyekre a szervezetnek nincs közvetlen befolyása.

A SWOT-analízis során azonosított tényezők vizsgálatával lehetővé válik a stratégiai beavatkozási pontok megjelölése. A SWOT-analízist két időpontban szükséges elvégezni: a pilot projektben az adott Egészségfejlesztési Iroda (EFI) vezetője az első alkalommal az EFI-re vonatkozóan tölti ki 2017 januárjában, majd az EFI-LEK-re vonatkozóan, 2017 márciusában. A kitöltéshez szükséges szempontokat a 2. sz. mellékletben található formula rögzíti.

3.2.2 Szekunder adatgyűjtés (Módszertani Központ munkatársai végzik)

A járáásokban élők mentális egészség állapota a szekunder adatfeldolgozás során nyert adatok alapján értékelhető. A szekunder adatgyűjtést és értékelést a Módszertani Központ munkatársai végzik. Ezek az adatok már meglévő adatbázisokból kerülnek kiértékelésre.

Az egyes adatbázisok elérhetősége különböző, mivel ezeknek a rendszereknek eltérő a zárási protokollja. Ezért az értékelést minden adatbázis esetében a lehető legfrissebb adatbázis alapján kell elvégezni.

Az adatgyűjtést olyan módon kell lebonyolítani, hogy az a vizsgálati egységek lakosságának lelki egészségi állapotát megbízhatóan és kellő pontossággal írja le. Ha a kellő mintanagyság és/vagy az adekvát vizsgálati eszköz nem biztosítható, a vizsgálattól tartózkodni kell még abban az esetben is, ha az adott adatgyűjtés elvben fontos indikátor képzéséhez szolgáltatna adatokat.

A Módszertani Központ munkájának megkezdésekor tisztázni kell, hogy melyek azok a képviselt intézmények, amelyektől valamilyen jogszabály alapján elvárható az együttműködés az adatgyűjtés során.

A szekunder adatgyűjtés a járás általános demográfiai mutatóin túl az irodalmi összefoglalóban meghatározott rizikófaktorok számító indikátorokra helyez nagy hangsúlyt, melyek a következők (részletesen lásd 3. sz. táblázat):

1. Szociodemográfiai mutatók:

- a. Alacsony szocio-ökonómiai státusz
- b. Elvált, özvegy családi állapot
- c. Alacsony iskolai végzettség
- d. Munkanélküliség, inaktivitás

2. Mentális egészséggel kapcsolatos mutatók

- a. öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek
- b. alkohollal összefüggésbe hozható halálozások
- c. demencia
- d. addikciók
- e. hangulat és szorongásos zavarok

3. Egészségügyi szolgáltatásokról szóló mutatók

- a. alapellátás, szakellátás, gondozás, rehabilitáció
- b. elérhetőség, telítettség
- c. humánerőforrás

A szekunder adatgyűjtés során gyűjteni kívánt változók az **3. számú mellékletben** jelennek meg pontosan, mely táblázat tartalmazza az adatok forrását is.

3.3 Az adatok bemutatása és elemzése, a Problématérkép felépítése

A szekunder adathasznosítást és a primer adatfelvétel során felépített adatbázis feldolgozását a Módszertani Központ szakértői végzik.

A Problématérkép elkészítése során nyert adatok a következő rend szerint kerülnek bemutatásra és kiértékelésre valamennyi járásra vonatkozóan:

- 1- **A járás általános szocio-demográfiai** mutatói: A Problématérkép valamennyi járásban egy általános, szocio-demográfiai áttekintéssel kezdődik. Az ehhez szükséges változók listáját a 3. számú táblázat I. pontja tartalmazza.
- 2- A mentális egészség szempontjából **potenciális rizikótényezők** (kvantitatív adatok) leíró bemutatása
 - i. Szocio-demográfiai tényezők
 - ii. Pszichiátriai diagnózisok
 - iii. Egészségügyi és szociális szolgáltató rendszer jellemzői
- 3- Az adott járásban a mentális egészséggel kapcsolatos **problémák azonosítása és rangsorolása**
 - a. Szekunder adatok elemzése
 - b. Az egészségügyi, szociális és kapcsolódó szolgáltatásokkal összefüggő, vélt problémák (primer adatok alapján)

3.3.1 A problémák azonosításának és rangsorolásának módszertani leírása

3.3.1.1 A problémák azonosítása

A Problématérkép elkészítésekor a problémák *azonosításához* két adatcsoport áll rendelkezésre: az adott járás **mentális egészségére** (a betegségekre és kockázatokra) vonatkozó, a szekunder adatgyűjtésből származó adatok, valamint az adott járásban jelentkező, a mentális egészséggel kapcsolatos **vélt problémák** összesítése, amelyek feltárása a primer adatgyűjtés feladata.

A következő lépés az említett adatgyűjtések adatainak felhasználásával *két problémalista kialakítása*, amelyek egyrészt a mentális betegségekkel kapcsolatos problémák értékelését, másrészt az egészségügyi, szociális és kapcsolódó szolgáltatásokkal összefüggő, vélt problémák összesítését tartalmazzák.

A mentális betegségekkel kapcsolatos problémák azonosítása két szempont mentén történik:

- az egyes mentális egészségügyi problémák előfordulási gyakorisága az adott járásban
- az adott járásban az előfordulási gyakoriságok országos átlaghoz viszonyított eltéréseinek relatív nagysága

A problémalisták összeállítása után az e listákon szereplő problémák rangsorolására van szükség.

3.3.2 A rangsorolás módszertana

3.3.2.1 A mentális betegségekkel kapcsolatos problémák értékelése

A mentális betegségekkel kapcsolatos problémák rangsorolásánál az adott járásban felmerülő, a mentális egészségi állapotot befolyásoló problémákat kell értékelni a **problémák kiterjedtsége** és **súlyossága** alapján egy 0-tól 10-ig terjedő skálán. Problémaként azonosíthatók a mentális egészségi állapot mellett az egészségmagatartással, életkörülményekkel, a közösséget érő külső hatásokkal kapcsolatos tényezők is (pl. előregedés, egyes csoportok korlátozott hozzáférése bizonyos szolgáltatáshoz stb.). Ehhez csak a szekunder adatgyűjtés során szerzett adatokat használjuk.

1. A probléma **kiterjedtségének értékelése** arra irányul, hogy az adott probléma a járás lakosainak hány százalékát érinti. A gyakoriság meghatározásakor a rendelkezésre álló járási adatok használhatók, ezek hiányában országos adatok alapján szükséges megbecsülni a probléma nagyságát.
2. A probléma **súlyosságának értékelése** a betegségek, valamint az egészségmagatartással kapcsolatos kockázati tényezők (pl. alkoholfogyasztás, dohányzás) DALY (Disability Adjusted Life Years: Egészségkárosodással korrigált életév) értéke alapján történik. Az adatok forrása az Institute for Health Metrics and Evaluation által fenntartott (www.healthdata.org) weboldal, ahol országonként elérhetőek a betegségekre és kockázati tényezőkre vonatkozó DALY adatok.

Azon problémák súlyosságának értékelését, amelyekre vonatkozóan nincs DALY adat (pl. a tömegközlekedés nem megfelelő szervezése miatt nehezen elérhető egészségügyi szolgáltatások) a problémák súlyosságát szakértői becsléssel kell meghatározni. Ennek egyik útja lehet, hogy megkérünk az adott járásban dolgozó 15-25 mentális egészségügyi szolgáltatónál dolgozó, medikális, vagy pszichés-mentális kompetenciájú (pl. Pszichológus, pszichiáter, szociálpedagógus) Hálózati tagot (EFI-LEK munkatársak és érdekhordozók), értékeljék 0-10-ig tartó Likert-skálán az adott problémákat azok súlyossága szerint. A járásonként 25 szakembertől származó válaszok átlagolása után készítjük el a rangsort.

Az értékelés módszertanához a következő táblázat nyújt segítséget:

Az értékelés pontszáma	A probléma mérete (a közösség hány %-át érinti?)	A probléma súlyossága (Egészségveszteség mértéke alapján, illetve szubjektív értékelés)
9-10	nagyobb, mint 25% (pl. asthma, légszennyezettség)	nagyon súlyos (pl. HIV/AIDS, tartós munkanélküliség, elhízás)
7-8	10-24,9% (pl. betöltetlen praxisok miatt hiányos hozzáférés)	súlyos (pl. vegyi anyagokkal szennyezett folyóvíz)
5-6	1-9,9%	közepesen súlyos
3-4	0,1-0,9% (pl. közlekedési balesetek)	közepesen súlyos

2	0,01-0,09%	minimális mértékben súlyos
1	kevesebb, mint 0,01% (pl. meningitisz)	egyáltalán nem súlyos (pl. akne)

3. Prioritási súlyok képzése

A prioritási súlyokat a problémákhoz rendelt pontszámok alapján kell meghatározni, a következő formula alapján:

$D = (A + 2B)$, ahol

D = prioritás súly

A= egészségi probléma méretének pontszáma

B = egészségi probléma súlyosságának pontszáma

4. Rangsor készítése

A kapott prioritású súlyok alapján rangsorolhatók az egyes egészségügyi problémák úgy, hogy a legmagasabb prioritási súllyal rendelkező probléma kapja az 1-es rangot, a második legmagasabb súllyal rendelkező a 2-est, és így tovább.

5. Beavatkozások értékelése

A rangsor minden eleménél szükséges rögzíteni, hogy az adott járásban működik-e az egyes problémák visszaszorítását célzó, bizonyítottan hatásos beavatkozás, jó gyakorlat, és ha igen, akkor ez az ötszillagos értékelés szerint milyen minősítésű.

A probléma megnevezése	Százalékos előfordulás a populációban	A probléma méretéhez tartozó pontszám	A probléma súlyosságához tartozó pontszám	Beavatkozások értékelése

3.3.2.2 Az egészségügyi, szociális és kapcsolódó szolgáltatásokkal összefüggő, vélt problémák

A primer adatgyűjtés során feltérképezett, az adott járás lakosságát érintő, nevesített problémák esetében (pl. nem megfelelő rendelési idő, a praxisok betöltetlensége, hiányzó szolgáltatások, a közösségi közlekedés hiánya, az egyes szektorok közötti kommunikáció hiánya, stb.) nem állnak rendelkezésre vagy csak nehezen hozzáférhetőek az összehasonlítást lehetővé tevő adatok. Ezért a vélt problémákat összegyűjtő problémalista esetében a rangsorolás alapja a félig-strukturált kérdőívek eredményeinek tartalomelemzése.

A primér adatok a Módszertani Központhoz történő beérkezést követően excel táblázatban rögzítésre kerülnek. Ezek után, a rendszerezett kvalitatív adatok **tartalomelemzése** történik.

A tartalomelemzés során kirajzolódott problématerületeket (a mentális egészséggel kapcsolatos problémák) tartalmazó felsorolást 25, a járásban dolgozó hálózati tag (EFI-LEK munkatársak és érdekhordozók) megkapja, és egy tíz-fokozatú Likert-skálán értékeli. A 25 szakértőtől származó válaszok átlagolása után járásonkénti problémarangsorot készítünk.

3.3.2.3 A SWOT analízis értékelése

A SWOT analízis során nyert részben kvalitatív, részben kvantitatív adatok feldolgozása és értékelése a Módszertani Központ munkatársainak feladata. A kvantitatív adatok leíró módon kerülnek elemzésre és szemléltetésre, míg a kvalitatív válaszok tartalomelemzés módszerével.

A SWOT analízis során nyert adatok feldolgozása és értékelése alapvetően a Módszertani Központ szakértő munkatársainak a feladata.

Funkciója szerint a SWOT-elemzés a helyzetértékelés és a célok, prioritások kijelölése közötti *kapcsolatot* teremti meg azáltal, hogy a helyzetértékelés jól strukturált összefoglalását adja. A SWOT-táblában éppen ezért nem kell *minden* jellemzőt felsorolni, hanem csak a legfontosabbakat. Ezáltal a mennyiségi értékekből (hány tényező került a mátrix egyes celláiba) nem vonhatunk le következtetéseket. Igyekeztünk azokat a tényezőket kiemelni, amelyek az EFI/EFI-LEK működésével kapcsolatban szerepet játszhatnak, ugyanakkor lehetőséget adtunk ezek kiegészítésére. Az értékelés során a pontos *indoklásnak* fontos szerepe van.

A SWOT-elemzés folyamata nem ér véget a tényezők mátrixba való besorolásával. A módszer stratégiaalkotás, döntéselőkészítés eszközeként használatos. A Módszertani Központ menedzsment az erősségek, gyengeségek, lehetőségek, veszélyek feltárását követően a 4 tényezőcsoport összefüggéseit kutatja, és ennek megfelelően stratégiát alkot (4. ábra).

4. ábra: Forrás: SWOT-analízis http://gazdakorok.hu/files/2011/03/6_mell%C3%A9klet.doc, letöltés ideje: 2016-11-11



Erősségek

1.
2.
3.

Gyengeségek

1.
2.
3.

Lehetőségek

1.
2.
3.

Támadó stratégiák

1.
2.
3.

Fejlesztő stratégiák

1.
2.
3.

Veszélyek

1.
2.
3.

Védekező stratégiák

1.
2.
3.

Elkerülő stratégiák

1.
2.
3.

1. számú melléklet: Félig strukturált interjú kérdései a primer adatgyűjtéshez

1. Összességében hogyan jellemezné a járás lakosságának lelki egészségi állapotát?
2. Miben látja ennek a legfontosabb okait, hátterét?
3. Milyennek ítéli meg a járás lakosságának ismeretét lelki betegségekkel kapcsolatban?
4. Ön szerint hogyan vélekednek a járásban élők a lelki betegségekről?
5. Melyek a járásban élők egészségmagatartásával kapcsolatos problémák?
6. Milyen lelki egészséget veszélyeztető szokások jellemzők a közösség különböző csoportjaiban?
7. Mik azok a szolgáltatások, programok, amiket a legnagyobbra értékel a járás lakosságának lelki egészsége/egyensúlya szempontjából?
8. Kik azok személyek, akiket a legnagyobbra értékel a járás lakosságának lelki egészsége/egyensúlya szempontjából?
9. Melyek azok az intézmények, melyeket a legnagyobbra értékel a járás lakosságának lelki egészsége/egyensúlya szempontjából?
10. Milyen lelki egészség megőrzéséhez, helyreállításához szükséges szolgáltatások érhetőek el az adott járásban?
11. Van-e olyan szolgáltatás, ami hiányzik a járásban ezen a területen?
12. Milyen hozzáférési probléma észlelhető bizonyos ellátásoknál (pl. túl hosszú a várakozási idő, nincs elérhető háziorvos)?
13. Amennyiben az egyes csoportok egészségügyi és szociális ellátáshoz való hozzáférése korlátozott, milyen okból/okokból?
14. A tapasztalatok alapján van-e olyan kapacitás, amit fejleszteni kellene?
15. Van-e olyan kapacitás, ami kihasználatlan?
16. Milyennek látja az együttműködést a járásban működő egészségügyi és szociális szakellátók között?
17. Milyen humán erőforrás-problémák állnak fenn a lelki egészséggel kapcsolatos területen?
18. Milyen a kapcsolódó ágazatokkal (egészségügyi, szociális, oktatási, rendvédelmi) az Ön/Önök együttműködése?
19. Az adott járásban milyen civil szervezetek működnek, amelyek lelki egészség megőrzésével, fejlesztésével foglalkoznak? Van-e velük kapcsolat, mik a közös tevékenységek?
20. Ismeri-e az EFI-t? Mivel foglalkozik ez a szervezet? (különböző kompetenciájú hálózati tag)

2. számú melléklet: SWOT analízis

Kérjük, válassza ki az adott tényezők közül azokat, melyek az adott járásban működő EFI-re, ill. EFI-LEK-re vonatkozóan, **lelki egészség témakörrel kapcsolatosan** gyengeségnek és erősségnek számítanak! Melyek azok a tényezők, amelyek lehetőségeket és veszélyeket (kockázatokat) jelenthetnek? A SWOT-elemzés összeállításához a következő mátrixot, ill. tényezőhalmazt használja! Az alábbi tényezőket húzza a megfelelő helyre!

Infrastruktúra, műszaki feltételek	Pénzügyi kérdések (finanszírozás, költségek)
Partnerek közötti együttműködés	Szakmai támogatás
Diszkriminációmentesség	Diszkréció
Szolgáltatásokhoz való hozzáférés	Emberi erőforrás
Szolgáltatások minősége	A lelki betegségekkel kapcsolatos attitűd
Prevenció	Minőségbiztosítás
Diagnózisalkotás	Szakellátás
Gondozás	Rehabilitáció

BELSŐ TÉNYEZŐK	
ERŐSSÉGEK (STRENGTHS) +	GYENGESÉGEK (WEAKNESSES) -
KÜLSŐ TÉNYEZŐK	
LEHETŐSÉGEK (OPPORTUNITIES) +	VESZÉLYEK (THREATS) -

Indokolja meg, hogy az adott tényezőt miért az adott cellába sorolta!

- Infrastruktúra, műszaki feltételek
- Pénzügyi kérdések (finanszírozás, költségek)
- Partnerek közötti együttműködés
- Szakmai támogatás



ÁLLAMI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI
ÉS TISZTIORVOSI SZOLGÁLAT



- Diszkréción
- Diszkriminációmentesség
- Szolgáltatásokhoz való hozzáférés
- Emberi erőforrás
- A lelki betegségekkel kapcsolatos attitűd
- Minőségbiztosítás
- Prevenció
- Diagnózisalkotás
- Szakellátás
- Gondozás
- Rehabilitáció

Kérjük, fejtse ki, hogy a *gyengeségek* feloldásához, megszüntetéséhez milyen beavatkozásokat lát szükségesnek!

Jelölje meg azon tényezőket, melyeket nem tartalmaz a fenti halmaz, ugyanakkor véleménye szerint nem hagyhatók figyelmen kívül!

3. számú melléklet: A szekunder adatgyűjtés indikátorai

I. SZOCIO-DEMOGRÁFIAI mutatók	Adatok forrása
Lakónépesség nemek szerinti megoszlása	KEKKH
Lakónépesség korcsoport szerinti megoszlása	KSH T-STAR
Öregedési index	TeIR – KSH T-STAR
Élveszületési ráta	KSH
Halálozási ráta	KSH
Bel- és külföldi vándorlási különbözet	KSH
Átlagkereset	KSH
Népességfogyás	TeIR – KSH T-STAR
Lakásonkénti átlagos lakólétszám	KSH T-STAR
Jelentős munkanélküliséggel sújtott települések száma	2015/105 Korm.rendelet
Munkanélküliségi ráta	KSH
Családi állapot	KSH
Legmagasabb iskolai végzettség	KSH
Csecsemőhalandóság	KSH
Születéskor várható élettartam	KSH
Veszélyeztetett gyerekek aránya	NRSZH
Rokkantsági nyugdíjas	NRSZH
Tartós betegállományban lévők aránya	NRSZH
Komplex mutató	290_2014. Korm. rendelet
II. MENTÁLIS EGÉSZSÉG mutatók	
Alkoholos májbetegség miatti halálozás (K70)	HAMIR
Alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozás	HAMIR
Szándékos önártalom miatti halálozás (X60-X84)	HAMIR
Szándékos önártalom (X60-X84)	OMSZ
Demencia (F00)	OEP
Addikciók (F10-F19)	OEP
Hangulatzavarok (F30-F39)	OEP
Szorongásos zavarok (F40-F48)	OEP
III. EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁS mutatói	
a. Egészségügyi Alapellátás	
Háziorvosi praxisok száma	NEFI Alapellátási Igazgatóság
Háziorvosok aránya (/100e fő)	NEFI Alapellátási Igazgatóság
Betöltetlen praxisok száma	NEFI Alapellátási Igazgatóság
Háziorvosok átlagéletkora	NEFI Alapellátási Igazgatóság
Gyógyszertárak száma	EFI-LEK
b. Szakellátás	
Pszichiátriai osztály, ambulancia, gondozó	ÁNTSZ OTH/Járási Hiv. Népeü. Oszt.
Ellátási terület mérete (hány fő)	ÁNTSZ OTH/Járási Hiv. Népeü. Oszt.



Összesített rendelési órák	ÁNTSZ OTH/Járási Hiv. Népeü. Oszt.
Előjegyzés időtartama	Adott intézmény
Összesített szakorvosi óraszám	ÁNTSZ OTH/Járási Hiv. Népeü. Oszt.
Legtávolabbi település (km)	ÁNTSZ OTH/Járási Hiv. Népeü. Oszt.
Átlagos elérés km-ben és időben	ÁNTSZ OTH/Járási Hiv. Népeü. Oszt.
Akut ellátás van-e	ÁNTSZ OTH/Járási Hiv. Népeü. Oszt.
c. Szociális Alapellátás	
Közösségi pszichiátriai ellátás	NRSZH
Szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátás	NRSZH
Szenvedélybetegek közösségi ellátása	NRSZH
Szenvedélybetegek nappali ellátása	NRSZH
Pszichiátriai betegek nappali ellátása	NRSZH
d. Civil szervezetek	
önsegítő szervezetek	EFI-LEK
érdekvédő szervezetek	EFI-LEK
e. Humánerőforrás (fő)	
pszichiáter	ÁNTSZ OTH/Járási Hiv. Népeü. Oszt.
általános orvos	ÁNTSZ OTH/Járási Hiv. Népeü. Oszt.
pszichiátriai szakápoló	ÁNTSZ OTH/Járási Hiv. Népeü. Oszt.
klinikai szakpszichológus	ÁNTSZ OTH/Járási Hiv. Népeü. Oszt.
pszichoterapeuta	ÁNTSZ OTH/Járási Hiv. Népeü. Oszt.
szociális munkás	ÁNTSZ OTH/Járási Hiv. Népeü. Oszt.

Irodalomjegyzék

Eurostat (2016): Forrás:

<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00122&plugin=1>

Kállai J, Varga J, Oláh A: Egészségpszichológia a gyakorlatban. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2014.

Murray CJ, Lopez AD. (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349(9064): 1498–1504.

Patterson, C., Feightner, J. W., Garcia, A., Hsiung, G. Y. R., MacKnight, C., & Sadovnick, A. D. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 1. Risk assessment and primary prevention of Alzheimer disease. *Canadian Medical Association Journal*, 178(5), 548-556.

Rihmer Z: Depresszió, bipoláris betegség és depresszió. Oriold és Társai Kft, Budapest, 2014.

Rihmer Z. (2013) Az érzelmi élet zavarai – Affektív betegségek. Előadás, Semmelweis Egyetem, Budapest.

Rihmer Z, Fekete S. Öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet. Öngyilkossági rizikó- és protektív faktorok. In: Kalmár S, Németh A., Rihmer Z. (szerk.): Az öngyilkosságorvosi szemmel Budapest: Medicina, Budapest, 2012: 91-112.

Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine* (1982), 71(2), 305–13.

Varga-Hatos, K. és Karner, C. (2008): A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2. sz.

Wahlbeck (2009): Preventing depression and suicide – Making it happen (Budapest, 2009) Forrás:
http://ec.europa.eu/health/mental_health/events/ev_20091210_en.htm