

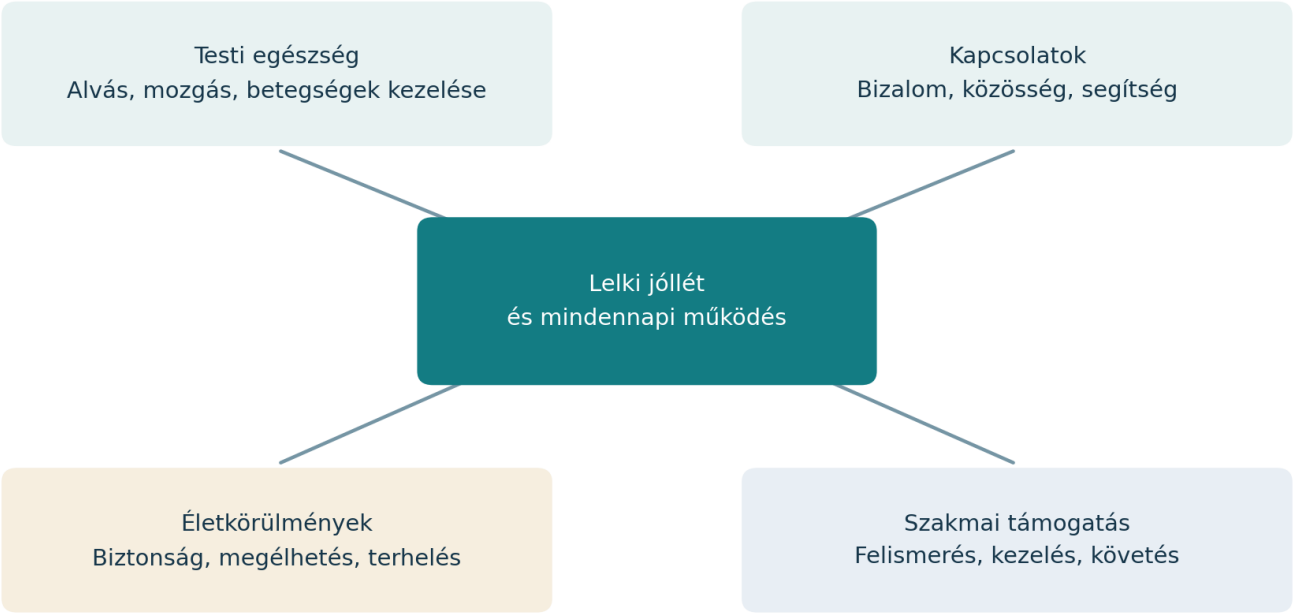
Lelki egészség és minőségi egészségügyi ellátás

Szakmai összeállítás · V1.2 · 2026. október 19.

1. Miért önálló minőségügyi kérdés?

A lakosság egészségi állapotának értékelésében a megbetegedés, a halálozás és az életminőség mellett a lelki jóllétet is önállóan kell vizsgálni. A WHO megközelítésében ide tartozik az élet nehézségeivel való megküzdés, a képességek kibontakoztatása és a közösségi részvétel. A tünetmentesség és a jó lelkiállapot eltérő fogalmak. [1]

A minőségközpontú ellátás javasolt célja: a lelki szenvedés csökkentése, a biztonságos segítséghez jutás és az egyén számára fontos működőképesség javítása. A figyelem minden ellátási szinten indokolt: az alapellátásban, a szakrendeléseken, a kórházakban és a rehabilitációban.



Magyarázó ábra a WHO szemlélete alapján; nem statisztikai mérés.

Az összeállítás fő üzenete

A jó ellátás felismeri a lelki szükségletet, közösen meghatározott kezelési célt követ, megszervezi a továbblépést és visszaméri a beteg állapotát. A későbbi fejezetek indikátorai és bevezetési lépései saját szakmai javaslatok; nem tekinthetők előírt magyar standardnak vagy igazolt intézményi teljesítményadatnak.

2. Rejtett lelki terhek és kilátástalanság

Lelki szenvedés diagnosztizálható pszichiátriai betegség nélkül is kialakulhat. Munkahelyi túlterhelés, megalázó bánásmód, családi konfliktus, hozzátartozó tartós ápolása, gyász, magány, adósság vagy a megélhetés bizonytalansága is állhat mögötte. A munkahelyi és társadalmi kockázatokat a WHO külön is hangsúlyozza. [2,3]

Miért maradhat észrevétlen?

A segítségkérés akadályainak vizsgálatakor érdemes rákérdezni a szégyenre, az idő- és pénzhányra, a bizalom hiányára, a következményektől való félelemre és arra, hogy az ember tudja-e, hová fordulhat. A rejtve maradó szükséglet gyakoriságát a bemutatott statisztikák nem számszerűsítik.

A kilátástalanság mint élethelyzet és élmény

Megkülönböztetendő a tartósan nehéz élethelyzet és annak személyes megélése: „nem látok kiutat”, „nem tudok változtatni”, „nincs kire számítanom”. A kettő összekapcsolódhat. Az ellátásban ezek feltárása mellett a valóban elérhető segítséget és a beteg számára vállalható következő lépést is tisztázni kell.

Minőségügyi következmény - javasolt gyakorlat

A beteg ne csak továbbküldést kapjon: derüljön ki, elérte-e a megfelelő segítséget. Az ellátási tervben a tüneti cél mellé szükség szerint élethelyzeti cél is kerüljön, például gondozási teher csökkentése, szociális ügyintézés vagy munkahelyi alkalmazkodás. A szolgáltatások tényleges helyi kapacitását ellenőrizni kell.

Használható beszélgetésindítók: „Mi terheli most a legjobban?” „Mennyire lát lehetőséget a változtatásra?” „Van valaki, akire számíthat?” „Miben lenne most a legfontosabb segítséget kapnia?” Ezek javasolt kérdések, nem validált mérőskála.

A nehéz élethelyzet és a pszichiátriai betegség együtt is jelen lehet. Az élethelyzeti magyarázat nem zárja ki a szükséges kivizsgálást; a diagnózis pedig nem teszi feleslegessé a szociális vagy munkahelyi segítséget.

3. A lelki terhek lehetséges következményei

A következményeket a terhelés erőssége, időtartama, az életkörülmények és az elérhető támogatás együtt alakítják. A felsorolt kimenetek nem mindenkinél jelentkeznek, és nem feltételeznek pszichiátriai diagnózist. A tartós stressz, a depresszió és a társas elszigetelődés hatásai részben átfednek, de eltérő jelenségekről van szó. [4,5,6]

Terület	Lehetséges következmény és szakmai jelentőség
Testi egészség	Alvászavar, fejfájás, emésztési panasz, fáradtság és korábbi betegségek rosszabbodása társulhat tartós stresszhez. A testi panaszok differenciáldiagnosztikája továbbra is szükséges.
Lelkiállapot és gondolkodás	Ingerlékenység, nehezebb összpontosítás, csökkenő örömezés és reményvesztettség jelenhet meg. Tartós vagy súlyos tüneteknél mentális betegség lehetőségét is értékelni kell.
Család és társas kapcsolatok	Visszahúzódás, konfliktusok és a családi szerepek ellátásának nehézségei alakulhatnak ki. A hozzátartozók terhelésére is rá kell kérdezni, a beteg hibáztatása nélkül.
Munka és tanulás	Romolhat a feladatvégzés és a részvétel; kiesés, hiányzás vagy jövedelemvesztés következhet be. A munkahelyi alkalmazkodás és a visszatérés támogatása külön feladat lehet.
Egészségmagatartás és önellátás	A túlterhelés mellett nehezebbé válhat a napi rutin fenntartása; nőhet az alkohol, dohány vagy más szerek használata. A kezelés és az önellátás megvalósíthatóságát egyénileg kell áttekinteni.
Életminőség és részvétel	Beszűkülhetnek a fontos tevékenységek és a társas kapcsolatok. A magány és elszigetelődés kedvezőtlen testi és lelki kimenetekkel is összefügg; a kettő nem azonos az egyedül éléssel.
Súlyos kimenetek	Önsértés vagy öngyilkossági veszély is kialakulhat, különösen súlyos, tartós tünetek mellett. Ezt nem lehet egyetlen okra visszavezetni vagy egy pontszámból megjósolni.

A testi-lelki kölcsönhatások, a munkahelyi hatások és a biztonsági értékelés szakmai hátterét a WHO és a NICE forrásai adják. [2,4,5,6,7] A táblázat ellátási feladatai ezek minőségügyi alkalmazására tett javaslatok.

4. Következmények az ellátásban és a társadalomban



Lehetséges folyamat, nem szükségszerű kimenetel. Szemléltető modell a WHO forrásai alapján.

4.1. Egymást erősítő nehézségek

A lelkiállapot romlása nehezítheti a munkavégzést és a kapcsolatokat; az ebből fakadó újabb feszültség tovább ronthatja az állapotot. Depresszióban a WHO is leírja ezt a visszacsatolást. [5] A szemléltető ábra ezt tágabb élethelyzeti összefüggésben mutatja be; nem ad kockázati becslést.

4.2. Mit érdemes az ellátás minőségében vizsgálni?

Javasolt auditkérdés, hogy a fel nem ismert lelki vagy szociális szükséglet szerepet játszik-e az ismétlődő megjelenésekben, az elmaradó kontrollokban, a gondozás megszakadásában vagy a kezelési célok elmaradásában. Ezek helyileg ellenőrizendő lehetséges összefüggések; nem tekinthetők minden betegre érvényes ok-okozati állításnak.

Kockázat, ha a beteg ismételt tüneti beavatkozást kap érdemi állapotfelmérés nélkül. Az ellenkező hiba is kerülendő: lelki probléma mellett új testi betegséget is fel kell ismerni. A minőségi eredményt ezért a tünetek, a működés, a társas részvétel és az elérhető segítség változásával együtt javasolt megítélni.

4.3. Családi, gazdasági és közösségi teher

A munkából kiesés és a hozzátartozók többletfeladatai az egyénen túl is következményekkel járhatnak. A WHO a munkahelyi részvételt, a társas kapcsolatokat és a gazdasági hatásokat is kiemeli. [2,6] A megelőzés és a korai segítség értékelésébe ezért a visszatérő működőképességet és a családi teher alakulását is célszerű bevonni.

4.4. A rejtett szükséglet felismerése és a következmények megelőzése

A beteg elsősorban alvászavarról, fáradtságról vagy testi panaszról számolhat be, miközben a háttérben túlterhelő élethelyzet is állhat. A tünet, az élethelyzeti teher és a működésromlás együttes feltárása segít a megfelelő támogatás kiválasztásában. A stressz testi és lelki hatásait a WHO, az átfogó állapotfelmérés szempontjait a NICE ismerteti. [4,13]

Javasolt rövid felmérés az első találkozáskor

Bizalmas körülmények között kérdezzünk rá a legnagyobb jelenlegi teherre, annak időtartamára, az alvásra, az önellátásra, a munkára és a kapcsolatokra. Tisztázzuk, mi az, amit a beteg korábban el tudott végezni, de most már nehézséget okoz. Kérdezzünk rá a rendelkezésre álló segítségre és arra is, mi akadályozza annak igénybevételét. A válaszok mellett az erőforrásokat és a beteg saját megoldási elképzeléseit is rögzítsük.

Külön érdemes áttekinteni a kezelésből fakadó terheket: az utazást, a költségeket, a munkából való kiesést, a sok időpont összehangolását és a gyógyszeresedés nehézségeit. Ezek helyi minőségfejlesztési vizsgálati szempontok; fennállásuk és következményük betegenként ellenőrizendő.

A feltárt problémához tényleges segítség kapcsolódjon

A terv különítse el a megoldható gyakorlati ügyet, a pszichológiai támogatás szükségletét és az orvosi kivizsgálást igénylő panaszt. Például egy hozzátartozót ápoló embernél az alvás rendezése mellett a gondozási feladatok megosztása is közös cél lehet. A felelőst, a következő lépést és a visszajelzés időpontját a beteggel egyeztetve kell kijelölni. A példa szemléltető, nem vizsgálati eredmény.

Biztonság és méltányosság

A kilátástalanságot vegyük komolyan. Ha önkárosító gondolat vagy veszélyeztetettség merül fel, személyre szabott biztonsági értékelés és az állapothoz igazodó segítség szükséges. [7,13] Bántalmazás gyanújánál biztosítsunk külön beszélgetést; az érintett biztonsága nélkül a hozzátartozó vagy a munkahely bevonása nem megfelelő lépés.

A meg nem jelenést ne minősítsük automatikusan együttműködési hiánynak. Vizsgáljuk meg az elérhetőség, a költség, az időpont, a gondozási kötelezettség és a bizalom szerepét. A kapcsolatfelvétel módját és az átadható információt előzetesen egyeztessük. Az önálló döntéshez való jog és a bizalmasság az élethelyzeti segítség során is érvényesüljön.

4.5. A következmények és a segítség eredményének auditja

A minőségfejlesztésben három külön kérdésre keressünk választ: csökkent-e a lelki teher, javult-e a mindennapi működés, és eljutott-e az ember a vele egyeztetett segítséghez? A tüneti pontszám javulása mellett is fennmaradhat lakhatási vagy gondozási nehézség. Az alábbi keret saját minőségügyi javaslat, a 10. fejezet indikátorainak gyakorlati kiegészítése.

Azonos szempontok a kiinduló és a követő felmérésben

Terület	Mit érdemes követni?
Mindennapi működés	Alvás, önellátás és egy, a beteg által kiválasztott fontos tevékenység megvalósulása.
Munka és család	Visszatérés a vállalható feladatokhoz; megosztható gondozási teher; a beteg által fontosnak tartott kapcsolatok.
Segítséghez jutás	Megtörtént-e a kapcsolatfelvétel és az első érdemi segítség? Ha nem, mi volt az akadály?
Biztonság és tapasztalat	Tudja-e a beteg, kit kereshet romláskor; bizalmasnak és tisztelettelinek érezte-e az ellátást?

Két részletesen meghatározható auditmutató

Működési cél felülvizsgálata: az esedékes kontrollig dokumentáltan áttekintett, előzetesen egyeztetett működési céllal rendelkező esetek száma / az adott időszakban kontrollra esedékes, ilyen céllal rendelkező esetek száma $\times 100$. A kieső betegek a nevezőben maradnak; a dokumentált egyeztetett lezárást külön kell kezelni.

A segítséghez jutás akadályának tisztázása: a határidőig segítséghez el nem jutó, dokumentáltan áttekintett akadállyal rendelkező esetek száma / a határidőig segítséghez el nem jutó, visszajelzésre esedékes esetek száma $\times 100$. Az ismeretlen okot külön kategóriában rögzítsük. Az adatgyűjtés csak az indokolt információkra terjedjen ki.

Értelmezés és intézkedés

A megvalósulást és az eredményt külön értékeljük: a megbeszélés megtörténte még nem bizonyít állapotjavulást. A helyi időablakot, kizárásokat, adatgazdát és célértéket a kiinduló mérés előtt kell rögzíteni. Hiányzó követési adat esetén javulás nem állapítható meg.

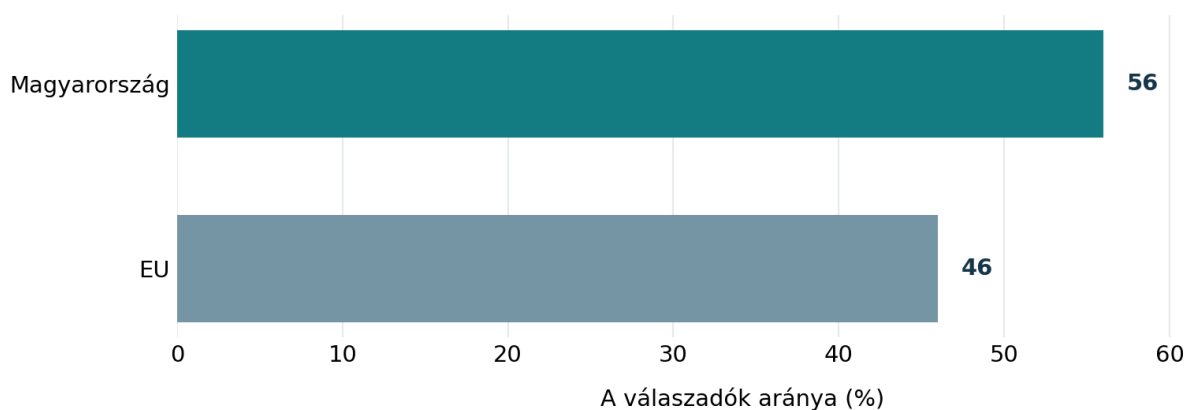
Az első audit után válasszunk egy javítható folyamatot, például a továbbküldés visszajelzését vagy a rugalmasabb kontrollidőpontot. Ismételt mérésakor a megvalósulást, a beteg által jelzett változást és a hozzáférési különbségeket együtt vizsgáljuk. Kevesebb megjelenés csak akkor kedvező eredmény, ha nem az ellátásból való kiesést tükrözi.

Szakmai háttér: WHO Stress [4]; NICE NG225 [7]; NICE NG222 [13]. A folyamat- és indikátorjavaslatok helyi kipróbálást igényelnek; nem országosan előírt célértékek.

5. Lakossági szükséglet és segítséghez jutás

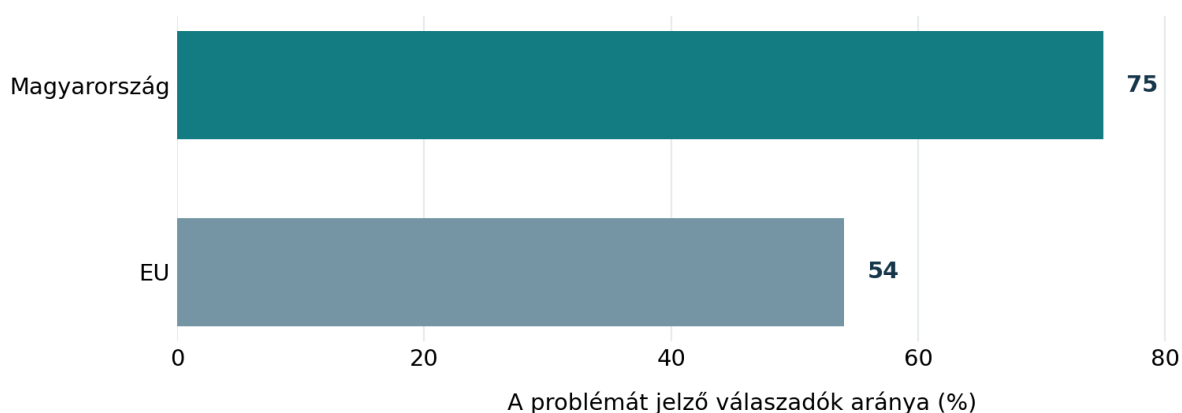
A 2023-as Eurobarométerben a magyar válaszadók 56%-a, az EU-ban 46%-a jelzett az előző 12 hónapban érzelmi vagy pszichoszociális problémát. A problémát jelzők közül Magyarországon 75%, az EU-ban 54% nem kapott szakembertől segítséget. [8]

Érzelmi vagy pszichoszociális probléma az előző 12 hónapban



Adatév: 2023. Forrás: Eurobarométer, Európai Bizottság magyarországi képviselője.

A problémát jelzők közül nem kaptak szakembertől segítséget

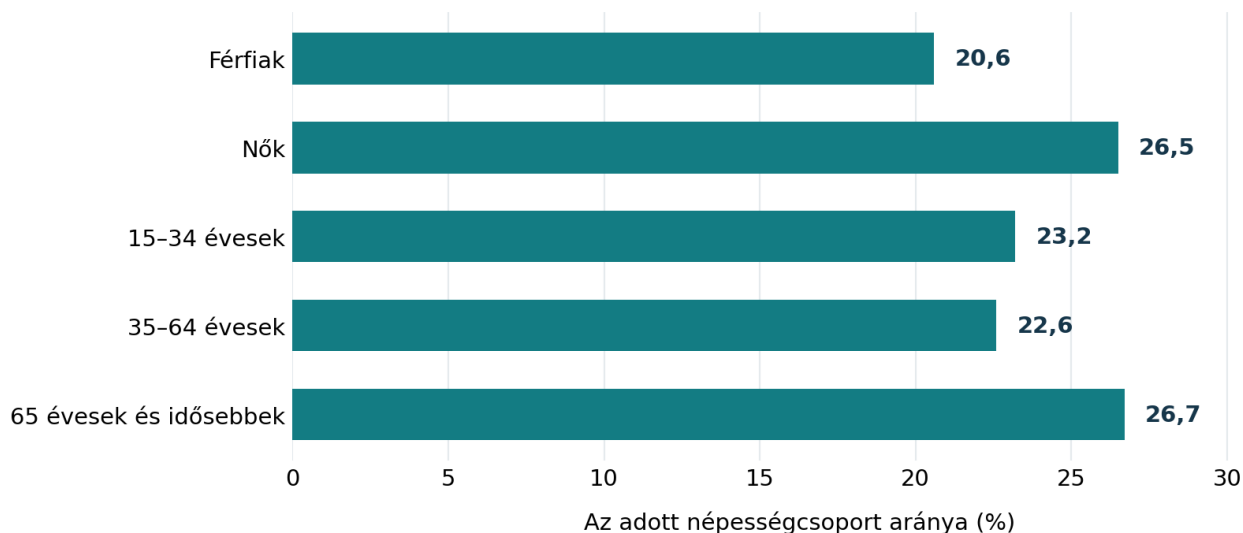


Adatév: 2023. Forrás: Eurobarométer. Ez nem a teljes lakosságra vonatkozó arány.

Értelmezés: önbevallásos felmérési eredményekről van szó, nem diagnosztizált mentális betegségek gyakoriságáról. A második grafikon nevezője kizárólag a problémát jelzők köre. A szakmai segítség elmaradása önmagában nem bizonyít kielégítetlen kezelési szükségletet: az okokhoz külön vizsgálat kell. A 2023-as adatok nem írhatók át 2026-os helyzetképpé.

6. Lelki jóllét és halálozás: két eltérő jelzőszám

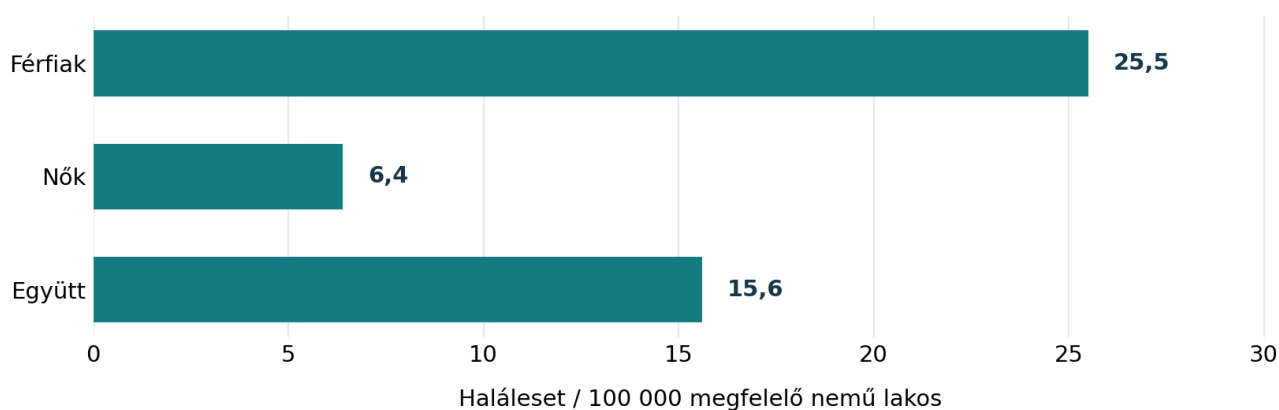
Alacsony lelki jóllét a WHO-5-index alapján



Adatév: 2019 (járvány előtti felmérés). Forrás: KSH, ELEF2019, 1. tábla.

A WHO-5 szerinti alacsony jóllét 2019-ben a nők 26,5%-át, a férfiak 20,6%-át érintette. A 65 évesek és idősebbek körében 26,7% volt az arány. Ez járvány előtti referencia, és nem depressziódiagnózis. Az ELEF a magánháztartásban élő, 15 éves és idősebb népességet vizsgálta; az intézményben élők nem szerepeltek benne. [9]

Öngyilkosság miatti halálozás nemenként

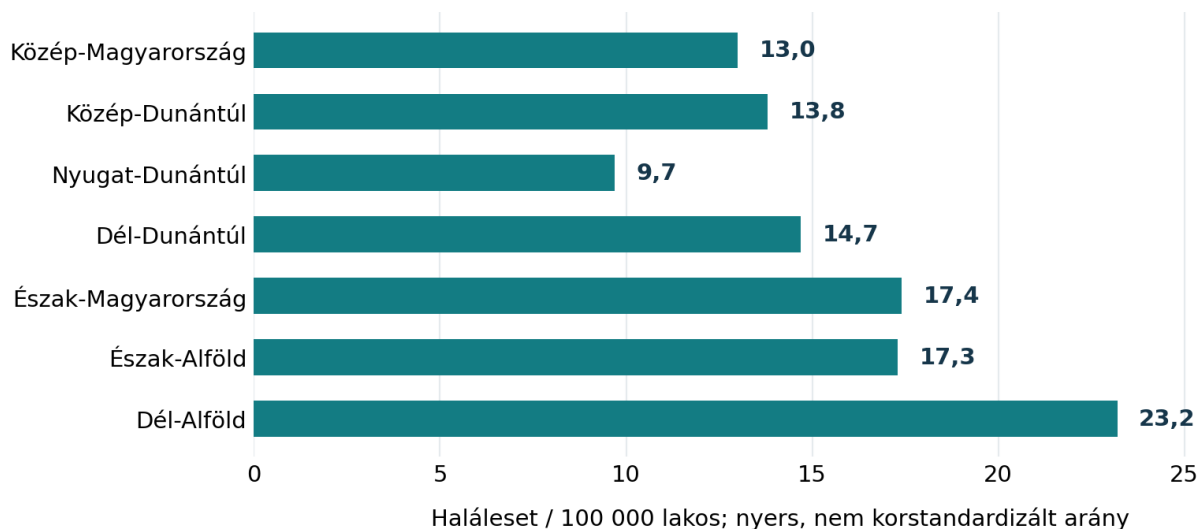


Adatév: 2025. Forrás: KSH, Magyar statisztikai évkönyv 2025, 8.5. tábla.

A KSH 2025-re 1484 öngyilkosság miatti halálosetet közöl; a nyers országos arány 15,6/100 000 lakos. A férfiak arányszáma közel négyszerese a nőkének. A táblázat a 9 éves és idősebb népességben bekövetkezett eseményeket közli. Az öngyilkossági halálozás a lelki egészség súlyos kimeneti mutatója, de nem méri a lelki problémák teljes terhet. [10]

7. Területi különbségek és a következtetések korlátai

Öngyilkosság miatti halálozás régiónként



Adatév: 2025. Forrás: KSH, Magyar statisztikai évkönyv 2025, 8.5. tábla.

A KSH szerinti nyers regionális halálozási arány 2025-ben 9,7 és 23,2 között változott 100 000 lakosra vetítve. A területi besorolás az utolsó tényleges lakóhelyet követi. [10]

Mire alkalmas az ábra?

A helyi szükségletfelmérés és a részletes elemzés irányának kijelölésére. Egy térség magasabb értéke indokolhatja az ellátási út, a társadalmi környezet, az alkoholfogyasztás és a segítségkérés akadályainak együttes vizsgálatát. Ez vizsgálati javaslat, nem az okok bizonyítása.

Mire nem alkalmas?

A nyers arányokból nem lehet önmagukban intézményi minőségi rangsort készíteni. Eltérhet az életkori és nemi összetétel; a ritkább események éves ingadozása is számít. Összehasonlításhoz többéves trend, korstandardizálás és a bizonytalanság bemutatása javasolt.

Milyen adat hiányzik a teljes képhez?

Rendszeres, összehasonlítható magyar lakossági jólléti adat; a pszichés tünetek és a működésromlás gyakorisága; az ellátást igénylő, de el nem jutó emberek aránya; várakozási idők; kezelési eredmények. A 2019-es, 2023-as és 2025-ös adatok eltérő jelenséget és népszerűséget írnak le: közös idősorra nem kapcsolhatók össze.

8. A minőségi ellátás követelményei

A WHO a közösségi, emberközpontú és jogokat tiszteletben tartó ellátást hangsúlyozza. A gyakorlati megvalósítás egészségügyi és szociális együttműködést igényel. [11] Az alábbi táblázat ennek minőségügyi alkalmazására tett javaslat.

Szempon	Mit kell a gyakorlatban biztosítani?
Hozzáférés és méltányosság	Érthető betegút; sürgősség szerinti fogadás; területi, anyagi, kommunikációs és digitális akadályok feltárása.
Szakmai eredményesség	Megfelelő állapotfelmérés; bizonyítékokon alapuló beavatkozás; a tünetek mellett a működés és a beteg céljainak követése.
Biztonság	Krízis felismerése és azonnali kezelése; gyógyszer mellékhatások és kölcsönhatások figyelése; egyértelmű segítségkérési terv.
Betegközpontúság	Ítélezésmentes kommunikáció; közös döntés; érthető tájékoztatás és a beteg részvételével készített gondozási terv.
Folyamatosság	Megnevezett felelős; visszajelzés a továbbküldés után; kontrollidőpont; a gondozásból kiesők helyzetének áttekintése.
Méltóság és adatvédelem	Bizalmas beszélgetés feltételei; szükséges mértékű adatmegosztás; hozzátartozó bevonása a beteggel egyeztetve.
Erőforrások felelős használata	Megfelelő ellátási szint; összehangolt vizsgálatok; az ismétlődő, érdemi segítség nélküli megjelenések elemzése.

A testi és lelki egészség összekapcsolása

Krónikus testi betegség mellett a depresszió felismerése és megfelelő ellátása az életminőség javításának fontos része. [12] Minőségügyi veszély, ha a testi panaszt automatikusan pszichés eredetűnek tekintik, vagy a testi gondozás során a lelki szenvedés tartósan észrevétlen marad.

Kiemelt figyelmet igénylő csoportok - javaslat

Gyermekek és fiatalok; várandós és szülés utáni időszakban lévők; tartós betegséggel, fájdalommal vagy fogyatékkal élők; magányos idősök; szenvedélybetegségben érintettek; bántalmazást vagy veszteséget átélők. A célzott figyelem nem jelent automatikus diagnózist.

9. Integrált betegút és állapotkövetés

9.1. Felismerés és első felmérés

Lelki panasz, működésromlás vagy kockázati helyzet esetén legyen lehetőség bizalmas beszélgetésre. Fel kell tárni a tüneteket, az előzményeket, a testi betegségeket, a gyógyszer- és szerhasználatot, a társas környezetet, valamint a sürgős beavatkozás szükségességét. A kérdőív az értékelést támogatja; a diagnózist nem helyettesíti. [13,14]

9.2. Közös terv és összehangolt ellátás

A NICE együttműködésen alapuló depresszióellátási modelljében szerepel a betegközpontú felmérés, a tünetek követése, a gyógyszeres kezelés felülvizsgálata, a megnevezett esetfelelős és a testi-lelki ellátás összehangolása. [13] Hazai alkalmazásként javasolt egy helyi együttműködési rend: háziorvos, pszichiáter, klinikai szakpszichológus, szükség szerint addiktológiai, szociális és közösségi támogatás bevonásával. A feladatokat és a visszajelzés módját előzetesen rögzíteni kell.

Élethelyzeti nehézség esetén a továbblépés nem feltétlenül pszichiátriai szakellátás. Helyi lehetőségek szerint bevonható családsegítő vagy szociális szolgáltatás, munkahelyi támogatás, foglalkozás-egészségügy, illetve közösségi segítség. A WHO stratégiai útmutatója az egészségügyi, pszichológiai, szociális és gazdasági beavatkozások összekapcsolását hangsúlyozza. [3]

9.3. Biztonság és krízis

Önsértés után a pszichoszociális értékelés és a személyre szabott biztonsági terv alapvető. Egy pontszám vagy az „alacsony-közepes-magas” kategória nem használható az öngyilkosság előrejelzésére vagy az ellátás megvonására. [7] Közvetlen veszély esetén a szokásos előjegyzési út helyett sürgősségi ellátást kell szervezni.

9.4. Mit mérjünk?

A WHO-5 az előző két hét lelki jóllétét méri öt tétellel; magasabb értéke jobb jóllétet jelez. Magyar változata is elérhető. [15] A helyileg kiválasztott, megfelelő magyar változatú eszközt változatlan módon, rögzített időpontokban célszerű használni. Tüneti kérdőív mellett a mindennapi működést és az egyén céljainak teljesülését is érdemes követni.

Javasolt kontrollkérdések: jobban alszik-e; visszatért-e fontos tevékenységeihez; tudja-e, kit kereshet romlás esetén; elérhető volt-e az egyeztetett segítség? A tünetváltozás, az ellátási tapasztalat és az életminőség külön mutató maradjon.

10. Javasolt minőségügyi mutatók

Az alábbi induló indikátorkészlet fejlesztési javaslat. A célértékeket a helyi kiinduló mérés és kapacitás ismeretében kell elfogadni. A felsorolás nem jogszabályi vagy tanúsítási követelmény.

Mutató és számítás	Adatforrás; értelmezés
Első érdemi vizsgálatig eltelt napok: medián és 90. percentilis, a segítségkérés dátumától.	Előjegyzés és dokumentáció; a sürgős és nem sürgős eseteket külön kell elemezni.
Dokumentált terv aránya: közös célt, felelőst és kontrollt tartalmazó tervek / új gondozási esetek $\times 100$.	Dokumentációs audit; a terv érdemi tartalmát mintavétellel ellenőrizni kell.
Továbbküldés lezártsága: a helyileg egyeztetett határidőben fogadási visszajelzést kapott esetek / visszajelzésre esedékes továbbküldések $\times 100$.	Betegút-nyilvántartás; a sikertelen elérést és az elutasítást is rögzíteni kell.
Állapotváltozás: azonos kérdőív követési és induló pontszámának különbsége.	Beteg által jelzett eredmény; közölni kell az értékelhető párok számát és az utánpótlási arányt.
Gondozásból kiesés: egyeztetett kontrollon meg nem jelent és a rögzített időablakban kapcsolatba nem került betegek / kontrollra esedékesek $\times 100$.	Gondozási adatok; a helyi időablakot és a kizárásokat előre rögzíteni kell.
Betegtapasztalat: a „tudtam, hová fordulhatok romlaskor” kérdésre kedvezően válaszolók / érvényes válaszadók $\times 100$.	Névtelen felmérés; válaszadási arány, nyelvi és hozzáférési akadályok közlése.
Gyógyszerbiztonsági felülvizsgálat: dokumentáltan felülvizsgált esetek / helyi protokoll szerint esedékes esetek $\times 100$.	Gyógyszerlista és gondozási dokumentáció; kockázat szerinti ellenőrzési rend szükséges.

További javasolt mutató: egyeztetett élethelyzeti támogatásba ténylegesen bekapcsolódók / támogatásra irányított és visszajelzésre esedékes személyek $\times 100$. A beteg hozzájárulásával, a szükséges adatokra korlátozva követendő. A személyes biztonság, a teherbírás és a társas támogatottság változásáról is kérjük visszajelzést.

Minden indikátorhoz külön adatlap szükséges: cél, pontos népesség, számláló és nevező, kizárások, időszak, adatgazda, adatminőség-ellenőrzés és intézkedési rend. A hiányzó követési adat nem tekinthető javulásnak. Életkor, nem és térség szerinti bontás csak megfelelő esetszám és adatvédelem mellett készüljön.

11. Bevezetési javaslat és szakirodalom

11.1. Javasolt induló program

Első lépésként egy alapellátási-szakellátási térségben célszerű feltérképezni a betegutakat és a rendelkezésre álló kapacitást. Következzen közös betegúti szabályozás, rövid személyzeti képzés, betegtájékoztató és három-öt induló indikátor. A kiinduló mérés után kis léptékű változtatás, majd ismételt audit javasolt. A szűrés bővítése előtt biztosítani kell a pozitív eredmény utáni felmérés és ellátás lehetőségét.

A minőségirányítási rendszerben a felelősséget, a betegbiztonsági kockázatokat, a dokumentálást és az eredménykövetést érdemes rögzíteni. MEES-, ISO 7101- vagy EN

15224-követelménypontokhoz való megfelelést e dokumentum nem állít; ehhez az aktuális standardok külön, tételes vizsgálata szükséges.

11.2. Ellenőrzött források

Forrásellenőrzés: 2026. október 19. A hivatkozások a teljes összeállításban folyamatos számozásúak. A külföldi irányelvek szakmai támpontok; hazai alkalmazásuk a helyi ellátási és szakmai rendhez igazítandó.

[1] WHO: Mental health. Frissítve: 2026. szeptember 11. [Megnyitás](#)

[2] WHO: Mental health at work. Ellenőrzött online tájékoztató. [Megnyitás](#)

[3] WHO: Guidance on mental health policy and strategic action plans. Module 1. 2025. [Megnyitás](#)

[4] WHO: Stress. Kérdések és válaszok. Ellenőrizve: 2026. október 19. [Megnyitás](#)

[5] WHO: Depressive disorder (depression). Ellenőrizve: 2026. október 19. [Megnyitás](#)

[6] WHO: Social connection. Kérdések és válaszok. 2025. június 30. [Megnyitás](#)

[7] NICE: Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225, 2022. [Megnyitás](#)

[8] Európai Bizottság Magyarországi Képvisellete: Eurobarométer – mentális egészség. 2023. október 9. [Megnyitás](#)

[9] KSH: Szubjektív jóllét, mentális egészség, 2019. ELEF2019. [Megnyitás](#)

[10] KSH: Magyar statisztikai évkönyv, 2025. 8.5. Öngyilkosságok lakóhely szerint, 2025. [Megnyitás](#)

[11] WHO: Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. 2021. [Megnyitás](#)

[12] NICE: Depression in adults with a chronic physical health problem. CG91. Felülvizsgálva: 2024. [Megnyitás](#)

[13] NICE: Depression in adults: treatment and management. NG222, 2022. [Megnyitás](#)

[14] WHO: mhGAP guideline for mental, neurological and substance use disorders. 3. kiadás, 2023. [Megnyitás](#)

[15] WHO: The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5). 2024. [Megnyitás](#)