

Nemzeti Program a mozgásszervi betegségek leküzdésére

Összeállította: a Csont és Izület Évtized 2000-2010 Hazai Alapítványa,
A Csont és Izület Nemzeti Akciós Hálózatában résztvevő szakmai és
betegszervezetek, valamint az alábbi szakmai kollégiumok
konszenzusával
Ortopédiai Szakmai Kollégium,
Rehabilitációs Szakmai Kollégium,
Reumatológiai és Fizioterápiás Szakmai Kollégium,
Sportegészségügyi Szakmai Kollégium

Vitaanyag

A Csont és Izület Évtizede 2000-2010 Hazai Akciós Hálózata tevékenysége

Magyarország a Csont és Izület Évtizede világmozgalomhoz Göncz Árpád köztársasági elnök úr révén, állami szinten elsőként, még 1999-ben csatlakozott. Prof. Dr. Vizi E. Szilveszter, a Magyar Tudományos Akadémia akkori alelnöke fölismerve az Évtized, mint az Agy Évtizede folytatásának jelentőségét, a mozgásszervi betegségek kutatását az ETT számára kutatási prioritásként fogadtatta el.

A Hazai Akciós Hálózat felöleli a mozgásszervi betegségekkel foglalkozó orvosszakmai társaságokat és egyesületeket, valamint a mozgásszervi betegek egyesületeit és társaságait. A Hazai Akciós Hálózat munkájának összehangolását a Szabóné Dúl Katalin rheumatoid arthritises beteg, alapította Csont és Izület Évtizede Alapítvány végzi. Az Évtized nemzeti koordinátora és az Alapítvány kuratóriumának elnöke Dr. Bálint Géza reumatológus, az MTA doktora.

A Csont és Izület Évtizede Hazai Hálózata a következő munkákat végezte és végzi:

- A nemzeti koordinátor, vagy helyettese és egy beteg képviselő rendszeresen részt vesz az Évtized évenként megrendezett nemzetközi konferenciáján.
- Rendszeres kapcsolatot tart az Évtized Kormányzóbizottságával, s rendszeresen közli a hazai híreket, az Évtized honlapján és Infoletter-ben, illetve eljuttatja ezeket a tagegyesületekhez.
- Rendszeresen megtartja az Ízületi Betegek és az Osteoporosis Világnapját.
- A következő tudományos felméréseket végezte:
 - Reumatológiai betegek életminősége (1)
 - Térarthrosisos betegek ellátásának vizsgálata háziorvosi és szakorvosi praxisban (2)
 - Derék és nyakfájásban szenvedők panaszainak felmérése (3)
 - Az akut derékfájás korszerű ellátásának modellezése, háziorvosi praxisokban (4)
 - Részvétel a Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság csonttörést szenvedett ötven éven felüli osteoporosisos betegeinek vizsgálatában. (5)

Tanfolyamok:

- betegek és egészségesek részére
- háziorvosok, szakorvosok, védőnők, gyógytornászok részére

Könyvek szakembereknek:

- Bálint Géza - Szebenyi Béla: Arthrosis a mindennapi gyakorlatban
- Bálint Géza - Földes Károly – Szebenyi Béla - Bálint Péter: Gyakorlati reumatológia III. kiadás Springer Med, Budapest 2003

Könyvek laikusoknak:

- Bálint Géza - Korda Judit: Beszélgetések a reumáról Tudomány Kiadó Kft, Budapest, második kiadás Springer Med
- Dr. Apáthy Ágnes: Derékfájás Springer Med, Budapest, 2005.
- Dr. Tamási László: Osteoporosis Springer Med, Budapest, 2005
- Dr. Szekanecz Zoltán: Rheumatoid arthritis SpringerMed, Budapest, 2005.
- Dr. Bálint Géza: Arthrosis, ízületi porckopás, Springer Med, Budapest, 2008.

Könyvfejezet:

Cikkek, cikksorozatok:

- Az Orvosi Hetilap LAM, Magyar Reumatológia, Osteológiai Szemle, MOTESZ Magazin, Háziorvosi Továbbképző Szemle, Rehabilitáció című szaklapokban

Előadások:

- Az orvosszakmai képviselőinek, betegszervezeteknek, betegeknek.
- 40 perces ismeretterjesztő film az Évtizedről.

Számos cikk a napi sajtóban, számos interjú a médiában

1.A mozgásszervi betegségek fontossága és veszélyeik

A mozgásszervi betegségek a fejlett és közepesen fejlett országok leggyakoribb, legnagyobb számú és legtöbbször kerülő betegségcsoportja (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Legutóbbi „Eurobarométer” (Health in the European Union) jelentése szerint mozgásszervi problémák tekintetében hazánk 33 %-kal az unión belül az élen áll.

E betegségek:

- szignifikánsan befolyásolják a mozgásszervi betegek, és családjaik pszichoszociális státusát. (10,11)
- mind a keresőképtelenség, mind a munkaképtelenség okai közül a 2. helyen állnak, a heveny felső-légúti ill. szív- és érrendszeri betegségek mögött,
- leggyakoribb okai a fogyatékoságnak, illetve az egészségi állapothoz köthető életminőség-csökkenésnek (3, 9, 12).
- a családorvoshoz forduló betegek 20-30%-a mozgásszervi panasz miatt keresi fel háziorvosát (3, 9, 13).
- Európában, minden időpontban a felnőtt népesség 20-30 %-a mozgásszervi fájdalomtól szenved (14, 15)
- az arthrosis az EU-ban a fogyatékoságot okozó betegségek között az első tíz között van (16)
- derékfájás a munkaképtelenség leggyakoribb oka (16)
- Európában 5 közül 2 embert korlátoz mindennapi tevékenységében mozgásszervi fájdalom (17),
- 5 közül egy ember áll tartós kezelés alatt reumatológiai betegség és rheumatoid arthritis miatt (14).

- e betegségek 60 %-ban okai a hazai, korai nyugdíjaztatásnak, ill. a hazai táppénzes napok számának. (18)
- az európai országokban a mozgásszervi betegségek a betegségek költségeinek összköltségének 25 %-át adják (19)

A mozgásszervi betegek számának erőteljes növekedése várható az elkövetkezendő években, részben a népesség elöregedése, részint civilizációs ártalmak következtében (3, 9, 20).

A mozgásszervi betegségek nemcsak az életminőséget rontják igen jelentős mértékben, de halálozásuk is jelentős (21, 22, 23, 24), bár ez a halálozás a halálozási statisztikákban sokszor rejtve marad (3, 9, 25).

Rendkívül fontos, hogy az arthrosis a szív és érrendszeri betegségek kockázatát kétszeresére, a rheumatoid arthritis négy-öttszörösére, a szisztémás lupus erythematosus ötvenszörösére emeli. (26)

A szérumsavszint a kardiovaszkuláris kockázat önálló rizikótényezője, mely az infarktus, illetve stroke kockázatát többszörösére emeli! (27)

A postmenopauzában lévő nők metacarpusainak csonttömeg csökkenése egyenesen arányos az aorta meszesedéssel, az pedig a koszorúér betegség és infarktus kockázatával. (28)

Az arteriosclerosis és az arthrosis patogenezise között párhuzam mutatható ki (29.)

A szív- érrendszeri megbetegedés, mind az osteoporosisos törések számát, mind az osteoporosisos csípőtáji törés túlélését rontja.

A mozgásszervi betegségek nagymértékben rontják az egészségi állapot meghatározta életminőséget (30). Ennek oka, hogy a mozgásszervi betegségek látható, sokszor elkerülhetetlen károsodást és fogyatékosságot okoznak, mely a társadalmi részvételt nagymértékben gátolja. (31) Fontos életminőség rontó, funkciót, valamint a részvételt befolyásoló összetevője a mozgásszervi betegségeknek a fájdalom.

1. Táblázat

A mozgásszervi betegségek okozta fájdalom prevalenciája					
Ország	Mérték- Egység/db	Életkor	Prevalencia		
			Férfi	Nő	Összes
Kanada*	39200	20+	10.3	17.6	
USA*	6846	55+			44,3
Hollandia*	24191	16+			17,5
Norvégia	6681	16-66	17,3	20,6	19,0

Irodalom 31, 32, 33, 34

A mozgásszervi betegségek terhe

- Az európaiak (EU 15) csaknem egy negyede szenved ízületi, illetve reumatológiai betegségekben (10). Ezek a leggyakoribb krónikus betegségek Európában.

- Az európai felnőtt népesség 50 %-ának van bármely hónapban legalább egy hétig tartó mozgásszervi fájdalma (35).
- A mozgásszervi betegségek a betegségek összerhét adó kórformák sorában a nyolcadik helyen állnak Európában. Az arthrosis és a rheumatoid arthritis a fogyatékoság módosította életév (disability adjusted life years, DALY) veszteségének 3,5 %-ért felelős.
- Az ízületi betegségek a 65 éven felüli népesség összes krónikus bajainak 50 %-át teszik ki.
- A derékfájás a táppénzes napok második leggyakoribb oka.
- Az osteoporosisos törések száma megduplázódott Európában a legutóbbi évtizedben. Az 50 éven felüli nők 40 %-a szenved ilyen törést élete során.

A mozgásszervi betegségek hatása az egyénre

1. Az Egyesült Királyságban, 1995-ben a munkavégzéssel kapcsolatos mozgásszervi betegségek 11 millió munkanap kiesést okoztak (36)
2. A mozgásszervi betegségek a felnőtt népesség minden más betegségcsoportnál több funkciókorlátozódást okoznak a fejlett ipari országokban (37)
3. A mozgásszervi betegségek okozta fogyatékoság a felnőtt népesség 4-5 %-át sújtja (38)

A mozgásszervi betegségek társadalmi költségei Európában:

1. Svédországban a mozgásszervi betegségek az összes betegségcsoport közül a leginkább költségigényesek: az összköltség 22 %-át emésztik fel. E költség 90 %-a indirekt költség: 31 % táppénz, 59 % rokkantnyugdíj. Az összköltség 47 %-át a derékfájás, 14 %-át arthrosis 5, 5 %-át rheumatoid arthritis vitte el.
2. Hollandiában, 1999-ben a mozgásszervi betegségek (BNO XIII.) az egészségügyi költségek második helyén álltak. Az összköltség hat százalékával (42) az egyes korcsoportok egészségügyi költsége a 15-44 éves csoportban az ötödik, a 45-64 éves korcsoportban a második, a 65-84 éves korcsoportban a harmadik helyen állt, ez utóbbi csoportban a dementia és a stroke után. Az elemzés hozzáteszi, hogy a költségek sokkal magasabbak lettek volna, ha az informális (családi) ellátás és gondozás költségeit is beszámították volna.
3. A reumatológiai betegségek leggyakoribb okai a hosszú távú kezelésnek. Minden ötödik európai reumatológiai betegség miatt áll kezelés alatt. (40)
4. Az alapellátásban a betegek 15-20 %-a fordul orvoshoz mozgásszervi probléma miatt (41) SF 36, SF 24 generikus életminőség kérdőív segítségével 15000 személy életminőségét mérték fel Hollandiában (42). Ezek szerint a mozgásszervi betegségek okozzák a legnagyobb életminőség romlást.

2. Táblázat

A mozgásszervi betegségek terhe Európában

- E betegségek a táppénzes állomány leggyakoribb okai
- A korai nyugdíjaztatások 60%-áért mozgásszervi betegségek felelősek
- A mozgásszervi betegségek több funkciókorlátozást okoznak a felnőtt lakosságban mint, bármely más betegségcsoport
2005-ben az EU-ban 414.000 csípőtáji törés történt (350 millió lakos)
- Ez 10 millió magyarra lebontva 13.000 törést jelent.
A fogyatékosok 5%-a mozgásszervi fogyatékos

forrás: BJD felmérés

3. Táblázat

A mozgásszervi betegségek társadalmi költségei Európában

- A beteg-költségek 23%-a a mozgásszervi betegségekre fordítódik, a kutatási pénzek mindössze 5%-a.
- A költségek 90%-a indirekt költség 23% táppénz, 59% rokkantnyugdíj
- 15-44 év közötti korcsoportban 44-65 év között az ötödik, 65-84 év között harmadik a sorban a mozgásszervi betegségek költsége.
- Ebben a család által biztosított ápolás költség nincs bent.
- Az összköltség 47%-a derékfájásra, 14%-a arthritisra, 5,5%-a rheumatoid arthritisre fordítódik.

forrás: BJD

4. Táblázat

CARDIOVASCULARIS HALÁLOZÁS

ARTHROSISOS BETEGEK	}	esetében	2-szeres
RHEUMATOID ARTHRITISES BETEGEK			4-5-szörös
SLE-S BETEGEK			50 ! -szeres

Mozgásszervi betegségek

- az **arthrosis**, az ízületek és a gerinc degeneratív betegsége, a 18 éven felüli népesség 15%-át érinti (43, 44). A betegek 50%-a munkaképes korban van (45, 46). Az arthrosis előfordulása részint a népesség elöregedésével, részint olyan civilizációs ártalmak miatt, mint a mozgásszegény életmód, a közúti- és munkahelyi balesetek, az elhízás, az egyoldalú statikus munkavégzés (pl. ülőmunka) miatt rendkívül erősen növekszik. (3, 4) 60 és 70 év közötti férfiak és nők között a patológiai arthrosis 60 ill. 70 % (11). A patológiai arthrosis azonban csak az esetek 50%-ában okoz klinikai tüneteket. A klinikai térdarthrosis prevalenciája az Egyesült Királyság 55 év feletti népességében 18%, a csípőarthrosisé 4 – 7%, a kéz arthrosisé 2, 5% (47). A klinikailag térdarthrosisos betegek 50%-a fogyatékos (47). Igen előkelő helyet foglal el az arthrosis mind a kereső, mind a munkaképtelenséget okozó betegségek listáján (4, 48), s igen gyakori oka a fogyatékosnak. (3, 9) Az USA-ban évente 350. 000 csípő- és térdízületi protézist ültetnek be (11). Az arthrosisos morbiditás jelentőségét mutatja az a tény, hogy a betegség okozta ízületi érintettség kiterjedése és súlyossága egyenes arányban növeli a szív- és érrendszeri morbiditást és mortalitást. (49)
Az arthrosis költsége az Egyesült Államokban a legszerényebb számítás szerint 3, 4 milliárd dollár, melynek fele direkt egészségügyi ellátási költség. A 65 év alatti arthrosisos egészségügyi ellátási költsége kétszerese, a 65 éven felülieké, másfélszerese a korban illesztett, nem arthrosisos népességnek. Az ízületi endoprotézis beültetések költsége 300 millió dollár fölött volt (49)
- Az **osteoporosis** a kaukázusi és ázsiai népesség kb. 10%-át érinti, hazánkban mintegy 600. 000 nőt és 300. 000 férfit. (49, 50) Hazánk mind nők, mind férfiak osteoporosisa tekintetében európai listavezető (52, 53). Az 50 éven felüli népesség – különösen a nők csonttöréseinek hátterében leggyakrabban az osteoporosis áll. Osteoporosis okozta csigolya deformitás Magyarországon mintegy 400. 000 nőt és 240. 000 férfit érint, mely igen magas érték (51).
A proximális femurtörések száma 13. 000/év Magyarországon, mely szintén igen magas (52, 53). Az összes osteoporosisos törés mintegy 100. 000-re tehető (52).
A proximális femurtörés extra halálozása a korban, nemben illesztett ilyen törést nem szenvedett népességhez képest 20-30%-os (54, 55) de magas a csigolyatörések halálozása is (56).
A proximális femur törést szenvedettek csak 40%-a nyeri vissza a törést megelőző funkcióképességét és életminőségét egy évvel a törés után, a többiek jelentős része tartósan rokkanttá válik és életminőségük csökken. Igen jelentős az osteoporosis hazai direkt költsége is, mintegy 16-18 milliárd Ft (55) Az utóbbi hat évben a csípőtáji törések száma nem nőtt Mo-n míg az EU-ban az összes OP törés előfordulás 20 %-kal növekedett. A 45 év alatti nők 40% -nak normális csak a csontdenzitása. A korábbi évi 160 ezer helyett csak 84 ezer vizsgálat történik. Az antiporotikus gyógyszerek támogatása csökkent egyeseké megszűnt. Vizsgálatok azt mutatják, hogy a magyar népesség D vitamin ellátottsága sem megfelelő.
Az 1990-es évek végén, a világon évente mintegy 1, 6 millió osteoporosisos törést regisztráltak: ezek számát 2050-re 6, 3 millióra becsülik (10, 22, 23, 57). Egyes előrejelzések szerint 2020-ra a legfejlettebb egészségüggyel rendelkező országok sebészi kapacitása sem lesz elegendő arra, hogy az osteoporosisos törést

szenvedetteket ellássák (34), ha hathatós prevenciós intézkedéseket nem vezetünk be.

- A **derék- és nyakfájás** igen gyakori a fejlett ipari társadalmakban. E társadalmakban a népesség 62-92%-a szenved élete során legalább 1 hétig tartó, a mindennapi életet befolyásoló derékfájásban (10, 58, 59). Az egyéves prevalencia 15-45%, incidencia 5%. A hajlamosító tényezők tömegessé válása miatt a serdülők derékfájás prevalenciája is csaknem eléri a felnőttekét; a derékfájás előfordulásának csúcsa 35 és 55 éves kor közé esik (58). A tünetek és a radiológiai ill. patológiai elváltozások közti összefüggés rendkívül laza. Az esetek 85%-ában a fájdalom nem köthető kimutatott patológiás elváltozáshoz, vagy ideggyöki érintettséghez (58). A komputerhasználat rendkívül gyakorivá tette a nyaki fájdalmat is. (60, 61) A derékfájás és nyakfájás etológiájában fontos szerepet játszanak civilizációs tényezők, így a tartós ülés, mely a legelső porckorongra 5-ször akkora terhelést ró, mint a járás és az állás, a paravertebrális izomzat tartós spazmusa, mely az izomzat vérellátását rontja (60, 61, 63). Mindez a csigolyák közti mozgás-szegmentum instabilitásához, sérülékenységéhez vezet. (63) Későbbi életkorokban az intervertebrális ízületek arthrosis is szerepet játszik a derék és nyakfájás etológiájában.

A derékfájás költségei rendkívül nagyok (10, 64).

Az USA-ban ill. Németországban a közvetett és közvetlen költségeket 50 milliárd dollárra ill. 18 milliárd Euróra, az Egyesült Királyságban csak a közvetlen költségeket 1,6 milliárd fontra becsülik. (5, 10, 65)

Magyarországon 2003-ban a derékfájás okozta 6, 5 millió keresőképtelen napra kifizetett táppénz összege 14, 2 milliárd Ft volt. Külföldi adatok szerint az akut derékfájás esetek 5-7%-a válik krónikussá. A munkából kieső napok fele azon esetek 85%-ából adódik, akik 7 napnál rövidebb ideig voltak keresőképtelenek. Ugyanakkor az ellátási és szociális költségek 80%-át a derékfájásban szenvedők azon 10%-a adta, akik krónikus derékfájásban és fogyatékosságban szenvedtek.

A derékfájás a fejlett ipari országokban, de hazánkban is a keresőképtelenség második leggyakoribb oka (46), de a keresőképtelen napokat számítva az első helyen áll. Az idő előtti nyugalomba vonulás okai között 2.-3. helyen áll (18).

- A **rheumatoid arthritis** világszerte a népesség 0, 7 – 1%-át betegíti meg, 16 éves kortól bármely életkorban, de leggyakrabban 30-50 év közötti nőket (7, 8). A betegek jó része 5 éven belül munkaképtelenné válik, élettartamuk 10 évvel rövidebb, mint az átlagnépesség várható élettartama (9, 21). A rheumatoid arthritises betegek kockázata myocardiális infarctusra betegségük következő 8-10 évében a kétszerese a nemben, korban illesztett nem reumatoid arthritises népességnek. (26) A rheumatoid arthritis direkt költsége Európában és Észak-Amerikában a legszerényebb számítás szerint 2000 USD évente betegenként, vagyis háromszorosa a korban illesztett nem reumatoid arthritises népességnek. A költség 40-60 %-a kórházi költség, bár a betegek töredéke kerül csak kórházba, de ezek jó részén sebészi beavatkozást hajtanak végre. Korai rheumatoid arthritises betegek kórházi költsége csak 10 %-a a kifejtett RA-ban szenvedő betegekének. A biológiai kezelés hatására a betegek hospitalizációja igen jelentősen csökken, bár a biológiai szerek igen drágák. (49)

- A **szeronegatív spondylarthropathiák** a népesség 0,2-0,3%-át betegítik meg. (66) E betegek általában fiatalok. E kórképek közül leggyakoribb a spondylitis

ankylopoetica (spa) és az arthritis psoriatica. Az spa fiatal férfiakat érint, akik gerince hamar elmerevedhet, s fizikai munkára, de tartós üléssel járó munkára is alkalmatlanná válhatnak. A betegség a légző mozgások beszűkülésével, csökkent légzési kapacitással jár.

- A **juvenilis idiopathiás arthritis** gyermekeket érint, néhány hónapos kortól 16 éves korig. Hazánkban 2000 ilyen gyermekkel számolhatunk.(12, 67, 68, 69) A betegség különböző formái különböző gyógyhajlammal járnak, de általában súlyos, maradandó fogyatékossgot okoznak. A spontán gyógyulás viszonylag kevés maradandó elváltozás hátrahagyásával ritka.
- A felsorolt ízületi betegségek mellett a **kötőszövet rendszertbetegségei**, a szisztémás lupus erythematosus, a Sjögren szindróma, a nem-differenciált kötőszöveti betegség, a progresszív szisztémás sclerosis, a dermato-/polymyositis, a kevert kötőszöveti betegség, a vasculitisek, a foszfolipid szindróma viszonylag ritkán előforduló, de súlyos betegségek. Hazánkban kb. 15 ezer embert érintenek. (12, 67, 68, 69)

A gyulladásos ízületi betegségeket korai diagnózis esetén megfelelő gyógykezeléssel igen eredményesen tudjuk kezelni. A kezeléssel a súlyos fogyatékossg, rokkantság sok esetben elkerülhető, s a mortalitás jelentősen csökkenthető (70, 71).

- A gyulladásos arthropathiák egyéni és társadalmi terhei igen jelentősek hazánkban, az arthritises betegek ellátása több szempontból is javítandó.
 - A regisztrált RA-s betegek száma a szomszédos országokhoz képest alacsony, mely adódhat a viszonylag kisebb hazai prevalenciából is, feltehető azonban, hogy sok RA-st nem diagnosztizálnak.
 - A korai arthritisek felismerése és kezelése között általában hosszú idő telik el. Sem a lakosság (betegek), sem az alapellátás szintjén dolgozók többnyire nincsenek tisztában a korai diagnózis és kezelés fontosságával.
 - Prognosztikai markerek meghatározása általában nem, vagy ritkán történik meg.
 - A rheumatoid arthritis kezelése nem megfelelő: a regisztrált betegek száma és a gyógyszerfelírás adatai szerint a betegek csak kis hányada kap bázisterápiát, sokuk gyakran (csak) állandó szteroidkezelésben részesül.
 - Biológiai terápia még válogatott esetben sem hozzáférhető a betegek számára.
 - A korai arthritises és gyulladásos arthropathiás betegek kivizsgálása és kezelése nem egységes elvek alapján történik.

Mindez több tényező következménye. A reumatológia megítélése és a reumás betegek társadalmi jelentősége nem megfelelő, az egyetemeken a reumatológiát önálló tárgyként a mai napig nem oktatják, az alapellátásban dolgozók számára egységes irányelvek, módszertani levelek e témában nem készültek, ill. a korai

arthritisekre és rheumatoid arthritisekre vonatkozó adatok csak nemrég váltak ismertté.

- **A krónikus fájdalom szindróma.** A krónikus fájdalom nem nociceptív fájdalom, melynek hátterében sokszor (már) semmilyen patológiai elváltozás nincs, de fájdalomérző neuron gerincvelői átkapcsolódása szintjén a biokémiai mediálás kóros. (72) Hosszantartó nociceptív fájdalom krónikus fájdalomba mehet át.

Lokális krónikus fájdalom szindrómát okozhat egyoldalú túlterhelés, helytelen tartás, izomspazmus, ideges feszültség, stb. A lokális fájdalom szindróma gyakran generalizálódik (32). Generalizált fájdalom szindróma a primer generalizált fibromyalgia, melynek pontos oka nem ismert, de genézisében a non-REM alvás zavara biztosan szerepet játszik (32). A funkció gyakran korlátozottá válik. A krónikus fájdalom szindróma a fejlett ipari országok lakosságának 5-10%-át érinti (32) főleg 25-60 év közötti nőket. Költségei a 30 milliós Kanadában évi 500 millió USD-t tesznek ki. (73).

- **A közúti, munkahelyi és sport balesetek**_elsősorban a fejlődő országokban rendkívül gyakoriak, és a fogyatékoság leggyakoribb okai között szerepelnek.

Hazánkban a közúti balesetek a 40 éven aluliak, illetve a gyermekek leggyakoribb halálocai. Ezek megelőzése teljesen a társadalmon és az egyénen múlik: az utakon, gépjárműveken és a közlekedő emberen, valamint az életmentés hatékonyságán. Mind a közúti, mind a munkahelyi-, sport-, ill. háztartási balesetek gyakran vezetnek maradandó fogyatékosághoz, különösen akkor, ha a sérülést nem időben és nem megfelelőképp látják el, illetve, ha elmarad a szükséges rehabilitáció. (74) E balesetek leggyakoribb következménye a másodlagos arthrosis, illetve a krónikus fájdalom-szindróma.

- **A lágyrész elváltozások** a leggyakoribb mozgásszervi kórképek. (75) Okaik közül az egyoldalú, statikus, ritkábban dinamikus túlterhelés a leggyakoribb. Gyakran munkahelyi vagy sportsérülés vezet lágyrész elváltozásokhoz, de nem ritkán endokrin betegségek (hypothyreosis, diabetes) állnak a lágyrész elváltozások hátterében.

A leggyakoribb lágyrész elváltozások:

- periarthritus humeroscapularis
- bursitis calcarea
- tendovaginitis, tendinitis, tendinopathia
- enthesopathiák; az ín- és szalagtapadási helyek fájdalma, gyulladása, pl. epicondylitis
- fasciitisek, pl. fasciitis plantaris
- alagút szindrómák
- myalgia, lokális myositisek
- panniculosis, panniculitis

A lágyrészek elváltozása akut stádiumban jól és tartósan befolyásolható, nagyon sokszor meggyógyítható. A hatékony beavatkozás elmulasztása krónikus lokális fájdalom-szindrómához vezethet, mely – mint fentebb említettük – generalizálódhat.

5. Táblázat

2. Nemzetközi összehasonlítás

Helyünk Európában

Egészség szempontjából Magyarország az
Európai „C” csoportban van,
Ukrajnával, Oroszországgal és a Balti Államokkal.

Szlovénia, Csehország,
„A” Csoport

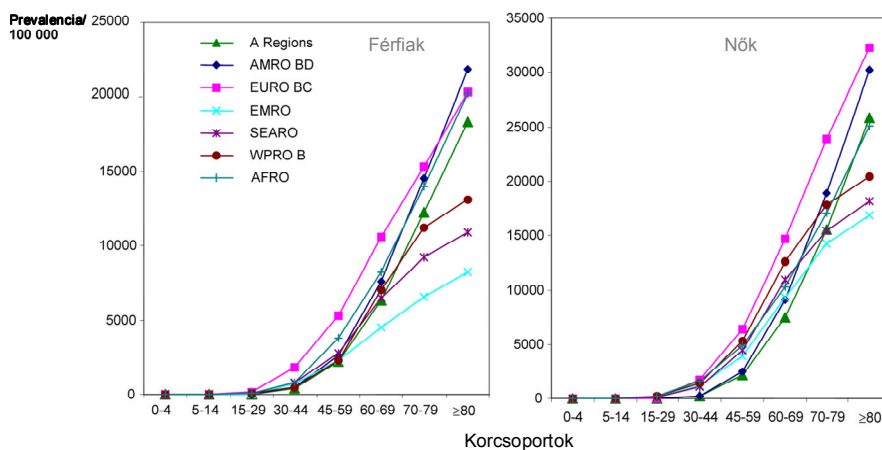
Albánia, Macedónia, Azerbajdzsán, Grúzia, stb.
„B” csoport

forrás: BJD felmérés

6.Táblázat

A térd arthrosis prevalenciája a fejlett ipari és a fejlődő európai országokban

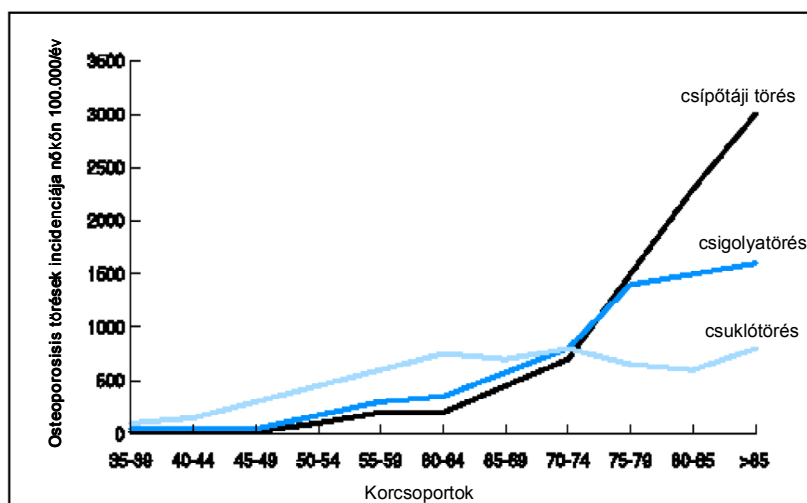
A regions= Fejlett ipari országok; AMRO BD= Amerikai fejlődő országok; EURO BC= Európai fejlődő országok
EMRO= Észak-Afrika és Földközi tengeri térség; SEARO= Dél-Kelet ázsiai országok;
AFRO= Afrikai országok a Szaharától délre



forrás: BJD

7 .Táblázat

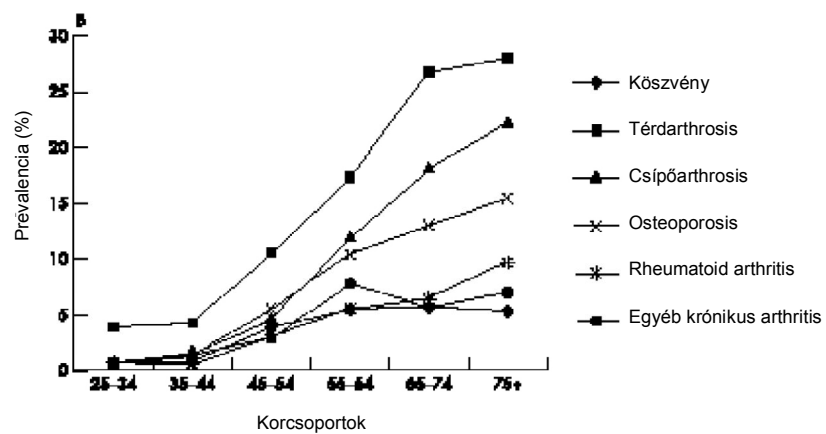
Osteoporosisos törések incidenciája nőkön



forrás: BJD

8.Táblázat

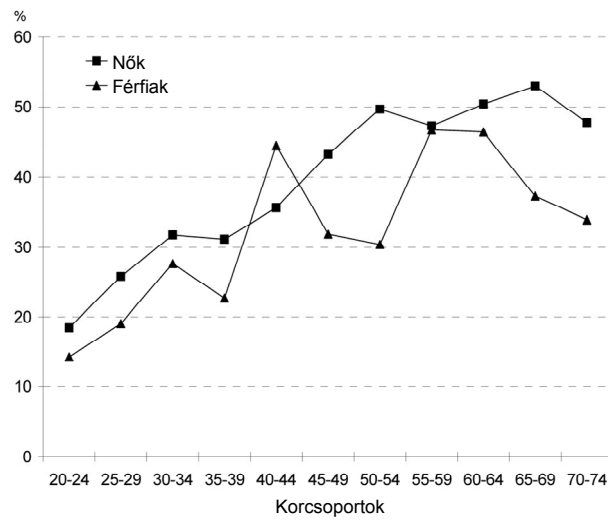
Mozgásszervi betegségek prevalenciája Hollandiában



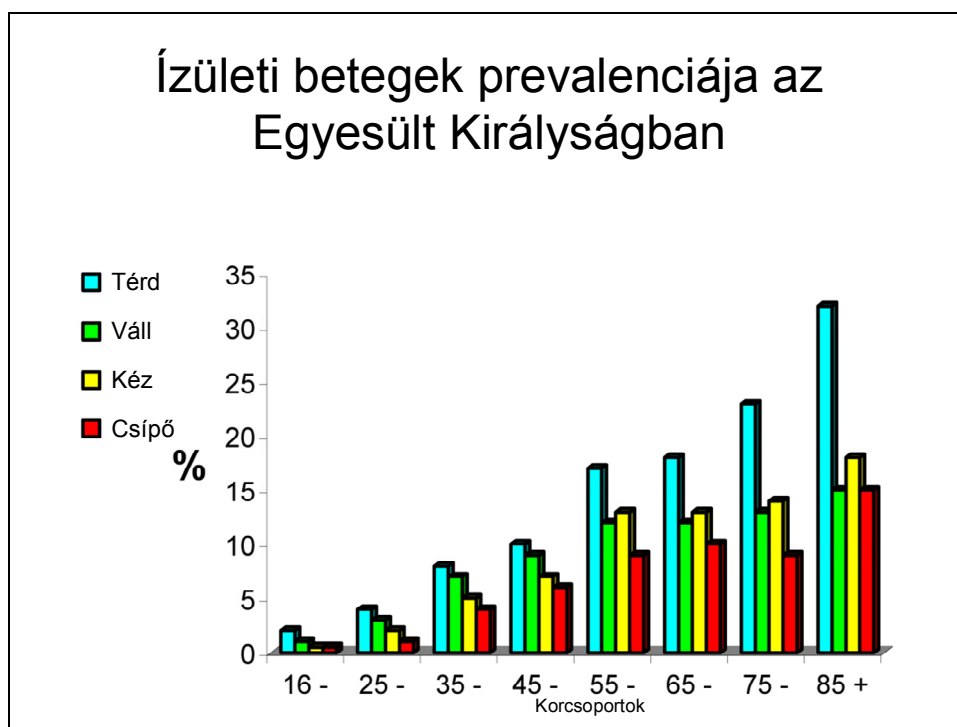
forrás: BJD

9. Táblázat

A krónikus mozgásszervi fájdalom
prevalenciája egy Dél-Svédországi
2755 egyént felölelő mintán



10 Táblázat



3.A mozgásszervi betegségek kialakulásának kockázata, morbiditása, mortalitása, ellátási-rendszere Magyarországon (régiónk szerint lehetőleg térképforma)

A hazai mozgásszervi ellátás helyzete.

Az ortopédia és traumatológia egyetemi oktatása, a szakorvos képzés és továbbképzés nem integrált. A szakorvosi ellátás kívánnivalókat hagy maga mögött. Sok helyütt nem megoldott a műtéti utókezelés, s általában nem megoldott a traumát szenvedettek rehabilitációja, ill. a műtét utáni orvosi rehabilitáció. A közúti balesetet szenvedett polytraumatizáltak mortalitása az európai átlag kétszerese. A combnyaktörést szenvedők mortalitása és fogyatékosága is szignifikánsan magasabb az európainál. Igen jó és hatékony az újszülöttek csípőficam szűrése, nem megfelelő a serdülő- és fiatalkorúak idiopathiás scoliosisának és Scheuermann-betegségének konzervatív ill. operatív kezelése. A felnőttkori degeneratív gerincbetegségekre hajlamosító tömeges tartáshibák korrekciója és megelőzése az iskolai testnevelésben előírás 2001 óta (szerepel a Nemzeti Alaptantervben és a testnevelési kerettantervekben is), s ez nemzetközi szinten újdonság. Más kérdés, hogy jelenleg nincs szakmai ellenőrzés a testnevelésben, így az előírás megvalósítása egyelőre esetleges.

A reumatológia, az orvosi rehabilitáció és fizioterápia oktatása egyetemünk orvosi karain – az Európai Unióban egyedülállóan – nem kötelező. Ennek a mozgásszervi betegek ellátására komoly következményei vannak. A szakorvos képzésben is hiányzik az egyes specialitások ellátási körébe tartozó betegek rehabilitációjának és fizioterápiájának oktatása is. Ez a hiányosság a családorvos képzésben is súlyos

következményekkel jár. A képzés hiánya ellentétben áll az 1997. évi CIV (egészségügyi) törvény 88. §-ával, amely rögzíti a háziorvos ilyen irányú feladatát.

A következmények.

- A háziorvos nem látja el azokat a mozgásszervi betegeket, akik ellátása mindenütt a háziorvos feladata
- az akut és krónikus derék- és nyakfájásban szenvedőket,
- az arthrosisban,
- a lágyrész elváltozásban szenvedőket.

A betegáradat javarészt a reumatológiai, kisebb részt az ortopédiai és neurológiai szakellátásra zúdul, megakadályozva azt, hogy a szakellátás valós feladatainak; a konzultációnak, a szakorvosi ellátásnak megfelelően. Magyarországon európai viszonylatban kiemelkedően magas a reumatológus szakorvosok száma, a szakellátás mégis túlterhelt, ugyanakkor nem hatékony.

- A reumatológiai osztályok és ágyszámuk megfelelő hazánkban. Az országban 10 korai arthritis centrum működik, melyek személyi és tárgyi ellátottsága lehetővé teszi ízületi betegek betegségek korai stádiumban való felismerését, differenciál diagnosztikáját és rendelkezésükre állnak a legmodernebb konzervatív terápiás eszközök- a biológiai terápiát -is beleértve.
- Az ortopédiai osztályok száma és ágyszáma megfelelő, műtéti kapacitásuk elegendő.
- A traumatológia területén az országos intézet megszűnése, illetve közkórházba való integrálása hatalmas visszalépés a hatékony ellátás területén.
- A rehabilitációs osztályok és intézmények személyi és tárgyi feltételrendszere jelenleg is messze van az európai elvárásoktól. Az osztályok, intézmények, valamint az ágyszám tervezett megnövelése nem kívánatos. (76, 77)
- A felszabaduló osztályokon, intézményekben krónikus ápolási osztályok létesíthetők speciális mozgásszervi profillal, ezen osztályok finanszírozása, személyi és tárgyi feltételei kidolgozandóak.
- Az egyetemi oktatás hiányossága azt eredményezi, hogy a háziorvos legtöbbször nem vállalja vagy nem megfelelően végzi a mozgásszervi betegek ellátását. Nem tudja felmérni a fizioterápia, elsősorban a mozgásterápia értékeit, hatékonyságát, így sajnos legtöbbször nem is igényli ezeket. A rehabilitációs szemlélet hiánya a költséghatékony ellátást veszélyezteti. A háziorvos megfelelő mozgásszervi fizioterápiás és rehabilitációs képzettségének lakóközösségi rehabilitációt nehezítő tényezők egyike.
- A rehabilitációs szemlélet és a fizioterápia ismereteinek hiánya a háziorvos mellett más szakorvosaink munkájára is rányomja bélyegét, például akadály lehet, hogy a beteg vagy sérült eljusson a rehabilitációs osztályra.
- A fizioterápiás ellátásban túlteng az elektroterápia és a fürdőkezelés a mozgásterápia rovására. Ezek a kezelések a házi ápolás keretein belül, esetenként ellenőrzés nélkül, szakszerűtlenül történnek. Kevés a gyógytornász állás, nem szerveződtek a vezető magyar kórházakban fizioterápiás osztályok, melyek összefognák a gyógytornászok munkáját. Nem megfelelő a gyógytornász anyagi és erkölcsi megbecsülése, de nem megfelelő az elektroterápia és a fürdőkezelés szakmai színvonala sem.

- A személyi ellátottság hiányosságai közül külön kiemelésre érdemes a foglalkoztató terapeuták (ergoterapeuta) hiánya. Noha alkalmazásukat a szakmai minimum feltételek minden fekvőbeteg osztály esetében előírja, ilyen állások a rehabilitációs osztályoknak is csak kisebb hányadában vannak. Az a kedvezőtlen helyzet alakult ki, hogy az idén először, az ETI-ben végző foglalkoztató terapeuták részére nincsenek álláslehetőségek.

- Mindez nemcsak a mozgásszervi betegek ellátásának színvonalát és költséghatékonyágát csökkenti igen nagymértékben, de minden olyan betegségcsoportot is érint, melyek kezelésében a fizioterápia szerepet játszik, ill. mely betegek maradandó fogyatékoságainak felszámolásához orvosi rehabilitáció szükséges.

- Az egyetemi oktatás hiányosságai és az orvosi rehabilitáció erkölcsi és anyagi elismerésének hiánya okozza, hogy a rehabilitációs szakképesítésű orvosok száma alacsony, az utánpótlás nem megfelelő. Többek között ezért sem alakultak a járóbeteg szakellátás keretében rehabilitációs rendelések.

A fekvőbeteg gyógyintézmények rehabilitációs tevékenysége sem megfelelő. A rehabilitációs osztályok személyi és infrastrukturális ellátottsága nem kielégítő. Számos osztály csak nevében rehabilitációs osztály.

- A képzés hiányosságai között kell említeni a kommunikációs készségek fejlesztésének hiányát. A páciens által megértett, részletes tájékoztatás, az ezen alapuló beleegyezés csökkentheti az elégedetlenséget és nagy valószínűséggel a kártérítési ügyek számát is. Elsősorban a műtéti szakmákban jelentős, de a rehabilitáció és az alapellátás területén is igen fontos, a túlterheltség és a kommunikációs készségek hiánya miatt gyakran elmaradó tájékoztatási tevékenység. (78, 79, 80)

- A gyógyfürdők, gyógyfürdő-kórházak a mozgásszervi rehabilitáció hivatott centrumai lehetnének, de ezt a személyi, infrastrukturális, szervezési és szemléleti hiányosságok nem teszik lehetővé.

Megfelelő, rehabilitációs szemléletű hazai gyógyfürdő-ellátás nélkül aligha alakulhat megfelelő gyógy-idegenforgalom, melynek fejlesztését minden kormány programjába iktatja

Mindebből nyilvánvaló, hogy a mozgásszervi betegségek megelőzése, gazdasági és társadalmi terhük csökkentése érdekében a legfontosabb és legelső feladat az orvosképzés, szakorvosképzés gyökeres átalakítása, hogy abban a mozgásszervi medicina, a fizioterápia és rehabilitáció megfelelő súlyt kapjon.

A Csont és Ízület Évtizede kidolgozta az integrált mozgásszervi oktatás elveit és ennek a graduális orvosképzésben való megvalósítását javasolja. A rehabilitáció és fizioterápia oktatásának a szakorvos képzésben is megfelelő helyet kell kapnia.

Ez nemcsak azt jelenti, hogy a rehabilitációs és fizioterápiás szakorvosképzés színvonalát és volumenét kell növelni, de azt is, hogy minden klinikai szakmán belül súlyt kell helyezni a szakma rehabilitációs tevékenységre és fizioterápiájára.

11. Táblázat

A csont,- izomrendszer és kötőszövet betegségeinek
(M00-M99)
gyakorisága Magyarországon (2002)

Életkor	Prevalencia arányszám*	
	férfiak	nők
0-14 év	128,88	143,13
15-24 év	217,85	239,38
25-34 év	295,20	243,27
35-44 év	450,04	533,97
45-54 év	782,54	1215,89
55-64 év	528,59	908,25
65-74 év	395,06	988,79
75-x év	191,35	621,84

- 10. 000 főre vonatkozóan

(NEJ 2004)

12. Táblázat

**A teljes biztosított lakosságra számolt BNO-10 főcsoportok szerint
betegszámra és esetszámmra vonatkozó adatok, 1999**

Betegségcsoport	Rangsor a fekvőbeteg betegszám alapján	Rangsor a fekvőbeteg esetszám alapján	Rangsor a járóbeteg betegszám alapján
Keringési rendszer betegségei	1 (391 201)	1 (436 780)	3 (1 530 070)
Légzőrendszer betegségei	2 (203 023)	3 (215 547)	5 (1 420 895)
Emésztőrendszer betegségei	3 (171 846)	4 (179 340)	7 (586 838)
Urogenitális rendszer betegségei	4 (159 951)	6 (170 463)	4 (1 475 123)
Sérülés, mérgezés és külső okok bizonyos egyéb következményei	5 (158 528)	7 (163 359)	2 (1 614 698)
A csont,- és izomrendszer és kötőszövet betegségei	6 (154 710)	5 (174 644)	1 (2 285 194)
Daganatok	7 (148 459)	2 (232 610)	8 (573 007)
Mentális- és viselkedészavarok	8 (113 516)	8 (142 346)	6 (658 794)

(NEJ 2004)

13. Táblázat

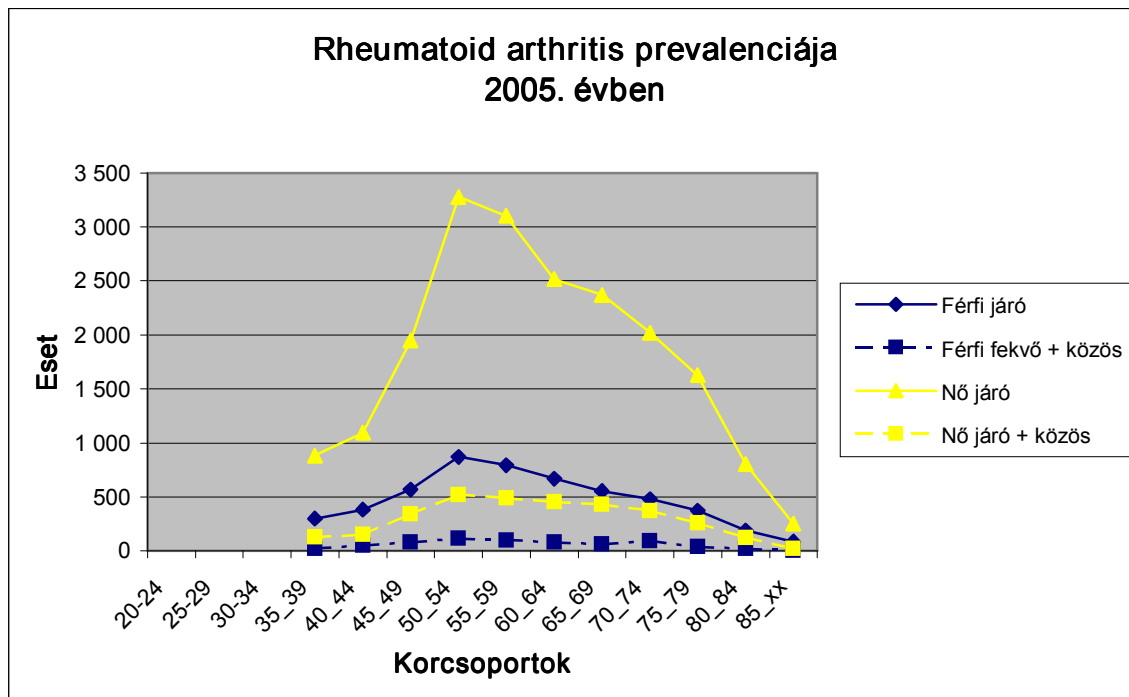
**A Sérülések, mérgezések és külső okok főcsoportba tartozó betegségek
10 leggyakoribb oka és azok száma Magyarországon (2002)
nemenkénti bontásban**

Nők		Férfiak	
Diagnosztikus csoportok	Betegek száma	Diagnosztikus csoportok	Betegek száma
Combcsont törései	81 634	Koponyaűri sérülések	67 953
Lábszár törései	54 383	Lábszár törései	64 337
Koponyaűri sérülések	39 269	Combcsont törései	43 685
Alkar törései	32 542	Koponya vagy arccsontok törései	29 099
A vállöv törései	20 774	Alkar törései	28 558
Antiepileptikumok vagy nyugtató, altatószerek okozta mérgezés	18 454	Térd sérülése	25 752
Térd sérülése	11 573	A mellkas csontjainak törései	20 983
Mellkas csontjainak törései	11 022	A vállöv törései	19 901
Az ágyékcsigolyák ill.	10 504	Csukló kéz törései	17 542

csípőcsont törései			
Koponya,- vagy arccsontok törései	10 033	Fej sérülései	14 070

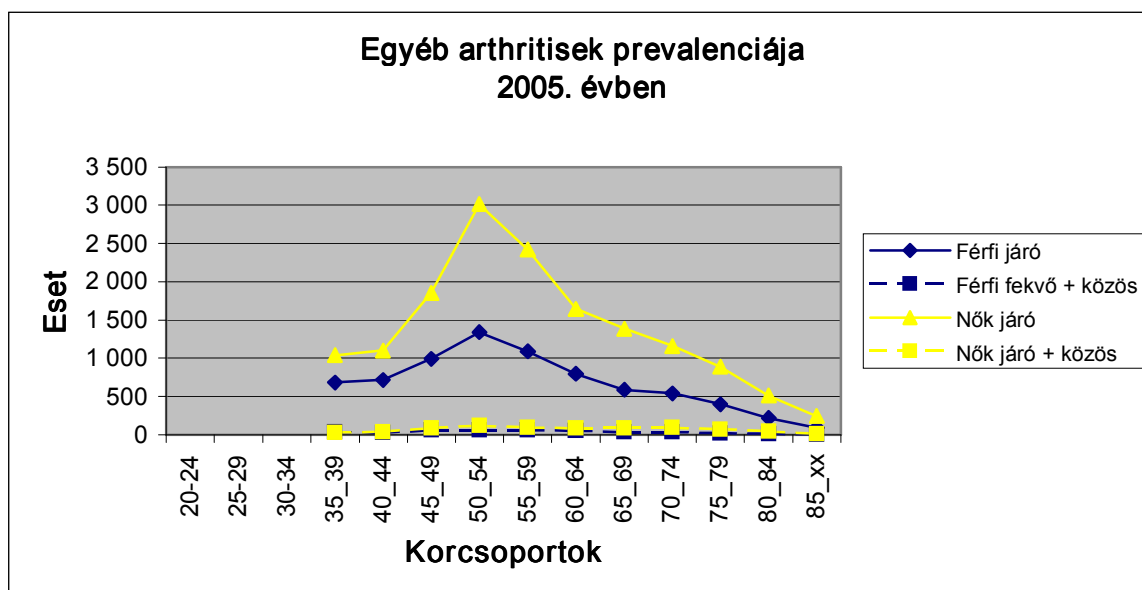
(NEJ 2004)

14. Táblázat



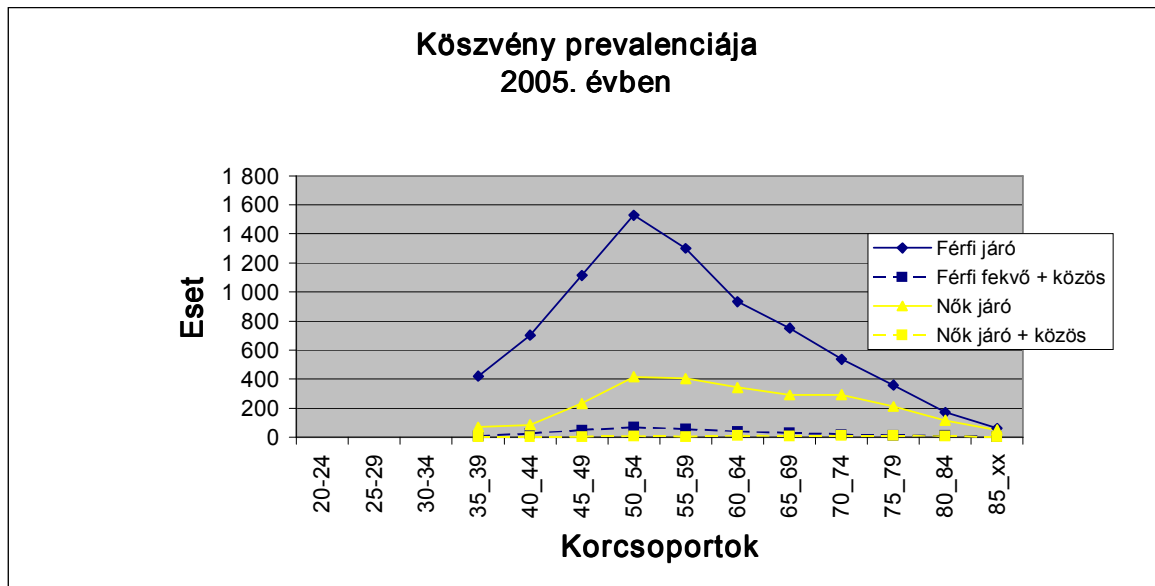
OEP

15. Táblázat



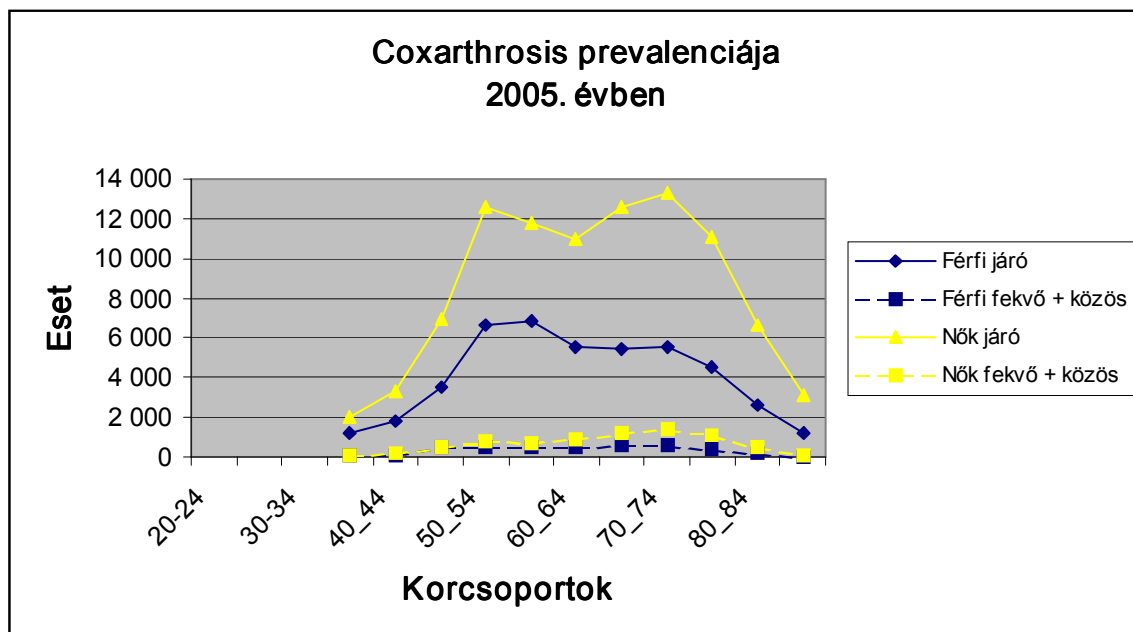
OEP

16. Táblázat



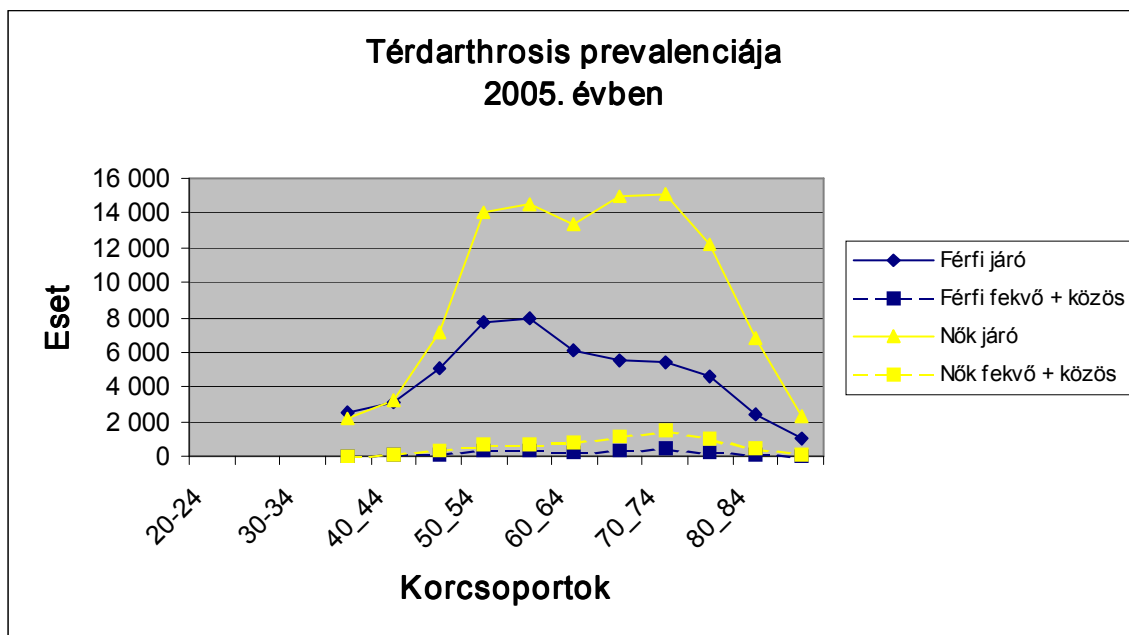
OEP

17. Táblázat



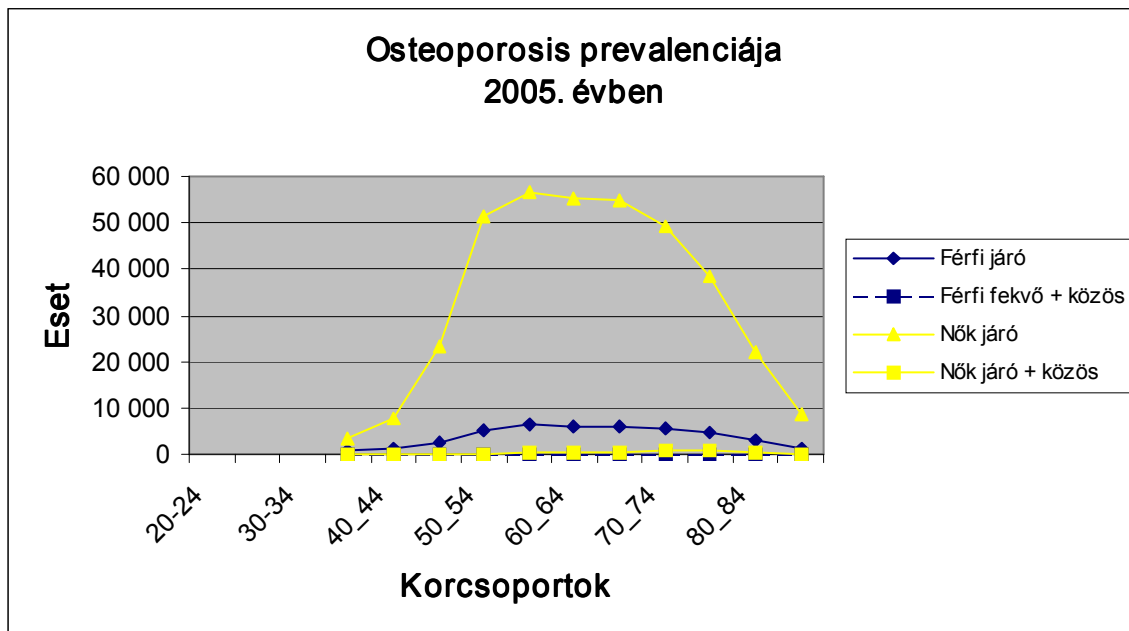
OEP

18. Táblázat



OEP

19. Táblázat



OEP

3.1 Mozgásszervi betegségek kockázati tényezői

KIK VANNAK KOCKÁZATNAK LEGINKÁBB KITÉVE?

20. Táblázat

Az egészség egyes determinánsai mozgásszervi sérülések és betegségek esetében:

Személyes intrinsic faktorok	Személyes extrinsic faktorok	Környezeti faktorok
Kor Nem Genetika Táplálkozás Testtömeg index (TTI) Alkohol fogyasztás Dohányzás Testmozgás Komorbiditás Iskolázottság <i>Pszichológiai tulajdonság</i>	Lakásviszonyok Munka típusa Személyi közlekedés	Természeti környezet Ember- építette környezet Víz és légszennyezettség Higiénia Egyéni támogatás és segítség Szociális, egészségügyi és oktatási rendszer Szociális, egészségügyi és oktatási intervenció

Forrás: BJD

Ezen személyes intrinsic faktorok közül a kor, nem és a genetika, nem változtatható meg, de rendkívül ritkán változnak az iskolázottság, illetve változnak a pszichológiai tulajdonságok. A kialakult táplálkozási alkoholfogyasztási és dohányzási szokások is nehezen változtathatók jó irányban, ez vonatkozik a TTI-re, illetve a testmozgásra is. Mégis épp ezen kockázati tényezők helyes irányba való megváltoztatására kell a hangsúlyt helyeznünk. A komorbiditás kockázata is csökkenhet a megfelelő táplálkozással, testsúly kontrollal, testmozgással, az alkohol és dohányfogyasztás csökkentésével és persze megfelelő orvosi intervencióval.

A személyes extrinsic faktorok közül a lakásviszonyok a legnehezebben változtathatók meg, de jövedelemfüggő a munkatípus, személyi közlekedés, megváltozása is.

Hasonló a helyzet a környezeti tényezőkkel is. Az egyéni támogatás és segítség leginkább a családtól, esetleg szomszédoktól, barátoktól függ.

Hogyan interpretálható a kockázat?

Relatív kockázat: két csoport statisztikai összehasonlítása egy jól definiált populációban abból a célból, hogy kiderüljön: egy jól körülírt kockázati tényező, pl. dohányzás: hogyan befolyásol egy bizonyos kimenetet, pl. betegség kockázatát.

Ha pl. a dohányzás a kockázati tényező, s a dohányzás kockázatát vizsgáljuk osteoporosisra vonatkozóan, s azt találjuk, hogy a relatív kockázat (relatív risk, RR)

pl. 2, ez azt jelenti, hogy abban a populációban a dohányzók kockázata kétszeres arra vonatkozóan, hogy osteoporosisban betegedjenek meg. Egyes kockázati tényezők befolyásolhatók, mások nem.

Egy betegség teljes kockázatának megállapításához az abszolút kockázat határozandó meg. Az abszolút kockázat a kockázati tényező prevalenciája egy adott népességben.

Az egészség meghatározók európai adatai a következő forrásokból származnak.

Eurostat, 2001

OECD Egészségadatok 2000

WHO egészség mindenkinek adatbázis, 1970-2002

21. Táblázat

Az Európai Unió országainak néhány kockázati tényezője 2000-ben (Eurostat 2000)						
Ország	65-79 évesek %-ban	Helyezés	Napi dohányosok %-ban	Helyezés	TTI+3 %-ban	Helyezés
Ausztria	11.9	8	28	9	11.9	9
Belgium	12.9	3	31	6	14.8	6
Dánia	11	13	38	2	12.2	8
Finnország	11.3	11	20	15	16.8	4
Franciaország	11.9	8	35	4	9	14
Görögország	13	2	31	1	21.7	1
Hollandia	8.8	15	29	8	10.4	11
Írország	10.3	14	34	5	9.7	10
Luxemburg	11.1	12	28	9	15.6	5
Nagy-Britannia	11.7	10	27	11	18.2	2
Olaszország	13.4	1	38	2	4.7	11
Portugália	12.2	6	24	13	17.3	3
Spanyolország	12.6	4	31	6	14.	7
Svédország	12.6	4	22	14	8.7	15

A 27 fölötti TTI kockázati tényezője a szív és érrendszeri betegségek, valamint a hypertóniának, arthrosinak, derékfájásnak. A diabétes kockázata elhízottakban 100 %-al nő, a diabétesesek 80 %-ának betegségét 80 %-ban elhízás okozza. Az obesitás az életkilátásokat 8-10 évvel csökkenti.

Hogyan használható mindez a kockázati tényezők szűrésében, a nagyobb kockázatnak kitettek megtalálásában ill. a klinikai döntéshozatalban?

A kockázati tényezők szűrésének feltételei a következők:

- a betegség (állapot) korai stádiumban felismerhető legyen, és bizonyítható legyen, hogy a korai kezelés valóban javítja a prognózist,
- hatékony kezelés létezik és elérhető,
- a szűrővizsgálati teszt legyen egyszerű, ne legyen káros és legyen elfogadható a páciens számára,
- a szűrésre alkalmazott vizsgálat olyan legyen, hogy egyensúlyban legyenek a hamis negatív és a hamis pozitív eredmények, és a helytelen diagnózis következményeinek súlyossága elfogadható legyen mind az egészségügyi szolgálat, mind a páciens számára,

- ha a szűrést egyszer bevezették, annak fenntarthatónak kell lenni, s nem lehet kampányszerű.

Arthrosis előfordulásának és progressziójának kockázati tényezői:

A túlsúly a kéz-, térd- és csípőarthrosis kockázati tényezője (81).

A trauma és bizonyos foglalkozások csípő- és térdarthrosis kockázati tényezői (82).

A földművelés RR-je 4. 5 azok esetében, akik 1-9 éve foglalkoznak földműveléssel, és 9. 3 azoknál, akik 10 évnél tovább végeznek földműves munkát (83).

Rheumatoid arthritis (RA)

A rheumatoid arthritis jelentkezésének kockázati tényezői:

Egypetjű ikrek RR-je, ha az egyik ikernek RA-ja van 15%. A nők kockázata nagyobb, s legnagyobb az 55-65 évesek között. Orális fogamzásgátlók csökkentik az RA előfordulását, de a menopauzát követő hormonpótlás nem. Dohányzás, kövérség kockázati tényező, míg az alkoholfogyasztás úgy tűnik, csökkenti az RA kockázatát.

Az RA súlyosságának kockázati tényezői:

A HLA-DRB1 „közös epitóp”-ja súlyos betegségekre hajlamosít. Rheumatoid faktor pozitívitas, női nem, idősebb kor, nagyfokú gyulladás, súlyos betegség lefolyásra utal már a betegség kezdetén. A rossz szociális körülmények, női nem kockázati tényező mind a fogyatékoság, mind a halálozás szempontjából, mely elsősorban szív-érrendszeri halálozás. A dohányzás extraarticularis RA-ra hajlamosít. Az RA effektív hatékony korai kezelése csökkenti a betegség progresszivitását és a fogyatékoság kialakulását.

Derékfájás

Az akut derékfájós betegek legnagyobb része 1 héten belül, 90%-uk 2 hónapon belül munkába áll.

Az akut, nem specifikus derékfájás 22-44%-ban egy éven belül kiújul, s 85%-ban kiújul az élet további folyamán (84).

6 hónap után a derékfájás miatt keresőképtelenek 50%-a áll vissza a munkába, 2 év után már senki sem veszi fel a munkát (85).

A krónikus derékfájásban szenvedő betegek legnagyobb része krónikus generalizált fájdalom szindrómában szenved. A krónikus generalizált fájdalomban szenvedők közül a krónikus derékfájásban szenvedők prognózisa a legrosszabb (86), s ez a kórforma jelenti a legnagyobb terhet mind az egyénnek, mind a társadalomnak (87).

A derékfájás társadalmi terhe.

Az egy évnél tovább derékfájásban szenvedők, akik az összes derékfájásban szenvedők 4, 6-8, 8%-át teszik ki, felelősek a derékfájás költségének 64, 2-84, 7%-áért (86). 1987-ben az USA-ban a krónikus derékfájás egy éves költsége férfiak esetében USD 1. 230, nők esetében USD 773 volt.

Az Egyesült Királyságban 1998-ban a derékfájás direkt költsége 1, 6 milliárd GBP volt, ami 10 millió magyarra és forintra átszámolva 1. 000 milliárd Ft-ot tenne ki, míg az indirekt költség 6, 6-12, 3 milliárd GBP között mozgott (89).

22. Táblázat

Derékfájás

Kockázati tényezők:

kor
fizikai fittség hiánya
túlsúly
dohányzás
a testtartásért felelős izmok kellő erejének és nyújthatóságának hiánya (ezek közt kiemelkedően a has- és hátizmok erejének, az ischiocruralis-, lumbalis hát- és csípőhajlító izmok nyújthatóságának csökkent volta)

„sárga zászlók”
melyek pszicho-
szociális tényezőkre
utalnak

Pszichikai faktorok:

szorongás
depresszió
emocionális instabilitás
fájdalom-viselkedés
(a fájdalom túlzott kifejezése)

Munkahelyi tényezők

emelés,
hajlás,
torziós mozdulatok, stb. mellett igen fontos tényező
a munkahelyi elégedettség

Osteoporosis

Idősek elesés kockázata.

Csontvesztés és töréskockázat.

A mozgásszervi egészség meghatározóinak eloszlása és a jövőbeli trendek

Számos meghatározó más egészségi állapotok ill. kimenetelek közös meghatározója

- kor
- túlsúly
- nem megfelelő táplálkozás
- a fizikai aktivitás hiánya
- dohányzás
- túlzott alkohol fogyasztás
- balesetek és sérülések

Öregedő népesség

Obesitás

Táplálkozás 4. 5% DALY veszteség írható az Unióban a rossz táplálkozás rovására, ehhez jön még 3, 4%, melyet a túlsúly okoz.

Fizikai aktivitás.

A rossz táplálkozásnak és gyenge fizikai aktivitásnak tulajdonítható DALY veszteség 9,7%-os.

Az EU népesség 50%-a 2-6 órát, s 1/5-e több mint 6 órát ül munkahelyén.

Dohányzás.

Az Európai Unió országaiban 215 millióan, köztük 130 millió férfi dohányzik. 1,2 millió haláleset, az összes haláleset 14%-a tulajdonítható a dohányzásnak évente. Az EU 25-ben, a Ny-Európai népesség 34%-a, a Kelet Európai 47%-a dohányzik.

Alkohol.

Az Eurostat (88) adatai szerint 1995-ben 8.831 férfi és 2.297 nő halt meg abszolút számban az Európai Unióban egyenesen az alkoholnak tulajdoníthatóan.

A tiszta alkoholra számított évi fogyasztás 7 litertől (Svédország, Finnország, UK) 15 literig (Franciaország, Luxemburg) terjed, átlagban 10-12 liter.

Otthoni és szabadidős sérülések.

1995-ben az EU-ban 430.000 ilyen sérülés történt. Az otthoni sérüléseket a sportsérülések követik.

Közlekedési balesetek.

1996-ban 41.000 ember halt meg az EU-ban az utakon, 100.000 emberre számolva 480 az EU átlag: a legmagasabb Belgiumban (696), Portugáliában (688.3) és Ausztriában (652.8), míg a legalacsonyabb Finnországban (182.8) és Dániában (191,3).

Milyen megelőzési stratégia szükséges az egész népesség számára

A megelőzési terv a más betegségekkel elsősorban a szív és érrendszeri betegségekkel közös megelőzési módszerekre koncentrál.

- fizikai aktivitás, fizikai fittség elérése és megtartása
- ideális testsúly megtartása
- megfelelő, kiegyensúlyozott diéta, megfelelő Ca és D vitamin bevitel
- a dohányzás elkerülése
- túlzott alkoholfogyasztás elkerülése

24. Táblázat

Milyen megelőzési stratégia szükséges az egész népesség számára

- baleset megelőző programok, mozgásszervi sérülése elkerülése
- a munkahelyi egészség elősegítése: a mozgásszervek túlterhelésének elkerülése,
- megfelelő megelőző torna és sporttevékenység
- az egyén és a társadalom figyelmének felhívása a mozgásszervi problémák fontosságára
- színvonalas információ a mozgásszervi bajok megelőzésének, illetve hatékony gyógykezelésének lehetőségeinél

25. Táblázat

Fizikai aktivitás:

Minden életkorban mindenkinek ajánlandó, minimum:
legalább napi harminc perces mérsékelt aktivitású mozgás:

Bizonyított előnyei mozgásszervi betegségekben

- Elősegíti az egészséges csontozat, ízületi rendszer és izomzat kifejlődését, illetve megtartását
- Jó hatású arthrosis, derékfájás kezelésére
- a normális csonttömeg és izomerő megtartásában
- az elesések, balesetek elkerülésében
- a testsúly megtartásában, csökkentésében.

26. Táblázat

Bizonyított előnyei más betegségekben

- 50%-al csökkenti a koszorúérbetegség,
- a 2. típusú cukorbetegség és az elhízás veszélyét
- 30%-al csökkenti a magas vérnyomás kialakulásának kockázatát
- Hypertóniások esetében csökkenti a magas vérnyomást
- Javítja a motilitását, izomerőt, állóképességet, mobilitást, mozgáskoordinációt, egyensúlyt
- Növeli az önértékelést, elősegíti a jólétet, segíti a testsúly megtartásában.

27. Táblázat

Az ideális testsúly

Minden életkorban ajánlott a testtömeg 19 kg/m^2 és 27 kg/m^2 közötti tartása

Bizonyított előnyei mozgásszervi betegségekben

- Az ideális testsúly fontos pillére a mozgásszervi egészségnek
- Az elhízás fontos oka a térdarthrosis kialakulásának és súlyosbodásának
- 4-7 kg testsúlycsökkenés csökkenti a térdarthrosis okozta fájdalmat és a betegség progresszióját
- A testsúlycsökkenés csökkenti a reumatoid arthritises betegek fájdalmát
- Az elhízás súlyosbítja a derékfájást
- Az alacsony testsúly csonttritkulás és elesés okozta törések kockázati tényezője

28. Táblázat

Az ideális testsúly bizonyított előnyei más betegségekben

- csökkenti a korai halálozás veszélyét, a szívhalál kockázatát
- csökkenti a cukorbetegség kockázatát
- csökkenti a magas vérnyomás kockázatát
- csökkenti a hypertóniások vérnyomását
- csökkenti a vastagbélrák kockázatát
- csökkenti a szorongást és depressziót
- csökkenti a légzési nehézségeket

29. Táblázat

Táplálkozás

Minden életkorban javasolt

- minimálisan 800 mg kalcium és halolaj napi fogyasztása.
- Ha az egyént megfelelő UV sugárzás nem éri, napi 400-800 IU D vitamin szedése szükséges.
- A kiegyensúlyozott táplálkozás szénhidrátot, fehérjét, zsírt, vitaminokat, ásványi sókat, rostokat egyaránt tartalmaz.

Bizonyított előnyei

- a zöldség és gyümölcs fogyasztás csökkenti krónikus betegségek kockázatát
- csökkenti a szívbetegség kockázatát
- csökkenti a rák kockázatát

30. Táblázat

Dohányzás

Az európai éves halálozás 14 %-a (1,2 millió ember) összefüggésbe hozható a dohányzással.

A dohányzás elkerülése ajánlott.

Bizonyított előnyei mozgásszervi betegségekben

- csökkenti a reumatoid arthritis kockázatát
- csökkenti az osteoporózis kockázatát
- csökkenti a derékfájás kockázatát

Bizonyított előnyei nem mozgásszervi betegségekben

- csökkenti a légzőszervi betegségek kockázatát - TÜDŐRÁK -
- csökkenti az arteriosclerosis kockázatát
- csökkenti a koronaria sclerosis kockázatát
- csökkenti a hypertónia kockázatát
- csökkenti a gastrointestinalis betegségek kockázatát

31. Táblázat

Alkoholfogyasztás

Excesszív alkoholfogyasztás elkerülése ajánlott.

Napi 60 g alkoholnál nagyobb mennyiség excesszívnek számít. Az alkoholfogyasztás és a közúti balesetek munkahelyi balesetek, esések és osteoporosisos törések között szoros összefüggés van.

Bizonyítottan más betegségekben az alkoholfogyasztás

- növeli a kardiovascularis betegségek kockázatát
- növeli a májcirrhosis kockázatát
- növeli az elsődleges májkarcinoma kockázatát
- növeli a gastrointestinális betegségek kockázatát
- növeli a légzőrendszer neoplazmás elváltozásainak kockázatát
- bizonyos epidemiológiai vizsgálatok összefüggést mutattak ki a kolonkarcinoma és a női emlőrák kockázatának növekedési gyakoriságára

3.3 A társadalmi-gazdasági tényezők szerepe a mozgásszervi betegségek kockázatában

Arthrosis.

Az 55-74 éves korcsoport 3%-a szenved csípő, 10% térd, 40% láb és 70% kézarthrosisban. A 60 évnél idősebb 10%-ának szignifikánsan jelentős, arthrosisnak tulajdonítható panaszai vannak.

Életmód befolyásolása:

Megelőzhető vagy csökkenthető kockázati tényezők:

- obesitás
- az ízület mechanikai rendellenességei
- az ízületi porc túlterhelése
- akut sérülések
- foglalkozási tényezők

Sportolás. küzdősportok (pl. labdarúgás) arthrosisra hajlamosítanak; mérsékelt, rendszeres hosszútávfutás, kocogás, megelőző, protektív hatású. A gerinc- és ízületvédelem megvalósítása a sportban és testnevelésben megelőző, védő hatású.

32. táblázat

Derékfájás

Életmód befolyásolás.

A derékfájás, valamint krónikussá válásának kockázati tényezői:

	<u>Akut derékfájás</u>	<u>Krónikus derékfájás</u>
Egyéni tényezők	kor fizikai fitness a testtartásért felelős izmok kellő ereje és nyújthatósága dohányzás gerinc-és ízületvédelem hiánya a sportban és testnevelésben	obesitás alacsony iskolázottság a fájdalom és fogyatékoság igen kifejezett
Pszichoszociális tényezők:	stressz szorongás érzelmek, kedély kognitív funkciók fájdalomhoz való viszony	disztressz depressziós kedély szomatizáció
Foglalkozási tényezők:	kétkezi munka derékhajlás, rotáció teljes test vibráció a munkával való elégedetlenség	a munkával való elégedetlenség a könnyű munka elérhetetlenség munkába való visszatérés, a munkaidő $\frac{3}{4}$ részében terhek emelése

monoton munka
a munkához való viszony
szociális támogatás
kontroll hiánya

Fitness program, oktatás, aktívnak maradás megelőzi a derékfájás krónikussá válását.

Fitness program, oktatás, aktívnak maradás csökkenti a fájdalmat.

A nem specifikus derékfájás terhét a fizikai aktivitás, oktatás, aktívnak maradás csökkenti.

Rheumatoid arthritis

Életmód befolyásolás.

A dohányzás a nagy kockázatú csoport, ill. a betegségben szenvedő minden csoport kilitátásait rontja. Az obesitás a fájdalmat minden csoportban fokozza. Alacsony iskolázottság a betegség kimenetelét rontja.

Osteoporosis

Életmód befolyásolás.

Gyermekkorban kezdett megfelelő fizikai aktivitás (mindennapi óvodai és iskolai testmozgás/testnevelés, sport)

Megfelelő kalcium és D vitamin ellátottság biztosítása

Megfelelő fehérjebevitel

Ideális testsúly 19-25 kg/m² elérése és megtartása

Dohányzás mellőzése

Alkohol abusus kerülése

Elesések kerülése

MIT KELL TENNÜNK? Megelőzési stratégia

Prevenációs stratégia.

1. egész népesség
2. nagy kockázatnak vagy a megelőzendő betegség korai stádiumában lévő
3. kifejezett betegség stádiumban lévő

ad 1. A biztonság előbbre való a hatékonyságnál.

ad 2. A cél személyek felkutatására módszer dolgozandó ki.

A hatékonyság fokozódó jelentőségű, de a biztonságosság is szem előtt tartandó.

ad.3. Feladat a súlyosbodás megelőzése.

Az egészség nyereség és egészség-kockázat mérlegelendő.

A költség-hatékonyság vizsgálándó.

A mozgásszervi betegségek terhét, ill. a prevenciós folyamatot monitorizálni kell.

Teljes népesség stratégia.

- fizikai aktivitás, a fizikai fitness megtartása
- az ideális testsúly megtartása
- megfelelő diéta, megfelelő kalcium és D vitamin bevitellel
- mérsékelt alkoholfogyasztás, az abúzus elkerülése
- baleset megelőzés
- teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (mindennapi testmozgás, egészséges táplálkozás, személyiségfejlesztés, egészségtan hatékony oktatása) fokozatos elterjesztése, hogy minden gyermek részesüljön benne
- munkahelyi egészségfejlesztés: a mozgásszervek egyoldalú túlterhelésének elkerülése, megfelelő preventív sport. Ebben fontos szerepet játszik az iskolai testnevelés, közösségi, lakossági sport.
- a mozgásszervi egészség problémáinak tudatosítása a társadalommal

Fizikai aktivitás. Óvodás és iskolás korban minden tanítási napon az egészségfejlesztési szakmai kritériumoknak megfelelő testnevelés/testmozgás bevezetése és fokozatos elterjesztése javasolt szakmai ellenőrzés és központi költségvetésből történő finanszírozás mellett. Legalább félórás mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás, pl. gyorsütemű séta javasolt minimumként.

A fizikai aktivitás mozgásszervi előnyei.

Előnyös a csontok, ízületek, izmok egészségének megtartására.

Jó hatású arthrosis, derékfájás ill. annak krónikussá válása megelőzésében és kezelésében.

Jó hatású a csontok ásványi anyag tartalmára, az izomerő megtartásához segít hozzá.

Fontos módja a testsúlycsökkentésében segít az elesések megelőzésében.

Egyéb hatásai:

- 50%-kal csökkenti a koszorúér betegség, a nem inzulin-dependens diabetes ill. a kövérés előfordulását
- 30%-kal csökkenti a hipertónia kialakulásának kockázatát, ill. az enyhe és mérsékelt magas vérnyomást csökkenti
- javítja az egyensúlyt, mozgáskoordinációt, mobilitást, erőt és állóképességet
- javítja az önértékelést
- javítja a lelki egészséget
- segít a testsúly csökkentésében ill. megtartásában

Az ideális testsúly.

Az ideális testsúly minden életkorban 19-25 kg/m².

A túlsúly a térdarthrosis jelentkezésének, progresszivitásának, súlyosságának kockázatát fokozza leginkább, de a csípő és kézarthrosis jelentkezését és súlyosságát is befolyásolja.

A 4-7 kg testsúly-csökkenés csökkenti a térdarthrosis okozta fájdalmat és lassítja a progressziót.

Testsúlycsökkenés csökkenti az RA-s beteg fájdalmát. A súlyos obezitás súlyosbítja a derékfájást és annak rekurálására és krónikussá válására hajlamosít.

Az alacsony testsúly osteoporosis kockázati tényezője, s fokozza törések halálózását.

Az ideális testsúly egyéb egészség előnyei:

- csökkenti a korai halálozás kockázatát
- csökkenti a szív-halál kockázatát
- csökkenti a diabetes kockázatát
- csökkenti a magas vérnyomás kockázatát
- csökkenti a hypertóniások vérnyomását
- csökkenti a vastagbél-rák kockázatát
- csökkenti a depressziót és a szorongást
- csökkenti a légzési nehézségeket
- csökkenti a bőr problémákat
- csökkenti a terméketlenség kockázatát

A WHO 2002-es közlése szerint a cukorbeteg esetek 50%-a, az ischaemiás szívbetegség esetek 21%-a, bizonyos rákok 8-42%-a, 21 kg/m² feletti testsúlynak tulajdonítható.

Táplálkozás.

Minden életkorban javasolt minimálisan 800 mg kalcium és halolaj napi fogyasztása. Ha az egyént megfelelő UV sugárzás nem éri, napi 400-800 IU D vitamin szedése szükséges.

A kiegyensúlyozott táplálkozás szénhidrátot, fehérjét, zsírt, vitaminokat, ásványi sókat, rostokat egyaránt tartalmaz.

- A zöldség és gyümölcs fogyasztás csökkenti krónikus betegségek kockázatát
- Csökkenti a szívbetegség kockázatát
- Csökkenti a rák kockázatát

Dohányzás.

A dohányzás elkerülése ajánlott.

A dohányzás elkerülése csökkenti az RA, osteoporosis és derékfájás kockázatát. Arra nincs adat, hogy a dohányzás elhagyása után ezek kockázata hogyan változik.

Alkoholfogyasztás.

Excesszív alkoholfogyasztás elkerülése ajánlott.

Napi 60 g alkoholnál nagyobb mennyiség excesszívnek számít. Az alkoholfogyasztás és a közúti balesetek, munkahelyi balesetek, elesések és osteoporosisos törések között szoros összefüggés van.

Balesetek elkerülése.

Különösen fontos

- ❖ a sportbalesetek
- ❖ a foglalkozási balesetek
- ❖ a közlekedési balesetek
- ❖ Idősek elesésének elkerülése

A balesetek következménye arthrosis, derékfájás, osteoporosisos törés lehet.

A mozgás-szervek statikus túlterhelése, dinamikus alulterhelése és egyéb, a normálistól eltérő terhelése.

- Ez elsősorban foglalkozási eredetű (ülőmunka, számítógépes munka, ismétlődő, monoton mozdulatok, terhek emelése) és sport eredetű lehet.
- A mozgásszervek strukturális és funkcionális rendellenességeit részint újszülött korban (csípőízületi dysplasia), részint serdülőkorban (scoliosis, genu varum, valgum) érdemes kiszűrni és megfelelően kezelni.
- A mozgásszervek statikus túlterhelése és dinamikus alulterhelés és/vagy normálistól eltérő terhelése megelőzhető, s ez megelőzi arthrosis, derékfájás, krónikus fájdalom szindróma kialakulását.

- Az egyén és társadalom figyelmének felkeltése.

A társadalom és egyén figyelmét fel kell hívni a mozgás-szervrendszer problémáira és a megelőzés, illetve a korai kezelés lehetőségeire, mert felhívja a figyelmet, hogy vannak megelőzési és kezelési lehetőségek.

- Egészség-nyereség és kockázat.

Egyes beavatkozások eredménye, így a megfelelő kalcium és D vitaminé – 5 éven belül jelentkezik, míg más prevenciós beavatkozások csak az élet teljes során, főleg a késői években mutatják eredményességüket.

33.Táblázat

Fő ajánlások arthrosis megelőzésére

Népesség	Ajánlás
Az egész népesség	fizikai fittség megtartása túlsúly elkerülése ízületi túlterhelés és ízületi sérülések elkerülése
Fokozott kockázatú népesség	Megfelelő fizikai tréning túlsúly elkerülése ízületi túlterhelés és ízületi sérülések elkerülése

Forrás: BJD

34. Táblázat

Fő ajánlások rheumatoid arthritis megelőzésére

Népesség	Ajánlás
Az egész népesség	Dohányzás kerülése Fizikai fitness
Fokozott kockázatú népesség	Korai ízületi gyulladásal jelentkezők megfelelő, korai arthritis diagnosztikájában és kezelésében járatos szakorvosi ellátásban részesüljenek
Korai rheumatoid arthritisben szenvedők	Megfelelő betegoktatás, ízületvédelem, önkezelési program, betegközösségben való részvétel, fizioterápia, korai bázisterápiás és megfelelő gyulladáscsökkentő és fájdalomcsillapító kezelés. Ha lehetséges, a kenyérkereső foglalkozás megtartása, családi és társadalmi életben való részvétel.

Forrás:BJD ajánlás

35. Táblázat

Fő ajánlások az osteoporosis megelőzésére

Népesség	Ajánlás
Az egész népesség	Fizikai aktivitás Ideális testsúly megtartása Megfelelő Ca és D vitamin bevitel Dohányzás és túlzott alkoholfogyasztás elkerülése
Nagy kockázatú népesség	A fentiek mellett megfelelő oktatás és életmód tanácsadás, a Ca és D vitamin bevitel normalizálása. A kockázati tényezők kiiktatása, ha ez lehetséges. A nagykockázatúak kiemelésével megfelelő stratégia dolgozandó ki
A kezdődő osteoporosisban szenvedők részére	Akik csontsűrűsége (bohn mineral density BMD) alacsony (T score<-2,5) részesüljenek életmód tanácsadásban Ca és D vitamin ellátottságuk megfelelő legyen. A nagy töréskockázatnak megfelelő gyógyszeres kezelésben részesüljenek. Idősebbek, akik elesés kockázata nagy, vegyenek részt esés megelőző programokon.
Előrehaladott osteoporosisban szenvedők részére	A fentiekén túlmenően megfelelő gyógyszeres kezelés szükség szerint fájdalomcsillapító, fizikoterápia, elsősorban torna, a törések megfelelő reumatológiai-ortopédiai ellátása, multi-diszciplináris rehabilitáció. Idősebb, törékeny betegek részére csípővédő.

Forrás:BJD ajánlás

36. Táblázat

Fő ajánlások nem specifikus derékfájás megelőzésére és kezelésére	
Népesség	Ajánlás
Egész népesség + fokozott kockázatú népesség	Megfelelő fizikai aktivitás: többször egy héten torna, mozgás. A kockázati tényezők lehetőség szerinti csökkentése.
Korai stádium < 6 hét	Valamelyes derékfájás nem kóros. Maradjon aktív és kerülje el az ágynyugalmat. Szedjen fájdalomcsillapítókat; először paracetamolt, ha nem használ nem steroid gyulladáscsökkentőket. Manuálterápia hatékony lehet. Az orvos figyeljen arra, vannak a „vörös” ill. „sárga” zászlók.
6 hét után	A beteg állapota újra értékelendő: nincsenek-e speciális derékfájásra (infekció, tumor, reumás gyulladás, törés, súlyos neurológiai tünetek) utaló jelek, „vörös” zászlók ill. „sárga” zászlók Képalkotó vizsgálat csak specifikus derékfájás esetén.
6-12 hét	Viselkedés terápia, torna. Kontaktus a munkahellyel. Meg kell kísérelni a munkába való állítást legalább adaptált, ill. részmunkaidős munkába.
Késői stádium (3 hónapon túl újraértékelés)	Rehabilitációs program. Kontaktus a munkahellyel. Foglalkozási tréning.

Forrás:BJD ajánlás

Ajánlások mozgásszervi traumák megelőzésére és kezelésére

Megelőzés gyerekek esetén

Ajánlás

Külső kockázati tényezők kiiktatása
Kockázatok elkerülésének oktatása
Megfelelő csonttömeg kialakulása
érdekében mindennapi iskolai és óvodai
testnevelés/testmozgás
Ne engedjük idő előtt önállóan
közlekedni a gyermeket
Biztonságos játszóterek szükségesek
Ismerjék fel időben az otthoni erőszakot,
s a gyermek kihasználását

Fiatalok esetében

Külső kockázati tényezők kiiktatása
Megfelelő csonttömeg kialakulása
érdekében mindennapi iskolai
testnevelés/testmozgás
A közlekedési szabályok oktatása
A közlekedési szabályok betartása
Biztonsági felszerelés (pl. bukósisak)
használata a közlekedésben
Az alkohol és drogok veszélyeinek
oktatása

	Foglalkozási kockázatok ismertetése
Munkaképes korúak esetében	Külső kockázati tényezők kiküszöbölése Foglalkozással járó kockázatok felismerése és kivédése Közlekedési szabályok betartása A megfelelő fizikai aktivitás és csonttömeg megtartása Alkohol túlzott fogyasztásának kerülése Otthoni erőszak kerülése
Idősek esetében	Külső kockázati tényezők kiküszöbölése A fizikai aktivitás és csonttömeg megfelelő megtartása Elesés megelőző programokban való részvétel Csípővédő használata Biztonsági eszközök, pl. megfelelő bot, járőrka használata
A sérülés korai szakaszában	Súlyos sérülések azonnali, szakszerű ellátása, a szövődmények megelőzése A potenciálisan fogyatékossgot okozó sérülések korai diagnózisa, és megfelelő kezelése
A sérülések késői szakaszában	Utókezelés és szövődmények megelőzése, a rehabilitáció szükségességének felmérése
Rehabilitáció fiatal és munkaképes korúak esetén	Döntően korai intézeti rehabilitáció, majd szükség esetén ambuláns ellátás, rekondicionálás.
Időskorúak esetén	Szükség esetén korai intézeti rehabilitáció. Döntően lakóközösségi rehabilitáció.

Forrás:BJD ajánlás

Súlyosabb mozgásszervi sérülések megelőzése és kezelése

Megelőzés gyermekek esetén	Ajánlás Külső kockázati tényezők kiiktatása Megfelelő utak, munkahelyek kiépítése Megfelelő közlekedési eszközök, járművek, munkaeszközök használata Védőfelszerelés használata Oktatási és tréningprogramok A szabályok és rendelkezések betartása Fizikai erőnlét megtartása – mindennapi iskolai és óvodai testnevelés/testmozgás Alkohol és drogok kerülése Gyors és begyakorlott mentés
Ellátás a korai stádiumban	Pontos diagnózis és megfelelő kezelése már a helyszínen Életfontos funkciók stabilizálása Általános fájdalomcsillapítás Ha a sérült instabil, immobilizálás Hazai szállítás megfelelő tapasztalattal és felszereléssel rendelkező ellátóhelyére Törések műtéti és nem műtéti stabilizációja Azonnali műtéti kezelés, ha a sérült állapotának romlása fenyeget Megfelelő folyadék és táplálék bevitel Figyeljünk kardiovaszkularis, pulmonális, neurológiai szövődményekre Igyekezzünk infekciót, trombózist, embolizációt, heterotop csontosodást megelőzni Korai mobilizáció és rehabilitáció
Kezelés a késői szakaszban	Helyi és általános fájdalomcsillapítás Definitív műtéti ellátás megfontolandó Stabilizáció, rekonstrukció, arthroplastika, amputáció, plasztikai sebészeti megoldások Definitív, de nem operatív kezelés Gyógyászati segédeszközök, protézisek, hazai mobilizáció és rehabilitáció A munkába és a társadalmi életbe való visszavezetés lehetőség szerint mielőbb.

Forrás:BJD ajánlás

A foglalkozási sérülések és mozgásszervi ártalmak megelőzése és kezelése

Megelőzés	Foglalkozási kockázati tényezők felismerése Munkahelyi torna, a számítógépek megfelelő elhelyezése, adaptáció és megfelelő rendeletekkel szabályozott munkabeszerezés Baleseti veszélyek tudatosítása, megelőzési kampányok, a munkavállalók oktatása a következőkre: - Fizikai terhelhetőség, ezzel a kapacitás megtartásának fontossága - A munkához szükséges technika és jártasság - A végzett munka táplálék szükséglete - A végzett munkához szükséges öltözködés és védőfelszerelés - A szabályok betartása - A munkaeszközök megfelelő volta - A védőeszközök használata
Kezelés korai stádiumban	Korai, pontos diagnózis és kezelés A fájdalom általános és lokális csillapítása Részleges munkakorlátozás Szükség esetén rövid időtartamú immobilizáció Szükség esetén gyógyászati segédeszközök alkalmazása A fizikai terhelhetőség megtartása a rehabilitáció folyamán Analizálható a sérülés, túlterhelés mechanizmusa, hogy hasonló sérülés vagy túlterhelés a jövőben elkerülhető legyen. Ennek alapján: - Megfontolandó a munkafeltételek és munkaszervezés megváltoztatása - A sérült más munkakörbe való áthelyezése - A munka megváltoztatása - korai munkába állítás
Kezelés késői stádiumban	Általános és lokális fájdalomcsillapítás Részleges munkakorlátozás Szükség esetén gyógyászati segédeszközök alkalmazása A fizikai terhelhetőség megtartása a rehabilitáció folyamán A sérülés, túlterhelés mechanizmusának vizsgálása

Forrás:BJD ajánlás

- Jövőbeli sérülések elkerülése céljából:
- szükséges lehet a munkafeladat és munkaszervezés megváltoztatása
 - a sérült beteg más munkakörbe helyezése
 - a munka megváltoztatása
 - korai munkába állítás

Sportsérülések megelőzése és kezelése

Megelőzés	Ajánlások Megfelelő sporteszközök és felszerelés, védőfelszerelés viselése Megfelelő technika elsajátítása kvalifikált edzőtől A védőfelszerelés, fizikai állapot, technikai tudás ellenőrzése. Edzők képzése a gerinc- és ízületvédelemre a sportban A szabályok betartása A dehidratáció és túlterhelés elkerülése A sérülés auditálása A fizikai terhelhetőség megtartása
Kezelés a korai stádiumban	Lehozatal a pályáról Korrekt diagnózis További sérülés megelőzése Jegelés, a végtag elevációja Sínezés, kompresszió Nem steroid gyulladáscsökkentők Képalkotó diagnosztika, fizioterápia, hematológia
Kezelés a késői stádiumban	Korai és megfelelő rehabilitáció Predeszponáló tényezők lehetőség szerinti kiiktatása A sportoláshoz való viszonyuláshoz Fájdalommentesnek kell lenni a sérülésnek, megfelelő izomerővel és a sport további üzésének megfelelő ügyességgel és tréninggel kell rendelkeznie

Forrás:BJD ajánlás

5. A Nemzeti Program (mi mit javasolunk Magyarországon) kell a zárójeles rész? TEENDŐK A MOZGÁSSZERVI BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA TERÉN

A mozgásszervi betegségek egy része civilizációs ártalom, s ezek a betegségek részben megelőzhetők.

A következő betegségek primer prevenciója lehetséges:

- derékfájás és nyakfájás
- osteoporosis
- arthrosis bizonyos formái
- lágyrész-elváltozások bizonyos formái
- balesetek megelőzése
- munkahelyi sérülések és túlterhelés
- sportsérülések

A derék- és nyakfájás primer megelőzésének legjobb időpontja a gyermek- és tinédzserkor. Ebben a családnak, pedagógusoknak van a legfontosabb szerepe. Ehhez szükséges, hogy mind a társadalom, elsősorban a szülők és a pedagógusok – mindenekelőtt a testnevelő tanárok – megfelelő ismereteket kapjanak a helyes testtartásról, ülésről, állásról, a megfelelő gerincgörbületekről és izomzatról, az egyoldalú, statikus terhelés elkerüléséről, a megfelelő test- és mozgáskultúráról. (99.)

E téren Magyarországon élenjáró intézkedések történtek a közelmúltban: az iskolai testnevelésben minden tanulóval végzendő tartásjavító torna része a Nemzeti Alaptantervnek és a kerettanterveknek, valamint a mindennapi iskolai és óvodai testnevelés/testmozgás bevezetésére és elterjesztésére is lépések történtek a Nemzeti Népegészségügyi Program révén. Az iskolai testnevelésben történő tartásjavítás hatékonyságát kontrollált, longitudinális vizsgálat (100, 101, 102)

Orvosi szinten fontos az idiopathiás scoliosis, a Scheuermann-kór, a tartási rendellenességek, valamint a gyermekkori obesitas felismerése és kezelése.

Fiatal felnőttkorban igen fontos a munkaegészségügy szerepe a derék- és nyakfájás megelőzésében: ökonomikus munkafeltételek megteremtése, a monoton, egyoldalú terheléssel járó munka hátrányainak kiküszöbölése megfelelő munkahelyi tornával, lazítással. Igen fontos a megfelelő munkahelyi légkör, a főnök és beosztottainak viszonya. (92)

Külföldi tapasztalatok azt mutatják, hogy egyszerű felvilágosító füzetek, munkaegészségügyioktatás, milyen hatalmas mértékben csökkentik a derékfájás epizódok gyakoriságát és időtartamát. (93). Fontos, hogy a keresőképtelenné váló derékfájós beteg ne veszítse el kapcsolatát munkahelyével, minél előbb álljon legalább részmunkaidőben munkába, s ha szükséges, munkakörülményeit átmenetileg vagy

véglegesen meg kell változtatni, illetve megfelelő munkakörülményeket kell kialakítani.

Az osteoporosis primer prevenciójának legjobb időpontja a megfelelő csonttömeg kialakulásának ideje, a serdülőkor és a fiatal felnőttkor.

Fontos a megfelelő fizikai terhelés, elsősorban a nehézségi erő ellenében végzett mozgás, a megfelelő izomzat kialakítása.

Fontos a megfelelő D vitamin és kalcium ellátottság, megfelelő táplálkozás. E területen ugyancsak fontos a szülők, pedagógusok megfelelő felvilágosítása. Fontos a fiatal felnőttkorban való megfelelő fizikai terhelés is, hisz a csonttömeg mintegy 30 éves korig nő.

Mindkét primer prevenció tevékenységet tartalmazza a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság 2003. évi döntései nyomán, a WHO ajánlásainak megfelelően elkészült terv a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés bevezetésére és fokozatos elterjesztésére; ennek megvalósítása ugyan még nem indult el eddig, de mindenképpen szükséges a jövőben. (103, 104)

Az arthrosis primer prevenciója.

A csípő arthrosis kiváló primer prevenciója a csecsemők csípőficam-szűrése, mely kitűnően működik hazánkban.

Sajnos a szülők sokszor nem tudják, és az orvosok, védőnők nem hívják fel eléggé figyelmüket, hogy a csecsemőkorban megfelelően kezelt dysplasiás csípő nem mindig fejlődik tökéletes csípőízületté. Az ilyen csípő teherbíró képessége sok esetben csökkent, az excessiv terhelést (műkorcsolya, szertorna, kézilabda, stb.) nem bírja. Terhesség, szülés után is sok dysplasiás csípő válik fájdalmassá.

Fontos a gyermekkori Perthes-kór, combfej epiphyseolysis időben való adekvát kezelése, hogy a másodlagos arthrosist elkerülhessük. Fontos a megfelelő fizikai terhelés és a megfelelő testsúly

A foglalkozási és sportsérülések korrekt ellátása megelőzi a következményes arthrosist. Az ízületi lágyrész-sérülések ellátása is rendkívül fontos.

A „Törés nincs, borogassa, kímélje, szedjen fájdalomcsillapítót, menjen reumatológushoz” szemlélettel sok arthrosishoz vezethető lágyrész-sérülés feltáratlan és megoldatlan maradhat.

A foglalkozásból és sportból adódó túlterhelés is elkerülhető megfelelő odafigyeléssel, prevenció módszerekkel. Ismeretes a préslégszerszámmal dolgozók csukló-, váll- és könyök arthrosisa, a földművesek csípőarthrosisa, a bányászok térd- és a traktorosok gerincarthrosisa. (91) A sportolók közül a labdarúgás térd-, a szabadfogású birkózás csípő-, a súlyemelés gerinc- és térd-, a dzsúdó kéz kisízületi arthrosisa hajlamosít. (94, 95)

Az osteoporosis prevenciójában postprimer prevenciót is megkülönböztethetünk: ezt nők esetében a perimenopauza korában, mindkét nembeliekénél tartós steroid kezelés, hyperthyreosis, hyperparathyreosis, művese kezelés esetén kell alkalmaznunk, mert ezen állapotok ill. betegségek csontitkulásra hajlamosítanak. A prevenció megfelelő D vitamin és kalcium bevitelből, mozgáskezelésből áll, steroid kezelés esetén szükség lehet biszfoszfonátok adására, művi menopausa esetén

hormonpótlásra is. A primer hyperparathyreosis a túlműködő mellékpajzsmirigy eltávolításából áll.

Égészséges perimenopausában lévő nők esetén elsősorban azokat kell különös figyelemmel kísérni, akik esetében több kockázati tényező is regisztrálható.

A gyulladásos ízületi betegségek közül

- az infekciózus arthritisek primer prevenciója fontos. Ez az ízületi punkció, biopszia, arthroszkópia, ízületi műtétek esetén a sterilitás szabályainak betartásából áll. Veszélyeztetett beteg esetén (steroid- és immunszuppresszív kezelés, rheumatoid arthritis, immundeficiencia, idős- vagy csecsemőkor, ízületi arthroplastikai műtét). Nagy gondot kell fordítani minden infekció adekvát antibiotikus kezelésére ill. a fertőzött gócok kiirtására
- Lyme borelliosis megelőzésére fontos a veszélyeztetett területen a kullancscsípés elkerülése, ill. a kullancs mielőbbi eltávolítása. Erythema chronicus migrans doxycyclinnel kezelendő.
- Gonorreás arthritis, a gonorrhea időben alkalmazott, adekvát antibiotikus kezelésével előzhető meg.
- A Chlamydia trachomatis okozta urogenitális infekció főleg szexuális partnerüket gyakran cserélgető fiatalokon jelentkezik. Kondom használatával a fertőződés elkerülhető. A fertőzött, ill. partnere megfelelő antibiotikus kezelésével a „ping-pong infekció” elkerülhető.
- A köszvénynek lehet primer prevenciója. A hyperuricaemia, 40 éven felüli kor, férfi nem, túlsúly, fokozott alkoholfogyasztás, purindús táplálkozás kétségtelenül hajlamosít köszvényre.(94); A hyperuricaemiások kb. 30%-a hypertóniás (97) ill. a hypertóniások 25%-a hyperuricaemiás (97). A hyperuricaemia a szív és érrendszeri betegségek önálló kockázati tényezője (27, 98, 99) ezért a hyperuricaemiát érdemes gyógyszerrel is csökkenteni (98). Különös figyelmet érdemel a diabeteses és hyperuricaemiás betegek diétájának beállítása, illetve a megfelelő tanácsadás.
- A spondylitis ankylopoetica (Spa) etiológiáját pontosan nem ismerjük, ezért primer prevenciója nincs. Tudjuk azonban, hogy a betegség 90%-ban a HLA-B27 szövettani antigénnel bírónak alakul ki (106, 107). Spa-s családokban ezen antigén magas kockázati tényező. Spa-s beteg HLA-B27 pozitív hozzátartozónak érdemes a kiváltó tényezőket (bél- és húgyúti infekciók, mostoha időjárási viszonyok, átfázás, fizikai túlterhelés) elkerülni illetve megfelelően kezelni.
- Rheumatoid arthritis esetén a családi előfordulás sokkal ritkább, még genetikai predispozíció esetén is. Családtagok genetikai vizsgálata ezért nem indokolt. A dohányzás, magasabb BMI hajlamosít a betegségre.
- Kötőszöveti betegségekben (SLE, PSS) szenvedők hozzátartozói közül elsősorban a fiatal nőket érdemes figyelni betegség stigmák megjelenésére (Raynaud szindróma, ízületi fájdalom, spontán abortusz, napfényérzékenység, stb.) esetleg az ANF pozitivitást vizsgálni.
- A kötőszöveti betegségekre hajlamosokat érdemes megóvni bizonyos gyógyszerek (pl. penicillin, sulfamidok), vegyszerek (pl. szerves oldószerek), valamint a napfény expozíciójától (108, 109).

Sport és munkahelyi sérülések, túlterhelésből eredő lágyrész-sérülések primer prevenciója:

Megfelelő oktatással, felszereléssel, megfelelő technikai eszközök segítségével, az adott sporthoz, munkatevékenységhez szükséges dinamikus sztereotípiák kialakításával, a túlterhelés elkerülésével a fenti sérülések, kórképek elkerülhetők.

Közúti balesetek megelőzése: ezek a közlekedési szabályok betartásával, megfelelő

utakkal, megfelelő járművekkel, megfelelő oktatással, önkontrollal és ellenőrzéssel megelőzhetők.

SZEKUNDER PREVENCIÓ

Derék- és nyakfájás esetén mind a kiújulás, mind a krónikussá válás megelőzésének legjobb módszere a korai, adekvát kezelés: Ha komoly, rossz prognózisú pontos diagnózist és specifikus kezelést igénylő derékfájás, nyakfájás (infekció, extra- ill. intramedulláris tumor, metabolikus csontrendszeri betegség, spondylitis, sacroileitis, cauda szindrómát, paresist, gerincvelő kompressziót okozó kórfolyamat) gyanúja nem merül fel, a pontos anamnesisen és fizikális vizsgálaton kívül más diagnosztikus eljárás nem szükséges, akkor sem, ha radiculopathia, ill. érzészavar és reflexcsökkentés is fennáll. (2)

A beteg 2-3 napra lefektetendő, fájdalomcsillapító, izomrelaxáns adandó, majd a beteg fokozatosan mobilizálható, és radiculopathia esetén is 6-10 héten belül munkába állítható. (2)

A recidiva megelőzésére fontos a megfelelő felvilágosítás, a gerincvédelem megtanítása (93) a munkahely, munkakörülmények megfelelő átalakítása, a megfelelő prevenció torna megtanulása (31).

Az arthrosis szekunder prevenciója sokkal kevésbé effektív. Foglalkozási, sport- vagy túlsúly okozta arthrosis kezdetén a foglalkozás ill. sportterhelés, ill. a testsúly csökkentése a betegség tüneteinek és talán előrehaladásának megszüntetését vagy lassítását eredményezheti. (48, 110). A térd mediális kompartmentjének arthrosisa progresszióját a sarok laterális oldalának megemelése, a csípőarthrosis súlyosbodását enyhén magasított cipősarok emelése talán csökkenti. Porcprotektív gyógyszerek az arthrosis progresszióját lassíthatják (110). A gyulladással járó arthrosis esetén a gyulladás csökkentése a progressziót csökkentheti. Kezdődő arthrosis progresszióját ízületi helyzetjavító műtétek (osteotomiák) javíthatják (65)

Az osteoporosis szekunder prevenciója fontos és eredményes tevékenység. A töréssel még nem járó, vagy már egy törést okozó osteoporosis esetén a következő törések megelőzhetők. Egy csigolyatörés a következő csigolyatörés kockázatát 5-8-szorosára, a csípőtáji törését kétszeresére emeli.

Bizonyított, hogy a biszfoszfonátok a szelektív ösztrogén receptor modifikálás a parathormon és a stroncium ranelát mind a csigolya, mind a perifériás törések bekövetkezését csökkentik, míg a calcitonin csak a csigolyatöréseket.

A gyulladásos ízületi betegségek legjobb szekunder prevenciója a minél korábbi diagnózis és a korai, adekvát kezelés. Ez rheumatoid arthritis esetén korai megfelelő dózisú, illetve kombinációjú bázisterápiás kezeléssel érhető el. Enyhébb esetekben sulfasalazin, súlyosabb esetekben a methotrexat az elsőként választandó szer. (111)

A gyulladásos ízületi betegségek korai diagnosztikájának és kezelésének helyei a „hazai arthritis centrumok”. (111)

A MOZGÁSSZERVI BETEGSÉGEK ELLÁTÁSA HAZÁNKBAN, S AZ ELLÁTÁS JAVÍTÁSÁNAK LEHETŐSÉGEI

A derék- és nyakfájás ellátásának általános hibája, hogy sok idő és pénz megy el fölösleges diagnosztikájára (2) holott a nemzetközi és hazai diagnosztikus és terápiás irányvonalak határozottan állást foglalnak amellett, hogy „aspecifikus” derék vagy nyakfájás esetén, vagyis amikor a tünetek hátterében infekció, tumor, gyulladásos vagy metabolikus gerincbetegség nem merül fel, fizikális vizsgálaton kívül más diagnosztika nem szükséges: amennyiben szükséges a beteg lefektetendő 2-3 napra, fájdalma adekvátan, sz.e. opiátokkal csökkenthető, s 3 nap után mobilizálandó és minél előbb munkába állítandó. Ezzel elkerülhető, hogy a beteg fájdalma krónikussá váljék, jövőjét, kereső- és munkaképességét kilátástalannak ítélje meg.

Az Egyesült Királyságban a „specifikus és aspecifikus” derékfájás koncepciójának, az ennek megfelelő terápiás irányelvek bevezetése óta a derékfájás okozta keresőképtelenség és korai nyugdíjaztatások száma nem emelkedett.

Hazánkban modell-kísérletben mutatták ki, hogy olyan háziiorvosi praxisban, melyben az akut derékfájásban szenvedő beteget megfelelően kezelték, a betegek hamarabb voltak munkába állíthatók (2).

Hazánkban egyedülállóan sok, mintegy 320. 000 CT-MR vizsgálat történik évente mozgásszeri indikációval. Ebből 161 000 CT- MR vizsgálatot végeznek derékfájás (discus, radiculitis) miatt. Mivel évente mintegy 5000 porckorongsér, illetve gerinc stabilizációs műtét történik, ennek legfeljebb 10-szeres számú, mintegy 50. 000 MR vizsgálat felelne meg, hisz „aspecifikus” derékfájás esetén csak akkor indokolt MR vizsgálat, ha van műtéti indikáció. Az olyan „specifikus” derék- és/vagy nyaki fájdalmak, melyek pontos diagnosztikája MR vizsgálatot igényel, ritka az aspecifikus derékfájás esetekhez arányítva kb. 1: 200-hoz. Nem ritka az sem, hogy egy-egy aspecifikus derék vagy nyakfájásban szenvedő betegnél fél-egyévente végeznek „kontroll” vizsgálatot.

Az érem másik oldala, hogy hazánkban a valóban sürgős eseteknek nincs prioritásuk. Normál ügymenetben szinte elintézhetsen, hogy a beteg sürgős esetben (pl. cauda szindróma, parézis) azonnal vizsgálatra kerüljön.

A néhány napos fektetés – megfelelő fájdalomcsillapítás – gyors mobilizálás stratégiája szinte sohasem valósul meg. Hogy ez az alapellátásban is megfelelően megvalósuljon, ahhoz nemcsak a háziiorvos és ápoló megfelelő képzése lenne szükséges, hanem az is, hogy gyógytornász segítsen a beteg gyors mobilizálásában. Az akut derék ill. nyakfájás meggyógyításával a krónikus derék- és nyakfájás kialakulása sok esetben elkerülhető. Persze sok esetben a derék és nyakfájás primeren krónikusan alakul ki. Ez esetben megfelelő beteg-tájékoztatással,

felvilágosítással, gyors áttöréssel, komplex kezeléssel kell próbálkoznunk, melyben gyógytornász segítségét nem nélkülözhetjük. Fontos az orvos és beteg tudati tényezőinek megváltoztatása: annak tudatosítása, hogy a Rtg. vagy akár az MR felvételen látható patológiai elváltozások önmagukban legtöbbször nem jelentenek betegséget.

A krónikus derékfájás és nyakfájás sajnos nagyon sokszor krónikus fájdalom szindrómává válik, melyet nem könnyű eredményesen kezelni.

Az ágyéki porckorongsérv műtete akkor a legeredményesebb, ha a radicularis fájdalom erős, s az ettől való megszabadulás reményében a beteg szívesen veti alá magát a műtétnek. A nem abszolút indikációjú (cauda szindróma, kialakuló paresis) műtétek esetén a műtėti indikáció tekintetében a Mac Nabb 5-ös szabály mutat irányt, abban az esetben, ha megfelelő konzervatív kezelés nem eredményes.

A Mac Nabb ötös szabály: az ágyéki porckorongsérv műtėti indikációjának megállapításához: két (szubjektív) tünet, két (objektív) jel és egy vizsgálat szükséges.

A két tünet:

- az alsóvégtag fájdalom erősebb, mint a derékfájdalom
- a nyújtott lábemelési próba (Lasegue tünet) már 35-40°-nál pozitív.

A két jel: a négy alábbi jel közül

- reflexcsökkenés vagy kiesés
 - gyöknek megfelelő objektíválható érzészavar
 - gyöknek megfelelő izomgyengeség
 - gyöknek megfelelő izomatrófia
- legalább kettő megállapítható.

Egy vizsgálat. Az MR vizsgálat a megfelelő magasságban a tüneteknek megfelelő ideggyök kompresszióját mutatja

Az ágyéki porckorongsérv műtét eredménye ma a legjobb indikáció mellett, s a legjobb kezekben is csak mintegy 70%-os, vagyis 30%-ban vagy recidiva következik be, vagy a tünetek nem múlnak el teljesen.

Fontos a műtét utáni utókezelés, mely hangsúlyozottan nem intézeti kezelés, de az utókezeléshez gyógytornász, sok esetben pszichológus és foglalkoztató-terapeuta szükséges.

Ha a műtét után a radiculopathia nem szűnik meg, vagy visszatér, okait elemezni kell. Lehetséges okok:

- nem történt meg a tüneteket okozó porckorongsérv teljes eltávolítása
- azonos vagy más magasságban új porckorongsérv keletkezett
- postoperatív gyök körüli gyulladás zajlik
- infekciós vagy nem infekciós discitis alakult ki

Amennyiben a porckorongsérv műtéten átesett betegnek intézeti rehabilitációra van szüksége, az két hónapon belül ellátandó. Ha a beteg 4 hónapon belül nem állítható munkába, valószínűleg elkerülhetetlenné válik korai nyugdíjaztatása.

A nyaki porckorongsérv műtétek sikeressége lényegesen jobb, mert a nyaki porckorongsérv eltávolítását követően a megfelelő gerinc szegmentumot stabilizálják.

Az arthrosis kezelésének jelen állása:

Az arthrosis különböző formáinak diagnosztikáját az Amerikai Reumatológusok Kollégiumának kritériumai segítik. Ezeket a kritériumokat nálunk a szakorvosok nagy része nem ismeri. A kritériumok javarészt klinikai kritériumok, nem okvetlen szükséges röntgenvizsgálat (112). Az arthrosis kezelésének irányvonalai az első helyre a beteg-felvilágosítást, betegoktatást, fizioterápiát, életmód-változtatást, segédeszközök alkalmazását helyezik, ezt követi az egyszerű fájdalomcsillapítók, a NSAID-ok, ópiátok, i.a. steroidok és a porcvédő szerek adása. (111)

A térdarthrosis kezelésének hazai gyakorlatáról pontos, közelmúltbeli adatok állnak rendelkezésre.

A FÁÁJ vizsgálat eredményei szerint a hazai térdarthrosisos betegek akár a háziorvos, akár a reumatológus kezeli őket, túlnyomórészt NSAID-okat szednek, még akkor is, ha a kórelőzményükben szereplő gyomorpanaszok, gyomor- vagy nyombélfekély azt kontraindikálja. A betegek 40%-a szedett két vagy több NSAID-ot párhuzamosan, holott tudjuk, hogy a gyógyszereik hatása nem adódik össze, de a mellékhatások kockázata igen. Egyszerű fájdalomcsillapítókat kevesen szedtek. Ez érthető, hisz ezekre nincs TB támogatás. (1)

A reumatológusok kezelt betegek mindössze 40%-a részesült fizioterápiás kezelésben, s a fizioterápia kisebb részben volt csak gyógytornakezelés. Ennek alapján állíthatjuk, hogy a térdarthrosisos betegek ellátása hazánkban messze van a kívánatostól.

A csípőarthrosisos betegek ellátása valószínűleg hasonlóképpen rossz, vagy éppen rosszabb, hisz a csípőarthrosis alattomosabban alakul ki, gyakran csak térdbe sugárzó, vagy deréktáji fájdalmat okoz. Gyakran észrevétlenül alakul ki ab- és addukciós, valamint flexiós kontraktúra. Szemben a térdarthrosissal, mely a kórlefolyás kapcsán akár tünetmentessé is válhat, a csípőarthrosis általában lassan progrediál.

Az arthrosisos – elsősorban csípő- és térdarthrosisos - betegek műtéti ellátása megfelelőnek mondható, bár a legmagasabb kívánalmaknak nem felel meg. A várólisták nem hosszúak ugyan, de kevés helyen áll rendelkezésre zsilibelt műtő, a műtét pontos biomechanikai megtervezését – megfelelő eszközök hiányában – kevesen végzik. Ez utóbbi következtében gyakoribb a végtag-megrövidülés vagy végtag-meghosszabbodás, mint az optimális. Térdízületi arthrosis esetén több ízben végeznek szánkó-protézis beültetést, mint az kívánatos lenne. Térdprotézis beültetés után nem megfelelő a műtéti utókezelés ill. rehabilitációs kapacitás.

Osteoporosis.

Az osteoporosis centrumok megszüntetése, a DEXA vizsgálat hozzáférhetőségének korlátozása, a gyógyszerek támogatásának csökkentése nagy visszalépést jelent a korábbi helyzethez képest, melyet az Európai Unió példaértékűnek mondott, és követendőnek javasolt. Az osteoporosis szűrés tekintetében a legutóbbi „Eurobarométer” jelentése szerint (2007. szeptember) hazánk az előkelő második helyen állt Ausztria mögött.

A rászoruló betegek 25%-a helyett kevesebb, mint 10 % részesül csak kezelésben, a csukló- vagy combnyaktörést szenvedettek körében mutatható ki, hogy a törést szenvedettek közül igen kevesen tudnak csonttritkulásukról,(113, 115) s még kevesebben részesülnek kezelésben. A kezelés beállítása gyakran a törés elszívódása után is elmarad. A Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság javasolja hogy minden 50 éven felüli nő csukló, felkar, csigolya vagy csípőtáji törésének ellátása után a traumatológus irányítsa a beteget osteoporosis szakrendelésre

A combnyaktörés halálozása magasabb hazánkban, mint a fejlett ipari országokban (33, 113, 114, 115). Teljesen megoldatlan a combnyaktörötték utókezelése és orvosi rehabilitációja. Részben ez az oka a magasabb halálozásnak, s megmaradó fogyatékoság fokának és gyakoriságának. (119)

A lágyrész-sérülések ellátása sokszor nem megfelelő, mert ezek a betegek igen gyakran nem traumatológushoz, hanem általános sebészhez kerülnek, akinek gyakran nem állnak rendelkezésre a megfelelő diagnosztikus és terápiás eszközök, de nem megfelelőek szakmai ismeretei sem a traumatológia ill. lágyrész sérülések ellátása szerint.

Lágyrész-elváltozások:

A lágyrész-elváltozások közül a leggyakoribbak: a váll periarthritise, az epicondylitis humeri, a kéztő alagút szindróma, ill. a plantaris fasciitis a kórfolyamat kezdetén befolyásolható legeredményesebben. Az ilyenkor alkalmazott erélyes kezelés lokális steroid injekció, terápiás Rtg besugárzás, gyors és végleges gyógyulást eredményezhet. Ezt az időszakot elmulasztva gyakran alakulhat ki maradandó elváltozás, illetve krónikus fájdalom szindróma.

A krónikus fájdalom szindróma hazánkban kevésbé ismert kórkép. Ez a kórkép a fejlett ipari országok népességének legkevesebb 8%-át érinti, de számos országban lényegesen magasabb. (117, 118)Az egyik leggyakoribb, generalizált fájdalom szindróma a primer fibromyalgia szindróma, mely a fejlett ipari országok népességének mintegy 5%-át érinti, elsősorban 25-60 éves nőket. (118) E betegeket hazánkban leggyakrabban spondylosis, discopathia diagnózissal kezelik, sokszor NSAID-okkal, egyszerű analgetikumokkal, melyek a krónikus fájdalom csillapítására nem alkalmasak. E betegek gyógyításában fontos, hogy a beteggel megértessük a betegség lényegét, mely maga a fájdalom, s nem szervi elváltozások. Csak ez esetben számíthatunk a beteg együttműködésére, ami elengedhetetlen. Fontos a megfelelő izom-relaxáció, melyet gyógyszerek mellett elsősorban fizioterápiával, relaxációs tréninggel, tornával érhetünk el. A fájdalom csillapítására a triciklikus antidepresszánsok alkalmasak, nem azért mert antidepresszánsok, hanem azért, mert kis dózisban a krónikus fájdalmat csökkentik.

Ilyen gyakorlattal csökkenthető a krónikus primer fibromyalgia társadalmi és gazdasági terhe. Ebben a multidiszciplináris, ambuláns rehabilitációnak komoly szerepe lehetne.

Gyulladásos ízületi betegségek.

Mind a reumatoid arthritis, mind a szeronegatív spondarthritis, a kötőszöveti betegségek, a köszvény, s az infekciós arthritisek hatékony kezelésének feltételei – az infekciós arthritisek kivételével – jórészt megvannak hazánkban. Infekciós arthritisek kezelésére sem a reumatológiai, sem a sebészeti osztályok nincsenek felkészülve, alig vannak speciális osztályok, melyek e betegeket - érintse az infekció perifériás ízületeiket vagy gerincüket - ellássa. Ilyen osztályokra Magyarország minden régiójában szükség van. Sok régióban finanszíroz ugyan az OEP emelt szorzóval szeptikus rehabilitációs osztályokat, ezek kihasználtsága azonban szakmailag nem megfelelő.

A gyulladásos reumatológiai betegségek korai diagnosztikájában és kezelésében nagy hátrány, hogy a beteg későn jut reumatológus szakorvoshoz, mert a háziorvosok, ill. más szakorvosok nem ismerik e betegségek korai tüneteit. Sajnos, laboratóriumaink nagy része sem immunológiai vizsgálatokra, sem az ízületi folyadék vizsgálatára nincs felkészülve. Nagyon kevés csont-ízületi ill. mozgásszervi képalkotásra szakosodott radiológusunk van. Mindez e betegségek korai diagnózisát hátráltatja.

Létrejött hazánkban a „korai arthritis centrumok” hálózata, mely nagy szerepet játszik e betegségek korai diagnosztikájában és korai eredményes kezelésében.

Ez a tény, valamint a szakmai irányelvekhez és a nemzetközi normákhoz való ragaszkodás a garanciája annak, hogy az arthritis centrumok létrehozásával a betegek hatékonyabb ellátása és a betegségek okozta összköltségek csökkentése valósuljon meg, az alábbiak értelmében:

- Az eddiginél több korai arthritises beteg diagnózisa hamarabb megszületik és idejekorán jut adekvát kezeléshez, megtörténik a jó és rossz prognózisú betegek elkülönítése.
- A reumatoid arthritises betegek ellátása alapvetően javul: nő a bázisterápiában részesülők száma, csökken az előrehaladott állapotban reumatológushoz jutó betegek száma.
- A gyulladásos arthropathiákban szenvedő betegek életminősége mérhetően javul, munkaképességük kevésbé csökken.
- Összességében csökken a gyulladásos arthropathiák által okozott direkt és indirekt költség.

A hazai arthritis centrumok feladatai és feltételrendszere

Feladatok

A gyulladásos arthropathiák jelentősége, a kedvező külföldi tapasztalatok és a honi igények alapján tehát célszerű volt Magyarországon is egy arthritis centrumokból álló hálózatot létrehozni, melynek feladatai az alábbiakban foglalhatók össze.

- Az arthritis kezdeti tüneteire és általában a gyulladásos ízületi betegségek jelentőségére felhívni a lakosság figyelmét
- Az alapellátásban dolgozókkal (elsősorban háziorvosokkal) szoros és állandó kapcsolat kialakítása, mely révén a háziorvos a korai arthritises beteget minél előbb az arthritis centrumba utalja, mely utána rendszeresen visszajelez a

házi orvosnak. Célszerű volt egy adott centrumból és ahhoz rendelt több praxisból álló egységeket létrehozni, melyek időnként közös konzultációkat/továbbképzéseket tartanak.

- Az arthritis centrum vállalja a beutalt beteg
 - felvilágosítását (tekintettel nemcsak az adott betegsége, de a várható psychoszociális, munkaképességet illető, illetve finansiális problémákra is).
 - kivizsgálását, beleértve az egyéb differenciáldiagnosztikai esetek kizárását, a prognosztikus markerek meghatározását. Ebbe a korszerű laboratóriumi/ molekuláris biológiai módszerek, radiológiai diagnosztika és a prognosztikus markereknél felsorolt klinikai (és akár szociológiai) jelek különféle indexekben történő alkalmazása is beletartozik.
 - továbbirányítását, amennyiben nem reumatológiai ok áll a háttérben.
 - kezelését. A mozgásszervi kezelés nem gyógyszeres (fizioterápia, rehabilitáció, psychoterápia) részének koordinálást is az arthritis centrum végzi.
 - követését, az egyes paraméterek monitorozását és szükség szerint a korai diagnózis felülvizsgálatát.
- Nemcsak a korai, de a megállapított (fertőzőes, kristály, szisztémás autoimmun, RA, AP, SPA, etc.) arthritisek gondozása/komplex terápiája, terápiarezisztens esetekben biológiai terápia korai elkezdése, súlyos, rossz prognózisú, magas kockázatú betegek ellátása is az arthritis centrum feladatai közé tartozik.
- Az arthritis centrumok a reumatológiai szakellátás egyéb résztvevőivel együtt létrehozzák a magyar arthritis regisztert.
- Az arthritis centrumok az illetékes szakmai kollégiumokkal együtt egységes direktívákat, protokollokat alkotnak a korai arthritises, a rheumatoid arthritises és egyéb gyulladásos arthropathiás betegek ellátására vonatkozóan, beleértve a biológiai terápia adásának feltételeit is.
- Az arthritis centrumok és a magyar arthritis regiszter adatai alapján célszerű és kívánatos az eredmények elemzése és publikálása, a nemzetközi adatokkal történő összehasonlítás.

Az arthritis centrumok működésének hatékonysága érdekében nyugat-európai mintára célszerű egy egységes szoftver bevezetése, mely az egyes paraméterek (pl. gyulladt ízületek száma, HAQ, DAS értékek stb.) komputerizált feldolgozásával a betegek adatai, prognosztikus markerei jól és egyszerűbben nyomon követhetők. Az arthritis centrum integráns része a jól betanított és gyakorlott szakdolgozó team, pl. az ízületi indexek, kérdőívek kitöltésében járatos nővér, a rheumatoid arthritis kezelését alaposan ismerő gyógytornász/fizioterapeuta, vagy a mozgásszervi betegségekkel járó psychés terhek könnyítésében jártas psychoterapeuta.

Fontos e krónikus betegek kezelésében a házi orvos és szakorvos együttműködésének javítása. Fontos hogy az arthritises betegek az ízületvédelmet és preventív tornát a centrum gyógytornász-fizioterapeutájától elsajátíthassák és azután a betegek a lakóhely szerinti gyógytornász-fizioterapeuta kezelését igénybe vehessék.

Nagyon fontos kiemelnünk, hogy minden mozgásszervi betegcsoport esetében a beteget már első vizsgálata után, és azt követően folyamatosan tájékoztatni kell betegségéről, annak természetéről, kilátásairól, szövődményéről, kezelésének alternatíváiról, mert bizonyítékok állnak rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy a kellően tájékoztatott beteg saját kezelésében aktívan és hatékonyan vesz részt, eredményesebben gyógyul, és krónikus betegség esetén betegsége lassabban progrediál.

Krónikus mozgásszervi betegek részére a civil betegszervezetben való részvétel szintén nagy előnyökkel jár, ezért érdemes erre a lehetőségre felhívni a betegek figyelmét.

A mozgásszervi betegek ellátásának analízise után érdemes e betegek rehabilitációjáról is szólni.

(A nagyobb végtagsérülések, foglalkozási sérülések, sportsérülések megelőzésének, kezelésének és rehabilitációjának leírását az illetékes kollégiumoktól várjuk.)

A fogyatékosok rehabilitációja semmilyen fogyatékos csoportban nem megfelelő, így a mozgásszervi fogyatékos emberek rehabilitációja sem az. Kevés megfelelően felszerelt, megfelelő infrastruktúrával, megfelelő számú szakorvossal, szakdolgozóval rendelkező rehabilitációs osztály. Sokat rontott a helyzeten a gyógyfürdő-kórházak rehabilitációs kórházzá nyilvánítása. Ezek nagyobb részében nem jött létre a szakembereknek az a kritikus tömege, amely az ellátási koncepcióban változást eredményezhetett volna. 1994-ről 95-re több mint megduplázódott a rehabilitációs ágyak száma, amit szakemberrel nem lehetett ellátni. Az ágyszám azóta is, folyamatosan emelkedik, a szakemberhiány állandósul. Az ambuláns ill. lakóközösségi rehabilitáció kevés helyen működik. Nem megfelelő időben, vagy egyáltalán nem kerülnek orvosi rehabilitációra a baleseti sérülések, az osteoporosisos törötték, a mozgásszervi műtéteken átesettek, a súlyos mozgásszervi betegségekben szenvedők, akik részére az orvosi rehabilitáció fogyatékoságuk csökkenését jelentené.

A magyar gyógyfürdőket alkalmassá kell tenni mind hazai, mind külföldi fogyatékos emberek orvosi rehabilitációjára. Gyógy-idegenforgalmunknak erre kell épülnie. Jelenleg gyógyfürdő kórházaink nem azon fogyatékosok rehabilitációjával foglalkoznak leginkább, akiknek arra a legsürgősebb szükségük lenne. Több hónapos előjegyzéssel ez nem is tehető meg. A magyar gyógy-idegenforgalmat csak megfelelő rehabilitációs eredményekkel alapozhatjuk meg. Emellett prevenció eredményekkel erősíthetjük meg gyógyfürdőink jó hírét.

A színvonalas orvosi rehabilitáció nyithatja meg az utat a foglalkozási és társadalmi rehabilitációhoz. Ehhez szükséges, hogy megfelelő legyen az akadálymentesítés, munkahelyi légkör, a fogyatékos emberek részére megfelelően átalakított munkahely, az otthoni munka lehetősége, a részmunkaidős munkahely, a megfelelő átképzés, a megfelelő orvos szakértői gyakorlat, mely a megmaradt munkaképességet vizsgálja, s nem az elvesztet. További fontos szempont a rehabilitáció megszakítás mentességének biztosítása. Az orvosi rehabilitációból a foglalkoztatásig folytonos folyamatra van szükség. Ilyen rendszer létrehozásában elsősorban a balesetbiztosítási rendszer lehetne érdekelt.

INTÉZKEDÉSI TERV

A Csont és Ízület Évtizede 2000-2010 célkitűzései a következők:

- ❖ a csonttritkulás okozta csonttörések várható növekedése 10 év alatt 25%-kal csökkenjék. Ez hazánkban elérhető. Az elkövetkezendő 15 évben elérhetjük azt is, hogy a várható növekedés 30%-kal csökkenjék.

Ennek feltétele: Az osteoporosisos betegek kb. 15-20%-a részesül jelenleg megfelelő kezelésben. Ez az arány 40-50%-ra emelendő. Rendkívül fontos, hogy az osteoporosisos csukló, csigolya, felkar, és csípőtáji törést szenvedettek mind részesüljenek megfelelő csonttritkulás ellenes gyógyszeres kezelésben.

Ennek költsége:

Az osteoporosis kezelés költsége az elmúlt 5 évben (6 milliárd HUF-ról 10 milliárdra nőtt. Meg kell vizsgálni, mennyit változtak a törésszámok, mennyi a költségmegtakarítás, infláció, stb.)

Rendkívül fontos lenne a combnyaktörés egy éves halálozásának csökkentése: ez a fejlett ipari országokban 15-18%, nálunk 20% fölött van.

Módszerek:

- mielőbbi műtét, ha szükséges,
 - rossz általános állapotban lévő beteget nem szabad altatni,
 - mielőbbi mobilizálás,
 - megfelelő utókezelés, rehabilitáció és/vagy krónikus ellátás. (120)
- Ezek a módszerek az életben maradók fogyatékoságát, ápolási otthonba, krónikus osztályra való kerülését is csökkentik.

Határidők:

Szükségletfelmérés

2009. december 31.

Annak elrendelése, hogy minden 55 év feletti nő osteoporosisosnak véleményezhető törése után megfelelő vizsgálatra és kezelésre kerüljön:

2009. december 31

Az osteoporosisos betegek megfelelő kezelésre beállítása:

folyamatos

- ❖ A Csont és Ízület Évtizede célkitűzése, hogy az ízületi destrukciók számának várható növekedését 25%-kal csökkentse.

Az arthrosis diagnosztikája és kezelése rendkívül esetleges hazánkban.

1. Diagnosztikus és kezelési irányelvek bevezetése: a háziorvosi és szakorvosi gyakorlatban

Határidő:

2009. december 31

2. Az arthrosisos betegek rendszeres gondozásának megszervezése, és állapotuk felmérési ellenőrzése:

Határidő:

2010. december. 31.

Cél: A térd és/vagy csípőarthrosisban szenvedő betegek keresőképtelenségi napjainak ill. idő előtti nyugdíjaztatásának csökkentése, fogyatékoságuk csökkentése, konzervatív kezeléssel, rehabilitációval, műtéttel minimálisan 25%-kal

❖ Derékfájás

A Csont és Ízület Évtizede 2000-2010 célkitűzése a derékfájás költségek várható növekedésének 25%-os csökkentése, s ezen megtakarításnak az akut derékfájás ellátásába való visszaforgatása.

Az akut derékfájás (és nyakfájás) ellátás manapság teljesen elégtelen hazánkban. Akut derékfájás megelőzésébe és ellátásába be kell vezetni az európai irányelveket. Az ellátási irányelvek kimondják, hogy az első és legfontosabb diagnosztikus lépés annak megállapítása, hogy a derékfájás (akár jár radiculopathiával, akár nem) „*specifikus*”, vagyis: nincs sacroileitis, infekció, tumor, metabolikus csontbetegség okozta csigolya összeroppanás, illetve nem okoz paresist, cauda szindrómát. Ez esetben ugyanis nincs szükség kiterjedt diagnosztikus laboratóriumi és képalkotó vizsgálatokra, konzultációkra, legfeljebb megfelelő Rtg felvételre, mert a vizsgálatoknak terápiás konzekvenciája nincs.

Szükséges esetén egy-két nap fektetés, megfelelő fájdalomcsillapítás után a beteget lehetőleg gyógytornász mobilizálja.

A beteg 6-12 héten belül munkába állítható. Ha adekvát kezelésre nem javul megfelelően, s erős radicularis fájdalma nem szűnik, a beteg betegségét újra kell értékelni, s porckorongsérv diagnosztikája és műtéti megoldása megfontolandó.

Specifikus derékfájás gyanúja esetén (gyulladás, infekció, tumor, spondylitis, metabolikus csontbetegség okozta csigolya összeroppanás tételezhető fel, ill. a betegnek paresise, cauda szindrómája, myelon kompresszióra utaló tünetei vannak) sürgősséggel meg kell tenni mindent a pontos diagnózis megállapítására, beleértve a sürgősségi, MR vizsgálatot, izotóp vizsgálatot, konzultációkat, stb., s az adekvát kezelést (műtét, antibiotikum, gyulladáscsökkentő, összeroppant csigolya rekonstrukciója) haladéktalanul el kell végezni.

Az Európai Derékfájás irányelvek kötelezővé tételének bevezetése.

Határidő:

2009. december 31

Várható eredmény: a gerinc MRI és CT vizsgálatok felére, majd harmadára csökkenése (költségkhatás!) 2 ill. 4 éven belül.

A derékfájás okozta keresőképtelen napok számának 1/3-dal való csökkentése 2010. szeptember 1-ig, felére csökkentése 2012. december 31

A derékfájás miatti korai nyugdíjaztatás nem emelkedik, mint az az irányelveket betartó országokban (UK) be is következett.

A porckorong sérv műtétek indikációja betartandó!

Fontos a műtéti (nem intézeti!) utókezelés. Ha orvosi rehabilitáció szükséges, azt a műtétet követő 3 hónapon belül be kell fejezni. (121)

Munkábaállítás: 3-4 hónappal a műtétet követően.

Határidők:

A megfelelő műtéti indikáció, utókezelés, orvosi rehabilitáció bevezetése:

2009. december 31.

Az osteoporosis és a derék- és nyakfájás közös elsődleges megelőzése iskoláskorban:

E két mozgásszervi betegségcsoport iskolai elsődleges megelőzése egyúttal a többi, nem-fertőző krónikus megbetegedés elsődleges megelőzését is jelenti. A WHO 2006-ban kiadott ajánlása arra hívja fel a figyelmet, hogy az elvégzett szakirodalmi meta-analízis kimutatja: a teljeskörű egészségfejlesztés jelenti a hatékony iskolai egészségfejlesztést. A teljeskörűség több vonatkozásban is értendő:

- az egészséget veszélyeztető fő kockázati tényezők mindegyikére terjedjen ki
- az iskola minden tanulója terjedjen ki
- a teljes tantestületet vonja be
- vonja be a szülőket és az iskola környezetében működő civil szervezeteket is.

Ezen szakmai kívánalmaknak megfelelően született meg a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság 2003. évi döntései nyomán az „iskolai egészségfejlesztési normatíva terve”, vagyis a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés terve.

Az egészségfejlesztési normatíva lényege, hogy azon iskolák kapják (tanulói létszámuk szerinti összegben), melyek szakmai ellenőrzés és a szülők bevonása mellett teljesítik az elvárt 4 szakmai feladatot:

- egészséges táplálkozás megvalósítása
- mindennapi testmozgás minden gyermeknek
- a gyermekek érett személyiséggé válásának elősegítése személyközpontú pedagógiai módszerekkel és a művészetek alkalmazásával (ének, tánc, rajz, mesemondás, népi rítusjátékok, stb.)
- a környezeti, fogyasztóvédelmi, balesetvédelmi és családi életre nevelést is magában tartalmazó egészségfejlesztési (modulszerű) tantárgy hatékony oktatása.

A 4 szakmai feladat megvalósításának megkezdése előtt egy tanév felkészülési idő alatt - a felkészülési támogatást igénybe véve - az iskola tantestülete elvégzi az elvárt szakmai feladatok teljesítéséhez szükséges akkreditált továbbképzéseket.

E terv megvalósítása ugyan még nem indult el eddig, de mindenképpen szükséges a jövőben a központi költségvetésből finanszírozott módon, szakmai ellenőrzés mellett.

Határidő a bevezetés megkezdésére: 2010/2011-es tanév

a fokozatos elterjesztés befejezésére: 2015/2016-os tanév.

Gyulladásos ízületi betegségek.

- ❖ A Csont és Ízület Évtizede 2000-2010. a gyulladásos ízületi betegségek okozta ízületi destrukciók várható növekedésének 25%-os csökkentését tűzi ki célul.

Hazánkban célul tűzhető ki a gyulladásos ízületi betegségek okozta keresőképtelen napok és korai nyugdíjaztatás 20%-os csökkentése.

A „korai arthritis centrumok” működésének beindulása ezt lehetővé teszi, hisz a korai diagnózis, korai, hatékony terápia megnyújtja a gyulladásos ízületi betegségekben szenvedők hosszabb ideig való keresőképeségét.

A keresőképtelen napok számának ill. a korai nyugdíjaztatás 20%-os csökkentése
2011. december 31-ig érhető el.

30%-os csökkentése 2016. december 31-ig érhető el.

A lágyrész elváltozások diagnosztikájára ill. kezelésére vonatkozóan nincsenek nemzetközi irányvonalak, és a Csont és Ízület Évtizedének sincsenek célkitűzései. Hazai diagnosztikus és terápiás irányvonalak kidolgozandóak, s ezek alkalmazása 2009. december 31-ig bevezethető. Fontos a primer, generalizált fibromyalgia diagnosztikájának nemzetközi kritériumait bevezetni. A primer, generalizált fibromyalgia diagnosztikus kritériumainak bevezetése feleslegessé tesz sok képalkotó, valamint egyéb vizsgálatot, így költség megtakarítást jelent.

Határidő: 2009. december 31.

A lágyrész reumatizmus adekvát kezelésével az e betegségek okozta keresőképtelen napok száma 20%-kal csökkenthető.

Határidő: 2011. december 31.

Sportsérülések: Javaslatokat az illetékes kollégáktól várjuk.

Még egyszer hangsúlyozandó, hogy a fenti célok akkor érhetők el,

- ha a mozgásszervi betegségek diagnosztikájának és kezelésének, rehabilitációjának oktatása mind a graduális, mind a postgraduális szinten megvalósul.

Határidő: 2010. szeptember 1.

- ha a lakóközösségi, ambuláns- és fekvőbeteg-gyógyintézeti rehabilitáció megvalósul

Határidő: 2010. december 31.

- ha a háziorvosi ellátásba megfelelő és önálló helyet kap a gyógytorna.

Határidő: 2011. szeptember 1.

- Ha a foglalkozási rehabilitáció hatékony gyakorlatát kialakítjuk.

Határidő: 2010. december 31.

A súlyosabb végtagsérülések, foglalkozási sérülések, sportsérülések megelőzésének kezelésének és rehabilitációjának teendőit, ezek ütemezését az illetékes Szakmai Kollégiumok dolgozzák ki.

Baleseti mozgássérültek rehabilitációja :

Célul tűzhető ki:

- A rehabilitációs ellátás szintjeinek (lakóközösségi, rehabilitációs osztályos és szakintézeti rehabilitáció) kiépítése , az osztályok színvonalának javítása, az országos lefedettség biztosítása.(122, 123, 125, 126, 127,)

Határidő: 2009. december 31.

- A területi rehabilitációs team-ek hálózatának megteremtése, kistérségi rehabilitációs központokkal („outreach”) megteremtése.(124)
- Az ápolási és gondozási hálózat teljes kiépítése
- Segédeszköz kölcsönzői hálózat létrehozása

Határidő: 2010. december 31.

Sportsérülések megelőzése tekintetében nagyon fontos hogy a lakosság vegye igénybe a működő sportorvosi szolgálatot, a hálózat sportorvosi szűrést és tanácsadást is végez. Meglévő szakmai protokollok betartása elengedhetetlen.

A sportolás, a rendszeres sportolás rendkívül fontos a szabadidős sportszervezetek támogatását el kellene érni. A sportsérülések pontos és gyors diagnosztikája érdekében a korai kezelés biztosítására a CT és MRI vizsgálatok jelenlegi beutalási rendjét sürgősen felül kell vizsgálni.

Határidő: CT és MRI vizsgálatok beutalási rendjének felülvizsgálata

2008. december 31.

Egyéb feladatok:

2009. december 31.

A mozgásterápia elengedhetetlenül fontos a mozgásszervi betegségek megelőzésében kezelésében és a betegek rehabilitációjában egyaránt.

Lakóközösségben a háziorvosi ellátáshoz integrálva önálló fizioterápiás egységek szervezése múlhatatlanul szükséges. Ezen egységek gyógytornász- fizioterapeuta vezetésével működnek. Az otthon ápolás keretében biztosított gyógytorna kapacitás nem elegendő.

Önálló fizioterápiás egységek kísérleti jelleggel való megszervezése és működtetése.

Határidő :

2009. december.31.

Önálló fizioterápiás osztályok szervezése a súlyponti kórházakban nagyon fontos. A fizioterápiás osztály szolgáltatja a fizioterápiás ellátást mind a kórházi fekvőbetegek mind a kórházi ambulancia járóbetegei számára. Az osztályt fizioterápiás szakorvos vezeti helyettese gyógytornász-fizioterapeuta. Az osztály tömöríti a súlyponti kórház összes gyógytornászát, fizioterápiás asszisztensét, gyógymasszőrét és diszponálja e szakembereket a különböző osztályokra. Így a megfelelő szakmai környezet, szakmai ellenőrzés, minőségbiztosítás és a megfelelő szakemberek helyettesítése jól megoldható.