

Nemzeti Mozgásszervi Program

1. Előzmények és célkitűzések

A számítógép-, mobiltelefon- és televízió képernyőkre fókuszáló mai civilizált élet sajnálatos módon nem igényli a mozgást, ami számtalan káros következménnyel jár. Egy átfogó WHO publikáció szerint, a krónikus, nem fertőző betegségek fizikai inaktivitással járó világméretű asszociációja 6-10% közé tehető, és a fizikai inaktivitásnak tulajdonítható halálozások becsült száma világszerte évente több mint 5,3 millió fő. A fizikai inaktivitás eliminálásával potenciálisan nyerhető átlagos életnyereség 0,68 (0,41-0,95) év lehetne.

A sporttevékenység által végzett fizikai aktivitás mutatói a teljes magyar lakosság körében végzett kutatás szerint is drámaiak. **A populáció 53%-a soha, semmilyen sporttevékenységet nem végez, 24%-a csak havonta 1-3 alkalommal vagy ritkábban, tehát elmondható, hogy a hazai populáció 77 %-a fizikailag inaktív. Az inaktivitással összefüggő betegségek hazai összköltségterhe, a lakosságnak tulajdonítható kockázat alapján számolva, 283,5 milliárd forint) és a jelenlegi inaktivitás csupán 10 %-os, tehát 67 %-ra való csökkentése évi 9,1 milliárd forint megtakarítást eredményezne.** A magyar férfiak 6,4 %-a, a nők 9,9 %-a csak nagy nehézséggel, vagy egyáltalán nem képes 500 m-t gyalog, sík terepen segédeszköz nélkül megtenni.

1.1 Kockázati tényezők a mozgásszervi megbetegedések kialakulásában

Fizikai inaktivitás

A fizikai inaktivitás civilizációs népbetegségekkel való kapcsolata a bizonyítékokon alapuló orvoslás szigorú kritériumai szerint is igen szoros. **A fizikai inaktivitás a szív- és érrendszeri betegségek, a metabolikus betegségek, a tumorok, valamint a mentális anomáliák és betegségek kialakulásának fontos kockázati tényezője, míg a fizikai aktivitás ugyanezen állapotokban protektív hatású.** A fizikai fittség az alapját képezi a szellemi és lelki egyensúlynak is.

A fizikai inaktivitásnak a mozgásszervi kórképek kialakulásában játszott szerepe még markánsabb. A gyermek- és serdülőkorúak tartási és statikai rendellenességei (hanyag tartás, scoliosis, kyphosis és a következményes későbbi spondylosis, pedes plani, valgus- varus deformitások), az akut és krónikus derékfájás, a végtagízületi arthrosis, az osteoporosis és a következményes fracturák, valamint egy friss publikáció szerint az immunológiai elváltozások hátterében az inaktivitás komoly rizikótényező, míg ugyanitt a nem extrém fizikai aktivitás védő szerepe is egyértelmű. A fiatalkori csúcscsonttömeg létrejötte, és a kellő csontdenzitás megőrzése szempontjából például meghatározó a tartós osteoblast-inger, ami vertikális irányú impakt terheléssel, vagyis a saroknak a földhöz való ütődésével érhető el.

Az ízületi- valamint a csont- és izomrendszer optimális kifejlődésében, illetve integritásuk megőrzésében a kellő fizikai aktivitás mellett számos protektív tényező játszik szerepet, míg azokat több irányból kockázati tényezők veszélyeztetik. Az arthrosis kialakulásában a nagyobb testsúly és az elhízás hatása meghatározó. Minden egyes testsúly kilogramm a fokozott ízületi terhelés révén 10%-kal növeli vagy csökkenti a térdarthrosis kockázatát, amit a sarcopenia miatti izomerőcsökkenés (pl. quadriceps izomzat), a gyengült propriocepció miatti ízületi instabilitás és a következményes mikrosérülések csak tovább növelnek.

Elhízás

Friss OECD adatok alapján elhízás vonatkozásában **Magyarország Európában listavezető lett**, és a világ összes országa tekintetében csak az Egyesült Államok, Mexikó és Új Zéland

előzi meg. A 2014-es Európai Lakossági Egészségfelmérés alapján a magyar lakosság 54%-a túlsúlyos (TTI: 25-30), vagy elhízott (TTI: 30 felett), míg a nők 49%-ának, addig a férfiak 62%-ának volt magas testtömeg indexe. Ez az aggasztó tény az életkor növekedésével egyre kifejezettebbé válik. Ehhez a mozgáshiány mellett elsősorban az egészségtelen táplálkozás járul hozzá, a főleg állati eredetű zsírok és a szénhidrátok túlzó fogyasztásával, illetve a zsírlerakódást segítő magas fruktóz bevitellel, ami a legtöbb üdítőital kukoricakeményítő sziruppal történő ízesítéséből származik. Alacsony a hazai kalcium és D- vitamin fogyasztás és ez a csontozat egészsége szempontjából veszélyeztető tényező.

Viselkedési kockázati tényezők

A viselkedési kockázati tényezők közül a legnagyobb egészségveszteségért, vagyis az összes elvesztett egészséges életév 16%-áért az **étrendi kockázatok**, 14%-áért a **dohányzás**, míg 7%-áért az **alkohol- és kábítószer fogyasztás** felel. A dohányzásnak az osteoporosis, valamint a gyulladásos ízületi betegségek (pl. rheumatoid arthritis) kialakulásában van igazolt rizikószerpe, ezért fontos tény, hogy a napi rendszerességgel dohányzók aránya a fiúknál és lányoknál egyaránt kétszerese az európai országokra jellemző értéknek (a felnőtt lakosság 25%-a dohányzik rendszeresen). A 15 éves korú magyar iskolások közül a fiúk közel fele, a lányok több mint harmada fogyasztott alkoholt 13 éves kora előtt, ami jóval magasabb, mint az európai átlag. A 18-64 éves népességben minden tizedik, a 18-34 éves fiatal felnőtt populációban csaknem minden ötödik személy fogyasztott már az élete során valamilyen tiltott drogot. Mind az alkohol, mind a drogok károsítják a csont- és izomszövetet, ezért csökkent csúcscsonttömegre és később osteoporosisra valamint sarcopeniára hajlamosítanak. A viselkedési kockázati tényezők negatív hatását a nemdohányzók védelméről szóló, 2012-ben, 2015-ben és 2016-ban módosított 1999-es törvény, valamint a 2011-es népegészségügyi termékadóról szóló törvény és a közétkeztetés táplálkozás-egészségügyi előírásaira vonatkozó 2014-es EMMI rendelet hosszú távon remélhetőleg érdemben fogja befolyásolni.

1.2 Netfit Program eredményeinek ismertetése

A 10-18 éves fiatalok ingafutással mért fizikai teljesítményének felmérésére és nyomon követésére alkalmas a Netfit program, mely a bevezetett mindennapos testnevelés eredményességét is tükrözi. A teszt a fiatalok leggyengébb eredményeként az állóképességi ingafutást és a hátizmok erejét mutatta az eddigi mindhárom tanévben, a túlsúly és az elhízás aránya pedig 2015 és 2017 között 20%-ról 30%-ra emelkedett. A WHO által vezetett nemzetközi tanulmány részeként végzett HBSC vizsgálatban az érzékelhető javulás ellenére a megkérdezett diákok harmada (30,1%) kevés, több mint egynegyedük (28,3%) nagyon kevés fizikai aktivitást végez, és csak közel ötödükre (19%) jellemző, hogy eleget mozognak. A lányok mozgásaktivitása továbbra is szignifikánsan alacsonyabb a fiúkénál. A kérdés megoldását nem segíti, hogy az egészségfejlesztési irodák (EFI) száma a 2015-ig létrehozott 61-ről az utóbbi években alig nőtt, országos lefedettségük gyenge, és pontos kompetenciájuk sincs definiálva. Egy hazai térségi felmérés szerint az egészségnevelésben az EFI, az iskolaorvosok (akik legtöbbször házi orvosok), az alapellátás és a szabadidősportok feladatai nincsenek összehangolva, azok nem különülnek el egymástól. Az iskolai mozgásszervi szűrések felszínesek, a kiszűrt és diagnosztizált mozgásszervi beteg gyermekek nem jutnak gyógytornászhoz, aki a szűrésben sem kap szerepet. Pedig közismert, hogy a tartáshibák előfordulása sokszor az ötven százalékot is meghaladhatja, de pontos országos adataink a kérdésben nincsenek. Az is nyilvánvaló, hogy a gerinc- és ízületkímélő mozgásterápiát ismerő gyógytornászt a gyógy testnevelő nem tudja pótolni. A mindennapos testnevelés kötelező előírása komoly eredmény, azonban szakmai minőségét és tárgyi feltételeit tovább kell javítani. A tanulók fizikai állapotfelmérése a NETFIT adatbázisba kerül ugyan, azonban az

eredmények nem futnak be egy egységes országos mozgásszervi prevenció adatbázisba. Nem használjuk ki a gyógy úszás kínálta lehetőségeket sem.

1.3 Célkitűzések

Az egészségveszteségek csökkentése érdekében az **egészségmagatartás alapvető megváltoztatására van szükség**, amit csak több szektor szereplőinek összehangolt tevékenysége és egy integrált, népegészségügyi szemléletű egészségügyi rendszer képes magával hozni. A társadalmilag erősen beágyazott, nehezen módosítható egészségmagatartás miatt a **legnagyobb hatékonyság a fejlődésben lévő gyermekekre fókuszáló egészségfejlesztési beavatkozásoktól várható**. Ezek tartozhatnak az elsődleges megelőzés (primer prevenció) körébe, amikor a betegséget kiváltó okokat, vagy a kockázati tényezőket próbáljuk meg eliminálni, és lehetnek a másodlagos megelőzés (szekunder prevenció) eszközei, amikor szűréssel a még tünet- és panaszmentes, de már elindult betegség manifesztálté válását kíséreljük meg visszafordítani. A terciér prevenció a már kialakult betegség rosszabbodását és szövődményeinek létrejöttét igyekszik meggátolni.

2. A mozgásszervi betegségek epidemiológiai helyzete

A reumatológiai kórképek prevalenciájáról a gyulladásos megbetegedések és az osteoporosis vonatkozásában rendelkezünk reprezentatív, illetve regisztrált hazai adatokkal.

A **rheumatoid arthritis (RA)** felnőttkori hazai gyakoriságát korábban mintegy 1%-ra becsültük, ugyanakkor a dél-dunántúli régióban a 14 és 65 év közöttiek körében végzett populációs vizsgálat nőkben 0,48%-os, férfiakban 0,23%-os, összesen 0,37%-os prevalenciát talált. A 2004-2005. évi regisztrált szakorvosi adatok alapján az adott két évben több mint ötvenezer RA-ban szenvedő beteget láttak el járó- vagy fekvőbetegként, ami a hazai betegszám feltételezett alsó értékét jelölheti.

Az összes többi kezelt arthritis gyakorisága az utóbbi két évben megközelíti a hatvan ezret, ezen belül a **spondylitis ankylopoeticában (SPA)** szenvedő betegek számát egy korábbi felmérés alapján mintegy húszezer főre (férfiakban 0,4%, nőkben 0,08 %) becsülhetjük.

A metabolikus kórképek közül az ugyancsak a döntően a férfiakat érintő **köszvény** hazai betegsége az SPA-hoz hasonló, mind a korábbi felmérések mind a friss regisztrált morbiditás alapján.

Az életkorral fokozódó, és tömegeket érintő **arthrosis és derékfájás** vonatkozásában pontos hazai epidemiológiai adatok nem állnak rendelkezésre. Az elmúlt két év regisztrált morbiditási statisztikája szerint csak a **csípő- és térdarthrosis** miatt orvoshoz fordulók száma megközelítette a 600 ezres betegszámot.

A degeneratív elváltozások közül a nőknél domináló **hát- és derékfájdalom** a felnőtt lakosság 21%-át, a nyaki panaszok a 11 %-át, míg a végtagízületi arthrosis a populáció 17%-át érinti (6). A derékfájás gyakorisága fiatal korban is magas, a 6-16 éves korúak 15%-a részesül legalább egyszer orvosi ellátásban emiatt. A gerincpanaszok mögött a napi több óras számítógép-használat, valamint az elterjedt légkondicionálás és a munkahelyi stressz is minden bizonnyal fontos szerepet játszik.

Az **osteoporosis** oszteodenzitometriával észlelt standardizált országos prevalenciája, reprezentatív nemzetközi vizsgálat keretében, ötven év feletti nőknél 32,3%-nak, férfiaknál 23,6%-nak bizonyult, a betegség ebben a korosztályban mintegy 600 ezer nőt, és több mint 300 ezer férfit érint. A hazai lakosság lumbális gerincen mért csontdenzitás átlagértékei a 15 európai centrum eredményeivel összehasonlítva mindkét nemben a legalacsonyabb értékek között helyezkednek el.

A következményes **csigolyafracturák (csigolyadeformitások)** ötven év feletti országos prevalenciáját nők körében 17,3%-nak, férfiak körében 18,5%-nak találtuk, ami Európában a legmagasabb értékek között helyezkedik el.

A **proximalis femurtörések** hazai incidenciája országos regisztrált morbiditási adatok alapján korábban szintén magas kategóriában mozgott, évente megközelítőleg tízezer nő, és majdnem ötezer férfi szenvedett combnyaktáji femurtörést mérsékelt trauma hatására. A Nemzeti Osteoporosis Program keretében elindított széleskörű diagnosztikus és terápiás tevékenység eredményeként ezen törések száma csökkent, ami az emberéletek megtartása mellett jelentős költségcsökkentést is eredményezett.

A combnyaktáji törések kiemelkedő népegészségügyi jelentőségét elsősorban az adja, hogy a fracturát követő 12 hónapon belül mintegy 15-20%-os extra mortalitás következik be a törést nem szenvedett, hasonló korú populációhoz képest. Magyarországon a combnyaktáji törések utáni 30 napos, 120 napos és egyéves halálozási arány különösen magas (40%), a fejlett országok közel kétszerese, ami a rehabilitációs, szociális és ápolási hálózat elégtelenségével magyarázható. Magasabb a halálozás a csigolyafracturát elszenvedett populációban is, minden bizonnyal a társbetegségek nagyobb száma miatt.

A mozgásszervi betegségek közül a különböző poliszisztémás autoimmun kórképek és a rheumatoid arthritis is értékelhetően magasabb mortalitással járnak. Egyes korábbi vizsgálatok szerint az RA-s betegek átlagos élettartama tíz évvel rövidebb, mint az átlagnépességé, és a kifejezetten sok ízületet érintő RA-ban szenvedő betegek halálozása nem jobb, mint azoké, akik Hodgkin-kór IV. stádiumában, vagy három coronaria elzáródásában szenvednek. Nem hagyható figyelmen kívül a mozgásszervi betegek kezelésével kapcsolatos járulékos mortalitás sem; például a nem szteroid gyulladásgátlók okozta gastrointestinalis szövődmények miatt évente több száz beteget veszítünk el Magyarországon. Csak részben tartozik a mozgásszervi területre, hogy 2015-ben Magyarországon az összes halálozás 7 %-a volt baleseti eredetű, mely a gyermek- és fiatal felnőttkorban a halálokok között az első helyen szerepelt.

Hazai felmérés szerint a mozgásszervi betegségben szenvedők életminősége – gyulladásos, degeneratív kórképek és osteoporosis esetén egyaránt – **már a betegség korai szakában jelentősen romlik.** A betegek számottevő része később mind az önellátásban, mind a közlekedésben különböző fokban mások segítségére szorul, anyagi, családi és társadalmi helyzetük sérül. Jellemző, hogy a gyulladásos betegségekben és az osteoporosisban szenvedők jobban megtanulnak betegségükkel együtt élni, mint a degeneratív háttérű betegek. Minden jel szerint ennek is szerepe van abban, hogy a rövid távú keresőképtelenség és a tartós rokkantság okai között a degeneratív gerincbetegségek dominálnak, és az RA-s, valamint a többi gyulladásos beteg aránya alacsonyabb.

A NEAK adatai szerint 2003 és 2015 között az esetek 24-28%-ban valamilyen csont-izomrendszeri betegség miatt kerültek a munkavállalók táppénzes állományba. Csak a derékfájás 2003-ban 6,5 millió keresőképtelen napot eredményezett, melyekre a kifizetett táppénz összege 14,2 milliárd forint volt. Az újonnan rokkanttá nyilvánítottak körében a mozgásszervi betegségek XIII. főcsoportja évek óta a negyedik helyet foglalja el a keringési rendszer betegségei, a daganatok, valamint a mentális és viselkedészavarok után. Az összes elvesztett egészséges életév vonatkozásában a hazai érték jelentősen, több, mint 20 %-kal meghaladja az EU országok átlagát. Az okok között a keringési betegségek (21%) és a daganatos kórképek (20%) után közvetlenül a mozgásszervi betegségek (10%) csoportja áll, azon belül is a nyaki-, háti- és derékfájdalom okozta egészséges életév-veszteség dominál.

A költségek vonatkozásában az osteoporosis direkt egészségbiztosítási kiadásairól vannak megközelítő számaink, ahol csak a diagnosztika és a mintegy 150 ezer kezelt beteg

gyógyszeres terápiája együttesen évi több mint 15 milliárd forintot tesz ki. A degeneratív reumatológiai kórképek költségei ezt az összeget jelentősen meghaladják.

A mozgásszervi betegség-helyzet megváltoztatása érdekében az elmúlt években számos átfogó kezdeményezés indult hazánkban. Ilyenek voltak a szakellátás pozitív változását eredményező *Nemzeti Osteoporosis Program*, az *arthritis- és biológiai terápiás program*, vagy a kötelező mindennapos testneveléshez és tartáskorrekcióhoz vezető *gerincprogram*, de ilyen volt a *Csont és Ízület Évtizede mozgalom*, az *Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program Mozgásszervi alprogramja*, vagy a magyar EU Tanács elnöksége alatt a Budapesti Deklarációhoz vezető *Fit for Work program*. Az Amerikai Sportorvos Társaság által 2010-ben elindított Exercise is Medicine program hazánkban „*mozgásgyógyszer*” néven került be a köztudatba.

3. Megelőzés

3.1 Elsődleges megelőzés (primer prevenció)

Az egészségügyi ágazat kiemelt célja a népegészségügy területét, kiemelten a mozgásszervi betegségek megelőzését érintően a kapcsolódó népegészségügyi szolgáltatások megújítása, középpontban az egészség választását előmozdító ismeretek és készségek fejlesztésével. A lakosság egészségmagatartásában fordulatot kell elérni, melyhez biztosítani szükséges a megfelelő fizikai-, társadalmi-, gazdasági-, jogi környezetet. Fejleszteni szükséges továbbá az egyének és közösségek egészségtudatosságát, az egészséghez és az egészségügyhöz viszonyulását és a hazai egészségkultúrát. Nélkülözhetetlen az egészségügyi ellátórendszer további, prevenciós fókuszú áthangolása, egy szükségletekhez igazodó és prevenciós szemléletű egészségügyi rendszer működtetése, valamint a szolgáltatásokhoz való hozzáférés területi és társadalmi egyenlőtlenségeinek csökkentése.

Az elsődleges megelőzés kormányzati és társadalmi feladat, amely a népességen túl elsősorban az oktatási-nevelési intézményekben dolgozóakra, valamint a gazdaság számos szektorára és a törvényhozókra ró feladatot.

Kiemelten fontos **gyermek-és fiatal korban** a rendszeres napi testmozgásra, mozgáskoordinációra és helyes táplálkozásra nevelés, melynek elindítása már óvodás korban javasolt. Ehhez kapcsolódóan sürgető feladat a **primer prevenció egységes módszertanának kidolgozása** mozgásszervi megbetegedések tekintetében, valamint a **fizikai állapot objektív felméréseinek kidolgozása** óvodás- iskolás- és egyetemista korosztály vonatkozásában. A fizikális és gépi állapotfelmérésen túl fontos az **óvodapedagógusok és testnevelést tanító pedagógusok mozgásprogramra történő betanítása** gyógytornászok által, ami hozzájárul a gyermekek napi szintű, biztonságos testneveléséhez. Ehhez elengedhetetlen a **tárgyi feltételek javítása** az általános-és középiskolákban. A gyermekek rendszeres testmozgásra ösztönzésében elengedhetetlen szerepe van az egyes **életmód sportágak iskolai népszerűsítésének, a sportegyesületek nevelő szerepe erősítésének, az iskolák közötti versenyek támogatásának, valamint nyári mozgástáborok szervezésének és központi támogatásának**. Az egészséges csontozat felépülése szempontjából előnyös a **társastánc-néptánc**, valamint az **úszás** erősítése a gyermekek körében. A gyermekeken túl a fiatal felnőttek körében is nagy hangsúlyt kell fektetni a rendszeres mozgás ösztönzésére. **A közoktatásban és felsőoktatásban a helyes mozgáskultúra elsajátítása, az egészséges táplálkozás (pl. kellő kalcium és D-vitamin bevitel) és a normális testsúly megtartásának hangsúlyozása (dietetikus aktív részvételével és a helyes közétkeztetés biztosításával), valamint a testi-és szellemi fejlődésre káros tényezők negatív hatásának tudatosítása** kiemelt jelentőséggel bír.

A **felnőtt lakosság** körében sem elhanyagolható az egészséges életmódra nevelés, mely összefügg a munkaképesség tartós megőrzésével, illetve fogyatékkal élők esetén a speciális mozgásprogramok támogatásával. Fontos tudatosítani a lakosság körében a csontegészség megőrzése érdekében a **kellő mértékű D-vitamin és kalcium bevitelének, valamint a rendszeres testmozgás végzésének fontosságát. Sportmozgalmak, egészségklubok létrehozása, mozgásszervi nyílt napok szervezése mind ezen célok megvalósulását segíti elő.**

A **munkahelyi egészségmegőrzés erősítése**, a munkáltatók ezirányú kötelezettségeinek szabályozása, valamint a munkahelyi egészségprogramok (helyes tartás, ülés, relaxáció, gerinctorna, testedzés, masszázs) biztosítása, edzőterem létesítése és gyógytornászok kötelező alkalmazása (adott létszám felett), cafeteriához hasonló munkahelyi egészségbérletek biztosítása mind olyan intézkedési javaslat, amely hozzájárul a munkavállalók testi-és lelki egészségének megtartásához, javításához. A **foglalkozás-egészségügyi szolgálat (FESZ) munkahelyi egészségvédő szerepének növelése**, munkahelyi mozgásszervi állapotfelmérés végzése szintén fontos eleme a munkahelyi egészségmegőrzésnek.

Ezen célok eléréséhez a NEMOP az alábbi intézkedési terveket javasolja:

- Országos Mozgásprevenációs Hálózat kiépítése,
- Mozgásszervi Prevenációs Központ létesítése az ORFI-ban a fenti pontban részletezett feladatok koordinálására,
- Lakóhelyközeli ellátás elvének megfelelően javasolt a Járási Egészségügyi Központokba járásonként minimum egy gyógytornász foglalkoztatása,
- EFI hálózat országos lefedettségének növelése, járásonként egy EFI létrehozása,
- Alapellátásban a mozgásszervi prevenciót végző gyógytornász- fizioterapeuta foglalkoztatása javasolt, akik az óvodai- és iskolai mozgásszervi prevenciót is szakmailag vezetik,
- Objektív fizikai állapotfelmérésre szolgáló eszközök beszerzése,
- Széleskörű szakemberképzés, köz- és felsőoktatási tantervek módosítása szükséges, valamint a gyógytornász képzés bővítése,
- Tömegsportot biztosító intézmények kormányzati támogatása szükséges a sportegyesületeknek megítélt TAO támogatások adott százalékának rendeletileg tömegsportra történő kötelező fordítása által,
- Munkahelyi prevenciós programok ösztönzése, támogatása
- Munkáltatók és önkormányzatok mozgásszervi prevenciós kötelezettségére vonatkozó rendelet kidolgozása és kiadása,
- Infokommunikációs eszközök felhasználásával a primer prevenció hangsúlyozása (mobil applikációk, weblapok, facebook, egészségnevelő filmek készítése és kihelyezése, call center, fiatalok állapotfelmérésen való részvételének és testedzésének jutalmazása pontgyűjtésekkel és különböző sportolási kedvezményekkel).

3.2 Másodlagos megelőzés (szekunder prevenció)

A mozgásszervi betegségek korai felismerésében a **szűrővizsgálatok** fontos szerepet töltenek be mind a gyermek, mind a felnőtt korosztály tekintetében. A szűrővizsgálatok célja a lakosság egészségének védelme és az egyén életminőségének, illetve élettartamának növelése a rejtett betegségek, az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, valamint az arra hajlamosító kockázati tényezők korai – lehetőleg panaszmentes- szakaszban történő aktív felkutatásával és felismerésével.

Az **óvodás, iskolás és egyetemi korú fiataloknál** a különböző statikai deformitások, tartási rendellenességek, a korra jellemző betegségek (pl. Scheuermann-kór, stb.) gyógytornászok általi kiszűrése elősegíti a korai kezelésbevétele lehetőségét, melynek hatékony eszköze lehet a kötelező egyéni gyógytorna, illetve szakorvosi beavatkozások indítása. A juvenilis arthritisek és más immunológiai elváltozások óvodás- és serdülőkori kiszűrése és kezelése, valamint a mozgásszervi elváltozásokhoz vezető infektív kórképek (pl. hepatitiszek, tuberculosis, Lyme-kór) és intoxikációk (pl. nem egészséges ivóvíz, ólom intoxikáció) kiszűrése és korai diagnózisa az eredményesebb kezelés lehetőségéhez járul hozzá.

Felnőtt, aktív munkaképes korosztály esetén a másodlagos megelőzés hathatós eszköze a munkaképesség tartós megőrzésének és visszaállításának. A fiatal felnőttkorban induló, gyulladásos hátterű mozgásszervi betegségek (elsősorban a spondylitis ankylopoetica, rheumatoid arthritis, arthritis psoriatica, hyperuricaemia) kiszűrése és kezelése; poliszisztémás autoimmun betegségek, valamint a metabolikus csontbetegségek veszélyeztetettek és a postmenopauzális korban lévő nők osteoporosis kiszűrése és korai kezelése az eredményesebb kezelés lehetőségéhez járul hozzá.

Ezen célok eléréséhez a NEMOP az alábbi intézkedési terveket javasolja:

- Mozgásszervi szűrővizsgálatokra egységes módszertani irányelvek kidolgozása,
- Szűrővizsgálatok végzése kérdőívekkel, gyógytornász és szakorvos által végzett fizikális vizsgálattal, radiológiai és speciális laboratóriumi vizsgálatokkal, ellenőrzések digitális technika révén,
- A korai kezelés megszervezése, kötelező egyéni gyógytorna finanszírozása.

3.3 Harmadlagos megelőzés (tercier prevenció)

A mozgásszervi betegségek adekvát kezelése és gondozása megelőzheti a súlyos mozgásszervi deformitások kialakulását, érdemben javítja a krónikus betegek életminőségét, következésképp a betegségteher csökkenését eredményezi. A fizioterápiás kezelések széles skálája jelent igen hatékony lehetőséget a fájdalom csökkentésére, a deformitások kialakulásának megakadályozására vagy mérséklésére, a lehetőség szerint legkedvezőbb funkcionális állapot fenntartására.

A **munkaképes korú lakosság** esetében a különböző mozgásszervi betegségekben szenvedők részére egyedi, speciális munkakörülmények biztosítása szükséges a munkában tartás érdekében, a rokkantosítás elkerülése céljából. A munkából kiesett, mozgásszervi betegek funkcióképességének visszaállítása, munkához való visszatérésének biztosítása kiemelt jelentőséggel bír, ezért fontos a mielőbbi diagnózis felállítása, a kezelés elkezdése, szükség esetén foglalkozási rehabilitáció és átképzés révén.

A foglalkozási átképzések rendszerének megerősítéséhez programok kialakítása válik szükségessé, amelyek kötelezőek lennének a munkaadók számára. A súlyosabb mozgásszervi betegek foglalkoztatásának növelése érdekében fontos lépéseket tenni a munkáltatók érdekelté tételében.

2011-ben indult útjára a „Fit for work” európai program, melynek hazai **megvalósítását javasolt folytatni** a munkaképesség növelése céljából.

Az **idősebb betegnél diagnosztizált osteoporosis** esetén „törésmegelőző-esés” mozgásprogramok indítása javasolt prevenciós jelleggel a lakossághoz közeli ellátás szintjén, gyógytornász vezetésével, D-vitamin és kalcium pótlás, valamint a WHO által előírt fizikai aktivitás érvényesítése mellett. Biztosítani szükséges továbbá, hogy minden osteoporotikus törésen (elsősorban combnyaktáji törésen) átesett, és egy következő törésre fokozottan

veszélyeztetett beteg kötelező oszteodenzitometriás és laboratóriumi vizsgálaton vegyen részt, antiporotikus kezelésben, kalcium és D-vitamin szupplementációban részesüljön, illetve mozgásfunkcióinak visszanyerése céljából perszonalizált gyógytornát és rehabilitációs ellátást kapjon.

A **fogyatékkal élők** speciális mozgásprogramjainak támogatása elengedhetetlenül fontos, melynek hatékony eszköze a sportterápia szerepének erősítése, a versenyszerű- és a szabadidő- parasport bázisának növelése. Mindezen fontos intézkedések hozzájárulnak a további állapotromlás megelőzéséhez és a társadalmi életben való minél teljesebb részvétel elősegítéséhez.

Ezen célok eléréséhez a NEMOP az alábbi intézkedési terveket javasolja:

- Kötelező jogszabályok kidolgozása a betegséggel és fogyatékkal élő munkavállalók foglalkoztatására és átképzésére,
- Széleskörű szakemberképzés, köz- és felsőoktatási tantervek módosítása szükséges, valamint a gyógytornász képzés bővítése,
- Fogyatékkal élők speciális mozgásprogramjainak támogatása

4. Helyzetértékelés, a főbb strukturális és finanszírozási problémák azonosítása

A mozgásszervi betegek nem műtéti ellátását dominánsan a **reumatológiai hálózat** végzi. Ez jelenleg 30 intézményben működő 33 reumatológiai osztályból, 1116 ágyból, az osztályok szakambulanciáiból, valamint az ezektől függetlenül működő reumatológiai szakrendelőkből áll. A rendszerhez funkcionálisan, de nem jogilag asszociált a **mozgásszervi/rehabilitációs osztályok** köre, amelyekben mintegy kétharmad arányban szintén reumatológiai betegek kerülnek ellátásra. **A reumatológiai hálózat és az alapellátás optimális együttműködése a gyors betegbeutalás, illetve az otthoni gondozás megvalósulása szempontjából meghatározó.**

Az államilag finanszírozott mozgásszervi ellátórendszer mellett ma már sok beteg a növekvő számú **térítéses magánellátásokat** választja, a várakozási időpontok lerövidítése és az ellátás jobb körülményeinek elérése céljából.

Az 1951-ben alapított ORFI vezetői komoly erőfeszítés árán elérték, hogy a hetvenes évek végére és a nyolcvanas évek elejére **minden megyében** – nem feltétlenül megyeszékhelyen, adott esetben gyógyfürdő helyeken – **reumatológiai osztály működjön és a korábbi szanatóriumi szintű betegellátás aktív reumatológiai szakellátássá alakuljon, szakrendelői majd háziorvosi beutalásokkal, sürgősségi felvételekkel.** Ez a reumatológiai fekvőbeteg hálózat az alapja a mai ellátórendszernek, mely az évek folyamán az **orvosegyetemek reumatológiai tanszékeinek létrehozásával bővült.**

Az ellátórendszer működésében minőségi változást jelentett az **osteoporosis/oszteológiai**, majd az **arthritis centrumok kialakítása**, mindkettő létrehozásában és működtetésében az ORFI vezetése vállalt meghatározó szerepet.

A **Nemzeti Osteoporosis Program** keretében a kilencvenes évek közepén felállításra került az **osteoporosis és oszteológiai centrumok országos hálózata**, mely a különböző szakterületek szakembereinek team-munkáján alapuló, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőségekkel rendelkező, elsősorban ambuláns jellegű szakellátás. A létrehozott rendszert a WHO modellértékűnek és más országok számára követendőnek tartotta.

A XXI. század első évtizedében alapították az **arthritis központokat**, melyek a gyulladásos reumatológiai kórképek magas szintű kivizsgálását, kezelését és gondozását tűzték ki célul.

2006 januárjában a hazai reumatológiai betegellátás lehetőségeit és színvonalát alapvetően meghatározó folyamat vette kezdetét, mikor a gyógyszervizsgálatok kedvező tapasztalatait követően, a célirányos erőfeszítéseink eredményeképpen elért biológiai terápiás finanszírozás elnyerésével elindult az arthritisek széles körű, országos ellátása. Ez a hazai reumatológia egyértelmű sikertörténete, ami felnőtt- és gyermekkorú betegeinknek új perspektívákat nyitott. A **biológiai gyógyszerek reumatológiai alkalmazása és finanszírozása** ugyanakkor megteremtette a lehetőséget ezen molekulák bőrgyógyászati és gasztroenterológiai felhasználására is, tehát szakterületünk határait messze meghaladva, a medicina egészének fejlődésére gyakorolt hatást. A rendszer európai viszonylatban is sikeres, hiszen a biológiai gyógyszerek hazai alkalmazása térségünk mutatóit jelentősen meghaladja, és az Európai Unió országainak átlagához közelít. A feladat ugyanakkor komoly terhet ró az egyes centrumok szakorvosaira, személyzetére és az azokat befogadó intézményekre, és egyáltalán nincs megoldva a munkában résztvevők méltányos finanszírozása.

A 33 reumatológiai osztály ágyszáma, járóbeteg kapacitása, ezáltal az általuk ellátandó terület jelentősen különbözik, és nem érvényesül a lakosságarányos szakellátás elve. Külön probléma, hogy három megyében (Komárom-Esztergom, Somogy és Zala) a reumatológiai osztály nem megyei szintű, ami más szakterületek által biztosított szakorvosi konzíliumok szempontjából nehézséget jelenthet. Az egyes osztályok szakmai színvonala kifejezetten eltérő, és a széles diagnosztikus és terápiás lehetőségekkel rendelkező országos intézettől és egyetemi centrumoktól az elsősorban fürdőkórházi kezeléseket szolgáltató osztályokig terjed. Két megyében (Nógrád és Tolna), a megyei kórházak reumatológiai osztályain a minimumfeltételek teljesítése is visszatérő problémát jelent. Korábbi javaslataink ellenére nem történt meg az egyes osztályok különböző ellátási szintekre történő besorolásának (I. városi, II. megyei, III. regionális, IV. országos) funkcionális érvényesítése, és megyei osztályok hiánya esetén a regionális ellátás bevezetése. A rendszerben kiemelkedő szerepet kapnak az egyetemekhez asszociált regionális centrumok (ORFI, BIK, Szeged, Pécs, Debrecen), illetve a hálózatot koordináló országos intézet, az ORFI, mely a magas szintű felnőtt ellátás mellett gyermekreumatológiai részleget is működtet, illetve oroszánrészt vállal a graduális és posztgraduális orvosképzésben, a szakdolgozói képzésben, a kutatómunkában és a nemzetközi együttműködésekben.

A betegellátásban nem működik a szubszidiaritás elve, ami azt jelenti, hogy az adott betegséget nem az állapotnak megfelelő legalacsonyabb szinten látják el, hanem magasabban. Ennek az egyik oka, hogy a háziorvosok egyes mozgásszervi betegségek (pl. derékfájás) befejezett ellátásában nem, vagy alig vesznek részt és a szakrendelők a súlyosabb gyulladásos kórképeket is csak nagyon lassan utalják be a szakcentrumokba. Egyáltalán nem tisztázott a nem kórházi, területi szakrendelőknek az ellátási rendszerben elfoglalt kompetenciája. Így fordulhat elő, hogy az egyszerűbb lágyrészreumatizmusok primér ellátási helye esetenként az egyetemi központ, vagy az országos intézet. Mindezek következménye, hogy **a hazai reumatológiai szakellátás eltolódott a fekvőbeteg ellátás irányába, és az ambuláns ellátási formák nem kapnak megfelelő szerepet a rendszerben.** Ennek természetesen társadalmi és szociális okai is vannak, de törekednünk kell a fekvőbeteg osztályokat tehermentesítő járóbeteg szakellátások és alternatív ambuláns egységek (pl. nappali kórházak, önálló fizioterápiás egységek, stb.) megerősítésére és számának növelésére. Külön kiemelendő, hogy **az egészségbiztosító által finanszírozott gyógytornához való hozzáférés az alapellátásban, valamint az óvodai és iskolai egészségügyben egyáltalán nem biztosított, a szakrendelőkben pedig csak minimális, mindez elsősorban a hazai állami gyógytornász ellátottság igen alacsony szintjével magyarázható.** Legalább ekkora gond a reumatológus szakorvosok globális hiánya, ami a fekvő- és járóbeteg ellátásra egyaránt

vonatkozik. Alacsony a szakképzési kvóta, a magánellátások és a külföldi lehetőségek elszívó ereje jelentős, egyes szakrendelőkben a folyamatos betegellátást kizárólag a nyugdíjas kollégák foglalkoztatása biztosítja.

A finanszírozásban nem érvényesül a progresszivitás elve, vagyis a komolyabb szakmai háttérű intézmények ugyanolyan díjazásban részesülnek az egyes HBCS-kbe tartozó betegségek ellátásáért, mint a kevésbé felkészült, sokszor definitív ellátást nem végző, csak a beteget továbbutaló egységek. Nem kerültek bevezetésre a súlyosabb eseteket ellátó, valamint biológiai terápiát végző osztályokra vonatkozó csillagos HBCS-k, illetve a regionális és országos feladatok ellentételezéseként a regionális/országos intézeti szorzók. Így a reumatológiai szakterületre fordított országos összes finanszírozás szétfolyik, amihez a nem reumatológiai osztályok reumatológiai szakmakóddal jelentett eseteinek magas száma is hozzájárul. Mindez a gyengébb ellátóhelyek konzerválódását segíti, és hátráltatja a modern reumatológiát képviselő osztályok további erősödését.

A felnőtt aktív szakellátás anomáliái mellett említést kell tennünk a **gyermek reumatológia** alapvető problémájáról is. Annak ellenére, hogy a gyermekkori ízületi gyulladások ellátása az ORFI-ban már 1971 óta külön részlegen folyik, ez a szakterület a **mai napig nem rendelkezik önálló szakmakóddal**, sok más gyermekgyógyászati szubdiszciplínától eltérően. Valószínűleg ez is az oka annak, hogy az országos intézeten kívül csak néhány egyetemi központ tett lépéseket ezen ellátás széleskörű hazai hozzáféréseinek biztosítására. **Nem rendelkezünk sem felnőtt-, sem gyermek reumatológiai regiszterrel, és nincs adatbázisunk a különböző célzott beavatkozásokról (pl. biológiai terápia) sem. Nincs megoldva a szakterület minőségbiztosítása,** mivel jelenleg az országos intézet, az ESZK Reumatológia Tagozata vagy a szakfelügyeleti rendszer sincs erre a feladatra egyértelműen kijelölve. Az ellenőrzési rendszer erősítése a magánszolgáltatók, illetve a mozgásszervi ellátásban is felbukkanó különböző áltudományos műszerek és eljárások miatt különösen indokolt lenne.

A mozgásszervi szakterületek közül az ortopédia és traumatológia is számos ellátási nehézséggel néz szembe. Az Országos Traumatológiai Intézetet (OTI) a 2007-es megszüntetése után 2018 januárjában állították vissza, és a hálózatrányítási feladatait a mostani időszakban kezdi ismét gyakorolni. **Az ellátásban problémaforrás, hogy a traumatológiai és a sürgősségi ellátó hálózat munkája nincs összehangolva, a betegirányítási rendszer nem integrált, a traumatológiai osztályok progresszivitási szintjeinek besorolása jelentősen túlhaladott és nem felel meg a jelenlegi igényeknek.** A fővárosi traumatológiai kapacitások szűkek, a szakorvosok és a szakképzett szakdolgozók hiánya komolyan érezhető, különösen a vidéki kórházakban. **A csípő- és térdprotézis várólisták az elért eredmények ellenére még mindig hosszúak.** A traumatológiai ellátás esetösszetételi (case-mix) indexe alacsony, a multi- és politraumatizált eseteknek nincs arányos finanszírozása, **a traumatológiai ellátás TVK korlátozása is limitáló tényező.** Sok ortopédiai-traumatológiai beavatkozásnak (pl. elülső keresztszalag-sérülés artroszkópos ellátása) nincs megfelelő kódja, aminek az az oka, hogy **átfogó kódkarbantartásra utoljára 2001-ben került sor.** **Alacsony az egynapos sebészeti beavatkozások száma,** elsősorban a személyi, tárgyi és pénzügyi feltételek gyengesége miatt.

Hiányoznak az ortopédiai, traumatológiai és sportsebészeti regiszterek (pl. a különböző fracturák és sérülések, poli- és multitraumatizáltak, artroszkópos és rekonstrukciós beavatkozások, váll- és könyökízületi protézisek, stb.), melyek pontos adatgyűjtést és országos elemzéseket tennének lehetővé, jelenleg csak a csípő- és térdprotézis regiszter működik, számos problémával. **Az ortopédiai-, traumatológiai- és sportsebészeti rendszer**

szakfelügyelete és országos minőségbiztosítása nincs megoldva, nem történt meg az országos intézetek erre való felhatalmazása és eszközökkel való ellátása.

A gerincsebészet ellátórendszere is magán viseli egészségügyi struktúránk problémáinak többségét. A szakorvosi és szakdolgozói ellátottság visszatérő gond, különösen a műtőszemélyzet és az aneszteziológusok vonatkozásában. A rendszer diagnosztikai kapacitását (pl. MRI) az igények messze meghaladják, ezért hosszas előjegyzések alakultak ki. A műtők eszközparkja túlhaladott, nem vagy alig alkalmas a legmodernebb minimál invazív beavatkozások végrehajtására. A hálózat vezető intézményének számító Országos Klinikai Idegtudományi Intézet (OKITI) sem rendelkezik jelenleg a gyors gerincsebészeti konzultációt és képtranszferálást lehetővé tevő informatikai rendszerrel, az intraoperatív képalkotó vizsgálatok lehetőségével, röntgensugár áteresztő műtőasztalokkal, vagy a minimál invazív eljárások közül endoszkópos gerincsebészeti felszereléssel. A bizonyos kórképekben (pl. percutan vertebroplastica, laser discectomia, stb.) végezhető egynapos sebészeti beavatkozás feltételrendszere is gyenge, a TVK alóli mentesítés ellenére ez országosan csak alig fele az EU országaiban tapasztalt aránynak.

A szakterületi nehézségek komplex felsorolása céljából érintenünk kell a **rehabilitációs osztályok tevékenységi körét** is. Ez sok esetben nem definiált és nem differenciált, keveredik a szociális ellátás feladataival, progresszív centrumhálózat híján szervezetileg legtöbbször nincs kapcsolat az aktív ellátó osztályokkal (pl. kardiológia, pulmonológia, reumatológia), és a finanszírozás a „vattabeteg”-ösztönző napidíj-rendszerből áll. A tisztább viszonyok eléréséhez többször szorgalmaztuk a mozgásszervi profilon belül a reumatológiai rehabilitációs osztályok nómenklatúra szerinti megkülönböztetését, melyek a jelenlegi gyakorlatot tükrözve deklaráltan a kiesett funkciójú gyulladásos, metabolikus vagy súlyosabb degeneratív reumatológiai betegségek rehabilitációjával foglalkoznak. A reumatológiai betegek valós ágyszám igényének felmérése feltételezi ezt a szakmai differenciálódást. A rehabilitáción belül további probléma a nem osztályon végzett rehabilitatív tevékenység különböző típusainak (pl. járóbeteg-, közösségi- foglalkoztatási-, mobil fizioterápiás rehabilitáció, stb.) hiánya, a kapacitásában egyébként is alulméretezett ellátásban. A fogyatékkal élők reintegrációjában és mozgásszervi állapotuk javításában nem használjuk ki a versenyszerű- és a szabadidő/parasport kínálta lehetőségeket. Hiányzik a használatos segédeszközök (ortézisek) folyamatos korszerűsítése, katalogizálása, a rendelkezőség bővítése, adott esetben kölcsönzése, a felírásra jogosultak rendszeres képzése és a finanszírozás felülvizsgálata is.

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI) tevékenységében nem érvényesül kellőképpen az országos intézet meghatározó szerepe a szakmai irányelv- és finanszírozási eljárásrend-fejlesztésben, a külföldi gyógykezelések, a tételes finanszírozások és az egyedi méltányosság elbírálásában, valamint a gyógyszer és gyógyászati segédeszközök és orvosi technológiák befogadásában. Néhány fontos centrumszintű tevékenység az OORI-ban további fejlesztés alatt áll.

A mozgásszervi szakterület gyógyintézeteiben a térítés ellenében történő ellátások száma jelenleg minimális, pedig egyes diszciplínákban (ortopédia, sportsebészet, gerincsebészet, reumatológia, mozgásszervi rehabilitáció) komoly igény mutatkozik ez irányban. Ugyanez vonatkozik a külföldi betegek ellátását szolgáló gyógy-idegenforgalom alacsony arányára is.

5. Átfogó célkitűzések

- Egyenes tartású, fizikailag terhelhető, rendszeres mozgásigényű, egészséges generáció felnőkedésének elősegítése
- A mozgásszervi megbetegedések megelőzése felnőtt korban, a munkaképesség megőrzése és visszaállítása, a fogyatékkal élők mozgásprogramjainak támogatása
- Magasabb szakmai színvonalú, gyorsabb és hatékonyabb mozgásszervi ellátás biztosítása, a betegek életminőségének javítása
- A mozgásszervi betegségek növekedésének megállítása, súlyuk csökkentése
- A betegek informáltságának és elégedettségének növelése, társadalmi összefogás elérése

A fenti átfogó célkitűzések az egyes intézkedési csomagokban szereplő, konkrét feladatok megvalósulása révén, adott eszközrendszerrel és közreműködőkkel realizálhatóak.