

Tartalom

■ Ismerjük meg! Mi újság a reumatológiában? – 2008	
<i>Dr. Szekanecz Zoltán</i>	2
■ Csont és Ízület Évtizede	
<i>Dr. Bálint Géza</i>	5
■ A test, a lélek és az életminőség	
<i>Dr. Riskó Ágnes</i>	7
■ Állásfoglalás az Egészség- ügyi Minisztérium program- tervezetéről	9
■ Betegjogok	
<i>Dr. Rojkovich Bernadette</i>	11
■ Betegklubok	
<i>Dr. Kiss Gyuláné</i>	12
■ Gyógyfürdők	
<i>Dr. Fluck István</i>	13
■ Mozduljunk!	
<i>Monspart Sarolta</i>	16
■ Gyógytorna	
<i>Mészáros Lászlóné</i>	17
■ Levelezés	18
■ Hírek	19
<i>Pethő Gáborné</i>	
■ Fórum	20
■ Egészségügyi Kisokos	
<i>Dr. Héjj Gábor</i>	23
■ Rejtvény	24



Mi újság a reumatológiában?

Ezt a címet olvashatják jelen számunk első cikke felett. Lehet, hogy sokan elbiggyeszti a szájukat: éppen a reumatológiában? Még ha az lenne a kérdés: mi újság az orvostudományban, akkor bizony érdemes lenne oldalakat írni és olvasni, hiszen naponta értesülünk újabb és újabb eredményekről az immunológia, a géntechnika, a molekuláris biológia területéről, nem beszélve a technikai fejlődésről, mely a képalkotó eljárások forradalmasításával szinte az emberi szervezet feltérképezését is lehetővé teszi. De van-e új a reumatológiában? Még ma is sok orvos győzködi mozgásszervi panaszokkal jelentkező betegét, hogy nincs mit tenni, ez már a korról jár, bele kell törődni... Pedig van új a Nap alatt a reumatológiában is, ezért ajánljuk, hogy olvassák el figyelmesen cikkünket. Az a célunk, hogy a reumabetegek minél jobban ismerjék betegségük mibenlétét, a lehetséges kezelési módokat, a számukra szükséges tennivalókat.

Ez az egyik célja a betegszervezeteknek is, amelyek működéséről is rendszeresen beszámolunk. És itt van-e újság? Igen, ahogy előző számunkban beszámoltunk róla, ez évben Budapesten lesz a betegszervezetek nemzetközi kongresszusa. Közzé tettük az ebből az alkalomból a reumabetegek részére meghirdetett pályázatot is „Hogyan élnek és éreznek a magyar betegek” címmel. Vegyenek részt minél nagyobb számban!

Van-e újság a magyar egészségügyben? Sajnos, igen – ugyancsak gyakori a rendelet, lehetőségek, betegutak változása, melyek között nemhogy a beteg, néha még az orvos sem ismeri ki magát. Ezekről a változásokról is igyekszünk olvasóinkat informálni.

Örülünk, ha olvasóink is beszámolnának arról, hogy „mi újság van” szűkebb hazájukban a reumatológia frontján, ha megírnák, miről szeretnének olvasni, milyen problémát szeretnének megoldani, hogy lehetőségeinkhez képest segíteni tudjunk. Leveleiket, észrevételeiket szívesen közöljük is.

Minden kedves olvasónak jó egészséget kíván

Dr. Zahumenszky Zille

REUMA HÍRADÓ

Betegújság reumatológiai betegeknek • IV. évfolyam 2. szám, 2008 szeptember • ISSN 1787-0666

Laptulajdonos: A Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány, Magyar Reumabetegek Egyesülete

Megbízott főszerkesztő: Gönczi Csabáné Dr. A szám orvos-szerkesztője: Dr. Szekanecz Zoltán Szerkesztőségi titkár: Pethő Gáborné

A szerkesztőség címe, hirdetésfelvétel:

1023 Budapest, Ürömi u. 56. Tel.: 326-3396, Fax: 335-0876 E-mail: mra@reumatologia.hu

Szerkesztőségi fogadóórák: szerdánként 10–14 óráig.

Kiadja a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány 1023 Budapest, Ürömi u. 56. A kiadásért felel: Dr. Merétey Katalin Terjeszti a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány és a Gyógysarok (1023 Bp., Frankel Leó u. 38-40. földszint – ORFI).

Megjelenik évente háromszor. Egyedi példányok 200 Ft-os áron a Gyógysarokban kaphatók. Előfizetés 1 évre 900 Ft.

Olvasható a www.reumatologia.hu honlapon. Csoportos megrendelés a betegklubokon keresztül. DTP nyomdai munkák: IPRINT Kft.

A lapban megjelent hirdetések tartalmáért és formájáért a felelősség a megrendelőt terheli.

Ismerjük meg!

Mi újság a reumatológiában? – 2008

A reumabetegek és az őket kezelő orvosok, gyógytornászok, más szakdolgozók számára ez a betegségecsoport a legfontosabb. Sokszor kell azonban győzködnünk a társadalom egyéb rétegeit, a döntéshozókat, hogy a mozgásszervi betegségek fájdalmasak, súlyosak, és sok esetben a mozgást, életfunkciókat, életminőséget, sőt akár magát az életet is veszélyeztethetik.

A daganatok, szív-érrendszeri megbetegedések sokkal nagyobb teret kapnak a közvéleményben, a médiában. Pedig a múlt évszázad, ezen belül a legutóbbi évtized számos áttörést, új eredményt adott a reumabetegek jobbulása érdekében. Talán a legnagyobb áttörés, elsősorban az arthritisz (ízületi gyulladásos) betegek számára a biológiai terápia, melyet a reumatológia adott a világnak, és bár manapság már az orvoslás más területein is alkalmazzák, először a sokízületi gyulladásban szenvedőknek adták. Ma az artrózis (kopásos) mozgásszervi betegségben szenvedőket sem csupán fájdalomcsillapítókkal kezeljük, hanem lehetőség van a károsodott ízületi porc alkotóelemeinek visszapótlására. Emellett új, hatékony és biztonságosabb gyulladásgátlók is piacra kerültek. A csonttritkulás kezelésében újdonságnak számít azon gyógyszer megjelenése, amely már csontépítő hatású is, és nemcsak a csont lebomlását lassítja, mint a korábban alkalmazott gyógyszerek. De ugyancsak a csonttritkulásban egyéb, olyan kezelési módok is megjelentek, melyek megkönnyíthetik a betegek életét, és kiemelt fontosságúvá vált a megfelelő kalcium és D vitamin bevitel is. A továbbiakban, kicsit bővebben, ezekről a témákról lesz szó, de leszögezzük, hogy a klasszikus terápiás eljárások, a gyógytorna, fizioterápia, balneoterápia (gyógyfürdőkezelés) minden reumabeteg számára elengedhetetlen kiegészítői a gyógyszeres kezelésnek.

A sokízületi gyulladás (arthritisz) számos kórkép formájában jelentkezik. A reumatoid arthritisz (krónikus sokízületi gyulladás, régebbi rövidítéssel: PCP) hazánkban mintegy 30–50 ezer embert, főleg középkorú nőket érint. Elsősorban a kezek és lábak kisízületeit, a csuklókat, bokákat érinti, de egyéb ízületek (térdek, könyökök, nyaki gerinc) is megbetegedhetnek (1. ábra). A pikkelysömör is járhat arthritisszel, mely sok tekintetben hasonlít a reumatoid arthritiszhez. A döntően fiatal férfiak gerincbetegsége, a Bechterew-kór (spondilitisz ankilopoetika, vagy SPA) legalább 5–10 ezer emberben alakult ki. Végül, az arthritisz gyermekkorban, 16 éves

Prof. Dr. Szekanecz Zoltán

tanszékezető egyetemi tanár



kor alatt is jelentkezhet (juvenilis arthritiszek). Az ízületi gyulladásban szenvedők száma Magyarországon száz- ezres nagyságú. Ha a felismerés késik, a diagnózist több mint 3–6 hónap után állítják fel és a kezelés nem megfelelő, akkor mindezen arthritiszos betegeknél mozgáskorlátozottság, rokkantság alakulhat ki. Ami a diagnosztikát illeti, ma már léteznek olyan laboratóriumi és képalkotó eljárások, amelyek segítségével az eddiginél sokkal korábban és pontosabban lehet az egyes említett betegségformákat felismerni. Ezért nagyon fontos, hogy a mozgásszervi beteg minél hamarabb jelentkezzen házi orvosánál, aki reumatológus szakorvoshoz utalja tovább. Megfelelő szakember kezében a diagnózis idejében megszületik, és elkezdhető az optimális terápia.

Az arthritiszos betegek számára a közelmúltig a csupán a tüneteket mérséklő gyulladásgátlók, fájdalomcsillapítók, szteroidok, a betegség előremenetelét bizonyítottan lassító szerek („bázisterápia”), a gyógytorna, fizioterápia, gyógyászati segédeszközök álltak rendelkezésre. Már az is kiemelten fontos, hogy a beteg ne csak a tüneteket átmenetileg csökkentő készítményeket kapja, hanem idejekorán ún. „betegségmódosító kezelésben” is részesüljön. Ezek a gyógyszerek (pl. methotrexát, leflunomid, sulfaszalazin) ugyanis nemcsak a tüneteket mérséklik, hanem a betegség romlását is bizonyítottan lelassítják, ezzel megelőzhetik az ízületek károsodását és a rokkantság kialakulását. A folyamatos gyógytorna, az ízületek védelme, alkalmas segédeszközök használata legalább ugyanennyire fontos. Becslések szerint azonban az



1. ábra. Reumatoid arthritiszos kezek

arthritiszes betegek 15–20%-a ezen gyógyszeres és életmódi eljárások együttes alkalmazásával sem kezelhető megfelelően. A néhány éve elterjedt ún. „biológiai terápia” azt jelenti, hogy az egyes betegségek kialakulásának mechanizmusát megértve, olyan, egy-egy adott ponton ható gyógyszereket kísérleteztek ki, melyek célzottan gátolják az arthritiszekkel együtt járó kóros gyulladási és immunológiai folyamatokat. A legismertebb ilyen „célpont” a gyulladás „karmestere”, a TNF-alfa. Anélkül, hogy tudományos részletekbe bonyolódnánk, ez egy olyan fehérje, amely fokozza számos más káros fehérje termelődését, ízületi gyulladást okoz és végső soron nagyban hozzájárul az ízületi porc és csont, vagyis az egész ízület tönkremeneteléhez. Bár manapság legalább százféle gyulladásos célpont gátlásával kísérleteznek, hazánkban és világszerte négy készítmény kapható, rendelhető, miközben további 3–4 gyógyszer áll közvetlen bevezetés előtt. A négy elérhető készítmény közül három az említett TNF-alfát gátolja. A negyedik szer a gyulladásban másik fontos szerepet játszó ún. „B-sejtek” káros hatásait bénítja. A biológiai terápia igen hatékony, de nem veszélytelen, így szervezett, körültekintő alkalmazást igényel. A szerek között van infúziós és bőr alá adandó injekciós készítmény. A szereket 2–8 hetente változóan kell alkalmazni, hatásuk már egy-két hét alatt kialakul. Olyan reumatoid arthritiszes, Bechterew-kóros, pikkelysömörös vagy gyermekkori arthritiszes betegeken alkalmazható, akiknél az említett egyéb bázisterápiás gyógyszerek mellett is gyulladás marad fenn. A kezelés megkezdése előtt előszűrés szükséges, és a kezelés alatt végig szoros ellenőrzésre van szükség, mivel megnövekedhet a fertőzésekkel szembeni fogékonyság. Ezekkel a gyógyszerekkel az első beteget a világon 1991-ben kezelték, 1996-tól pedig ezen betegségekben hazánkban is rendelhetők. Miután a biológiai terápia igen hatékony, de rendkívül költséges kezelés (a betegek 100%-os támogatással kapják), hazánkban húsz ún. Arthritis Centrumot alakítottak ki. Biológiai terápia kizárólag ezen központokban alkalmazható, így az erre szoruló beteget a házi orvosnak vagy területi reumatológusnak be kell utalnia egy Arthritis Centrumba.

Az artrózis főleg 60 év felettieket érintő, az ízületi porc, majd az egész ízület fokozatos károsodásával járó betegség. Ebben a korosztályban a térd és a csípő kopásos betegsége a leggyakoribb, de ma már egyre gyakrabban látjuk a fiatalabbakon jelentkező, a kezek kisízületeit is érintő artrózist (2. ábra). Ez utóbbi forma bizonyos genetikai hajlamot is jelent, és az adminisztratív munka, számítógéphasználat vagy egyéb túlerőltetés következtében alakul ki. Az artrózis kezelésében a nem gyógyszeres eljárások az elsődlegesek: mivel a térdartrózis kialakulásában az elhízásnak komoly szerepe van, a fogyás, rendszeres testmozgás, gyógytorna rendkívül fontos. Miután ez a kórkép is sokszor jelentős fájdalommal jár, fájdalomcsillapítókat, gyulladásgátlókat rendelünk. Az évtizedek óta használt ha-



2. ábra. Artrózisos kéz

gyomor- és nyombélfekély, vese- és májelégtelenség, magas vérnyomás kialakulására, sőt fokozhatják a vérékenységet is. Ezért az elmúlt egy-két évtizedben olyan gyulladásgátlókat fejlesztettek ki, melyek hatékonysága megegyezik az előzőekkel, mellékhatások (elsősorban a gyomor-bélrendszeri kockázat) szempontjából azonban biztonságosabbak. Különösen 65 év feletti betegeknél (ide tartozik az artrózisos betegek nagy része), szteroidot, véralvadásgátlót szedőkön érdemes ezen biztonságosabb készítményekre gondolni. Sajnos, az elmúlt években fény derült arra, hogy gyakorlatilag mindegyik gyulladásgátló fokozhatja a szív-érrendszeri betegségek kialakulásának esélyét, ezért ezeket a gyógyszereket szívbetegnek egyáltalán nem, vagy csak nagy odafigyeléssel érdemes adni, és általánosságban is csak rövid, a szükséges időtartamot nem meghaladó gyulladásgátló kezelést szabad alkalmazni, mert a több hónapos, tartós gyógyszeres kezelés mindenképpen nagyobb kockázatot rejt magában.

Valójában azonban nem lehet cél, hogy egy idősebb artrózisos beteg évekig fájdalomcsillapítókat szedjen. Nagyon fontos, hogy a fájdalomcsillapítás mellett a károsodott ízületi porc felszín regenerálása is megtörténjen. Nagyobb fokú porckárosodás vagy az ízület jelentős tönkremenetele esetén gyógyszerekkel már kevésbé érhetünk el sikert, ilyenkor ortopédsebészeti eljárások jönnek szóba: kisebb porcdefektusok esetén a hazánkban kifejlesztett mozaikplasztika, nagyobb felszín károsodásakor protézis beültetés. Enyhébb esetekben azonban gyógyszeresen is próbálkozhatunk: bizonyított, hogy a porcszövet természetes felépítésében is részt vevő glükózamin, kondroitinszulfát és hialuronsav megfelelő alkalmazás mellett mérsékelheti a porckárosodást, sőt részben visszaépítheti a már elpusztult porcszövetet. Fontos azonban, hogy a kezelés megfelelő orvosi kontroll mellett történjen. A glükózamin és kondroitinszulfát kapszula illetve víz-

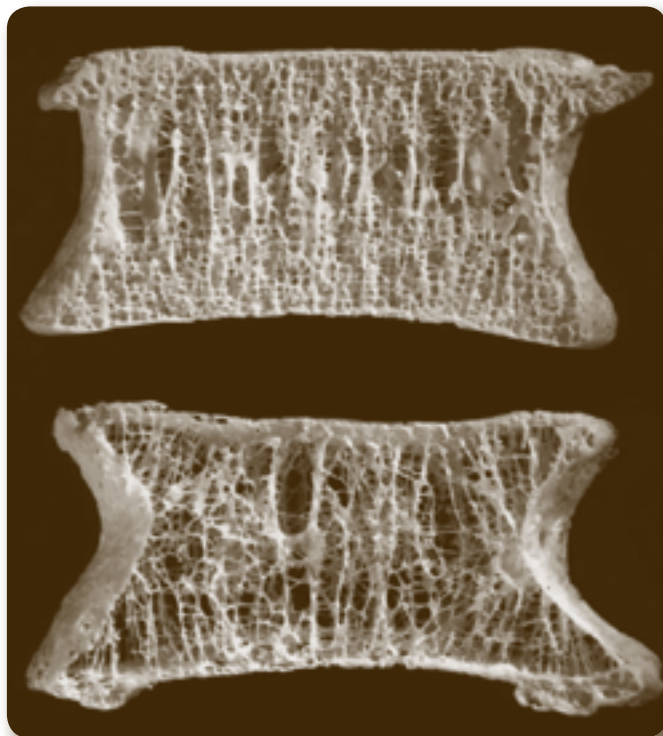


3. ábra. Sokszor az ízületbe adott injekcióval lehet a leggyorsabb hatást elérni

ben oldható por formájában használható, a hialuronsavat tartalmazó injekciós készítményeket pedig 3–5 injekcióból álló kúra formájában adagoljuk, az ízületbe adva (3. ábra). Fontos kiemelni, hogy elsősorban az eredeti, receptre kapható készítmények esetében biztosított a megfelelő hatékonyság és adag, a piacon azonban számos egyéb termék is kapható, melyek szintén közkedveltek és használhatóak.

A csonttritkulás főleg a középkorú és idősebb hölgyek betegsége, de az elmúlt években egyértelművé vált, hogy a férfiak osteoporózisa legalább ennyire fontos, náluk a betegség ugyanúgy jelentkezik (4. ábra). Ezért fontos, hogy 60 év felett csontsűrűség-méréssel szűrjük a lakosságot, és akiknél már kialakult osteoporózis van, azokat megfelelően kezeljük. A megelőzés szempontjából a mozgásnak, megfelelő táplálkozásnak (tejtermékek, zöldségek) és a kalcium, D-vitamin bevitelnek alapvető jelentősége van. A kalcium és D-vitamin megfelelő bevitele a csonttritkulásban (még) nem szenvedőknek is alapvető fontosságú, különösen, mivel hazai vizsgálatok is kimutatták, hogy a lakosság kalcium és D-vitamin ellátottsága elégtelen, különösen ami az időseket illeti. Ezért, felmérve a természetes kalcium és D-vitamin bevitelt, vagyis hogy az adott személy a táplálkozással valószínűleg elegendő ásványi anyagot és vitamint vesz-e magához vagy sem, hiány gyanúja esetén a kalciumot és D-vitamint tabletták formájában pótolni kell. Különösen terhesség, szoptatás idején, gyermek- és serdülőkorban, nők esetében a menopauza után növekszik meg az igény. Számos kiváló kalciumot és/vagy D-vitamint tartalmazó készítmény kapható a piacon.

A csonttritkulás kezelésére korábban alkalmazott gyógyszerek mind a csontbontást gátolták, így lelassították a csontvesztést, de a csont visszaépítésére nem voltak képesek. A leggyakrabban alkalmazott biszfoszfonátok is ilyenek, melyek széles körben elterjedtek. Utóbbiakkal kapcsolatban újdonság, hogy olyan bisz-



4. ábra. Normál és osteoporózisos csigolyák

foszfonát készítmények is kaphatók, amelyek egyben kalciumot és/vagy D-vitamint is tartalmaznak, így a betegek nem kell külön kalcium és D-vitamin bevitelről gondoskodnia. A betegek kényelmét és a mellékhatások csökkentését szolgálja az is, hogy mivel sok beteg a tablettában szedett biszfoszfonátot gyomor-bélrendszeri mellékhatások miatt nem bírja, néhány biszfoszfonát már injekciós, infúziós kezelés formájában is elérhető. Ezeket három havonta, illetve évente kell intravénásan alkalmazni, megfelelő kalcium és D-vitamin pótlás mellett. Az is fontos, hogy mivel az injekciós kezelést mindig az orvos végzi, nem fordulhat elő az, ami a tablettás készítményeknél gyakori, hogy a beteg elfelejti a tabletták bevitelét. A csontbontást gátló gyógyszerek mellett azonban megjelent a piacon olyan granulátum formájában alkalmazható készítmény is, mely a csontbontás gátlása mellett a csontépítést is serkenti. A legerősebb csontépítő azonban az az új injekciós gyógyszer, mely naponta a bőr alá adva jelentősen fokozza a csonttömeget.

Ezek a fájdalmas, gyakran mozgáskorlátozottsággal járó mozgásszervi kórképek maguktól nem múlnak el. Az orvos, beteg, nővér, gyógytornász együttműködése szükséges a tünetek csökkentéséhez, a betegség romlásának megállításához, sőt a gyógyuláshoz. A kezelés ugyancsak komplex: a receptre felírt gyógyszer önmagában édeskevés. Az életmódi változtatások (mozgás, gyógytorna, fogyás, diéta), a széles körben kapható segédeszközök (csípővédő nadrág, fűzők, gyógycipők, botok stb.), a nem gyógyszeres kezelési eljárások (gyógytorna, fizioterápia, gyógyfürdőkezelés) együttesen szolgálják a gyógyulni vágyó mozgásszervi betegeket.

Csont és Ízület Évtizede

Dr. Bálint Géza

*A Csont és Ízület Évtizede
Hazai Koordinátora*



Beszámoló

**a PARE (People with Arthritis and Rheumatism in Europe),
az európai betegszervezet előadásairól és poszttereiről
az EULAR Kongresszuson (Párizs, 2008. június 11–14.)**

Az európai reumatológiai kongresszusokon immár rendszeresen részt vesznek a betegek is. Jó lenne ezt az éves hazai reumatológiai vándorgyűléseken is bevezetni.

Külön öröndetes, hogy a PARE szekció programjában több magyar előadó is részt vett: Garay Tóth Beáta Pécsről, az Országos Scleroderma Közhasznú Egyesület képviselőjében az EULAR kongresszus első napján tartott előadást. Előadása címe „Kihívások és lehetőségek betegképviselői csoport megalapításában” – volt. Elmondta, hogy Magyarországon a betegszervezetek elismertsége, hatékonysága még nem éri el a hasonló nyugat-európai szervezeteikéit. A jótékonyág nem része a hazai kultúrának és a forrásteremtés nagyon nehéz.

Elmesélte, hogy az Országos Scleroderma Közhasznú Egyesület a Magyar Lupus Egyesülettel hogyan harcolta ki, hogy a szisztémás kötőszöveti betegek a rákos, diabéteszes, szervtranszplantáción átesett, skizofréniában és AIDS-ben szenvedő betegekhez hasonlóan ne fizessenek vizitdíjat és kórházi napidíjat. (Sajnos a leggyakoribb szisztémás kötőszöveti betegségben szenvedők, a rheumatoid arthritises betegek ezt nem tudták elérni, sőt személyes intervenciójuk dacára még hivatalos választ sem kaptak!)



Erika Christ, a német Reuma Liga képviselője beszámolt arról, hogyan próbálják elérni a fiatal betegeket. Felmérték, hogy a fiatal (35–50 éves) férfiak és nők küzdenek a betegséggel, igyekeznek korábbi életüket folytatni. A nők betegséggel szembeni küzdelme tudatosabb, a férfiak passzívabbak. A megkérdezettek nem óhajtottak a Reuma-Ligához csatlakozni, mert úgy gondolták, a csatlakozással beismerik vereségüket, s nem tudják folytatni normális életüket. A Liga tagjai pedig épp a betegség elleni küzdelemben találnak egymásban segítséget. A felmérés alapján a Liga információs anyagokkal és előadásokkal igyekszik azokat a fiatal ízületi betegeket elérni, akiknek nincs kapcsolatuk a Reuma Ligával.

A poszter-absztraktok között is találtam két magyart, mindkettőt a bajai Leitól Tímeától, aki a pé-

csi SLE-s betegek Egyesületének elnöke. Első absztraktjában arról ír, hogy a magyar egészségügyi reform kapcsán a fizioterápia egyre kevesebb támogatást kap. Ellátási irányelvek nincsenek. Ideje lenne pontosan meghatározni, hogy kiknek elengedhetetlenül fontos a fizioterápia, s kik veszik igénybe „wellness” szolgáltatásként. Az ellátás színvonala egyenetlen. Hatékonyan működő rehabilitációs centrumokra lenne szükség, melyek mindenki számára elérhetők, s melyekben kutatás és új módszerek kidolgozása történne. (A standardok kidolgozása és a wellness és fizioterápia elválasztása valóban rendkívül fontos feladat, s nagyon jó, hogy erre egy betegszervezet képviselője mutat rá. Fontos a hatékony rehabilitációs centrumok megteremtése is, bár a rehabilitációs centrumok sehol a világon nem alkalmasak kutatásra, s új módszerek kidolgozására a mozgásszervi betegségek egészére, csak rehabilitációjukra. (Dr. B.G. megjegyzése.)

Második absztraktjában Leitól Tímea a helyi betegszervezetek munkájának elősegítéséről és támogatásáról szól. Hazánkban a betegszervezetek befolyása jelentősen kisebb, mint Európa nyugati részén, vagy az Egyesült Államokban. A helyi betegszervezetek támogatása nem megoldott.

A hazai és nemzetközi pályázatokból a kisebb betegségeket ki vannak zárva. A társadalom kiemelkedő egyéniségei elsősorban a rák-, cukorbetegség, AIDS elleni küzdelem érdekében kampányolnak. Önkéntesek Magyarországon nem igazán támogatják a betegségeket munkájukat. E szervezetek általában saját erőforrásokból működnek, pedig az állami támogatás elkelne, és a gyógyszeripar támogatásának elnyerése a privát és közösségi szektor számára nagy előrelépést jelentene.

A társadalom és a betegek szemléletének és hozzáállásának megváltoztatása rendkívül fontos lenne, hogy a reumatológiai betegek társadalomba való reintegrációját elősegítse.

Mindezek a civil szervezetek gyermekbetegségei. A betegségeket többet kellene hangjukat hallatni a magyar közéletben. A Csont és Ízület Évtizede egyik fő célkitűzése, hogy a betegeket alkalmassá tegye saját érdekeik védelmére. Vannak e területen pozitív eredmények s előrelépések. Nagyon jó, hogy magyar betegek nemzetközi fórumokon, így az EULAR PARE szekciójában is hallatják hangjukat.

Más országokból igen pozitív betegségekről is beszámoltak. Spanyol szerzők a Cordoba-i Bechterew Társaság tevékenységét ismertették, mely 1992-ben alakult, 300 tagja van, s költségvetése mintegy 36 000 Euro. E költségvetésből finanszírozzák a betegek fürdőkezelése költségeinek felét, pszichológust és tanácsadó reumatológust alkalmaznak, konferenciákat, betegoktató tanfolyamokat szerveznek. Időszakos folyóiratot adnak ki, és honlapot hoztak létre. 17 beteget juttattak munkához. Véleményük szerint a kellően tájékoztatott beteg jobban megküzd a betegség-

gel, ezért a betegeknek minden szakmai és jogi információt igyekeznek megadni.

Más posztszocialista országokban a betegségeket úgy tűnik előbbre tartanak, mint Magyarországon, bár nálunk az első betegségeket, a Bechterew Klub már a 80-as évek elején, a rheumatoid arthritises, ill. osteoporosisos betegek szervezete már a 80-as évek második felében megalakult, míg más posztszocialista országokban erre csak a rendszerváltozás után nyílt lehetőség. Az Észt Reuma Szövetség 12 tagszervezetet fog össze: 9 helyi szervezete mellett gyermekek, fiatalok és osteoporosisos betegek szervezeteit. Erős hálózatok kiépítését célozzák. A helyi szervezetek nem kapnak támogatást a helyi hatóságoktól, ezért a Szövetség támogatja ezeket. Tíz napos tréning-kurzust, szemináriumokat, workshopokat szerveznek, melyek tárgya, hogyan kell egy betegségeket működtetni, hogyan kell innovatív kommunikációs csatornákat megnyitni, lobbizni, projekteket menedzselni, partnerkapcsolatokat kiépíteni.

A Tartu-i szervezet külön is beszámolt működéséről. A szervezet 2003-ban alakult, 100 tagja van, 18-tól 84 évesig, s támogató tag lehet minden egyén vagy szervezet, mely pénzbeli, vagy természetbeli, pl. munkatámogatást nyújt. Vizitornát, csoporttornát, Nordic Walking tanfolyamot szerveznek tagjaiknak, orvosokat s más szakértőket hívnak meg előadónak. Ezekkel a tevékenységekkel tagjaik csaknem 100%-ban elégedettek.

A szlovének a betegoktatásra és betegfelvilágosításra helyezik a hangsúlyt. 2007-ben 5 hétvégi szemináriumot szerveztek szerte az országban, több mint 100 résztvevővel. Kérdőíves felmérésük során több, mint 400 beteg véleménye

alapján megállapították, hogy a betegek és családtagjaik túlnyomórészt a betegségekről, a diagnosztikus és terápiás lehetőségekről.

A lengyelek kérdőíves felmérést végeztek a PARE kérdőívvel, reumás betegek és egészségesek körében. A betegek véleménye szerint betegségük kisebb hátrányt jelent életükben, mint ahogy azt a nem-betegek hiszik. A legnagyobb akadályt a lépcsők, a nehéz ajtók, az üvegtáblák eltávolítása, valamint a hosszas állás jelenti a betegek részére.

A nyugat-európai és tengerentúli betegségeket előadásai, illetve poszter-absztraktjai igen sok érdekes információt tartalmaznak. Ezekre most nem térek ki, de ajánlom ezek tanulmányozását a betegségeket tagjai számára. Ezek megtalálhatók az EULAR Kongresszus absztrakt könyvében, melyet minden résztvevő megkapott. Érdemes a PARE absztraktjai felől tájékozódni, hisz ősszel Budapesten tartja a PARE (előző nevén APOM) ez évi kongresszusát. Ez alkalommal a hazai betegségeket és betegek személyesen is informálódhatnak az európai betegségeket tevékenységéről, s hasznos együttműködést, partnerséget alakíthatnak ki. Külföldi betegségeket nyaralás, üdülés céljából valószínűleg szívesen vennének igénybe hazai fürdőhelyeket. Többször, több helyen javasoltam, hogy ez az egyik jó lehetőség, hogy a hazai betegségeket bekapcsolódjanak a nemzetközi tapasztalatcserébe. Ahogy a latin közmondás mondja: „Hic Rhodos, hic salta” vagyis „Itt van Rhodos, itt ugorj”. A PARE konferencián bemutathatjuk, tudunk-e, akarunk-e részt venni a betegségeket nemzetközi tevékenységében.

A test, a lélek és az életminőség



Dr. Riskó Ágnes

*klinikai szakpszichológus,
pszichoanalitikus*

Szociális fóbia, avagy szorongás és félelem az új helyzetektől, az idegen emberektől

Ki ne ismerne olyan embereket, akik félnek új helyzetekben megjelenni, enni, inni, beszélni, szerepelni, vagy bármilyen feladatot megoldani? Ezek a problémák gyakoriak bármely életkorban, mindkét nemnél, a lakosság 7–13%-a kaphatná meg a szorongás diagnózisát. Megfigyeltem, hogy testi betegeknél is gyakori az ilyen jellegű szorongás, például sokan kifejezetten félnek attól, hogy megvizsgálják őket, vagy olyan helyzetbe kerüljenek, ahol megfigyelik őket. Az ilyen szituációk gyakoriak az egészségügyi intézményekben.

Érdemes többet tudnunk erről a tünetcsoportról, mert sok szenvedést okozhat az érintetteknek, könnyen krónikussá válik, és rontja az életminőséget, miközben diagnosztizálható, kezelhető, gyógyítható lelki problémáról van szó.

A szociális szorongás tünetei

Testi tünetek

- izzadás
- bizonytalanság-érzés, remegés
- szédülés
- szaporább szívdobogás

Viselkedési tünetek

- menekülés-érzés
- a szorongást kiváltó helyzetek elkerülése
- hűvös, gátolt magatartás

Gondolkodásban megjelenő tünetek, érzelmi reakciók

- félelem mások értékelésétől („az emberek azt gondolják, buta vagyok, csúnya vagyok” stb.)
- gyakori érzelmek: szégyenlősség, feszengés, félelem, düh.

A szociális szorongással küzdő embereket megpróbálhatjuk alcsoportokba sorolni, de tudni kell, hogy a tünetek keverten is megjelenhetnek.

A generalizált, vagyis általános szociális szorongás legtöbbször kisgyermekre, serdülőkre jellemző. Könnyen idültté és makacssá válhatnak a panaszok, az összes szociális helyzetben megjelenhetnek, másoknál is előfordulhatnak a családban, és más lelki tünettől egyidejűleg is jelen lehetnek.

A nem generalizált, nem általános szociális fóbia csak egy területen jelentkezik, pl. félelem a nyilvános

helyen történő étkezéstől, vagy szorongás a mások előtt zajló cselekvéstől.

Akár általános, akár körülírt helyzetben történő szorongásról van szó, a páciensekre jellemzők az önmagukkal kapcsolatos irreális hiedelmek („nem szeretnek engem”, „nem vagyok senkinek sem érdekes” stb.). Ugyancsak tipikusnak mondható, nem valószínű hiedelmek, előre elképzelt „forgatókönyvek” vannak arról, mi fog történni a bekövetkező helyzetben: „mindenki engem fog nézni, és észre fogja venni, hogy félek, remegek”, „katasztrófa fog bekövetkezni”, stb.

Amennyiben pánik állapotot is átél a szociális szorongással jellemezhető személy, akkor az előbb felsorolt testi tünetek nagyon hevessé válhatnak, és gondolkodásukban is megjelenhet olyan feltevés, hogy a helyzet irreálissá vált, vagy elkülönültté váltak másoktól. Érzelmileg kifejezett félelemmé változhat át a szorongás, megjelenhet a halálfélelem érzése is.

A szociális fóbia lehetséges okai

A lehetséges okokat illetően a sok tényezős modell a helytálló. Fontosak lehetnek bizonyos negatív tapasztalatok, az ún. negatív gondolkodás dominanciája, ez irányú genetikai sérülékenység és gyakorlatlanság az ún. szociális jártasságot kívánó helyzetekben.

A korai negatív tapasztalatokat általában a családban, iskolában élik át a később szociális fóbiával jellemezhető személyek. A kondicionálódás útján például a megsejényülés családban átélt élménye arra készíteti a serdülőt, hogy ne vállaljon szerepet az egyébként támogató közösségben.

A negatívan gondolkodó személyek általában túlságosan érzékenyek mások reakcióira, önértékelésük mindig negatív, így gyakran, akaratlanul, úgynevezett elővételezett szorongással reagálnak megismerkedési lehetősége, társaságban való részvételre, stb.

A genetikai sérülékenység azt jelenti, hogy a szociális visszahúzóással küzdő emberek családjában jelentős számban vannak olyan rokonok, akik magatartásukban, viselkedésükben nyilvánvalóan gátoltak. Fontos tudni, hogy mindössze a sérülékenységet lehet örökölni, a szociális fóbia kialakulása nem sorsszerű,

a szülők sokat tehetnek gyermekük harmonikus személyiségfejlődése érdekében.

Kivizsgálás

Minél előbb történik a megfelelő diagnózis megállapítása – ami a segítségadás alapja –, annál nagyobb segítséget jelent az érintett gyermek, serdülő, vagy felnőtt számára.

A klinikai pszichológiai/pszichiátriai kivizsgálást érdemben csak szakember végezheti. Klinikai szakpszichológusok és pszichiáterek kórházakban, szakrendelőkhöz, illetve a magánpraxisban dolgoznak, hozzájuk érdemes fordulni a kezelőorvos, illetve a háziorvos segítségével. A világhálón is lehet tájékozódni az elérhető szakemberekről, pl. a www.lelekbenotthon.hu-n.

A kivizsgálás a pszichológiai/pszichiátriai kórelőzmény felvételéből és különböző tesztvizsgálatokból áll. Komoly jelentősége van a szakszerű diagnosztikának, ugyanis a sokszor nem könnyen megállapítható szociális fóbiához más lelki rendellenességek is társulhatnak, és ez indokolja a komplex kezelés szükségességét.

Milyen kísérő lelki tünetek/megbetegedések a leggyakoribbak? Depresszió, pánik-betegség, személyiségzavar, szervenélybetegség. Fontos tudni, hogy amennyiben valaki nem kap megfelelő segítséget szociális fóbiájának uralásához, meggyógyításához,

az könnyebben fordul az alkohol, nikotin rendszeres használatához, és a „végállomás” nem ritkán a kapcsolódó droghasználat, főleg fiatalok esetében.

A kivizsgálás segítségével megállapított pszichológiai/pszichiátriai diagnózis a bázisa a megfelelő kezelés megvalósításának.

A szociális fóbia kezelési lehetőségei

A kivizsgálás után meg lehet tervezni a hatékony kezelési módot, mely összetett: pszichoterápiát, és ha szükséges, gyógyszeres terápiát foglal magába.

A pszichoterápia (relaxáció, kognitív-magatartásterápia, pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia, stb.) lényege a szükséges tudnivalókról történő informálás, a tünetek feletti kontroll elérése és az érzelmi támogatás.

A gyógyszeres kezelést (általában antidepresszáns és/vagy szorongásoldó gyógyszer alkalmazása) pszichiáter szakorvos adja, figyelembe véve a páciens életkorát, tüneteit. A hatékony gyógyszeres terápia együttműködést kíván a páciensről, amely a viszonylag gyakori orvos-beteg találkozásban valósul meg. Előfordulhat, hogy a páciens lassan reagál a bevezetett gyógymódokra, ezért mindkét fél részéről (páciens és szakember) motiváltságra és kitartásra van szükség. Amennyiben valaki jól reagál a terápiára, akkor az eredmény általában tartós.

Árulkodó lábak

A napjainkban használt egyenes talpú cipők és az egyre jobban elterjedő magas sarkú viselet a talpizmok elgyengüléséhez, funkcióvesztéséhez vezetnek. Az emberi mozgatórendszer nem a betonon való közlekedésre és ilyen cipők viselésére fejlődött ki. A cipősarok megemelésével a testsúly nem a láb középső területére, hanem a láb elülső részére, egészen pontosan a harántboltozatra terhelődik, amely viszont nem képes ekkora terhelést elviselni. Így az itt található szalagok, izmok megnyúlnak, elgyengülnek, és a láb kisízületei a talajhoz nyomódnak, vagyis tönkremegy a harántíves szerkezete.

A talp egészséges hosszanti- és harántboltozatait a lábszár és lábizmok működése, a kellően erős szalagok és inak tartják fent. Az izmoknak viszont folyamatos igénybevételre van szükségük ahhoz, hogy erősek maradjanak! Joggal merül tehát fel a kérdés, hogy hogyan tornáztassuk meg az említett izmainkat? Erre nyújt megoldást az MBT fiziológias és terápiás lábbeli, amelyet hétköznapi, sportolási és terápiás célból is viselhetünk.

Az MBT jótékony hatása

MBT-ben minden lépés az egész testre ható mélyizom tornának felel meg. Olyan hatást vált ki, mintha mezítláb füves talajon járnánk, ez pedig a legjobb edzés a lábizmaink számára is – ezért is javasolják az orvosok a lúdtalp megelőzésére is. Az MBT rendszeres használatával megszabadulhatunk a passzív, gyenge, néha dagadó, fájdalmas láb érzésétől, visszakaphatjuk a mozgás örömeit. Azáltal, hogy lábizmaink képesek lesznek boltozataink



révén megtartani testsúlyunkat, egészséges alátámasztást biztosítunk az egész testünknek, így nem csak lábunk marad szép, esztétikus, de megőrizhetjük ízületeink egészségét is!

Egy svájci mérnök tanulmányozta a kenyai masszázok életmódját, akik nem ismerik a hát-, és derékfájdalmat. Láruk nem deformálódik az idők során a helytelenül megválasztott lábbeliktől. Járásukat elemezve megalkotta a mezítlábas lépkedést utánozó lábbelit. Az MBT lábbeli lényege az öt rétegű, három dimenzióban instabil, gördülő talp, amely úgy dolgoztatja az izmokat, ízületeket, mintha egyenetlen talajon, mezítláb járnánk. Az MBT szaküzletekben ingyenes számítógépes talpvizsgálattal és kipróbálással várják az érdeklődőket.

www.mbtmagyarország.hu

Állásfoglalás az Egészségügyi Minisztérium programtervezetéről

Dr. Székely Tamás egészségügyi miniszter szakmai vitára bocsátotta a *Biztonság és partnerség: feladatok az egészségügyben 2010-ig* c. programtervezetet. (A tervezet megtalálható az Egészségügyi Minisztérium honlapján: www.eum.hu) Az alábbiakban közreadjuk a Reumatológiai és Fizioerápiás Szakmai Kollégium véleményét, valamint az MRA több személytől begyűjtött, és a reumatológiai betegek szempontjait hangsúlyozó összefoglaló hozzászólását.

I. Vélemény, melyet a Reumatológiai és Fizioerápiás Szakmai Kollégium képviselőjében Dr. Hodinka László a Szakmai Kollégium elnöke állított össze.

A programtervezetben kifejtetteket helyes irányba mutatóknak és egyúttal reálisnak tartjuk. Először általános gondolatainkat, majd ezekhez csatlakozóan a reumatológiai szakmára vonatkozó javaslatainkat sorolom fel.

1. Népegészségügy

A társadalomban és főként a politikai döntéshozókban tudatosítani kell, hogy az egészség: érték. Nem várható el a felelős öngondoskodás, ha a társadalmi környezet nem támogatja az egészségmegőrzést és rehabilitációt (pl. higiénés helyzet, alkohol-dohányzás és drogpolitika, akadálymentesítés, baleset-elhárítás, korszerű eljárásokhoz való hozzáférés).

2. Nemzeti Szakmai Programok

A reumatológiai betegségek népegészségügyi súlyúak, előfordulási gyakoriságuk, krónikus voltuk, az egyén és a társadalom egészére vonatkozó terheik, hosszú távú anyagi kihatásaik miatt (ízületi gyulladások, degeneratív ízületi és gerincbetegségek, csontritkulás).

Objektív mérőszámokkal igazolható, hogy a magyar ízületi gyulladásos betegek egészségi állapota, funkcióképessége és a korszerű terápiához való hozzáférése az európainál lényegesen rosszabb. A jelzett betegpopulációkat megcélzó szakmai programok készültek, de nem nyertek nemzeti prioritásként való elfogadást. Kérjük ennek újra megfontolását, alapvetően azzal az esélyegyenlőségi érveléssel, hogy a krónikus, az életkilátásokat és minőséget jelentősen korlátozó betegségekben szenvedőkre is kell társadalmi figyelemnek jutnia.

A társadalmi fejlettségnek hazánkban meglévő fokán már nemcsak a mortalitás javítására kell koncentrálni.

3. Az ellátórendszer fejlesztése

Véleményünk szerint, ahhoz, hogy a betegek egységesen elfogadható színvonalú járó- és fekvőbetegellátást kaphassanak, a „súlyponti” funkciójú kórházak és szakrendelők szakmai összetételét standardizálni kell, kapacitásukat pedig a betegségek regionális gyakorisága szerint kell megállapítani.

A reumatológiai szakma a háziorvosi szinten megfelelő ismereteket, a járóbetegellátásban a fizioerápiás tevékenység leválasztását, fekvőbeteg-szinten a speciális szakmai kompetenciákon alapuló szakmai centrumok párhuzamos és progresszív hálózatának kiépítését tartja szükségesnek. (Erre vonatkozó javaslatainkat ismételten megküldtük a III. Egészségpolitikai Főosztálynak.)

A súlyponti kórházak mellett meg kell találni a reumatológiai klinikák és szakintézetek megfelelő a progresszivitásban magasabb szintű helyét.

4. Informatikai fejlesztés

Többször megállapítottuk, hogy a finanszírozást szolgáló informatikai rendszer (az érdekvezérelt torzítás miatt) epidemiológiai célra nem használható.

A betegségorientált regiszterek önálló információs rendszert igényelnek, akár az ÁNTSZ-hez kapcsolódóan, de adekvát szakmai tartalommal.

5. Az egészségbiztosítás fejlesztése

Álláspontunk szerint hazánk hagyományai, tapasztalatai és mérete egységes, közösségi alapú, not-for-profit biztosítási rendszert indokolnak.

Reumatológiai szempontból fundamentális fontosságúnak tartjuk, hogy a nagy értékű innovatív biológiai terápiákat ne érhesse finanszírozási fedezetihiány kockázata.

6. Emberi erőforrás-kérdések

A reumatológiai szakma foglalkozási, szakképzési, kompetencia követelményeit és az ellátási kapacitásokat összhangba kell hozni.

7. Ehhez a következőkre van szükség:

1. Az egyetemi orvosképzésben a reumatológiai ismeretek érdemi oktatása az általános orvos szá-

mára (jelenleg minimális, az európai mérőszámoktól súlyosan elmaradt).

2. A szakképesítések rendszerében – az ellátórendszerben és az ágazati nomenklatúrában – a reumatológiai rehabilitáció nevesítése az orvosi rehabilitáció és fizikális medicina önálló ágazataként. (A korszerűtlen „mozgásszervi rehabilitáció” differenciálása akut posztoperatív és krónikus reumatológiai szakterületekre és kompetenciákra.)

II. Összefoglaló hozzászólás a Biztonság és partnerség: feladatok az egészségügyben 2010-ig c. programtervezethez. (Megfogalmazta Merétey Katalin dr.)

A programtervezetet nagyra értékeljük, mivel megpróbálja a jelenlegi egészségügyi helyzetet helyes irányba elmozdítani. Elsősorban a krónikus, és sokszor mozgásukban is korlátozott betegek szempontjából alakítottuk ki véleményünket, melyet az alábbi pontokban foglaltunk össze:

1. A mozgásszervi betegségek kimaradtak a fő prioritások közül, pedig igen nagy terhet jelentenek a lakosságnak, társadalomnak.
2. Az alapellátás fejlesztése jó irány, de az ellátás színvonalának emelésénél fontos a háziorvosok reumatológiai oktatásának, továbbképzésének támogatása.
3. A reumatológiai betegek zöme jelenleg a szakrendelőkben kap ellátást, ezek kiemelt megerősítése (több oldalról) teszi csak lehetővé a jó színvonalú szakellátást. A szakorvosok továbbképzési rendszerének átgondolása is fontos része az egészségügyi ellátás javításának. A szakrendelőkben dolgozó reumatológusok igen jelentős számban idősek, nincs megfelelő utánpótlás.
4. A reumatológiai beteg szeretné, ha lenne szabad orvosválasztás, ha az informatika és távdiagnosztika fejlesztése előtt/mellett előnyt élvezne a műszerezettség javítása, érvényesülne a progresszivitás elve, s minden régióban lenne reumatológiai betegeket magas színvonalon ellátó súlyponti kórház. A súlyponti kórházak a vezető orvosok kiemelkedő szakmai tudása, a megfelelő számú és képzettségű motivált munkaerő, és a kórház felszereltsége alapján valóban magas szintű ellátást biztosítsanak adott területen.

5. A betegek tudják, hogy az egészségügyi ellátásban szinte a legdöntőbbek a humánpolitikai szempontok. Az orvos-beteg, beteg-gyógytornász, beteg-nővér kapcsolat bizalmi kérdés is. Megfelelően motivált egészségügyi személyzet nélkül nem lehetséges a jelenlegi rendszer jobbítása. Ezért igen kétséges a jelen programtervezet sorsa, mert nincs szó benne a pénzügyi háttér biztosításáról, az egészségügyi személyzet anyagi körülményeinek javításáról, a létszámhiány megoldásának elképzeléseiről.

6. A tervezett biztosítási rendszer erősen hézagosnak tűnik, a regionális biztosítókkal hogyan lesz teljes földrajzilag az egészségügyi hálózat? Hogyan érvényesülhet a progresszív ellátás? Mit jelent ebben az esetben a szolidaritás? Ilyen irányban sok bizonytalanságot érez a beteg.

7. A mozgásszervi rehabilitáció és egyéb rehabilitációs szükségletek együttes kielégítése nagyon lényeges. Fontos, hogy a különböző prevenciós programokban részt vehessenek a reumatológiai betegek is.

8. Az emberközpontú, korszerű, magas szakmai színvonalú és hozzáférhető orvoslás az igénye a reumatológiai betegeknek, és ezt fontosabbnak tartják, mint a hotelszolgáltatás csak külsőséges és nem lényegi (lényeges szempontok: emberi méltóság, elfogadható ellátás, higiénés környezet) formáit.

9. A magas szakmai színvonalú és emberközpontú gyógyítás, valamint a költséghatékony, teljesítmény-orientált biztosítási rendszer összehangolását biztosítani kell a programnak.

Betegjogok

Magyar betegek orvosi ellátása külföldön

Dr. Rojkovich Bernadette

rovatvezető



Itt a nyár, sokan utaznak külföldre nyári szabadságuk idején. Krónikus betegek ne felejtsek elvinni a rendszeresen szedett gyógyszereiket, és ne feledkezzenek meg Európai Egészségbiztosítási Kártyájukról sem.

Mit fedez az Európai Egészségbiztosítási Kártya?

Az Európai Egészségbiztosítási Kártya az átmeneti jelleggel egy másik uniós (EGT) tagországban tartózkodók számára az orvosilag szükséges ellátások igénybevételére jogosít. Az ellátás orvosilag szükséges indoklásáról az a külföldi kezelőorvos dönt, aki az adott tagállam egészségbiztosítási szervével szerződött kórházban vagy rendelőben dolgozik. A külföldi orvosnak úgy kell ellátnia a magyar beteget, mintha ő is az adott államban élne. Az adott külföldi országban a betegek által is fizetendő önrészesedésekre, hozzájárulásokra a kártya nem nyújt fedezetet. A kártyát a Megyei Egészségbiztosító Pénztárak (MEP) adják ki a biztosított részére.

Milyen lehetőségek vannak külföldi gyógykezelésekre?

A kártya nem használható fel akkor, ha a beteg valamilyen egészségügyi ellátás igénybevétele céljából utazott a másik országba. Erre a 227/2003. (XII. 13.) Kormányrendelet vonatkozik, mely szabályozza a külföldi gyógykezelésekkel kapcsolatos egyes kérdéseket. E kormányrendelet szabályai tartalmazznak részletes rendelkezéseket arról, hogy a külföldi gyógykezelésre jogosultak milyen



módon és feltételekkel vehetnek igénybe gyógykezelést külföldön az Országos Egészségbiztosítási Pénztár támogatásával. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár indokolt esetben támogatást adhat a szükséges gyógykezelés külföldön való igénybevételehez. A támogatás igényléséhez a betegség szempontjából szakmailag illetékes országos intézet támogató javaslata szükséges. A gyógykezelés külföldi igénybevétele akkor indokolt, ha az adott betegsége külföldön a gyakorlatban eredményesnek bizonyult kezelés áll rendelkezésre, valamint hazai intézményben nincsenek meg az eredményes kezelés feltételei, és a hazai gyógykezelés külföldi szakértő meghívásával sem oldható meg. Az illetékes országos szakmai intézet az indokoltági szempontok alapján dönt a támogató vagy az elutasító javaslat kiadásáról. Fontos: külföldi gyógykezelést támogató javaslat csak abban az esetben adható, ha pontos diagnózis állapítható meg. A diagnózis megállapítása céljából való külföldre utazást az Országos

Egészségbiztosítási Pénztár főszabály szerint nem támogatja.

Mit hozhat a jövő?

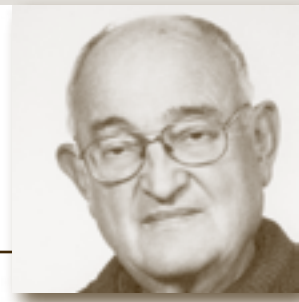
Az Európai Bizottság irányelvjavaslatot fogadott el nemrégiben azzal a céllal, hogy az európai betegek könnyebben érvényesíthessék a határokon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó jogukat. Bár az Európai Bíróság egyedi esetekre vonatkozóan számos ítéletben egyértelműen megerősítette, hogy a betegeknek jogukban áll az egészségügyi ellátást más tagállamban igénybe venni és otthon visszatéríteni, továbbra is nagy a bizonytalanság tekintetben, hogy az ítélkezési gyakorlat tartalmát miként lehet általánosabban alkalmazni. A javasolt irányelv szerint a betegeknek jogukban áll külföldön egészségügyi ellátást igénybe venni, amely költségét olyan mértékben térítik vissza számukra, mintha az ellátást saját országukban vették volna igénybe.

Ez az együttműködés a betegek számára is előnyökkel járhat azért, hogy megkönnyíti a hozzáférést a speciális egészségügyi szakellátáshoz. Hasznos lehet az egészségügyi rendszerek számára is, hiszen elősegíti a források hatékony felhasználását, például a ritka betegségek kezelésében. A brüsszeli bizottság jelenleg is támogat már meglévő „e-egészségügyi” projekteket, amelyek nagy kórházak által kisebb helyi egészségügyi egységek számára nyújtott távszakellátásra irányulnak. Hiányoznak azonban az olyan közös előírások és szabványok, melyek felhasználhatóak különböző rendszerekben és különböző tagállamok között.

Bemutatkoznak a hazai reuma klubok és betegegyesületek

Dr. Riba Dezső

rovatvezető



Bemutatkozik a Turul Csontritkulás Egyesület (Tatabánya)

„Hogy a csonttörés ne törhesse ketté az életeket!”

A közhasznú egyesület 1998-ban alakult a Szent Borbála Kórház Osteoporosis Centruma köré szerveződve, annak szakmai bázisán. Alakulásakor mintegy 40 fő volt tagjainak száma, ma már 250-300 közötti tagságával profiljában az ország egyik legnagyobb szervezete-ként tartják számon.

Alapszabályban rögzített feladataink rendkívül szerteágazóak: a széleskörű megelőzéstől kezdve a betegek és veszélyeztetettek felkutatásán, menedzselésén, oktatásán, életmódjának formálásán át a rehabilitáció különböző formáig terjednek. Hazánkban ma is 800 ezer – 1 millió között mozog az osteoporosisban szenvedők száma és – bármilyen hihetetlen – egyharmad részük férfibeteg! Igaz, hogy kétharmad részük viszont nő, de az tévhit, hogy ez csak női betegség.

Elsősorban saját tagjaink és az érdeklődők körében folytatunk rendszeres oktató, felvilágosító tevékenységet. Ennek legfőbb színterei a havi klubfoglalkozások, melyeken neves helyi és meghívott szakorvosok és más szakemberek tartanak előadásokat nemcsak az osteoporosis témakörében. Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, táplálkozási, stb. bemutatók tarkítják a programot. A rehabilitáció keretében legfontosabb célunk a megmaradt munkaképesség megtartása, a betegek életminőségének javítása, a szabad idő hasznos eltöltése, a mentális állapot karbantartása.

Mindezek érdekében egyre újabb és újabb módszereket fejlesztünk ki, többnyire szakköreink keretében. Mintegy 60-80 tagunk vesz részt a hetenként 5 napon át szakember által vezetett gyógytornán. Kézimunka- és gyalogló szakkört működtetünk, saláta- és táncterápiás klubunk igen közkedvelt, és legújabb a „Beszéljük meg” szakkör, ahol mindenki elmondhatja egyéni problémáit.

Mindemellett gyakran visszük tagjainkat kirándulásokra, színházlátogatásra, tapasztalatcseréket szervezünk más egyesületekkel és rendszeresen részt veszünk az OROM, valamint a Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság balatonfüredi Kongresszusa keretében tartott civil találkozókön.

Kiemelkedően fontos feladatnak tartjuk a széles körű megelőzést. Közkedveltek és tömegesen látogatottak azok az ingyenes szűrővizsgálatok, melyeket az esetek többségében társszervezeteinkkel közösen szervezünk. Részt veszünk a Tatabányai Civil Fórum által évente rendezett Civil Nap megszervezésében és évente Egészségnap megrendezésére pályázunk sikerrel. Családi programok keretében koruknak megfelelően foglalkozunk óvodáskorú, kisiskolás, fiatal- és felnőtt emberek felvilágosításával, játékok, rajzok, gyurmázás, kvíz és tesztjátékok, stb. formában.

A primer mellett előtérbe került a szekunder és terciér preven-

ció, a csonttörések megelőzésének és kockázatjavításának programja. Évenként kiemelkedő rendezvényekkel emlékezünk meg az Osteoporosis Világnapról. Idén például regionális partnereinkkel tapasztalataink értékelését és közös programok elkészítését tervezzük.

Végezetül megemlíjtük, hogy szakmai körökben is igen nagy visszhangot váltott ki a 2001-től kezdődően négy iskolai tanéven át végzett ifjúsági prevenció programunk, melyet városunk valamennyi középiskolájában mintegy 4500, majd Tata város iskoláiban 2400 diák körében végeztünk. Ennek lényege nemcsak a prevenció volt, hanem az a kétszeri (előzetes és program utáni) kérdőíves felmérés, valamint annak feldolgozása, melynek segítségével információkat nyerhettünk ifjúságunk életmódjáról, az osteoporosis családi előfordulásának gyakoriságáról, a róla való ismeretek szintjéről, a rizikófaktorok elterjedtségéről és még sok egyéb eddig ismeretlen tényezőről.

Szívesen olvassuk a Reuma Híradót nemcsak színvonalas, érdekes tartalma miatt, hanem a „rokon szakma” okán is. Köszönjük a lehetőséget, hogy ebben a nívós újságban bemutatkozhattunk.

Dr. Kiss Gyuláné
alelnök

A cikkhez tartozó képek az első belső borítón találhatóak.

Gyógyfürdők

Ismerjük meg a Gellért fürdőt!



Dr. Fluck István

igazgató főorvos
Budapest Gyógyfürdői Zrt.

Mottó: A gyógyvíz kincs / Kincs, ami van...

A budai gyógyforrások már az Árpád-házi királyok korában is ismertek voltak. A város felső részét (a mai Lukács fürdő környékét) Felhévíznek, a déli részt (a Gellért fürdő környékét) Alhévíznek nevezték.

A Duna fölé magasodó Kelenhegyet, a pogányok által meggyilkolt Gellért csanádi püspökről nevezték el a későbbiekben Szent Gellért-hegynek.

A XIII. században II. András uralkodása alatt a hegy lábánál kórházat építettek, ahol leprás betegeket kezeltek, fűrosztottak. A Margit-legenda ezt a leprakórházat (leprosorium) úgy említi, mint „Szent Erzsébet asszony ispotályát”. A legenda szerint Szent Erzsébet itt fűrosztotta a leprás betegeket. A kórház megléte bizonyított, de Szent Erzsébet nem gyógyíthatott itt, hiszen már négyéves korában kikerült Németországba, leendő férje udvarába, ahol valóban alapított egy leprakórházat.

A Gellért-fürdőnek, mint fürdőnek és nem mint kórháznak első említését az irodalomban 1433-ban Bertrandon de la Brocquière francia lovag útleírásában találjuk, aki leírja, hogy nagyon kiváló melegvízes fürdő van a város falain kívül.

Oláh Miklós, későbbi hercegrímás 1536-ban Brüsszelben megjelent könyvében Buda nevezetességei közül kiemeli a fürdőket, különösen a Szent-Gellért-hegy lábánál, a Duna parttól alig 20 lépésre fakadó, a „kiütéses és sorvadásos betegségeket” gyógyító csodahatású forrásokat.

A török időkben a fürdőt Ácsik ilidzsének (nyílt hévíz) nevezték.

A fürdőkről számos részletes leírás maradt fenn, ezek közül a legfontosabb Evlia Celebi török világutazóé, aki 10 kötetben írta le utazásai történetét Perzsiától Oroszorszáig, Hollandiáig és Svédorszáig. Celebi 1660 és 1664 között beutazta Magyarország mindhárom részét. Az Ottomán birodalomhoz tartozó területeken kívül részletes leírást ad az ország keleti részéről, Erdélyről, a Királyi Magyarországhoz tartozó északi és nyugati részokról. Budán nagyon hosszú ideig időzött, mindenről beszámolt amit látott, az épületekről, a szokásokról, az itt élők öltözkéről és természetesen a fürdőkről is, melyből ekkor kilenc működött a városban.

Celebién kívül számos részletes leírás áll rendelkezésre a legkülönbözőbb nemzetiségű utazóktól, diplomatáktól, akik mind megfordultak Budán és ki

is próbálták a fürdőket. A sok forrásmunka közül kiemelkedik Dr. Brown angol orvosé, aki az Angol Királyi Orvostársaság megbízásából 1668 és 1675 között beutazta Németországot, Hollandiát, Ausztriát, Magyarországot és a Balkánt. Magyarországi tapasztalatairól az 1673-ban megjelent „A brief account of some travels in Hungaria” című könyvében számolt be. A fürdőkkel kapcsolatos leírása azért is különösen érdekes és értékes, mert részletesen kitér a fürdők gyógyhatására is.

Buda várának visszafoglalása után I. Lipót császár a mai Gellért helyén állott, rombadólt fürdőt udvari orvosának, Dr. Ilmernek ajándékozta, aki 1687-ben helyreállíttatta és kibővítette. Dr. Ilmer halála után a fürdő Buda városának tulajdonában volt 1809-ig, amikor nyilvános árverés után a Sagits család birtozába került.

Az épületben, amelyet ekkor már „Sáros-fürdőnek” neveztek, a nagy közös medencén kívül több kádfürdő is volt. A közös fürdő medencéje – melyet deszkafallal osztottak férfi és női részre – közvetlenül kapta a vizet a forrásokból.

1832-ben a fürdő Koischer Szilárd ügyvéd és felesége, Sagits Zsófia tulajdonába került, akik a környező telkeket felvásárolva nagyszabású fejlesztésbe és bővítésbe kezdtek.

Érdekességként megemlítendő, hogy egy, a fürdő melletti épület elkülönített részében beteg lovakat fürdettek.

A fürdő közvetlen közelében egy katonai fürdő is volt.

A XIX. század második felében létesültek az első szállodai szobák, amelyek közvetlen összeköttetésben voltak a fürdővel. Ebben az időben már állandó orvosi felügyelet is volt.

A fürdő közvetlen közelében egy új katonai kórház létesült (Blocksbad Lazaret) 100 közlegény és 12 tiszt egyidejű kezelésére, akik a gyógyulásukat a Sárosfürdő vizében keresték.

1894-ben a Ferenc József – mai Szabadsághíd – építkezésének megkezdésével egyidejűleg a Sárosfürdő épületét – mely az új híd tengelyébe esett – az állam kisajátította és lebontatta. 1902-ig az itt fakadó források vize felhasználatlanul ömlött a Dunába, amikor is a főváros ezt a területet megvette az államkincstártól.

1903-ban a főváros közgyűlése elfogadta, hogy a Gellért-hegy lábánál egy korszerű gyógyszállót és fürdőt kell építeni. 1904-ben írták ki a tervpályázatot, és számos vita, huzavona és költségnövekedés után, végre 1911-ben megindult az építkezés. A terveket a három legeredményesebb pályázó, Sebestyén Artúr, Hegedűs Ármin és Sterk Izidor közösen dolgozták ki. Az eredetileg kitűzött határidő (1912) természetesen nem volt tartható, hiszen 1914 nyarán a világháború kitörésekor is még csak a nyers falak álltak. Érdekes, hogy még az építkezés megkezdése előtt a fővárosi közgyűlés dr. Borsányi Béla (1888-1919) személyében igazgató főorvost nevezett ki, aki az építkezés orvos-szakmai felügyeletét látta el. A háborús nehézségek miatt az építkezés elhúzódott, és a Szent Gellért Gyógyszálló és Gyógyfürdő átadására csak 1918. szeptember 26-án kerülhetett sor.



A fürdő részlegeken kívül komplett orvos diagnosztikai és terápiás lehetőségek álltak rendelkezésre. A gyógyászatban röntgen és EKG is működött, de nem sokáig, mert a Tanácsköztársaság alatt az egész épületet a Vöröshadsereg rendelkezésére bocsátották, majd Budapest román megszállásakor is katonai célokat szolgált, ezt követően pedig a Horthy Miklós vezette Nemzeti Hadsereg főhadiszállása volt.

A szálló és a fürdő csak 1920-ban kapta vissza eredeti funkcióját.

Hosszú évtizedeken át a Gellért volt Budapest legjobb, és mindezidáig legismertebb szállodája.

A gyógyulásra vágyó vendégeken kívül számos üzletember, művész, politikus, magasrangú állami vezető, uralkodó szállt meg itt, mind a II. Világháború előtt, mind utána. Néhány kiragadott név: Julianna holland királynő, a nepáli király, Pacelli bíboros a későbbi XII. Pius pápa, az iráni sah, Nixon amerikai elnök, Yehudi Menuhin, Habsburg Ottó, Carelli Gábor, Roberto Benzi, Szvjatoszlav Richter, Arthur Miller és még sokan mások.

Az épület két részből áll, a szállóból és a gyógyfürdőből.

A hivatalos telekkönyvi bejegyzés szerint (1918) a Szent Gellért Gyógyszálló és Gyógyfürdő tulajdonosa a „Székesfővárosi közönség”. Ennek ellenére 1949-ben a fővárosi köztulajdonban lévő épület felét, a szállodát államosították, a fürdő megmaradt fővárosi tulajdonban.

Jelenleg az épületegyüttes jogilag „társasház”, a szálloda a Danubius Hotels Zrt-hez, a gyógyfürdő a Budapest Gyógyfürdői Zrt-hez tartozik.

A Gellért-heggyel szemben, a Kelenhegyi út fe-

lől van a fürdő főbejárata. Hatalmas, gazdagon tagolt ívét Róna József gyógyulást jelképező szoborcsoportjai tartják. A színes mozaikkal burkolt előcsarnokból az út a pénztári és ruhatári csarnokba vezet, díszítésük a magyar népművészet virágmotívumait idézi. Innen a színes üvegtetővel fedett, impozáns, karzatos, hetvennégy méter hosszú és tizenegy méter

széles központi csarnokba jutunk. Az összes fürdő városterme ebből nyílik, ez a közönség várakozó-, pihenő- és szórakozóhelye.

A csarnok végében kialakított és mozaikkal gazdagon borított kútfülkében Huszár Adolf Vénusz-szobra áll.

A fürdőcsarnok első részében, jobbra a női termál- és súlyfürdőosztály bejárata, vele szemben a szénsavas kádfürdőosztályé látható. A középső kupolacsarnokból közelíthetők meg a pezsgő- és hullámfürdő öltözőterei, és itt áll Szabados Béla évszakokat ábrázoló négy szobra hirdelve, hogy a fürdő egész évben várja vendégeit.

1927-ben készült a Gellért fürdő hullámfürdője, 286 öltözőkabinnal és 164 öltözőszekrénnel. 1928-ban a szolgáltatások kiszélesítése, a vendégek jobb ellátása érdekében július-augusztus hónapokra bevezették az esti fürdőzést, nagy sikerrel.

Mivel a hullámfürdő csak nyáron működött, felmerült az igény egy egész évben nyitva tartó úszócsarnok létesítésére. A pezsgőfürdő 1934-ben készült el az addigi fedett minigolf pálya és télikert helyén. Az ólomlemezrel szigetelt medence sekélyebb egyharmadában, a fenéken 84 darab speciális fúvófejet helyeztek el. A befúvást egy 14 lóerős motorral meghajtott, napi 250 köbméter levegő szállítására méretezett légkompresszor végezte. A fúvófejek közötti színes világítótestek misztikus fénnel árasztották el a medence vizét.

A fürdőcsarnok hátsó traktusából nyílik a férfi termál- és súlyfürdőosztály. A férfi és női termálfürdőosztályokon három különböző hőmérsékletű gyógymedencével, súlyfürdőmedencével, hőlég- és nedvesgőz-kamrákkal, frissítő- és gyógymasszázs várják a vendégeket.

A Gellért gyógyászata mindig lényeges szerepet játszott a hazai és a külföldi mozgásszervi betegek ellátásában. 1920 és 1935 között Prof. dr. Benczúr Gyula volt az igazgató főorvos. Őt Prof. dr. Bilkei Pap Lajos követte 10 éven keresztül, aki itthon és külföldön is nagy szaktekintélynek számított. Bilkei Pap professzor 1945-ben elhagyta Magyarországot és Portugáliában telepedett le, ahol európai hírű iskolát teremtett, évtizedekig volt a Portugál Reumatológiai Szövetség

elnöke és meghatározó szerepet játszott az EULAR (Európai Reumatológiai Szövetség) életében is.

A Gellértben a két világháború között számos, orvosi szempontból lényeges esemény zajlott:

1929-ben dr. Jan van Breemen holland professzor egy gyógyfürdőkongresszus során itt jelentette be az ILAR (Nemzetközi Reumatológiai Szövetség) megalakulását.

1937. októberében 32 ország és számos nemzetközi szervezet – köztük a Népszövetség – részvételével itt alakult meg a Nemzetközi Gyógyfürdőügyi, Klimatológiai és Tengergyógyászati Szövetség, mely örökös székhelyeként Budapestet választotta, elnöke dr. Habsburg József Ferenc főherceg, főtitkára dr. Szviezsényi Zoltán lett.

A szervezet 1944 májusáig működött, utolsó kongresszusára Pozsonyban, illetve Pöstyénben került sor.

A háború után 1947-ben alakult újjá a szövetség FITEC (Nemzetközi Gyógyfürdőügyi és Klimatológiai Szövetség) néven. Magyarország továbbra is aktív résztvevője a szervezet munkájának. 1975-ben, 1982-ben, és 1996-ban Magyarországon tartotta éves közgyűlését és tudományos kongresszusát a FITEC. (A szervezet 8 éve FEMTEC néven működik, nevében a nemzetközi szó helyett világszövetség szerepel.)

Visszatérve a Gellértben folyó gyógyászati munkához: 1938-ban a MÁV kórház után másodikként itt jött létre reumatológiai fekvőbeteg osztály Magyarországon. Bilkei Pap Lajos után 1945-től 1976-ig Prof. dr. de Châtel Andor vezette az osztályt

és egyben ő volt a Fővárosi Fürdőigazgatóság igazgató főorvosa is. 1971-ig csak nála lehetett reumatológiából szakorvosi vizsgát tenni, ekkor került át ez a jogosultság az ORFI-hoz.

Dr. de Châtel professzor nyugdíjba vonulása után, helyét pályázat útján dr. Fluck István nyerte el.

A minden terápiás lehetőséggel rendelkező Gellért Gyógyfürdőben 1997-ig a 32 ágyas fekvőbeteg osztály tovább működött, ekkor az általános ágylétszám csökkentés keretében átszervezésre került, és jelenleg két váltásban összesen napi 114 beteget fogad a „nappali kórház”. Az osztályon öt reumatológus és egy tüdőgyógyász szakorvos dolgozik, aki az inhalációs részleget vezeti.

A fürdőorvosi tanácsadó rendelés két szakorvost foglalkoztat.

A nappali kórházi osztályon a budapesti és Budapest környéki szakrendelők által beutalt betegeket kezelik. A kezelés időtartama három hét, balesetes, illetve csontízületi műtéten átesettek esetében 4 hét. Szombaton és vasárnap kezelés nincs.

Elenyésző számban külföldi ambuláns betegek is vannak.

A gyógyszálló és gyógyfürdő épületében jelenleg nagy rekonstrukciós munkálatok folynak. A férfi és női termálfürdőt eredeti formájában helyreállítva 2008. májusában adták át a vendégeknek, illetve a betegeknek. Az épület külső tatarozása június 2-án kezdődött meg és előreláthatólag szeptember végén fejeződik be. A tatarozás, illetve felújítás alatt az üzemelés, kisebb korlátozásokkal folyamatosan biztosított.

A cikkhez tartozó további képek az első belső borítón találhatóak.

„Gyógysarok” Információs Központ

1023 Budapest, Frankel Leó u. 38–40. földszint (az ORFI területén)

A Reuma Híradó új és régebbi számai mellett az alábbi betegségismertető füzetek találhatóak:

- Izomreumatizmus (fibromyalgia)
- Ízületi betegséggel a mindennapokban
- A lupus
- Betegtájékoztató a szisztémás sclerosisról
- Rheumatoid arthritis (krónikus sokízületi gyulladás)
- Pikkelysömörhöz csatlakozó sokízületi gyulladás (arthritis psoriatica)
- Jó tanácsok gerincbetegeknek
- Csontritkulás
- Gerincbetegségek
- Tájékoztató a gyermekkori reumás megbetegedésekről I-II.

Keresse fel, mert ott tájékozódhat betegségével kapcsolatban!

Nyitva tartási idő: hétfő–péntek 9–11 óráig.

Mozduljunk!

Monspart Sarolta

Országos Egészségfejlesztési Központ



Mottó: „A mozgás minden élet eredője” (Leonardo da Vinci)

Álmok, csodák és a lehetetlen (avagy áttörés a reumatológiában)

Nincs lehetetlen és vannak álmok. Néha még csodák is. Remélem, egyetértünk az olvasóval.

Van úgy, hogy együtt élünk egy-egy betegséggel évek óta, esetleg évtizedek óta és ez nekünk nem lehetetlen, csak „szörnyen” nehéz. Néha álmodozunk csodáról, gyakran a betegség – hűségese kísérlők – elvesztéséről, de felébredünk. Szerencsére.

Marad velünk továbbra is a reuma több, mint százféle betegségéből az egyik, például: a krónikus sokízületi gyulladás, vagy a Bechterew-kór, vagy a köszvény, vagy valamelyik „testvérük”. Marad a fájdalom csillapítása, marad az elhagyhatatlan mozgásterápia – gyógytorna, fizioterápia, masszázs, táncterápia stb. – életünk végéig.

Nincs csoda az ízületek, a kötőszövetek házatáján és nem lesznek újra tökéletesek. Sajnos.

Az előbb említett gyógyszeres kezelésen és a napi mozgásterápián kívül sokat segíthet a betegnek a környezeti támogató magatartás, a szociális stressz mértéke, a beteg bizalma saját erejében a betegség szinten tartásához, esetleges állapot javuláshoz. A pozitív hozzáállás, a támogató – család, lakótársak, barátok, (volt) munkatársak – szűkebb környezet sokat segíthet, már-már csodát tehet a beteg hangulatában, életérzésében, mindennapi közérzetében. Ez nem lehetetlen.

A mentális egészség sokkal fontosabb tényező életünkben, mint gondolnánk, mint azt „tanítják”, mint azt bevalljuk saját magunknak is. A betegséggel együtt élő embernek nem mindegy, hogy az életminőséget meghatározó, mentális elemek vele vannak-e, azaz:

- van-e családja, vannak-e barátai vagy magányos,
- van-e napi kapcsolata emberekkel,



- szeret-e és szeretik-e,
- megvan-e a belső és külső békessége általában,
- másokkal tud-e beszélgetni,
- segít-e másokon és tud-e segítséget kapni, elfogadni,
- biztonságban érzi-e magát, persze állapotának megfelelően,
- akar-e akarni?!

Természetesen a nem beteg személynek sem mindegy, hogy életminőségét a felsorolt elemek gazdagítják-e vagy sem. Mégis, egészségesen könnyebb jó közérzetűnek lenni. Könnyebb testedzésben, testmozgásban, mozgásterápiában gazdagabb életmódot folytatni. Fájdalom nélkül.

De tudunk mi, „együttélők” is örülni, mosolyogni, szeretni, adni és kapni, kihívást vállalni, sikereket

hajtani, akik együtt élünk betegségünkkel, fájdalommal, korlátozott „szabadsággal”, ha mi is akarjuk.

Sokat segíthetnek például az egyre jobban szaporodó betegklubok a részint azonos problémával küszködő tagjaikkal, a jelenlévő szakorvos tanácsaival, a közösség összegző erejével. Itt is elsődleges mentő a mentális egészség.

Tehát, az én „áttörési javaslatom” a reumatológiában a betegséggel együtt élők figyelmének felhívása a szakorvosi kezelés, a gyógyszeres gyógyítás, a rendszeres napi mozgásterápia mellett az életminőség azon elemeire, melyek nagy segítséget adhatnak a gyógyulásban, a betegállapot szinten tartásában és a pillanatnyi helyzetben elérhető legjobb közérzet birtoklásában.

Senki sem akarhat helyettünk. Szerencsére ez lehetetlen.

Gyógytorna

Mészáros Lászlóné

rovatvezető



RA-s betegek „NORDIC WALKING” sétái

Minden szerdán délelőtt reumatoid arthritises betegek gyülekeznek egy kis mozgás céljából a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány előadótermében. Legtöbben a betegegyület tagjai, de van néhány máshonnan ide került lelkes, mozgásra vágyó hölgy is.

Laza, zenére végzett bemelegítő mozdulatoktól a hangulat is jobb lesz. Meghallgatjuk egymás panaszait, megbeszéljük, hogy milyen mozdulatokat fogunk – a fájdalmat figyelembe véve – másképpen csinálni. Minden ízületet megmozgatunk, „bejáratunk”, időnként jól esően nyújtózunk. Külön figyelünk arra, hogy az ízületek mozgásterjedelmét növeljük különböző helyzetben. A helyes mozgás megéreztetése nagyon fontos, ezért az egyes izomcsoportokat külön-külön is dolgoztatjuk, majd a mozdulatsort összekapcsolva, egy gondolatban felidézett, mindennapos cselekvést utánozunk.

Minden alkalommal csinálunk:

- Az ízületek mozgásterjedelmét javító gyakorlatokat
- Izomerősítő gyakorlatokat
- Az izomzat kitartását javító gyakorlatokat
- Az egyenes testtartást és az egyensúlyozást javító gyakorlatokat

Egyik szerdán a torna végén a járáshoz mindenki egy „sporteszközt” kapott: két „NORDIC WALKING” botot. Először csak a teremben sétáltunk körbe-körbe, s a botokat húztuk magunk után. A bot csuklóhevederen lóg, nem kell szorosan megmarkolni, és mindig hátrafelé mutat.

Először azt gyakoroltuk, hogy az ellenoldali kéz és láb egy időben lendüljön előre. A kéz kb. csípő magasságban legyen, és a bot az elől lévő láb sarkának vonalában érintse a talajt, nem előrébb. A járás ritmusára és összhangjára kellett figyelni először. A következő lépés a testtartás javítása volt. Egyenes törzssel, kiemelt mellkassal, előre nézve jártunk. Vállakat lazán leengedve kell tartani és erre járás közben is többször gondolni kell. Amikor a bot hátul van, akkor a bot is segít a felsőtestet egyenesíteni. Arra is figyeltünk, hogy a kéz lazán legyen, az ujjak majdnem teljesen kinyújtva. Először nem is volt könnyű mindenkinek jól csinálni. De amikor ráérettünk, akkor megkönnyítette a szép, harmonikus járást. Pár alkalom után, amikor a teremben már „technikailag” mindent megtanultunk, akkor kimentünk az utcára a botokkal sétálni. Kinek mennyi gy-

oglás esett jól, annyit ment le-föl a macskaköves Ürömi utcában minden tornaóra után.

A „NORDIC WALKING” járástechnika előnyei az alábbiak:

- Fokozza a test felső részének működését
- 40%-kal több kalóriát égetünk el a normális gyalogláshoz képest, miközben nem érzünk nagyobb erőfeszítést
- Csökkenti a csípő, térd, boka terhelését
- Javítja a járás-koordinációját, biztonságosabbá teszi azt

Csoportunkban az utóbbi kettő mellett fontos szempontnak tartottuk a társaságban, szabad levegőn végzett mozgás megkedveltetését és a botok segítségével járás közben a szebb testtartás kialakítását.

Az RA-s Betegek Egyesületének 2008. június 6-i kirándulásán Domonyvölgyben az egyesület tornára nem járó tagjaival is „megkóstoltattuk” ezt a sétáló sportot.

A cikkhez tartozó képek az első belső borítón találhatóak.

Levelezés

Betegségem története



A kezdetek:

Az időben 2000 őszéig kell visszatérnünk. 26 évesen, az 1 éves kisfiammal GYES-en voltam, amikor szinte egyik napról a másikra dagadt be a jobb térdem. Először húzódásra, izomsérülésre gyanakodtunk. A SZOTE Ortopédiai Klinikáján műtéttel keresték a baj forrását. Ám kiderült, hogy az ízületi belhártya súlyos gyulladása okozza az erős fájdalmat. Rögtön reumatológiai, immunológiai gondozást javasoltak. A műtétet követően, talán a megbolygatott ízület miatt, rohamosan romlani kezdett az állapotom, a fájdalom és duzzanat szinte az összes ízületet elérte. A diagnózis rheumatoid arthritis. Sem éjjelem, sem napalom nem volt. Az éjszakák pokoliak voltak, a fájdalomcsillapítók csak rövid ideig hatottak. A reggeli ízületi merevség órákon át tartott. Orvosaim magas, 250 mg dózisú szteroid infúziós lökésterápiával, sulfasalazine kiegészítő terápiával próbálkoztak. A napi szteroid adagom a kezelés után 32–16, végül 8 mg volt. Eközben az életem gyökeresen megváltozott. Hiába voltam GYES-en, nemhogy a kisfiamat, még magamat is alig tudtam ellátni. A kiszolgáltatottság, a tehetetlenség és fájdalom pokollá tette az életem. A betegség előtt aktívan sportoltam, és elfogadhatatlan volt számomra, hogy olyan egyszerű dolog, mint a fésülködés, leülés, vagy felállás, a járásról nem is beszélve, mekkora erőfeszítéssel és fájdalommal jár. Ezekben a nehéz időkben a férjem és a kisfiam tartotta bennem a lelket és egyfajta dühvel keveredő dac, hogy NEM ADHATOM FEL! A kórházi infúziós kezelések hatása rövid ideig tartott, de arra gondoltam, hogy ha visszatérek dolgozni, az lelkileg segíti a gyógyulásomat. Szerencsém volt, találtam egy Kft.-t, ahol irodai munkára alkalmazásba vettek, noha botlalt is alig tudtam járnival és a munkahely az otthonomtól 40 km távolságra volt, mégis belevágtam. Újabb probléma merült fel: a tömegközlekedés, a vonatra fel- és leszállás komoly nehézségeket okozott. Ekkor fedeztem fel, hogy az emberek furcsán néznek, nem segítenek, hiszen fiatal, biztosan drogos, vagy alkoholisták. Sajnos a szteroidos kezelés jelei igencsak meglátszottak az arcomon, így aki nem ismert, jogosan gondolta: itt valami nem stimmel. Ezekben a dolgokon is túl kellett lépni, az éltetett, hogy mindennap számítanak a munkámra, el kell jutnom a munkahelyemre.

Amíg dolgoztam, kicsit megfeledkeztem a saját bajaimról. Ez volt a legjobb lelki gyógy mód. Az állapotom ismét kezdett rosszra fordulni, így mindkét térd-izületemen izotópos synovectomiát, a gyulladt ízületi belhártya roncsolását végezték el, ami közel egy évre hatásosnak bizonyult. Kivirultam, ismét tudtam fogócskázni a kisfiammal, dolgoztam, folytattam a tanulmányaimat. Ám ez túl szép volt, hogy hosszútávon igaz legyen. Repült az idő és ismét rohamosan kezdtek jelentkezni a fájdalmas tünetek. A gyógyszeres terápiát kiegészítettem a természetgyógyászok által javasoltakkal. Szóval, amit a pénztárcám megengedett, mindent kipróbáltam, több-kevesebb sikerrel. Ettem, ittam, kentem, de jelentős javulást sehogyan sem sikerült elérni. Orvosaim tanácsára 2006 februárjában elkezdtem az úgynevezett biológiai terápiát, ami kéthetente adott injekciós kezelést jelentett. Napok alatt jelentős javulást tapasztaltam! Visszatért belém az élet. Egyszerre volt csodálatos és ijesztő. Újra kezdtem szépen fokozatosan a tornát, hogy visszaszerezsem az elvesztett izomerőmet. Dolgoztam, már nem okozott gondot a tömegközlekedés, újra teljes életet élhettem. Azt nem tudni bizonyosan, hogy mitől, de időközben a pajzsmirigyműködésem teljesen lecsökkent, ezért kiegészítő pajzsmirigyhormon kezelésre szorultam. 19 hónapig tartott ez a mesés állapot, amikor kezdte a szervezetem megszokni a terápiás anyagot, és kezdtek az ízületeim ismét merevé, fájdalmassá válni. Köszönhetően az orvostudomány rohamos ütemű fejlődésének, van megoldás arra, hogy a mindennapi életvitelünket könnyebbé tegyék. Noha ezek új szerek, talán nem is igazán tudunk ró-



a kép illusztráció

luk sokat, de igazán eredményesek. A gyors ütemben romló állapotomat, egy biztató eredményekkel kecsegtető infúziós kezeléssel próbálták javítani. Ezt a gyógyszert, mely szintén a biológiai terápiának egy másik fajtáját jelentette, 2007 decemberében kaptam először. Mivel hatását lassabban fejti ki, mint az előzőekben kapott másik gyógyszer, a január még igencsak nehézkesen és bevallom szorongva telt, hiszen mi lesz, ha nem hat, akkor már szemeim előtt lebegett pár évvel ezelőtti állapotom. De jött a február és napról napra csökkenthettem a fájdalomcsillapítót, sőt még a szteroidot is óvatosan.

A jelen:

Most jelenleg büszkén mondom, már CSAK 2 mg szteroid, amit naponta be kellennem! Óriási eredmény számomra! Ha visszatekintek, igencsak küzdelmes évek vannak mögöttem, sok fájdalommal és keserűséggel. Az az igazság, hogy néha már a depresszió jelei is megmutatkoztak, de ezt mindannyian tudjuk, akik ezzel a betegséggel küzdünk. A családom adott erőt, hogy ne adjam fel, ne süllyedjek az önsajnál

mocsarába. Amennyire tudtam, mindig aktív életet éltem, több-kevesebb sikerrel próbáltam elterelni a fájdalomról a figyelmemet. Időközben mérnöki diplomát szereztem. Igyekszem pozitívan gondolkodni, hiszen fiatal vagyok még, előttem az élet! Nem adom be a derekam egykönnyen, küzdök tovább. Fontos, hogy középtávú célokat tűzzünk ki magunk elé, majd ha elértük, ismét újabbat kell kitűzni. Azért középtávút, hogy legyen sikerélményünk, ha elértük. Nem nagy dolgokra kell gondolni, csak amit biztosan meg tudunk oldani, pl. egy tanfolyam, vagy, hogy a napi torna segítségével két hét múlva kapaszkodás nélkül fel tudjunk állni, és még sorolhatnám.

Bízom abban, hogy ez az új biológiai terápia hosszútávon megkönnyíti az életemet és hiszem, hogy a tudomány hatalmas tárházából születik megoldás a betegségeinkre. Biztatok minden betegtársat, kérdezzék orvosukat, legyenek nyitottak az új terápiákra.

Madách Imre híres mondatával köszönnék el: „Mondottam ember: küzdj és bízva bízzál!”

Kívánok sok erőt, kitartást minden betegtársnak!

Béresné Terbe Edit

Hírek

Beteggyesületek programjaiból I.

Arthritis Psoriaticás Betegek Egyesülete (pikkelysömör szövődményeként fellépő ízületi gyulladással élő mozgásszervi betegek egyesülete) szeptember 2-án, kedden, 14 órai kezdettel tartja következő öszszejeövetelét. Ennek szakmai programján Vejtey Miklós tart előadást az Aloe Vera készítményekről, azok jelentőségéről alapbetegségünkben. Ezután betegtársaink beszámolóit következnek. Helyszín: Lukács Klub (1023 Budapest, Frankel Leó u. 23. földszint)

Csontritkulásos Betegek Egyesülete Zalaegerszeg

Szeptember: Szív és érrendszeri betegség megelőzése. Gyógyfürdővel egybekötött kirándulás
Október: Mozgásszervi betegségek – Ortopédia
November: Osteoporosis Világnap. Ennek keretében fórum, kóstolóval egybekötött termékbemutató, gyógytorna bemutató.
December: Évzáró rendezvény
Egyesületünk heti három alkalommal biztosítja a gyógytornát, melyen egyre nagyobb számban vesznek

részt tagjaink. Kedvezményes uszodabérletet vásárolhatnak a gyógyító mozgás érdekében, amely szintén életminőségük javulását szolgálja. Ingyenes vércukorkoleszterin- és vérnyomásmérés, lábvizsgálat, dietetikus és szakasszisztens közreműködésével.

Mozgássérültek Mezőkövesdi Egyesülete Együtt Egymásért Reuma Klub

Szeptember: Szabadtéri foglalkozás, élménybeszámolók, főzés
Október: Idősek napja megünneplése
November: Színházlátogatás
December: Karácsonyi ünnepség

Mozgáskorlátozottak Sárospataki és Zemplén-Térségi Egyesülete

Szeptember 13–14. Heine Medin betegek találkozója a Miskolc Megyei Egyesület szervezésében.
November-december: „Fogyatékkal Élők Világnapja” rendezvénysorozat Zemplén térségben, 10 helyszínen, évvégi beszámolóval, a 2009. évi programok ismertetésével és karácsonyi ünnepséggel egybekötve.

Folytatás a 22. oldalon

Fórum

Tájkép csata után... – avagy, mi lesz veled magyar reumás beteg?

A magyar egészségügyet és vele a teljes reumatológiai betegellátó rendszert felforgató és szétdőlt „reform” vihara elült. Nyomait szétzilált reumatológiai kórházi, rendelőintézeti állapotok, gyógyító munkájukat számos megszorítással, korlátozással agyonterhelten végző reumatológusok, várólisták, előjegyzések, beutalások kusza, össze-vissza változó előírásai között bolyongó megszeppent betegek jelzik.

A tüzzel-vassal ránk kényszerített reform erőszakos vezetői csendben – szép bánatpénzzel – leléptek, helyüket új egészségügyi irányítás vette át. Megkezdődött a romeltakarítás, kárfelszámolás, a működés részleges helyreállítása. A reformkorlátok vontatott lebontása mellett azonban folyik a reformált állapotok egy jelentős részének óvatos konzerválása is.

Hogyan tovább? Miként alakul majd a magyar reumás betegek gyógyítása és sorsa? A kérdés megválaszolásához látni kell, hogy a kieroszakolt egészségügyi „reform” bukását az okozta, hogy az egészségügyi szakma, az orvostársadalom és a betegtömegek ellenében nem lehet az egészségügyet fenekestül felforgatva, ellehetetlenítve, a józan ész ellenében szétverve megváltani.

A reumatológus szakma és a reumás betegek kezdettől fogva határozottan és egyre erőteljesebben tiltakoztak a „reform” értelmetlen, káros és szakszerűtlen intézkedései ellen.

A reumatológus szakmai vezetés – érthetően visszafogottabban – de határozottan és eredményesen védte a reumatológia hadállásait a „reform” csapásai ellen. A reumatológiában ennek eredményeként – szemben más szakterületekkel – nem szűnt meg és nem lett összevonva mással az országos intézet, megvédték a korszerű gyógyító terápiák hazai alkalmazását, bevezetésre kerültek hosszú, de eredményes lobbizás után megfelelő támogatással a biológiai kezelések, a betegbarát, legújabb COX-2 gátló nemszteroid gyulladáscsökkentők.

A szakmai kollégium határozottan tiltakozott az autoimmun betegeket érintő diszkriminációk ellen, kiállt a jól működő regionális aktív reumatológiai ellátó központok mellett, a „reform” címén történő leépítések ellenében.

A reumatológiai szakma az MRE Info hasábjain teret és hangot adott a képtelen és káros „reform” döntések elleni sorozatos orvosi és beteg tiltakozásoknak.

A reumás betegek, betegszervezetek, alapítványok kezdettől fogva felléptek a mozgásszervi betegeket sújtó, gyógyításukat ellehetetlenítő „reformok” ellen. A Magyar Reumabetegek Egyesülete és a Magyar Reumatológja Haladásáért Alapítvány, mint felelős kiadók, a Reuma Híradó hasábjain kezdettől fogva nyilvánosságot biztosítottak a reumás betegek és egyesületeik „reform” miatti sérelmeinek és panaszainak.

A reumatológus szakma részéről az értelmetlen „reform” téboly ellenében leghatározottabban Dr. Bálint Géza így összegezte lesújtó véleményét az egész „reform” örületről:

„Akkor az ebben foglaltakat megfogalmazták, sajnos egyáltalán nem ismerik a mozgásszervi betegek ellátásának helyzetét a világban, de nem ismerik magukat a mozgásszervi betegségeket sem. Ha már nem bízunk az egészségügyi kormányzat a hazai szakmában, akkor legalább vegyen igénybe független külföldi szakértőket, vagy az egészségügyi tanácsadó testületek tanulmányozzák a szakirodalmat.”

De ők ezt nem tették, sőt a betegek jogos sérelmeire rá se hederítettek, a hozzájuk írt betegkérelmekre érdemben nem is válaszoltak.

Most új korszak kezdődött, az új egészségügyi vezetés újragondolja a teendőket. Most kell éppen ezért nagyon résen lenni, és ki kell harcolni a reumatológiai betegellátás téren szükséges helyreállító és javító intézkedéseket. Ez nem megy majd másként, csak ahogyan azt Dr. Bálint Géza bölcsen megfogalmazta:

„...jobban össze kell fogunk, a szakmai és betegszervezeteinkkel re-

gionális együttműködést kell kialakítanunk...Csak így érhetjük el, hogy a mozgásszervi betegségek prevenciója és a betegek megfelelő ellátása hazánkban is megvalósulhasson. Észre kell vennünk végre, hogy csak egymásra, saját magunkra támaszkodhatunk, és a célok eléréséért dolgozunk kell!”

A több mint kétmillió magyar betegtársadalom valós jogait csak így tudjuk kivívni. Mindenek előtt határozottabban és ismételten fel kell hívni a magyar egészségügyi kormányzat és döntéshozó egészségpolitikusaik szíves figyelmét arra a tényre, hogy nálunk is érvényes az Európai Unióban elfogadott Reumatológiai Betegek Kiáltványa. A Manifesztum ugyanis hangsúlyozza, hogy az Európai Unióban: „A reumatológiai betegeket be kell vonni a politikai folyamatokba, hogy a betegségeikkel kapcsolatos egészségügyi szociális és személyügyi döntéshozatalban garantáltan részt vehessenek.” Nem volt divatban nálunk az illetékes egészségpolitikusaik részéről megkérdezni a magyar reumás betegeket arról, hogy vajon mit szólnak az őket súlyosan és hátrányosan érintő intézkedéseikről.

Amikor például az ország egyik legjobban és gazdaságosan, veszteség nélkül működő, hosszú évek kemény szakmai munkájával és komoly anyagi ráfordításokkal létrehozott reumatológiai és oszteoporózis regionális központját egy tollvonással, minden indoklás nélkül meg akarták szüntetni és ez ellen hétezer beteg által aláírt petícióval tiltakozott, az egészségügyi vezetés még csak nem is válaszolt. Helyette szó nélkül megszüntették az intézmény aktív státuszát, általános mozgásszervi- és nem reumatológiai-rehabilitációs intézménnyé – degradálták, felére csökkentve ellátmányukat, az egészségügyi kiszolgáló szakszemélyzetet megtizedelték, kis híján tönkretéve a régióban évi 2 ezer reumás fekvő beteg és 35 ezer reumás járóbeteg ellátását és további 20 ezer járóbeteg fizioterápiáját. És tették ezt büszkén és bátran 7 ezer beteg írásbeli kérése

és a Szakmai Kollégium szakvéleménye ellenére, mely szerint ezen aktív intézet „fenntartása a régió szakmai színvonalának megőrzése szempontjából mindenképpen indokolt, a jelenlegi magas színvonalú működést támogató szakmai háttér biztosításával.”

Különösen időszerű most a magyar reumás betegellátó rendszereket és a magyar reumás betegeket ért „reform” bántalmakat gyógykezeltetni, amikoris 2008 novemberében Budapesten rendezik meg az EULAR APOM (új nevén PARE) nemzetközi reumás betegkonferenciáját, 28 országból 100 európai beteg – köztük 32 magyar – részvételével. Remélhetőleg ekkor a közvélemény és hazai egészségpolitikus döntéshozók figyelmét a sajtó, rádió, TV, internet bevonásával sikerül a magyar reumatológia és reumás betegek gondjaira irányítanunk. Ekkor tág lehetőség nyílik arra, hogy ország-világ színe elé tárjuk, miként élnek és éreznek a magyar reumás betegek. A magyar reumás betegek és a hazai reumatológia elemi érdeke, hogy ezen a konferencián ott legyenek és odafigyeljenek a magyar egészségügyi vezetők és döntéshozó egészségpolitikusok is. Itt mindenképpen tudtukra kell adni, hogy mit kér és követel a levitézlett „reform” helyett a milliós magyar reumás betegközösség.

Korántsem a teljesség igényével egy időszerűnek tartott javaslatsort állítottunk össze ehhez a következők szerint:

Fontosnak ítéhető a komoly munkával és jelentős befektetéssel létrehozott reumatológiai és oszteoporózis regionális aktív és rehabilitációs gyógyító és gondozó központok működésének és finanszírozásának tisztességes helyreállítása. Ehhez biztosítani kell a meglévő diagnosztikai rendszerek használatának újbóli engedélyezését és finanszírozását, vagy korszerű csontritkulásmérőket, mert ezek nélkül a csontritkulásos betegek kiszűrése és gyógyítása az oszteoporózis központok 2/3-ánál nem biztosítható (lásd Dr. Héjj Gábor cikke).

Feltétlenül biztosítani kell a fokozottan veszélyeztetett szív és érrendszeri szövödményekkel is sújtott moz-

gásszervi betegek kórházi kezelését, ambuláns gondozását és gyógyszerellátását tisztességes támogatásokkal, helyreállítva a „reformerek” által szétvert rendet e téren.

Azt a „fundamentalista” elképzelést, mely szerint egy gyógyító orvost meg kell „korbácsolni”, ha a betegnek a megfelelő és szükséges, hatékony és bevált, de drágább gyógyszerrel merészeli felírni, sürgősen el kell felejtetni a reformok utözöngéiből! A minden ésszerű mértéken és orvosszakmai indokon túlmenően csupán és csak a gyógyszerkassza sunyin és mindenáron áhított hatalmas megtakarítását hajszolva, nem lehet a korszerű innovatív gyógyszereket fűnyíró elv alapján kitiltani a reumatológiai gyógyításból.

A tisztességes és eredményes, színvonalas reumatológiai betegellátás érdekében ki kell dolgozni és be kell vezetni a reumás betegségek szakmai minőségbiztosítási standardjait, szabványosított gyógyítási eljárásait az általános nemzetközi gyakorlatnak megfelelően. A Szakmai Kollégium régóta szorgalmazott ezirányú törekvéseit az egészségügyi kormányzatnak támogatnia kell erkölcsileg és anyagilag is egyaránt.

A reumás betegségek következtében tönkrement ízületeik miatt mozgásképtelenné vált betegeknek az életvitelüket biztosító, sőt sok esetben szinte az életüket megmentő ízületi protézis műtétek „reformmal” ellehetetlenített, végtelenségig, sokszor több évre eltolt határidőit meg kell szüntetni. Ezekkel szó szerint többet ártanak mind a betegeknek, mind a társadalmi szintű összes ráfordításnak is, mint amennyit az állásigényes volumenkorlátozásokkal megtakarítani reméltek.

A reumatológiai aktív és rehabilitációs betegellátás finanszírozási rendszerét és értékeit mielőbb felül kell vizsgálni és rendbe kell tenni, a jelenlegi HBCS rendszer erre alkalmatlan, mert beteg és eredményes gyógyítás ellenes, és emiatt erős korrekcióra szorul.

A gyógyfürdői kezelésekre szoruló betegek jelentős részét a „titkosított” beutalási rendszerekkel, a reménytelenül hosszú várakoztatási időkkel és az egyre növekvő mértékű terítési díjakkal, a különféle fizetős és hotel-

szolgáltatásos, üzleti alapú megoldásokkal csaknem sikerült kiszorítani a hazai gyógyfürdők közül. Az egészségügyi ellátó rendszerek helyett lassan már csak a magyar reumatológusok tartják szívügyüknek a betegek gyógyfürdői gyógyüdültetését, csaknem ingyenesen, az általuk létrehozott alapítvány révén, önzetlen és jelentős anyagi támogatással. Az MRA és az MRBE szervezésében és évi milliós anyagi támogatásával Berekfürdőn évente közel félszáz reumás beteg jut gyógyfürdői gyógyüdüléshez, immár több mint tíz éve.

Hogy mit kíván és vár még el jogosan a milliós magyar reumás betegközösség, még tovább sorolhatnánk. Javasolom, hogy a jogos, méltányos és legfontosabb reumás betegigényeket a Magyar Reumabetegek Egyesülete irányításával a Csont és Ízület Évtizede jegyében állítsuk össze. Készüljön el a Magyar Reumás Betegek Kiáltványa, 12 pontja, és ez petíció formájában jusson el az egészségügyi kormányzathoz és az egészségügyi politikai döntéshozókhoz, és a budapesti betegkonferencia illetékeseihez is azzal a záradékkal, hogy amennyiben nincs erre fogadókészség és eredményes intézkedés részükről, akkor az Európai Unióban már bevált és szokásos betegmozgalmi technikák (pl. lobbizás, sajtónyilvánosság) alkalmazására fog nálunk is sor kerülni.

Biztos vagyok benne, hogy a magyar reumás betegközösség – bár fáj neki az egész élet – de nem adja fel a reményt, mert minden „reform” ellenére sem veszítette el az orvosokba és gyógyításba vetett hitét, sohasem lesz úgy „begyulladva”, hogy ne tudja kiküzdeni – ha kell, keményebb fellépéssel kiharcolva – az egészségesebb élethez való jogát és lehetőségét.

Dr. Riba Dezső,

több mint 20 éve szeropozitív

RA-s beteg, a Reumás Beteg Egyesület Miskolc alapító tagja, az MRA Kuratóriumának tagja és a Reuma Híradó rovatvezetője

Kérjük, hogy ehhez a vitaindító cikkhez szóljanak hozzá! Minden jobbító szándékú észrevételnek, javaslatnak szívesen helyt adunk lapunk hasábjain.

Szerkesztőség

Hírek



Pethő Gáborné

Beteggyesületek programjaiból II.

Folytatás a 19. oldalról

Reumás Betegek Egyesülete, Miskolc

Minden hónap utolsó hétfőjén 15 órai kezdettel reuma klubdélutánt tartunk a Szent Ferenc Kórház Oktatási Kabinetjében. A klubfoglalkozások tervezett előadásai:

Szeptember: A reumás fájdalmak és kezelésük, csilapításuk

Október: A vény nélküli reuma szerek valódi haszna és kára

November: Az Oszteoporózis Világnap regionális rendezvénye és előadásai

December: Karácsonyi évváró ünnepség

Az előadásokat általában a Szent Ferenc Kórház-klubunk részéről felkért – reumatológusai és más szakorvosai tartják. Az előadásokat tartalmas és hasznos interaktív konzultáció követi.

Minden héten 4 alkalommal csoportos gyógytorna foglalkozást tartunk a Szent Ferenc Kórház erre a célra általunk bérelt tornatermében, egyesületünk által megbízott gyógytornászok irányításával.

Turul Csontritulás Egyesület programjai (Tatabánya)

Szeptember 27-én Városi Civil nap a Közművelődés Házában, melyen egyesületünk és még más egészségügyi profilú egyesületek is egész napos ingyenes szűrővizsgálatot és orvosi tanácsadást nyújtanak az érdeklődőknek.

Október 21-én tartjuk az Oszteoporózis Világnapi rendezvényünket, melynek témája: Az oszteoporózis elleni küzdelem eredményei és problémái régióinkban. A régió civil szervezetei együttműködésének szükségessége és lehetőségei. (06-34/515-459, Dózsa Gy. út 77.)

„Mozgás az élet” Ízületi Betegek Klubja

Október 16. Kirándulás Vácra.

Októberben lesz egy buszos kirándulásunk a hallás-

sérült klubtagokkal (szervezés alatt).

November 3. Múzeumi séta.

November 20. Karácsonyra készülünk P. Mónikával.

December 8. Karácsonyi buli Dózsa Katinál.

December 19. Adventi séta a Vörösmarty téren esti fényben.

Január 5. A szokásos kávéval köszöntjük az újévet.

Az ősz folyamán lesz még egy számítástechnikai tanfolyamunk is, ami szervezés alatt áll, így az időpontok változhatnak! Új klubtagok jelentkezését is szeretettel várjuk programjainkra. Pethő Ani (222-4756 v.70/3140-605)

Reumás Betegek Klubja, Nyíregyháza

Szeptember – A masszázis fajtáinak bemutatása különösen a talp- és nyirokmasszázs egészségre gyakorolt jótékony hatásainak ismertetése, gyógymasszázis meghívása.

Október – A helyes táplálkozás fontossága a különböző betegségek megelőzésében, illetve a már meglévők esetében (reuma, köszvény, magas vérnyomás, magas vérzsír- ill. koleszterin szint), dietetikus felkérése.

November – Kardiológus vagy ideggógyász orvos meghívása igény szerint.

December – Karácsonyi ünnepség rendezése, valamint a közös egyesületi ünnepségen való részvétel.

Rendszeresen felhívjuk tagjaink figyelmét a szűrésben való megjelenés fontosságára.

Mozgáskorlátozottak Ózd Városi Egyesülete

December 5. Mikulás ünnepség mozgáskorlátozott gyermekek részére

Magyar Lupus Egyesület

Szeptember 27. (szombat) 13-17 óráig Budapest ORFI Lukács Klub

November 29. (szombat) 13-17 óráig Budapest ORFI Lukács Klub

A programokról weblapjainkon tájékozódhatnak a tisztelt érdeklődők: www.sle.hu, www.autoimmun.hu, www.lupusz.hu

Egészségügyi Kisokos



Dr. Héjj Gábor

az ORFI Módszertani és
Minőségbiztosítási Osztályának vezetője

Változások az egészségügyi ellátásban

Hosszú idő után végre néhány pozitív változásról is be lehet számolni az egészségügyi ellátás területén. Nézzük azonban először mi az, ami változatlanul megoldatlan:

Továbbra sem oldódott meg a progresszív beteg-ellátás – azaz a súlyosabb betegek magasabb szintre – megyei kórház, klinika, országos intézet – beutalásának szabályozása. A korrekt törvényi szabályozás hiányzik azonban ma is, igaz, hogy ún. fogadási nyilatkozat esetén a háziorvos vagy a szakorvos a korábbiaknak megfelelően megítélése szerinti helyre, magasabb szintre utalhatja a beteget. A betegnek azonban fel kell készülni arra, hogy a beutaló orvos útiköltség térítési igazolást csak abban az esetben adhat, ha szakmailag indokolt a magasabb szintre – nagyobb távolságra – történő utaztatás.

Az aktív ágyszám csökkentése után továbbra sem történt ambuláns óraszám növelés, többek között ennek is köszönhető a járóbeteg várólisták (ma betegfogadási listák) hosszának növekedése. Természetesen a sürgős, akut betegek ellátása mindenkor előnyt kell, hogy élvezzen, de ehhez például a beteg telefonon – esetleg interneten – történő időpont kérése esetén a diszpécserrel ezt egyértelműen közölni kell.

A vizitdíj és kórházi napidíj a népszavazás eredményeképpen megszűnt, a háziorvosi praxisok (felőtt és gyermek egyaránt) kieső bevételeinek pótlását az új egészségügyi kormányzat néhány hét alatt megoldotta. A háziorvosi kártyapénz öt év alatt nemhogy nem követte az inflációt, hanem abszolút mértékben kissé csökkent is, ezzel bizonytalanná téve a praxisok – orvos, nővér fizetése, rezsi, gépfelújítás stb. – működését.

A cikk írásának időpontjában napvilágot látott sajtóértesülések szerint a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátásról szóló 2006. évi XCVIII. törvény orvosokat anyagilag szankcionáló része július 1-jén nem lép életbe. (A részletekről a következő számban beszámolunk). Azt hiszem nem vagyok egyedül azzal a véleményemmel, hogy az ellenőrzés teljes elmaradása majdnem annyi kárt okozhat (és okozott eddig is), mint a rendelet sokat vitatott korábbi formájában történő életbe léptetése.

Érdemes röviden összefoglalni a csontritkulás (osteoporosis) diagnosztikájában és terápiájában az utolsó fél évben végbement változásokat:

A csontsűrűség mérés szabályai jelentősen megváltoztak, az ultrahangos készülékkel történő mérést az OEP nem finanszírozza, a perifériás (alkar) mérést csak pajzsmirigy, illetve mellékpajzsmirigy túlműködés esetén 24, illetve 12 havonta 1 alkalommal. A törzsi mérések (ágyéki gerinc vagy csípő) esetén az orvosnak döntenie kell, hogy melyik régió vizsgálata az informatívabb – az OEP csak egy mérést támogat.

36 havonta egyszer végezhető a vizsgálat korábban mért normál érték esetén, ha kis traumára törés következett be, csontritkulás gyanújelei, rizikófaktorai észlelhetők, vagy a beteg a rendeletben felsorolt másodlagosan csontritkulást okozó betegségek valamelyikében szenved.

24 havonta végezhető a vizsgálat korábban észlelt csökkent ásványi anyagtartalomnál (T-score $-1,0$ értéknél alacsonyabb) a fenti feltételek megléte esetén.

12 havonta vizsgálható a csontsűrűség ismerten csontvesztést okozó gyógyszerek (szteroidok) tartós szedése, szervátültetés valamint csontritkulás ($-2,5$ T-score alatti érték) törést megelőző gyógyszeres kezelése mellett. (Megjegyezzük, hogy egyrészt egyszer dokumentált $-2,5$ alatti T-score érték esetén az OEP nem követeli meg újabb vizsgálat végzését, holott a terápia hatásosságának mérésére ma ez az egyetlen lehetőségünk. Másrészt 75 éves kor felett csontritkulásnak tulajdonítható csonttörés esetén a csontsűrűség – DEXA – vizsgálat nem szükséges a terápia elindításához. A vizsgálatot kérő szakorvosok köre jelentősen bővült, a háziorvos azonban nem kérheti a vizsgálatot.)

A csontritkulás gyógyszeres terápiájában az alapvető változás, hogy a gyógyszerek 70%-os kiemelt támogatása csak a kezelőorvos által dokumentált rendszeres kalcium és D-vitamin szedés esetén adható! A kezelőorvos reumatológus, endokrinológus vagy az „osteoporosis és menopausa szakrendelés szakorvosa” lehet, akinek javaslata alapján a gyógyszert a háziorvos jelenleg egy évig felírhatja!

Az új szabályozás a csontritkulásos csonttörés megelőzését célozza meg: alacsony T-score ($-2,5$ értéknél kisebb) esetében is, amennyiben még nem volt csontritkulásnak tulajdonítható kis traumára bekövetkező csonttörése a betegnek, akkor legalább egy rizikófaktorának vagy csontritkulást okozó, a rendelet-

ben felsorolt alapbetegségének kell lennie. Igen súlyos csonttrikulás esetén – ha szakmailag indokolt és nincs ellenjavallata – a kezelőorvosnak 90%-os támogatással van lehetősége további, más támadáspontú gyógyszer rendelésére 18 hónapos kezelés időtartamára, ezt a gyógyszert azonban nem írhatja fel a háziorvos. Nem lenne teljes a tájékoztatás, ha nem említenénk meg azt, hogy hosszú szakmai harc eredményeként rendeltileg megoldott – bár ma még a nőknél szűkebb lehetőségekkel – a férfiak csonttrikulásának 70%-os támogatású gyógyszeres kezelése is.

Végezetül nem árt, ha a beteg tudja, hogy 65 éves kor felett, valamint ahol nagy a gyomor-bélrendszeri mellékhatások rizikója, bizonyos betegcsoportokban (reumás sokízületi gyulladás – rheumatoid arthritis –, Bechterew-kór, valamint súlyos nagyzületi kopásos betegségekben) amennyiben szükséges ún. nemszteroid gyulladáscsökkentő adása, akkor ezek közül néhány (a legkevesebb gyomor-bélrendszeri mellékhatást okozók) 70%-os támogatással írható fel.

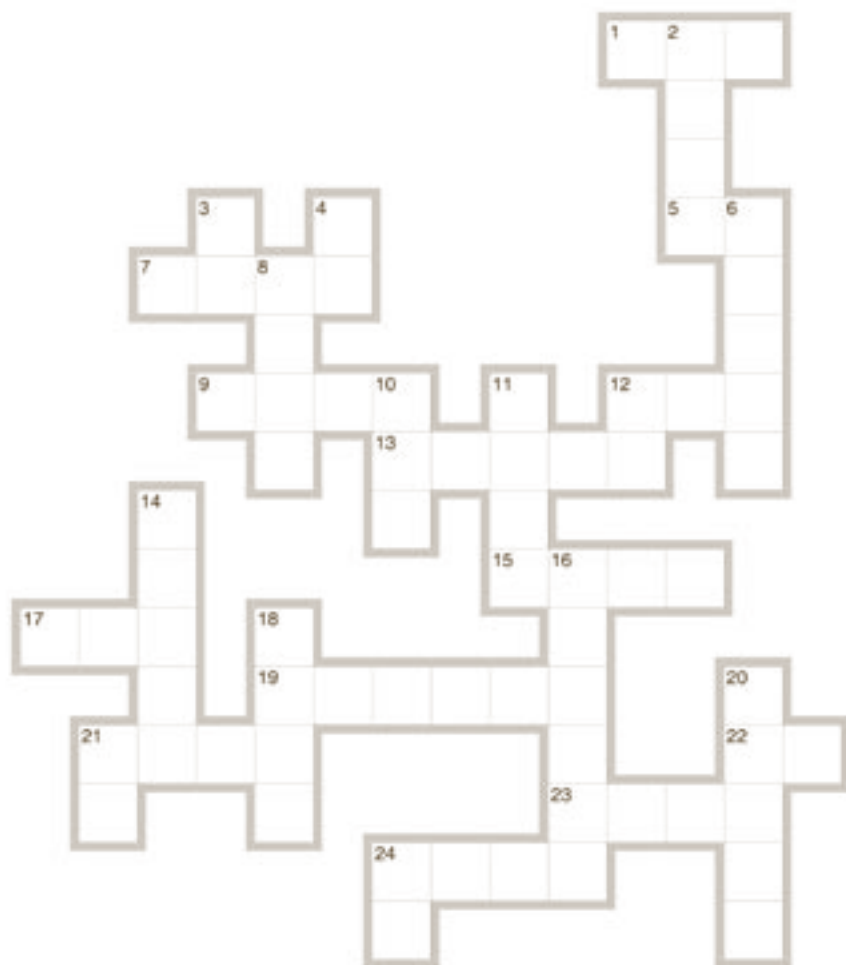
Rejtvény

Rejtvényünk előző számunkban megjelent Dr. Ujfalussy Ilona cikkéhez (A fibromyalgia) kapcsolódik.

Az alábbi kérdésre várjuk a választ: A fibromyalgia kezelésével kapcsolatos fontos megállapítás.

A választ a fenti rejtvény megfejtése után a következő módon kaphatjuk meg: Egymás mellé helyezzük az alábbi meghatározások megfejtéseit (V=Vízszintes, F=Függőleges): F24+V21+V17+F8+F3+F12+V13+V15+V1+V24+F14+F18+V23+V9+F20+F16+V22+F10+F11+F6+V5

(Van olyan megfejtés, amit nem kell felhasználni.)



Vízszintes

1. Nem le; 5. Kínai hossz mérték, vagy kettőzve női név; 7. Jelképe a galamb; 9. Hozzáértő, azaz ----értő; 12. Ezen megy a villamos; 13. Nem szét; 15. Cselekedet; 17. Tartalék (rövid ó-val), pl. ---alkatrész; 19. Éjjeli madár; 21. Valaki fejének alsó része; 22. Nem valódi; 23. Nem kevesebb; 24. Kimutatáshoz, számláshoz szükséges tény

Függőleges

2. Egyenlő; 3. Folyadék; 4. Nem fel; 6. Szükséglet; 8. Nem lába; 10. Időjárási jelenség (főleg ősszel) 11. Vágóeszközét: K----; 12. Tagadó szó; 14. Következtében; 16. Összefogva többben 18. Fűben f----- orvosság; 20. A legfejlettebb élőlény; 21. Kerti munkát végez; 24. Határozott névelő

Készítette:
Dr. Ratkó István

Beküldési határidő: 2008. október 31. A helyes megfejtők között 3000 Ft-os könyvutalványt sorsolunk ki.

A 2008/1. számban megjelent rejtvény megfejtése: Kerülni kell a belsejüket, a zsíros húsokat, csokoládét, kávé, hüvelyeseket! A helyes megfejtést beküldők közül Bernhardt Lajosné nyerte a 3000 Ft-os könyvvásárlási utalványt.