

Tartalom

■ Bevezető	
A Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat tájékoztatója a rehabilitációs hozzájárulás 2013-as szabályairól	
Tóth Gábor	2
■ Beszámoló a Magyar Reumatológiai Szakdolgozók Egyesületének debreceni fórumáról	
Dr. Domján Andrea	6
■ A Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány átalakulása és tervei	
Dr. Hodinka László	7
■ Mikor és hogyan kezdődhet a sokízületi gyulladás?	
Dr. Gomez Izabella	10
■ Dönts okosan!	
Dr. Sterba Gréta	14

Kedves Olvasónk!



Reméljük, hogy a Reuma Híradó régi olvasói, amint kezükbe veszik ezt a számot, felismerik a megváltozott cím és címlap ellenére ismert újságjukat és elfogadják megújult formájában is. Bízunk abban, hogy új olvasóink érdeklődéssel lapozzák és olvassák, találnak benne érdekes vagy hasznos olvasmányt és megszeretik. Régi és új olvasóink számára egyaránt el kell mondanunk, hogy nem csak a lap külleme változott. Lényegi megújulásnak szánjuk azt a törekvésünket, hogy a lapban közöltek felkeltsék a reumabetegek és az ellátásukban, gondozásukban részt vevő, a reumatológia és a reumatológiai betegek iránt elkötelezett szakdolgozók – nemzetközi megnevezésükkel: a „nem-orvos egészségügyi dolgozók” –, valamint orvosaik érdeklődését egyaránt. Igyekszünk ugyanakkor ezeknek a különböző olvasói csoportoknak őket speciálisan érdeklő tájékoztatást, beszámolókat, szakmai újdonságokat is közölni. Ezt a szándékunkat már az elmúlt két év lapszámaiban is megkíséreltük megvalósítani, különösen a tematikus számok összeállításában.

Ez a szám a rehabilitációs eljárás sokakat érintő változásairól szóló tájékoztatóval kezdődik. Összeállítója és közreadója Tóth Gábor, Alapítványunk tanácsadója, aki a közelmúltban megalakult „Reumabetegek a Célzott Terápiáért Egyesület” megválasztott, bejegyzés alatt lévő elnöke. A jövőben szeretnénk majd ezt és a többi, már működő beteggyógyászati, betegklubot és vezetőiket bemutatkozásra felkérni. Ezt a cikket a Magyar Reumatológiai Szakdolgozók Egyesületének a Debreceni Egyetem nyílt napja, a „Kapcsolat Napja” keretében megrendezett fórumáról szóló beszámoló követi. A beszámolót a reumatológiai szakdolgozók fáradhatatlan szervezője, és ma már az Európai Reumaellenes Ligában is ismert és elismert vezetője, dr. Domján Andrea írta. Cikkének fejlécében lévő névjegy-arc képe alapján felismerhetik, hogy a belső és külső borítók képsorozatán látható munkatársai és az általa szervezett rendezvények résztvevői körében. Ezt követően szeretnénk megismertetni régi és új olvasóinkat a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány elképzeléseivel, terveivel. Ebből a cikkből azt is megtudják, miért lett a lap új neve „REUMATOLÓGIA MINDENKINEK”. Bemutatjuk azt is, hogy a reumatológiában dolgozó nővérek, asszisztensek, gyógytornászok milyen jelentős szerepet vállalnak betegeik tájékoztatásában. Ezért is méltányos, hogy lapunk az ő szakmai fórumuk is legyen. Legutóbbi számainkban arról írtunk, hogy a reumatológiai szakma meghirdetett törekvése a súlyos ízületi gyulladások és gerincízületi gyulladások minél korábbi felismerése, és minél korábban megkezdett célvezérelt kezelése. Ezenkívül két ifjú kolléganő cikkét olvashatják a sokízületi gyulladást megelőző időszak immunológiai történéseiről és az egészséges, de a betegség kialakulása tekintetében veszélyeztetettekről. Fogadják szeretettel és jóindulattal megújult kiadványunkat. Címlapján és tartalmában a korszerű REUMATOLÓGIÁT szeretnénk eljuttatni MINDENKINEK.

Dr. Hodinka László

REUMATOLÓGIA MINDENKINEK

Betegújság reumatológiai betegeknek • IX. évfolyam, 1. szám, 2013. augusztus • ISSN

Laptulajdonos: A Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány, Magyar Reumabetegek Egyesülete

Megbízott főszerkesztő: Dr. Hodinka László • A szám orvos-szerkesztője: Dr. Hodinka László • Szerkesztőségi titkár: Pethő Gáborné

Szerkesztőségi munkatárs: Dózsa Klára • 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. Hodinka László

Terjeszti a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány és a Gyógysarok (1023 Bp., Frankel Leó u. 38–40. földszint – ORFI).

Megjelenik évente háromszor. Egyedi példányok 400 Ft-os áron a Gyógysarokban kaphatók. Előfizetés 1 évre 2000 Ft.

Olvasható a www.reumatologia.hu honlapon. Csoportos megrendelés a betegklubokon keresztül.

Nyomdai kivitelezés: IPRINT Kft. www.iprint.hu

Bevezető

Tóth Gábor



A Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat tájékoztatója a rehabilitációs hozzájárulás 2013-as szabályairól

Ez év január 23-án megjelent a Nemzeti Foglalkoztatási szolgálat tájékoztatója a munka.hu honlapon a rehabilitációs hozzájárulás 2013-as évre vonatkozó szabályairól. A rehabilitáció hozzájárulás főbb paraméterei (összege, a kvóta mértéke, statisztikai létszám számítási módja stb.) nem változtak, azonban a hozzájárulás kiváltására feljogosító munkavállalói kör az átmeneti jogszabályok kivezetése miatt kissé szűkül.

Mit kell tudni a rehabilitációs hozzájárulásról?

Kinek kell fizetnie és mennyit?

A munkaadó a megváltozott munkaképességű személyek foglalkozási rehabilitációjának elősegítése érdekében rehabilitációs hozzájárulás fizetésére köteles, ha az általa foglalkoztatottak átlagos statisztikai állományi létszáma a 25 főt meghaladja, és az általa foglalkoztatott megváltozott munkaképességű személyek átlagos statisztikai állományi létszáma nem éri el a létszám öt százalékát, vagyis a kötelező foglalkoztatási szintet. Lásd a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény (a továbbiakban: Mmtv.). 23–24§.

A kötelezettség kiterjed a nemzetgazdaság valamennyi szektorára, kivétel

- a fegyveres szervek hivatásos állományú tagjainak szolgálati viszonyáról szóló törvény hatálya alá tartozó fegyveres szervezet, valamint
- a büntetés-végrehajtásért felelős miniszter felügyelete alá tartozó, a fogvatartottak kötelező foglalkoztatására létrehozott gazdálkodó szervezetet.

A munkaadó létszámának megállapítása során egyes munkavállalói csoportokat figyelmen kívül kell hagyni. Ezek a következők:

- a közfoglalkoztatási jogviszonyban, valamint a közfoglalkoztatásról szóló kormányrendelet szerint támogatott munkaviszonyban foglalkoztatott személyeket,
- az egyszerűsített foglalkoztatás szabályai szerint jogszerűen alkalmazott munkavállalókat,
- önkéntes tartalékos szolgálati viszonytal rendelkező munkavállalókat,

- a Munka Törvénykönyvéről szóló törvény alapján más munkáltatónál történő átmeneti munkavégzés során foglalkoztatott munkavállalókat.

Azokat a munkavállalókat, akiknek foglalkoztatása az Mt. 214. § (1) bekezdés a) pontjában meghatározott munkaerő-kölcsönzés keretében történik, 2011. január 1-jét követően a létszámszámítás során az általános szabályok szerint kell figyelembe venni, vagyis a munkaerő-kölcsönzés esetén a munkavállalót a kölcsönbe adó szervezet létszámában kell számításba venni.

A foglalkoztatási kötelezettség teljesítését, illetve a rehabilitációs hozzájárulást az átlagos statisztikai állományi létszám általános szabályai szerint kell kiszámítani.

A megváltozott munkaképességű munkavállalót foglalkoztató munkaadó a rehabilitációs hozzájárulás megállapítása céljából nyilvántartást vezet, amely tartalmazza a megváltozott munkaképességű munkavállaló természetes személyazonosító adatait, a társadalombiztosítási azonosító jelét, a munkaképesség változásának, egészségi állapotának, egészségkárosodásának mértékét, a fogyatékoság tényét, továbbá az ezek igazolására szolgáló okirat másolatát. A nyilvántartást a munkáltató a foglalkoztatás megszűnését követő öt évig köteles megőrizni.

A megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásával ki lehet váltani a rehabilitációs hozzájárulást. A rehabilitációs hozzájárulás összege az 5%-ból hiányzó létszámtól függ.

A rehabilitációs hozzájárulás összege 2010. január 1-jétől 964 500 Ft/év, és ez az összeg 2013. január elsejét követően sem változik. [Mmtv. 23. § (5) bekezdés]

Ki számít megváltozott munkaképességűnek a kvóta teljesítése szempontjából? (Mmtv. 22. §)

Az Mmtv. 23. és 24. §-ainak alkalmazásában, a kvóta teljesítésének szempontjából megváltozott munkaképességű személynek kell tekinteni azt a személyt, a) akinek az egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 60 százalékos vagy kisebb mértékű (Mmtv. 2. § (1) bekezdés);

- b) aki legalább 40% egészségkárosodással rendelkezik;
- c) akinek a munkaképesség csökkenése legalább 50%;
- d) aki fogyatékosági támogatásban vagy
- e) vakok személyi járadékában részesül, és a munkaszerződése szerinti napi munkaideje a négy órát eléri.

A kvóta teljesítésének átmeneti szabályait tartalmazza az Mmtv. 38. § (1) bekezdés. Eszerint az Mmtv. 23–24. § alkalmazásában, azaz a foglalkoztatási kötelezettség keretében

- a) megváltozott munkaképességű személynek kell tekinteni azt a személyt is, aki a 33. § szerinti felülvizsgálattal érintett (2011. december 31-én III. csoportos rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjban, rendszeres szociális járadékban részesült, és több, mint öt év múlva tölti be az öregségi nyugdíjkorhatárát, 2012. január 1-jétől rehabilitációs ellátásban részesül és felülvizsgálatra vár), a felülvizsgálat alapján hozott jogerős döntést követő harmadik hónap első napjáig.
- b) az a) pont alá nem tartozó személyekre – akik 2011. december 31-én a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény 42. és 42/B §-ai szerint megváltozott munkaképességű munkavállalónak minősültek, vagy a foglalkoztatásuk alapján a munkáltató 2011 decemberében megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtott költségvetési támogatásban részesültek – az átmeneti szabály 2012. december 31-et követően nem alkalmazható, a foglalkoztatási kötelezettségbe nem számíthatóak be.

Az a) pont alá tartozó személyek, továbbá a b) pontba tartozók közül azok, akik megváltozott munkaképességűkről, össz-szervezeti egészségkárosodásukról az Mmtv. 22. § a)–c) pontban foglalt károsodásról OEP, OOSZI, ORSZI, NRSZH igazolással rendelkeznek, ellátásuktól függetlenül ennek alapján 2013-ban is megváltozott munkaképességűnek számítanak, mivel ezeket a károsodási mértékeket az Mmtv. önállóan tartalmazza.

A súlyos hallássérültnek, értelmi fogyatékosnak, valamint súlyos mozgáskorlátozottnak minősülő, össz-szervezeti minősítéssel nem rendelkező, és fogyatékosági támogatásban nem részesülő személy 2013. január 1-jétől nem tekinthető a foglalkoztatási kötelezettség tekintetében megváltozott munkaképességűnek.

Az Mmtv. 38. § (2) bekezdés alapján lehetőség van azonban arra, hogy az érintettek hatósági bizonyítványt kérjenek egészségi állapotukról, vagy fogyatékosági támogatást igényeljenek. A hatósági bizonyítvány iránti kérelmet az illetékes megyei kormányhivatal rehabilitációs szakigazgatási szervénél (rszsz),

a fogyatékosági támogatás iránti igényt a Magyar Államkincstár illetékes területi szervénél kell benyújtani. Ha a hatósági bizonyítvány legfeljebb 60%-os egészségi állapotot, vagy a Magyar Államkincstár határozata fogyatékosági támogatásra való jogosultságot igazol, a fogyatékos munkavállaló továbbra is figyelembe vehető a foglalkoztatási kötelezettség teljesítésében.

Fontos! Az előjegyzett felülvizsgálati időpont nem lejárat, a jelenlegi gyakorlat szerint a soros felülvizsgálat hónapokat, lehet, hogy egy évet csúszik, ezalatt a korábbi igazolás tulajdonosa egészségkárosodásának mértékét teljes értékűen igazolja.

Azt, hogy az érintett ellátásban részesül-e, továbbá annak mi a megnevezése, a 2012. január 1. után komplex minősítésen átesett személyek az rszsz határozatával, mindenki más egészségkárosodása alapján ellátásban részesülő az ellátást megállapító határozat bemutatásával, valamint az 1997. évi LXXXI. törvény végrehajtásáról szóló 168/1997. (X. 6.) Kormányrendelet (Tnyvhr.) 75/B. §-a szerinti, a Nyugdíjfolyósító Igazgatóság által kibocsátott tájékoztató benyújtásával igazolja.

Lehet-e a foglalkoztatási kötelezettséget támogatott munkavállaló foglalkoztatásával teljesíteni?

Annak nincs akadálya, hogy a foglalkoztatási kötelezettséget a munkáltató álláskereső, inaktív, rehabilitációs ellátásban részesülő, és/vagy Rehabilitációs kártyára jogosult, a feltételeknek megfelelő megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásával teljesítse, és beilleszkedésük elősegítésére az illető munkaerő-piaci helyzete függvényében támogatásban, járulékkedvezményben részesüljön.

Fontos! A megváltozott munkaképességű személyek ellátásaiban részesülő személy, 2013. január 1-jétől a rokkantsági ellátásban részesülő sem vehető álláskeresőként nyilvántartásba, így az álláskeresőket megillető támogatásokat nem lehet igénybe venni a foglalkoztatásukhoz.

Hogyan kell megállapítani és megfizetni a rehabilitációs hozzájárulást? (Mmtv. 24. §)

A kvóta teljesítése, illetve a hiányzó létszám a munkavállalók és a foglalkoztatási kötelezettségben figyelembe vehető megváltozott munkaképességű munkavállalók átlagos statisztikai állományi létszámának összevetéséből határozható meg. Létszámon, a Központi Statisztikai Hivatal 3/2010. (IV. 2.) KSH-közleménnyel közzétett munkaügy-statisztikai adatszolgáltatáshoz kiadott útmutatójában foglaltak szerinti, a tárgyévi átlagos statisztikai állományi létszámot kell érteni. A statisztikai állományi létszámot a számítása során egy tizedesjegy-pontossággal kell meghatározni (Mmtv. 23. § (4) bekezdés). Az átlagolást a tényleges létszám alapján kell elvégezni, vagyis a részmunkaidőben foglalkoztatott személyt egész főnek kell tekinteni, arányosítást végezni nem lehet, és nem is kell.

A rehabilitációs hozzájárulást a fizetésére kötelezett munkaadó maga vállalja be, állapítja meg, és közvetlenül fizeti be az állami adóhatóságnál vezetett számla javára (Mmtv. 24. § (1) bekezdés).

Az adófizetésről, a rehabilitációs hozzájárulás Mmtv. által nem szabályozott kérdéseiről az adózás rendjéről szóló 1993. évi XCII. törvény (Art.) rendelkezik.

A legfontosabb változások:

A súlyos hallássérültnek, értelmi fogyatékosnak, valamint súlyos mozgáskorlátozottak minősülő, össz-szervezeti minősítéssel nem rendelkező, és fogyatékosági támogatásban nem részesülő személy 2013. január 1-jétől nem tekinthető a foglalkoztatási kötelezettség tekintetében megváltozott munkaképességűnek.

Az Mmtv. 38. § (2) bekezdés alapján lehetőség van azonban arra, hogy az érintettek hatósági bizonyítványt kérjenek egészségi állapotukról. A kérelmet az illetékes megyei kormányhivatal Rehabilitációs Szakigazgatási Szervénél (RSZSZ) kell benyújtani. Ha a hatósági bizonyítvány legfeljebb 60% egészségi állapotot igazol, a fogyatékos munkavállaló továbbra is figyelembe vehető a foglalkoztatási kötelezettség teljesítésében.

Az átmeneti szabályok kivezetése miatt bonyolódik, hogy ki számít a rehabilitációs hozzájárulás kiváltása szempontjából megváltozott munkaképességűnek:

A fő szabály nem változott:

Az Mmtv. 23. és 24. §-ainak alkalmazásában, a kvóta teljesítésének szempontjából megváltozott munkaképességű személynek kell tekinteni azt a személyt,

- akinek az egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 60 százalékos vagy kisebb mértékű (Mmtv. 2. § (1) bekezdés);
- aki legalább 40% egészségkárosodással rendelkezik;
- akinek a munkaképesség csökkenése legalább 50%;
- aki fogyatékosági támogatásban vagy
- vakok személyi járadékában részesülés, és a munkaszerződése szerinti napi munkaideje a négy órát eléri.

A beszámítás a megváltozott munkaképességet igazoló szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás időbeli hatálya alatt lehetséges.

Ugyanakkor: az előjegyzett felülvizsgálati időpont nem lejárat, a jelenlegi gyakorlat szerint a soros felülvizsgálat hónapokat, lehet, hogy egy évet csúszik, ezalatt a korábbi igazolás tulajdonosa egészségkárosodásának mértékét teljes értékűen igazolja.

Az átmeneti rendelkezések:

A kvóta teljesítésének átmeneti szabályait tartalmazza az Mmtv. 38. § (1) bekezdés. Eszerint az Mmtv.

23–24. § alkalmazásában, azaz a foglalkoztatási kötelezettség keretében

- megváltozott munkaképességű személynek kell tekinteni azt a személyt is, aki a 33. § szerinti felülvizsgálattal érintett (tehát, aki 2011. december 31-én III. csoportos rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjban, rendszeres szociális járadékban részesült, majd 2012. január 1-jétől rehabilitációs ellátásban részesül és felülvizsgálatra vár), és aki 2011. december 31-én a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény 42. és 42/B §-ai szerint megváltozott munkaképességű munkavállalónak minősült, vagy a foglalkoztatása alapján a munkáltató 2011 decemberében megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtott költségvetési támogatásban részesült, a felülvizsgálat alapján hozott jogerős döntést követő harmadik hónap első napjáig.
- az a) pont alá nem tartozó személyekre – az átmeneti szabály 2012. december 31-et követően nem alkalmazható, a foglalkoztatási kötelezettségbe nem számíthatóak be.

A hivatkozott 1991. évi IV. törvény 2011. december 31-én hatályos szakasza:

42. § A 41/A. § alkalmazásában megváltozott munkaképességű a munkavállaló, ha

- munkaképesség-csökkenése – az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (a továbbiakban: ORSZI), 2007. augusztus 15-ét megelőzően az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézete (a továbbiakban: OOSZI) szakvéleménye, 2001. január 1-jét megelőzően vasutas biztosítottak esetében a Magyar Államvasutak Orvosszakértői Intézetének szakvéleménye szerint 50–100 százalékos mértékű,
- egészségkárosodása az ORSZI szakvéleménye szerint 40 százalékos vagy azt meghaladó mértékű,
- a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (a továbbiakban: Ftv.) 23. § (1) bekezdés a) pontja alapján látási fogyatékosnak minősül, vagy vakok személyi járadékában részesül,
- az Ftv. 23. § (1) bekezdés d) pontja alapján a személyiség egészét érintő fejlődés átható zavara miatt fogyatékosági támogatásban részesül,
- külön jogszabály szerint súlyos értelmi fogyatékosnak minősül, és erre tekintettel a személyi jövedelemadóról szóló törvény szerint adókedvezményre jogosult,
- siket vagy súlyosan nagyothalló, és halláskárosodása audiológiai szakvélemény szerint a 60 decibel hallásküszöb értékét eléri vagy meghaladja) a súlyos mozgáskorlátozottak közlekedési kedvezményeiről szóló kormányrendelet szerint súlyos mozgáskorlátozottak minősül, és a munkaszerződése szerinti munkaideje a napi négy órát eléri.

42/B. § A megváltozott munkaképességet igazolja

- a) a 42. § a) és b) pontja tekintetében: az ORSZI, OOSZI, Magyar Államvasutak Orvos szakértői Intézetének szakvéleménye, a rehabilitációs járadék megállapításáról szóló határozat, vagy a rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugellátás megállapításáról szóló határozat,
- b) a 42. § c) pontja tekintetében: az ORSZI, OOSZI szakvéleménye, a kincstár fogyatékosági támogatást megállapító határozata vagy vakok személyi járadékának megállapításáról szóló határozata,
- c) a 42. § d) és e) pontja tekintetében: az ORSZI szakvéleménye, az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény igénybevételére jogosító igazolás vagy a kincstár fogyatékosági támogatást megállapító határozata,
- d) a 42. § f) pontja tekintetében: az OOSZI, ORSZI szakvéleménye, az audiológiai állomás szakorvosának szakvéleménye, az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény igénybevételére jogosító igazolás vagy a kincstár fogyatékosági támogatás megállapításáról szóló határozata,
- e) a 42. § g) pontja tekintetében: az elsőfokú szakorvosi (háziorvosi) szakvélemény, az ORSZI másodfokú szakvéleménye, az a)-e) pontokban említett szakvélemény, igazolás vagy határozat érvényességi idején belül.

Lehet-e a foglalkoztatási kötelezettséget támogatott munkavállaló foglalkoztatásával teljesíteni?

Annak nincs akadálya, hogy a foglalkoztatási kötelezettséget a munkáltató álláskereső, inaktív, rehabilitációs ellátásban részesülő, és/vagy Rehabilitációs kártyára jogosult, a feltételeknek megfelelő megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásával teljesítse, és beilleszkedésük elősegítésére az illető munkaerő-piaci helyzete függvényében támogatásban, járulékkedvezményben részesüljön.

Fontos! A megváltozott munkaképességű személyek ellátásaiban részesülő személy, 2013. január 1-jétől a rokkantsági ellátásban részesülő sem vehető álláskeresőként nyilvántartásba, így az álláskeresőket megillető támogatásokat nem lehet igénybe venni a foglalkoztatásukhoz.

A munkaadók 2013-tól nem igényelhetnek támogatást a Munkaügyi Központok TÁMOP 1.1.2-es programjából a rokkantsági ellátásban részesülő személyek foglalkoztatásához.

A 2013. január 1-el hatályba lépő 2012. évi CCXVI. törvény – a munkaadók és a rokkantsági ellátásban részesülő emberek szempontjából hátrányos intézkedéssel – újraszabályozta a megváltozott munkaképességű emberek álláskeresőként való nyilvántartásba vételének lehetőségét. A jogalkotó az álláskeresőként való nyilvántartásba vétel kizáró okai közé beemelte a

rokkantsági ellátást, mint kizáró tényezőt.

A korábbi jogszabály csak a rehabilitációs ellátásban részesülőket zárta ki az álláskeresői regisztrációból, míg a mai napon hatályos, A foglalkoztatás elősegítéséről szóló 1991. évi IV. törvény 58. § (5) d. pontjának szövege így szól:

„álláskereső: az a személy, aki

1. a munkaviszony létesítéséhez szükséges feltételekkel rendelkezik, és
2. oktatási intézmény nappali tagozatán nem folytat tanulmányokat, és
3. öregségi nyugdíjra nem jogosult, rehabilitációs járadékban, valamint a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaiban nem részesül és
4. az alkalmi foglalkoztatásnak minősülő munkaviszony kivételével munkaviszonyban nem áll, és egyéb kereső tevékenységet sem folytat, és
5. elhelyezkedése érdekében az állami foglalkoztatási szervvel együttműködik, és akit
6. az állami foglalkoztatási szerv álláskeresőként nyilvántart,

A rehabilitációs ellátás már a kezdetektől fogva, a rehabilitációs járadékhoz hasonlóan kizárta az álláskeresőként történő regisztrációt, ezeket a személyeket a Munkaügyi Központok közvetítést kérő személyenként tartották nyilván. Korábban, a megváltozott munkaképességű, ellátásban részesülő személyek különböző csoportjai közül például a rendszeres szociális járadékban részesülőket lehetett (és kellett is) nyilvántartásba venni álláskeresőként és így minden álláskeresőre vonatkozó munkaerő-piaci aktív eszköz (képzés, támogatás, stb.) alanyaivá válhattak ők is és az őket foglalkoztatni szándékozó munkaadók. Azonban amikor 2012. január 1-jével az ő ellátásuk is átalakult (többnyire rehabilitációs ellátássá), elveszítették ezt a lehetőséget. Ebbe a körbe kerültek be 2013-tól a rokkantsági ellátásban részesülők is.

Ennek a hatását a munkaadók és a megváltozott munkaképességű személyek leginkább a Munkaügyi Központtól igényelhető támogatások vonatkozásában érzik majd meg, ugyanis a Munkaügyi Központok csak regisztrált álláskeresők részére nyújthatnak bármilyen támogatást. Korábban egy rokkantsági ellátásban részesülő személy leendő munkaadóját - a regisztrált álláskereső státusnak köszönhetően – a TÁMOP 1.1.2-es munkaerő-piaci program résztvevőjeként akár 100%-os bér-, illetve bérköltség támogatásban részesíthették a Munkaügyi Központok. Ilyen támogatás igénylésére mostantól kizárólag annak a személynek, illetve az őt foglalkoztatni kívánó munkaadónak lesz csak lehetősége, akinek ellátása nem a megváltozott munkaképességűek ellátásairól szóló 2011. évi CXCI. törvény hatálya alá tartozik, vagy a törvény hatálya alá tartozó ellátását egyéb okból elveszítette, vagy lemondott arról.

Beszámoló a Magyar Reumatológiai Szakdolgozók Egyesületének debreceni fórumáról

Dr. Domján Andrea



2013. február 16-án került megrendezésre a VIII. Kapcsolat Napja rendezvény a Debreceni Egyetemen. A kapcsolatépítés, kapcsolattartás hagyományos fórumán az orvos- és egészségtudományi szakma, a gazdasági szféra, a hazai politikai, a nemzetközi tudományos és kulturális élet, valamint a média képviselői ismét sokszínű programon vehettek részt.

A szakmai fórumok, szakember-találkozók keretein belül tartották meg a Magyar Reumatológiai Szakdolgozók Egyesületének (MRSZE) szakmai fórumát. A rendezvényen megjelent – közel 60 fő – az ország több reumatológiai szakellátást végző egészségügyi szolgáltatójától érkező szakember tudományos előadásokon és szakmapolitikai kerekasztal megbeszélésen vett részt. A tudományos előadásokat a szakma neves orvosai tartották gyulladásszerű reumatológiai kórképek és kopásos ízületi betegségek témában. Ezen előadásokkal párhuzamosan zajló kerekasztal megbeszélésen sor került az idei szakmai továbbképzési igények felmérésére, programok összeállítására.

A tanácskozást megnyitotta, illetve moderálta dr. Domján Andrea, az Egyesület elnöke, aki köszöntőjében elmondta, hogy abban a megtiszteltetésben volt része, hogy a VIII. Kapcsolat Napja központi sajtótájékoztatóján a szakdolgozók meghívott képviselőjeként lehetett jelen. Ezzel a regionális, illetve országos sajtó előtt is nyilvánosságot kapott a szakdolgozók fontossága az egészségügyben. Szót emelt továbbá annak a jelentőségéről, hogy az MRSZE az Európai Reumaelenes Liga (EULAR) nemzeti szakdolgozói egyesületeit integráló szervezetrendszerébe bekapcsolódjon.

A tanácskozáson részt vett dr. Hodinka László főorvos (ORFI), a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány képviselőjében. Felszólalásában hangsúlyozta a szakdolgozói egyesület létrejöttének jelentőségét. Felajánlotta, hogy a MRSZE az Alapítvány tulajdonában álló – 1023 Budapest, Ürömi u. 56. sz. alatti – ingatlanában székhelyet létesítsen és irodát alakítson ki. Ezt a felajánlást az Egyesület egyhangúlag elfogadta és megköszönte.

A tanácskozás egyik legfontosabb témája a betegoktatás megvalósításának helye/ideje/módja volt. Ennek egyik eszközeként a korábban Reuma Híradó, jelenleg Reumatológjáról Mindenkinnek c. folyóiratban beteg tájékoztató, felvilágosító cikkek megjelenésére lesz lehetőség, mely közlemények megírásában a szakdolgozók is közreműködhetnek. Ebben az ún. szakdolgozói rovatban helyet kap az MRSZE, híreinek közlésére, illetve szakmai tárgyú közleményeinek köz-

zétételére is. A betegoktatás témakörében felszólalt Hudoba Mihályné (ÁEK) az ún. „interaktív információs asztal” kialakításának lehetőségéről, annak megvalósításának módjáról, illetve az egységes formában megjelenítendő beteg tájékoztató anyagok szükségességéről. A fórum résztvevői egyöntetűen támogatták a standardizált tájékoztató és informáló anyagok kidolgozását. Mindannyian egyetértettek abban, hogy Magyarország 21 arthritis centrumában ezeket az Egyesület ajánlásával kiadott, a szakma neves orvosai által lektorált, egységes tájékoztató anyagokat kellene használni.

Ennek a közös munkának a részeként megfogalmazódott az igény arra, hogy a reumatológiai betegségek alternatív kezelési lehetőségeinek kapcsán szakmai továbbképzést tartsunk. Ennek eredményeképpen a résztvevők megegyeztek abban, hogy 2013. május 8-án, szerdán, a 1023 Budapest, Ürömi u. 56. sz. alatti székházban sor kerülhet egy napos, ilyen témájú továbbképzésre.

A továbbképzés szervező bizottság tagjai: Terbéné Szekeres Klára (ORFI), Huszti Attila (Kistarcsa), Monek Bernadett (ORFI), Hudoba Mihályné (ÁEK), Domján Andrea (DEOEC).

A Kapcsolat Napi rendezvény egyik legfontosabb témájaként végül megvitatották az összefoglaló, Debrecen, Kölcsey Központban megrendezésre kerülő az MRE–MRSZE közös konferencia szakdolgozói előadásainak témaköreit, melyek:

1. Újabb eredmények és tapasztalatok biológiai terápiák kapcsán;
2. Gyermekreumatológia;
3. Érdekes, specialitások az alternatív kezelésnél;
4. Reumatológiai szakdolgozók képzése;
5. Wellness szerepe a reumatológiában.

Megalakult a kongresszus tudományos szervező bizottsága, melynek tagjai: Terbéné Szekeres Klára (ORFI), Győri Irén (Gyula), Decsovné Dóczi Katalin (Kistarcsa), Monek Bernadett (ORFI), Huszti Attila (Kistarcsa), Ságiné Balaton Boglárka (Pécs), Domján Andrea (Debrecen).

Az absztraktok leadási határideje 2013. június 20. Az előadások időtartama 10 perc. Diskuszióra az egyes tudományos témakörök végén lesz lehetőség.

A tartalmas és előre mutató szakmai megbeszélést követően a résztvevők meglátogatták a DEOEC Reumatológiai Tanszékét, rövid bepillantást nyerve ezáltal a Debrecenben folyó reumatológiai ellátás helyszínére.

A Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány átalakulása és tervei



Dr. Hodinka László

a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány kuratóriumának titkára, szerkesztő

Bevezetés

A tavaly év végi számainkban tájékoztattuk olvasóinkat arról, hogy az Alapítvány megalapítása után több, mint negyed évszázaddal, vezetésének ötödik ciklusa zárult le. A kuratórium elnöke, Gönczi Csabáné dr. nem csupán az utolsó ciklus alapítványi tevékenységét tekintette át, hanem megemlékezett a tizenhat évi elnöksége alatt történekről is. Elnökké választásakor szabályozta újra a Polgári Törvénykönyv az alapítványokra vonatkozó szabályokat, alapvetően azzal a céllal, hogy az alapítványok vezetőit, a döntéshozatalt függetlenítse az alapító befolyásától. Ezzel párhuzamosan fogalmazta meg a jogalkotó a közhasznú jogállás feltételeit. A Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány valamennyi feltételnek megfelelt. A tavalyi év elején hatályba lépett Civil Törvény ismét jelentős mértékben újraalkotta valamennyi civil szervezet, köztük az egyesületek és alapítványok, így a mi alapítványunk működésének szabályait is. A Civil törvény lényeges rendelkezései átkerültek a Polgári Törvénykönyvbe is. További jogszabályok rendelkeznek a közhasznú státusz megőrzéséről, a közhasznú működés követelményeiről és az anyagi háttér biztosításáról. Az Alapítvány Kuratóriuma meghozta a szükséges szervezeti döntéseket, az alapító orvosgyógyász, a Magyar Reumatológusok Egyesülete a kért módon módosította az Alapító Okiratot és – amint erről szintén hírt adtunk – megválasztotta az új Kuratóriumot és elnökét. A szervezeti és személyi változásokat az illetékes törvényszék az elmúlt hetekben bejegyezte. A Magyar Reumatológusok Egyesületének vezetősége jóváhagyta az Alapítvány programjait és biztosította a Civil törvénybe foglalt alapítói támogatást. Ez indokolja, hogy a következőkben az Alapítvány által támogatni kívánt célokat követve, a reumatológiai betegek, a reumatológiai területen működő szakdolgozók számára is összefoglaljuk az Alapítvány eddigi történetét és új programját.

Az Alapítvány eddigi tevékenysége

Az Alapítványt a Magyar Reumatológusok Egyesülete azért hozta létre, hogy átvegye az Egyesületnek a

reumatológiai betegek iránti és a reumatológia területén működő nem-orvos munkatársak iránti kötelezettségeit. Az EULAR ajánlásait követve vált az MRE Szociális Ligája önálló egyesületté (Magyar Reumatológusok Egyesülete) és alakult meg tavaly a Magyar Reumatológiai Szakdolgozók Egyesülete (MRSZE). Az Alapítvány 2012-ben mindkét szervezettel hosszútávú Együttműködési Megállapodást, az MRE-vel mint alapítójával a Civil Törvényben ajánlott módon Tartós Támogatási Szerződést kötött. Az Alapítvány tevékenységét az elmúlt évtizedekben dr. Merétey Katalin felejthetetlen személyisége, elkötelezett emberszerete fémjelte. Dr. Merétey Katalin nemzetközileg elismert immunológus kutató és laboratóriumi vezető, a Magyar Reumatológusok Egyesülete elnökségének tagjaként életének utolsó két évtizedében az Alapítvány ügyvezető igazgatója volt. Az Alapítványnak az ő emlékéhez hűen kell tovább működnie a megváltozott körülmények között is, azon az úton, amelyen az Alapítvány elindult és haladni szándékozik.

A Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítványt a Magyar Reumatológusok Egyesülete alapította 1989-ben, 1990-ben 49. sorszám alatt jegyezte be a bíróság. A közhasznú minősítést 1998-ban nyerte el. Célja a magyar reumatológiai betegségekben szenvedők betegségterheinek csökkentése, betegségükről alkotott ismereteinek növelése, az őket ellátó orvosok és nem-orvos munkatársak reumatológiai ismereteinek növelése, a reumatológiai tudományos kutatás támogatása. Ezeket projektek révén valósítja meg, amelyeket 2008-ig elsősorban vállalkozási bevételeiből (szakmai lapkiadás), kisebb részben szponzorációk révén fedezett. Az eredeti projektek: rehabilitációs betegüdítetés, gyógyszer-támogatás, gyógytorna-szolgáltatás, betegtájékoztató kiadványok, orvosi és szakdolgozói – orvosgyógyászok által akkreditált – tanfolyamok voltak. A források csökkenése miatt a közvetlen betegellátó projektek 2008 és 2011 között lezárultak. Az elmúlt évben stabilizáltuk az Alapítvány anyagi helyzetét: a vállalkozási bevételek fedezik az Alapítvány működési költségeit és a székház fenntartását. A cél szerinti feladatok fedezetét az MRE alapítói támogatása biztosítja. Az orvosszakmai folyóirat kiadását 2012-től az alapítónak adtuk át. Ezért je-

lenleg az orvosok és szakdolgozók számára szervezett kedvezményes díjú oktató-továbbképző szakmai tanfolyamok, a részben betegek által szerkesztett Reuma Híradó nevű reumatológiai betegeknek szóló folyóirat és az ízületi-mozgásszervi betegségeket és kezelésüket bemutató felvilágosító füzetek kiadása az Alapítvány feladata. A befejezett projektek volumene: eddig mintegy 200 reumabeteget részesült rehabilitációs üdültetésben, 30 gyógyszer támogatásban, közel 1000 támogatott gyógytornakezelésben. A folytatódó projektek: évente 8-10 egynapos kreditpont-szerző tanfolyamot szervezünk, átlagosan 20 résztvevővel. Kilenc éve adjuk ki a Reuma Híradó betegújságot évente 3 számban, 2500 példányban és közel 100 beteg tájékoztató füzetet adtunk ki. Ezeket a kiadványokat a Magyar Reumabetegek Egyesületének klubhálózatán keresztül és a kórházi reumaosztályokon terjesztjük, az újságot ingyen, a kiadványokat névleges áráért. Az Alapítvány önálló weblapot tart fenn, amely a működési dokumentumok mellett valamilyen folyóiratszámot, felvilágosító anyagot tartalmazza és számos tanfolyami prezentáció is megtekinthető.

Hogyan kívánjuk kiterjeszteni az Alapítvány tájékoztató-továbbképző tevékenységét?

Elhatározásunk szerint a jövőben az Alapítványnak a mai reumatológiában nemzetközileg elfogadott betegellátási alapelvet: a beteg – szakdolgozó – orvos szereplők közti folyamatos kommunikációt kell kiemelten szolgálnia. Ennek az alapelvnek a megvalósítása és hazai érvényesítése érdekében a múlt évben a vagyonekezelő Kuratórium mellé orvosi, szakdolgozói és reumabeteget tanácsadó testületeket szerveztünk, a Civil törvény közhasznúsági feltételei szerinti önkéntesek közreműködésével. A tanácsadókat a szakmai stratégiák kialakítására, a kiadványok tartalmi szerkesztésére és előadások tartására kérjük fel (a korábbi gyakorlattal lényegében azonosan). Felméréseink szerint a papír alapú kiadványok viszonylag kevés beteghez jutnak el, ezért a beteg tájékoztató munka nem elég hatékony. Míg a reumatológiai orvosi ismeret-terjesztés magas színvonalon, önállóan megoldott, a reumatológiai szakdolgozóknak nincs publikációs fórumuk. Ezért a jövőben az Alapítvány közhasznú oktatási, továbbképzési, tájékoztató és felvilágosító tevékenységét a reumabeteget és az őket közvetlenül ellátó nem-orvos szakdolgozó célcsoportokra fókuszáljuk. A tájékoztatást és szakmai kommunikációt egységesen szerkesztett, egymás mellett papír és web-alapú rendszerben szándékozunk végezni az utóbbi elsőbbségével és dominanciájával.

A felvilágosító-továbbképző programot szeretnénk kiterjeszteni a reumatológiai betegszervezetek, betegklubok támogatására, szervezettségük fejlesztésére, új, országos reumatológiai beteg egyesület alakításának bátorítására is. A krónikus reumatológiai betegségek népbetegségek: az ízületi gyulladá-

sok mintegy 100 000, a csonttrikulás és a súlyos degeneratív nagyzületi és gerincbetegségek legalább 300-300 000 honfitársunkat érintik. A korszerű terápia rendelkezésre áll: célzott innovatív gyógyszeres terápia és korszerű technikákkal és implantátumokkal végzett műtétek révén, amelyeket a társadalom jelentős anyagi eszközökkel támogat. A betegek egyéni terheit a betegség miatti funkcionális hiányaik és következményesen kialakuló szociális elszigeteltségük (munkaképességük és társadalmi részvételük csökkenése vagy megszűnése) súlyosbítják. Saját betegsükről alkotott képük, a terápiás lehetőségekről való ismereteik hiányosak. Minthogy a korszerű terápiás lehetőségek költsége igen magas, a hozzáférés biztosítása alapvető érdek. Nemzetközi összehasonlításban a magyar (és régiónkbeli) reumabetegek objektíven mért állapota az európai átlag alatt van. Ennek javítása céljából szeretnénk kiterjeszteni programunkat a reumabetegek szervezeteinek támogatására, újabb szerveződési centrumok bevonására. A szervezetek vezetői vagy delegált képviselői számára konferenciákat tervezünk kommunikációs, jogi, gazdasági, vezetéstudományi, lelki támogatási témákkal.

Ennek a programnak egyik aktualitását a fejlett világban növekvő színvonalú ellátás és a hazai hozzáférés közötti olló nyílása adja. A másik aktualitás a korszerű reumatológiai betegellátás új vonulata: a betegek véleményének, érdekeinek, aktív szerepének fokozódó elismerése a szakma oldaláról, amely párhuzamos a nem-orvos munkatársaknak a betegellátásban való kiterjesztett, önálló szerepvállalásának, aktív részvételének bátorításával. A nemzetközi irodalomban egyre több egészséggazdasági elemzés jelenik meg a nemzetgazdaságok fejlettsége és a reumabetegek egészségi állapota és a korszerű eljárásokhoz való hozzáférés közötti szoros kapcsolatáról. Hasonló elemzések számolnak be arról, hogy a tájékoztató, tudatosan együttműködő, ugyanakkor a szakdolgozók által folyamatosan aktívan követett reumabetegek kezelési eredményei jobbak, mint a hagyományos „laza” ellenőrzés mellett. Szeretnénk előmozdítani a betegszervezetek és az őket segítő egészségügyi háttér együttműködését, vezetőik és támogató mentoraik felkészítését és képzését. Ez a betegoldali képviselőinek megalapozottabb ismereteket, tudatosabb fellépést, célzott önszolgálatot nyújt, a támogató szakembereknek pedig szolidaritási érzésük, empátiás készségük, önálló kompetenciáik növelését teszi lehetővé.

Programunk összefoglaló címe: „Reumatológia mindenkinek.”

Milyen közösségi igényeket szolgál az Alapítvány?

A reumatológia az ezredfordulóra rendkívüli fejlődésen ment át, amely azóta is tart: a korszerű képző módszerek és az immunológiai diagnosztika, a nem megterhelő műtéti eljárások nemcsak megjelentek a

napi betegellátásban, de gyökeresen át is formálták azt. A legnagyobb vívmány: a gyulladás és a csontátépülés tudományos hátterének megismerésével és a biológiai válaszmódosító gyógyszerek tervezésének és előállításuk technológiájának kifejlesztése. Ezáltal elérhető cél lett az ízületi gyulladások és a csonttritkulás megállítása. A nem túl távoli jövőben lehetővé válik e betegségek olyan léptékű megszüntetése, ami szinte csak a fekete himlő kiirtásához hasonlítható. A lehetőségessé vált kezelések elterjedésének fékezője az a számos nemzetközi vizsgálat és hazai felmérés által bizonyított tény, hogy a reumabetegeknek betegségeikről alkotott ismeretei sajnálatosan hiányosak. Ennek egyik oka, hogy nem kapnak megfelelő tájékoztatást a lehetséges jobb betegség-kimenetelekről. Ezért a nemzetközi szakmai követelmények a gyógyítás és az ápolás követelményeivel azonos szintre helyezik a betegek felvilágosításának, oktatásának feladatát, amelyet leghatékonyabban a szakdolgozók végeznek. Ezért kell – európai példák nyomán – olyan egységes elvek szerint létrehozott tudásbázist létrehozni, amely egyszerre betegfelvilágosító szolgálat, szakdolgozói továbbképzési tananyaggyűjteménye és a betegesületei vezetőket felkészítő prezentáció-gyűjtemény. Ez az Alapítvány székhelyén kialakítandó kommunikációs központ lesz, amely helyi felhasználókhoz továbbítja az elkészített anyagokat. Az Alapítvány internetes úton látja majd el a helyi felhasználókat: betegklubokat és reumatológiai osztályon/rendelésen kialakított oktató-centrumokat.

A tájékoztató, továbbképző tevékenység közösségi haszna: a tájékozott beteg egészségtudatos életmódot folytat, együttműködik az őt kezelő munkacsoporttal, így betegsége kimenetele kedvezőbb lesz, kiszolgáltatottsága csökken, a betegségéről alkotott képe objektívebb, kevésbé riasztó lesz. A szakdolgozók kommunikációs készsége várhatóan javul, hatékonyabban tudják a betegek életvitelét irányítani. A betegek és képviselőik, a betegklub és egyesületi vezetők érdekérvényesítő és meggyőző készsége javul, szűkebb közösségük egészségtudatosabb lesz.

Hogyan valósítjuk meg a „Reumatológia mindenkinek” programot?

A program lényege: tudatosan tervezett, célzott, dominálón internetes terjesztésre szánt ismeretanyag létrehozása, tanfolyamokon, konferenciákon történő átadása, a befogadó és helyi terjesztő oktatócentrum támogatása. Ennek érdekében az Alapítvány önkéntesei, beteg- és szakdolgozói tanácsadói közösen meghatározzák az oktatandó témákat. Az Alapítvány (információtechnológiai vállalkozás bevonásával) elkészíti az oktató anyagok prototípusait.

Ezzel párhuzamosan az Alapítvány székhelyén a meghívottak és önként jelentkezők számára konferenciákat, munkaértekezleteket szervezünk. Az átadandó ismeretek összeállításához felmérjük a betegklubok

igényeit. A résztvevőket arra szeretnénk felkészíteni, hogy adják tovább a megszerzett ismereteket helyi találkozók, felvilágosító előadások formájában. A papír alapú betegtájékoztató kiadványokat egyre inkább elektronikus hordozókkal (helyi videovetítés, DVD-re írás) szeretnénk kiváltani. Azt javasoljuk, hogy ezeket betegközeli módon, a legnagyobb forgalmú reumatológiai ellátóhelyeken létesítendő helyi betegoktató kabinetekben, erre hivatott jól kommunikáló szakdolgozók közreműködésével egyéni vagy kiscsoportos formában mutassák be.

Programunk részeként a folyóiratot megújult formában, szintén „Reumatológia mindenkinek” címmel fenntartjuk, rovatait és külalakját megújítjuk és már a kiadást megelőzően a weblapra helyezzük. A betegújság nyomtatott példányait egyéni előfizetőkhez és betegklubokhoz, és a reumatológiai betegellátó helyekre szándékozunk eljuttatni.

Kikhez szól a program?

A legnagyobb népegészségügyi jelentőségű reumatológiai betegségekben szenvedőkhöz. Közöttük a betegség kezdetén, korai szakaszában lévőkhöz azért, mert a közvélekedéssel ellentétben a krónikus ízületi gyulladások, akut gerincbetegségek kezdete és korszerű kezeléssel megállítható bevezető szakasza a fiatalabb, munkaképes korosztályokra esik. A csonttritkulás megelőzése szempontjából is ez a korosztályt kell megcélolni. A kialakult betegségben szenvedőkhöz azért, hogy a betegség rosszabbodását, fellobbanását ki tudják védeni. Közvetetten: a reumatológiában működő olyan szakdolgozókhoz, orvosokhoz, akik elkötelezettek a reumatológiai betegek felvilágosítása, oktatása iránt és vállalják a jelzett szolgálat keretében az önkéntes munkát. A tapasztalat azt mutatja, hogy ők a korszerű reumatológiai ellátást nyújtó centrumok (lényegében az országos intézeti és megyei reumatológiai osztályok, egyetemi klinikák és szakambulanciák) fiatal orvosai és szakdolgozói. Ők jelenleg is maximális elkötelezettséggel és a szakmai irányelvek szerint végzik munkájukat. A reumatológiai tudományos és szakmai fejlődés új kihívások elé állította a nővéreket és asszisztenseket, de egyúttal addig nem tapasztalt sikerélményekkel is jutalmazza őket: a kibővült kompetenciákkal, nagyobb önállósággal és betegek eddig soha nem tapasztalt javulásával. Az európai reumatológiai szövetség irányelveket fogalmazott meg a reumatológiai szakdolgozók számára és ezek középpontjában a betegek ismereteinek növelése, öngondoskodásra oktatása és együttműködésre készítése áll. Ezért tervezzük bevonásukat és központi szerepüket a betegoktatási projektbe is. Kiválasztásukban és motiválásukban a Magyar Reumatológiai Szakdolgozók Egyesülete lesz segítségünkre, együttműködési megállapodásunk és közös oktatási programunk részeként.

Mit várunk a programtól, hogyan valósítható meg és hogyan tartható fenn?

A Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány alapítói szándék szerinti legfőbb célja a reumatológiai betegek és szociális környezetük terheinek csökkentése, ezen belül a betegek egészséggel kapcsolatos életminőségének javítása. Az Alapítvány valamennyi eddigi tevékenysége erre irányult, a betegségterhek közvetlen csökkentésével éppúgy, mint közvetett módon, a reumatológiai betegségek leküzdését szolgáló ismeretek terjesztésével. Összehasonlító nemzetközi felmérések azt is bizonyítják, hogy a magyar reumabetegek egészségi állapota a nemzeti össztermékkel arányosan kedvezőtlen. Minden olyan tevékenység, amely a polgárok egészségi állapotát javítja, olyan módon is, hogy egészségtudatos életvitelre és kockázatcsökkentésre készíti őket, a fejlődés irányába hat, annak fenntarthatóságát segíti. A reumatológiai szakmai és tudományos fejlődés önmagában megváltoztatta a súlyosabb betegségekben szenvedők életét. Tudományosan igazolt tény, hogy a szakmai irányelvek szerint kórismézett, kezelt és ápolott betegek betegség-kimenetele lényegesen jobb, mint a hagyományos, ötletszerűen, tapasztalati úton ellátottaké. Ugyanígy bizonyítást nyert az is, hogy a részletesen tájékoztatott, tudatosan együttműködő betegek kilátásai még ezen belül is kiemelkedően jók. Prog-

ramunk arra irányul, hogy a reumatológiai betegek ellátásának színvonalát emelje, minőségét az informálás, a nemzetközi elvek hazai terjesztése útján javítsa. Magukat a reumabetegeket pedig tájékoztassa a korszerű ellátás lehetőségeiről, elvárásaik jogosságáról. A program ezen részében számítunk a Magyar Reumabetegek Egyesületének közvetlen részvételére, közreműködésére.

Reményeink szerint a tájékoztató és továbbképző tevékenység a ténylegesen működő, eredményes szolgálatoknál folytatódik. Ehhez természetesen elengedhetetlen az oktatási projektekre bejelentkezett betegellátó munkahelyek (a hatályos területi ellátási rendben meghatározott kompetencia-szintű reumatológiai centrum) és az illetékes egészségügyi intézmény vezetésének támogatása a vállalt oktatás személyi és tárgyi feltételeinek biztosításában. A program jövőbeni fenntarthatósága elsősorban a betegoktatók motiváltságán és munkahelyeik támogatásán múlik. A betegoktatás materiális haszna nehezen határozható meg: ez elvileg az egészségbiztosítónál jelentkező megtakarítás (kevesebb indokolatlan gyógyszerelés, több elkerülhető mellékhatás) és az egészségnyereség fontos funkcionális következménye, a munkaképesség megtartása lehet. Az Alapítvány törekedni fog az eredmények lemérésére és kommunikálására. Bízunk benne, hogy ezek meggyőző értékűek lesznek a szakma és a döntéshozók számára.

Mikor és hogyan kezdődhet a sokízületi gyulladás?

A sokízületi gyulladás (rheumatoid arthritis) a szervezet olyan idült gyulladással megbetegedése, mely főként az ízületeket – típusosan szimmetrikusan, mindkét oldali kéz és láb kisízületeket – érinti. A kialakuló gyulladás az ízületi belhártya megvastagodásával jár, s az ízület normális működését akadályozza. Ennek köszönhetően az ízület és a környező szövetek fokozatosan elpusztulnak. Meghatározó tünete az ízületi kimaródás (erózió) kialakulása.

Az ízületek károsodása már a betegség korai szakaszában bekövetkezhet. Az időben elkezdett, a korszerű elveknek megfelelő terápia megváltoztathatja a betegség lefolyását: a gyulladás megfékezhető, az ízületek és lágyrészek pusztulása lassítható, sőt sok esetben meg is előzhető. Tehát minél előbb részesül a be-

teg célzott kezelésben, annál jobb eredmény várható. Ezért fontos lenne, hogy még az egész folyamat még a klinikai tünetek, a rheumatoid arthritis teljes kifejlődése előtt felismerhető, sőt esetleg megállítható legyen.

A sokízületi gyulladás kialakulása több szakaszra osztható (1. ábra). A betegség kifejlődésének első lépéseként az örökletes és környezeti kockázati tényezők, a rizikó faktorok (1. szakasz) tünetekkel még nem járó kóros folyamatot, autoimmunitást idéznek elő (2. szakasz). Ebben az időszakban a rheumatoid arthritisre jellemző, a szervezetben termelődő ellenanyagok, ún. biomarkerek már kimutathatóak, de még nincs ízületeket érintő gyulladással járó tünet (bár a gyulladással eredetű csonttritkulás már megindulhat). Ezt követi a gyulladás megjelenése az ízületeket bélelő hártya erei-

Dr. Gomez Izabella



ben és környezetükben (3. szakasz), melyben azonban még nem jelennek meg a reumatoid arthritiszre jellemzők. Végül a kórfolyamat kiteljesedik, a betegnél kialakul a reumatoid arthritis, az ízületi behártya nyirokszövevé alakul, burjánzik az ízületi porcot, kirágja az ízületi porcot és a porcalatti csontot és elpusztítja a szalagokat (4. szakasz).

A betegség megelőzése, a prevenció az egyes szakaszok közötti átmenet gátlása útján valósulhat meg. Ez jelentheti a rizikó faktorok kiküszöbölését az egyén vagy a társadalom szintjén: azaz a veszélyeztetett személy megváltoztatja életmódját, a társadalom (a család, munkatársak, tanácsadók, az egészségügyi dolgozók) a veszélyeztetettség felismerésében, szűrővizsgálatokkal, a korszerű kezelési módszerekről adott tájékoztatással segíthet a megelőzésben. Kiterjedhet azoknak a kiválasztására és tájékoztatására, mintegy felkészítésére, akiknél még gyulladásos klinikai tünetek nélküli autoimmun jelenségek észlelhetők. Végül jelentheti a kezdődő ízületi gyulladás klasszikus reumatoid arthritis betegséggé alakulásának megakadályozását.

A kockázati tényezők, a rizikó faktorok jelentősége

Az „igazi”, az elsődleges megelőzés (a primer prevenció) azoknak a tényezőknek a felszámolása, és életviteli kiküszöbölése amelyek a betegség kifejlődésének a lehetőségét hordozzák. Bemutattuk, hogy amennyiben a kórképet későn fedezik fel és kezelését nem kezdik meg időben, az káros és visszafordíthatatlan következményekkel jár. Így a reumatoid arthritis korai szakaszának felismerése, diagnózisának bizonyítása és kezelésének megkezdése azért fontos, hogy a betegség kimenetele a lehető legenyhébb legyen.

Ezek azonban már a másodlagos megelőzés (szekunder prevenció), vagyis az orvosi kezelés eszközei.

Az elsődleges megelőzés első lépése a betegség kialakulásában szerepet játszó rizikó faktorok ismerete. Ezeket a fertőző és daganatos betegségek megelőzését kutató tudomány, a hagyományos nevén járványtan módszereivel találták meg. Nézzünk meg néhányat:

Táplálkozás

A magas koffein, alacsony antioxidáns tartalmú étrend növeli a sokízületi gyulladásos betegség kialakulásának valószínűségét. Ennek oka, hogy az antioxidánsok (az anyagcsere során keletkező „égető” hatású oxigént átalakító vegyületek) fontos védő szerepet töltenek be bizonyos kórokozók okozta szöveti károsodással szemben, továbbá gátolják a gyulladás során keletkező speciális molekulák (ún. citokinek), illetve szöveteket lebontó enzimek működését, kialakulását. A gyakori nagy mennyiségű vörös hús fogyasztása szintén növeli a rizikót. Reumatoid arthritises betegek vérében a normál értéknél alacsonyabb C- és E-vitamin, béta-karotin, szelén és cink szintet mutattak ki. A D-vitamin nemcsak a csontanyagcserében, hanem gyulladásgátló hatása révén egyes autoimmun kórképek kialakulásának megakadályozásában is fontos szerepet tölt be. Hiányában megnő a sokízületi gyulladás esélye és a már kialakult betegség aktivitása is fokozottabb.

Alkohol

Meglepő módon rendszeres, mérsékelt alkohol (pl. napi 2 dl vörösbor) fogyasztása védő hatású a reumatoid arthritissel szemben. Azonban ne feledjük, hogy ezt a mennyiséget meghaladó (körülbelül 30 gramm) alkohol rendszeres fogyasztása már olyan egyéb káros következményekkel járhat, melyek súlyos kimenetelűek is lehetnek.



1. ábra. A reumatoid arthritis kialakulásának fázisai, prevenciók lehetőségei

Fertőzések

Egyes kórokozók – úgymint az Epstein-Barr vírus (a „mirigyláz” vírusa, vagy egy sokáig ártalmatlannak gondolt szájjüregi baktérium (Porphyromonas gingivalis) központi szerepet tölthetnek be a szervezet immunológiai tűrőképességének (toleranciájának) csökkenésében és így autoimmun folyamatokat indíthatnak be.

Nemi hormonok

Korábban úgy vélték, hogy a szájon át szedett fogamzásgátlók hajlamosítanak sokízületi gyulladós betegségekre, azonban a legutóbbi vizsgálatok ezt a feltételezést cáfolták. A korai menarche (első menstruáció ideje), szabálytalan menstruációs ciklus valamint a policisztás ovárium szindróma azonban bizonyítottan fokozza a rheumatoid arthritis kialakulásának esélyét. A szoptatásnak preventív hatása lehet, egy vizsgálat szerint ugyanis a 24 hónapnál tovább szoptató nőknél a betegség kialakulásának esélye 50%-kal kevesebb mint a nem szoptató anyáé.

Légszennyezettség

A levegőszennyezés, az „úttól való távolság” mértéke is fontos rizikótényező lehet, ugyanis nagy forgalmú autópályák mellett 50 méteres sávon belül elhelyezkedő lakásokban élők között 30%-kal nőtt a rheumatoid arthritis kialakulásának esélye.

Munkahelyi ártalom

A foglalkozási ártalmak közül a szilikon szennyezés emelhető ki. Az azbeszt, higany, vinil-klorid, jód sokízületi gyulladásra hajlamosító hatása nem bizonyított.

Dohányzás

A modern életmódból adódó rizikótényezők közül az aktív dohányzás növeli leginkább a betegség kialakulásának esélyét. Ha egy korábbi dohányos abbahagyja a dohányzást, 10 dohányzásmentes évet követően csökken csak le a rheumatoid arthritis megindulásának rizikója a nem-dohányzókéval megegyező szintre. A már kialakult rheumatoid arthritisben szenvedő betegek vonatkozásban a dohányzás előtti szakaszra visszavetítve pedig hatból egy esetben a dohányzás abbahagyása megakadályozta volna a kórkép megjelenését. A passzív dohányzás sokízületi gyulladást indukáló hatása jelenleg nem bizonyított.

Az életmóddal nem befolyásolható, örökletes rizikótényezők közül kiemelendő a női nem, egy elsőfokú rokon sokízületi gyulladós betegsége valamint egy, az immunrendszer természetes működését szabályozó molekulát meghatározó génszakasz (HLA-DRB1) megöröklése”.

A rheumatoid arthritist megelőző gyulladós tünetek nélküli autoimmunitás, illetve az autoimmun ízületi gyulladás szakaszának felismerése

A jellegzetes rheumatoid arthritis diagnózisának kimondása már a szükséges korai kezelés megindításának első lépcsője, annak feltétele. Mint bemutattuk, ez tehát már a másodlagos megelőzés körébe tartozik. A rheumatoid arthritis kórisméje több tényező – osztályozási, illetve diagnosztikus kritérium – együttes jelenléte alapján mondható ki. Ezeket a világ vezető reumatológus szakmai testületei úgynevezett kritérium rendszerben foglalták össze. Legutóbbi, 2010-ben történt, korszerűsítésének köszönhetően ma már a rheumatoid arthritis korai fázisában járó betegek is diagnosztizálhatóak, így célzott kezelésük hamar megkezdhető. Erről a Reuma Híradó 2011. évi 1. számában olvashattak részletes ismertetést.

Az osztályozás azonban csak a már kialakult kórképre vonatkozik. Jelenleg nincs olyan egységesen alkalmazott modell, mely még az ízületi gyulladás megjelenése előtt becsülné meg a betegség kialakulásának esélyét.

Ismert, hogy azon ízületi fájdalmaktól (arthralgia) szenvedő betegekben, akik vérében bizonyos rheumatoid arthritisre jellemző ellenanyagok – úgymint a rheumatoid faktor és az anti-CCP antitestek – mutathatók ki, nagy a rheumatoid arthritis kialakulásának esélye. Ugyanakkor nem minden ilyen, ún. „szeropozitív” személynél jelenik meg a betegség. Így felmerül a kérdés: kik azok akiknél valóban várható a kórkép kialakulása és az mennyi időn belül következhet be?

Ennek megbecslésére egy holland kutatócsoport könnyen alkalmazható, 9 pontból álló sémát dolgozott ki (1. táblázat). A vizsgált tényezők a következők: rheumatoid arthritis előfordulása az első fokú rokonok között, alkohol mellőzése, a tünetek fennállásának időtartama (kevesebb vagy több mint 12 hónap), a tünetek időszakos visszatérése, a felső és alsó végtagokon egyaránt jelentkező ízületi fájdalom, a fájdalom mértéke (egy tíz centiméteres vonalon, az úgynevezett vizuális analóg skálán mérve 50 milliméter vagy több), a reggeli ízületi merevség időtartama (1 órát meghaladó-e), a korábban vagy jelenleg duzzadt ízületek száma, illetve a leírt specifikus ellenanyag kimutatása.

A kérdőív 9 kérdésére adott válaszokat pontokban fejezzük ki. A kapott összpontszám alapján 3 rizikócsoportot különböztethetünk meg: alacsony (0-4 pont), közepes (5-6 pont) és magas (7-13 pont) rizikójúak. A közepes kockázatú csoportba tartozó betegek esetén hozzávetőlegesen 4x, a magas rizikójúaknál 7-14x nagyobb eséllyel alakul ki a későbbiekben rheumatoid arthritis (2. táblázat).

A kérdőív arra is becsülést ad, hogy a betegség kialakulásának valószínűsége hogyan változik az évek elteltével, azaz mikorra várható nagyobb eséllyel a sokízületi gyulladás tüneteinek megjelenése.

A gyulladós laborértékek (például a vérsüllyedés vagy a CRP) bár a későbbi rheumatoid arthritises betegekénél magasabbak voltak, de még így is a normál tartományba estek, így ezek nem szerepelnek a kérdőívben. A dohányzás és a HLA-DRB1 eltérés bár rizikó-

1. Van-e első fokú rokonai (szülei, gyermekei) között rheumatoid arthritisben szenvedő?	Igen – 1 pont	
2. Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt?	Nem – 1 pont	
3. Tünetei 12 hónapon belül kezdődtek?	Igen – 1 pont	
4. Visszatérőek-e?	Igen – 1 pont	
5. A tünetek a felső és az alsó végtagokat egyaránt érintik?	Igen – 1 pont	
6. A fájdalom mértéke egy 10 cm-es skálán legalább 50 milliméter vagy több?	Igen – 2 pont	
7. A reggeli ízületi merevség legalább 1 órán át tart?	Igen – 1 pont	
8. Észlelte-e valamelyik ízületének duzzanatát?	Igen – 1 pont	
9. Ellenanyagok laboratóriumi eredménye		
A rheumatoid faktor pozitív, de az anti-CCP negatív	0 pont	
A rheumatoid faktor negatív, de az anti-CCP pozitív (a felső határérték háromszorosan belül)	2 pont	
A rheumatoid faktor negatív, de az anti-CCP pozitív (a felső határérték háromszorosa vagy több)	3 pont	
A rheumatoid faktor pozitív és az anti-CCP pozitív	4 pont	
Összpontszám		

1. táblázat. Kérdőív a rheumatoid arthritis kialakulási valószínűségének becslésére olyanokban, akikben ízületi fájdalmaik mellett RA ellenanyagok kimutathatók

tényezőnek számít, mivel az anti-CCP megjelenéséhez kapcsolódóan fokozzák a rizikót, nem képezték a felmérés részét.

Megjegyzendő, hogy a becslés során az alkohol fogyasztás hiánya, azaz absztinencia szerepel kockázatot növelő tényezőként. Ugyanis – ahogy a rizikó faktoroknál említettük – a rendszeres, ám kis mennyiségű alkohol fogyasztás védő hatású a rheumatoid arthritis kialakulásával szemben.

A klinikai gyakorlatban is könnyen alkalmazható

kockázatbecslő kérdőív elsősorban az orvosok számára nyújthat segítséget. Alkalmazásával több ízületet érintő fájdalom esetén akár már az első reumatológiai szakvizsgálat alkalmával megbecsülhető a rheumatoid arthritis kialakulásának esélye, ami a további teendők meghatározásában irányadó lehet. A legelső lépésként az autoantitestek meghatározása ajánlott, amelynek eredménye szükséges is a teljes rizikóbecsléshez. A közepes rizikójú csoportba tartozó betegeknél már indokolt lehet kiegészítő vizsgálatokat (pl. molekuláris genetikai vizsgálat, részletes immunológiai laboratóriumi vizsgálat, ízületi ultrahang, MRI) is elvégeztetni.

A magas rizikójú betegek esetén pedig tartós terápia beállítására is sor kerülhet, hiszen ismert, hogy gyulladásszerű tünetekkel is járó nem-differenciált autoimmun betegség egy éven belül 12-16%-ban alakul rheumatoid arthritiszé. Azonban fontos tudni, hogy még ha nagy is a sokízületi gyulladás későbbi kialakulásának esélye, nem feltétlenül szükséges azonnal betegség módosító gyógyszert szedni. Ennek mérlegelése szakorvosi feladat.

A kérdőív nem ad felvilágosítást a betegség kimenetelének és előrehaladásának, illetve az ízületi károsodás mértékéről sem. Továbbá azon betegeknél, akiknél egyáltalán nem mutatható ki rheumatoid arthritisre jellemző antitest, a rizikóbecslés ilyen számszerű formában nem is alkalmazható.

A fenti korlátok ellenére a kérdőív hasznos lehet a mindennapi életben, nemcsak a magas rizikójú személyek kiválasztásában, a veszélyeztetettek követésében az orvosok döntéshozatalában, hanem az egészségesegek felvilágosításában, tájékoztatásában is.

Irodalom

1. Curr Rheumatol Rep. 2012 Oct;14(5):472-80. Treatment strategies in early rheumatoid arthritis and prevention of rheumatoid arthritis.
2. Scand J Rheumatol. 2006. May-Jun; 35(3):169-74. Risk factors for the development of rheumatoid arthritis.
3. Ann Rheum Dis. 2012 Nov 28. [Epub ahead of print] A prediction rule for the development of arthritis in seropositive arthralgia patients.
4. Rheumatology (Oxford). 2013. Jul; 52(7):1265-70. Risk of rheumatoid arthritis development in patients with unclassified arthritis according to the 2010 ACR/EULAR criteria for rheumatoid arthritis.

Összpontszám	Kockázat	Reumatoid arthritis kialakulásának esélye				
		1 év	2 év	3 év	4 év	5 év
0-4 pont	Alacsony	3 %	7 %	7 %	12 %	12 %
5-6 pont	Közepes	17 %	29 %	36 %	38 %	44 %
7-13 pont	Magas	43 %	63 %	74 %	81 %	81 %

2. táblázat. Rheumatoid arthritis kialakulásának esélye a 9 pontból álló kérdőív eredménye alapján

Dönts okosan!



Dr. Sterba Gréta

Az Amerikai Reumatológiai Szakmai Kollégium szakemberek és betegek bevonásával készült öt pontból álló ajánlása.

A világ szinte valamennyi országában a vezető politikusok, a különböző egészségügyi befektetők és biztosító társaságok közös érdeke az egészségügyi kiadások jelentős mérséklése az ellátás színvonalának lehetőség szerinti fenntartása, illetve javítása mellett.

Mellettük az orvosi tudományos egyesületeknek és kamaráknak is egyre nagyobb a szerepe az egészségügy költséghatékonyságának javításában. Ezért 2011-ben az Amerikai Belgyógyászati Társaság (ABIM) csatlakozott ahhoz a kampányhoz, melynek fő célja olyan ajánlások kidolgozása volt, melyek a mindennapi orvosi tevékenység során az egyes szakmákon belül legtöbbször végzett vizsgálatok valódi gyakorlati értékének és indikációs körének felülvizsgálatán alapulnak.

Az Amerikai Reumatológiai Társaság (ACR) is az elsők között támogatta a fenti célkitűzést, hiszen a reumatológia gyakorlata még a mai modern, bizonyítékokon alapuló orvoslás időszakában is még mindig inkább művészetnek tekinthető, mert olyan komplex, jórészt krónikus betegségeket gyógyít, melyek kialakulásának oka, pontos kórrajza még sokszor ismeretlen. A magas szintű betegellátás érdekében szükség van a részletes kikérdezés és a pontos vizsgálat mellett a különböző társszakmákhoz tartozó betegségek széleskörű ismeretére is. Ez teszi kiemelten fontossá a vizsgálatok költséghatékonyságát, hiszen a pontos diagnózis megállapítása érdekében sokféle kiegészítő vizsgálatra van szükség.

Az ACR által kidolgozott „Dönts okosan” fantázia-nevű ajánlás öt pontban foglalja össze azokat a mindennapi reumatológiai gyakorlatban ma még széles körben alkalmazott diagnosztikus vizsgálatokat és terápiás javaslatokat, melyek alkalmazása korábban egyértelmű ajánlásokon alapult, mára viszont gyakorlati hasznuk és költséghatékonyságuk erősen megkérdőjelezhető lett.

Az ajánlást kidolgozó, az Egyesült Államok különböző területeiről érkezett reumatológus szakemberekből álló munkacsoport fő célkitűzései az alábbiak voltak:

- gyakorló, praktizáló reumatológusok javaslatait vegyék figyelembe, az ő mindennapi tapasztalatukon, megfigyeléseiken alapuljon az ajánlás;

- az ajánlások országos egyetértéssel szülessenek meg, tehát az ország és az orvosi szakma minden területe képviseltesse magát (a földrajzi különbségeket is figyelembe véve);
- alapos irodalmi áttekintést kell végezni annak érdekében, hogy a jelenleg érvényben lévő, különböző bizonyítékokon alapuló tudományos ajánlások is alátámasszák a felvetéseket.

Többlépcsős folyamat során sikerült végül a sokféle, költséghatékonyságot célzó diagnosztikus és terápiás felvetés közül kiválasztani azt az öt ajánlást, melyek a mindennapi szakmai gyakorlat során a legkevesebb ráfordítással a leghatékonyabbá teszik a diagnosztikus, gyógyító tevékenységet. Ezek az ajánlások elsősorban a reumatológus szakembereknek szólnak, viszont a reumabetegek és a szakdolgozók számára is hasznos lehet az alábbiak átgondolása.

1. Klinikai tünetek és pozitív ANA (anti-nuclearis antitest) vérvizsgálati eredmény hiányában nem javasolt további ANA-alcsoportok vizsgálata

A fentiekben részletezett ajánlás megalkotása során az ANA vizsgálattal kapcsolatos problémák merültek fel leggyakrabban. A vizsgálatot a szükségesnél jóval gyakrabban, sokszor feleslegesen végezzük. Felmérések azt bizonyítják, hogy a rutinszerűen végzett, széleskörű szerológiai vérvizsgálat költséges és nagyrészt felesleges is.

A közelmúltban az ACP (Amerikai Orvosi Kollégium) közleményében az ANA vizsgálat helyes alkalmazását hangsúlyozta, mely elősegíti a diagnózis megállapítását, de egyben költséghatékonny is.

Kiemelték, hogy rutinszerűen, nem specifikus tünetek (pl. fáradékonyság, izomfájdalom), valamint fibromyalgia gyanúja esetén ne végezzünk ANA-tesztet. Emellett hangsúlyozzák azt is, hogy a sorozatos ANA vizsgálat az autoimmun betegségek aktivitásának követésére nem javasolt.

Fontos kiemelnünk azt, hogy pozitív ANA-teszt ismerete nélkül ne kérjünk ANA-alcsoport vizsgálatot. Ezt arra a megfigyelésre alapozták, hogy amennyiben az ANA-negatív eredményű, az alcsoport vizsgálatok is legtöbbször negatív eredményt adnak. Fontos a kivételek ismerete is, egyrészt az anti-Jo-1 antitest, mely

myositisben ANA-negativitás esetén is gyakran pozitív, valamint az anti-SSA-antitest, mely szisztémás lupus erythematosusban vagy Sjögren-szindrómában lehet ANA-negativitás mellett is pozitív eredményű.

A jelenlegi ajánlás első körben az ANA mérését, majd ennek tükrében a megfelelő alcsoportok további vizsgálatát javasolja.

Az ANA vizsgálatra vonatkozó további javaslat tartalmazza, hogy csak akkor kérjünk alcsoport vizsgálatot, ha a klinikum is alátámasztja az autoimmun betegség gyanúját. A napi gyakorlatban rendelkezésre álló, széleskörű immunológiai vizsgálati lehetőségek miatt drámaian megsokszorozódott az indokolatlan vizsgálatok száma. Míg egyes konkrét ellenanyag vizsgálatoknak (pl. aCCP, aDNS, anti-scl70 stb.) diagnosztikus és prognosztikus értéke van, addig a teljes spektrumú vérvizsgálat elvégzése felesleges.

A reumatológusok és immunológusok feladata, hogy saját gyakorlatukban és a társszakmákban is felügyeljék az autoimmun betegségek racionális és költséghatékony diagnosztikáját a fenti ajánlásban foglaltak szerint.

2. Ne keressünk Lyme-kórt a mozgásszervi panaszok hátterében, ha csak nem utal rá az anamnézis, a klinikai tünetek, vagy a fizikális vizsgálat!

A Lyme szerológia (Lyme-kórban jellegzetes antitestek kimutatása vérből) gyakori alkalmazása túlzottan elterjedt, ami egyrészt jelentős költségekkel jár, másrészt a betegek 10–79%-a indokolatlanul tartós antibiotikus terápiában részesül, mely különböző mellékhatásokat, rezisztenciát okozhat.

Tanulmányok azt bizonyítják, hogy a kullancscsal fertőzött (endémiás) területeken a klinikai gyakorlatban csupán 20–40%-ban alkalmazzák helyesen a Lyme szerológiát, míg a nem endémiás területeken kevesebb, mint 10%-ban.

Csak az olyan mozgásszervi panaszokkal hozzánk érkező betegek esetében kérjünk szerológiai vizsgálatot, akik endémiás területen élnek, vagy kullancscsípésre fokozottan veszélyeztetettek (pl. erdészek), és Lyme-kórra jellegzetes tüneteket mutatnak.

A Lyme-kórra jellegzetes tünetek három fázisban alakulhatnak ki:

- akut helyi reakció,
- korai kiterjedt fázis,
- késői kiterjedt fázis.

A kullancscsípést követő 3–30 napon belül akut helyi reakció alakulhat ki, melyet a típusos erythema migrans (EM-növekvő piros folt a csípés helyén), izomfájdalom, láz és vándorló ízületi fájdalom kísérhet. Azoknál a betegeknél, akiknél típusos EM kialakul, szerológiai diagnózis nélkül is el kell kezdeni az antibiotikum kezelést, mert nagy a valószínűsége Lyme-kór fennállásának.

A korai kiterjedt fázis a kullancscsípéstől számított 30 napon belül alakulhat ki a véráram útján történő

terjedéssel ízületi fájdalmat, ideg-, szív- és érrendszeri tüneteket okozva. Ebben a stádiumban a betegek átmenetileg egy vagy néhány ízület fájdalmát, gyulladást tapasztalhatják.

Hónapokra, évekre a kullancscsípéstől alakulhat ki a késői-disszeminált fázis, melynek jellemzője a krónikus ízületi fájdalom, főként a térdízületeket érintő mono-oligoarthritis.

A Lyme szerológia pozitív eredményét alapvetően befolyásolják az anamnézis (kullancscsípés történet-e), valamint a jellegzetes klinikai tünetek és ezek fennállási ideje.

Azokat a betegeket, akik általános, nem specifikus tünetekre panaszkodnak, úgymint a krónikus fáradtság, diffúz ízületi panaszok, izomfájdalom, nem kell szűrni Lyme-kór irányában, kivéve abban az esetben, ha endémiás területen élnek.

3. Ne használjuk rutinszerűen az MR-vizsgálatot a gyulladással járó ízületi betegségek gondozása során!

Az MRI jelenleg a modern reumatológiai diagnosztika csúcsát képviseli. Szerteágazóan használható az ízületi gyulladások korai diagnosztikájában, valamint a betegség kórjóslatának illetve előrehaladásának megítélésében. Pontos számadat jelenleg nem áll rendelkezésre arra vonatkozóan, vajon milyen gyakran használják az orvosok az MR-vizsgálatot ízületi gyulladások esetén a mindennapi gyakorlatban. Egy közelmúltban zárult felmérés adatai szerint az amerikai reumatológusok több mint 30%-a kért MR-vizsgálatot reumatoid arthritises betegeinek gondozása során az elmúlt 12 hónapban.

A korai arthritisekben az MR-vizsgálat hatékonyságát értékelő 17 vizsgálatot összegző felmérésből kiderült, hogy az MR-vizsgálat érzékenysége (18–100%) és fajlagossága (6–97%) meglepően széles határok között mozog a radiológiai progresszió megítélésében.

Mindezidáig nem született egységes állásfoglalás arra vonatkozóan, hogy milyen gyakran vegyünk igénybe MR-vizsgálatot a gondozás során az ízületi gyulladással járó betegség aktivitásának megítélésében.

Annak ellenére, hogy az MR-vizsgálattal kimutatott csont oedema utalhat a betegség progressziójára, az MR rutinszerű alkalmazása meglehetősen költséges - összehasonlítva a jelenlegi elfogadott módszerekkel.

Az ACR és EULAR ajánlása alapján a betegség követésében jelenleg elfogadottak az egyszerű röntgen diagnosztika mellett a különböző betegség aktivitási és funkcionális kérdőívek, melyek tartalmazzák a vizsgáló orvos betegségről alkotott véleményét, a duzzadt és nyomásérzékeny ízületek számát, a gyulladással járó laboratóriumi paramétereket (süllyedés/CRP), valamint a beteg ízületi fájdalomról alkotott véleményét, funkcionális készségét.

4. Ne adjunk biológiai terápiát rheumatoid arthritises betegünknek, mielőtt nem kezeltük methotrexattal, vagy más bázisterápiás szerrel!

Hangsúlyozni kell, hogy ez az ajánlás hazánkban és a legtöbb európai országban kötelező előírás!

A rheumatoid arthritis (RA) terápiájában konvencionálisan alkalmazott betegségmódosító gyógyszeres terápia (DMARD) mellett az 1990-es évek óta alkalmazott biológiai terápiás szerek (főként a TNF-alfa-gátlók és egyéb biologikumok) forradalmasították a reumatológiai kezelést. Ennek köszönhetően manapság sok rheumatoid arthritisen szenvedő beteg kaphat már a betegség korai stádiumában magas szintű kezelést, ezáltal jelentősen javulhat az életminőségük.

Mivel a biológiai terápia egy főre eső éves költsége jelentős, a terápia megfontolt elosztását a hatóságok szigorúan ellenőrzik.

Nem kétséges, hogy azoknál a betegeknél, akiknél a hosszú távon alkalmazott bázisterápia hatástalan, a biológiai terápia bevezetése sokszor költséghatékonyabb. A frissen diagnosztizált RA-s betegeknél azonban a kezdeti methotrexat (MTX) kezelés hatékonynak bizonyult és jelentősen alacsonyabb költségű is. A jelenleg érvényben lévő 2012-es ACR ajánlás is kimondja, hogy minden RA-s betegnek elsőként bázisterápiát kell kapnia, hacsak valamilyen ellenjavallat ezt nem tiltja.

A jelen ajánlás kidolgozásában résztvevő reumatológus szakemberek szintén egyetértettek abban, hogy minden betegnek a protokollban meghatározott stabil dóziszú MTX kezelést legalább 3 hónapig kapnia kell, mielőtt biológiai kezelést indítanánk. Az egyetlen kivételt a fenti terápiás séma alól a rossz prognózisú, magas ízületi aktivitással járó betegcsoport képezheti, akiknél korai ízületi és mozgási károsodást, magas rheumatoid faktor szinteket, emelkedett laboratóriumi gyulladáshoz kapcsolódó paramétereket, esetleg szervi tüneteket észlelünk. Ezeknél a betegeknél a korai biológiai terá-

pia alkalmazására szükség lehet már a MTX terápiával egyidejűleg. Ehhez a hazai protokollt módosítani kell.

5. Két évnél gyakrabban ne ismételjük meg rutinszerűen a DXA (kettős foton absorpciometria) csontsűrűség vizsgálatot!

A DXA vizsgálat még mindig a csont ásványianyag-tartalom meghatározásának arany standardja, melyet a Nemzeti Osteoporosis Szövetség ajánlása szerint első vonalbeli szűrővizsgálatként kell alkalmazni a megfelelő indikációs körökben. A vizsgálatot könnyű elérhetőségének és az OEP támogatásnak köszönhetően viszonylag széles körben alkalmazzák.

Egészséges, idős nők esetében kimutatták, hogy az első DXA vizsgálatot követő 8–15 évben ismételt vizsgálat csonttörésre vonatkoztatott prediktív értéke egyértelműen nem változott az első vizsgálathoz képest. Azoknál a nőknél azonban, akiknél kezdetben is alacsonyabb csontsűrűség igazolódott, a vizsgálat 1-5 éven belüli megismétlése nagy hányadukban osteoporosist igazolt.

Fontos megjegyezni, hogy a két évnél sűrűbben végzett DXA vizsgálatok nem igazoltak jelentős változást a csont ásványianyag tartalmában, ezért nem javasolt a két évnél gyakoribb alkalmazása. Továbbá az is igazolást nyert, hogy a gyógyszeresen kezelt, magas rizikójú osteoporosisos betegeknél elvégzett DXA vizsgálat által kimutatott ásványianyagtartalom-változás nem mindig mutat összefüggést a törések valószínűségével.

Klinikai adatok azt igazolják, hogy a gyógyszeres kezelés akkor is javítja a törési rizikót, ha a DXA vizsgálat nem mutat javulást.

A fentiek mellett további vizsgálatok szükségesek arra vonatkozóan, hogy a magas törési rizikójú, illetve gyógyszeresen kezelt osteoporosisban szenvedő betegcsoportok esetében milyen gyakran van szükség a DXA vizsgálat ismétlésére.