

Meslek Hastalıklarında Maluliyet Değerlendirmesi

İbrahim AKKURT

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

Konuya başlamadan önce anısına bu yayının yapıldığı Dr. Haldun Sırer'i saygı, sevgi ve özlemlerle anıyorum. Haldun Hoca ile yıllarca birçok platformda bir araya geldik, beraber aynı kurslarda yan sınıflarda meslektaşlarımızla bildiklerimizi aktardık, daha iyi nasıl faydalı olabiliriz diye yoğun çabalara girdik. Resim-1'deki görüntü bu çabalardan birinden; TTB'nin İşyeri Hekimliği Bilim Eğitim Kurulu (İYH-BEK) toplantısından. Doğrusu her seferinde çok farklı duygularla ayrılırdım Haldun Hoca'dan: en az 3-4 dekatlık yaş farkımıza rağmen hala benden daha heyecanla konuya sarıldığı için kiskanırdım; bu kadar çok enerjik olduğu için imrenirdim; bir o kadar da sempatik, pozitif bir insanla beraber olduğum için seviniyordim; zaman zaman da huysuzluk edip bir canlı tarihle tartıştığım için büyük onur duyardım...

Evet, bu tarihi girişten sonra, sanırım konu başlığımıza şimdi gelebiliriz. Ancak hemen itiraf etmek gerekir ki maluliyet değerlendirme diğer disiplinlerde olduğu gibi Göğüs Hastalıklarında da çok sevimli olmayan bir konudur. Özellikle meslek hastalıklarında bu değerlendirmenin sevimmiliği ironik olarak daha da katlanmaktadır. Bu nedenle bu kadar sevimli(!) bir konuyu birazcık olsun ilgi çeker hale getirmek için ülkemiz ve dünyadaki durumu biraz irdelemekte fayda olduğunu düşünüyorum.

İnsanoğlunun yaşamını devam ettirmek için doğayla mücadelesi yani emeğinin karşılığını elde etme (ki bu daha sonraki dönemlerde üçüncül taraflarca "nimet" olarak da isimlendirilmiştir) uğraşısının "külteti" bariz bir şekilde



Resim 1: TTB - İYH BEK toplantısı, İTO-İstanbul- Temmuz 2009

17. yüzyılda fark edilmeye başlanmıştır. Meslek Hastalıklarının babası olarak kabul edilen İtalyan klinisyeni Ramazzini özellikle madenler başta olmak üzere kirli işlerde çalışanlarda bir takım rahatsızlıklar olduğunu ifade ederek hekimleri uyarma gereksinimi duymuştur. Ancak 18. yüzyıl sanayi devrimiyle beraber işe bağlı yoğun hastalıklar görülmüştür. Özellikle 19.yüzyılın başında yani, 1800'lü yılların sonunda madenlerde yoğun toz hastalıkları -pnömokonyozlar- salgın halini almıştır. İşin daha da kötüsü epidemiler şeklinde olan bu olguların çoğunun genç yaşlarda yaşamlarını kaybetmeleridir. Tam da bu dönemlerde, 1917'lerde doğu bloku ülkelerinde "emek gücü" nün yönetsel erki elde etme başarıları batı bloku ülkelerinde kurumsal bir duruşu gündeme getirmiştir. Bunun sonucu fazla vakit kaybedilmeden 1919'da Uluslar arası Çalışma Örgütü (ILO) kurulmuştur. ILO özellikle madenler başta olmak üzere ülkelerde çalışma koşullarının çalışanların sağlığını etkilemeyecek şekilde düzeltilmesi için o ülkelerin yönetsel erklerine bir takım görev ve sorumluluklar yüklemiştir. Bu nedenle meslek hastalıkları ve buna bağlı sorunlarla ilgili bilgilerimiz dünyada da yüzyılımızın başlarından itibaren olgunlaşmaya başlamıştır. Bir çok ülkede olduğu gibi örneğin ABD'de hastalığa bağlı ilk maluliyet ve tazminat işlemi 1920 yılında Virjinyada tünel işçilerinde görülen silikozis nedeniyle gündeme gelmiştir.

Ülkemizdeki gelişmeler ise cumhuriyet öncesi dönemde Dilaver Paşa nizamnamesi ile başlamış, Cumhuriyet ile birlikte şekillenmiştir. Ancak maalesef 19. yüzyıldaki sanayi trenini kaçırmış olmamız nedeniyle bu şekillenme kurumsal olarak oldukça yavaş gelişmiştir. Değişik sigortacılık kollarından oluşan "Sosyal Sigorta"lar uygulamaları ancak 1940'larda başlamıştır. Özellikle 1946'da "iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası"nın kurulması meslek hastalıkları konusuna bakış açımızın değişmesine yol açıcı gelişmelere sahne olmuştur. Ancak batı ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de meslek hastalıkları maluliyet kavramı ile yan yana anılmaya başlanmış ve maluliyet değerlendirme işlemleri pnömokonyozlarla gündeme gelmiştir. Bu tarihlerde Sosyal Sigortalar Kurumu, kuruluş amaçlarından biri olan "iş kazası ve meslek hastalıkları" konusunda çağdaş yaklaşımda bulunmak için sigorta dispanserleri açmaya başlamıştır. İşte tam da bu sıralarda meslek hastalıkları konusunda kurumsal

yaklaşımında bulunmanın bilimsel temellerini oluşturmak için SSK 2 dahiliye uzmanını yani Dr. Haldun Sirer ve Dr. Engin Tonguç'u İskandinav ülkelerine göndermiştir. Bu 2 hekim döndüklerinde biri Ankara, biri de İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanelerini kurmuşlardır. Ancak maalesef yukarıda ifade edildiği gibi pnömokonyozlar ve bunlara bağlı maluliyet işlemleri meslek hastalıkları konusunda ön plana geçmiş 1965'de genelge, 1972 yılında tüzük düzenlemesi ile maluliyet değerlendirmesinin yasal zemini sıkıntılı bir şekilde oluşturulmuştur. Böylece birçok ülkedeki yanlış yönlendirme tuzağına yani "meslek hastalıkları = maluliyet" kıskacına biz de yakalanmışız. Birkaç defa kısmi düzenlemelerden geçirilmiş olmasına rağmen yasal anlamda ülkemizde halen maluliyet değerlendirmesinde bu tüzükler yürürlükte. Ancak bu tüzüklerin günümüz bilgi birikimi ve objektivite bulgularından oldukça uzak olduğu da yadsınamaz bir gerçektir.

Meslek hastalıklarının maluliyet kavramı ile yan yana gelmesi aslında meslek hastalıkları konusunun mantığına aykırıdır. Yani meslek hastalıkları gibi önlenabilir hastalıkların önlenemediğini; hatta erkenden saptanamadığını; tanınmadığını; tedavi edilemediğinin en büyük sosyal/tıbbi/yasal göstergesidir. Çünkü maluliyet kavramı sosyal ve yasal boyutlarının ön planda olması nedeniyle tıbbi boyutuna hep kuşkuyla bakma durumunda kaldığımız bir durumdur. Başka bir ifade ile çalışan kişinin yapmakta olduğu işi yürütemediğini ya da günlük yaşamını idame ettirmekte sorun olduğunu ifade etmesi durumunda kişinin bu yönde incelenmesi demektir. Bu inceleme, kişinin iş değişikliği talebinin değerlendirilmesi şeklinde olabileceği gibi kendisinde işe bağlı kalıcı etkilenmelerin olduğunu ifade etmesi yani maluliyetinin değerlendirilmesi de söz konusu olabilir. Kişideki iş değişikliği hekim veya çalışanın istemi şeklinde olabilir ancak bazen iki istem bir arada da olabilir. Bazı durumlarda basit tetkiklerle karar verme olasılığı varken bazen de maluliyet değerlendirmesi çok basamaklı ve çok uzun bir süreci kapsayabilir. Kişinin sosyal güvenlik kurumunu, bu kurumun uygun karar vermesi halinde iş mahkemelerini, adli tıp kurumu, yüksek sağlık kurulu vb. birçok kurum ve kuruluşun devreye girmesine yol açabilir.

Her ülkede temel tıbbi bilimsel kriterlere bağlı kalmak üzere değişik maluliyet değerlendirme sistemleri kullanılmaktadır.¹⁻¹¹ Burada bu konudaki son gelişmeler ve yayınlar da göz önüne alınarak Amerikan Toraks Derneği tarafından 1993'de,⁶ Türk Toraks Derneğince 2005'de¹¹ ve en son da Amerikan Tıp Birliğince 2008'de yayınlanan⁹ maluliyet değerlendirme rehberleri esas alınarak irdelene yapılmıştır. Ancak unutmamak gerekir ki yasal ve pratiğe uygulanabilirliği birçok faktöre bağlı olması nedeniyle sunulan bu bilgilerin geçerlilik süresi sınırlıdır. Birçok konuda olduğu gibi bu süre zarfında bilimsel güncel gelişmeleri takip gerekir ancak maluliyet değerlendirmesinde bu gelişmelere ek olarak yasal gelişmeleri de izlemek büyük bir zorunluluktur.

Hangi tip değerlendirme yöntemini kullanırsak kullanalım sonuçta unutmamamız gereken ana nokta; yukarıda

da ifade edildiği gibi maluliyet, tazminat ve iş değişikliği değerlendirmesi tıbbi, hukuki ve sosyal yönleri olan bir problemdir. Ancak bu kadar ağır sorumluluğu olan problemdeki hekimin pozisyonu, durumu, sınırları tam olarak belirlenmemiştir. Belki de bunların başında gelen sorun maluliyet değerlendirmesinin basit bir poliklinik hizmeti mi, yoksa bir bilirkişilik-danışmanlık hizmeti olarak yapılması gerekliliğinin daha işin başında belirlenmemiş olmasıdır. Bunun gibi birçok belirsizlik vardır. Ancak her şeye rağmen maluliyet değerlendirmesinde öncelikle uluslar arası alanda kullanılan bazı ifadelerin burada irdelenmesi gerekmektedir:

Etkilenme-bozulma (Impairment): Meslek hastalıklarında en çok karıştırılan durumdur. Tanımlama olarak vücudun veya organların yapı veya fonksiyonunda azalma ve/veya etkilenme olduğunun hekim tarafından belirlenmesini ifade eder. Bu etkilenme ve/veya azalma kişinin günlük yaşam ve çalışma kapasitesinde herhangi bir kayıp yaratmamış olabilir. Bu durum rutin kontrollerde veya ileri tetkiklerde ortaya çıkabilir. Bu bulgular klinik-radyolojik veya fonksiyonel olabilir. Örneğin klinik olarak kişide saptanan hafif bir güvercin göğsü durumu veya radyolojik olarak saptanan bir kalsifikasyon, erken dönem pnömokonyoz (asemptomatik 1/0 yoğunluk) ya da fonksiyonel olarak saptanan küçük hava yolları etkilenmesi durumu olabilir. Bu bulguların kişinin günlük yaşamına etkisinin olmaması bir bozukluk-etkilenme (impairment)'dir.

Geçici maluliyet (Temporary Disability): Özellikle mesleki astımda mutlaka göz önüne alınması gereken bir durumdur. Tam veya kısmi maluliyete sebep olduğu saptanan hastalığın belli bir süre kendiliğinden veya uygun bir tedavi ile tamamen düzelmesinin beklendiği, kişinin normal yaşam ve çalışma kapasitesine kavuşacağına umulduğu durumlardaki maluliyettir.

Kalıcı kısmi maluliyet (Permanent partial disability): En sık karşılaşılan tartışmalı durumlardan biridir. Fiziksel veya mental fonksiyonlarda tıbbi olarak ölçülebilen herhangi bir azalma sonucu kişinin günlük aktivitelerinde kısıtlanma olmasıdır. Kişi belli patoloji(ler) nedeniyle semptomatik olduğu gibi fizik ve laboratuvar incelemelerinde de değişik derecelerde etkilenme saptanır.

Kalıcı tam maluliyet (Handicap): Fonksiyonel kayıplar sonucu veya kısmi maluliyete yol açan patolojinin ilerlemesi nedeniyle kişinin yaş, seks, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak çalışma yaşamının tamamen; normal günlük aktivitesinin ise kısmen veya tamamen sınırlanması veya yapılamaması durumudur. Basit klinik ve laboratuvar incelemeleri ile bu durum ortaya konulabilir.

Solunum sistemi açısından maluliyet ve iş değişikliği incelemelerinin tam teşekküllü göğüs hastalıkları kliniklerince yerine getirilmesi gerekir. Ancak hekim olarak nerede çalışıyor olursak olalım böyle bir değerlendirme istemi ile karşılaşma olasılığımız yüksektir. Göğüs hastalıkları uzmanına maluliyet değerlendirmesi istemiyle gönderilen bir kişide izlenecek klinik yaklaşımı belli bir sistematik içinde olmalıdır. Hazırlanan değerlendirme

metninin-raporun- tıbbi deneyimi olmayan kişilere de (mahkemeler, ilgili sosyal güvenlik kuruluşlarının birimleri) sunulacağı dikkate alınarak; raporun en son veya ilk sayfasına çok fazla tıbbi kelime içermeyecek ancak mevcut patolojiyi açıkça ortaya koyabilecek bir özetin veya sonuç paragrafının yazılması gerekir.

Tanı konulan patoloji pnömokonyoz, astım, kanser gibi özellikli bir patoloji değilse fonksiyonel etkilenme yapan tüm akciğer hastalıkları için geçerli olan genel değerlendirme kuralları geçerli olmalıdır. Genel değerlendirmede anamnez, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri sonucu ortaya çıkan bulgular ışığında yapılan fonksiyonel inceleme sonuçları temel alınır. Bu son değerlendirmede kişinin fonksiyonel etkilenme derecesine göre bir maluliyet derecesi belirlenir. Bu maluliyet derecelendirmesinde subjektif yakınma ve bulgular değil objektif veriler göz önüne alınır.

Tablo-1'de görüldüğü gibi fonksiyonel değerlendirmede maluliyet derecesinin belirlenmesinde temel parametreler basit spirometrik parametreler (FVC, FEV1, FEV1/FVC) ile akciğer diffüzyon kapasitesi tayinidir. Değerlendirme protokolünde SFT incelemeleri dışında kalan klinik, radyolojik ve laboratuvar inceleme bulguları direk maluliyet derecelenmesine etki etmeyip maluliyete yol açan hastalığa tanı koymaya yardımcı olabilecek yöntemlerdir. Ancak bu anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik bulgular Tablo-1'de gösterilen 4 evredeki etkilenme derecesinin alt ve üst sınırlarının belirlenmesine yardımcı olabilir. Mevcut fonksiyonel incelemeler sonucu kişinin verileri Tablo-1'de belirtilen Derece-1'de ise maluliyet yoktur anlamındadır. Eğer kişinin fonksiyonel bulguları Derece-2'ye uyuyorsa kişide hafif derecede bir maluliyet varlığından söz edilebilir. Bu hafif derecedeki maluliyet durumunun rakamsal karşılığı %10-15'lik bir günlük yaşam aktivitesi ve çalışma kaybı demektir. Ancak yazılacak son raporda kişiyi değerlendirme için gönderen ilgili sosyal güvenlik kurumu kesin net bir rakamsal kayıp olup olmadığını isteyeceğinden; değerlendirmeyi yapan hekim bu %10-15 aralıktaki bir maluliyet değerlendirmesi durumunda belirleyeceği rakamı, kişideki fonksiyonel kaybın derecesi belirleyecektir. Diffüzyon kapasitesi tayini intertisiyel akciğer hastalıklarının değerlendirmesinde öncelikli olarak göz önüne alınır. Basit spirometre bulguları normal bile olsa

DLCO'da hafif derecede bir bozukluk varsa, kişinin efor kapasitesinin göstergesi olan VO2max'ı tayin etmek için mutlaka eksersiz testi yapılmalıdır. Burada göz önüne alınması gereken bir durumu tekrarlamakta fayda vardır. Spirometrik incelemeler hastanın sağlık durumunun en iyi olduğu zamanda ve obstrüksiyon bulgusu varsa kısa etkili bronkodilatatör inhalasyonundan en az 10 dakika sonra yapılmalıdır.

Fonksiyonel derecelendirmede spirometrik değerlerden sadece FEV1/FVC için mutlak oran kullanılır, diğer parametreler için bulunan değerlerin beklenene oranı (%değer) göz önüne alınır. Son zamanlarda bahsedilen bu değerlendirme kriterlerinin daha da somutlaştırılması yönünde bir takım çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan biri de Amerikan Tıp Birliği(American Medical Association-AMA)'nin değerlendirme protokolüdür. AMA genel solunumsal değerlendirmede Tablo-2'de gösterilen yöntemi önermektedir.

Bu yöntem tablo-1'deki belirsiz noktaları aydınlatıcı bir uygulama olarak görülmektedir. Tablo-1'de sadece fonksiyonel etkilenme göz önüne alınmaktaydı. Oysa bu yeni değerlendirme yönteminde öykü, fizik muayene bulguları ile beraber ana test verileri değerlendirilmektedir. Burada öncelikle ana testteki etkilenme dereceleri de kendi içinde 5 alt kategoriye ayrılmaktadır. Fonksiyonel inceleme hangi kategoride ise o esas alınmakta; anamnez ve fizik muayene bulguları ek bulgu sunmaktadır. Fonksiyonel etkilenmede de ana test spirometrik incelemedir. Spirometrik incelemede de obstruktif patolojilerde FEV1, restriktif patolojilerde FVC göz önüne alınmaktadır. Ana test olarak kabul edilen fonksiyonel etkilenme derecesi maluliyetin ana kategorisinin merkezini oluşturmakta, ek bulgulara göre bu derece merkezin sağ veya soluna kayabilmektedir. Örneğin fonksiyonel etkilenme derecesi hafif derecede olan bir kişide maluliyet evre-2'nin ortası yani %17'dir. Eğer bu kişide anamnez ve fizik muayene bulguları yoksa, maluliyet oranı merkezin 2 derece solu yani %11'dir. Fakat kişide anamnez veya fizik muayene bulguları yoğun ise merkezin 2 üst derece sağ yani maluliyeti %23 olarak kabul edilmektedir.

Tablo-1 ve 2'de bahsedilen tüm bu değerlendirme kriterlerinin uygulanamayacağı veya uygulandığında yanlış değerlendirmeye neden olacağı, kendine özgü klinik bulguları ve

Tablo 1: Genel solunumsal etkilenmeye göre maluliyet derecesi

	Evre-1 Fonksiyonel kayıp yok (Maluliyet %0)	Evre-2 Hafif fonksiyonel kayıp (Maluliyet %10-15)	Evre-3 Orta fonksiyonel kayıp (Maluliyet %30-45)	Evre-4 Ağır fonksiyonel kayıp (Maluliyet %50-100)
FVC(%)	> % 80	% 60-79	% 51-59	< % 50
FEV1(%)	> % 80	% 60-79	% 41-51	< % 40
FEV1/FVC	> % 75	% 60-74	% 41-59	< % 40
DLCO(%)	> % 80	% 60-79	% 41-59	< % 40
Veya	Veya	Veya	Veya	Veya
VO2max (ml/kg/dk)	>25	20-25	15-20	<15
Beklenen (%) (METS*)	(ml/kg/dk) >%70	(ml/kg/dk) 60-69	(ml/kg/dk) 40-59	(ml/kg/dk) < %40
	> 7.1	5.7-7.1	4.3-5.7	<4.3

* Enerji gereksinimi (metabolic equivalents)

Tablo 2: AMA'nın genel solunumsal etkilenmeye bağlı maluliyet değerlendirme kriterleri

EVRE	Evre-0	Evre - 1	Evre - 2	Evre- 3	Evre - 4
Maluliyet(%)	0	% 2- 10	% 11-23	% 24-40	%45-65
Şiddetin derecesi (%)		2 4 6 8 10 (A B C D E) Minimal	11 14 17 20 23 (A B C D E) Hafif	24 28 32 36 40 (A B C D E) Orta	45 50 55 60 65 (A B C D E) Ağır
Anamnez	Şu anda semptomu yok ve/veya tedavi gerektirmeyen ara sıra dispne	Tedavi ile kontrol altında dispne veya Tedaviye rağmen ara sıra dispne	Daimi tedaviye rağmen hafif dispne Veya Daimi tedaviye rağmen aralıklı orta dispne	Daimi tedaviye rağmen orta dereceli dispne Veya Daimi tedaviye rağmen aralıklı şiddetli dispne	Daimi tedaviye rağmen şiddetli dispne Veya Daimi tedaviye rağmen aralıklı aşırı dispne
Fizik Muayene	Bulgu yok	Daimi tedavi ile muayene bulgusu yok Veya Aralıklı hafif bulgular	Daimi tedavi ile hafif Veya Aralıklı orta dereceli bulgular	Daimi tedavi ile orta dereceli Veya Aralıklı şiddetli bulgular	Daimi tedaviye rağmen şiddetli veya Aralıklı çok ağır bulgular
Objektif Testler					
FVC(%)					
FEV1(%)	≥ 80	70-79	60-69	51-59	45-50
FEV1/FVC	Ve	Veya	Veya	Veya	Veya
DLCO(%)	≥ 80	65-79	64-55	45-54	< 45
VO2max	Ve	Veya	Veya	Veya	Veya
	> %75				
	Ve				
	≥ 75	65-79	55-64	45-54	< 45
	Veya	Veya	Veya	Veya	Veya
	>25 ml/kgdk	22-25	21-18	15-17	<15
	Veya	Veya	Veya	Veya	Veya
	> 7.1 METS	6.3-7.1	5.1-6.0	4.3-5.0	<4.3

Tablo 3: Bronşiyal astımda maluliyet kriterleri

SKOR	Bronkodilatatör Sonu FEV1	Rversibilite FEV1'deki Düzeltme (%)	PC20* mg/ml	TEDAVİ
0	> %80	-	-	İlaç gereksinimi yok
1	%70-79	<%10	>8	Günlük olmamak üzere nadiren bronkodilatatör ve/veya kromolin
2	%60-69	%10-19	0.5-8	Her gün bronkodilatatör ve/veya günlük kromolin ve/veya günlük düşük doz inhale steroid (<800 mg Beklametazon veya eşdeğeri)
3	%50-59	%20-29	0.125-0.5-	Her gün bronkodilatatör kullanmak zorunda ve günlük yüksek doz inhale steroid (>800 mg Beklametazon veya eş değeri) veya yılda 1-3 kez sistemik steroid gereksinimi duyması
4	<%50	>%30	<0.125	Bronkodilatatöre ilaveten günlük inhale steroid ve günlük sistemik steroid kullanım zorunluluğu

*FEV1'de %20'lik düşme sağlayan metakolin veya histamin dozu

seyirleri olan hastalıklarda maluliyet değerlendirme ilkeleri farklılıklar göstermektedir. Bu durumların başında mesleki astım, pnömokonyozlar, maligniteler gelmektedir.

Mesleki Bronşiyal Astım

Mesleki astım tanısı için standart tanı kriterleri kullanılır. Bronşiyal astımlı hastalarda genellikle geçici veya kısmi maluliyet durumları söz konusudur. Ancak astımlı bir kişide tam maluliyet kararına varılabilmesi için bazı özel değerlendirme şemaları uygulanabilir. Bunlardan birin-

cisi, alması gereken tüm tedavilere rağmen, kişide birer hafta arayla yapılan 3 başarılı basit spirometre ölçümü bulgularının Tablo-1'deki kategori-4'e uyması yani kişide kalıcı ağır fonksiyonel bozukluğun gösterilmesidir. Ancak bu değerlendirme şeması ile maluliyet kararı verilmiş bir kişide zaman içinde klinik ve fonksiyonel durumda düzelme gözlenmesi ciddi legal sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenlerle astımlı hastada fonksiyonel kaybın derecesini Tablo-3 ve 4'de görülen kriterlere göre değerlendirmek daha objektif bir yaklaşım olacaktır.

Çünkü değerlendirme yapıldığı anda hastanın tamamen normal durumda bile olması bu hastalığın fizyopatolojik özelliklerinin gereğidir. Tablo-3'de de görüldüğü gibi astıma bağlı fonksiyonel bozukluğun derecelendirmesi üç ana faktörün skorlarının toplamından oluşmaktadır. İlk aşama bronkodilatatör inhalasyonu sonrası FEV1'in etkilenme derecesine göre 0-4 arası bir skor verilmektedir. İkinci aşama FEV1 %70'in altında ise bronkodilatatör inhalasyonundan sonra FEV1'de gözlenen % artış değerine göre; eğer FEV1 %70'in üstünde ise metakolin veya histaminle yapılan bronşprovokasyon testlerinde FEV1'de %20'lik düşme sağlayan doz (PC20)'un mg/ml cinsinden miktarına göre 0-3 arasında bir skor verilmektedir. Bu nedenlerle tablo-3'deki klinik ve fonksiyonel durumlarından elde edilen puanların toplamı hastanın maluliyet derecesini tablo-4'de görüldüğü gibi hesaplamamızı sağlar.

Daha objektif bir yaklaşım için AMA astımda da Tablo-5'da görülen şemayı önermiştir.

Özellikle mesleki astımda kalıcı maluliyet değerlendirmesini maruziyet sonlandıktan en az 6 ay sonra yapılması gerektiği; bu sürenin 2 yıl olmasının daha uygun olacağı bu rehberde de ifade edilmektedir.

Pnömokonyozlar

Bir çok ülkede pnömokonyozlarda kullanılan maluliyet değerlendirme kriterleri değişkenlik göstermektedir. Ülkemizde de bugüne kadar mesleki maluliyet değerlendirmesinde sorunların yaşandığı hastaların başında

pnömokonyozlar gelmektedir. Bir çok ülkede pnömokonyoz maluliyet değerlendirmesinde tablo-1 ve 2'deki genel fonksiyonel etkilenme kriterlerinin kullanılması önerilmektedir. Ancak ülkemiz de dahil olmak üzere bazı ülkelerde ısrarla radyolojik etkilenme de maluliyet değerlendirmesine dahil edilmiştir. Tablo-6'de görüldüğü gibi pnömokonyozdaki maluliyet değerlendirmesi hastalığın özelliği gereği klinik-radyolojik ve fonksiyonel etkilenmeyi içerecek şekilde hazırlanmıştır. Değerlendirme sadece radyolojik bulguya dayanmamakta, klinik-radyolojik ve fonksiyonel incelemelerin tümünü kapsamaktadır. Eğer kişide klinik ve fonksiyonel bir etkilenme yok ancak radyolojik bulgu varsa bu bulgu ne olursa olsun tablo-6'deki 1.derece yani hafif etkilenme düşünülerek maluliyet oranı %10 olarak kabul edilip kişi belli periyotlarla kontrole çağrılarak maluliyet durumundaki değişme tayin edilir. Pnömokonyoz tanısı konulduğu anda uluslararası kriterlere uygun yasal hakları sağlanarak kişi mutlaka pnömokonyozu neden olan ortamdan uzaklaştırılmalıdır. Çünkü spirometre, DLCO ve hatta eksersiz testiyle kişinin fonksiyonel etkilenmesi saptanamazsa bile ILO standartlarına göre okunmuş olan bir akciğer grafisinde 1.kategori ve üzerinde bir pnömokonyoz saptanması, progressif masif fibrozisin gelişimi için risktir. Bu da kişide kalıcı fonksiyonel etkilemelere ve tam maluliyete sebep olunmasını hızlandıracaktır. Bu iş değişikliği önerisinin aksine, pnömokonyozu bağlı maluliyet değerlendirmesinde tek başına radyolojik bulgu yerine; klinik, radyolojik ve fonksiyonel bulguların beraberce değerlendirilmesi uygundur.

Tablo 4: Astım'da fonksiyonel etkilenme durumuna göre maluliyet

Derece	Toplam skor	Maluliyet durumu
0	0	Etkilenme yok
I	1-3	Maluliyet yok
II	4-6	Hafif(%10-25)maluliyet
III	7-9	Orta(%26-50)maluliyet
IV	10-11	İleri(>%51)maluliyet
V	Tam tedaviye rağmen kontrolsüz astım; (günlük >20 mg prednisone rağmen FEV1<%50)	Tam maluliyet

Tablo 5: AMA'nın bronşiyal astıma bağlı maluliyet değerlendirme kriterleri

EVRE	Evre-0	Evre - 1	Evre - 2	Evre- 3	Evre - 4
Maluliyet(%)	0	% 2- 10	% 11-23	% 24-40	%45-65
Şiddetin derecesi (%)		2 4 6 8 10 (A B C D E) Minimal	11 14 17 20 23 (A B C D E) Hafif	24 28 32 36 40 (A B C D E) Orta	45 50 55 60 65 (A B C D E) Ağır
Klinik parametreler (minimum tıbbi gereksinim, atak sıklığı vb.)	Tedavi gereksinimi yok	Günlük olmamak üzere ara sıra bronkodilatatör kullanım gereksinimi	Günlük düşük doz inhale steroid kullanımı	Günlük orta veya yüksek doz (500-1000 mikrogr) inhale steroid ve/veya kısa süreli sistemik steroid ve uzun etkili bronkodilatatör	Kontrol altına alınamayan astım
Bronkodilatatör sonrası maksimum FEV1 (%)	> %80	70-80	60-69	50-59	< 50
Hava yolu aşırı duyarlılığını gösteren objektif testler PC20 mg/ml*	6-8	3-5	3->0.5	0.5-0.25	0.24-0.125

*FEV1'de %20'lik düşme sağlayan provokasyon konsantrasyonu (reverzibilite derecesi de kullanılabilir)

Tablo 6: Pnömokonyozda maluliyet tayini kriterleri

Klinik	Radyoloji	Fonksiyonel bulgular*	Derece-Maluliyet
Ağır eforda dispne	Pulmoner fibrosisi düşündüren görünüm (Yoğunluk ILO-1. kategori:1/0, 1/1, 1/2)	Normal	Hafif (%10)
Orta eforda dispne	Belirgin pulmoner fibrosis görünümü (Yoğunluk ILO-2. kategori: 2/1, 2/2, 2/3)	Hafif derecede fonksiyonel etkilenme	Orta (%20-40)
Hafif eforda dispne, genel sağlık durumu bozukluğu	Yaygın pulmoner fibrosis görünümü (Yoğunluk ILO-3. kategori: 3/2,3/3,3/+ veya A opasite)	Orta derecede fonksiyonel etkilenme	İleri (%40-60)
İstirahatte dispne, fırsatçı infeksiyon bulgusu veya genel düşkünlük hali	Pulmoner tüberkülozun ilerlemiş lezyonları kadar geniş ve yaygın lezyonlar (B-C tipi opasiteler)	İleri derecede fonksiyonel etkilenme	Ağır (%60-100)

* Tablo-1'deki sınıflamaya göre

Maluliyet değerlendirmesi yapılan kişide saptanan fonksiyonel bozukluk bu kişinin tam malul sayılmasını gerektirecek kadar ileri derecede olmayabilir. Hafif ve orta derecedeki fonksiyonel etkilenmelerde kişinin halen yapmakta olduğu işi yürütüp yürütemeyeceğinin de belirlenmesi gerekir. Ancak kişinin mevcut kapasitesine uygun bir işin değerlendirilmesi oldukça zordur. Çünkü burada hem kişinin fonksiyonel kapasitesini hem de önerilecek işlerin gerektirdiği efor ve enerji yükünü belirlemek zorundayız. Bunu da laboratuvar koşullarında ancak pulmoner eksersiz testi(ergospirometre) ile incelememiz mümkündür. Ancak bu testin endikasyon, kontrendikasyon ve uygulanabilirliği ancak 3. basamaktaki göğüs hastalıkları kliniklerinde bu gün için mümkündür.

Sonuçta; çalışan sağlığının önemsendiği, birincil ve ikincil korunma tedbirlerinin tam uygulandığı çağdaş sistemlerde meslek hastalıklarının maluliyet kavramı ile yan yana gelmemesi gerekir. Ancak böyle ütöpik sistemlerin dünyada ve ülkemizde kısa ve orta vadede oturmayacağı da açık bir gerçektir. Bu nedenle her basamaktaki hekimin meslek hastalıkları ve maluliyet kavramıyla her an karşılaşabileceği gerçeğini de göz önüne alarak bilgi birikimimizi sürekli güncellememiz gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Akkurt İ, Sevgi E, Dayıcan B, Şimşek C, Ardiç S. Akciğer hastalıklarında maluliyet sorunu. *Tüberküloz ve Toraks* 1995; 43(3): 172-83
2. Akkurt İ. Meslek Hastalıkları Hastanelerine işlerlik kazandırılması konusunda genel görüşler. *Toplum ve Hekim* 1996; 11(73): 50-6
3. Akkurt İ, Altunörs M, Şimşek C, Sevgi E, Keleşoğlu A, Ardiç S. Maluliyet almış kömür işçisi pnömokonyozu ve silikosisli kişilerde yaşam süresini etkileyen faktörler. *Toplum ve Hekim* 1997; 12(77): 17-21
4. Akkurt İ, Keleşoğlu A, Şimşek C, Altunörs M, Sevgi E, Ardiç S. Pnömokonyozda maluliyet değerlendirmesi (Almanya ile Türkiye arasında farklılıklar) *Solunum Hastalıkları* 1998;9 (4): 745-52
5. Akkurt İ. Akciğer hastalıklarında maluliyet değerlendirmesi. In: Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A.(Editörler) *Solunum Sistemi ve Hastalıkları Temel Başvuru Kitabı*. İstanbul Medikal Yayıncılık Bilimsel Eserler Dizisi, 2010:575-81
6. American Thoracic Society. Medical Section of The American Lung Association. Guidelines for the Evaluation of impairment/disability in patients with asthma. *Am Rev Respir Dis* 1993; 147: 1056-61
7. Ames RG, Trent RB. Respiratory impairment and symptoms as predictors of early retirement with disability in US underground coal miners. *Am J Public Health* 1984; 74: 837-8
8. Ames RG, Trent RB. Respiratory predictors of disability days: a five years prospective study of US Coal miners. *Am J Ind Med* 1985; 7(4): 337-42
9. American Medical Association. Rondinelli RD(Medical Editor). *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*. Sixth edition. USA 2008: 77-99
10. Guidelines for the use of ILO classification of radiographs of pneumoconioses. Geneva, Switzerland: International Labour Office; 2000. Occupational Safety and Health Series.
11. Türk Toraks Derneği Çevresel ve Mesleki Akciğer Hastalıkları Çalışma Grubu. Akciğer Hastalıklarında Maluliyet Değerlendirme Rehberi. *Toraks Dergisi* 2005;6(2)EK: 001-022 www.toraks.org.tr