

Romatoloji pratiğinde sağlık kurulu hastalarına yaklaşım

Approach to the patients with rheumatologic diagnosis admitted to health assessment committee

Kubilay Şahin¹, Yaşar Karaaslan^{1,2}, Hatice Bodur^{3,4}

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği, Ankara; ²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çorum;

³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara; ⁴Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Özet

Kas iskelet sistemi hastalıkları özür lülüğün önemli nedenlerindedir. Bu nedenle bu hastalar sıklıkla başta özür lülük raporu olmak üzere çeşitli isteklerle hastanelerin sağlık kurullarına başvururlar. Sağlık kurullarında özür lülük sağlık kurulu raporları için 30 Mart 2013 tarihinde yayınlanan ilgili yönetmelik hükümlerine göre karar verilir. Romatoloji, sağlık kurullarında bulunması zorunlu branşlardan biri değildir. Bu nedenle romatolojik hastalığı olan hastalar kurul tarafından değerlendirme için romatoloji kliniğine yönlendirilir. Bu şekilde yönlendirilen hastaların önceki epikriz, laboratuvar sonucu, rapor ve reçete gibi geçerli tıbbi kayıtlarının incelenmesi ve öykü, fizik inceleme ve gerekli laboratuvar testleri ile birlikte değerlendirilmeleri gerekir. Değerlendirilen bu hastaların romatolojik tanısı, aktivite durumu, organ tutulumu olup olmadığı ve varsa kalıcı organ ve fonksiyon sekelleri açık olarak gönderilen forma yazılmalıdır. Organ tutulumu olan hastaların değerlendirme için ilgili diğer branşlara da yönlendirilmesi gerekir. Sağlık kurulu raporlarında son karar yetkisi sağlık kurulundadır. Romatizmal hastalıklar ile ilgili olarak, yönetmelikte geçen önemli bir ilke, bu hastalıklar için özür oranlarının hastalığın aktif olduğu dönemde belirlenemeyeceğidir. Bu nedenle hastalığı aktif olan ve yeterli tedavi almayan hastalarda, uygun ve yeterli tedavi ile hastalığın baskılanmasından sonra değerlendirme yapılması gerekir. Hastalık aktivitesinin tam olarak baskılanmasının beklenmediği durumlarda ise en az bir yıl uygun ve yeterli tedavi almasından sonra değerlendirilmesi gerekir.

Anahtar sözcükler: Romatolojik hastalıklar, sağlık kurulu, özür lülük

Summary

Musculoskeletal diseases are the major causes of disability. Therefore, these patients apply to health assessment committees of hospitals with various demands including disability reports. In health assessment committees, disability reports are decided according to provisions of regulations published in 30th of March 2013. It does not mandatory to have rheumatologist in health assessment committees. Hence, the patients applied to these committees with diagnosis of rheumatological diseases are directed to department of rheumatology for detailed evaluation. These patients' previous hospital records such as reports of epicrisis, laboratory results, drugs and prescriptions should be evaluated concurrently with current history, physical examination and essential laboratory results of patients. Rheumatological diagnosis, activity status, the status of organ involvement, permanent disabilities of organ systems and functional disabilities of these patients should be written apparently in forms sent by committees. The patients with organ involvement should be directed to concerned department for examination. The authority of final decision belongs to the health assessment committees. Regarding the rheumatological disorders, one of the most important principle regulations is that when the patients are in active disease period, disability ratios should not be determined. Therefore, these patients who have active disease should be reevaluated after suppression of disease with appropriate and sufficient treatment. Whether the disease suppression is not possible, reevaluation of these patients should be considered after at least one year appropriate and sufficient treatment.

Key words: Disability, health assessment committee, rheumatologic diseases

Kas-iskelet sistemi hastalıkları, kişinin yaşına uygun aktiviteleri gerçekleştirme kabiliyetinin olmaması şeklinde tanımlanan uzun süreli yetersizliğin en önemli nedenle-

rindendir. Kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının Amerika Birleşik Devletleri'nde, her yıl 315 milyon kişinin birinci basamak hekimine gitmesine, 8 milyondan fazla kişinin

İletişim / Correspondence:

Uzm. Dr. Kubilay Şahin. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği, Sıhhiye, Altındağ, Ankara.
e-posta: drksahin@yahoo.com

Çıkar çakışması / Conflicts of interest: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir. / No conflicts declared.

www.raeddergisi.org
doi:10.2399/raed.14.98608
Karekod / QR code:



hastaneye başvurmasına ve 1.5 milyondan fazla kişide de fonksiyonel kısıtlanmaya neden olduğu bildirilmiştir.^[1] Örneğin romatoid artrit (RA), eklem hasarı progresif olarak artmakta ve 20 yılda hastaların önemli bir kısmında ciddi işgücü kaybı meydana gelmektedir.^[2,3] RA tanısı alan çalışanların ilk 6 ay içinde %22-76'sı, ilk 12 ay içinde ise %36-84'ü iş kaybı yaşamakta ve 7-10 yıl içinde %20-70'i iş göremez hale gelmektedir.^[4] Bununla birlikte gelişen tedavi imkanları ile birlikte RA'da işgücü kayıpları geçmişten günümüze istikrarlı bir şekilde azalmaktadır.^[4,5] Kas-iskelet sistemi hastalıkları, benzer şekilde ülkemizde de önemli iş gücü kaybına ve özürüllülüğe neden olmaktadır ve bu hastalar başta özürüllülük raporu olmak üzere çeşitli isteklerle sağlık kurullarına başvurumaktadırlar.

Özürüllü sağlık kurulu raporlarının alınışı, geçerliliği, değerlendirilmesi ve özürüllü sağlık kurulu raporu verebilecek yetkili sağlık kurumlarının tespiti ile ilgili usul ve esasları belirlemek, bu alanda ortak bir uygulama geliştirmek ve uluslararası sınıflandırma ve ölçütlerin kullanımını yaygınlaştırmak amacıyla en son 30 Mart 2013 tarihinde bu konu ile ilgili bir yönetmelik yayınlanmıştır. Bu yönetmelik, özürüllülere sağlanan haklardan ve verilen hizmetlerden yararlanmak amacı ile istenilen özürüllü sağlık kurulu raporları ile bu raporları verebilecek yetkili sağlık kurumlarını ve özürüllülerle ilgili sınıflandırma ve ölçütleri kapsar.^[6] Bu yönetmeliğe göre doğuştan veya sonradan, bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan ve korunma, bakım veya rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişilere özürüllü, özür oranı %50 veya üzerinde olan ve günlük yaşam aktivitelerini başkalarının yardımı olmaksızın yerine getiremeyeceğine karar verilen kişilere de ağır özürüllü denilmektedir.^[6] Özürüllü sağlık kurulu, iç hastalıkları, göz hastalıkları, kulak-burun-boğaz, genel cerrahi veya ortopedi ile nöroloji veya psikiyatri uzmanlarından oluşur. Özürüllü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kurumunda, fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) uzman hekiminin bulunması halinde, özürüllü sağlık kurulu FTR uzmanının yer alması zorunludur. Değerlendirilecek özür, sayılan uzmanlık dallarının dışında ise ilgili dal uzmanının da kurulda bulunması şarttır. Kurulda bulunan hekimler birbirlerinin yerine karar veremezler.^[6]

Sağlık kurulu sekreteryası tarafından hazırlanan, kişilerin özür ve sağlık durumları ile kullanım amacını belirten özürüllü sağlık kurulu raporları ilgili branşın o ay için sağlık kurulu için görevlendirilmiş olan uzman hekimleri tarafından doldurulur. Bu raporlara muayene tarihi, poliklinik kayıt numarası, klinik ve laboratuvar bulguları ile tanıları ayrıntılı olarak yazılıp imzalanır. Varsa muayene, radyolojik bulgular ve diğer laboratuvar incelemelerini içeren diğer

belgeler özürüllü sağlık kurulu raporu formuna eklenir. Kişinin özür oranı, sağlık kurulunca, bu yönetmeliğin ekinde yer alan özür oranları cetveline göre yüzde (%) olarak belirlenerek özürüllü sağlık kurulu raporunun ilgili bölümünde rakam ve yazı ile belirtilir. Bu cetvelde adı geçmeyen hastalıklara ve kayıplara ait özür oranları, fonksiyon kaybı esas alınarak sağlık kurulunca değerlendirilerek belirlenir.^[6]

Hastalar sağlık kurullarına, özürüllülere sağlanan haklardan ve verilecek hizmetlerden yararlanma (gelir vergisi muafiyeti, malulen emeklilik, evde bakım ücretinden yararlanma, özel tüketim vergisinden vb) yanı sıra tayin ve nöbet tutmadan muafiyet gibi çeşitli isteklerle başvurumaktadırlar. Sağlık kurulu hastalarının bir kısmı kendi merkezimizde takipli hastalarken çoğu hasta başka merkezlerin izlediği veya düzgün bir takibi olmayan ve hatta tanısı bile konulmamış hastalar olabilmektedir. Bu nedenle bu gibi hastaların öncelikle öykü, fizik muayene ve lüzumu halinde laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri ile romatolojik açıdan değerlendirilmeleri gerekmektedir.

Romatizmal hastalıklar ile ilgili olarak, yönetmelikte geçen önemli bir ilke, bu hastalıklar için özür oranlarının hastalığın aktif olduğu dönemde belirlenemeyeceğidir. Bu nedenle hastalığı aktif ve yeterli tedavi almayan hastalarda, uygun ve yeterli tedavi ile hastalığın baskılanmasından sonra değerlendirme yapılacağı belirtilir. Yönetmelikte hastalık aktivitesinin tam olarak baskılanmasının beklenmediği durumlarda, hastaların özür oranının en az bir yıl uygun ve yeterli tedavi almasından sonra değerlendirilmesi şartı getirilmiştir.

Özürüllü sağlık kurulu raporunda hastanın tanısı ve hastalık aktivitesi yanında organ ve fonksiyon sekellerinin de değerlendirilerek belirtilmesi gerekir. Yönetmelikte organ ve fonksiyon sekellerine bağlı özür oranlarının ilgili sistemlerin yönetmelikte belirtilen ölçütleri kullanılarak yapılması gerektiği belirtilmektedir. Yönetmelikte romatoloji bölümü altında organ ve fonksiyon sekeli bulunmayan romatolojik hastalıklar için tanıya göre özel bir özür oranı bulunmamaktadır. Romatizmal hastalıkların en çok etkilediği sistemlerden biri de kas iskelet sistemidir. Yine santral ve periferik sinir sistemi tutulumu olabilir. Yönetmelik Ek-2'de kas iskelet ve sinir sistemi başlığı altında yer alan bölümlerde Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ortopedi, Nöroloji ve Romatoloji uzman hekimleri tarafından tanı ve tedavisi yürütülen ortopedik, nörolojik, romatizmal hastalıkların hareket sisteminde neden oldukları bozukluklara ait özürüllülük yüzdeleri yer almaktadır. Özürüllülük yüzdeleri belirlenirken hastalık tanısı değil, ortaya çıkan bozukluğun vücutta neden olduğu fonksiyon kaybı öncelikle dikkate alınır. Bu bölümlerin yanı sıra özür oranları cetvelinde bazı romatolojik hastalıklar için diğer bölümlerin altında yüzde (%) olarak bazı

oranları bulunmaktadır. Örneğin deri başlığı altında Behçet hastalığı, cilt tutulumlu vaskülit, sarkoidoz, kronik bağ dokusu hastalıkları, Reiter sendromu ve pannikülit için özür oranları verilmektedir. Benzer şekilde kardiyovasküler sistem içinde Raynaud fenomeni ve staz ülserleri (örneğin Behçet hastalığına bağlı derin ven trombozuna sekonder) için ve endokrin sistem içinde de gut hastalığı için özür oranları bulunmaktadır^[6] (Tablo 1).

Maluliyet, bakım ücretinden yararlanma, özel tüketim vergisinden (ÖTV) yararlanma ve özür kimlik kartı almak için sağlık kuruluna başvuran ve sağlık kurulundan romatolojiye yönlendirilen hastalarda hastanın varsa eski epikriz, rapor, laboratuvar tetkik sonucu, radyolojik incelemeleri ve reçetelerinin gözden geçirilip, detaylı öyküsünün alınması, lokomotor sistem dahil ayrıntılı fizik muayenesinin yapılması, gerekiyorsa laboratuvar testlerinin ve radyo-

Tablo 1. Yönetmelikte Ek-2 özür oranları cetvelinde diğer branşlar içinde geçen romatolojik hastalıkların özür oranları.

Deri	
İmmün, otoimmün ve sistemik hastalıkların deri bulguları	
Vaskülitler	
• Hafif	5
• Orta	10
• Şiddetli	20
• Çok şiddetli	40
Pannikülitler (Lezyon şiddetine göre değerlendirilir)	
• Orta	5
• Şiddetli	10
• Çok şiddetli	20
Behçet hastalığı	
• Tedavi altında hafif ve orta derecede mukokutanöz Behçet hastalığı	10
• Tedaviye dirençli şiddetli mukokutanöz Behçet hastalığı	20
Kronik bağ doku hastalıkları	
• Hafif	5
• Orta	10
• Şiddetli	20
• Çok şiddetli	30
Reiter sendromu: Sadece deri lezyonları için	5
Sarkoidozis	
• Sadece deri lezyonları için lokalize	5
• Yaygın	10
Vasküler hastalıkların deri bulguları	
Kronik bacak ülserleri: (Lezyon şiddetine göre)	
• Hafif	5
• Orta	10
• Şiddetli	20
• Çok şiddetli	30
Hematolojik hastalıklar	
Otoimmün hemolitik anemiler (İdiyopatik ve sekonder otoimmün hemolitik anemiler)	
• Hafif-orta (Tedavi ile Hb 10-12 g/dl)	20
• Tedavi ile Hb 8-10 g/dl	40
• Tedaviye yanıt vermeyenler (Hb <8 g/dl)	80
Kardiyovasküler sistem	
Pulmoner hipertansiyon	
Klas 1: Asemptomatik; Fizik muayene ve EKO veya sağ kateter ile pulmoner arter sistolik basıncı (PASB) 30-40 mmHg saptanan ve pulmoner hipertansiyon tanısı konmuş hastalar	10
Klas 2: Günlük fiziksel aktivitede hafif kısıtlaması olan (NYHA 2), EKO veya sağ kateterde PASB: 40-50 mmHg saptanan hastalar	25
Klas 3: Günlük fiziksel aktivitede ağır kısıtlaması olan (NYHA 3), EKO veya sağ kateterde PASB: 50-70 mmHg saptanan hastalar	50
Klas 4: İstirahatte dispne, göğüs ağrısı ve presenkopi olan veya en küçük aktivitelerde semptomları ortaya çıkan (NYHA 4) ve/veya istirahatte sağ ventrikül yetmezliği belirtisi ve bulguları olan PASB: 70 mmHg üzeri hastalar	100
Fonksiyonel damar hastalığı olanlar (Raynaud fenomeni, akrosiyanozis vb.)	
• Trofik bozukluğu olmayanlar	20
• Trofik bozukluğu olanlar (doku nekrozu)	40
Venöz sistem hastalıkları: İnvaziv ve noninvaziv tetkiklerle tespit edilmiş derin ven trombozuna bağlı venöz dönüş bozukluğu olanlar	
• Staz ülseri bulunmayanlar	20
• Staz ülseri bulunanlar	
- Tek ekstremitede	40
- İki ekstremitede	70
Endokrin sistem	
Gut hastalığı	
• Komplikasyonsuz	10
• Kronik gut artiriti	20

lojik incelemelerinin istenmesi ve değerlendirilmesi ile hastanın romatolojik tanısının, aktivite durumunun ve organ ve/veya fonksiyon sekeli olup olmadığının açık olarak belirtilmesi gerekir. Özellikle sistemik tutulumu olan hastalarda organ ve fonksiyon sekelleri belirlenerek, hastanın gerekiyorsa ilgili bölümlere de yönlendirilmesi ve hastanın ilgili branşlar tarafından da değerlendirilmesi gerekir. Örneğin akciğer tutulumu olan RA, SLE veya sistemik skleroz hastalarının göğüs hastalıkları bölümüne, pulmoner hipertansiyonu olan hastaların kardiyojoloji bölümüne, özofagus, ince barsak veya kolon tutulumu olan hastaların gastroenteroloji bölümüne, üveit, sklerit veya başka göz tutulumu olan hastaların göz hastalıkları bölümüne, nörolojik tutulumu veya defisiti olan hastaların nöroloji bölümüne, böbrek tutulumu veya böbrek testlerinde bozulma olan hastaların nefroloji bölümüne kas-iskelet tutulumu olan hastalarında da fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümüne yönlendirilmesi ve o bölümlerce de değerlendirilmesi gerekir. Hastanemizde özellikle deformitesi olan tüm romatoid artrit ve ankilozan spondilitli hastalar tanısı, aktivite durumu, kullandığı ilaçlar ve sistemik tutulumu olup olmadığı belirlenip rapora yazıldıktan sonra deformitelerin ve kas iskelet sisteminin fonksiyonel durumunun değerlendirilmesi için fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümüne yönlendirilmektedir.

Bölümümüz açısından sağlık kuruluna başvuru nedenlerinden birini de, romatizmal hastalığı olan hastaların tayin için kullanılmak üzere, sağlık durumlarını ve hastalıklarını gösterir ve sıklıkla da “romatoloji uzmanı olan bir merkezde takibi gerekir” ibaresinin eklenmesini istedikleri sağlık kurulu raporları oluşturmaktadır. Bu konuda ilgili yönetmeliklerde açık bir hüküm bulunmamaktadır ve bu konu sağlık kurullarının takdirine bırakılmıştır. Hastanemizde bölüm olarak uygulamamız yalnızca ağır sistemik tutulumu ve hayati tehlikesi olan ve kullandığı tedaviler nedeni ile çok yakından romatoloji takibi gereken hastalar için bu şekilde rapor verilmesidir. Bunun dışındaki hastalar için “romatoloji uzmanı olan bir şehirde yaşamaları gerekir” şeklinde bir rapor verilmemektedir. Özellikle ülkemizde ulaşım imkanlarının geldiği seviye ve romatizmal hastalıkların pek çoğunda ayda birden daha sık bir takibin gerekmediği de göz önünde tutularak, bu konuda uygun ve gerçekçi kararların alınması konusuna özen gösterilmesi gerektiği açıktır.

Bölümümüz açısından sağlık kuruluna sık başvuru nedenlerinden bir tanesi de, romatizmal hastalığı olan çalışanların özellikle de sağlık personelinin nöbet tutup tutamayacağı ile ilgilidir. Bu konuda da ilgili yönetmeliklerde açık bir hüküm bulunmamaktadır ve bu konu da sağlık kurullarının takdirine bırakılmıştır. Tedaviye rağmen aktif seyreden ve günlük işlerini yapmakta zorlanan, sistemik tutulumu veya kas iskelet tutulumuna bağlı ağır deformiteleri olan hastaların nöbet tutmaları uygun olma-

yabilir. Ancak bölümümüzde özellikle tedavi ile hastalıkları kontrol altında olan hastalara “nöbet tutması sakıncalıdır veya nöbet tutması hastalığını alevlendirebilir” gibi raporlar verilmemekte ve hakem hastane olarak da diğer hastanelerden alınan bu tür raporlar yukarıdaki kriterleri taşımadıkça onaylanmamaktadır.

Sonuç olarak, sağlık kuruluna başvuran ve sağlık kurulu tarafından romatoloji görüşü istenen hastalar, elindeki eski epikriz, dosya, dosya özeti, laboratuvar sonucu ve reçete gibi geçerli tıbbi dokümanlar, detaylı öykü, lokomotor sistemi de içeren fizik muayene, gerekli görülen laboratuvar ve radyolojik incelemeler ile değerlendirilerek varsa romatolojik tanısı, aktivite durumu, fonksiyonel durumu ve sistemik tutulumu olup olmadığı tespit edilerek rapora yazılmalı, sistemik tutulumu veya başka hastalıkları varsa ilgili diğer branşlara da yönlendirilmeli ve sağlık kurulu tarafından sorulan sorulara açık bir yanıt verilmelidir. Bu noktada son karar yetkisinin sağlık kurulunda olduğu ve sağlık kurulunun ilgili branşların da görüşünü dikkate alarak, nihai kararı heyet halinde verdiği unutulmamalıdır. İlgili yönetmelikte uygun tedavi ile hipertansiyon ve diabetes mellitus gibi asemptomatik seyredabilen kronik hastalıkların bile özürlü oranları mevcutken, hastanın yaşam kalitesini ve fonksiyonel durumunu çok daha fazla etkileyen ve daha riskli tedaviler verilmesi gereken romatolojik hastalıkların yalnızca komplikasyonlarına ve sekellerine özürlü oranları verilebilmesi, ilgili yönetmelikte dikkat çeken ve üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur.

Kaynaklar

1. Yelin Edward H. Romatizmal hastalıkların dünya genelinde ekonomik ve fonksiyonel etkileri. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, editors. 4. baskı. Arasıl T, Duruöz T, Dinçer K, Şenel K, Uğurlu H (Çeviri ed). Ankara: Rota Tıp Kitabevi; 2011:21-24.
2. Scott DL, Smith C, Kingsley G. Joint damage and disability in rheumatoid arthritis: an updated systematic review. Clin Exp Rheumatol 2003; 21(5 Suppl 31):S20-7.
3. Scott DL, Pugner K, Kaarela K. The links between joint damage and disability in rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford) 2000;39:122-32.
4. Burton W, Morrison A, Maclean R. Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis. Occup Med (Lond) 2006;56:18-27.
5. Nikiphorou E, Guh D, Bansback N. Work disability rates in RA. Results from an inception cohort with 24 years follow-up. Rheumatology (Oxford) 2012;51:385-92.
6. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete, Sayı: 28603, 30 Mart 2013. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330-4.htm>