

ARAŞTIRMA / RESEARCH ARTICLE

doi: 10.17986/blm.2018136937

Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranları ile Takdir Oranlarının Değerlendirilmesi: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Olguları

Permanent Disability Rating Determination and Clinical Regulation: Evaluation of Cases of Muğla Sıtkı Koçman University, Medical Faculty, Forensic Medicine Department

Mehmet Resul Kadı¹, Gülsüm Kadı², Yasemin Balcı², Ümit Ünüvar Göçeoğlu²

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Muğla

Özet

Amaç: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına; meslekte kazanma gücü kayıp oranı tespiti amacıyla başvuran olguların kalıcı iş göremezlik oranları ve takdir oranlarının değerlendirilmesi ile; hangi arızalara takdir uygulandığı ve takdir oranlarının neler olduğu ortaya konmuş, uygulama içinde ilgili Yönetmeliğin kısıtlılıkları tespit edilmeye çalışılmış ve öneriler geliştirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Haziran 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında trafik kazası sonrası kalıcı sakatlık iddiası ile meslekte kazanma gücü kayıp oranı tespiti için başvuran 259 olgunun raporları geriye dönük değerlendirildi. Raporlarda kayıtlı, yaş, cinsiyet, kaza ile rapor düzenleme arasında geçen süre, arızaların dağılımı, iyileşme süreleri, hangi arızalar için takdir uygulandığı ve takdir oranları irdelendi. Veri analizinde, yüzde, oran, ortalama değerlerinin verildiği tanımlayıcı istatistikler kullanıldı.

Bulgular: Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğine göre meslekte kazanma gücünden kayıp oranı raporu düzenlenen 259 olgunun 182'si (%70.3) erkek, 77'si (%29.7) kadındı. En fazla olgu (%45.2) 20-39 yaş grubundaydı. Kaza tarihi ve son muayene tarihi arasında geçen süre 1-111 ay arasında değişiyordu. Toplamda 73 olgudaki arızalara (%23.1) takdir uygulanmıştı. Takdir uygulanan olguların arızaları ve takdir gerekçeleri ayrıntılı olarak tartışıldı ve ilgili Yönetmeliğin kısıtlılıkları ortaya konmaya çalışıldı.

Sonuç: İlgili Yönetmelikte farklı klinik durumları gözetecek şekilde oranlar belirlenmemiş olmasının bir kısıtlılık olduğu, bu konuda uygulama birliğine, güncel tedavi yaklaşımları düşünülerek arıza ağırlık cetvelinin yenilenmesine ve adli tıp ve branş hekimlerinin birlikte yürüteceği çok kapsamlı bir çalışmaya ihtiyaç olduğu kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Adli Tıp; Maluliyet; Meslekte Kazanma Gücü Kaybı; Takdir Oranları; Trafik Kazası.

Abstract

Objective: Evaluation of the permanent disability rates and clinical regulation rates of the cases of Muğla Sıtkı Koçman University, Medical Faculty, Forensic Medicine Department. Which disabilities are appraised and the rate of appreciation are revealed. The aim is to determine the limitations of the relevant Regulation in the application and to develop suggestions.

Materials and Methods: Between June 2015-December 2016, the reports of 259 patients who applied for disability rate determination by claiming permanent disability after a traffic accident were retrospectively evaluated. Age, gender, time between accident and medical report, disability distribution, recovery periods, which disability appraisal was applied and the discretion rates were examined. In the data analysis, descriptive statistics were used in which percentage, ratio, mean values were given. A total of 73 disabled cases (23.1%) were assessed with discretion. The disability and appraisal levels of appraisal cases are discussed in detail and the limitations of the relevant regulation were tried to be revealed.

Results: 182 (70.3%) males and 77 (29.7%) females out of 259 cases who reported loss of strength in the profession according to Regulation of Permanent Disabilities. Most of the cases (45.2%) were in the 20-39-age group. The time between the accident date and the last inspection date ranged from 1 to 111 months.

Discussion: It is a limitation of the relevant Regulation that rates are not determined according to different clinical situations. We think it is necessary to revise the permanent disability rating scale by taking into consideration the current treatment approaches and a comprehensive study to be carried out together with forensic medicine and other specialists in this regard.

Keywords: Forensic Medicine; Permanent Disability; Regulation of Permanent Disabilities; Disability Appraisal; Traffic Accident.

1. Giriş

Bir travma sonucu oluşan ve insan vücudunun bütünlüğünü farklı ağırlık derecelerinde bozan yaralanmaların ya da çalıştıkları meslekle ilgili ortam koşullarından ve bu ortamlarda kullanılan ajanlara bağlı olarak vücut organ ve dokularında meydana gelen arızaların, tüm tedavilerden sonra tamamen iyileşemeyip sekel hâlinde devam

Sorumlu Yazar: Dr. Gülsüm Kadı

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Muğla

E-mail: gulsumkadi@gmail.com

Geliş: 08.01.2018 Düzeltme: 31.01.2018 Kabul: 02.02.2018

etmesi durumuna maluliyet ve vücut bütünlüğündeki eksiklik oranına da maluliyet derecesi denmektedir (1,2). “Maluliyet derecesi”, aynı zamanda “meslekte kazanma gücünden kayıp”, “sürekli/kalıcı iş göremezlik” ya da “sakatlık” oranı olarak da ifade edilmektedir.

Meslekte kazanma gücü kayıp oranı “bazı parametreler temel alınarak hazırlanmış cetvellerden yararlanmak suretiyle tüm vücudun meslekte kazanma gücünden kayıp oranının saptanması” olarak tanımlanmaktadır (1). Maluliyet geçici, kalıcı, kısmi ya da tam olabilir. Bir ya da birden fazla hastalık/patoloji nedeniyle uzun süreli geçici ya da kalıcı olarak çalışma ve sosyal yaşamı devam ettirememeye durumu kısmi ya da kalıcı maluliyet olarak tanımlanır. Kişinin vücut bütünlüğündeki eksiklik oranı maluliyet derecesi olarak ifade edilir; maluliyet sürekli bir iş göremezlik durumudur (3). Birçok ülkenin rehber ve yönetmenliklerinde bu oranlar hafif- orta- ağır derecede maluliyet ya da bakıma muhtaçlık şeklinde kategorize edilir (4).

Trafik kazaları nedeniyle yaralanan kişiler geçici ya da sürekli iş göremez kalabilmektedir. Sağlık sorunları, ekonomik ve sosyal boyutu ile trafik kazaları ülkemizde ve dünyada giderek artmaktadır. Dünyada yılda yaklaşık 15 milyon kişinin trafik kazalarında yaralandığı, yaklaşık 1 milyon insanın da öldüğü bildirilmektedir (5). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2015 yılı verilerine göre, ülkemizde 1 milyon 313 binin üzerinde trafik kazası meydana geldiği, 183 binin üzerinde ise ölümlü yaralanmalı trafik kazası olduğu, 2016 yılında meydana gelen 185 binden fazla ölümlü yaralanmalı trafik kazası sonucunda; 7 bin 300 kişi öldüğü, 303 bin 812 kişinin yaralandığı bildirilmiştir (6,7).

Kişilerin kaza sonrası uğradıkları zarar nedeniyle talep edebilecekleri maddi tazminat oranlarının belirlenebilmesi için, kişilerin meslekte kazanma gücünden kayıp oranları ya da sürekli iş göremezlik oranlarının tespit edilmesi gerekmektedir.

Türkiye’de trafik kazaları sonrası meydana gelen sekellerin oranlarının tespiti için ‘travmaya özgü’ bir cetvel bulunmamaktadır. Yargıtay ve Sigorta Tahkim Kurulu maluliyet oranının tespiti açısından; 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı ‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa dayanılarak hazırlanan ve 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmî gazetede yayımlanan ‘Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği’nin (8) esas alınması ve buna göre rapor düzenlenmesini istemektedir (9,10).

Bununla birlikte 14.05.2015 tarihli ve 29355 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları ve 26.04.2016 tarih ve 29695 sayılı Resmi Gazetede yayım-

lanarak yürürlüğe giren 6704 sayılı kanun ile 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun 90. maddesinde yapılan değişiklikle; ‘sürekli sakatlık tazminatına ilişkin sakatlık oranının belirlenmesinde, 30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı Resmi Gazetede Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik (11) doğrultusunda hazırlanacak sağlık kurulu raporu dikkate alınmaktadır’ şeklinde ifadeye yer verilmiştir (4,12).

Ülkemizde kullanılan her iki cetvel de ‘travmaya’ özgü düzenlenmemiştir. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, çalışan insanların, mesleğini yapabilmelerini göz önüne alarak düzenlenirken, Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik ise kişilerin pek çok özlük hakları ile ilişkili (özürlü kontenjanından yaralanma, asker malullüğü, bakım, korunma ve rehabilitasyon gereksinimleri, sosyal destek ve yardım hizmetlerinin yürütülmesi, vergi indiriminden yaralanma gibi) özürlülüklerinin belirlenmesi için düzenlenmiştir. İki cetvel de travmatik durumların kişilerde bırakmış olduğu sekellere özgü değildir. Bununla birlikte halen bu iki cetvelden yararlanılarak bir oran verilmektedir.

Günümüzde hasar-danışmanlık şirketlerinin artması ve insanların hak arama konusunda bilinçlenmesi nedeniyle, kaza ve yaralanma durumlarında kalıcı iş göremezlik oranı, geçici iş göremezlik süresi, sürekli bakıma muhtaçlık, tedavi giderleri konusunda rapor talepleri de artmaktadır. Trafik kazası geçiren ve bu kaza sonucu yaralanan kişiler; bu yaralanmadan dolayı kalan sekellerinden dolayı tazminat talep edebilmektedir. Yargıtay; maluliyet-iş göremezlik- oranları için, Adli Tıp Kurumu ya da Üniversite Hastanelerinin Adli Tıp Anabilim Dallarınca ilgili Yönetmelik (Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği) esas alınarak rapor düzenlenmesi gerektiğini hüküm altına almıştır (Yargıtay 17. Hukuk Dairesi, 2015 tarih-2013/18924 Esas, 2014/18243 Esas, 2016/11897 Karar no).

Anabilim Dalımızda 2015 yılından bu yana ilgili kararlar doğrultusunda trafik kazaları sonrası meydana gelen sakatlıklarda meslekte kazanma gücü kaybı oranları için hasta kabul ederek rapor düzenlemeye başlamıştır.

Bu hastaların değerlendirmesinde öncelikle; kaza ile sekel oluşturan yaralanma arasında nedensellik olması, yaralanma sonunda oluşan sekel kalıcı/sürekli olması, dolayısıyla maluliyetin kalıcı nitelik kazanması için iyileşme sürecinin tamamlanmış olması gerekmektedir. Maluliyet derecesinin hesaplanmasında kullanılan cetvellerin de hesabı yapacak olan hekimler tarafından iyi biliniyor olması önemlidir. Yönetmelik ekinde yer alan

arıza ağırlık listeleri, her kişide oluşabilecek farklı klinik durumlara göre karşılaşılan sekel ve kısıtlılıkları tam olarak karşılamadığından, rapor düzenleyen uzmanlar tarafından bazı arızaların ağırlığı takdiren belirlenmekte ve aynı düzeydeki sekelin oranı rapor alınan yere göre farklılık arz edebilmektedir (1,4,13).

Bu çalışmada, Anabilim Dalımızda düzenlenen meslekte kazanma gücü kayıp oranı tespiti raporlarına konu olan olguların demografik verileri yanı sıra, Yönetmelik ekindeki arıza listelerinde bildirilen kısıtlılıkların oranları ile kişilerin klinik durumlarına göre takdir uygulanan olguların verileri değerlendirilmiştir. Hangi arızalara takdir uygulandığı ve takdir oranlarının neler olduğu vurgulanarak, uygulama içinde ilgili Yönetmelik ekindeki cetvellerin kısıtlılıkları tespit edilmeye çalışılmış ve öneriler geliştirmek amaçlanmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına Haziran 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında yaklaşık 1.5 yıllık süreçte trafik kazası sonrası kalıcı sakatlık iddiası ile maluliyet oranının tespiti için başvuran olgular çalışmaya dahil edildi. Sekeli ile başvuruya konu kazası arasında nedenselliği olan 259 olgunun, meslekte kazanma gücü kayıp oranlarının tespit edildiği raporlar geriye dönük değerlendirildi. Raporlarda kayıtlı, yaş, cinsiyet, kaza ile rapor düzenleme arasında geçen süre, arızaların dağılımı, iyileşme süreleri, hangi arızalar için takdir uygulandığı ve takdir oranları irdelendi, literatür eşliğinde tartışıldı. İstatistik veriler SPSS 22 programı kullanılarak çalışıldı, tablo ve grafikler program aracılığı ile yapıldı. Olguların yaşları; 0-19, 20-39, 40-59, 60 yaş ve üstü şeklinde gruplandırıldı. Veri analizinde, yüzde, oran, ortalama değerlerinin verildiği tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Çalışmanın etik kurul izni Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi'nden alınmıştır.

3. Bulgular

Maluliyet raporu düzenlenen 259 olgunun 182'si (%70.3) erkek, 77'si (%29.7) kadındı. İş göremezlik oranı tespiti için gelen olguların en küçüğünün 8, en büyü-

Tablo 1. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş grubu	N	%
0-19	32	12,3
20-39	117	45,2
40-59	81	31,3
60 ve üstü	29	11,2
Toplam	259	100

günün 82 yaşında olduğu görüldü. Olguların 15'i (%5.8) 18 yaşından küçüktü. Tablo 1'de olguların yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Olguların 35'i (% 13.5) Hukuk Mahkemelerinden gönderilmişti, 224'ü (%86.5) özel başvuru ile kabul edilmişti.

Engelli kontenjanından Spor Bilimleri Fakültesine kayıt yaptırmak için başvuran 5 olgu bulunmaktaydı. Diğer olguların hepsi bir trafik kazası sonrası yaralanma nedeniyle başvurmuştu.

Kaza nedeni ile meslekte kazanma gücü kayıp oranı belirlenen olgularda (n=254), kaza tarihi ve son muayene tarihi arasında geçen sürenin dağılımına bakıldığında; en erken 1 ay, en geç 111 ay olduğu görüldü. Raporu yazılan olguların kazadan sonra geçen süreye göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Toplam 21 olguya kaza sonrası ilk altı ay içinde, 57 olguya kaza sonrası 7-12 aylık süre içinde meslekte kazanma gücü kaybı oranı için rapor düzenlenmişti. Geri kalan 181 olgunun başvuru süresinin 12 ayın üzerinde olduğu görüldü. Tablo 3, kazadan sonraki ilk 6 ay içinde raporu düzenlenen olguların arızalarının dağılımını vermektedir. Bu olguların üçünde maluliyete esas alınan 2 arıza mevcut olup, bunların ikisinde Balthazar formülü uygulanmış, 1'inde arızalar aynı temel nedene bağlı olduğundan Balthazar formülü uygulanmamıştır. Dolayısıyla tabloda toplam olgu sayısı 24 olarak görülmektedir.

57 olguda kazadan sonraki 6-12 aylık süre içinde meslekte kazanma gücü kaybı oranı tespiti raporu düzenlendiği görüldü. Bu olguların 36'sında maluliyete esas alınan tek bir arıza, 16 olguda 2 arıza ve 5 olguda 3 farklı arıza mevcuttu. Birden fazla arızası olan olguların 19'unda Balthazar formülü uygulanmış, 2'sinde arızalar aynı temel nedene bağlı olduğundan Balthazar formülü uygulanmamıştı. Kazadan sonraki 6-12 ay içinde raporu düzenlenen olguların arızalarına göre dağılımı Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Kaza tarihi ile meslekte kazanma gücü kayıp oranının belirlendiği son muayene tarihi arasında geçen sürelerin dağılımı.

Geçen süre (ay)	N	%
0-6	21	8,3
7-12	57	22,4
13-18	75	29,5
19-24	39	15,4
25-30	18	7,1
31-36	14	5,5
37 ve üstü	30	11,8
Toplam	254	100

Tablo 3. Kazadan sonraki ilk 6 ay içinde rapor düzenlenen olguların arızalarının dağılımı.

Arıza	n	%
Splenektomi	16	66,7
Tam görme kaybı	2	8,3
Vertebra kompresyon kırığı	2	8,3
Vertebra posterior eleman kırığı	2	8,3
Humerus kırığı	1	4,2
Tibia kırığı	1	4,2
Toplam	24	100

Tablo 4. Kazadan sonraki 6-12 ay içinde raporu düzenlenen olgulardaki arızaların dağılımı.

Arıza	n	%
Tibia-fibula kırığı	16	20,5
Femur kırığı	11	14,1
Vertebra posterior eleman kırığı	10	12,9
Humerus ve/veya radius kırığı	6	7,7
Vertebra kompresyon kırığı	5	6,4
Sinir hasarları	5	6,4
Amputasyonlar	3	3,8
Tam görme kaybı	1	1,3
Aşıl tendon yırtığı	1	1,3
Alt ekstremitede çoklu kırıklar	2	2,3
Pelvis kırığı ve/veya kalça protezi	4	5,1
Hemiparezi	2	2,3
Olecranon kırığı	1	1,3
Patella kırığı	3	3,8
Akciğer kontüzyonu	1	1,3
Klavikula ve/veya skapula kırığı	2	2,3
Geniş skarlar	2	2,3
Talus kırığı	1	1,3
El bilek ve/veya parmak kırığı	2	2,3
Organik akıl hastalığı	1	1,3
Toplam	78	100

Maluliyet raporu düzenlenen 259 olgunun 196'sında temel olarak bir arıza olduğu, 63'ünde ise birden fazla arıza olduğu tespit edilmişti; bunların 50'sinde 2 arıza, 9 olguda 3 arıza, 3 olguda 4 arıza ve bir olguda 5 farklı arıza olduğu görüldü. Birden fazla arızası olan 63 olgunun 53'üne Balthazar formülü uygulanmış, 10 olguda oluşan sekeller aynı temel nedene bağlı olduğundan Balthazar formülü uygulanmamıştı.

Tablo 5. Olguların iyileşme sürelerinin dağılımı.

İyileşme süresi	n
30 gün ve altı (≤ 1 ay)	5
45 gün (1.5 ay)	4
60 gün (2 ay)	29
90 gün (3 ay)	114
120 gün (4 ay)	19
150 gün (5 ay)	4
180 gün (6 ay)	46
210 gün (7 ay)	1
240 gün (8 ay)	1
270 gün (9 ay)	9
300 gün (10 ay)	4
330 gün (11 ay)	1
360 gün (12 ay)	7
365 gün (1 yıl)	5
Toplam	249

Geçici iş göremezlik süresinin -iyileşme süresi- 249 olgu için verildiği görüldü. En kısa iyileşme süresi 20 gün, en uzun iyileşme süresi 365 gün olarak belirlenmişti. Olguların iyileşme sürelerinin dağılımı Tablo 5'de gösterilmiştir.

Engelli kontenjanından Spor Bilimleri Fakültesine kayıt yaptırmak için başvuran 5 olgu dışında, bir trafik kazası sonrasında meslekte kazanma gücü kaybı oranı belirlenen 254 olgunun 222'sinin (% 87.4) ameliyat olduğu tespit edildi. Ameliyat olan 222 olgunun 11'inde kişilerin olay nedeniyle 3 kez ve daha fazla ameliyat olmak zorunda kaldıkları görüldü. Ameliyat olan 222 olgunun 18'inde kırık/kırıkların kaynamaması ya da enfeksiyon gelişimi gibi komplikasyonlar bildirilmişti.

Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'nin eklerinde belirtilen arıza listelerinden; Liste 2 (Göz Arızaları), Liste 6 (Göğüs Hastalıkları), Liste 9 (El Parmakları Arızaları) ve Liste 11 (Karın Hastalıkları Arızaları)' de yer alan arızalar için herhangi bir takdir oranı uygulanmamıştı. Takdir uygulanan olguların; listesi ve aldığı tanımlar, Arıza sıra no, Arıza ağırlık oranı ve kullanılan 'takdir' oranlarının dağılımı Tablo 6, 7 ve 8'de gösterilmiştir. Olgular birden fazla arıza içermektedir, tablolarda her bir arıza tek tek verilmiştir.

Tablo 6. Olguların 1., 2., 4., 6., 7. Arıza Listelerine göre tanıları, arıza ağırlık ölçüsü ve takdir oranlarının dağılımı.

Arıza	n	Arıza Sıra No	D Cetveline göre oran	Takdir ile verilen oran	Takdir Oranı
Liste 1. Baş Arızaları (n:13)					
Anksiyete	2	16 (n:2)	49 (n:2)	25 (n:1) 10 (n:1)	1/2 1/5
Depresyon	2	16 (n:2)	49 (n:2)	5 (n:1) 16 (n:1)	1/10 1/3
Polinöropati	1	14 (n:1)	49 (n:1)		
Spastik paraparezi	1	6 (n:1)	35 (n:1)		
Kraniyektomi	1	1 (n:1)	34 (n:1)		
Hemiparezi	2	6 (n:2)	39 (n:1) 65 (n:1)		
Hemipleji	1	6 (n:1)	62 (n:1)		
Kontüzyocerebri	2	12 (n:2)	49 (n:1) 100 (n:1)		
Organik akıl hastalığı	1	12 (n:1)	49 (n:1)		
Liste 2. Göz Arızaları (n:3)					
Körlük	3	1 (n:2) 11 (n:1)	39 (n:3)	-	
Liste 4. Yüz Arızaları (n:2)					
Anosmi	1	6 (n:1)	14 (n:1)	-	
Malokluzyon ve yüz kemiklerinde kırık	1	1 (n:1)	45 (n:1)	15 (n:1)	1/3
Liste 6. Göğüs Arızaları (n:4)					
Kot kırığı	2	1 (n:2)	10 (n:2)	-	
Akciğer lobektomi	1	1 (n:1)	10 (n:1)	-	
Akciğer kontüzyonu	1	1 (n:1)	10 (n:1)		
Liste 7. Omuz ve Kol Arızaları (n:43)					
Ulna kırığı	2	12 (n:2)	11 (n:2)		
Ulnar sinir hasarı	2	19 (n:2)	51 (n:2)		
Ön kol ampute	1	7 (n:1)	43 (n:1)		
Skapula kırığı	2	2 (n:1) 3 (n:1)	19 (n:1) 34 (n:1)	5 (n:1) 19 (n:1)	1/4 1/2
Radius-ulna kırığı	2	2 (n:1) 12 (n:1)	16 (n:2)	4 (n:1) 9 (n:1)	1/4 1/2
Radius ulna-patella kırığı	1	12 (n:1)	17 (n:1)		
Radial sinir hasarı	3	19 (n:3)	51 (n:3)	10 (n:2) 34 (n:1)	1/10 2/3
Olekranon kırığı	2	12 (n:1) 14 (n:1)	14 (n:1) 20 (n:1)	10 (n:1)	1/2
Radius kırığı	2	12 (n:1) 15 (n:1)	11 (n:1) 19 (n:1)		
Median ve ulnar sinir hasarı	2	19 (n:2)	51 (n:2)	13 (n:1)	1/4
Klavikula kırığı	1	1 (n:1)	3 (n:1)		
Klavikula kırığı (kaynamayan)	2	1 (n:2)	3 (n:2)		
Humerus 1/3 ampute	1	6 (n:1)	80 (n:1)		
Humerus kırığı	16	2 (n:3) 3 (n:8) 12 (n:2) 14 (n:2) 18 (n:1)	7 (n:1) 14 (n:1) 19 (n:10) 20 (n:1) 34 (n:3)	6 (n:1) 9 (n:1) 10 (n:4) 13 (n:3) 14 (n:1)	1/3 1/2 2/3
Humerus ve ulna kırığı	1	3 (n:1)	19 (n:1)		
Skapula ve klavikula kırığı	1	3 (n:1)	19 (n:1)	6 (n:1)	1/3
Omuz çıkığı	1	3 (n:1)	19 (n:1)	6 (n:1)	1/3

Tablo 7. Olguların 8., 9., 10., 11. Arıza Listelerine göre tanıları, arıza ağırlık ölçüsü ve takdir oranlarının dağılımı.

Arıza	n	Arıza Sıra No	D Cetveline göre oran	Takdir ile verilen oran	Takdir Oranı
Liste 8. El ve El Bileği Arızaları (n:16)					
Radius kırığı	9	2 (n:9)	16 (n:8) 23 (n:1)	4 (n:2) 5 (n:4) 8 (n:1) 11 (n:2)	1/4 1/3 1/2 2/3
Ulna kırığı	1	2 (n:1)	16 (n:1)	5 (n:1)	1/3
Skafoid kırığı	1	2 (n:1)	16 (n:1)	4 (n:1)	1/4
Skafoidpsödoartrozu	1	3 (n:1)	14 (n:1)		
Radius-ulna kırığı	2	2 (n:2)	16 (n:2)	4 (n:1)	1/4
Radius kırık-ulna çıkığı	1	2 (n:1)	16 (n:1)	5 (n:1)	1/3
Lunatum çıkığı	1	2 (n:1)	13 (n:1)		
Liste 9. El parmakları Arızaları (n:10), *dominant el farkı nedeniyle oran farkı olan olgular					
1. parmak DP* amputasyonu	2	1 (n:2)	22 (n:1) 20 (n:1)		
2. parmak DP amputasyonu ve 3. parmak distal artrodezi	1	10 (n:1)	7 (n:1)		
5. parmak kırığı, 5 parmak PP* kırığı	2	5 (n:2)	5 (n:1) 4 (n:1)		
4.-5. parmak MKP* ankilozu	1	15 (n:1)	13 (n:1)		
Metakarp kırığı (4)	4	10 (n:1) 12 (n:1) 16 (n:2)	7 (n:1) 9 (n:1) 17 (n:1) 29 (n:1)		
Liste 10. Omurga Arızaları (n:46)					
1 vertebra kompresyon kırığı + 1 vertebra kırığı	1	1 (n:1)	31 (n:1)		
1 vertebra kompresyon kırığı + spondilolistezis	3	1(n:2) 2 (n:1)	10 (n:1) 37 (n:1)	11 (n:1)	1/3
1 vertebra kompresyon kırığı	12	1 (12 olgu)	19 (n:9) 26 (n:2) 35 (n:1)	14 (n:2) 22 (n:1)	1/2 1/3
2 vertebra kompresyon kırığı	2	1(n:2)	19 (n:1) 31 (n:1)		
1 vertebra parçalı kırığı	22	1 (n:22)	14 (n:11) 19 (n:9) 24 (n:1) 26 (n:1)	14 (n:1) 22 (n:1)	1/2 2/3
2 vertebra parçalı kırığı	4	1 (n:4)	14 (n:2) 19 (n:1) 24 (n:1)		
Skolyoz	1	5 (n:1)	24 (n:1)		
1 vertebra posterior kırığı	1	1 (n:1)	14 (n:1)	7 (n:1)	1/2
Liste 11. Karın Hastalıkları ve Arızaları (n:24)					
Splenektomi	21	21 (n:21)	19 (n:21)		
Kolesistektomi	1	2 (n:1)	5 (n:1)		
Nefrektomi	1	4 (n:1)	29 (n:1)		
Hemikolektomi	1	2 (n:1)	19 (n:1)		

Tablo 8. Olguların 12. ve 14. Arıza Listelerine göre tanıları, arıza ağırlık ölçüsü ve takdir oranlarının dağılımı.

Arıza	n	Arıza Sıra No	D Cetveline göre oran	Takdir ile verilen oran	Takdir Oranı
Liste 12. Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızaları (n:156)					
Aşıl tendon yırtığı	1	28 (n:1)	14 (n:1)	9 (n:1)	2/3
Ayak bileği ankilozu	1	27 (n:1)	19 (n:1)		
Ayak bileği dorsofleksiyon kısıtlılığı	1	28 (n:1)	14 (n:1)		
Ayak bileği planterfleksiyon %50'den az	1	27 (n:1)	14 (n:1)		
Ayak bileğinden amputasyon	1	13 (n:1)	29 (n:1)		
3-5. Parmak ampütasyonu	1	16 (n:1)	19 (n:1)		
Diz içi bağ lezyonu	1	23 (n:1)	24 (n:1)		
Dizde fleksiyon kısıtlılığı	1	22 (n:1)	14 (n:1)		
Bilateral kalça çıkığı	1	34 (n:1)	24 (n:1)		
Femurbaşı total protez	1	11 (n:1)	44 (n:1)		
Femur boyun kırığı parsiyelprotez	2	11 (n:2)	34 (n:2)		
Femur kırığı	36	6 (n:1)	3 (n:2)	6 (n:7)	1/3
		10 (n:1)	5 (n:9)	7 (n:1)	1/2
		11 (n:2)	7 (n:5)	9 (n:2)	2/3
		20 (n:2)	9 (n:1)	10 (n:2)	
		22 (n:9)	14 (n:7)	19 (n:1)	
		32 (n:9)	19 (n:9)	20 (n:1)	
		34 (n:8)	25 (n:1)		
35 (n:4)	34 (n:1)				
		44 (n:1)			
Femur kırığı psödoartroz	2	10 (n:2)	44 (n:2)		
Femur kırığı ve total kalça protezi	3	11 (n:3)	34 (n:1) 44 (n:2)		
Femur +patellakırığı	3	22 (3 olgu)	14 (n:1) 20 (n:1) 29 (n:1)		
Fibulakırığı	6	32 (n:6)	5 (n:6)		
Kalkaneuskırığı	2	18 (n:2)	9 (n:2)		
Menisküs ve bağ yırtığı	1	22 (n:1)	24 (n:1)		
Metatars eksikliği ve şekil bozukluğu	1	19 (n:1)	14 (n:1)		
Metatars+medialmalleolfraktürü	1	28 (n:1)	14 (n:1)		
Osteomyelit	1	39 (n:1)	65 (n:1)		
Patellakırığı	5	22 (n:4)	5 (n:1)		
		31 (n:1)	14 (n:2) 19 (n:2)		
Pelviskırığı	11	1 (n:3)	9 (n:3)	4 (n:1)	1/2
		2 (n:1)	19 (n:2)	6 (n:1)	1/3
		6 (n:4)	29 (n:4)	10 (n:1)	
		7 (n:1)	34 (n:1)	19 (n:1)	
		34 (n:2)	39 (n:1)		
Bilateraltibia kırığı	1	32 (n:1)	9 (n:1) 19 (n:1)		
Diz altı ampütasyon	1	12 (n:1)	49 (n:1)		

Siyatik sinir hasarı	3	38 (n:2) 45 (n:1)	47 (n:1) 49 (n:2)		
Sol patella ve sağ tibia kırığı	1	22	19		
Talus Kırığı	2	28 (n:1) 37 (n:1)	10 (n:1) 19 (n:1)		
Tibia Kırığı	31	22 (n:13) 27 (n:3) 28 (n:3) 29 (n:1) 32 (n:9) 33 (n:2)	5 (n:9) 11 (n:3) 14 (n:13) 19 (n:5) 21 (n:1)	7 (n:2) 9 (n:1)	1/2
Tibiakırığı, pnömosefali	1	16 (n:1)	7 (n:1)		
Tibiakırığı+femurkırığı	4	22 (n:3) 32 (n:1)	5 (n:1) 14 (n:2) 19 (n:1)		
Femur + tibia + patella kırığı	1	22 (n:1)	24 (n:1)		
Tibiapsödoartrozu	2	33 (n:2)	24 (n:2)		
Tibia+fibula kırığı	21	22 (n:3) 27 (n:2) 28 (n:4) 32 (n:8) 33 (n:2) 37 (n:2)	5 (n:7) 6 (n:1) 7 (n:2) 11 (n:2) 14 (n:7) 19 (n:1) 30 (n:1)	7 (n:1) 9 (n:1) 10 (n:1)	1/2 1/3
Tibia + humerus Kırığı	1	22 (n:1)	14 (n:1)		
Yumuşak doku travması	1	22 (n:1)	14 (n:1)		
Alt ekstremitede kısalık	1	20 (n:1)	5(n:1)		
Liste 14. Deri Arızaları ve Yanıklar (n:3)					
Kafada atrofik skar	1	1 (n:1)	11 (n:1)	5 (n:1)	1/2
Sağ diz greft onarımı	1	1 (n:1)	11 (n:1)	3 (n:1)	1/4
Yüzün tamamında skar dokusu	1	1 (n:1)	11 (n:1)		

4. Tartışma

Anabilim Dalımıza meslekte kazanma gücünden kayıp oranının tespiti için başvuran olguların değerlendirilmesinde 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği ve eklerinden yararlanılmıştır (8). Meslekte kazanma gücünden kayıp oranları; kişinin yaşına, mesleğine ve tespit edilen sekellerin klinik durumuna bağlı olarak değişmektedir.

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında Haziran 2015 -Aralık 2016 arasında yaklaşık 1.5 yıllık periyotta sürekli /kalıcı iş göremezlik açısından raporu düzenlenen 259 olgunun %70.3'ü erkek, %29.7'si kadındır. Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da erkek cinsiyette oranın yüksekliği göze çarpmaktadır (1,2,14-16). Van'da yapılan bir çalışmada olguların 2/3'ünden fazlasının erkek olduğu (1), İstanbul'da

yapılan bir başka çalışmada 16 olgunun 14'ünün erkek olduğu bildirilmiştir (2). Bu durum erkeklerin motorlu araç kullanımında ve iş hayatında daha çok yer almaları ve daha riskli davranış göstermeleri ile açıklanabilir. Engelli kontenjanı nedeniyle başvuru yapan 5 olgu dışında kalan 254 (%98) olgu bir trafik kazası sonrası sekel kaldığı iddiası ile başvurmuştur. Van'da yapılan çalışmada maluliyet için başvuran olguların %91.6'sını trafik kazaları oluşturduğu (1), Hilal ve ark'nın (17) yaptığı çalışmada olguların %98.3'ünün trafik kazası nedenli yaralandığı bildirilmiştir.

Olgular yaş gruplarına göre incelendiğinde; en fazla olgunun (%45,2) 20-39 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Benzer çalışmalarda da 20-39 yaş arası olguların sayıca fazlalığı vurgulanmıştır (1,14-18). Bu yaş grubunun aktif çalışma hayatı içinde daha fazla yer aldığı, motorlu araç kullanımının sayıca fazla olduğu, bu yaş

grubunda tecrübe eksikliğinin ve riskli davranış göstermenin daha fazla olduğu düşünülmüştür.

Kaza ile son muayene tarihi arasında geçen sürelerin değerlendirmesinde; olguların büyük çoğunluğunun (%29.5) olaydan sonraki 13-18 aylık dönem içinde başvurduğu görülmüştür (Tablo 2). Kazanma gücü kaybı/iş göremezlik kaybı oranı belirlenmesi için iyileşme sürecinin tamamlanması beklenmektedir (1,4,15). Adli Tıp Kurumu, tedavi süreci tamamlanma şartı olarak 18 ayı içtihat olarak uygulamalarına sokmuştur (15). Ancak bazı durumlarda çok daha erken sürede iş göremezlik oranları verilebilmektedir. Böyle durumlarda ortopedi, fizik tedavi ve nöroloji uzmanı gibi uzman hekimlere tedavi sürecinin tamamlanıp tamamlanmadığı, süreç içinde hastanın daha fazla iyileşmesinin beklenip beklenmediği sorularak karar verilmelidir. Acar ve ark.'nın (19) yaptığı çalışmada kırık sekeli sonrası fizik tedavi uygulanan hastaların önceki ve sonraki maluliyet değerlerinin karşılaştırılması yapılmış ve fizik tedavi sonrası 21 olgunun —fizik tedaviye devam edemeyen 2 olgu dışında— maluliyet oranlarının azaldığı saptanmıştır. Bazı olgularda klinik durumun özelliği gereği (ampütasyonlar, organın tamamının çıkarılması gibi) 18 aylık iyileşme sürecinin beklenmesi gerekmemektedir.

Olguların büyük çoğunluğu (%86.5) özel başvuru ile iş göremezlik oranı talep etmiştir. Geri kalan az bir olgu (% 13.5) ise Hukuk Mahkemeleri tarafından gönderilmiştir. Mahkemelerin genellikle uyuşmazlık durumlarında olgu yönlendirdiği görülmüş olup, özel başvuru sayısındaki fazlalık ise özel hasar danışmanlık şirketlerinin çoğalmasına bağlanmıştır.

Çalışmamızda iş göremezlik raporu düzenlenen olgularımızın %24.3'ünde (n:63) birden fazla arıza mevcut olup, bunların 53'ünde ilgili Yönetmeliğin 24. maddesi çerçevesinde Balthazar formülü uygulanmış, 10'unda ise (e) fıkrasında belirtildiği üzere listelerde ayrı ayrı gösterilen arızalar, listelerdeki hastalık veya arızanın tabii sonucu olarak değerlendirildiğinden Balthazar formülü uygulanmamıştır. Çalışmada Balthazar formülü uygulanma oranı %20.5 olarak bulunmuştur. Konya'da yapılan tez çalışmasında olguların %19.4'ünde birden fazla arızası olduğu ve Balthazar yapıldığı belirlenmiştir (4).

Çalışmamızda kaza sonrası ilk 6 ayda içinde değerlendirilmesi yapılan olguların arızalarına bakıldığında (Tablo 3); olguların çoğunluğunu splenektomi ve tam görme kaybı gibi iyileşme süresi beklenmesine gerek olmayan durumlar ile ilgili Yönetmelik ekindeki cetvellerde sekel bırakmadan iyileşen kemik kırıkları olduğu görülmüştür. Kaza sonrası 6 ila 12 aylık süre içinde değerlendirmesi yapılan olguların arızalarına bakıldığında ise (Tablo 4); benzer arızalar yanı sıra ilgili alanlardan uzmanların gö-

rüşleri doğrultusunda daha fazla iyileşme beklenmeyen arızalar olduğu tespit edilmiştir.

Raporlarda kalıcı/sürekli iş göremezlik oranları yanı sıra geçici iş göremezlik süresi de verilmiştir. Geçici iş göremezlik süresi 249 olgu için verilmiş ve bu olguların %45.8'inde bu sürenin 90 gün olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 5). Geçici iş göremezlik süreleri; arızanın çeşidi, fizyolojik kemik iyileşme süresi, komplikasyon gelişip gelişmediği, kişilerin kaç kez operasyon geçirdikleri, yaş gibi etkenler bir arada değerlendirilerek belirlenmiştir. Çalışma kapsamındaki olgularımızın %87.4'ünün (n:222) kaza nedeniyle ameliyat olduğu, ameliyat olan olguların %5'inin 3 veya daha fazla kez ameliyat olmak zorunda kaldığı, %8'inde kırık kaynamasında sorunlar ya da enfeksiyonlar gibi çeşitli komplikasyonlar olduğu saptanmış ve bu durumlar geçici iyileşme süreleri belirlenirken dikkate alınmıştır. Arızalar aynı olsa dahi araya giren komplikasyonlar nedeniyle bu sürelerin kişiden kişiye değişebileceği göz önüne alınmalıdır. Bu konuda ortak bir uygulama birliği için çalışmalar yapılmalıdır. Konya'da yapılan tez çalışmasında iyileşme süreleri belirlenirken yaş ve fizyolojik kemik iyileşme sürelerinin dikkate alındığı bildirilmiş, iyileşme sürelerinin 15 gün-36 ay arasında değiştiği, olguların %45,8'inde iyileşme süresinin 6 veya 9 ay olarak hesaplandığı bildirilmiştir (4). Aynı çalışma olguların %67.8'inin olay nedeniyle ameliyat olduğunu da belirtmiştir.

Tablo 6-7 ve 8 olguların arıza listelerine göre tanımlarını, arıza ağırlık ölçülerini ve takdir oranlarının olgu sayısına göre dağılımını vermektedir. Bu çalışmada toplamda 73 olgudaki arızalara (%23.1) takdir uygulanmıştır. Gürbüz'ün çalışmasında (4) olguların %23.5'ine bir takdir oranı verildiği bildirilmektedir. Çalışma hangi oranlarda takdir uygulandığını vermiş, en fazla 2/3 oranında oranın azaltıldığını bildirmiştir. Hilal ve ark.'nın (17) çalışmasında olguların %21.7'sinde kısıtlılığı tam karşılayan bir madde olmaması nedeniyle takdir uygulandığı vurgulanmıştır. Kaya ve ark.'nın (20) çalışmasında ise takdir uygulama oranı olguların %35.8'i için bildirilmiştir.

Çalışmamızda takdir uygulanan tanılara bakıldığında (Tablo 6,7,8); en fazla takdir uygulanan bölgeler; omuz, dirsek, kalça, vertebra ile yüz bölgesinde sabit eser niteliğinde skar dokuları ve travma kaynaklı ruhsal bozukluklar olmuştur.

Hilal ve ark.'nın (17) çalışmasında benzer şekilde takdir uygulanan vücut bölgeleri omuz (%38.1), kalça (%15.4) ve el bileği (%8.4) olarak bildirilmiştir.

Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'nin eklerinde belirlenen arıza listesinde bazı arızaların tam karşılığı bulun-

mamakta ya da kişilerin klinik durumları ve sekellerinin/ kısıtlılıklarının ağırlık düzeyleri farklılıklar gösterebilmektedir. Bu durumlarla karşılaşan hekimler oran belirlerken takdir hakkını kullanmaktadır. Ancak bu durum aynı sekelerde ve aynı klinik durumda bile hekimden hekime farklı takdir oranları şeklinde karşımıza çıkabilmektedir (4,17,20,21). İlgili Yönetmelikte farklı klinik durumları gözeterek şekilde oranlar belirlenmemiştir, farklı klinik bulgularda oranların hangi sekel düzeyinde olacağı net değildir. Bu konuda uygulama birliğine, güncel tedavi yaklaşımları düşünülerek arıza ağırlık cetvelinin yenilenmesine ve adli tıp ve branş hekimlerinin birlikte yürüteceği çok kapsamlı bir çalışmaya ihtiyaç olduğu kanısındayız.

Çalışmamız kapsamında kalıcı iş göremezlik oranı vermede kullandığımız 'Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'ndeki meslekte kazanma gücü kayıp oranı tespit cetvelleri Ek-3'te arıza ağırlık ölçüsünü gösteren arızalar ile ilgili takdir oranı uyguladığımız sekeller tek tek irdelenecek olursa;

- Çalışmamızda 2 olgu 'anksiyete' ve 2 olgu da 'depresyon' tanıları almıştır. İlgili Yönetmelik eklerinde mevcut arıza listelerinde Liste 1- Baş Arızalarında her iki hastalık da yer almamaktadır. Bu liste kapsamında bu hastalıklar tarafımızdan Arıza Sıra No: 16 'Nevrotik bozukluk, kişilik bozuklukları ve başka psikotik olmayan ruhsal bozukluklar' kapsamında, 'Nevrotik bozukluklar' alt sınıfında 'Tedavi ile çalışma olanağı veren' arızalara dahil edilmiştir. Olguların klinik durumları ve işlevsellik düzeylerine göre oranlara 1/3 ve 1/4 oranlarında takdir uygulanmıştır. Benzer şekilde özellikle travmalar sonrası en sık karşılaşılan ruhsal tanılardan olan Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısının da cetvelde yer almamasını ve işlevsellik düzeyine göre oranların net olmamasını sık karşılaşılan sorunlu alanlardan biri olarak düşünmekteyiz. Gürbüz (4) de alışmasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısını sorunlu tanılardan biri olarak bildirmiştir.
- Yine çalışmamızda 1 olguda mevcut yüz kemik kırıkları nedenli gelişmiş 'maloklüzyon' sekeli yer almaktadır. Bu sekel tarafımızdan Liste 4- Yüz Arızaları- Arıza Sıra No: 1 'Çiğneme ve konuşmayı ileri derecede güçleştiren alt ve üst çene kırık sekeli' kapsamında değerlendirilmiş ve kişinin maloklüzyon derecesi, çiğneme düzeyi ve konuşma düzeyine göre 2/3 oranında indirim yapılarak takdir uygulanmıştır. Benzer şekilde yüz arızalarında diş kayıpları da bütün dişlerin kaybı şeklinde oranlanmıştır. Oysa ki birden fazla alveol kaybı olduğunda cetvelde belirlenmiş oran,

klinik durum için yüksek kalmaktadır. Bu arızalar için de klinik duruma ve işlevsellik düzeylerine göre oranların net olmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Yüz arızaları arasında; anosmi (koku alma duyusu kaybı) olan bir olgumuz bulunmaktadır. Listede Arıza sıra no: 6'da 'Koklama ve tatma duyularının azalması' arızasının arıza ağırlık ölçüsü 10 olarak belirlenmiştir. Koklama ve tatma duyularının azalması olan hiposmi sekeli listelerde yer alırken, koku alma duyusunun tam kaybı olan anosmi sekeli listelerde yer almamaktadır. Benzer şekilde duyu bozuklukları arasında koku ile ilgili kokuyu sürekli kötü bir şekilde algılama gibi farklı klinik durumlar da söz konusu olabilmektedir. Böylece durumlar için daha net oranlara ihtiyaç vardır. İlgili uzmanlık alanınca konsültasyon ve testlerle 'anosmi' tespit edilen olgumuz, en yakın karşılığı olarak Arıza sıra no:6 kapsamında değerlendirilmiş ve herhangi bir takdir oranı uygulanmamıştır.

- Liste 7- Omuz ve Kol arızaları bölümünde 22 olguya takdir oranı uygulandığı görülmüştür. Omuz çıkığı, skapula kırığı, radius ulna kırığı, olakranon kırığı, humerus kırığı, klavikula kırığı gibi tanılarımız sonucu meydana gelen omuz eklemde hareket kısıtlılık oranları ekli listelerde yer almamaktadır. Tarafımızdan omuz eklemde hareket kısıtlılığı ya da ankiloza neden olan durumlar Arıza sıra no: 2 (omuz eklem ankilozu) ya da Arıza sıra no 3: Omuz ve kolda çalışmayı zorlaştıran tendosinovit, bursit kapsamında değerlendirilmiş ve eklemde yarattığı hareket kısıtlılığının derecesine göre azaltılarak takdir uygulanmıştır. Ekli listeler de omuz amputasyonlarının yer almaması da bir başka sorun olarak karşımıza çıkabilmektedir. Yine Omuz-Kol arızaları içinde sinir yaralanmalarına bağlı paraliziler yer almakta ancak sinir yaralanmalarına bağlı –motor – duysal–birleşik hasarlar için ve hasarın düzeyine göre ayrı ayrı bir oran yer almamaktadır. Bu nedenle N. Radialis, N. Medianus ve N. Ulnaris yaralanması olan toplam 4 olgumuzda cetvelde bildirilen arıza ağırlık ölçülerinde klinikleri düzeylerine göre oranlar azaltılarak takdir uygulanmıştır.
- Liste 8: El Bileği ve El Arızalarında; radius kırığı, ulna kırığı, ön kol çift kırığı, radius kırığı-ulna çıkığı nedeniyle gelişen farklı klinik durumlar için 13 olguya takdir uygulanmıştır. Liste 9- el parmak arızaları kapsamında ise takdir uyguladığımız bir olgu bulunmamaktadır.
- Liste 10: Omurga arızaları kapsamında; vertebrada kompresyon kırığı olan 6 olguya ve vertebra posterior eleman kırığı (transvers proçes kırığı) olan 1 olguya takdirendir indirim uygulanmıştır. Cetvelde kompresyon kırıklarının düzeylerinin netleşmesi yanı sıra bel-

boyun hareket açıklıklarının da değerlendirilebileceği şekilde eklem hareket açıklıklarının net bir şekilde karşılığı olmasına, olguların klinik durumlarına göre net oranların verilebileceği şekilde düzenleme yapılmasına ihtiyaç olduğu kanısındayız.

- En fazla takdir uygulanan bir başka liste ise Liste 12- Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızaları olmuştur. Aşıl tendon yırtığı, femur kırığı, pelvis kırığı, tibia kırığı, tibia-fibula kırığı nedenli gelişen farklı klinik durumlar için 25 olguya takdir uygulanmıştır. Liste 12'de 'Tibi-anın, fibulanın veya krurisın iyileşmiş, komplikasyonsuz kırıkları' bir sekele neden olmasa da cetvelde yer almıştır. Birçok olgu sekel olmasa dahi sadece bu kemik kırıkları nedenli bir maluliyet oranı alabilmektedir. Buna karşılık aynı listede vücudun en büyük kemiği olan 'femur kırığı' ise tibia-fibula kırıkları gibi tek başına oranlanmamıştır. Çalışmamızda 19 olguya tibia ya da tibia- fibula komplikasyonsuz kırıkları nedenli oran verilirken, 9 olguya ise femur komplikasyonsuz kırığı cetvelde yer almamasına rağmen kıyasen aynı arıza ağırlık ölçüsünden (Liste 12-Arıza sıra no:32) oran verilmiş ve olguların kliniği ölçüsünde takdir uygulanmıştır.
- Benzer şekilde listelerde tibia ve fibulanın angulasyonu arızasına yer verilirken, femur angulasyonu arızasına yer verilmediği görülmektedir. Femur kırığı nedenli meydana gelebilecek olan sekeller (kalça eklem hareket kısıtlılıkları, ankilozu, angülasyon, yürüme bozuklukları, atrofi ve kısalıklar gibi) listede net olarak yer almadığı için femur kırıkları aynı zamanda Arıza sıra no 34 kapsamında (kalça (trokanter) ve bacakta çalışmayı etkileyen tenosinovitler, bursitler, periositler) kapsamında değerlendirilmiştir. Bu kapsamda değerlendirilen 10 olgumuza klinikleri oranında takdir uygulanmıştır.
- Takdir uyguladığımız bir başka liste de Liste 14: Deri Arızaları ve Yanıklar listesi olmuştur. Kafada atrofik skar olan bir olguya ve sağ dizde greft onarımı yapılan bir olguya Arıza sıra no; 1, (vücut yüzeyinin % 10'unu kaplayan keleoid hipertrofik skar) kapsamında ve skarın kapladığı alanın da yanık alanının genişliğinde kullanılan dokuzlar kuralı baz alınarak, kıyaslama yapılmış ve takdire indirim uygulanmıştır. Yüzün tamamını kaplayan skarı olan bir olgumuzda ise takdir uygulanmamıştır. Yüz yaralanmaları özellikle yüzde sabit iz yaratacak nitelikte yaralanmalarsa, kişinin iş sürekliliğini ve iş bulmasını etkilemesi açısından değerlendirmeye aldığımız olgular olmuştur. Diğer yandan, ameliyat nedeniyle kişilerde oluşabilecek skarlar bir sekel olarak değerlendirilmemekte ve oranlara dahil edilmemektedir.

Ülkemizde kalıcı iş göremezlik oranlarının tespitinde kullanılan 'Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği' aslında iş kazaları ve meslek hastalıkları için hazırlanmış olmasına rağmen bu oranların hesaplamasında kullanılacak başka bir yönetmelik bulunmadığı için trafik kazaları ve diğer kazalar sonucu gelişen arızaların tespiti için de kullanılmaktadır.

Bir başka özür oranı tespiti yapılan cetvel olan; 'Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik' ise kişilerin pek çok özlük hakları ile ilişkili özürlülüklerinin belirlenmesi için düzenlenmiştir. Yaralanmalardan çok kişiler bir bütün olarak değerlendirilip, yaş ve mesleği dikkate alınmadan özür oranları belirlenmektedir. Kullanılan iki cetvel de travmatik durumların kişilerde bırakmış olduğu sekeller özgü değildir.

5. Sonuç

Çalışmamızda takdire ya da kıyasen indirim yapılan sekellerin ilgili Yönetmeliğin sorunlu alanları olduğunu düşünmekteyiz. Tespit ettiğimiz sorunlu alanlardan farklı sorunlar olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (4,16,17,20,21). Uygulamada aynı sekelerde ve aynı klinik durumda bile hekimden hekime farklı takdir oranları olabilmektedir. Maluliyet oranlarının hesaplanmasında bir standardizasyona ihtiyaç vardır. Bu nedenle Yönetmelikte belirtilen arızaların farklı klinik durumlar için net bir şekilde hesaplanılabilmesi, daha anlaşılır bir dille hazırlanması, muayene ve yorum farklılıklarına izin vermemesi için güncellenmesi gerektiği kanısındayız. Adli tıp ve diğer uzmanlık alanlarından hekimlerin birlikte yürüteceği, ortak bir yaklaşımın geliştirileceği çok kapsamlı bir çalışmaya ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

1. Hekimoğlu Y, Gümüş O, Kartal E, Etlı Y, Demir U, Aşirdizer M. Maluliyet Oranlarının Yaş ve Cinsiyet İle İlişkisinin Değerlendirilmesi. Van Tıp Derg 2017; 24(3): 173-181. DOI: 10.5505/vtd.2017.53244.
2. Ünal V, Ünal E., Yener Z, Çetinkaya Z, Çağdır S. Fark Hesabına Dayalı Maluliyet Oranı Tespiti. Turkish J Fam Med Primary Care. 2015;12(2):37-46.
3. World Health Organization. Disability Prevention and Rehabilitation. Geneva: World Health Organization; Technical Report Series 668, Geneva 1981.
4. Gürbüz V. 2013-2016 yılları arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından yazılan maluliyet raporlarının değerlendirilmesi, ülkemizdeki ve dünya çapındaki kıyaslamaları. Uzmanlık Tezi. Danışman Şerafettin Demirci, Konya, 2017.
5. ILO, Özürlülerin Mesleki Rehabilitasyonu, Tavsiye no:99,1995.

6. TUİK 2015 yılı raporu: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaber-Bultenleri.do?id=21611>, (Erişim tarihi: 20.12.2017).
7. TUİK 2016 yılı raporu: www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24606. (Erişim tarihi: 20.12.2017)
8. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 11.10.2008 Resmi Gazete Sayısı: 27021. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.12511&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>. (Erişim tarihi: 20.12.2017).
9. Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Kanun Numarası: 5510 Resmi Gazete: Tarih: 16/6/2006 Sayı: 26200 . <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf>. (Erişim tarihi: 20.12.2017).
10. Ongun AC. Trafik ve İş kazasında Yargıtay uygulamaları ile aktüeryal tazminat hesaplamaları. http://www.tbtegitim.com/dokuman/ekutuphane_trafikveiskazasinda.pdf. (Erişim tarihi 22.12.2017).
11. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete, Sayı: Sayı: 28603, tarih: 30.03.2013. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330-4.htm>. Erişim tarihi 22.12.2017).
12. 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz Ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete: Kabul no: 6704, Kabul tarihi: 14.04.2016. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/04/20160426-11.htm>. (Erişim tarihi 22.12.2017).
13. Cantürk G. Maluliyet raporlarında yaşanan sorunlar. In: Hancı İH, Ünver Y, editors. III. Sağlık Hukuku Kongresi Kongre Kitabı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2006: p. 29-40.
14. Birgen N, Okudan M, Inancı MA, Okyay M. İş Kazasına Bağlı Olgularda Maluliyet Oranı Hesaplanması : Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni. 1999;4(3):101-8. DOI: 10.17986/blm.199943374
15. Ünal V, Yurtseven A, Erdoğan M, Anolay N, Ünal E., Balcıoğlu F. Travma Sonrası Meydana Gelen Alt Ekstremitte Amputasyonlarında Etiyoloji ve Maluliyet Değerlendirilmesi Adli Tıp Bülteni. 2016;21(1):31-8. DOI: 10.17986/blm.2016116598
16. Buluş E, Menkü ŞF, Delil Ş, Özkara Ç, Yeni SN. Maluliyet Belirlenmesi Amacıyla Hastanede Yatırılan Epilepsi Hastalarına Yaklaşım. Epilepsi 2015;21(1):29-33. DOI: 10.5505/epilepsi.2015.54227.
17. Hilal A, Akgündüz E, Kaya K, Yılmaz K, Çekin N. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına Gelen Maluliyet Raporlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni. 2017;22(3): 189-193. .DOI: 10.17986/blm.2017332032
18. Sözen Ş, İnce H, Dikici F, Diraçoğlu D, İnce N. Maluliyet (Meslekte Çalışma Gücü Kayıplarının) Hesaplanması. Klin Gelişim. 2009;22(19):122-5.
19. Acar K, Ardıç F, Toraman F. Kırık Sekeli Nedeniyle Fizik Tedavi Gören 21 Olgunun Adli Tıp Açısından İrdelenmesi. Adli Tıp Bülteni. 1996;1(2):64-7.
20. Kaya A, Meral O, Erdoğan N, Aktaş EÖ. Maluliyet Raporlarının Düzenlenmesi: Anabilim Dalımıza Başvuran Olguların Özellikleri. Adli Tıp Bülteni, 2015;20(3):144-151. DOI: 10.17986/blm.2015314259.
21. Hilal A. Maluliyet Hesaplamalarında Karşılaşılan Sorunlar. Adli Tıp Bülteni, 2016; 21(2). DOI: 10.17986/blm.2016220387