



fit for work



the work foundation

Sağlıklı İşgücü - Türkiye

Kas İskelet Sistemi Hastalıkları ve Türk İş Gücü Pazarı

Tatiana Quadrello

Stephen Bevan

Robin McGee



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ



1. Özet	5
2. Giriş	9
2.1 İş gücü sağlığı Türkiye’de neden önemlidir?	9
2.2 KİSH’ler: Avrupa Bağlamı	12
2.3 Çalışmanın Amaçları	12
2.4 Tanım üzerine bir not	14
2.5 Raporun yapısı	14
3. Türkiye’de Çalışma ve KİSH’ler	15
3.1 Kısıtlı bir veri tablosu	15
3.2 KİSH’lerin çalışabilme üzerindeki etkisi	17
3.3 İş yerinin KİSH’ler üzerindeki etkisi	25
3.4 KİSH’lerin daha geniş ekonomik ve sosyal etkisi	28
3.5 Özet	33
4. Müdahaleler	35
4.1 Erken müdahale durumu	35
4.2 İşe bağlı maluliyeti olanlar için sosyal sigorta rejimi	37
4.3 Soruna özgü müdahaleler	39
4.4 Biyopsikososyal model ve iş	42
4.5 İşverenlerin rolü	44
4.6 Özet	47
5. Sonuçlar ve Öneriler	48
5.1 İşverenler için öneriler	48
5.2 Çalışanlar için öneriler	50
5.3 GP’ler için öneriler	51
5.4 İş ve işçi sağlığı profesyonelleri için öneriler	51
5.5 Hükümet için öneriler	52
Referanslar	53
Ek 1 – Uzmanlarla görüşmeler ve konsültasyon	60
Ek 2 - Kıyaslamalı tablolar	61

Kutucuk, Şekil ve tabloların listesi

Kutu 1: Spesifik olmayan KİSH'leri yönetme prensipleri	45
Şekil 1: RA'da iş maluliyetine uygulanan ICF modeli	42
Tablo 1: Spesifik olmayan KİSH'ler için intrensek risk faktörleri özeti	25
Tablo 2: KİSH, RA ve bel ağrısı ile ilişkili doğrudan maliyetler	31

1. Özet

Türkiye son 20 yıl içinde, açık ve rekabetçi piyasalara dayanan bir büyüme stratejisine geçmiştir. 2001 yılında ekonomide birbirini takip eden “canlanma ve çöküş” döngülerinin en şiddetli şekilde gerçekleşmesinden sonra temel bir mali, parasal ve kurumsal reform paketi uygulamaya konmuştur. Ancak tekrarlayan makroekonomik istikrarsızlıklar büyüme eğilimini yavaşlatmıştır ve Türkiye şu anda, “kriz sonrası iyileşmeden” başarılı çıkışlarla sürdürülebilir yüksek büyüme yolu arasındaki zor geçiş döneminde bulunmaktadır. Resmi istihdamın önündeki engellerin azaltılması ve kadınların iş gücü pazarına katılımının teşvik edilmesi Türkiye'nin önümüzdeki yıllarda karşılaşacağı en büyük zorluklardan biridir. Bu hassas ve kırılabilir geçiş döneminde iş gücü verimliliğini maksimuma çıkarma ve iş gücünün ekonomide yukarı yöndeki çıkıştan tam olarak yararlanmasını sağlama zorunluluğu daha da artmıştır. Ancak 2002 yılında nüfusun %12.3'ünde maluliyet vardı ve bunların %9.7'sinde kronik bir hastalık bulunmaktaydı; kronik hastalığı olan erkeklerin %53'ü ve kadınların %93'ü iş gücünde yer almamaktaydı. Tek başına işsizliğin sağlık açısından kötü olduğu, işte kalmanın ve işe tekrar rehabilite olmanın fiziksel sağlığı, psikolojik iyilik durumunu olumlu bir şekilde etkilediği ve kişileri yoksulluk sınırının dışına çıkardığı yönünde ağır basan kanıtlar vardır. Türkiye kendi kurumlarında reform yapma konusunda ilerlerken, hastalığı veya uzun dönemli sorunları bulunan kişilerin dikkate alınmasını sağlamak da önemlidir.

'Sağlıklı İşgücü' Çalışması

24 Avrupa ülkesindeki ve diğer ülkelerdeki daha geniş bir çalışma programının bir parçası olan bu proje kas-iskelet sistemi hastalıklarının (KİSH) binlerce Türk çalışanın çalışma hayatı üzerinde sahip olduğu etkiyi, çalışanların aldıkları tedavinin ve desteğin yeterliliğini, işteki deneyimlerini, çalışanların sorunlarının aileleri ve iş arkadaşları üzerindeki etkisini ve ilgili insani ve finansal maliyetleri ayrıntılı bir şekilde incelemiştir. Biz özellikle sırt ağrısı ve işle ilgili üst ekstremiteler (kol) bozuklukları (work-related upper limb disorders, WRULD) - çoğunlukla spesifik olmayan ve kısa süreli ağrı ve iş göremezlik epizotları ile karakterize olan iki bozukluk grubu - ve genellikle ilerleyici ve giderek artan bir şekilde iş göremez hale getiren spesifik sorunlar olan romatoid artrit (RA) ve spondilartropati (SpA) ile ilgilendik. Bu KİSH'ler ve iş gücü pazarına katılım arasındaki ilişki ile ilgili en son akademik ve uygulamacı araştırmalarının incelemesini yaptık ve bu alanda kabul edilmiş uzmanlarla görüşmeler gerçekleştirdik.

KİSH'lerin Türk İş Gücü Üzerindeki Etkisi

KİSH'ler sadece bireysel anlamda değil, aynı zamanda toplamda kişilerin çalışabilmesi üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. KİSH'ler hep birlikte, binlerce Türk çalışanın verimliliğini ve iş gücü pazarına katılımını etkilemektedir. Kanıtlar şunları düşündürmektedir:

- Sırt ağrısı Türkiye'de çok yaygın bir şikâyettir; ancak bunun prevalansı ile ilgili iyi veriler sistematik bir şekilde toplanmamıştır. Farklı çalışmalarda farklı çalışan kategorilerine bakılmış ve sırt ağrısının diğer kas iskelet sistemi şikâyetlerinden çok daha yaygın olduğu saptanmıştır. Türkiye'de sırt ağrısının yaşam boyu, 12 aylık dönemdeki ve nokta prevalansı sırasıyla %44.1, %34 ve %19.7'dir.

- Türk çalışanlarının %33.5'i işlerinin boyunlarında, omuzlarında ve üst ekstremitelerinde kas ağrısına sebep olduğunu bildirmektedir.
- Genel Türk popülasyonunda RA prevalansı %0.36 ile %0.38 arasındadır ve kadın:erkek oranı 3.7:1'dir. RA hastanın yaşam kalitesi ve mental sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir ve Türk toplumuna toplam maliyetinin yılda hasta başına 5.533 Avro olduğu hesaplanmaktadır.
- Türkiye'nin batısında SpA'ların prevalansının %1.05 olduğu ve kadınlarda erkeklerdekinden daha yüksek bir prevalans bulunduğu (sırasıyla %1.22'ye karşılık %0.88) hesaplanmış, buna karşın AS prevalansı %0.49'a eşit olarak bildirilmiştir. Türkiye'de AS'li hastaların ortalama emeklilik yaşı 36 ± 4.2 'dir.

Bunlara ve diğer KİSH'lere bağlı iş göremezliğin ve ağrının etkileri, bir kişinin işteki performansını aşağıdakiler de dahil olmak üzere çeşitli yönlerden etkileyebilir:

- Dayanıklılık;
- Bilişsel kapasite veya konsantrasyon;
- Mantıklılık / Duygudurum
- Hareketlilik;
- Çeviklik.

KİSH'li kişilerin kendi sorunlarıyla ilgili depresyon veya anksiyete problemlerinin olası olduğu giderek netleşmektedir. Bu durum sorunun şiddetini, kişinin işte kalabilmesini, işten uzakta geçirilen sürenin uzunluğunu ve rehabilite edilebilme kolaylığını etkileyebilir. Araştırmalar pratisyen hekimlerin (GP), işverenlerin ve hatta KİSH'li kişilerin bile “stresin” fiziksel iş göremezlik şiddeti üzerindeki etkisini tam olarak kavrayamadıklarını düşündürmektedir. **Biyopsikososyal** sağlık modeli, **biyolojik** (örneğin hastalık, zorlanma, eklem hasarı vb), **psikolojik** (örneğin yatkınlık, anksiyete vb) ve **sosyal** (örneğin iş talepleri, aile desteği vb) arasındaki etkileşimin üzerinde durmakta ve bazı KİSH'lerin sebeplerini değerlendirmenin, tedavi ve yönetimi planlamanın ve rehabilitasyonu iş yerine yaklaştırmanın faydalı bir yolunu sunmaktadır. Ancak bu, olması gerektiği kadar yaygın bir şekilde benimsenmemiştir, çünkü fiziksel semptomların ötesine bakmak pek çok GP ve işveren için güç olmaktadır.

İş hem sebep, hem de şifa olabilir. İşin fiziksel koşulları kas iskelet sistemi semptomlarına sebep olabilirken veya bu semptomları şiddetlendirebilirken, kişi üzerindeki sonuç (iş devamsızlığı ve maluliyet) psikososyal faktörlerle şiddetli bir şekilde ilişkili olmaktadır. Kanıtlar, işin pek çok sorunun kötüleşmesini durdurabildiğini ve KİSH'lerin iyileşmesine yardımcı olabildiğini düşündürmektedir. Ancak birçok GP ve işveren yanlış bir şekilde, her türlü işe dönüşün planlanmasından önce KİSH'li çalışanların %100 iyi olmasının şart olduğuna inanmaktadır.

Geleceğe bakıldığında, yaşlanan iş gücü ile ilgili öngörülerle, genel popülasyonda obezitedeki artışla, egzersizdeki ve fiziksel aktivitedeki ve genel form durumundaki azalmayla KİSH'lerin insidansının ve etkilerinin orta ve uzun vadede şiddetlenmesi ve iyileşmek yerine kötüleşmesi olası görünmektedir. Bunun pek çok Türk çalışanın çalışma yaşamı kalitesini etkileyeceğinden ve Türk iş gücünün üretken kapasitesinin en üst seviyede olmasına ihtiyaç duyduğumuz bir dönemde olumsuz yönde etkileneceğinden endişe duyuyoruz.

Ne yapılabilir?

KİSH'li çalışanların çalışma yaşamlarını iyileştirmek istiyorsak GP'lerin, işverenlerin, çalışanların ve hükümetin odaklanması gereken 5 ana prensip vardır.

- **Erken müdahale şarttır.** Ağır basan kanıtlar, işten uzakta geçen uzun dönemlerin KİSH'li hastalar için genellikle kötü olduğu yönündedir ve bu kişiler işten ne kadar uzak kalırlarsa geri dönmeleri de o kadar zor olmaktadır. Tercihen GP'ler, hastalar ve işverenleri arasındaki işbirliği ile erken harekete geçilmesi, KİSH'li kişilerin işlerini sürdürebilmelerine ve kişinin mola verme ihtiyacı ile çalışma ihtiyacı arasında bir denge sağlamalarına yardımcı olabilmektedir. Bazı KİSH hastaları için fizyoterapiye veya ilaç tedavilerine erken erişim sorunun şiddetini, etkisini veya ilerlemesini azaltabilirken, tanı veya tedavide gecikme iyileşmeyi, işte kalmayı veya rehabilitasyonu çok daha zorlaştırabilir. Ekonomik iyileşme sağlandığında – ki bu kesinlikle olacaktır – Türkiye ekonomisi bu iyileşmenin beceri sahibi, motive olmuş ve sağlıklı çalışanların kısıtlı sayıda olması nedeniyle engellenmesini kaldıramayacaktır.
- **İş göremezlik üzerine değil yeterlilik üzerine odaklanılmalıdır:** İşverenler ve çalışanlar, KİSH'lerin etkilerini gerçekte olduğundan daha ciddi veya dayanılmaz olduğunu düşünerek KİSH'leri “felaket haline getirebilirler”. KİSH'leri olan çalışanların çoğu, kendilerine olanak tanınması durumunda işe büyük bir katkıda bulunmaya devam ederler. İşe dönmeleri için %100 uygun durumda olmalarına gerek yoktur – biraz farklı açıdan bakılması, yöneticilerin KİSH'li çalışanlara kendilerini destekleyen ve tam verimli kapasiteye geri dönüş yolculuğunda kendilerine destek olan yararlı bir iş sunmalarına izin verecektir.
- **Yenilikçi iş tasarımı rehabilitasyon için anahtardır.** Yöneticiler, KİSH'lerin kötüleşmesinin önlenmesine yardımcı olmak veya KİSH'li kişilerin işte kalmalarına ya da işe dönmelerine yardımcı olmak için işin organize edilme şeklini değiştirebilirler (fiziksel düzenlemelerdeki veya çalışma saati düzenlemelerindeki basit değişiklikler de dahil olmak üzere). Bunu iş kalitesini koruyacak, aşırı veya zarar verici iş taleplerinden kaçınacak ve ergonomik iyi uygulamalara özen gösterecek bir şekilde yapmaları gerekir.
- **Fiziksel semptomların ötesini düşünün.** Klinisyenler, biyopsikososyal modellerle ilgili anlayışlarını ve biyomedikal modelin hastanın tanı ve tedavisindeki ve – en önemlisi –işin bir kişinin aktif kalmasına ve izolasyondan kaçınmasına yardımcı olmada oynayabileceği rolle ilgili değerlendirmelerini akılda tutmalıdır. İdeal durumda, GP'lerin konumu pek çok KİSH'nin

erken belirtilerini tanımlayacak şekilde belirlenir. Uygun olan durumlarda, GP'ler sorunun kontrol altına alınabilmesi için hastalarını mümkün olduğu kadar erken bir şekilde uzman ekiplere sevk etmeye çalışmalıdır.

- **KİSH'lerin doğrudan ve dolaylı maliyetlerini değerlendirin.** Türk hükümetinin KİSH'lerin klinik ve iş gücü pazarı üzerindeki etkisini daha “bütünsel” bir şekilde değerlendirebilmesine ve takip edebilmesine imkân sağlamak için KİSH'lerin sosyal, ekonomik ve iş üzerindeki etkilerini değerlendirecek biraz daha iyi ölçütlere ihtiyacımız vardır.

Bu raporda sunulan kanıtlar, Türkiye’de çalışma çağındaki bulunan kişilerin büyük bir bölümünün kas iskelet sistemi sorunlarından (KİSH’lerden) doğrudan etkilendiğini veya önümüzdeki yıllarda etkileneceğini göstermektedir. Bu durumun söz konusu kişiler ve aileleri için çok ciddi sosyal ve ekonomik sonuçları olabilir, toplam iş gücünü ve Türk sanayiini oluşturan bileşenlerin üretken kapasitesini engelleyebilir ve hem sağlık sisteminden hem de sosyal yardım rejiminden büyük kaynaklar çekebilir.

Türkiye’de KİSH sorununun niteliği, yaygınlığı ve sonuçları konusunda önemli klinik, epidemiyolojik, psikolojik ve ekonomik kanıtlar ve uzman görüşleri bulduk. Bununla birlikte, **çalışan olarak KİSH hastalarına** odaklanan uyumlu veya “bütünsel” bir düşünce ve eylem hâlâ yok gibi görünmektedir. Bütün KİSH’ler için geçerli biyopsikososyal modeli savunanların sayısı giderek artarken, KİSH’li çalışanların iş gücü pazarına katılımlarını yerine getirmeleri üzerinde en fazla etkisi olan kişilerin bu modelin prensiplerini henüz tam olarak benimseyebilecekleri ölçüde benimsemediklerini fark ettik.

2. Giriş

2.1 İş gücü sağlığı Türkiye’de neden önemlidir? Türkiye son 20 yılda açık ve rekabetçi piyasalara dayanan bir büyüme stratejisine başarılı bir şekilde geçmiştir. 2001 yılında ekonomide birbirini takip eden “canlanma ve çöküş” döngülerinin en şiddetli şekilde gerçekleşmesinden sonra temel bir mali, parasal ve kurumsal reform paketi uygulamaya konmuştur. 2002–2007 döneminde olumlu bir uluslararası ortamla ve AB ile müzakerelerin başlamasıyla desteklenen hemen hemen %7’lik bir ortalama büyüme hızının başarılmaması OECD ortalamasının yakalanması süreci için iyi bir başlangıç oluşturmuştur. Enflasyon azalırken tarımdan çıkışların arasında sanayi ve hizmetlerde çok sayıda iş yaratılmıştır. %6’lık birincil bir mali Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) fazlası birkaç yıl boyunca sağlanabilmiş, kamu borçları aşağı çekilmiş ve sürdürülebilir bir yola konmuştur. Ancak tekrarlayan makroekonomik istikrarsızlıklar büyüme eğilimini yavaşlatmıştır ve Türkiye şu anda, “kriz sonrası iyileşmeden” başarılı çıkışlarla sürdürülebilir yüksek büyüme yolu arasındaki zor geçiş döneminde bulunmaktadır (OECD, 2008). Resmi istihdamın önündeki engellerin azaltılması ve iş gücü pazarına kadın katılımının teşvik edilmesi Türkiye’nin önümüzdeki yıllarda karşılaşacağı en büyük zorluklardan biridir. Hane Halkı İş Gücü Anketinden¹ alınan rakamlar, Mayıs 2009’da Türkiye’de 71 milyonun üzerindeki bir toplam nüfus içinde yaklaşık olarak 3.4 milyon kişinin işsiz olduğunu ve 26 milyondan fazla kişinin iş gücü içinde yer almadığını göstermektedir. Bunların yaklaşık 12 milyonunun ev hanımı olduğu saptanmıştır.

Beceriler, eğitimler ve nitelikler dışında iş gücü verimliliğinin en önemli itici güçlerinden biri iş gücü sağlığı ve iyiliğidir. İş gücünün sağlığının ve iyilik durumunun iyileştirilmesi, Avrupa Hasta Hakları Sözleşmesinde² belirtildiği gibi kişilerin tıbbi bakım hizmetlerine ve tedaviye erişim haklarını kısıtlamadan sağlık masraflarını azaltmak anlamına gelmektedir. Aynı zamanda meslek hastalıklarının tazmin edilmesi için yapılan sosyal masrafları, iş verimliliğini artırma, özel ve kamuya ait istihdam yaratan organizasyonların rekabet gücünü artırma, çalışanların deneyim kaybını önleme ve yeni çalışanları işe alma ve eğitime maliyetlerini azaltma anlamına da gelmektedir. Elbette sağlık durumunda ciddi bir bozulma veya kronik hastalık yükünün zarar verici olumsuz sosyal sonuçları ve etkileri de olabilir.

¹<http://www.turkstat.gov.tr/>

²http://www.activecitizenship.net/images/stories/media/EuropeanCharter/carta_ing_def.pdf

Bu hassas ve kırılgan geçiş döneminde iş gücü verimliliğini maksimuma çıkarma ve iş gücünün ekonomide yukarı yöndeki çıkıştan tam olarak yararlanmasını sağlama zorunluluğu daha da artmıştır. Türkiye kendi kurumlarında reform yapma konusunda ilerlerken, hastalığı veya uzun dönemli sorunları bulunan kişilerin dikkate alınmasını sağlamak birçok sebepten dolayı önem taşımaktadır.

İlk olarak, işsizlik ve iş kaybının kişiler için finansal ve sağlıkla ilgili ciddi sonuçları vardır. Çalışmalar, işlerini kaybedenlerde fiziksel ve mental iyilik durumu açısından aylarca sürebilen yaygın kötüleşmeler meydana geldiğini göstermiştir (Armstrong, 2006; Brinkley, Clayton, Coats, Hutton, ve Overell, 2008).

İkincisi, iş kaybının iş gücünün sadece en kırılgan parçaları üzerinde, özellikle de maluliyet veya uzun dönemli ya da kronik bir sağlık sorunu bulunan kişiler üzerinde, odaklanmaması gerekir. İş gücü pazarından ayrılmaları durumunda tekrar anlamlı bir iş bulabilme şanslarının ciddi ölçüde azaldığını bildiğimizden dolayı, bu çalışanlar için işte kalmayı iyileştirme yollarının bulunması hayati bir önem taşımaktadır.

Üçüncü olarak, iyileşme sağlandığında – ki bu kesinlikle olacaktır – Türkiye ekonomisi bu iyileşmenin beceri sahibi, motive olmuş ve sağlıklı çalışanların kısıtlı sayıda olması nedeniyle engellenmesini kaldıramayacaktır. Bu raporda büyük oranda üzerinde odaklanılan nokta bu son noktadır.

Diğer pek çok gösterge, Türk iş gücünün öngörülebilir bir gelecek için politika belirleyiciler ve işverenler açısından önemli bir öncelik olarak kalmaya devam edeceğini düşündürmektedir:

- 2002'de nüfusun %12.3'ünde maluliyet bulunmaktaydı. Bunların %9.7'sinde kronik bir hastalık vardı³
- 2002'de kronik hastalığı olan erkeklerin %53'ü ve kadınların %93'ü iş gücü içinde yer almamaktaydı.⁴
- 2002'de 50 – 59 yaş arasındaki her 4 kişiden yaklaşık olarak birinde kronik bir hastalık vardı ve bu oran kadınlarda, erkeklerde olduğundan çok daha yüksekti (sırasıyla %30'a karşılık %19).⁵

³2002 Disability Survey <http://www.turkstat.gov.tr/>

⁴2002 Disability Survey <http://www.turkstat.gov.tr/>

⁵2002 Disability Survey <http://www.turkstat.gov.tr/>

- 2007'de istihdam edilen erkeklerin %3.9'u ve kadınların %3'ü işle-İlgili bir sağlık problemi yaşamıştır.⁶
- 2007'de kadınların sadece %8.3'ü ve erkeklerin %11.7'si, sağlık durumlarından çok memnun oldukları düşüncesindeydi.⁷
- Türk nüfusunun %2'si mental bir bozuklukla yaşamaktadır (DSÖ, 2005).
- Erkeklerin %11'i ve kadınların %32'si obezdir (DSÖ, 2005)
- 2005 yılında Sosyal Güvenlik Kurumlarına göre, meslek kazalarının ve hastalıklarının sebep olduğu iş göremezlik gün sayısı 52.301 olmuştur. En yüksek iş göremezlik gün sayısına sahip olan sektör inşaat sektörü olmuştur.⁸
- 2005'te hastalık izinlerinin %18.6'sı sağlık sebeplerine bağlı olarak gerçekleşmiş; ortalama izin süresi 4.8 gün iken Avrupa'da ortalama süre 4.6 gün olmuştur (Parent-Thirion, Fernandez Macias, Hurley ve Vermeylen, 2007)
- Sağlıkla ilgili kamu harcamalarının GSMH'ye oranı %4.1'e eşitken bu oran OECD ülkelerinde %6.5'tir (OECD, 2009).
- 2005'te maluliyet ve hastalık programları ile ilgili masrafların GSMH'ye oranı sırasıyla %0.1 ve %0.0'a eşitti. OECD ülkelerinde bu rakamlar %1.2 ve %0.8 idi.⁹

Bu veriler, Türk nüfusunun sağlığına ve iyilik durumuna çok az kaynak yatırımının yapıldığını düşündüren endişe verici bir senaryo çizmektedir. Türkiye'de KİSH'lerle ilgili verilerin çok az olmasına ve KİSH'lerle ilişkili maluliyet oranları, hastalık izinleri ve iş göremezlik gün sayısı konusunda bir veri bulunmamasına karşın, diğer ülkelerdeki verilerden bu sorunların kişiler ve içinde buldukları toplumlar için ciddi bir yük olduğunu biliyoruz. KİSH'lerle ilgili artan farkındalık, erken tespit, önleme ve erken müdahale sadece hastalığı olan kişilerin korunması ve bu kişilerin tam ve verimli bir çalışma yaşamı sürmelerine imkân sağlamak için değil, aynı zamanda hastalık ve maluliyet tazminatlarının ekonomik yükünü azaltmak için de önemle tavsiye edilmektedir.

⁶2007 Household Labour Force Survey, <http://www.turkstat.gov.tr/>

⁷Life Satisfaction Survey, <http://www.turkstat.gov.tr/>

⁸Social Security Statistics, <http://www.turkstat.gov.tr/>

⁹<http://www.oecd.org/els/social/expenditure>

2.2 Avrupa Birliği (AB) bağlamında, işle ilgili KİSH'lerin prevalansı ve etkisi konusunda Avrupa Komisyonu'nda ve sosyal ortaklar arasındaki endişeler yıllardan beri giderek artmaktadır. Kronik kas iskelet sistemi ağrısının Avrupa'da 100 milyon kişiyi etkilediği hesaplanmıştır (Veale, Woolf ve Carr, 2008). KİSH'ler AB'de 40 milyondan fazla çalışanı etkilemekte ve AB ülkelerinde işle ilgili hastalıkların yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Topluma maliyetinin gayri safi milli hasılanın (GSMH) %2.6 ile %3.8'i arasında olduğu hesaplanmıştır. Avrupa Vakfı (Parent-Thirion, Fernandez Macias, Hurley ve Vermeylen, 2007) tarafından yayınlanan Dördüncü Avrupa Çalışma Şartları Anketi (EWCS) AB'deki çalışanların %24.7'sinin sırt ağrısı yaşadığını ve %22.8'inde kas ağrısı olduğunu göstermiştir. Nitekim Avrupa Komisyonu da hesaplamalarında KİSH'lerin 3 gün veya daha uzun süren bütünü hastalık izinlerinin %49.9'unu oluşturduğunu ve kalıcı iş göremezliğin %60'ından sorumlu olduğunu belirtmektedir. Avrupa'nın, bilgiye dayalı ekonomisinin iyileşebilmesi ve ABD ile Asya'nın büyümekte olan ekonomileriyle yarışabilmesi için AB iş gücünün sağlığı ve verimliliği politikada öncelikli olarak ele alınmalıdır. Bu rapor Türkiye'ye daha geniş olan bu AB bağlamında bakmakta ve Türkiye'nin nerelerde iyi iş çıkardığı ve nerelerde zorluklarla karşılaştığı konusunda değerlendirme yapmaktadır.

2.3 Bu proje daha özel olarak, aşağıdaki soruların her birini ele almaya çalışmıştır:

Çalışmanın Amaçları

1. Türkiye'de KİSH'lerin istihdam ve ekonomik performans üzerindeki etkisi nedir? Gelecekte demografik özellikler, iş gücü ve yaşam tarzı değişiklikleri bağlamında ne şekilde değişmesi olasıdır?
2. İş ve KİSH'ler arasındaki ilişki nedir? İş yeri faktörlerinin KİSH üzerindeki etkileri de dahil olmak üzere biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler nasıl bir etki yaratmaktadır?
3. İşverenlerin, devlet organlarının, pratisyen hekimlerin (GP) ve iş ve işçi sağlığı profesyonellerinin KİSH'leri iş yeri bağlamında anlama ve ele alma düzeyi nedir? Sağlık sektörü bu sorunların söz konusu olduğu kişilere erken müdahale, rehabilitasyon ve diğer destekleri sunma konusunda ne derecede donanımlıdır?
4. KİSH'leri olan kişilerin a) işlerinde kalabilmeleri, b) bu kişilerin çalışma yaşamlarının kalitesinin ve topluma olan katkılarının maksimum düzeye çıkarılması ve c) bu kişilerin istihdama erişimlerini (ve tekrar geri dönme yollarını) koruyabilmeleri için politika belirleyiciler ve işverenler hangi erken müdahaleleri gerçekleştirebilir?

Biz, yukarıda ana hatlarıyla verilen amaçları ele alırken aşağıdaki yaklaşımları uyguladık:

1. Masa başı araştırması: Bu çalışmada, tıp, iş ve işçi sağlığı ve sağlık ekonomisi literatüründe bulunan yayınlanmış araştırmalardan yararlandık. Bu yöntem, KİSH'lerin niteliği, yaygınlığı, etkisi ve işverenler ve kişiler açısından Türk ekonomisine maliyetleri ile ilgili kanıtlardan bir arada yararlanmamıza imkân vermiştir.

Etkilerinin değişme derecesini ve politikaların ve uygulamaların önleme ve müdahale konusunda zayıf ve güçlü olduğu noktaları değerlendirmek için çeşitli KİSH'leri inceledik.

2. İkincil veri analizi: Türkiye'de çalışma çağındaki nüfusta KİSH'lerin prevalansını ve maliyetlerini incelemek için yurt içindeki ve Avrupa'daki çalışmalara ait verileri kullandık.
3. Uzman görüşmeleri: Politika belirleyiciler, sağlık profesyonelleri ve işverenler tarafından ele alınması gereken başlıca politika ve uygulama alanlarını tanımlamak için çeşitli disiplinlerden Türk uzmanlarla (farmakoekonomi, romatoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve ergonomi alanındaki uzmanlar da dahil olmak üzere) görüşmeler yaptık.

Geniş tabloya ek olarak, araştırmanın odak noktasını belirlemek amacıyla 4 KİSH kategorisi üzerinde yoğunlaşmayı seçtik. Bunlar aşağıda belirtilmiştir:

- Sırt ağrısı;
- İşle ilgili üst ekstremita (kol) bozuklukları (WRULD)
- Romatoid artrit (RA);
- Spondilartropati (SpA).

Sırt ağrısı ve WRULD'lerin büyük bir kısmı, sıklıkla işin sebep olduğu veya iş etkisiyle şiddetlenen, spesifik olmayan ve epizodik sorunlar olarak kategorize edilir. Bu sorunlar çok farklı şekillerde ortaya çıkar ve bireysel çalışanın işini yapabilmesini etkileyebilen şiddetli rahatsızlık ve iş göremezlik dönemlerine sebep olabilirler. Uzun dönemler boyunca hafifleyen bir seyir de gösterebilirler. Bu tür sorunları (örneğin sırt ağrısı) olan kişilerin çoğu hiçbir zaman tedavi için başvurmaz ve büyük kısmı kendi kendine iyileşir; ancak hastalıkları ciddi bir iş gücü veya verim kaybına sebep olabilir. Sırt ağrısı ve WRULD'ler çoğunlukla iş ve işçi sağlığı ve güvenliği kılavuzlarına ve literatürüne dahil edilir. Bu sorunlarla tipik olarak iş ve işçi sağlığı pratisyenleri ilgilenmektedir.

Diğer yandan, RA ve SpA işin sebep olmadığı ancak işin etkisiyle daha kötü hale gelen ve genellikle iş ve işçi sağlığı alanının dışındaki pratisyen hekimlerin ve uzmanların ilgilendiği spesifik ve ilerleyici romatizmal hastalıklardır. Bu hastalıklar, tedavi edilmedikleri takdirde geniş ölçüde öngörülebilir bir şekilde ilerleyen, klinik olarak tanı konan sorunlardır. İşteki fonksiyonel kapasite üzerinde ve uzun dönemde iş gücü pazarına katılım üzerinde anlamlı etkileri olabilir. Bu sorunları bulunan kişilerin çoğunda uzun bir dönem boyunca klinik müdahaleler gerekir ve çalışma çağındaki kişilerde bu sorunların yönetimi klinisyenlerin, işverenlerin ve iş ve işçi sağlığı profesyonellerinin sık ve aktif katılımını içermelidir.

Bu KİSH'ler hep birlikte, çok sayıdaki Türk çalışanın herhangi bir zamanda bildirebildikleri sorunların etkilerini göstermektedir. Bu sorunların etkileri, işte kalmanın ne derecede yararlı olduğu ve bu sorunların etkilerinin geçirilebilmesi için nelerin yapılabileceği konusundaki anlayışımızın gelişmesi anlamlı sosyal ve ekonomik yararlar sağlayabilir.

2.4 Tanım üzerine bir not

Birçok KİSH'nin klinik tanımı ile ilgili bir görüş birliğinin mevcut olmaması, KİSH'lerin prevalansı, insidansı, teşhisleri, epidemiyolojisi, tedavisi ve Türk toplumuna maliyeti konusunda literatür taraması yapılmasını zorlaştırmaktadır. KİSH'lerin terminolojisi ve sınıflandırılması ile ilgili bir standardizasyonun ve doğrulamanın olmaması, literatürde bu sorunların teşhisleri, epidemiyolojileri, tedavileri ve rehabilitasyonları ile ilgili birbirine zıt bulguların saptanmasının sebeplerinden biridir (DSÖ Bilimsel Grubu, 2003). Bazı klinisyenler 'kas iskelet sistemi sorunları' ile 'kas iskelet sistemi hastalıkları' arasında ayırım yapmaktadır. Bunlardan ilki kas iskelet sistemini etkileyen bütün sorunları ifade etmektedir, ikincisi ise "kas iskelet sisteminin işte ortaya çıkan ve iş yaparken rahatsızlığa, güçlüğü veya ağrıya sebep olan her türlü sorunu" anlamına gelen ve ETUI'den (Avrupa Ticaret Birliği Enstitüsü, 2007) alınan bir terimdir.

Türkiye'de Tıbbi Meselelere ilişkin Sosyal Sigorta Mevzuatı, meslek hastalıkları kayıtlarında sadece aşağıdaki KİSH'leri içermektedir:

- Vibrasyonun sebep olduğu kas, eklem hasarları ve anjiyonörotik bozukluklar;
- Eklem bursalarının sürekli lokal basıya bağlı hastalıkları;
- Aşırı yüklenmeye bağlı tendon, tendon kılıfı ve periost hastalıkları (tenosinovit ve periostit);
- Çalışma yerlerinde menisküs hasarları;
- Sinirlerin sürekli lokal basıya bağlı paralizisi (genellikle yüzeydeki motor sinirlerin);
- Kas krampları.

Bu listenin 1980 yılında Türk kanunları kapsamına alınmasından bu yana başka herhangi bir güncelleme olmamıştır.

2.5 Raporun yapısı

Bu rapor aşağıdaki şekilde yapılandırılmıştır:

- Bölüm Üç, Türkiye'de KİSH'lerin yaygınlığını ve verimlilik ve işe devam üzerindeki, iş gücü pazarına katılım üzerindeki ve daha geniş olarak Türk ekonomisi üzerindeki etkilerini incelemektedir.
- Bölüm Dört, KİSH'leri bulunan kişilerde mesleki rehabilitasyon da dahil olmak üzere işte kalmayı ve iş gücü pazarına katılımı iyileştirebilen müdahale aralığını incelemektedir.
- Bölüm 5 işverenler, çalışanlar, GP'ler, iş ve işçi sağlığı profesyonellerini ve Türk hükümeti için önerilerimizi ortaya koymaktadır.
- Ek 2 Sağlıklı İşgücü Çalışması'nda yer alan ülkelerin her biri için iş gücü pazarını, sosyal yardım sistemini ve sağlık sistemini kapsayan birçok göstergenin sunulduğu bir karşılaştırma çerçevesi sağlamaktadır.

3. Türkiye’de Çalışma ve KİSH’ler

Bu bölüm, Türkiye’de KİSH’lerin çalışma çağındaki kişiler üzerindeki etkisi hakkında bildiklerimizi ortaya koymaktadır. Bu konunun bulunduğu Türk kaynaklarına ait verileri, araştırmaları ve görüşme kanıtlarını kullanmakta ve hem şu andaki hem de gelecekteki Türk çalışanlarının, ailelerinin, işverenlerinin ve nihayetinde devlet dairelerinin karşılaştığı zorlukların bir tablosunu çizmektedir. Bu bölümde dört ana mesele ele alınmaktadır:

1. Türkiye’de KİSH’lerle ilgili verilerin yetersizliği ve bunun sonuçları;
2. KİSH’lerin kişinin çalışabilmesi üzerinde sahip olduğu etki;
3. İşin KİSH’ler üzerinde sahip olduğu etki;
4. Türkiye’de KİSH’lerin daha geniş ekonomik ve sosyal etkileri.

Önce verilerin kalitesine bakalım.

3.1 Kısıtlı bir veri tablosu

Bu konudaki bazı girişimlere karşın Türkiye’nin çalışma çağındaki nüfusunda KİSH’lerin yaygınlığının ölçülmesi yine de güç olmaktadır. Sosyal Güvenlik İstatistikleri¹⁰ meslek hastalıklarından etkilenen kişilerin sayısı ve cinsiyeti ile ilgili bazı rakamlar sağlamaktadır, ancak meslek hastalığının tipini veya bu hastalıktan etkilenen vücut kısmını (işle ilgili yaralanmalarda olduğu gibi) ya da söz konusu soruna bağlı iş göremezlik günlerinin sayısını açıklamamaktadır. Ayrıca, bildirilen rakamlar o kadar düşüktür ki (2005 yılında tüm Türkiye’de 519 tanı konmuş meslek hastalığı olup bunların 513’ü erkeklerde ve 6’sı kadınlardaydı) Anlaşmaların ve Önerilerin Uygulanması Uzman Komitesi (CEACR), Türkiye Ticaret Birliklerinin kayıt sisteminin yetersizliği hakkında ifade ettiği endişelerin ışığı altında yakın bir zaman önce Türk hükümetinden ulusal meslek hastalıklarını tanıma sisteminin işletilmesi ile ilgili ayrıntılı bilgiler sunmasını istemiştir.¹¹

Resmi istatistiklerin dışındaki diğer veri kaynakları, işle ilgili olan ve olmayan KİSH’ler hakkında yapılan az sayıdaki birkaç epidemiyolojik çalışmadan ibarettir. Ancak bu, tam ve kapsamlı olmaktan uzaktır ve çok sayıda sonuca yol açmaktadır:

¹⁰http://www.turkstat.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=3&ust_id=1

¹¹<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/pdconv.pl?host=status01&textbase=iloeng&document=9719&chapter=6&query=Turkey%40ref&highlight=&querytype=bool>

- KİSH’lerin ekonomik sonuçları, verimlilik üzerindeki etkileri veya ulusa, çalışanlara ve ailelerine olan maliyetleri hakkında net bir görüş sahibi olmak mümkün değildir.
- Olasılık dahilinde olduğu üzere Türk iş gücünün ortalama yaşının artmasıyla KİSH’lerin prevalansı da artarsa, bugün için iyi bazal verilerin bulunmaması gelecekte KİSH’lerin etkisini öngörmeyi çok zorlaştıracaktır.
- Verilerin yetersiz ve kötü oluşu, Türk işverenlerini veya Türk politika belirleyicilerini harekete geçmeye mecbur kılacak bir durum oluşturmayı zorlaştırmaktadır.
- Türk iş gücünde KİSH’lerin yaygınlığı veya etkileri ile ilgili güvenilir veya kapsamlı veriler yoksa klinik, iş gücü pazarı ve iş yeri ile ilgili müdahalelerin yararlarının tümü KİSH’lerin ölçülmesini (veya bunlar hakkında kanaat geliştirilmesini) zorlaştırmaktadır.

Buna karşın, İş Vakfı Türkiye’de KİSH’lerin önümüzdeki yıllarda bir politika önceliği olması için kuvvetli savlar öne sürmeye yetecek derecede kanıtlar bulunduğundan emindir.

Bu konuda bildiğimiz, AB’ye üye ülkelerle karşılaştırıldığında Türk iş gücünün nispeten daha yüksek bir oranda düzenli sırt ağrısı veya kas ağrısı bildirdiğidir (Avrupa Yaşama ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2007). Bazı OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında Türkiye’de daha genç bir nüfusun olmasına karşın ve bu eğilimin yıllar içinde aynı kalacağını öngörülmesine karşın Türk nüfusu yaşlanacaktır. OECD’nin tahminlerine göre, Türkiye’de 2050 yılı itibariyle yaşlı bağımlılık oranı %40’a ulaşacaktır.¹²

Yaş dağılımları daha ileri yaşlarda olan ekonomilerden elde edilen tecrübeler, KİSH’lerin yükünün anlamlı ekonomik ve sosyal sonuçlarının olabileceğini göstermektedir. Türkiye, bazı yorumcuların “yeterince anlaşılmayan bir pandemi” olarak adlandırdıkları olgunun gelecek yıllarda hemen hemen kesin olan büyümesini beklemeye ve yönetmeye hazır olmalıdır (Avrupa Ticaret Birliği Enstitüsü (ETUI), 2007).

¹²<http://www.oecd.org/dataoecd/4/24/38148786.pdf>

3.2 KİSH’lerin çalışabilme üzerindeki etkisi KİSH’lerin bireyler ve çalışabilme yetileri üzerindeki etkileri kişiden kişiye anlamlı bir şekilde farklılık gösterir. Bağlı iş maluliyetini ölçme teşebbüsleri veri toplama yöntemlerine, katılımcı seçimine ve iş maluliyeti tanımlarına göre değişir. İş maluliyeti çoğunlukla işin sonlanmasını, azalmış çalışma saatlerini veya maluliyet tazminatlarının talep edilmesini ifade eder. Bu hesaplamalar nadiren iş esnasındaki verimlilik kaybını kapsamaktadır.

KİSH’ler, açıklanmasının pek çok kişi tarafından olanaksız görüldüğü, işi kısıtlayıcı nitelikteki ağrıya veya yorgunluğa sebep olabilir. Araştırmalar, romatoid artrit (RA) gibi sorunları bulunan çalışanların %30’a varan bir kısmının ayrımcılık korkusundan dolayı sorunlarını arkadaşlarına ve yöneticilerine açıklamak istemediklerini göstermekte olup (Gignac, Cao, Lacaille, Anis, ve Badley 2008), çalışanların %22’si hastalıklarından işverenlerine bahsetmemektedir (Gignac ve ark. 2004).

Bölüm 2’de ana hatlarıyla belirtildiği gibi KİSH’ler spesifik olabilir veya olmayabilir. Spesifik KİSH’lerin etkisi aşağıda, RA ve spondilartropatlilere (SpA) özel olarak atıfta bulunularak tartışılmaktadır. Büyük ölçüde spesifik-olmayan diğer KİSH’ler sırt ağrısı ve işle ilgili üst ekstremitte (kol) bozuklukları şeklinde 2 ana kategoriyle ilgili olarak açıklanmıştır. Dolayısıyla KİSH’lere bağlı ağrının etkileri bir kişinin işteki performansının aşağıdaki yönlerini etkileyebilir:

- Dayanıklılık ve iyileşme gücü;
- Bilişsel kapasite veya konsantrasyon;
- Mantıklılık / Duygudurum;
- Yorgunluk;
- Hareketlilik;
- Çeviklik.

Bir KİSH’nin ayrıca, işin güvenlik yönleri üzerinde de etkileri olabilir. Sorundan veya eşlik eden ağrıdan dolayı konsantrasyon veya hareket etkilenmişse, o zaman işin bazı yönleri güvenli hale gelebilir. Ayrıca şunu da belirtmek gerekir ki tanıdan sonra bazı tedaviler, kişinin performansını etkileyebilen bazı anlamlı yan etkilere de sahip olabilmektedir. Ağır makine veya araç kullanma gibi belirli tehlikeler söz konusuysa, o zaman iş performansının güvenlik yönleri de endişe kaynağı olacaktır.

3.2.1 Sırt Ağrısı

Sırt ağrısı Türkiye’de çok yaygın bir şikâyettir, ancak prevalansı ile ilgili iyi veriler sistematik bir şekilde toplanmamıştır. Farklı çalışmalarda farklı çalışan kategorilerine bakılmıştır; Türk temizlik işçilerinde yapılan bir çalışmada Özcan, Alptekin, Taşkınsoy, Özcan, Uysal, Esmaeilzadeh ve ark. (2007) bel ağrısının diğer kas iskelet sistemi şikâyetlerinden çok daha yaygın olduğunu saptamıştır (boyun, omuz, el, sırt, diz ve ayaklardaki ağrı için sırasıyla %23.8, %19.2, %20.1, %25.3, %24.2 ve %31.8’e karşılık %39.6). Karahan, Kav, Abbasoğlu, Doğan (2009) hastane çalışanlarının diğer pek çok çalışan gruplarından daha sık sırt ağrısı yaşadığını bildirmektedir; bu yazarların çalışmasında bel ağrısı prevalansı %65.8 olarak bulunmuş ve katılımcıların %61.3’ü çalışmadan önceki 12 ay içinde bel ağrısının meydana geldiğini bildirmiştir. En yüksek prevalans hemşirelerde (%77.1) ve en düşük prevalans da sekreterlerde ve hastane hademelerinde (sırasıyla %54.1 ve %53.5) bildirilmiştir. Olguların büyük çoğunluğunda (%78.3), bel ağrısı başlangıcı katılımcılar hastanede çalışmaya başladıktan sonra olmuştur. Yaş, cinsiyet (katılımcının kadın olması), sigara içme, meslek, algılanan iş stresi ve ağır kaldırma istatistiksel açıdan anlamlı risk faktörleri olmuştur. Tezel (2005) sırt şikâyeti olan hemşirelerin boyun (%28) ve omuz (%34) şikâyetlerini daha sık bir şekilde bildirdiklerini ve cerrahi ve kadın-doğum servislerinde çalışanlarda diğer servislerde çalışan hemşirelerden daha fazla kronik şikâyetin bulunduğunu saptamıştır.

Türkiye’nin kırsal bir kesiminde ev hanımlarında bel ağrısının yaşam boyu prevalansı %79.2 olarak bildirilmektedir (Erbay Dünder, Cengiz Özyurt, Özmen, 2006) ve katılımcılardaki risk faktörleri ütü yapma esnasında yanlış duruş, ağır yük kaldırma, aşırı kilo /obezite ve maluliyet olarak belirlenmiştir. Türkiye’de genel nüfusta bel ağrısının (low back pain, LBP) prevalansı ile ilgili az sayıdaki birkaç epidemiyolojik çalışmalardan biri (Öksüz, 2006) LBP’nin yaşam boyu, 12 aylık ve nokta prevalansını sırasıyla %44.1, %34 ve %19.7 olarak bulmuştur. Tüm yaş gruplarında kadınların LBP’den çok daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Spesifik LBP oranı %10.2 ve en sık rastlanan spesifik LBP etiyojisi disk hernisi olarak bulunmuştur. İş türü, fiziksel ve emosyonel stres LBP bulunması ile anlamlı bir şekilde ilişkili olmuştur. Gelişmekte olan diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye’de LBP prevalansı daha yüksektir ve gelişmiş ülkelerdeki LBP prevalans hesaplamalarına yaklaşımaktadır. Türkiye’de kentsel bir nüfusta Gilgil, Kaçar, Bütün, Tuncer, Urhan, Yıldırım ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmada benzer bulgular saptanmıştır. Dördüncü EWCS (Parent-Thirion ve ark., 2007) Türk çalışanlarının %34.7’sinin işle ilgili sırt ağrısı bildirdiğini göstermektedir. Sırt ağrısı olan hastaların büyük kısmında spesifik bir tanı verilmemektedir.

Sırt ağrısı yaygın, epizodik, çoğunlukla tekrarlayıcı ve genellikle kendi kendini kısıtlayıcıdır. Bir yıl içinde 6 aydan daha kısa süren birden fazla epizot meydana gelirse tekrarlayıcı olarak, bir epizot 6 haftadan daha kısa sürerse akut olarak, 7 – 12 hafta sürerse subakut olarak ve 12 haftadan uzun sürerse kronik olarak tanımlanır. Sırt ağrısı pek çok kişi için tekrarlayıcı bir sorundur; ancak bu, semptomların şiddetlenmesini gerektirmez. Kişilerin büyük çoğunluğu için ağrı 4 – 6 hafta içinde kendiliğinden ortadan kaybolur. Sırt ağrısı nedeniyle aile doktorlarına görünen kişilerle ilgili bir Avrupa çalışmasında kişilerin %65’i 12 hafta içinde semptomsuz hale gelmiştir (Bekkering ve ark., 2003’ün içinde van der Hoogen ve ark., 1998). Kaydedilen iş devamsızlığı, sorunları kronik veya tekrarlayıcı olan küçük bir azınlıkta en yüksek düzeyde bulunmuştur. Sırt ağrısından etkilenen kişilerin çoğu ya işe devam etmekte, ya da hemen işe geri dönmektedir. Sırt ağrısı olan kişilerin yaklaşık olarak %85’i 7 günden daha kısa süre izin almaktadır ancak bu, kaybedilen çalışma günleri sayısının sadece yarısını oluşturmaktadır. Geri kalandan, bir aydan uzun süre işe devam edemeyen %15’lik kısım sorumludur (Bekkering ve ark., 2003).

Semptomların olması, tedavi için başvurulması, verimlilik kaybı ve maluliyet ile bunlara katkıda bulunan faktörler arasında bir fark olduğunun anlaşılması önemlidir (Burton 2005). Bu, kişiler kas iskelet sistemi ağrısı (örneğin sırtlarında ağrı) yaşarlarken onların hastalıkla veya yaralanmayla başa çıkma stratejilerini (örneğin tıbbi yardım için baş vurma vb), sorunun iş performansını nasıl etkileyeceğini, işten izin alıp almayacaklarını ve en nihayetinde sorunlarından dolayı kalıcı bir şekilde malul kalan küçük bir azınlığa mensup olup olmayacaklarını öngörebilmenin imkânsız olduğu anlamına gelir. Dolayısıyla buradaki önemli soru, bu kadar çok sayıda kişi sırt ağrısı yaşarken bunun neden bazı kişilerde olumsuz etkilere yol açtığı ve bazılarında olumsuz bir etkiye neden olmadığı sorusudur. Sırt ağrısının akut bir sorundan, kişilerin %2-7’sini etkileyen kronik bir soruna (Burton, 2005) ve maluliyete (Burton, 2005; Bekkering ve ark., 2003) ilerlemesiyle şiddetli bir şekilde ilişkili oldukları için psikolojik faktörlerin ayırt ettirici faktör olduğu konusunda giderek artan bir görüş birliği söz konusudur.

3.2.2 İşle ilgili üst ekstremitte (kol) bozuklukları

İşle ilgili üst ekstremitte (kol) bozuklukları hakkındaki ulusal çalışmalar bu sorunların farklı çalışan gruplarındaki prevalansını incelemiştir; ancak sırt ağrısında olduğu gibi genel Türk popülasyonunda araştırmalar bulunmamaktadır. Bilgisayar kullanıcılarında yapılan bir çalışma (Özcan, Esmaeilzadeh, Uysal, Alptekin, Cihan ve İşsever, 2007), işle ilgili kas iskelet hastalıkları bildirenlerin %65’inde boyun ağrısı, %61’inde omuz ağrısı, %18’inde dirsek ağrısı, %15’inde bilek/el ağrısı, %56’sında sırt ağrısı bulunduğunu bildirmektedir. Tezel (2005) hemşirelerin %46’sının boyun ağrısı ve %54’ünün omuz ağrısı geçirdiğini saptamıştır. Sağ ve sol elini kullanan diş hekimliği öğrencilerinde yapılan bir çalışmada omuz ağrısının prevalansı, boyun ve üst ekstremitte ağrısı ile karşılaştırıldığında hâlâ daha yüksek bulunmuş, ama sağ ve sol elini kullanan katılımcılar arasında farklılık göstermekte olup tüm durumlarda, sağ elini kullananlar daha yüksek bir prevalans bildirmiştir (Tezel A, Kavrut F, Tezel A, Kara C, Demir T, Kavrut R, 2005). Dördüncü ECWS’ye göre (Parent-Thirion ve ark., 2007) Türk çalışanların %33.5’i işlerinin boyunlarında, omuzlarında ve üst ekstremitelerinde kas ağrısına sebep olduğunu bildirmektedir.

WRULD’ler işin ve çalışma ortamının sebep olduğu veya şiddetlendirdiği, vücudun üst kısmını etkileyen KİSH’lerdir. Ancak yaygın bir şekilde “gerilme veya burkulma”, “tekrarlayıcı burkulma yaralanmaları veya hastalıkları” veya “kümülatif travma hastalıkları” şeklinde ifade edilen WRULD’lerin tanımları ve tanı kriterleri konusunda ciddi tartışmalar vardır. Spesifik olan ve olmayan bozukluklar ve semptomlar bu kategoride bulunabilmektedir. Van Eerd ve ark. (2003) işle ilgili KİSH’ler için, iki tanesi bile birbirine benzemeyen 27 farklı sınıflandırma sistemi tanımlamışlardır. Tek bir bozukluğun farklı şekilde tanımlanması da sorunu sadece büyütmektedir. Eleştirel olarak Van Eerd ve ark. (2003), farklı sınıflandırma sistemlerinin hangi hastalıkların dahil edilmesi gerektiği konusunda görüş birliğine ulaşamadığını saptamışlardır. Bu tanımlama problemi WRULD’li kişilerin sayısını hesaplamayı ve ilişkili risk faktörleri konusunda yaygın bir anlayış geliştirmeyi zorlaştırmaktadır.

Üzerinde anlaşılmış bir sınıflandırmanın bulunmamasına rağmen WRULD semptomlarının tendonlarda, kaslarda, eklemlerde, kan damarlarında ve/veya sinirlerde bulunabileceği ve etkilenen bölgede ağrı, rahatsızlık, karıncalanma ve uyuşma duyularını içerebileceği konusunda yaygın bir görüş birliği vardır. WRULD’ler spesifik olan ve olmayan sorunlar olabilirler (Aptel, Aublet-Cuvelier ve Cnockaert, 2002) ve sınıflandırma çabaları ya vücudun etkilenen bölgesine ya da sebebe odaklanma eğilimindedir. Vücut kısmına göre WRULD örnekleri aşağıdaki gibidir:

- Dirsek: Epikondilit (tenisçi veya golfçü dirseği);
- El, bilek ve ön-kol: Karpal tünel sendromu, tekrarlayıcı burkulma yaralanması (repetitive strain injury), de Quervain sendromu
- Omuz: omuz tendiniti;
- Boyun: boyun ağrısı.

Mesleki sebeplere göre sınıflandırma, örneğin el ve kolların Raynaud sendromu ile sonuçlanabilen vibrasyon gibi hareketlerine işaret eder. WRULD’ler kategorisinin genişliği, iş üzerindeki KİSH’lerle ilişkili hemen hemen bütün etkilerin ve semptomların WRULD’lerle ilişkili olduğu anlamına gelir. Bu yüzden KİSH’lerin spesifik semptomları ve etkileri aşağıda sırt ağrısı, RA ve SpA sorunları referans alınarak daha ayrıntılı bir şekilde tartışılmaktadır.

3.2.3 Romatoid artrit

Genel Türk nüfusunda RA prevalansının %0.36 ile %0.38 arasında değiştiği hesaplanmıştır (Akar, Birlik, Gürler, Sarı, Önen, Manisalı ve ark. 2004; Akkoç ve Akar, 2006; Kaçar, Gilgil, Tuncer, Bütün, Urhan, Arıkan ve ark., 2005) ve kadın:erkek oranı 3.7:1’dir (Bodur, Ataman, Akbulut, Evcik, Kavuncu, Kaya ve ark., 2008). Ancak endişe verici olan şey, RA olgularının anlamlı bir kısmının toplumda tanı konmadan kalmış olmasıdır.

RA, spesifik bir KİSH örneğidir. Sanayileşmiş ülkelerin çoğunda prevalansı %0.3 ile %1 arasında olan enflamatuar bir artrit formudur (DSÖ Bilimsel Grubu, 2003). Romatoid artrit prevalansı ile ilgili veriler büyük ölçüde, Avrupa ve ABD’de yapılan çalışmalardan köken almaktadır. Lundkvist, Kastäng ve Kobelt’in (2008) çalışmalarında daha yüksek bir RA prevalansını kullanmış olmalarına karşın (%0.36-0.38’e karşı %0.66) bu yazarlar Türkiye’de RA’lı 482.000 kişinin olduğunu hesaplamışlardır. Hastalık her yaştan kişiyi etkiler; ancak tepe insidansı çalışma çağındaki nüfusun orta yaş aralığında, 25 ile 55 yaşları arasındadır. Epidemiyolojik çalışmalar, RA’nın yaşam beklentisini 6 – 10 yıl civarında kısalttığını göstermektedir.

RA’nın kesin sebebi bilinmemektedir. Kanıtlar, eklemleri ve diğer dokuları etkileyen bir enflamasyon şeklinde seyreden immün bir reaksiyon olduğunu düşündürmektedir. Risk faktörleri arasında cinsiyet, ailede RA öyküsü ve spesifik lökosit antijeni (HLA) (DSÖ Bilimsel Grubu, 2003) bulunur. Kişisel düzeyde RA’nın klinik seyri son derece değişken olmakla beraber başlıca bulguları arasında eklemlerde özellikle sabahları veya inaktivite dönemlerinden sonra daha belirgin olmak üzere ağrı, sertlik ve yorgunluk, kilo kaybı ve ateş veya grip benzeri semptomlar yer almaktadır. Sinoviyal eklemleri etkileyerek ağrı ve en sonunda deformite ve maluliyet oluşturur. Oken, Batur, Gündüz ve Yorgancıoğlu (2008) yaşın, hastalık süresinin, hastalık aktivitesinin, ağrı şiddetinin ve el sıkma gücünün RA’lı hastalarda fiziksel maluliyet ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Ancak sadece hastalık aktivitesinin fiziksel fonksiyon üzerinde bir etkisi vardır. Hastalık çok hızlı ilerleyerek eklemlerin çevresindeki kıkırdakta ve kemiklerde şişmeye ve hasara sebep olabilir. Vücuttaki bütün eklemleri etkileyebilir ancak en sık eller, ayaklar ve el bilekleri etkilenir. RA ayrıca kalbi, gözleri, akciğerleri, kanı ve deriyi de etkileyebilir.

Bunun dışında, çok sayıda Türk çalışması da RA’nın hastaların yaşam kalitesi ve mental sağlığı üzerinde sahip olduğu olumsuz etkiye işaret etmektedir (Tander, Cengiz, Alaylı, İlhanlı, Canbaz ve Cantürk, 2008; Özçetin, Ataoğlu, Koçer, Yazıcı, Yıldız, Ataoğul ve ark. 2007; Işık, Koca, Özturk, Mermi, 2007).

RA’nın seyri değişkenlik gösterir. Bu, hafif ve kendi kendini kısıtlayıcı bir hastalık formundan kısa sürede şiddetli ve yıkıcı olabilen bir hastalığa kadar değişkenlik gösterebildiği anlamına gelir (Young ve ark., 2000). RA çoğunlukla kroniktir (sürekli) ve bu sorunun olduğu kişilerde çoğunlukla, genelde yorgunlukla birlikte bulunan şiddetli ağrı ‘alevlenmeleri’ olur; ancak bunların sebebi bilinmemektedir. Bu ‘alevlenmeler’, bir hastanın bir gün görevlerini yerine getirebilirken ertesi gün yerine getiremediği anlamına gelir. Meslektaşların ve yöneticilerin bunu kavraması güç olabilir ve iş yüklerinin planlanmasını zorlaştırabilir. İş ortamında bu alevlenmelerin kontrolü, çalışanlar ve işverenler arasında yakından iletişim ve anlayışı gerektirir.

Dolayısıyla hastalığın etkileri günlük görevlerin yerine getirilmesini zorlaştırarak pek çok kişiyi işten ayrılmaya zorlayabilir. İş kapasitesi çoğu kişide 5 yıl içinde etkilenir (DSÖ Bilimsel Grubu, 2003). RA’ya bağlı iş verimliliği kaybıyla ilgili bir çalışmada, RA’lı kişilerin %36-85’inin bir önceki yıl içinde ortalama 39 gün süreyle (medyan) olmak üzere iş kaybı yaşadıkları hesaplanmıştır (Burton, Morrison, Maclean ve Ruderman, 2006). Young ve ark. (2002) RA tanısı konan kişilerin %22’sinin 5 yıl içinde RA nedeniyle işi bıraktıklarını bildirmişlerdir. Ancak olguların çoğunda hastalığın kendisi işten ayrılmanın asıl veya tek sebebi olmamaktadır. Nitekim Young ve ark. (2002) RA ile diğer kişisel faktörlerin bir kombinasyonuna bağlı olarak işi bırakan bir katılımcı grubu saptayarak RA’lı hastaların hastalık nedeniyle %40’ının işten ayrıldığı hesabını yapmıştır. Türkiye’de RA’lı kaç kişinin işten ayrıldığı konusunda rakamlar bulunmamaktadır. Ancak Türk İstatistik Enstitüsünün verileri, kronik hastalığı bulunan kişilerin Türk kurumlarından, finansal destek haricinde bir iş bulma konusunda yardım istediklerine de işaret etmektedir.

3.2.4 Spondilartropatiler

Spondilartropatiler (SpA) aşağıdaki sorunları içeren bir kronik enflamatuar hastalık ailesini temsil eder:

- Ankilozan spondilit (AS);
- Reaktif artrit (ReA) / Reiter sendromu (RS);
- Psoriyatik artrit (PsA);
- Enflamatuar bağırsak hastalığı (Inflammatory bowel disease; IBD) ile ilişkili spondilartropati;
- Farklılaşmamış spondilartropati (Undifferentiated Spondyloarthropathies; USpA).

Avrupa nüfusunda SpA’ların sıklığı ile ilgili en son araştırmalarda, prevalansın uzun zamandan beri düşük hesaplandığı ve SpA’ların RA’ya benzer bir prevalans oranına sahip olabileceği sonucuna varılmaktadır (Akkoç, 2008). Önen, Akar, Birlik, Sarı, Khan, Gürler ve ark. (2008) Türkiye’nin batısında SpA’ların yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş prevalansının %1.05’e eşit olduğunu ve kadınlarda erkeklerden daha yüksek bir prevalans bulunduğunu hesaplamışlardır (sırasıyla %1.22’ye karşılık %0.88).

Ankilozan spondilit (AS) esas olarak omurgayı etkileyen spesifik, ilerleyici ve kronik bir romatizmal bozukluktur ama diğer eklemleri, tendonları ve ligamentleri de etkileyebilir. Genel nüfustaki prevalansı en sık %0.1 – 0.2 olarak bildirilmekte olup erkek:kadın oranı 3:1 ile 2:1 arasında bildirilmektedir (Dagfinrud, Mengshoel, Hagen, Loge ve Kvien, 2004). Önen ve ark. (2008) Türkiye’nin batısında AS prevalansının %0.49’a eşit olduğunu bulmuştur (erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla %0.54 ve %0.44). İlk tanı genellikle, kişiler onlu yaşlarında ve yirmili yaşlarının başlarında konur (ortalama başlangıç yaşı 26’dır). Araştırmalar, AS’ye sebep olan güçlü bir genetik bileşenin olduğunu düşündürmektedir. AS herkeste görülebilmekle beraber erkekleri, kadınları ve çocukları biraz farklı şekillerde etkilemektedir (Dagfinrud ve ark., 2004). Erkeklerde en sık pelvis ve omurga ve ayrıca göğüs duvarı, kalçalar, omuzlar ve ayaklar etkilenir. Kadınlarda daha ileri bir başlangıç yaşının, daha hafif bir hastalık seyrinin, daha uzun asemptomatik dönemlerin, ancak daha fazla omurga dışı tutulumun olduğu düşünülmektedir. Doğru tanının konması çoğu zaman gecikmektedir; çünkü erken semptomlar genellikle yanlış bir şekilde spor yaralanmaları ile karıştırılmaktadır; Sieper, Braun, Rudwaleit, Boonen ve Zink (2002) hastalığın başlaması ile tanı arasında ortalama 7 yıllık bir süre olduğunu öne sürmektedir. Türkiye’de AS tanısı çoğunlukla ortalama 6.05 +/- 5.08 yıl gecikmektedir ve ortalama tanı yaşı 27.88 +/- 11.63’tür (Dinçer, Çakar, Kıralp ve Dursun, 2008). Tipik AS semptomları arasında ağrı (özellikle sabah erken saatlerde); özellikle erken evrelerde kilo kaybı; yorgunluk; ateş ve gece terlemeleri ve egzersizden sonra iyileşme yer alır. Yine, RA’da olduğu gibi, hastalığın zamansal yönleri kişilerin iş görevlerini yerine getirebilmelerini sağlayan ancak işi imkânsız hale getirmeyen iyi bir yönetimi gerektirmektedir.

Olguların yaklaşık yarısı şiddetli bir şekilde etkilenirken diğer yarısında çok fazla semptom bulunmaz. AS genellikle, pek çok kişinin nispeten iyi bir fonksiyonel kapasiteyi sürdürebildiği bir hastalık olarak kabul edilmektedir (Chorus, Boonen, Miedema ve van der Linden, 2002), ancak AS’li kişilerde bildirilen işsizlik oranları genel nüfustakinin 3 katı kadardır (Boonen ve ark. 2001). Çakar, Taşkaynatan, Dinçer, Kırpalı, Durmuş ve Özgül (2009) çalışmalarında yer alan 121 erkek hastanın %31.4’ünün bir değişiklik olmadan işlerine devam ettiğini, %44.6’sının işlerini daha hafif bir işle değiştirdiğini ve %24’ünün AS nedeniyle emekli olduğunu saptamışlardır. Hastaların ortalama emeklilik yaşı 36 +/- 4.2 yıl idi. Daha önceden çalışmakta olan hastaların %32’sinin hastalık nedeniyle işlerinden ayrıldığını bildiren Özgül, Peker, Taşkaynatan, Tan, Dinçer ve Kalyon (2006), AS’ye bağlı olarak emekli olan kişi yüzdesini biraz daha yüksek bulmuştur. Hastalığa bağlı olarak işten ayrılma durumu hastalığın ilk 10 yılı içinde daha sık olmuş ve hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki göstermiştir.

En son araştırmalar, RA’lı kişilerin (Chorus, Miedema, Boonen ve van der Linden, 2003) ve AS’li kişilerin (Gordeev ve ark., 2009) fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin işten olumlu bir şekilde etkilendiğini gösteren kanıtlar sağlamıştır. Chorus ve ark.’nın vardığı sonuç, *‘işin hastaların fiziksel performansları ile ilgili algılamalarını olumlu biçimde etkileyen önemli bir faktör olabileceği’* şeklindedir. Bu bulgu, Waddell ve Burton’un (2006a) genel olarak iyi kaliteli bir işin çalışanlar için sağlığa ilişkin ve güçlendirici yararlarının olduğu şeklindeki bulgusuna uygundur. İş yerinin KİSH’lerin gelişimi üzerinde olumlu veya olumsuz bir etkisinin olabileceği derecesi aşağıda tartışılmıştır.

Psoriyatik artrit (PsA) genel nüfusun %0.2 ile %1 arasındaki bir kısmını (Wallenius ve ark., 2008) ve psoriyazisli kişilerin %10 ile %20 arasındaki bir bölümünü etkileyen bir eklem enflamasyonu formudur. Türkiye’de PsA’nın prevalansı ile ilgili veriler bulunmamaktadır. Eklemler enflamasyon durumunda hassas, şiş ve hareket sırasında ağrılı hale gelir. Eklemler tipik olarak istirahatten sonra, sabah erken saatlerde veya gece istirahat ederken serttir. Çevrelerindeki ligament ve tendon gibi dokular da etkilenebilir. Psoriyatik artropatili kişilerde tendonların veya kasların enflamasyonu da önemli bir bulgudur (tenisçi dirseği veya topuk çevresindeki ağrı gibi). Olguların yaklaşık %80’inde artrit, psoriyazisinin ortaya çıkmasından sonra meydana gelir. Erkeklerin ve kadınların eşit şekilde etkilendikleri düşünülmektedir ve karşılaştırmalı çalışmalar PsA’lı hastalarda RA veya AS’li hastalardakine benzer bir hastalık yükünün olduğunu göstermektedir (Wallenius ve ark., 2008).

PsA’yı diğer artrit şekillerinden ayıran çeşitli özellikler vardır: tek enflamasyon paterni genellikle parmak eklemlerinin ucundadır. Bir diğer patern ise omurganın ve sakroiliyak eklemlerin spondilit olarak adlandırılan tutulumudur (ankilozan spondilite benzer şekilde). Boyun ağrısı ve sertliği gelişebilir veya bütün el ve ayak parmakları şiş ve enflame hale gelebilir (daktilit). Eklemlerin sertleşmesi ve bazen birleşmesi eğilimi de olabilir. Kanda romatoid faktörün bulunmaması ve bunun PsA’nın RA’dan ayırt edilmesine yardımcı olabilmesi önemlidir. Hastalığın onlu yaşlarda başlaması olağandır. Kadınlarda gebelikten veya menopozdan sonra artan bir insidans olabilir. PsA hem cildi hem de eklemleri etkilediği için, bunun PsA’lı kişilerin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkisi vardır; aslında, emosyonel problemler nedeniyle bu kişiler RA’lı hastalardan daha fazla ağrı ve rol kısıtlamaları yaşarlar (Husted, Gladman, Farewell ve Cook, 2001). PsA’lı kişilerde, genel nüfusa göre daha yüksek bir mortalite düzeyi de bildirilmiştir (Wallenius ve ark., 2008).

3.3 İş yerinin KİSH’ler üzerindeki etkisi KİSH’lerin risk faktörleri çok çeşitlidir. Uzmanlar arasında işin KİSH’ler için bir risk faktörü olduğu yönünde geniş bir görüş birliğinin bulunmasına karşın spor ve ev işleri gibi iş dışı aktiviteler de kas iskelet sistemi zorlanmasına katkıda bulunabilmektedir. Örneğin bazı çalışmalar, çalışan kadınlarda daha yüksek olan kas iskelet sistemi ağrısı prevalansının kadınların ev işlerinin çoğunu yapmaktan sorumlu olmasıyla bağlantılı olabileceğini belirtmektedir (Punnett ve Wegman, 2004). İntrensek risk faktörleri de KİSH’lerin başlamasında ve kötüleşmesinde kısmen rol oynayabilir. Bazı intrensek faktörler değiştirilebilirken genetik yatkınlık gibi bazı intrensek faktörler değiştirilememektedir.

Türkiye’deki endişe noktalarından biri obezitenin artmasıdır – obezite, eklem ve kemik hastalıkları için (ve ayrıca kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet için de) bir risk faktörüdür. Spesifik olmayan KİSH’ler için diğer risk faktörleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Spesifik olmayan KİSH’ler için intrensek risk faktörleri özeti

İntrensek faktörler
<ul style="list-style-type: none">• Obezite, boy• Spinal anormallikler• Genetik yatkınlık• Gebelik• Psikososyal stres: öz-algılama• Sağlıkla ilgili inançlar: kontrol konumu, öz-etkinlik, maluliyet algılaması ve beklenti.• Aile stresi• Psikososyal stres: somatizasyon, anksiyete ve depresyon• Yaşlanma

Kaynak: DSÖ Bilimsel Grubundan (2003) uyarlanmıştır

İşin KİSH’ler üzerindeki etkisi için kanıtlar ve risk faktörleri açısından, ‘işle ilgili’ bozukluklarla ‘mesleki bozukluklar’ arasında ayırım yapılmalıdır (Punnett ve Wegman, 2004). El bileği tenosinoviti, dirseğin epikondiliti, Raynaud sendromu veya vibrasyon beyaz parmağı ve karpal tünel sendromu gibi bazı belirli KİSH’ler bazı Avrupa hükümetleri tarafından meslek hastalıkları olarak tanınmaktadır (Eurostat, 2004). Bu nedenle, işin bu sorunlara sebep olabildiği ve katkıda bulunabildiği yaygın bir şekilde kabul edilmektedir ve bu hastalıkların insidansını azaltacak iş yeri risk değerlendirmelerinin kullanımı da iyi belirlenmiştir.

İşin RA ve SpA’lar gibi romatizmal hastalıkların sebebi olmadığı bellidir; ancak fiziksel iş ihtiyaçlarının, destek yokluğunun, kendini damgalamanın ve iş zamanlarında esnekliğin olmamasının işte kalmayı ve işe dönmeyi zorlaştırdığı yönünde kanıtlar mevcuttur (der Tempel ve van der Linden, 2001; Gignac ve ark., 2004).

Mesleki olmayan diğer KİSH’ler ile iş arasında bağlantı kuran kanıtlar kesin karar verdirici nitelikte değildir ve işin spesifik yönleri ile vücudun belirli kısımları arasında sebep ve sonucun atanması zordur. Ancak iş yerinde spesifik olmayan KİSH’lerin gelişimine katkıda bulunabilen belirlenmiş risk faktörlerinin çoğuyla karşılaşılabılır; iş kendisi bir hastalığa sebep olmasa bile hastalık üzerinde etkili olabilir. Dahası, fiziksel faktörlerin ötesindeki risk faktörlerini dikkate alacak olursak o zaman iş yerinin KİSH’ler üzerindeki etkisi muhtemelen çok daha fazla olmaktadır.

İş yerinde karşılaşılan KİSH’ler için en sık sözü edilen risk faktörleri aşağıdakileri içermektedir:

- Hızlı iş temposu ve tekrarlayıcı hareket paternleri;
- Ağır kaldırma ve zorlayıcı el hareketleri;
- Doğal olmayan vücut postürleri (dinamik veya statik); sık eğilme ve kıvrılma;
- Mekanik basınç konsantrasyonları;
- Segmental veya tüm vücut vibrasyonları;
- Soğukla lokal temas veya tüm vücut teması;
- İyileşme süresinin yetersizliği (Punnett ve Wegman, 2004).;

KİSH’ler her tür sanayi ve meslekte çalışanları etkileyebilir; ancak bazıları diğerlerinden daha yüksek risklidir ve belirli meslekler kas iskelet sisteminin spesifik bölümlerinde zorlanma ile ilişkilidir.

Pek çok iş, KİSH’ler için bir risk faktörü teşkil edebilen aktiviteleri içerir. EWCS’ye göre Avrupa’daki çalışanların %17’si çalışma süresinin en az yarısı boyunca el araçlarından veya makinelerden vibrasyona maruz kaldığını, %33’ü aynı zaman dönemi içinde ağırlı veya yorucu pozisyonlara maruz kaldığını, %23’ü ağır yük taşıdığını veya kaldırdığını, %46’sı tekrarlayıcı el veya kol hareketlerine maruz kaldığını ve %31’i bilgisayarla çalıştığını bildirmektedir (Parent-Thirion ve ark., 2007).

İşverenlerin KİSH'lere ve iş yerinin KİSH'lerin başlaması veya kötüleşmesi üzerindeki etkisine verdikleri önemin büyük bir kısmı, hukuki davaları önleme ve iş yeri değerlendirmelerini yaparak ve örneğin elle çalışma konusunda rehberlik vererek bakım görevlerini yerine getirme endişesiyle sürdürülmektedir. Ancak bu, işle ilişkili diğer faktörlerin de KİSH'lere katkıda bulunabilmesi şeklindeki daha geniş bir meseleyi göz ardı etmektedir. Literatürde ve sağlık ve güvenlikle ilgilenme konusundaki önerilerde bu yönler genellikle gözden kaçmaktadır. ‘Stresten’ bahsedilen yerlerde bile, psikososyal faktörlerle fiziksel şartlar arasında bağlantı ihmal edilmekte ve güvenlik üzerindeki birincil odak noktası pekiştirilmektedir.

Yukarıda bahsedilen fiziksel risk faktörleri bir arada olduğunda veya olumsuz psikososyal faktörler, kişisel veya mesleki faktörler bulunduğu genellikle artmış bir yaralanma riski söz konusu olmaktadır. (Devereux, Rydstedt, Kelly, Weston ve Buckle, 2004). Psikososyal ve organizasyonla ilgili faktörler de fiziksel faktörlerle birleşerek kişisel olarak işten ayrılma olasılığını etkileyebilir. Bel ağrısıyla ilgili araştırmalar, çalışanın işin kendisinin hastalığı oluşturduğu inancının hastalık davranışından önce ortaya çıktığını ve kronik iş maluliyeti için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Werner, Lærum, Wormgoor, Lindh ve Indhal, 2007). Sokka ve Pincus (2001) 15 çalışmayı gözden geçirmişler ve fiziksel olarak zorlu işlerin, otonomi yokluğunun, yüksek ağrı düzeylerinin, düşük fonksiyonel durumun ve düşük eğitim düzeylerinin işten erken ayrılan RA’lı bir bireyin öngördürücüleri olduğunu göstermiştir. Sokka ve Pincus’un kanıtları (2001) kişinin fonksiyonel iş kapasitesini ve iş gücü pazarında kalabilme olasılığını etkileyenin işin sadece fiziksel unsurları olmadığını altını çizmektedir. Psikososyal ve organizasyonla ilgili iş faktörlerini de dikkate almamız gerekir.

KİSH’lerle ilişkili psikososyal ve organizasyonel faktörler şunları kapsamaktadır:

- Hızlı iş temposu ve yoğun iş yükü;
- Monoton algılanan iş;
- Düşük düzeyde iş tatmini;
- Düşük karar verme serbestliği / düşük düzeyde iş kontrolü;
- Düşük sosyal destek;
- İş stresi.

İş stresi geniş bir terimdir ve yüksek iş ihtiyaçları veya beceriler ve iş gereksinimleri arasında bir dengesizlik gibi çeşitli kaynaklardan köken alabilir. Stres ayrıca, iş yerinde taciz veya şiddetten olduğu kadar ayrımcılıktan da kaynaklanabilir.

Bir kez daha, psikolojik ve fiziksel arasındaki bağlantıyı tanımak önemlidir. İş yerinde şiddet ve ayrımcılık da dahil olmak üzere iş stresi, stres veya yaygın mental sağlık problemlerine bağlı verimlilik kaybına yol açabildiği gibi gerilimin veya zorlanmanın sebep olduğu KİSH'lere de yol açabilir. Yüksek düzeyde ağrı yaşama olasılığında artış ile düşük düzeyde sosyal destek, düşük düzeyde sosyal dayanak veya düşük düzeyde sosyal katılım arasında ilişki kurulmuştur (Katz, 2002). ‘İyi iş’ ve yüksek kaliteli işlerin sağlanması bu yüzden hayati bir önem taşımaktadır (Coats ve Max, 2005, Coats ve Lehti, 2008).

3.4 KİSH’lerin daha geniş ekonomik ve sosyal etkisi KİSH’lerin kişilerin çalışabilmesi ve işten ayrılmaları için gereken süre üzerindeki etkisi, KİSH’lerin kişi, aile, işveren ve daha geniş ekonomi üzerinde anlamlı ilişkili maliyetlerinin olduğu anlamına gelmektedir. Kesin maliyetlerin hesaplanması düz ve basit değildir (Lundkvist ve ark., 2008). Çeşitli faktörlerin dikkate alınması gerekir ve doğru, güvenilir ve tutarlı rakamların elde edilmesi neredeyse imkânsızdır. Ancak KİSH’lerin konservatif tahmini hesaplara dayanan ekonomik etkileri ile ilgili mevcut rakamlar, KİSH’lerin Türkiye’ye anlamlı bir ekonomik yük oluşturduğunu göstermektedir.

KİSH’lerin (veya herhangi bir hastalığın) maliyetini hesaplamak için, aşağıdaki faktörlerin hesaplanması zorunludur:

- Önleme, tespit, tedavi, rehabilitasyon, uzun dönemli bakım ve sürekli tıbbi ve özel masrafları içeren **doğrudan maliyetler**. Bunlar daha ileri bir düzeyde, sağlık sektöründe gerçekleşen maliyetler ve diğer sektörlerde gerçekleşen tıbbi olmayan maliyetler şeklinde ayrılabilir (Lundkvist ve ark., 2008);
- Aktivite için düşük bir kapasiteye bağlanabilen kayıp verimlilik, kayıp kazançlar, aile üyeleri için kaybolan fırsatlar, aile üyelerinin kayıp kazançları ve kaybolan vergi gelirleri gibi, kayıp iş verimlerini içeren **dolaylı maliyetler**.
- Azalmış yaşam kalitesi ile sonuçlanan iş stresi, ekonomik stres, aile stresi ve ızdırap gibi psikososyal yükü içeren **maddi olmayan maliyetler** (DSÖ Bilimsel Grubu, 2003).

Bu maliyetler soruna, semptomların şiddetine ve bunların kısa vadede veya uzun vadede iş devamsızlığına veya maluliyete sebep olup olmamalarına bağlı olarak büyük ölçüde değişkenlik gösterir. Üstelik, maliyetlerin hesaplanması için kullanılan belirli yöntemlere bağlı olarak da değişirler. Hesaplamaları etkileyebilen bazı faktörler aşağıdaki gibidir:

- Hastanın sorunlarının şiddeti;
- Bir çalışmadaki hasta demografikleri karışımı;
- Verimlilik için hesaplama yöntemi;
- İş maluliyeti tanımları;
- Tedavi maliyetleri veya tedavilere bağlı sonuçlar (hesaplanan yıllık maliyetler daha az önemli bir faktör değildir; çünkü tedavi işlemleri değişebilmektedir);
- Tıbbi bakım finansman sistemlerindeki değişiklik;
- İnsidansa veya prevalansa dayalı maliyet hesaplamaları.

Parasal terimlerle doğru şekilde ifade edilmeleri hemen hemen imkânsız olduğundan, maddi olmayan maliyetler nadiren maliyet hesaplarına dahil edilir (Sieper ve ark. 2002). Ancak maddi olmayan maliyetlerin değerlendirmesi, KİSH’li kişilerin yaşam kalitesi (QoL) açısından ödedikleri bedel hakkında faydalı bilgi verir ve QoL ölçümleri müdahalelerin etkinliğini ölçen göstergeler olarak daha ileri düzeyde kullanılmalıdır (Leardini, Salaffi, Montanelli, Gerzeli ve Canesi, 2002).

Şu anda yaygın olarak kullanılan 2 ölçüm şu şekildedir:

- 1. Maluliyete göre düzeltilmiş yaşam yılları (Disability adjusted life years; DALY).** Bu, belirli bir hastalığın kesin olarak sahip olduğu tam hastalık yükünü ölçmeyi amaçlayan genel hastalık yükü ölçümüdür. Temel öğeler arasında hastalığın veya maluliyetin başlama yaşı, etkilerinin ne kadar sürdüğü ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi yer almaktadır. Dolayısıyla tek bir DALY, kaybedilen tek bir sağlıklı yaşam yılına eşittir. Örneğin Türkiye’de RA, kaybedilen bütün DALY’lerin %0.84’ünden sorumludur (Lundkvist ve ark., 2008).
- 2. Kaliteye göre düzeltilmiş yaşam yılları (Quality adjusted life years; QALY).** QALY, yaşanan hayatın hem niceliğini hem de niteliğini içeren bir hastalık yükü ölçümüdür. Tıbbi müdahalelerin parasal değerini değerlendirmede kullanılır ve bu müdahalelerin yaşam yıllarına katacağı beklenen yılların sayısına dayanır. Bir QALY, tedavinin sonucu olarak bir kişinin makul bir kalitede kaç ekstra yaşam ayı veya yılı kazanabileceğinin bir ölçümünü verir ve bu tedavinin maliyet yararlanımının değerlendirilmesine yardımcı olur.

Her iki ölçüm de tartışmaya açıktır; ancak tıbbi sorunlar arasında ve uluslararası olarak karşılaştırmalı kararlar oluşturmada yardımcı olarak kabul edilmektedir.

3.4.1 Doğrudan maliyetler

Hastalık maliyeti hesapları yukarıda da bahsedildiği gibi, çok sayıda farklı faktörden gelen girdileri gerektirir ve farklı çalışmalar arasında büyük bir çeşitlilik saptanmaktadır. Bel ağrısı (LBP) için en anlamlı doğrudan maliyetler fizik tedavi, yatan hasta hizmetleri, ilaçlar ve birincil bakım ile ilgilidir (Dagenais, Caro ve Haldeman, 2008). Nachemson, Waddell ve Norlund (2000) tıbbi bakım maliyetlerinin %80 kadarının, kronik sırt ağrısı ve maluliyeti olan kişilerin %10’u tarafından oluşturulduğunu hesaplamıştır. RA için doğrudan tıbbi bakım maliyetleri geçmişte nispeten daha düşük olmakla beraber (Lundkvist ve ark., 2008) bazı çalışmalar fonksiyonel kapasite azaldıkça doğrudan maliyetlerin arttığını göstermekte ve bu durum fonksiyonel kapasiteyi maliyet açısından itici güç rolü oynayan majör bir faktör haline getirmektedir (Huscher, Merkesdal, Thiele, Schneider ve Zink, 2006; Kobelt, 2007; Leardini ve ark., 2002).

Doğrudan maliyetler dolaylı maliyetlere kıyasla genellikle toplam maliyetlerin küçük bir bölümünü yansıtır (Dagenais ve ark., 2008; Kavanaugh, 2005; Kobelt, 2007; Lundkvist ve ark., 2008). Ancak RA ile ilgili olarak literatürde, farklı ülkelerde belirli tedavilerin farklı şekilde alınması nedeniyle, ülkeler arasında büyük bir doğrudan maliyet tahmini çeşitliliği bulunmaktadır (Lundkvist ve ark., 2008).

Tablo 2 literatürde bulunduğu şekilde genel olarak kas iskelet sistemi sorunlarıyla (KİSH) ve özel olarak RA ve bel ağrısı ile ilişkili spesifik doğrudan maliyetlerin bazılarını göstermektedir (Kemik ve Eklem Onyılı, 2005’te alıntı yapıldığı şekliyle Woolf, 2004; Kavanaugh, 2005; Dagenais ve ark., 2008).

Tedavi maliyetleri ile ilgili hesaplamalar, tedavilerin klinik maliyetlerini ve yararlarını değerlendirme eğilimindedir. İşe devam eden veya işe erken geri dönen KİSH’li kişilerin daha geniş etkisi, çalışmakta olan kişi için biyopsikososyal ve ekonomik etkilere kadar ve Sosyal Güvenlik Kurumlarına ve diğer hükümet departmanlarına olan azalmış maliyetlere kadar uzanır. Genelde hastalık için ve özel olarak KİSH’ler için tedavilerin maliyetlerinin analizine daha geniş birleşik bir yaklaşımın uygulanması tedavi maliyetlerinin ve yararlarının farklı ve belki de daha gerçekçi bir değerlendirmesini sağlayabilir.

Tablo 2. KİSH, RA ve bel ağrısı ile ilişkili doğrudan maliyetler

	KİSH’ler	RA	Bel Ağrısı
Tıbbi bakım maliyetleri	Doktor vizitleri Ayaktan hasta cerrahisi Acil servis Rehabilitasyon hizmeti kullanımı (fizyoterapist, meslek terapisti, sosyal çalışan) İlaçlar Tanısal / terapötik prosedürler ve testler Aletler ve yardımlar Akut hastane imkânları (cerrahisi veya cerrahisiz) Akut olmayan hastane imkânları	Doktor vizitleri Diğer sağlık profesyoneli vizitleri Ayaktan hasta cerrahisi Acil servis İlaçlar (uygulama maliyetleri dahil) Görüntüleme Laboratuvar takibi Toksosite (tanı, tedavi) Tıbbi yardım cihazları Hospitalizasyonlar (RA veya tedavisi ile ilgili): ortopedik cerrahi, uzamış bakım / rehabilitasyon tesisleri	Doktor vizitleri Kiropraktik vizitler Ayaktan hasta cerrahisi Acil servis Fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti kullanımı Tamamlayıcı ve alternatif tıp İlaçlar Görüntüleme
Kişisel maliyetler	Ulaşım Hasta zamanı Bakıcı zamanı		
Hastalıkla ilgili diğer masraflar	Evde tıbbi bakım hizmetleri Çevresel adaptasyonlar Medikal ekipman Tıbbi olmayan uygulayıcı, alternatif tedavi		Mental sağlık hizmetleri

Kaynak: Kemik ve Eklem Onyılı 2005’te alıntı yapıldığı şekliyle Woolf, 2004; Kavanaugh, 2005; Dagenais ve ark., 2008

3.4.2 Dolaylı Maliyetler

Çalışanlarda hastalıkla ilişkili olarak en yaygın şekilde ölçülen 2 ana tipte dolaylı maliyet söz konusudur. Bunlar, iş devamsızlığı ile bir çalışanda iş yerindeyken hastalık veya iş göremezlik nedeniyle ortaya çıkan verimlilik kaybı veya diğer adıyla ‘presenteizm’dir. Presenteizmin ölçülmesi son derece zordur ve maliyetleri ile ilgili Türk verileri bulunmamaktadır. Ancak görüştüğümüz uzmanlardan biri, çalışanlar işten atılmaktan korktukları için ve Türkiye’de iş bulmak zor olduğu için, kendilerini iyi hissetmeseler bile işe gelmeye devam ettiklerini ve böylece presenteizm miktarının arttığını belirtmiştir. Bunun sonucu olarak, dolaylı maliyetlerle ilgili hesaplamaların çoğu iş devamsızlığı verilerine dayanmaktadır. Ancak iş devamsızlığı ile ilgili olarak toplanan verilerin bazı kısıtlılıklarını belirtmek önemlidir. Hastalık izinlerinin kayıtları nadiren tam olmaktadır. Farklı organizasyonlarda iş devamsızlığını kaydetmenin farklı yolları vardır:

Bazı durumlarda çalışanlar kayıtları kendi başlarına doldururlar, diğerlerinde ise devamsızlığı çalışanlar adına yöneticiler kaydetmelidir. İşveren anketleri, insan kaynakları profesyonellerinin organizasyonları ile ilgili anketi kendi kayıtlarını dikkate alarak doldurmasını gerektirir; ancak Türkiye’de bunun örneklerini bulamadık. Kendi kendine bildirim anketleri, tek tek çalışanlardan anketi belli bir referans süreyi, örneğin önceki 2 veya 4 haftayı, dikkate alarak doldurmasını ister (örneğin Üç Ayda bir Yapılan Ulusal Hane Halkı Anketi gibi). Her yöntemin eksiklikleri vardır, örneğin kendi kendine bildirim yapılan anketlerle çalışanlar, başka bir sebepten dolayı işe gelmedikleri zamanı hastalıkta geçen günler olarak bildirebilirler. İşveren anketlerinde yanıtlar, işverenin tuttuğu devamsızlık kayıtlarının kalitesiyle kısıtlanabilir (örneğin işverenler devamsızlığı her zaman doğru ve geçerli bir şekilde kaydetmezler veya sebepleri kaydetme kategorileri yeterli değildir). İşveren anketleri ayrıca, sadece devamsızlığı ölçen iyi yöntemlere sahip organizasyonların anket talebine hızlı bir şekilde yanıt verebilmesi olasılığının bulunduğu durumda yanıt yanlılığına da maruz kalmaktadır. Tüm durumlarda kayıtlar ve raporlar yanlılığa tabidir. Örneğin yöneticiler kendi devamsızlıklarını yeterince bildirmeme eğilimindedir.

KİSH’li kişilerde dolaylı maliyetler sadece hastalık izni ve presentizm ile değil, aynı zamanda erken emeklilikle de ilişkilidir (Dagenais ve ark., 2008; Alavinia ve Burdorf, 2008). Literatürde erken emeklilik oranları bağlamında ülkeye, çalışmanın yılına ve dahil edilen örneğe bağlı olarak değişen yüksek bir çeşitlilik saptanmıştır. Ancak çalışmaların çoğunda %30 ile %50 arasında değişmektedir (Lundkvist ve ark., 2008).

Bununla birlikte, bu rakamlar KİSH gibi sorunların gerçek maliyetinin hâlâ olduğundan az görünmesine yol açmaktadır. KİSH’li kişilerin çoğu malul duruma gelmez. Aslında, KİSH’lerin nispeten yüksek bir arka plan prevalansının olmasına karşın çoğu kişi (tanı konmuş hastalıkları olanlar da dahil) çalışmaya devam etmektedir (Waddell ve Burton, 2006a). Bununla birlikte, kişilerin müdahale veya iş yerinde yapılacak düzenlemeleri beklerken ağrı ve rahatsızlıklarına rağmen çalışmaya devam ettikleri durumlardaki verimlilik kaybıyla nedeniyle hala potansiyel olarak anlamlı maliyetler söz konusu olmaktadır. Bundan önceki bölümde de tartışıldığı gibi, kötü sağlığın dolaylı maliyetleri kişinin verimlilik kaybının ötesine uzanmakta, çoğunlukla aile üyelerinin iş gücüne katılımlarını da etkilemektedir (Pugner, Scott, Holmes ve Hieke, 2000). İşle ilgili dolaylı maliyetlerin bir diğer uzantısı, hane halkı için yardımcı tutmayla (Kavanaugh, 2005) ve resmi olmayan bakım sağlanması ile ilişkili ek maliyetlerdir. Resmi olmayan bakımın tanımlanması, ölçülmesi ve değer biçilmesi zor olmakla beraber (bazı kişiler tarafından ‘resmi olmayan bakım’ olarak düşünülen şey diğerleri tarafından ‘normal’ olarak kabul edilebilir), Lundkvist ve ark. (2008) Avrupa’da RA için resmi olmayan yıllık bakım maliyetinin hasta başına 2.562 Euro’ya eşit olduğunu hesaplamışlardır. Bu rakam, her ülkede tıbbi bakım sistemlerinin veya sosyal sistemlerin sunduğu hizmetlere ve iş gücü piyasasının karakteristik özelliklerine bağlı olarak büyük ölçüde değişmektedir.

3.4.3 Toplam maliyetler

Spesifik KİSH’ler için maliyetlerin hesaplanması sırasında, bir bütün olarak KİSH’ler için geçerli olan zorlukların aynısıyla karşı karşıya gelinmektedir. RA’nın ekonomik yükünü hesaplayan çalışmaların büyük çoğunluğu ABD popülasyonuna ve tıbbi bakım sistemine spesifik maliyet hesaplamaları sunmuştur (Cooper, 2000). AS’nin topluma olan maliyeti iyi belirlenmiştir (Chorus ve ark., 2002). Maliyetle ilgili olarak ABD, Kanada ve diğer Avrupa ülkelerinde, özellikle Hollanda, Fransa ve Belçika’da Türkiye’dekinden daha fazla çalışma yapılmıştır. Ancak iş maluliyet oranlarıyla ilgili olarak ülkeler arasındaki bulgular, çalışma şartları ve terimlerdeki farklılıklar, örneğin yasal hastalık ödemesinin uzunluğu ve şartlarındaki farklılıklar göz önüne alındığında genellikle doğrudan karşılaştırılmamaktadır (Sieper ve ark., 2002).

Lundkvist ve ark. (2008) Türkiye’de RA hastalarını tedavi etmenin toplam maliyetinin yılda hasta başına 5.533 Euro veya 2.665 milyon Euro olduğunu hesaplamıştır. Bunlar tıbbi maliyetleri, ilaç maliyetlerini, tıbbi olmayan maliyetleri, resmi olmayan bakım maliyetini ve diğer dolaylı maliyetleri içermiştir; ancak çalışma çağındaki ve emeklilik yaşının üzerindeki kişileri ayırt etmemektedir. Bu rakamlar hasta başına Batı Avrupa’dakilerden çok daha düşük (17.153 Euro) ama Doğu Avrupa’dakilerden daha yüksektir (4.889 Euro).

Yukarıda belirtilen veri toplama kısıtlılıkları, KİSH’lerin işverenler ve toplum açısından etkisini hesaplamaya çalışırken karşılaşılan bazı güçlüklerin altını çizmektedir.

3.5 Biz bu bölümde KİSH’lerin bir kişinin hem fiziksel olarak kendi hastalığının bir sonucu olarak hem de eşlik eden, ağrıya bağlı konsantrasyon kaybı gibi etkilere bağlı olarak çalışabilme yeteneği üzerindeki etkisini dikkate aldık. Ayrıca iş yerinin hem başlangıçta hem de sorunların gelişmesi esnasında KİSH’ler üzerinde sahip olabileceği etkiyi de tartıştık. KİSH’ler için pek çok intrensek faktörün olmasına karşın iş yerinin, çalışanları hem fiziksel hem de psikososyal olarak diğer risk faktörlerine maruz bırakma potansiyelinin olduğu kesindir. Vibrasyonlar ve iş istasyon ergonomisi gibi bazı iyi belirlenmiş iş yeri risk faktörleri pek çok işveren tarafından zaten tanınmıştır ve etkilerinin minimuma indirilmesi için değerlendirilmiştir. Ancak iş kalitesi gibi diğer iş yeri faktörlerinin etkisi geniş biçimde anlaşılmamıştır.

Biz ayrıca, KİSH’lerin başlangıcı için olan risk faktörleri ile kronik hastalık ve maluliyet için olan risk faktörleri arasında ayırım yapmanın önemli olduğunu da altını çizdik. Fiziksel iş şartları kas iskelet sistemi semptomlarına sebep olabilirken veya bunları alevlendirebilirken, kişilerdeki etki veya sonuç (iş devamsızlığı veya maluliyet) psikososyal faktörlerle kuvvetli bir şekilde ilişkilidir (Waddell ve Burton, 2006b).

Son olarak, KİSH’lerin ekonomik ve sosyal etkisine baktık ve KİSH’lerin doğrudan, dolaylı ve toplam maliyetlerini tartıştık. Maalesef, toplam maliyetler literatürde bulunduğu gibi, KİSH’li kişilerin doğurduğu müthiş boyuttaki maddi olmayan maliyetleri dikkate almamaktadır. Bu durum, maddi olmayan maliyetlerin parasal olarak ifade edilmesindeki zorluğa bağlıdır. Ancak özellikle RA için olan veriler hastalığın ilerlemesiyle doğrudan ve dolaylı maliyetlerinin nasıl arttığına işaret etmektedir. Bunun sonucunda, bu ilerlemeyi durduracak ve KİSH’li kişilerin tam ve verimli çalışma yılları geçirmelerini sağlayacak stratejilerin ve girişimlerin geliştirilmesi gerekli görülmektedir. Bundan sonraki bölümde, her hastalık için iş yeri içi ve dışındaki en uygun ve en yaygın müdahaleler tartışılacaktır.

4. Müdahaleler

Gördüğümüz gibi KİSH etkisi, onunla birlikte yaşayan insanlar için, işverenler için ve tüm şirket için önemli olabilir. Bunların iş gücü üzerindeki etkisi son zamanlarda daha çok tanınmaya başlanmıştır. KİSH hastalığının başlangıcı ve bu sağlık sorunları nedeniyle oluşan devamsızlığın ele alınması açısından erken müdahalenin zaruri bir faktör olduğu geniş çapta kabul görmekte birlikte, KİSH'si olan kişilerin işte kalmasını veya işe dönmesini en iyi şekilde destekleyecek yollardan önce hâlâ katedilmesi gereken bir mesafe vardır. Bakım için uzun süre beklemek, hastalıkla ilgilenme kabiliyetinden ve koşullar ve kendi yönetimleriyle ilgili iş bilincinden yoksun bazı işverenler ve çalışma yerindeki müdahale yöntemlerinin çeşitliliği üzerindeki karışık mesajlar veya işe geri dönme programlarının hepsi KİSH'si olanlar için iyi ve sağlıklı çalışmanın bir realite olmasının önündeki engellerdir.

Bu bölüm daha çok KİSH ile işe devam eden, işe dönen, üretken kalan, işten sağlığıyla ilgili yararlar elde eden ve topluma katkı sağlamaya devam eden çalışanlara yardım etmek için çeşitli müdahaleleri incelemektedir. Ayrıca, Ek 2 Türkiye'de erken müdahale için hem etkinleştiricileri hem de engelleri tespit etmeye ve Türkiye'yi benzer veya farklı iş gücü piyasasına, sosyal yardım ve sağlık sistemine sahip ülkelerle karşılaştırmayı kolaylaştırabilecek çok sayıda gösterge sağlamaktadır.

4.1 Erken müdahale durumu KİSH'si olan çalışanların mümkün olan en hızlı şekilde uygun tedaviye ve desteğe ulaşmalarını temin etmek işverenler ve sağlık uzmanları için en üst öncelik olmalıdır. Bel ağrısı nedeniyle işe gelmeyen çalışanlar üzerinde yapılan epidemiyolojik çalışmalar hastalık izni uzadıkça çalışanın işe dönmesinin de o kadar zorlaştığını ve ekonomik maliyetin arttığını göstermiştir. (Frank ve ark. 1998; Meijer, Sluiter, Heyma, Sadiraj, and Frings-Dresen, 2006). Hastalık izninin aynı zamanda çalışan üzerinde olumsuz bir güçlü psikolojik etkisi olduğu gösterilmiştir. (Meijer, Sluiter, and Frings-Dresen, 2005). Erken müdahale bu nedenle bireysel iyileşme ve kendi kendini yönetmek için çok önemli olup, kaybedilen iş günü sayısını ve KİSH'nin neden olduğu üretkenlik düşüşünü azaltmaya katkıda bulunabilir (Bununla birlikte özel işe dönme programının maliyet etkinliği kesin bir kanıt değildir). Ne yazık ki, görüştüğümüz bazı uzmanlara göre, erken müdahale Türkiye'de yaygın bir uygulama değildir. Türkiye topraklarında uzman sayısının yetersiz olması ve uzmanların eşit olmayan dağılımı yüzünden sağlık hizmeti sunumu açısından büyük coğrafi farklılıklar bulunması nedeniyle KİSH tanısı gecikmektedir. Ayrıca KİSH'ye bağlı çalışmaların azlığı endişe uyandırmaktadır. İşe bağlı KİSH açısından sadece yeterli sayıda olmayan mesleki hastanelerde tanı konulabilmektedir.¹³ Her ne kadar KİSH bağlamında Türkiye'de erken müdahaleye ilişkin bir örnek bulunmuş olsak da, aşağıda Türk sağlık personelinin ilerleyici kas iskelet sistemi hastalıklarına tanı koyabilme yeteneğinin düzelmesini amaçlayan başarılı bir projeyi sunmaktayız.¹⁴

¹³Uzman görüşmesi

¹⁴Sunulan bilgiler, bu projeye katkıda bulunan uzmanlardan biri tarafından paylaşılmıştır

Eğer çalışanın sağlık masraflarını ve devamsızlıktan doğan masrafları azaltmak istiyorsa erken harekete geçmek bir işverenin çıkarları açısından da en iyisidir. Mevcut kanıtlara dair bir incelemeye dayalı olarak, Breen ve ark. (2005) çalışan ve işverenin ilk hafta içerisinde görüşmelerini ve işi düzenlemelerini tavsiye etmektedir. Eğer çalışan sağlık probleminden endişe duyuyorsa profesyonel bir sağlık yardımı almalı ve sevk veya tanı, tavsiye ve planlanmış eylem sonrasında dört hafta içerisinde yeniden inceleme yapılmalıdır.

Türkiye'de Ultrasonografi Projesi

Ultrasonografi erken tanıda ve romatoid artrit, ankilozan spondilit, psoriyatik artrit, kristal artrit ve osteoartrit gibi sağlık problemlerinin tedavisini takip etmede çok büyük yararlar sağlamıştır. Türkiye'de ultrasonografi projesi aşağıdaki amaçları gerçekleştirmek üzere 2007 yılının Ocak ayında başlamıştır:

1. Kas-iskelet sistemi sorunlarının erken tanısında ultrasonografi kullanımına yönelik olarak romatoloji merkezlerinde uzmanlık öğrencilerine eğitim verebilecek uzmanların eğitilmesi
2. Romatoloji departmanlarında ultrasonografi kullanımının artırılması
3. Romatizmal hastalıkların tanısında ultrasonografi kullanımının yerleştirilmesi
4. Ultrasonografinin Türkiye'de tüm bilim dallarında ve romatoloji eğitimi kapsamında bir disiplin olarak öğretilmesi
5. Romatoloji departmanlarında çok merkezli çalışmaların yapılabilmesi

Bu amaçlara ulaşmak için başlangıçta on ve daha sonra ise on dört adet romatoloji merkezine ultrasonografi cihazı sağlandı, buna ilaveten yirmidört kişiye kas iskelet sistemi ultrasonografisiyle ilgili temel eğitim verildi.

Bugüne kadar, tüm ultrasonografi grup üyeleri tarafından ileri düzeyde eğitim tamamlandı ve projede yer alan ondört romatoloji merkezinde yaygın biçimde ultrasonografi kullanıldı. Bunun yanında, bir ulusal kongrede ultrasonografi kursları yapıldı ve tüm Türkiye'de çok merkezli çalışmalar gerçekleştirildi.

İşin elde tutulması ve çalışma programına geri dönülmesi, hastaların olabildiğince hızlı şekilde uygun tıbbi tedaviyi almasına bağlıdır. Oysa bir tıp profesyoneli tarafından muayene edilebilmek için geçen sürenin uzunluğu bireyler ve işverenlerden sıklıkla duyulan bir şikâyet nedenidir. Ayrıca, GP'ler, KİSH'leri olan çoğu kişi için ilk başvuru noktası ve hastaya verilen raporun imzalayıcısı olduğundan, bu hastaların durumları ile başa çıkabilmelerinin sağlanmasında önemli bir role sahiptirler ve bireyin işe dönüşünü engellemede veya kolaylaştırmada merkezi bir konumdadırlar. Ayrıca Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmeti değişik uzmanlar arasında eksik ve kötü koordinasyona sahip olarak tanımlanmakta ve tedaviye erişim için gereken prosedürler KİSH'li bireylerin hayatlarının iyileştirilmesinin karşısında duran ciddi engeller olarak görülmektedir.¹⁵ Ulusal sağlık sistemini modernleştirme ihtiyacının farkında olan Türk Hükümeti 1990 yılından şimdiye dek uzanan Sağlıkta Dönüşüm Programıyla bir dizi reform başlatmıştır.¹⁶ Yıllar içinde KİSH'li hastaların bunlardan ve diğer değişikliklerden fayda sağlaması umulmaktadır.

4.2 Çoğu AB üyesi ülkede, sosyal sigorta sistemleri tarafından yapılan müdahaleler uzun vadeli, kronik veya iş maluliyeti durumları olan çalışma yaşındaki vatandaşlar için önemli farklar oluşturabilir. **İşe bağlı maluliyeti olanlar için sosyal sigorta rejimi** Mayıs 2006 tarihinden önce, Türk sosyal sigorta sistemi üç ayrı sosyal sigorta kurumundan oluşuyordu: Özel ve kamu sektörü çalışanları için SSK; devlet memurları için Emekli Sandığı (ES) ve serbest meslek mensubu çalışanlar ve çiftçiler için Bağ-Kur. Hepsi birlikte ele alındığında, olumlu demografik özelliklere rağmen sistemde bütçe açığı on yıldan fazla bir süredir giderek büyümekteydi. Zaman içerisinde bu bütçe açığı genel bütçeden gittikçe artan büyük transferler gerektirmiştir. İlk reform, 1999 yılında, SSK ve Bağ-Kur sistemlerindeki bütçe açığının büyüklüğünü geçici olarak azaltmış; ancak açık daha sonra emeklilik aylığı seviyesinde isteğe bağlı artış ve prim taban değerinin düşürülmesinin bir aradaki etkisi nedeniyle yeniden artmaya başlamıştır. Emekli Sandığı (ES) sisteminde, sadece tek bir ana parametre değiştirilmiş ve bütçe açığı sürekli olarak artmıştır. 1994 ve 2004 yılları arasındaki bu bütçe açığının kümülatif değeri 2004 fiyatlarında 475 milyar YTL idi ve bu yaklaşık olarak GSYİH'nin, yaklaşık olarak %110'una eşitti.

Bu bağlamda 2006 sosyal sigorta sistemi reformu gerekliydi. Önemli gecikmelerin ardından, her ikisi de Türkiye IMF programı yapısal performans kriterini oluşturan iki yeni sosyal sigorta kanunu Mayıs 2006 tarihinde yasallaşmıştır. Bu kanunlardan ilki (Sosyal Sigorta İdaresi Reformu Kanunu) üç sosyal sigorta kurumunu sigortalı bireylerin sayısını, gelirlerini ve giderlerini doğru bir şekilde denetlemek olduğu kadar daha iyi bir müşteri hizmeti sağlayabilmek için idari gücü artırmak amacıyla bir kurumda birleştirmiştir.

¹⁵Uzman görüşmesi

¹⁶http://www.saglik.gov.tr/EN/dosyagoster.aspx?DIL=2&BELGEANAH=1155&DOSYASIM=htp_2009jan.pdf

İkinci kanun (Sosyal Sigorta ve Sağlık Reformu Kanunu) üç emeklilik sistemini önceden yürürlükte olanlardan daha çok sürdürülebilir parametreye dayanan tek bir emeklilik formülü oluşturarak birleştirmiştir.

2006 reformuna rağmen, net ikame oranları OECD'de sadece en yüksekten ikinci en yükseğe düşüş göstermiştir (ortalama gelir sahibi için). Net ikame oranlarının OECD standartlarına göre bu kadar yüksek kalmasının önemli sebeplerinden biri, Türkiye'de emeklilerin gelir vergisi veya sağlık sigortası primi ödememeleridir. Meksika ve Slovak Cumhuriyeti istisnaları dışında diğer tüm OECD ülkeleri gelir vergileri ve önemli sayıda emekliden sağlık sigortası primini ödemelerini istemektedir.

Ayrıca, bazı yeni parametrelerden birkaçı hâlâ oldukça "cömerttir". Bununla birlikte bunun etkisi başka yerlerde kısmen giderilmektedir. Özellikle, yıllık %2.0'lık uzun vadeli yeni artış oranı, öncekinden daha düşükken (bunun anlamı çalışanların aynı emeklilik maaşı için daha uzun yıllar çalışmasıdır) OECD standartlarının nispeten üstünde kalmaktadır. Yüksek orana sahip tek ülke İspanya'dır. Ayrıca Türkiye'deki artış kısa vadede daha yüksektir – %2.5 yıllık –; sadece 2016 tarihinden itibaren %2.0'lık düşük oran faaliyete geçecektir. Diğer taraftan, yeni hükümet tarafından yapılan kazanç tespiti oranı OECD ortalamasından biraz daha az cömerttir. Türkiye'de geçmişteki kazançlar gelecekte tüketici fiyatları enflasyonu ortalamasıyla ve ekonomi çapında kazançların büyümesiyle değerlendirilecek olsa da, bazı ülkelerde (Belçika, Fransa ve İspanya gibi) yalnızca fiyatların ve bazılarında da bu yöntemlerin kombinasyonunun kullanılmasına karşın, diğer birçok OECD ülkesi ağırlığın %100'ünü ortalama kazançlara vermektedir (bunlar genellikle fiyatlardan daha hızlı artış göstermektedir).

Emeklilik sonrası emekli aylığı endekslemesi reform öncesindeki gibi enflasyona bağlanmıştır. Genel olarak, düzeltilmiş emekli aylığı formülü, sistemin mali sürdürülebilirliğinde öngörülen iyileşmenin sadece bir kısmını açıklamaktadır. Diğer önemli faktörler şunları içermektedir: i) ES ve Bağ-Kur prim tabanlarında artış; ii) ES emekli aylıkları endekslemesinde ücretler faktörünün enflasyon olarak değiştirilmesi ve iii) en erken emekli olma yaşının kademeli olarak – 2036'dan sonra – 65 yaşına çıkarılması. Halihazırdaki en erken emeklilik yaşının çok genç olma durumunun kademeli olarak kaldırılması 1999 reformu ile zaten yasalaştırılmış olsa da, 2006 reformunda bunun yanı sıra yaş yükseltilecek – kadınlar da dahil olmak üzere – 2035 ila 2048 yılları arasında 65 yaşına çıkarılması konusunda düzenleme getirilmiştir. Ancak aradaki dönemde, çalışanların çok erken yaşta emekli olmaya hak kazanma durumu devam etmekte, bu da emeklilik haklarını tam olarak kazandıktan sonra çalışmayı sürdürme konusundaki güdülerini azaltmaktadır; bu durum en azından resmi sektör için geçerlidir.¹⁷

¹⁷<http://www.oecd.org/dataoecd/4/37/37818128.pdf>

4.3 Soruna özgü müdahaleler Kas iskelet sistemi ile ilgili özel sağlık sorunları varlığında tetkik ve tedavi amacıyla bireyin uygun bir uzmana hızla sevk edilmesi genellikle çok önemlidir. KİSH'i olan kişiler uzun vadeli bakımla bağlantılı uzun beklemlerin olması, çok disiplinli yaklaşımlara girişmeyi başaramama, ağrı yönetiminde yetersiz danışmanlık ve açık, bütünleşmiş yolların olmaması gibi birçok problemle karşılaşabilir. Yine de, işe devam etme ve işe dönmeyi artırdığı gösterilmiş olan, duruma göre belirlenen bazı müdahaleler bulunmaktadır.

4.3.1 Spesifik olmayan KİSH'ler

Bu raporun birincil odak noktası, KİSH'li kişilerde işte kalmayı, iş gücü piyasasına katılımı ve iş kalitesini etkileyen müdahaleleri ve diğer faktörleri incelemek olmuştur. Görmüş olduğumuz gibi, fiziksel bozukluğun bu özelliklerin her birinin önünde bir engeli temsil edebileceğini gösteren kanıtlar mevcuttur; ancak pek çok kimse – ciddi ve kronik iş göremezlik durumu olanlar bile – tam ve tatmin edici bir çalışma yaşamı sürdürebilirler ve sürdürürler de. Sırt ağrısı ve işle ilgili üst ekstremite (kol) bozukluklarının çoğu şifa ile sonuçlanabilen hastalıklar olmadıkları ve bunları önlemenin mümkün olduğu konusunda çok kısıtlı düzeyde kanıt bulunduğu için, tedavide problemin sebebini ortadan kaldırmak veya normal fonksiyona geri dönmek yerine en yüksek veya istenen aktivite ve katılım düzeyine dönmek (Burton, 2005; Bekkering ve ark., 2003) ve kronik şikâyet ve nükslerin önlenmesi üzerinde yoğunlaşılması gerektiği tartışma konusu olmuştur.

Spesifik olmayan KİSH'lerin semptomlarını hafifleten veya geçiren tedavi daima bir öncelik olacaktır; ancak tıbbi müdahalenin, spesifik olmayan KİSH'leri bulunan kişilerin sorunlarının kontrolüne yardımcı olan veya tek ya da en iyi iyileşme yolu olması şart değildir. Aslında, spesifik olmayan sorunlarda bir kişinin iyileşmesi ve işe dönme şansı sorunlarının 'aşırı düzeyde ilaçla tedavi edilmesinden' olumsuz şekilde etkilenebilmektedir. Hastalık raporlarının getirdiği kısıtlamalar, yasal hastalık izni ve resmi işe dönüş programları hastanın 'hastalığını' desteklemeye yarayabilir ve işverenlerin 'elinin kolunun bağlanmasına' yol açabilir. Psikososyal faktörlerin sırt ağrısı olanlarda kroniklik ve maluliyetin belirleyicisi olduğu yolundaki kanıtlar temel alındığında, bu rahatsızlık ve tedavisi ile ilgili kavramların yeniden belirlenmesi konusunda güçlü bir argüman söz konusudur ve buradan spesifik olmayan diğer kas-iskelet sistemi ağrısı tipleri için önemli dersler çıkarılabilir (Burton 2005).

Waddell ve Burton (2006b) mesleki rehabilitasyon çalışmalarında gördükleri zorluğu özetlemiştir. Pek çok KİSH'nin kesin bir şekilde tanımlanmış özelliklerinin olmamasına ve çalışma çağındaki nüfusta yüksek bir prevalansa sahip olmasına karşın, epizotların çoğunun kendiliğinden düzeldiği ve bu sorunların bulunduğu kişilerin çoğunun işe çok hızlı bir şekilde geri döndüğünü belirtmektedirler. Onların görüşüne göre, tek başına iş göremezlik üzerine odaklanma faydasız olabilmektedir:

*'...soru, bazı kişilerde neden uzun dönemli iş göremezliğin gelişmediği değildir, asıl soru **yaygın görülen sağlık problemleri olan bazı kişilerin neden beklenen şekilde iyileşmedikleridir.** Biyopsikososyal faktörlerin kronik ağrı ve maluliyet gelişimine ve devamlılığına katkıda bulunduğu artık yaygın bir şekilde kabul edilmektedir. Bunlar kritik olarak, iyileşmenin ve işe dönmenin önündeki engeller olarak da etki edebilir. O zaman rehabilitasyonun mantığı rezidüel bozuklukla uğraşılmasından **beklenen iyileşmeyi önleyen veya geciktiren biyopsikososyal engellerin çözümlenmesine doğru kaymaktadır.**' (Waddell ve Burton, 2006b, p.7) [orijinal metinde koyu renkte]*

Biyopsikososyal model, KİSH'li kişilerin sorunlarıyla nasıl başa çıktıklarını belirlemede psikolojik ve sosyal faktörlerin önemini tanıyan açıklayıcı bir çerçevedir. Bölüm 4.4, biyopsikososyal modelin kısa bir incelemesini sunmakta ve bunun iş gücü bakımından önemini ana hatlarıyla belirtmektedir.

4.3.2 Romatoid artrit

Etkili ve erken RA tedavisinin eklem hasarını ve maluliyeti azaltmadaki önemi yaygın bir şekilde kabul edilmiştir (Pugner ve ark., 2000). Şu anda RA'da 'şifa' söz konusu olmadığı için, tedavide bulguların ve semptomların kontrol altına alınması, hastanın sorununu yönetebilmesini mümkün kılmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek üzerinde yoğunlaşmaktadır. RA için geçerli tıbbi tedavi ekleme hasar veren süreçlerin birini veya diğerini baskılamaya yöneliktir ve bunun etkinliği son yıllarda oldukça gelişmiştir. RA hastalarının fonksiyon kapasitelerinin zaman içinde azaldığı iyi belirlenmiş olduğu için, semptomların ve hastalık ilerlemesinin kontrol altına alınabilmesi amacıyla hastaların hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlarla (DMARDS) mümkün olduğunca çabuk bir şekilde tedavi edilmeleri kritik bir önem taşımaktadır (İskoç Üniversiteler Arası Kılavuzlar Ağı (SIGN, 2000). Bir çalışmada, semptomların başlaması ile romatoloji kliniklerine başvurma arasında 1 yıl bekleyen hastalarda %73'lük bir erozif hasar riski olduğu saptanmıştır (Luqmani ve ark. 2006'da Irvine, 1999).

Anti-TNF ilaç tedavilerinin RA üzerinde, özellikle işte kalmayı ve iş katılımını iyileştirmede DMARD'lardan daha güçlü bir etkilerinin olabileceğini gösteren klinik kanıtlar da artmaktadır (Halpern, Cifaldi, ve Kvien, 2008). Türkiye'de RA'lı kişilerin çok azının anti-TNF tedavi ile tedavi edildiği görülmektedir (Bodur ve ark., 2008). Ayrıca, reçetelenen ilacın geri ödenmesi için hastanın önceden bir sağlık raporu almış olması gerekmektedir. Bu sağlık raporuna dayanarak sadece romatologlar veya immünologlar veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanları veya dahiliye uzmanları anti-TNF ilaçlarını reçeteleyebilmektedir. Üç ay içinde tedaviye yanıt yoksa geri ödeme de olmamaktadır.

Bununla birlikte, enflamasyonu ve hastalık ilerlemesini kontrol altına alacak ilaç tedavisi şeklindeki tıbbi müdahaleler ve yapısal hasara çare bulacak cerrahi tedavi, RA hastalarının bakımını yönetmenin sadece bir kısmını oluşturur. Diğer önemli elemanlar arasında hasta eğitimi ve desteklenmesi, semptomlarla başa çıkmaya yardımcı olmak için pratik kendi kendine yönetim ve hastalıkla ve sonuçlarıyla birlikte yaşamaya yardımcı olmak için uzman desteği yer almaktadır. Etkili RA yönetimi sadece (GP'ler, konsültan romatologlar, fizyoterapistler, meslek terapistleri, kiropodistler, podiatristler, eczacılar, birincil bakım hemşireleri ve ortopedi uzmanlarını içeren) klinik ekibi değil, aynı zamanda hastanın ve ideal olarak işverenlerinin de katılımını kapsamalıdır. Bu süreçte sosyal görevlilerin de rolü vardır .

4.3.3 Spondilartropatiler

AS'li ve diğer romatizmal sorunları bulunan kişilerde tanının doğrulanması ve tedavinin başlatılması için derhal uzmanlara sevk şarttır. AS'de de bir şifa söz konusu olmadığı için (RA'dakine benzer şekilde), terapötik müdahalenin amacı enflamasyonu azaltmak, ağrı ve sertliği kontrol altına almak, yorgunluk gibi sistemik semptomları geçirmek ve hastalığın uzun dönemdeki ilerlemesini yavaşlatmak veya durdurmaaktır. Non-steroid anti-enflamatuar ilaçların (NSAID) veya anti-TNF ilaçların düzenli fizyoterapi ile birleştirilerek reçetelenmesi AS tedavisinin güncel temelini oluşturmaktadır.

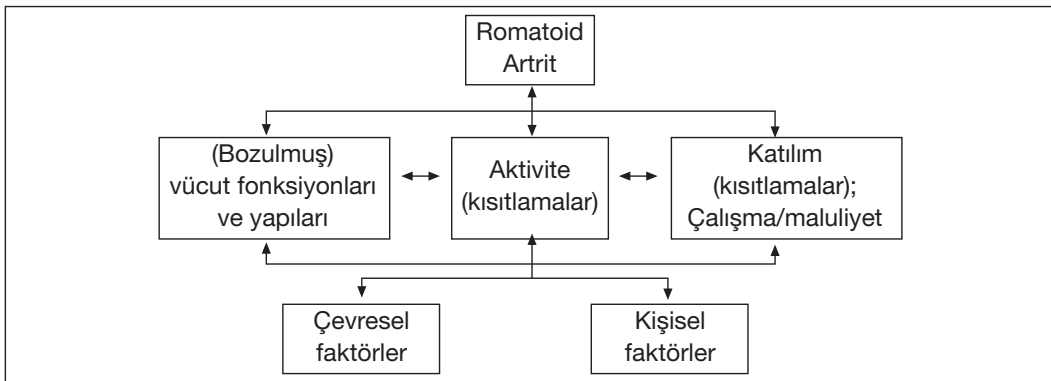
AS tipik olarak nispeten genç kişileri etkilediği için, bir kişinin iş gücü pazarına katılımını bozması ve hatta engellemesi anlamlı olabilir. Daha önce tartıştığımız gibi, hastaların mümkün olduğunda uzun bir süre için ve tutarlı bir şekilde işte tutulmasının önemli klinik, sosyal ve ekonomik yararları vardır. AS hastaları sorunlarının şiddetine bağlı olarak iş yeri ayarlamalarından, esnek çalışma düzenlemelerinden, egzersiz rejimlerinden ve fizyoterapiden yarar görebilirler (Boonen ve ark., 2001).

4.4 Biyopsikososyal model **biyolojik** (örneğin hastalık, eklem hasarı), **psikolojik** (örneğin depresyon) ve **sosyal** (örneğin iş talepleri, aile desteği) arasındaki etkileşimleri klinisyenlerin, iş ve işçi sağlığı profesyonellerinin ve diğerlerinin değerlendirmesi gerektiğini savunmaktadır. Açıkçası, bir hastanın psikolojik yatkınlığı ve davranışı, fiziksel bir 'hasara' (örneğin sırt ağrısına) hastanın yaklaşma şekli üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olabilir. Bazı durumlarda hasta, ağrıya verdiği baskın yanıt 'felaket haline getirme' ise kendi kendini sürdüren iş göremezlik, gecikmiş iyileşme ve hatta depresyon kısır döngüsüne girme riskiyle karşı karşıyadır. Elbette ki kişinin 'felaket haline getirme' yatkınlığını belirleyen kişilik, tıbbi geçmiş, aile desteği veya iş tatmini düzeyi gibi çok sayıda faktör vardır (Sullivan ve D'Eon, 1990). Biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlar arasındaki etkileşimin bir kas iskelet sistemi sorununun gelişimi, ilerlemesi ve rehabilitasyonu üzerinde anlamlı bir etki gösterebileceği çok açıktır.

İlk olarak 1970'li yıllarda önerildiğinden beri, giderek artan sayıda biyopsikososyal modeli destekleyici kanıtlar ortaya çıkmıştır. Örneğin araştırmalar, iş tatmininin işe başarılı ve hızlı bir dönüşün önemli bir habercisi olabileceğini göstermiştir (Bigos, Battie, ve Spengler, 1992). Sosyal destek meselesine gelince, çalışmalar KİSH'lere bağlanabilen işlevsellik kısıtlamalarının aile sistemlerini strese sokabildiğini ve hasta normal aile görevlerini yerine getiremiyorsa aile çatışmalarına yol açabildiğini göstermiştir (Hamberg, Johansson, Lindgren, ve Westman, 1997; MacGregor, Brandes, Eikermann, ve Giammarco, 2004; Kemler ve Furnée, 2002). Diğer taraftan, aşırı istekli bir aile KİSH hastasının pasifliğini pekiştirebilir ve onu 'sakat' rolünü benimsemeye teşvik edebilir (Kerns, Haythornthwaite, Southwick, ve Giller, 1990; Block, Kremer, ve Gaylor, 1980).

De Croon ve ark. (2004) RA'lı kişilerde iş maluliyeti ile ilgili araştırmaları incelemiş ve psikolojik faktörlerin çoğunlukla, standart biyo-medikal faktörlerden daha iyi bir iş maluliyeti habercisi olduğu sonucuna varmıştır. Aşağıda Şekil 1'de, yazarlar daha geniş olan çevresel ve kişisel faktörlerin iş maluliyeti ve RA durumunda Uluslararası İşlevsellik, Maluliyet ve Sağlık Sınıflamasının (ICF) açıklayıcı gücünü nasıl artırdığının altını çizmektedirler.

Şekil 1. RA'da iş maluliyetine uygulanan ICF modeli



Kaynak de Croon ve ark. (2004)

Biyopsikososyal model ile ilgili eleştirilerin bazıları (McLaren 2006), bu yaklaşımın bazı hastaları çaresizliğe teşvik edebileceği veya buna 'izin verebileceği' veya diğer durumlarda sorunların sadece 'kafalarında olduğunun' söylendiğini hisseden hastaları yabancılaştırdığı şeklindeki endişelerin altını çizerek bu son nokta üzerinde odaklanmıştır. Açık ki, konuya klinisyenlerin ve diğer kişilerin bu riskleri azaltacakları şekilde özen gösterilmelidir, ancak literatürdeki denge – ve görüşmelerimizin seyri boyunca sunulan uzman görüşlerinin dengesi – büyük ölçüde biyopsikososyal modelin ve bu modelin hem klinik hem de mesleki şartlarda KİSH'lerin yönetimini bilgilendirmedeki rolünün lehinedir (Smyth, Stone, Hurewitz, ve Kaell, 1999; Carter, McNeil, ve Vowles, 2002; Zampolini, Bernardinello, ve Tesio, 2007). Aslında, mesleki rehabilitasyon için güvenilir bir kılavuz olarak geniş ölçüde benimsenmiş olan *Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası İşlevsellik, Maluliyet ve Sağlık Sınıflandırmasının (ICF)* temelinin teşkil etmektedir (DSÖ Bilimsel Grubu, 2001).

Biyopsikososyal modele dayanan, hastalığa bağlı devamsızlığı azaltacak başarılı bir müdahale örneği, Ektor-Andersen, Ingvarsson, Kullendorff ve Ørbæk (2008) tarafından sunulmuştur. Ektor-Andersen ve ark., yaptıkları çalışmada, fonksiyonel davranış analizi için Bilişsel Davranış Teorisi (CBT) yöntemine dayanan bir araç geliştirmiştir. Bu araca göre, kas iskelet sistemi semptomlarına bağlı uzun dönemli hastalık izni ile ilgili risk faktörleri 4 farklı alanda tanımlanmıştır: toplum, iş yeri, aile / boş zaman ve tıbbi bakım sistemi. Bakım için başvuranlar birkaç farklı daldaki uzmanlardan oluşan ekibin her bir üyesi tarafından muayene edilir ve risk faktörleri tanımlanarak stabil veya dinamik olarak sınıflandırılır. Dinamik faktörler, bakım için başvuranların ve ekibin müdahale yapılması için üzerinde anlaştıkları faktörlerdir. Bu müdahalelerin bazıları CBT seanslarını içermekte, bazıları da daha sonra bir yıl boyunca uygulanan fizyoterapi üzerinde daha fazla odaklanmaktadır. Çalışmanın sonuçları bu tip müdahalenin hastalık iznini ve sosyal güvenlik masraflarını müdahale başlamadan 4 ay öncesinden anlamlı bir şekilde azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Ektor-Andersen ve ark. tarafından sunulan maliyet-yarar analizinin (2008) sadece sosyal güvenlik maliyetlerini dikkate alarak toplam tasarrufları olduğundan düşük hesaplamasına rağmen bu tip müdahalenin maliyetleri, ilk yıl boyunca hastalık izninde azalan maliyetlerle dengelenmektedir.

Waddell ve Burton'un (2006b) öne sürdükleri gibi, biyomedikal modelin hedefleri semptomları düzeltmek olurken, biyopsikososyal model ile bilgilendirilen klinik yönetimin hedefleri – özellikle mesleki şartlarda – semptomların kontrol altına alınması ve fonksiyonun eski haline getirilmesi olmalıdır. Bu, işverenlerin biyopsikososyal modelin "sosyal" kısmına katkı sağladıklarını ve eylemlerinin, KİSH'li kişiler için sonuçta fark yarattığını düşündürmektedir.

4.5 4.5.1 Sorunlarla ve yönetimleriyle ilgili farkındalık

İşverenlerin rolü

İşverenlerin çoğu, KİSH'lerin hem iş yerinde fonksiyonel kapasite üzerindeki doğrudan etkileri açısından hem de ilgili olan durumlarda sorunların belirtileri ve ilerlemesi açısından niteliğinin farkında olmamaya devam etmektedir. Örneğin, RA veya SpA'lı kişiler periyodik enflamasyon 'alevlenmelerine' ve ardından yorgunluk ve muhtemelen karamsar bir ruh haline yatkın olabilirler. İşverenler bu semptomların beklenen veya 'tipik' bir durum olduğunun farkında olmadıkça, işe dönmeye karşı faydasız veya aşırı dikkatli bir yaklaşımı benimseyebilirler.

Ellerin kullanılması ve iş tasarımı ile ilgili mesaj pek çok işverene ulaşmış olabilir, ancak işle ilgili gerekliliklerin bulunmamasının, hatta azaltılmasının amaca zarar verici olabileceği gerçeğinin yaygın olarak kabul edilmesi gerekmektedir. KİSH'lerin yönetimi ile ilgili tavırların değiştirilmesi ve farkındalığın artırılması işverenler ve toplum üzerindeki yükün azaltılmasının önemli bir parçasıdır. Ancak KİSH'ler ve tedavileri hakkında daha çok şey bilmesi gerekenler sadece işverenler değildir. Örneğin sırt ağrısıyla ilgili en kalıcı (ve en kötü) mitlerden biri yatak istirahatinin en iyi çözüm olduğudur. Sağlık teşvik programlarının, ağrı şikâyetini yaşamamanın sorunun sizin için kötüleşmiş olduğu veya aktif olmanın sizin için kötü bir şey anlamına gelmesinin şart olmadığı gösterilmiştir (Buchbinder, Jolley ve Wyatt, 2001). Bu durum, merkezi hükümetin yeterli azmiyle ve yatırımıyla bu ölçekteki kampanyaların yaygın KİSH'lerle ilgili kamuoyu algılaması üzerinde bir etkisi olabileceğini göstermektedir.

4.5.2 Müdahale ve iş taleplerinin ayarlanması

Kanıtlar sadece işin sizin için iyi olduğunu göstermiş olmakla kalmayıp, koşullarında değişiklik yapılmış işe geri dönmenin iyileşmeye yardımcı olabileceğini de göstermektedir (Feuerstein ve ark., 2003; van Duijn ve Burdorf, 2008). İş ve işçi sağlığı uzmanları arasında mesleki rehabilitasyon kullanımı; hastalığı, yaralanması veya iş göremezlik durumu bulunan kişilerin mümkün olduğu kadar kısa bir süre içinde ve mümkün olduğunca sürdürülebilir bir şekilde işe dönebilmelerini sağlamak (ve hatta ayarlama yapılmış işi yerine getirebilmelerini sağlamak) için kabul edilmiş bir mekanizma olmuştur. Rehabilitasyonun genel klinik uygulamaya iyi bir şekilde entegre edilmediği ve işe geri dönmenin klinisyenlerin yeterli bir kısmı tarafından, hasta için değerli bir sonuç olarak görülmediği yönünde endişeler vardır (Frank ve Chamberlain, 2006). Ayrıca mesleki rehabilitasyonun profesyonellerin tekelinde olmadığını belirtmek de önemlidir. Uygulamada verimli bir yönetim, resmi rehabilitasyondan daha fazla olmasa da en az onun kadar önemlidir.

Ancak işverenler, eğer bu konuda düşünüyorlarsa, KİSH'li bir çalışanın yerine getirmesi gereken fiziksel iş gerekliliklerini de kaçınılmaz bir şekilde dikkate alırlar. Biyopsikososyal model, işin mental gerekliliklerinin de işe dönme sürecinin bir parçası olarak dikkate alınmasını gerektirir. Çeşitli iş ihtiyaçlarını ayarlamamanın çeşitli KİSH'lerde işe başarılı bir şekilde dönmeyi desteklediğini gösteren giderek artan sayıda kanıt mevcuttur (Schultz, Stowell, Feuerstein ve Gatchel, 2007; de Croon ve ark., 2004; Feuerstein, Shaw, Nicholas ve Huang, 2004; Chorus, Miedema, Wevers ve van der Linden, 2001). İşe geri dönme esnasında işverenin ve çalışanın yeniden ayarlama sürecini yönetebilme

başarısı aynı zamanda, her iki tarafın işin kendisinin ne dereceye kadar iş göremezliğe sebep olduğu veya iş göremezlik ile ne dereceye kadar ilgili olduğu konusundaki inançlarına da bağlıdır.

KİSH'li kişilere yardımcı olmak için ergonomik ayarlamalardan fizyoterapiye erişim sağlamaya, iş programlarını bilişsel davranış tedavisine modifiye etmeye veya çeşitli stratejilerin kombine edilmesine dayanan çok sayıda işe-dayalı müdahale tipi mevcuttur. Spesifik olmayan KİSH'lerle başa çıkmada bu müdahalelerin başarısı ile ilgili kanıtlar çelişkilidir (Meijer ve ark., 2005).¹⁸ Örneğin bel ağrısı bulunan hastaların aldığı multidisipliner tedaviler ile ilgili sistematik bir gözden geçirme çalışması, tedavinin fonksiyonu iyileştirdiğini ve kişilerdeki ağrıyı azalttığını göstermesine karşın, bu durumun multidisipliner tedavi alan çalışanların almayanlara kıyasla daha erken işe geri dönmesi ile bağlantılı olduğu gösterilememiştir (Guzman ve ark., 2001). Biyomekanik veya ergonomik faktörler sırt ağrısının başlangıcıyla ilgili olabilirken, bu prensiplere dayanan müdahalelerin yeniden kroniklik oluşumunu veya kronikliğe ilerlemeyi önleyeceğine dayanan kanıtlar zayıftır (Burton 1997). Aslında, bir tedavinin diğerinden anlamlı bir şekilde daha etkili olup olmadığını belirlemenin hemen hemen imkânsız olduğu kanıtlanmıştır (Ekberg 1995). RA gibi spesifik sorunlar için bile, mesleki rehabilitasyonun etkinliği ile ilgili kanıtlar zayıftır (Backman, 2004; de Buck, Schoones, Allaire ve Vliet Vlieland, 2004).¹⁹

Bununla birlikte, spesifik olmayan KİSH'lerin, özellikle de sırt ağrısının yönetimi için Kutu 1'de belirtilen prensipler konusunda geniş bir görüş birliği vardır. Bu, çalışanların ve işverenlerin sırt ağrısıyla başa çıkma konusunda izlemeleri için nispeten basit olan çok sayıda önlemi ve tavsiyeyi içermektedir.

Kutu 1. Spesifik olmayan KİSH'leri yönetme prensipleri

- Sırt ağrısı için tedaviye erken dönemde başvurulmalıdır.
- Sırt ağrılarının çoğu ciddi bir soruna bağlı değildir.
- Basit sırt ağrısı temel ağrı kesicilerle ve mobilizasyonla tedavi edilmelidir.
- Sırt ağrısının hem önlenmesi hem de tedavi edilmesi için aktif kalmak önemlidir.
- İşe çabuk geri dönmek, kronik sırt ağrısının önlenmesine yardımcı olur.
- Çalışırken doğru bir postür benimsenmelidir.
- Bütün iş yeri ekipmanları ayarlanabilir olmalıdır.
- Tekrarlı veya uzun işler veya postürler söz konusu ise arada molalar verilmelidir.
- Mümkün olan durumlarda elle taşıma yapmaktan kaçınılmalı ve ağırlık kaldırma ekipmanı kullanılmalıdır.
- Sırt bakımı konusunda çalışanlara net bilgi sunulmalıdır.
- Günlük işlerin tüm yönlerini kapsayan sağlık ve güvenlik politikaları uygulanmalı ve düzenli bir şekilde gözden geçirilmelidir.

Kaynak Sağlık ve Güvenlik Yöneticisi (HSE), 2002

¹⁸İşe geri dönüş tedavi programlarının etkinliği konusunda yapılan bir değerlendirmede elde edilen bulgular tutarsız olmuştur.

¹⁹Backman, 2004, 1980 ila 2001 arasında yalnızca sekiz çalışma saptamıştır.

Bu yöntem, işverenlerin sağlık ve güvenlikle ilgili riskleri ele almak için kendi yasal görevlerinin ötesini düşünmelerini ve hastalık izni yönetiminin, etkili işe dönme programlarının ve rehabilitasyonun etkili yönetim prensiplerinin en üst sırasında yer aldığını anlamalarını gerektirmektedir (Waddell ve Burton, 2006b). Bu konuda pek çok şey, KİSH semptomlarının çalışanlar ve yöneticileri arasında nasıl kontrol edileceği ve yöneticilerin çalışma sırasında çalışanları destekleme konusunda beceri ve güvene sahip olmaları ile ilgili farkındalığa bağlıdır.

4.5.3 Bölüm yöneticileri

Kesin olan şey, bölüm yöneticilerinin erken müdahaledeki rollerinin hem işin sürdürülmesinde hem de rehabilitasyonda hayati bir önem taşıdığıdır. Ancak pek çok bölüm yöneticisi uzun dönemli iş devamsızlığını ve iş göremezlik durumunu yönetme konusunda kendilerini yeterince donanımlı hissetmemektedir. Mental sağlıkta bozulmanın veya kronik iş göremezliğin özellikleri hakkında konuşmayı veya bunlarla karşılaşmayı can sıkıcı veya garip bulabilirler ve tacizle suçlanma ya da kanun dışı hareket etme ve hem kendilerinin hem de mensubu oldukları kuruluşun mahkemeye düşmesinden korkarak GP hasta raporları hakkında daha fazla bilgi veya açıklama istemekten, personelin evini ziyaret etmekten veya personeli evden telefonla aramaktan kaçınabilirler. Rehabilitasyon fikrini göz ardı ederler veya bu düşünceden rahatsızlık duyarlar. İstihdam Eşitliği Yasası işverenlerin uzun dönemli hastalıkların veya hasarların söz konusu olduğu çalışanları desteklemek için 'çalışma şartlarını uyumlu hale getirmelerini' gerektirse de, bölüm yöneticilerinin çoğu işin yeniden tasarlanmasını zor, rahatsız edici ve sinir bozucu bulmaktadır.

KİSH'lerin işle ilgili en yaygın sağlık problemi olduğu ve çalışanların işte kalıp kalmayacaklarını ya da en kısa süre içinde işe dönüp dönmeyeceklerini belirlemede psikososyal faktörlerin önemi dikkate alındığında yöneticiler, özellikle küçük ve orta ölçekli müdahaleler için organizasyonları açısından anlamlı olabilecek maliyetlerle veya sahip oldukları personelle ilgilenebilme becerisine sahip olmalıdır. Küçük işverenlerin ayrıca, KİSH'li çalışanlarıyla ilgili sorunları da vardır; çünkü bu çalışanların iş devamsızlığı potansiyel olarak müşteri hizmetleri, verimlilik ve iş performansı üzerinde daha fazla etkiye sahip olabilmektedir.

4.5.4 Çalışan – klinisyen diyalogunun iyileştirilmesi

KİSH'li çalışanların işe dönmede karşılaştıkları zorlukların büyük bir kısmı, işverenler ve klinisyenler arasında iyileştirilmiş düzeyde karşılıklı bir anlayış söz konusuysa çözümlenebilir. Yukarıda da altı çizildiği gibi, çoğu KİSH'nin işverenler tarafından anlaşılması en iyi ifadeyle baştan savma olabilmektedir. Sonuç olarak, çoğu GP'nin pek çok KİSH'nin mesleki boyutu konusunda çok fazla bir anlayışının bulunmadığı veya çok az anlayışa sahip oldukları sıklıkla öne sürülmektedir.

Türkiye'deki tıp öğrencileri kendi öğrenme sürelerinde iş ve işçi sağlığı hakkında çok az şey öğrenirken, GP'ler için kas iskelet sistemi eğitiminin olmadığı saptanmıştır (Akesson, Dreinhofer ve Woolf, 2003). Ayrıca birçok GP 'çalışabilirliğin' değerlendirilmesi istendiğinde rahatsız veya kendini yetersiz hissetmektedir (Arrellov, Alexanderson, Hagberg , Lofgren, Nilsson, Ponzer, 2007; Swartling, Hagberg, Alexanderson, Wahlstrom, 2007). Bununla birlikte, çalışanların yerine getirdiği spesifik görevler ve bunları ayarlayabilme yetenekleri anlaşılmadan GP'ler, işe dönmeyen kişi %100 uygun durumda değilse sorunu alevlendireceğini düşünebilmektedir.

İşverenler de kendi açılarından, bir GP'nin hastalık raporuna çok nadiren karşı çıkarlar veya bir hastanın yararlı bir şekilde işe dönme potansiyeli ile ilgili olarak çok nadiren ikinci bir rapor isterler. Bu karşılıklı birbirini anlamama ve sonucundaki diyalog eksikliği neticesinde çoğu zaman, KİSH hastasının işe dönmek için kesin bir yol olmadan ve daha da önemlisi hiç ses çıkmaksızın ortada kalması durumu söz konusu olabilmektedir. Mesleki rehabilitasyona biyopsikososyal modelle bilgilendirilen ve olgu yönetimi ile sunulan proaktif, kapsayıcı, farklı dallardan uzmanların katıldığı, yeteneğe odaklı bir yaklaşım, işle ilgili KİSH olgularının büyük kısmında uygulanacak en aydınlatılmış ve etkili yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Hem işverenler hem de GP'ler çoğunlukla işin KİSH hastasının yapabileceği yönlerinden ziyade o anda yerine getiremediği yönleri üzerinde odaklanmaktadır.

Biyopsikososyal modelin çekici yönlerinden biri, KİSH hastasının deneyiminin ve sorunlarının yönetiminin 3 ana kolunu 'birleştirmesidir'. Bu model, belli bir kişi için işte kalmanın veya işe dönmeyen önemli bir sonuç olduğu durumlarda çeşitli KİSH'lerin tanısına ve tedavisine bakılan kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır.

4.6 Bu bölümde, KİSH'li kişilerin sağlığı ve onların iş gücünün verimli üyeleri olarak kalmalarının sağlanması açısından ilk ve en önemli şey olan erken müdahale konusundaki geçerli durumun anahatları çizilmiştir. Ancak aynı zamanda, müdahalenin ideal olarak kas iskelet sistemi ağrısı olan kişilerin GP'lerini ziyaret etmeden önce başlaması ve bir hasta raporunun imzalanmasının ötesine uzanması gerektiğini de göstermektedir. Biyopsikososyal model, kişisel veya psikolojik faktörleri olduğu kadar kişilerin yaşadıkları ve işin büyük ölçüde rol oynadığı sosyal ortamı dikkate alarak spesifik olmayan KİSH'lerin gelişimine katkıda bulunan faktörlerin daha kapsamlı bir şekilde anlaşılmasına duyulan ihtiyacı da kesin bir şekilde göstermektedir. Bunun başarılabilmesi için işverenler, çalışanlar ve klinisyenler birbirleriyle daha etkili bir şekilde konuşmalıdırlar. Bu zorlayıcı ve günümüzde uygulamada kesinlikle yaygın olmayan bir yöntem olsa da, bu problemi çözümlenememesinin maliyetleri bu bölümde vurgulanmıştır.

5. Sonuçlar ve Öneriler

alışmak şüphe götürmez bir şekilde sağlığımız için iyidir. Bize gelir sağlar, sosyal sermaye üretir ve bize amaç ve anlam kazandırır. Kötü veya yaralanmış durumdayken bile, işte kalmak - en azından biraz kapasiteyle - iyileşme açısından işten uzun süre uzak kalmaktan genellikle daha iyidir. Türkiye'nin iş gücü küresel ekonomide verimli ve rekabetçi olarak kalacaksa ve çalışma yaşamlarının kalitesi artacaksa, iş gücünün büyük bir kısmının mümkün olduğunda iş açısından formda kalması önemlidir.

Bu raporda sunulan kanıtlar, Türkiye'de çalışma çağında bulunan kişilerin büyük bir bölümünün KİSH'lerden doğrudan etkilendiğini veya etkileneceğini göstermektedir. Bunun bu kişiler ve aileleri açısından çok anlamlı sosyal ve ekonomik sonuçları olabilir, toplam iş gücünün ve Türkiye ekonomisinin bir kısmının üretken kapasitesini engelleyebilir ve hem sağlık hizmetlerinin hem de sosyal yardım rejiminin kaynaklarını büyük ölçüde kendine çekebilir.

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de KİSH probleminin niteliği, yaygınlığı ve sonuçları konusundaki klinik, epidemiyolojik, psikolojik ve ekonomik kanıtların hayal kırıklığı yaratan bir eksikliği söz konusudur, ancak elimizde KİSH'lerin önümüzdeki yıllarda çalışma çağındaki nüfusun giderek artan bir bölümünü etkileyeceği sonucuna varabilmemize yetecek kadar bilgi vardır. Ancak hükümet, klinisyenler ve işverenler arasında **bir çalışan olarak KİSH hastası** üzerinde odaklanan uyumlu veya 'birleşik' bir düşünce ve eylem hâlâ yok gibi görünmektedir. Biyopsikososyal modeli savunanların sayısı giderek artarken, KİSH'li çalışanların iş gücü pazarına katılımlarının sağlanabilmesi konusunda en çok etkisi olabilen bazı kişilerin bu modelin prensiplerini henüz yapabilecekleri kadar tam benimsemediklerini fark ettik.

İş Vakfının, bu alanda çok sayıda ilgili taraf için birçok önerisi vardır. Bizim niyetimiz, bazı anahtar oyuncuların iş gücü piyasasına devam eden aktif katılımın sağlık, icra ve refah için hemen daima şiddetle pozitif bir güç olmasını sağlamak için daha çok şey yapılabileceğini anlamalarını teşvik etmektir.

5.1 İşverenler için öneriler

- İdari farkındalık artırılmalı ve eğitim sadece sağlık ve iyilik durumu bileşenini değil, aynı zamanda KİSH'leri ve uygun müdahaleleri de içermelidir. Yöneticiler personel devamsızlığının ön cephesindedirler ve bir problemin erken uyarı işaretlerini görebilmek ve çalışanlara işten uzak kaldıkları bir dönemden sonra rehabilitasyon konusunda yardımcı olmak için iyi bir pozisyonadrlar. Güncel 'stres' odağına rağmen, Türk organizasyonlarındaki yöneticilerin KİSH'lerin kendi personelleri ve bütün organizasyon için bir problemten daha da fazlası olabileceğinin farkında olmaları gerekir.

- Yenilikçi iş tasarımı ve katılımcı ergonomi, korunma ve iş rehabilitasyonuna yardımcı olacaktır. Yöneticiler KİSH'lerin kötüleşmesinin önlenmesine veya KİSH'li kişilerin işe dönmelerine yardımcı olmak için işin organize edilme şeklini değiştirebilirler (fiziksel düzenlemelerdeki veya çalışma saati düzenlemelerindeki basit değişiklikler de dahil olmak üzere). Bunu iş kalitesini koruyacak, aşırı veya zarar verici iş taleplerinden kaçınacak ve ergonomik açıdan iyi pratik uygulamaya özen gösterecek bir şekilde yapmaları gerekir.
- GP'lerin zorlanması önerilir. GP'lerden alınan hasta raporları çalışmada bulunan sağlık probleminin niteliği ve çalışabilme kapasitesi üzerindeki etkisi konusunda yeterince net bir endikasyon sunmuyorsa, işverenler sadece çalışanın hâlâ yerine getirebileceği görevleri ve çalışanın işe dönmesi için ne gibi bir destek sunabileceklerini anlamaya yardımcı olmak için GP'nin değerlendirmesini zorlamalı ve netleştirmelidir.
- Erken müdahale edilmesi gereklidir. İşverenler daima, geç harekete geçmek yerine çabuk hareket etmelidirler; çünkü ihtiyat ve gecikme herşeyi sadece daha da kötüleştirir. Şefkatli bir şekilde davrandıkları ve kanıta ve uzman görüşüne dayalı kararlar verdikleri sürece erken müdahale taciz olarak vasıflandırılmaz ve iyileşmeyi veya rehabilitasyonu çoğunlukla hızlandırır.
- İş ve işçi sağlığı tavsiyelerinin kullanılması tavsiye edilir. Dikkatli bir şekilde organize edilmiş ve kişiye uyarlanmış mesleki rehabilitasyon işe dönmek, verimlilik, moral ve performansın sürdürülebilirliği açısından gerçek bir fark yaratabilir. İş ve işçi sağlığı profesyonelleri sürece mümkün olduğunca erken dahil edilmelidir.
- Yasal uyumluluğun ötesinde, KİSH'li bir çalışanla ilgilenirken bir 'risk yönetimi' mentalitesinden kaçınmaya çalışılmalıdır. Bu çoğunlukla gecikmeye ve belirsizliğe yol açabilir. Hemen hemen bütün durumlarda çalışan işte daha iyi olmaktadır.
- Biyopsikososyal çerçeveden yararlanmanız tavsiye edilir. Psikososyal ve sosyal boyutları dikkate almadan KİSH'nin sadece fiziksel semptomlarını düşünmek KİSH'nin işle ilgili sebeplerinin veya rehabilitasyonun işle ilgili yararlarının gözden kaçırılması anlamına gelebilir.
- İş göremezlik üzerinde değil, yeterlilik üzerinde odaklanmanız önerilir. İşverenler de durumu felakete çevirebilir! KİSH'li çalışanların çoğu kendilerine izin verilirse büyük bir katkıda bulunmaya devam edebilirler. İşe dönmek için %100 uygun durumda olmaları gerekmez ve biraz etrafıca düşünmek, KİSH'li çalışanlara onları tam verimli kapasiteye geri dönüş yolculuğunda destekleyen yararlı bir iş sunmanızı sağlayabilir.

5.2 Çalışanlar için öneriler

- İş göremezlik üzerinde değil yeterlilik üzerinde odaklanmanız tavsiye edilir. İşinizin, KİSH'den dolayı yerine getirilmesini zor bulabileceğiniz kısımları hakkında gergin ve hatta suçlu olmak normaldir. Ama hâlâ katkıda bulunabileceğiniz pek çok şey vardır ve güçlü yönlerinize oynamanız uygun olacaktır. Ağrılarınız, rahatsızlığınız veya hareket etme problemlerin var diye uzmanlık bilginiz ve deneyiminiz kaybolmaz, bu durumdayken de pek çok katkınız olabilir. Sorununuzdaki kısıtlamalarla birlikte işteki etkinizi nasıl maksimuma çıkartacağınızı bulmak için yöneticilerinizle ve meslektaşlarınızla birlikte çalışabilirsiniz. Onlara karşı açık olursanız, yanıtları daha iyi olacaktır.
- Sorununuzla ilgili olarak yapacağınız konuşmayı ertelememeniz önerilir. Bölüm yöneticiniz size bir şeyler söyleyebilir, ama zihninizi okuması mümkün değildir. KİSH'niz sizde zorluğa yol açıyorsa veya çalışma zamanınızı ayarlamamız gereken bir dönem olduğunu sezinliyorsanız bu konuda neler yapabileceğinizi planlamak için yöneticinizle konuşabilirsiniz. Yöneticiler son dakika sürprizlerinden hoşlanmaz, ama kendilerine bildirildiği takdirde problemlerin çoğuna çözüm bulabilirler. Bu nedenle ne kadar erken konuşursanız o kadar iyidir. Sendika temsilcinizle, insan kaynakları yöneticinizle veya iş ve işçi sağlığı bölümünden biriyle de konuşabilirsiniz. Bu konuşmayı geciktirmeyin.
- Sorununuzun yönetiminde aktif rol almanız uygun olacaktır. KİSH'niz sizi bazen alt edecek ve siz de onun işteki ve evdeki yaşamınızı kontrol ettiğini düşüneceksiniz. Ancak ağrı veya hareketsizliğin pasif bir kurbanı olmanıza gerek yoktur. Sorununuz hakkında daha çok şey bulup, ağrı veya yorgunluktaki paternleri izleyerek sorunun işlevselliğiniz ve duygudurumunuz üzerindeki etkisini nasıl minimuma indirebileceğinizi öğrenebilirsiniz. Bunun yapılması bazen çok zor olabilir ama kararlı olun: Sorunlarının yönetiminde aktif rol oynayan kişiler işe daha çabuk bir şekilde dönme eğilimindedir.
- Haklarınızı bilin. Hem bir hasta hem de bir çalışan olarak, hangi destek ve önerilere hak kazandığınızı bilmeniz gerekir. Sendikaya üyeyseniz, sendikanız bu sürecin büyük bir bölümünde size kılavuzluk edecektir.
- İşte kalmada ve rehabilitasyonda aile katılımı. Aileniz ve arkadaşlarınız önemli destek kaynaklarıdır. İşte kalmanın veya işe dönmenin hem mümkün hem de istenen bir şey olduğunun farkına varmayabilirler. İşteki rehabilitasyonunuzda yer almalarını sağlayarak size destek olmaları konusunda onlara yardımcı olmanız gerekir. Çalışma zamanındaki veya iş düzenlemeleri yolundaki küçük ayarlamalar bile çok büyük bir fark yaratabilir.

5.3 GP'ler için öneriler

- İşte kalmanın veya erken işe dönmenin hasta için iyi olduğu durumu belirlemeniz tavsiye edilir. İşin hastanız için şüphe götürmez bir şekilde kötü olduğunu varsaymak kolaydır, özellikle işin semptomları daha kötü hale getirdiğinden şüpheleniyorsanız. Bazı ayarlamalarla, daha hafif görevlerle işte kalmayı mı önerebileceğinizi yoksa ayarlanmış çalışma saatlerinin işten uzun süre uzak kalmaktan daha iyi bir seçenek mi olduğunu dikkatli bir şekilde düşünmeniz uygun olacaktır.
- Fiziksel semptomların ötesini düşünmeniz uygun olacaktır. Hastaya tanı koyarken ve– en önemlisi – hastanın işinin onun aktif kalmasında ve izolasyondan kaçınmasında oynayabileceği rolle ilgili değerlendirme yaparken biyopsikomodel anlayışınızı ve biyomekanik modelin kısıtlayıcı yönlerini göz önünde bulundurmanız önerilir. Bir GP olarak, pek çok KİSH'nin erken belirtilerinin saptanmasında ideal bir konumda bulunmaktasınız. Uygun olan durumlarda hastaları, sorunun ele alınmaya başlayabilmesi için mümkün olduğunca erken dönemde uzman ekiplere sevk etmeye çalışabilirsiniz.
- Durumu felaket haline getirmekten kaçınmalısınız. Klinisyen sorun hakkında hastayla konuşurken kapasiteden çok iş göremezlik konusu üzerinde durursa, hastada sorunun olumsuz yönlerine ve ilerleme olasılığına yönelik bir düşünce oluşacaktır.
- Öz yönetimi ve tedavi ve korunmaya aktif katılımı özendirmanız önerilir. Hastanın özellikle işte kalması veya işe dönmesi durumunda sorunun çeşitli yönlerini yönetebilmesini sağlayacak stratejileri benimsemesini sağlamaya çalışın. Onlara sürece dahil edildiklerinin ve durumun kontrol altında olduğunu hissettirilmesi duygudurumlarının iyileştirilmesine yardımcı olacak ve işteyken iş göremezlik durumlarının önemli yönlerinin üstesinden gelmelerini sağlayacaktır.
- Erken müdahale. Kanıtlar, uzun süreli işten uzak kalma dönemlerinin KİSH hastaları için çoğunlukla kötü olduğunu düşündürmektedir. İşten ne kadar uzun süre uzak kalınırsa geri dönmesi o kadar zor olur. Tercihen hasta ve işvereniyle ortak bir şekilde erken harekete geçmek kişinin dinlenme isteği ile çalışma isteği arasında bir denge sağlanmasına yardımcı olabilir.

5.4 İş ve işçi sağlığı profesyonelleri için öneriler

- Fiziksel semptomların ötesini düşünmeniz uygun olur. Daha da önemlisi çalışanların, işverenlerin ve GP'lerin bu çok faktörlü perspektifin yapıcı, aktif, katılımcı ve sürdürülebilir rehabilitasyona nasıl katkıda bulunabildiğini tam olarak anlamalarını sağlamaya çalışabilirsiniz. Müdahale ve önerilerinizi, biyopsikososyal modelin 3 alanı etrafında şekillendirmeniz ve işverenlerin, küçük iş yeri ayarlamalarının yalnızca İstihdam Eşitlikleri Yasasına uyulmasına kıyasla nasıl daha geniş yararlar sağlayabildiğini görmelerine yardımcı olmanız tavsiye edilir.
- Erken müdahale. İş ve işçi sağlığı profesyonelleri diğerlerinden öncelikli olarak, KİSH'lere erken müdahalenin yararlarını anlatırlar. Çalışanların sorunlarını yönetmeyi öğrenme ve özgüven ve kendine değer verme hissini sürdürme biçimlerinin olumlu bir parçası olarak hastanın işe dönmeyi kullanmasını sağlamak için işveren ve çalışan arasında veya işveren ve GP arasında aracılık yapmada proaktif bir rol oynayabilirsiniz.

- Öz yönetimi özendirmeniz uygun olacaktır. Çalışanlar, meslektaşları ve yöneticileriyle birlikte çalışmak kişinin sorunlarını yönetecek stratejiler bulmasına yardımcı olur. Bu, çalışma düzenlemeleri konusunda kendi kararlarını verebilmelerini mümkün kılacaktır.
- Yöneticileri, iş tasarımı müdahaleleriyle desteklemeniz tavsiye edilir. İstihdam Eşitlikleri Yasası altında iş ihtiyaçlarında değişiklikler yapmak, yöneticiler tarafından çoğunlukla yasaya uymanın bir yolu olarak görülmektedir. Yöneticilerin KİSH'li bir hastanın/çalışanın ihtiyaçlarını ve değişen müşteri taleplerini karşılamaya daha yapıcı bir yolu olarak işi yeniden tasarlamaya bakmalarına yardımcı olmak, onların daha esnek çalışma düzenlemelerinin sağladığı iş yararlarını görmelerine yardımcı olacaktır.

5.5 Hükümet için öneriler

- Epidemiyolojik veriler toplamanız ve veri kaydetme sisteminizi iyileştirmeniz uygun olacaktır. Ölçülmeyen bir fenomenin yönetilmesi çok zordur ve çaba ve kaynakların yanlış yönlendirilmesine yol açabilir. Türkiye'de ülkenin çalışma çağındaki nüfusu ile ilgili verilerin kalitesi genel olarak kötüdür. İş devamsızlığı düzeyleri, işle ilgili iş göremezlik ve sebepleri ve iş gücünde mental hastalık düzeyleri konusunda doğru ve kapsamlı bir tablo oluşturmak hemen hemen imkânsızdır. Bu, hem kanıta dayalı politika oluşturma hem de uzmanlık ve kaynakların pragmatik hedeflenmesi önünde ciddi bir engeli temsil etmektedir.
- Bu sorunların hem doğrudan hem de dolaylı maliyetlerinin değerlendirilmesi ve kılavuzlarda bunlara yer verilmesininin sağlanması önerilir.
- Paydaşlar arasında farkındalığın artırılması gerekir: KİSH'ler maluliyete yol açabilir ancak erken müdahale ile tedavi edilebilir ve hatta şifa bulabilirler.
- Tıbbi bakım sisteminizi iyileştirmeyi sürdürmeniz tavsiye edilir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasındaki coğrafi farklılıklar, profesyoneller arasında koordinasyonsuzluk, uzmanların bulunmaması, tedaviye zor erişim, kronik sorunu olan kişiler için daha fazla yük oluşturan durumlardır.
- İş ve işçi sağlığı uzmanları için eğitimin iyileştirilmesi gerekir. Öğrencilerin Türkiye'de iş ve işçi sağlığı uzmanları olarak kalifiye olmak için harcadıkları süre, Batı Ülkelerinin ortalamasının oldukça altındadır.
- GP'lerin iş ve işçi sağlığı meselelerini ele almada daha etkili olmalarına yardımcı olabilirsiniz. Bu, mezuniyet sonrası tıp eğitimi ve öğretimi ile GP eğitimine yatırım yapmayı gerektirir. Nitekim, mezuniyet sonrası eğitimden sürekli profesyonel gelişime kadar bütün düzeylerdeki tıbbi eğitimin, özellikle çalışma çağındaki nüfusun sağlığının bozulduğu bir ortamda sağlık ve iş meselelerinin konuya dahil edilmesinden fayda göreceğine inanmaktayız.
- KİSH'li hastaların işte kalmalarını veya işe dönmelerini desteklemenin en iyi yolu hakkında öneri sunmak için, GPlerin çalıştığı bazı seçilmiş birimlere eğitilmiş iş ve işçi sağlığı uzmanlarının tahsis edilmesi konusunda pilot çalışma yapmayı düşünebilirsiniz.
- Üniversiteler, sektörler ve paydaşlar arasında, uygun KİSH müdahalelerinin sunulmasını sağlayacak iş birliğini teşvik etmeniz, desteklemeniz ve organize etmeniz önerilir.

- Akar, S., Birlık, M., Gurler, O., Sari, I., Onen, F., Manisali, M. et al. (2004). The prevalence of rheumatoid arthritis in an urban population of Izmir- Turkey. **Clinical and Experimental Rheumatology**, 22, 416-420.
- Akesson, K., Dreinhofer, K. & Woolf, A.D. (2003). Improved education in musculoskeletal disorders is necessary for all doctors. **Bulletin of the World Health Organisation**, 81, 677-683.
- Akkoc, N. & Akar, S. (2006). Epidemiology of Rheumatoid Arthritis in Turkey. **Clinical Rheumatology**, 25, 560-561.
- Akkoc, N. (2008). Are spondyloarthropaties as common as rheumatoid arthritis worldwide? A review. **Current Rheumatology Reports**, 10, 371-378.
- Alavinia, S.M. & Burdorf, A. (2008). Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, 82, 39-45.
- Aptel, M., Aublet-Cuvelier, A. & Cnockaert, JC. (2002). Work-related musculoskeletal disorders of the upper limb, **Joint Bone Spine**, 69 (6), 546-555.
- Armstrong, K. (2006). *Life After Rover*. London: The Work Foundation.
- Arrelöv B., Alexanderson K., Hagberg J., Lofgren A., Nilsson G. & Ponzer S. (2007). Dealing with sickness certification - a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. **BMC Public Health**, 7(1), 273. Published online on 2 October. doi: 10.1186/1471-2458-7-273.
- Backman, C. L. (2004). Employment and work disability in rheumatoid arthritis. **Current Opinion in Rheumatology**, 16, 148-152.
- Bekkering, G., Henriks, H., Koes, B., Oostendorp, R., Ostelo, R., Thomassen, J., & Van Tulder, M. (2003). Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain. **Physiotherapy**, 89 (2), 82-96.
- Bigos, S. J., Battie, M. C. & Spengler, D. M. (1992). A longitudinal, prospective study of industrial back injury reporting. **Clinical Orthopaedic Related Research**, 279, 21-34.
- Block, A .R., Kremer, E. F. & Gaylor, M. (1980). Behavioral treatment of chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behaviour. **Pain**, 9 (2), 243-252.
- Bodur, H., Ataman, S., Akbulut, L., Evcik, D., Kavuncu, V., Kaya, T. et al. (2008). Characteristics and medical management of patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. **Clinical Rheumatology**, 27(9), 1119-1125.
- Boonen, A., Chorus, A., Miedema, H., van der Heijde, Landewé, D. R., Schouten, H., et al. (2001). Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 60, 1033-1039.
- Breen, A., Langworthy, J. & Bagust, J. (2005). Improved early pain management for musculoskeletal disorders. **HSE Research report**, 399. London: Health and Safety Executive.
- Brinkley I., Clayton, N., Coats D., Hutton W., & Overell, S. (2008), **Hard Labour: Jobs, Unemployment and the Recession**. London: The Work Foundation.
- Buchbinder, R., Jolley, D. & Wyatt, M. (2001). Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. **British Medical Journal**, 322, 1516-1520.
- Burton, A K. (1997). Back injury and work loss. Biomechanical and psychosocial influences. **Spine**, 22, 2575-2580.
- Burton, A K. (2005). How to prevent low back pain, **Best Practice and Research in Clinical Rheumatology**, 19 (4), 541-555.

- Burton, W., Morrison, A., Maclean., R. & Ruderman, E. (2006). Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis. **Occupational Medicine**, 56, 18-27.
- Cakar, E., Taskaynatan, M. A., Dincer, U., Kiralp, M. Z., Durmus, O. & Ozgöl A. (2009). Work disability in ankylosing spondylitis: differences among working and work-disabled patients. **Clinical Rheumatology**, published online on August 16. DOI 10.1007/s10067-009-1249-1.
- Carter, L. E., McNeil, D. W. & Vowles, K.E. (2002). Effects of emotion on pain reports, tolerance and physiology. **Pain Research Management**, 7(1), 21-30.
- Chorus, A. M. J., Miedema, H. S., Wevers, C. W. J. & van der Linden, S. (2001). Work factors and behavioural coping in relation to withdrawal from the labour force in patients with rheumatoid arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 60, 1025-1032.
- Chorus, A. M. J., Boonen, A., Miedema, H.S. & van der Linden, S. (2002). Employment perspectives of patients with ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 61, 693-699.
- Chorus, A. M. J., Miedema, H.S., Boonen, A. & van der Linden, S. (2003). Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 62, 1178-1184.
- Coats, D. & Lehki, R. (2008). **'Good Work': Job Quality in a Changing Economy**. London: The Work Foundation.
- Coats, D. & Max, C. (2005). **Healthy work, productive workplaces: why the UK needs more good jobs**. London: The Work Foundation.
- Cooper, N. (2000). Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review. **Rheumatology**, 39 (1), 28-33.
- Dagenais, S., Caro, J. & Haldeman, S. (2008). A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. **The Spine Journal**, 8, 8-20.
- Dagfinrud, H., Mengshoel, A. M., Hagen, K. B., Loge, J. H. & Kvien, T.,K. (2004). Health status of patients with ankylosing spondylitis: a comparison with the general population. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 63, 1605-1610.
- de Buck, P., Schoones, J.W., Allaire, S.H. & Vliet Vlieland, T.P.M. (2002). Vocational rehabilitation in patients with chronic rheumatoid diseases: A systematic literature review. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, 32 (3), 196-203.
- de Croon, E. M., Sluiter, J. K., Nijssen, T. F., Dijkmans, B. A. C., Lankhorst, G. J., Frings-Dresen, M. H. W. (2004). Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 63, 1362-1367.
- der Tempel, H. & van der Linden, S. (2001). Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 60, 1033-1039.
- Devereux, J., Rydstedt, L., Kelly, V., Weston, P. & Buckle, P. (2004). The role of work stress and psychological factors in the development of musculoskeletal disorders. **Health and Safety Executive Research Report 273**. London: Health & Safety Executive.
- Dincer, U., Cakar, E., Kiralp, M. Z. & Dursun, H. (2008). Diagnosis delay in patients with ankylosing spondylitis: possible reasons and proposals for new diagnostic criteria. **Clinical Rheumatology**, 27(4), 457-462.

- Ekberg, K. (1995). Workplace changes in successful rehabilitation. **Journal of Occupational Rehabilitation**, 5, 253–269.
- Ektor-Andersen, J., Ingvarsson, E., Kullendorff, M. & Ørbæk, P. (2008). High cost-benefit of early team-based biomedical and cognitive-behaviour intervention for long-term pain-related sickness absence. **Journal of Rehabilitation Medicine**, 40, 1-8.
- Erbay Dünder, P., Cengiz Ozyurt, B. & Ozmen, D. (2006). **The prevalence of low back pain and its relationship with household jobs and other factors in a group of women in a rural area in Manisa**. *AĞRI*, 18(4), 51-56.
- EUROGIP (2007). Musculoskeletal disorders in Europe: Definitions and statistics. Retrieved April 15, 2009 from http://www.eurogip.fr/docs/TMS_07-Eurogip-25-EN.pdf
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) (2007). **Managing Musculoskeletal Disorders**. Retrieved April 15, 2009 from <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0611018s/tn0611018s.htm>
- European Trade Union Institute (ETUI), (2007). **Musculoskeletal disorders: An ill-understood pandemic**. Brussels: ETUI.
- Eurostat (2004). **Occupational Diseases in Europe in 2001**. Statistics in Focus, 15/2004. Retrieved April 20, 2009 from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-04-015/EN/KS-NK-04-015-EN.PDF
- Feuerstein, M., Shaw, W.S., Lincoln, A.E., Miller, V.I. & Wood, P.M. (2003). Clinical and workplace factors associated with a return to modified duty in work-related upper extremity disorders. **Pain**, 102, 51–61.
- Feuerstein, M., Shaw, W. S., Nicholas, R. A. & Huang, G. D. (2004). From confounders to suspected risk factors: psychosocial factors and work-related upper extremity disorders. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, 14, 171-178.
- Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., et al. (1998), Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope—if we can just get all the players onside. **Canadian Medical Association Journal**, 158(12),1625–31.
- Frank, A. O. & Chamberlain, M. A. (2006). Rehabilitation: an integral part of clinical practice. **Occupational Medicine**, 56, 289-293.
- Gignac, M., Cao, X., Lacaille, D., Anis, A. & Badley, E. (2008). Arthritis-related work transitions: A prospective analysis of reported productivity losses, work changes, and leaving the labor force, **Arthritis Care & Research**, 59 (12), 1805-18
- Gignac, M.A.M., Badley, E.M., Lacaille, D., Cott, C.C., Adam, P., & Anis, A.H. (2004). Managing arthritis and employment: Making arthritis-related work changes as a means of adaptation. **Arthritis & Rheumatism**, 51(6), 909-916.
- Gilgil, E., Kaçar, C., Bütün, B., Tuncer, T., Urhan, S., Yildirim, C. et al. (2005). Prevalence of low back pain in a developing urban setting. **Spine (Philadelphia Pa 1976)**, May 1, 30(9), 1093-1098.
- Gordeev, V. S., Maksymowych, W. P., Evers, S. M., Ament, A., Schachna L., & Boonen, A. (2009). The role of contextual factors on health-related quality of life in Ankylosing Spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, published online 11 Mar 2009, doi:10.1136/ard.2008.100164

- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., & Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. **British Medical Journal**, 322, 1511–1516.
- Halpern, M. T., Cifaldi, M., & Kvien, T.K. (2008). Impact of adalimumab on work participation in rheumatoid arthritis: comparisons of an open-label extension study and a registry-based control group. **Annals of the Rheumatic Diseases**, published online 1 Oct 2008, doi:10.1136/ard.2008.092734.
- Hamberg, K., Johansson, E., Lindgren, G. & Westman, G. (1997). The impact of marital relationship on the rehabilitation process in a group of women with long-term musculoskeletal disorders. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, 25 (1), 17-25.
- Health and Safety Executive (HSE) (2002). Initiative Evaluation Report: Back to Work.
- Huscher, D., Merkesdal, S., Thiele, K., Schneider, M. & Zink, A. (2006). Cost of illness in rheumatoid arthritis, Ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and systemic lupus erythematosus in Germany. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 65, 1175-1183.
- Husted, J. A., Gladman, D. D., Farewell, V. T. & Cook, R. J. (2001) Health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with rheumatoid arthritis. **Arthritis and Rheumatism**, 45, 151-158.
- Isik, A., Koca, S. S., Ozturk, A. & Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. **Clinical Rheumatology**, 26(6), 872-878.
- Kaçar, C., Gilgil, E., Tuncer, T., Bütün, B., Urhan, S., Arikan, V. et al. (2005). Prevalence of rheumatoid arthritis in Antalya, Turkey. **Clinical Rheumatology**, 24, 212-214.
- Karahan A, Kav S, Abbasoglu A, Dogan N. (2009). Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff. **Journal of Advance Nursing**, 65(3), 516-524.
- Katz, W.A. (2002). Musculoskeletal Pain and its Socioeconomic Implications. **Clinical Rheumatology**, Supplement, 1, 2–4.
- Kavanaugh, A. (2005). Health economics: implications for novel anti-rheumatic therapies. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 64, 65-69.
- Kemler, M. A. & Furnée, C. A. (2002). The impact of chronic pain on life in the household. **Journal of Pain Symptom Management**, 23 (5), 433-441.
- Kerns, R. D., Haythornthwaite, J., Southwick, S. & Giller, E. L. (1990). The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity. **Journal of Psychosomatic Research**, 34(4), 401-408.
- Kobelt, G. (2007). Thoughts on health economics in rheumatoid arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 66, 35-39.
- Leardini, G., Salaffi, F., Montanelli, R., Gerzeli, S. & Canesi, B. (2002). A multi-center cost-of-illness study on rheumatoid arthritis in Italy. **Clinical and Experimental Rheumatology**, 20, 505-515.
- Lundkvist, J., Kastäng, F. & Kobelt, G. (2008). The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. **European Journal of Health Economics**, 8(Supple 2), 49-60.

- Luqmani, R., Hennell, S., Estrach, C., Birrell, F., Bosworth, A., Davenport, G. et al. (2006). On behalf of the British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Standards. Guidelines and Audit Working Group British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Rheumatoid Arthritis (The first 2 years). **Rheumatology**, 45,1167–1169.
- MacGregor, E. A., Brandes, J., Eikermann, A. & Giammarco, R. (2004), Impact of migraine on patients and their families: the Migraine and Zolmitriptan Evaluation (MAZE) survey – Phase III. **Current Medical Research Opinion**, 20 (7), 1143-1150.
- McLaren, N. (2006). Interactive dualism as a partial solution to the mind-brain problem for psychiatry. **Medical Hypotheses**, 66 (6), 1165-73.
- Meijer, E., Sluiter, J. & Frings-Dresen, M. (2005). Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: a systematic review. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, 78 (7), 523-532.
- Meijer, E., Sluiter, J., Heyma, A., Sadiraj, K. & Frings-Dresen, M. (2006). Cost-effectiveness of multidisciplinary treatment in sick-listed patients with upper extremity musculoskeletal disorders: a randomized, controlled trial with one-year follow-up. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, 79 (8), 654-664.
- Nachemson, A., Waddell, G. & Norlund A. (2000). Epidemiology of neck and low back pain. In Nachemson, A. & Jonsson E., (eds.) **Neck and Back Pain: The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment** (pp. 165-188). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- OECD (2008). Economic Survey of Turkey, 2008. **Policy Brief**, July 2008. Retrieved on September 2, 2009 from <http://www.oecd.org/dataoecd/53/42/40988838.pdf>.
- OECD (2009). **OECD Society at a glance**. Retrieved on July 15, 2009 from <http://oberon.sourceoecd.org/vl=646290/cl=23/nw=1/rpsv/societyataglance2009/index.htm>.
- Oken, O., Batur, G., Gündüz, R. & Yorgancıoğlu, R. Z. (2008). Factors associated with functional disability in patients with rheumatoid arthritis. **Rheumatology International**, 29(2), 163-166.
- Oksuz, E. (2006). Prevalence, risk factors, and preference-based health states of low back pain in a Turkish population. **Spine (Philadelphia, Pa. 1976)**, Dec 1, 31(25), 968-972.
- Onen, F., Akar, S., Birlik, M., Sari, I., Khan, M. A., Gurler, O. et al. (2008). Prevalence of Ankylosing Spondylitis and related Spondyloarthritides in an urban area of Izmir, Turkey. **Journal of Rheumatology**, 35, 305-309.
- Ozcan, E., Alptekin, K., Taskinsoy, H., Ozcan, I., Uysal, B., Esmailzadeh, S. et al. (2007). **Prevalence and physical risk factors of work-related musculoskeletal disorders among cleaners**. Paper presented at the National Physical Medicine and Rehabilitation Congress, October 2007, Antalya.
- Ozcan, E., Esmailzadeh, S., Uysal, B., Alptekin, K., Cihan, C. & Issever, H. (2007). Towards ergonomics in computer users: I. The prevalence of symptoms and physical risk factors of work-related musculoskeletal disorders (WKISHs) in Turkey. Paper presented at the WWCS, May 21-24 2007, Stockholm, Sweden.

- Ozçetin, A., Ataoglu, S., Kocer, E., Yazici, S., Yildiz, O., Ataoglu, A. et al. (2007). Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. **West Indian Medical Journal**, 56(2), 122-129.
- Ozgül, A., Peker, F., Taskaynatan, M. A., Tan, A. K., Dinçer, K. & Kalyon, T. A. (2006). Effect of ankylosing spondylitis on health-related quality of life and different aspects of social life in young patients. **Clinical Rheumatology**, 25(2), 168-174.
- Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeulen, G. (2007). **Fourth European Survey on Working Conditions**. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living Standards.
- Pugner, K. M., Scott, D.I., Holmes, J.W. & Hieke, K. (2000). The costs of rheumatoid arthritis: an international long-term view. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, 29, 305-320.
- Punnett, L. & Wegman, D. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, 14 (1), 13-23.
- Schultz, I. Z., Stowell, A. W., Feuerstein, M. & Gatchel, R. J. (2007). Models of return to work for musculoskeletal disorders. **Journal of Occupational Rehabilitation**, 17 (2), 327-352.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2000). **Management of early rheumatoid arthritis**, SIGN publication 48. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Sieper, J., Braun, J., Rudwaleit, M., Boonen, A. & Zink, A. (2002). Ankylosing spondylitis: an overview. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 61 (Supplement III), 8-18.
- Smyth, M., Stone, A., Hurewitz, A. & Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. **Journal of the American Medical Association**, 281, 1304-1309.
- Sokka, T. & Pincus, T. (2001). Markers for work disability in rheumatoid arthritis. **Journal of Rheumatology**, 28, 1718-1722.
- Sullivan, M. J. & D'Eon, J. L. (1990). Relation between catastrophising and depression on chronic pain patients. **Journal of Abnormal Psychology**, 99, 260-263.
- Swartling, M. S., Hagberg, J., Alexanderson, K. & Wahlstrom, R. A. (2007). Sick-listing as a psychosocial work problem: a survey of 3997 Swedish physicians. **Journal of Occupational Rehabilitation**, 17(3), 398-408.
- Tezel, A. (2005). Musculoskeletal complaints among a group of Turkish nurses. **International Journal of Neuroscience**, 115(6), 871-880.
- Tezel, A., Kavrut, F., Tezel, A., Kara, C., Demir, T. & Kavrut, R. (2005). Musculoskeletal disorders in left- and right-handed Turkish dental students. **International Journal of Neuroscience**, 115(2), 255-266.
- Tander, B., Cengiz, K., Alayli, G., Ilhanli, I., Canbaz, S. & Canturk, F. (2008). A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. **Rheumatology International**, 28(9), 859-865.

- The Bone & Joint Decade. (2005). **European Action Towards Better Musculoskeletal Health: A public health strategy to reduce the burden of musculoskeletal conditions**. Lund: The Bone & Joint Decade, Department of Orthopedics, University Hospital. Retrieved on April 15, 2009 from http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_15_en.pdf
- van Duijn, M. & Burdorf, A. (2008). Influence of modified work on recurrence of sick leave due to musculoskeletal complaints. **Journal of Rehabilitation Medicine**, 40, 576-581.
- Van Eerd, D., Beaton, D., Cole, D., Lucas, J., Hogg-Johnson, S., & Bombardier, C. (2003). Classification systems for upper-limb musculoskeletal disorders in workers: a review of the literature. **Journal of Clinical Epidemiology**, 56, 925-936
- Veale, A., Woolf, A. & Carr, A. (2008). Chronic musculoskeletal pain and arthritis: Impact, attitudes and perceptions. **Irish Medical Journal**, 101 (7), 208-210.
- Waddell, G. & Burton, A K. (2006 a). **Is work good for you health and well-being?** London: Department of Work and Pensions.
- Waddell, G. & Burton, & A. K. (2006 b). Principles of rehabilitation for common health problems, in O'Donnell, M. **Rehabilitation: Keeping people in work**. Chief Medical Officer's Report 2006. Dorking: UnumProvident.
- Wallenius, M., Skomsvoll, J. F., Koldingsnes, W., Rødevand, E., Mikkelsen, K., Kaufmann, C. et al. (2008). Work disability and health-related quality of life in males and females with psoriatic arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 68, 685-689.
- Werner, E. L., Lærum, E., Wormgoor, M. E., Lindh, E. & Indhal, A. (2007). Peer support in an occupational setting preventing LBP-related sick leave. **Occupational Medicine**, published online on 4 October 2007, doi:10.1093/occmed/kqm094
- WHO (2005). 10 health questions about the new EU neighbours. Retrieved on September 3, 2009 from <http://www.euro.who.int/Document/E88202.pdf>.
- WHO Scientific Group (2001). **International Classification of Functioning, Disability and Health**. Geneva: WHO. Retrieved on April 15, 2009 from <http://www3.who.int/icf/icftemplate/cfm>
- WHO Scientific Group (2003). **The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium**. Geneva: WHO.
- Young, A., Dixey, J., Cox, N., Davis, P., Devlin, J., Emery, P. et al. (2000). How does functional disability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? Results of 5 years of follow-up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). **Rheumatology**, 39, 603-611.
- Young, A., Dixey, J., Kulinskaya, E., Cox, N., Davies, P., Devlin, J. et al. (2002). Which patients stop working because of rheumatoid arthritis? Results of five years' follow up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). **Annals of the Rheumatic Diseases**, 61, 335-340.
- Zampolini, M., Bernadinello, M. & Tesio, L. (2007). RTW in back conditions. **Disability and Rehabilitation**, 29 (17), 1377-1385.

Ek 1 – Uzmanlarla görüşmeler ve konsültasyon

Aşağıdaki kişiler, araştırmamız sırasında görüşlerini ve bilgilerini bizimle paylaşmışlardır ve her birinin harcadığı zamandan dolayı kendilerine teşekkür borçluyuz. Bu raporu yazarken onların görüşlerini dikkate aldık ancak çalışmaya katılmaları hiçbir şekilde raporun sonuçlarının desteklenmesi anlamına gelmemektedir.

Prof. Dr. Nurullah Akkoç	Dokuz Eylül Üniversitesi, İç Hastalıkları ABD, İmmünoloji-Romatoloji Bilim Dalı
Prof. Dr. Ayhan Dinç	Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji Bilim Dalı
Prof. Dr. Vedat Hamuryudan	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji Bilim Dalı
Prof. Dr. Murat İnanç	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji Bilim Dalı. Türkiye Romatoloji Araştırma & Eğitim Derneği, Yönetim Kurulu Üyesi
Prof. Dr. Ayşe Küçükdeveci	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD
Doç. Dr. Simten Malhan	Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü
Prof. Dr. Emel Özcan	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kas İskelet Hastalıkları ve Ergonomi Birimi Sorumlu Öğretim Üyesi, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği İşe Bağlı Kas İskelet Hastalıkları Çalışma Gurubu Başkanı
Prof. Dr. Salih Pay	Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji Bilim Dalı. Türkiye Romatoloji Araştırma & Eğitim Derneği altındaki Sonografi Çalışma Grubu Koordinatörü
Prof. Dr. Dilşad Şindel	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği Başkanı

Ek 2 - Kıyaslamalı Tablolar

Sağlıklı İşgücü Avrupa çalışması, 23 Avrupa ülkesini ve bunların yanı sıra İsrail ve Kanada'yı incelemiştir. Bu yaklaşım, Avrupa'da erken müdahalenin ne kadar uygulamaya konduğunu araştırmamıza olanak tanımaktadır. Ayrıca iş gücü pazarını, refah sistemini ve tıbbi bakım sistemini etkileyen politikalarla ilgili farklı yaklaşımlar olduğu dikkate alındığında, bu yaklaşım bizim erken müdahaleyi mümkün kılan ve engelleyen durumları tanımlamamıza da imkân vermektedir. Biz bunu araştırmak için şunları kapsayan çok sayıda göstergeye geniş bir şekilde baktık:

- İş gücü pazarı
- Sosyal Yardım Sistemi
- Tıbbi bakım sistemi.

Aşağıda sunulan veriler, çeşitli uluslararası veri kaynaklarından gelmektedir. Çok sayıda farklı gösterge açısından ülkeler arasındaki karşılaştırmalara imkân vermesi için 2005 verilerini kullandık. Veriler esas olarak OECD'den gelmektedir. Ancak OECD verilerinin bulunmadığı durumlarda veriler, Eurostat verileriyle takviye edilmiştir. Seçilmiş göstergeleri aşağıda sunuyoruz.

Ek 2 - Kıyaslamalı Tablolar

	Kişi başına düşen GSMH (Satın alma gücü)	Çalışma çağındaki popülasyon yüzdesi	İşsizlik oranı (%)		Uzun dönemli işsizlik oranı, işsiz yüzdesi	İş pazarından ortalama ayrılmaya vasi		Çalışılan saat başına iş gücü verimliliği	Saatlik işçilik maliyetleri
			Erkek	Kadın		Erkek	Kadın		
Avusturya	\$33,496	67.7	4.9	5.5	23.3	59.1	58.1	100.2	€26.23
Belçika	\$32,063	65.6	7.7	9.5	51.6	59.3	58.1	123.4	€30.73
Kanada	\$35,002	69.3	7.0	6.5	9.6	63.3	61.5	-	-
Hırvatistan	-	66.9*	-	-	58.4*	60.5*	-	-	-
Çek Cumhuriyeti	\$20,366	71.0	6.5	9.8	53.6	61.5	58.4	51.7	€6.63
Danimarka	\$33,196	66.1	4.4	5.3	25.9	64.1	61.4	101.6	€31.98
Finlandiya	\$30,695	66.7	8.2	8.6	24.9	60.5	60.1	94.9	€26.70
Fransa	\$29,759	65.1	8.4	10.2	41.4	58.6	59.4	116.2	€29.29
Almanya	\$31,380	66.9	11.2	10.0	54.1	61.6	60.7	113.0	€27.20
Yunanistan	\$24,928	67.3	6.2	15.3	53.7	62.4	61.2	71.2	-
İrlanda	\$38,693	68.3	4.6	4.0	34.3	65.2	65.3	105.9	-
İsrail	\$23,207	-	6.2	10.0	52.2	-	-	-	-
İtalya	\$28,122	66.5	9.5	32.5	32.5	60.4	60.9	90.4	€21.39
Litvanya	-	67.8*	8.2*	8.3*	52.5*	60.0*	-	43.1	€3.56
Hollanda	\$35,111	67.5	4.4	5.0	40.1	60.3	60.5	121.2	€27.41
Norveç	\$47,319	65.6	4.8	4.4	9.5	63.3	61.8	159.3	-
Portekiz	\$20,656	67.4	6.8	8.7	48.6	66.2	66.0	54.4	€10.60
Romanya	-	69.4*	7.8*	6.4*	56.3*	63.0*	-	28.8	€2.33
Slovakya	\$16,175	71.5	15.5	17.3	68.1	59.2	55.5	57.5	€4.80
Slovenya	\$23,456	70.2*	6.2	7.1	49.2	58.5*	-	62.8	€10.76
İspanya	\$27,377	68.8	7.1	12.2	32.6	61.2	63.6	89.9	€15.22
İsviçre	\$32,298	65.3	7.3	7.3	18.9	65.4	62.5	101.6	€31.55
İsviçre	\$35,839	68.0	3.9	5.1	39.0	65.3	64.9	92.3	€32.82
Türkiye	\$10,841	65.7	10.2	10.1	39.6	64.5	63.8	-	-
Birleşik Krallık	\$32,695	66.0	5.2	4.3	22.4	63.2	61.4	91.9	€24.47
OECD	\$26,849	-	8.3	9.6	45.9	-	-	-	-
EU-27*	-	67.0	-	-	-	-	-	88.3	€20.47

Kaynaklar: Satın alma gücünde kişi başına düşen GSMH; işsizlik oranı; uzun dönemli işsizlik oranı; OECD, 2009b; *Eurostat, 2009; Çalışma çağındaki popülasyon; OECD, 2009a; Ortalama ayrılmaya vasi, 2000-2005; OECD, 2009d; *Eurostat, 2009; çalışan saat başına iş gücü verimliliği; Satın alma gücünde kişi başına düşen GSMH; Eurostat, 2009b; Saatlik işçilik maliyetleri; Eurostat, 2009a

Ek 2 - Kıyaslamalı Tablolar

	Kamu sosyal harcamaları (%GSMH)	Sağlıkla ilgili kamu harcamaları (%GSMH)	Yan ödemeler için harcanan yüzde			Sosyal Yardım sisteminin cömertliği	Sosyal koruma sistemi müdahaleleri
			Hastalık/hbbi bakım	Maluliyet	İşsizlik		
Avusturya	27.2	7.9	25.5	8.6	5.8	5.46	2
Belçika	26.4	7.4	27.1	7.0	12.2	4.38	2
Kanada	16.5	6.9	-	-	-	3.52	-
Hırvatistan	-	-	-	-	-	-	-
Çek Cumhuriyeti	19.5	6.3	35.3	7.8	3.6	5.15	2
Danimarka	26.9	7.9	20.7	14.4	8.6	5.40	2
Finlandiya	26.1	6.2	25.9	12.9	9.3	2.60	3
Fransa	29.2	8.9	29.8	5.9	7.5	5.24	3
Almanya	26.7	8.2	28.4	6.2	7.0	6.11	2
Yunanistan	20.5	5.6	27.8	4.9	5.1	-	1
İrlanda	16.7	6.5	40.9	5.3	7.5	-	3
İsrail	-	-	-	-	-	-	-
İtalya	25.0	6.8	26.7	6.0	2.0	-	2
Litvanya	-	-	30.3	10.4	1.8	-	2
Hollanda	20.9	6.0	30.7	9.7	6.1	3.40	3
Norveç	21.6	7.6	32.0	19.1	2.7	-	3
Portekiz	-	7.3	30.1	10.0	5.8	4.75	1
Romanya	-	-	36.2	6.8	3.2	-	-
Slovakya	16.6	5.3	29.6	8.1	3.4	5.00	2
Slovenya	-	6.1	32.3	8.5	3.3	-	2
İspanya	21.2	5.8	30.9	7.5	12.3	4.75	2
İsveç	29.4	7.5	25.9	15.0	6.1	6.73	2
İsviçre	20.3	6.8	26.4	12.7	4.4	5.09	2
Türkiye	13.7	4.1	-	-	-	-	-
Birleşik Krallık	21.3	7.1	30.9	8.9	2.6	3.87	3
OECD	20.5	6.5	-	-	-	-	-
AB-27	-	-	28.8	7.6	6.0	-	-

Kaynaklar: Kamu sosyal harcamaları: Sağlıkla ilgili kamu harcamaları: OECD, 2009d; maluliyet tazminatlarına harcanan %: Eurostat, 2009c; Sosyal Yardım sisteminin büyüklüğü: Osterkamp ve3 Rohn, 2007 (yüksek skor = daha büyük); Sosyal koruma sistemi girişim dereceleri (1 = sınırlı girişimler 3 = mevcut bulunan ileri girişimler)

Ek 2 - Kıyaslamalı Tablolar

	Sağlık nedenlerine bağlı işe devamsızlık (%)	Devamsızlık yapılan ortalama gün	DAL Yler KISHler Toplam yüzdesi		DAL Yler RA Toplam yüzdesi	Çalışma ile ilgili sırt ağrısı prevalansı (çalışma popülasyonu)	Genel popülasyondaki RA hastası sayısı (prevalans oranı)	1.000 kişi başına düşen doktor sayısı	
			Erkek	Kadın				Romatologlar**	GP'ler
Avusturya	20,6	3,4	3,3	5,4	0,86	23,9	55,000 (0,67)	0,024	1,47
Belçika	28,8	7,0	3,1	5,1	0,78	19,4	69,000 (0,66)	-	2,08
Kanada	-	-	-	-	0,86	-	215,000 (0,66)	0,014	1,03
Hırvatistan	19,3	9,4	2,3	4,5	-	41,7	-	-	-
Çek Cumhuriyeti	28,2	5,5	-	-	0,69	22,8	68,000 (0,66)	0,014	0,73
Danimarka	32,8	6,6	3,1	4,7	0,78	18,8	36,000 (0,66)	-	0,77
Finlandiya	44,6	8,5	3,1	5,5	0,88	26,1	35,000 (0,67)	0,020	0,72
Fransa	19,1	5,5	3,1	5,4	0,81	21,6	283,000 (0,45)	0,036	1,66
Almanya	28,0	3,5	3,3	5,5	0,83	18,8	544,000 (0,66)	0,015	1,46
Yunanistan	14,0	2,8	3,1	5,5	0,78	47,0	50,000 (0,45)	0,025	0,29
İrlanda	21,1	3,9	2,7	4,6	0,77	14,4	28,000 (0,67)	0,011	0,51
İsrail	-	-	-	-	-	-	-	0,014	-
İtalya	25,1	3,8	3,5	6,0	0,91	24,3	264,000 (0,45)	0,029	0,94
Litvanya	21,1	4,3	2,8	6,6	0,79	37,8	22,000 (0,65)	0,024	-
Hollanda	33,7	8,6	3,6	5,2	0,87	13,9	108,000 (0,66)	0,014	0,46
Norveç	27,2	7,1	3,5	5,3	0,89	22,6	31,000 (0,67)	0,044	0,81
Portekiz	13,4	8,6	2,5	5,1	0,72	30,8	70,000 (0,66)	0,009	1,68
Romanya	11,1	2,0	3,2	5,9	0,76	42,4	143,000 (0,66)	0,013	-
Slovakya	22,9	5,2	3,6	7,3	0,93	38,9	36,000 (0,67)	0,017	-
Slovenya	28,2	8,7	2,7	4,9	0,72	46,2	13,000 (0,65)	0,012	-
İspanya	14,2	3,6	3,1	6,0	0,83	29,1	197,000 (0,45)	0,018	0,85
İsveç	28,1	-	3,9	5,9	0,97	27,9	60,000 (0,66)	0,029	0,59
İsviçre	19,2	4,0	3,9	6,2	0,96	18,1	49,000 (0,66)	0,056	0,52
Türkiye	18,6	4,8	-	-	0,84	34,7	482,000 (0,66)a	0,002b	0,74
Birleşik Krallık	22,6	3,7	3,2	4,9	0,81	10,8	399,000 (0,66)	0,015	0,71
AB-27	22,3	4,6	3,2	5,5	-	25,6	-	---	-
Avrupa	-	-	-	-	0,84	-	2,962,000	-	-

Kaynaklar: Sağlık sebeplerine bağlı hastalık izni; yaygın işle ilgili sırt ağrısı: EWCS, 2005; ortalama devamsızlık günleri: Parent-Thirion ve ark., 2007; DAL Ys KISHs: WHO, 2006, 2007; DAL Ys RA, Yaygın RA: Lundkvist ve ark., 2008; 1000 kişi başına düşen romatolog; çeşitli kaynaklar ve yıllar **, 1000 kişiye düşen GP'ler: OECD, 2009c

NOT: a Raporda belirtildiği gibi, diğer çalışmalar Türkiye'de RA prevalansını %0,36 ile %0,39 arasında göstermiştir. b Türkiye'de KISHlerin tedavisinde fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) uzmanları da yer almaktadır. Cege'dim Dermatite (www.cegedimdermatite.com) Türkiye'de 2238 FTR uzmanının bulunduğunu bildirmektedir.

Değişken	Tanım – Kaynağa göre sunulan	Kaynak
<i>İş gücü göstergeleri</i>		
Kişi başına düşen GSMH Satın Alma Gücü 2005	Gayri safi milli hasıla, üretimde yer alan bütün yerleşik kurumsal birimlerin (artı bütün vergilerin eksi bütün harçların, ürünlerin çıkışlarının değerinde yer almayan) eklenen brüt değerinin toplamına eşit olan toplam bir üretim ölçümüdür. Satın alıcıların listesinde ölçülen malların ve hizmetlerin (ara tüketim haricindeki bütün tüketimler) son kullanımlarının toplamı, eksi malların ve hizmetlerin tital değeri veya yerleşik üretici birimlerinin dağıttığı birincil gelirlerin toplamı.	OECD, 2009b; Eurostat tablosundan alınan veriler, 2009
Çalışma çağındaki nüfus, %2005	Nüfusun, 15 ve 64 yaşlar da dahil olmak üzere bu yaşlar arasındaki kısmı.	OECD, 2009a
Cinsiyete göre işsizlik oranı 2005	İşsiz kişiler işsiz olduklarını bildiren, çalışmaya hazır durumda olduklarını bildiren ve son 4 hafta içinde iş bulmak için aktif şekilde hareket ettiğini bildiren kişiler şeklinde tanımlanır. LO Kılavuzları, iş bulmak için hangi hareketlerin aktif hareket olarak sayıldığını ve bunların boş pozisyon notlarını, fabrika ziyaretlerini, inşaat yerlerini ve diğer iş yerlerini ve ayrıca basında ilan vermeyi ve iş bulma ofislerine kaydolmayı içerdiğini belirtmektedir.	OECD, 2009b
Uzun dönemli işsizlik – Cinsiyete göre yıllık ortalamalar (% 2005	İşsizlik oranı, işsiz kişilerin sayısının iş gücüne yüzdesi olarak tanımlanır ve burada iş gücü, işsiz kişilerden artı son 1 hafta içinde 1 saat boyunca çalışmış olan kişiler şeklinde tanımlanan istihdam edilen kişilerden oluşur.	OECD, 2009b

Ek 2 - Kıyaslamalı Tablolar

Değişken	Tanım – Kaynağa göre sunulan	Kaynak
<i>İş gücü göstergeleri, devamı</i>		
İş gücü pazarından ortalama ayrılma yaşı – Emeklilik 2005	Emeklilik için sonlanmasıyla ve emeklilik maaşının alınmasıyla ilişkilidir. Uluslararası karşılaştırılabilir longitudinal veriler olmadan gerçek emeklilik yaşlarının ölçülmesi zordur ve bu yüzden uluslararası karşılaştırmalar çarpaz-kesit verilerinden dolaylı ölçümlere dayanmalıdır. Dolaylı ölçümler belli bir yaşın üzerindeki kişiler (iş gücünden çıkış anındaki yaş), anketin yapıldığı sırada iş gücünde yer almıyorlarsa “emekli” olarak kabul eder. Emekliliğe geçişler, iş gücünde yer almayan yaşlı nüfusun oranında zaman içinde meydana gelen değişikliklere bakılarak net şekilde belirlenir. Yaşlı çalışanlarla ilgili devam eden OECD incelemelerinde bu dolaylı ölçüm kullanılmaktadır. Geçerli olan ortalama emeklilik yaşını ölçer. Resmî emeklilik yaşının hassas olarak belirlenmesi de, özellikle emekliliğin sabit bir emeklilik katkı yılına dayanması durumunda karmaşıktır.	OECD, 2009d; Eurostat tablosundan alınan veriler, 2009
Çalışılan saat başına işçilik verimliliği– GSMH, Satın Alma Gücü	Gayri safi milli hasıla (GSMH) bir ekonomide ekonomik aktivitenin ölçümüdür. Üretilen bütün malların ve hizmetlerin değeri eksi bunların yaratılmasında kullanılan bütün malların ve hizmetlerin değeri olarak tanımlanır. Çalışılan saat başına GSMH'nin amacı, ortalama Avrupa birliği ile ilgili olarak (AB-15) ifade edilen ulusal ekonomilerin verimliliği ile ilgili bir tablo sağlamaktır. Bir ülkenin göstergesi 100'ün üzerinde ise bu ülkenin çalışılan saat başına GSMH düzeyi AB ortalamasından daha yüksektir ve değışise de bunun tam tersidir. Temel rakamlar satın alma gücü cinsinden, yani ülkeler arasında fiyat farklılıklarını ortadan kaldırarak ülkeler arasında anlamlı GSMH karşılaştırmalarına imkân veren ortak bir para birimi cinsinden ifade edilmiştir. Çalışılan saat başına verimliliğin ifade edilmesi, iş gücünün tam gün / yarı gün bileşimi arasındaki farklılıkları ortadan kaldıracaktır.	Eurostat, 2009b
Saatlik işçilik maliyetleri 2005	Toplam işçilik maliyetlerinin ilgili çalışılan saat sayısına bölünmü şeklinde tanımlanan ortalama saatlik işçilik maliyetleri.	Eurostat, 2009a

Değişken	Tanım – Kaynağa göre sunulan	Kaynak
<i>Sosyal Yardım göstergeleri</i>		
Kamu sosyal harcamaları (GSMH yüzdesi) 2005	Finans akışlarını genel hükümet (merkezi yönetim, yerel hükümetler ve sosyal güvenlik kurumları) kontrol ettiği zaman sosyal harcamalar kamu harcaması şeklinde sınıflandırılır.	OECD, 2009d
Tıbbi bakım ile ilgili kamu harcamaları 2005	Sağlıkta ilgili kamu harcamaları, kamu fonları tarafından karşılanan tıbbi bakım masraflarını ifade eder. Kamu fonları ülke düzeyinde, bölgesel ve yerel hükümet kurumları ve sosyal güvenlik planlarıdır. Sağlıkta ilgili kamu sermayesi oluşumu, sağlık tesislerinde kamu tarafından finanse edilen yatırımları artı hastane yapımı ve donanımı için özel sektöre transfer edilen sermaye transferlerini içerir. Kamu fonları, tıbbi bakım finansmanının ICHA-HF sınıflamasında HF. 1'e karşılık gelmektedir.	OECD, 2009d
Hastalık / tıbbi bakım tazminatları – toplam tazminatların yüzdesi 2005	Sosyal koruma harcamaları şunları içerir: belli bir risk veya ihtiyaç grubuna ait yükü hafifletmesi için hane halkına veya kişilere nakit veya mal karşılığı olan transferlerden oluşan sosyal yardımlar; yönetimi ve idaresi için kendisine yüklenen maliyetleri temsil eden idari maliyetler; sosyal koruma planları tarafından yapılan çeşitli masraflardan oluşan diğer harcamalar (mülkiyet gelirleri ödemesi ve diğerleri)	Eurostat, 2009c
Maluliyet – işleve göre sosyal tazminatlar – toplam tazminatların yüzdesi 2005	Yukarıdaki gibi:	Eurostat, 2009c
İşsizlik – işleve göre sosyal tazminatlar – toplam tazminatların yüzdesi 2005	Yukarıdaki gibi:	Eurostat, 2009c

Ek 2 - Kıyaslamalı Tablolar

Değişken	Tanım – Kaynağa göre sunulan	Kaynak
<i>Sosyal Yardım göstergeleri, devamı</i>		
O&R büyüklük göstergesi	Yedi farklı büyüklük ölçümü, 7'nin en yüksek büyüklük düzeyini gösterdiği 0 ile 7 arasında değişen tek bir büyüklük ölçümünü yapılandırmak üzere kombine edilmiştir. Bu 7 değişken arasında Bekleme dönemi, kendi kendine sertifikasyon, toplam maksimum ödeme süresi, işveren maksimum ödeme süresi, işveren ödeme miktarı, hastalık fonu ödeme miktarı ve harici senet yer almaktadır.	Osterkamp ve Rohn, 2007
Sosyal koruma sistemi girişimleri	Karşılıklı Sosyal Koruma Bilgiendirme Sistemi (MISSOC) veri tabanı, her Avrupa ülkesi için sosyal koruma sistemlerinin bir açıklamasını sağlar ve sistemler arasında karşılaştırmaya imkân verir. Maluliyet, iş kazaları ve meslek hastalıkları durumunda verilen tazminatlara yönelik sosyal koruma konuları ile ilgili özet açıklamaları 3 bağımsız denetlemeci denetlemiştir. Bu sistemler 0 ile 3 arasında skorlandırılmış olup, bir skorlu iş yerinde çok sınırlı düzenlemeler anlamına gelmekte ve üç skoru da iş yerinde erken girişime katkıda bulunabilen leri düzenlemelerin bulunduğu anlamına gelmektedir.	Bağımsız değerlendiricilerin açıklamaları. MISSOC verileri (2009). Sosyal korumaya dair karşılaştırmalı tablolar – Ocak 2005. 27 Temmuz 2009'dan yeniden alınmıştır http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/c ompare/Tables.do?lang=en

Ek 2 - Kıyaslamalı Tablolar

Değişken	Tanım – Kaynağa göre sunulan	Kaynak
<i>Sağlık sonuçları</i>		
Sağlık nedenlerine bağlı ortalama devamsızlık günleri	Sağlık nedeniyle devamsızlık yapılan günlerin medyan sayısı	Parent-Thirion, Fernândez Macías, Hurley ve Vermeulen, 2007
Sağlık nedenlerine bağlı hastalık izni yüzdesi 2005	Sağlıkta kötüleşmenin sebep olduğu devamsızlık bildirim yüzdesi.	EWCS, 2005
DALY – KISH, erkek ve kadın	Maluliyete göre düzeltilmiş yaşam yılları (DALY'ler) sıklıkla hastalık yükünü değerlendirmek için kullanılır. DSÖ'nün DALY tanımı, maluliyete yaşanan süre ile erken mortaliteye bağlı olarak kaybedilen süreyi tek bir ölçümde kombine etmektedir. Bir DALY sağlıklı yaşamın kaybedilen bir yılı olarak düşünülebilir.	DSÖ, 2006, 2007
DALY – RA	DALY'ler sıklıkla hastalık yükünü değerlendirmek için kullanılır. DSÖ'nün DALY tanımı, maluliyete yaşanan süre ile erken mortaliteye bağlı olarak kaybedilen süreyi tek bir ölçümde birleştirmektedir. Bir DALY sağlıklı yaşamın kaybedilen bir yılı olarak düşünülebilir.	Lundkvist, Kastäng ve Kobelt, 2008
Prevalans – sırt ağrısı 2005	EWCS'de işle ilgili sırt ağrısı bildirim yüzdesi.	EWCS, 2005
RA'lı kişilerin sayısı	Hesaplanan RA'lı kişi sayısı. Yüzde oranı, RA'lı hasta sayısını makalede listelenen popülasyon sayılarına bölümünden hesaplanmıştır.	Lundkvist, Kastäng ve Kobelt, 2008
Çalışan romatologlar, 1000 kişi başına yoğunluk	1000 kişiye düşen çalışan romatolog sayısı. Romatologların oranını hesaplamak için kullanılan tanım, kaynağa bağlı olarak ülkeler arasında değişiklik gösterebilir ve bu da karşılaştırmayı zorlaştırır.	Çeşitli kaynaklar
Çalışan pratisyen hekimler (GP'ler), 1000 kişiye düşen yoğunluk 2005	1000 kişiye düşen çalışan GP sayısı	OECD, 2009c

- Referanslar** Eurostat. (2009a). **Hourly labour costs – EUR**. Retrieved on June 4, 2009 from <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00173&plugin=1>
- Eurostat. (2009b). **Labour productivity per hour worked, GDP in PPS**. Retrieved on June 4, 2009 from <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/download.do?jsessionid=9ea7974b30e89c4d0a99af7e42a9b710fb960bc43c29.e34SbxiOchiKc40LbNmLahiKaNyMe0?tab=table&plugin=0&language=en&pcode=tsieb040>
- Eurostat. (2009c). **Social benefits by function (% of total benefits)**. Retrieved on June 4, 2009 from <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00106&plugin=1>
- EWCS – fourth edition. (2005). [Data file]. Dublin, Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
- Lundkvist, J., Kastäng, F. & Kobelt, G. (2008). The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. **European Journal of Health Economics**, 8(Supple 2), 49-60.
- OECD (2009a). **Annual Labour Force Statistics: Population 15–64 as % of population**. Retrieved on July 15, 2009 from <http://stats.oecd.org/Index.aspx>
- OECD (2009b). **OECD Fact book 2009: Economic, Environmental and Social Statistics**. Retrieved on July 15, 2009 from <http://www.sourceoecd.org/rpsv/factbook2009/index.htm>
- OECD. (2009c). **OECD Health Data 2008 – Selected Data**. Retrieved on June 4, 2009 from <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG>
- OECD (2009d). **OECD Society at a Glance**. Retrieved on July 15, 2009 from <http://oberon.sourceoecd.org/vl=646290/cl=23/nw=1/rpsv/societyataglance2009/index.htm>
- Osterkamp R. and Rohn O. (2007). Being on sick leave: Possible explanations for differences of sick-leave days across countries. **CESifo Economic Studies**, 53, 91–114
- Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeylen, G. (2007). **Fourth European Survey on Working Conditions**. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living Standards.
- Royal College of Physicians. (2008). **Consultant Physicians Working for Patients: The duties, responsibilities and practice of physicians**. 4th edition. London: The Royal College of Physicians. Retrieved on June 9, 2009 from <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/contents/03560858-60e3-44c3-87eb-716a6d1d696c.pdf>
- WHO. (2006/7). **Highlights on health**. Geneva: WHO

Abbott tarafından sağlanan araştırma fonuyla desteklenmektedir.

