



turkish journal of
occupational
health and
safety

türk tabipleri birliği mesleki sağlık ve güvenlik dergisi

© Meslek Hastalıkları
Tanımı

© Meslek Hastalıkları
Ekonomi Politikası

© Meslek Hastalıkları
Tanı Sistemleri

© Yuvarlak Masa
Tartışmaları



turkish medical association

ISSN 1302 - 48 - 41 üç ayda bir yayımlanır Ocak-Haziran 2014

51-52



johs(turkish)
turkish journal of
occupational
health and
safety

Editörler
Celal EMİROĞLU
Levent KOŞAR

Yayın Kurulu
Sedat ABBASOĞLU
Onur BAKIR
Nilay ETİLER
Denizcan KUTLU
Meral TÜRK

Danışma Kurulu
Prof. Dr. Turhan AKBULUT
Prof. Dr. İbrahim AKKURT
Prof. Dr. Gazi AKSAĞOĞLU
Prof. Dr. Remzi AYĞÜN
Prof. Dr. Nadi BAKIRCI
Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Dr. Yıldız BİLGİN
Dr. Nihal COŞKUN
Prof. Dr. Yücel DEMİRAL
Doç. Dr. Mustafa DURMUŞ
Av. Hacer EŞİTGEN
Prof. Dr. Çağatay GÜLER
Av. Mustafa GÜLER
Dr. Ö. Kaan KARADAĞ
İsmail Hakkı KURT
Prof. Dr. Mustafa KURT
Yıldırım KOÇ
Prof. Dr. Nergis MÜTEVELLİOĞLU
Fiz. Müh. Haluk ORHUN
Prof. Dr. Güzin ÖZARMAĞAN
Prof. Dr. Gamze YÜCESAN ÖZDEMİR
Av. Murat ÖZVERİ
Prof. Dr. Kayhan PALA
Prof. Dr. Ahmet SALTİK
Psik. Dr. Nazlı Yaşar SPOR
TİM. Müh. Mustafa TAŞYÜREK
Dr. Engin TONGUÇ
Prof. Dr. Nevin VURAL
Prof. Dr. Mehmet ZENCİR

Türk Tabipleri Birliği Adına Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü
Dr. Bayazıt İLHAN

Yazışma Adresi
Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi
Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi
Şehit Daniş Tunalıgil Sokak No: 2 Kat:4 Posta
Kodu: 06570
Demirtepe/ANKARA

Telefon
0 312 231 31 79 (Pbx)

Faks
0 312 231 19 52 - 53

<http://www.ttb.org.tr/msg>
e-posta: msg@ttb.org.tr

Hazırlık ve Tasarım
Yeter CANBULAT - TTB

Basımının İletişim Bilgileri ve Basım Yeri
Başak Matbaacılık ve Tan. Hiz. Ltd. Şti. Ankara
Tel: (0.312) 397 16 17

Yapım
Mucize Reklam
Tel: 0 312 417 10 56

Basım Tarihi
20.03.2015

Yayın Türü
Yerel Süreli (3 aylık)

Tiraj
3.000 adet

Logo ve Kapak Hakkı TTB'ye Aittir.

Dergide Yayımlanan Yazıların Tüm Sorumluluğu
Yazarlarına Aittir.

t ü r k t a b i p l e r i b i r l i ğ i

mesleki sağlık ve güvenlik d e r g i s i

Üç ayda bir yayımlanır Ocak-Haziran 2014 **51-52**

EDİTÖRDEN
Celal EMİROĞLU

1

MESLEK HASTALIKLARI EKONOMİ POLİTİĞİ ÜZERİNE NOTLAR
Oğuz TOPAK

2

MESLEK HASTALIKLARI YUVARLAK MASA TOPLANTISI
MSG YAYIN KURULU

10

**DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE MESLEK HASTALIKLARI TANI
SİSTEMLERİ VE YENİ BİR MODEL ÖNERİSİ**
İbrahim AKKURT

30

**BİR OLGU ÜZERİNDEN
TÜRKİYE'DE MESLEK HASTALIKLARI TANI SİSTEMİ**
Coşkun CANIVAR

39

**İSTANBUL MESLEK HASTALIKLARI HASTANESİNDE 2009 YILINDA
MESLEK HASTALIKLARI NEDENİYLE TEDAVİ EDİLEN HASTALARIN
HASTALIK GRUPLARI VE TEDAVİ MALİYETLERİNE GÖRE İNCELENMESİ**
Cahide KABA, Erdiç ÜNAL

43

**BOYA SANAYİNDE ve BOYA İLE UĞRAŞAN İŞYERLERİNDE
ÇALIŞANLARDA TOKSİK MADDELER KAYNAKLI
GÖRÜLEBİLEN SAĞLIK SORUNLARI**
Gamze VAROL SARAÇOĞLU

51

**MESLEKSEL BULAŞICI HASTALIKLAR:
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI ÖRNEĞİ**
Mehmet ZENCİR

60

**KADIN KUAFÖRLERİNİN ÇALIŞMA KOŞULLARI VE
MESLEKİ SAĞLIK SORUNLARI**
Gülengül MERMER, Meral TÜRK, Raika DURUSOY

70

**HOLLANDA'DA EKONOMİK SEKTÖRLERE GÖRE
MESLEK HASTALIKLARININ YILLIK İNŞİDANSI**
Çeviri: Özlem ONAT

77



Meslek hastalıkları, “işçinin, çalıştığı işin niteliğinden dolayı sosyal durumunu, vücut bütünlüğünü veya sağlığını etkileyen her türlü bozukluk hali” olarak tanımlanması gerekirken; mevzuat, “sigortalı” ve adına prim yatırılanla sınırlı, “diğer” sigortalıları dışlayan tanımıyla birçok meslek hastalığı olgusunu yok sayarken, artı-değer sömürüsünün en yoğun yaşandığı enformel sistemde meslek hastalıkları tespitiyle ilgili yasal düzenleme de bulunmuyor. Diğer taraftan henüz vücutta fonksiyonel ve/veya organik kayıp oluşturmayan durumlarla, “iş ile ilgili hastalıkları” da kapsam dışı bırakıyor. Dolayısıyla yüzbinlerle ifade edilmesi gereken tanı sayısı birkaç yüze kadar indirilmiş oluyor. Yani Türkiye’de yaklaşık “binde 8 olarak tahmin edilen meslek hastalığı sayısı yüzbinde 8” olarak karşımıza çıkıyor.

Koruyucu önlemler ve erken tanı olanakları ile meslek hastalıkları sorunu teknik anlamda çözülmeliydi! Ancak, meslek hastalıklarından korumak meşakkatli bir işti ve çok da kolay olmayabilirdi. İşçiyi korumak için uygun işe giriş muayenesi sonucu işe yerleştirme, çalışma ortamındaki tehlikeleri belirleme ve bertaraf etme, sonrasında ek ve tamamlayıcı muayenelerle biyolojik izlem vs... Kapitalist sistem, bu kurguyu bozarsa ya da bu işi yapacak disiplinlerin izleyeceği yol ve yöntemi kendisi belirlerse çarkı daha ucuza döndürebilecekti. Başarılı da oldu; işyeri hekimliği ve iş güvenliği yürütecek disiplinler hep sermaye değirmenine su taşıdılar ya da taşımak zorunda kaldılar. Gerekçeleri yüz yıl önce de bugün de aynıydı...

Kapitalist sistem, çalışma ortamından kaynaklı hastalıklardan korumuyor ya da “işçinin ertesi gün çalışabileceği kadar korunması gerektiği” anlayışını önceliyor. Koruma yerine “tazmin” ve “sigorta” boyutunu öne çıkarıyor, ortaya çıkan meslek hastalıklarının mali yükünü de önceleri SSK üzerinden, şimdilerde ise başarabildiği ölçüde doğrudan emeğe/emekçiye yüklemeye çalışarak devletleştirip toplumsallaştırıyor.

Meslek hastalıklarının ekonomi politikası toplumsal yönüyle ele alındığında; emeğin değerinin düşürüldüğü, işsizliğin artırıldığı (üremenin teşvik edildiği), enformel çalışmanın denetlenmediği, emeğin örgütsüzleştirildiği, güvencesizliğin artırıldığı vb durumlarda sermayenin bu alandaki tercihleri de daha anlaşılır hale gelmektedir. Başka bir anlatımla, sınıfsal gelişmeler üzerinden insan sağlığının nasıl belirlendiğini görmek olasıdır ve bu nedenledir ki meslek hastalıklarının tanı ve tedavisi ile kapitalizm arasındaki ilişki “emek-sermaye ilişkisinin merkezinde” aranmalıdır.

Meslek hastalıklarının nedenini kapitalist üretim ilişkilerinde değil, yasal düzenlemeler, işverenlerin ya da çalışanların eksikliği, bireysel sorumsuzluğu/duyarsızlığı, bilgisizliği, niyeti vb gibi yanlısımlarla algılatıran devlet; hukuku her fırsatta biraz daha geri noktalara taşıyor. İSGÜM ve Meslek Hastalıkları Hastaneleri gibi kurumsal yapıların içini boşaltıyor, sevk sistemini çıkmaza sokuyor, tanı mekanizmasını “bilinmez” kılıyordu. Olur ya eğer işini yapanlar meslek hastalıkları tanısı koyarsa, “haber salınıyor” işçi ya da işyeri hekimini işten attırıyordu!

Neoliberal politikaların esiri olan sendikalar ile korporatizmin etkisinde kalan meslek örgütlerinin “içeriden çözüm” arayışları sonucu “meslek hastalıklarının toplumsallaştırılması sürecini meşrulaştıracak bir ortam” yaratıldığında boyutları bilin(e)meyen meslek hastalıkları konusu devletin gündemine gelmiyor, dolayısıyla sermaye için de endişelenecek bir durum kalmıyordu. Yüzünü ne tarafa döneceğine karar veremeyen (!) Çalışma Bakanlığı’nın meslek hastalıklarına yaklaşımı ise Nasrettin Hoca fıkraları veya Don Kişot ile Sanço Panza’nın maceralarını çağrıştırmaktan öte bir anlam ifade etmiyordu.

Sistem, “işçilerin, çalışma kapasitesi ve işin üretkenliği ile çalışma yaşamının zorluklarıyla başa çıkabilme yeteneklerini artırmak” istiyor. Başaramayan gider ya da hastalanır/ölür, yerine daha genç olanı gelir... İşletmenin verimliliği, ülkenin ekonomik kalkınması meseleleri öncelendiğinde; işyerlerindeki öldürücü “riskler” dahi “kabul edilebilir” hale getiriliyor, terazinin kefesinde “işin fitratı” ağır basıyor, çaresizliği öğrenen “işçi sınıfının algısı yönetilerek emeğin kontrolü sağlanıyor” ve dolayısıyla işçinin “üretimden gelen gücü” sömürülüyor.

Emekten yana bakışın eksikliği durumunda; işyerlerinde “koruyucu hizmetler” teknik anlamda verilse dahi işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanına biçilen rol; işçinin sağlığı değil sistemin güvenliği ile ilgilidir. Kapitalist sistemin ideolojisine uygun olarak işçinin “verimli” olmasını sağlamak koşuluyla işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanına “iş” veriliyorsa, onların varlık gerekçesi kapitalist sistemin kendisidir ve meslek hastalıkları gibi uzun sürede ortaya çıkabilecek sorunları görmezden gelmeleri de olasıdır.

Bu anlamda; önemli olan, işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri ile birlikte işçinin “sağlıklı emek” ekseninde artı-değer sömürüsüne karşı duran siyasi/ideolojik donanımının sağlanmasıdır. Bilinçli ve sağlıklı işçi, değişiminin/dönüşümünün işaretlerini verebilecek örgütlenmesini de güçlendirebilir. Örgütlü işçi de işçi sağlığı ve güvenliğini işyeri hekimine, iş güvenliği uzmanına rağmen kendisi sağlayabilir. Bu anlamda işçilerin sağlığının korunması işçilerin kendilerinin görevidir. Söz konusu profesyonellerin bu görevi yerine getirebilecek sınıfsal bakışa katkısı “işçinin bilme hakkı” gözetilerek gerçekleştirilebilir.

Toplumsal eşitsizlikler yaşamın her alanında kendini gösteriyor, meslek hastalıkları tanımında da... MSG ilk sayısından bu güne meslek hastalıkları konusundaki eşitsizlikleri tartıştı/tartıştırdı. Kısırlaştırılan tartışmalardan çözüme yönelik üretken çıktılar elde etme adına yeni açılımlar sağlamayı hedefleyen Dergimiz, organize ettiği “Yuvarlak Masa” toplantısıyla yol almıştır. Meslek hastalıklarının ekonomi politikasını tartışırken, konuyla ilgili bilimsel makaleleri de sizlerle paylaşmaya devam edeceğiz...



MESLEK HASTALIKLARI EKONOMİ POLİTİĞİ ÜZERİNE NOTLAR

Oğuz TOPAK
Dr., Araştırmacı

Günümüzde çalışmadan kaynaklanan hastalıklar ve kazalar özellikle çalışma yaşamında en çok tartışılan konulardan birisini oluşturmaktadır. Bunlar arasında iş kazaları kamuoyunda sıklıkla dile getirilen bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Giderek artan iş kazalarının önlenemeyen yük-selişi sürekli olarak tartışılmaktadır. Ancak, çalışma ve insan sağlığı konusundaki tartışmalarda çok değinilmeyen veya ikincil planda tutulan bir diğer durum da meslek hastalıklarıdır.

Meslek hastalıklarına dair ilgisizlik ve önemsiz-leştirme kamuoyu ile sınırlı olmayıp Çalışma Bakanlığı bünyesinde de kendisini göstermektedir. Çalışma Bakanlığı tarafından yayımlanan istatis-tiklerde de Türkiye’de meslek hastalıklarının sayı-sal dağılımının oldukça düşük düzeylerde olduğu da görülmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu 2013 yılı istatistiklerine göre 371 sigortalı meslek hasta-lığına yakalanmış görünmektedir (1). Gerçekten bu rakam Türkiye’de meslek hastalıklarının çok az görüldüğünü mü, yoksa meslek hastalıklarının teş-his, tanı ve tedavi sürecinin yapılamadığını mı gös-termektedir? Birçok tartışma bu konuya yoğunlaş-mış ve meslek hastalıklarının ölçülmesi konusu meslek hastalıklarının kendisinin tartışılmasının önüne geçmiştir.

Bugüne kadar sosyal bilimlerin alanında bu konuya ilişkin çalışmaların büyük bir bölümü mes-lek hastalıklarını iş hukukunun bir dalı olarak “taz-minat” konusunu merkezine alarak tartışmış, bu alandaki çalışmaların bir kısmı da meslek hastalık-larının ortaya çıkışı ve sonuçlarını da “sigortacılık” açısından tartışmıştır. Beşeri bilimlerin açısından tar-tışmalar da genellikle meslek hastalıklarını doğu-ran etmenler ile meslek hastalıklarının tanı, teşhis ve tedavi süreçlerine yoğunlaşmıştır.

Makalemizde bu ikilemin ve bu çalışmaların ötesine geçerek meslek hastalıklarını tarihsel ve toplumsal yönleriyle ele almayı hedefliyoruz. Ger-çekten de yapılan analizler ve tanımlamaların bir-

çoğu tarihsiz ve sosyal boyutlarından yoksun bir meslek hastalığı kavramına dayanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü gibi uluslararası kaynaklarda meslek hastalıkları; zarar-lı bir etkenle bundan etkilenen insan vücudu ara-sında, çalışılan işe özgü bir neden-sonuç, etki-tepki ilişkisinin ortaya konabildiği hastalıklar grubu olarak tanımlanmaktadır (2).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 14üncü maddesinde “Mes-lek hastalığı, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özrürlük halleridir” şeklinde tanımlanmaktadır.

Her iki kaynağın ortak noktasında meslek has-talığı, “kaçınılmazlık” söylemi üzerinden, işin yarattığı bir hastalık olarak tanımlanarak, toplum-sal sınıf mücadelelerinin etkisi ve iradi faktörler-den soyutlanmış olarak konumlandırılmıştır.

Meslek hastalıklarının ekonomi politiği üzerine yapılacak tahlillerde farklı teorik yaklaşımlar sergi-lenebilir. Aşağıdaki analizlerimizin teorik arka pla-nında tarihsel ve ekonomik yasaların toplumsal analizin ana noktasını oluşturduğunu belirten Marksist teori esas alınacaktır. Bu çerçevede, Marksizmin yöntemi olan soyuttan somuta ve basitten karmaşığa yöntemi kullanılacaktır. Bir başka deyişle zaman ve mekan değişkenleri olma-dan soyut düzlemde yapılacak yalın analiz düzeyin-den giderek zaman ve mekan boyutlarının da dahil edildiği daha somut ve karmaşık analiz düzeyine geçilecektir. Meslek hastalıklarının tarihsel ve politik analizinin oldukça geniş bir çalışma alanı oluşturacağından, bu çalışmamızın sınırlarını belir-lemek açısından meslek hastalıkları ile kapitalizm arasındaki ilişkinin tartışılacağını, diğer üretim tarzları açısından yapılacak analizlerin ise şimdilik bu çalışmanın konusu dışında bırakıldığını da not etmek gerekir.



Meslek hastalıkları kavramını tanımlamak için birey açısından bir tarihsel başlangıç noktası bulmamız oldukça zor. Kavramsal açıdan insanın herhangi bir işi yapmaya başladığı tarih meslek hastalıklarının başlangıç tarihi kabul edilmelidir. Doğa ile insan arasında doğayı dönüştürmeye yönelik her faaliyet çalışma olarak tanımlanır. Doğayı dönüştüren bu faaliyet aynı zamanda yaratıcı olduğu kadar yıkıcıdır da. Bu nedenle çalışmanın kendisi de doğanın yanı sıra insanın dönüştürücü faaliyeti olan emek gücünün hayata geçirildiği noktada insan açısından da bir dönüşüm, yıkım etkisine sahiptir.

Çalışmanın kendisi ve toplumsal işbölümü, üretimin organizasyonu üretilen mal ve hizmetlerde uzmanlaşmayı doğurduğu gibi doğal olarak meslekleri ve meslek hastalıklarını ortaya çıkarmıştır. Yılın birkaç günü, kendi giyeceği kumaşı dokuyan kişinin kas-iskelet-eklem sorunlarıyla karşılaşması beklenmez ama uzmanlaşan ve tüm topluluğa kumaş dokuyan insanın bir süre sonra kas-iskelet sistemi hastalıklarından acı çekmesi beklenebilir. Ancak meslek hastalıklarının dikkat çeker hale gelmesi ve yazılı kayıtlara geçişi insanın bir başkası hesabına çalışır hale gelmesiyledir. Örneğin, Roma ve Yunan uygarlıklarında, devasa taş blokların işlenerek yapılarda kullanıldığı çağlarda, taş ocaklarında çalıştırılan kölelerin solunum sıkıntısıyla ölmesinin dönemin hekimlerinin dikkatini çektiğini tarihe düşen kayıtlardan bilmekteyiz. Asıl ilginç olan dönemin hekimlerinin, taş ocaklarında solunan tozla, oluşan hastalığın bağlantısını kurmaları ve tarihin ilk "korunma önlemini" önermeleridir: Kölelere çalıştırılırken deriden maskeler takılması (3).

K. Marx'ın 1844 El Yazmaları'nda işaret ettiği gibi "Ekonomi politiğin, (bu gün için iktisat ve sistemin meşrulaştırılmasında etkin işlevler üstlenen medya yıldızı iktisatçıları) proleterleri (işçiyi), yani ne sermayesi ne de toprak rantı olan, sadece emekle ve tek yanlı ve soyut emekle yaşayan kişiyi, ancak işçi olarak göz önünde tuttuğu kendiliğinden anlaşılır."

Marx'ın daha sonra emek ile emek gücü ayrımına tekabül edecek olan bu ifadesi, emekçi ile onun değişim değeri haline dönüşen emek-gücü arasındaki ayrım, meslek hastalıkları ve iş kazaları için yeniden düşünmeye çağrılı bir açıklamayı beraberinde getirir: "Öyleyse ekonomi politik, ilke olarak, onun tıpkı herhangi bir beygir gibi ancak

çalışabilecek kadar kazanması gerektiğini tanımlayabilir. Onu çalışmadığı zamanda, insan olarak düşünmez, bu özeni ceza mahkemelerine, hekimlere, dine, istatistik tablolarına, siyasete ve dilenciler çavuşuna bırakır" (4, s: 105).

Meslek hastalıkları açısından konu değerlendirildiğinde kapitalizm kendinden önceki üretim tarzlarından oldukça farklılaşmaktadır. Bu anlamda, kapitalizmi diğer üretim tarzlarından ayıran, sermaye ile emek arasındaki üretim araçlarının mülkiyetine dayalı antagonistik artı değere el koyma biçiminde gerçekleşen sömür ilişkisi olup, bu bir defada kurulup, bir defada biten bir ilişki değildir. Önemli olan bu ilişkinin sürekliliği ve yeniden kurulmasıdır.

Dolayısıyla bu ilişkinin yeniden kurulabilmesinin unsurlarından birisi de, taraflardan birisi olan emeğin sömürünün devamlılığı ve yeniden üretimi için emek gücünü sunmasının sağlanmasıdır. Bu bağlamda emek gücünü pazara sunan emeğin bu uğraşının da sürekliliğinin sağlanması gerekir. Böylelikle ilişki sürekli hale gelir ve kapitalizmin sürekliliği sağlanır. Bu da, emeğin yeniden üretimini bu ilişkinin sürekliliği için elzem bir unsur olarak karşımıza çıkarmaktadır.

Feodalizmde toplumsal yeniden üretim işlevi, vesayet ilişkisi çerçevesinde egemen olan sınıfın yükümlülüğü altındadır. Bir diğer deyişle egemen olan senyör, tabiiyeti altındaki topluluğu koruma ve gözetmekle yükümlüdür. Bu yükümlülük, serfin emek gücünün kullanımının bir karşılığıdır. Oysa kapitalizmin dayandığı 'özgürlük' anlayışı çerçevesinde emek "özgür"dür. Bu nedenle bir vesayet ilişkisinden söz edilemez. Kapitalizmde özgür bireyler arasındaki sözleşme ilişkisi, kapitalizme has bir ilişki biçimidir. Bu, emekçinin emek gücünü pazara sunması ile kurulur. Bu çerçevede emekçiye ödenen ücret, onun bir sonraki gün işe gelebilmesini sağladığı için, refahını veya yeniden üretimini de kapsayan bir karşılıktır. Yeniden üretim, sadece pazar ile emek arasındaki ilişki biçimi veya sadece bireysel sermaye ile bireysel emeği ilgilendiren bir ilişki değil, aynı zamanda kurumsal olarak bu süreç dahil olan devletle bağlantılıdır. Sözleşmeyi ve buna bağlı olarak ücretin ödenmesini düzenleme işlevi, devleti, bu ilişkinin görünmez tarafı kılmaktadır.

Marx'ın kapitalizm eleştirisinde klasik politik iktisattan ayrıldığı üç ana nokta vardır. Bunlardan birincisi, kapitalizmin pazarda özel mülkiyet esaslı



na dayalı olarak ortaya çıkan metaların üretim ve mübadelesine dayalı bir ekonomik sistem olduğu görüşüdür. İkincisi, herhangi bir metanın değerinin, bu metanın üretiminde kullanılan emek gücüyle ölçülebileceği görüşüdür. Bununla bağlantılı olarak Marx, kapitalizmin sömürüye dayalı, pazarda özgür mübadele biçiminde sermaye sahipleri tarafından emek gücünün üreticilerinden ücreti ödenmemiş emeğin alınmasına dayalı sınıf temelli bir sistem olduğu saptamasını yapar. Bu tür bir mübadele ilişkisi, bireyin ve dolayısıyla toplumsal olanın refahını optimize etmeye yönelik bir özellik taşımaz. Aksine, kendisini özgür ve eşit bir pazar içerisindeki metaların değişimi şeklinde lanse eden kapitalist ekonomik örgütlenme, sadece kapitalistlerin refahını korur; toplumun büyük bir kesimini oluşturan ve sömürülen işçi sınıfının refahını ise ortadan kaldırır. Marx'ın klasik iktisatçılardan ayrıldığı üçüncü nokta ise, kapitalizmin özünde olan kâr için rekabetçi arayışların ve buna bağlı olarak düşen kâr oranlarına yönelik uzun dönemli eğilimlerin sömürüyü yoğunlaştırdığı ve sınıf çatışmasını derinleştirdiği dinamik bir sistem olduğu yolundaki görüşüdür (5).

Marx'ın düşüncelerinden yola çıkarsak, kapitalizmin ortaya çıkış sürecinde görülen gelişmelerin geçiş sürecinin yansımaları olduğunu anlarız. Feodalizmden kapitalizme geçiş sürecinde yaşanan dönüşümlerden birisi de, feodal sözleşme biçiminden kapitalist sözleşme biçimine geçiştir. Bu geçişle birlikte vesayete dayalı biçim yerini akdi sözleşmeye bırakmıştır. Vesayet ilişkisinin dayanağı olan efendinin doğrudan emekçiye karşı olan yükümlülükleri dönüşüme uğramaya başlamış ve efendiyle kurulan doğrudan tabiiyet ilişkisinin yerini devletin hukuki kurallarıyla belirlenmiş olan akdi sözleşme ilişkisi almıştır. Bu noktada ücretlilik ilişkisi akdi ilişkinin en önemli bileşeni olarak ortaya çıkarken, feodal ilişkideki doğrudan tabiiyet ilişkisinin yerini de devletin soyut tabiiyet ilişkisini yeniden tesis etme görevini üstlenmesi almıştır. Devlet, emek sürecinin tali bir bileşeni olarak emek-sermaye ilişkisinde yerini alırken akdi sözleşmenin garantörü ve denetleyicisi durumuna gelmiştir. Ayrıca, ilişkinin kurulmasından sonra da sözleşmenin koruyuculuğunu üstlenmiştir. Özellikle ilişkinin kesintiye uğramaması, sözleşmenin soyut tarafı olan devletin yükümlülüğü altına girmiştir. Devlet, bir yandan işçinin doğrudan kont-

rolünü sağlamaya yönelik olarak fiziki zor kullanma gücüyle bu ilişkiyi ve sözleşmeyi garanti altına alırken diğer yandan sözleşmenin ve ilişkinin yeniden üretimini sağlamaya yönelik olarak rızanın yaratılması için kurumsal düzenlemelere gitmiştir. Devlet, daha önce işçi sınıfı içerisinde ortaya çıkmış olan veya yerel düzeyde vesayet ilişkisi çerçevesinde hayata geçirilen bazı düzenlemeleri geniş kapsamlı kurumsal düzenlemeler şeklinde hayata geçirmeye başlamıştır.

Meslek hastalıkları da bu çerçevede emek sermaye ilişkisinin merkezinde bulunmaktadır. Şöyle ki emekçinin bir sonraki gün işe gelebilmesi bu ilişkinin sürekliliğinin sağlanması açısından elzem olan unsurdur. Emeğin yeniden üretiminin bir parçası da sağlığının korunmasıdır. Feodal dönemde vesayet ilişkisi çerçevesinde bir bütün olarak ele alınan emekçinin ve emekgücü sunumu arasındaki ilişki parçalanmış ve sermaye ilişkisi dediğimiz sözleşme ilişkisinde emekgücünün sunumunun sürekliliğinin sağlanmasına indirgenmiştir. Bu çerçevede, genel anlamda sermayedar açısından bir yükümlülük haline gelen bu unsur ücret maliyetinin bir parçası haline dönüşmüştür. Dolayısıyla artık değere el koyma sürecinin (yeniden değerlendirme sürecinin de) bir parçası olmuştur.

Ayrıca, kapitalizm açısından emek ve sermaye arasında kurulan bu ilişki sadece bir defalık ilişki olmadığı gibi sistemin sürekliliğini sağlayacak olan bu ilişkinin sonucunda ortaya çıkacak artı değere el koyma biçiminin ve sürecinin de sürekliliğinin sağlanmasıdır. Bu açıdan birikim sürecinin sürekliliğinin sağlanması için emek sürecinin kontrolünün ve denetiminin, bir başka deyişle emeğin işyerinde ve toplumsal yaşamda kontrol ve tahakkümünün sağlanması ve emeğin sermayeye tabiiyetinin meşruiyetinin devamı açısından da emeğin disiplininin sağlanması gerekmektedir.

Bu çerçevede artı değer sömürsünün ve artığa el koyma sürecinin devamının sağlanması ve toplumsal meşruiyetinin mutlaklaştırılması da emek gücünü satmak zorunda bırakılan emekçilerin varlığına dayalı diyalektik dikotominin –efendi köle ilişkisinin– yerine konabilecek ve emekgücünü sunan emekçinin varlığının da devamının sağlanması gerekliliğini doğurmaktadır. Bu süreçte kaçınılmaz olarak canlı emeğin doğayı dönüştürme sürecinde ortaya çıkan yaşamsal risklerin ve tehlikelerin bertaraf edilip edilemeyeceği sorununun ele alınması konusunu gündeme getirmektedir.



Marx, Kapital'in Birinci cildinde bu konuyu şu şekilde gündeme getirmektedir: "İşçilerin sakatlanmaması için kendilerine ufak-tefek masraflar yükleyen bu maddelere karşı patronların gösterdiği fanatik direnmeye üçüncü kitapta tekrar döneceğiz; bu direnme, çıkar çatışmalarının bulunduğu bir toplumda, her bireyin kendi kişisel çıkarını korumaktan başka bir şeyi düşünmemesi ile zorunlu olarak ortak gönenci geliştireceği şeklindeki serbest ticaret dogmasına, yeni ve parlak bir ışık tutuyor! Kapitalist üretim tarzının niteliğini, temizlikle sağlığın korunması için gerekli en basit araç ve gerecin Parlamentodan çıkacak bir yasayı zorunlu kılmasından daha iyi ne gösterebilir? 1864 tarihli fabrika yasası, çömlekçilik işkolunda, "çoğu durumda 20 yıl ve bazen da ebedi süren bir perhiz döneminden sonra, 200 işyerini badanalatmış ve temizletmiştir". (İşte kapitalistin "perhizi" budur!) ... Sağlık yetkilileri, sanayi araştırma komisyonları, fabrika denetmenleri, bir ağızdan ve tekrar tekrar, bu 500 foot küplük havanın gerekliliğini ve bunu sermayenin elinden koparıp almanın olanaksız olduğunu söylediler. Böylece bunlar, aslında, işçiler arasındaki verem ve diğer göğüs hastalıklarının, sermayenin zorunlu varlık koşulları olduğunu ilan etmiş oluyorlardı (6, s:214)".

Diğer yandan Marx, kapitalist birikim sürecinin tarihsel olarak merkezileşme ve yoğunlaşma dinamiklerinin de aynı zamanda emek sermaye çelişkisinin somutlaşmış biçimlerinin insan sağlığını sınıfsal çıkarların belirlediği gerçeğini dile getirmiş; bu çerçevede, işçi sınıfının sağlığının korunmasının burjuva demokrasisinin değil, kapitalizmin kendi iç çelişkilerine karşı genel bir sermaye ilişkisinin korunmasına dair dinamikte olduğunu sermaye ilişkisinin doğasında bu tür bir koruma ve toplumcu düşünme olmadığını vurgulamıştır: "Fabrika yasalarının, -makinenin ilk yaratıları olan- makineli eğirme ve dokumacılık ile ilgili özel yasa olmaktan çıkartılarak, toplumsal üretimi bütünüyle kapsayacak bir yasa halinde genelleştirilmesi gereği, daha önce de gördüğümüz gibi, büyük sanayi tarihsel gelişme tarzından ileri gelmiştir. Bu sanayi gerisinde, manüfaktürün, elzanaatlarının ve ev sanayiinin geleneksel biçimi tümüyle devrime uğramıştır; manüfaktürler sürekli olarak fabrika sistemine ve elzanaatları da manüfaktürlere dönüşmüş ve ensonu, elzanaatları ile ev sanayileri, denebilir ki, şaşılabacak kadar kısa bir sürede, kapitalist sömürünün en yabanıl çılgınlık-

larını serbestçe gösterdiği sefalet yuvaları haline gelmişlerdir. Burada iki tavır, ibreyi değiştirmiştir: birincisi, sermaye, kendisini, bir noktada yasal denetim altında görür görmez, öteki noktalarda çok daha pervasızca, sürekli olarak telafi yolunu yinelemiştir [231]; ikincisi, kapitalistlerin, rekabet koşullarında eşitlik, yani emeğin her türlü sömürüsü konusunda konulacak sınırlarda eşitlik için kopardıkları feryat (3, s:232)".

Bu açıdan bakıldığında kapitalizmin merkezileşmesi ve yoğunlaşması süreci kanlı ve bir o kadar da acımasızca işyerlerindeki işçilerin ve emekçilerin sağlıkları ve canları üzerinden işlemiştir denilebilir. Bu çerçevede sermayedar açısından meslek hastalıklarının önlenmesi için yapılacak bütün işlemlerin somut karşılığı maddi yük olarak tanımlanmakta ve sermayedarın payını azaltacak ek maliyet olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle kâr oranını azaltacak bu baskı nedeniyle maliyetleri azaltmaya yönelik bir eğilim içerisine girmektedirler.

Maliyetin emeğe yüklenmesi, bu çerçevede sermaye özellikle kullanılan kimyasallar ve diğer meslek hastalığı yaratıcı etmenler üretimi arttırıcı veya verimliliği yükseltici niteliktedir. Sermaye açısından görece artık değer sömürüsünün arttırılmasının yolu, görece artı değeri yükseltmekten geçer. Bu bir yandan sermayenin yoğunlaşmasını gerektirirken diğer yandan enerji ve sermaye malları için üretilen malların maliyetlerinin de düşürülmesini içeren bir durumdur. Bu çerçevede sermaye maliyet analizi yapar. Bu maliyet analizinde işyerinde kimyasal madde veya diğer unsurların kullanımı bu amaca hizmet ediyorsa buna yönelir. Bu çerçevede de bu değişikliğin ya da kullanımın uzun dönemli maliyeti işçinin sağlığı ile kâr arasındaki tercihtir. Burada tercihin yapılmasının tek belirleyeni işçilerin bu etkilere karşı direniş ve mücadele düzeylerinin yükselme riskidir. Tolere edildiği takdirde bu seçim sermaye ilişkisi açısından rasyonel hale gelir (7, s:35-40).

Bu rasyonelleştirme sonucu, maliyetin dışlaştırılması dediğimiz süreç başlar. Önce işçi arzının yani yedek sanayi ordusunun varlığı bir etken olarak karşımıza çıkar. Böylece işveren işçilerin bu süreci kabullenmelerini sağlamış olur. Kısa dönemli ücret ve sağlık arasında tercih yapma durumunda kalan işçi bunu bir toplumsal sorun olarak değerlendirmemeye başlar. Artık sorun bireysel işçinin sorunu haline getirilmiştir.



Kapitalist birikim sürecinin ilkel birikim aşamasında ve özellikle vahşi kapitalizm dönemi olarak tanımlanan bu sürecin sonucu ise; “fabrika yasaları” gibi yasal düzenlemeleri doğuracak bir işçi sınıfının yok ediliş sürecine tanıklık etmiş, bu açıdan sermaye ilişkisinin ve birikimin sürekliliği için gerekli olan tüketim sürecinin de devamı sorunlu hale gelmiştir. Bu çerçevede emeğin emek gücünün sunumu açısından kapitalist ilişkinin içkin unsuru olan genel sınıfsal çıkar unsuru devreye sokularak bu sürecin ekonomik, siyasal ve toplumsal maliyetinin devletleştirilmesine yönelik aşama hayata geçmiştir.

İkinci aşama olarak tanımlayabileceğimiz aşama da meslek hastalıklarının maliyetinin devletleştirilmesidir. Devletin bu çerçevede konuyu bir siyasal mücadele alanı olmaktan çıkararak birikim sürekliliğini sağlamaya yönelik sermaye aklı çerçevesinde konuyu ele alması sağlanır. Artık ‘önleme’ yerine ‘tazmin’ mantığı devreye sokularak, “risk” önlenemezlik, ekonomik büyüme için zorunluluk kavramları çerçevesinde ele alınmaya başlanır. Yargı süreçleri sonucunda tazmin anlayışının yansıması olarak, mesleğe yönelik hastalıkların ve tazminin miktarının belirlenmesi gibi uzmanlık alanları belirlenir. Bu yolla işçi sınıfının algısı yönetilerek emeğin kontrolü sağlanır. Sermaye ilişkisinin kendisi tartışmadan çıkarılarak bireysel sermayedarların sorununa indirgenerek konu ele alınır. Bu çerçevede, seçmen tabanına ve yurttaşlara temel hak ve özgürlüklerin sağlanmasında devletin etkin koruma sağladığı savı ortaya atılır. Tedavi süreçleri işletilir.

Bu çerçevede, kapitalist sermaye birikiminin yaşadığı istikrarsızlık sürecine paralel biçimde devletlerin eş zamanlı olarak emeğin toplumsal yeniden üretimine yönelik bazı kurumsal düzenlemeleri; öncelikli olarak emekçilerin bir sonraki gün işe gelebilmelerine olanak sağlayabilecek olan sağlıklarını koruyucu düzenlemeleri hayata geçirmeye başladığı söylenebilir. Dönemin geçerli emek rejim ve üretim sürecinin işçiler üzerinde yarattığı tahribat ve yüksek ölüm oranları bu düzenlemelerin asıl nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle İngiltere örneğinde de görüldüğü gibi geleneksel sektörler olarak tanımlayabileceğimiz madencilik ve dokuma sektöründe mutlak artı değer sömürsünün çalışma sürelerinin arttırılması yoluyla maksimize edilmesi arayışı işçi sınıfının bu dönemdeki jenerasyonunu derinden etkilemiş ve gerek iş kaza-

ları nedeniyle gerekse çalışma koşullarından kaynaklanan ölümler ciddi boyutlara ulaşmıştır (8, 1993). İşsiz kitlenin devasılığı ve rekabetin yarattığı baskı karşısında sermaye ancak emek sömürsünü arttırarak var olmaya çalışmakta idi. Fransa’da yayımlanan Villerme Raporu ile 1842 yılında kraliyet inceleme kurulunun hazırladığı rapor durumu gözler önüne sermekteydi (9).

Çalışma sürelerinin sınırlandırılmasıyla başlayan bu düzenlemelerin en önemlisi hiç kuşkusuz iş kazalarının ve işteki ölümlerin azaltılmasına dönük olundu. Öte yandan aşırı çalışma ve yetersiz beslenmenin etkileri de işçi sınıfının her geçen gün niceliksel açıdan azalmasına yol açıyordu. Çalışma koşulları nedeniyle çocuk ölüm oranlarının artması, sağlıklı beslenmenin yol açtığı raşitizm, kadınların ve genç kızların çalışma yaşamının kötü etkileri nedeniyle yıpranmalarının yol açtığı doğurganlıktaki dalgalanmalar ve ahlaki çöküntünün yarattığı diğer etkenler, işçi sınıfının sayısal niceliğini etkilemekle kalmamış aynı zamanda savaşı insan sayısını ve savaşta çalışacak işgücünü de derinden etkilemiştir (10). Bu nedenle kadın ve çocukların çalıştırılmasına bireysel kapitalistlerin feryatlarına rağmen sistemin sürekliliği ve istikrarı için kısıtlamalar getirilirken, emeğin yeniden üretiminin sağlanması için işçilerin üretim süreci dışında da sağlığını korumaya yönelik kurumsal düzenlemelere gidilmiştir. Nitekim birçok ülkede doğrudan işçilerin yeniden üretimine yönelik sosyal sigorta uygulamalarının genel olarak 1880’ler ile 1920 arasında hayata geçirildiği görülmektedir.

Bu aşamadan itibaren üretim sürecinin ve emek rejimindeki dönüşümler ile teknolojik sıçramalar, işten kaynaklanan hastalıklar ve kazalara yönelik maliyetin devletleştirilmesi sürecinin giderek karmaşılaşmasına neden olmaya başlamıştır. Bu çerçevede sermaye, devletleştirme sürecinde sınıfsal çıkarları doğrultusunda tepki ve bazı taktiklerle konunun kaynağını bulandırma sürecini işleterek maliyetin devletleştirme sürecini hızlandırmıştır. Bu aşamada düzenlemelere ve önlemlere karşı direnme, mekânsal olarak sömürü ilişkilerinin kölelik ilişkilerine dönüştüğü ülkelere yönelme gibi süreçler işlemiştir. Bir yandan da düzenleme biçiminin üretim sürecine yansıması olarak tanıyabileceğimiz “taşıyıcı” hukuksal normlar ve yargı süreçlerinde üretimin doğası kavramıyla paralel olarak “kaçınılmazlık” ilkesi ortaya atılmış ve bu çerçevede yargı süreçleri işletilmeye başlanmıştır.



Aynı şekilde, 20. Yüzyıl başlarından itibaren kaçınılmazlık ilkesinin devamı olarak iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenabilirliği ve işçinin suçluluğu ön kabulüne dayalı bir stratejiyi de hayata geçirmişlerdir. Örneğin; 1920 yılında General Motors, Dupont ve Standart Oil şirketleri kurşunlu benzin nedeniyle ortaya çıkan meslek hastalıklarının işçilerin güvenlik önlemlerine uymamalarına bağlayan ortak bir kampanya yürüterek kurşunlu benzini savunmuşlardır (6, s:65).

Taylorist emek sürecinin egemenliği altındaki bu dönemin sonunda kitlesel üretime dayalı birikim rejiminin konjoktürel kriz evresi bu alandaki maliyetlerin devletleştirilmesine yönelik stratejilerin yetersiz kalmasına da neden olmuştur. Özellikle, Fordist birikim rejiminin hayata geçmesiyle birlikte emek gücünü satan işçi sınıfının aynı zamanda kapitalist birikim açısından tüketici kitle kimliğinin de birikim açısından denkleme dâhil edilmesi, düzenleme rejiminin sermaye birikim süreciyle bütünleşmesiyle birlikte birikim rejiminin kriz sarmalından çıkışına dair gelişim süreci de bu aşamanın yeniden şekillenmesinde önemli bir kilometre taşı olarak karşımıza çıkmaktadır (Jessop, 1991). Fordist devlet ve Keynesyen refah politikalarının emeğin toplumsallaştırılması sürecine yönelik politika değişimlerini başat unsur olarak kabul etmelerinin yansımaları meslek hastalıkları açısından da önemli bir dönüşümü birlikte getirmiştir. Refah devletinin düzenleme işlevi aynı zamanda meslek hastalıklarının ve işyerindeki üretimin sağlığı bozucu etkilerinin maliyetinin toplumsallaştırılmasına yönelik bir aşamaya geçilmesine neden olmuştur.

Maliyetin toplumsallaştırılması aşaması olarak tanımlanabilecek bu aşamada; sermaye, iş kazaları ve meslek hastalıklarının ortaya çıkardığı yükü topluma yansıtmasına yönelik düzenlemelerin hayata geçirilmesiyle sistemin yarattığı tahripkâr etkiyi yeniden gizleyerek atomize etmiştir. Bu çerçevede oluşturulan düzenlemelerle yeni önlemler alınarak sürecin geneli yerine tekil bir sistem yaratılarak sermaye için ek maliyet unsurlarının vergiler aracılığıyla topluma aktarılması sağlanmış, devlet bu alanı genel kamu sağlığının korunması gibi bir refah politikası alanı olarak tanımlamıştır. Bu çerçevede, meslek hastalıklarının tanımlanması süreci hastalıklara indirgenen bir koruma sistemi oluşturulmuştur.

Özellikle, Fordizmin uluslararası ekonomik ve siyasal işbölümüne yönelik kurumsal düzenlemeleriyle paralel olarak üretim sürecinin de uluslararası alanda sabitleştirilme, standardizasyonu arayışlarının bir parçası olarak ILO'nun meslek hastalıklarını uluslararası alanda tekleştirilmesine yönelik girişimleri bu dönemin başat politikasının ana kurgusunu göstermektedir. Tanımlama, ölçümler, düzenlemeler, tıbbi tedavi ve teşhis süreçleri gibi ön süreçlerle sistemsal bir tekipleştirme aşaması devreye sokulmuş, devletler refah devletinin kurumsal düzenlemelerinden biri olan bu alana yönelik sağlık sistemlerini yeniden kurgulamışlardır. Aynı şekilde ortaya çıkan meslek hastalıklarının ise bireyselleştirme ve tazmine dayalı meşrulaştırma denklemiyle birlikte toplumsal kabulüne dayalı bir sistem de devreye sokularak tazmin mekanizması aracılığıyla maliyetin toplumsallaştırılması süreci hayat bulmuştur.

Bundan böyle, bireysel burjuvazinin üretim sürecinde işçi sınıfını öldürmesi, tazmin edilebilir bir hukuk olgusuna indirgenerek uygunluk kriteri devreye sokulmuştur. Şöyle ki, sigorta sistemlerinin hayata geçmesiyle birlikte işten kaynaklanan hastalıklar ve kazalar açısından işçilere veya ailelerine karşı sigortadan tedavilerinin karşılanması, gelir yoksunluğunun giderilmesine yönelik parasal yardımlar, ölüm halinde aileye ödenecek tazminatlar saptanarak bireysel ödemeler yoluyla konu salt sigortacılık mantığına indirgenmiş, bu çerçevede değerlendirilmesine yönelik bir meşruiyet yaratılmıştır. Devlet artık toplum adına, bir yandan kapitalist üretim sürecinin insana, işçi sınıfına etkilerini stabilize ederken aynı zamanda işçi sınıfının sistem içerisine entegrasyon sürecini de bu durumu bir risk, bireysel bir sorun haline getirerek sistemin ve birikimin sürekliliğini tehdit edecek mücadele ve direniş süreçlerini önlemektedir. Bu çerçevede devlet, kapitalist toplumun içerisinde barındırdığı yapısal çelişkiler nedeniyle, işçi sınıfının birliği ve kapitalist sınıfın çözülmesi ihtimalinin yol açabileceği sakıncaları ortadan kaldırmak için mevcut toplumsal formasyonun tutarlılığının sağlanmasında etkin bir rol oynamaktadır (11).

Bu noktada Fordist devletin atomizasyon veya yalıtma işlevi ile örgütlenme işlevleri devreye girmektedir. Sadece devletin örgütlenmesi yeterli değildir. Fordizmin asli unsurlarından birisi olan korporatizm sayesinde sendikaların da bu süreçte



ve işlevlerin hayata geçirilmesinde kurumsal olarak sisteme dahil edilmesi de meslek hastalıklarının maliyetinin toplumsallaştırılması sürecini meşrulaştıracak bir ortam yaratmaktadır.

Poulantzas'a göre refah devleti de bu bağlamda ele alınması gereken bir olgudur. Poulantzas, sermaye birikim süreciyle emeğin yeniden üretimi arasındaki ilişkiye dikkat çekerek, sermaye açısından emeğin yeniden üretimini sağlamaya yönelik bazı işlevlerin devlet tarafından sermayenin genel çıkarları ekseninde yerine getirildiğini belirtmektedir (12, s: 184). Bu bağlamda devletin işlevlerinin sadece halk kitlelerinin desteğini almaya yönelik bir tuzak ya da doğrudan bir ideolojik mistifikasyon olarak ele alınmasının veya bu işlevlerin sadece refah devletinin toplumsal işlevlerine indirgenmesiyle açıklanmasının doğru olmadığını, devletin sınıfın hegemonyasını örgütleme ve yeniden üretmeye yönelik olarak şekillendiğini vurgular. Devlet, emeği koruyucu düzenlemeleriyle de sermayenin uzun vadeli çıkarlarını göz ardı ederek emeği fiziksel olarak yok etmesini önler ve mutlak artı değer sömürüsü haricinde yeni görelî artı-değer alanları yaratır." Kısaca refah devletinin kurumsal yapıları, bir yandan emeği bireyselleştirme, diğer yandan da emeğin verimliliğini azami düzeye çıkarmayı hedefleyen kontrol ve normleştirme faaliyetleridir; bir diğer deyişle, emeğin yeniden üretiminin yönetilmesidir. Meslek hastalıklarının tanımlanması, tazmin edilmesi de bu çerçevede refah devletinin bu işlevinin bir parçası halindedir. Fordizmin kriziyle birlikte meslek hastalıklarının maliyetinin devletleştirilmesi ve toplumsallaştırılması süreci de refah devletinin dönüşüm süreciyle birlikte dönüşmüştür. Sermayenin yapısal dönüşümü bir yandan üretim sürecini ve emek rejiminin dönüşümünü getirmiş ve yaygın birikim sürecinin dayandığı esneklik, Fordist fabrikaların organizasyonel ve mekânsal parçalanmasını da beraberinde getirirken yeni birikim rejiminde çalışmanın yarattığı zararların ve işçi sınıfına yönelik etkilerinin yansıtılması stratejileri de dönüşmüştür. Özellikle, devletin refah politikaları aracılığıyla maliyetin toplumsallaştırılması ve tazmine yönelik düzenleyici işlevlerinin de dönüştürüldüğü görülmektedir. Bu bağlamda işyerlerinin formelleştirilmesi yerine zararlı üretim ve çalışma biçimlerinin enformelleştirilerek niteliksizleştirilen dışlanan çalışma biçimlerinin görünmez hale getirmeye yönelik bir stratejik yönelim ortaya çıkmıştır.

Özellikle fabrikaların mekânsal olarak daha kolay kapatılabilmesi veya taşınabilmesinin daha kolay hale getirilmesi, yalın üretim ve uluslararası alandaki sermaye dolaşımının daha hızlı ve kolay bir biçime dönüşmesi de bu görünmezleştirme sürecini daha da hızlandırmıştır. Aynı zamanda emeğin kontrol ve denetimine yönelik esnekleştirme politikalarının da yarattığı güvencesiz ve esnek çalışma biçimlerinin yaygınlaştırılması, bununla bağlantılı olarak sendikaların gücünün kırılması ve örgütsüzleştirme süreçleri işyerlerindeki kurumsallaşmış sistemi dejenere etmiştir. Artık meslek hastalıkları ve çalışmadan kaynaklanan hastalıklar açısından sermayenin daha esnek bir biçimde gizleme, göçmen işçiler çalıştırma, enformelleştirme süreçlerini daha kolay işletebilmesine olanak sağlamıştır. Genel sermaye birikim sürecinin devamı için Fordist dönemde zincirlenen ve standardize edilen sermaye bir yandan da devlete yönelik yükümlülüklerinin ortadan kalkmasının türlü yollarını bulmaya başlamışlardır.

Devlet, bu yaygın birikim sürecinin gereklilikleri doğrultusunda denetim, gözetim işlevlerine yönelik ortaya koyduğu politikaları değiştirirken, işyerlerini kontrol ve denetim mekanizmalarını da değiştirmeye başlamıştır. Reaktif denetimler haricinde, aktif işgücü piyasası politikalarının uzantısı olarak işyeri ölçümlemeleri azaltılırken, sigortacılık sektöründeki özelleştirme ve piyasalaştırma süreçleriyle, teşhis, tanı ve tedavi süreçleri de artık ya etkisizleşmeye ya da yetersizleşmeye başlamıştır. Bireysel sermayedarlar açısından da tazmin mekanizmalarına yönelik hukuksal düzenlemeler de yeniden ele alınarak zorlaştırılmaya başlanmıştır. Özellikle ikili işgücü piyasalarının enformel sektör lehine genişlemesi ve piyasalar arası geçirgenliklerin giderek daraldığı bu dönemde tazmin mekanizmaları da sadece korunaklı, sendikalı formel emeğin alanında kurgulanan düzenlemeler olarak karşımıza çıkmıştır (13, 14).

Neo-liberal dönemin sermaye birikim süreçlerinden bağımsız kendisine özgü gelişmesi ise sağlığın piyasalaşması sürecinin bir parçası olarak meslek hastalıklarının tanımlanması, ölçümleme, teşhis ve tanı, tedavi süreçlerine yönelik devletin kurumsal yapısının ticarileşmesi, piyasalaşmasıdır. Devlet bir yandan bu alandaki kurumsal düzenlemeleri ticarileştirirken diğer yandan alanın kendisi bizatihi bir metalaştırma, değerlendirme alanı olarak sermayenin çekim merkezi haline gelmiştir. Gerek



uluslararası, gerekse ulusal düzeyde sermaye, meslek hastalıklarının tedavi süreçlerine yönelik, gerek ar-ge faaliyetleri aracılığıyla, gerekse sağlık hizmetlerini sunmayı bir metalaştırma alanı olarak tanımlamış, aynı şekilde finans sermayesi de sigortacılık alanındaki kamusal tazmin mekanizmalarının yerine piyasa üzerinden aktör olarak sistemin bir unsuru haline gelmiştir. Bu çerçevede, Dünya Bankası, IMF gibi kurumlar aracılığıyla hayata geçirilen Yapısal Uyum Politikaları da kurumsal dönüşümü genelleştirmede etkin olarak kullanılan araçlar haline gelmiştir (15).

Bu çerçevede, devletler yeni bir refah kurumu olarak workfare (çalışma-külfet) uygulamalarıyla, seçicilik, formel alan içerisinde, dar ve yetersiz bir maliyet yüklenmesi dönemine sokulmuştur. Artık, maliyetin devletleştirilmesi yerine daha ağırlıklı olarak çalışmanın yarattığı işyeri kaynaklı hastalıkların ve kazaların varlığı yeniden “kaçınılmazlık ve doğallık” kavramları çerçevesinde ele alınmaya başlanmıştır (14).

Bu çerçevede, meslek hastalıkları ya da çalışmadan kaynaklı hastalıkların yeniden tanımlanması süreci de kesintiye uğrarken, “işçi sağlığı” gibi kavramlaştırmalarda “işyeri”, “iş” gibi kavram kayması da yaşanmış, sermayenin hegemonik söylemi yeniden kurulmuştur.

Artık, kapitalizmin ilk evrelerindeki merkantalist ilkel birikim süreçlerinde yaşanan sağlıksız, emekgücü sömürsünün kontrolsüz şekle dönüştüğü kör ve karanlık bir işgücü pazarı ortaya çıkarken, aynı zamanda daha küçük ama güvenilir, kontrol edilebilir, parasal açıdan azınlık çok fonksiyonlu bir işçi sınıfının sağlığının korunmasına yönelik şekillenen koruma anlayışı hakim olmaya başlamıştır.

Bu çerçevede, artık kamusal sağlık adına devletin koruyucu düzenlemeleri, müdahaleleri geri çağırmasının da hiçbir dayanağı kalmadığı gibi geçerliliği de kalmamıştır. Devletlerin tazmin mekanizmaları yetersizleşmiş, teşhis, tanı ve tedavi hizmetlerinin kendisi piyasalaştığı ve metalaştığı için devletin etkisizleşmesiyle beraber, bu alandaki örgütlenmeler ve özellikle meslek örgütlerinin ya da sendikaların da etkisizleştiğini söyleyebiliriz. Fordist dönemin kurumsal yapıları bir anlamda boşlukta kalmışlardır.

Bu bağlamda, çalışma nedeniyle ortaya çıkan hastalıklardan işçi sınıfının korunması önceliğini ele alan çalışmalar yapılmalı ve bu alandaki yapılan tartışmaları, yeniden düşünmenin artık zamanı

gelmiştir. Sınıfsal mücadelenin bir alanı olarak tanımlayabileceğimiz bu alanda “Meslek hastalığı” kavramı ile birlikte, “İşle ilgili hastalık” kavramı daha geniş bir mücadele alanının başlangıcı olarak kullanılabilecek bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer yandan, bu alanın kendisinin bir sınıf mücadelesi alanı olması nedeniyle, yeni döneme özgü örgütlenmeler aracılığıyla sermayenin yeni stratejilerini bertaraf edici bir yönelimin yaratılabilir olduğunu düşünmekteyiz. Marx’ın betimlemesi aslında bugünün ana sorununu da çözümlenmektedir: İşçilerin hastalıkları sermayenin varlık koşulu- dur. Bu nedenle, varlık koşulunun kendisinin sorulanması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) “2013 İstatistikleri”
Erişim: <http://www.sgk.gov.tr>.
2. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, “Meslek Hastalıkları” Rehberi, Ankara 2011.
3. Spencer, David A. “The Political Economy of Work”
Roudledge Press, Londra, 2009.
4. Marx K. “1844 El Yazmaları, Ekonomi Politik ve Felsefe”
Sol Yayınları, Ankara, 2011.
5. Jessop B. “The State Theory: Putting the Capitalist State In Its Place” Londra: Oxford University Press, 1990.
6. Marx K. “Kapital: Kapitalist Üretim Eleştirel Bir Tahlili” Birinci Cilt: Sermayenin Üretim Süreci, Sol Yayınları, Ankara, 2011.
7. Barnetson B. “The political economy of workplace injury in Canada” AU Press, Athabasca University, Toronto, 2010 s:35-40.
8. Marx K. “Ücretli Emek ve Sermaye, Ücret, Fiyat ve Kar”
Sol Yayınları, Ankara, 1992.
9. Süzek S. “İş Güvenliği Hukuku” Yayınlanmamış
Doçentlik Tezi, A.Ü. Fakültesi. Ankara 1985.
10. Koven S, Michel S. “Womanly Duties: Maternalist Politics and Origins of Welfare States in France, Great Britain and the United States, 1880-1920”, The American Historical Review, 1990;95(4):1076-1108.
11. Poulantzas N. “Siyasi İktidar ve Toplumsal Sınıflar”
Belge Yayınları, İstanbul, 1992.
12. Poulantzas N. “State, Power, Socialism” Verso Press, Londra, 2000.
13. Peck J. “Workplace: The Social Regulation of Labour Markets” Guilford Press, New York, 1996.
14. Peck J. “Workfare States” New York: Guilford Press, 2001.
15. World Bank, “World Development Report 1993: Investing in Health”, New York: Oxford University Press, 1993.●



MESLEK HASTALIKLARI

YUVARLAK MASA TOPLANTISI

MSG Yayın Kurulu-Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi'nin davetiyle¹ gerçekleşen "yuvarlak masa" toplantısının amacı, ülkemizde meslek hastalıkları konusunda yaşanan sorunlara yanıt aramaktır. Bu bağlamda, katılımcılarla özellikle tartışmak istediğimiz konular şunlar idi:

1. Meslek hastalıklarının tanı kriterleri ve tespitlerin neden "öngörülen" düzeyde olmadığı,

2. Meslek hastalıklarının tespiti ve tanısının "öngörülen" düzeyde olması halinde işçi sağlığında nasıl bir gelişme olacağı,

3. Meslek hastalıkları tanı sistemi ile ilgili görüş ve öneriler,

4. Meslek hastalıklarından korunma,

5. Siyasal iktidarın Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı üzerinden konuya verdiği önemin gerekçeleri, amacı, beklentisi.

Yuvarlak masa toplantısına konuyla ilgili 14 hekim² katılarak tartışma ortamında görüşlerini paylaşmıştır. Mazeretleri nedeniyle katılamayan 2 davetli hekim³ ise görüşlerini yazılı olarak bildirmişlerdir. Bu görüşlerden konuşmacılar oturum esnasında yararlanmışlardır.

Yuvarlak Masa tartışmasında Dr. İbrahim AKKURT tarafından özet olarak sunulan "Dünyada ve Ülkemizde Meslek Hastalıkları Tanı Sistemleri" konulu makale kapsamı genişletilmiş olarak elimizdeki sayıda bir sonraki sırada yer almıştır.

S. Abbasoğlu; Meslek hastalıkları (MH) çalışma yaşamında ciddi bir sorun. Altını çizerek şöyle söyleyebiliriz: MH bugün dünyada ve Türkiye'de bilinmez bir durumda. Biz bu noktada ne yapabiliriz? Bu toplantının çıktısı ve önümüze yol haritası olarak neleri koyabiliriz? Hangi sorunları öne çıkaracağız? Taleplerimiz ne olacak? Hangi adımları atacağız? Süreci nasıl örgütleyeceğiz?

MH'nin önce tıbbi tanılama süreci sonra da yasal tanımlama süreci olduğunu biliyoruz. İster-seniz önce meslek hastalığının tanılanmasından başlayalım. Daha sonra yasal tanı dediğimiz süreci konuşalım. Sonra da MH'yi kim tanılayacaktır?

Birinci basamakta mı, ikinci basamakta mı bunları konuşalım. Bir de işin politik-ekonomi boyutunu, konuşup, Bakanlık süreci nedir, devlet bu işe nasıl bakıyor, sermaye, patron nasıl bakıyor? Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve alanda çalışanlar olarak, nasıl bakacağız sistematiği içinde yuvarlak masamızı sürdürelim diyorum. Sistematiğimize ilişkin değişik öneriler varsa bunları da değerlendirip toplantımıza başlayalım.

Ö. K. Karadağ; Son zamanlarda MH konusunda yoğun bir tartışma sürüyor. Tanımda bir anlaşılamama söz konusu. Yani tanımla başlayan bir yol izlememiz gerek. En son MSG'de Hollanda'dan yapılan çeviride; "etkenlerinin %50'den fazlası işyerinden kaynaklanan hastalıktır" gibi bir tanım vardı. Bu tanım neden önemli? Neden tanımlayacağız? Tazminat ya da insanların mağduriyetini gidermek adına tanımlamamız gerektiğine gelirsek Türkiye'de çok fazla sorunumuz yok. Sayı olarak maluliyeti tanımlanan MH konusunda Avrupa Birliği'ne oldukça uygun bir yerlere gelmiş haldeyiz. Ama bunu halk sağlığı bakışıyla, iş sağlığı bakışıyla tanımlayacağız ve tanılayacağız diyorsak o zaman korunma önlemlerinin konuşulduğu bir MH tanımı konuşulmalıdır. Benim bu masada tartışılması gerektiğini ya da sizin de üstünde anlaştığınız kısmın aslında şu olduğuna eminim; koruma önlemlerini almak adına bu toplantıyı sürdüreceğiz. Ancak bugüne kadar oluşturduğumuz, tazminat hukuku üstüne kurulu bir çerçeve olduğu için bunca söylediğimizden farklı olarak bu masada tazminat gerekleri ile değil korunma amacıyla buluyoruz diye düşünüyorum.

Ö. H. Yılmaz; MH'nin tanımlarına baktığımızda bizim önümüze konan rolün dışına çıkamıyoruz. ICD-10 kodlaması mesela, otomasyon sisteminde ICD-10 kodlaması haricinde bir tanım yapamıyoruz. MH diye bir tanı kodu yok sadece



etkilenme kodları; Z ya da J kodları var, maruziyetten bahsediyor, silikaya mazuriyetten vb ama sistem hiçbir şekilde tanı kodlaması yaptırmıyor. Dünya MH tanısını koymanın çerçevesini çizmiş. Tanılama bir kararla olacak demiş, yani hekim kararı ile olacak dememiş. MH'de SGK'nın algısı farklı, hekimlerimizin algısı farklı. Ben tanımda çok sorun olduğunu düşünmüyorum, algıda sorun olduğunu düşünüyorum. Hollandalılar da bunun için yeni bir tanım "uydurmakla" yanlış yapmış, ILO bunun çerçevesini çizmiş. MH'yi, meslek ile ilgili hastalığı tanımlamış, mesleğin alevlendirdiği gibi gruplara ayırmış. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu hekime MH tanı koyma yetkisi vermiş. Ancak MH tanısı adliye de, mahkemede de, işverende de Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanununa göre konur. Yani tazminatı ödeyen de, kişiyi meslek hastası sayan da orası, yani SGK. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu MH tanısı ya da MH ön tanısı diye bir şey tanımlamış. MH ön tanısı yetkisini işyeri hekimine de vermiş, herhangi bir hastanedeki doktora da vermiş, aile hekimine de vermiş ama sizin tanı koyabileceğiniz bir kodlama sistemi yok. Bu meslek hastalığıdır diyemiyorsunuz. MH tanısı Kurul kararı ile çıkıyor. Bunların istatistiğini de yayınlayan, her şeyini üstlenen SGK. Kayıtlı MH sayımız 2.600 civarında görüldüğü halde istatistiklere yansıyan 354 kişi, çünkü maaş bağlanan kişi sayısı ilan ediliyor.

S. Abbasoğlu; Hocam o zaman sizin somut öneriniz, sorunu mevcut sistem içerisinde mi çözmek?

Ö. H. Yılmaz; Bu sistem için olması gerekeni söylüyorum. Doğrusu nedir? Herkes MH tanısı koyabilmelidir. Bu tanımlar istatistiklere girebilmelidir. Ama bunun için SGK'nın algısını değiştirmesi gerekiyor. Ancak bunların yapılabileceğine ben inanmıyorum.

Ö. K. Karadağ; MH sayımız 300 civarında, %10 maluliyetin altındakilerle hesapladığımızda 2.300 civarında, sizin hastane olarak meslek hastalığı olarak düşünüp gönderdiğiniz dosya sayısı 7.000, İstanbul MH Hastanesinin gönderdiği dosya sayısı 5.000 civarında, yani toplamda 12.000 MH, bunu özellikle söylüyorum ki kayıta geçsin.

S. Abbasoğlu; Biz sağlıkçılar olarak olması gerekeni saptamak durumundayız. Olması gereken nedir? Biz mevcut sistemin dayatması üzerinden mi bir yol haritası çizeceğiz yoksa işçilerin sağlığının korunması açısından olması gerekeni mi konuşacağız? Bunun siyasal iktidar ve sermaye ile olan bağlantısını kurmak zorundayız. Soyutlama düzeyinde böyle bir tartışmayı yapıp ona göre güçlerimizi nasıl biriktireceğiz, hangi hedeflere yönelip ne yapacağız, burada konuşmamız gerekiyor.

C. Emiroğlu; İşyeri hekimlerinin algılaması bozuk, işverenin algılaması da bozuk. Bu ülkede algılamayı bozan bir takım etmenler, bir takım dinamikler var. Burada tanıyı tartışmanın çok bir yararının olmadığını düşünüyorum, çünkü daha önce çok tartıştık, yeni bir konu değil. O nedenle algılamamızı bozan etmenleri tartışmak gerekiyor. 4000 Hertzi yakalayabilen hekimi bir şekilde hazırlamamız ve herkesin öyle bir perspektifi kazanması gerekiyor. Örneğin 80 dsB işitme kaybı olan işçiyi MH hastanesine gönderdiğimde KBB uzmanı işitmesi var mı yok mu diye inceliyor, "İşitiyor" diye rapor veriyor. Açıyorum telefonu "Peki hocam sen şu 80 dsB'i gördün mü?" diye soruyorum. Hekim "Ben 4000 Hz'deki 80 dsB üzerinden görüş bildiremem, ben işitmesi var mı yok mu ona bakıyorum" diyor. Hekimle tartıştığımız zaman köşeye sıkıştıkça kaçamak yerler arıyor. 4000 Hz'de 80 dsB kayıp bir meslek hastalığı mıdır, bunu konuşalım diyorsun. Bırak şimdi işitmesi var mıdır, az ya da çok her neyse veya bu 4000 Hz'deki kayıp onun işitmesini 10 yıl sonra tamamen kaybettirecek mi? Evet, kaybettirecek burada hemfikiriz, o zaman bu bir meslek hastalığı mıdır? Neden meslek hastalığı olarak yazmıyorsun, niye Kurula göndermiyorsun? diye sordüğümüzde işçinin önceki odyonun olmadığını söylüyor. 4000 Hz'deki kayıp çalışma ortamından kaynaklı. O doktorun görevi mevcut durumu tespit etmekse neden yapmıyor. İşçinin geçmişe dönük raporlarının olmadığını, nerede çalışıp çalışmadığını bilmediğini söylüyor doktor arkadaşım. Dosyayı SGK'ya yönlendirdiğinde Kurum müfettişi bu sorunu çözebilir. Algılamamız bozuk, farklı şekillerde konuyu algıladığımız zaman "80 dsB kaybı bugün için görme ama yarın işçinin işitmesi tamamen kaybolduğu zaman, 2000 Hz'de, 1000 Hz'de kayıplara yol açtığında gör" diyen bir



anlayış var. O nedenle biraz olaya tersten gidelim diyorum. Doğru tanım, uygun tanıyı yetkin kişiler belirlesin bizde yapılan bilimsel düzenlemeler üzerine konuşalım. Bizi bozan etmenler, az önce söylediğim KBB uzmanını, işyeri hekimini, iş müfettişini bozanlardır, hepsi işin doğrusunu biliyor ancak "mış gibi" yapıyor. "Bu hukuk çerçevesinde böyle bakmak gerekir" diye bir garip söylem-eylem var, o hukuk çerçevesindeki bakış da az önce söylediğim eksik ya da yanlış tanım üzerinden biçimleniyor.

L. Koşar; Bizim herhangi bir kurumsal-hukuksal tanıma takılmadan daha özgür-bilimsel tartışmaya ihtiyacımız var. Bugün DSÖ'nün ya da ILO'nun tanım(lar)ı beni kesmiyorsa (ki bunların belli bir tarihsel döneme ait organizasyonlar olduğunu biliyoruz); Benim/bizlerin daha özgür tartışmaya ihtiyacımız var ve bilimsellik de bunu emreder. Yani biz burada ILO'dan (ç)alıntılarla, DSÖ'den (ç)alıntılarla tartışırsak o zaman "farklı" bir şeyi tartışmış oluruz. Bunu yapacağız elbette, ancak aşan bir tarzda... Ama önce önerilerim var: 1. Tartışmalarımızın somut politika olarak ne yapmamız gerektiğini işaret etmesi gerekir. 2. Buradan çıkacaklarla birlikte bu somut politika biraz sisteme ve elbette ki yasaya, hukuka, daralmış olacak. İşte burada, bu daralmayı açacak olan soyut politika anlamında teorik neler geliştirebileceğimizdir. Bu da bizim özgürlüğümüzdür. Bu özgürlüğümüzü elde edemezsek, somut politikaya ilişkin olarak bizim sisteme, yasaya baskı yapmamız mümkün olmaz diye düşünüyorum.

A. Tellioglu; MH ile ilgili bugüne kadar neler yapılmış diye baktığımda, 1993'de Engin Hoca'nın kaleme aldığı Ders Notları'nda bir rakam verilmiş: 1952-1977 yılları arasında Türkiye'de 18.000 MH tanısı konulmuş. Yani 25 yıllık sürede yaklaşık yılda 700-800 MH tanısı konulmuş. Ancak yine TTB'nin notlarında Haldun Hoca'nın şöyle bir ifadesi var: İşyeri hekimi muayeneyi yapacak daha sonra işverene bildirecek, işveren SGK'ya yollayacak, SGK'da vs bu yol işlemiyor diyor. Ne oluyor sonuçta sayıları gittikçe artan MH ve maluller. Sayının yetersiz olduğunun konuşulduğu bir heyet içerisinde Haldun Hoca da böyle diyor. Bence ideolojik kırıma ile söylüyor onu, sayısı artan gibi bir şey yok orada. MH tanısı zaten tazminatı vs ile

ideolojik bir tanım. Neden? Diyorsunuz ki maluliyet, meslekte kazanma gücü kaybı. 100 tane işverene aynı kişiyi gösterelim, sence bu kişinin meslekte kazanma gücü kaybı ne olmuştur? Bir de 100 tane doktor çağıralım onlara soralım, tabi ki çok farklı rakamlar çıkacaktır. Yani yanlış anlaşılmasın ama sonuçta maluliyetle ilgili verilen karar son derece ideolojik bir karardır. Zaten MH sayılarında bizim istatistiklerimizde görülen dramatik azalmada bunun son derece ideolojik bir karar olduğunu kanıtlıyor. Yani ülkedeki genel ideolojik iklim, siyasal iklim farklılaştıkça orada da maluliyet tanısı daha zor konuyor. Şimdi işin özü şu, "çalışmak sağlığa zararlıdır", bir arkadaşımız da yazdı "yaşamak da sağlığa zararlıdır". Doğru ama oradan bakınca çalışmak sağlığa daha zararlıdır. Tazminatların Gayri Safi Milli Hasılanın %2-4'ü arasında olduğu söyleniyor. ILO'nun, DSÖ'nün, AB'nin çalışmaları da bu yönde. Ortaya öyle bir yük, küflet çıkarıyor ki, Türkiye'de mesela en az 15-20 milyar dolar bu işe harcamanız lazım manasında... Dolayısıyla işin temelinde bu parayı kim ödeyecek tartışması var. Şimdi bu parayı önce SGK ödeyecek, çünkü sigortacılık yapıyor, prim topluyor. Sonrasında da rücu edecek ya da etmeyecek. Etmesi lazım ama bunu ödeyenler, ödemesi gerekenler ödemek istemiyorlar ve ödemek istemedikleri için de MH listeleri, maruziyet süreleri, vb bilinçli ya da bilinçsiz ama bu işi ağırdan alma hali var. Yani bu nasıl oluyor? İdari kararlarla oluyor tabi ki, meslektaşlarımızın kararları ile olmuyor. Az önce Celal Hoca'nın verdiği örnekte olduğu gibi; buna sen MH diyemezsin diyor. Şu tanı sistemine uyacaksın mecbursun kardeşim, şurada ki maluliyet sürelerine uyacaksın gibi. Yani MH tanısı konmaması için ne gerekiyorsa yapılıyor. Bizim tersinden almamız çok doğru, yalnız burada bize düşen bir şeyler de var.

Ö. K. Karadağ; Fransa, İngiltere gibi ülkelerde saptanan MH korkunç pahalı yöntemlerle saptanıyor. Biz bu kadar az harcama ile yine iyi hastalık yakalıyoruz aslında. Yani 12.000 rakamı fena bir rakam değil.

A. Tellioglu; Bence, bizim en eski tanımımızda, 506 Sayılı Yasa'daki tanımda bir sorun yok. "Mesleki risklerden kaynaklanan hastalık meslek hastalığıdır" diyor. ILO'nun tanımı da bu yönde.



Şimdi “buradan kaynaklanan” dediğimiz zaman bunun kanıtları ile ilgili bir tartışma başlıyor. Yani bunu nasıl kanıtlayacaksınız? O zaman tanımlayamıyorsunuz, ama bu işyerinde somut, yakın ve ciddi bir tehlike var, bununla ilişkili bir hastalık var, o zaman meslek hastalığıdır. Tanımı, bu illiyet bağıny böyle kurmak en doğrusudur tabi. Bence hekimler olarak bizim “geri” bir tanımı savunmamız yanlış olur. Tazminat meselesine gelindiği zaman orası başka bir kavga alanı. Orada her türden maluliyetin tazmin edilmesi gerektiği bir noktada durmamız lazım. Çünkü sorun şudur; işçi ve işveren karşı karşıya gelir, yasal olarak da böyledir. İşçi, iş gücünü işverene taahhüt eder. Ben günde 9 saat sana işgücümü vermeyi taahhüt ediyorum der. İşveren de ben sana bu işgücü karşılığında şu ücreti vermeyi taahhüt ediyorum der. İşçi ve işveren arasındaki iş sözleşmesinin temeli budur. Bunun içerisinde işçinin sağlığı yoktur, işveren işçi sağlığı ile ilgili bir taahhütte bulunmamıştır. Öyleyse o işyerinde işten kaynaklanan, iş ile ilgili oluşan her türlü hastalık işverenin hırsızlığıdır. İşveren işçinin emekliliğindeki sağlıklı günlerinden çalar ya da ömründen çalar, bu bir hırsızlıktır. Son olarak bir rakam vereyim; DSÖ’ye göre yılda 850.000 kişi meslek hastalığından ölüyor. Türkiye’ye bu rakamı vurduğunuz zaman yılda yaklaşık 2.000 tane meslek hastalığından ölüm tespiti olması lazım. Türkiye’de 9 yılda 56 kişi MH sonucu öldü denmiş. Bence bu tüm Türkiye’nin sağlık ortamına yetecek kadar büyük bir ayıp.

M. Ökmen; Hemen belirteyim; öncelikle Kurumu temsil etmiyorum, şahsi görüşlerimi ifade etmek için buradayım. MH sonucu öldüğüne karar verdiğimiz sigortalı sayısı sadece bu yıl için 50’nin üstünde. SGK’nın MH’ye bakışı 20 sene önce ne ise bugünde aynı. SGK, MH tespiti ile ilgili yetkili Kurum. Bu yetkiyi nasıl kullanıyor diyeceksiniz, arkadaşımız biraz önce ideolojik bir çerçeveye çizdi. Ben 20 yıldır bu işin içindeyim, 11 yıl YSK’da yönetici olarak bulundum, 1995’ten 2006’ya kadar. 2006’dan sonra 2008’e kadar Genel Müdürlükte 2 sene maluliyet ve iş kazası sonrasında da yine MH ile ilgili kurullarda görev yaptım. Hiçbir zaman daire başkanı ya da başka düzeyde bir yetkili şu dosyayı şu şekilde karara bağlayın, şunu şu şekilde yapın gibi bir baskı yapmadı. Baskı olsa da biz vermemiz gereken kararı veririz. Baskı yok, yalnız hiç-

bir dönemde olmadığı kadar son birkaç yıldır Kaan arkadaşım da ifade etti, çözüme ilgili bir niyet var. Bu süreçte bir takım noktalar, alıştığımız şeyler değişebilir. Bunun için gayret ediyoruz, eğer Kurum üst yönetimini yeterince duyarlı hale getirebilirsek diye... Partner olarak; tabi ki Sağlık Bakanlığı ve meslek örgütleri, uzmanlık dernekleri bunların hepsinin içinde paydaş olduğu komplike bir yapı var. Bu yapının bir tarafının çok iyi çalışması hepsinin çok iyi çalıştığı anlamına gelmiyor. Ortada bir yük varsa bu yükü hep beraber kaldırmamız gerekiyor. Nasıl kaldıracacağız, yöntemini tartışabiliriz. Yaklaşık 20 yıldır bu işin içindeyim ve ilk defa bu kadar farklı noktalarda, sadece işverenleri net olarak göremedim tablonun içerisinde, ama herkes çözüm için bir noktada gayret ediyor. İşverenin çok çekimser kaldığı ama diğer tarafların, tüm ilgili kurum ve kuruluşların çözüme noktasında bir irade beyan ettiği yapı var. Bunu bir şekilde değerlendirmek gerekiyor. Diyeceksiniz ki nasıl? Kurumla ilgili kısaca bir şey ifade edeyim, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı birleştiğinde üç kurumun elemanları da karıştı. İş kazası, MH sigortacılık, SSK bünyesinde idi. Şimdi diğer kurumlardan da insanlar katıldı, herkesin bilgi sahibi olmadığı bir yapıyla MH dosyalarının hazırlandığı bir durum mevcut. İş kazası ve maluliyet içinde aynı şey söz konusu. Dolayısıyla dosya hazırlamada bir sorun var. Dosyadaki bir eksiklik nedeniyle kararlarımızın yaklaşık yarısı ara karar olarak çıkıyor. Ayrıca raporlamada sorun var. Klinisyenin önceliği değil, performans söz konusuken oturup iş anamnezini almıyor. Oysa meslek hastalığının tanısı büyük ölçüde anamnez ile konur. İyi anamnez alınmadan konulan tanı yeterli tetkik ve belgelerle desteklense dahi MH kararını vermek yine zor. Ayrıca çalışma koşulları ile ilgili kanun işin yürütüm şartlarına vurgu yapıyor. İşin yürütüm şartlarını nereden anlayacağız? Hangi şartlarda çalışıldığını bir belge ile aktarıldığında anlayacağız. Dolayısıyla işin çok yönü var. SGK dosya hazırlarken iyi davranacak. Hastanede klinisyen hasta önüne geldiğinde mutlaka işini soracak ve o bilgi kayıt altına girecek. Sağlık Bakanlığı ile yaptığımız toplantılarda bu dile getirildi. MH hastaneleri bunu zaten eskiden beri yapıyorlar, mesleki anamnezi mutlaka ifade ediyorlar. Yalnız son olarak yetkilendirilen diğer eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinde



istisnalar hariç böyle bir alışkanlık ve gelenek yok. Şimdi hastanelerden gelen raporlarda sorun var, dosyada sorun var, diğer çalışma koşulları ile ilgili yeterli veri yok. Ve bu durumda dosyaya bakıp karara bağlayacaksınız!? Bir taraftan da eğer yanlış bir karara bağlarsanız, mahkemelerde maddi-manevi tazmin süreci var. Biz buna rağmen birçok noktada yeterli belge olmasa da çalışılan işin niteliğine bakıyoruz. Mesela akü fabrikasında çalışıyorsa ve kurşun etkilenmesi söz konusuysa illa seceresinin çıkmasına ihtiyaç duymadan mesleki hastalık diyoruz. Komplike olup olmamasına ve diğer detaylara göre de düzeyini ayarlıyoruz. Risk alıyoruz bazı noktalarda, rakamlar da 300 filan değil, 2.600. Yani o rakamlarla ilgili çekincelerimizi zaten ifade ediyoruz. Bir defa istatistik boyutuyla SGK'nın yeniden bir yapılanmaya ihtiyacı var. Bunu ilgili birimlere ve üst yöneticilere aktarıyoruz. Önce biz kendimize çeki düzen vermek zorundayız. MH Hastaneleri gelenekleri ve tecrübeleri itibarıyla bu konuda en az sorun yaşadığımız raporların verildiği hastaneler. Üniversite hastanelerinin bir şekilde eş güdüm halinde bu yapıya daha aktif taraf olmaları lazım. Ancak istenilen seviyede bir organizasyon yok, zaten bizim temel sorunumuz organizasyon. Organizasyon problemini çözdüğümüzde sorunla ilgili çözüm de kendiliğinden ortaya çıkacaktır. İyi niyetle varılabilecek yerin bir sınırı var, yani bir yere kadar bu, ama yapılması gereken temel nokta herkesin kendi sınırları içinde yapması gerekenleri yapmasıdır.

M. Zencir; Tazminat işi ile ilgili birkaç şey söyleyecektim. Son Sağlık Çalışanları Sağlığı Kongresi'nde yapılan iki sunumda ortaya çıktı ki, Kaan arkadaşımın söylediği Fransa rezalet bir durumda. En ciddi olan Fransa dahi çok ciddi paralar harcıyor diyorsunuz ve oradaki bir mahkemenin de sonuçlanmasının kaç yıl aldığı anlatıldı. Yani orası bile sıkıntılı. Neden tanının artması isteniyor? Tazminat bence ödenmeyecek bir iş değil, eğer biz hep ikinci koruma düzeyinde tanı merkezli meslek hastalığını önlemeye bakarsak birincil korumayı dikkate almazsak, eğer benim hastam mezotelyoma olduysa ve onun parasını ödüyorsam bu benim için katlanılabilir bir maliyettir. Eğer işyeri hekimliği üzerinden konuşuyorsak tehlikeleri saptama noktasındaki dosyamız meslek hastalığından çok başa-

rılı mı? Risk değerlendirmelerimiz tertemiz, her şey güllük gülistanlık, şimdi bu onun bir yansıması değil mi? Bir MH tanısı konulduğunda bu işyerindeki şu mesleki, mühendislik önlemleri alınmadığı için olmuştur deyince mühendislik önlemleri tümüyle değişiyor mu? Sanmıyorum, bu nedenle işveren tazminat ödeyebilir bana göre. Sıkışırsam öderim, benim için çok zor olmaz, eğer ödeyemezsem o sektörü bu işin saptanma ihtimali olmayan ilçeye kaydırırım, başka bir ülkeye kaydırırım, böyle bir takım taktikler üzerine gidilebilir diye düşünüyorum. Fransa bir şekilde bunu yaşıyorsa ve Fransa'da yaşayanların çoğu göçmen işçiye bunların hepsinin bir sosyolojik temeli olması gerek. Kendiliğinden oluşan süreçler olarak bakamayız diye düşünüyorum. O anlamda bizim gelip gelip bu işi tanıladığımızda işi görünür kılacağız. Ancak görünür kılmak yeterli değil bence. "Bu nedendir?" sorusunu alttaki çalışma ortamına yönlendirebilirsek çok yol alınabilir. O anlamda yüksek kurul 1 haftada sonuç veriyorsa bir sorun yok. 30.000 hekim eğitildi diyoruz, bu işin kurslarını yapan bir örgütün içinde konuşuyoruz. Hekimlerin tanı koyma noktasında ya da bilgi noktasında da çok büyük eksikliklerinin olduğunu düşünmüyorum. İş ile ilgili anamnez alınıyorsa ki bu noktada hemfikiriz, o zaman bizi engelleyen başka şeyleri tartışmak zorundayız. Eğer içinde bulunulan duruma sadece bizim vicdanımıza, iyi niyetimize, bilgimize, prosedüre daraltılmış bir şey diye bakarsak sıkıntı olur diye düşünüyorum. Yani bu kapsamda baktığımızda belki basıncı sadece hekim üzerinden, sadece çalışma müfettişi üzerinden değil de eğer bu toplumsal sağlık sorunuysa, işçi yaşıyorsa işçi sınıfının kendi perspektifi ile bütüncül mücadelesi ile ancak ya artırılır ya da artırılmaz.

Ö. H. Yılmaz; Elimize gelen dosyaların yaklaşık %60-70'ini işyeri hekimleri gönderiyor, %10-15 civarında Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü gönderiyor, geri kalanında da kişi kendi geliyor. Kişilerin sevk ile gelme mecburiyeti var. Ankara'daki Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü ile ilişkilerimiz iyi olduğu için diyoruz ki "şu adama bir sevk ver". Biraz pazarlık ediyoruz verirdin, vermezdin diye. Çünkü geleceği ilden sevk alarak gelemiyor. İlgili Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü bu sevk ne olduğunu bilmiyor. 2011/49 sayılı Genelge filan deniyor ama yok.



Ö. K. Karadağ; SGK'nın MH ile ilgisi 1940'lardan başlıyor. İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Sigorta Kurumu kurulduğunda aynı tanımı yapıyor. MH budur diyor, bugün kullandığımız şu yürütüm şartları hikâyesi aynen tanımlanmış durumda. 1940'lardan beri biz aynı tanımı kullanıyoruz. Şimdi algı sorunu burada ve bu sorun yalnızca bizde değil. Örneğin meslekte kazanma gücü azalma oranından bahsedilen bu rakam toplu olarak kayıp anlamına geliyor hukuk açısından. Türkiye'de sosyal kaybı hiç göz önüne almıyoruz. Bu algı kayması ilginç biçimde SGK içerisinde de var. Benim bu masadaki sorunun 4000 Hz'deki çentiği tespit etmek. Bakın çok net bir ifade var, hem Engin Tonguç'un hem de Kayıhan Pala'nın yazısında, hekimlerin bu konudaki bilgilerinin yetersizliğine vurgu yapılıyor. TTB'nin işyeri hekimliği eğitimlerinin yetersizliğinden bahsettim kol toplantılarında. MH konusunda yeterli sayıya ulaşamıyorsa, bir müdahale yapıp 35.000 hekimi eğittiysek beklenen, olması gereken şey MH sayısının artmasıdır. Bunu başaramadıysak, demek ki eğitimlerde sorun var. Mesleki kas-iskelet hastalıkları; bir sürü saçma sapan iş yapılmış, bir sürü ameliyattan geçmişler ama "bunun iş ile ilgili olduğunu ilk gittiğim doktor söylemişti" diyor işçi. Hekimlerin bu konuda ki bilgi ve becerisi bundan önceki yayınlarımda ifade ettiğim kadar düşük değil. Kendi adıma özelleştirimi de veriyorum. Ortada başka bir sorun var; MH dediğinizde tazmin gerektiren MH olarak algıladığı sürece hekim, işveren, iş güvenliği uzmanı, her kimse, Çalışma Bakanlığı, SGK yanlış algıladıkları sürece oraya o tiki atmayacaklar. O tiki atacak mekanizma var mı Türkiye'de? Bence o da yok, Çalışma Bakanlığı'nın bildirim mekanizmasının ayrıca kurulması gerektiğini ifade ediyoruz ve bunun çalışmalarını da yürüttük aynı zamanda. Hatalı bir çıkış yaptık, hatalı bir bilgi toplama aracı oluşturduk ve gelmedi veriler. ICD-10 kodlarında MH olabilecek şeyleri hastanenin yönetim sisteminde sınıflayıp bildirim sistemi oluşturmaya çalıştık ama hatalı oluşturduk. Sosyal güvenlik sistemine 7.000 ya da 5.000 dosya gönderiyoruz. Ancak Kurula ulaşmıyor, çünkü gidiş yolunda Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü var. Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü önce müfettiş araştırmasını yapıyor, tazmin gerektiren MH'yi arıyor ve tazmin gerektiren için de dönüp işçiye soruyor; "sen tazminat

istiyor musun" diyor benim gönderdiğim dosya için.

İ. Akkurt; Dünyanın sorunu bu, dünyada kendimize model alabileceğimiz bir örnek yok.

A. Müezzinoğlu; Bir de devletin önemli lafları var, bakanımız ne diyor, %100'ü önlenabilir MH, %500 artırma gibi şeyler devletin bu konudaki duruşunu bir biçimde bize gösteriyor. TTB 2011 Ocak ayından itibaren MH'ye ek olarak kamu, üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerine verilmiş olan dosya hazırlama yetkisinin nasıl seyrettiğine ilişkin sorular sormuş. 70 küsur eğitim araştırma hastanesinden, 50 küsur üniversite hastanesinden gelen dosya sayısı, bir bölümünden hiç gelmiyor. Eğitim araştırma hastanelerine hiç ulaşamadı bu yazı, yeni işleyiş gereği Kamu Hastane Birlikleri Başkanlığına gönderildi. Oradan bizimle ilgisi yoktur cevaplarıyla birlikte eğitim araştırma hastanelerine hiç gidemedi. 52 üniversite hastanesinin tamamına gitti, bunların 11'den cevap geldi, bu 11'den sadece 2'sinde bu hastanelerin biri Erzurum diğeri Dokuz Eylül sadece göğüs hastalıkları bölümlerinden belli sayılarda dosya hazırlandığına ilişkin cevap geldi. Onun dışında hiçbir yerden, hiçbir cevap gelmedi.

M. Ökmen; Kamu niteliği olan üniversitelerimizin biri ile üç sefer yazışmak durumunda kaldığımız bir dosyayla ilgili bir takım yanıtlar geldi. Pnömonokonyoz tanısı koymuşlar, düzeyi belirtilmemiş, şimdi tazminata esas işlem yapacağımız için raporda mutlaka düzeyinin belli olmasını isteriz. Yazdık, ilkinde "üniversitemizde ILO sınıflandırılması yapılmamaktadır" diye rektör imzalı yanıt geldi, arkasından bir daha sorduk, bu sefer dekan imzalı geldi, bir daha sormadık. Üniversitelerimizin tabella olarak çerçevesi belli ama içerik olarak birçok hastanemize neden sonuç ilişkisi kurma becerisi yönünden baktığımızda tablo iç açıcı değil.

Ö. K. Karadağ; Burada farklı bir şey var, SGK ILO sınıflandırmasını talep ediyor, ama bir göğüs hastalıkları uzmanı grafiyi ILO sınıflandırmasına göre okumak zorunda değil ki. Oradaki görüntüyü gördüğünde bu pnömonokonyoz diyebilir.



İ. Akkurt; Birincisi, bu tazminata yönelik bir sistem değil, tıbbi tanı sistemi. Tıbbi tanı sisteminde tıbbın hukuksallaşması şeklinde bir belge olarak 3-5 sene sonra kişide bir tazminat, maluliyet durumu gerektiren bir şey varsa ona kanıt olabilir. Çünkü direkt olarak korunmaya yönelik bir sistemdir, bu korunmaya yönelik sistemde de MH'yi etiyolojik bir tanımlama olarak görüp hangi basamakta çalışırsa çalışsın, her hekimin mutlak suretle aklına getirip kişiyle beraber sisteme dâhil etmesidir. İkincisi mevcut kanunlardan da önce Umumi Hıfzıssıhha Kanunu var. Kronik hastalıklar, diyabet, kızamık vs akıla gelebilecek her türlü hastalığın ülkede surveyansını takipten yasal olarak sorumlu olan kurum Sağlık Bakanlığı olduğu için Sağlık Bakanlığı'nın bunu da yapması gerekir. Yeni olan kanunlarda o göz ardı edilerek SGK'ya görev verilmiş, yani tıbbi bir tanımlamanın bildirim yeri olarak işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanlarıyla beraber bir hafta içinde sağlık hizmeti sunucusuyla SGK'ya bildirecek gibi akla, hayale gelmeyecek bir uygulama devreye sokulmuş. Bu tıbbi tanı sistemi birincisi korumaya yönelik, hekimliğin temel görevi "önce zarar verme" ilkesi, ikincisi tazminata yönelik direkt bir yöntem değil, sadece delil oluşturabilir. Yasaların birbirine uyumu dikkate alınmamış. Dikkate alınmış olsaydı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası çıkmazdı. Bu durumu mutlak surette değiştirmek gerekir.

E. Yavuz; Esas olarak sosyal güvenlikte MH'ye bir model arayışımız var. Sosyal bilimlerde; kuram, model, politika diye gidiyor. Mesela kuram, devletçi kapitalizm için birinci basamak sağlık ocağı, buradan politika yapabiliyoruz. Kuram, kapitalizm ama piyasa kapitalizmi ise sağlık ocağı değişiyor, aile hekimi oluyor ve yine politika ile devam ediyor. Eğer ikinci basamağı düşünersek model devlet hastanesi devletçi kapitalizmde, kamu hastane birlikleri şeklinde devam ediyor. Şimdi sosyal güvenlikte ise Ahmet bahsetti 1952'den 1977'ye kadar şu kadar tanı konuldu diye. 1947'de Toros Sokak'da SSK kuruluyor. Şimdi SSK dünyada hiç olmayan bir sağlık örgütlenmesi gerçekleştiriyor. İşçilerin biziatihi primleri ile SSK hastaneleri kuruyor. Öyle bir hastane ki mesela 1952 yılında, Ankara'da toplam SSK'lı sayısı 4.000 iken SSK'nın 250 yatağı var, sadece yatak sayısı bu. Şimdi dev-

letçi kapitalizm modelini terk ediyoruz. Devletçi kapitalizm modelinde tanılar SSK tarafından konuluyordu. İşçilerin kurduğu hastanede, SSK'nın MH Hastanesi'nde konuluyordu ve dünyada olmayan bir örnekle de Çalışma Bakanlığı bu dosyalara karar veriyordu. Şimdi bir model arayışı içindeyiz ve piyasa kapitalizmi döneminde bu model nasıl olacak? Sorum bu, hocam bir kısmını bahsetti. Hollanda'dan bahsedildi ama Hollanda kapitalist ülkelerin en gelişmiş, GSS'de de çok önemli bir ülke. Çünkü bölgeler arası eşitsizlik yok, köye bağımlılık yok, kayıt dışı ekonomi yok. Nedense model olarak GSS'de hem de MH'de, her zaman Hollanda örneği veriliyor. Çünkü gelişmiş ve küçük bir Avrupa modeli. Şimdi piyasa kapitalizminde SGK'nın başındaki sosyal kelimesinin ortadan kalkması sorunu var. Sosyal kelimesi şöyle bir şey, emek gücü olarak siyaseten ve politik güç olarak soldan emekçiler, sağdan işverenler ortada "mutabakatı sağlayan" bir devlet görülüyor sosyal güvenlikte. Piyasa ekonomisinde ise emek gücünün bir kırılma noktası var, devlet ortada minimize oluyor, küçülüyor ve piyasa işveren gücü çok. Böyle bir denklem var, Avrupa'da bile sosyal güvenlik kurumları çok sorunlu. Mesela Fransa'da sosyal güvenlik kurumu 90 yaşın üstüne sosyal ötenazi önerdi. Hatta Avrupa sosyal güvenlik kurumları tıpkı bir kapitalist gibi elinde var olan bütçeleri az gelişmiş ülkelerde değerlendirerek, borsasına girerek, bankacılık sistemlerini büyütürken kendi işçi sınıfını finanse etmeye çalışıyor. Burada sosyal kelimesi devletin koyduğu para, Türkiye'de de ortadan kalkması gerekiyor. Genel bütçe üzerindeki tüm bu yapılanma %12'lik sosyal güvenlik yükünün minimize edilip gelecek 20 yıl içinde %1-2 aralığına düşmesi isteniyor. Yani hem GSS hem bu sigorta kollarından düşüşü önlemeliyiz ve ona göre bir model hazırlanıyor. Şimdi bu model içinde bazı yapılanmalar olsa bu iş çok güzel olacak gibi bir mantık yürütüyoruz ki bana çok ters geliyor. Mesela "ICD kodunda keşke MH kodu olsaydı bu iş düzelecekti" gibi bir mantık çok yürümez halde. Çünkü devletin yani kapitalizmin bir değişik formasyonu ile karşı karşıyayız. Buna göre bir model gelişecek ve bu model geliştirmede biz hekimler, işyeri hekimleri ne kadar katkı sunabiliriz? Bunu araştırıyoruz, bunu öğreniyoruz diye düşünüyorum.



M. Ökmen; İş Kazası ve MH Birimi 1965'de SSK haline geldiğinde diğer sigorta kollarıyla beraber kombine haline gelmiştir. 1965'e kadar Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hekimlerin meslekle ilgili kusurlarının değerlendirildiği kurum, İş Kazası ve MH Maliyet Dosyalarını karara bağlıyor. Sonra SSK Yüksek Sağlık Kurulu (YSK) bu dosyaların nihai karar işlerini yürütmeye başlıyor. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Yüksek Sağlık Şurası MH'yi tespit eden sürecin içinde bir dönem partner, üstelikte YSK ile birlikte belirleyici. 1965'den sonra tamamen değişiyor.

A. Tellioglu; Ercan'ın bıraktığı yerden devam edeyim, birincisi bize derler ki; devletçi kapitalizm döneminde siz birinci basamak sağlık ocağı modelini benimserken, işyeri hekimliklerinde kamunun ücret verdiği işyeri hekimliği modelini niye fazla dillendirmediniz? İkincisi devletçi kapitalizm döneminde biz bu hastalıkların teşhisi ile ilgili sizden özel bir basınç hissetmedik derler. Yani TTB'den yetki almış işyeri hekimleri olarak bizler üniversite hastanelerinin, MH hastanelerinin kapılarını aşındırdık, MH tanısı koyun, neden koymuyorsunuz falan dedik de doktor beyler MH tanısı koymadı değil. O zaman bir de bunu sorarlar bize, bence biz işi buradan anlatmaya kalkarsak biraz zor durumda kalırız. Kabul ediyorum, Türkiye'de Ercan'ın dediği gibi bir dönüşüm var. Ama kendi alanımızda bu devletçi kapitalizmin işçi sınıfı lehine işlemesi için, bu alanda yapılması gerekenler de yapılmamış. Yani devletçi kapitalizm döneminde şunu söyleyebiliyor muyuz, sağlık ocağı döneminde koruyucu hekimliğe çok önem verdik bu yüzden de MH sayıları böyle diyebiliyor muyuz? Diyemeyiz ve bu çerçevede anlatırsak mahcup oluruz.

E. Yavuz; Buradaki tezim, kapitalizm iyidir ya da kötüdür gibi bir yargıya varmadan, politika yaparsak eğer bu kuram üzerinden değil, bir model üzerinden yapmak gereğidir. Kapitalizmin iyiliği ve ya kötülüğü tartışması bir yana bir model arayışı içindeyiz. Yani Türkiye'de ki bütün modeller devletçi kapitalizm döneminden piyasa kapitalizmi dönemine geçerken değişiyor. MH konusunda; SSK'nın içindeki yapılar, tanı koyucu merkezler, işçi sınıfının yapısı, işyerlerinin yapısı da değişiyor;

bu model içinde devletçi kapitalizm döneminde bireysel işyeri hekimlikleri vardı, şimdi OSGB var. Yani bütün modeller değişirken bu model de değişiyor. Benim derdim bir model arayışı içinde olduğumuzu göstermek, kapitalizmin iyiliği ya da kötülüğü değil.

A. Tellioglu; Ben de bu konuda hemfikirim ama benim itirazım şuna, biz bu model değişikliği serencamını senin şu tahtada anlattığın gibi anlatırsak bizi mahcup edecek şekilde sorularla karşılaşma ihtimalimiz var. Burada daha TTB içi bir şey söylüyorum. Bence birincisi bu işin tanısı kolaylaşmalı, bizim altını çizmemiz gereken bu. Hangi kurum tanıyı koyacaksa koysun ama tanılama süreci kolaylaşsın. Yani başında doktor sıfatı olan herkes MH tanısını kolaylıkla koyabilmeli. MH tanı sürecinde şüphe MH lehine yorumlanmalı, biz böyle bir şeyi savunmalıyız. Yani bunu muhataplarımıza böyle anlatmalı ve aktarmalıyız. Tazmin meselesinde; bir kere Türkiye'deki sigorta sisteminin yetersiz halini eleştirmeli ve her türden MH primleri işverenler tarafından ödenen MH Sigorta Kolunca tazmin edilmelidir demeliyiz. İşveren işçiyi -5 derecede, kötü koşullarda çalıştırıyor ve çalışma koşullarından kaynaklı işçi pnömöni oluyorsa tedavi giderlerini de işveren ödesin. Ayrıca işten uzakta kaldığı istirahat dönemindeki ücretinin %100'ünü işveren ödesin. İşin mutlaka çok teknik yönleri vardır ama yaklaşım olarak böyle bir noktada durmalıyız. Üçüncüsü işyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanlarının araştırma yapması, belge üretmesi, tanı koymasıyla ilgili önündeki her türlü engelin kaldırılması gerekiyor ki en önemli engellerden biri de ücretlerinin işveren tarafından veriliyor olması. Şimdi bugün bu genel çerçeveyi savunmamız lazım diye düşünüyorum, hepsinin muhatapları ve anlatılacağı yerler ayrıdır. Tanı meselesini daha çok hekimlere anlatırsın, tazminat meselesini daha çok sendikalara, işçilere anlatmak gerekir. Ancak böyle bir çerçeve oluşturmak gerektiğini düşünüyorum. MH tanısını, tazminini kolaylaştıracak her yonteme ilave olarak hekim örgütü olarak mesleki bağımsızlığın çok ciddi bir sorun olduğunu dillendirmemiz gerekiyor. Tanı kolaylaşsın diyorsak hekimin bağımsızlığı meselesi daha büyük bir sorun haline gelecek. Burada özel çözümler üretmek lazım. İşyerlerinin denetlenme-



si, koruyucu tedbirlerin önerilmesi de ayrı bir konu. Siz hekimi işyerine sorumlulukla yolluyorsanız o zaman onun bağımsızlığını sağlamak mecburiyetindeyiz. 3-4 yıl sonra tazminatların işyeri hekimlerine rücu edilmesi ile karşı karşıya kalacağız.

S. Abbasoğlu; Ben de her basamakta çalışan hekimlerin MH tanısını koyabilecekleri yönünde mevzuatın değiştirilmesi gerektiğini düşünüyorum. İkinci basamakta çalışan hekim mesleki anamnez aldığı anda, mesleki maruziyetleri sorguladığında işyeri hekimi kadar rahat olmasa da hastalığın mesleki olup olmadığı konusunda karar verebilir. Burada bir sorun olmadığını düşünüyorum. Tazmin ise ayrı bir konu. “Çalışmak Sağlığa Zararlıdır” kitabının 250 sayfalık özeti son iki sayfada, “iş kazalarının, meslek hastalıklarının telafi hakkı hiçbir şekilde işçileri, sağlıklarına yönelen saldırılara karşı koruyamaz”. Bugünkü sistem içinde işçilerin sağlığı konuşulmuyor. Belirli bir miktar tazminat verilerek ve bir maaş bağlanarak problem çözülmüş sayılıyor. Tazminat miktarları azdır bu miktarları yükseltelim demek aslında sağlığın pazarlığını yapmaktır ki bu da önemli bir sıkıntıdır. SGK sigortacılık mantığı ile soruna bakmaktadır. İşçinin sağlığı onun birincil sorunu değildir. MH sayılarının artması tek başına bir anlam ifade etmiyor. Önemli olan işçilerin sağlığını bozmayacak çalışma ortamlarını bu sistem içinde nasıl sağlayacağız? İşçilerin sağlığını nasıl koruyacağız? Ahmet’e katılıyorum, işyeri hekiminin mesleki bağımsızlığı elbette ki önemlidir. MH tanısını patrona rağmen koyabilecektir. Ancak çalışma ortamında gerekli olan düzenlemeleri yapabilecek midir? “Buradaki havalandırma sistemini düzeltmemiz gerekir” söyleminin ötesine geçebilecek midir? Buna yönelik olarak adımlarımızı nasıl atacağız, bunları nasıl önleyebiliriz? Yani bu sisteme karşı nasıl bir tavır koyabiliriz? Bence odaklanmamız gereken yer burasıdır. Eğitimlerimizi yeterli görmeyip TTB olarak tamamlayıcı eğitimler yapabiliriz. İşçi sağlığı hizmet sunumunun piyasalaştığı bir sistem içinde “bilgili ve donanımlı” işyeri hekimleri ne yapacaklardır? Bugün sadece Ankara’da 85 tane OSGB kurulmuş, işyeri hekimliği ücretleri piyasa koşullarına bırakılmış. Elinde çanta işyeri işyeri dolaşmak “zorunda” olan hekimden MH tespiti bekliyoruz.

Sorunun bu çerçevede bütünlüklü olarak değerlendirilmesi gerekir diye düşünüyorum. Sağlık çalışanlarının diğer sınıf bileşenleri ile birlikte güç oluşturmaları gerekiyor. Güç olmadığımız takdirde bu taleplerimizi siyasal iktidarlara dayatamayacağız diye düşünüyorum. “Çalışmak Sağlığa Zararlıdır” kitabının özeti 257. sayfada yatıyor ve oldukça da önemli olduğunu düşünüyorum. İşçi sağlığı alanı sadece akademisyenlere, sadece işyeri hekimlerine bırakılacak bir alan değildir. Bu bir sistem sorunudur, yıllar içerisinde biriken sorunların sadece akademisyenlerle, işyeri hekimleriyle çözülecek bir sorun olmadığı saptaması bu tartışmalarımıza da ışık tutmalıdır.

C. Emiroğlu; Son 10 yılda sürekli ezberlerimiz bozuluyor. Mesela “tek sosyal güvenlik şemsiyesi” dedik ve adamlar yaptı. Doğru bildiğimiz cümle ile başlayan süreç, bambaşka bir yere savruldu ya da “tam gün” ezberimiz yerle bir oldu. Şimdi biz “tam gün”den vazgeçer olduk, “tam gün” demeye korkuyoruz artık. Buna benzer GSS’de, sağlık hakkında söylemlerimiz var. MH konusu tartışıldığında “MH tanı sistemi düzeltilmeli, tanı sayısı artırılmalı” diyoruz, söylemimiz doğru ama muhtemelen bu cümle üzerinden bir kurgu geliştiriyorlar. Bunun ipuçlarını görebiliyoruz; şöyle düşünün bir gün bir değişim yaşandı ve tanı sistemi değiştirildi şu veya bu şekilde MH sayısı 300’den 3.000’e ve oradan da 30.000’e çıktı. Söyleyecek çok fazla bir şey kalmıyor. Bunun bir de tazmin boyutu var. Burada şöyle bir gelişme var; uluslararası planda, ulusal ölçekte sistemin MH ya da işçinin sağlığına bakışı değişiyor. Mesela işçinin sağlığını verimlilik artışı olarak görüyorlar ve buna bağlı olarak da bir takım değişim, dönüşüm mesajları gönderiyor sistem. Aslında kapitalist sistem kendi sermaye gruplarını da kendi içinde terbiye etmeye çalışıyor. Terbiye ederken de üst sermaye gruplarının rekabet gücünü artıracak düzenlemeler yapıyor. Bu düzenlemelerden bir tanesi de işçi sağlığı ile ilgili tek tek yaptığı/yapacağı düzenlemeler. Standartlar oluşturuyor, mesela ILO standartları biz MSG’de bunu tartıştık. Standart bir çıta koyuyor, bu çitanın üzerine çıkarsan rekabet gücün olur yoksa zayıf kalır elenirsin. Yani sistem kendi içinde güçlüyü öne çıkaran, zayıfı elyen bir düzen kurarken, bir taraftan da imaj yeniliyor. MH sayısını artırarak kendi imajını değiştirip



yol almak istiyor. Örneğin güvenlik kültürü de buna hizmet eden bir kavramdır. Güvenlik kültürü, aslında kendi içinde kültürsüz gördüğü işveren gruplarına bir bakış açısı kazandırmaya yönelik. Böyle bir kültür yaklaşımı var, sistem nerede doğruyu savundu ki şimdi güvenlik kültürünü savunsun ama en azından bir standart oluşturma derdi var diye düşünüyorum. Bu dertlerin bir karşılığının da 4857 ve 6331 sayılı yasalarda olduğunu görebiliyoruz. Kurguya baktığında işçi sağlığını ve güvenliğini savunan bir imaj veriyor. Bu kurguya denk düşen profesyonellerin nicelik anlamda istihdamında bir değişimi öngörüyor, niteliksel bir düşüş ayrıca konuşulması gereken durum. Tanı sistemi değişecek, MH sayısı artacak, ne üzerinden olacak bu? İstihdam üzerinden olacak elbette, başka bir yolu var mı? İşyeri hekimi istihdamını artıracaksın, MH sayısını yükselteceksin. Az önce bahsettiğim yasalar baştan sona kadar şunu savunuyor, işveren kesinlikle İSG konusunda görevlerini yerine getirmeli ama nasıl? Profesyonelleri istihdam ederek, içeriden ya da dışarıdan, varsa içeriden yoksa OSGB'den. Sonra ne olacak? Bu profesyoneller şunları şunları yapacak, bunlar iki cümleye indirgeniyor, işyerilerindeki pratik karşılığı da bu. İşçiye alıyorsun 2 saat içinde tüm eğitimleri "tamamlıyorsun" hangi kişisel koruyucu donanımlar varsa onu teslim ediyorsun. Bunların karşılığında imzasını alıyorsun, salıyorsun çayıra. Ondan sonra tüm sorumluluk işçinin üzerine yıkılıyor, mevcut yasal düzenlemeler böyle. Eğitimini vermişsen, güvenlik önlemlerini almışsan, koruyucu donanımını tamamlamışsan bundan sonra sorumluluk işçiye kalıyor. Buna rağmen kaza geçirirse ya da meslek hastalığına maruz kalırsa, altını çizerek söylüyorum MH durumunda da sorumlusu işçi olacak. Çünkü dünyada bir ilktir muhtemelen "kaçınılmazlık ilkesi" diye bir ilkeyi MH'ye getirdiler. MH önlenabilir hastalıklardır diye kitaplarında yazan Çalışma Bakanlığı, MH'de "kaçınılmazlık ilkesi gözetilir" diye bir maddeyi hukuka yerleştirdi. Sonuçta benim gözlemim şu olacak, ezberlerimiz bozulacak, MH tanı sistemi şöyle veya böyle değişecek. MH sayısı anormal düzeyde artacak ve bunun faturası doğrudan doğruya işverenlere, işverenden profesyonellere sonrasında işçiye... Bu zincirde istisnalar olabilir. Az önce söylediğim "güvenlik kültürünü" işverenler tam algılayamamış olabilir. Ancak, işye-

ri hekimi, iş güvenliği uzmanı istihdam edilmişse sorumluluk profesyonellere, profesyoneller görevinin gereğini yerine getirmişse ki bu hukuki düzenleme içinde son derece kolay, fatura işçiye kesilir. İşte bu kurgu baştan sona ideolojiktir. Burada bu kurguyu bozacak ne yapmak gerekir? Bu kurgunun işveren dışında kimseye faydası yok. Sistem içerisinde işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı sayısı artacak, ucuz bir şekilde istihdam edilecek. Ucuz emek gücü burada da pazarlanacak, işçinin zaten emeği ucuz. İşçi eğitimsiz, bilmiyor deniyor. İşyeri hekimliği yapıyorum, birçok işçinin bire bir konuşmalarda sorunların farkında olduğunu görüyorum. Ancak iş güvencesi, örgütsüzlük diye bir realite var. İşçi sürekli kendi sorunlarını öteliyor. Çünkü her an işsiz kalabilir, her an aç kalabilir. Çocuğunu, ailesini düşündüğünde bu sorunları öteleme ihtiyacı duyuyor. Bu kurguyu, bu zinciri bozacak bir tartışmayı bu heyet yapabilmeli; işyeri hekimlerine, iş güvenliği uzmanlarına, özellikle sendikalara ve işçilere bunu tartıştırabilmeli. Tek tek işçilerle "Bunu nasıl yapabiliriz?" üzerine kafa yordüğümüzda, "İşçi Sağlığı Meclisleri"ni bir platform olarak önümüze koyduk. Bu Meclisler üzerinden bir yere ulaşabiliriz, ya da etkinlikler, kongreler, paneller ile bitimsiz bir süreç... İğne ile kuyu kazmak gibi, bu kurgunun içerisinde bizimde görevimiz, sorumluluğumuz var diye düşünüyorum.

M. Ökmen; Kaçınılmazlık, yeni bir şey değil, 1970'li yıllarda Yargıtay içtihatlarında var. MH için hesaplama ve tazminat ile ilgili düzenleme konusunda mahkemeler bilirkişi tarafından rapor alır. Kurumsal bilirkişi Adli Tıp Kurumu'dur. Adli Tıp Kurumu'nun verdiği rapor üzerine mahkeme karar tesis eder, Yargıtay onarsa hüküm kesinleşir, yasal süreç böyle sonlanır. Mahkeme aşamasında bu davalarda mutlaka bir bilirkişi olayı vardır, bütün mahkemelerde, iş mahkemelerinde, iş mahkemelelerinin olmadığı yerlerde asliye hukuk mahkemelelerinde. Bu dosyalar bilirkişinin görüşü çerçevesinde mahkeme kararı haline gelir. Kurum kararı ve Sosyal Sigorta YSK kararı, bilirkişinin kararı, yerel mahkeme kararı, Adli Tıp Kurumu kararından sonra Yargıtay onaması. Kaçınılmazlık ile ilgili ODTÜ'den, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden yüzlerce dosya gördüm YSK'da iken. Kaçınılmazlık payı olarak; 32 yıl eğer madende çalıştıysa birisi, kaçınılmazlık oranı %8 ya da %7 olarak



kabul edilir. Daha az çalıştıysa kıyaslamayla bir hesap sistemi var, teknik bir hesaplama ve yeni bir tablo değil, bu çok eskiden beri var.

Ö. K. Karadağ; Kaçınılmazlık ilkesi yeni bir şey değil, kaçınılmazlık ilkesi aslında 1800'lerin sonunda ortaya çıkıyor. O zamanki kaçınılmazlık ilkesi şu; bu işçi benim işyerimde çalışıyorsa (örneğin maden ocağında), maden ocağında çalışırken hasta olacağını biliyor. Bunun üzerinden giden ve çağdışı olarak kabul edilen bir ilke. Türkiye'de trafik kazaları vs ile girdi, Yargıtay içtihadı ile iş hukukuna dahil oldu, en sonunda yasaya da girdi. Tersine düzenlemeler de var. Anayasa Mahkemesi'nin iş sağlığında, iş kazalarında kaçınılmazlıktan bahsetmek mümkün olmayabilir gibi bir ibaresi, böyle çok müdahale etmeyen ama buradaki alınacak önlemlerle ortadan kaldırılabiliyorsa kaçınılmazlık nedir diye bilirkişiyi eleştiren bir kararını biliyorum mesela.

C. Emiroğlu; Kaçınılmazlık ilkesi çerçevesinde değerlendirildiğinde işveren kusursuz sorumlu haline gelebiliyor.

M. Ökmen; Yani önlem alınsa da, patron ne yaparsa yapsın bu hastalık olacak noktaya getiriliyor.

L. Koşar; Buradaki konuşmaları nereye yükleyeceğiz? Epeyce konu konuşuldu. İlk oturumda büyük teorik çıktılar var, ancak bu çıktıların takipçisi olabilecek kadar güçlü olmadığımızı görüyoruz ve karşımızda da bir iktidar var. Bunu da şuradan görüyoruz, en küçük bir kimyasal, partikülü politleştirebilecek denli bir teorik birikimimiz/gücümüz var aslında. Böyle bir soyutlama kabiliyeti olan bir heyet var burada. Çıktılarımız üzerinden talepte bulunduğumuz zaman, aslında Sanayi Devrimi'nin o ilk dönemlerinde sağlık talepleri nasıl ki siyasi iktidar talepleri gibi gidip iktidara vurduysa, burada da söylenenler siyasi iktidara gidip vurabilmesi. Çünkü alan politik bir alan, sosyal tababet ile uğraşıyorsak, işçi sağlığı tanımına da denk gelen bir yerden konuştuğumuz her şey politik, ideolojik ve siyasidir. Bunu kabul etmek gerekiyor. Konu işçi sağlığı olunca doğal olarak işçi sınıfının ideolojisine doğru bir yakınlık oluyor. Konuşmalar teknik boyuttan öte emek eksenli şekilleniyor. Emek

eksenli yapılanmalara karşı olanlarla da karşılıklı talepler, vuruşmalar, buluşmalar noktasında geçimlilik ya da geçimsizlik oluşuyor. Burada tek tek o kurumlarda (Çalışma Bakanlığı, SGK, MH Hastaneleri...) çalışan arkadaşla(rla) ilişkin bir söylemimiz yok. Çünkü ben de kapitalist üretim ilişkileri içinde çalışıyorum. Kapitalizme bir laf edildiğinde ben de bu sistem içindeyim neden laf ediyorsunuz demiyorum, laf edilmesi gerektiğine inanıyorum. Çünkü derdim(iz) tekil değil, işçilerin sağlığını bozan kapitalist üretim ilişkilerinin sistem sorgusu. Şimdi küçük küçük çıktılar dahi olsa bunları önemsememiz gerekir diye düşünüyorum. Sisteme kilitlenip kalmak değil ama oradan doğru biz bu sistemi teşhir etmek, sistemi tartışırken neleri talep edebiliriz çitasına gelmeliyiz. Bu sistemden bir şey talep etmek, aslında ilenmek ya da dilenmek kültürü değil, başka bir şey bu. Çünkü ilenme-dilenme tarzını iktidar öğütlüyor zaten şu anda. Çalışma Bakanlığı ile görüşmelere gidiyoruz, o görüşmelerde müsteşar diyor ki daha ne istersiniz? TTB Başkanı, Genel Sekreteri, Kol Sekreteri, hukukçular olarak gidiyoruz... Şunu da verin bize, bunu da verin diyoruz. Müsteşar bir yandan televizyon izliyor, telefonlara bakıyor ve konuşmaları içselleştirmeden; "Daha ne istiyorsunuz?" diyor ve hiç bir şey olmuyor. Ve bizler bu tarzı biliyoruz zaten, bunları hep yaşadık. Yönetişim anlayışı çerçevesindeki tarzlarının bizim söylediklerimizin içini boşaltma hamlesi olduğunu da biliyoruz. Yani bizler bu görüşmelerde bir "sosyal taraf" olmaktan kurtularak kendi tarafımız olmamız gerekiyor, ait olduğumuz yerin tarafı olmamız gerekiyor. Bu anlamda paradigma değişikliğine ihtiyacımız var. Yeni bir paradigma içinden doğru taleplerde bulunmamız gerekiyor, bu talep ilenme ya da dilenme değil, bir basınç uygulama anlamında. Burada bir şeyler konuşuldu ve benim anladığım şudur: Biz mesleki tanımımızı koyacağız. Mevcut sistem nasıl ki işçi sınıfını, emekçileri eskiden SSK'dır, Emekli Sandığıdır diye, kamuda çalışan emekçilerle SSK bünyesini böyle bölmüş, raflara ayırmışsa... Biz bu tarzın-yöntemin tersinden yürüyalım. Yasal tanılamayla, mesleki tanılamayı bir kere birleştirelim. Bu durum bir dikotomik tartışma haline getirilmemeli. Çünkü yasal tanılama içinde mesleki tanılama zaten var. Öyle değildir ki; Mesleki tanılama olmadan yasal tanılama çık-



miyor ortaya. Bu nedenle biz mesleki tanılamaı bulduğumuz yerden doğru konuşuyorsak, mesele de işçi sağlığı meselesi ise ve bilimsellikte bunu gerektiriyorsa mesleki tanılama noktasında biz bir kere ısrarcı olmalıyız. Bu toplantının birinci çıktısı benim kafamda böyle bir şeydir. Her mesleki tanıyı yasal tanılama içine sokmak için; “Yüzde bilmem kaç iş göremezlik” gibi belirlemelere sıkışmamayı zorlayabiliriz. Bunu sistem kendi içinde yapabilir, yapmalıdır da ayrıca. Mesela burjuva hukuku idamı kaldırıyor, idamı indiriyor bunu yapabiliyor yeri geldiğinde baskı ya da basınçla. Baskı ya da basınç demek şudur; çıktılarımızı politiklaştırmak ve bu politiklaştırılmış çıktıları toplumsallaştırmak, kitleselleştirmektir. Mevzu işçi sınıfıysa buradaki biriktirdiklerimizi, çıktılarımızı (nasıl ki bakanlık, hükümet, iktidar bloğu sosyal taraflar diyor), bizimde kendimizi bu alanda pozitiften doğru dönüştürücü dinamik olarak gördüğümüz taraflarla politiklaştırma ve kuvvetlendirme diye bir görevi önümüze koymamız gerekir. Bu noktada buranın bir çıktısı da budur diye düşünüyorum.

İşçi cinayeti, iş kazası ya da MH demek, işçinin tenini yok etmek, onun beden bütünselliğine saldırmaksa; bunun adı sermaye yağması denilen bir şeydir aslında. Kapital’de bahsedilen bir yağmalama, paramparça etmedir işçileri. Bu kısmına biz genel anlamda, soyutlama düzleminde bir vurgu yapacağız/yapmalıyız. Çünkü burjuvazi, sermaye insan öldürüyor şu anda. Tekil sermaye öldürüyor. Sermayenin kolektif temsilcisi olan devlet de yasayla, hukukuyla kapitalist sistemi korumak adına, sistemi tartıştırmama adına 3-5 tane işverene ceza veriyor, verebilir elbette. Yeter ki kapitalizm var olsun, devam etsin diye.

Bu toplantının bir diğer çıktısı da şu bence; üzerinde anlaştık gibi görünen yanıyla, mesleki tanılama birikimi olan hekimlerin ön tanı ve tanılama sürecine girebilme hakkının/statüsünün olması gerekiyor. Tanı koyması, şüphelenip bu ön tanıyı tanılama sürecine sokabilmesi ve bu sürecin kolaylaştırılması gerekiyor. Çünkü bizler biliyoruz; hakikaten bu sistem öyle yorucu ki, karman çorman ediyor ve bu bulanıklıkta yol alamıyoruz. Netleştireceksin, sadeleştireceksin. Bu anlamda da birinci basamakta tıbbi eğitimi/birikimi olan hekimlerin tanılama, ön tanılama süreçlerinde (birebir en yakın adres birinci basamaksa eğer),

yetkinleşmesi lazım. İbrahim Hocam gösterdi binanın önünde vibratörle çalışıyorlar, şimdi bu işçinin hastalığı elbette buna bağlı olacak. Onun hastalığı baca temizleyicisinde görülen hastalık olmayacak ya da onun hastalığı büyük alışveriş merkezlerinde kasada çalışanların mesane atonisi gibi bir hastalık olmayacak gibi... Onda başka bir hastalık olacak, diğerinde başka bir hastalık, bunu biliyoruz her birimiz. Bu nedenle ön tanıyı, işçilerle birinci basamakta buluşan işyeri hekimi koyabilmeli, bunun yolu açılmalı, sadeleştirilmeli... Burada da ortaklaşmış gibi gördüm heyeti. Bu süreç eziyetli, meşakkatli bir süreç olmaktan çıkarılmalıdır.

Arkadaşımızın biri bir yazı yazmış; Diş teknisyenliği işinde çalışma. İşçi Metin Aksoy... Bu iş kolunda çalışma süresinin, devlette 8 saat ama özelde 13-14 saate kadar olduğu vurgulanıyor. Devlet dışarıdan hizmet almaya gelince o da başlıyor bu sefer fazla çalışmaya, hastalanmaya... Bu sistem diyor ki; “Ben kayıt dışına ne kadar tahammül edebilirim?” İşsizlikte %15-20’ye kadar falan tahammül edebilirim. Açlık sınırında şuraya kadar, yoksulluk sınırında buraya kadar tahammül edebilirim diyor. Sonrası sosyal patlama olur, o zaman da şiddeti artırırım diyor. Bu sistem böyle bir sistem, kompensasyon mekanizmaları var ama bu sistem kâğıt üzerinde işlediği gibi işlemiyor. Metin Aksoy 5 yıl geçmesine karşın hala hastane koridorlarını aşındırmaya devam ediyor. Aslında bu mesele, emek gücünü satan işçi ile patron arasındaki pazarlık ilişkisi. Bir işçi günde çalıştığı 8 saatin iki saatini kendi ücreti için çalışıyor, geriye kalan 6 saatini ise sermayeye satıyor. Bu çalıştığı 2 saat için aldığı ücretle ertesi gün aynı güç ve kuvvetle iş gelmesinin teminatını oluştururken aslında 6 saat satmış olmasıyla emek yağması yaşanıyor ve MH’de zaten burada cereyan ediyor. İşin ekonomik politik halinde böyle bir gerçeklik var. Bu nedenle, burada işçinin canına kasteden patrondur, yani sermaye, onu kollayan ve gözetken, bu yasayı onaylayan devlettir. O zaman bu sistemde meslek hastalığından veya iş cinayetinden ölen bir işçi için patrona isnat edilen suç ve ceza şu olması lazım; Planlanmış, kurgulanmış, pusuya yatmış bir şekilde işçi öldürmek ve bu suça denk gelen ceza. Yani parasal ceza ayrı ama sadece bu ceza değil. Burjuvaziye bunu söyleyeceğiz, diyeceğiz ki siz taammüden adam öldürüyorsunuz. Hukukunuzu



değiştirin, para ile kurtulamazsınız bu işten demeliyiz. OSTİM davasını biz neden eleştiriyoruz? Bireysel, tekil olarak kişi zaten tazminatını arar bireysel hukuk çerçevesinde. Veririm ben avukata vekâletimi, alacağımı alır 3-5 yıl sonra bana getirir. Öldüysem de ardıllarıma getirir ama sonuçta bunun böyle bitmemesi gerekiyor.

İşyeri kurma-açma izniyle ilgili de bu toplantının bir şeyler söylemesi gerekiyor. Çünkü işçiyi hasta etmeyecek işlikler istiyoruz. Ve yine diyoruz ki; Birincil koruma, ikincil koruma... Bir işyerinin kapısını açarken, içine ilk çalışacak işçi girerken ve hatta girmeden önce; Burjuva hukuku, 1986 yılından önce işyeri kurma-açma izniyle ilgili işletme belgesi alınmasını istiyordu. Bu uygulama Turgut Özal döneminde kalktı/kaldırıldı. Patron isterse içeriye işçi kıyma makinesi koysun, işçiyi kıyım kıyım kıysın... Ama kapı açık hiçbir izin alman gerekmiyor. Burada şunun konuşulması lazım değil mi? Önlem hangi safhada alınmalı? Korumayı önceliyorsak, önlem seti fabrika-atölye kurulmadan programlanmalı ve ilk işçi çalışmaya girdiğinde sağlıklı ve güvenli bir ortamda üretime başlamalı. Ama bizde ne oluyor? Nasıl bir fabrika kurarsan kur, 3-5 yılda bir iş müfettişi gelecek ve uygunluk değerlendirmesi yapacak!!! Gelecek de orada kıyma makinesini görecektir!!! Yani Özal'dan sonra işçinin bedenine saldırı bir kat daha artmıştır. Bu durum elbette ki sermaye birikim süreçlerinin ve buna denk gelen hukuksal mevzuatın kurulum süreçlerinin bir birinin bitişik ikizleri olduğunu gösteriyor. Sermayenin bu kurgusunu bozmak adına işyeri açma izin belgesini tartışabiliriz, talep edebiliriz arkadaşlar. Yani yeniden yapılandırılan burjuva hukukunu teşhir edebiliriz. Ercan'ın söylediği oradaki sosyal devlet diye bahsedilen aslında kapitalist sistem içindeki devletin sosyalliği, biz MSG'de tartıştık bunu. Şimdi o dönemden bu döneme gelinmiş, fabrikanın kapısı da işletme belgesi olmadan girilebilir hale gelmiş. Sermaye o kadar serbestleştirilmiş ki. Sıkıştırmak adına, işyeri açma izin belgesini hukuk koyar ya da koymaz. Ancak bizler "patron burada işçi kıyıyor ve bunun sorumlusu O'dur" diyebilmeliyiz. Ancak buranın yaptığı şudur, çok hoşuma gidiyor benim, bir tek kimyasalın İbrahim Hocam bahsetti nano partiküller mesela, biz bunu politikleştiriyoruz, o küçü-

cük partiküllere biz aslında siyaset yükleyip, politika yükleyip tartıştırabiliyoruz. Bu anlamda buranın söylem ve birikimlerinin çok kıymetli olduğunu düşünüyorum. Herkesin buradan elde ettiği birikim ya da çıktıyı nasıl kullanacağı ise onun kendi tercihinine bağlı elbette.

Buranın sürekliliğini önermiştim ya ben, şimdi buradan bir çıktı elde edilecek, bunlar çözümlenecek. Bu çözümlenmeler çerçevesinde, konuşmaların bütünselliğinde buralardan alıntı yapmak serbest olsun, yazı dizmek serbest olsun.

Bir de şunu söyleyeceğim; Teşhir etme, bakanlıkla, hükümetle, iktidarla tartışabilme aynı zamanda güç işi. Güçlerimizi toplama noktasında; Bu tartıştığımız konuları (biraz önce Mehmet arkadaş altını çizdi) işyerindeki tıbbi süreçlerden ve onunla beraber mühendislik teknik süreçlerinden doğru değerlendiriyorsak mühendislerle de buradaki birikimlerin paylaşılması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü öyle bir böl-parçala-yönet mekanizması kurulmuş ki, bu yalnızlaş(tır)ma süreci devam ediyor. Örneğin 1998'deki "İşçi Sağlığı Kongresi"nde Hak-İş düşmüştü, 2011 yılında yaptığımız Kongrede Türk-İş düştü, düşe düşe geliyor. Bu nedenle çıktılarımızı, politikleştirme, kitleselleştirme noktasında diğer örgütlerle de münasebet kurup, oradan doğru üremekte fayda var diye düşünüyorum.

Ö. K. Karadağ; Sağlık Bakanlığı'nın MH istatistiklerini tutabilmesi ya da toplayabilmesiyle ilgili bir bildirim sisteminin Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulması gerekiyor. Bunun üzerine gidebileceğimizi düşünüyorum, MH'nin tümünün tazmin gerektiren hastalıklar olmadığını ortaya çıkarabilecek bir adım olur. Bütün MH Sağlık Bakanlığı'na bildirilir, tazmin gerektirenler için SGK işlemi yürütür.

Önerimin birincisi budur, ikincisi de SGK'nın yasal düzenlemeleri 1940'lardan beri aslında bir temel mantık üzerine kuruludur; bir yasa okunurken önce amaç kısmından başlanır (hem halk sağlıklarının hem de hukukçuların ifadesidir bu) denilir. SGK'nın bütün yasal düzenlemelerinin bir tek amacı vardır, tazmin gerektiren MH'nin ya da tazmin gerektiren herhangi bir hastalığın kapsadığı durumu tespit edip o tazmini sağlamaktır. Onun tanımladığı her şey bu amaç çerçevesinde değer-



lendirilmelidir. Bugün bu algı kaymasını düzeltmenin çok zor olduğunu ifade etmek lazım. Çünkü 1940'lardan beri bu algı kayması geliyor, onun için SGK'ya farklı bir görev düşüyor bence. SGK'nın MH diye yasal düzenlemesinde ifade ettiği her noktayı tazmin gerektiren MH olarak değiştirmesi gereklidir, bu algının değişmesi için. Eğer becerilebilirse. Becerilemediği noktada her ortamda SGK'nın tabir ettiği MH'nin aslında tazmin gerektiren MH olduğunu ısrarla söylememiz gerekiyor.

Hekimlerin bilgi eksikliği ya da hekimlerin bağımsızlığı önemlidir, ancak bilgi eksikliği dediğimizde 35.000 hekimimizi biz açıklayamayız. Bağımsızlık dediğimizde o 35.000 hekimden sadece 7.000'inin işyeri hekimi olarak çalıştığını geri kalanın çeşitli alanlarda, çoğununda sağlık ocaklarında uzun yıllar çalıştığını yine açıklayamayız. Evet, bağımsızlık önemlidir ancak şu anda öncelikli müdahale alanı değildir. Aynı şekilde hekimlerin eksik bilgisi değildir. Bugün öncelikli müdahale alanı hekimlerin bu algısını ortadan kaldırmaktır. Yani MH çok zor bir iştir, MH tanısı koyduğun anda müfettişler girer, tazminatlar girer, şu girer, bu girer algısını değiştirmektir. Bu algıyı değiştirmek içinde SGK'nın tanımladığı MH'nin tazmin gerektiren MH olduğunu her yasal zeminde, her toplantı zemininde ifade etmenin gerekli olduğunu düşünüyorum.

A. Tellioglu; Senin bıraktığın yerden başlayayım, genel hekim kitlesi söz konusu olduğunda katılıyorum. MH tanısı koymanın zor bir şey olmadığını, tanı koymayı teşvik etmek, buradan yakalamak gibi, ama aktif olarak işyeri hekimliği yapanlar söz konusu olduğunda bence TTB'nin özellikle tutması gereken yer ücretten önce hekim bağımsızlığıdır. TTB hekimin bağımsızlığı ile ilgili bir ısrar içerisinde olmalıdır. Kaan'ın söylediği SGK'nın görevi tazmin gerektiren MH'yi aramaktır, bence biz her türden MH'nin değişen ölçülerde tazmin edilmesi gerektiğini öncelikle söylemeliyiz. Örneğin ben 3 ay boyunca kontakt dermatit nedeniyle kaşındım, kalıcı bir hasar bırakmadı ama 3 ay boyunca bana verdiği ızdırabı öde demeliyiz. Sen benim sağlığıma kastettiysen birincisi bunun cezasını almalısın taksirli suç olmamalı. Taammüden adam öldürme olmaz herhalde bilemiyorum ama taksirli suç diyerek işin içinden çıkamamalılar. Bizim tazminatlarla ilgili pazarlık olmamalı diyerek

işin içinden çıkmak yerine, bayağı pazarlık yapıp tazminatların sosyal boyutunu, ruhsal boyutunu da içeren yüksek tazminatlar olması gerektiğini söylememiz lazım diye düşünüyorum. Şimdi MH tanısını artırsak ne olur? 5.000-6.000 kişi tazminat almış olur, 5.000-6.000 işçinin tazminat aldığı yerde işverenler kaçınılmaz olarak bazı şeyler yapmak zorunda hissederler kendilerini. Birlikte çalıştıkları arkadaşları hiç bir şey yapamıyorsa biz burada hasta oluyoruz, sen bize bu maaşı veriyorsun deme gücünü bulurlar. Çünkü orası hastalık yapan bir yer olur. Yani bir şey olur, bu da önemlidir. Buradan bütün sistem değişir mi? Elbette değişmez, bunu konuşmuyoruz. Kaldı ki zaten bu toplantının naçizane altını çizeceğim çerçevesi MH. Şimdi işçinin sağlığının korunması, geliştirilmesi meselesi dendiği zaman, emek piyasasının esnekleştirilmesi, işçi sınıfının örgütsüzleştirilmesi, örgütlü hak arama yollarının ortadan kaldırılıp "bireysel" yolların teşvik edilmesi gibi konuların da konuşulması gerekiyor. Genel olarak işçi sağlığının korunup geliştirilmesinde başka kalkış noktalarımız da olur ama MH meselesinde yeni bir şey yapıyorlar. MH tanısının diyorlar, biz ne diyelim? Tanınsın, daha çok tanınsın, tanınan da daha çok tazmin edilsin gibi bir çizgide durmak daha doğru. Çünkü bana sorarsanız daha ötesi var. Tanı kolay konsun artı olarak da kamu çalışanlarını da kapsasın, benim MH ile ilgili önerim budur.

A. Müezzinoğlu; Kot kumlama işçileri 2009-2011 yılları arasında yaklaşık 3 yıl içinde büyük hukuki süreçlerden sonra 1.000'e yakın tanı aldı. Bunların büyük çoğunluğu SGK'lı değillerdi ve yasal olarak meslek hastalığı olamadılar. Ancak bir şekilde yasal süreçlerden sonra 1.000 civarında ve tazminat gerektiren oranlarda maluliyetlerle birlikte tanı aldılar. Bunların içinde 50'nin üzerinde ölüm oldu ama 3 yılda bunlar istatistiklere giremedi. Tekstil işkolunda silikozisten ne ölen ne de tanı alan meslek hastalığımız var. Yani şunun için örnek verdim, devletimiz bu işe önem verir, bu işi artırır, daha öne çıkartır yaklaşımları çok belirgin ve önemli son dönemde ama bunun gerçek olmadığını görüyoruz. Buradan dolayı da bir şeylerin değişeceği, gelişeceği falan yok. Bayazıt İlhan Ulucanlar göz hastanesine günde 30 civarında göze çapak kaşması geldiğini söylüyor. Haftada 1 kişinin gözü



de kurtarılamıyormuş. Göze çapak kaçmasının sayısı bu memlekette nedir? Yılda kontakt dermatitler 100.000 var mıdır? Şimdi arkadaşlar bu kadar laf söyleyeceğiz ama hekimler bir şey yapsın. En başta işyeri hekimleri, hastanede ki hekim karpal tünel geldiğinde birisi tanı defterine MH şüphesi yazsın sadece. Bir yere göndermesin ama nereye yazacaksa, nasıl yazacaksa bir MH şüphesi yazsın. Bu tespiti bir yerlerde yapalım, yapabildiğimiz kadar örneklem yöntemiyle biz toplayalım. Yani hekimlere de bir şey söyleyelim. 3 sefer karpal tünel hastalığından ameliyat olup bir yıl, 6 ay fizik tedavi alıp ondan sonra aynı işi tekrar yapan insanlar var. Burada sistem vs. tamam ama bir yerlerde bunu kaydetmek lazım, bunun hiçbir yerde kaydı yok ve böyle seyredip gidiyor. Sağlık çalışanlarına iğne batması kaçtır kim bilir? Tabi hiçbir yere bildirilmiyor. Sonuç olarak buradaki çıktılardan biri de MH'nin tanı ve tespiti konusunda hekimlere sorumluluklarını yerine getirmelerini söyleyelim ve buna ilişkin bir şeyler yapalım.

M. Zencir; Sistem içi her şey sistem dışıdır bana göre, onun için sistem içi, sistem dışı ayrımına gerek yok. Bugün yaptığın yarına taşınabilecek bir gerçeklik taşır diye düşünüyorum. Sistemin kendini daralttığı alanı genişletmek için yaptığımız her şey zaten başka bir amaç da taşır diye düşünüyorum. Ancak bu kitaba (Çalışmak Salgın Zararlıdır) baktığınızda şunu söylüyor; işçi sağlığı hizmetlerini, hekimlere ve bilime teslim etmeyin diyor, çok net bir şekilde. Bir hekimlere bir de bilime teslim etmeyin diyor, çünkü onlar bunu saklama fonksiyonu gördü uzun yıllar. Çok net bunu anlatıyor bu kitap. Sadece bu değil ama oradan bir şeyler söyleyeceğim. Örneğin kanserler konusunda halen İbrahim Ağabeyin söylediklerini literatür söylemez, kanserlerde mesleğin rolü çok azdır diye söyler. Yine meslek hastalığından çok ceza yasası üzerinden bir kurguyu yaptım diyor, direkt taammüden adam öldürme üzerine mücadele başlattıklarını anlatıyor. Kurguyu da yaparken sosyal bilimci kısmını öne çıkartıyor, halk sağlığı uzmanı kısmını hep ikincil almış ve orada bize bir ağ sisteminden bahsediyor. Sizin söylediğinizin belki başka bir buluşu ama o ağ sistemi hekimlere daraltılmış değil, belki de içinde en az hekim var. Sonuçta sağlığın sahip çıkan ya da bu alanda duyarlı olan her türlü yapıyı o ağın içine sokmaya çalışmış. Bir

şekilde bunu teşhir etme işi, silikozis örneği böyle bir örnektir. Silikozis örneğini hepimiz biliyoruz artık, sistem istediği tanıyı koysun ama Türkiye'de silikozis hastalığı vardır ve herkeste bunu bilir. Mücadele anlamında bir alan açmıştır, böyle kurgulasak iyi olur. Çünkü işyeri hekimi ne kadar bağımsızdır dersek diyelim tam aksine tam bağımlılık hattında şuan. Öyle bir tam bağımlılığa girerken tam bağımsızlık diye bir soyutlama çok gerçekçi olmaz, çözüm önerisi anlamında söylüyorum. O zaman tek tek işyerine daralmışlıktan öte daha bütünlüklü müdahale alanları hekimi rahatlatılabilir. Yani kendi fabrikası için bir şey demeyebilir ama İstanbul İşçi Sağlığı Meclisi gibi aylık bildirimler yaptığında o mücadeleye katkı sağlayabilir. Nitekim pratikte de öyle yapıyoruz, herkes kendi işyeri ile ilgili bir şey söyleyemeyebiliyor ama gidip genel anlamda söyleme noktasında biraz daha cesur davranabilir. O da muhtemelen hekimin bağımlılık ilişkilerinde tamamıyla şu anda OSGB'yi de düşündüğümüzde daraldığı nokta. Şu anda OSGB gibi bir gerçeğimiz var. Herkes kendi bağımsızlık alanlarını terk ediyor. Tek tek işyeri hekimliği yapamadığımız bir döneme geliyoruz, emek sömürümüz daha katmerli hale geliyor. Bunun yerine Ankara çapında olan tüm MH ile ilgili bir ağ sistemi kuralım, herkes bildirsın biz de buradan teşhir edelim. Bu daha sahici, bunu yapabilme potansiyelimiz daha yüksek diye düşünüyorum. Olabilirlikler üzerinden konuşuyorum, burada gücümüz olur diye aklıma gelen bu. Bir diğeri kanıt işi, meslek hastalığında kanıt bulmaktan daha zor bir şey yok diye hepimize öğretili. Gücümüz yeterse silikozis örneklerinde olduğu gibi, kitaptaki mezotelyoma örneklerinde olduğu gibi işçilerin bunu siyasal talep olarak ortaya çıkartabilecekleri mekanizmaları zorlayalım. Bu nedenle de sayı yerine olgu bazlı gidelim, bir sayı bizim hiçbir işimize yaramaz ama bir olguyu biz büyütebiliyoruz ve o olguyla gündem yapabiliyoruz. Bunlar daha çok işe yarıyor, daha akılda kalır diye düşünüyorum. Bir olayı alıp politikleştirme, siyasallaştırma, sonrasında da toplumsallaştırma bir şekilde bizim bu işçilerle buluşmamızla ilgili bir olaydır örgüt olarak. Tek bir hekime daraltmadan söylüyorum, nano partiküller dendiğinde büyük bir projeksiyon yaptınız değil mi? Sistemle ilgili, hava ile ilgili bir şey yaptınız, bunların hepsinin politik bir arka planı var ve bunlarla ilgili paylaşımlar bir anlamda işçi sağlığının siyasal tale-



bi olarak işi zorlayabilir diye düşünüyorum. Son olarak da meslek hastalığına daraltmayın diye bize öyle öğrettiniz kurslarda değil mi? İşçi sağlığı eşittir iş kazası ve MH değildir dediniz, o zaman eğer işyeri hekimi risk değerlendirmesi noktasında yatıyorsa, periyodik muayene önemli değilse, işe giriş önemli değilse, zaten MH tanısı da daralır. Hepsi birbiriyle peş peşe giden bir süreçtir diye düşünüyorum. Eğer sonuç yerine tehlike merkezli düşünürsek bu tehlike merkezlerini teşhir edebiliriz, bunun için tek tek işyerlerine ihtiyaç yok, projeksiyonlar gibi aklımız var değil mi? Bir sektörün projeksiyonunu biz buradan yapabiliriz. Bizim buradan çıkabilme potansiyelimiz daha yüksek, onun buz dağına karşı nasıl geliştiği ile ilgili hesaplar yapabiliyoruz. Bir ölümden diğerinin hesabını yapabiliyoruz, şunu elde etme şansımız yok bence buzdağının altında kısa sürede ama ölümlerle ilgili olgusal incelemeler, oradaki sistem teşhiri, oradaki toplumsal muhalefetin beslenmesi diyelim, artık elde edeceğimiz neyse bunlar bana göre daha çok işimize yarayacak.

S. Abbasoğlu; Kaan'ın somut önerisi üzerinden MH ağ sistemi ile ilgili bir süreç başlatılabilir. Bir format oluşturulur ve bunun üzerinden hekimler saptadıkları meslek hastalıklarını bu ağa gönderirler. İbrahim Hocamın sunumunda da aktardığı gibi terminoloji açısından netleşmemiz gerekiyor. Biz MH diyince tıbbi MH'nı anlayacağız. İşin tazmin boyutu ayrı, SGK ile ilgili bir problem. Arif'in önerisi doğru, sonuçta her meslek hastalığını kayıt altına alıp bir yerlere yazmamız gerekiyor. İşçinin sağlık dosyası olur, hastanedeki protokol defteri olur fark etmez. Bu tespiti ağa da iletirse çok daha iyi olur. Her MH tespitinde buna yol açan etkenler konusunda da bir çaba yürütmesine vesile olur diye düşünüyorum.

Toplantımızın sonuna doğru geliyoruz. Yararlı ve ön açıcı bir tartışma yürütüyoruz. Teşekkür etmek istiyorum.

Ç. Çukadaroğlu; Biz teşekkür ederiz, bizimle paylaştığınız için. Ben biraz işyeri hekimlerinin bu konuya yaklaşımları, bilgi, tutum, davranış konularında geliştirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Sanırım işyeri hekimleri uzun yıllardır işçi dışarıya kaçırmam, kurum içinde tanısı konsun, tedavisini alsın ve konu orada kapansın gibi çalışmışlar. Ancak

şimdi farklı bir anlam yükleniyor işyeri hekimliği-ne, o koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası, MH tanı sürecinin bir parçası olması gerekiyor. Burada sanki o işyeri hekimlerinin de tutumunu değiştirmesi gerekiyor. Mesela sizler ilgisinin olmanın farkındasınız ama başka bir işyeri hekimi grubu da var. Sadece poliklinik hizmeti veren, işçi sağlığı ve güvenliği konusunda herhangi bir katkısı olmayan bir işyeri hekimi grubu da var. Ben bu 1 yıl içerisinde böyle bir şeyi fark ettim. Bu konu belki işyeri hekimlerinin bağımsızlığı ile ilgili olabilir, baskı altında olmaları ile ilgili olabilir, buna yönelik çalışmalar yapılabilir benim kanaatimce.

Ö. Soytaş; Benim bu toplantı için değil ama ilerideki toplantılar için bir önerim olacak. Hekimler üzerinden gidiyoruz, diğer meslek odaları ile görüşelim dediniz ama bu işin içine sosyologları da katmak gerektiğini düşünüyorum ileriki aşamalarda. İnsanlar başvurmaya korkuyor şu anda, dördüncü koruma dediğiniz birinde tanı konduğu zaman daha sonra ne yapılacak? Bu en son aşama belki ama toplantıya bir sosyologun katılmasının çok iyi olacağını düşünüyorum açıkçası.

İşçi Sağlığı Meselelerinde Sendikaların Rolü

Dr. M. Hulusi Dosdoğru

“Bugün memleketimizde mevcut şekle göre işçi sağlığı işveren müessesesinin emrindeki hekimler tarafından kontrol ve idare edilmektedir. Ekseriye vaki olduğu üzere müessesesinin menfaatlerini alakadar eden sağlık işlerinde hekim aylık aldığı tarafı tutmakta veya o tarzda harekete mecbur tutulmaktadır. Bu yüzden istirahat, rapor, maddi yardım gibi meselelerde tabip kendi inisiyatifini kullanamamaktadır. Bu sakat yoldan yıllardan beri yürüne yürüne öyle kötü bir alışkanlık meydana gelmiştir ki çok defa hekim böyle hayatı mevzular için vereceği kararlarda ilim ve mantığına aykırı da olsa o kara kaplı geleneğe uymak zorunda kalır. Binaenaleyh iş kanunumuz mevcut bulunduğu halde hakikatle işlerimizi tanzim ve istismarın yarattığı karakuşu hükümler yürürlükte bulunmaktadır.”

SENDİKA Gazetesi (14 Eylül 1946: Sene I Sayı 3)



İ. Akkurt; Bu toplantılar kesinlikle tekrarlanmalı. Çünkü ezberimizi bozmaya ihtiyacımız var. Ercan arkadaşımız SENDİKA isimli gazetenin 1946 sayılarını, işyeri hekimliği ortamına gönderdi. Onları gözden geçirmiştim. Yıl 1946 ve şu anda aynı noktadayız.

Tıbbi MH tanı sisteminin tababetimizin de, tıp fakültelerimizin de, uzmanlık alanlarımızın da içine dâhil edilmesi gerekiyor. Sağlık Bakanlığı'na vazifesini hatırlatacağız. Tıbbi tanı sistemini oluşturmak zorunda. İkinci temel nokta işyeri hekimliğini bir uzmanlığa dönüştürmek zorundayız. Birinci basamak uzmanlığı olmak zorunda, ikinci basamak değil. Bunun için de işyeri hekimini işyerinden çıkarmamız lazım, işyeri dediğimizde işçi kavramını da çalışana döndürmek zorundayız. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasasında nasıl o sosyal kelimesi nedeniyle müdahil olunup bu günlere gelindiye, işçi dediğimizde de tüm çalışanlar hedef alınarak, bugün hekim de memur olarak çalışıyorsa, profesör de çalışıyorsa meslek hastalığına maruzdur. Üçüncüsü de işyeri hekimliği mi iş ve MH uzmanlığı mı deriz ne dersek diyelim bunun bir şekilde olması lazım. Çalışma alanlarında da bunun bir uzmanlığa dönüştürülüp aynı zamanda da çalıştırmanın hakimiyetinden kurtaracak sistemi oluşturmamız lazım.

A. Tellioğlu; Özur dilerim araya gireceğim, uzmanlık olsun, işyerinden çıksın, hastaneye de gelmesin ama nereye gitsin?

İ. Akkurt; İş Sağlığı Merkezleri olacak. ASM'ler, TSM'lerle beraber. Bir şekilde işyerlerinde üçlü yapı işçi, işveren, devlet. İşyeri özellikli bir yapı. Buralar birincil koruma yeridir, o korumayı sağlayacak güvenlik elemanı olur, mühendis olur. Ancak oraya 6 yıl emeğini vermiş bir sağlıkçıyı ne kadar eğitirsek eğitelim hayır oraya birinci basamakta hekimliğini icra edecek, raporunu da yazacak, muayenesini de yapacak ama o işyerinin de iş güvenliği elemanının yaptığı risk analizinin risklerini, hayır şunu da yap diye kim emredecek, kendisine bağlı olan birimlerde. Bence uzmanlık alanına geçmemiz lazım ki hem tanı sistemini oluşturabilelim hem de diğer tazmin vs oluşturabilelim. Hala 1946'daki koşullarda çözüm üretmeye kalkarsak aynı noktada kalmış oluruz. Madem kapitalizm çok farklı bir boyut kazandı, biz çalışanlar ve çalışanla-

İşçi Sağlığı: Endüstri Hekimliği

"Memleketimizin sanayi bölgelerinde gün geçtikçe bariz bir gelişme kaydedildiği halde başlı başına bir ihtisas konusu olan endüstri hekimliği ve işçi sağlığı meselesi hiç ele alınmamıştır. Bunun başlıca sebebinin işçilerimizin son zamanlara gelinceye kadar teşkilatlanmak imkânlarına sahip bulunmamasında aramalıyız. Şimdiye kadar sanayi birliklerimiz işçi sağlığı konusunu sadece kadro doldurma ve iş kanununun müeyyidelerinden kurtulma şeklinde anlamışlardır. Bu yüzden belli başlı sanayi merkezlerimizde yüzlerce işçinin çalıştığı çeşitli ünitelerin doktorluğu birkaç şahsın elinde toplanmış bulunuyor. Beheri bir hekimin günlük mesaisini tamamen dolduracak kadar çok işleri olan müesseseler hekim bulundurmaya sırf bir kanuni formalite icabı olarak telakki etmekte, işçi sağlığını kendisine ucuza mal edebilmek için ya müteakit ve malul elemanlar kullanmakta veya sırf imza ve isminden faydalanabilecek bir unvanı kiralamaktadır. Hekimliğin en hareketli ve yorucu sahası olan sanayi tababeti dinç, bilgili ve terbiyeli uzmanlar istemekteyken bizdeki uzmanlar vazifelerini yalnız hasta işçilere bakmak, vizite yapıp rapor ve istatistik tanzim etmek ve bağlı bulundukları müesseselerin menfaatlerini her şeyden üstün tutmaktan ibaret saymaktadır. Çalışma alanının ve işin nevinin emekçilerin sağlık durumları üzerinde tepkilerini araştırmak, özel hijyen tedbirlerini önceden almak, amelenin yorgunluk halini hesaplamak gibi esaslı tedbirler hiç düşünülmemektedir. Mesleki mecburiyetler bir tarafa bırakılırsa merak saiki ile olsun amelenin çalışma mahallerini gören, endüstri hekimimiz hemen yok gibidir. Bu hatalı durumun öteki meslek erbabı arasında o kadar yayılmıştır ki doktorun ilk şartları bundan uzaktır."

SENDİKA Gazetesi (7 Eylül 1946: Sene I Sayı 2)

rın emrindeki çalışanlar olarak da çok farklı bir yapılanmaya gitmemiz gerekiyor.

A. Tellioğlu; MH tespitini kolaylaştıran bir sistem/model konuşuyoruz. Bağımsız bir heyet tarafından bu meslek hastalığıdır kardeşim diyecek bir çalışma yürütebilir miyiz? Web tabanlı iletişim ağı



nasıl bir şey olur bilmiyorum ama web tabanlı bir şey konuşuyoruz anladığım kadarıyla, bence bunun üstünde düşünmek lazım. İyi bir şey ama detayı nasıl olur ben şu anda zihnimde canlandıramıyorum. Ben hala mesleki bağımsızlık meselesinin önemli olduğunu düşünüyorum. Bence bugün tabip odalarının, TTB'nin bunu özellikle öne çıkarması lazım, kendi başından geçen hikâye nedeniyle söylemiyorum bunu. Hekim bağımsız olacak, bu önemli bir şey. Ben bu işyeri hekimliği uzmanlığı meselesinde cehaletime bağışlayın, bu uzmanlıkların hastanelerde olması gerektiğini düşünüyorum. Ben Türkiye'de hastanelere girmeyen, yani ikinci basamağa girmeyen bir uzmanlığın ne temel tıp eğitimi sırasında, mevcut koşulları da düşünerek, ne hastane pratiğinde hak ettiği önemi kazanamayacağını düşünüyorum. Yani istediğimiz kadar iyi bir uzmanlık alanı ihdas edelim, oluşturalım eğer bunu hastane sistemine sokamazsak oradan istediğimiz şeyi alamayız.

S. Abbasoğlu; İş ve MH ya da MH uzmanlığı ikinci ya da üçüncü basamakta değerlendirilir. İşyeri hekimliği uzmanlığı daha farklı. Uzmanlık tüzüğünde de yok. Bu nedenle işyeri hekimliği sertifikası programları yapıyor.

A. Tellioglu; Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde işçi sağlığına gereken önemin verilmesi gerektiğini düşünüyorum. Ayrıca hastanelerde iş sağlığı kliniklerinin olması gerekiyor. Bir de tazminat meselesinde biz hekimler olarak söyleyebileceğimiz en ideolojik şeyin bütün tıbbi MH'nin tazmin edilmesi gerektiği, bunda ısrar edilmesi gerektiğini düşünüyorum. Yani 3 ay kaşındıysa da tazmin edeceksin. Maluliyet olsun, olmasın tazmin edeceksin.

A. Müezzinoğlu; MH'nin sahibi yok, konuşmanın bence ana özeti bu. Bugün Türkiye'de ne bakanlık, ne genel müdürlük istatistikler birbirini tutmuyor. Ben sayılara ulaşmak için bir süre epeyce belendim, SGK'ya Kocatepe'ye daha sonra Emek'de genel merkezde katlar arasında sayılar elde etmeye çalıştım, ama 2004 MGK kararlarını ele geçirmenin daha kolay olduğunu gördüm. Oysaki bunlar aleni hiçbir gizliliği olmayan istatistikler değil mi? Bunun sahibi olmaya aday TTB'dir arkadaşlar. Hayalimin açılımını şimdi söylüyorum; bizim TTB'nin sayfasında bir buton olacak, hani

sayfada sağ köşede var ya birkaç tane. Adı "işçi dostu düğmesi" ya da her neyse, orayı tıklayan Çemişkezek'teki bir galvaniz işçisi görecektir ki galvaniz sektöründe, iş kolumda beni bekleyen tehlikeler şunlar. Beni bekleyen tehlikenin tıbbi gözetim programında şunların yapılması lazım, bunların da böyle çıkması lazım, böyle çıkmıyorsa beni kötü şeyler bekliyor, diye düşünecek/düşündürtecek. Bir galvaniz işçisi Çemişkezek'te bunu görecektir, Kırşehir'de bir taş kırma işçisi de butonu tıklarsa beni yaptığım işte böyle tehlikeler, hastalıklar bekliyor diyecek, orda bu bilgilere ulaşacak. TTB güvenilirliği ile farklı bir yer, buradan okuduğuna insanlar inanır. Dolayısıyla burası "işçi dostu sayfası" olacak. Başka bir isim de verebiliriz. Sterilizasyonda çalışan bir sağlık çalışanı ya da radyasyonda çalışan bir sağlık çalışanı kendisini bekleyen tehlikelerin ne olduğunu görecektir.

Ö. K. Karadağ; ABD'de bu örnek avukatlar için geçerliymiş, avukatlar iş sağlığı ve MH özelinde bu tür sayfalar hazırlıyorlar. Girdiğinizde bakıyorsunuz şu işte mi çalışıyorsunuz, şu belirtiler mi var sizde? Şu hekime gidin, gittiyseniz buna rağmen hala bu mu var? O zaman bir daha tıklayın başvuruya gelin halledelim. Şimdi bir başka yerden örnek vereceğim. Hakikaten de tazmin gerektiren hastalıkları konuşuyorsak bizim önümüzdeki en önemli bilgilendirme hedefi avukatlar. Ben kendi adıma en azından böyle düşünüyorum. Türkiye'de işi çözeceksek böyle olur.

L. Koşar; Sonuçta bu pozitiften doğru kıskırtılmış bir şey, işçinin kendi kendine self medikasyon yapacak hali yok orada. İşçi ne yapacak? Diyecek ki; burada, bu işlikte hastalanıyorum, bu işverenle bir derdim var, bedenim yağmalanıyor sömürülüyorum, bu benim sağlığımı elimden alıyor diye düşünecek. Yani emek yağması ile biyolojik-bedenel yağmalanmayı buluşturacak.

İ. Akkurt; Bu çalışma ilk etapta hekimlere yönelik olarak yapılabilir. Bu bilgilere ulaşacak/bakacak bir işçi yoktur, çalışanda yoktur.

L. Koşar; Diğer taraftan şunu söyleyeyim; Bu toplantıda gelen tek tek öneriler birbirini reddeden öneriler değil aslında. Arif'in söylediğine o taraftan biri, ya da benim söylediğime bir başka biri



“hayır yapmayalım-olmaz” demiyorsa ki demiyor, o halde, bu konuşulanları toparlayalım, dizelim ve bir sonraki toplantıda bu konuşmaların üzerinden ancak bunları da aşan bir tarzda yeniden yeniden üretelim. Yılların biriktirdiği işçi sağlığı ve MH mevzuunun sorunlarını bir toplantıda çözemeyeceğimizin bilincindeyiz. Bir sonraki toplantıda çıktılarımızı bir hiyerarşiye koyarak adımlarımızı konuşalım. Buradaki hiyerarşiden kastım ise; hangisinin daha öncelikli geleceğidir. Bunların adını atmak mümkün.

M. Ökmen; Almanya’da adı sendika olan ama esasen sektör bazında sandık olarak ifade edilen yapılar var. 2000’e yakın sandık var Almanya’da, maluliyetten iş kazasına kadar her türlü tespiti bu sandıklar yapıyor ve görevlendirdiği tek hekimin düzenlediği rapora göre ilgili kurum ve kuruluşlar ödemeyi yapıyor. SGK tek hekimin imzasıyla ödemeyi yapıyor. Bizde mevzuat farklı, sandık sistemi bizim mevzuatımıza uygun değil. SGK’nın sigortacılık anlamında boyutu tamamen değişik. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar Yasasının 14. maddesi meslek hastalığının SGK tarafından tespitini zorunlu kılıyor. Meslek hastalığını SGK’daki bir Kurul tespit edip karar veriyor. Benim şahsi önerim, hastalıkla ilgili boyutunu sigortacılık boyutundan ayırmak lazım. Birinci olarak yapılması gereken işlem budur. Hastalıkla ilgili boyutu neresi değerlendirir? İşyeri hekiminden üçüncü basamak hastanesine kadar bunun planlaması, programı, çerçevesi, her şeyi tartışılır, ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından belgeleri düzenlenir. Sigortacılık boyutu ile de SGK kendi standart kriterlerini belirler ve ödemeyi yapar. Şu anda tespitlerimiz 2.500 rakamlarında, birkaç yıl sonra bu rakam 10.000’leri bulabilir hatta üstüne de çıkabilir. Ama sorun bu değil, sorun MH’den etkilenen çalışanların olumsuz etkilenmesini engellemek. Bir defa zemini eğer bu noktada koyarsak çözümle ilgili detaylara geçmek mümkün olur. Önce çalışanlara zarar veren ya da verecek yapıyı dönüştürmek gerek. Bu bir anda olmaz, yılların birikimi içinde olan bir çerçeve var. SGK yönünde odaklanma olursa eğer o zaman sonuç odaklı ve mesafe alıcı bir yapı mümkün olur. Yoksa çok güzel şeyleri ifade etmek eğer gerçekleşmeyecekse, yaşamımıza geçmeyecekse fazla anlamlı olmayacak, yaşamımızda bir değişikliğe neden olmayacak. Birçok şeyi mevcut yapı içerisinde

değiştirebilir, iyileştirebiliriz. Kurum en az %10 iş göremezlik derecesi olursa bunun tazmini ile ilgili süreci hesap ediyor. İlgili mahkemelerin kabul ettiği tazmin meslek hastalığı tanısını alan herkesle ilgilidir. MH tanısı alan herkesin maddi-manevi tazmin hakkı var, maddi olmasa bile manevi tazmin hakkı var. Mahkemesine göre değişiyor, Zonguldak’taki mahkemeler %0’a 3.000 lira tazminat veriyorlar ama başka yerdeki mahkemeler bu şekilde karar vermiyor.

Biz sadece meslek hastalığı var ve oranı şu kadar diyoruz. %0-10 arasındaki orana sigortada maddi-manevi tazmin davası açarsa karşılığını tazminat olarak alır, rakamlar değişken olmak üzere. İş görmezlik derecesi %10’un üstündeyse aylık gelir bağlanır. Avrupa’da durum nasıl diyeceksiniz? Avrupa’da %20’nin altına gelir bağlayan bir tane ülke yok. Biz o açıda Avrupa’dan ilerideyiz, garip bir ironi ama %10’a gelir veriyoruz. Almanya %20’nin altına kesinlikle gelir vermiyor, en az %20 gelir alacak hastalığı varsa ona gelir bağlıyor. Hiçbir şekilde ödeme yapmıyor, sosyal hak da vermiyor. Şimdi sağlıkla ilgili noktada bizde %10 almasa bile herkese sağlık yardımı alma hakkı tanıyor yasa. O açıdan da önemli, işten ayrılrsa da MH tespit edildiyse istisnalar hariç sağlık yardımı alıyor. Yalnız bunlar almamız gereken yolun çok daha başında olduğumuzun ifadeleri, mümkün olduğu kadar çalışanların lehine olması gereken epeyce düzenleme gerektiriyor. İlla ki patronun çıkarı açısından bakacak olursak sonuçta iş verimliliği ve üretimin kesilmemesini sağlayacak önlem patrona da yansıtacak ama öncelikle çalışanın sağlığını koruyacak. Korumak da kaybetmekten önce gelmesi gereken bir öncelik olacaksa eğer, ki öyle olmalı bir hekim olarak başka türlüünü düşünemeyiz. Koruma ile ilgili noktada hastalığın erken aşamada tespiti, işçinin iş güvencesini de tehlikeye atıyor. İşveren hemen iş akdini sonlandırıyor, biz MH tanısını koyarsak yer altında çalışan maden işçisi hemen yer üstüne çıkıyor, maaşı düşüyor, “beni mahvettiniz” diye değişik geri dönüşler de alıyoruz. Bizim çıkarımıza hareket etmiyorsunuz, bize düşman mısınız gibi söylemleri oluyor. MH tespit edilen ve maluliyet düzeyine gelmeden erken aşamada yakalananlarla ilgili düzenleyici, önleyici, Avrupa’da olduğu gibi farklı işlerde çalışma, rehabilitasyon da dahil bunların yapılması lazım. 506’da bunlarla ilgili düzenlemeler yapılmış



aslında, ama hiç uygulanmamış. Mesela fizik tedavi hastaneleri kurulması öngörülmüş, rehabilitasyon çalışmaları ile ilgili öngörüler yapılmış sonra demişler ki bunu yapmak için bu kadar fizik tedavi uzmanı lazım, bizim hastanelerde yeterli uzmanımız yok, bunu uygulamayalım. Kanunda yazdığı halde 1965'den 2008'e, halen 2013'e kadar bu konuda yapılmış bir uygulama yok. Tıbbi ile tazmin edilecek hastalığın ayrılması işin çok önemli bir başlangıcı olur. Bunun üzerine bina kurulur diye düşünüyorum.

E. Yavuz; Bismarck modeli 1890'larda gelişen işçi sınıfı hareketinin önünü kesmek için yapılmıştır. Yine Beveridge 1946'larda İngiltere'de dünyada gelişen sosyalizan hareketlere karşı yapılmıştır. Sonuçta bugünlerde okuduğumuzda şöyle bir şey karşımıza çıkıyor: Bunlar kapitalizmin iç dinamiği içinde zaten var. Gelişen işçi sınıfı hareketine karşı yapılmış değil, o kurgunun içinde var. Mesela Hocam dedi ki; sosyal korumaya öncelik vermeliyiz. Sosyal koruma, terminolojik olarak, sosyal güvenliğin bittiği bir yerde işsiz kalanlar devlete karşı hırçınlaşmasın diye ele alınıyor. Buradan geleceğim yer şurası: Türkiye'de MH konusunda ortalığın bu kadar bulanık olması bir şeylerin görülmeyip, atlandığından değil, tamamen böyle olmasının istenmesindendir. Türkiye'de bugün isterseniz de MH konusunda tanı koyamazsınız, böyle bir merci, makam, otorite yok, değil mi hocam? Kurgu, tamamen sistemin istediği bir şey. Ama ortada bir bulanıklık ve "boşluk" da var. Dolayısıyla bu heyet, 1988'deki işyeri hekimliği konusunda yakalanan fırsatı, MH konusunda da yakalayabilir. Bu nedenle MH konusuna odaklarsak daha iyi olur diye düşünüyorum.

Ö. K. Karadağ; 4000 Hz'deki çentik, deri hastalıkları vs hepsi MH'dir. İster tıbbi meslek hastalığı, ister işle ilgili hastalık diyelim hepsi MH ön tanısıdır. Tazmini gerekenleri bir kenara ayırıp MH'yi toplamak lazım. Geçenlerde Hava-İş Sendikası'nın düzenlediği bir toplantıya gittim. Kulak zarında kanama olduğunda hekime gidiyorlar, kulak ağrısı ile uçuşunu yasaklıyor ve uçuş parasını kesiyorlar. Doğrudan iş ile ilgili, hepsi de biliyor o uçağa binmese olmayacak olan bir hastalık için adamın ücretini kesiyorlar. Eğer uzun sürerse

tamamen işten uzaklaştırıyorlar, adamı da yasal olarak hakları olmadığı halde ücretsiz izne ayırıyorlar. Bunlar Hava-İş Sendikası gibi güçlü bir sendikanın örgütlü olduğu yerde oluyor.

L. Koşar; Toplantı ilerleyip belli bir olgunluğa gelirken yoruldu da. Ama bir şey daha söyleyeceğim; Kaan'ın söylediği aslında olumlu bir yer diye düşünüyorum. Şimdi biz MH tanısında bir şey yakalayalım derken, yasal MH'yi bir tarafa koyup tıbbi MH'ye abandığımızda, aslında hastalık kavramını tıp disiplininin ayırmış olmuyor muyuz? İşte bu toplantının bu tür soruları bizlere sor(dur)ması da bir zenginlik. İkincisi ise yasal MH süreçlerini meşrulaştırmış olmuyor muyuz? Bizim kendimizi ifade etmemiz açısından, karışıklığa çözüm bulma açısından bizi oraya davet ediyor, biz o davete icabet edersek de orada aslında kendini meşrulaştırmış olmuyor mu? İşin böyle sıkıntılı yanları var.

S. Abbasoğlu; Toplantımızın sonuna gelmiş bulunuyoruz. Konuşulanların bir özetini yapmak istemiyorum. Hepimiz değişik bakış açıları ile MH tanılama süreci ve bağlantılı olarak işçi sağlığı sorununu değerlendirdik. MH sorununu bir toplantı ile bitirmeyi düşünmüyorduk. Bunun başlangıç olduğunu ve tekrarının yararlı olacağını tüm konuşmacılarımız dile getirdiler. Burada konuşulanlar üzerinden yapacağımız ikinci bir toplantı mutlaka daha verimli olacaktır. Katılımınız için hepimize teşekkür ederim.

Dipnotlar

- 08 Aralık 2013 tarihinde Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Toplantı Salonu.
- Katılımcılar: Sedat Abbasoğlu (İşyeri hekimi), İbrahim Akkurt (Göğüs Hastalıkları, İş ve Meslek Hastalıkları Uzm. Prof.), Çağrı Çuhadaroğlu (İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi), Celal Emiroğlu (İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Bilim Uzm.), Özkan Kaan Karadağ (İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi, İş Sağlığı Bilim Uzm.), Levent Koşar (İşyeri hekimi), Arif Müezzinoğlu (İşyeri hekimi), Mürşit Ökmen (SGK Yüksek Sağlık Kurulu), Özgür Soydaş (İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi), Ahmet Tellioglu (İşyeri hekimi), Meral Türk (Halk Sağlığı Uzm. Doç.), Ercan Yavuz (İşyeri hekimi), Ömer Hınç Yılmaz (Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi Başhekimisi) ve Mehmet Zencir (Halk Sağlığı Uzm. Prof.).
- Yazılı Görüş Bildirenler: Kayıhan Pala (Halk Sağlığı Uzm. Prof.) ve Engin Tonguç (İş ve Meslek Hastalıkları Uzm.).●



DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE MESLEK HASTALIKLARI TANI SİSTEMLERİ

YENİ BİR MODEL ÖNERİSİ

İbrahim AKKURT

Prof. Dr., İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı

Kişinin yaşamını sürdürme amacıyla bir çaba içine girmesi; bu çabanın zaman içinde birileri tarafından organize bir şekilde kendi lehlerine bir kâr maksimizasyonu çerçevesine oturtulması sonucu oluşturulan kötü çalışma koşullarının bir komplikasyonu olarak ortaya çıkan patolojilerin genel ismi meslek hastalıkları ve iş kazalarıdır. Geçmiş insanlık tarihi kadar eski bu patolojilerden iş kazalarının en azından bir kısmı oluşları itibarıyla saklanamazlar; bulunulan zaman ve zemin diliminde kayıt altına alınabilme zorunlulukları vardır. Oysa meslek hastalıklarında durum farklıdır; etkene ilk maruziyetle hastalıkların ortaya çıkışları arasındaki sürecin aylar-yıllar alması hatta bazılarının ilk maruziyetten 20-40 yıl sonra bile ortaya çıkmaları nedeniyle yapılan işle ilgilerinin bilinçli ya da bilinçsiz olarak gizlenebilme potansiyelleri vardır. Sanayi devrimiyle birlikte meslek hastalıklarının çoğu ancak özellikle de akciğerin toz hastalıklarının (pnömokonyozlar) epidemiler halinde yaygınlaşması; çalışanlar arasında çalıştıranlara karşı zaman zaman sosyal patlamalara varan birikime yol açmıştır. Bu birikimin en belirgin meyvesi doğu bloğunda 1917 emek hareketinin başarısıyla anlamını bulmuştur. Ancak batı bloğunda vahşi kapitalizmin buna karşı organize tepkisi, bireysel zaafları ön plana çıkarıcı eylem ve söylemleri sosyal yaşamda kurumsallaştırması; emek hareketlerini organize bir şekilde güçsüzleştirmiştir. Egemen güçler bu nedenle çok değil doğu bloğundaki hareketten 2 yıl sonra; 1919'da apar topar ILO'yu (Uluslararası Çalışma Örgütü) insan hakları söylemlerini ön plana çıkararak kurdurtmuşlardır. Kendi kontrolüne işçi ve devlet erkini almak için de sanki üçü arasında orantılı bir eşitlik varmış gibi o bilinen meşhur üçgeni "işçi-işveren-devlet" şablonunu oluşturmuşlardır. Oysa bu hareketin asıl amacı kâr hırsı ön

planda olan vahşi kapitalizmin kendi içindeki rekabetin kurallarını oluşturmaya idi. Ancak bu söylemi "çalışma ortamlarının güvenli olması - hastalık ve kaza üretim merkezleri" olmaması şeklinde anayasasında deklare etti. Bugüne kadar olan faaliyetlerinin çoğunu da bu nedenle zaman zaman toplumlarda infiale neden olan patolojilere; "iş kazalarına" yoğunlaştırdı. Yukarıda da ifade edildiği gibi bunun nedeni iş kazalarının hemen görünür olmaları dolayısıyla toplumda oldukça büyük yankı uyandırmaları; çalışanlarda devlet ve çalıştıranlara yani "sistem"e karşı ciddi tepkilerin, birikimlerin oluşmasına yol açmalarıydı. Buna karşın, meslek hastalıkları geç ortaya çıkmakta; hatta önemli bir kısmı kişi çalışmaya başladıktan yıllar sonra, bazen de kişi emekli olduktan sonra ortaya çıkmakta; ortaya çıkanların çoğunun da spesifik bilgi ve bulgularının olmaması nedeniyle hep göz ardı edilmekteydi. Oysa günümüzde tıptaki ciddi gelişmeler; bununla paralel seyreden epidemiyolojik çalışmalar; başka adlar altında tanımlanan hatta ölümle sonuçlanan birçok patolojinin kökeninde mesleki faktörlerin rol aldığını artık net bir şekilde gözler önüne sermektedir. Tüm bu nedenlerle ILO meslek hastalıklarının artık gizlenilemeyecek noktaya geldiğini geç de olsa (2013'de) itiraf etmek durumunda kaldı. Geçtiğimiz yılki dünya çalışan sağlığı ve güvenliği günü etkinliklerinin önceliğini "meslek hastalıklarını önlemek" için tespit yoğunlaştırdı. ILO'nun bu amaçla 28 Nisan 2013 için hazırladığı dokümanlardan kısa notları şöyle özetlemek mümkündür.

Meslek hastalıkları bir "gizli salgın (hidden epidemic)"dir; çalışma yaşamının en önemli ancak maalesef değişik nedenlerle görülemeyen-ortaya çıkarılamayan- sorunlarıdır.

Meslek hastalıklarına bağlı ölümlerin iş kazala-



rına bağlı ölümlerin 6 katından fazla olduğu epidemiyolojik olarak hesaplanmaktadır. Yani dünyada her yıl işe-çalışma ortamlarına bağlı -2.340.000 ölüm olduğu; bunların 2 milyondan fazlasının işe bağlı hastalıklar-meslek hastalıklarına- bağlı olduğu artık yadsınamaz bir gerçektir. Başka bir ifade ile dünyada meslek hastalıklarına bağlı her gün 5500 ölüm olmaktadır yani her dakika dünyada meslek hastalıklarına bağlı 3-4 kişi yaşamını yitirmektedir.

Geçmişin iyi bilinen toz hastalıkları (pnömokonyozlar) başta olmak üzere eski meslek hastalıklarına günümüzde kas iskelet hastalıkları, işe bağlı stres bozuklukları da ciddi meslek hastalıkları olarak eklenme durumundadır. Öte yandan gelişen yeni teknolojik koşullar (özellikle nanoteknoloji) da bugün etyolojisini bilemediğimiz (idiyopatik-esansiyel diye geçiştirdiğimiz) birçok hastalığın kaynağı olma olasılığı kuşkusunu her geçen gün daha da güçlendirmektedir. Onun içindir ki ILO ilk defa bu yıl nanoteknoloji ve biyoteknolojinin gelecekteki risklerine de hazırlıklı olmamız gerektiği uyarısını yapmıştır. Çünkü genç yaşlarda ortaya çıkan nedeni bilinmeyen tromboembolik olaylar (serebrovasküler-kardiyovasküler-pulmoner tromboemboli), yine genç yaşta risk faktörleri belirlenemeyen değişik sistem ve organların kanserlerinin nanopartiküllere bağlı olduğu deneysel hayvan çalışmalarında somut olarak gösterilmeye başlandı. ILO bu yıl yeni teknolojilerin gelecekte insanlarda ne gibi zararları olduğunun erkenden fark edilebilmesi için ülkelerin meslek hastalıkları tanı sistemlerini mutlaka gözden geçirmeleri gerçeğini ifade etmiştir.

Ülkelerin meslek hastalıkları tanı sistemlerini oluşturamamaları halinde işe bağlı hastalıkların / meslek hastalıklarının gün yüzüne çıkması mümkün değildir. Bu hastalıklardan ancak sigorta kurumlarınca yasal tespiti yapılanlar, maluliyet-sakatlık- arazlar nedeniyle şikayet konusu olanlar, mahkemeye düşenlerden çok azı meslek hastalıkları

olarak kabul edilmektedir. Oysa dünyada her yıl 160 milyon kişide işe bağlı hastalıklar-meslek hastalıkları-nın beklendiği artık inkar edilemez bir gerçektir. Ancak bu buzdağından su yüzünde görülebilenleri “devede kulak” bile denilemeyecek derecede azdır.

Meslek hastalıklarının saptanamamasının en somut örneği son yılların ekonomik anlamda dünyada gelişen iki büyük devi Çin ve ülkemiz üzerinden verilebilir. Nüfusa

Ülkemizde de kayıtlı en az 20 milyon çalışan var; tüm çalışma ortamlarımızın dünya standartlarında olduğunu kabul etsek bile ülkemizde yılda en az 200 bin civarında meslek hastalığı tanısının konulması beklenir. Oysa ülkemizin resmi kayıtlarına sadece ve sadece “sigortacılık işlemi bitmiş” olgular girebilmektedir ve bunların sayısı da yılda 400-500’ü geçmemektedir.

ILO işe bağlı hastalıklar ve kazaların direk ve dolaylı zararlarının dünya ülkelerinin ekonomisine maliyetinin ülkelerin gayrisafi milli hasıllarının en az %4’nün kaybına, başka bir ifadeyle dünyada bu konularda önlem alınmamasının dünyaya küresel maliyetinin en az 2.8 trilyon dolar olduğuna dikkat çekmektedir.

orantıladığımızda dünya nüfusunun nerdeyse 1/4-1/5’ne sahip Çin gibi bir ülkede tüm çalışma ortamlarındaki koşullar dünya ortalamasının da üstünde iyi olsa bile düz bir mantıkla her yıl dünyada görülmesi beklenen 160 milyon meslek hastalığının 1/4-1/5’nin yani yılda en az 20-30 milyon meslek hastalığının görülmesini beklemek gerekir. Oysa Çin’de 2010 yılında sigortacılık kurumlarının yasal kayıtlarına geç(ebile)n meslek hastalıklarının sayısı sadece ve sadece 27.400’dür. Bu konudaki ikinci örnek ise ülkemizdir çünkü ILO’nun bu son tespiti maalesef ülkemiz için de aynen geçerlidir. Ülkemizde de kayıtlı en az 20 milyon çalışan var; tüm çalışma ortamlarımızın dünya standartlarında olduğunu kabul etsek bile ülkemizde yılda en az 200 bin

civarında meslek hastalığı tanısının konulması beklenir. Oysa ülkemizin resmi kayıtlarına sadece ve sadece “sigortacılık işlemi bitmiş” olgular girebilmektedir ve bunların sayısı da yılda 400-500’ü geçmemektedir.

ILO işe bağlı hastalıklar ve kazaların direk ve dolaylı zararlarının dünya ülkelerinin ekonomisine maliyetinin ülkelerin gayrisafi milli hasıllarının en az %4’nün kaybına, başka bir ifadeyle dünyada bu konularda önlem alınmamasının dünyaya küresel maliyetinin en az 2.8 trilyon dolar olduğuna dikkat çekmektedir. Ülkelerin bu konudaki sigortacılık sistemlerini proaktif yaklaşıma dönüştürmemelerinin faturasının kendilerine giderek çok daha büyük yükler getireceği ifade edilmektedir. Bu nedenle ILO bu yılki bildiride gerek insan sağlığını korumak,



geliştirmek gerekse de ciddi ekonomik yıkımlara yol açmamak için ülkelerin meslek hastalıkları tanı sistemlerinin ivedilikle gözden geçirilmesi gerektiği ifade etmektedir. Çünkü korunmanın olabilmesinin ilk koşulu önce tanıdır, tanı koyabilmek, riski görebilmek, tehlike oluşumunu ortadan kaldırmanın yollarını bulmaktır. Maalesef ülkemiz dahil olmak üzere dünyadaki ülkelerin yarısından fazlası çağdaş meslek hastalıkları tanı sistemlerini geliştirmiş-oluşturmuş değildir. Özellikle kontrolsüz küçük ve orta ölçekli işletmeler çığ gibi büyümekte ve bu yerler maalesef “görülemeyen-bilinmeyen-tanı dahi konulamayan hastalık üretim merkezleri” haline gelmektedir.

EUROSTAT’ın 27 Avrupa Birliği ülkesinde 2007’de yaptırdığı, 2010’da yayımladığı istatistik çalışmasında beyana dayalı işe bağlı hastalıkların (tıbbi meslek hastalıkları) 15-64 yaş arası çalışan nüfusun %8.6’sına kadar çıktığı, EU zonunda 2007 itibarıyla 27 milyon çalışanda işle ilgili meslek hastalığı olduğu ortaya konulmuştur. Aynı çalışmayı benzer yöntemle ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’de 2007’de ve 2013’de ülkemizde yapmış; 2007’de kişilerin %3’ünden, 2013’de de %2’sinden fazlasının son bir yıl içinde işleri ile ilgili bir hastalık geçirdikleri saptanmıştır. Yani ülkemizde işe bağlı hastalıkların yıllık sayısının en iyi tahminle yüz binlerle ifade edilmesi gerektiği ancak maalesef “meslek hastalıkları tanı sistemi”miz olmadığından bunların kayıt altına alınamadığı bir kez daha teyit edilmiştir.

Neden meslek hastalıklarını saptayamıyoruz?

Bunun belki de en önemli nedeni dünyada da ülkemizde de işin alfabesinde yani terminoloji ve tanımlamasında ciddi bir karmaşa olmasıdır. Hangi meslek hastalıklarını, hangi yolla, nasıl tanımlayacağız ve neden tanıyacağız? Çünkü meslek hastalıklarının ilk defa Ramazzini tarafından telafuz edilmesinin üzerinden 300 yıl geçmiş olmasına rağmen üzülmeye söylemekte fayda var ki maalesef bu konuda henüz bir netlik yok. Bu nedenle ILO ve onu referans alan dünyadaki dev kurum ve kuruluşlar maalesef meslek hastalıkları konusunda tekrar işin başına dönmek zorunda kaldılar. Bununla ilintili olarak yanıt bekleyen birçok soru gündeme gelmeye başladı: Meslek hastalıkları nedir? Ne değildir? Meslek hastalıkları (MH) kavramını tam olarak anlamak, hangi MH’da “yasal hiçbir şey

yapmaya gerek yoktur”u; hangi MH’nın “rutin bir hekimlik uygulaması” olduğunu ve her hastalıkta olduğu gibi ülkelerin sağlık bakanlıklarının kayıt sistemine girmesi gerektiğini artık netleştirmek zorundayız. Bunu açıklığa kavuşturmak; hangi MH’da “yasal bildirim sürecinin başlatılması” gerektiğini tam anlamıyla kavramamız gerektiğini Tablo-1’de somutlaştırarak konuyu daha net anlamaya yardımcı olabilir. Bu tabloda gerek hekimlik pratiğinde gerekse de MH pratiğinde en sık karşılaşılan üç durum üzerinden bir irdeleme yapılmaya çalışılmıştır. Konunun tam anlaşılması için genel tıp pratiğimizdeki bazı kavramları, tanımlamaları anımsamak gerekir. Bunlar: durum/olay - enfeksiyon/bulgu - hastalık- meslek hastalığı- tıbbi meslek hastalığı- işle ilgili hastalık - işin arttırdığı hastalık- yasal meslek hastalığı -sigortacılık mantığı - sigortacılık çeşitleri - iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası - maluliyet - tazminat - rücu vb şeklinde sıralanabilir. Bu tabloda aslında bu kavramlar somutlaştırılmaya çalışılmıştır. Bunların tamamı tartışılmadan aslında MH’nı kavramsal olarak anlamak olanaklı değildir. Bundan da öte geleceğe iyi bir meslek hastalıkları tanı-takip sistemi bırakmak istiyorsak net ve kalın çizgilerle “tıbbi meslek hastalığı” ve “yasal meslek hastalığı” kavramını sistemimizin odağına yerleştirmek zorundayız.

Tıbbi Meslek Hastalığı nedir?

Tıbbi meslek hastalığı bir etyolojik tanımlamadır. Günümüzün gelişen tıbbi koşullarında artık net olarak biliyoruz ki hemen hiçbir hastalık tek bir nedene bağlı değildir. Hekimlik pratiğimizde karşılaştığımız hemen tüm hastalıklar multifaktöryel etyolojilidir. Bu faktörleri de kabaca intrinsik ve ekstrinsik faktörler olarak ayırmak hemen tüm temel tıbbi kitap ve metinlerimizin ortak bir yaklaşımıdır. Kişinin yaş-cins-immünolojik-serolojik-mekanik savunma vb özelliklerini etkileyecek yapısal-kalıtısal özellikleri intrinsik faktörlerin içinde tanımlanmaktadır. Sigara, dış ve iç ortam hava kirliliği, mesleksele maruziyetler, diyet, kimyasallar vb tüm koşullar ve durumlar da ekstrinsik faktörlerin içinde ifade edilmektedir. İşte “tıbbi meslek hastalığı” terimi bu tip rutin pratiğimizde sık karşılaştığımız zorunlulukların bir ifadesidir. Çünkü şu anda nerdeyse bir karmaşaya ancak bu gidişle de şimdiden önlem alınmazsa bir kaosa gidebilecek bir du-



rumun oluşmamasının bir tedbiridir. Literatüre baktığımızda “tıbbi meslek hastalığı” terimini ilk defa ILO’nun bir dönemdeki en önemli danışmanı; hatta ILO meslek hastalıkları listesinin günümüze ilk uyarlayıcısı - teorik ve pratik eğitmenlerinden olan Dr. M. Lessage kullanmıştır. Bu tanımlamadan sonra ki son 2-3 dekattır ABD/Avrupa başta olmak üzere bir çok ülkede tıbbi meslek hastalığı tanımlaması benimsenmiş hatta bu tanımın içine işle ilgili hastalıklar, işin arttırdığı hastalıklar, işin ortaya çıkardığı hastalıklar kavramları dahil edilmiştir. Yine bu nedenledir ki 27 Avrupa Birliği ülkesinin 2007 verilerinin yayınlandığı Eurostat 2010’da 15-64 yaş arasında çalışan kişilerin %8.6’sında işle ilgili hastalıkların görüldüğü ifade edilmiştir. Saptanan tıbbi meslek hastalıklarının (işle ilgili hastalık) yarısını kas iskelet sistemi, ¼’nü psikolojik rahatsızlıklar oluşturmaktadır. Yani bildirilen her 4 tıbbi meslek hastalığının 3’nü bizim sistemimizde-hekimlik pratiği-mentalitesi-kültüründe olmayan ya da rutin pratiğimize henüz girmeyen hastalıklar oluşturmaktadır. Gerek kas iskelet sistemi hastalıkları, gerek psikolojik sorunlar gerekse de diğer sistem patolojilerinin tek etkenli olabileceği düşünülemez bir gerçekliktir. Birebir illiyet bağı olan akciğerin toz hastalıkları(pnömokonyozlar) ile intoksikasyonlar bile tek nedenli değildir. Pnömokonyoz yapıcı ortamda çalışan kişilerin tamamında pnömokonyoz görülmez; en kötü koşullarda bile pnömokonyoz görülme sıklığı %10’lar civarındadır. Kişilerin sigara içip içmemesi, solunum sisteminin mekanik-fonksiyonel-hücresele düzeydeki savunma mekanizmasının durumu pnömokonyoz oluşumunda en az kişinin maruz kaldığı ortamdaki tozun yoğunluğu ve cinsi kadar önemlidir. Bu nedenle meslek hastalığını öncelikle tıbbi olarak düşünmek; “tıbbi meslek hastalığı” gibi bir etyolojik tanımlamayı kullanmak bir zorunluluktur.

Yasal Meslek Hastalıkları Nedir?

Geçmişten 1990’ların sonuna kadar tek başına “meslek hastalığı” terimi hemen hemen her ülkede “yasal meslek hastalığı”nı çağrıştırmış, bu yönde uygulama görmüştür. Yasal meslek hastalığı ise hukuki delillere dayanarak bir illiyet bağı ile nedenselliği ortaya konulan; etkilenen kişiye bir takım sosyal ve yasal kazanımlar sağlayan durumların hepsidir. Bu nedenle de tanı süreci en iyi sistemlerde bile en az

1 yıl süren ancak ihtilaf durumlarında bu sürecin bazen yıllarca sürebildiği bir tablodur. Başka bir ifade ile pratikte “yasal meslek hastalığı iş kazası ile eşdeğerdir. Çünkü ikisinde de aynı sigortacılık (İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları (İKMİH) sigortası) mantığının yasal kuralları geçerlidir. Bu nedenledir ki günümüzde birçok ülke meslek hastalıkları tanımlarını, yaklaşımlarını değiştirmektedirler. Çünkü her tıbbi MH’nı yasal MH olarak algılamak; yasal ve sosyal açıdan “iş kazası” ile eşdeğer bir yaklaşımı uygulamak zorunda olmak demektir. Oysa İKMİH sigortacılık kolu gerek yapısı, kaynaklarının temini, bu kaynakların hak sahiplerine aktarımı diğer sigortacılık kollarından (ihtiyarlık, emeklilik, hastalık, ölüm vb) oldukça farklıdır. İlk fark; diğer sigortacılık kollarında “sigorta primi” kişinin kendisi-sigortalının-çalışanın kendisi tarafından karşılanır. Oysa İKMİH sigortacılık kolunun primi “işin risk durumuna göre” kişiyi istihdam eden özel-tüzel-kamu “işveren”i tarafından karşılanır. Hatta burada son İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) yasamızda olduğu gibi birçok ülkede çalışma barışı açısından bu sigorta kolunun priminin belli bir kısmı devlet erki tarafından da karşılanır. İşte bu nedenledir ki bir iş kazası olduğu an “yasal-adli bir süreç” başlar; başlamak zorundadır. Bu sürecin iki temel amacı vardır:

Risk ile saptanan hastalık arasındaki illiyet bağına belgelemek

Kişinin yaşamsal bütünlüğünde ne kadar hasar olmuş? Bu hasarın maddi tazmin oranını belirlemektir.

Bu iki durum da aslında bir biriyle ilintilidir. İlliyet bağı ile kusurun kimde olduğu, kazanın oluş koşulları, olan durumla bu koşulların nedenselliğini araştırmak zorunludur ki sonuçta İKMİH sigortası ikinci durumun oranına göre (maluliyet oranı-fonksiyonel bütünlüğün kayıp oranı) yapacağı sağlık, sosyal ve yasal (tazminat vb) yardımların giderlerini ‘rücu’ edeceği bir suçlu arayacaktır. Çünkü kişiye İKMİH sigortacılık kolu tarafından yapılacak yardımlar kişinin yaşamı sonlandıktan sonra da devam edecektir. İşte tek başına “meslek hastalığı” yasal ve sosyal açıdan bire bir ‘iş kazası’ ile aynı anlamı taşır. Meslek hastalığı terimini “tıbbi meslek hastalığı (işle ilgili hastalık)” olarak daha başlangıç aşamasında tanımlamadıkça anlaşılacak durum doğaldır ki bu ‘yasal meslek hastalığı’dır. Ki bu da birebir iş kazası

**Tablo-I: Meslek hastalıklarında Sosyal Güvenlik Kurumu (İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları sigortacılık kolu) ne zaman devreye girmelidir ?**

Evre	Olay	Tüberküloz (TB)	Pnömonyoz (PN)	Kurşun entoksikasyonu (Ke)
0	Etken	2-4 mikronluk TB mikrobi	<5 mikron her türlü lifsel-partiküler inorganik toz	Kurşun(Pb) bileşikleri ve alaşımları
	Risk grubu	TB mikrobiyle karşılaşan herkes	İnorganik tozla karşılaşan herkes	Pb ve alaşımları ile karşılaşan herkes
	Olası Hedef kitle	Dünya : 6-7 milyar kişi TR: 75-80 milyon kişi	Dünya: milyonlar TR: > 700 bin'den fazla kişi	?
I	Etkenle karşılaşmışmanın göstergesi	PPD pozitifliği	I/0 ve üstü yani ciğerin normal yapısında şüpheli bir radyolojik görünüm	Kan, idrar ya da değişik biyolojik materyalde Pb ve metabolitlerinin normalin üstünde olması
	Bu evreye ne denir?	TB ENFEKSİYONU	PNÖMOKONYOZLA UYUMLU RADYOLOJİK GÖRÜNÜM	KURŞUN VE METABOLİTLERİNDE ANORMALLİK
	Bu evre kişinin hayatında en ufak etkilenme yapar mı?	Hastalığa dönüşmedikçe (Dış veya iç faktörlerle immün sistemde defekt vs. olmadıkça) KESİNLİKLE YAPMAZ	Hastalığa dönüşmedikçe (Dış veya iç faktörlerle profusyon hızla 2. kategoriye ya da PMF'e dönüşmedikçe) KESİNLİKLE YAPMAZ	Hastalığa dönüşmedikçe (Hematolojik-Böbrek vb organlarda klinik bulguya dönüşmedikçe) KESİNLİKLE YAPMAZ
	Yasal bildirim gerekir mi?	HAYIR	HAYIR (I/I ve üzeri yoğunluk ya da PMF düşündüren durum olmadıkça) I/I ve üstü tıbbi kayıt için SB HSK ÇSDB, İkincil ve Birincil korunmanın gözden geçirilmesi için ÇSGB İSGGM ... İŞ TEFTİŞ	HAYIR Entoksikasyon sınırına yaklaşanların tıbbi kayıt için Sağlık Bakanlığı HSK –ÇSDB; İkincil ve Birincil korunmanın gözden geçirilmesi için ÇSGB İSGGM ... İŞ TEFTİŞ
II	Hastalığa dönüşme ihtimali (%)	%5-10'un altı (ömür boyu)	% 5-10'un altı (ömür boyu)	?
	Hastalık belirtileri	Solunumsal ve sistemik yakınma ve bulgular + radyografi + mikrobiyoloji + patoloji vb	Solunumsal ve sistemik bulgular + radyolojik progr. + fonksiyonel etkilenme vb bulgular vb	Organ ve etkilenen sistemlere özgü yakınma ve bulgular
	Bildirim gerekir mi? Nereye?	EVET Sağlık Bakanlığı VSDB	EVET SB HSK ÇSDB ÇSGB İSGGM ... İŞ TEFTİŞ	EVET Sağlık Bakanlığı HSK –ÇSDB ÇSGB İSGGM ... İŞ TEFTİŞ
	Araz bırakma ihtimali	İyi bir tedavi ve takip ile yok denecek kadar az	İyi bir tedavi ve takip ile yok denecek kadar az	İyi bir tedavi ve takip ile yok denecek kadar az
	Kalıcı maluliyet ihtimali	Kalıcı Araz – hasar (ör: destroid lung – harap akciğer) bırakanları... < %10	Araz bırakanları... < %10	?

ile ilgili ne gerekiyorsa (tespit-tanı-bildirim-illiyet bağı-kışideki kayıp oranı vb) hepsinin belli bir usulle yerine getirilmesi zorunluluğu demektir. Başka bir ifade ile her meslek hastalığının iş kazasında olduğu gibi mutlaka kişide kalıcı bir hasar-maluliyet- oluştuğu varsayımıyla davranmak demektir. Oysa mes-

lek hastalıklarının saptanması işlemleri sigortacılık mantığı ile değil de koruma mantığı, ile yapılacak olursa meslek hastalıklarının henüz hastalık haline bile geçmeden, bulgu aşamasında veya kalıcı hasar bırakmayan geri dönüşümlü aşamada ya da en azından hızlı progresyonunu durdurucu aşamada yaka-

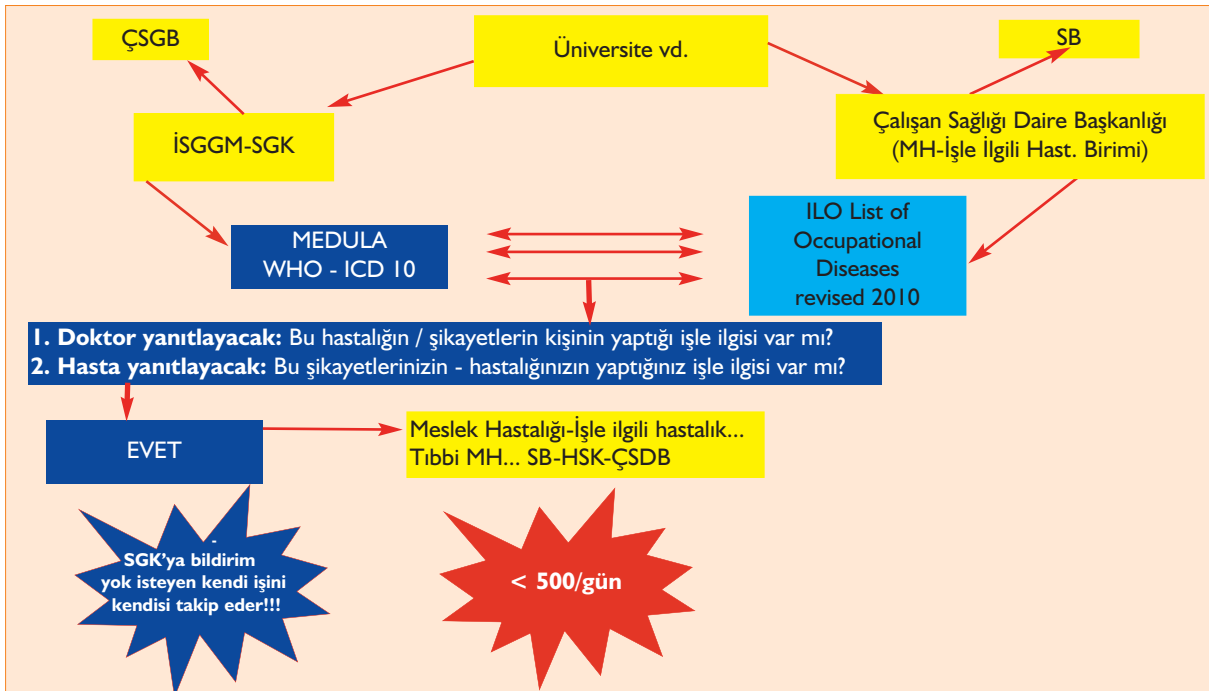


lamak mümkündür. Çünkü evrensel tıbbi pratikte artık günümüzde anlaşılan meslek hastalıklarının neredeyse %99'u tıbbi meslek hastalığı = işle ilgili hastalık"tır. Yani etyolojik bir tanımlamadır, başka bir ifadeyle her hekimin Ramazzini'den beri hekimlik pratiğinde göz önüne alınması gereken bir sorgulama sisteminin olası bir bulgusudur. Bu konuda Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre tıbbi meslek hastalıklarının en fazla, en kötü koşullarda bile %1-10'u "yasal meslek hastalığı" kategorisinde maluliyet yani kişide iş kazalarında olduğu gibi günlük sosyal ve çalışma yaşamını bozacak, kişide fonksiyonel kayba yol açacak şekildedir. Bu durumu da en iyi bilebilecek kişi yasal ve sosyal açıdan "iş kazaları"nda da "yasal meslek hastalıklarında" da öncelikle "kişinin kendisi"dir.

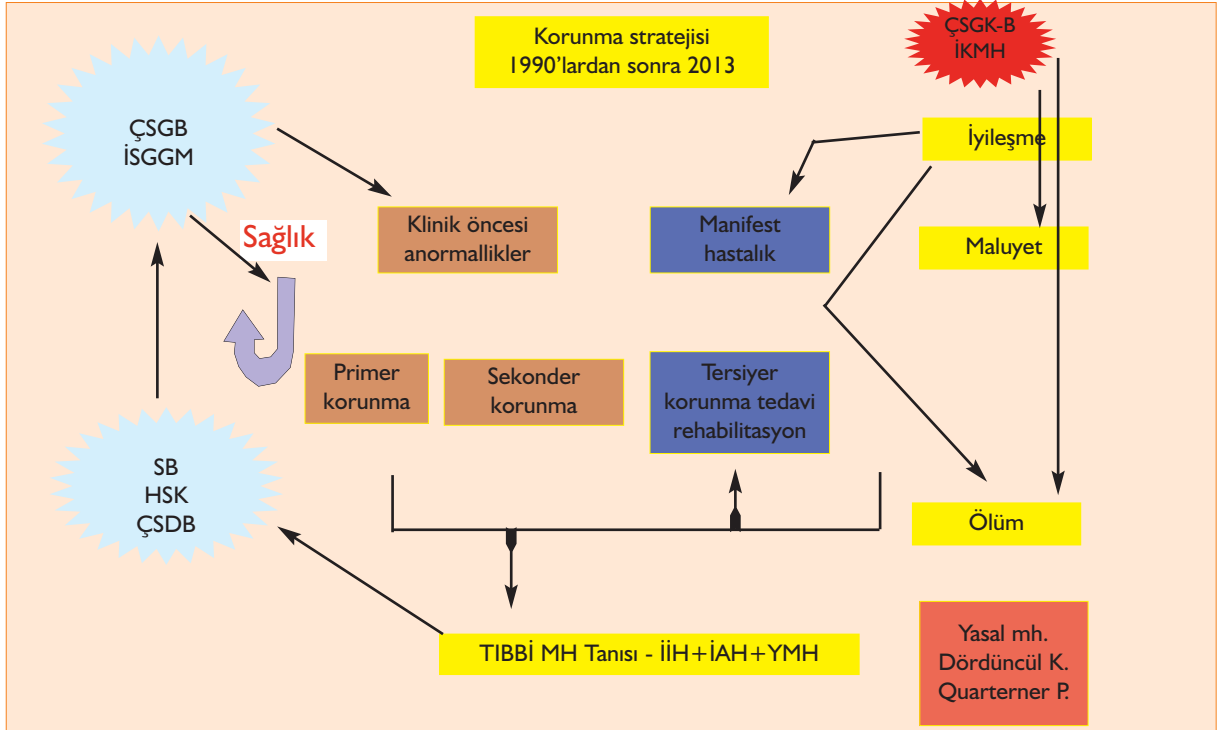
Kişi vücut bütünlüğünde sosyal yaşamını sürdürmesine engel olacak derecede bir kayıp olduğunu düşünüyorsa bu kaybın karşılanması için kendisi veya vekilleri kanalıyla, tazminat ve buna zemin teşkil edecek maluliyet değerlendirme sürecini yani "yasal meslek hastalığı" sürecini başlatacaktır. Bu açıdan yani yasal meslek hastalıkları tanı ve takip süreci ülkemizde de dünyadaki gibidir; bu konuda bir sıkıntı yoktur. Tekrar ifade etmekte yarar vardır ki yasal meslek hastalıkları tanı ve takip süreci bir "sigortacılık mantığı"nın gereklerinin ye-

rine getirilmesi sürecidir. Bazı ülkeler bu süreci kaldırmışlardır. Ancak uygulayan ülkelerde de aynen ülkemizde olduğu gibi süreç oldukça zorlu ve uzun erimlidir. Çünkü sonuçta elde edilecek sosyal ve yasal haklar onlarca yıl devam edecek boyuttur.

Tablo-1'i irdeleyecek olursak Evre 0 ve Evre I'de henüz hastalık yoktur; durum ve bu durumu belirleyen "bulgu"lar vardır. Ancak maalesef ortada hastalık olmayan "bulgu" olan bazı durumlar sistemimizce "yasal meslek hastalıkları takibi"ne tabi tutulabilmektedir. Örnek kategori-1 pnömokonyozlardır. Bu kategori "pnömokonyozla uyumlu radyolojik bulgu şüphesi" demektir. Yani kişide klinik, fonksiyonel bulgularla henüz hastalık haline geçmemiş, hastalık olmayan "bir bulgu-bir durum" bizim sistemimizde aylar-yıllarca sürececek bir "yasal meslek hastalığı tanı ve takip sürecine" tabi tutulmaktadır. Başka bir ifade ile Tablo-1'deki evre II'de hastalık belirti ve bulguları henüz yeni oluşmaya başlamaktadır. Bu evrenin erken tanısı, olgunun "Sağlık Bakanlığı kayıtlarına" girmesi için tüm çabalar harcanmalıdır. Çünkü bu evrede erken tanı, maruziyetin önlenmesi veya azaltılması olayın tam veya tama yakın düzelmesini sağlayacaktır. Bu evre bir üçüncül korunma önlemidir-evresidir. Bu evrede morbidite-maluliyet-mortalitenin önlenmesi erken yaklaşımla minimize edilebilecektir. Bu evrede



Şekil-1: Meslek Hastalıkları tıbbi tanı sistemi model önerisi (İ.A.)



Şekil-2: Korunma stratejisi çerçevesince meslek hastalıkları tıbbi –yasal tanı sistemi model önerisi (İ.A.)

tüm hastalıklarda olduğu gibi sağlığın her aşamadaki bozulmasının kayıt sistemini, surveyansını takip edecek en yetkili kurum ve kuruluş olan Sağlık Bakanlığına (SB) bildirim yapılmalıdır. Bu bildirim sistemi ise Şekil-1'de şematize edildiği gibi oldukça basit bir yaklaşımla formüle edilebilir. Bu sistemin özü "her sağlık kurumunda çalışan her kademedeki hekimin, karşılaştığı her hastada zorunlu olarak meslek-maruziyet anamnezi alarak; muayene ettiği kişi ile beraber bunun çalışma ortamından –da- kaynaklanmış olabileceğini kayıt altına alması" esasına dayanmaktadır.

Ancak meslek hastalıkları özelinde bu evrede SB tarafından yapılacak meslek hastalıkları kayıt sisteminde işyeri bazında ikincil ve birincil korunmanın tekrar gözden geçirilmesi için ÇSGB (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı) İSGGM (İşçi Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü) kanalıyla iş teftiş başta olmak üzere birincil ve ikincil korunmayı kontrol birimleri devreye girmelidir. Tablo-1'de görüldüğü gibi SGK'ya meslek hastalıklarının otomatik-spontan hele hele zorunlu bildirimini diye bir kavramın "korunma mantığı" yönünde meslek hastalıkları takip sistemi içinde yeri olamaz.

ÇSGB burada 2 temel fonksiyondadır. Biri Ça-

lışma Bakanlığı ki bunun pratikteki uzantısı olan İSGGM ile bunun alt birimleri (iş teftiş, İSGÜM vb.)dir. ÇSGB'nın ikinci temel fonksiyonu ise Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve bunun alt birimleri (İKMİH sigortası, emeklilik, malullük, analık, ölüm, medulla vd)'dir. SGK'nın İKMİH sigortası ancak kişinin kendisinde sosyal ve çalışma yaşamında bir yetersizlik olduğunu düşünmesi veya takip eden sağlık kurumunun böyle bir tespiti olması bunun da mesleki nedenlere bağlılık olasılığı varsa kişinin kendisi veya vekili kanalıyla yapacağı bir işlemdir, bir süreçte konuya müdahil olur. Şekil-2'de meslek hastalıkları tıbbi ve yasal işlemleri bir model önerisi olarak şematize edilmiştir.

Böyle bir model önerisindeki temel amaç ILO-WHO başta olmak üzere meslek hastalıklarının dahil edildiği "terminolojik tanımlama" şablonunun 21.yy'da artık değiştirilmesi zorunluluğudur. Meslek hastalıkları terminolojisi değiştirilmeden korunmaya yönelik etkin bir meslek hastalıkları tanı sisteminin oluşturulması olası değildir. Böyle bir tanımlamanın olası yaralarını şöyle özetlemek mümkündür:

Tıbbi meslek hastalığı tanısı etyolojik bir tanımlama olup "işle ilgili hastalık-işin artırdığı hastalık"



vb adlar altında toplanabilen; ortaya çıkmasında işyeri koşullarının, işyeri ortamındaki maruziyetlerin direk ya da indirek; primer-sekonder-terciyer rol aldığı etyolojik bir tanımlamadır. Bu tanımlama bu nedenle bir üçüncül korunma yöntemidir. Erken tanı ve tedavi ile progresyonu önleyerek morbidite, maluliyet-mortaliteyi önemli ölçüde azaltacağı gibi tıbbi meslek hastalığı tanısı konulan kişinin indeks vaka olarak kabul edilip çalıştığı birimde ikincil ve/veya birincil korunma sistemini tekrar gözden geçirmeyi sağlayıcı erken bir uyarı sistemidir.

Tıbbi meslek hastalığı her basamakta çalışan her hekimin “iyi bir iş-meslek-maruziyet-iş koşulları vb” anamnezini sorgulayarak koyabileceği rutin bir hekimlik hizmetidir. Bu hizmetin sonucunun yani tıbbi meslek hastalığı bildiriminin olacağı yegane makam Sağlık Bakanlığı (SB)’nın bu konudaki ilgili birimi olmalıdır. Tıpkı diğer bildirim zorunlu tüm hastalıklarda hatta gelecek projeksiyonu açısından tüm hastalıkların ülke çapında sürveyans takiplerinin yapılacağı SB’nin otomatik takip sistemidir.

Her tıbbi meslek hastalığının SGK -İKMH sigortacılık koluna bildirimini gerekmez. Çünkü ÇSGB’na bildirim 2 temel amaçla yapılmalıdır. İlk amaç tıbbi korunma amacı taşır. Bu bildirim SB’nin ilgili birimi Halk Sağlığı Kurumu-Çalışan Sağlığı Daire Başkanlığı’na (HSK-ÇSDB) yapılmalıdır. İkinci amaç da korunma içeriklidir. Bunda da etki-

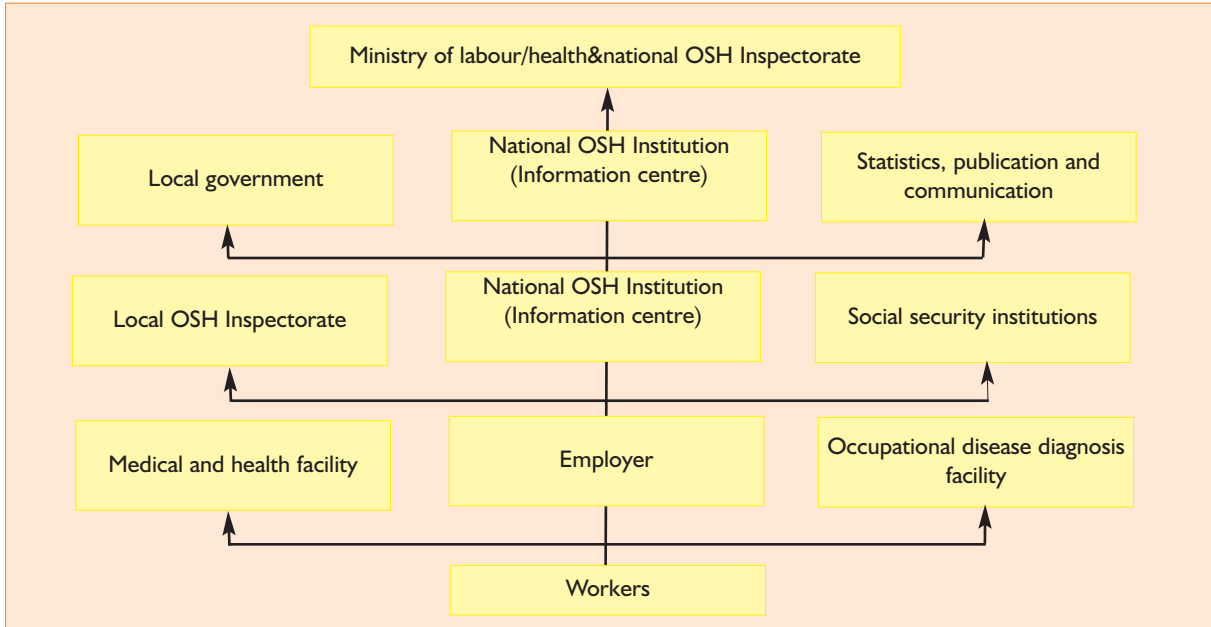
lenme olan kişiyi saptayan işyeri hekimi tarafından “tıbbi meslek hastalığı” tanısı konulan olgunun geldiği işyerinde aynı patoloji ve durumlu birden fazla olgu ya da çalışanların belli bir yüzdesinin üzerinde olması halinde bu olgular “indeks vaka” olarak kabul edilip ÇSGB’na bildirilir. Böylece bakanlığın İSGGM-İş teftiş birimi tarafından ikincil ve/veya birincil korunmanın gözden geçirilmesi sağlanmış olur.

Şekil-3’de ILO’nun geçtiğimiz günlerde önerdiği yeni meslek hastalıkları tanı sistemi modeli görülmektedir. Dikkatli incelenecek olursa bu modelin Şekil-1 ve 2’de tarafımdan önerilen modelden çok da farklı olmadığı görülecektir.

Hangi model olursa olsun yeni bir paradigma, tıbbi korunmayı önceleyen yeni bir meslek hastalıkları tanı sistemi modelinin kaçınılmaz olduğu artık su götürmez bir gerçektir. Kurulacak yeni meslek hastalıkları tanı sistemi ile tıbbi meslek hastalıkları tanısının konulabilmesi halindeki olası yararları şöyle özetlemek mümkündür:

Meslek hastalıkları tanısının doğru konulması, kayıt altına alınması

Tıbbi meslek hastalığı tanısı konulan kişinin hastalığının progresyonunun önlenmesi, kişide kalıcı hasarların, maluliyetlerin oluşmasının önlenmesi (dördüncül korunma-İ.A.)



Şekil-3: ILO’nun 2013 itibarıyla önerdiği meslek hastalıkları tanı sistemi model önerisi (6)



Erken tanı ile çalışanlarda morbidite ve mortalitenin önlenmesi (üçüncül korunma).

Aynı ortamda çalışan diğer kişilerde de etkilene olup olmadığının araştırılmasının sağlanması (ikincil korunma).

Çalışma ortamının hastalık üretim merkezi olmasının önlenmesi için konunun asli sahibi olması gereken kurumca (ÇSGB-İSGGM) gerekli önlemlerin alınmasının sağlatılması (birincil korunma).

Yasal meslek hastalıkları tanı sistemi için tıbbın gelecekte hukuka dönüşümünün delillerinin oluşturulması.

Her gün çalışma ortamlarına insanlardaki etkileri test bile edilemeden pompalanan onlarca-yüzlerce zararının etkilerini saptayabilecek bir mekanizmanın oluşturulması ki bu en ileri tarama toksikolojik yöntemden de ileridir, gereklidir, zorunludur. Çalışma alanlarındaki iç ortam hava kirliliğinin çevreye zararının önlenmesi; hava kirliliğinin (DSÖ tarafından tek başına grup-1 kanserojen sınıfına alındı) önlenmesi; ortamda olmayan masum çocuk-çocuğun etkilenmesinin önlenmesi (toplumun korunması).

Sonuçta ILO'nun ifade ettiği gibi 21.yüzyılda birçok paradigmayı değiştirmek zorundayız. Bunun ilk yolu da terminolojiyi değiştirmekle işe başlamak gerekmektedir. Belli bir düşünce sistemi içinde olan bizlerin çok hoşuna gitmese de 'işçi' kavramını 'çalışan' kavramına dönüştürmek zorundayız. Çalışmadığı, üretmediği, hizmet sunumunu gerçekleştirmediği takdirde bireysel ve sosyal yaşamını idame ettiremeyecek herkes 'çalışan'dır. Bu klasik anlamda işçiyi de, doktoru da, öğretmeni, bilim insanını, kapıdaki yardımcı personeli, hemşireyi, mühendisi vd. hepsini kapsar. Çalıştıran kişi ve sistem karşısında bir güç oluşturur; birlikte hareketle çalışma ortamlarının hastalık üretim merkezlerine dönüşümünü, insanca yaşam koşullarının oluşturulmasının yollarını açar. Benzer şekilde iş/işçi sağlığı kavramını da çalışan sağlığı kavramına dönüştürmek zorundayız. Bu kavramların içselleştirilmesi ile oluşturulacak "tıbbi meslek hastalıkları tanı sistemi" çalışma ortamlarının daha sağlıklı ortamlara dönüşümünü sağlayacaktır. Bu modelin birebir dünyada karşılığı henüz yoktur. Bu nedenle bu model dünyaya da örnek olabilecek bir modeldir, bunu geliştirmek zorundayız. Ancak bunu konu-

nun anayasal sorumlusu olan SB-ÇSGB iki kurumun bu işin özüne yönelik ciddi aktivasyonları ile ancak olabilir. Devlet erki düzeyinde bu aktivasyonu TTB, TMMOB gibi sivil kuruluşlar, üniversiteler başta olmak üzere konunun tüm ilgililerini, sivil toplum kuruluşları hızlandırabilir. Bunun ikinci aşaması ya da bununla paralel olarak artık çalışma yaşamında çalışma koşullarına bağlı gelişen patolojilerin tanı-tedavi-izleminin ayrı bir uzmanlık alanı olduğu bilincinin geliştirilmesi; üniversiteler başta olmak üzere konuyla ilgili kurumlarda bu yönde ciddi gelişmelerin, değişikliklerin yapılması da artık kaçınılmaz bir zorunluluktur.

Kaynaklar

1. Akkurt İ. Meslek Hastalıkları Hastanelerine işlerlik kazandırılması konusunda genel görüşler. Toplum ve Hekim 1996; 11: 50-56
2. Akkurt İ. Dünyada ve ülkemizde meslek hastalıkları salgının gizli kalması nasıl başarıldı? http://www.insanbu.com/a_haber.php?nosu=1257
3. Akkurt İ, Şimşek C. Do we need to redefine occupational health terminology? WHO - The Global Occupational Health Net - GOHNET Newsletter No.22, November 2013: 13-14
4. European Commission. Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU member states and EFTA/EEA countries, in particular relative to commission recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects. March 2013
5. ILO The prevention of Occupational Diseases World Day for safety and health at work 28 April 2013 ISBN 978-92-2-127447-6 (web)
6. ILO- National System for Recording and Notification of Occupational Diseases – Practical guide – Geneva- First Published 2013 – ISBN 978-92-2-127057-7 (web)
7. Karadağ ÖK, Akkurt İ, Ersoy N. Meslek Hastalıklarının tespit edilememesinin nedenleri ve doğurduğu sonuçlar. Toplum ve Hekim 1998; 13(3): 185-9
8. Karadağ ÖK, Akkurt İ, Ersoy N. Meslek Hastalıklarında sorunlar ve çözüm önerileri. Toplum ve Hekim 1998; 13(3): 191-5
9. Türkiye İstatistik Kurumu) –2006-2007 iş kazaları ve işe bağlı sağlık problemleri araştırma sonuçları, T.C Başbakanlık TÜİK haber bülteni, 25 Mart 2008, sayı: 50
10. Türkiye İstatistik Kurumu) – İş kazaları ve işe bağlı sağlık problemleri araştırma sonuçları, T.C Başbakanlık TÜİK haber bülteni, 24 Aralık 2013, sayı: 16118
11. WHO The Global Occupational Health Net - GOHNET Newsletter, Issue No. 12, 2007.●



BİR OLGU ÜZERİNDEN

TÜRKİYE'DE MESLEK HASTALIKLARI TANI SİSTEMİ

Coşkun CANIVAR

Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları
Tıpta Uzmanlık Öğrencisi

Giriş

Meslek hastalıkları denildiğinde, tanı aşamasında tıbbi yaklaşım gerektirmesi ve tanı sonrasında da hukuki süreçlerin gündeme gelmesi nedeniyle tıp dünyasında mesleki etkenle hastalık bağının ispatlanmasından ibaret teknik bir konu algısı yaratırken, emek örgütleri veya bireysel olarak işçiler tarafından ise ağırlıklı olarak tazminat hukuku sürecini işletmek olarak algılanmaktadır. Ancak meslek hastalıklarını görülme sıklığı, patolojinin orta çıkış nedenleri ve tanı süreci açısından değerlendirdiğimizde toplumsal yapının başta üretim ilişkileri olmak üzere neredeyse tüm kavramları ve pratikleri ile ilişki içinde olduğunu söyleyebiliriz. Yazıda, Türkiye'de meslek hastalıkları tanı sistemi ni ortaya koyarak kapitalist üretim ilişkileri ve devletin meslek hastalıkları ortaya çıkış sürecinde oynadığı rol bir olgu üzerinden ele alınmıştır.

Türkiye'de Meslek Hastalıkları

Ülkeler arasında değişmekle birlikte, yılda her bin işçi için 4-12 yeni meslek hastalığı olgusu beklenmektedir (1). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 2009 açıklamalarına göre dünyada her yıl 160 milyon insanda çalışmadan kaynaklı hastalık meydana gelmektedir. Her yıl 1 milyon 950 bin kişi meslek hastalıklarına bağlı yaşamını yitirmektedir (2). Türkiye'deki durum değerlendirildiğinde, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2012 verilerine göre 9.5 milyonu kayıt dışı olmak üzere toplam 24 milyon işçi istihdam edilmektedir (3). Her bin işçi için yılda 4-12 yeni meslek hastalığı beklentisi üzerinden değerlendirildiğinde Türkiye'de her yıl yaklaşık 100 bin ile 300 bin arasında işçi

meslek hastalığına yakalanmaktadır. Türkiye'deki ortalama çalışma sürelerinin uzunluğu, güvencesiz ve esnek çalışmanın yaygınlığı göz önüne alındığında beklenen yıllık meslek hastalığı sayısının 300 bin civarında olduğu söylenebilir. Meslek hastalıklarına bağlı ölümler, iş kazasına bağlı ölümlerin yaklaşık 5-6 katı düzeyinde olduğu göz önüne alınırsa Türkiye'de her yıl en az bin 500 işçi iş kazasına bağlı hayatını kaybettiğine göre en az 9 bin işçi meslek hastalığına bağlı hayatını kaybetmektedir. Dünyada iş kazası ve meslek hastalıklarına bağlı ölümlerin dağılımı incelendiğinde mesleki kanserler %32 ile ilk sırada yer almaktadır (1). Mesleki kanserler tüm kanserlerin %10'undan sorumlu tutulmaktadır (4). 2001'de Finlandiyalı bir ekip tarafından yapılan kanser mortalite verilerine göre tüm kanserler içinde mesleki kanserler oranı %8'e ulaşmaktadır. Erkeklerde akciğer kanserlerinin %29'u mesleki nedene bağlanabilmektedir (5). Türkiye kanser haritası incelendiğinde her yıl yaklaşık 150 bin yeni kanser olgusu teşhis edilmektedir (6). Bu rakamlar göz önüne alındığında Türkiye'de her yıl en az 15 bin işçi mesleki nedenlere bağlı kansere yakalanmaktadır.

Tüm bu beklenen rakamlara değindikten sonra Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı verilerine baktığımızda 2012 yılında 395 işçiye meslek hastalığı tanısı konulmuştur. Yine Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine göre 2011 yılında meslek hastalığına bağlı 10 işçi hayatını kaybetmiştir (7). Bu rakamlar hukuki süreç sonuçlanmış olguları kapsamaktadır. Tıbbi tanı süreci tamamlanmış vakalar açısından Meslek Hastalıkları hastanelerinden alınan verilere bakıldığında 2008 yılında 6792 başvurudan 3388 kişiye meslek hastalığı tanı



sı konulmuştur (8). Türkiye’de mesleki kanser tanısı almış olgu bulunmamaktadır. Oysa ki, meslek hastalıklarının tespit edilemediği 2009-2013 yıllarını kapsayan Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Politika Belgesi’nde belirtilmiştir. Belgede kapsanan dönem için ‘beklenen ancak tespit edilememiş meslek hastalığı vaka sayısı tespitinin %500 artırılması’ hedefleri belirtilmiştir (7). Ancak 2012 verileri göstermektedir ki bu hedefin çok uzağında kalınmıştır. Peki devlet gerçekten meslek hastalıklarına tanı koymak istemekte midir? Veya tanı koymak istemektedir ama tanı sistemini organize etme gücünden gerçekten yoksun mudur? Bu soruların yanıtını devletin doğrudan düzenlediği çalışma hayatı mevzuatı ve bunları hayata geçirme konusundaki gayretlerine bakarak aramak gerekiyor.

Bir Olgu Üzerinden Meslek Hastalığı Tanı Süreci

M.A., meslek sahibi olmak için bir dış laboratuvarında henüz 16 yaşında çocuk işçi olarak çalışmaya başlıyor. İki yıl sonra sigortalı olarak dış protez üretiminin kumlama aşamasında çalışmaya devam ediyor. Yani, tesfiye yapılmış olan metal modelin kum püskürtülerek parlatılması işlemiyle uğraşıyor. Parlatma aşamasında kullanılan kumun silika içermesi nedeniyle bu işlem, dış teknisyenlerinin en fazla silikaya maruz kaldığı protez üretim aşaması anlamına geliyor. M.A.’da yirmili yaşlarının başında aralıklı öksürük şikayeti başlıyor. Otuz yaşına geldiğinde ise sürekli hale gelen öksürük şikayetine nefes darlığı ekleniyor. 16 yıl iki farklı özel laboratuvarında dış teknisyenliği yaptıktan sonra işinden ayrılarak alüminyum fabrikasında çalışmaya devam ediyor. Öksürük şikayetlerinin giderek artması ve eforla nefes darlığının da belirginleşmesi üzerine Eyüp Devlet Hastane’sine başvurur M.A., hastalığının ciddi olabileceği söylenerek Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Hastanesi’ne yönlendiriliyor. Burada akciğer grafileri ve tomografisi inceleniyor ve bronkoscopiye de içeren ileri tetkikler sonrası mevcut akciğer rahatsızlığının mesleki nedenle kaynaklanmış olduğu ve meslek hastalıkları hastanesine başvurması gerektiği söyleniyor. Kasım 2008’de silisyum içeren tozlara bağlı oluşan ‘Mesleki Pnömokonyoz’ tanısıyla İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesine başvuruyor. Burada kendisine, mesleki kazanma gücü azalma oranı-

nın tespiti için sağlık kurulu raporu düzenleneceği belirtiliyor. M.A. tam 3 yıl bu raporun hazırlanmasını bekliyor. Eylül 2011’de İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi’ne raporu sormak için tekrar gittiğinde müfettiş raporlarının hastaneye ulaşmadığı için sağlık kurulu raporunun hazır olmadığı söyleniyor. Bunun üzerine M.A., Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Teftiş Kurulu’na başvurarak müfettiş raporlarını kendisi hastaneye götürüyor. Bunun üzerine Meslek Hastalıkları Hastanesi’nde sağlık kurulu raporu düzenleniyor ve Beşiktaş Sigorta Müdürlüğü’ne yönlendiriliyor. Buradan gerekli evraklar verilen M.A. sonrasında Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü Kocatepe Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi’ne yönlendiriliyor. Kocatepe Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi’nde ‘Mevcut akciğer grafisi değerlendirmeye uygun değildir. ILO normlarına uygun çekilmiş, analog, yeterli kalitede 35x35 cm ebatında akciğer grafisi teminine karar verilmiştir’ denilerek sağlık kurulu raporu kabul edilmiyor. M.A., analog akciğer filmi çeken cihaz bulmak için iki büyük devlet hastanesi ve sayısını hatırlamadığı kadar küçük kliniği geziyor ve sonunda başvurduğu bir hastanede analog akciğer filmini çekebiliyor. Tekrar Kocatepe Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi’ne başvuruyor. M.A.’nın ilk hastane başvurusundan yaklaşık 4 yıl sonra Nisan 2012’de ‘mesleki kazanma gücü azalma oranının tespiti’ yapılıyor. Karar ‘İş görmezlik dereceniz %9.3 olduğu tespit edilmiştir’ oluyor. Ne ‘şanssızlıktır!’ki M.A. sürekli iş görmezlik geliri bağlanması için %10 olan iş görmezlik derecesi sınırının altında kalıyor. Bunun üzerine M.A., Yüksek Sağlık Kurulu’na itirazda bulunuyor. Meslek Hastalıkları Hastanesi’ne ilk başvurudan yaklaşık 5 yıl sonra Mart 2013’te Yüksek Sağlık Kurulu M.A.’a ‘Tespit edilen %9.3 olan derecenizin değişmediği, bakıma muhtaç olmadığınız ve kontrol muayenesinin gerekmediğine karar verilmiştir’ cevabını veriyor. Tüm bu sürece rağmen mücadelesine devam eden M.A. İş Mahkemesi’nde SGK’ya dava açıyor. İş Mahkemesi’nin tekrardan hekim muayenesi, akciğer filmi, akciğer tomografisi, solunum fonksiyon testi, arter kan gazı istemesi üzerine M.A. halen hastane koridorlarını aşındırmaya devam ediyor.

M.A.’nın tanı sürecinde yaşadıkları Türkiye’de meslek hastalıkları tanı sistemini tüm ayrıntılarıyla



ortaya koymaktadır. Tıbbi tanı ve maluliyet belirleme sürecinde karşılaşılan bürokratik engeller devletin meslek hastalıklarını gerçek rakamlarıyla saptamak bir yana konunun üzerini kapatma yaklaşımının açık göstergesidir. Meslek hastalıklarına tanı sürecini bu denli zorlaştıran devletin meslek hastalıklarının ortaya çıkışındaki sorumluluğu nedir sorusunun yanıtını M.A.'nın çalışma koşullarına bakarak arayalım.

Meslek Hastalığı Hastalık Gelişiminde Kapitalist Üretim İlişkileri ve Devletin Rolü

Türkiye'de Kamu İhale Yasası'nın diş protez üretimi ile ilgili hususları 2011 yılında yürürlüğe girmiş olup, kamu hastanelerinin ve Ağız Diş Sağlığı Merkezleri'nin özel laboratuvarlardan ihale usulü protez alımını başlatmıştır. Böylece alanında tekelleşmiş firmalar çok düşük fiyatlarla ihalelere girmekte ve düşük fiyata ürün ortaya çıkarma adına 'merdiven altı' diye tabir edilen çok kötü koşullarda, günde 13-14 saate varan çalışma sürelerinde, gerekli koruyucu önlemler alınmadan, güvencesiz, belgesiz işçi çalıştıran laboratuvarlarda protez üretimi yaptırmaktadırlar. Hastanelerin protez başına ihale bedeli olarak verdikleri ücret SGK'dan protez başına aldıkları ödemedenden daha düşük olmakta ve böylece kâr amaçlı şirket gibi yönetilen hastaneler için rant alanı oluşturulmaktadır. Hastanelerin diş protezi konusunda ihale usulü hizmet alması özel laboratuvarlardaki zaten kötü olan çalışma koşullarını daha da sağlıksız hale getirmiştir. Kapasitesinin çok üzerinde bir ihaleyi kazanan şirket işleri yetiştirme amacıyla 5 ila 10 kişinin çalıştığı küçük laboratuvarlara üretim yaptırmaktadır. Bu uygulama ile diş teknisyenleri bir gündeki kron üretim sayısı 4-5 kat artarken günlük çalışma süreleri 16 saate kadar uzamaktadır. Örneğin bir diş teknisyeni günde 10 ila 15 kron üretmesi gerekirken bu laboratuvarların çalışma koşullarında günde 90-100 civarında kron üretmek zorunda bırakılmaktadırlar. Aksi takdirde ihale süresince işi yetiştiremeyen laboratuvar mali krizle, diş teknisyenleri de işsizlikle karşı karşıya kalmaktadır.

2008 yılında Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde

yapılan 'Diş Teknisyenlerinde Mesleki Maruziyet ve Pnömokonyoz Riski' adlı çalışmada konu birçok yönden ayrıntılı olarak incelenmiştir (9). Bu çalışmaya 120 diş teknisyeni (63'ü resmi laboratuvarlarda 57'si özel laboratuvarlarda) ve kontrol grubu olarak demografik özellikleri benzer olan 32 maruziyetsiz kişi alınmıştır. Ortalama maruziyet süresi 16 yıl olan 120 diş teknisyeninde pnömokonyoz prevalansı %31,4 olarak saptanmıştır. Yani üç diş teknisyeninden birisinde toza bağlı akciğer hastalığı görülmektedir. Ancak daha dikkat çekici olan, özel laboratuvarlarda çalışanlar ile resmi kurumda çalışanlar arasında görülen hastalığa yakalanma oranları farkıdır. Resmi laboratuvar çalışanlarında ortalama maruziyet süresi 15 yıl olup hastalık görülme prevalansı %11.9 iken özel laboratuvarlarda çalışan diş teknisyenlerinde ortalama maruziyet süresi 18 yıl olup hastalık görülme oranı %50.9 bildirilmiştir. Mesleki maruziyet süreleri arasında 3 yıl gibi bir fark var iken hastalık görülme oranları arasında 5 kata yakın fark vardır. Özel laboratuvar çalışanlarında 5 kat fazla pnömokonyoz görülmesinin sebepleri de aynı çalışma içerisinde net bir şekilde ortaya koyulmuştur. Kamuda laboratuvarlarda çalışanların günde ortalama 8 saat ve haftada 5 gün olmak üzere haftalık çalışma süresi 40 saat iken özel laboratuvarlarda çalışanların günde ortalama 11,5 saat haftada 6 gün olmak üzere haftalık çalışma süresi ortalama 72 saattir. Özel laboratuvarlarda neredeyse 2 kat fazla çalışıldığı yani 2 kat fazla mesleki maruziyet süresi olduğu görülmektedir. Resmi ve özel laboratuvarların koruyucu önlemler açısından kıyaslandığında da kişisel ve genel koruyucu önlemler açısından özel laboratuvarların oldukça yetersiz olduğu ortaya konulmuştur. Çalışmada, koruyucu önlemler diş teknisyenlerinin bireysel olarak kullandığı maske ve vakumlu masayı ifade eden 'kişisel koruyucu önlem' ve laboratuvar ortamının havalandırmasını sağlayan genel havalandırma sistemini ifade eden 'genel koruyucu önlem' olarak iki grupta değerlendiriliyor. Özel laboratuvarlarda diş teknisyenlerinin %73'ü hiçbir koruyucu önlem kullanmıyorken resmi laboratuvarlarda %39'unun kişisel koruyucuları kullanmadığı saptanmıştır. Genel koruyucu önlem açısından resmi laboratuvarların tümünde havalandırma sis-



temi varken özel laboratuvarların hiçbirinde havalandırma sistemi olmadığı öğrenilmiş (9). Pnömo-konyoz gelişiminde önemli bir risk faktörü de mesleğe başlama yaşı olup birçok özel laboratuvar da zanaat öğretme ve meslek sahibi yapma amaçlı çocuk işçilerin çok erken yaşlarda başlamak üzere çalıştırıldığı görülmektedir.

Diş teknisyenlerinin çalışma ortamlarının barındırdığı sağlık riskleri ve ortaya çıkan meslek hastalıkları, yapılmış bilimsel çalışmalar ve çalışma koşullarının gözlemlenmesi çerçevesinde değerlendirildiğinde, mevcut üretim ilişkilerinin işçi sağlığını ne düzeyde tehdit ettiğinin çarpıcı sonuçlarıyla doludur. Artı değer üretimiyle sermaye birikimi temelinde örgütlenmiş kapitalist sistemin üretim ilişkilerinin, diş teknisyenliği mesleğinin her basamağında sağlık risklerini hangi uygulamalarla artırdığı açıkça ortadadır. Çocuk yaşlarda başlayan, günde 12 saatin üzerinde, haftada 6 gün, emek yoğun bir şekilde, kişisel ve genel koruyucu önlemler alınmadan, düşük ücretlerle, güvencesiz çalıştırılma politikaları bu alanda yaygın bir uygulamaya dönüşmüştür. Üretim araçlarını elinde bulunduranlar açısından baktığımızda, bahsedilen koşullarının her biri kârı maksimize etme yönteminin bir aracını oluşturmaktadır. Mevcut sistemde devlet yapılanmasının oynadığı rol de oldukça önemlidir. Bir mesleği tehlikeli işler kapsamına alıp, günlük çalışma saatlerini 7,5 saat ile sınırlayıp, denetleme amaçlı tüm valiliklere genelge gönderip aynı zamanda mevcut çalışma koşullarının daha da kötüleşerek devam etmesine neden olan bir yasal düzenleme yapmak (Kamu İhale Yasası), bu alanda meydana gelen işçi ölümlerinden ve meslek hastalıklarından devletin doğrudan sorumlu olduğunun göstergesidir. Yaşanılan süreçte devlet tüm kurumlarıyla kapitalist üretim ilişkilerini hayata geçirme ve meşrulaştırma görevini üstlenmiş durumdadır.

Sonuç

Meslek hastalıklarının etiolojisinde en önemli etken kuşkusuz kapitalist üretim ilişkileridir. Siyasi iktidarın ve devletin sermaye birikim sürecinin en temel politikası olarak uyguladığı esnek ve güven-

cesiz çalıştırmanın giderek yaygınlaşması, işçi sınıfına sosyal hak kayıpları yaşattığı gibi iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu sağlık sorunları ve ölüm olarak yansımaktadır. Bu nedenle işçi sağlığını emek mücadelesinin ana hatlarından birisi haline getirmek işçi sınıfı için kelimenin tam anlamıyla 'hayatı'dır. İşçi sağlığı konusunu devlete bırakmak veya konuyu tazminat hukukundan ibaret algılamak sınıf mücadelesinin en önemli mevzilerinden birisini burjuvaziye teslim etmek anlamına gelmektedir.

Kaynaklar

1. 'Meslek Hastalıkları Rehberi', Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Ankara 2011 <http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/isggm/dosyalar/Meslek-Hastaliklari-Kitab%C4%B1>
2. Gürcanlı GE. 'İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği İçin Bir Dönemselleştirme Denemesi' http://www.guvenlicalisma.org/index.php?option=com_content&view=article&id=4657:isci-sagligi-ve-is-guvenligi-icin-bir-donemsellestirme-denemesi-docdr-gurkan-emre-gurcanli&catid=144:emre-gurcanli-yazilari&Itemid=216
3. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 'Çalışma Hayatı İstatistikleri 2012' http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgb/dosyalar/istatistikler/calisma_hayati_2012
4. 'Mesleki Kanserler Kayıtlara Geçmiyor' <http://www.medikalakademi.com.tr/mesleki-kanserler-kaytlara-gecmiyor/#!>
5. MengeotMarie-Anne, Mesleki Kanserler – Sıklıkla Görmezden Geline Sosyal Bir Yara <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/mesleki-kanserler.pdf>
6. 'Dünya ve Türkiye'de Kanser' T.C. Sağlık Bakanlığı <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15486/dunya-ve-turkiyede-kanser.html>
7. Bilir E, 'Sosyal Güvenlik Kurumu dalga mı geçiyor?' <http://www.sendika.org/2013/02/sosyal-guvenlik-kurumu-dalga-mi-gecior-ertugrul-bilir/>
8. 'İş Sağlığı ve Güvenliği'ne Şaşı Bakmak ' İnşaat Mühendisleri Odası http://www.imo.org.tr/resimler/dosya_ekler/424fa7ca2c09435_ek.pdf?dergi=143
9. Karabıyık S, 'Diş Teknisyenlerinde Mesleki Maruziyet ve Pnömo-konyoz Riski' Ankara, 2008.●



İSTANBUL MESLEK HASTALIKLARI HASTANESİNDE 2009 YILINDA MESLEK HASTALIKLARI NEDENİYLE TEDAVİ EDİLEN HASTALARIN

HASTALIK GRUPLARI VE TEDAVİ MALİYETLERİNE GÖRE İNCELENMESİ

Cahide KABA

Sağlık Yönetimi Uzm., Hemşire, İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi

Erdoğan ÜNAL

Yrd. Doç. Dr., Okan Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü

Özet

Gerek insan sağlığında gerekse ekonomide yol açtığı tahribat nedeniyle meslek hastalıkları, Dünyada ve Türkiye'deki önemini korumaktadır. Bu hastalıklar, önleyici tedbirler ile ortadan kaldırılabilecek, en azından, büyük oranda azaltılabilecek hastalıklardandır. Oysa ki önleyici tedbirlerdeki yetersizlikler bir yana, Türkiye'de meslek hastalıklarının tanımlanması ve kayıtlanmasındaki koşullar ve eksiklikler, alınabilecek tedbirleri de belirsiz ve yetersiz hale getirmektedir.

Bu çalışmada, meslek hastalıklarının teşhis ve tedavisine yönelik kurulmuş kurumlardan biri olan İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi'ne bir yıl içinde başvuran ve hepsi de yatırılarak tedavi edilmiş olan hastaların hastalık gruplarına ve etmenlerine göre profili çıkarılmaya çalışılmıştır. Aynı zamanda hastalık gruplarına göre yatış ve başvurulara bağlı iş günü kayıpları ile tedavi maliyetleri hesaplanmıştır. 2009 yılı içerisinde başvuran ve yatan 176 hastanın tümü çalışma kapsamına alınmıştır. Bu yıldaki yatan hasta bilgileri ve kayıtları taranarak, bulgular betimleyici istatistik yöntemi ile analiz edilmiştir.

İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran hastaların çok büyük çoğunluğunun erkek ve genç hastalar olduğu, temel olarak kimyasal ve fiziksel etmenlerden etkilendikleri, özellikle kimyasal etmenlerden kaynaklı hastalıkların daha uzun yatış süresine ve daha yüksek maliyete yol açtığı, buna karşılık en sıklıkla ve tekrarlayan başvuruların fiziki etmenlerden kaynaklı meslek hastalıkları olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: meslek hastalıkları, tedavi maliyeti, işgünü kaybı.

Abstract

Occupational diseases maintain their importance in the world and in Turkey due to the fact that they have a devastating impact on both human health and economy. These diseases can be eliminated by taking certain measures, or at least can be reduced substantially. Yet, in addition to the drawbacks in preventive measures, the conditions and inadequacies in diagnosing and recording the occupational diseases in Turkey make the actions to be taken ambiguous and inefficient.

The objective of this study is to construct the profile of patients, according to the types of disease and their factors, who applied to Istanbul Occupational Diseases Hospital, which ranks among the healthcare providers set up for the diagnosis and treatment of occupational diseases, and all of whom received inpatient treatment in a year. Admissions to the hospital according to the disease groups, lost workdays resulting from applications and treatment costs are also calculated. All 176 in-patients admitted to the hospital in 2009 are within the scope of this study. The findings are analysed with respect to descriptive statistics method through examining the records and information of in-patients in that particular year.

It has been ascertained that the majority of admissions to Istanbul Occupational Diseases Hospital were young males who were basically affected by chemical and physical factors; and the diseases resulting from chemical factors caused longer duration of hospitalization and higher treatment costs while the most frequent and recurrent reasons for admissions to the hospital were occupational diseases resulting from physical factors.

Key words: occupational diseases, treatment costs, lost workdays.



Giriş

Onsekizinci Yüzyılda sanayi devrimi ve ardından gelen hızlı sanayileşme, toplumların geçim olanaklarını artırırken insan hayatı, sağlığı ve çevresi için yeni tehlike ve riskleri de beraberinde getirmiştir. Bu olumsuzluklar iş kazaları, meslek hastalıkları ve çevre kirlenmesi olarak kendini göstermektedir.

İş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu meydana gelen ölümlerde ülkemiz Dünya'da üçüncü, AB ülkeleri arasında birinci sırada yer almaktadır (1). Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kayıtlarına göre ülkemizde gerçekleşen iş kazası sayısı son 10 yılda yıllık ortalama 70 binin altına inmemektedir. Meslek hastalıklarının ise %99'u teşhis edilememektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ise ülkemizde iş kazaları ve meslek hastalıklarının sayısının yılda 500 binden fazla olabileceğine işaret etmektedir (2). Oysa ki bu kazalara ve hastalıklara yol açan risk ve etmenler büyük ölçüde önceden tahmin edilip ortadan kaldırılabilir durumlardır. Dolayısıyla koruyucu ve önleyici yaklaşımın önemi çok açıktır. Meslek hastalıklarının erken tespiti, yaşamı tehdit edici ortamdan çalışanın yalıtımını ve daha fazla zarar görmeden tedavisinin de sağlanmasına olanak sağlayacaktır. Bu yaklaşım, tedavi maliyetleri ve iş kayıplarının düşürülmesi için de gereklidir.

Türkiye'de meslek hastalıkları çok bilinen nedenler dolayısıyla teşhis edilememekte veya kayıt altına alınmamaktadır. Bundan dolayı meslek hastalıklarının toplumsal maliyetleri hakkında kesin veriler yerine uluslararası ortalamalardan yola çıkılarak tahminler yapılmaktadır. Bu çalışmada, İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi'nin 2009 yılı kayıtları üzerinden bir yıldaki meslek hastalıkları, gruplarına göre dağılımı ve maliyetleri açısından incelenmiştir. Yapılan tahminlerin sağlıklı olması ve gerçeğe yakınlaşabilmesi açısından çalışmadan çıkan sonuçların yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Meslek Hastalıkları

Meslek hastalığı, yürütülen işin niteliği veya şartları gereği tekrarlanan bir nedenle sigortalının bedensel veya ruhsal yönden geçici veya sürekli olarak hastalanması veya sakatlanması halidir (3). Meslek hastalığı diye tanımlayabilmenin çok önemli

bir koşulu, mutlaka meslek hastalığı ile çalışanın yaptığı iş arasında nedensellik bağının olmasıdır. Öyle ki, hastalığın oluşmasında o işte ve işyerinde çalışmak arasında kesin bir ilişki vardır. Meslek hastalıklarının ayırıcı birtakım özellikleri bulunmaktadır (4). Bunlar:

- Kendine özgü bir klinik tablo,
- İyi belirlenmiş hastalık etkeni,
- Hastalık etkeni veya metabolitin biyolojik ortamda bulunuşu,
- Hastalığın deneysel olarak oluşturulabilmesi,
- Hastalığın görülme sıklığının özellikle o meslekte çalışanlarda yüksek olmasıdır.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 14. maddesinde "Meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özrürlük halleridir" şeklinde tanımlanmıştır (5).

Meslek Hastalığı Sınıflandırması

ABD İşçi Sağlığı ve Güvenliği Ulusal Enstitüsü'ne göre sekiz hastalık veya bozukluk iş sağlığı sorunları olarak tanımlanmıştır (4). Bunlar: Anksiyete, stres ve nörolojik bozukluklar, kan yolu ile bulaşan hastalıklar, solunum yolu hastalıkları, işitme kayıpları, deri hastalıkları, kas iskelet sistemi hastalıkları, kurşun toksisitesi ve zehirlenmelerdir. SSK Sağlık İşlemleri Tüzüğü'nün (6) 64. Maddesinde ise meslek hastalıkları beş grupta sınıflandırılmıştır:

1. Kimyasal nedenlerle olan meslek hastalıkları
2. Mesleki deri hastalıkları
3. Pnömonozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları
4. Mesleki bulaşıcı hastalıklar
5. Fiziki etkenlerle olan meslek hastalıkları

İşçi Sağlığı ve Ekonomi Açısından Meslek Hastalıklarının Önemi

İnsanlık tarihinin başlangıcından itibaren insanlar, kendi sağlıklarını ve yaşamlarını tehlikeye sokan işlerde çalışmışlar ve çalıştıkları bu işlerde hayatlarını ve sağlıklarını korumak amacı ile günün koşullarına göre korunma önlemleri almak istemişlerdir (7). Uluslararası Çalışma Örgütü'nün bildirdiğine göre, günümüzde iş kazaları ve meslek



hastalıklarına bağlı olarak her yıl 2 milyon 300 bin dolayında insanın hayatını kaybettiği belirtilmektedir (8).

Türkiye’de meslek hastalıklarının %99’u teşhis edilememektedir. Bu demektir ki, hastaların çok önemli bir kısmı başka teşhisler ile sağlık sistemi içerisinde yer almakta/alamamakta ve önleyici tedbirler yerine tekrarlayan veya ilerleyici biçimde sorunları devam etmektedir. Zamanla sağlığını kaybetmekte ve aynı zamanda iş göremez duruma düşmektedirler.

Meslek hastalıklarından kaynaklı insan sağlığına ait kayıpların yanında ekonomik kayıplar da önemli bir büyüklüktedir. Türkiye’de sosyal güvenlik mevzuatına göre iş göremez duruma düşen işçinin çalışmadığı dönemde SGK’dan aldığı iş göremezlik ödeneği, çalışırken kazandığı günlük ücretin 2/3’üne kadar düşmektedir. Önemli gelir kaybına uğrayan işçi uzun dönemde yoksullaşmaya uğramaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu’na ödenen iş kazaları ve meslek hastalıkları primleri ise işveren için meydana gelen doğrudan maliyetlerdir (9). Ayrıca işteki, yetişmiş ve üretim sürecine uyum sağlamış işgücü kaybedilmektedir. Bu da üretim kayıplarına neden olmaktadır. Nitelikli personelin iş kayıplarında üretimdeki zarar daha da büyük olmaktadır. İş kazası ve meslek hastalıklarının sadece sosyal güvenlik sistemine yıllık maliyeti 4 milyar TL’dir. Bir hesaplama göre, GSYİH içindeki toplam maliyeti yaklaşık 35 milyar TL’yi bulmaktadır (2).

İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi

Sosyal Sigortalar Kurumu, 1945 yılında iş kazaları ve meslek hastalığı primi toplamaya başlayarak bu alanda sosyal güvenlik ihtiyacını karşılamıştır. Kurumun bu alandaki işlevlerini yerine getirirken diğer devlet hastanelerinden yararlanamaması nedeniyle SSK, ilk hastanesini 1949 yılında İstanbul’da kurmuştur (10).

Hastanelere teşhis ve tedavi hizmetlerini, koruyucu sağlık hizmetlerini, gezici sağlık hizmetlerini ve meslek hastalıkları alanında eğitim hizmetlerini yürütme görevleri verilmiştir. Hastanelerin kurulmasıyla meslek hastalığı teşhisi saptama oranı arttıkça saptanan meslek hastalığı sayısında ve çeşitliliğinde artış yaşanmıştır (11).

1980 yılında ise Kartal’da mesleki tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi kurulmuştur. 1983 yılında “ihtiyaç” nedeniyle SSK hastanesine dönüştürülmüş; Meslek Hastalıkları Hastanesi ise bu hastanenin bünyesinde klinik olarak çalışmayı sürdürmüştür.

Gereç ve Yöntem

Çalışmanın kapsamına, 2009 yılında İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi’nde yatarak tedavi edilen tüm hastalar alınmıştır. Genellikle sağlık kurumlarının çeşitli kademelerinden geçerek gelen hastaların tümünün yatarak tedavilerinin sağlanmış olduğu klinikteki bir yıllık sürede yatan hastaların hastane kayıtları incelenmiş olup eldeki verilerle demografik, teşhis edilen hastaların meslek hastalıkları grupları ve nedenlerine göre dağılımı ve ekonomik yönden değerlendirmesi yapılmaktadır.

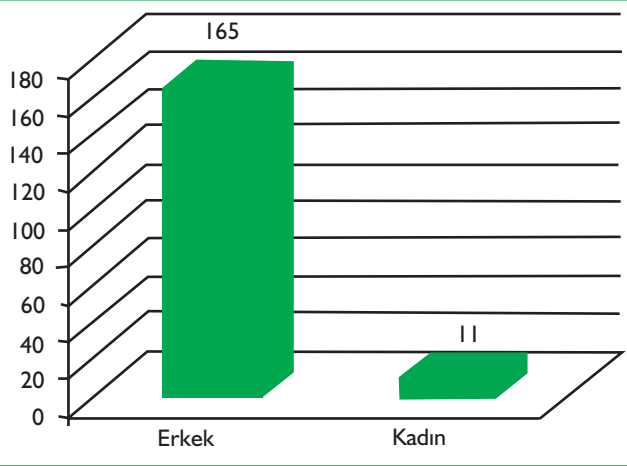
Ekonomik analizde, eldeki verilere dayalı olarak; toplam tedavi maliyeti, toplam ve ortalama yatış süresi, meslek hastalığı grubuna göre ortalama birim maliyet ile gün başına ortalama tedavi maliyeti gibi doğrudan maliyetlere ilişkin ölçütler kullanılmıştır. Yatış öncesi ve sonrası iş kayıpları ile ulaşım, hasta yakınlarına ilişkin maliyetler gibi dolaylı maliyetler ise çalışmanın retrospektif olması ve eldeki kayıtlarda bulunmaması dolayısıyla hesaplanamamıştır.

Bulgular

2009 yılında meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilen hastaların demografik özellikleri

İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi’ne 2009 yılı içinde başvuran ve meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilen 176 hastanın 11’i (%6,3) kadın 165’i (%93,8) erkektir. Meslek hastalıklarından etkilenenlerin genel olarak erkekler olduğu görülmektedir (Grafik-1).

İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi’ne 2009 yılı içinde başvuran ve meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilen 176 hastanın 45’i (%25,6) 18–30 yaş aralığında, 64’ü (%36,4) 31–40 yaş aralığında, 55’i (%31,3) 41–50 yaş aralığında ve 12’si (%6,8) 50 yaş üzerindedir (Grafik-2). İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi’ne başvuran ve meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilenlerinin çoğunun genç hastalar olduğu görülmektedir.



Grafik-1: Meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilen hastaların cinsiyet dağılımı grafiği

Meslek hastalığı teşhis edilen hastaların meslek hastalıkları gruplarına dağılımı

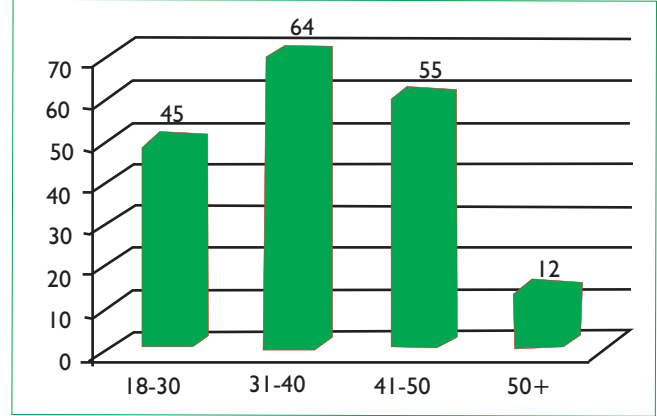
İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi'ne 2009 yılı içinde başvuran ve meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilen hastalardan 176 hastanın %35,8'ini oluşturan 63 hasta, A Grubu Meslek Hastalıkları olan kimyasal kaynaklı meslek hastalıkları nedeni ile tedavi edilmiştir. Tedavi edilen hastaların %17,6'nı oluşturan 31 hasta, C Grubu Meslek Hastalıkları olan pnömokonyozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları nedeni ile tedavi edilmiştir. Tedavi edilen hastaların %46,6'ını oluşturan 82 hasta ise E Grubu Meslek Hastalıkları olan fizik etkenlerle olan meslek hastalıkları grubunda yer almaktadır (Tablo-1). 2009 yılı içinde başvuran hastalardan hiçbirine B Grubu Meslek Hastalıkları olan mesleki deri hastalıkları ve D Grubu Meslek Hastalıkları olan mesleki bulaşıcı hastalıklar nedeni ile tedavi yapılmamıştır.

Tablo-1: Meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilen hastaların meslek hastalıkları grubu

Meslek Hastalıkları Grupları	Sayı	Yüzde
A Grubu: Kimyasal kaynaklı meslek hastalıkları	63	35,8
C Grubu: Pnömokonyozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları	31	17,6
E Grubu: Fizik etkenlerle olan meslek hastalıkları	82	46,6
Toplam	176	100,0

Tablo-2: Meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilen hastaların meslek hastalıkları tanı grubu

Tanı Grupları	Sayı	Yüzde
A Grubu: Kurşun ve kurşun tuzları	34	19,3
Benzol (benzen) ve homologları	29	16,5
C Grubu Silikoz	31	17,6
Gürültü sonucu işitme kaybı	22	12,5
E Grubu Aşırı yükleme sonucu veter, kılıfı ve periost hastalıkları	30	17,0
Sürekli lokal baskı sonucu sinir felçleri	30	17,0
Toplam	176	100,0



Grafik-2: Meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilen hastaların yaş dağılımı grafiği

Daha ayrıntılı bir sınıflamada ise; 176 hastanın %19,3'ü olan 34 hastanın A Grubunda yer alan kimyasal kaynaklı kurşun ve kurşun tuzları tanısı; %16,5'i olan 29 hastanın, A Grubunda yer alan kimyasal kaynaklı benzol (benzen) ve homologları tanısı ile tedavileri yapılmıştır. Tedavi edilen hastalardan %17,6'sı olan 31 hastanın, C Grubunda yer alan pnömokonyozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları kaynaklı silikoz tanısı ile tedavileri yapılmıştır. Meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilen hastalardan %12,52'si olan 22 hastanın E Grubunda yer alan fiziksel kaynaklı gürültü sonucu işitme kaybı tanısı; %17,0'si olan 30 hastanın ise E Grubunda yer alan fiziksel kaynaklı aşırı yükleme sonucu veter, kılıfı ve periost hastalıkları tanısı ile tedavileri yapılmıştır. Meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilen hastalardan %17,0'si olan 30 hastaya ise E Grubunda yer alan fiziksel kaynaklı, sürekli lokal baskı sonucu sinir felçleri tanısı ile tedavileri yapılmıştır (Tablo-2).



Meslek Hastalıklarının Ekonomik Maliyeti

2009 yılı içinde başvuran ve meslek hastalığı nedeniyle tedavileri için yatırılan 176 hastadan 114'ü (%64,8'i) tek seferde yapılan muayene ile meslek hastalığı tedavisine başlanmış ve bir kez hastaneye yatırılmıştır; 33'ü (%18,8'i) iki defa muayene yapılarak tedavilerine başlanmış ve iki kez hastaneye yatırılmıştır; 22'si, (%12,5'i) üç defa muayene yapılarak tedavilerine başlanmış ve üç kez hastaneye yatırılmıştır; 7 hasta ise (%4'ü) dört defa muayene yapılarak tedavilerine başlanmış ve dört kez yatırılmıştır. Meslek hastalığı teşhisi konulan 176 hasta, toplamda 274 kez muayene olmak için başvurmuş ve hepsi, her seferinde yatarak tedavi edilmişlerdir (Grafik-3).

İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi'ne 2009 yılı içinde başvuran hastaların yatış süreleri Tablo 3'te gösterilmiştir. Meslek hastalığı nedeni ile yatırılan 176 hastanın 61'i (%34,7'si) bir ile on gün arasında, 81'i (%46'sı) on bir ile otuz gün arasında, 28'i (%15,9'u) otuz ile altmış gün arasında ve altısı (%3,4'ü) altmış günden fazla yatarak tedavi edilmişlerdir. Meslek hastalığı nedeni ile yatırılan hastaların toplam yatış gün sayısı 3.744 gün olarak gerçekleşmiştir. Hasta başına ortalama yatış süresi ise 21,2 gün olarak gerçekleşmiştir.

İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi'ne 2009 yılı içinde başvuran ve meslek hastalığı nedeni ile yatırılan hastaların poliklinik başvurusu ve yatarak

Tablo-3: Meslek hastalığı nedeni ile yatırılan hastaların yattıkları gün sayısı

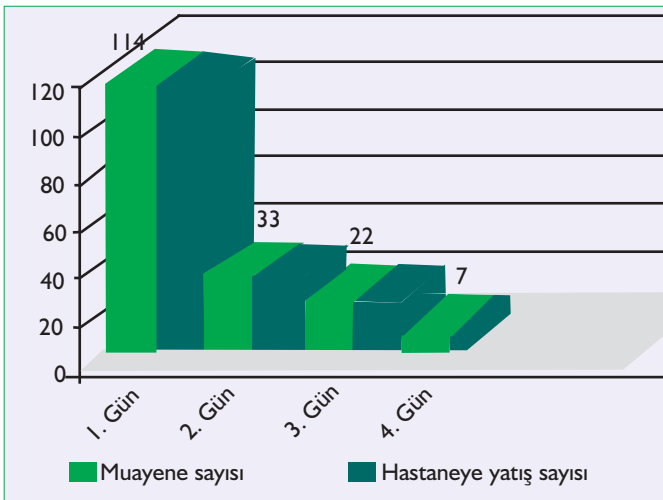
Hastanede Yattığı Gün Sayısı	Sayı	Yüzde
1-10	61	34,7
11-30	81	46,0
30-60	28	15,9
60+	6	3,4
Toplam	176	100,0

tedavileri toplam olarak $3.744 + 274 = 4.018$ iş-gününe denk gelmiştir. Poliklinik başvurusu ve yatış süresiyle birlikte, hasta başına ortalama işgünü kaybı 23 gün olarak gerçekleşmiştir. Yatış öncesi ve sonrası iş günü kayıpları ise bilinmemektedir (Grafik-4).

Tedavi maliyetleri, sadece SGK'ya fatura edilen miktarlar üzerinden hesaplanabilmektedir. Meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilen 176 hastanın %39,2'si olan 69 hastanın ortalama tedavi maliyet aralığı 200-500 TL arasında; %31,8'i olan 56 hastanın ortalama tedavi maliyet aralığı 500-1.000 TL arasında; %19,9'u olan 35 hastanın ortalama tedavi maliyet aralığı 1.000-2.000 TL arasında; %9,1'i olan 16 hastanın ise ortalama tedavi maliyeti 2.000 TL'nin üzerinde gerçekleşmiştir (Tablo-4). Toplam tedavi maliyetleri 164.318,49 TL, hasta başına SGK'ya fatura edilen ortalama maliyet ise 933,625 TL'dir.

Tedavi edilen bu hastaların meslek hastalığı gruplarına göre tedavi maliyeti, tedavi süreleri ve başvuru sayıları ise Tablo-5'te gösterilmektedir.

A Grubu meslek hastalıkları nedeni ile tedavi edilen 63 hastanın toplam tedavi maliyetleri 94.278 TL tutarken, hasta başına ortalama tedavi maliyeti 1.496 TL olmuştur. Hastaneye muayene olmak için toplam 94 defa başvuru yapmışlardır. Ortalama başvuru sayısı 1,5 güne denk gelmektedir. C Grubu meslek hastalıkları nedeni ile tedavi edilen 31 hastanın toplam tedavi maliyetleri 11.316 TL tutarken, hasta başına ortalama tedavi maliyeti 365 TL olmuştur. Hastaneye muayene olmak için toplam 35 defa başvuru yapmışlardır. Ortalama başvuru sayısı 1,1 güne denk gelmektedir. E Grubu meslek hastalıkları nedeni ile tedavi edilen 82 hastanın toplam tedavi maliyetleri 59.089 TL tutarken, hasta başına ortalama tedavi maliyeti 720 TL olmuştur. Hastaneye muayene olmak için toplam 145 defa başvuru yapmışlardır. Ortalama başvuru sayısı 1,8 güne denk gelmektedir.



Grafik-3: Meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilen hastaların yaş dağılımı grafiği



Tedavi maliyetlerine göre hasta başına ortalama 1.496 TL'lik tedavi maliyeti ile A Grubu meslek hastalıkları öne çıkmaktadır. 720 TL'lik ortalama tedavi maliyeti ile E Grubu meslek hastalıkları bunu takip ederken ortalama 365 TL'lik tedavi maliyeti ile C Grubu meslek hastalıkları en düşük maliyetli grup olarak yer almaktadır. Hasta başına maliyet olarak, A Grubu (kimyasal kaynaklı) kendinden sonra gelen E Grubu (fiziksel kaynaklı) hastalıkların birim maliyetinin iki katından, en düşük maliyetli olan C Grubunun birim maliyetinin ise dört katından biraz fazladır.

Başvuru ve tedavi gün sayıları incelendiğinde ortalama 1,8'lik başvuru sayısı ile E Grubu meslek hastalıkları öne çıkarken E Grubu meslek hastalıklarını ortalama 1,5'lik başvuru sayısı A Grubu meslek hastalıkları takip etmekte ve ortalama 1,1'lik başvuru sayısı en az başvuruyu C Grubu meslek hastalıkları yapmaktadır. Hastaların ortalama yatış gün sayıları incelendiğinde; ortalama 30 günlük yatarak tedavi süresi ile A Grubu meslek hastalıkları öne çıkarken, ortalama 20 günlük yatarak tedavi süresi ile E Grubu onu takip etmekte ve ortalama 9 günlük yatarak tedavi süresi ile C Grubu meslek hastalıkları en az yatış gün sayısına sahip gruptur.

Tartışma

Dünyada meslek hastalığına yakalanma sıklığı %4-12 aralığında olduğuna göre (12) Türkiye'de bir yılda ortalama 43.689 ile 141.989 arasında meslek hastalığı gözükmesi beklenmektedir. Ancak SGK istatistiklerine göre, 1997 yılında 1055 kişi, 1998 yılında 1400 kişi, 1999 yılında 1025 kişi, 2000 yılında 803 kişi, 2001 yılında 883 kişi, 2002 yılında 601 kişi,

Tablo-4: Tedavi edilen hastaların SGK'ya fatura edilen tedavi maliyet aralığı

Maliyet Aralığı (TL)	Sayı	Yüzde
200 - 500	69	39,2
500 - 1.000	56	31,8
1.000 - 2.000	35	19,9
2.000 üzeri	16	9,1
Toplam	176	100,0

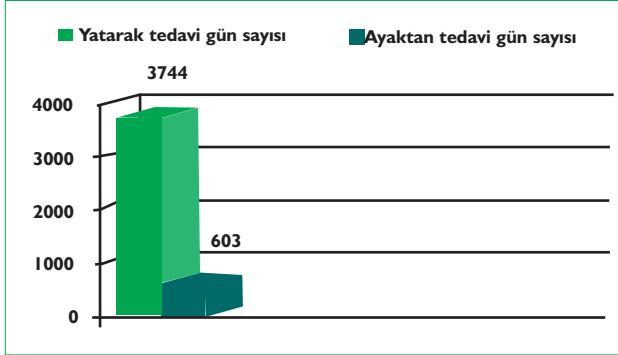
2003 yılında 440 kişi, 2004 yılında 384 kişi, 2005 yılında 519 kişi, 2006 yılında 574 kişi, 2007 yılında 1208 kişi, 2008 yılında 539 kişi ve 2009 yılında ise 429 kişi meslek hastalığı olgusu tespit edilmiştir (13) (Grafik-5).

Ülkemizde meslek hastalığı görülme sıklığının bu kadar az olmasının nedenleri incelendiğinde, teşhis sürecinin ve iş teftişinin yetersiz olması nedeniyle mesleki olguların kanıtlanamadığı ve vaka olarak kayıtlara yansımadağı görülmektedir (14).

İzmir Tabip Odası'nın 2003 yılı içindeki 440 meslek hastalığı ile ilgili yaptığı çalışmada; meslek hastalığına bağlı ölüm sayısı bir; iş günü kaybı ise 9883 gündür. Silikozis olan vaka sayısı 287; kurşun zehirlenmesi 82; gürültüye bağlı işitme kaybı ise sadece 2 kişidir. Meslek hastalığına yakalanma oranı, çalışan sayısına göre hesaplandığında binde 0,1 olarak ortaya çıkmıştır. Meslek hastalıklarına yaklaşımdaki yetersizliğe işaret edercesine, teşhis edilen 440 vakanın 120'sinin (yaklaşık %30'u) 65 yaş ve üzerinde olması ilginç bir durumdur (15). Özetle, Türkiye'de teşhis edilebilen vaka sayısı beklenenin kırkta biri ile yüz yirmide biri arasındadır. Dolayısıyla toplam vaka sayısı ve toplam maliyetler için ancak projeksiyona dayalı tahminler yapılabilmektedir.

Tablo-5: Meslek hastalığı gruplarına göre yatışa bağlı iş günü kaybı ve maliyet analizi

	A grubu meslek H. (kimyasal kaynaklı)	C Grubu Meslek H. (Solunum Kaynaklı)	E Grubu Meslek H. (Fiziksel Kaynaklı)	Toplam
Hasta sayısı	63	31	82	176
Toplam başvuru sayısı	94	35	145	274
Ortalama başvuru sayısı	1,5	1,1	1,8	1,5
Toplam yatış gün süresi	1872	273	1599	3744
Vaka başına ortalama yatış süresi	30	9	20	21
Toplam tedavi maliyeti	94.278 TL	11.316 TL	59.089 TL	164.318 TL
Vaka başına ortalama tedavi maliyeti	1.496 TL	365 TL	720 TL	933 TL
Gün başına ortalama tedavi maliyeti	50 TL	40 TL	36 TL	44 TL



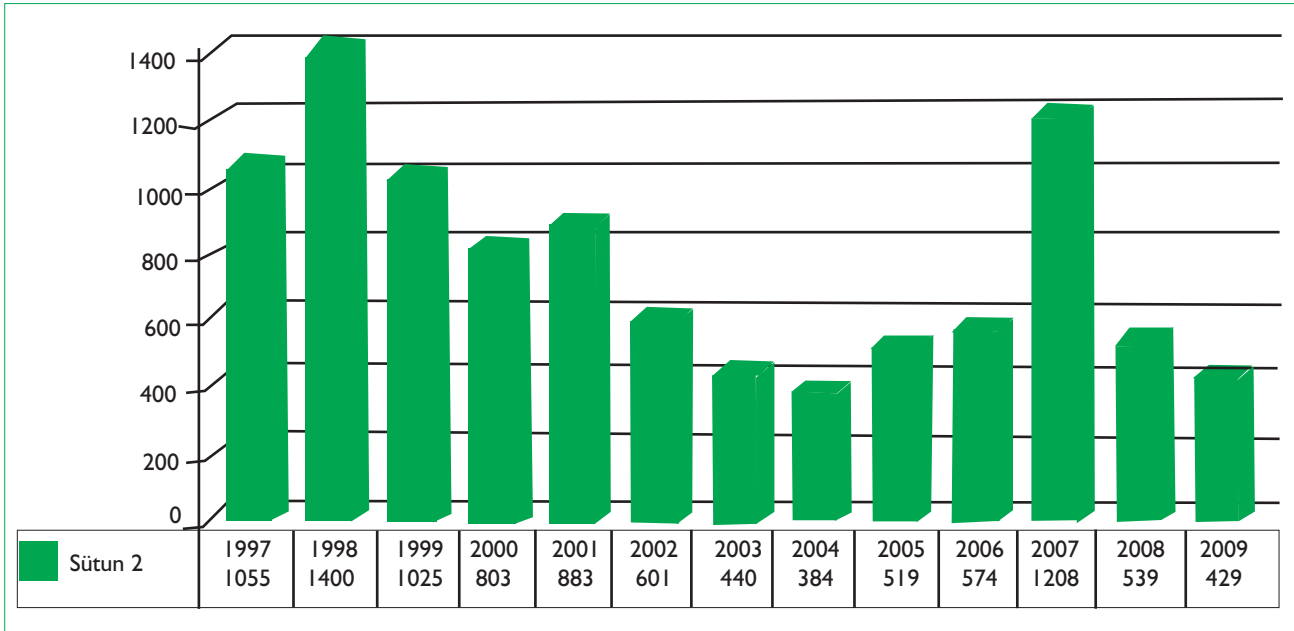
Grafik-4: Meslek hastalığı nedeniyle yatırılan hastaların tedavi gün sayısı dağılımı

Türkiye’de 2007, 2008 ve 2009 yıllarında çalışanların yakalandıkları meslek hastalıkları (16-18) ile karşılaştırıldığında İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi’nde hiç teşhis almayan B (mesleki deri) ve D grubu (mesleki bulaşıcı) hastalıkların payının, çalışmanın bulgularıyla uyumlu olarak, ülke genelinde de önemsiz düzeyde olduğu gözlenmektedir. A grubu (kimyasal kaynaklı) meslek hastalıklarının payının ülke düzeyiyle hemen hemen aynı olduğu gözlenirken, C grubu ve E grubu meslek hastalıklarının oranında önemli farklılıklar bulunmaktadır. C grubu (pnömokonyozlar ve diğer mesleki solunum) meslek hastalıklarının payının ülke genelinde yüksek olmasında Zonguldak yöresindeki kömür ve lin-yit çıkartılması işinden kaynaklı vakaların payı

büyüktür (8). E grubu (fiziki etkenlerle olan) meslek hastalıkları ise Türkiye genelinde düşük bir paya sahipken İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi’nde teşhis alan hastalar arasında önemli bir paya sahiptir.

Meslek hastalığı teşhisi konulan çalışanların yaş ve cinsiyet dağılımı incelendiğinde 2007, 2008 ve 2009 yıllarında Türkiye genelinde de meslek hastalığı teşhisi konulanların çok büyük çoğunluğu erkek çalışandır; kadın hastaların oranı %3’ün altındadır. Erkeklerde yaş ortalaması 50 civarındayken, kadınlarda 35 yaş civarındadır. Çalışmanın sonuçları cinsiyet oranları bakımından farklılık göstermezken, yaş ortalaması açısından İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi’ndeki vakaların önemli oranda genç hastalar olması dolayısıyla farklılık göstermektedir.

Türkiye’de meslek hastalıklarının yetersiz tespiti nedeniyle ekonomiye olan maliyeti gerçek boyutlarıyla hesaplandığı söylenemez. Sanayileşmiş ülkelerinde iş kazaları ve meslek hastalıklarının toplam maliyeti Gayri Safi Milli Hâsıllarının %1’i ile %3’ü arasında değişmektedir (19). Buna göre, 2009 yılı itibarıyla iş kazaları ve meslek hastalıklarının ülke ekonomisine maliyetinin 9,5 milyar TL ile 38 Milyar TL arasında olması beklenir (20). Oysa 2009 yılında gerçekleşen GSYİH içindeki büyüklüğünün 1 milyar TL’ye yaklaşmakta olduğu ifade edilmektedir



Grafik-5: Yıllara göre meslek hastalıklarının dağılım tablosu grafiği

Kaynak: Güven, R., Dinyada ve Ülkemizde İş Sağlığı ve Güvenliğinin Mevcut Durumu, 2010.



(21). Bu durum, meslek hastalıkları ve iş kazalarının gerçek boyutlarının ve/veya maliyetlerinin saptanmasına yönelik en önemli engelin bu vakaların tespit, teşhis, kayıt, bildirim ve değerlendirmesi süreçlerindeki eksiklikler olduğunu gösterir. İşçi sağlığı ve meslek hastalıklarının boyutları incelenirken, bunlara ek olarak ülkemizde çalışanların yaklaşık yarısının kayıt dışı olduğunu ve yapılan istatistiklere kamu çalışanları ile kendi başına çalışanlara ait rakamların yansıtılmadığını da unutmamak gerekir.

Sonuç

Gelişmekte olan ülkelerdeki hızlı sanayileşmeye bağlı olarak, üretim ve diğer iş yerlerinde yeterli önlemlerin alınmamasıyla meydana gelen meslek hastalıkları sonucunda çalışanların sağlıkları ya da hayatları yok olmaktadır. Ayrıca ülkelerin ekonomik kaynakları da tahrip olmaktadır. Öyle ki, çalışmanın bulgularına göre meslek hastalığına yakalananların yaş ortalaması, üretken güçlerinin en verimli dönemine denk gelmektedir.

Meslek hastalıklarına yol açan etkenler temel olarak kimyasal ve fiziksel kaynaklı nedenlerden oluşmaktadır ve bu etmenlerle başa çıkmada koruyucu ve önleyici çabaların etkinliği kuşkusuzdur. Meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilen hastaların tedavi maliyetlerine göre kıyaslandığında, kimyasal maddeler nedeniyle meydana gelen A Grubu meslek hastalıkları öne çıkmaktadır. Ortalama yatış süresinin uzunluğu da bu grupta en büyüktür. Yine gün başına ortalama tedavi maliyetinin de bu grupta yüksek olması kimyasal kaynaklı meslek hastalıklarının önemini göstermektedir. Meslek hastalığı nedeni ile tedavi edilen hastaların başvuru sayıları incelendiğinde ise fiziksel nedenlerle meydana gelen E Grubu meslek hastalıkları teşhisi alan çalışanların hastaneye daha çok ve sıklıkla başvurdukları gözlenmektedir.

Doğrudan maliyetlere yönelik ve mevcut kayıtlara dayalı olarak sınırlı verilerle maliyet analizi yapılan bu çalışmanın, ele aldığı boyutları tamamlayıcı ve sosyal maliyetlerin tümünün ortaya çıkarılabilmesi için meslek hastalıklarıyla ilgili daha çok düzenleme ve bilimsel çalışma yapılması gerekliliği vardır.

Kaynaklar

1. Gündüz S. "İş Sağlığı ve Güvenliği Açısından İşçilerin Sorumlulukları ve Hakları" Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları Dergisi. 2005;3(2):124-131.
2. Yılmaz F. "Risk Değerlendirmesinde Yöntem Tartışması" Toprak İşveren Dergisi. 2010;86:16-19.
3. Güzel A, Okur AR, Caniklioğlu N. "Sosyal Güvenlik Hukuku" Beta Basım Yayın Dağıtım. İstanbul, 2008.
4. Özdemir Ş, Topcuoğlu H. "İş Yerinde Meslek Hastalıkları Tanı ve Korunma Yolları" Mühendis ve Makine Dergisi. 2009;50(592):63-65.
5. "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" Resmi Gazete Sayı:26200, Tarih:16/6/2006.
6. "Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü" http://www.ttb.org.tr/mevzuat/?option=com_content&view=article&id=53:sosyal.. (05.05.2013)
7. Gerek N. "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği" Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2006, s.3.
8. TMMOB. "II. İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi Sonuç Bildirgesi" <http://www.mmo.org.tr/etkinlikler/isag/index.php?etkinlikkod=49> (14.02.2011)
9. Erginbaş E. "Avrupa Birliği'nin Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliğine Etkisi" İstanbul Üniversitesi S.B.E. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
10. "Meslek Hastalıklarının Tarihçesi" <http://www.marbleport.com/meslek-hastalıkları/69/meslek-hastalıklarının-tarihçesi> (15.03.2011)
11. "Sağlık Bakanlığı Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi" <http://www.ankarameslek Hastanesi.gov.tr/?p=tarihce> (15.03.2011)
12. WHO. "Declaration on Occupational Health For All", Geneva, 1994:2. http://www.who.int/occupational_health/en/oehdeclaration94e.pdf (20.05.2011)
13. SGK. "SGK 2009 Yılı İstatistik Yıllığı" <http://www.sgk.gov.tr/> (26.05.2011)
14. Yılmaz F. "Avrupa Birliği Yolunda Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri ve Örgütlenmesi: Sorunlar ve Öneriler", TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi, 2009-2010;22:4-5
15. İzmir Tabip Odası. "Ülkemizde İşçi Sağlığı, İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları" <http://2009.izmirtabip.org.tr/images/docs/mhast.pdf> (02.03.2011)
16. SGK. "Sosyal Güvenlik Kurumu 2007 Yılı İstatistik Yıllığı" <http://www.sgk.gov.tr/> (26.05.2011)
17. SGK "Sosyal Güvenlik Kurumu 2008 Yılı İstatistik Yıllığı" <http://www.sgk.gov.tr/> (26.05.2011)
18. SGK "Sosyal Güvenlik Kurumu 2009 Yılı İstatistik Yıllığı" <http://www.sgk.gov.tr/> (26.05.2011)
19. Hamalainen P, Saarela KL, Takala J. "Global Trend According To Estimated Number of Occupational Accidents and Fatal Work-Related Diseases at Region and Country Level" Journal of Safety Research. 2009; 40(2):125-139.
20. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. "SSK İstatistikleri" <http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/itkb/dosyalar/istatistikler/iskazasi/iskazasi12> (05.03.2011)
21. T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, "Temel Ekonomik Büyüklükler" <http://www.bumko.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAFAF6A849816B2EFB856E08843ECBADB> (05.05.2011).●



BOYA SANAYİNDE ve BOYA İLE UĞRAŞAN İŞYERLERİNDE ÇALIŞANLARDA TOKSİK MADDELER KAYNAKLI GÖRÜLEBİLEN SAĞLIK SORUNLARI

Gamze VAROL SARAÇOĞLU

Yard. Doç. Dr., MD. Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD.

Özet

Kişinin çalıştığı işle ilgili ya da iş kaynaklı sağlık sorunları yalnızca kendisini değil; ailesini, çevresini de etkiler ve önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. Bu çalışmada boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerleri gibi özel bir alanda çalışan kişilerde görülebilen sağlık sorunları, bu soruna neden olan etkenler ve korunma yöntemlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde kullanılan ve kesin kanser yaptığı bilimsel olarak ispatlanmış maddeler bulunmaktadır. Bu işyerlerinde kullanılan (kurşun, demir, çinko, nikel, magnezyum, alüminyum, aromatik ve alifatik hidrokarbonlar, alkoller, ketonlar, esterler, glikoller, glikoleterler, sitroller vb.) kimyasal maddelerin mesleki astım, mesleki dermatozlar vb çok sayıda sağlık sorununa yol açtığı da bilinmektedir. Kayda geçebilen sağlık sorunlarının bu dağılımı üzerindeki olduğu öngörülmektedir. Aslında bu sağlık sorunları sık görülebilmeleri, çok sayıda kişiyi etkileyebilmeleri ve engellenebilir olmaları nedeniyle önemlidir. Boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde karşılaşılabilecek sağlık sorunlarının önlenmesinde -işyerinin büyüklüğü, çalışan sayısı ve üretim kapasitesinden bağımsız olarak- iş sağlığı hizmetlerinin uygun nitelik ve nicelikte verilmesi; sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesini de kapsayan bütüncül ve çağdaş sağlık hizmetleri yaklaşımının gereğidir. Kamu ve özel işletmelerde mesleki sağlık hizmetlerinin belirtilen şekilde verilebilmesi için mevzuatın ve işyeri politikasının bu amaçlara hizmet edecek şekilde yapılmasını kolaylaştıracak “mesleki sağlık ve güvenlik politikaları” oluşturulmalıdır. Farkındalık yaratma ve baskı unsuru oluşturma konusunda sağlık çalışanları, kamuoyu, meslek odaları ve sendikalarla önemli görevler düşmektedir.

Anahtar kelimeler: Boya sanayi, toksik kimyasal madde, meslek hastalığı, iş kazası, korunma

Giriş ve Amaçlar

Sağlık, “Sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (DSÖ Anayasası, 1948) ve sağlığı belirleyen çok sayıda faktör vardır. İş ve çalışma koşulları sağlığın belirleyicileri arasında önemli yer almaktadır (1). Kişinin günde en az 8 saatini geçirdiği iş ve çalışma ortamı sağlığını etkileyen önemli faktörler arasındadır. Kişinin çalıştığı işle ilgili ya da iş nedenli sağlık sorunları yalnızca kendini değil, ailesini ve çevresini de etkileyen önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. Bu çalışmada, boya üretimi, boyama (tekstil, inşaat sektörü ve boyacılık vb.) işi ile uğraşan ve boya fabrikaları gibi spesifik bir alanda çalışan kişilerde görülebilen sağlık sorunları, bu soruna neden olan etkenler ve korunma yöntemlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Türkiye’de boya sanayii toplam üretim miktarı açısından bakıldığında Avrupa’nın 6. büyük üreticisidir ve yıllık 800 bin ton boya üretmektedir (2). Boya üretimi sektöründe olmayan ancak ve boyama (tekstil, inşaat dış ve iç cephe boyamaları vb.) işleri ile uğraşan işletmeler ya da bireyler eklendiğinde bu alanda çalışan ve boya kaynaklı sağlık risklerinden etkilenen çok sayıda kişi olduğu öngörülmektedir. Günlük yaşamımızda kullandığımız ürünlerin çoğunun boyandığı (dekoratif, koruma vb.) ya da herhangi bir madde ile kaplandığı (dayanıklılığı arttırma vb.) düşünüldüğünde yalnızca bu alanda çalışanlar değil, toplumun geneli boya ve boyama kaynaklı sağlık risklerine maruz kalabilmektedirler. Sağlık riskleri açısından bakıldığında risk oranı en yüksek işkolları arasında lastik ve boya sanayii 3. sırada yer almaktadır (3).

Boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde kullanılan başlıca maddeler aşağıda sunulmuştur (2):

- **Pigmentler:** İnorganikler (çinkooksit, çinkokromat, çinko sülfid, demiroksit, kromoksit,



nikel/kromtitansarı, bikromat/-molibdat, kurşunoksit, baryumsülfat, magnezyum ve alüminyum silikat) ve organik olanlar (kitalosiyenin)

- **Boya maddeleri:** Dolgu maddeleri (kaolin, talk, doğal alüminyum) ve efekt maddeleri (alüminyum tablacıkları, pırıltı)

- **Bağlayıcı maddeler:** Organik reçineler (doğal ağaç reçineleri), anorganik maddeler (alkil ve akrilat reçineleri)

- **Çözücü maddeler:** Su bazlı (su, aromatik ve alifatik hidrokarbonlar gibi organik çözücüler, alkoller, ketonlar, esterler, glikoller, glikoleterler ve sitroller. Baskı boyalarında keten yağları, soya yağları ya da mineral yağlar.

- **Katkı maddeleri:** Akışkanlık, elektrostatik tutulum, parlaklık/matlık, hızlı/yavaş kurumanın sağlanabilmesi için fiziksel ya da biyolojik UV'ye karşı dayanıklılık, elastikiyet elde etmek amaçlı kullanılan kimyasal maddelerdir.

Boya ve boyama sanayinde kullanılan maddelerin mesleki kansere yol açtığı bilimsel olarak kanıtlanmıştır (4-6). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) kanser oluşunda rolü olan maddeleri 4 ana grupta ele almaktadır. Grup 1'de insanda kanser yaptığı kesin olan maddeler bulunmaktadır. Boya sanayinde kullanılan Toluidin bu grupta yer alır. Boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde kullanılan ve kesin kanser yaptığı bilimsel olarak ispatlanmış (Grup 1) maddeler, grupları ve kanser türleri Tablo-1'de özetlenmiştir (7).

2012 yılında SGK verilerine göre 74.871 iş kazası ve 395 meslek hastalığı bildirilmiştir. İş kazası verileri içinde boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde kullanılan kimyasallarla ilişkili iş kazalarını ayırmak ve alana spesifik orantılı iş kazası hızı belirlemek olanaklı görünmemektedir. Veriler faaliyet gruplarına göre (Nace sınıflaması) ayrıldığında kozmetik, cam ve cam ürünleri, basım-yayın, deri, kürk ve saraciye, iplik ve elyaf ürünle-

ri, tekstil terbiye, altyapı inşaatı, restorasyon ve izolasyon, ayakkabı ve ayakkabı yan sanayi, motorlu araç tamir, bakım ve imalatı, makine ve ekipmanları, teknik hırdavat, kimyevi madde, mobilya alanlarında çalışan meslek gruplarının hepsinin teknik olarak boya ve boya kimyasalları ile çalıştığı izlenmektedir (8). Meslek hastalıkları verileri değerlendirildiğinde de benzer olarak boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde kullanılan toksik maddeler kaynaklı meslek hastalıklarını ayırımı yapılamamaktadır. Bu meslek gruplarında iş kazası ve meslek hastalıkları nedenleri boya ve kimyasalları ile ilişkili olabileceği gibi işkolu ya da işyeri ile ilgili başka nedenlerle de görülebilir.

Boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde kullanılan maddeler arasında kesin kanser yaptığı bilimsel olarak ispatlanmış olanlara ek olarak solunum sistemini olumsuz etkileyebilecek çok sayıda toksik madde bulunmaktadır. Örneğin, Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi'nde incelenen olguların mesleklerine göre dağılımında mesleki astım tanısında ilk sırada "boyacı"lar yer almaktadır (9, 10). Mesleki astım nedenleri incelendiğinde boya ve boyacılık sektörünün, özellikle sprey boyacılığın, mesleki astımın en sık görüldüğü meslek grupları başında geldiği görülmektedir (11). SGK verilerine göre 2012 yılında 10 kişiye mesleki bronşial astım nedeni ile meslek hastalığı tanısı konmuştur, ancak bu kişilerin işkollarına ait veri bulunmamaktadır.

Özetle boya ve kimyasalları farklı işkollarında sıklıkla kullanılmaktadır. Kullanılan maddeler doğrudan ve dolaylı olarak insan, diğer canlılar ve çevre sağlığını olumsuz yönde etkileyecek çok sayıda toksik özellikler içerebilmekte, genellikle etkilenen sayısı ve etkilenme boyutu tam olarak kestirilememektedir. Bu maddelerin yaygın kullanımının çevre ve sağlığa etkileri, mesleki maruz kalma süresi ve düzeyi ile meslek hastalığı arasındaki neden-sel ilişkiyi kuracak bilgi/veri eksikliği, toplumsal ve siyasi kararlılığın olmayışı bir halk ve işçi sağlığı sorunudur. Bu çalışma ile de, boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde kullanılan toksik maddelerin sağlığa etkilerinin araştırıldığı çalışmaların derlenmesi ve işçi sağlığını korumaya yönelik öneriler geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde kullanılan toksik maddelerin sağlığa etkileri (12-16):

Tablo-1: Boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde kullanılan ve kesin kanser yaptığı bilimsel olarak ispatlanmış (Grup-1) maddeler ve kanser türleri

Etken	Çalışma alanı	Kanser türü
Benzen	Boya, ayakkabı	Lösemi
Benzidin	Lastik ve boya	Mesane
Naftilamin	Lastik ve boya	Mesane
Krom	Krom kaplama, boya	Akciğer
Kadmium	Pil yapımı, metal işi, boya	Prostat
Arsenik ve bileşikler	Pestisid üretimi, boyacılık	Akciğer, deri



Tablo-2: Boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde kullanılan toksik maddeler kaynaklı iş kazası sayısı-2010 (8)

Kod no	Kaza nedeni	İş kazası sayısı-2010
201	Kaza neticesi zehirlenmeler (Katı ve sıvı maddelerle, gaz ve buharla)	27
502	Yanıcı maddelerin ateş alması ve patlamasından ileri gelen kazalar	314
603	Sıcak bir maddeden, sıvıdan, gazdan, alevden meydana gelen kazalar	1336
604	Soğuk bir maddeden, sıvıdan ve gazdan meydana gelen kazalar	57
1801	Zararlı maddelerin solunum veya sindirim yoluyla teması ya da cilt veya mukozadan emilmesi	137

Tablo-3: Türkiye’de boya sanayiinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde kullanılan toksik maddeler kaynaklı meslek hastalığı sayısı-2010 (8)

Kod No	Toksik madde	Meslek hastalığı-2010
A-1A 01	Arsenik ve bileşikleri	29
A-1B 02	Arsenikli Hidrojen veya Arsin	35
A-3B 05	Fosgen (Karbonil Klorür)	3
A-4 07	Kadmium ve bileşikleri	4
A-5 08	Krom ve bileşikleri	3
A-6 09	Cıva ve bileşikleri	9
A-9 14	Nikel ve bileşikleri	5
A-11A 17	Kurşun ve tozları	36
A-11B 18	Organik kurşun bileşikleri	5
A-12A 19	Karbon sülfür	1
A-18B 32	Glikol	1
A-18C 33	Eter ve türevleri	2
A-18E 35	Organik esterler	1
A-20A 38	Alifatik Hidrokarbonların Nitro Türevleri	1
A-21A 40	Benzol (Benzen) ve Homologları, Trombositopeni	9
A-21B 41	Naftalin ve Homologları	2
A-23A 43	Fenol, tiofenol, bunların homologları ve halojenli türevleri	3
A-23B 44	Alkil, aril, alkilarsiloksitler ve alkilarsil sülfidlerin halojenli türevleri	1
C-2 54	Alüminyum ve bileşikleri	4

Alüminyum

Alüminyum ve tozları, kozmetik ürünleri, temizlik malzemeleri, boyalarda bulunur. Farklı alanlarda kullanılmasına ek boyama ve kaplamada kullanılır. Su başta olmak üzere besinlerle ya da alüminyum içerikli boyaların inhalasyonu ile alınabilir ve solunum sisteminde tahribata, nefes darlığı ve öksürüğe yol açar. İleri safhalarda KOAH (kronik tıkanmaya bağlı akciğer hastalığı) gelişir (16). Alüminyum tozu (alüminyum oksit, boksit) dumanı ve bileşiklerine maruz kalma “Bauxite fibrozis” ya da “Shaver Hastalığı” olarak adlandırılan akciğer dokusunda inflamasyon ve ilerleyici fibrozise neden olur ve non-nodülersilikoze olarak da bilinir (15-20).

Aromatik aminler

Boya ve vernik yapımında/üretiminde kullanılır, her türlü yanma ile de ortaya çıkar. Benzenin amin (NH₂) grubu almış türevleridir. Amino benzen, benzin, naftilamin, karbonsülfür, trikloretilen,

anilin, fenol, ksilen ve nitrometan ve nitroetan gibi nitro türevleri bu gruptadır (21, 22). Ortam havasında bulunduğu göz, cilt ve solunum yollarında irritasyona, alt solunum yollarında özellikle amfizeme neden olduğu bilinmektedir (13). Lokal temas ile cilt ve mukoza üzerinde tahrip edici etkileri vardır. Nitro türevlerinin cilt ve mukozalarda irritasyon, egzama ve tedaviye dirençli ülseratif tırnak lezyonlarına yol açtığı bildirilmiştir. Aromatik amin türevlerinin merkezi sinir sistemi, karaciğer ve böbrek üzerine olumsuz etkileri bilinmektedir (23-25). Bu maddelerden benzin ve naftilamin mesane kanseri nedenidir (20, 21). Karbon disülfür ve karbon tetrasülfür yaşlanma mekanizmasını hızlandırır, nöropsişik bozukluklara yol açar, Parkinson belirtilerine yol açan parkinsonizme (maske yüz, tremor vb), reflekslerde zayıflamaya ya da arefleksiyeye neden olur. Toksik etkileri sinir sistemi üzerinde uykuya meyil gibi hafif belirtilerden deliryum gibi ağır belirtilere



dek geniş bir yelpazede etki gösterir. Akut ve kronik ensefalopati, periferik ve kraniyalpolinöropati, merkezi ve periferik sinir sistemi disfonksiyonu, sinir sistemi etkilenmelerine örnektir (3, 16, 23). Anilin ve fenolun vücutta birikmesi ile vücut sıvıları ve mukozalarda mavi renkli pigment birikimi ve deride ülserler görülür. Aromatik amin türevlerinin steroid hormonları üzerine etki ettiği, cinsel fonksiyonları etkilediği ve üreme fonksiyonları üzerinde olumsuz etkisi olduğu bilimsel çalışmalarla gösterilmiştir. Üreme fonksiyonlarına temel etkisi spontan düşük ve infertilite olarak belirtilmektedir (24).

Arsenik ve Arsin (Arsenik hidrit)

Elektro kaplamada, maden eritme işlemleri, yarı iletken madde üretiminde; pigment ve pas giderici olarak boyacılık sektöründe kullanılır. Besin ve su, deniz ürünlerine karışabildiğinden oral yol ile alınabilir. Miyokardiyal hasar, kardiyomiopati ve kardiyak aritmiye neden olabilir. Periferik arteriyel oklüzyona yol açabildiğinden "black foot disease- siyah ayak hastalığı" görülebilir (13, 23, 26). Arsin ise arseniğin gaz formudur. Solunum yoluyla alınır. Eritrositlerde hemolize neden olur. Doğrudan ve dolaylı yoldan kardiyovasküler sistemi etkiler. Arsenik gibi miyokardiyal hasara yol açar, EKG anormallikleri (V2-V5 arası derivasyonlarda t dalgası genişlemeleri) görülür (13, 23).

Cıva

Boya malzemelerinde fungusit, biyosit ve koruyucu olarak kullanılır. Cıva buharına kısa süreli maruz kalma solunum yolları irritasyonu yapar. Cıva buharının merkezi sinir sistemi üzerinde psikomotor etkileri olduğu bilinmektedir. Tubuler hasar yaparak böbrek yetmezliğine de yol açar (13, 16).

Çinko

Çinko oksit, boyalarda kullanılan zehirli bileşiklerdir. Solunum yoluyla vücuda alınabilir. Solunum yollarında genel irritan etkisi vardır. Çinko oksite maruz kalanlarda akciğer irritasyonu belirtileri, nefes darlığı ve öksürük vardır. İlerleyen süreçlerde akciğer ödemi görülebilir. Genel olarak yorgunluk, halsizlik, myalji, hipertermi ve hipotermi nin görüldüğü nonspesifik bulgu ve belirtileri vardır (25, 27).

Demir

Demir ve tuzları, boya yapısında bulunur ve iplik boyamak için kullanılır. Solunum yoluyla

alındığında üst solunum yollarını etkiler. Yoğun biçimde solunması "Metal Dumanı Humması"na neden olabilir. Belirgin fizik muayene bulgusu vermez, öksürük dışında yakınmaya yol açmaz, akciğer fonksiyonu testleri değişiklik göstermez, sinsi seyirlidir. Demir oksit tozlarının uzun süreli solunması, akciğerlerde fibrozise neden olur (13, 16). Oral yol ile yüksek doz alındığında akut demir zehirlenmesi (bulantı, asidoz, böbrek ve karaciğer yetmezliği) yapar. Kronik zehirlenmeleri (böbrek, dalak, kalp ve endokrin organlarda hemosiderozis) olabilir. Vücutta demir birikimi çok çeşitli bulgu ve belirtilere yol açar. Saf halde demir oksit akciğerde toplanarak plevra rengini kahverengiye dönüştürür (13, 16). Hipofizde demir tutulumu hipofiz hormonlarının eksikliği nedeni (hipotiroidi vb.) metabolik ve nörolojik bozukluklara neden olur. Demirin karaciğer ve böbrekte birikmesi doğrudan bu organların hasarına yol açarken, öte yandan hematolojik sorunlara da yol açar. Akciğer kanseri ile ilişkili endüstriler arasında boyacılık (inşaat ve oto) sektörü yer almaktadır. Bu grupta çalışanların akciğer kanseri riskinin arttığı yönünde çalışmalar vardır (7, 13, 16, 23, 28).

Kadmiyum

Boyaya rengini vermek için kullanılır. Boyalara konan pigmentler içinde en tehlikeli madde kurşunla birlikte kadmiyumdur (16). Sıklıkla ortam havasından solunumla alınırlar. Tüm solunum yollarını etkiler. İlk belirti boğazda yanma ve öksürüktür. Maruz kalma süresi ve miktarı arttıkça ilerleyen dönemde akciğer ödeme neden olur. Yüksek tansiyon ve koroner arter hastalığına bağlı mortaliteyi artırır. Kadmiyum gıdalara (tahıl, taze sebze, et-balık) ve suya karışabilir. Kanalizasyon yoluyla yer altı ve üstü suları, deniz sularını da kirlitebilir. Oral yolla alındığında gastro-intestinal sistemden hızla emilir. Kanlı kusma ve ishal ilk görülen belirtilerdir. Sistemik etkileri kas ve iskelet sistemi üzerinde de görülür. Kadmiyuma kronik maruz kalma, kalıcı kemik ve ekstremitelerde deformasyonlarına yol açarak yürüme sorunlarına yol açar. Periferik arteriyel oklüzyon kadmiyuma maruz kalma ile de görülebilir (13, 16, 23).

Krom

Boyaların yapısında bulunur. Genel olarak paslanmaz çelik üretimi ve metalürjide kullanılmasına ek boyalara pigment katmak, korozyonu azaltmak için ve tekstil sektöründe boyamada kullanılır.



Akut etkileri, vücuda solunum yolu ile alındığında üst solunum yollarında irritasyon, korozyon ve inflamasyondur. Krom inhalasyonu rinit, farenjit, bronşit gibi üst ve alt solunum yolu hastalıklarına neden olur. Kroma kronik maruz kalma nasal septum perforasyonuna da yol açabilen nasal bölge hasarı ve akciğer hasarına (inflamasyon, fibrozis, amfizem) neden olabilir (13, 16). Temas ile ülse-rasyonla birlikte seyredabilen cilt irritasyonu ve saçılma ile gözde tahribat görülebilir. Krom mesleki bir karsinojendir. Yüksek düzeyde kroma maruz kalma böbrek yetmezliğine neden olarak üremiye yol açarken, kronik etkilenmede karaciğeri etkiler ve toksik hepatite neden olur (16, 28).

Kurşun

Boya sanayinde kurşun bazlı boya yapımında kullanılır. Solunum, sindirim ve deri yoluyla alınır. Tüm organ, doku ve sistemler üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Kurşun püskürtmeli uygulamalarda kolaylıkla solunum yoluyla alınabilir. Solunum yoluyla emilen kurşun akciğerden dolaşıma karışır, eritrositlerle değişik organ ve dokulara taşınır. Kemiklerde kalsiyum yerine geçerek tersi- yer kurşun fosfat $Pb_3(PO_4)_2$ halinde depolanır. Hemopoetik sistemi etkiler; eritrosit ömrünü kısaltıp, hemoglobin sentezini bozarak, anemiye ve hematolojik sorunlara (retikülositozis vb.) yol açar. Böbrek ve üriner sistem metabolizmasını bozarak üremiye yol açar. Kurşuna düşük düzeyde uzun süreli maruz kalma tubuler hasar ve interstisyel fibrozise yol açarak kronik böbrek yetmezliğine neden olur. Kan kurşun düzeyinin yükselmesi sinir sistemi de etkiler; kramplar, baş ağrısı, baş dönmesi, psikik bozukluklar, uykusuzluk, dikkatte azalma, nevrotik belirtiler (ensefalopati) gözlenir (16, 27). Üst ve alt ekstremitelerin motor fonksiyonlarında bozulmaya yol açarak periferik nöropati yapar. Gastro-intestinal sistemi üzerindeki etkileri karın ağrısı, iştahsızlık, kolik tarzda ağrı bulantı ve kusma şeklinde görülür. Kurşun vücutta yumuşak dokuda birikebildiğinden özellikle dişeti ile dişin birleştiği bölgede oluşan "Burton Çizgisi" karakteristiktir (16, 29). Karsinojenik etkileri daha çok solunum ve sindirim sisteminde tümoral oluşumlar şeklindedir. Böbreklerde adenokarsinoma neden olduğu yönünde çalışmalar vardır (30). Erkek üreme sistemi (semen kalitesini düşürür) üzerinde etkileri belirlenmiştir. Gebe kadınları etkileyerek

fetüsün nörolojik gelişimini olumsuz etkilediği bilinmektedir (13, 16).

Solventler

Solventler (tiner, turpetin vb.) boya ile uğraşan iş kollarında temizlik amacıyla ya da organik maddelerle birlikte (sitren, fenol, anilin vb.) koruyucu olarak kullanılır. Oda sıcaklığında çözülebilir ve sıklıkla solunum yoluyla vücuda alınırlar. Yüksek doz solunması ölüme yol açar. Düşük dozda alındıklarında mukoza ve hava yollarında irritasyon yapar. Akciğerden kana karışarak beyin ve sinir sistemi, kalp, akciğer, karaciğer, böbrek, göz, deri üzerine toksik etki gösterebilirler (13, 16, 31). Doğrudan deriyle temas, mesleki dermatite yol açabilir. Açık alanlarda boya işleri ile çalışanlarda güneş ışığının sinerjistik etkisiyle beraber mesleki dermatit görülme riski artar (17). Örneğin fenollerin mukoza ve cilt için koroziv etkisi vardır. Ciltten emilim merkezi sinir sistemini etkileyebilir. Kan düzeyindeki yükselme, böbreklerde toksik etkiye neden olarak, böbrek dokusu hasarı ve albüminüriye yol açar. Solventlerin karsinojenik etkisi vardır. Benzen (Benzol) hidrokarbona uzun süreli maruz kalma ile lösemi geliştiği bilinmektedir. Kan ve kan ile ilgili doku ve organları etkileyerek anemi, lösemi ve çeşitli kan hastalıklarına neden olur. Ek olarak benzen, kromozomları da etkilemektedir. Özellikle benzen, çok toksijenik olduğundan yaygın kullanımı kısıtlanmıştır (7, 13, 16).

Yalnızca boya fabrikalarına spesifik olmamakla beraber, makinelerin çalıştırılmasında sürtünmeyi azaltmak için kullanılan yağların (mistoil) ve silikatın da sağlık üzerine etkileri vardır. Bu yağlara maruz kalma dermatite neden olur (alerjik kontakt dermatit yaygın bildirilen şikâyetidir). Bu tip maddeleri uzun süre inhale eden ve cilt yolu ile maruz kalanlarda çeşitli kanser türleri görülmüştür (larinks, rektum, pankreas, cilt, skrotum ve mesane). Silikat ise hayli irritandır, cilt ve gözü etkiler. Silikat ile akciğer kanseri arasında şüpheli ilişki vardır (13).

Korunma

İş sağlığı hizmetlerinde sağlık hizmeti sunumu, hastalıkların tedavi edilmesi ile sınırlı değildir. Çağdaş sağlık anlayışı sağlığın sürdürülmesi, korunması, desteklenmesi ve geliştirilmesini kapsamaktadır. Bu proaktif yaklaşım gereği özellikle meslek hastalıkları ve meslek ile ilişkili sağlık



sorunları bakımından boya ile ilgili işkollarında çalışanlara yönelik çalışan sayısından bağımsız olarak düzenli mesleki sağlık hizmetleri sunulmalıdır. Mesleki sağlık hizmetleri bir ekip işidir. İşyeri hekimi, işyeri hemşiresi, hijyenisti bu ekibin en önemli üyeleridir. Ekibin temel görevi işyerlerinde yaşamsal önemde olan koruyucu sağlık önlemlerini almak, işveren ve işçiye karşı sorumluluklarını yerine getirmektir. Ekip, çalışanların işle ilgili nedenlerle etkilenebilecek olan fiziksel ve ruhsal sağlığını en optimum düzeyde tutacak iş çevresi koşullarını düzenlemekle, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı sağlamakla yükümlüdür. Ek olarak çalışanların işe uyum kapasitesini arttırmaya yönelik akıl ve ruh sağlığı hizmetlerini de sunmalıdır (32). Mesleki sağlık hizmetlerinin belirtilen şekilde verilebilmesi için mevzuatın ve işyeri politikasının bu amaçlara hizmet edecek şekilde yapılmasını kolaylaştıracak “mesleki sağlık ve güvenlik politikaları” oluşturulmalıdır. Bu amaçla işverenin mesleki sağlık sorunlarının (riskler, kazalar, meslek hastalıkları vb.) kayıt ve bildirimini ulusal mevzuat ve düzenlemelere uygun olarak yapmasını sağlayacak bir yönetim sistemi kurmak gereklidir (32). İşyeri sağlık ve güvenlik kurullarını aktif, demokratik ve işverenin baskısı olmaksızın çalıştırmak, alınan karar ve önerilerin uygulanmasını sağlayabilmek bu yönetim sisteminin temelini oluşturmalıdır.

Bu temel tespitler ışığında boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve desteklenmesi kapsamında öneriler aşağıda sunulmuştur (32, 33):

1. İşyeri ve iş uygulamalarına yönelik önlemlerin başında eliminasyon yöntemleri gelmektedir. Temel olarak, işyerinde tehlikeli olabilecek etkenler belirlenmeli, mühendislik uygulamaları ile işyerinde sağlığı olumsuz etkileyebilecek etkenler yerine zararsız maddelerin kullanımını sağlanmalıdır. Olanaklı ise çalışma yöntemini değiştirmek gereklidir.

2. Tehlikeli maddeler ortadan kaldırılamıyorsa; bu maddelerin zararlarını en aza indirmek için kaynakta, üretim süreçlerinde ya da idari olarak önlemler alınmalıdır. Çalışma ortamında düzenli atmosferik ölçümler yapılması etkene maruz kalma düzey ve sürelerinin belirlenmesinde önemlidir.

a. Kaynakta ve süreçte: çalışanların toksik maddelere maruz kalma miktarını azaltmak ve

daha az zararlı maddeleri kullanmak, üretim hızı, süresi ya da hacmini azaltmak yer almaktadır.

i. Mühendislik uygulamaları kapsamında uygun havalandırma ve/veya aspirasyon sisteminin kurulması, izole çalışma, makinelerin düzenli kontrolü vb. gibi geliştirilmiş mühendislik kontrol önlemleri kullanılmalıdır.

ii. Elimine edilmeyen maddeler için sağlık riskleri belirlenir, maddeye maruz kalma sınırları ya da maruz kalma şekilleri düzenlenir. Kısa ve uzun süreli maruz kalınmasına izin verilen madde düzeyleri ulusal ve uluslararası standartlar doğrultusunda belirlenmelidir.

iii. Toksik maddelerin depolanmasında da uygun yöntemler ve belirlenmiş standartlara uyulmalıdır.

iv. Çalışma ortamlarında bulaşlı/kontamine duvar ve yüzeylerin düzenli temizlenmesi/silinmesi, bulaşlı/kontamine kıyafetlerin çıkartıldığı; temizlenme ve kıyafet değişimi yapılabilmesi için yedek kıyafet, dolap ve üst değiştirilebilecek bir ortamın sağlanmış olması gerekmektedir.

b. İdari olarak: Çalışanların rotasyonunu, eğitimleri, kişisel koruyucularını sağlamak, uygun çalışma koşulları ve sosyal ortamlar yaratmak önemlidir.

3. Yukarıdaki koruma önlemlerinin yetersiz kaldığı durumlarda kişisel koruma yöntemleri önem kazanır. Kişisel korunma, riskin en aza indirilmesi ya da yok edilebilmesi konusunda destekleyici uygulamalardır. Aşağıdaki noktalara dikkat edilmelidir.

a. Kişisel koruyucular işin niteliğine uygun yapıda ve yeterli sayıda temin edilmeli, çalışanlarca kullanımı sağlanmalıdır.

b. Bulaşlı bölgelerde yemek yemek, çiğnemek, içecek tüketmek ya da sigara içmek engellenmelidir.

c. İşyerinde işaret ve uyarılar kullanılmalıdır (Yanıcı, yakıcı, parlayıcı, patlayıcı maddeler vb.).

d. İşyerindeki riskli maddeler ve onların sağlığa etkileri konusunda sağlık eğitimi verilmeli, makinelerin, malzemelerin özellikleri olası zararları konusunda çalışanlar bilgilendirilmelidir. Çalışanlar, kişisel koruyucuları kullanma ve önemleri konusunda da hizmet içi eğitime alınmalıdırlar.

4. Tehlikeli maddelerin ortadan kaldırılamadığı ancak zararlarını en aza indirmeye yarayan önlem-



lerin alındığı durumlarda bile bu maddeler çalışanların sağlığını etkileyebilir.

Çalışma ortamlarının ve çalışanların düzenli aralıklı kontrolleri yapılmalıdır. Toksik maddeleri çalışma ortamlarında doğrudan ölçmek için aletler kullanıldığı gibi çalışılan ortamlardan örnekler alınarak da ölçülebilir. Rutin tıbbi takip ve tetkiklere ek çalışanlar arasından dönemsel olarak örneklem çekilerek de gerekli ölçümler yapılabilir. Biyolojik takipte, boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerleri kaynaklı risk etmenlerinin düzeyleri ulusal ya da uluslararası standartlar düzeyine çekilmeli ve aralıklı ölçümler yapılmalıdır (Tablo-4).

a. İşe giriş, çıkış muayeneleri ve aralıklı muayeneler nitelikli ve düzenli olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

b. Ortam riskli madde düzeyleri monitörize edilerek, alarm düzenekleri kurulmalıdır.

c. İş yerinde riskli olabilecek etken maruz kalabilecek risk altındaki kişilerin dönemsel kan, idrar vb. düzeyine bakılabilir (Tablo-4).

d. Ölçüm sonuçları, değerlendirilmeli ve her etken için önceden belirlenmiş sınır değerlerin üzerinde kişiler izlem altına alınmalıdır. İşyeri risk haritasına göre işçilerde öngörülen sağlık sorunları için taramalar yapılabilir.

e. Ölçüm sonuçları doğrultusunda işyerinde uygun önlemler alınmalı, ardından kontrol ölçümleri yapılmalıdır.

f. İşçiler çalıştıkları riskli maddeler, olası sağlık sorunları ve tehlike belirtileri konusunda eğitilmelidirler.

30.6.2012 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve 26.12.2012 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği ile İşyeri Tehlike Sınıflaması değiştirildi. Tebliğ 18.4.2014’te güncellenmiş işyerleri az tehlikeli, tehlikeli, çok tehlikeli olarak sınıflandırılmıştır. Yeni ve güncellenmiş mevzuata göre boya sanayi ve boya ile uğraşan işyerleri çok tehlikeli ve tehlikeli işkolları kapsamına alınmıştır. Bu işkollarında çalışacaklar için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nca 13.07.2013 tarihli ve 28706 sayılı Resmî Gazete’de “Tehlikeli ve Çok Tehlikeli Sınıfta Yer Alan İşlerde Çalıştırılacakların Mesleki Eğitimlerine Dair Yönetmelik” çıkartılmıştır. Yönetmeliğe göre; a) Boya tamiri, b) Her türlü organik ve anorganik zehirli veya tahriş edici maddelerle boya ve vernik imali ve bunlardan meydana gelen zehirli ve tahriş edici boyaların kullanılması işleri, c) Selülozik, sentetik ve her çeşit boya imali işleri, d) Ham kürkleri işleme ve boyama işleri, e) Her

Tablo-4: Boya sanayiinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde maruz kalınan toksik maddelerle ilgili önerilen tıbbi tetikler (34, 35)

Maruz kalınan risk	Tıbbi tetkik ve takip	Tetkiklerin sıklığı
Kontrollü karsinojenik maddeler	Genel muayene, İdrar sitolojisi Uzun dönem etkilere dikkat- gerektiğinde karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, akciğer grafisi ve akciğer fonksiyon testleri	Her 6 ayda bir
Toksik metal kullanımı (kadmiyum, manganez, kurşun, cıva vb.)	Genel muayene, Kan ve idrar tahlilleri, Gerektiğinde akciğer grafisi ve akciğer fonksiyon testleri, Ağır metallerin uzun süreli etkilerine dikkat edilmelidir (kurşun-böbrek, beyin; kadmiyum-böbrek, akciğer). Anamnez, fizik muayenede maruz kalınan metal ilgili fiziksel bulgu ve belirtiler aranır (Örn. Kurşun kaynaklı nörolojik bulgular, anemi, gastro-intestinal semptomlar, gerektiğinde çalışılan metalin kan, idrar ve dokularda belirlenmesi-kanda kurşun; idrarda arsenik, cıva, krom ve kadmiyum bakılması ve karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri).	Her 12 ayda bir (kurşuna maruz kalındığı durumlarda 6 ayda bir)
Vernik, cila (Aromatik, alifatik hidrokarbonlar) ve benzen içeren solventlerle çalışma	Genel muayene (Karaciğer, dalak, sinir sistemi ve cilt odaklı) Kan (eritrosit ve platelet) ve idrar tahlilleri Mesleki ve genel tıbbi hikâyede maruz kalma durumunun belirlenmesi, gerektiğinde karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, karboksihemoglobin ölçümü	Her 12 ayda bir
Arsenik, Arsin ve türevlerine maruz kalma	Genel muayene, Akciğer grafisi, İdrar tahlilleri	Her 12 ayda bir



türlü ilkel ve mamul maddelerin temizlenmesi, boyanması, gazlanması, ağartılması, basılması ve hazır hale getirilmesi işleri, f) Süngerleri temizleme, yıkama, beyazlatma ve boyama işlerinde çalışacaklar için mesleki eğitim şart ve koşulları açıklanarak zorunlu kılınmıştır. 6331 sayılı yasanın Sağlık Gözetimi başlıklı 15. maddesinde yer alan: "...(2) Tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde çalışacaklar, yapacakları işe uygun olduklarını belirten sağlık raporu olmadan işe başlatılamaz. (3) Bu Kanun kapsamında alınması gereken sağlık raporları, işyeri sağlık ve güvenlik biriminde veya hizmet alınan ortak sağlık ve güvenlik biriminde görevli olan işyeri hekiminden alınır..." ifadesiyle işe giriş muayenesi yapma ve rapor düzenleme konusundaki yetkili kişi ve kurumlar netleşmiştir. Belirtilen işkollarında çalışanların işyerilerindeki sağlık gözetimi uygulamaları Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca 18.12.2014 tarihinde güncellenmiş "İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik", "...Tehlikeli sınıftaki işlerde en geç üç yılda bir, çok tehlikeli sınıftaki işlerde en geç yılda bir, özel politika gerektiren grupta yer alanlardan çocuk, genç ve gebe çalışanlar için en geç altı ayda bir defa olmak üzere periyodik muayene tekrarlanır. Ancak işyeri hekiminin gerek görmesi halinde bu süreler kısaltılır." diyerek işyeri hekimlerine sorumluluk yüklemiştir. Ancak boya ile uğraşan çok sayıda küçük işletme olduğundan başta özel politika gerektiren gruplar olmak üzere bu alanda çalışanların iş sağlığı hizmetlerine erişimi önemli bir sorun olarak sürmektedir.

5. Alınan önlemlere karşın işyerinde maruz kalınan riskli maddeler sağlık sorunlarına yol açarsa erken tedavi, sağlık sorunun kaynağını araştırma ve koruyucu önlemler alma riskin yayılmasını azaltacak ve yol açtığı sorunların en aza inmesini sağlayacaktır. Süreçte alınan önlemlerin değerlendirilmesi yaşanan sağlık sorunlarının tekrarlamasını da engelleyecektir (33, 36).

a. Acil durumlar için yeterli alt yapı ve donanım sağlanmalıdır.

b. Acil durum eylem planları oluşturulmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.

i. Acil ve ilkyardım ekipleri oluşturulmalıdır.

ii. Görev dağılımları, toplanma ve çıkış yolları belirlenmelidir.

iii. Senaryolu, aralıklı tatbikatlar ile olağandışı bir duruma hazırlıklı olunması sağlanmalıdır.

b. Kullanılan zararlı kimyasalların topluma ve çevreye zarar vermesini engellemeye yönelik atık yönetimi uygulanmalıdır (33, 36).

Sonuç olarak, boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde çalışanlarda kullanılan toksik maddeler kaynaklı çok sayıda sağlık sorunu ile karşılaşabilmektedir. Kayda geçebilen sağlık sorunlarının buz dağının üzerindeki olduğu öngörülmektedir. Aslında bu sağlık sorunları sık görülebilmeleri, çok sayıda kişiyi etkileyebilmeleri ve engellenebilir olmaları nedeniyle önemlidir. Boya sanayinde ve boya ile uğraşan işyerlerinde karşılaşılacak sağlık sorunlarının önlenmesinde -işyerinin büyüklüğü, çalışan sayısı ve üretim kapasitesinden bağımsız olarak- iş sağlığı hizmetleri uluslararası standartlara uygun sunulmalıdır. Sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesini de kapsayan bütüncül ve çağdaş sağlık hizmetleri yaklaşımı bunu gerektirir. Süreçte kamu ve özel işletmelerde mevzuatın ve işyeri politikasının çağdaş sağlık anlayışına uygun yapılandırılması gereklidir. Ulusal düzeyde mesleki sağlık ve güvenlik politikaları oluşturulmasında farkındalık yaratma ve baskı gücü oluşturma konusunda örgütlü mücadele giderek daha çok önem kazanmaktadır. Süreçte sağlık çalışanları, kamuoyu, meslek odaları ve sendikalara önemli görevler düşmektedir.

Kaynaklar

1. Dahlgren, G., Whitehead, M., Policies and strategies to promote social equity in health, Background document to WHO-Strategy paper for Europe, Stockholm, Institute for Futures Studies 1991. [İnternette], http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf
2. HAWAMAN Projesi (2009), LIFE06 TCY/TR/292. Boya üretimi Rehber Doküman. [İnternette], http://www.atikyonetimi.cevreorman.gov.tr/life/taskid/boya_uretimi.pdf
3. Güler, Ç., Çobanoğlu, Z., Çevresel ve Biyolojik İzleme ve Değerlendirme, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi, 1994; 13.
4. Ames, B.N., Gold, L.S., "Environmental pollution, pesticides and the prevention of cancer: misconceptions", FASEB J, 1997; 11:1041-52.
5. Siemiatycki, J., Richardson, L., Straif, K. "Listing occupational carcinogens", Environ Health Perspect, 2004; 112:1447-59.
6. Keskin, Ö., Aksoy, S., "Meslekle ilişkili kanserler" Hacettepe Tıp Dergisi, 2011;42(4):173-9.



7. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye'de Kanser Kontrolü (Ed: Tuncer, A.M.), Ankara, 2009;182.
8. SGK 2012 istatistikleri. [İnternette], http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari
9. Akkurt, İ., "Mesleki astım, mediko-legal yönden 47 olgunun retrospektif olarak irdelenmesi", Solunum Hastalıkları, 2000;11:256-61.
10. Arbak, P., "Mesleki astım ve bisinosis", Klinik Gelişim, 2010;23(4):23-8.
11. McDonald, J.C., Chen, Y., Zekveld, C., ve ark., "Incidence by occupation and industry of acute work related respiratory diseases in the UK, 1992-2001", Occup Environ Med 2005;62: 836-42.
12. Şimşek, C., "Toksik inhalasyonlara bağlı akciğer hastalıkları", Klinik Gelişim, 2010;23(4):71-7.
13. Oxford Handbook of Occupational Health, (Ed. Smedley, J., Dick, F., Sadhra, S.), Oxford University Press, 2007.
14. Kahvecioğlu, Ö., Kartal, G., Güven, A., ve ark., "Metallerin çevresel etkileri-I", Metalurji, 2009; 136. [İnternette], http://www.metalurji.org.tr/dergi/dergi136/d136_4753.pdf
15. Dökmeci, İ., Dökmeci, A.H., Toksikoloji Zehirlendirmede Tanı ve Tedavi, Nobel Tıp Kitapevleri, 2005.
16. Türk Tabipleri Birliği, İşyeri Hekimliği Ders Notları, Türk Tabipleri Birliği Yayını, 5. Basım. Ankara, Mart 2000.
17. Akman, Y., Evren, H., Düzenli, ve ark., Çevre Biyolojisi, Palme Yayıncılık, Ankara, 2000 .
18. Bellot, S.M., Schade van Westrum, J.A., Wagenvoort, C.A., ve ark., "Deposition of bauxite dust and pulmonary fibrosis", Pathol Res and Pract. Vol 179 (2);1984:225-29. [İnternette], <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6522333>
19. Beach, J.R., de Klerk, N.H., Fritsch, L., ve ark., "Respiratory symptoms and lung function in bauxite miners", Int Arch Occup Environ Health , 2001;74(7):489-94.
20. Jederlinic, P.J., Abraham, J.L., Churg, A., ve ark., "Pulmonary fibrosis in aluminum oxide workers: investigation of nine workers, with pathologic examination and micro analysis in three of them", Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1990;142:1179-84.
21. İş Sağlığı ve Güvenliği (Ed: Bilir, N., Yıldız, A.N.), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Aralık 2004.
22. Kellen, E., Zeegers, M., Paulussen, A., ve ark., "Does occupational exposure to PAHs, diesel and aromatic amines interact with smoking and metabolic genetic polymorphisms to increase the risk on bladder cancer? The Belgian case-control study on bladder cancer risk", Cancer Letters, 2007;245:51-60.
23. Gezer, H., "Sıvı kaplamalarının çevre kalitesi ve insan sağlığına etkileri". [İnternette], <http://www.yapkat.com/images/>
24. Mengeot, M.A., Vogel, L., Üretmek ve üretmek içinde, (Çev. ed.: Soyer, M.T.), Bölüm 2. "Çalışma Ortamında Eski ve Yeni Zehirler", (Çev.: Çiçeklioğlu, M.), s.33.
25. Yılmaz, V., Kılıçaslan, Z., İlker, Ö., ve ark., "Oto boya çalışanlarında solunum parametreleri", Solunum, 1987;12: 220-3.
26. World Health Organization, "Arsenic in drinking water". WHO Fact Sheet No. 210. Revised May 2001. [İnternette], http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/arsenicosis/en/
27. Levent, B., Demet, Ö., "Çevresel toksikoloji yönünden bazı ağır metaller", Ekoloji. Ekim-Kasım-Aralık 1992;5:42-6. [İnternette], <http://www.ekoloji.com.tr/resimler/5-11.pdf>
28. Erturan, S., Klinik Gelişim Meslek Hastalıkları, 2010; 23(4):83 [İnternette], http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_234/kg23-4.pdf#page=85
29. Fişek, G., Piyal, B., İşçi Sağlığı Kılavuzu, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara, 1998.
30. Klassen, C.D., Amdur, M.O., Doull, J. Toxicology, Macmillan Publishing Company, Newyork, USA, 1986.
31. Moriske, H.J., Ebert, G., Konieczny, L., ve ark., "Concentrations and decayrates of ozone in door air independence on building and surface materials", Tox Letters, 1998; 96:319-23.
32. International Labour Office (ILO), Safety and health in the non-ferrous metals industries, ILO, Geneva 2003. [İnternette], http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_107713.pdf
33. Safety in the use of chemicals at work. International Labour Office Geneva. ILO, Geneva 1993. [İnternette], http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_107823.pdf
34. Guidelines on Prevention and control of medical hazard. [İnternette], <http://www.mom.gov.sg/Documents/safety-health/factsheets-circulars/Prevention%20and%20Control%20of%20Chemical%20Hazards.pdf>
35. Occupational Safety & Health Council. Guidance Notes on Medical Examinations for Workers engaged in Hazardous Occupations in Industrial Undertakings. [İnternette], <http://www.labour.gov.hk/eng/public/oh/ENG.pdf>
36. Common Chemical Toxicants Found at Hazardous Waste Sites, Their Health Effects and Medical Monitoring. [İnternette], <http://www.osha.gov/Publications/complinks/OSHG-HazWaste/5-6.pdf> ●



MESLEKSEL BULAŞICI HASTALIKLAR: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI ÖRNEĞİ

Mehmet ZENCİR,

Prof. Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Domuz gribi salgını neoliberal politikaların sağlığa etkisi ve mesleki maruziyetle ilgili öğretici dersler çıkarmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1990'lı yıllarla küçük çiftliklerin ortadan kalkması; domuz üreticilerinin sayısının azalması; domuz sayısının artması; çok sayıda domuz içeren büyük çiftlikler (ülkede domuz stoğunun %55'ini her biri 50 binden fazla domuz bulunan 110 çiftlik); endüstriyel hayvancılık yapılan bu "fabrika çiftliklerinde"de binlerce hayvanın havasız, daracık kafeslerde tutulması, yoğunlaştırılmış hayvan besleme yöntemi ile beslenmesi virüsünün yayılımı ve değişimi için uygun ortam yaratmıştır. Dahası çalışanlar her gün binlerce domuz ve on binlerce kanatlıların atıkları ile karşılaşarak yoğun bir maruziyetle karşı karşıya kalmıştır. Çalışanlar mülksüzleştirilerek bu fabrika çiftliklerin çalışanları mülksüzleştirilerek güvencesiz istihdam ve çalışma koşullarında çalışmak zorunda bırakılan küçük üreticiler, köylülerdir. Küçük çiftliklerinde birkaç saat hayvanlarla uğraşırken günde sekiz saatten fazla tehlikeli ortamda çalışmak zorunda bırakılmışlardır. Fabrika çiftliklerin ABD'nin kendi toprakları dışında NAFTA vb. serbest ticaret anlaşmalarının kolaylaştırıcılığında Meksika'nın küçük kasabalarında bulunduğu ve domuz gribi salgının bu çiftliklerden başladığı not edilmiştir (1). Mülksüzleştirilerek güvencesiz koşullarında çalıştırılan Meksikalı işçilerden başlayan salgın, sağlık emekçilerini de etkilemiştir. Tüm grip olgularında olduğu gibi domuz gribi salgınında da çok sayıda sağlık emekçisi hastalığa yakalanmıştır. Türkiye'de de ilk yaşamını yitiren taşeron sağlık emekçisi olmuştur (2).

Son yıllarda mesleki bulaşıcı hastalıklar dünyada SARS salgını (3,4) ve H1N1 pandemisi (4), ülkemizde de KKKA salgını ile işçi sağlığı gündemine oturmuştur. DSÖ, SARS salgınında hastalığa yakalanan 8,098 kişinin 1,707'sinin (%21) sağlık çalışanı olduğunu bildirmiştir (3). Son iki dekatta

işyeri kaynaklı hepatit-B enfeksiyonu, çoklu-ilaç dirençli tüberküloz, viral hemorajik ateş ve diğer enfeksiyonlar nedeniyle binlerce işçi ölmüş ya da sakat kalmıştır. Bununla birlikte öldürücü enfeksiyonların sayısı tam olarak bilinmemektedir (3,5). En yaygın görülen mesleki bulaşıcı hastalıklar ve riskli meslek grupları Tablo-1'de özetlenmiştir.

Tehlikelerin sayıca artması, maruz kalma olasılıklarının artması ve ciddiyeti nedeniyle mesleki bulaşıcı hastalık riskinin arttığından ve global bir epidemin varlığından söz etmektedir. Ortaya çıkan bu riskle ilgili ilaç dirençli kimyasal araçlara eş zamanlı maruz kalma, mikroorganizmalar, kötü yapılan risk değerlendirmeleri, biyolojik risk bilgi eksikliği, işçi sağlığı ve güvenliğinde konuya yeterince önem verilmemesi, su ve havalandırma sistemlerinin bakımının kötü olması, biyolojik ve kimyasal ajanlara birlikte maruziyet, çalışma ortamlarındaki organik tozların içinde yüksek konsantrasyonda endotoksin bulunması, kapalı ortam hava kirliliği ve neden olduğu sağlık sorunlarına daha fazla önem verilmesi ve biyolojik risklerle ilgili atık yönetiminin kötü olmasının mesleki bulaşıcı hastalıklar epidemisinde rol oynadığı ifade edilmektedir (6).

İşle ilgili enfeksiyonlar mesleki hastalıklar arasında üçüncü sırada bildirilmiştir. Küresel düzeyde biyolojik yılda 320 bin işçi biyolojik tehlikelerle ilişkili bakteriyel, viral, zoonotik ve vektörlere bağlı enfeksiyon hastalıkları nedeniyle yılda 320 bin işçi yaşamını yitirmektedir (7).

Mesleki bulaşıcı hastalıkların Topluma Atfedilen Riski (TAR) hepatit-B için %4, hepatit-C için %3, tüberküloz için %5-6 ve pnömokokkal enfeksiyonlar için %14 olarak hesaplanmıştır (7).

İşle ilgili enfeksiyonlar en sık sağlık çalışanlarında ortaya çıkmaktadır. Özellikle salgınlar ve riski yüksek enfeksiyon hastalıkları sağlık çalışan-



larında yüksek insidanstan sorumlu tutulmaktadır (9). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hepatit B ve C'nin %40 ve HIV enfeksiyonunun %2.5'inin iş maruziyeti sonucu geliştiğini bildirmiştir (10,11). ABD'de sağlık emekçilerinin mesleki bulaşıcı hastalıklara bağlı mortalitesi milyonda 17-57 olarak hesaplanmıştır (3).

Tüberkülozla ilgili olarak gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda sadece mesleki maruziyete atfedilen risk % 3 iken sağlık çalışanlarında %5 olarak gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda tüberküloz insidansı sağlık çalışanlarında 2 ile 5 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (12). Sağlık emekçilerinde tüberküloz prevalansı Heybeliada Göğüs Hastanesi'nde (1997) yüzbinde 500 olarak saptanmıştır. Yine Dokuz Eylül, Ege Üniversitesi hastaneleri ile İzmir Göğüs ve Atatürk Eğitim ve Araştırma hastanelerini kapsayan bir çalışmada 1986-1998 yılları arasında 6,156 sağlık emekçisinin 59'unun tüberküloza yakalandığı rapor edilmiştir (13). Dünyada KKKA özellikle tarım işçilerini etkilemiştir (14). Literatüre yansıyan 2008 yılına kadar 13 sağlık emekçi hastalığa yakalandığı ve ikisinin yaşamını yitirdiğidir. İki bin on üç yılı itibarıyla KKKA nedeniyle yaşamını yitiren sağlık emekçisi sayısının altıya yükseldiği bildirilmiştir. (5 hemşire, 1 hekim). 2009 yılında Ankara Numune hastanesinde resüsitasyon yapan 3 asistan hekime hastalık bulaşmış, açılan dava sonucu "mesleki risk" varlığı yasal olarak kabul edilmiştir (14,15).

Sağlık çalışanları açısından unutturulan-kayda

geçmeyen mesleki bulaşıcı hastalıklar çok sayıdadır. Aksaray ilindeki norovirüse bağlı ishal salgını, domuz gribi başta olmak üzere influenza salgınları, 2010-2012 yılları arasındaki kızamık salgını, brusella, hepatit-B, tüberküloz, KKKA hastalıkları ile kamuoyunda medya tarafından paylaşılan, kongrelerde araştırmalara konu olan sağlık emekçilerinin enfeksiyonları mesleki bulaşıcı hastalıklar olarak kabul edilmemiş, kayıtlara geçmemiştir.

Mesleki bulaşıcı hastalıkları neden sorusu önem kazanıyor. Bu yazıda bu soruya özellikle mesleki bulaşıcı hastalıklara sağlık sektörü üzerinden yanıt aranmaya çalışılacaktır. Sağlık sektöründe bulaşıcı hastalıkların önemli bir kısmının iş kazasına bağlı geliştiği bilinmektedir. Özellikle kesici-delici alet yaralanmaları ve kan ve vücut sıvılarının sıçramaları mesleki bulaşıcı hastalıklara yol açan başlıca iş kazası türleridir. Son yıllarda ülkemizde sağlık sektöründe yaşanan bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerin tamamı iş kazası sonrası gelişen fatal seyirli bulaşıcı hastalıklar nedeniyledir (Kuş gribi ve KKKA).

Sağlık emekçilerinin ölümleri engellenebilir miydi? Bu sorunun yanıtı sağlık hizmeti üretimi yapılan tüm işyerleri için işçi sağlığı ve güvenliği kavramı ve hizmetlerinin sorgulanmasını zorunlu kılmaktadır.

İlk olarak sağlıklı ve güvenli hastane ortamının ne olduğunu tanımlayarak yazıyı ilerletmek daha uygun olacaktır. Sağlıklı ve güvenli hastane ortamı "işin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa

Tablo-1: İşçi gruplarına göre mesleki bulaşıcı hastalıklar(8)

İşçi Grupları	Mesleki bulaşıcı hastalıklar
Sağlık emekçileri	KKKA, Hepatit B ve C, Tüberküloz, HIV, SARS, Pandemik İnfluenza Veteriner ve çiftlik çalışanları Zoonozlar(cryptosporidiosis, leptospirosis, salmonella enfeksiyonları, Q fever, Kuduz, Şarbon, schistosomiasis), Tüberküloz, Kuduz, Tetanoz
Mezbaha işçileri	Nipah virus, Streptococcus suis, trichinosis, Q fever
Seks işçileri	Cinsel yolla geçen enfeksiyonlar
Kanalizasyon işçileri	Leptospirosis, Hantavirus infection, Hepatitis A, gastrointestinal patojenler
Orman işçileri	Lyme hastalığı, Kuduz, Veba
İnşaat işçileri, yıkım işçileri	Histoplasmosis
Madenciler, kumlayıcılar, taş kesme, taşocağı çalışanları, seramik ve döküm işçileri	Silicotüberküloz
Askeri personel	Biyolojik silahlara maruziyet(çiçek, şarbon ve veba)
Pet shop	Psittakozis
Temizlik işçileri	Hepatitis B, C, HIV
Çocuk bakım işçileri	Soğuk algınlığı, grip, göz enfeksiyonları, baş biti, menenjit
Su/atık su işçileri	Tetanus, grip, difteri, HIV
Gıda hizmetleri işçileri	Salmonella, E.Coli
Pirinç işçileri	Melioidosis, "sawah itch"



zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik tehlike ve risklerin, bunlara bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu” olarak tanımlamaktadır (National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)) (17,18).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından iş kazası “planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucunda sakatlanmaya ve zarara neden olan durumdur” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanım çerçevesinde daha farklı tanımlarda kullanılmaktadır. Örneğin: “beklenmedik ve/veya hatalı bir davranış ya da teknik bir arıza nedeniyle ortaya çıkan, önceden planlanmamış ve kontrol altına alınamamış ortamlarda, dıştan bir etkiyle meydana gelen, kişilere zarar veren, sonucu arzu edilemeyen, acilen tehdit oluşturan tehlikeler vb. 20 Haziran 2012 tarih ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nda iş kazaları “İşyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenlen öze uğratan olay” şeklinde tanımlanmıştır. Mevzuattaki tanım özlük haklarından yararlanma açısından önem taşımaktadır. Mevcut tanım oldukça sınırlayıcı olup en azından şiddet, mobbing vb. iş kazası kapsamına almadığı dikkat çekmektedir (17).

Sağlık sektörü iş kazaları açısından birçok sektörden daha risklidir. Avrupa’da sağlık sektöründeki iş kazaları, tüm Avrupa’da meydana gelen iş kazası ortalamasından %34 oranında fazla olduğu; iş kazasına bağlı 100 tam gün çalışan işçi başına kaybedilen gün sayısı sağlık sektöründe 9,4 gün iken madencilik sektöründe 6,3 gün olduğu gösterilmiştir (19). Sağlık sektöründe mesleki bulaşıcı hastalıklarla sonuçlanan iş kazaları olarak kesici-delici uçlu ekipman, kırık cam, tüp ya da araçlara bağlı yaralanmalar ve kan-vücut sıvılarıyla bulaş en sık yaşananlardır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) verilerine göre sağlık çalışanlarında iğne ucu ve perkütan yaralanmaları sayısı her yıl artmakta hastane çalışanlarında yılda 385 bin enjektör yaralanması ve günde ortalama 1000 kesici-delici alet yaralanması olduğu bildirilmektedir (20). Yine kesici-delici alet yaralanmalarının %60’nın rapor edilmemektedir. Başta hemşireler olmak üzere, hekimler, teknisyenler, hastabakıcıların, temizlik işçileri, stajyer öğrenciler kesici alet yaralanmaları ile sık karşılaşmaktadır (19,20).

Çalışma ortamındaki sağlık sakıncaları belir-

lenmiş etmenlerin çalışanlarla teması sonucu ortaya çıkan her hastalık ya da sağlık sorunları meslek-le/işle ilgili hastalıklar olarak kabul edilmektedir. Meslek hastalıkları, kendine özgü bir klinik tablo ile ortaya çıkar, hastalık deneysel olarak da oluşturulabilir ve bir veya birden fazla hastalık etkeni veya metabolitin biyolojik ortamda bulunuşu ile kendini gösterir. Hastalığın insidansının o meslek çalışanlarında yüksek olması önemli bir kriterdir. İşle ilgili hastalıklar ise farklı nedenlerle ortaya çıkabilecek hastalıkların çalışma ortamındaki etmenler ve/veya koşullar nedeniyle gelişimin hızlanması olarak tanımlanmaktadır (17).

Meslek hastalığı ile ilgili çeşitli sınıflandırmalar vardır. En yaygın kabul gören DSÖ, NIOSH, OSHA’nın benimsediği sınıflandırma şöyledir: Kimyasal etmenlere bağlı meslek hastalıkları; Fiziksel etmenlere bağlı meslek hastalıkları; Biyolojik etmenlere bağlı meslek hastalıkları; Ergonomik etmenlere bağlı meslek hastalıkları; Psikososyal etmenlere bağlı meslek hastalıkları (21). Türkiye’de ise Meslek Hastalıkları Listesi (1972) oluşturulmuş, oldukça dar kapsamlıdır:

A. Kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları

B. Mesleki deri hastalıkları

C. Mesleki solunum sistemi hastalıkları

D. Mesleki bulaşıcı hastalıklar

E. Fiziksel etmenlerle olan meslek hastalıkları

20 Haziran 2012 tarih ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nda meslek hastalığı “Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık” şeklinde tanımlanmıştır.

İş kazası, meslek hastalığı ve işle ilgili hastalıklar daha çok gündemde olmasına karşın işyeri ile ilgili tehlikelerin tartışılması daha sınırlı kalmaktadır. Tehlike, çalışma çevresinin fiziki kusurları veya insanların hatalı davranışları gibi nedenlerle çalışana, hasta ve hasta yakınına, işyerine ve çevreye zarar verme potansiyeli olarak tanımlanmaktadır. Risk ise tehlikelerden kaynaklanabilecek bir olayın, meydana gelme olasılığı ile bu olayın sonuçlarının ortaya çıkardığı zarar veya yaralanmanın şiddetinin bileşkesidir (22). Hastane ortamında bulunan tehlike ve riskler Tablo-2’de özetlenmiştir. Bu iki tanım dikkate alındığında işçi sağlığı ve güvenliği kapsamında tartışma sonuçlanmış risklere (meslek hastalığı, iş kazası ve işle ilgili hastalıklara)



odaklandığı görülecektir. Bununla birlikte önlenibilirlik açısından tehlikenin daha ayrıntılı ele alınması önem kazanmaktadır. Sağlık emekçilerinin ölümleri engellenebilir miydi sorusunun yanıtı için çalışılan her hastanenin biyolojik tehlikeler açısından ayrıntılı değerlendirilmesi gerekir. Çalışma ortamının değerlendirilmesi kapsamında tehlikelere bütüncül yaklaşılması sağlık emekçileri için daha yararlı tespitlere olanak sağlayacaktır. Özellikle psikososyal tehlikelerin önemli bir kısmı diğer tehlikeleri de doğrudan etkileme potansiyeline sahiptir. Bununla birlikte psikososyal tehlikeler daha çok ruhsal duruma indirgenmekte çalışma ortamını ve emek sürecini ilgilendiren tehlikeler göz ardı edilmektedir.

Mesleki bulaşıcı hastalıklarla sonuçlanan iş kazalarının önlenibilirliği mutlaka araştırılmalıdır. Tüm iş kazalarının, ramak kala olayların kök neden analizlerin yapılması ve önlemlerin bunlara göre düzenlenmesi işçi sağlığı ilkeleri arasında yer almaktadır. İş kazalarının nedenleri genellikle iki başlıkta ele alınmaktadır: Güvensiz ortam ve güvensiz davranışlar. Bu iki başlığın birbirinden ayrılması güçtür. Güvensiz davranışlar güvensiz ortamdan bağımsız ele alınaması ile birlikte bu ayrım tazminat açısından önemli hale gelmektedir. Yitirilen sağlık emekçileri açısından güvensiz ortam ve güvensiz davranışlara nedenleri incelediğinde sağlık ortamında çalışan çok sayıda sağlık emekçisi, yöneticiler, sektöre ilgisi olan araştırmacılar rahatlıkla şunları sıralayabilir:

- İş yükünün fazla olması, iş yoğunluğu
- Hasta sayısının fazla olması
- Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması
- Hemşire başına düşen bakım gereksinimin fazla olması
- Hemşire sayısının az olması
- Çalışma saatlerinin uzun olması, fazla mesai, nöbetler
- Belirsiz vardiyalar
- Uzun süreli, kalıcı gece nöbetleri
- Eğitim ile ilgili sorunlar (mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası; nitelik ve niceliksel sorunlar...)
- İşçi sağlığı ve güvenliği eğitimi
- Yetersiz malzeme
- Koruyucu önlemlerin yetersizliği
- KKD kullanılmaması

- Dikkatsizlik
- Meslekte acemilik
- Kronik yorgunluk, tükenmişlik

....

Yitirilen sağlık emekçilerinin “İş kazası-meslek hastalığı önlenibilir miydi?” sorusunun yanıtında işçi sağlığı ve güvenliği bağlamında önlem yaklaşımı yol gösterici olacaktır. Genel olarak kabul edilen önlemlerde öncelik sıralamasıdır. İlk sırayı alan önlemler iş kazalarının önlenmesinde yaşamsal iken son sıralarda yer alanlar iş kazalarının olumsuz etkisini azaltmaya yöneliktir. Sıralama şöyledir:

1. Tehlikeli olanı tehlikesizle / daha az tehlikeli olanla değiştirerek riskin yok edilmesi/ azaltılması
2. Mühendislik önlemleri ile riskin kaynağa veya ortamda kontrol edilmesi.
3. Çalışma sistemlerinin idari anlamda yeniden organize edilmesiyle maruziyetin azaltılması.
4. Olağanüstü durumlar için etkin acil durum planlarının yapılması.
5. Kişisel koruyucu ekipman ve giysi sağlanması.
6. İlk yardım olanaklarının sağlanması (22,24)

Tehlikelerin kontrolü sıklıkla üç aşamalı değerlendirilmektedir. İlk düşünülmesi gereken her zaman mühendislik önlemleridir. Eğer tehlike mühendislik önlemleri ile ortadan kaldırılamazsa, daha az tehlikeli olanla değiştirilemezse tehlikelerin kontrolünde ikinci yaklaşım idari önlemlerdir. Eğer maruziyet gerek mühendislik gerekse idari önlemlerle önlenemiyorsa KKD gereklidir. Bu yaklaşım sistemi işçi sağlığı açısından çok önemlidir. Çalışma ortamı kaynaklı devasa sorunların KKD kullanımına indirgenmesine ve işçilerin isteksizliğine bağlanan gerekçelerin aldatıcı yönünü ortaya koyar. Bu başlıklar içerisinde mühendislik ve idari önlemler önceliklidir. Aynı zamanda işverenin mühendislik ve idari önlemleri almasının yanı sıra kişisel koruyucu donanımı sağlanması, kullanılması için eğitimlerle çalışmada davranış değişikliğini gerçekleştirme yükümlülüğü de söz konusudur (Şekil-1) (25).

Hastane ortamı başta olmak üzere sağlık kurumlarında mesleki bulaşıcı hastalıklar bağlamında alınacak önlemler mühendislik, idari, KKD başlıklarında değerlendirilmelidir (Tablo-3). Böylelikle ister özel olsun ister kamu olsun işverenin

**Şekil-1: Üç aşamalı tehlike kontrolü**

Uygulanabilir her yerde işveren mutlaka mühendislik önlemlerini kullanmalıdır.
Eğer tehlike mühendislik önlemleri ile ortadan kaldırılamıyor veya kontrol altına alınamıyorsa,
İşveren, maruziyetleri elde edilebilecek en düşük düzeyde tutmaya yönelik idari önlemleri almalıdır.
Eğer tehlikeler mühendislik veya idari önlemlerle ortadan kaldırılamıyor veya kontrol altına alınamıyorsa,
İşveren uygun KKD'ın kullanımını sağlamalıdır
Eğer tehlikeler mühendislik, idari veya KKD önlemlerin tek başına kullanılmasıyla ortadan kaldırılamıyor veya kontrol altına alınamıyorsa,
İşveren mühendislik önlemleri, idari önlemler veya KKD kombinasyonunu kullanabilir.

(Work Safe Alberta Occupational Health and Safety Teacher Resources, Biological Hazards)

yükümlülüklerinin oldukça fazla olduğu sürekli gündemde tutulmalıdır.

Sağlık emekçilerinin ölümüne neden olan iş kazası ve ardında gelişen meslek hastalığı ile ilgili işverenin alması gereken önlemler hem biyolojik hem de psikososyal tehlikeleri içermesi kaçınılmazdır. Tehlikeyi ortadan kaldırmak işçi sağlığı ve güvenliği açısından yaşamsaldır.

Sağlık çalışanlarının sağlığı ile ilgili yapılan sağlık alanındaki örgütlü yapıların düzenlediği kongreler dahil konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde saha (sağlık çalışanları) tehlikelere; akademi riske eğilim göstermektedir. Saha mühendislik önlemlerine; tehlikeyi tehlikesizle değiştirme ve çalışma ortamını düzenlemeye yönelik önlemleri dile getirirken; akademi eğitime, kişisel koruyucu donanımına, ilk yardıma ve maruziyet sonrası izlemlere ağırlık vermektedir. Saha iş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle tazminat alamamaya odaklanırken; akademi meslek hastalığı tanısı koymanın zorluklarına odaklandığı görülmektedir (27-30).

Önem Tartışması Sağlık Reformlarının Tartışılması Demektir, Siyasaldır...

Önem tartışmasının sıklıkla KKD kullanımına daraltıldığı, çalışanın da buna uyum göstermediği şeklinde alışılageldiğimiz polemikler tüm ölümlü

iş kazalarında olduğu gibi iş cinayetleri nedeniyle yaşamını kaybeden sağlık emekçileri için de geçerlidir. Aynı zamanda psikososyal tehlikelerin saptanması ve bunlara karşı alınacak önlemler sağlık hizmet üretiminde ciddi yapısal reformların etkisini de gözler önüne serecektir. İşyerindeki hemşire/hekim sayısı, hemşire/hekim başına düşen bakım/hasta sayısı, vardiyaların düzenlenmesi, yeterli dinlenme süresi, mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası işi ile ilgili eğitimler, işe uygunluğu, yeterli malzemenin sağlanması, enjektörü bertaraf etmesi için uygun teknolojinin kullanımı, vb. sağlık alanında iş kazalarının önlenmesinde yapısal sorunları akla getirmektedir. Tehlikeleri ortaya koyma ve önlemleri bu kapsamda değerlendirme, teknik değil, siyasal bir değerlendirmeyi de zorunlu kılmaktadır.

İş kazası geçiren, meslek hastalığına yakalanan ve hayatlarının kaybeden sağlık emekçilerine yönelik 2012 Haziran tarihine kadar işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri neden verilmediği de sorgulanmalıdır. Tüm uluslararası mevzuatlara rağmen sadece iş yasası kapsamındaki işçilere sınırlı tutulan hizmetler nedeniyle milyonlarca kamu emekçisinin sağlıkları hiçe sayılmıştır, tarım emekçilerinde olduğu gibi, işçi sayısının 50'nin altında olduğu işyerlerinde çalışan işçilerde olduğu gibi, sigortasız işçilerde olduğu gibi... Dahası mevcut yasaya rağmen iş kazası ve meslek hastalıklarına yönelik devlet tarafından prim yatırılmaması nedeniyle pratikte halen memurlar için iş kazası ve meslek hastalığı tanısı, bildirim, tanzim mekanizması belirsizliğini sürdürmektedir. Bu nedenle SGK 2012 istatistiklerine özel sağlık sektörü ve kamuda işçi statüsünde çalışan sağlık emekçilerin rakamları yansımaktadır. 2012 yılı SGK istatistiklerinde "İnsan Sağlığı Hizmetleri" başlığında 131 iş kazası, 5 meslek hastalığı tespiti edildiği, ölüm vakasının olmadığına yer verilmektedir (31). 2012 yılında KKKA nedeniyle yaşamını yitiren hekim, kızamık salgısından etkilenen sağlık emekçileri vb. istatistiklerle yansımamıştır.

Sağlık iş kolu çok tehlikeli sektörler arasında sayılmaktadır. Bu nedenle bu iş kolunda işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri maden ocakları, çimento fabrikaları, dökümhaneler, boyahaneler vb. çok tehlikeli sektörler ile kıyaslanmalıdır. Ne yazık ki çok tehlikeli olmasına karşın sağlık iş kolunda işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri ihmal edilmiştir.



Tablo-2: Hastane ortamında bulunan tehlike ve riskler

	Tehlikeler (23)	Riskler
Biyolojik	Kan yolu ile bulaşan patojenlere maruziyet - İğne yaralanması - Müköz membranların kontamine madde ve yüzeylerle teması • Hava yolu ile (damlacık yoluyla) biyolojik ajanlara maruz kalma • Doğrudan hasta salgıları ile ya da dolaylı olarak kontamine yüzeylerle temas aracılığı ile biyolojik ajanlara maruz kalma • Havalandırma sistemleri, su veya gıda kaynaklı biyolojik kirleticilere çevresel(ortam) maruziyet • Cerrahi dumanındaki biyolojik ajanlara maruz kalma	• Hepatit B • Hepatit C • HIV(AIDS) • Tüberküloz • Brusellozis • Solunum sistemi enf. • KKKA • Şarbon • ...
Kimyasal	Temizlik ve dezenfeksiyonda kullanılan kimyasallar • Alkollü el dezenfektanları • Düşük derişimli dezenfektanlar • Etilen oksit • Gülüteraldehit • Ortofitalaldehit(OPA) • Proteolitik enzimler Tedavi için kullanılan dezenfektanlar • Anetezik gazlar • Antineoplastikler, sitotoksikler, • Tehlikeli ilaçlar, antibiyotikler, aerosollülü ilaçlar, hormonal ilaçlar Kimyasal atıklar • Lazer dumanı, cerrahi duman • Atık anestezi gazları Diğer kimyasal ve maddeler • Terör amaçlı kullanılan kimyasallar • Sıkıştırılmış gazlar • Lateks • Civa • Metilmetakrilat • Kişisel bakım ürünleri ve kokular	• alerji • astım • deri hastalıkları(dermatitler, allerjik ekzema) • karaciğer toksitesi • karsinogenik • teratojenik • mutajenik • başağrısı • göz hastalıkları • solunum yolu hastalıkları • Human Papillom virüs enfeksiyonları • yorgunluk • sinirlilik • düşüklükler, prematür doğumlar • zehirlenmeler • , ...
Psikososyal	• Vardiya, aşırı iş yükü ve çalışma saatleri ile ilişkili tehlikeler • Kritik olaylarla ilgili stresler • Çalışma yaşamındaki çatışmalarla ilgili stresler • Çalışanların yaşlanmasının etkileri ilişkili tehlikeler • Yeni teknolojinin girişi ile ilişkili teknostres • Aşırı işyeri streslerine bağlı depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları, diğer ruhsal hastalıklar • Strese neden olan sıkıntı veren veya iritan gürültüye maruz kalma • Strese yol açan kötü iç ortam havalandırmaya maruz kalma • Strese yol açan gün ışığına sınırlı erişime maruz kalma • Hasta veya yakınlarının tacizi-şiddeti • Çalışanlar tarafından taciz • Yalnız çalışma ile ilişkili tehlikeler • Mobbing(Bezdirme, yıldırma) • Aşırı işyeri stresine bağlı madde bağımlılığı	• duygu-durum bozuklukları • tükenmişlik sendromu • iş doyumsuzluğu • yabancılaşma • kronik uykusuzluk • yorgunluk • hafıza ve konsantrasyon bozuklukları • migren • madde bağımlılığı • psikosomatik hastalıklar • iritabilite • tükenme • kronik yorgunluk • intiharlar



Tablo-2: Hastane ortamında bulunan tehlike ve riskler (devamı)

Tehlikeler(23)	Riskler
Fiziksel •İyonizan radyasyona maruziyet(terapotik radyoloji, radyoaktif terapötik ajanların uygulanması, terapötik miktarlarda radyonukleid alan hastaların taşınması, girişimsel işlemler vb. sırasında) •Lazer dumanına maruz kalma •Diatermi cerrahisi sırasında mikrodalga veya radyofrekans radyasyona maruz kalma •Mikrodalga fırın kullanımına bağlı mikrodalga radyasyona maruz kalma •Kriyo cerrahi sırasındaki kriyojenik ajanlara maruziyet •Elektrik kabloları veya cihazları kaynaklı elektrik tehlikeleri •Elektromanyetik alanlar •Aydınlatma •Gün ışığına erişememe, kapalı ortam •Havalandırma •Sıcak-soğuk-nem •Kaygan-nemli zemin •Patlayıcı, yanıcı maddeler •Sıcak ekipman veya materyallerin ellenmesine bağlı yanıklar •Isı ile sterilize edilen aletlerin ellenmesine bağlı yanıklar •Oksijen gazı tüplerinin düşmesi, hasarlanması veya kötü kullanımına bağlı yangın, fırlatma veya fiziksel yaralanma •Kesiler(medikal aletler ve makaslar bağlı) •Ameliyathanede alet transferi sırasındaki kesiler	•koroner arter hastalıkları •hipertansiyon •aile içi gibi sorunlar •malpraktis •iş kazaları •motorlu araç kazaları •Deri hastalıkları •Göz hastalıkları •Kanser •Solunum yolu hastalıkları •Enfeksiyonlar •Toksik etkiler •Psikosomatik rahatsızlıklar •Depresyon •Migren, baş ağrıları •İşitme kaybı •Yorgunluk, bitkinlik •Yanık •Yangın •Elektrik çarpması •Düşmeler •Kesici-delici alet yaralanmaları
Ergonomik •Hasta taşıma ile ilgili ergonomik tehlikeler •Bilgisayar kullanımı veya ofis ile ilgili ergonomik tehlikeler •Ekipman, mobilya ve malzeme taşıma ile ilgili ergonomik tehlikeler(kaldırma, taşıma, itme, çekme vb. işlemlerle bağlı) •Ekipmanların pozisyon ve tutulmasına bağlı ergonomik tehlikeler •Uyumsuz ve uzun süreli postürlere bağlı ergonomik tehlikeler(uzamış ayakta durma ve baş/boyunun eğilmesi) •Titreşim •Kayma, tökezleme ve düşmelerle ilişkili ergonomik tehlikeler	•Kas-iskelet yaralanmaları •Karpal tünel sendromu •Varis •Boyun ve bel fıtıkları •Kas iskelet sistemi hastalıkları •Düşmeler •İş kazaları

Mevzuat anlamında düzenlemeler sağlık sektöründe artan şiddet ve şiddete bağlı ölümler ile gündeme gelmiştir. Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık hizmeti üretimi olan işyerlerinde işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri ile iş kazalarını, meslek hastalıklarını ve işe bağlı hastalıkları önlemek mümkündür. ABD’deki Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği (OSHA) ve Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH), “Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitesi”ni, öncelikli olarak sağlık çalışanlarının sağlığını geliştiren, koruyan, hastalıklarını önleyen ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini yerine getiren birinci basamak sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır. Hizmetin temel amacı sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliğinin geliştirilmesi,

olumsuz sağlık sonuçlarının önlenmesidir. Çalışma ortamı, üretim süreci ve çalışma ilişkileri sonucunda oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikolojik, ergonomik tehlike ve risklerin, meslek hastalıkları ve iş kazalarının bulunmadığı sağlıklı ve güvenli hastane ortamının sağlanmasıdır (18).

NIOSH-OSHA (Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitesi) bu hizmetleri şu başlıklarda özetlenebilir: Tıbbi anamnez içeren işe giriş muayenesi; Periyodik muayeneler; Sağlık ve güvenlik eğitimleri; Bağışıklamalar; Sağlık danışmanlığı; Çevre kontrolü ve sürveyans; Sağlık ve güvenlik kayıt sistemi; Hastane bölüm ve servisleri arasında koordine edilmiş planlama. Daha ayrıntılı ele alındığında



Tablo-3: Sağlık sektöründe mesleki bulaşıcı hastalıklara yönelik önlemler (23,26)

Mühendislik önlemleri*	İdari önlemler**	Kişisel Koruyucu Donanım
- Havalandırma sistemi, negatif basınçlı odaların oluşturulması, izolasyon odaları, spesifik havalandırma sistemleri, biyo-güvenlik davlumbazları - Kesici-delici aletleri bertaraf etmeye yönelik konteynerler(yaralanmayı en aza indirecek şekilde tasarlanan kapalı, rijid, delinmeye dirençli ve sızdırmaz vb. özelliklere sahip) - Güvenli kesici-delici enstrümanların(korunmalı şırıngalar ve neşterler, iğnesiz sistemleri, tek kullanımlık neşterler) - Miknatıslı sistemler(tepsiler gibi) - Ampul kesme aparatı - Otomatik tuvaletler, otomatik musluklar, sıvı sabun ve havlu dağıtım sistemi - HEPA filtreler - Yeni aşılarda geliştirilmesi - Tıbbi atıkların uygun bertaraf edilmesi	- Enfeksiyonları önleme ve kontrollerine yönelik politikaların geliştirilmesi - Güvenli çalışma prosedürleri (el yıkama, eldiven giyme, neşter transferi, maske kullanımı vb.) - Çamaşır taşıması, hasta bakım ekipmanlarının temizlenmesi, izolasyon odasının bakımı, kesicilerin taşınması ve bertaraf edilmesine yönelik önlemler - Dökülme/sıçrama müdahale prosedürü - Maruziyet sonrası müdahale ve izlem prosedürü - Dezenfeksiyon - Maruziyet zamanını sınırlamak için spesifik vardiya düzenlemeleri - Tehlikelere bağlı belirti ve bulguların erken raporlanması-bildirilmesinin sağlanması - Tıbbi surveyans(periyodik muayeneler) - Ortam ölçümlerinin yapılması - Aşı programının geliştirilmesi ve sağlık emekçilerinin aşılmasının sağlanması - KKD sağlanması, denetlenmesi ve çalışanlar tarafından kullanımının sağlanması - İşçilerin eğitimi - Uygun nitelikte ve nicelikte sağlık çalışanı - Hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanı hareketliliğini sınırlama - Enfeksiyon önleme ve kontrol pratiklerine uyumun sağlanması - Risk değerlendirme çalışmalarının düzenli yapılması - İş kazaları ve ramak kala olayların bildirimi ve kök neden analizlerinin yapılması - Gıda hazırlama ve onarımlarda kontaminasyonu azaltacak protokollerin hazırlanması	- İşe uygun eldivenler - İşe uygun maskeler - Göz koruyucuları (gözlükler, kalkanlar) - Yüz koruyucuları (yüz kalkanları) - Koruyucu giysi - Su geçirmez ayakkabı ve botlar

*Mühendislik önlemleri binadaki korumaların inşa edilmesi, çalışma alanı, donanım ve sarf malzemelerini içerir

** İdari önlemler: Tehlikelere maruziyet riskini en aza indirmek için iş prosedürleri veya iş süreci ile ilgili önlemleri içerir. Bu önlem tipinde tehlike ortadan kaldırılmaz, fakat yaralanma (maruziyet) riski en aza indirilmesi hedeflenir.

komitenin sağlık ve güvenlik hizmetleri, tüm işçi sağlığında olduğu gibi, sağlık çalışanları, hastane ortamı ile üretim süreci ve diğer hizmetler olmak üzere üç temel alanda yürütülmesi öngörülmektedir (18).

Yitirilen sağlık emekçileri için hastanelerde "İşçi Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri" ne durumda olduğuna yanıt verilmesi gerekir.

- İşçi Sağlığı ve Güvenliği Birimi var mı?
- İşe giriş ve periyodik muayeneler yapılıyor mu?
- Uygun işe yerleştirme yapılıyor mu?
- Risk değerlendirmesi yapılıyor mu? Risk değerlendirmesine çalışanlar katılıyor mu?

- Ortam ölçümleri yapılıyor mu?
- Çalışan eğitimleri yapılıyor mu?
- İşçi Sağlığı ve Güvenliği Kurulu toplanıyor mu? Kararlar alabiliyor mu?
- İş kazaları, meslek hastalıkları, ramak kala olaylar inceleniyor mu?

Vereceğimiz yanıtlar konunun ele alınmasını politikleştirecektir. İş cinayetleri, meslek hastalıkları ve işle ilgili hastalıkları "sağlık sorunu" olarak gören yaklaşımları aşan, sınıfsal zeminde konuyu ele alan değerlendirmelere gereksinim vardır. İşçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri ciddi bir sınıfsal mücadelelerin kazanımıdır. Tarihsel süreç içinde bu hizmetin ilkeleri mücadeleler ile şekillenmiştir.

Bu nedenle iş kazası ve ardında gelişen meslek hastalığına bağlı yaşamını kaybeden sağlık emekçileri için sağlık alanındaki son dönem reformlar da tartışmaya dahil edilmelidir. Sağlık Bakanlığı'nın son yıllarda paylaştığı istatistiklerde poliklinik hizmetlerinin çok arttığı (beş yüz milyonu geçtiği), bu polikliniklerin üçte birinin acil başvurular oluşturduğu, ameliyat sayısının, yatan hasta sayısının, yapılan tetkik sayısının arttığı, buna karşın hastanede kalış süresinin azaldığı ve sağlık emekçisi sayısında ciddi artış olmadığı dikkatleri çekmektedir. Tüm bunlar iş yoğunluğundaki ciddi artışı göstermektedir. Sıralananlar kavramsallaştırıldığında sağlık alanında reformların sonuçları şu şekilde ifade edilebilir.

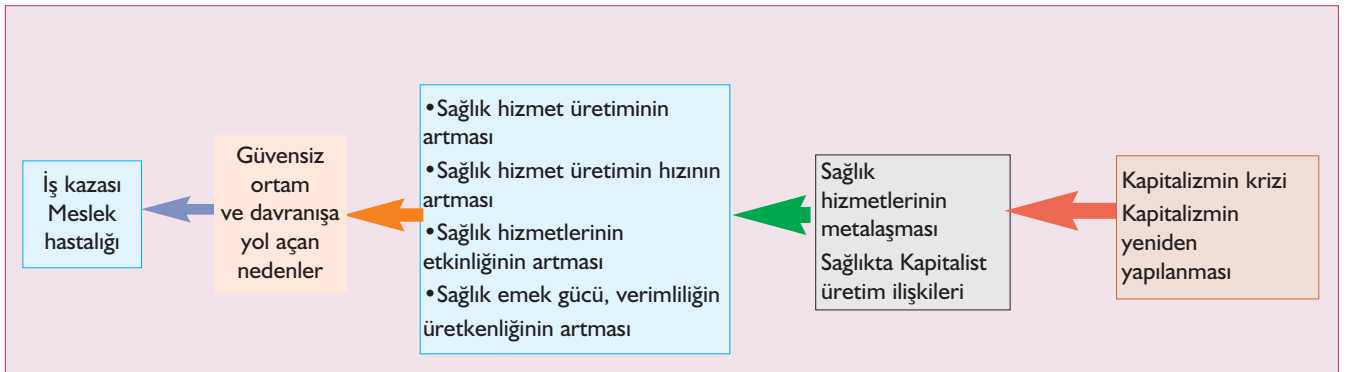
- Sağlık hizmet üretiminin artması (hizmet kullanımında artış, ortalama kalış süresinde kısalma, vb.)
- Sağlık hizmet üretiminin hızının artması (teknolojik yatırımlar....)
- Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artması (iş talebi artarken çalışan sayısının sabit tutulması; düşük teknoloji kullanımı, malzeme yetersizlikleri vb.)
- Sağlık emek gücü verimliliğinin, üretkenliğinin artması (çoklu görevler, çalışma saatlerinin artması, dinlenme sürelerinin azalması, teknoloji, vb.)

Bu sıralananları sağlıkta kapitalist üretim ilişkileri şeklinde toparlayabiliriz. Özetle sağlık hizmet üretimi kapitalist üretim ilişkilerinin yaşama geçtiği alan haline gelmiştir. Dolayısıyla emek süreci artı değeri artırmaya yönelik müdahalelerle şekillenmektedir. Kapitalist üretim ilişkilerinin hakim olduğu her sektörde olduğu gibi sağlık emek gücü

sömürüsü gündemdedir. Dolayısıyla çalışma sürelerinin uzatılması ve iş yoğunlaştırılması ile karşı karşıyayız. Artan iş talebi ve iş yoğunluğu, üretim hızının artmış olması iş kazalarındaki artışı da peşinden getirmektedir. Sermaye neden sağlık alanına girmiştir diye daha üst bir soyutlama düzeyine konu çıkardığımızda karşımıza kapitalizmin kendi doğasına içkin krizleri çıkmaktadır. 1970'li yıllarla yaşanan krizden çıkış için sermayenin manevralarının, müdahalelerinin sağlık alanında yaşananlarla ilgisi vardır. Bu müdahaleler üç başlıkta ele alınabilir: Sermaye dolaşımının önündeki engellerin kaldırılması (yeni yatırım alanları, sağlık, eğitim vb.); İstihdam ve çalışmanın esnetilmesi (taşerona bağlı çalışma, sözleşmeli çalışma, çoklu görevler, çalışma sürelerinin esnetilmesi, ücretlerin esnetilmesi vb.) ve tüketicinin kontrolü (kısıktırılmış tüketim, çarpıtılmış sağlık algısı) (32).

Konuyu toparlanmaya çalışırsak iş cinayetleri ile kaybettiğimiz sağlık emekçilerinde nedensellik değişik düzeylerde ele alınabilir: Biyolojik düzeyde, epidemiyolojik düzeyde, hizmet düzeyinde, sosyopolitik düzeyde ele alınabilir. Sağlık alanında işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri de ele aldığımız nedensellik düzeyine göre müdahale stratejileri de şekillenecektir (33).

Konu ile ilgili son söylenecek olan sağlık emekçileri olarak sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin edilgen katılımcıları olmaları değil, bizzat hizmetin şekillenmesinde aktif öznelere olmaları gerçeğidir. İşveren için bu hizmetlerin tıpkı çalışanlarının ücretleri ve özlük haklarında olduğu gibi büyük oranda maliyet kalemi olarak kabul edildiği her zaman akılda tutulmalıdır (Şekil-2).



Şekil-2: Sağlık sektöründeki iş kazalarının ve meslek hastalıklarının nedenselliği



* Bu yazının hazırlanmasında Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu'nda (11-12 Nisan 2013, Denizli) yapılan "Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği: Hemşirelik örneği üzerinden" isimli sunumdan büyük oranda yararlanılmıştır

Kaynaklar

1. Yavuz CI. "Neoliberalizm ve Domuz Gribi" Sağlık Reformlarının Sağlık Yönetimine Etkileri Sempozyumu (19-21 Kasım 2009, Bursa), Sempozyum Kitabı, Birinci Baskı, 2009, s:138-150
2. Çerkezoğlu A. "En Güvencesiz Olanımız Yaşamını Yitirdi! Bugün Domuz Gribi Yarın? DİSK/ Dev Sağlık-İş Sendikası" <http://www.sendika.org/2009/10/en-guvencesiz-olanimiz-yasamini-yitirdi-bugun-domuz-gribi-yarin-disk-dev-saglik-is-sendikasi>. 2009. Erişim tarihi: 8 Mayıs 2014
3. Sepkowitz KA, Eisenberg L. "Occupational deaths among healthcare workers" Emerging Infectious Diseases. 2005;11 (7):1003-8.
4. Chan EH, Brewer TF, Madoff LC, et al. "Global capacity for emerging infectious disease detection" Proceedings of the National Academy of Sciences. 2010;107 (50):21701-6.
5. Sagoe-Moses C, Pearson RD, Perry J, Jagger J. "Risks to healthcare workers in developing countries" N Engl J Med. 2001;345:538-41.
6. European Risk Observatory Report. "Expert forecast on Emerging Biological Risks related to Occupational Safety and Health" European Agency for Safety and Health at Work, 2007:7-14.
7. Work-Related Infectious and Parasitic Diseases Australia, April 2006
8. Lim VKE. "Occupational Infections" Malaysian Journal of Pathology. 2009;31 (1):1-9.
9. Haagsma JA, Tariq L, Heederik DJ, Havelaar AH. "Infectious disease risks associated with occupational exposure: a systematic review of the literature" Occup Environ Med 2012; 69:140-6.
10. Ahn YS, Lim HS. "Occupational infectious diseases among Korean health care workers compensated with Industrial Accident Compensation Insurance from 1998 to 2004" Industrial Health 2008;46:448-54.
11. WHO "Anti-tuberculosis drug resistance in the world" Report 4. Document no. WHO/HTM/TB/2008.394. Geneva: WHO Publications. 2008.
12. Evyapan F. "Solunum yolu ile Bulaşan Etkenler açısından Türkiye'de Durum ve korunma yolları" İçinde: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4.Ulusal Kongresi (16-17 Kasım 2013, Ankara), TTB Yayınları, Birinci Baskı İstanbul, 2014, s:75-78.
13. Tahaoğlu K, Kongar N, Elbek O, Tümer Ö, Kılıçaslan Z. "Türk Tabipleri Birliği Tüberküloz Raporu" TTB Yayınları, Ankara, 2012, s.14-6.
14. "Kırım Kongo Kanamalı Ateşi ve Sağlık Çalışanları" Mesleki Sağlık Güvenlik Dergisi 2012;43:26.
15. Ergönül Ö. "Kan ve Vücut Sıvıları ile Bulaşan Etkenler Açısından Türkiye'de Durum ve Korunma Yolları" İçinde:Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4.Ulusal Kongresi (16-17 Kasım 2013, Ankara), TTB Yayınları, Birinci Baskı, İstanbul, 2014, s:68-74.
16. Civaner M. "Hizmet Sunma Yükümlülüğünün Sınırları Nelerdir?" Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4.Ulusal Kongresi (16-17 Kasım 2013, Ankara), TTB yayınları, Birinci Baskı, İstanbul, 2014, s:45-54.
17. Emiroğlu C. "Sağlık Sektöründe Mesleki Riskler Ve Hukuksal Düzenlemeler" Meslek Sağlık Ve Güvenlik Dergisi 2012;43:16-25
18. Özkan Ö, Emiroğlu ON. "Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Hizmetleri" CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(3):43-51
19. Uçak A. "Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları Ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi" Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, 2009.
20. Özkan Ö. "Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri İle Risk Algılarının Saptanması" Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2005.
21. "Meslek Hastalıkları Rehberi" Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Ankara, 2011, s:11.
22. Türk M "Türkiye'de Sağlık Kurumlarında İşçi Sağlığı Ve Güvenliği Hizmetleri" Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3.Ulusal Kongresi, 18-20 Kasım 2011, Ankara
23. "Occupational Safety Handbook of Occupational Hazards and Controls for Medical and Surgical Staff" Government of Alberta, 2011, Canada
24. TTB "Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri" Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, 2008.
25. Work Safe Alberta Occupational Health and Safety Teacher Resources, Chapter 6: Biological Hazards. Government of Alberta, 2011, Canada
26. "Controlling exposure: protecting workers from infectious disease" Workers' Compensation Board of British Columbia. ISBN 978-0-7726-6114-2.
27. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi, 1999, Ankara
28. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi, 2001, Ankara
29. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi, 2011, Ankara
30. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4.Ulusal Kongresi, 2013, Ankara
31. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) 2012 Yılı İş Kazası ve Meslek Hastalıkları İstatistikleri, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari/
32. Zencir M. "Sağlık Reformların Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Doğrudan Katkısı" Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2012;45-46:49-58.
33. Zencir M. "Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği: Hemşirelik örneği üzerinden" Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu, 11-12 Nisan 2013-Denizli.●



KADIN KUAFÖRLERİNİN ÇALIŞMA KOŞULLARI VE MESLEKİ SAĞLIK SORUNLARI

Gülengül MERMER

Yrd. Doç. Dr., Ege Üniv. Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği

Meral TÜRK

Prof. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Raika DURUSOY

Doç. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Özet

Kuaförler kapalı ortamlarda, sürekli olarak ayakta ve yoğun bir iş temposu ile çalışmaktadırlar. Bu araştırmanın amacı, İzmir ili Bornova ilçesinde İzmir Kuaförler Odası'na kayıtlı kadın kuaförlerinin çalışma koşulları ve meslekten kaynaklanabilecek sağlık sorunlarını belirlemektir.

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini Bornova Kuaförler Odası'na kayıtlı kadın kuaför ve güzellik salonları oluşturmaktadır ve evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, örnek seçilmiştir. Kayıtlı toplam 211 işyerinden halen açık olanların %90.5'ine ulaşılmıştır. Bu işyerlerinde çalışmakta olan 191 kişiye 10 Ekim – 28 Aralık 2009 tarihleri arasında yüz yüze anket uygulanmıştır. Ankette; sosyodemografik özellikler, çalışma koşulları, iş öyküsü, meslek öncesi ve şimdiki sağlık öyküsü konusunda toplam 89 soru yer almıştır.

Kuaför çalışanlarının yaş ortalaması 26.5 ± 7.2 'ydi. Katılımcıların %53.9'u kadın, %58.1'i ilköğretim mezunuydu ve kuaförlük işinde ortalama 11.3 ± 8.3 yıldır çalışmaktaydılar. Çalışanların %22.5'inin sosyal güvencesi yoktu. Grubun %37.7'si usta/kalfa, %50.8'i salon sahibi/ortaktı. %24.6'sı haftanın yedi günü çalışmaktaydı. %92.1'inin çalışma süreleri uzayabilmekte, %86.9'u fazla mesai ücreti almamakta, %18.3'üne yemek molası verilmemekte, %81.7'i sürekli ayakta çalışmaktaydı. Kuaförlerin %5.8'i cilt sorunu olduğunu, %38.7'si konjonktivit olduğunu, %57.7'si omuzlarda, %19.2'si dirseklerde, %59.1'i boyunda, %51.2'si bacaklarda ağrılarının olduğunu ve %34.6'sı varis sorunu olduğunu belirtmiştir. Kuaförlerin %60.2'si kendini stresli hissettiğini, %62.1'i kendini yorgun hissettiğini, %35.8'i uyku sorunu olduğunu, %16.2'si sık nezle

olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %66.0'si ellerini korumak için eldiven veya krem kullandığı, %45.5'i Hepatit B'ye karşı aşıli olmadığını belirtmiştir.

Kuaför çalışanlarının ağırlıklı olarak kimyasal, ergonomik ve psikososyal tehlikelere maruz kaldıkları, kas iskelet sistemi ve stres gibi sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Bu konularda gereken önlemlerin alınması için farkındalığın artırılması ve ergonomik değerlendirmelerin yapılması için üniversite-meslek odaları ile işbirliği yapılmalıdır. Ayrıca çalışanların güvencesiz çalışma koşullarının düzeltilmesi açısından girişimlerde bulunulması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Kuaför, çalışma koşulları, sağlık sorunları

Hairdressers' Working Conditions And Occupational Health Problems

Abstract

Hairdressers work in closed environments, constantly standing up and in an intense pace of work. The aim of this study is to determine the working conditions and occupational health problems of hairdressers registered to the professional organization of Beauty Salons, in Izmir.

For this descriptive study, 90.5% of the 211 establishments registered to the chamber of Beauty Salons were contacted. 191 hairdressers were interviewed in November-December 2009. The questionnaire included a total of 89 questions concerning socio-demographic characteristics, working conditions, professional experience, their current health status and their health status before starting hairdressing.

The mean age of hairdressers was 26.5 ± 7.2 , 53.9% were women, 58.1% were graduated from



primary school and 22.5% did not have social security. They were working as hairdressers since 11.3 ± 8.3 years. Among the group, 50.8% were shop owners/shareholders. 24.6% were working seven days per week. 92.1% had prolongation of their working hours, of which 86.9% did not receive extra payments, 18.3% did not have lunch breaks, 81.7% worked constantly standing up. Among participants, 5.8% currently had dermatologic problems, 38.7% had conjunctivitis. 57.7% had pain in the shoulders, 19.2% at the elbow, 42.6% at the wrist, 59.1% at the neck, 51.2% in the legs and 40.2% had varicose veins. 60.2% of hairdressers felt stressful, 62.1% had fatigue, 35.8% sleeping problems and 16.2% had frequent rhinitis. Among participants, 80.1% used either gloves or moisturizing cream to protect their hands and 44.5% were not vaccinated against hepatitis B.

Hairdressers were especially exposed to chemical, ergonomic, psychosocial hazards and they encountered orthopedic problems and stress. Awareness should be increased and ergonomic assessments should be conducted with the collaboration of universities and trade unions. The safety of hairdressers' working conditions should be improved.

Keywords: Hairdresser, working conditions, health problems

Giriş

Kuaför salonlarında çalışanlar, çeşitli kimyasal ve mekanik uygulamaların işyerinde oluşturduğu olumsuz etkilerle karşı karşıya kalmaktadır (1,2,3). Kullanılan ürünler (saç boyası, saç spreyi, permanent yağlar, ağartıcı ajanlar, şampuan vb.) ve çalışma ortamındaki zararlı etmenler (toz, duman, buhar vb.) özellikle deneyimsiz çalışanlar üzerinde hem alerjen hem de iritan etkisiyle meslek hastalıklarına yol açmaktadır (1,4). Kullandıkları aletler (fön makinası ve diğer elektrikli aletler) iş kazalarına yol açabilmekte; uzun süre ayakta çalışmaktan dolayı ergonomik risklere maruz kalmaktadırlar. Biyolojik risk açısından, kuaför çalışanlarının kişisel hijyenlerine, çalışma aletlerinin dekontaminasyon, dezenfeksiyon ve sterilizasyonuna ve çalışma ortamının temizliğine gereken önemi vermedikleri takdirde müşterilerine olduğu kadar kendilerine de hastalık bulaşması kaçınılmazdır (5).

Birçok çalışmada kuaför çalışanlarının eldiven giymedikleri, uygun dekontaminasyon, sterilizasyon yöntemlerini kullanmadıkları, kendilerini ve müşterilerini koruyucu prosedürleri bilmedikleri, kan yolu ile bulaşma yolları ve korunmaya ilişkin bilgi ve tutumlarının istenen düzeyde olmadığı belirtilmektedir (6,7). Ayrıca korunma için gerekli olan hepatit B aşısının ancak 1998 yılında uygulanmaya başlaması nedeniyle önemli bir yaş grubu halen hepatit B'ye karşı bağışık değildir. Kuaför ve güzellik salonlarının müşteri kitlesinin önemli bir kısmını oluşturan erişkin grubun hastalıktan korunmasında bulaş yollarının engellenmesi özellikle önemlidir (8, 9).

Toplum sağlığı açısından kuaför salonlarında çalışanlara eğitim verilmesi ve bilinçlendirilmesi, bu salonların sık denetlenmesi, çalışanların aşı ve sağlık kontrollerinin yaptırılmasının sağlanması çok önemlidir. Sorumlu kuruluşların, belediyelerin, sağlık kuruluşlarının bu denetimde aktif rol almaları gerekmektedir. Meslek odası ve diğer sorumlu kuruluşların, hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim çalışmalarını ve denetimlerini etkinleştirmeleri, işçi sağlığı ve güvenliği eğitimleri ile çalışanları bilinçlendirmeleri hem çalışan hem de halk, özellikle kadın sağlığı açısından ciddi önem taşımaktadır.

Kuaförlerin çalışma koşulları ve meslekten kaynaklanan sağlık sorunlarının tanımlandığı araştırma sayısı oldukça azdır. Bu araştırmanın amacı, İzmir ili Bornova ilçesinde İzmir Kuaförler Odası'na kayıtlı kadın kuaförlerinin çalışma koşulları ve meslekten kaynaklanan sağlık sorunlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini Bornova Kuaförler Odası'na kayıtlı kadın kuaför ve güzellik salonları oluşturmaktadır; evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, örnek seçilmemiştir. Kayıtlı toplam 211 işyerinden halen açık olanların %90.5'ine ulaşılmıştır. Kaydı olduğu halde toplam 11 işyeri belirtilen adreste bulunamamış, 9 işyeri katılmak istememiştir. Toplam 191 işyerinde 10 Ekim- 28 Aralık 2009 tarihleri arasında yüz yüze anket uygulanmıştır. Ankette sosyodemografik özellikler, çalışma koşulları, iş öyküsü, meslek öncesi ve şimdiki sağlık öyküsü konusunda toplam



89 soru yer almıştır. Katılımcılara araştırmanın şekli ve amacı açıklanmış, sözlü onamları alınmıştır. Veri analizi SPSS 16.0 paket programı ile yapılmış sayı, yüzde ve ortalamalar alınmıştır.

Bulgular

Kadın kuaför çalışanlarının yaş ortalaması 26.5 ± 7.2 'dir (min 15 – maks 59 yaş). Kuaförlük işinde ortalama 11.3 ± 8.3 (min 1- maks 44) yıldır, görüşülen salonda da ortalama 3.2 ± 3.4 (min 1- maks 23) yıldır çalışmaktadırlar. Kuaförlük işine başlamadan önce 36'sı (%18.8) başka işlerde çalışmıştır. Mesailer ortalama 11.7 ± 0.6 saattir ve 140'ı (%73.3) saat 08.00-08.30 arasında çalışmaya başlamakta, 166'sı (%86.9) saat 19.30-20.00 arasında

işten çıkmaktadır. 176'sının (%92.1) fazla mesai yaptığı halde bunların sadece 25'i (%13.1) fazla mesai ücreti almaktadır. Çalışanların 156'sı (%81.7) yemek molası kullanmakta, bunların 111'inin (%71.2) kullandıkları yemek molası süresi 30 dakika veya daha kısadır. Katılımcıların çeşitli sosyodemografik özellikleri ve çalışma koşullarının dağılımı Tablo-1'de sunulmaktadır.

Katılımcıların 154'ü (%80.6) salonda şampuan/teknik işler, 148'i (%77.5) boya/perma yapmaktadır.

Kuaförlerin Karşılaştıkları Kimyasal Riskler ve Sağlık Sorunları

Kuaförlerin yaptıkları temel işlemler, kullandıkları malzemeler ve içerikleri ve solunum sistemine etkileri Tablo-2'de verilmiştir: Kuaförlerin yaptıkları işlerde kullandıkları malzemeler: Saç yıkamada kullandıkları şampuanlar, dekolorasyon (renk açma) da kullanılan oksijenli su ve alkali persülfat, saç boyamada kullanılan kalıcı boyalar, perma işleminde kullanılan mazemeler ve saç sabitleyicisi olarak kullanılan jöle yada spreyler in genel olarak solunum sistemine iritasyonuna neden oldukları görülmektedir.

Kuaför çalışanlarının mesleğe başlamadan önce %3.1'inde astım olduğu, %40'ının ise şu anda astım ve egzema tedavisi altında olduğu kendileri tarafından belirtilmiştir. Ayrıca çalışanların %19.4'ü ailelerinde alerji öyküsü olduğunu ifade etmiştir.

Kadın kuaförlerin %16.2'si sık nezle olduğunu, %13.4'ü ise nezlenin işiyle ilişkisi olduğunu belirtmiştir. Çalışanların %8.4'ü nezlenin şampuandan, %1.6'sı saç bakım ürünlerinden, %5.8'i boya ürünlerinden, %8.4'ü bakım ürünlerinden, %25.0'i permadan kaynaklandığını düşünmekte; %11.5'i nezlenin neden kaynaklandığını bilmemektedir. Çalışanların %22.5'i ise tatil / çalışmadığı zamanlarda bir düzelme olduğunu belirtmişlerdir.

Kuaför çalışanlarının 58'i (%30.4) öksürük yakınmasından bahsetmiştir. %6.8'i öksürüğün şampuandan, %7.1'i saç bakım ürünlerinden, %3.7'si boya ürünlerinden, %7.3'ü bakım ürünlerinden, %1.6'sı permadan kaynaklandığını düşünen kuaför çalışanlarının %20.5'i çalışmadığı/tatil zamanlarında bir düzelme olduğunu söylemişlerdir.

Astımı olduğunu ifade eden 70 (%37) kuaför çalışanın %9.4'ü, astımın şampuandan, %0.5'i

Tablo-1: Kuaför çalışanlarının bazı sosyodemografik özellikleri ve çalışma koşulları (n=191)

Sosyodemografik Özellikler ve Çalışma Koşulların			%
Cinsiyet	Kadın	103	53.9
	Erkek	88	46.1
Yaş dağılımı	<20	36	18.8
	20-24	55	28.8
	25-29	44	23.0
	30-34	29	15.2
	35 ve üzeri	27	14.2
Medeni durum	Evli	85	44.5
	Bekar	96	50.3
	Boşanmış/dul	10	5.2
Mezun olduğu okul	İlkokul/ ortaokul	111	58.1
	Düz lise	62	32.5
	Meslek lisesi	4	2.1
	Üniversite	5	2.6
Diğer (çıraklık eğitim merkezi, özel okullar)	Sosyal/sağlık güvencesi	9	4.7
	Var	148	77.5
	Yok	43	22.5
Çalışma statüsü	Salon sahibi/ ortak	97	50.8
	Usta/ kalfa	72	37.7
	Çırak	22	11.5
Haftada çalıştığı gün sayısı	7 gün	47	24.6
	6 gün	138	72.3
	5 gün ve daha az	6	3.1
Yemek molasının süresi	30 dakika veya daha az	111	58.1
	1 saat	35	18.3
	1 saatten fazla	10	5.3
	Yemek molası verilmiyor	35	18.3

**Tablo-2: Kuaförlerin yaptıkları temel işlemler, kullandıkları malzemeler ve içerikleri ile solunum sistemine etkileri**

İşlem	Kullanılan malzeme	İçerik / özellik	Sağlık etkileri
Saç yıkama	Şampuan (sıvı)	Yüzey etkin madde (temizleyici, köpük artırıcı) Kıvam verici Sertleştirici hacim artırıcı Renk verici Opaklaştırıcı (sedefli beyaz parlaklığı) Koruyucu	Solunum sistemi irritanı
Dekolorasyon (renk açma)	Oksijenli su Alkali persülfat	Oksijenli su Amonyak Alkali persülfat	Amonyak varlığı nedeniyle solunum sistemi irritanı Rinit ve astım
Saç boyama	Kalıcı boyalar	Aromatik bileşikler Alkileştiriciler (Amonyak veya etanolamin) Antioksidanlar (Sodyum sülfat, tioglikolik asit)	Amonyak varlığı nedeniyle solunum sistemi irritanı Aromatik bileşiklere bağlı astım
Perma	Kıvırcıklaştırma ya da düzleştirme için kullanılan indirgeyici solüsyonlar Kıvırcık saçlar için alkali düzleştiriciler	Amonyum tioglikat Sodyum bisülfat Oksijenli su Sodyum perborat Alkali persülfat Sodyum hidroksit Potasyum hidroksit Lityum hidroksit	İndirgeyici ajanlar irritan kirleticiler Oksidanlar (nötralizan ya da sabitleyici) hazır bileşikler olduğundan solunum riski yaratmıyor Solunum irritasyonu
Saç sabitleyiciler	Mizanpli ürünleri Saç spreyleri Jöle ya da spreyler	Sentetik polimerlerin hidroalkolik solüsyonları Mizanpli ürünlerine benzer İticiler (Fluorokarbonlar) Sentetik polimerlerin hidroalkolik solüsyonları ve silikon deriveleri	Solunum riski yok Bronş irritanı Akciğerleri alveollere dek etkileyebilir Solunum riski yok

saç bakım ürünlerinden, %5.8'i boya ürünlerinden, %9.9'u bakım ürünlerinden, %2.6'sı permadan kaynaklandığını düşündüklerini ifade ederken, 15'i (%26.3) çalışmadığı/tatil zamanlarında bir düzelmeye olduğunu belirtmiştir.

Kuaförlerin 107'si (%56.0) sigara kullanmaktaydı ve bunlardan %70.2'si günde beş sigaradan fazla içmekteydi.

Temas Yoluyla Etkilenim Sonucu Deri/Göz Sorunları

Kuaför çalışanlarının %13.1 mesleğe başlamadan önce egzema öyküsünden bahsetmiştir. Cilt sorunu belirten %5.8'dir (Tablo-3). Katılımcıların %76.9'u cilt sorununun hangi üründen kaynaklan-

dığı konusunda görüş belirtmemiş fakat %33.8'i çalışmadığı/tatil zamanlarında bir düzelmeye olduğunu ifade etmiştir. Çalışanların %18.8'i cilt testi yaptırdığını, %17.3'ü de cilt testinin pozitif çıktığını belirtmiştir.

Kadın kuaförlerin %38.7'si konjonktivit yakınlığının olduğunu (Tablo-3), %30.1'i de çalışmadığı/ tatil zamanlarında konjonktivit şikayetlerinde düzelmeye olduğunu belirtmişlerdir.

Ergonomik sorunlar

Tablo 3'te görüldüğü gibi kuaför çalışanlarının %60.0'i omurga/sırt ağrısı, %59.1'i boyun ağrısı, %57.7'si omuzlarda ağrı, %46.1'i Belde ağrı ve %42.1'i bileklerde ağrı olduğunu ifade etmişlerdir. %81.7'si sürekli ayakta çalıştığını, 147'si (%77.0)

Tablo-3: Kuaför çalışanlarının bazı sağlık sorunlarının sıklığı ve işle ilişkisi konusundaki görüşleri (n= 191))

Sağlık Sorunu	Sıklığı		İşle İlişkilendirme	
	n	%	n	%
Konjonktivit (göz iltihabı)	74	38.7	-	-
Cilt Sorunu	11	5.8	2	18.2
Astım	70	37.0	8	11.4
Öksürük	58	30.4	16	25.4
Nezle	30	16.2	19	13.4
Omurga/Sırt Ağrısı	90	60.0	70	60.3
Boyunda ağrı	88	59.1	65	59.1
Omuzlarda Ağrı	90	57.7	64	58.7
Bacaklarda Ağrı	84	51.2	-	-
Belde Ağrı	88	46.1	67	58.8
Bileklerde Ağrı	63	42.6	51	52.6
Varis	66	40.2	-	-
Dirseklerde Ağrı	25	19.2	25	30.1
Yorgunluk	110	62.1	80	52.6
Stres	106	60.2	86	54.8
Uyku Sorunu	63	35.8	28	19.7

saç kesimi, 160'ı (%83.8) fön çekimi yaptığını ifade etmiştir. Katılımcıların %17.0'i beldeki ağrı, %6.0'si varis nedeniyle tedavi olmaktadır. Çalışanların %7.7'si varis için ilaç, %5.8'si varis çorabı kullanmış, %1.9'u varis için cerrahi müdahale yaptırmıştır.

Psikolojik yük

Katılımcıların %6.2'si uyku sorunu nedeniyle tedavi görmekteydi. 106'sı (%60.2) stresli olduğunu, 110'u (62.1) kendini sürekli yorgun hissettiğini ifade etmiştir (Tablo-3).

Önlemler

Çalışanların 126'sı (%66.0) ellerini korumak için koruyucu (eldiven, krem) kullanmaktaydı. Eldiveni %48.2'si, kremi %17.8'i kullanmaktaydı. %55.5'i Hepatit B'ye karşı aşılıydı.

Kadın Çalışanların Doğurganlık Öyküsü

Kadın kuaför çalışanlarının 46'sı (%44.7) gebelik yaşadığını, 8'i (%10.4) düşük, 5'i (%7.0) ölü doğum yaptığını belirtmiştir (Tablo-4).

Tartışma

Çalışma Bornova'daki kadın kuaförlerinin en fazla ergonomik ve psikolojik yüke bağlı sağlık sorunu yaşadıklarını ortaya koymuştur. Bu sorunları, kullandıkları kimyasallara bağlı olarak gelişen solunum, göz ve deri yakınmaları izlemiştir.

Kadın kuaför çalışanlarının yaş ortalaması Denizli'de yapılan çalışmanınki ile benzerlik göstermektedir (10). Ortalama çalışma yılı açısından

da Fransa'da yapılan kuaför salonlarının risk değerlendirmesi çalışmasında bu çalışmanınkine benzer şekilde 8 yıl gibi kısa bir süre saptanmıştır (11). Kuaförlük mesleğinde kullanılan çok sayıda kimyasal madde ve çalışma pozisyonu bu çalışmada da ortaya çıkmış; solunum, deri, kas iskelet sistemi, damar ve yorgunluk ve stres gibi patolojilere yol açtığı görülmüştür (12,13). Finlandiya'daki çalışmada işe bağlı sağlık sorunlarının kuaförlerin %73'ünün işi bırakma nedeni olduğu ve astım, ellerde egzema nedeniyle işi terk etme oranının diğer çalışanlara göre 3.5 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (14). Yunanistan'da mesleğe göre dermatoz sıklığını değerlendiren bir çalışmada kuaförlerde kontakt dermatit sıklığı %30 olarak saptanmıştır (15).

Fransa'da çalışmada görüşülen kuaför salonları randevu usulü çalıştıklarını, mesailerinin pazartesi-cumartesi 9-19 arasında olduğunu belirtmişlerdir (11); bu çalışmada ise mesailer ve işe başlama ve bırakma saatleri Fransa'daki kuaför çalışanlarına göre çok daha fazladır ve fazla mesai yaptıkları halde sadece dörtte biri fazla mesai ücreti almaktadır. Çalışanların çoğu en fazla 30 dakikalık yemek molası kullanmaktadır.

Kuaför çalışanlarının mesleğe başlamadan önce çok azında astım olduğu, fakat çalışmanın yapıldığı sırada %40'ının astım ve egzema tedavisi altında olduğu kendileri tarafından belirtilmiştir. Fransa'da yapılan çalışmada da ailede alerji öyküsü olanlar bu çalışmadaki grupla benzer orana sahiptir (12).

Tablo-4: Kadın kuaför çalışanlarının doğurganlık öyküleri

Doğurganlık Özellikleri	n	%
Gebelik		
Evet	46	44.7
Hayır	57	55.3
Düşük		
Evet	8	10.4
Hayır	69	89.6
Ölü Doğum		
Evet	5	7.0
Hayır	66	93.0

Bu çalışmada, solunum sistemine ait patolojiler açısından Aydın'da kuaför çıraqları ile yapılan çalışmaya göre oran daha düşüktür (13). Kullandıkları kimyasal maddelerle sağlık sorunlarını ilişkilendirme açısından en fazla permada kullanılan kimyasallarla ilişkilendirme yapmışlardır. Beşte birinden fazlası tatil günlerinde düzelme olmasından hareketle bu ilişkilendirmeyi ifade etmiştir. Denizli'de yapılan çalışmada ise öksürük yakınması olanların oranı bu çalışmadakilere göre daha düşüktür (10). Denizli'de kuaförlerde seri PEF ölçümlerine dayalı mesleki astım prevalansı %7.3 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada astım varlığını ifade eden kuaför çalışanı oranı daha yüksektir (10) ve dörtte biri çalışmadığı/tatil zamanlarında bir düzelme olduğunu belirtmiştir. Astıma yol açma açısından en fazla şampuan ve bakım ürünleri, daha sonra boya ve en son perma ilaçları ile ilişkilendirme yapmışlardır.

Çalışmadaki kuaförler çalışanlarının yarıdan fazlası sigara kullanmaktaydı ve dörtte üçü günde beş sigaradan fazla içmekteydi. Aydın çalışmasındaki çıraqlarda deri ile ilgili şikayetler, ellerde egzema bu çalışmaya göre on kat daha fazla bildirilmiştir. Bu durum çıraqların yarıdan fazlasının tüm mesleki işlemlere katılması ve temizlik işlemlerinden daha fazla sorumlu olmalarına bağlanabilir (13). Bu çalışmaya katılanlarda deri şikayeti bildirilenler düşük olmasına rağmen cilt testi yaptıranların hemen hemen hepsinde sonuç pozitif çıkmıştır.

Kadın kuaförlerinin %38.7'si konjonktivit yakınmasının olduğunu, %30.1'i de çalışmadığı/tatil zamanlarında konjonktivit şikayetlerinde düzelme olduğunu belirtmişlerdir. Fransa'da yapılan çalışmada kuaför çalışanlarının %22'si bir veya daha fazla sıklıkta konjonktivit olduğunu fakat



tatillerde azalma olmadığı için işle bağlantı kurmadıklarını belirtmişlerdir (12). Katılımcıların çoğunluğu sürekli ayakta çalışmakta, saç kesimi ve fön çekimi gibi üst ekstremiteleri zorlayan işlemler yapmaktadır. Bu çalışmada üst ekstremitelerdeki ağrı sıklığında önce omuz düzeyinde sonra bileklerde ve dirseklerde ağrı bildirilmiştir; bu oranlar Fransa'da yapılan çalışmadakine göre ikişer kat daha fazla fakat sıralama aynıdır (12). Omurga düzeyindeki şikayetlerde bu çalışmada sıralama sırt, boyun ve bel şeklindedir; Fransa'daki çalışmada bel ağrısı ilk sırayı almaktadır ve sıklık bu çalışmadakinin yarısı düzeyindedir. Belde ağrı sıklığı daha yüksek iken katılımcıların sadece beşte birine yakını bel ağrısı nedeniyle tedavi gördüğünü iletmıştır. Fransa'da yapılan çalışmada kuaför çalışanları bu çalışmaya katılanlara göre çok daha yüksek oranda (%47) bel ağrısı bildirmiş ve çoğunlukla işten kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Ancak %1'i bu şikayete yönelik tedavi aldığını belirtmiştir (12).

Varisi olanlar katılımcıların yarıya yakını olmasına rağmen ancak altıda biri varis nedeniyle tedavi görmektedir. Fransa'daki çalışmada varis tedavisi görenler bu çalışmadakilere göre dört kat, varis çorabı kullananların oranı da üç kat, cerrahi tedavi görenler de üç kat daha fazladır (12).

Kendini sürekli yorgun hissetme açısından bu çalışmaya katılan kuaför çalışanı oranı Fransa'da yapılan çalışmadakinden çok daha fazladır. Uyku sorunu ve stres açısından da bu çalışmadaki oran çok daha yüksektir. Uyku sorunu tedavisine başvuru



ru bu çalışmada Fransa çalışmasına göre altı kat daha yüksektir (12).

Kadın kuaför çalışanlarının düşük oranları 2008 TNSA verilerinden daha düşük ancak ölü doğum oranları daha yüksektir. İsveç'te Rylander ve ark. tarafından yapılan Kadın kuaförler arasında üreme sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada erken doğum ve yeni doğanda malformasyonların oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (16). Bu durumun kullanılan kimyasallardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

- Kişisel koruyucu kullanımının özendirilmesi
- Çalışanların hepatit B'ye karşı aşılammamış olan %45,5'ine bağışıklama programı düzenlenmesi önerilebilir.

- Bu bulgular bize mesleki sağlık sorunları (omurga, sırt ve diğer ağrılar, astım... vb.) açısından kuaförlerde seri tıbbi kontrollerin yapılması gerekliliğini vurgulamaktadır.

Teşekkür

İzmir Kuaförler Odasına ve Bornova ilçesinde çalışmaya katılan kadın kuaförleri çalışanlarına teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Hollund BE, Moen BE, Lygre SH, Florvaag E, Omena as E. "Prevalence of airway symptoms among hairdressers in Bergen, Norway", Occup Environ Med 2001;58: 780-5.
2. Hollund BE, Moen BE. "Chemical Exposure in Hairdresser Salons: Effect of Local Exhaust Ventilation", Bergen, Norway, British Occupational Hygiene Society 1998; 42/ 4: 277-281.

3. Ocakçı A, Berk Z, Sala G. "Çocuk Emegi Kuaför Çırakları ve İş Riskleri", Çalışma Ortamı 2000; 49.
4. Winder C. "Chemical hazards and health effects of hairdressing", J Occup Health Safety Aust NZ 1993;9: 359-71.
5. Canyılmaz D. "Berber ve Kuaför Hizmetlerinde DAS Uygulamaları", 6. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi 2009: 407-416.
<http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2009/pdf/407-416%20Demet%20Canyilmaz.pdf> Erişim Tarihi 23 Ekim 2013.
6. Kişioğlu N, Öztürk M, Uskun E, Doğan M. "İsparta'daki Kuaför Ve Güzellik Salonlarında HIV/AIDS Konusunda Bilgi ve Tutum Değerlendirmesi", Türk HIV&AIDS Dergisi. 2004; 7 (1): 14-22.
7. Şahin NH, Bilgiç D, Esen Ü, Çetinkaya R, Tozoğlu Z. "Bayan Kuaförü Çalışanlarının Hepatit B'ye İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi", TAF Preventive Medicine Bulletin 2009; 8 (2): 147-154
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Hepatit B Hastalığı Hakkında Genelge. Tarih: 4 Haziran 1998, Sayı: 6856.
9. Hıdıroğlu S, Karavuş M, Topuzoğlu A, Şalva T. "Manikür-Pedikür Yapan Kadın Berberlerin Hepatit B Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranışları", TSK Koruyucu Hekim Bül. 2006; 5:276-286.
10. Başer S, Evyapan Fişekçi F, Özkurt S, Denizli İlindeki Kuaförlerde Mesleki Astım Prevelansı ve Erken Hava Yolu Etkilenmesi, Türkiye Klinikleri Arch Lung 2007;8 (1):14-8.
11. Bretagne GE. "Evaluation Et Prevention Des Risques Dans Les Salons De Coiffure, Documents Pour Les Medecins Du Travail", No: 99, 315- 349, trimestre 3, 2004.
12. Amodeo M, Boudot H, Desfray E, Ducrot-Henry L, Gomis C, Seneque B, Demmuid JP, Regin S, Guinot P. "La Coiffure: Une Enquete De Terrain En Cote-d'Or, Pour Les Medecins Du Travail, No: 99, 367- 381, trimestre 3, 2004.
13. Yenigün A, Çetmen A, Pektaş E, Karayel E, Özcan N. "Aydın'da Kuaför Çıraklarında Solunum ve Deri Bulgularının Sıklığı", Asthma Allergy Immunol 2010;8:77-87.
14. Leino T, Kahkonen E, Saarinen L, Henriks-Eckerman ML, Paakkulainen, H. "Working Conditions and health in Hairdressing Salons", Applied Occupational and Environmental Hygiene, 1999;14 (1): 26-33.
15. Zorba E, Karpouzis A, Zorbas A, Bazas T, Zorbas S, Alexopoulos E, Zorbas I, Kouskousis K, Konstandinidis T. "Occupational dermatoses by type of work in Greece", Saf Health Work. 2013 Sep;4 (3):142-8. doi: 10.1016/j.shaw.2013.06.001. Epub 2013 Jul 20.
16. Rylander, L, Axmon, A, Toren, K, Albin, M. "Reproductive outcome among female hairdressers", Journal of Occupational and Environmental Medicine 2002, 59, 517-522.●



HOLLANDA'DA EKONOMİK SEKTÖRLERE GÖRE MESLEK HASTALIKLARININ YILLIK İNSİDANSI

Çeviren: Özlem ONAT

Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş

Meslek hastalıklarını önlemek, işe başlama aşamasında mesleğin çalışanların sağlığı üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi ile başlar. Çalışma taleplerinin sağlık ve güvenlik risklerini değerlendirmek için çeşitli iş ve ekonomik sektörlerde sıklıkla araştırma faaliyetleri yapılmaktadır. Ancak çalışma taleplerinin çalışanların sağlığı üzerindeki etkisini değerlendiren araştırma faaliyetleri daha seyrek yapılmaktadır.

Hollanda'da işyeri hekimleri, meslek hastalıkları bildirimlerini, Hollanda Meslek Hastalıkları Merkezi'ne yapmak zorundadır. Diğer birçok ülkeden farklı olarak, Hollanda'da tanı konulan meslek hastalıkları için finansal bir tazminat sistemi bulunmamaktadır. Bu sebeple, meslek hastalıklarını tespit etmek ve önlemek adına işveren ve işçileri bilgilendirecek bir bilgi sisteminin varlığı önemlidir. Çeşitli ekonomik sektörler için insidans rakamları, düzenleyici ve önleyici faaliyetlerin önceliklendirilmesi için umut vaat eden bir yöntemdir. Bir grup gönüllü işyeri hekimi ile sentinel (nöbetçi) sürveyans sistemi uygulanmıştır ve bu yöntem ile çeşitli ekonomik sektörlerde çalışan nüfusu ve rapor edilen tüm meslek hastalıklarını değerlendirerek meslek hastalıklarının insidansı hakkında bilgi elde edilmesi amaçlanmıştır. Hollanda Ulusal Kayıt Sistemi sadece mutlak sayıları verdiği için raporların detayı bulunmamaktadır. Bu sebeple, sentinel (nöbetçi) sürveyans sisteminin temel amacı, gönüllü bir grup hekim ile Hollanda'da çeşitli ekonomik sektörlerde tıbbi olarak raporlanmış meslek hastalıklarının yıllık insidans oranlarını tespit etmektir. Bu çalışma meslek hastalıklarının 2009 yılı için yıllık insidans oranlarını incelemektedir.

Gereç ve Yöntem

Çalışma planı

2009-2013 yıllarına ait 5 yıllık süreçte Hollanda'da işyeri hekimlerine kayıtlı dinamik bir kohort üzerinden yıllık olarak;

1. Raporlanmış meslek hastalıklarının sayısı
2. Risk altındaki çalışan nüfusun büyüklüğü belirlenmiştir.

İşyeri hekimleri: Çalışmaya dahil edilmesi, eğitim ve geri bildirim alınması

Hollanda Meslek Hastalıkları Merkezi tarafından e-posta adresleri bilinen 1773 Hollandalı işyeri hekimine, meslek hastalıkları bildirimini için sentinel (nöbetçi) sürveyans sistemine katılıp katılmayacakları soruldu.

Katılım için dahil edilme kriterleri şunlardır;

1. Çalışan popülasyonu kapsıyor olmak
2. Ekonomik sektörleri ve çalışan nüfus büyüklüğünü raporlamak
3. Teşhis edilmiş tüm meslek hastalıklarını kaydetme konusunda istekli olmak

Meslek hastalıkları raporlama kalitesini ve uyumunu artırmak için eğitim (meslek hastalığının tespit edilebilmesi için ücretsiz profesyonel eğitim), kolaylaştırıcı çalışmalar (web sitesi, yardım masası ve yönergeler) ve bilgi (gazeteler) sağlanmıştır.

Meslek hastalıkları: Raporlanmış veriler

Meslek hastalığı, hastalığın meydana gelmesinde işle ilgili kısmın %50'den fazla olduğu hastalık olarak tanımlanmıştır. Hollanda Meslek Hastalıkları Merkezi (<http://www.occupationaldiseases.nl>),



en sık rapor edilen meslek hastalıklarını değerlendirmek için kanıta dayalı kılavuzlar geliştirmiştir. Kılavuz iki kısımdan oluşmaktadır: Hastalığın klinik tanımı ve hastalığa özel maruz kalma kriteri. Maruz kalma kriterleri; çalışma yoğunluğu, sıklığı ve/veya süresi cinsiden ifade edilmektedir. Örneğin; bir günde en az 10 kere 10 kg'dan fazla ağırlık kaldırmak. Maruz kalma kriterleri bilimsel literatürde düzenli araştırma ve incelemeler neticesinde belirlenmekte ve kriterler belgesinde yerini almaktadır.

Meslek hastalığı teşhisi konmuş her çalışan Hollanda Meslek Hastalıkları Merkezi'ne anonim olarak raporlanmaktadır ve ilgili bilgiler bir veri tabanında kayıt altına alınmaktadır. Bunlar:

- Klinik tanı almış hastalık veya patoloji
- Demografik özellikler (yaş, cinsiyet)
- Maruz kalma şekli (fiziksel, kimyasal, biyomekanik ve psikososyal etkenler)
- Meslek
- Ekonomik sektör

- Çalışma yeteneği açısından sonuçları.

Ekonomik sektör kategorisi, Avrupa Topluluğunda Ekonomik Faaliyetlerin İstatistikî Sınıflaması'nda açıklanan 21 temel ekonomik sektöre dayanmaktadır.

Analiz

Veri, belirli bir tarih aralığında (2009) meslek hastalıkları için bir Poisson dağılımı göstermektedir. İnsidans rakamları (%95 güven aralığı ile) 2009 yılında çalışmaya katılan her işyeri hekimi için ekonomik sektör başına bildirilen meslek hastalıkları oranı ve işçi-yıl verisi hesaplanarak her ekonomik sektör için belirlenmiştir. İşçi-yıl biriminin kullanılmasının sebebi, her altı aylık periyotta işyeri hekimlerinin katılımının değişmesi ile birlikte meslek hastalıkları bildiriminin ve işçi-yıl değerlerinin düzeltilmesidir. Katılımları 1 Temmuz'dan önce biten işyeri hekimleri hiç katılmamış gibi, 1 Temmuz ile 31 Aralık arasında bitenler ise 2009'un ilk altı ayında katılmış olarak düşünülmektedir. 1 Ocak ile 1 Temmuz arasında yeni katılanlar ise 2009'un ikinci altı aylık periyodunda katılmış olarak düşünülmektedir.



Tablo-1: 2009 yılında Hollanda'da meslek hastalıklarının sayısı ve insidansı

Ekonomik Sektör	Meslek hastalıkları	İnsidans (100.000 işçi-yılında)	95% güven aralığı
Tarım, Orman ve Balıkçılık	16	421	215-628
Madencilik ve Taş Ocağı İşletmeciliği	5	888	110-1667
İmalat Sanayi	323	436	389-484
Elektrik, Gaz ve Su Kaynakları	9	281	97-464
Su ve Su İşleme	27	832	518-1146
İnşaat	311	1127	1002-1253
Toptan Satış ve Perakende	87	139	109-168
Taşıma ve Depolama	210	608	526-690
Oteller ve Restaurantlar	19	146	80-211
Bilgi ve İletişim	60	374	279-469
Finansal Hizmetler	35	171	114-227
Gayrimenkul	6	100	20-180
Bilimsel ve Serbest Meslekler	27	243	151-335
Yönetim	48	230	165-295
Hükümet ve Savunma	117	376	308-444
Eğitim	125	320	264-376
Sağlık	294	246	218-275
Sanat, Eğlence ve Rekreasyon	26	369	227-511
Hizmetler, Demekler, Tamirat	13	76	35-118
Ev İşleri	4	517	10-1023
Dokunulmazlığı Olan Organizasyonlar	3	104	0-222

Bulgular

Katılan işyeri hekimleri

2009 yılında, 21 ekonomik sektörde 514.590 çalışanı kapsayan 189 işyeri hekimi, meslek hastalığı bildirimi için sentinel (nöbetçi) sürveyans sistemine katılmıştır. Bu 189 işyeri hekiminin, 176'sı tüm yıl için, 13'ü altı aylığına katılmıştır. Ayrıca üç işyeri hekimi ise çeşitli sebepler ile (çok yoğun olunması, çalışan organizasyonu olmaması ve kişisel sebepler ile) 2009 yılı içerisinde katılımını sona erdirmiştir. Bu işyeri hekimlerinin %81'i, ortalama 12 meslek hastalığı bildirimi yapmış olmakla birlikte, en az bir meslek hastalığı bildirimi yapmıştır. Ekonomik sektörlerin dağılımı ise; 563 işçi yılı değeri ile madenci ve taş ocaklarından 119.330 işçi yılı değeri ile sağlık sektörüne kadar değişkenlik göstermektedir.

Tıbbi olarak raporlanan meslek hastalıkları

Tıbbi olarak raporlanan tüm meslek hastalıkları içerisinde; mental hastalıklar en sık bildirimi yapılan hastalık olmuştur [%41, n:738, insidans: 143 (133-154, %95 G.A.)].

Onu, kas-iskelet hastalıkları takip etmektedir [%39, n:693, insidans:135 (125-145, %95 G.A.)]. Ardından işitme ile ilgili hastalıklar [%11, n:194 insidans:38 (32-43, %95 G.A.)]; bulaşıcı hastalıklar [%4, n:67, insidans:13 (10-16, %95 G.A.)]; deri hastalıkları [%3, n:55, insidans:11 (8-14, %95 G.A.)]; nörolojik hastalıklar [%2, n:36, insidans:7 (5-9, %95 G.A.)]; solunum yolu hastalıkları [%2, n:34, insidans:7 (4-9, %95 G.A.)] gelmektedir.

Tablo-1, 2009 yılında 21 ekonomik sektörde meslek hastalığının 100.000 işçi yılı olarak yıllık insidansını göstermektedir. Toplamda, 12 ay içerisinde 1782 adet meslek hastalığı kayıt altına alınmıştır. Bunlardan 17 tanesinin ekonomik sektörü bilinmemektedir. 2009 yılında herhangi bir meslek hastalığının tahmini insidansı 100.000 işçi yılında 346 olmuştur (330-362, %95 G.A.). Ekonomik sektörlerde en yüksek meslek hastalığı insidansı 1127 adet ile inşaat sektöründe olmuştur (1002-1253, %95 G.A.). Onu, 888 adet ile madencilik ve taş ocakları (110-1667, %95 G.A.); 832 adet ile su ve su işleme sektörü (518-1146, %95 G.A.) ve 608 adet ile lojistik dağıtım ve depolama sektörü (526-690, %95 G.A.) izlemektedir.



Tartışma

Meslek hastalıkları, Hollanda'da tüm ekonomik alanlarda raporlanmaktadır. Meslek hastalıklarının %91'i mental hastalıklar, kas-iskelet hastalıkları ve işitme ile ilgili hastalıklardır; bu oran diğer Avrupa ülkelerindeki değerler ile örneğin İngiltere'deki değerler ile karşılaştırılabilir. Meslek hastalıkları ile ilgili değerlendirmelerin geçerliliğini artırmaya ve işyeri hekimlerinin düzenli raporlama aktivitelerini geliştirmeye yönelik çalışmalar, bu insidans değerlerinin kullanılabilirliğini daha da artıracaktır. İşverenler ve işçiler, işle ilgili sağlık ve güvenlik sorunlarını izleyebilecekleri her türlü veri ile ilgilenmekle birlikte hükümet, güvenilir meslek hastalıkları istatistiklerine odaklanmaktadır.

Tibben raporlanmış meslek hastalığı vakalarının insidansı

Çoğu durumda, bir işyeri hekimi tarafından tıbbi raporlanmış meslek hastalıkları, çalışanın kendi ağzından tıbbi geçmişine ve klinik deneyler ve testler ile ek bilgi edinilmesi fırsatına dayalıdır. Ancak, bilgi ve kanıta dayalı vaka tanımları ve maruziyetin değerlendirilmesi meslek hastalıklarının değerlendirmesinin geçerliliğini artırmak için eşit derecede önemlidir. Bir grup gönüllü ve eğitimli işyeri hekimi ile yapılan bir sentinel sürveyans sistemi, bilgi ve motivasyon eksikliğine bağlı eksik raporlama yapan işyeri hekimlerinin oluşturduğu eksikliği gidermek üzere yıllık meslek hastalığı insidansının tahmin edilmesinde uygulanan bir stratejidir. Bu gözlemlleme projesinin gücü, tıbbi raporlanmış meslek hastalığı vakaları için, bireysel klinik vaka raporlaması ve epidemiyolojik çalışmalara ekstra bilgi kaynağı teşkil etmektedir. Ancak, bir kısım ekonomik sektörler için insidans oranları dikkatli yorumlanmalıdır. Bunun sebebi, az sayıda vakanın geniş bir güven aralığında paylaşılmasıdır.

Başka hekimlere danışma imkanı olan, işyeri hekimlerine ulaşma imkanı olmayan çalışanlara ait (örnek: özel çalışanlar veya kendi işini yapanlar) hastalıklar veya hastalığın potansiyel sebeplerinin belirlenmesinde mesleki faktörlerin payının belirlenmesinin zor olduğu hastalıklar içerisinde meslek hastalıklarının ortaya çıkartılması için ek araştırmaya ihtiyaç vardır.

Önleyici Faaliyetler İçin Çıkarımlar

Önleyici faaliyetler için ekonomik sektörlerdeki meslek hastalıkları insidansının bilinmesi başlangıç noktasıdır. Kayıt faaliyetlerinin nihai hedefi, çeşitli ekonomik sektörlerde risk altında çalışan nüfusun biyomekanik, çevresel ve psikososyal etkilere maruz kalmasını azaltmayı hedefleyen müdahalelerin seçilmesi ve uygulanması ile birlikte meslek hastalıklarının önlenmesidir. Hollanda'da asbestos düzenlemesi, solventle uyarılmış ensefalopatinin prognostik faktörleri üzerinde araştırma ve hemşirelik çalışmasında deri koruması, meslek hastalıklarını önlemeye yönelik örnek ulusal faaliyetlerdir. Meslek hastalığı vaka oranları ile ilgili bilgiler, işverenler tarafından önlem alınması, risk envanteri ve diğer değerlendirmelerin yapılması ve yapılan işe özel olarak çalışanların sağlığının takibine yönelik hükümet düzenlemelerinin kalitesinin artırılması için kullanılmalıdır.

Ancak, çalışma taleplerine maruz kalma konusundaki azalma, işle ilgili hastalıkların veya meslek hastalıklarının başlaması veya kötüleşmesi riskinin benzer şekilde azalması ile sonuçlanmamaktadır. Ayrıca, işyeri hekimleri, ergonomi uzmanları, mesleki hijyen uzmanları ve psikologlar tarafından çalışma taleplerini değerlendirmek için kullanılan bir çok enstrüman, meslek hastalıkları riskinin artması konusunda bilimsel kanıtlara dayalı değildir. Bu sebeple, Hollanda'da mental hastalıklar, kas-iskelet hastalıkları, işitme ile ilgili hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, deri hastalıkları, solunum ve nörolojik hastalıklar için kanıta dayalı meslek hastalıkları yönergeleri geliştirilmiştir. Bu yönergeler, meslek hastalıklarını değerlendirme yönündeki desteğe ek olarak, yüksek çalışma taleplerinin değerlendirilmesinde ve önleyici faaliyetlerin önceliklendirilmesinde pratisyenler için faydalı kanıta dayalı maruz kalma kriterlerini de içermektedir.

**Bu makale Occupational and Environmental Medicine dergisinde yayımlanmış bir kısa rapordur. Van der Molen HF, Kuijter PP, Smits PB, Schop A, Moeijes F, Spreewers D, Frings-Dresen MH. "Annual incidence of occupational diseases in economic sectors in The Netherlands" Occup Environ Med 2012;69(7):19-521.●*

KİTAP TANITIMI



EMEĞİN KİTABI

Melda Yaman, Gülistan Yarkın, Gürşag Tuna ve Fuat Ercan

Soma maden işçilerine adanan kitabın tanıtım bülteninde şu ifadeler yer veriliyor: "Emeğin Kitabı baskıya girerken Soma A.Ş. maden ocağından felaket haberi geldi. Son haberlere göre üç yüze yakın can kaybı yaşanırken, ocakta yüze yakın işçinin daha bulunduğu tahmin ediliyor. Ancak, ne şirket ne de hükümet yetkilileri madende kaç işçinin olduğuna dair kesin bilgi vermiyor. Bu da madende kaçak işçilerin çalıştırıldığını düşündürüyor. Maden faciası gösterdi ki; özelleştirme, taşeronlaştırma ve kâr hırsı, üç yüzden fazla işçinin katliamının sebebidir. Kalbimiz Somada atıyor. Acımız da, öfkemiz de büyük. Ne var ki bu felaket, özelleştirmeye, taşeronlaştırmaya, güvensiz çalışma koşullarına, yeşil sendikacılığa ve bizzat kapitalizme karşı daha güçlü bir mücadele vermenin gerekliliğini de işaret ediyor. Sendikalara; meslek odalarına; emekten yana duran, düşünen, yazan, eyleyenlere, hepimize, acil görevler yüklüyor. Kitabımız Somada yitirdiğimiz tüm maden işçilerine adıyoruz."

Korkut Boratav Kitabı şöyle anlatıyor: "Emeğe ilişkin kuramsal analizi güncel olanla birleştiren ve her iki düzlemi tarihsel açıdan ele alan" çalışmalardan bazılarını bir araya getirmek... Emeğe kuramsal ve tarihsel bakışlar üzerinde yapılan iki gezintiye, emeğin güncel hali üzerindeki çalışmalar tamamlıyor."

Emeğin Kitabı, işçi sınıfından kesitleri ayrıntıyla incelerken, bizlere, ortak öğeleri de hatırlatmış oluyor.

Sosyal Araştırmalar Vakfı tarafından oluşturulan 663 sayfada otuz beş makalenin yer aldığı bu güzel derlemeyi hazırlayanların ellerine sağlık...

Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG), kendi disiplini ile ilgili olabilecek derlemeler, araştırmalar, literatür özetleri ve gündemi belirleyen olaylar ve tartışmalara ilişkin görüş ve değerlendirmeleri yayınlayan bilimsel bir dergidir. Türk Tabipleri Birliği tarafından yayımlanır.

MSG, ICMJE tarafından belirlenen standartları ve TTB Yayın Etiği Bildirgesi ilkelerini benimser. Ayrıntı için web sayfasına (<http://www.ttb.org.tr/MSG>) bakınız MSG'de yazılar belirli başlıklarda yayımlanır (ayrıntı için; web sayfasına bakınız) ve web sayfası aracılığı ile gönderilir.

Başvurusu kabul edilen yayın türleri (ayrıntı için; web sayfasına bakınız):

- I. Özgün araştırma
- II. Araştırma raporu (ön rapor)
- III. Bakış /Görüş
- IV. Yorum
- V. Editöre mektup
- VI. İşyeri hekimleri ve işçi sağlığının diğer disiplinlerinden derlemeler
- VII. Diğer

Dergiye gönderilen yazılar öncelikle Editörler tarafından bir ön değerlendirmeye alınır. Bu ön değerlendirme sonrası Yayın Kurulu ve gerektiğinde Danışma Kurulu incelemesinden geçerek yazı hakkında karar verilir. Araştırmalar en az iki, ihtilaf durumunda üç hakeme gönderilir. Gelen görüşlere göre yayın kurulunda değerlendirme yapılır.

Yazım Kuralları:

Derginin yazı dili Türkçe'dir. Yazılar Türk Dil Kurumu tarafından belirlenen dil bilgisi ve yazım kurallarına uygun olmalıdır.

Yazı bölümleri:

Yazılar Windows tabanlı Microsoft Word programı ile her kenarından 3'er cm boşluk kalacak şekilde, 2 satır aralıklı olarak tüm bölümler dahil 15 sayfayı aşmayacak şekilde yazılmalıdır. Yazının sayfaları aşağıdaki bölümlere ayrılmalıdır.

I. Başlık sayfası: Bu sayfada yazının başlığı, yazarlar ve bağlı oldukları kurumlar, yazarların iletişim bilgileri (telefon numarası ve e-posta adresi) olmalıdır. Makalelerin hakemler tarafından tarafsız değerlendirmelerini sağlamak amacıyla makale metninde çalışmanın yapıldığı kurum veya çalışmayı yapan araştırmacıların kimliğinin bulunmamasına dikkat edilmelidir.

2. Özet sayfası: Bu sayfada araştırma makaleleri için sadece Türkçe ve İngilizce özet yer almalıdır. Araştırma makalesi olmayan yazılar için özete gerek yoktur.

Türkçe ve İngilizce özet: Özetlerden her biri 250 sözcüğü geçmemeli, açık ve anlaşılır biçimde çalışmayı özetlemelidir. Amaç, gerekçesi ve yöntem, bulgular, sonuç (title, purpose, material and method, results, conclusion) bölümlerine ayrılmış olmalıdır.

Anahtar sözcükler (key words): Türkçe ve İngilizce 2-5 kelime Indeks Medicus konu ve bölüm başlıklarına uygun olarak belirtilmelidir.

3. Metin sayfası: Özgün araştırmalar için yazıda şu bölümler bulunmalıdır: Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar.

Kaynakların metin içinde gösterimi: Kaynaklar metin içinde kullanım sırasına göre numaralandırılmalı ve cümlelerin sonunda noktalama işaretinden sonra parantez içinde bu numara ile belirtilmelidir. Birden fazla kaynak belirtilecekse numaralar arasına virgül konmalıdır.

Kaynak listesi: Kaynaklar yazının sonunda teşekkür bölümünden sonra metindeki sıralamaya ve numaralandırılmaya uygun olarak yazılmalıdır. Kaynak yazımında aşağıda belirtilen gösterim kullanılmalıdır. Yazar sayısı 3'ten fazla ise ilk üç yazar yazıldıktan sonra "ve ark." kısaltması kullanılmalıdır. Dergi adları "Index Medicus" a göre kısaltılmalıdır.

Makale için; Güranlı GE, Müngen U, Akad M. "Construction equipment and motor vehicle related injuries on construction sites in Turkey" Industrial Health 2008;46(4):375-388.

Kitap için; Akkurt İ. "Mesleki Solunum Hastalıkları" Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2007.

Kitap içinde bölüm gösterimi: Ünlütürk Ulutaş Ç. "Evin İç İşyeri: Ev Hizmetleri, Ücretli Emek ve Göçmen Kadın Emeği" İçinde: S.Dedeoğlu ve M.Yaman Öztürk (Der). Kapitalizm, Ataerkillik ve Kadın Emeği. SAV Sosyal Araştırmalar Vakfı Yayınları, İstanbul, 2010.

İnternette kitap ve web sitesi: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. "Çalışma Hayatı İstatistikleri 2011" http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgeb/dosyalar/istatistikler/yabanciizn_2011 (15/3/2013)

4. Tablolar / Şekiller / Resimler / Grafikler sayfası

5. Çalışmanın ana hatları: Bu sayfada çalışma/yazı ile ilgili kilit noktalar vurgulanmalıdır. Bu bölüm beş cümleden fazla olmamalıdır.

