



türk tabipleri birliği

mesleki sağlık ve güvenlik dergisi

turkish journal of
occupational
health and
safety

© İş Sağlığı ve Güvenliği
Kanunu

© Sağlık Sektörü ve
Sağlık Emekçileri

© Mesleki Sağlık ve
Güvenlik Riskleri

© Laboratuvarlar ve
Risk Değerlendirmesi

© Radyasyon Kaynakları
ve Risk Algısı

© İşyeri Tehlike Sınıfları



turkish medical association

ISSN 1302 - 48 - 41 üç ayda bir yayımlanır Ocak-Şubat-Mart 2012

43



johs(turkish)
turkish journal of
occupational
health and
safety

Editörler

Dr. Celal EMİROĞLU
Dr. Levent KOŞAR

Yayın Kurulu

Denizcan KUTLU
Dr. Meral TÜRK
Dr. Nasır NESANIR
Dr. Nilay ETİLER
Onur BAKIR
Dr. Ö. Kaan KARADAG
Dr. Sedat ABBASOĞLU

Danışma Kurulu

Prof. Dr. Ahmet SALTIK
Prof. Dr. Alpaslan İŞIKLI
Prof. Dr. Çağatay GÜLER
Dr. Engin TONGUÇ
Prof. Dr. Gamze YÜCESAN ÖZDEMİR
Prof. Dr. Gazanfer AKSAKÖĞLU
Prof. Dr. Güzin ÖZARMAĞAN
Av. Hacer EŞİTGEN
Fiz. Müh. Haluk ORHUN
Prof. Dr. İbrahim AKKURT
İsmail Hakkı KURT
Prof. Dr. Kayıhan PALA
Prof. Dr. Mehmet ZENCİR
Av. Murat ÖZVERİ
Av. Mustafa GÜLER
Prof. Dr. Mustafa KURT
Kim. Müh. Mustafa TAŞYÜREK
Doç. Dr. Nadi BAKIRCI
Dr. Nazif YEŞİLLETEN
Psik. Dr. Nazlı Yaşar SPOR
Prof. Dr. Nevin VURAL
Dr. Nihal COŞKUN
Prof. Dr. Remzi AYGÜN
Prof. Dr. Turhan AKBULUT
Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Yıldırım KOÇ
Dr. Yıldız BİLGİN
Doç. Dr. Yücel DEMİRAL

Türk Tabipleri Birliği Adına Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü
Dr. Özdemir AKTAN

Yazışma Adresi

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

Telefon

0 312 231 31 79 (Fbx)

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 :

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 dergisi

43

Üç ayda bir yayımlanır Ocak-Şubat-Mart 2012

EDİTÖRDEN
Celal EMİROĞLU

1

“İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ KANUNU” ÜZERİNE

Celal EMİROĞLU, Levent KOŞAR

2

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MESLEKİ RİSKLER
VE HUKUKSAL DÜZENLEMELER

Celal EMİROĞLU

16

KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI

26

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARLARINDA
RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Meral TÜRK

27

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ'NDE KİŞİSEL
DOZİMETRE TAŞIYAN ÇALIŞANLARIN MESLEKSEL İYONLAŞTIRICI
RADYASYON RİSK ALGISI VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Selcen SAKAOĞLU MANAVGAT, Aliye MANDIRACIOĞLU

34

“İŞÇİ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN
İŞYERİ TEHLİKE SINIFLARI LİSTESİ TEBLİĞİ

İŞÇİ SAĞLIĞI ve İŞYERİ HEKİMLİĞİ KOLU YÜRÜTME KURULU

44



Uluslararası Çalışma Örgütü, Avrupa Birliği, teknoloji, arz-talep, verimlilik, artı-değer, istihdam paketi, genç emek gücü, esnek üretim, taşeronlaşma, küretaj, sezeryan, işçi sağlığı, iş sağlığı ve güvenliği vs...

Bu terimler/kavramlar arasında nasıl bir bağ ya da akıl birliği olabilir? Ya da aradaki ilişkiyi kuramama durumu nasıl bir akıl durgunluğudur?

Kapitalist sistem, varlığını artık-üretim üzerinden sermaye birikimi yarattığı sürece koruyacaksa; değeri yaratan emeğin (emek gücünü ücret karşılığında sermayedara satmak zorunda kalan emekçilerin), kendi ücretine karşılık gelen emek zamanından daha fazla çalıştırılması, yani "daha fazla kâr" için üretimde emek payının düşürülmesi ve işçilerin düşük ücretle çalıştırılması esas alınıyor. Artık "emeğin alınıp satıldığı" dönemler geride kaldı, şimdi işçinin "birim zamanı üzerinden ne kadar üretim yapacağı" hesaplanır oldu. Bu da yetmiyor! Emek gücü sömürüsünü değişen araç ve yöntemlerle sürekli olarak derinleştirmek durumundalar...

Sermaye birikimini artırmanın ve artı-değer hedeflerine ulaşmanın formülü; bir tarafta ücretli çalışmaktan başka seçeneği olmayan işçinin/emekçinin "kendi emek gücü üzerindeki denetimini kaybettirmek"; diğer taraftan çalışma sürelerini uzatmak, birim zamanda yapılan iş yoğunluğunu artırmak... Sermaye birikiminin dinamiği haline gelen bir başka yol/yöntem de işçi sağlığı ve güvenliğini hafife almak!

Söz konusu "işçinin sağlığı" ise; biz biliyoruz ki çalışma hayatının içinden "kârlılık/verimlilik", "kalite" vs söylemlerle dillendirilen tasarruf (!) politikaları (ya da artı-değer sömürüsü) konumuzla doğrudan ilgili. Emeğini satmak zorunda kalanların, üretim süreçlerinde "tasarruf" uğruna alınmayan önlemlerle orantılı olarak yaşadıkları iş kazaları ya da meslek hastalıkları... Bu anlamda Türkiye'de ibret abidesi gibi karşımızda duran "iş kazalarının önlen(e)memesi" ve "meslek hastalıklarının tanın(a)maması" hâli sömürünün azınlık derecesiyle uyum gösteriyor.

Uluslararası Çalışma Örgütü ve Avrupa Birliği'nin (ya da uluslararası sermayenin) beklentilerine uyarlı, "istihdamı teşvik" adına 2008'de hazırlanan "torba yasa" hükümetin sermayeye sadakatinin belgesiydi. Temel felsefesi insan emeğinin nasıl kullanılacağı ile ilgili olan, "işsizlik ve kayıtđışıyla mücadele" söylemiyle 18-29 yaş arasında işe giren işçilerin SGK işveren prim oranını 5 puan indiren "istihdam paketi"nin asıl amacı "verimlilik" adına düşük ücretle istihdam edilebilecek genç ve kadın emeğini öncelemektir. İş Kanunu ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun da tanımladığı gibi kapitalist sistem emek gücünü en verimli döneminde kullanmak istiyor. Bu anlamda daha "yaşlı" insan gücüne bu sistemde yer yok.

Başbakan'ın "sezeryanla doğumu, ülke nüfusunun artmaması için atılan adımlar ve küretajı cinayet olarak" göstermesi; "Bu milletin çoğalması için asla bu oyunlara prim vermemeyiz", "genç ve dinamik nüfusa ihtiyaç var", "çok gayret edeceğiz ve genç nüfusu arttıracağız" gibi söylemleri ülkeyi 'Çinleştirme' yolunda "istihdam paketi" ile bütünlük oluşturmakta; "ucuz işçi cenneti" ve "sürekli bir işsizlik ortamı yaratılması" hedefiyle örtüşmektedir.

Hükümet/sermaye bir taş atıp, birkaç kuş vurmak istiyor!

Kadınlar 'üreten' olsun, tüm gebelikler doğumla sonlansın, nüfus artsın, rekabet emeğin değerini düşürsün vs...

Teknoloji "gelişiyor", sistem "dönüşüyor", gelişimin ve dönüşümün "uyumlu politikaları" oluşturuluyor; bilimsel, toplumsal, kültürel, sosyal bakış yok sayılıyor ya da bilimin-teknikğin değişimi ideolojik çıkarlara endeksleniyor! "İşyeri" tanımı "evde" çalışmaya, "işçi" sağlığı "iş" sağlığı kavramına yerini bırakıyor, emek akıllara durgunluk verecek kadar değerersizleştiriliyor...

Verimlilik artışı işçinin/emekçinin daha fazla değer üretmesiyle sağlansın, tasarruf en üst düzeyde yapılınsın, üretim ve istihdam arz-talep dengesi gözetilerek esnekleşsin ve üretim günübürlük yapılsın... İşçi sağlığı hizmetleri ve eğitimi, taşeronlar/piyasa üzerinden değer sağlayan meta ve kâr sağlayan (yaşayarak ve bedelini ödeyerek öğrendik) sektör olsun...

Öyle bir tablo ile karşı karşıyayız ki; meslek hastalıkları ve iş kazalarına neden olan kapitalist üretim ilişkileri değil de, bu sistem içerisindeki yasal eksiklikler ve "işveren"im (bireysel sorumsuzluğu) ile "çalışanlar"ım duyarsızlığu ya da bilgisizliğu olarak algılanarak yasal düzenlemeler sürekli değiştiriliyor.

Bu kurgu içerisinde; emekçinin/çalışanın sağlığı ve güvenliği nerede, nasıl ve kimler tarafından sağlanabilir? Böyle bir zamanlamada "uyum" kaygılarıyla hazırlanan "İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu" nasıl bir zemine oturabilir?

Asli görevi "insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal iyilik halini sağlamak" olan sağlık emekçileri "çalışanın sağlığı ile verimliliğinin sinerjik etkisinin" teorisinin biçimlendirildiği bir dönemde "İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu" üzerinden nasıl tanımlanabilir?

Bu sayımızda son yasal düzenlemelerin hangi 'hat' üzerinden 'kimlere' hizmet edeceğini görünür hale getirmeye ve araştırma yazılarıyla sağlık sektöründeki mesleki risklere dikkat çekmeye çalıştık.

Sağlıcakla kalın...



“İŞ SAĞLIğI VE GÜVENLİğİ KANUNU” ÜZERİNE

Dr. Celal EMİROğLU*

Dr. Levent KOŞAR*

*Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Editörü

Bir Hatırlatma: Kanunlaşma Yolundaki Serüven

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) AKP hükümet olduğundan bu yana “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” üzerine çalışıyor ve bizleri de “tartıştııyor”!!!

Hükümetin 03 Ekim 2005 tarihinde Avrupa Birliği (AB) tam üyelik için yaptığı başvurudan sonra müzakere sürecinin başlatılmasıyla birlikte işçi sağlığı ve iş güvenliği konusundaki “uyum” çalışmalarına start verildi. Çünkü müzakere süreci AB ve ILO normlarına “uyum” sağlama zorunluluğunu getiriyordu. “Uyum” süreci, sadece iş sözleşmesi ile tanımlananları değil, tüm çalışanları kapsayan “müstakil” düzenlemeleri gerektiriyordu. AB'nin Çerçeve Direktifi (89/391/EEC) ile birlikte ILO'nun “İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin” 155 sayılı ve “İş Sağlığı Hizmetlerine İlişkin” 161 sayılı sözleşmeleriyle uyumlu “İşçi Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Tasarısı” adı altında hazırlanan ilk “Taslak” Aralık 2005 tarihinde öncelikle sermaye örgütlerine; Ocak 2006 tarihinde de “diğer taraflara” gönderildi ve görüş istendi. “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Tasarısı”, daha sonra 2008, 2010, 2011 yıllarında ve son olarak da 2012 versiyonu haliyle, bizleri de tartışmanın içine çekerek TBMM'de gündem oldu. İki ayı aşan komisyonlar sürecinden sonra 20 Haziran 2012 tarihinde 6331 kanun numarası ile Meclis'te onaylandı (1).

“İşçi sağlığı” adı ile başlayan bu serüven “iş sağlığı”na doğru kayarken; 2008 (5763 sayılı) ve 2010

(6009 sayılı) yıllarında “torba yasalar” ile “istihdamı teşvik” adına sermayeye sadakatini belgeleyen hükümet(ler) işçinin haklarını sermaye “adaletine ve himayesine” alarak amaçlarına adım adım yaklaşıırken, bu süreçte AB müzakerelerinde ise beklediklerini bulamadılar.

Sermayeyi ihya eden “torba yasalar”; işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleriyle birlikte işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı istihdamını gereksiz harcama olarak yorumlarken, işyeri hekimi ve iş güvenliği eğitimlerini de serbest piyasa anlayışı ile taşeron şirketlere bıraktı ve böylece sermayenin sorumluluğunu hafifletmeyi amaçladı.

Piyasa koşulları olgunlaştırıldı ve Demokratik Mesleki Kitle Örgütleri (TTB, TMMOB) yok sayıldı. Dikkate değer bir durum ise; sendikaların bu süreçte (son zamana gelinceye kadar) kendilerini taraf olarak görmemeleridir?!

Resmi makamlar, gündem oluşturma amacıyla iş kazalarındaki vahşeti sergileyen SSK/SGK verilerine göndermelerle ironi yaparken; İş Kanunu'nun yürürlükte olduğü dönemde iş sözleşmesine tabi olan çalışanlar için azalmayan iş kazaları ve artan ölümlerle ilgili rakamları yıllardır arsızca tekrarladı. “Kanun”, gerekçesinde kapsam dışı ve kayıt dışı çalışanlara işaretle yasanın çıkması halinde iş kazaları ve meslek hastalıklarının azalacağı ifade edildi. Aynı zamanda iş kazası ve meslek hastalıkları sonucu kaybedilen 44 milyar TL'nin azalacağı ve GSYİH'nin artacağı belirtildi.

Özetle; “Kanun” serüveninin sonunda hükümet-sermaye-devlet AB ile “uyum” sürecinin gereğini yapmanın huzurunu da yaşamak istiyor...



Bir Kez Daha Öncelikle Yönteme Dair...

Kanunlaşma sürecinde “İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Kanunu Tasarısı”nın tarihselliği sermaye-devlet kulvarında işlerken; bu süreci sınıfsal perspektif içerisinde işçi sağlığı adına doğru bir yöntem ile okumanın ise sendikalar, DMKÖ ve “sol partiler” adına bir “karşı duruş” olduğunu görmek lazım. Buradaki “karşı duruş”tan muradımız; “değiştiremeyeceğini bilerek ama her halükarda ben itiraz etmiştım diyen, kendi bireysel ya da kurumsal tarihine, kendine olan öz saygısını korumak için yapılan bir çaba olarak” (2) yazılıma geçmek değil, sınıfsal bağlamda aklın örgütlenmesine ve bununla beraber sürecin örgütlenmesine hizmet etmektir. Aksi tutumun “değiştirmek istediğine dönüştürmek” tehlikesini barındırdığını sınıf tarihi biliyor.

Ama kafa karışıklığına neden olan çok derinden bir “dip akıntısı” var. Ya bu “dip akıntısı”na kapılıp “içeriden” tartışmanın biz(ler)i sürüklediği limanlara yanaşacağız, ya da “dışarıdan” bakış tarzıyla akıntıya karşı mücadelenin bizlere yol vermesine izin vereceğiz.

Bu nedenle önce yönteme dair konuşmak/yazılamak gerek diye düşünmekteyiz. Çünkü benimsediğimiz yöntem ve buna bağlı üreyecek olan teorik temellendirme ile bunların politik sonuçlarının ayrılmaz iç bağları var. “Dip akıntısı”na kapılıp “içeriden” tartışmak ile “akıntıya karşı” mücadele etmenin ayırımına varmak ve kendimizi buna göre konumlandırmak arasında “baş aşığıya duruş” kadar fark olduğunu da biliyoruz.

“İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” üzerinden tartışmak aslında bir vesile. İşçi sağlığı meselesine ve daha da ötesinde sermaye-devlet ile aramızda kuracağımız ilişkiye yön verecek bir politik hattın tartışılmasıdır ihtiyaç olan.

Burada yöntem olarak, “araştırma yöntemi”ni mi, yoksa “açıklama yöntemi”ni mi tercih edeceğiz? Yani en dıştaki katmandan, olgulardan öze doğru mu ilerleyeceğiz, yoksa işin en iç katmanından, özünden, temellerinden mi yola çıkarak meseleye yaklaşacağız?

Sorun, konuyu ele alış meselesindeki sıralamadır. Yani “araştırma yöntemi” ile “açıklama yöntemi”ndeki farklılık ve çelişkili birlikteliği meselesi... Anlatımda araştırmanın yolunu tersine gitmenin

Marksizm’e özgü bir kıymet ve değer olduğu da tarihsel olarak biliniyor. Bu nedenle soyut olandan yola çıkmanın meseleye “tersten yaklaşanlara”, kafaları karışanlara ve elbette ki sermaye-devlet işbirliğine en doğru eleştiri olacağı inancındayız.

Burada birilerinin “eleştiri” sözünü duyup ellelerini ovuşturması ise yersiz bir iştihadır. Çünkü devlet-sermaye mantalitesini teşhir üzerinden eleştiri ile “mücadeleci” diye gördüğümüz yapılarla doğru yaptığımız eleştirinin aynı kulvarda olmadığına ve bu yapılarla aramızdaki eleştirinin yakınlaştırıcı ve geliştirici olduğuna inanıyoruz.

“Araştırma yöntemi”yle yapılan yaklaşımlarda; en dıştaki katman dediğimiz yerde bu gün işçi sağlığı meselesinde hepimizi tartıştıran “İSG Kanunu” var. Ve bu “Kanun”un içinden doğru tartışmaların sürdürüldüğünü görürken; “gizli” olarak başka bir kabul/inanç da anlatılmaya çalışılıyor. “Kanun”u gündemine alan DMKÖ ile sendikalar ve diğer yapılar, bir yanıyla da sermaye-devlet ile arasındaki ilişkiyi tanımlıyor, huzura çıkarıyor. Önümüze sürülen gündemleri (bugün İSG Kanunu, yarın başka bir yasa, tüzük, yönetmelik) yasa doğrultusunda ve yasaya bağlı olarak tartışmak (içeriden tartışma dediğimiz de budur) bir şey iken ve bir yere tekabül ederken, DMKÖ ile sendikaların yasa ile kurulmuş olması ile bu yapıların teorik-ideolojik-politik olarak öyle olup olmadığından bağımsız olarak doğru olması ise başka bir şey ve başka bir yere tekabül etmektedir.

Burada sistemin bir “organı” durumuna düşmek (veya aynı anlama gelmek üzere direnerek dizayn ve uyum), burjuva rasyonalizminin ön kabulü, korporatizm ile devletten-sermayeden bağımsız bir politika üretmek gibi iki ayrı kapı aralanıyor.

Birinci kapı aralandığında; işçi sağlığı meselesinin esas muhatabı “İSG Kanunu” olarak karşımıza çıkarken, tartışmanın içeriğinde de bu “Kanun” bağlamında/“Kanun”un içinden doğru hükümetin yanlış yaptığı görüşü ve buna karşı mücadele önceleniyor. Çünkü “Kanun”un işçi sağlığı ortamına müdahale olduğu ve buna karşı çıkılarak mücadele edilebileceği düşünülüyor. Maddeler üzerinden önerilen değişiklikler ise “Kanun”un sınıfsal bağlamda değerlendirilmesinin önünü kesiyor. Burada “Kanun”un işçi sağlığına getireceği olumsuzlukların bilimsel olarak kanıtlanması devlet-sermaye ile



Yapılması gereken; yüzeysel olarak görünen şeyin/olgunun yani burada “Kanun”un içinden-içindeki maddelerden doğru değil, aksine onun ardındaki nesnel toplumsal nedenlerden doğru sınıfsal perspektifte açıklamalar/değerlendirmeler yapmaktır. “Kanun” tartışması bir vesiledir. Esas sorun, zemin tuttuğumuz yöntem ile buradan doğru üreyen politika yapma arasındaki makastadır.

DMKÖ-senkikalar arasındaki ilişkiyi tanımlamaktan geçtiği göz ardı ediliyor. Ama bunu yapmadan, bir takım ezberleri bozmadan bilimsel olarak işçi sağlığı alanına inen olumsuzluklarla mücadele edilebilir mi? O halde öncelikle bilimsel olarak devlet-sermaye ile DMKÖ-senkika ilişkisinin tartışılması bir ihtiyaç. Öncelikle bu ilişkinin bir “organ” haline gelme tehlikesini eleştirmeye yatırım lazım. Çünkü korporatist inançlara bilimsel kanıtlar getirerek yasanın işçi sağlığına getireceği olumsuzlukları kanıtlamaya çalışmanın kendisi çelişkidir.

Böyle bir inanç dünyasından çıkılmadan yapılmaya çalışılan ise, ancak ve ancak; inancın taraftarlarının inançlarıyla iç tutarlılık içinde bulunarak tepki vermelerini örgütlemekten öte gitmez.

İkinci kapı aralandığında yapılması gereken; yüzeysel olarak görünen şeyin/olgunun yani burada “Kanun”un içinden-içindeki maddelerden doğru değil, aksine onun ardındaki nesnel toplumsal nedenlerden doğru sınıfsal perspektifte

açıklamalar/değerlendirmeler yapmaktır. Ancak o zaman farkımızı ortaya koyarak, farkı ortaya çıkararak yasa yapıcı devlet-sermaye tavrını açık edebiliriz. Ve elbette ki, o zaman konumumuzu da açık etmiş oluruz.

Tekrar ifade etmek gerekirse buradaki amacımız; kendi başına DMKÖ ile senkikaların “yanlışlarını” göstermek değildir. İşçilere/emekçilere ve emekten yana olduğunu ifade eden yapılaraya yönetsel sorunlar ile politik tavırlar arasındaki derinden işleyen ilişkiye dikkat çekmektir. Ve uygun stratejiyi, bu stratejiye bağlı politikayı anla(t)maya çalışmaktır. “Kanun” tartışması bir vesiledir. Esas sorun, zemin tuttuğumuz yöntem ile buradan doğru üreyen politika yapma arasındaki makastadır.

Yöntem Bağlamında “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” Esasına İlişkin Notlar...

Mevzuata/Kanuna yedirilmiş anlayışın ruhunun nerelerden doğru geldiği “Gerekçe” kısmında detaylandırılmıştır; Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Anlaşması, Avrupa Sosyal şartı, TC Anayasası’nın 49. ve 56. maddeleri, 4857 sayılı İş Yasası...

Öyle bir tablo ile karşı karşıya bırakılmak istenmemekteyiz ki; sanki kapitalist üretim ilişkileri içerisinde meslek hastalıkları ve iş kazalarına neden olan bu sistem/üretim ilişkileri değil de, bu sistem içerisindeki yasal eksiklikler ve “işveren”in (siz bunu sermayedar diye okuyun) eksikliği, bireysel sorumsuzluğu, niyeti ile “çalışanlar”ın (siz bunu işçi/emekçi diye okuyun) duyarsızlığı-bilgisizliği-niyeti!

Burada “devlet” ve “uzantıları” ise her şeyi gören(!) bir edada üst yapıda mevzuat düzenleyendir. Peki, bu “devlet” denilen nedir? Tabi ki tüm aygıtlarıyla; Meclis, hükümet, ordu, yargı, bakanlıklar, genel müdürlükleri, ideolojisi, sermaye ile bağı vs... Ama bildiğimiz bir şey var ki; “Kapitalist devletin asli görevi, kapitalist özel mülkiyet biçimlerini gerçekteştirmek ve güvence altına almaktır. Öte yandan sermaye çıkarlarını genelleştirip, sınıf egemenliğini meşrulaştırmak (hegemonya kurmak) gibi ikinci bir görevi (ve var oluş gerekçesi) daha vardır. Bu anlamda sermayenin ekonomik iktidarı ile siyasi iktidarının birlik ve denliği ancak devlet eliyle sağlanabilir” (3).

Tüm devlet biçimleri, alt yapıdaki üretim ilişkilerinin üst yapıdaki karşılığı ise ve alt yapıdaki üretim ilişkileri de bugün kapitalist üretim ilişkileriye, bu devlet ve uzantılarının çıkartacağı mevzuat kime hizmet etmektedir/edecektir? Soru cevabını dikte ederken, kime hizmet ettiği gün gibi açıkken, bize tartıştırılan nedir o halde?

Bilelim ki; alt yapı ile üst yapıdaki bu “uygunluk durumu” bugün “İSG Kanunu”nu önümüze koysa da, çıkartılan yasanın işçilerin ve emekçilerin gerçekte ihtiyaçlarını karşıladığı anlamı çıkmaz. Ve bu nedenle bizlere tartıştırılan “Taslak” metinde sermayenin çıkarları ile onları temsil eden dünya görüşünün dışına çıkmamız istenmemektedir. Sınıfsal işbirliği (korporatist) içinde temsil ve



katılıma dayanan bir “konsensus” istenmektedir.

Kapitalist üretim ilişkileri ve bunun üst yapıdaki karşılığı olan devlet, kendisini tartışılmaz bir yere koyup sistemi mutlaklaştırarak “en ideal üretim ilişkileri budur” demektedir. Ve “Nitekim devletin birikimle ilgili görevlerine ağırlık vermesi, yığınların gözünde ‘tarafsızlığını’ yitirmesi, sermaye ile özdeşleşmesi” (4) artık gün gibi açıktır. Buna rağmen; İnsan Hakları Evrensel Beyanname’si’ne, BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Anlaşması’na, AB’ye ve öteden beri ILO’ya göndermeler yaparak uluslararası emperyal çevrelerin üretimin kolektif olması ile temellükün bireyselliği üzerine kurulan sistemlerine meşruiyet getirmek isterken, “hak” kavramını sınıfsal bağlamından kopartıp “kul hakkı” bağlamında ele alarak “ahlaksal” bir terminolojiyle bulanıklaştırmak istemekte ve sermaye-devlet çıkarlarını işçilerin/emekçilerin çıkarıymış gibi göstermektedir.

Ancak bu “ahlakçı” yaklaşımın dışına çıkarak, “sermaye birikimi ile devlet arasındaki diyalektik ilişkiyi anlayabilmek ... kapitalist devletin ne olduğu/ne iş gördüğü/nasıl işlediği ile ilgili doğru bir fikre sahip” olmak mümkün olur. Ve artık buradan doğru görülen de şudur: “Kapitalist devlet, ekonomiden (pazardan) ayrı bir alanda (siyasal üst yapıda) örgütlenmiş olsa da, pratikte ne üretimden bağımsız ne de sınıflar karşısında tarafsızdır.” Öyle değil midir ki; Asgari Ücret Tespit Komisyonu’nda ağırlıklı olarak söz sahibi olan hükümet tarafı ile sermaye tarafı zaten sesi çıkmayan(!) en büyük işçi/emekçi sendikalarını da daha bir baskılayarak/asimile ederek ülkeyi “ucuz işçi cenneti”ne çevirdiler (5).

Yaratılmaya çalışılan “meşruiyet” zemininde; “ulusal mevzuatın yeni teknolojinin gerektirdiği şartlara uyum çabası içinde olduğu”nu Kanun’un “Gerekçe” kısmında yazılıma geçirmişlerdir. Yeni teknoloji denilen şeyin ne olduğunu işçi sınıfı ve tüm emekçiler bilmektedir. Yani kapitalist üretim ilişkileri zemininde üretim araçlarının gelişkinliği ve bunun güdülediği üretim teknolojisi sayesinde ömrü uzatılmaya (diğer bir yanıyla da sonunun nesnel şartlarını olgunlaştırmaya) çalışılan kapitalist sistem; Fordizm’den Post-Fordizm’e, bant tipi üretimden kalite çemberlerine geçiş, esnek üretim... Ve üretirken tükenen işçiler/emekçiler. Kapitalist üretim ilişkileri zeminindeki emek-ser-

maye arasındaki uzlaşmaz çelişki (ama kâğıt üzerinde, yasada vs uzlaşmaz yazılımları sermaye terminolojisinde olacak elbette) kalıcılaştırılıp/meşru gösterilirken, teknolojinin gelişmesiyle beraber sermaye birikim süreçlerinin de buna denk gelen haliyle, kârın maksimize edilmesi ve elbette ki işçiye/emekçiye “asgari gereksinimlerinin belirlenmesi” “hak” olarak teslim edilmektedir. “Gerekçe” kısmında yazılıma geçirilen bir diğer temel vurgu da Anayasa’nın 56.maddesinden: “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlar; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirir.” Burada “tasarruf”un nereden yapılacağı ve bunun karşılığında başına neler geleceğini (“işbirliğini gerçekleştirir” sözüyle saklanmaya çalışılsa da) ise işçi ve emekçiler yaşayarak görüyor. Yine “verimi artırma”dan ne kastedildiği de işçiler ve emekçiler için son derece görünür halde. Yani iş kazaları ve meslek hastalıkları “tasarruf”un karşılığı olarak işçiye/emekçiye, “verimlilik artışının” ise sermayedara/patrona tahvil edildiğini biliyoruz. “Verimlilik” sermayenin kasasına yazılırken, “tasarruf” ise iş kazaları ve meslek hastalıklarından, iş cinayetlerinden ölen işçinin/emekçinin mezar taşına yazılıyor, o da iş cinayetinden ölen işçinin cesedi bulunursa!!!

Biz biliyoruz ki; “artı-değer” sömürsünün kendisi iş kazası ve meslek hastalığı nedenselliğidir. Bu nedenle “kapitalizm öldürür/öldürüyor” diyoruz.

Altyapıdaki üretim ilişkilerinin bir tarafı olan sermayenin isteği doğrultusunda, ekonomi-politiğin yasası gereği devlet ve uzantıları bir “düzenleme” yaparak önümüze koydu: “İSG Kanunu”.

“İçeriden düşünmek” bir şey, ancak “dışarıdan düşünüp” içerinin kendi yasasıyla onu eleştirmek-teşhir etmek ise başka bir şey. Ama önce “dışarıdan düşünmek” için sınıfsal perspektif ışığında devletin-sermayenin ne olduğunu tekrar tekrar hatırlamak lazım. Yoksa bu “Kanun” karşısında ters-yüz olmak da var.

“İSG Kanunu” yürürlükteki yasa maddelerinin “müstakil” dedikleri yeni bir metinde tekrarı şeklindedir. Yani “Kanun”da “yeni” olan bir düzenleme bulunmamaktadır. “Kanun”, işçi sağlığına yönelik ve çalışma ortamına ilişkin işçilerin/emekçilerin sağlığını koruyacak ve iyileştirecek hizmet organizasyonuna ait eskisinden daha ileri düzenlemeleri içermemektedir.



“Kanun”, sermayedarları işçilerin/emekçilerin sağlığının korunması ve iyileştirilmesi hususunda sorumluluk/yükümlülük altına sokuyor! Ancak alanla ilgili profesyonellerin istihdam edilmesi durumunda tüm sorumlulukların işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı aracılığıyla işçilere/emekçilere devredilmesinin zeminini de hazırlıyor. Devlet-sermayedar, işçileri/emekçileri hem kendi sağlıklarından, hem diğer sınıf kardeşlerinin sağlıklarından ve hem de işyerindeki üretim araçları ile kişisel koruyucu donanımın zarar görmesinden sorumlu tutuyor.

Kanun”da korumaya ilişkin yaptırımlar yok. Siyasi irade tazminci bir yaptırım istiyor.

“Kanun”, sermayedarları işçilerin/emekçilerin sağlığının korunması ve iyileştirilmesi hususunda sorumluluk/yükümlülük altına sokuyor! Ancak alanla ilgili profesyonellerin istihdam edilmesi durumunda tüm sorumlulukların işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı aracılığıyla işçilere/emekçilere devredilmesinin zeminini de hazırlıyor. Devlet-sermayedar, işçileri/emekçileri hem kendi sağlıklarından, hem diğer sınıf kardeşlerinin sağlıklarından ve hem de işyerindeki üretim araçları ile kişisel koruyucu donanımın zarar görmesinden sorumlu tutuyor.

“Kanun”da, işçi ve emekçilerin yaşamlarını ve sağlıklarını doğrudan ilgilendiren konularda söz sahibi olmaları, aktif rol üstlenmeleri, bu alana ilişkin işyeri düzeyinde politikaların oluşturulması ve sürece örgütlü katılımları yönünde hükümlere yer verilmemiştir. Tanımlanan “hakların kullanımı” konusunda mağdur olabilecek işçi ve emekçilere yönelik özel güvence ve yaptırımlar da öngörülmemektedir. Ayrıca işçi ve emekçilerin bireysel başvuruları ve bu başvuruları sonucunda zarar görmemelerine yönelik yeterli hükümler de bulunmamaktadır.

Tüm sosyal tarafları ülke politikaları için bir araya getirmeye çalıştığını iddia eden ve “çalışanların görüşlerinin alınması ve katılımlarının sağlanması” gibi kulağa hoş gelen söylemleri yasa maddeleri arasına serpiştiren anlayış, devletin en üst kademesinden en alttaki birimlere kadar merkezi hegemonyacı anlayışına uygun hukukunu bir kez daha sergilemektedir. Ve bilelim ki; “Hege-

monya egemenlik ilişkilerinin büründüğü biçimlerden bir tanesidir ... egemenin, kendi dünya görüşü ve siyaset anlayışını yönetilenlere her hangi bir dışsal zorlamaya gerek kalmadan kabul ettirebilmesidir.” Bu tarz yaklaşımla; “Sömürü ve eşitsizlikler çok daha kolay doğallaştırılıp, normalleştirilirken, çelişki ve çatışmalar da daha kısa sürede soğurulabilir ... hatta yanılısamayı güçlendireceği için hegemonik dünya görüşünün sınırları içinde kalan eleştirel görüşlere bile hoşgörüyü” yaklaşılmaktadır (6).

“Kanun”, iş güvencesinin olmadığı bir ülkede işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve işçi ile emekçilere işvereni/sermayedarı Bakanlığa şikâyet etme “hakkı”nı veriyor! “Kanun”da geçen işçi ve emekçinin “çalışmaktan kaçınma hakkı” ve “çalışanların görüşlerinin alınması ve katılımlarının sağlanması” gibi “haklar” iş güvencesinin yasal güvence altına alınması halinde üzerinde konuşulabilir, aksi halde “işçinin/emekçinin işten atılma hakkı”ndan öteye gidemez.

“Kanun”, 50’den fazla işçi/emekçi çalıştıran işyerlerinde verilmesi zorunlu olan işyeri sağlık ve güvenlik hizmetini 10 işçi sınırına indiriyor. 1–9 işçi/emekçi çalıştıran işyerlerindeki hizmetin faturasını adına prim ödenen işçilere/emekçilere keserken; 10 ve üzeri işçi/emekçi çalıştıran işyerlerinde ise hizmetin tamamının piyasa koşullarında verilmesinin zeminini hazırlayarak belirli bir kesime pazar oluşturuyor.

“Sağlık ve eğitim” çok özel bir kamusal alan olmasına rağmen, “Kanun” ile AB “uyum süreci” adı altında her düzeyde devlet eliyle ticarileştirilmekte, özel girişimciliğin desteklenmesi uğruna piyasanın talepleri ve ihtiyaçlarına uyarlanmaktadır. Ticarileş(tir)me işçi sağlığı ve güvenliği alanında da kabul görmekte, bu alandaki hizmet ve eğitimler alınıp satılan ve kâr sağlanan sektör olarak sermayenin yeni girişim alanı haline getirilmektedir (7).

Bakanlık, kayıt dışının denetim altına alınacağını ifade ediyor. Kayıtdışı çalışanların iş kazası ve/veya meslek hastalığı geçirmesi durumunda; SGK’nın zararı tazmin edeceği ve çıkabilecek maliyetleri kayıt dışını denetlemekte görevli kişi ve kurumlara rücu edeceği bir düzenleme getirilmediği sürece kayıt dışı çalışanlar bu süreçten pozitif anlamda etkilenmeyecektir.



Tercih Ettiğiz Yöntem Bağlamında Esasa İlişkin Notlardan Doğru “İçeriye” Bakışımız: “Kanun” Kapsamı

“İSG Kanunu”nun kimlerin adına hazırlandığı-
nı sınıfsal perspektifle ve materyalist yöntem bağ-
lamında sizlerle paylaştık; “içeriye” doğru eleştiri-
lerimizle teşhire devam edelim...

“İSG Kanunu”nda Amaç; “İşyerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenliğ şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemek” (m.1) ve yine bu amaca uygun Kapsam da; “Bu kanun; kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile ... tüm çalışanlarına faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanır” (m.2) şeklinde belirlenmiştir.

“Kanun” gerekçesinde; AB’nin Çerçeve Direktifi ile ILO’nun 155 ve 161 sayılı sözleşmelerine “uygun” düzenleme yaptıklarını vurgulayan hükümet yetkilileri, söz konusu metinlerde belirtildiği gibi “tüm çalışanların sağlığı ve güvenliğini sağlayacak” yeni düzenlemenin “kamu ve özel tüm işyerleri ile tüm faaliyet alanlarındaki çalışanları kapsayacağını” iddia ettiler.

Tüm çalışanlar gerçekten yasa kapsamında “iş sağlığı ve güvenliği” hakkına sahip olacaklar mı? Bakalım...

Kamu Çalışanlarının “İş Sağlığı ve Güvenliği Hakkı” Meselesi

Bu “hak” 1965 yılında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nda tanımlanmıştır. 657 sayılı Kanun (m.188) “kaza ve mesleki hastalık hallerini” tanımladı, ancak mağdur olanlar haklarını 47 yıldır alamıyorlar. İşveren (yani devlet) kamu çalışanlarına özel sigorta yasası çıkarmadığından ve çalışanlar adına prim ödemediğinden; devlet memuru olarak adlandırılan emekçiler iş kazası geçirdiğinde “kaza”, mesleki hastalığı geçirdiğinde “hastalık” olarak kabul ediliyor, iş kazası ve mesleki hastalıkları sigortası haklarından yararlanamıyor.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunu kamu çalışanı emekçileri Genel Sağlık Sigortası kapsamına aldı, ancak iş kazası ve mesleki hastalığı sigortası kapsamına almadı. Bu nedendir ki; kamu çalışanı emekçilerin “yeni”

sosyal güvenliğ sisteminde de “iş kazası ve mesleki hastalığı sigortası hakkı” bulunmuyor.

SSGSS Kanunu gereğince; çalışanlar ve devlet emekliliğe esas aylık tutar üzerinden (memur olarak adlandırılan emekçiler adına %36) kısa ve uzun vadeli sigorta primi ödüyor. Ancak, tüm sigortalılar için işveren (kamu adına devlet) tarafından ödenmesi gereken, iş riskine göre değişen oranlardaki (%1–6,5) “iş kazası ve mesleki hastalığı primi” devlet memuru emekçiler adına ödenmiyor.

SSGSS Kanunu ile İSG Kanunu Tasarısı (birbirine karşıt yaptırımlarıyla) aynı dönemde hazırlandı. İSG Kanunu, “çalışan” tanımı yaparken “kendi özel kanunlardaki statülerine bakılmaksızın kamu veya özel işyerlerinde istihdam edilen gerçek kişiyi ifade eder” (m.3/b) ibaresini kullanıyor. SSGSS Kanunu ise “Kısa ve/veya uzun vadeli sigorta kolları bakımından adına prim ödenmesi gereken veya kendi adına prim ödemesi gereken kişiyi” (m.3/6) sigortalı olarak kabul ediyor. Başka bir anlatımla; adına prim ödenmeyen devlet memuru emekçi iş kazası ve/veya mesleki hastalığı kapsamında sigortalı sayılmıyor.

Özetle Devlet Memurları Kanunu’ndaki aldatmaca alelusul tekrarlanıyor ve kamu çalışanı emekçilerin sağlığı ve güvenliği üzerinden devlet tasarruf(!) ediyor.

Kendi Adına Çalışanların “İş Sağlığı ve Güvenliği Hakkı” Meselesi

SSGSS Kanunu; kendi hesabına bağımsız çalışanları “iş kazası ve mesleki hastalığı sigortası” kapsamında kabul ediyor. Sigortalılar, prime esas aylık gelir üzerinden riskin derecesine göre %1–6,5 oranında prim ödüyor.

Kendi hesabına çalışan sigortalı iş kazası ya da mesleki hastalığı geçirir ve mağdur hale gelirse; Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) müfettiş göndererek durum ve sorumluluk tespiti yapıyor. Ancak, SSGSS Kanunu gereğince “iş kazası veya mesleki hastalığı, işverenin kastı veya sigortalıların sağlığını koruma ve iş güvenliği mevzuatına aykırı bir hareketi sonucu meydana gelmişse, Kurumca sigortalıya bu Kanun gereğince veya ileride yapılması gereken ödemeler ... işverene ödettilir.”

Sözün özü; kendi hesabına bağımsız olarak çalışanlar her durumda kendi sağlık ve güvenliğinden



sorumlu tutuluyor. Yani SGK 3 milyondan fazla kişiden prim toplayarak olmayan bir hak için kaynak oluşturuyor.

Söz konusu sigortalılar, risklere karşı iş kazası ve meslek hastalığı primi ödemediğinden mağdur olma durumunda doğal olarak hak iddiasında bulunacaklar. Bakanlık, olası sorunları önceden görerek, prim ödenerek kazanılan bu hakkın kullanımının önlenmesine yönelik düzenleme yaptı. İSG Kanunu, “Bu Kanun hükümleri; çalışan istihdam etmeksizin kendi nam ve hesabına mal ve hizmet üretimi yapanlar hakkında uygulanmaz” (m.2/ç) ibaresi ile kendi nam ve hesabına çalışanları “istisnalar” içerisinde saydı.

Anlaşılabileceği gibi; “İSG Kanunu ile bütün çalışanlar iş sağlığı ve güvenliği kapsamına alındı, sağlık ve güvenlik önlemleriyle ilgili çalışan sınırı kaldırıldı...” sözleriyle bir aldatmaca yaşıyor.

Özetle; İSG Kanunu, SSGSS Kanunu’nda değişiklik sağlamadığı sürece 155 ve 161 sayılı ILO sözleşmeleriyle de uyumlu değildir.

İSG Kanunu’nun tüm çalışanları kapsamaması için hükümetin sosyal sigorta hakkını SSGSS Kanunu ile kamu çalışanı emekçilere de tanıması ve kendi hesabına çalışanları ve diğer çalışanları (ev hizmetleri vb) istisna olarak kabul etmemesi gerekmektedir. Ayrıca kayıtdışı çalışanların da bir işyerinde ve işverenin sorumluluğunda iş kazası veya meslek hastalığı geçirebileceği gerçeği kabul edilmeli ve devletin denetim zafiyeti sonucu kayıt altına alınamayan işyerlerindeki mağdurların mağduriyetlerinin bedeli çalışanlara yüklenmemelidir.

“İşverenlerin Yükümlülükleri”

Meselesi

“Kanun”, işverenleri “Çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamak; mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dahil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi” konularında yükümlülük altına sokuyor ve “çalışanların tedbirlere uyup uymadığını sürekli denetlemek ve izlemekle” yükümlü kılıyor (m.4).

“Kanun”, işverenlere yaptırımları artırıyor, ancak yerine getirilmeyen yaptırımlar için işveren-

lere caydırıcı cezaları öngörmüyor. Şöyle ki; cezaların getirdiği/getireceği maliyetler koruyucu önlemlerin getirdiği maliyetlerin hep altında kalacak. Ve cezaların ancak denetim sonrasında gündeme gelebileceği düşünüldüğünde bir şekilde denetim dışı kalan ya da denetim dışı kalmayı başaran işverenler hiçbir zaman cezai işlemlerle karşı karşıya kalmayacaklar. Bakanlığın resmi görevlilerinin işyerlerinin işçi sağlığı ve güvenliği açısından denetimlerinin %3 düzeyinde yapılabildiğini ifade ettikleri dikkate alındığında ve müfettişlerin “itfaiyeci” yaklaşımıyla çalışmak zorunda kaldıkları kabul edilirse; bir işyerinin denetlenemezliğinin koşullarını da görmüş oluruz.

“Kanun”da 4.maddenin gerekçesinden; “Genel önleme ve koruma politikalarının son prensibi çalışanlara talimat verilmesidir. Bu talimatlar ile öngörülen işe ilişkin riskler tanımlanarak ve alınması gereken önlemlerden bahsedilerek, çalışanların işi güvenli bir şekilde yapmaları sağlanacaktır.” Kanun “risklerden kaçınılmasını” öneriyor. Ve başka bir kapı açıyor; “tehlike kaynağının ortadan kaldırılmasının mümkün olmadığı durumlarda” (kaçınılmazlık ilkesi) işverenin “risk değerlendirmesi” (yapar veya yaptırır) sonrasında görevli profesyoneller aracılığıyla önce eğitim, sonra talimatlar vermesini ve işçiyi tehlikeye özel görevlendirmesini istiyor. Bundan sonrasını işçiyi bırakıyor!

“Kanun”, sermayedarları “iş sağlığı ve güvenliği hizmetini sunmak için” işyerlerinde “iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi ile diğer sağlık personeli” gibi profesyonelleri görevlendirmekle yükümlü kılıyor. “Kanun”, “Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi” (OSGB) tanımından işverenlerin/sermayedarların ortaklaşa kurdukları birimleri değil, “Bakanlıkça yetkilendirilen kamu kurum ve kuruluşları, organize sanayi bölgeleri ile Türk Ticaret Kanununa göre faaliyet gösteren şirketleri” (m.3/m) anlamak istiyor. Kamu kurum ve kuruluşları (4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamındaki), işyeri sağlık hizmetini Sağlık Bakanlığı’na bağlı döner sermayeli kuruluşlardan, iş güvenliği hizmetlerini ise 4734 sayılı Kanun hükümlerine göre “ihale” yoluyla alacaklar. Anlaşıldığı kadarıyla bu hizmet ya piyasa koşullarında sunulacak ya da kamuyu (Kurum Hekimliği veya Toplum Sağlığı Merkezi) tercih eden hekimlere angarya görev olarak havalanacak.



“İşyeri Hekimi ve İş Güvenliği Uzmanının Çalışma Süreleri” Meselesi

“Kanun” işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanının çalışma süresi ile ilgili (m.8/6) önceki tasarıdaki zamansal verileri artık vermiyor. Çünkü, Bakanlık söz konusu süreleri ne zaman tanımlasa yarattığı formüller ile alanda kaos yaratıyor. Çalışma süreleri yasa maddelerinden çıkartılarak yönetmeliklere gönderme yapıldı (m.30/1) ve olası sorunlar ertelenmiş oldu!?

“Kanun”, “tam gün” çalışacaklar ile ilgili yükümlülüğü tanımlarken, “kısmi zamanlı” istihdam sağlanacak orta ve küçük işletmelerden söz etmiyor. Çünkü Bakanlık küçük ve orta ölçekli işyerlerinde İSG hizmetleri için ticari işletmeleri öneriyor.

“İşçi Sayısı Ölçütü” Meselesi

İş Kanunu 81. maddesi “Kanun” ile yürürlükten kaldırılacağından “50’den fazla işçi çalıştıran işyerlerinde İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi hizmeti ile işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı istihdamı zorunluluğunun sınırları yeni düzenleme ile 10 işçi sınırına indiriliyor (m.7/1). Kamu kurum ve kuruluşları hariç 10’dan az işçi çalıştıran “çok tehlikeli işler” için yeni düzenleme vadeden Bakanlık, bu düzenlemenin nasıl olacağını “Kanun”da belirtmedi. Bakanlık yetkililerinin “Bir çalışanı olsa da tüm işçileri kapsayacak” söylemlerinden sonra “Kanun”da destek sağlanacak ondan az çalışanı bulunan “diğer işyerleri” ile ilgili düzenlemeler yönetmeliklere bırakıldı.

Bakanlık beklentisi şudur; 1–9 işçi çalıştıran işyerlerindeki hizmeti kamu adına SGK aracılığıyla iş kazası ve meslek hastalıkları priminden finanse etmek (m.7/1); 10 ve üzeri işçi çalıştıran tüm işyerlerinde ise işverenlerin isteğine bağlı olarak (isteyen işyerinde işyeri sağlık ve güvenlik hizmeti verebilir) hizmetin tamamının piyasa koşullarında OSGB aracılığıyla verilmesi.

ÇSGB, 09.12.2009 tarihinde Resmi Gazete’de yayımladığı “İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmeliğin Uygulanmasına Dair Tebliğ” ile taşeron şirketlerin “işyerlerinde İSG Birimi kurarak alt işveren olarak hizmet verebileceğini” öngördü.

Özetle, “tasarruf” politikalarına yönelik bu

uygulamanın varacağı yer; bireysel olarak işyeri hekimi ya da iş güvenliği uzmanı olarak çalışmanın imkânsızlaşmasıdır. Bu da şu anlama geliyor; hizmet ya piyasa koşullarında “dışarıdan” verilecek ya da taşeron şirketlerin işyerlerinde işyeri sağlık ve güvenlik birimi oluşturmasıyla hekim ve mühendisler taşeron tasarrufunda “dışarıdan” gelen elemanlar olarak işyerine girecekler.

“Diğer Sağlık Personeli” Meselesi

Tasarı, “işyeri hemşiresi/sağlık memuru” kavramını alandan silmişti. “Kanun” “İşyeri hemşiresi” tanımını “Bakanlıkça yetkilendirilmiş işyeri hemşireliği belgesine sahip hemşire/sağlık memuru” olarak yaparken (m.3/1ş) bu meslek grubu için “diğer sağlık personeli” kavramını kullanıyor (m.3/d, 6/1, 30/1) ve bu personelin çalışma koşulları ile ilgili hiçbir düzenleme getirmiyor.

Dünyada ve Türkiye’de “işyeri hemşireliği” bilimdalı ve uzmanlık alanı olarak kabul edilmesine rağmen 1980 ve 2003 yıllarındaki yönetmeliklerde; 50’den fazla işçi çalıştıran ve işyeri sağlık birimi açmak zorunda olan tüm işyerleri için işyeri hemşiresi veya sağlık memuru istihdam zorunluluğu vardı. 2006 ve 2008 versiyonu “Taslak”larda “işyeri hemşireliği” tanımı “iş sağlığı ve güvenliği konularında görev yapmak üzere Bakanlıkça yetki verilen resmi veya özel kurum ve kuruluşlar tarafından düzenlenen işyeri hemşireliği eğitim programlarına katıldıklarını belgeleyen ve Bakanlıkça açılacak sınavda başarılı olup Bakanlıkça belgelendirilmiş hemşire” olarak yapıldı ve ayrıca işverenlerin işyeri hemşiresi görevlendirmesi şart koşuldu. Bu kavramlar her yeni düzenleme ile biraz daha sulandırıldı; önce işyeri hemşiresi veya sağlık memuru istihdamı için gerekli işçi sayıları yukarı çekildi, sonra bu kavramlar yerine “diğer sağlık personeli” ibaresi ile hafife alınan bu görev için “kayıtların tutulması istatistikî bilgilerin derlenmesi ve yazışmaların yapılması vb” açılımı yapılarak bilimsel değerlendirmeler ve çalışanların sağlığı ciddiye alınmadı. Ve sonunda alanın piyasalaşması ve sağlık hizmeti üzerinden yapılan tasarruflar nedeniyle işyerlerinde ya da piyasada hizmet verecek taşeron şirketler için işyeri hemşiresi veya sağlık memuru istihdamı tamamen gereksizleştirildi/belirsizleştirildi. “Kanun” tam süreli işyeri hekimi görevlendirilen işyerlerinde diğer sağlık personeli görevlendirilmesi zorunluluğunu kaldırdı (m.6/3).



“Risk Değerlendirmesi” Meselesi

“Kanun”, işyerlerinde “risk” kavramının yerleşmesini ve sermayedara “risk değerlendirme” zorunluluğunun getirilmesini öngörüyor. “Kanun”, esas amacıyla (sorunu değil sorumluyu bulma) bağlantılı olarak “çalışma ortamında bulunan risklerin önlenmesi ve/veya önlenemeyen riskleri asgari seviyeye indirerek sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanması” vurgusunu yapıyor.

“Kanun”, AB Çerçeve Direktifi’nde belirtilen “iş sağlığı ve güvenliğini sağlamada genel önleme ilkelerini, risk değerlendirmesini ve risk yönetimini” esas alıyor ve olmazsa olmaz olarak kabul ediyor. Ancak, işveren “mesleki risklerin önlenmesi ve bu risklerden korunulmasına yönelik çalışmalar da kapsayacak iş sağlığı ve güvenliği hizmetini ... kendisi üstlenebilir” (m.6/1) ve “işveren, risk değerlendirme yapmak veya yaptırmakla yükümlüdür” (m.5, 10/1) gibi açıklamalar da yapıyor. İşveren, “risk değerlendirme sonucu alınacak iş sağlığı ve güvenliği tedbirleri ile kullanılması gereken koruyucu donanım veya ekipmanı” da belirliyor (m.10/2).

İşverenlerin kendisine ait işyerlerinde risk değerlendirme, korunma ile birlikte işyeri hekimi veya iş güvenliği uzmanı görevini üstlenmesi durumunda; ÇSGB’nin bu alandaki denetimlerinin %3’den daha az olduğu düşünüldüğünde sonuçlar da tahmin edilebiliyor. Aynı “Kanun”, denetim eksikliğini kapatmak adına ironi yaparcasına “İşyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanları görevlendirildikleri işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili alınması gereken tedbirleri işverene yazılı olarak bildirir; bildirilen hususlardan hayati tehlike arz edenlerin işveren tarafından yerine getirilmemesi halinde, bu hususu Bakanlığın ilgili birimine bildirir” (m.8/2) yaptırımını getiriyor. Bu yaptırımın kendi işyerinde işyeri hekimliği veya iş güvenliği sorumlusu olan işveren tarafından yerine getirilmemesinin herhangi bir cezai karşılığı da bulunmuyor.

“İşyeri Hekimi ve İş Güvenliği Uzmanının Yükümlülükleri” Meselesi

“Kanun”, işverenleri iş sağlığı ve güvenliği hizmetini sunmak için işyerlerinde iş güvenliği uzmanı ile işyeri hekimi görevlendirmekle yükümlü kılıyor (m.6/1). Ve işverenler tarafından verilmesi zorunlu olan “iş sağlığı ve güvenliği hizmeti” konu-

sunda görevlendireceği iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi gibi profesyonellerin sorumluluklarını tanımlıyor.

Ancak, “Kanun”, yüzünü döndüğü tarafı işaret ediyor; işverenler “Çalışanları arasında belirlenen niteliklere sahip personel bulunmaması hâlinde, bu hizmetin tamamını veya bir kısmını ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet olarak” yerine getirebilecekler.

Hizmet sunan kuruluşlar ile iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi, hizmetlerindeki ihmallerinden dolayı hizmetin verildiği işyerindeki işverene karşı sorumlu olacaklar. “Kanun”, “iş kazası veya meslek hastalığının meydana gelmesinde ihmali tespit edilen işyeri hekimi veya iş güvenliği uzmanının yetki belgesi askıya alınır” (m.8/4) ifadesini kullanırken, madde gerekçesinde de “üstlendikleri görevleri ile ilgili ihmal ve kusurlu davranışlarından dolayı yetkilerinin ellerinden alınacağı” gibi katı yaptırımları görebiliyoruz.

İşyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı alınması gereken tedbirleri işverene yazılı olarak bildirecek. Bildirim sonrasında işverenin gereğini yerine getirmemesi durumunda para cezası (şikâyet konusu olursa) uygulanacak. Alınması gereken tedbirlerden hayati tehlike arz edenlerin işveren tarafından yerine getirilmemesi halinde iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi durumu Bakanlığa bildirecek.

Bu bildirim yapılmasının koşulları var mı? Ya da bildirim yapılmaz ise ne olur? Bildirim yapılır ise ne olur? Sorularının karşılığı “Kanun”da bulunmuyor. Bu soruların yanıtı iş güvencesi olduğu ve olmadığı durumlar için ayrı ayrı verilebilir.

“Kanun” (m.8/7), “Kamu kurum ve kuruluşlarında ilgili mevzuata göre çalıştırılan işyeri hekimi veya iş güvenliği uzmanı ... asli görevlerinin yanında ... çalışmakta oldukları kurumda veya diğer kurum ve kuruluşlarında ... görevlendirilebilirler” angarya yaptırımını getiriyor. “Kanun” böyle bir görevlendirmede 80 saatten fazlasına ücret ödemesini uygun görmüyor.

İşyeri Hekimi ve İş Güvenliği Uzmanı Eğitimleri

“Kanun”, işyeri hekimi olarak; “iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yürütmek üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş işyeri hekimliği belgesine sahip hekimi” ve iş güvenliği uzmanı olarak; “iş sağlığı ve



güvenliği alanında görev yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip mühendis, mimar veya teknik elemanı” tanımlıyor. “Kanun”, eğitim kurumu olarak; “İşyeri hekimliği, iş güvenliği uzmanlığı ve işyeri hekimi dışında diğer sağlık personelinin eğitimlerini vermek üzere Bakanlıkça yetkilendirilen kamu kurum ve kuruluşlarını, üniversiteleri ve Türk Ticaret Kanununa göre faaliyet gösteren şirketler tarafından kurulan müesseseleri” tanımlıyor (m.3/1).

Önceki tasarlarda işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı eğitimleri ve bu eğitimi verecek kurum ve kuruluşlar yasa maddeleri ile ayrıntılandırılmışken “Kanun”, bu düzenlemelerin yönetmeliklerle yapılmasını uygun görmüş (m.30/1). Üniversiteleri ve meslek örgütlerini yok sayarak piyasaya yönlendirilen eğitimlerle, para ile satılan belgelere dönüştürülen eğitim anlayışı, günübirlik düzenlemeleri zorunlu hale getirdiğinden; Bakanlık yasa maddesi yerine yönetmelik üzerinden alanı düzenleme ter-cihini kullanarak tasarıyı değiştirdi.

Diğer taraftan, devlet adına hiçbir girişimde bulunmadığı halde 25 yıllık emeği hiçe sayan Bakanlık; meslek örgütleri tarafından verilen onbinlerce sertifikayı “yok sayan” yasal düzenlemeler yapmıştı. Danıştay’ın verilen birçok sertifikayı geçersiz sayması üzerine alanda istihdam edilecek işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı bulmakta zorlanan aynı Bakanlık tüm sertifikaları “var sayan” düzenlemelere “Kanun”da yer verdi (Geçici Madde 4 ve 5). Bu durumu bir başka açıdan değerlendirdiğimizde; Bakanlık yasa metninde meslek örgütlerine sağladığı olanakla TTB ve TMMOB cephesindeki muhalefetin direncini de kırmış oldu. Bu sebeptendir ki, TTB ve TMMOB son “Kanun”a anlamlı muhalefet etmediler.

Çalışanların Hak ve Yükümlölükleri

“Çalışanların yükümlölükleri” meselesi

“(1)Çalışanlar, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları doğrultusunda, kendilerinin ve hareketlerinden veya yaptıkları işten etkilenen diğer çalışanların sağlık ve güvenliklerini tehlikeye düşürmemekle yükümlüdür. (2) Çalışanların, işveren tarafından verilen eğitim ve talimatlar doğrultusunda yükümlölükleri şunlardır: a) İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde, taşıma ekipmanı ve

diğer üretim araçlarını kurallara uygun şekilde kullanmak, bunların güvenlik donanımlarını doğru olarak kullanmak, keyfi olarak çıkarmamak ve değerıstirmemek. b) Kendilerine sağlanan kişisel koruyucu donanımı doğru kullanmak ve korumak. c) İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tesis ve binalarda sağlık ve güvenlik yönünden ciddi ve yakın bir tehlike ile karşılaştıklarında ve koruma tedbirlerinde bir eksiklik gördüklerinde, işverene veya çalışan temsilcisine derhal haber vermek.” (m.19)

“Kanun”a göre kurallara (işverenin talimatlarına) uymak çalışanların görevlerindedir. “Çalışanların sağlık ve güvenlik kurallarına uymamaları kendi görevlerinin yanında diğer çalışanların sağlık ve güvenliği ile işyerinin güvenliğini de tehlikeye atacaktır. Bu nedenle, işverenin talimatı gereği kendi sağlık ve güvenliklerinden sorumlu oldukları gibi hareketlerinden diğer çalışanların etkilenmesinden de sorumlu olacaklar” (Gerekçe’den).

Özetle; işveren/sermayedar işçi ve emekçileri hem kendi sağlıklarından, hem diğer işçi ve emekçi sınıf kardeşlerinin sağlıklarından, hem de işyerindeki üretim araçları ile kişisel koruyucu donanımın zarar görmesinden sorumlu tutacak.

“Çalışmaktan kaçınma hakkı” meselesi

İş Kanunu’ndaki “çalışmaktan kaçınma hakkı” “Kanun”, içerisinde (m.13) yeniden düzenlendi: “(1) Ciddi ve yakın tehlike ile karşı karşıya kalan çalışanlar kurula, kurulun bulunmadığı işyerlerinde ise işverene başvurarak durumun tespit edilmesini ve gerekli tedbirlerin alınmasına karar verilmesini talep edebilir. Kurul acilen toplanarak, işveren ise derhâl kararını verir ve durumu tutanakla tespit eder. Karar, çalışana ve çalışan temsilcisine yazılı olarak bildirilir. (2) Kurul veya işverenin çalışanın talebi yönünde karar vermesi hâlinde çalışan, gerekli tedbirler alınıncaya kadar çalışmaktan kaçınabilir. (3) Çalışanlar ciddi ve yakın tehlikenin önlenemez olduğu durumlarda birinci fıkradaki usule uymak zorunda olmaksızın işyerini veya tehlikeli bölgeyi terk ederek belirlenen güvenli yere gider. Çalışanların bu hareketlerinden dolayı hakları kısıtlanamaz. (4) İş sözleşmesiyle çalışanlar, talep etmelerine rağmen gerekli tedbirlerin alınmadığı durumlarda, tabi oldukları kanun hükümlerine göre iş sözleşmelerini feshedebilir.”



“Kanun”, “ciddi ve yakın tehlike” tanımlamasını aynı zamanda “Acil durum planları” başlıklı 11’inci maddede yapıyor. “Kanun” a göre bir tehlikenin sadece “ciddi” olması ya da sadece “tehlikeli” olması yetmiyor, her iki durumun beraberliğine ilaveten “önlenemez” olduğu durumda yani işçi “ölümle karşılaşır” söz konusu “hak” kullanılabilir. Yani işçi ölüm tehlikesini görecek ve işverene veya işveren vekiline başvuracak, işveren veya işveren vekili durumu derhal inceleyerek karar verecek, karar yazılacak, çalışana ve varsa iş sağlığı ve güvenliği çalışan temsilcisine bildirilecek... Ve çalışan işyerini veya tehlikeli bölgeyi terk ederek belirlenen güvenli yere gidecek... “Kanun” a göre; işçi isterse çalışmaktan kaçınabilir, isterse bölgeyi terk edebilir veya isterse iş sözleşmesini feshedebilir. Bu bir “hak” olmaktan ziyade; iş güvenliği sorununun çözülmediği, haksız işten çıkartmaların önlenemediği, fazla çalıştırmaya sınır kon(a)madığı bir ortamda işçi ölmez sağ kalırsa olsa olsa “işçinin işten atılma hakkı” olabilir.

“Kanun” a göre çalışanlar “ciddi, yakın ve önlenemez tehlike” ile karşılaştıklarında çalışmaya zorlanamayacaklar ve işi bırakıp daha güvenli bir yere gidebilecekler. Örneğin; Aşkale’de gölet içerisinde deniz bisikletiyle “ciddi, yakın ve önlenemez tehlike” ile karşılaşarak mahsur kalan beş TEDAŞ işçisi; a) görevi reddedebilecek, b) işverene başvurarak durumun tespitini isteyebilecek, c) varsa İSG Kurulu’nu acil toplantıya çağırabilecek... İşveren veya Kurul kararına göre işçiler yeniden bir karar verecekler! Tabi bu sırada soğuktan donmazlar!... Söz konusu 13’üncü madde 4857 sayılı İş Kanunu’nda (m.83) “işçilerin hakları” adı altında mevcut ve dokuz yıldır yürürlükte. Nedendir bilinmez “Taslak” 83’üncü maddeyi yürürlükten kaldırırken yeniden bir “hak” tanımı yapıyor. Eğer bu madde bir hak olsaydı hükümetin tüm kurumlarıyla gündeme aldığı Tuzla Tersaneleri sorunları çözme kavuşur, ölümler olmazdı. İş cinayetleri artmaz, azalır. Sormak gerekir “çalışmaktan kaçınma hakkı” tersanelerde ve diğer iş cinayetlerinin yaşandığı iş kollarında ne kadar kullanıldı?

“Çalışanların görüşlerinin alınması ve katılımlarının sağlanması” meselesi

“Kanun” un “Çalışanların görüşlerinin alınması ve katılımlarının sağlanması” başlıklı 18’inci mad-

desinden: “(1) İşveren, görüş alma ve katılımın sağlanması konusunda, çalışanlara veya iki ve daha fazla çalışan temsilcisinin bulunduğu işyerlerinde varsa işyeri yetkili sendika temsilcilerine yoksa çalışan temsilcilerine aşağıdaki imkânları sağlar: a) İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili konularda görüşlerinin alınması, teklif getirme hakkının tanınması ve bu konulardaki görüşmelerde yer alma ve katılımlarının sağlanması. b) Yeni teknolojilerin uygulanması, seçilecek iş ekipmanı, çalışma ortamı ve şartlarının çalışanların sağlık ve güvenliğine etkisi konularında görüşlerinin alınması. (2) İşveren, destek elemanları ile çalışan temsilcilerinin aşağıdaki konularda önceden görüşlerinin alınmasını sağlar: a) İşyerinden görevlendirilecek veya işyeri dışından hizmet alınacak işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve diğer personel ile ilkyardım, yangınla mücadele ve tahliye işleri için kişilerin görevlendirilmesi. b) Risk değerlendirme yapılarak, alınması gereken koruyucu ve önleyici tedbirlerin ve kullanılması gereken koruyucu donanım ve ekipmanın belirlenmesi. c) Sağlık ve güvenlik risklerinin önlenmesi ve koruyucu hizmetlerin yürütülmesi. ç) Çalışanların bilgilendirilmesi. d) Çalışanlara verilecek eğitimin planlanması.”

Peki, işveren çalışanların önceden görüşünü almaz ise ne olur? Yanıtı “Kanun” veriyor: Doğruluğu kanıtlanırsa işveren 1000 TL para cezası öder (m.26/1).

“Yönetişim” oyununun; “Kanun” TBMM’de görüşülürken “ tarafların görüşünü almak” olarak yaşandığı durumu, işliklerde işverenin işçi ve emekçiyle “görüşlerinin alınması ve katılımın sağlanması” biçiminde yaşanacağı açıkça ortada.

“Çalışanların bilgilendirilmesi ve eğitimi” meselesi

“Kanun”, çalışanların işyerinde karşılaşacakları sağlık ve güvenlik konularıyla birlikte “yasal hak ve sorumlulukları” hakkında gerekli bilgiyi almalarının sağlanmasını öngörüyor (m.16,17). “Kanun” bütün olarak değerlendirildiğinde; “bilgilendirme ve eğitim” talimatlarla sorumluluğun alt kademelere yüklenmesinin ön şartı olarak kabul ediliyor. Nitekim “Gerekçe”de mesaj veriliyor; “Genel önleme ve koruma politikalarının son prensibi çalışanlara talimat verilmesidir. Bu talimatlar ile



öngörülen işe ilişkin riskler tanımlanarak ve alınması gereken önlemlerden bahsedilerek, çalışanların işi güvenli bir şekilde yapmalarını sağlanacaktır.”

“İş Sağlığı ve İş Güvenliği Çalışan Temsilcisi” meselesi

İşyerlerinde “çalışan temsilcisi” olarak “iş sağlığı ve güvenliği konularında çalışanları temsil etmeye yetkili çalışanı” tanımlayan (m.3/c) “Kanun” temsilci seçiminin kuralını da belirliyor. Önceki taslaklarda “bütün çalışanların katılımı ile yapılacak seçim” yoluyla belirlenen temsilci seçiminde ‘kural’ değiştirilerek; “çalışanlar arasında yapılacak seçim veya seçimle belirlenemediği durumda atama yoluyla görevlendirilir” şekline dönüştürüldü (m.20). Sendikasılaştırılmayı başaran işveren/sermaye ve devlet, seçim yerine atamayı önceleyerek kendi seçtiğini “çalışan temsilcisi” gibi gösterecek.

İş Kazası ve Meslek Hastalıkları

“Kanun”, iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi konusunda ciddi iddialarla ortaya çıktı. İş Kanunu ve SSGSS Kanunu’nda bulunan düzenlemelere ek bir düzenleme getirmemesine rağmen medyadaki yasa tanıtımlarında “iş kazalarının ve işçi ölümlerinin azalacağı” mesajları verildi.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı tarafından 2011 yılında tespit edilen iş kazası sayısı 69.227, meslek hastalığı sayısı ise 688 olarak duyurulmuştur (8). Son 9 yılda (2003–2012 arası) görülen iş kazalarının ortalaması 73.718, meslek hastalıklarının ortalamasını ise 590 olarak hesaplanmaktadır. İş kazası sonucu 2011 yılında 1563 kişi ölmüş ve 2086 kişi malul duruma düşmüştür. Son 9 yılda kaza sonucu ölümlerin ortalaması 1156 ve malul kalan sayılarının ortalaması ise 1659 olarak bulunmuştur. İş kazalarında dünyada hep başa gúreşen Türkiye’de AKP iktidarı döneminde önemli bir değişim yaşanmış, durum giderek daha da kötüye gitmiştir. Kaza sayıları hileli yöntemlerle ortalamasının %6’sı kadar düşürülürken, kaza sonucu ölümler ortalamasının %35’i, kaza sonucu maluliyet ise ortalamasının %26’sı kadar artmıştır.

Uluslararası tespitlere baktığımızda; her bin çalışan için yılda 4–12 yeni meslek hastalığı olgusu beklenmektedir (9). Türkiye’de çalışma yaşamında aktif yer alan 23 milyon emekçi üzerinden yapılan

bir başka hesaplama yöntemine göre her yıl 100 ile 300 bin arasında meslek hastalığının tespiti beklenmelidir. Bu tabloya rağmen meslek hastalıklarıyla ilgili devlet-sermaye suskunluğu devam ediyor.

Anlaşılan odur ki; iş kazalarının toplu iş cinayetlerine dönüştüğü çalışma ortamlarında herhangi bir iyileşme olmayacak, meslek hastalıklarına ilişkin ‘suskunluk’ devam edecek. “Kanun” Gereçesi’nde ifade edildiği gibi “iş kazalarının veya ortaya çıkan meslek hastalıklarının işyerinden mi yoksa çalışanların kurallara uymadaki ihmallerinden mi kaynaklandığının tespiti yapılacak ve buna göre gerekli tedbirlerin alınması sağlanmış olacak.” Yani “günahkârlar” aranacak; işveren “eğitim, bilgilendirme ve talimat” yükümlülüğünü yerine getirmişse, işyerinde profesyonel çalışanlar ve kazaya uğrayan işçiler/emekçiler olayın sorumlusu olarak tanımlanacaklar.

Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi

“Ülke genelinde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili politika ve stratejilerin belirlenmesi için” kurulan “tavsiyelerde bulunmak” gibi bir görevi üstlenen Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi ağırlıklı olarak hükümet temsilcileri ve bürokratlardan (25 üyenin 13’ü atanmış, 12 üye ise seçilmiş) oluşmaktadır. Seçilmişlerin bazıları da işveren örgütü ya da hükümet güdümlü örgütlenmeler adına katılmaktadır (m.21). Bu düzenleme ile salt çoğunluğu sağlayan siyasi iradenin “sosyal diyalog” adına (aslı sosyal monolog) kararlar alarak alanla ilgili “tavsiyelerde” bulunması beklenmektedir.

Yürürlükten Kaldırılan ve Değiştirilen Hükümler

“Kanun”, 4857 sayılı İş Kanunu’nda bulunan işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili tüm maddeleri yürürlükten kaldırıyor. Kimi maddeler “Kanun”da benzer veya değişik ifadelerle yer alıyor, kimi maddeler ise hiç yer almıyor.

Kaldırılan ya da değiştirilen maddelerden bazıları: İşverenlerin ve işçilerin yükümlülükleri (m.77), İş sağlığı ve güvenliği yönetmelikleri (m.78), İşin durdurulması veya işyerinin kapatılması (m.79), İş sağlığı ve güvenliği kurulu (m.80), İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri (m.81), İşçilerin hakları (m.83), Ağır ve tehlikeli işler (m.85,86),



On sekiz yaşından küçük işçiler için rapor (m.83), Gebe veya çocuk emziren kadınlar için yönetmelik (m.88)...

“Kanun”, çalışanların sağlık raporu alma zorunluluğunu “tehlikeli” ve “çok tehlikeli” işyerleri ile sınırlı tutuyor (m.15).

“Kanun”, İş Kanunu’nda geçen “İşyerinin kapatılması” (m.79) yaptırımını yasa metninden çıkartıyor.

“Kanun”, İş Kanunu’ndaki; “Çocuk ve genç işçiler için alınması zorunlu sağlık raporları ile gece çalışanlara verilecek sağlık raporları” (m.69), “Çıraqlara tanınan iş sağlığı ve güvenliği hakkı” (m.4/f), “Sağlık kurulları bakımından günde ancak yedibuçuk saat ve daha az çalışması gereken işler” (m.63) ile ilgili düzenlemeyi iptal ediyor (m.37). İptal edilen düzenlemeler için ne yapılacağı ise belirsizliğini koruyor.

Yürürlük

“Kanun” birçok konuyu yönetmeliklere havale etti. Bakanlık bürokratlarının ‘ellerini ovuşturarak’ ve büyük keyif alarak hazırlayacakları metinler üzerinden Türkiye’de işçi sağlığının kaderi belirlenecek. “Kanun”, yayımı tarihinden itibaren; 50’den az işçisi olan işyerlerinden; tehlikeli ve çok tehlikeli işyerlerinde 1 yıl sonra, az tehlikeli işyerlerinde 2 yıl sonra, diğer işyerlerinde 6 ay sonra yürürlüğe girecek (m.38).

İş Cinayetleri “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” ile Önlenemez

“İSG Kanunu” aslında işçi sağlığı alanı üzerinden devletin kendisini daha bir açık etmesi/tanımlamasıdır.

“Kanun”a karşı “gördük, sobe” denmelidir. Devlet denilen “zahiri-fuluğ” yapıyı bu “Kanun”, üzerinden görünür kılmalı-teşhir etmeli, çözümlemelidir. Ve denmelidir ki; Ne kadar fazla yasa çıkarsa devlet bir o kadar çürümüştür.

Sermayenin kâr hırsı ateşinde pişirilip pişirilip işçi sağlığı alanına devlet-hükümet işbirliği üzerinden servis edilen “Kanun” işçiler/emekçiler için “yok hükmündedir”. Bu ateşi söndürecek olan ise; sınıfın tarihsel belleği ve örgütlü gücüdür.

Tek-tek maddeler üzerinden “içeriye sıkışıp kalmak”, “yönetişim” oyununa gelmek anlamsızdır. Çünkü bu “Kanun”u işçilere/emekçilere servis

edenler zaten “en mükemmeli” bulmuştur! Onların yapmak istediği; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı’nın söylediği gibi, kendi mutfaklarında hazırlayıp işçiye/emekçiye sundukları yasanın “ikna turunu tamamlamak”tır. Kendi varlıkları için uluslararası ağa-babalarının yolundadırlar. Ve ağa-babalarının işçi sağlığında durumları da hiç iyi değildir. AB ülkelerinde işçi sağlığı meselesinin boyutunu, daha önceki yıllara göre durumlarının iyi olmadığını ise Avrupa’daki sınıf kardeşlerimiz yaşıyor, biz de biliyoruz.

Şimdi ne mi yapmalıyız?

“İşçilerin/emekçilerin kapital birikim sürecindeki uygun toplumsal rollerini başarması kapasitesi” olarak tanımlanması gereken kapitalist üretim ilişkileri içerisindeki “sağlık” tanımını, öncelikle Dünya Sağlık Örgütü’nün sınıfsal bağlamından koparılmış/aldatmaca “sağlık” tanımının yerine koymalıyız.

Bu sınıfsal perspektif zemininden aldığımız güçle kapitalist üretim ilişkilerini ve patronları “kendi yasaları”yla da yargulamalıyız. Kapitalizmin ömrünü uzatmak için sahneye çıkan ve sınıflararası uzlaşma örgütü görevini üstlenmiş olan ILO’ya göndermeler yaparak “Kanun”u hazırlayanları, yine ILO’nun “kaza tanımı”ndan yola çıkarak kendine yasa yapanları iş kazalarından ölen işçilerin/emekçilerin katili olduklarını/cinayet işlediklerini haykırmalıyız. Ve bu sistemde iş kazalarının, meslek hastalıklarının azaltılması söyleminin “bir şey” olduğunu, ancak “başka da bir şey olmadığını” sınıfsal perspektifle anlatabilmeliyiz. Bir tek iş kazası-meslek hastalığı tanısı/ölümü olsa dahi bunun bu sistemin cinayeti olduğunu açılımılayabilecek ve bu söylemi eyleyebilecek güce kavuşmalıyız.

Sistemi sorgulatmadan, kapitalist üretim ilişkilerinin işçi sağlığının sorumlusu olduğunu gizleyerek “Kanun”un önümüze konulup tartışılmasına müsaade etmemeliyiz (Bakın bu topraklarda Onur Hamzaoğlu yargılandı, niye? Sanayinin çevre ve insan zehirlediğini daha önceleri de akademisyenler yazmıştı, araştırmıştı. Ama Onur Hamzaoğlu’nun şahsında bir şey oldu: Bu değerli bilim insanı daha önce yazılan araştırmaların yapmadığını yaptı. Durumun sistemle bağını kurdu. Lime lime dökülen kapitalist sisteme vurdu. Ve üniversitesin-



den, belediyesine kadar bu sistemin sanayicinin/işverenini/sermayenin yanında olduğunu huzura çıkardı. Ancak “minareyi saklayacak kılıf bulamadılar”).

Yasakoyucu, işçi sağlığı alanında da “illüzyonist yöntemle” sermayenin çıkarlarını işçilerin/emekçilerin çıkarları gibi göstermeye devam ediyor. Bir “epistemik şiddet” uyguluyor. Devletin yapısı gereği olan “zor ve şiddet” şimdilerde Avrupa’dan doğru “İngiliz Centilmenliği” inceliğinde işçiler/emekçiler ve onların örgütleri, DMKÖ ile “toke edilme”ye çalışılıyor. Ama bilim ki; bu centilmenlik edasıyla el uzatanlar “toke etme”yi kabul etmeyen işçileri/emekçileri karşısında görürse devletin zor ve şiddeti daha açık hale gelecek. “İSG Kanunu” ile sermaye sınıfıyla işçi sınıfı arasında “tarafsız” görünen “anlaştırmacı” devletin yüzü/kıblesi o zaman çiplak görünür hale gelecek.

Sermayenin kendi içerisindeki çelişkileri ve devlet/hükümet ile sermayenin ufak-tefek frotmanları olsa da sınıf refleksleri gereği bu Kanun’da ortaklaştılar. Çünkü işçi ve emekçi sınıfı anlamlı bir örgütlenme gücüne ve emek-sermaye arasındaki uzlaşmaz tarihsel çelişkide henüz daha çubuğu kendi sınıf aidiyetine doğru bükülecek bir donanımına sahip değil. Ve iş kazaları ile meslek hastalıklarından dolayı ölümler-cinayetler de devam edecek. Tüm meseleleri bu cinayetleri kime yıkacaklarının yasasını oluşturmaktı. Yani “yasal cinayetlerin” yazılımını, “sosyal taraf(lar)” dedikleri DMKÖ ile sendikalar üzerinden tamamlamaya çalıştılar. Sermaye sınıfını cinayetlerin sorumluluğundan kurtarıp, “profesyonel” dediklerini (iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi...) yasanın giyotini altına aldılar. Yönetmelikleriyle birlikte yürürlüğe girecek bu “Kanun”da “her şeyin sorumlusu” işveren (siz bunu sermaye-patron olarak okuyun) gibi görünse de bunun rücu yollarının da açık olduğunu hepimiz biliyoruz. İşçiler/emekçiler ölecek, iş güvenliği mühendisi, işyeri hekimi rücu sistemiyle sorumlu hale getirildi. Ve böylece bir kez daha iş cinayetlerinin sorumlusunun kapitalist üretim ilişkileri olduğu gizlenecek; sistemin devamı için bireyler/profesyoneller yargılanacak.

Daha da ilerisini ifade etmek gerekirse; işveren sorumluluğunu “talimatlar ve eğitimlerle” iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi üzerinden işçile-

re/emekçilere yıkıyor. Yani işçi/emekçi kendisinin ve sınıf kardeşinin sakat kalmasından, ölmesinden sorumlu hale getiriliyor.

Elbette ki kapitalist üretim ilişkileri içerisindeki “ekonomi-politik yasa” gereği sermaye semirirken, “hukuksal yasa” gereği birilerinin bu bedeli ödemesi gerekecek. Ama sistemin üzerini örtemediği/gizleyemediği bir gerçek var: İşçilerin/emekçilerin öleceği, üretirken-tükeneceği... “Kanun”daki mesele sadece “suçluyu aramak”, “suçluyu bulmak”. Hatta bu suçlu yeri geldiğinde tek tek işveren de olabilir. Ancak kapitalist üretim ilişkileri suçlu olamaz! Çünkü bu sistem elinden gelen her şeyi işçiler/emekçiler için yapıyor! Hatta tek tek işverenleri bile yargılayıp mahkûm edebiliyor/edecek. Ve elbette ki; bu haliyle işçilerin nezdinde bile sistemi daha bir meşrulaştırmış-güçlendirmiş olarak...

Süresi dolunca yürürlüğe girecek bu “Kanun”a ilişkin “elinize sağlık” demek ve/veya bu anlama gelecek sözler sarf etmek, sanki genel olarak işçilere/emekçilere faydalı da ancak içinde biraz düzeltmelere ihtiyaç var anlamına gelecek tarzlar üzerinden politika yapmak; ait olduğu sınıfsal zemini tanımlayamamak ya da en hafifinden kafa karışıklığı yaşa(t)maktır.

Son söz: bu “Kanun”, işçiler/emekçiler için “kabul edilemez risk grubundadır.”

Kaynaklar

1. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 30.6.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmî Gazete.
2. Bilaloğlu, E. “Devletin Yeniden Yapılanması ve Sağlık”, TTB/Toplum Hekim Dergisi, 2011;26:6:472.
3. Öngen, T. “Devletin Yeniden Yapılanması, TTB/Toplum ve Hekim Dergisi, 2011;26:6:408.
4. Öngen, T. agm, sayfa: 410.
5. Öngen, T. agm, sayfa: 408.
6. Öngen, T. agm, sayfa: 411.
7. Emiroğlu, C., Koşar, L. “Toplumsal ve Bireysellik Diyalektiğinde İşyeri Hekimi ve İş Güvenliği Uzmanı Eğitimleri”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2010;35:2-13.
8. İzmir Milletvekili Alaattin Yüksel’in verdiği soru önergesine ÇSG Bakanı Faruk Çelik’in 02.03.2012 tarihinde verdiği yanıtın.
9. Harrington, JM., Gill FS., Aw, TC., Gardiner, K. Occupational Health; 4th Edition 1998.●



SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MESLEKİ RİSKLER ve HUKUKSAL DÜZENLEMELER

Dr. Celal EMİROĞLU
İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Bilim Uzmanı

Giriş

Sağlık alışanlarının sağlığı ve güvenliği konusunda; gerek kamuda 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na tabi hukuken "korunma" hakkı olmayan memurlar ve sözleşmeli personel, gerekse "korunduğu" varsayılan özel sağlık sektöründe İş Kanunu'na tabi olanlar önemli ölçüde haksızlığa uğramaktadırlar. Kamu ya da özelde İş Kanunu kapsamındaki taşeron işçileri ise en fazla mağdur olan kesim olarak hukuken var olan haklarından (kamuda devlet marifetiyle) mahrum bırakılmaktadırlar.

Diğer taraftan Uluslararası alışma rgt (ILO) sözleşmeleri ve Avrupa Birliği (AB) müktesebatı ile sağlık emekçilerine reva grlen "korunduğu" (optimal düzeyde sağlık ve güvenlik hakkı) dahi devlet-sermaye ittifakıyla çok görülmektedir.

Çalışma ortamlarında iş kazası ve meslek hastalıklarında durum her geçen gün kötüye giderken, sağlık sektörüne zgn çok daha kötüsüyle karşılaşmak da olasıdır. Kamuda verilen sağlık hizmetlerinin "zelleştiği", özel sağlık hizmetlerinin ise sürekli teşvik edilerek endüstriyel sektör haline getirildiği bir ortamda şiddet ve mobbing dahil mesleki riskler kaçınılmaz olarak daha da artacaktır.

Bu araştırmada; sağlık çalışanlarını doğrudan ilgilendiren hukuki düzenlemelerin sağladığı "haklar" irdelenmiş; bir başka makalenin konusu olabilecek çalışma biçimleri ve çalışma ilişkilerinden bağımsız olarak sağlık sektöründeki mesleki sağlık ve güvenlik riskleri ile illiyet bağı yorumlanmıştır.

1990'lı yıllarda tamamına yakını kamuda istihdam edilen sağlık çalışanlarının zaman içinde çalışma koşulları ve hukuki konumları değişim/dönüşüm geçirmiş; 2000'li yıllardan sonra kamu-özel fark etmeksizin benzer koşullarda hizmet vermeye başlamışlardır. 1996'da "sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği" Türkiye'de bir ilk olarak "SES Dergisi"nde (1) yayınlanan makale ile değerlendirilmiş, 2003 yılında ise Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi'nde "kamu çalışanlarının sağlığı" konusu incelenmiştir (2).

Neoliberal politikalarla birlikte değişen 2003 sonrasında devlet-sermaye dayatmasıyla 4857 sayılı İş Kanunu, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunu ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Kanunu gibi çalışma yaşamını doğrudan ilgilendiren yasalar değiştirilmiş ve bu değişime paralel birçok düzenleme yrrlge girmiştir. Bu makalede son durum üzerinden bir değerlendirme yapılmıştır. Kamu-zel tek düzenleme yutturmacası olan İSG Kanununun ayrıntılı değerlendirmesi (Dergimizin bu sayısında) ile birlikte tablo daha görünür hale gelecektir.

Meslek Hastalıkları ve İş Kazaları Tanımı zerine

Meslek hastalığı ve iş ile ilgili hastalık tanımı

Çalışma ortamındaki sağlık sakıncaları belirlenmiş etmenlerin çalışanlarla teması sonucu ortaya çıkan her hastalık ya da sağlık sorunu meslekle/işle ilgili hastalıklar olarak değerlendirilmektedir. Meslek hastalıkları, kendine özgü bir klinik



tablo ile ortaya çıkar, hastalık deneysel olarak da oluşturulabilir ve bir veya birden fazla hastalık etkeni veya metabolitinin biyolojik ortamda bulunuşu ile kendisini gösterir. Hastalığın insidansının o meslekte çalışanlarda yüksek olması da meslek hastalıklarının genel özellikleri arasındadır. İş ile ilgili hastalıklar ise farklı nedenlerle ortaya çıkabilecek hastalıkların çalışma ortamındaki etmenler ve/veya koşullar nedeniyle gelişiminin hızlanmasıyla karakterizedir.

Türkiye’de meslek hastalığının tanımı bilimsellikten uzak ve yasal metinlerle sınırlıdır. SSGSS Kanunu’na göre; “sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özür-lülük halleri” (m.14) “meslek hastalığı” olarak kabul edilmektedir. Hastalık etkenlerini “işin niteliğine” ve “yürütüm şartlarına” bağlayan Yasa “sigortalı olmayanların” meslek hastalıklarını dikkate almazken, henüz hastalık tablosu oluşturmayan sorunları ve işle ilgili hastalıkları da kapsama almamakta yani ‘bardağın taşıdığı durumlarda’ sorunu kabul etmektedir. “Özür-lülük” hallerini kabul eden Yasa, meslek hastalıklarının “önlenebilir” özelliğini ise göz ardı etmektedir.

Özetle; kârını maksimize etmeye çalışırken işçiyi/emekçiyi “özür-lü” yapan işveren/sermayedar adı “meslek hastalığı” tanımında geçmezken; yasaya göre sadece sigortalılar için “işin doğal niteliği” kaçınılmaz olarak “hastalık, bedensel veya ruhsal özür-lülük” oluşturuyor!

İş kazası tanımı

SSGSS’de “iş kazası” tanımı (m.13): “Sigortalının; işyerinde bulunduğu sırada, işveren tarafından yürütölmekte olan iş nedeniyle, asıl işini yapmaksızın görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle, emziren kadın sigortalının (sadece m.4/a kapsamındaki) çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş-geliş sırasında meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen özüre uğratan olay” olarak yapıldı.

Türkiye’de iş kazalarının tanımı nedenlere değil sonuçlara göre yapılmaktadır. Yasal düzenlemeler, “sigortalı olmayanların” işinden dolayı

geçirdiği kazaları dikkate almazken, işyerlerinde yaşanan şiddet, taciz, mobbing ve psikolojik travma olgularını da “iş kazası” kapsamına almamaktadır.

İş kazası, sermaye-devlet terminolojisinde; sadece sigortalılar için “beklenmedik ve/veya hatalı bir davranış ya da teknik bir arıza nedeniyle ortaya çıkan, önceden planlanmamış ve kontrol altına alınmamış ortamlarda, dıştan bir etkiyle meydana gelen, kişilere zarar veren, sonucu arzu edilmeyen, acilen tehdit oluşturan tehlikeler vb” olarak tanımlanmaktadır.

Çalışma hayatının içinde ise “verimlilik”, “toplam kalite” vs söylemlerle dillendirilen tasarruf (!) politikaları ya da “artı-değer” sömürüsü iş kazası ve meslek hastalığı nedenidir. Emegini ücret karşılığında sermayedara satmak zorunda kalan emekçilerin, üretim süreçlerinde “tasarruf” uğruna alınmayan önlemlerle orantılı olarak yaşadıkları iş kazaları / meslek hastalıkları... Bu anlamda Türkiye’de “iş kazalarının önlenememesi” ve “meslek hastalıklarının tanınmaması” sömürünün azgınlık derecesiyle uyumludur.

Son Tango: SSGSS ve İSG Kanunu

TBMM’de 20 Haziran 2012 tarihinde onaylanan (3) ve bu alanın temel yasası olarak kabul edilen İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu “meslek hastalığı” kavramını tam anlamıyla karikatürize ederek “Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalığı ifade eder” (m.3/1) ibaresiyle tanımladı. “Kanun”, iş kazasını; “İşyerlerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme ve vücut bütünlüğünün ihlaline sebep olan olayı ifade eder” (m.3/1) ibaresiyle tanımlıyor. İSG Kanunu, İş Kanunu ve SSGSS’de bulunan düzenlemelere ek olarak hiçbir yenilik getirmedi.

Kamuda meslek hastalıkları ve iş kazaları

SSGSS’ye göre çalışanların (kamu çalışanları hariç) iş kazası ve meslek hastalıkları “hakkı” kısa vadeli sigorta kolları içerisinde yer alıyor. Kamu çalışanları, iş kazası ve meslek hastalığı sigortası kapsamına alınmazken, iş kazası ya da meslek hastalığı sonucu gerekli görölen ‘hastalık’ yardımlarını Genel Sağlık Sigortası sağlıyor. İSG Kanunu kamu çalışanları için iş kazası ve meslek hastalıklarıyla ilgili “hak” tanımı yapıyor, ancak SSGSS engeli



nedeniyle kamu çalışanları diğer sigortalılara tanınan haklardan yararlanamıyor!

Ayrıca, kamudaki çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik sağlık ve güvenlik hizmetlerinin nasıl ve kim tarafından verileceği ve finansmanın nasıl sağlanacağı konularındaki belirsizlik bugünkü hukuksal zeminde yanıtız kalıyor.

İşgöremezlik kavramı ve maluliyete bakış

SSGSS'ye göre; iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %10 azalmış bulunduğu SGK tarafından tespit edilen (kamu çalışanları dışındaki) sigortalılar, sürekli iş göremezlik (kısmi veya tam) gelirine hak kazanıyor. İş kazası veya meslek hastalığı halinde her gün için kazancın üçte ikisi kadar geçici işgöremezlik ödeneği veriliyor (m.18,19). İş kazası veya meslek hastalığı sonucu çalışma veya meslekte kazanma gücünün en az %60'ını kaybeden sigortalı malúl sayılıyor ve sürekli iş göremezlik geliri bağlanıyor.

Bu düzenlemeyi sağlık emekçilerine göre yorumladığımızda ilginç bir durum ortaya çıkıyor. İş kazası veya meslek hastalığı geçiren sağlık emekçisi kamu dışında çalışıyorsa iş göremezlik geliri alabiliyor ve hizmet süresine bakılmaksızın malúllük ve ölüm sigortası haklarından yararlanabiliyor. Sağlık emekçisi kamuda çalışırken iş kazası veya meslek hastalığı sonucu malúl duruma düşmüşse; en az 10 yıldır sigortalı ve 1800 gün (muhtaç olanlar 5 yıl sigortalı ve 900 gün) prim yatırışısa malúllük sigortasından (9000 gün üzerinden) yararlanabiliyor; en az 1800 gün veya en az 5 yıldan beri sigortalı bulunup, toplam 900 gün prim ödenmesi durumunda iken ölen sigortalının hak sahiplerine ölüm aylığı bağlanıyor. İş kazası, meslek hastalığı veya vazife malúllüđu durumunda ise prim borcuna bakılmaksızın ölüm aylığı bağlanabiliyor. 2006 yılında SSGSS kabul edildiğinde yapılan bu yorum 2012 yılında İSG Kanunu çıktıktan sonra da yapılmaktadır. Yani İSG Kanunu, kamu çalışanlarının maluliyet ve iş göremezlik ödeneği açısından değişiklik getirmedir.

Fiili hizmet zammı

SSGSS Kanunu'nda (m.40) belirtilen işyerlerinde ve işlerde geçen çalışma sürelerinin her 360 günü için karşılarında gösterilen gün sayıları, fiili hizmet süresi zammı (yıpranma payı) olarak ekleniyor. Sağlık sektöründe yüksek risk grubunda yer

alan meslek gruplarının adı Yasa kapsamında geçmezken, sadece "radyoaktif ve radyoaktif maddelerle yapılan işler/işyerleri" risk grubunda sayılarak "doğal ve yapay, radyoiyonizan maddeler veya korpusküler emanasyon kaynakları ile yapılan işlerde çalışanlar" madde kapsamına alınarak fiili hizmet sürelerinin her yılı için 90 gün hizmetlerine eklenmektedir. Söz konusu ortamlarda çalışan tabip, teknisyen, sağlık memuru, radyasyon fizikçisi ve teknisyeni ve iyonizan radyasyonla çalışan diğer personel bu haktan yararlanıyor.

Sağlık Bakanlığı tarafından "sağlık kurum ve kuruluşlarında radyasyon kaynağı ile teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı alanlarda çalışan tüm personelin radyasyondan kaynaklanabilecek risklere karşı radyasyon dozu limitlerini ve doz limitlerinin aşılmaması için alınması gereken tedbirler ile açılması durumunda alınacak tedbirler ve radyasyon kaynakları ile ilgili çalışma esaslarını belirleyerek ilgili personelin korunmasını sağlamak" amacı ile çıkartılan Yönetmelik (4) sağlık sektöründe "kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşları" kapsayan tek düzenlemedir.

Yönetmelik, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi ve radyoloji uygulamalarının en az ikisinin yürütüldüğu bölümleri içeren yerlerde oluşturulan ve konuya yönelik çalışmaları yürüten "Radyasyon Güvenliği Komitesi" şartını getirmektedir.

Yönetmelik radyasyon kaynağı ile çalışanların; risk tanımı, çalışma esaslarını, alınması gereken tedbirleri ve çalışma sürelerini, kişisel dozimetre ölçümlerinin kurallarını, sağlık izni ile işin niteliğine uygun koruyucu giysi ve teğhizatı belirleyerek; işe başlatılmadan önceki tıbbi muayeneleri ile işe başlatıldıktan sonraki yıllık sağlık kontrollerinin nasıl yaptırılacağını belirtiyor.

Ancak, iş kazası veya meslek hastalığı geçirme durumundaki "hak" tanımı bu Yönetmelikte de yapılmadı.

Çalışma gücü ve meslekte kazanma gücü kaybı oranı tespit işlemleri ve meslek hastalıkları listesi

Çalışanların sağlığını etkileyen faktörlerle ilgili ulusal ve uluslararası düzenlemelerde sınıflandırmalar yapılmıştır. 1925 yılında 18 sayılı İşçi Tazminatı Sözleşmesi (Meslek Hastalıkları) ILO tarafın-



dan kabul edildikten sonra 42 nolu Sözleşme ile 1934 yılında yeniden gözden geçirilmiş ve 16 Şubat 1946 tarihinde (6234 sayılı Resmi Gazete) Türkiye tarafından onaylanmıştır. Yine ILO'nun 1964 yılında yayınlanan (1980 yılında geliştirdiği) 121 sayılı Sözleşmesi Türkiye'de Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü (1972) ekindeki Meslek Hastalıkları Listesi'nde yer aldı.

Son olarak ILO'nun 20 Haziran 2002 tarih ve 194 sayılı Tavsiye Kararı ile yapılan sınıflandırması Türkiye tarafından modifiye edildi; SSGSS Kanunu (2006) dayanak alınarak 2008 yılında hazırlanan "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" (5) ile halen yürürlükteki "Meslek Hastalıkları Listesi" oluşturuldu.

Söz konusu Meslek Hastalıkları Listesi kamu çalışanları hariç diğer tüm sigortalıları kapsamaktadır. Listeye göre meslek hastalıkları; Kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları (A grubu), Mesleki deri hastalıkları (B grubu), Mesleki solunum sistemi hastalıkları (C grubu), Mesleki bulaşıcı hastalıklar (D grubu), Fiziksel etmenlerle olan meslek hastalıkları (E grubu) olmak üzere beş grupta toplanmıştır. Listenin sol sütununda zararlı ajanın meydana getirdiği başlıca hastalıklar ve belirtileri, orta sütununda yükümlülük süreleri, sağ sütununda hastalık tehlikesi olan işler yer almıştır.

Çalışanların sağlığını bozan etmenler Dünya Sağlık Örgütü (WHO), ABD Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH) ve Mesleki Sağlık ve Güvenlik İdaresi (OSHA) gibi organizasyonların da benimsediği bir başka biçimiyle şöyle sınıflandırılmıştır: I. Kimyasal etmenler, II. Fiziksel etmenler, III. Biyolojik etmenler, IV. Ergonomik etmenler, V. Psikososyal etmenler. Bu sınıflandırma içerisinde sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen faktörleri de görmek olasıdır.

MHL'nin yer aldığı son Yönetmelik "sigortalıların" (kamu çalışanları hariç) iş kazası ile meslek hastalığı sonucu sürekli iş göremezlik hâllerinin meslekte kazanma gücünü ne oranda azaltacağını; ve kamu dahil tüm çalışanların, hangi hâllerde çalışma gücünün en az %60'ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiğine ilişkin usul ve esasları kapsıyor (m.2). Bir başka ifadeyle; Yönetmelik, kamu çalışanları-

nın iş kazası ile meslek hastalığı sonucu sürekli iş göremezlik hâllerini kapsamazken, iş kazası ve meslek hastalığı dışındaki çalışma gücü meslekte kazanma gücü kayıp oranlarını düzenliyor.

Sağlık çalışanlarının iş kazaları

Türkiye'de sağlık sektöründe iş kazaları ve meslek hastalıkları riski (kayıtlara geçmese de) en azından yasal düzenlemelerde tanımlanan biçimiyle yaşanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kullanılan; kesici-delici-batıcı uçlu ekipman, kırık cam, tüp ya da araçlar kesiklere; elektrik akımı/düzeneği ile ilgili tehlikeler ve patlayıcı-yanıcı maddeler yangınlara; kayma veya düşmeye neden olan taban yüzeyleri yaralanmalara, kesiklere, kırıklara, bel ve sırt zorlanmalarına neden olabilmektedir. Korunmasız radyasyon kaynakları, kişisel güvenlik yetersizliği, bilinçsiz hasta kaldırma ve taşıma vb gibi uygunsuzluğu artıran ortamlar sağlık sektöründe iş kazası riskini artırmaktadır.

İş kazası olarak tanımlanması gereken sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve iş cinayetleri; 'egemen politikalar' ve kişisel güvenlik yetersizliği sonucu ortaya çıkmaktadır. "Sağlıkta Dönüşüm" hedefli ayrılan finansmanın paylaşımından kaynaklanan şiddetin daha da artması beklenmektedir.

Sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları

Yönetmeliğe göre; "Hangi hastalıkların meslek hastalığı sayılacağı ve bu hastalıkların, işten fiilen ayrıldıktan en geç ne kadar zaman sonra meydana çıkması hâlinde sigortalının mesleğinden ileri geldiğinin kabul edileceği Meslek Hastalıkları Listesi'ne göre tespit ve tayin" ediliyor (m.17). Diğer taraftan, meslek hastalığı tanısının klinik ve laboratuvar bulgularıyla kesinleşmesi ile birlikte meslek hastalığına yol açan etkenin, işyeri incelenmesiyle kanıtlanması gerekmektedir.

SGK istatistikleri incelendiğinde; "İnsan Sağlığı Hizmetleri" (kod no: 86) başlığı ile belirtilen sağlık sektöründe verilen hizmet nedeniyle 2010 yılında 100 (55 erkek, 45 kadın) iş kazasının kayıtlara geçtiği, meslek hastalığı tespitinin ise olmadığı anlaşılmaktadır. Aynı yıl içinde 2 kişiye işgöremezlik geliri bağlanırken 3 sağlık emekçisinin (2 erkek, 1 kadın) öldüğü kaydedilmiştir (6).



İşkollarının ve İşlerin Tehlike Sınıf ve Derecelere Ayrılması

İş kazası ve meslek hastalıkları primi

Sigortalılar (kamu çalışanları hariç) adına prime esas kazancın %1-6,5 oranları arasında (tamamını işveren öder) olmak üzere iş kazası ve meslek hastalığı primi ödenmesi gerekiyor (SSGSS m.81/c).

“İş kazası ve meslek hastalığı primi” kamuda çalışan sağlık emekçileri adına ödenmezken, özel sektörde çalışanlar için işveren tarafından ödenmektedir. Anayasa Mahkemesi kararı ile iki milyon kamu çalışanı (4/c bendi kapsamındaki sigortalılar) adına devlet tarafından ödenecek iş kazası ve meslek hastalıkları primi kaldırılırken, tasarruf (!) sağlanarak söz konusu sigorta hakkı da yok sayıldı (7).

İş kazası ve meslek hastalıkları sigortası primi, yapılan işin iş kazası ve meslek hastalıkları bakımından gösterdiği tehlikenin ağırlığına göre tespit ediliyor (SSGSS m.83). İşkolları, tehlikenin ağırlığına göre sınıflara (12 kademedede belirleniyor), bu sınıflar da özel iş şartlarına ve tehlikeyi önlemek için alınmış tedbirlere göre derecelere ayrılıyor. İş kollarının hangi tehlike sınıfına girdiği, tehlike

sınıf ve derecesine göre prim oranları ve uygulanacak esaslar, Bakanlar Kurulu kararıyla yürürlüğe konulacak bir tarife ile tespit ediliyor.

2008 yılında yayınlanan “Kısa Vadeli Sigorta Kolları Prim Tarifesi” de aynı şekilde 5510 sayılı Kanun 4üncü maddesi (a) ve (b) bentlerinde belirtilen sigortalıları, işverenleri ve işyerlerini kapsama alırken, kamu çalışanlarını (yani SSGSS m.4/c) kapsama almadı. Söz konusu “Tarife” özel sağlık sektöründe “İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmet Faaliyetleri” adı altında verilen hizmeti 1.tehlike sınıfında belirlemiş ve prim oranını %1 olarak göstermiştir.

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nun yürürlüğe (30.6.2012) girmesiyle yeni bir durum ortaya çıktı. Bir tarafta Kanun’da geçen “kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerler de dâhil olmak üzere tüm çalışanlarına faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanır” (m.2) yaptırımı diğer taraftan 5510 sayılı Kanun’un kamu çalışanlarını engelleyen hükümleri kafa kafaya tokuşmuş durumdadır. ÇSGB’nin bugünkü gündeminde bu Kanun (m.9) gereği “İşyeri Tehlike Sınıfları” tebliğini hazırlamak bulunuyor.

Tablo-I: Sağlık sektöründe karşılaşılan biyolojik etmenler/riskler

Adenovirüs	Multirezistan nozokomiyal bakteri
AIDS/HIV (İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü)	Norwalk virüs
Amoebiasis	Papilloma virüsü
Boğmaca (Bordetella pertusis)	Parvovirüs
Brusella	Pnömonok
Cytomegalovirus (CMV)	Polio
Difteri (Corynebacterium diphtheriae)	Pseudomonas
Helicobakter plori	Respiratuar sinsityal virüs
Hepatit-A (HAV)	Riketsiya
Hepatit-B (HBV)	Rinovirüs
Hepatit-C (HCV)	Sarıhumma virüsü
Hepatit-D (delta, HDV)	SARS (ağır akut solunum yetersizliği sendromu)
Herpes simpleks	Salmonella
Herpes zoster	Scabies (uyuz)
Histoplazmozis	Shigella
İnfluenza	Sifiliz
Kabakulak	Sıtma (malarya)
Kırım Kongo Kanamalı Ateş	Stafilokoklar - MRSA (metisiline dirençli staphylococcus aureus infeksiyonları)
Kızamık	Streptokoklar
Kızamıkçık	Suçiçeği (varicella zoster)
Konjonktivit	Tetanoz
Kuş gribi (H5N1 avian influenza)	Tifüs (lekeli humma)
Leishmaniasis	Tinea korporotis
Lejyoner hastalığı (havalandırma sistemiyle)	Tüberküloz
Meningococcal hastalıklar	Veba



Sağlık Çalışanlarını Etkileyen Mesleki Riskler

Sağlık sektörü meslek hastalıkları açısından en riskli olan iş kollarından birisi durumundadır. Bu anlamda sağlık çalışanları birçok meslek hastalığına maruz kalıyor. Sağlık sektöründe çalışanlar için en önemli riskler; a) biyolojik ajanlar, b) kas-iskelet bozuklukları, c) psikososyal bozukluklar, d) kimyasal ajanlar olarak sıralanabilir (8).

Türkiye’de hukuken kabul edilen Meslek Hastalıkları Listesi’nde yer alan sağlık sorunları ile sağlık çalışanlarının maruz kaldığı mesleki risk etmenleri ve faaliyet alanları karşılaştırıldığında (sağlık çalışanlarını etkileyen risk etmenleri bir kamu eğitim-araştırma hastanesinde sendikal faaliyet sonucu gözlemlere dayanarak hazırlanmıştır) kesişen başlıklar aşağıda sıralanmıştır.

Sağlık çalışanlarını etkileyen mesleki bulaşıcı hastalıklar

Sağlık çalışanları günlük çalışma ortamında hastalardan bulaşabilecek birçok enfeksiyon hastalığı açısından risk altındadır. Bu enfeksiyonlar içinde kanla bulaşanlar, gerek sıklık gerekse yarattıkları uzun süreli olumsuz etkiler nedeniyle özel bir öneme sahiptir. Sağlık personelinin günlük faaliyetleri sırasında hastaların kan ve çeşitli vücut sıvılarıyla temas etme olasılığı yüksektir ve ölüme kadar götürebilen bu tür hastalıklar açısından yüksek risk altındadır (9,10). Sağlık sektöründe biyolojik etmenler; 1) kan ve kan ürünleri kaynaklı enfeksiyonlar (HIV, hepatitler, viral hemorajik ateş), 2) solunum yolu ile geçen enfeksiyonlar (tüberküloz, suçiçeği, difteri, kızamık, kızamıkçık,

boğmaca, menenjit, SARS, brusella, kuş gribi), 3) enfeksiyonluyla temas sonucu (iğne batması, deride çizik, sıyrık, yara, enfekte olmuş atıklar vb) çalışanlara zarar veren durumlar (Tablo-1). Yapılan araştırmalara göre sağlık çalışanlarının 2/3’ü hastaların kan ve/veya vücut sıvıları ile en az bir kez temas etmektedirler. HIV pozitifleşen sağlık çalışanlarından %57’sinde enfeksiyon mesleksel kökenlidir. Sağlık çalışanlarının HBV geçirme riski genel popülasyona göre 10 kat daha fazladır (11).

Biyolojik etmenlerden bazıları Meslek Hastalıkları Listesi’nde (D Grubu olarak) yer almıştır (Tablo-2).

Sağlık kuruluşlarında enfeksiyona açık risk alanları ve potansiyel riskli faaliyetler: Klinik muayeneler, kan, vücut sıvıları veya diğer klinik örneklerin alınması, cerrahi müdahaleler, yaraların tedavisi, kan ve kan ürünleri toplayan merkezler, acil servis ve ambulans hizmetleri, agresif hasta taşıma, yoğun bakım üniteleri, diyaliz üniteleri, laboratuvarlar, patoloji, anatomi ve adli tıp bölümleri, hayvanlarla çalışma, ameliyathaneler, tehlikeli cihazlar ve aletler (sivri veya keskin aletlerin ya da ekipmanların kullanımı), enfeksiyon şüphesi olan kirlenmiş alanlarda kirlenmiş ekipman ve nesnelere çalışmak (onarım ve bakım çalışmaları), temizlik, dezenfeksiyon.

Sağlık çalışanlarının fiziksel etmenlerle gelişen mesleki hastalıkları ve ergonomik riskler

Sağlık sektöründe varlığını koruyan; gürültü, radyasyon, zararlı ışınlar, toz vb gibi fiziksel etmenler insan sağlığına zarar verirler. Sağlık kurumla-

Tablo-2: MHL’de yer alan ve sağlık çalışanlarının maruz kaldığı mesleki bulaşıcı hastalıklar

D-2 grubu	Tropik hastalıklar	Bu hastalıkların saptandığı ve/veya tedavi edildiği sağlık örgütlerinde ve kurumlarında ya da hastalıkların patojen ajanları ile çalışmalar/araştırmalar esnasında laboratuvarlardaki sağlık görevlerinde tespit edilebilir.	Malarya, amoebiasis, sarıhumma, veba, rekürren ateş, dang, leishmaniasis, fram-bosie, lepra, lekeli humma, riketsiöz gibi.
D-3 grubu	Hayvanlardan insana bulaşan hastalıklar	Veterinerlik hizmetleri veya laboratuvarlarda bu hastalıkların etkenleriyle veya hastalanmış hayvanlardan alınmış biyolojik materyalle yapılan çalışmalar sırasında görülen hastalıklar.	Şarbon gibi
D-4 grubu	Meslek gereği bulaşan hastalıklar	Enfeksiyon hastalıklarına maruz kalan kişilerin hastane, dispanser, poliklinik, araştırma laboratuvarı vb. sağlık kurumlarındaki çalışmaları esnasında görülür.	Özellikle viral hepatit, tüberküloz gibi.

**Tablo-3: Sağlık çalışanlarını etkileyen fiziksel etmenler**

Gürültü
Radyasyon
<ul style="list-style-type: none">• İyonize• Noniyonize (fizyoterapi ve lazer cerrahisi)• Ultraviyole• Radyoaktif atıklar• Radyoaktif hastalar• Radyasyon tedavisi (kadmium, kurşun vb)• Mikro dalgalar• Radyonükleitler (tanı ve tedavide)
Toz
Ultrasonik cihazlar
Kriyojenik sıvılar
Elektromanyetik alanlar

rında, en iyi bilinen, etkileri doğrudan gözlemlenebilen/izlenebilen potansiyel sağlık sakıncası radyasyon kaynaklarıdır. Yüksek dozlarda öldürücü, orta derece dozlarda yanıklar, katarakt, kısırlık, genetik ve konjenital anomaliler, uzun süreli etkilenim sonunda ise kanserleşme (özellikle lösemi) gelişmesine neden olabilirler. Sağlık çalışanlarının sağlığına zarar veren fiziksel etmenler ve bazı ergonomik riskler Meslek Hastalıkları Listesi'nde (E Grubu olarak) yer almaktadır (Tablo-3, 4).

Diğer taraftan uygunsuzluğu artıran ortamlar/faaliyetler ergonomik olmayan çalışma ortamlarına neden olmaktadır. Sağlık sektöründe sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin uzun süre ayakta kalması/çalışması, bazı durumlar-

da çok yüksek hızda yorucu veya ağırlı pozisyonlarda görev yapmak zorunda kalması, yetersiz dinlenme odaları, hasta odalarında fazla sayıda hasta olması gibi nedenler ergonomik riskleri artırmaktadır. Aydınlatma sorunları (yetersiz ya da fazla ışık), termal konforsuzluk (yetersiz ya da fazla ısı, havalandırma yetersizliği, nem, yüksek basınçlı hava) vb gibi uygun olmayan her türlü çalışma ortamı çalışanların sağlığını bozmaktadır. Ayrıca, hasta taşıma veya kaldırma işlerinin fazla olduğu birimlerde kuralsız yapılan işlemler veya yanlış postürde yoğun hareket etmek bel, sırt, boyun, el-kol ve ayak-bacak ağrıları başta olmak üzere kas-iskelet sistemi sorunlarını ortaya çıkartmakta ve artırmaktadır. Islak ve düzensiz zemin (yüksek ya da düzensiz basamaklar) vb gibi durumlar uygunsuz ortam koşullarını sağlamaktadır.

El yıkama birimlerinin yetersizliği ve araç-gerecin doğru steril edilmemesi hijyenik koşulların sağlanmasını etkilemekte, atıkların yanlış yok edilmesi, kişisel koruyucuların yetersiz olması ya da bulunmaması gibi nedenler koruma önlemlerini azaltmaktadır. Elektrik düzeneği sorunları ile yangın ve patlayıcı maddeler yangın riskini artırmaktadır.

Yönetim, bilgisayar odası, büro, ofis ve sekreterlik hizmetleri işleri gibi genel bölümlerde görev yapanlar ise gerek işyükü yoğunluğu, gerekse uygunsuz çalışma ortamı nedeniyle birikimli kas-iskelet sistemi hastalıklarıyla karşı karşıya gelmektedirler.

Tablo-4: MHL'de yer alan ve sağlık çalışanlarının maruz kaldığı fiziksel etmenlerle oluşan meslek hastalıkları

E-1 grubu	Elektromanyetik ışınlar (röntgen ve gama ışınları) ve korpüküler ışınlar (alfa, beta ışınları, nötron ve protonlar), lazer ışınları hastalık oluşturabilir.	Tıpta tanı ve tedavi, cerrahi gereçlerin sterilizasyonu ve araştırma laboratuvarlarında kullanılmaktadır.
E-6,b grubu	Önkolun iş gereği sürekli abduksiyon durumunda olduğu hallerde aşırı yüklenme birikimli kas-iskelet sistemi hastalıklarına neden olabilir.	Tendosinovit, veter, veter kılıfı ve periost hastalıkları gelişebilir.
E-6,e grubu	Telefon santralçılığı gibi elbileğinin sürekli-aşırı ekstansiyonu ile yapılan işlerde görülebilir.	Sürekli lokal baskı sonucu sinir felçleri görülür. Kesin tanı için elektrodyagnostikten yararlanılabilir.
E-6,f grubu	İş gereği (daktilo, klavye, mouse, teleks, telgraf maniplesi vb ile çalışma) belirli kas veya kas gruplarının sürekli olarak aynı hareketinin yapılması sonucu yüklenme hallerinde görülebilir.	Kas krampları; sağlık sektöründe ergonomik olmayan çalışma koşulları çalışanlarda, ağırlıklı olarak kas-iskelet sistemi risklerini (başta sırt ağrısı olmak üzere kas ağrıları) ve ilgili kas veya kas gruplarında tonik krampları ortaya çıkartabilir.



Sağlık çalışanlarını etkileyen psikososyal etmenler

Sağlık çalışanlarını etkileyen psikososyal etmenler Meslek Hastalıkları Listesi'nde yer almaktadır. Ancak, egemen politika sonucu siyasi iradenin yöneticiler üzerinden baskısı, mesai ilişkileri, hasta ve hasta yakınlarının tutumu sonucu işyerinde şiddet, mobbing, taciz vb etmenler sağlık çalışanlarını psikolojik ve sosyal açıdan etkilemektedir.

Çalışma sürelerinin uzunluğu (36 saate kadar) ve düzensizliği (icapılık), gece çalışma (vardiya), nöbetler, uykusuzluk, ağrı çeken ve ölümcül hasta ile karşı karşıya kalma gibi durumlar iş stresi ve tükenmişlik kaynağını oluşturmaktadır. İş güvencesinin giderek azaldığı ortamlarda verilen hizmet, motivasyonu ve enerjiyi azaltmakta, tükenmeye yönelen sağlık hizmetlerinin iş kazası ve meslek hastalığı geçirme riski de artmaktadır. Bu nedenlerle "sağlıkta dönüşüm"; sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini, iş stresi kaynaklı depresyon ve stres bozukluklarını, kardiovasküler hastalık vb gibi sağlık sorunlarını giderek artıracaktır (12).

Çalışma amaçlarının belirgin olmaması, işi istememe ya da isteyerek tercih etmeme, yapılan işin anlamsız hissedilmesi, işe yabancılaşma, yapılan işin boşa gitme hissi, mesleki açıdan gelişememe, başkalarının profesyonel gelişiminden sorumlu olma, monoton çalışma ortamı, ekip çalışmasının azalması, işin izolasyonu vb gibi etmenler çalışan-

larda iş doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Borçlar Kanunu'nda (13) yapılan düzenleme ile "İşveren, hizmet ilişkisinde işçinin kişiliğini korumak ve saygı göstermek ve işyerinde dürüstlük ilkelerine uygun bir düzeni sağlamakla, özellikle işçilerin psikolojik ve cinsel tacize uğramamaları ve bu tür tacizlere uğramış olanların daha fazla zarar görmemeleri için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür." hükmü 1 Temmuz 2012 tarihinde yürürlüğe girdi.

Sağlık alışanlarının kimyasal maddelerle gelişen meslek hastalıkları

Sağlık sektöründe bazı kimyasallar maddeler (Tablo-5) alışan sağlığını etkileyerek meslek hastalıklarına neden olmaktadır.

Laboratuvar alışanları birçok kimyasal madde ile çalışmakta; kullanılan çözücüler (ksilen, ksilol, benzen, benzol), yanıcı ve yakıcı maddeler vb etmenler, antiseptikler (sodyum hipoklorit) ve sterilanlar (formaldehit, glutraldehit, etilenoksit), temizlik işlerinde kullanılan dezenfektanlar (izopropilalkol), iyodin, formik asit ve asetik asit gibi maddeler sağlık ve güvenlik sakıncaları oluşturmaktadır.

Tablo-5: Sağlık çalışanlarını etkileyen kimyasal etmenler

Acetone	Isoflurane
Amonyak	İsopropanol
Antineoplastikler	Kadmiyum
Asbest	Karbon dioksit
Benzen, benzol	Karbonmonoksit
Boyalar ve vernik	Karsinojenler
Bromin	Kimyasal atıklar
Chlorine	Kostik solüsyon
Civa ve civa bileşikleri	Kriyojenik maddeler
Desflurane	Ksilen, ksilol
Diethyl ether	Kumol, kmon
Dinitrogen monoxide	Lateks
Enflurane	Metal tütsüler
Etilenoksit (ETO)	Methanol
Fenoller	Metil metakrilat (kemik imentosu)
Fetotoksik ilaçlar	Organometalikler
Formalin (hemodializ nitesi)	Pentamidin
Formaldehit	Pestisidler
Freonlar	Phosphoric acid
Glutraldehit	Ribavirin
Halothane	Sevoflurane
Herbisidler	Sodium azide
heksaklorofen	Sodyum hipoklorit
Hydrogen chloride	Teratojenler
İnorganik kurşun	Toluen, toluol
İodin	Tuz ruhu

**Tablo-6: MHL'de yer alan ve sağlık çalışanlarının maruz kaldığı kimyasal maddelerle oluşan meslek hastalıkları**

A-6 grubu	Civa ve anorganik civa bileşikleri	Dişçilikte amalgamla çalışma sırasında kullanılıyor.	Tanı için; gerektiğinde idrar, kan ve dışkıda civa miktarı tayini yapılabilir.
A-18,a grubu	Alkoller (metanolden elde edilen formaldehit)	Laboratuarlarda çözücü olarak ve temizleme maddesi olarak kullanılmaktadır.	Tanı için; gerektiğinde kan ve idrarda metil alkol ve formik asit miktarları tayin edilebilir.
A-18,c grubu	Eter ve türevleri	Sterilizasyon maddesi ve anestetik olarak kullanılıyor.	
A-19,b grubu	Aldehitler	Laboratuarlarda preparatların konserve edilmesi ve formolün dezenfeksiyon maddesi olarak kullanılmaktadır.	
A-21,a grubu	Benzol (benzen) ve homologları (benzol, toluol, ksilol, kumol, kümen vb maddeler)	Çözücü ve inceltici olarak kullanılmaktadırlar.	Tanı için; gerektiğinde kanda benzol, idrarda fenol, sülfat, hippurik asit tayini yapılabilir.

Tablo-7: MHL'de yer alan ve sağlık çalışanlarının maruz kaldığı mesleki deri hastalıkları

B-2 grubu	Formaldehit, civa gibi kimyasal etkenler, bakteriyel enfeksiyon veya mantar hastalığı yapabilen mikroorganizmalar	Cilt için patojendir	Kesin tanı için; ayrıntılı kişisel anamnez ve iş anemnezi, klinik bulgular ile özellikle hastalığın lokalizasyonu önemlidir. Epikutan ve intrakutan testler yapılabilir. Testler negatif ise, aynı işin yinelenmesiyle ortaya çıkacak nökslerin saptanması anlamlıdır.
-----------	---	----------------------	--

Anestezide kullanılan, etkilenim süresince baş ağrısı, yorgunluk, iritabilite belirtileri ile kendini gösteren gazlar (nitroz oksit, halotan, izofloran gibi) ve ilaçlar; kronik maruziyet ile spontan düşüklere, prematüre doğumlara, konjenital malformasyonlara, karaciğer ve böbrek hastalıklarına, mental bozukluklara ve kanserleşmeye neden olmaktadır (14).

Kemoterapide kullanılan antineoplastik/sitotoksik ilaçların sağlık çalışanlarında uzun süre maruziyeti potansiyel risk oluşturmaktadır. İlaçların hazırlanması ve uygulanması ile atıkların yok edilmesi aşamasında; toz ve damlacıkların solunması, deri yolu ile emilim, kontamine yiyeceklerin yenmesi yoluyla temas sağlanmakta, özellikle gebelik döneminde üremeyi tehlikeye sokan, teratojenik, karsinogenik etkilere kadar giden ciddi sağlık sorunları gözlenmektedir (15).

Kimyasal etmenlerden bazıları Meslek Hastalıkları Listesi'nde (A grubu olarak) yer almış ve kullanım alanları Tablo-6'da belirtilmiştir.

Sağlık çalışanlarının mesleki solunum sistemi hastalıkları

Meslek Hastalıkları Listesi'nde (C grubu) silikoz ve silikotüberküloz (C-1,a) yer almaktadır. Diş teknisyenleri silikozis riskine maruz kalmaktadır

(16) ve sağlık çalışanları tüberküloz açısından yüksek risk grubundadır (11,17). Mesleki solunum sistemi hastalıklarında kesin tanı için; akciğer grafisinde (35x35 cm) röntgen bulgusu, solunum fonksiyon testleri, tüberküloz için bakteriyolojik inceleme, iş anamnezi ve işyeri incelemesi yapılır.

Sağlık çalışanlarının mesleki deri hastalıkları

Meslek Hastalıkları Listesi'nde (B Grubu) yer alan mesleki deri hastalıkları (Tablo-7) sağlık çalışanlarında sık gözlemlenmektedir. dermatomikozlar, toksik ve alerjik orijinli, ışınların (ultraviyole, termik, iyonize) etkisi ile oluşan ve toksik maddelerde yabancı cisim etkisi olan maddelerle (berilyum, anilin, asbest) ortaya çıkan dermatozlar, arsenik hiperkeratozu, yineleyen mekanik irritasyonlar vb sonucu kanserleşmeyen deri hastalıkları gelişebilir.

Kaynaklar

1. Emiroğlu C., "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve İş Güvenliği" SES Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Yayın Organı sayı I Ekim-Kasım 1996, sayı II Ocak-Şubat 1997.
2. Emiroğlu C., "Türkiye'de Kamu Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği", Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2003;13,14-22.
3. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 30.6.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmî Gazete.



4. Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, 05.7.2012 tarih ve 28344 sayılı Resmi Gazete.
5. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmi Gazete.
6. SGK 2010 istatistik yılı, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari, (Erişim: 19.7.2012).
7. Anayasa Mahkemesi tarafından (15.12.2006 tarihli, E. 2006/111, K. 2006/112 sayılı kararı ile) 4/c bendi kapsamındaki sigortalılar yönünden iptal edildi (İptal Kararı: 30.12.2006 tarih ve 26392 sayılı Resmi Gazete).
8. "Occupational health and safety risks in the healthcare sector", European Commission, December 2010, <http://ec.europa.eu/social/search.jsp?pager.offset=90&langId=en&searchType=null&mode=quick&order=null&quickSearchKey=occupational health>. (Erişim: 12.7.2012)
9. Akova M, "Sağlık personeline kan yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıkları ve korunmak için alınacak önlemler" http://www.hastaneenfeksiyonlari.dergisi.org/managete/fu_folder/1997-02/html/1997-1-2-083-090.htm (Erişim: 22.7.2012)
10. Dinçer SL, Holand P, Emiroğlu C; "Kan bankasında çalışan sağlık personelinin iş sağlığı güvenliği", Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1.Ulusal Kongresi Kitabı, s.133, 1999.
11. Ergönül Ö, "Sağlık çalışanlarının enfeksiyon riski ve korunma yolları", 2006, http://www.floradergisi.org/journal_issue.aspx?issue_id=124 (Erişim: 22.7.2012)
12. Binbay T, Kaya B, "Özeleştirmeler, sağlık çalışanları ve psikososyal etmenler", Toplum ve Hekim Dergisi, 2006;21 (3):189-193.
13. 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu, m.417, 04.02.2011 tarih ve 27836 sayılı Resmi Gazete.
14. Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri, TTB Yayını, http://www.ttb.org.tr/kutuphane/sc_meslek_riskleri.pdf (Erişim: 24.7.2012)
15. Platin N, Burgaz S, "Antineoplastikleri uygulayan onkoloji hemşirelerinde mesleki sağlık riskinin değerlendirilmesi", Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1.Ulusal Kongresi Kitabı, s.122-127, 1999.
16. Çalışma Dünyası: Dış LaboratuvarıTknisyenleri, N. Torbica, S. Krstev Sırbistan Klinik Merkezi, Mesleki ve Radyolojik Sağlık Enstitüsü (Çeviri: Dr. Ercan Duman), TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2011;42,45-48.
17. "İzmir'de sağlık çalışanları arasında tüberküloz hastalığı riski: tüberküloz meslek hastalığı olarak kabul edilebilir mi?" Kılınç O., Uçan ES., Çakan A., Ellidokuz H., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD. <http://toraks.dergisi.org/text.php3?id=18> (Erişim: 12.7.2012).●

KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ ve SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Sağlık çalışanları, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığından en çok etkilenen meslek grupları içinde hayvancılıkla uğraşanlardan sonra ikinci sırada yer alırlar.

Endemik bölgelerde hastanede çalışan sağlık çalışanları, özellikle ağız, burun, dişeti, vajina ve enjeksiyon yerinden kanaması olan hastaların takibi sırasında ciddi risk altındadırlar. Sağlık çalışanlarına KKKA enfeksiyonu bulaşı ve ölümler, toplumdaki salgınlarla paralel olarak bildirilmektedir.

Bulgaristan'da 1953 ve 1965 yılları arasındaki salgından sonra %52 ölüm oranıyla 42 nozokomial olgu saptanmıştır. Bugüne kadar, Pakistan, Dubai, Irak, Güney Afrika, Arnavutluk, Moritanya,

İran ve Türkiye'den sağlık çalışanları arasında mesleki KKKA enfeksiyonu bildirilmiştir.

Enfekte kanamalı kalan sağlık çalışanlarının %8,7'sinde ve iğne yaranması olanların %33'ünde hastalık gelişmektedir. Perkütan yaranma en yüksek bulaştırıcılık oranına neden olur. Hastalığın bulaşmasında diğer önemli risk faktörleri, gastrointestinal kanamanın önlenmeye çalışılması ve tanısı konulmamış hastaların acil serviste ameliyata alınmasıdır.

Sağlık çalışanları için önerilen koruyucu önlemler; izolasyon, eldiven, uzun önlük, maske ve gözlük kullanma gibi bariyer

önlemleri mutlaka kullanılmalıdır. Basit bariyer önlemlerinin efektif olduğu bildirilmiştir. Türkiye'deki salgından sonra risk altında bulunan sağlık çalışanları serolojik olarak taranmış ve sağlık çalışanlarında enfeksiyon saptanmamıştır.

Ancak son yıllarda KKKA enfeksiyonu ile bulaş durumlarında hastalık tabloları gelişmeye başladı ve ölümler görüldü.

Hemşire Kübra Yazım ve Dr. Mustafa Bilgiç Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığına yakalanarak hayatını kaybetti.

Her iki sağlık emekçisi de Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi acil servisinde görev yapıyordu. Acil nöbeti sırasında kanama nedeniyle acil servise başvuran ve sonradan KKKA olduğu anlaşılan hastalarına müdahale ettiler.

Sağlık çalışanları enfeksiyon hastalıklarına topluma kıyasla çok daha fazla yakalandığı bilinir ve pekçok sağlık çalışanı, hastasından bulaşan enfeksiyonlar nedeniyle hastalanır ya da yaşamını kaybeder.

On yıldır ülkemizde 7000' i aşkın kişinin hastalanmasına ve 400'ü aşkın kişinin ölümüne neden olan KKKA virüsünün sağlık çalışanlarına da bulaşabildiği ve hastalığın ağır seyrettiği iyi bilinmektedir.

TTB "bugüne kadar 40'a yakın sağlık çalışanının bu hastalığa yakalandığını ve 10'a yakın sağlık çalışanının hayatını kaybettiğini" tahmin ediyor. Kesin rakamlar bilinmiyor çünkü Sağlık Bakanlığı KKKA ile ilgili verileri açıklamıyor ya da tam olarak bilmiyor. Doğrudan meslek hastalığı olarak tanımlanması ve Meslek Hastalıkları Listesi'nde yer alması gereken KKKA bugün herhangi bir hastalık gibi tedavi ediliyor. Sağlık emekçisi, malüiyet veya ölüm durumunda iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası haklarından mahrum bırakılıyor.

KKKA ile temas eden sağlık çalışanlarının nasıl korunması, nasıl takip ve tedavi edilmesi gerektiği Türk Tabipleri Birliği'nin konunun uzmanlarını bir araya getirerek 2010 yılında hazırladığı Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Bilimsel Değerlendirme Raporu'nda yer almaktadır (http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kirim_kongo_rpr.pdf).●



Hemşire Kübra Yazım



Dr. Mustafa Bilgiç



BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARLARINDA RISK DEĞERLENDİRMESİ

Dr. Meral TÜRK

Doç., Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı AD.

Özet

Amaç: Tıbbi laboratuvarlarda, yürütölen işlerden kaynaklanan çok sayıda riske maruz kalınmaktadır. Bu nedenle mikrobiyoloji laboratuvarlarında risk değerlendirmesi yapılmasına karar verilmiştir.

Gereç-Yöntem: Risk değerlendirmesini güvenli, çalışanı da katan ve yönetimin farkındalığını artıran bir yönde gerçekleştirmenin önemli olduğu düşünölerek Fransa Ulusal Güvenlik ve Araştırma Enstitüsü'nün (INRS) risk değerlendirmesi ilkelelerine dayanan katılımcı bir yöntemle gerçekleştirilmiştir. Risk değerlendirmesi, hazırlık, tehlikelerin ve risklerin tanımlanması, risklerin önceliklendirilmesi ve çözümler şeklinde dört aşamada tamamlanmıştır. Karşılaşılan tehlikeler; biyolojik ajanlar (mikroorganizmalar, kontamine kan), kimyasal maddeler (dezenfektan, anestezi gazlar, antibiyotikler), psikososyal faktörler, fiziksel ajanlar (iyonizan radyasyon, lazer..), ergonomik sorunlar (uygun olmayan duruş, ağır yükler) şeklinde gruplanmıştır. Gerçekleştirilen işler ve coğrafik yerleşim göz önünde bulundurularak Mikrobiyoloji laboratuvarları dokuz çalışma ünitesine bölünmüştür: Bakterioloji, Tuberküloz, Seroloji, Viroloji, Mikoloji, Moleküler Biyoloji laboratuvarları, dezenfeksiyon ve otoklav salonu, Depo alanı, Besiyeri hazırlık salonu. Risklerin puanlaması 1-4-7-10 puanlık bir skala üzerinden yapılmıştır.

Bulgular: Öncelikli ve önemli olan riskler kimyasal maddelerin uygun olmayan şekilde depolanması, kan ve vücut sıvıları ve solunum yolu ile bulaş ön planda olmak koşulu ile biyolojik riskler, elektrik ve basınç gibi fiziksel tehlikelere bağlı risklerdir.

Sonuç: Hedeflenen, çalışanların sağlık ve güvenliğini artırmanın yanısıra, işyerinde risklerin önlenmesi girişimini başlatarak çalışma koşulları-

nın düzeltilmesi olmuş ve bu yönde aşama kaydedilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Laboratuvar, risk değerlendirmesi, sağlık çalışanı

Sağlık Kurumlarında ve Laboratuvarlarda Mesleki Riskler

Hastane laboratuvarlarında çalışanlar çok sayıda tehlike ile karşı karşıyadır. İlk akla gelenler, yüksek konsantrasyonda patojenlerin manipöl edilmesi çalışılması nedeniyle biyolojik tehlikelerdir. Oysa biyolojik analiz laboratuvarlarında patojenlerin yanısıra, kimyasalların, tıbbi cihazların varlığı, işin fiziksel ve psikolojik (stres) yönleri de tehlike oluşturur (1).

Karşılaşılan tehlikeleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- Ergonomik sorunlar (uygun olmayan duruş, ağır yükler) (2,3)
- Biyolojik ajanlar (mikroorganizmalar, HIV ve Hepatit B gibi virüsler, kontamine kan) (1,2,4,5,6)
- Kimyasal maddeler (dezenfektan, anestezi gazlar ve antibiyotikler) (6)
- Psikososyal faktörler
- Fiziksel ajanlar: iyonizan radyasyon, lazer.. (7,8,9)

Karşı karşıya olunan tehlikeler nedeniyle, önleme yaklaşımı açısından risk değerlendirmesi (RD) gerçek bir ihtiyaçtır. Bu, çalışmanın amacı, bir üniversitesi hastanesi mikrobiyoloji laboratuvarlarında risk değerlendirmesinin yapılmasıdır.

Risk Değerlendirmesi

"Apriori" rRisk değerlendirmesi işletmelerde mesleki riskleri önleme süreci açısından önemli bir kaldıraçtır. İşverenlerin risk değerlendirmesi yapma zorunluluğu Avrupa'da 12 Haziran 1989'da çıkarılan Avrupa Birliği (AB) 89/391/CEE Çerç-

ve Direktifi ile gündeme gelmiştir. Türkiye’de, 4857 sayılı İş Kanunu’na (5.Bölüm, madde 77) göre işverenler çalışanların güvenliğini sağlamak, sağlığını korumak ve gerekli koruyucu ekipmanları almakla yükümlüdürler. Bunun yanısıra çalışanlar da, işçi sağlığı ve güvenliği için alınan tüm önlemlere uymak zorundadırlar.

RD şemada (Şekil-1) belirtilen basamaklar ve ilkelere dayanarak gerçekleştirilmiştir.

RD’nin hazırlık aşaması

Hazırlık aşamasında hastane yönetiminin izni alınmış ikna edilmiş ve Anabilim Dalı’na RD sonucunda belirlenecek önlemleri uygulayacağına söz vermiştir. Katılımın sağlanması ve RD’nin her aşamasının izlenebilmesi için bir yürütme komitesi belirlenmiştir. Yürütme Komitesi laboratuvar sorumluları, AD Başkanı ve RD yürütücüsünden oluşturulmuştur. İlk olarak; RD’nin amacı, aşamaları Yürütme Komitesi’ne sunulmuştur. Personelin

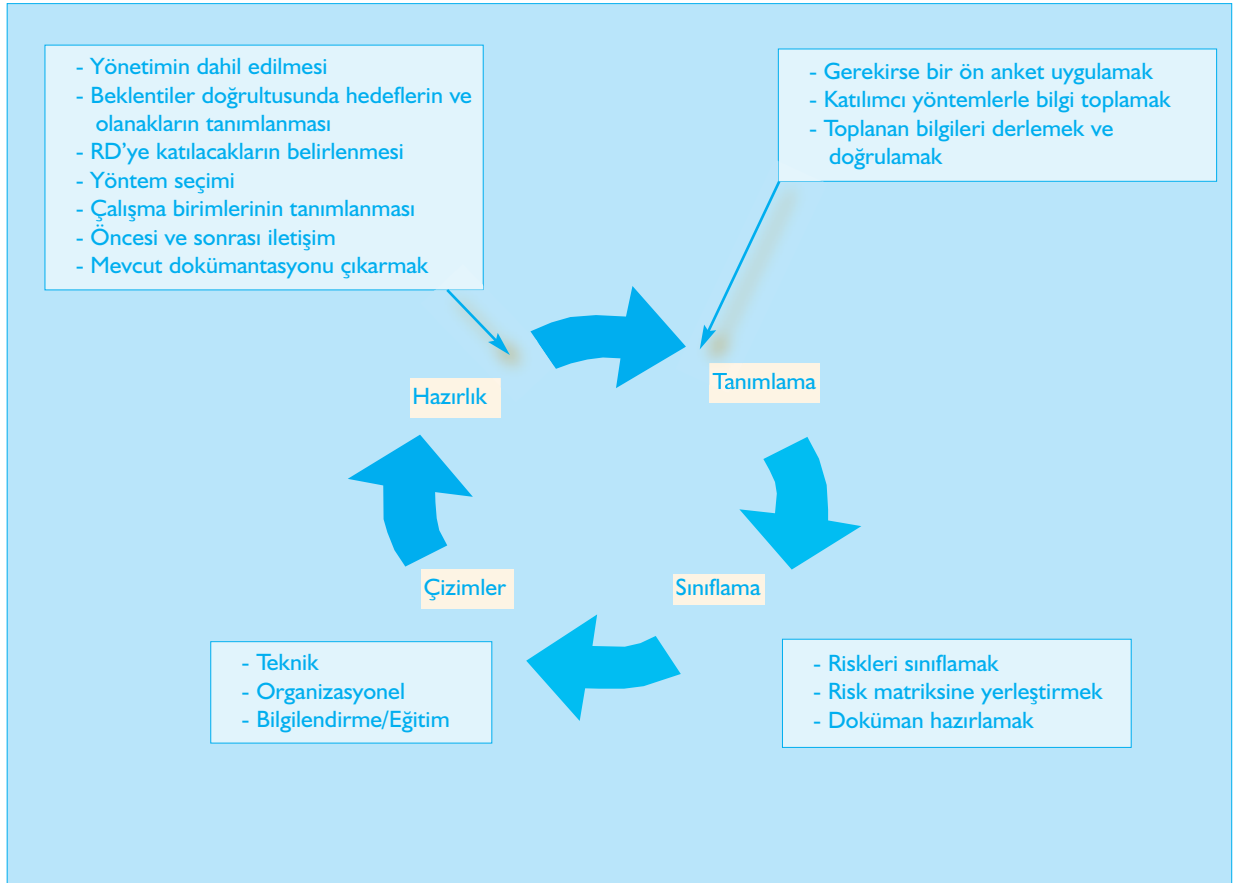
katılımı açısından, çalışma gruplarını oluşturmak üzere her laboratuvardan bir ya da iki çalışan önermeleri istenmiştir.

İlk büyük toplantı Anabilim Dalı’nda çalışanların çoğunluğunun katıldığı, yapılacaklar konusunda bilginin aktarıldığı toplantı olmuştur. Toplantıya her laboratuvardan/ ve çalışma ünitesinden en az bir ya da iki kişinin katılımı istenmiştir. Çalışanlardan tüm RD boyunca katılım bekleneceği ifade edilmiştir.

Çalışma üniteleri: Gerçekleştirilen işler ve coğrafik yerleşim göz önünde bulundurularak Mikrobiyoloji Laboratuvarları dokuz çalışma ünitesine bölünmüştür: Bakteriyoloji Laboratuvarı, Tuberküloz Laboratuvarı, Seroloji Laboratuvarı, Viroloji Laboratuvarı, Mikoloji Laboratuvarı, Dezenfeksiyon ve Otoklav Salonu, Depo Alanı, Besiyeri Hazırlık Salonu, Moleküler Biyoloji Laboratuvarı.

Çalışma ünitelerinin ve çalışanlarının özellikleri: Çalışma birimleri iki ayrı binada yerleşmiştir.

Şekil-1: Risk değerlendirmesinin basamakları ve ilkeleri





Bakteriyoloji ve örneklerin kabulü ana hastane binasında yer almaktadır. Diğer çalışma üniteleri ek hastane binasında bulunmaktadır. Herbir çalışma ünitesinde mikrobiyoloji uzmanları, araştırma görevlileri, stajyer hemşire ve teknisyenler çalışmaktadır. Sadece gündüz mesaisi yapılmaktadır.

Yöntem

RD için öncelikle her bir laboratuvardaki iş akışı çıkartılmıştır. Her çalışma biriminin iş akışını çıkarmak üzere, sorumlu öğretim üyesi, bir teknisyen ve diğer gönüllü çalışanlardan oluşan çalışma gruplarından yapılan işlerin ayrıntılı listesi istenmiştir. Görüşmelerde işin nasıl gerçekleştirildiği ve hangi aletlerin ve maddelerin kullanıldığı sorgulanmıştır. İşgünü içinde yapılan gözlemler, fotoğraf çekimleri ve görüşmelerle ayrıntılı bir iş akışı elde edilmiştir.

RD sürecinde; biri hazırlık aşamasında olmak üzere, çalışanların da katılımını sağlama ve bilgilendirme amacıyla üç bilgilendirme toplantısı yapılmış, RD boyunca çalışanlarla görüşmeler sürdürülmüştür.

Bulgular

Risklerin tanımlanması

Mikrobiyolojik analizler ile mikroskopik inceleme, kültür ya da moleküler biyolojinin bazı teknikleri kullanılarak mikroorganizmaların varlığı ortaya konmaya çalışılmaktadır. Örneklerin mikroskopik inceleme için hazırlanması, tüplerin açılması, kesici delici alet, santrifüj, pipet kullanımı, analizlerin gerçekleştirilmesi sırasında çalışanlar biyolojik riskler daha ön planda olmak üzere çeşitli risklere de maruz kalmaktadır.

Çalışma birimlerinde gözlenen tehlike ve riskler

Aşağıda tüm birimlerde rastlanan tehlike ve riskler sıralanmıştır.

Biyolojik ajanlara bağlı riskler

Laboratuvarlarda çalışılan örneklerde çok sayıda ve çeşitli mikroorganizmaların varlığı söz konusudur. Solunum yoluyla maruz kalış aerosoller aracılığı ile yayılan enfeksiyon ajanlarının neden olabileceği sorunları ortaya çıkarabilir. Aerosoller aşağıda sayılan işlemler sırasında oluşabilir:

- Besiyerine ekim

- Pipetle çekim
- Santrifüj
- Homojeneizasyon, çalkalama, karıştırma
- Öze alevden geçirme
- Kültür kaplarının açılması
- Kan tüplerinin açılması

Oral yoldan maruz kalış, hastanın üzerinde ya da dışkı veya idrar yoluyla attığı jermilerin sindirim yoluyla alınması sonucu olur. Bundan sorumlu olabilecek işlemler bu jermeleri içeren biyolojik örneklerin alınması ve işlenmesidir. "Ağızdan" pipetleme sırasında kaza sonucu sindirim yoluyla doğrudan maruz kalınabilir; sıklıkla kirlenmiş eşyaların, kirli ellerin ağıza götürülmesi, kontamine içecek veya yiyeceklerin yenmesi ile dolaylı yoldan maruz kalınır. Kontaminasyon kütanomüköz yoldan da olabilir.

- Kaza sonucu yaralanma sırasında inokülasyonla,
 - Projeksiyon veya doğrudan bütünlüğü bozulmuş deriye temas; hatta bazı bakteriler (Brucella, Leptospira, Francisella...) sağlam deriyi bile geçebilir,
 - Mukozalara, özellikle göze sıçrama,
- Laboratuvarlardaki biyolojik riskler genel olarak yeterince ciddiye alınmamaktadır.

Kimyasal ajanlar

Laboratuvarlarda çok sayıda ve çeşitte kimyasal madde kullanıldığı için kimyasallara bağlı riskleri değerlendirmek oldukça zordur.

Laboratuvarlarda malzeme envanteri ve malzeme güvenlik bilgi formları bulunmadığı için her kullanılan malzemenin şişesi, kutusu üzerinde işaretlerden, R ve S (risk ve safety=güvenlik) cümlelerinden yararlanılmıştır. Olması gereken her kimyasalın üretici tarafından hazırlanmış «malzeme güvenlik bilgi formunun» bulunması ve riskler konusunda bu formlara kaynak olarak başvurulmasıdır.

İş akışını gözlemlerken kimyasal risklere; özellikle reaktiflerin hazırlanması, zemin temizliği, malzemelerin depolanması, etüvlerin gaz tüplerinin değiştirilmesi, aktidion besiyerine ekim, kontamine materyalin dezenfeksiyonu, jel elektroforezi, makinaların bakımı, besiyerlerinin hazırlanması sırasında maruz kalındığı saptanmıştır. Gözlenen diğer bir nokta; kullanılan kimyasalların formu, kullanım şekli laboratuvardan laboratuvara ve kul-



lanan kişiye göre farklılık göstermesi olmuştur. Kullanılan tüm kimyasalların ortaya konamayacağı fark edilince en sık kullanılan kimyasallar üzerinden gidilmesine karar verilmiştir.

Fiziksel ajanlara bağlı riskler

Elektrikli aletlerin, elektroforez ve ekranların kullanımı sırasında elektrik tehlikesine maruz kalınmakta, özellikle ıslak zeminde, bankalarda çalışma, kabloların eskimesi, hasar görmesi söz konusu olduğunda elektrik çarpması riski ile karşı karşıya kalınmaktadır. Yangın ve patlama tehlikesi, özellikle, birbiri ile uyumlanmayan kimyasalların yan yana ve miktar sınırlaması yapılmadan depolanmasının söz konusu olduğu alanlarda, bodrum katındaki depolama alanında önem kazanmaktadır.

Mekanik risk, makineler, laboratuvar aletleri, otoklav gibi basınçlı kapların kullanımı sırasında söz konusudur. Santrifüjler, çok hızlı dönerken çalışan aletler olduğu için kimyasallara ve zaman içinde metalin aşınmasına bağlı sorun yaratabilirler. Düzgün bir zeminde yerleşmemesi vibrasyon ve düşmeye yol açabilir. Sterilizasyon ünitesindeki otoklav eski olduğu için bahsedilen risklerin tümü geçerli sayılmıştır. Kapalı sistem çalışan otomatik makinelerin dar bir alanda yerleşmiş olması, zaman zaman işleyişindeki sorunlar nedeniyle iğnelere elle müdahale ediliyor olması kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalık riskini ortaya çıkarıyordu. Dar alandaki çalışma ortamının sıcak ve gürültülü olmasına yol açmıştı.

Soğutucu malzemeler: Laboratuvarlarda çoğunlukla dondurucu olarak sıvı azot (-196 °C), ve derin dondurucular (-150 °C) kullanılmaktadır. Bu malzeme ya da dolaplara herhangi bir temas ciddi yanıklarla sonuçlanabilmektedir. Özellikle sıvı azot, giysileri, eldivenleri hızlıca aşarak deri katmanları arasına geçer; ortama uzun süre yayıldığı anda havadaki oksijen yoğunluğunu etkiler.

Ultraviyole ışınları (UV): Kişinin doğrudan ya da dolaylı maruz kalması kornea, konjonktiva ya da deride enflamasyon ve yanıklara yol açabilmektedir. UV laboratuvarlarda kabinlerin dezenfeksiyonu için kullanılmaktaydı. UV dezenfeksiyon için 20 dakika yeterli iken, risk değerlendirmesi sırasındaki görüşmelerde UV'nin mesai bitiminde açılıp sabaha kadar sürdürüldüğü öğrenilmiştir.

Kas iskelet sistemini ilgilendiren riskler

Kas iskelet sistemi hastalıklarına (KİSH) yol açabilecek risklere biyogüvenlik kabininde, mikroskopta, bankalarda örneklerin ayrılması ve ekranda çalışma sırasında maruz kalınmaktaydı. Teknisyenler makineleri ayakta «yönetmekte», ardından çıkan sonuçları bilgisayara girmektedir. Ekranla çalışma temel işlerden biri olmadığı için ekranla çalışmanın gerektirdiği önlemler çok dikkate alınmamıştı. Ayakta ya da sonuç girişi sırasında oturarak çalışma, ortamın düzenlenmesi uygun olmadığı için bel ve boyun ağrılarına yol açtığı ifade edildi. Mikroskobik bakı sırasında oturarak çalışma tercih edilmekte fakat sandalye ve banko yükseklikleri ayarlanamadığından ve bu tür dikkatin yoğunlaştırıldığı işlerde hareketsiz kalma eğilimi olduğu için uzun vadede KİSH'ye götürebilme riski taşımaktaydı. Seroloji, moleküler biyoloji ve viroloji laboratuvarlarında mekan darlığı nedeniyle istenilen düzenlemeler yapılamamıştır.

Organizasyonel ve mental yüklerle bağlı riskler

Otomatik makinalara bağımlı çalışma herhangi bir elektrik kesintisi ya da sistemdeki sorun nedeniyle bir aksama olma olasılığı teknisyenlerde ciddi stres yaratmaktaydı.

İzole ve monoton çalışma, sorumlulukları tek başına üstlenme, özellikle tüberküloz ve moleküler biyoloji laboratuvarlarında çalışanlar için söz konusuydu.

Hastalara sonuç bildirme süreci zaman zaman iletişim yükünden dolayı ayrı bir stres kaynağı olabiliyordu.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesi

Toplanan veriler tablolara aktarılmış ve çalışma grupları ve yönetici ekiple birlikte yorumlanmıştır.

Risklerin Sınıflandırılması

Risklerin hesaplanması ve risk matrisine yerleştirilmesi

Bir önceki aşamada tanımlanan risklerin tahmini puanlaması çalışma grupları ile birlikte yapılmıştır. Seçilen skalaya uygun olarak (1-4-7-10'luk puanlama sistemi) risk puanı (ciddiyet, frekans, mevcut önlemler üzerinden) hesaplanmıştır. Daha sonra riskler puanlarına göre öncelik sırasıyla yer-



leştirilmiştir. Risk puanı hesaplama aslında içinde ilgili kişilerin risk algısına, bilgi ve eğitim düzeylerine ve işteki gúrevlerine gúre öznellik barındıran bir yöntemdir.

Riskleri  ncelik sırasına koyduktan sonra, korunma hiyerarşisine gúre  nleme programı hazırlanmıştır.  nlemler kalan (artık) riskler üzerinden belirlenmiştir.  ncelik belirlenirken kullanılan skalaya uygun olarak 40'a eřit ya da üzerinde puan alan ya da puanı ne olursa olsun ciddiyeti 10 ve mevcut  nlem katsayısı 1 olan her risk birinci öncelik sırasına yerleştirilmiştir.

Üzümlerin Tanımlanması ve Eylem Planının Hazırlanması

Sıralamanın yapılması öncelikli olarak alınması gereken önlemler konusunda yol göstermiştir. Çalışma birimlerine gúre oluşturulan tablolarda alınacak önlemler de belirtilmiş, herbir  nlem önce küçük gruplarda tartışılmış sonra yönetici ekibe gösterilmiştir. Yönetici ekibin görüşleri doğrultusunda sorumlu kişiler ve gerçekleştirilme tarihleri belirlenerek eylem planına son şekli verilmiştir.

Laboratuvarı koruyucu eylem planı, örneklerin işlenişi sırasında farklı aşamalarda ortaya çıkan risklerin  nlenmesine yönelik olmuştur. Entegre bir yaklaşım gerekmektedir; işin kurgulanmasından itibaren, mekan düzenlemesi ve uygun donanımın seçilmesinden itibaren başlatılmalıdır.

İyi Laboratuvar Uygulama Kuralları

Ele alınan iş istasyonları ve güvenlik düzeyi ne olursa olsun, her durumda dikkat edilmesi gereken kurallar vardır. Bu kurallara;

- Çalışanlar için laboratuvar düzeyinde:
 - Malzemeler,
 - Doğru işaretlemler,
 - Çalışanların bilgilendirilmesi üzerinden riski azaltmak;
- Atık yönetimi ile çevreyi korumak için uymak gerekmektedir.

Laboratuvarın düzenlenmesi temiz alanlarla kontamine olabilecek alanları ayıracak şekilde olmalıdır. Y r nen i  yollar ve dış yollar yeterince geniş olmalı eşyalarla doldurulmamalıdır.

Kontamine olabilen alanlarda yeme, içme, makyaj yapma ve sigara içmek yasaktır. Hiçbir yiyecek maddesi dolaplara (dondurucular) konmamalıdır.

Çalışanlar, laboratuvarın giyinme soyunma odalarında giyilip çıkarılan, eve aktarılmayan önlükler kullanmalıdır. İş önlükleri tüm vucudu kaplamalıdır.

Ayakkabılar temizlenebilir ve eşya düşmelere ve sıçramalara karşı koruyacak şekilde kapalı olmalıdır.

Saat, takı gibi aksesuarlar ve saçların açık bırakılması engellenmelidir. Bazı işlemler sırasında gözlük ve/veya maske kullanılmalıdır. Tüm malzemeler herkes tarafından erişilebilir olmalıdır.

El hijyeni çok önemlidir: tırnaklar kısa, ojesiz, yüzük takılmadan düzenli temizlenmelidir. Yeterli sayıda ayakla kumanda edilen lavabo, sabunluk (antiseptik ve hidroalkoll  jel) ve kâğıt havlu bulundurulmalıdır. Tırnak fırçalarını kullanmaktan kaçınmalıdır ya da tek kullanımlıklar tercih edilmelidir.

Septik maddelerin işleminde özellikle ellerde yara varsa eldiven kullanımı şarttır. Temiz malzeme kullanımına geçildiğinde (telefon, klavye, ya da yüz, dudak gibi vucut yüzeyine) mutlaka eldivenler çıkarılmalıdır.

Bunların dışında "evrensel"  nlemler olarak tanımlanan önlemler mevcuttur:

- Ağızla pipetleme yapılmamalıdır yasaktır
- İğnelerin uçlarını kapağını geçirilerek kapatılmamalıdır kapatmak yasaktır
- Kesici delici aletlerin toplandığı atık kapları uygun yerlere konmalıdır
- Sıçrama, paslanma riski olan yüzeyler emici materyalle kaplanmalıdır
- Tek kullanımlık ve/veya kırılmaz cam kullanımı tercih edilmelidir

Tartışma ve Sonuç

RD tek ve son nokta değildir.  nlemler alınmadıktan sonra RD'nin herhangi bir işe yaramaz-yaramayacağı açıktır. RD,  alışanların maruz kaldıkları riskleri bilerek hazırlanan bir  nleme planının ilk adımıdır. Sonuca ancak korunma hiyerarşisine uyan bir şekilde risklerin ortadan kaldırılması ile ulaşılabilir. Hedeflenen,  alışanların sağlık ve güvenliğini artırmanın yanısıra, işyerinde risklerin önlenmesi girişimini başlatarak çalışma koşullarının düzeltilmesidir.

Laboratuvarlarda RD yapmak çalışanların maruz kaldıkları risklerin önemli bölümünün ortaya konmasını sağlamıştır (10).

**Tablo 1. Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında risk değerlendirmede ilk nceliğin dağılımı**

Çalışma Birimi	Tehlike	Risk	Etkilenen Kişiler	İş, Etkinlik	Mevcut nlemler	Risk Skoru (FXCX)	neriler
Depo, bakteriyoloji, mikrobiyoloji, seroloji, besiyeri, hazırlama	Parlayıcı, patlayıcı maddeler	Yangın	Tüm alışanlar	Depoloma	Yangın söndürücü	10x10x1 100	özel dolaplar envanter, etiketleme, etkileşime yatkın maddeleri uygun yerleştirme
Depo, bakteriyoloji, mikrobiyoloji, seroloji, besiyeri hazırlama	Elektrik	Su baskını sırasında elektrik kontağı, Yangın	Tüm alışanlar	Aydınlatma	Düzenli bakım, yangın söndürücü	7x10x1 70	Acil durum planı
Dezenfeksiyon /otoklav, bakteriyoloji, seroloji, moleküler biyoloji	Kan ve vücut sıvıları ile bulaşan etkenler (HIV, Hepatit)	AIDS, Hepatit B ve C	Teknisyen doktorlar, temizlik elemanları	Kontamine materyalin manipl-asyonu	Kapaklı, kırılmaz tüpler, otomatik ve tek kullanımlık, pipet, atık kapları, eldiven, önlük	10x10x0,7 70	Gözlük, kırılmaz malzemelerin tercihi, kesici, delici alet kullanımına ilişkin eğitim, antiviral solüsyon, kenarları künt lamalar, örneklerin uygun poşetlerde taşınması

Tablo 2. Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında risk değerlendirmede diğer önceliklerin dağılımı

Çalışma Birimi	Tehlike	Risk	Etkilenen Kişiler	İş/ Etkinlik	Mevcut nlemler	Risk Skoru (FXCX)	neriler
Dezenfeksiyon/otoklav, bakteriyoloji, tüberküloz, mikoloji, viroloji	Hava yoluyla bulaşan hastalık etkenleri	TBC, menenjit ÜSYE, kızamık kızıl, su ieği	Tüm alışanlar	Kontamine materyalin manipülasyonu, santrifüjleme, çalkalama, ekim, yetersiz havalandırma	Eldiven nlk, kapak kilit güvenlik sistemi santrifüjler	10x10x0,7 70	Bakteriyoloji için biyogüvenlik kabini, maske ve kullanımına yönelik eğitim, gözlük, biyolojik risklere yönelik eğitim
Dezenfeksiyon/otoklav	Basınç	Patlama	İğili birimde alışanlar	Kontamine materyalin dezenfeksiyon ve sterilizasyonu	Yuvarlak tabanlı tüpleri tam doldur-mamak ve kapatmamak, kapak-kilit güvenlik sistemi	10x10x0,7 70	Otoklav cihazının yenilenmesi ve yere iyi yerleştirilmesi, sabitlenmesi

Öncelikli ve önemli olan riskler kimyasal maddelerin uygun olmayan şekilde depolanması, kan ve vücut sıvıları ve solunum yolu ile bulaş ön plan-da olmak koşulu ile biyolojik riskler (11,12), elektrik ve basınç gibi fiziksel tehlikelere bağlı risklerdir. Bu risklere maruz kalmak sağlık ve güvenlik açısından hiçbir izlem olmadığı için daha da önem-

li bir hal almaktadır. RD süreci, tahminin altında (hatta hemen hemen hiç) bir iş kazası ve meslek hastalığı bildirimini olduğunu gün yüzüne çıkarmıştır.

RD'nin takibini sağlamak üzere biyogüvenlik birimi kurulmuş, bakteriyoloji laboratuvarı için iki biyogüvenlik kabini satın alınmıştır. Cam tüplerde



gelen örnekler artık kırılmaz materyal içinde taşınmaya başlanmıştır. Satın almalarda artık Malzeme Güvenlik Bilgi Formları Şart koşulmuştur.

Sonuç olarak, hastane ortamında mesleki risklerin ele alınması için bazı önerilerde bulunulmuştur:

- RD'yi hastanenin tümünde yaygınlaştırmak
- Sağlık ve güvenlik alanında yetkin kişiler yetiştirmek
- Riskleri ve sonuçlarını değerlendiren farklı bölümler arasında daha etkin bir koordinasyon sağlamak
- Hastane düzeyinde RD'ye düzenli tekrarlanan kurumsal bir özellik kazandırmak ve bazı risklere yönelik olarak ölçümler yaptırarak
- Hastanede alışan sağlığı ve güvenliği birimini kurarak çalışanların periyodik izlemlerini gerçekleştirmek
- Laboratuvar ve servislerde iş kazaları ve meslek hastalıklarının bildirimini desteklemek

Sağlık sektöründe hizmetleri alanında RD'nin başarısı diğer sektörlerde de daha iyi kabul görmesini sağlayacaktır.

Not: Bu alışma, Paris 1 Üniversitesi (Pantheon Sorbonne) Mesleki Riskleri Araştırma ve nleme Yüksek Lisans Programı sürecinde gerçekleştirilmiş olan "Hastane Sektöründe Risk Değerlendirmesi-Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında uygulama" isimli tezin özetidir.

Kaynaklar

1. Pasquier, M.C. «Les risques professionnels de l'infirmire à l'hpital», Soins., janvier- fvrier 2000, 642: 47-53.
2. Estryn-Béhar, M. Risques professionnels et santé des médecins (ed. Masson), Paris 2002.
3. Journal du CHU de Nice. «Risques Professionnels et Patients», No spécial – Juin 2005.
4. Touche, S., Leprince, A., Abiteboul, D. «Maîtrise des risques infectieux en laboratoires de microbiologie». DMT no.91, 3e trimestre 2002.
5. DARES, Premières Synthèses - Juin 2006 - N 26.1, <http://www.travail.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques/etudes-recherche-publications-dares/98.html>. 11 septembre 2006.
6. AISS, INRS, SUVA, Maîtrise du risque dans l'emploi des agents biologiques, Brochure 2, Travail dans les laboratoires, ED 4028, 2000.
7. L'imagerie par résonance magnétique, ED 4209, INRS, 2006.
8. Les rayonnements ionisants, prévention et maîtrise du risque, ED 958, INRS, 2006.
9. Les accidents de Travail, 2005, <http://www.ssk.gov.tr>, 23 septembre 2006.
10. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/synthese/statistiques_synthese_1.php, 23 septembre, 2006.
11. Azap, A., Ergönül, ., Memikoğlu, K.O., Yeşilkaya, A., Altunsoy, A., Yılmaz, B.G., Tekeli, «E. Occupational Exposure to Blood and Body Fluids Among Health Care Workers in Ankara, Turkey». Am J Infect Control. 2005 Feb;33(1):48-52.
12. Sencan, I., Sahin, I., Yildirim, M., Yesildal, N. "Unrecognized abrasions and occupational exposures to blood-borne pathogens among health care workers in Turkey". Occupational Medicine 2004;54:202–206.●



EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ'NDE KİŞİSEL DOZİMETRE TAŞIYAN ÇALIŞANLARIN MESLEKSEL İYONLAŞTIRICI RADYASYON RİSK ALGISI*

Dr. Selcen SAKAOĞLU MANAVGAT
Halk Sağlığı Uzmanı Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü
Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU
Prof. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Özet

Araştırmanın amacı Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Hastanesi'nde kişisel dozimetre taşıyan sağlık çalışanlarında mesleki iyonlaştırıcı radyasyon risk algısının ve ilişkili etmenlerin belirlenmesidir. Kesitsel olarak planlanan ve Haziran 2009 - Ocak 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırmanın evrenini EÜTF Hastanesi'nde kişisel dozimetre taşıyan çalışanlar (n=327) oluşturmaktadır. Evrenin %94,2'sine ulaşılmış, veriler öz bildirim yöntemi ile toplanmıştır. Mesleki iyonlaştırıcı radyasyon risk algısı, Sayısal Değerlendirme Skalası ile değerlendirilmiştir. Risk algısı ile sosyo-demografik değişkenler; çalışma ortamı, çalışma koşulları ve çalışma ilişkileri ile ilgili değişkenlerin ilişkisi incelenmiştir. Veri analizinde sayı ve yüzde dağılımları ile ortalama ve standart sapmalar hesaplanarak karşılaştırılmıştır. Yaş ve meslek yılı ortalaması sırasıyla $37,77 \pm 8,36$ ve $14,60 \pm 8,40$ olan katılımcıların %54,5'i erkektir. Katılımcıların risk algısı $7,05 \pm 2,30$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların yaş, meslek, meslek yılı, çalışılan bölüm, sendika üyeliği, çalışma saatleri, iş yükündeki değişim, Radyasyon Güvenliği Komitesi'nin varlığını bilme, iyonlaştırıcı radyasyondan kaynaklanan rahatsızlık, alınan önlemlerin yeterliliği, cihazların düzenli kontrolleri, kişisel koruyucu temininde zorluk yaşama ile risk algısı arasında anlamlı fark bulunmuştur. Radyasyondan korunma ile ilgili çalışmada saptanan eksikliklerin mevzuatta belirtilen önlemlere uygun olarak tamamlanması çalışan sağlığı ve güvenliği açısından olumlu katkıda bulunacaktır.

Anahtar sözcükler: Risk algısı, İyonlaştırıcı radyasyon, Sağlık çalışanları

Abstract

The aim of the research is to determine the occupational ionizing radiation risk perception of the health workers who carry the personal dosimeter at Ege University, Faculty of Medicine Hospital and the related factors. This cross-sectional research consists of 327 employees. The response rate is 94.2%. The data are collected through self-report method. The occupational ionizing radiation risk perception is evaluated by means of numerical rating scale. The risk perception and socio-demographic variables; the variables about working environment, working conditions and working relationships are all examined. Data were analysed and compared by the number and percentage distribution; the mean values and the standard deviations. The participants' average age and average years of occupation are $37,77 \pm 8,36$ and $14,60 \pm 8,40$ respectively. Further, 54,5 percent of the participants are male. The ionizing radiation-related risk perception of the participants has been found as $7,05 \pm 2,30$. A significant difference has been found between the research participants' age, profession, vocational experience, working department, union membership, working hours, change in workloads, knowledge of the existence of radiation safety committee, health problems caused by ionizing radiation, the adequacy of the measures taken, regular checks of devices, difficulty in the provision of personnel



protective and the risk perception. It can be seen that, completing the deficiencies identified in this study in accordance with the measures specified in the legislation is likely to contribute positively to employee health and safety.

Key words: Risk perception, Ionizing radiation, Health Care Workers

Giriş

Risk, tanımlanmış bir tehlikenin ortaya çıkma olasılığı ile ortaya çıkan sonucun şiddetinin bileşimi (1); risk algısı ise riskin niteliği ve şiddeti hakkındaki öznel yargıdır (2). Mesleki risk algısı, çalışanın iş ortamına dair kişisel yargılarıyla şekillenir ve risk algısı güvenli bir çalışma yaşamı için önemli bir kavramdır (3).

Risk algısını belirleyen etmenler Fischhoff ve ark. tarafından literatürden derlenerek dokuz boyutta tanımlanmıştır: Maruz kalışın gönüllü ya da zorunlu olması, etkinin geç ya da erken ortaya çıkması, sonucun kesin olup olmaması, etkinin tek tek kişilerde ya da toplu felaket şeklinde olması, sonucun şiddeti, sonucun olağan ya da dehşet verici olması, riskin düzeyinin bilinip bilinmemesi, kontrol edilebilirlik, riskin tanıdık ya da yeni olması (4,5,6). Mearns ve Flin ise risk algısının, sosyal ve kültürel değerleri de kapsayacak şekilde geniş bir bağlamda kişinin tehlike, risk ve risk alma hakkındaki inanç, duygu, tutum ve yargılarını tanımlamak için kullanılan bir kavram olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, potansiyel tehlikeler için niceliksel olarak risk değerlendirmesinin yapılması kadar, niteliksel olarak risk tahminlerinin yapılmasının ya da kişilerin öznel risk algılarının saptanmasının, çalışanlar arasında güvenlik duygusu ve güvenli tutumların geliştirilmesi, risk alma davranışının ve kaza süreçlerinin anlaşılmasındaki önemini vurgulamışlardır (7,8). Rundmo'ya göre çalışma yaşamı ile ilgili risk algısı dört ana faktörden etkilenmektedir: Fiziksel çalışma koşulları, iş doyumu, kaza önleme çalışmaları, güvenlik konusunda yönetimin taahhütleri ve yaptıkları (9). Cordeiro, çalışanların risk algısının, davranışlarını ve dolayısıyla tehlikelere maruz kalışlarını etkilediğini belirterek risk algısı, davranış ve mesleki maruz kalım arasındaki ilişkinin anlaşılmasının önemini vurgulamaktadır (10). Deeb'e göre ise, kişilerin bilgi işle-

me süreci, bir eylemde bulunurken güvenli davranış seçmeleri yönünde yardımcıdır ve risk algısı bilgi işleme sürecinde bir basamaktır (11).

Risk algısı araştırmalarında amaç; kişilerin çeşitli aktivite ve teknolojilerle ilgili yargılarını inceleyerek, tehlikelere yanıtlarını önceden belirleyip değerlendirmek ve sonrasında halk, çalışanlar, uzmanlar ve yöneticiler arasında risk bilgisi iletişimini geliştirip, eğitsel çabaları yönlendirerek risk analizi ve risk yönetimi stratejilerine katkıda bulunmaktır. Temel varsayım, sağlık ve güvenliği iyileştirmek ve düzenlemek isteyenlerin, kişilerin risk hakkındaki düşüncelerini ve riske nasıl yanıt verdiklerini anlama gereksinimi içinde oldukları, böyle bir ön bilgi olmaksızın, çok iyi tasarlanmış politikaların bile etkisiz ya da başarısız kalabilecekleri şeklindedir (12). Risk algısı çalışmalarıyla, gerçek risk ile algılanan risk arasındaki açığı kapatmak; tehlikenin kişiye/çalışana ve diğerlerine vereceği zararın ciddiyeti ve ortaya çıkma olasılığını açıkça ortaya koymak hedeflenmektedir (11).

Rundmo ve Sjöberg, risk algısının çeşitli yollarla ölçülebildiğini belirtmektedir. Kişiyeye, belirli bir risk kaynağıyla ilgili olarak, belirli bir zararı görme olasılığının ne kadar olduğu sorulabilir, risk kaynağından zarar görme konusunda kendini ne kadar güvende hissettiği ya da risk kaynağı ile ilgili olarak ne kadar kaygılı ve sıkıntılı olduğu sorulabilir. Elbette olasılık değerlendirmesi; kaygı, sıkıntı ya da güvenlik hissinin değerlendirilmesinden farklıdır. Çünkü olasılık değerlendirmesinde bilişsel faktörler ön plandayken diğerlerinde emosyonel faktörler ön plandadır (13).

NIOSH, hastanedeki tehlike ve riskleri biyolojik, fiziksel, kimyasal, psikososyal ve ergonomik olarak sınıflandırmıştır (14). Hastanedeki fiziksel tehlikelerin en önemlilerinden biri olan iyonlaştırıcı radyasyon, farklı mesleklerden ve farklı bölümlerden pek çok sağlık çalışanını etkilemektedir. Her yıl yaklaşık iki milyar radyoloji tetkiki, 32 milyon nükleer tıp tetkiki ve altı milyondan fazla radyoterapi uygulanmaktadır. Tüm dünyada iyonlaştırıcı radyasyona maruz kalan 2.3 milyon sağlık çalışanı bulunmaktadır (15). Özellikle işlem sırasında hastanın yanında bulunmayı gerektiren floroskopik tekniklerde 2 mGy/h ya da daha fazla iyonlaştırıcı radyasyona maruz kalınabilmektedir (16).

Gereç ve Yöntem

Kesitsel bir çalışma olarak planlanan bu araştırmada veri toplama aracı araştırmacı tarafından hazırlanan “Mesleki İyonlaştırıcı Radyasyon Risk Algısı Anketi” olup, veriler Aralık 2009 - Ocak 2010 tarihlerinde, öz-bildirim yöntemi ile toplanmıştır.

44 sorudan oluşan veri toplama formu, sosyo-demografik özellikleri, çalışma ortamı, çalışma koşulları ve çalışma ilişkileri ile ilgili özellikleri, bilgi düzeyini, davranış özelliklerini, kaygı düzeyini ve risk algısını değerlendirmeye yöneliktir.

Araştırmanın evrenini EÜTF Hastanesi’nde kişisel dozimetre taşıyan çalışanlar (n=327) oluşturmaktadır (Tablo-1). Örnek seçilmeyip, çalışma evreninin tümü araştırma kapsamına alınmıştır.

Analizler sırasında Radyasyon Onkolojisi ve Nükleer Tıp ayrı ele alınmış, diğer bölümlerden anjiyo ve skopi yapılan birimler “Girişimsel Radyoloji” olarak, kalanlar ise “Tanısal Radyoloji” olarak sınıflanmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni olan mesleki iyonlaştırıcı radyasyon risk algısı, Sayısal Değerlendirme Skalası (Numerical Rating Scale) ile değerlendirilmiştir (Şekil-1).

Tablo-1: EÜTF Hastanesi’nde kişisel dozimetre taşıyanların bölümlere dağılımı

Bölüm	Sayı	%
Radyoloji	100	30,6
Radyasyon Onkolojisi	49	15,0
Nükleer Tıp	46	14,1
Ortopedi	29	8,9
Beyin Cerrahisi	26	8,0
Kardiyoloji	17	5,2
Üroloji	10	3,1
Acil	9	2,7
Çocuk Hastalıkları	9	2,7
Anestezi	9	2,7
Gastroenteroloji	9	2,7
Göğüs Hastalıkları	8	2,5
Kalp-Damar Cerrahisi	2	0,6
Plastik Cerrahi	1	0,3
Genel Cerrahi	1	0,3
Fizik-Tedavi ve Rehabilitasyon	1	0,3
Nöroloji	1	0,3
TOPLAM	327	100,0

Verilerin analizinde SPSS 13.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı bulgular, sayı ve yüzde dağılımları ile ortalama ve standart sapmaları verilerek; çözümleyici istatistikler ise Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Bağımsız Gruplarda Varyans Analizi, Mann-Whitney U testi ve Bağımsız Gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir. Post hoc test olarak Bonferroni analizi ve Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Mesleki iyonlaştırıcı radyasyon risk algısı makalenin devamında kısaca ‘risk algısı’ olarak, iyonlaştırıcı radyasyon ise ‘radyasyon’ olarak anılacaktır.

Bulgular

EÜTF Hastanesi’nde kayıtlı dozimetre kullanıcısı olan 327 sağlık çalışanının 308’ine ulaşılmış (%94,2) ve risk algısı ortalaması $7,05 \pm 2,30$ (0-10), ortancası ise 7,00 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların yaş ortalaması $37,77 \pm 8,36$ (21-63), meslek yılı ortalaması $14,60 \pm 8,40$ (0-38) olup, yaş gruplarına ve meslek yıllarına göre risk algısı ortalamaları incelendiğinde hem yaş grupları ($p=0,007$) hem de meslek yılı grupları arasında ($p=0,025$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (Tablo-2). Post hoc test ile 50 ve üstü yaş grubunun, 30-39 ($p=0,001$) ve 40-49 yaş grubundan ($p=0,007$); 30 ve üstü meslek yılına sahip olanların, 10-19 ($p=0,003$) ve 20-29 meslek yılına sahip olanlardan ($p=0,007$) düşük risk algısı ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların %54,5’i erkek, %72,5’i evli ve %66,8’i çocuk sahibidir. Cinsiyete, medeni duruma ve çocuk sahibi olma durumuna göre risk algısı ortalamaları incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Katılımcıların %41,6’sı teknisyen ve teknikerler olup, sonra sırasıyla uzman hekimler (%23,7) ve hemşireler (%14,3) gelmektedir. Mesleklere göre risk algısı ortalamaları arasında fark olduğu ($p=0,000$) görülmüştür (Tablo-3). Post hoc test ile uzman hekimlerin, teknisyenlerden ($p=0,000$), hemşirelerden ($p=0,000$) ve hizmetlilerden ($p=0,000$); asistan hekimlerin, teknisyenlerden ($p=0,001$), hemşirelerden ($p=0,000$) ve hizmetlilerden ($p=0,001$); teknisyenlerin ise hemşirelerden ($p=0,002$) düşük risk algısına sahip olduğu bulunmuştur.



Tablo-2: Yaş gruplarına ve meslek yıllarına göre dağılım ve risk algısı

		Sayı	%	Ortanca	Test istatistiği**
Yaş	20-29	55	17,9	7,00	X ² K-W= 12,190 p=0,007
	30-39	127	41,2	8,00	
	40-49	99	32,1	7,00	
	50+	27	8,8	6,00	
Meslek Yılı	0-9	88	28,6	7,00	X ² K-W=9,376 p=0,025
	10-19	127	41,2	7,00	
	20-29	74	24,0	7,50	
	30+	19	6,2	6,00	

*Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo-3: Mesleklere göre dağılım ve mesleklere göre risk algısı

Meslek	Sayı	%	Ortanca	Test istatistiği*
Uzman Hekim	73	23,7	5,00	X ² K-W=50,841 p= 0,000
Asistan Hekim	37	12,0	5,00	
Teknisyen, Tekniker	128	41,6	7,00	
Hemşire	44	14,3	8,50	
Fizikçi, Biyolog, Kimyager	10	3,2	7,00	
Hizmetli, Hastabakıcı	16	5,2	8,50	
TOPLAM	308	100,0		

* Risk algısı sıra değeri ortalaması, ** Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo-4: Çalışılan bölümün özelliğine göre dağılım ve risk algısı

Meslek	Sayı	%	Risk algısı ortalaması*	Test istatistiği**
TTaninsel Radyoloji	104	33,8	7,00	X ² K-W=25,223 p=0,000
Girişimsel Radyoloji	109	35,4	8,00	
Radyasyon Onkolojisi	49	15,9	5,00	
Nükleer Tıp	46	14,9	7,00	
TOPLAM	308	100,0		

*Bağımsız Gruplarda Varyans Analizi yapılmış, varyanslar homojen olmadığından Kruskal-Wallis Varyans Analizi ile devam edilmiştir.

Çalışılan bölümün özelliğine göre risk algısı ortalamaları arasında fark olduğu (p=0,000) görülmüş; Post hoc test ile Radyasyon Onkolojisi çalışılanların risk algısı, diğer üç gruptan düşük (p=0,001; p=0,000 ve p=0,009) bulunmuştur (Tablo-4).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %55,2'si herhangi bir sendikaya üye değildir. %63,6'sı günde beş saatten fazla çalıştığını, %66,6'sı iş yükünde son beş yılda artış olduğunu, %89,6'sı son iki yılda mesleki risklere karşı eğitim almadığını, %59,7'si radyasyonla çalışanların haklarını bildiğini belirtmiş, ancak %58,8'i EÜTF Hastanesi Radyasyon Güvenliği Komitesi'nin (RGK) varlığını bilmediğini ifade etmiştir. Sendika üyesi olmayan grubun risk algısı ortalaması, üye

olan gruptan (p=0,000); günde beş saatten fazla çalışanların risk algısı ortalaması, beş saat çalışan gruptan (p=0,001); son beş yılda iş yükünde değişim olmadığını, azaldığını ya da fikri olmadığını söyleyenlerin risk algısı ortalaması, iş yükünün arttığını belirtenlerden (p=0,000) düşük bulunmuştur. Son iki yılda mesleki risklere karşı eğitim almış olanlar (6,78) ile eğitim almamış olanların risk algısı ortalaması (7,08) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,489). Radyasyon çalışanlarının haklarını bildiğini söyleyenler (6,94) ile bilmediğini söyleyenlerin risk algısı ortalamaları (7,21) arasında anlamlı bir fark bulunamazken (p=0,315); RGK'nin varlığını bilenlerin risk algısı ortalaması (6,68) bilmeyenlerinkinden (7,31) (p=0,022) düşük bulunmuştur (Tablo-5).

Tablo-5: Katılımcıların çeşitli özelliklerine göre dağılımı ve risk algısı

	Sayı	%	Risk algısı ortalaması	Test istatistiği*
Sendika üyeliği				
Hayır	170	55,2	6,65 ± 2,49	t= -3,546 p= 0,000
Evet	138	44,8	7,54 ± 1,94	
Günlük çalışma saati				
Beş saat	112	36,4	7,62 ± 2,00	t= 3,493 p= 0,001
Beş saatten çok	196	63,6	6,72 ± 2,40	
İş yükünde son beş yıldaki değişim				
Aynı, azaldı, fikrim yok	103	33,4	6,29 ± 2,40	t= -4,201 p= 0,000
Arttı	205	66,6	7,43 ± 2,16	
Son iki yılda eğitim almış olma				
Hayır	276	89,6	7,08 ± 2,28	t= 0,693 p= 0,489
Evet	32	10,4	6,78 ± 2,48	
Radyasyon çalışanlarının haklarını bilme				
Hayır	124	40,3	7,21 ± 2,04	t= 1,007 p= 0,315
Evet	184	59,7	6,94 ± 2,46	
Radyasyon Güvenliği Komitesi'nin varlığını bilme				
Hayır	181	58,8	7,31 ± 2,08	t= 2,307 p= 0,022
Evet	127	41,2	6,68 ± 2,55	

*Bağımsız gruplarda t testi

Katılımcılardan 11 kişi (%3,6) çalışma yaşamı boyunca radyasyonla ilgili bir kaza geçirdiğini, 25 kişi ise (%8,1) iş arkadaşlarının veya meslektaşlarının kaza geçirmiş olduğunu ifade etmiş, ancak hem kendileri (p=0,319), hem de iş arkadaşları (p=0,703) kaza geçirenler ile geçirmeyenler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. 87 kişi (%28,2) çalışma yaşamı boyunca radyasyondan kaynaklanmış olabileceğini düşündüğü rahatsızlıklarının varlığını belirtmiş ve rahatsızlığı olmayanların risk algısı ortalaması (6,66), olanlardan (8,05) (p=0,000) düşük bulunmuştur (Tablo-6). Radyasyondan kaynaklandığını düşündükleri rahatsızlıkların %54,0'ı halsizlik, yorgunluk, uyku, baş ağrısı, sinirlilik, anksiyete olup, %34,5'i kan değerlerinde düşüklük, direnç düşüklüğü ve sık enfeksiyon geçirmedir (Tablo-7).

Katılımcıların %52,3'ü önlemleri 'yetersiz' ve 'kesinlikle yetersiz' olarak nitelemiş ve risk algısı ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında fark olduğu (p=0,000) görülmüştür (Tablo-8). Bonferroni analizi ile alınan önlemleri 'kesinlikle yeterli-yeterli' olarak niteleyenlerin (5,50), 'ne yeterli ne yetersiz' olarak niteleyenlerden (6,79) (p=0,001) ve 'yetersiz-kesinlikle yetersiz' olarak niteleyenlerden (7,78) (p=0,000) düşük risk algısına sahip olduğu; ayrıca 'ne yeterli ne yetersiz' olarak nitele-

yenlerin (6,79) ise 'yetersiz-kesinlikle yetersiz' olarak niteleyenlerden (7,78) (p=0,002) düşük risk algısına sahip olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %51,3'ü çalışma ortamlarında etkin çalışan özel bir havalandırmanın olmadığını belirtmiş, ancak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,125). Çalıştıkları birimde radyasyon yayan cihazların kalibrasyon ve kontrollerinin düzenli yapıldığını ifade edenler %52,0 olup, gruplar arasında fark olduğu (p=0,001) görülmüş (Tablo-8), Post hoc test ile kalibrasyon ve kontrollerin düzenli yapıldığını söyleyenlerin risk algısı, yapılmadığını söyleyenlerden (p=0,000) düşük bulunmuştur. Katılımcıların %74,8'i kişisel koruyucu temin etmede zorluk yaşamadığını söylemiş ve zorluk yaşamayanların risk algısı ortalaması (6,66) zorluk yaşayanlardan (8,00) (p=0,000) düşük bulunmuştur (Tablo-8). Yaşanan zorlukların başında %42,5 ile kurşun önlük yokluğu, yetersizliği, önlüklerin eski ve kırık olması gelmektedir. İkinci sıklıkta ise (%41,5) tiroid koruyucunun yokluğu ve yetersizliği ifade edilmiştir (Tablo-9).

Tartışma

EÜTF Hastanesi'nde kişisel dozimetre taşıyan sağlık çalışanlarının mesleki iyonlaştırıcı radyasyon risk algısı ortalaması 7,05 ± 2,30 (0-10) bulun-



muştur. Katılımcıların %25'inin risk algısı 5,00'in altında; %50'sinin risk algısı 7,00'nin altında ve %75'inin risk algısı 9,00'un altındadır.

Radyasyonla çalışan doktorların risk algısının belirlenmesine yönelik olarak yapılan bir çalışmada katılımcıların %13,5'inin düşük, %55,7'sinin

orta ve %30,8'inin yüksek radyasyon risk algısına sahip olduğu (17); Hastanede çalışan hemşirelerin iş ve çalışma ortamından kaynaklanan risklerini ve risk algılarını değerlendiren bir araştırmada hemşirelerin %88,9'unun yüksek mesleki risk algısına (18), Tıp Fakóltesi hemşirelerinde yapılan bir araş-

Tablo 6. Radyasyonla ilgili kaza öyküsü ve radyasyondan kaynaklandığı düşünölen rahatsızlıkların varlığına göre dağılım ve bunlara göre risk algısı

	Sayı	%	Risk algısı ortalaması	Test istatistiği
Radyasyon kazası geçirmiş olma				
Hayır	297	96,4	7,00*	MWU= 1349,000** p= 0,319
Evet	11	3,6	8,00*	
İş arkadaşının radyasyon kazası geçirmiş olması				
Hayır	283	91,9	7,06 ± 2,28	t= 0,382*** p= 0,703
Evet	25	8,1	6,88 ± 2,59	
Radyasyondan kaynaklandığını düşündüğü rahatsızlık				
Hayır	221	71,8	6,66 ± 2,36	t= -5,533*** p= 0,000
Evet	87	28,2	8,05 ± 1,82	

* Risk algısı sıra değerleri ortalaması, ** Mann-Whitney U testi, ***Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 7. Katılımcıların radyasyondan kaynaklandığını düşündükleri rahatsızlıklarının dağılımı* (n=87)

Belirtilen rahatsızlık	Sayı	%
Halsizlik, yorgunluk, uyku, baş ağrısı, sinirlilik, anksiyete	47	54,0
Kan değerlerinde düşüklük, direnç düşüklüğü, sık enfeksiyon	30	34,5
Osteoporoz, osteopeni, kemik-eklem sorunları	18	20,7
Dermatit, cilt sorunları, saç dökölmesi	14	16,1
Tiroid sorunları	7	8,0
Göz ve görme sorunları	5	5,7
Düşük, fetus ölümü, ölü doğum	2	2,3

*Katılımcılar birden fazla rahatsızlık söylemiştir

Tablo 8. Katılımcıların çeşitli koruyucu önlemlerle ilgili düşüncelerinin ve temin zorluğu yaşama durumlarının dağılımı ve bunlara göre risk algısı

Belirtilen rahatsızlık	Sayı	%	Risk algısı ortalaması	Test istatistiği
Yönetimin aldığı önlemlerin düzeyi hakkındaki düşünce				
Kesinlikle yeterli, yeterli	62	20,1	5,50 ± 2,37	F=26,517* p=0,000
Ne yeterli ne yetersiz	85	27,6	6,79 ± 1,98	
Yetersiz, kesinlikle yetersiz	161	52,3	7,78 ± 2,11	
Etkin bir havalandırma varlığı hakkındaki düşünce				
Hayır	158	51,3	7,24 ± 2,17	F=2,096* p=0,125
Evet	120	39,0	6,72 ± 2,51	
Bilmiyorum	30	9,7	7,37 ± 2,01	
Düzenli kalibrasyon ve kontrol hakkındaki düşünce				
Hayır	78	25,3	8,00**	X ² K-W= 15,097*** p=0,001
Evet	160	52,0	7,00**	
Bilmiyorum	70	22,7	7,00**	
Hayır	73	25,2	8,00 ± 1,91	p=0,000
Evet	73	25,2	8,00 ± 1,91	
Koruyucu temininde zorluk yaşama				
Hayır	216	74,8	6,66 ± 2,34	t=-4,416**** p=0,000
Evet	73	25,2	8,00 ± 1,91	

*Bağımsız Gruplarda Varyans Analizi,

**Ortanca,

***Kruskal-Wallis Varyans Analizi,

****Bağımsız gruplarda t testi

**Tablo 9. Kişisel koruyucu temininde yaşanan zorlukların dağılımı* (N=73)**

Zorluk çeşidi	Sayı	%
Kurşun önlük yok, yetersiz, eski, kırık	31	42,5
Tiroid koruyucu yok, yetersiz	30	41,1
Gözlük yok, yetersiz	16	21,9
Kurşun eldiven yok, yetersiz	3	4,1
Kurşun paravan yok	2	2,7

* Kişiler birden fazla zorluk söylemiştir

tırmada %70,9'unun çok yüksek ve yüksek mesleki risk algısına (19), Diş Hastanesi'nde yapılan bir araştırmada çalışanlarının %57,2'sinin yüksek mesleki risk algısına (20) sahip olduğu bulunmuştur.

Yaş gruplarına göre incelendiğinde 50 ve üstü yaş grubunun, 30-39 ve 40-49 yaş grubundan düşük risk algısı ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Literatürde yaş ile risk algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirten çalışmaların (17,18,20-23) yanı sıra; 30-44 yaş grubunda iş ortamında risk algısının en yüksek ve 45 yaş üstünde en düşük olduğu saptanan (24) çalışmalar da vardır. Katılımcılardan 30 ve üstü meslek yılı olanların, risk algısının düşük olduğu bulunmuştur. Ronk ve Girard'ın araştırmasında da 20 ve üstü meslek yılı olan hemşirelerin risk algısı diğerlerinden düşük bulunmuştur (25). Tehlikenin uzun süre devam etmesi, önce riskin benimsenmesine, daha sonra ise küçümsenmesine neden olabilir (26). Birçok araştırmacı tarafından "riske aşinalık" risk algısının düşük olma sebepleri arasında sayılmaktadır. 50 yaş üstü çalışanların aynı zamanda çalışma yılları da uzun olduğundan "riske aşinalık" söz konusu olabilir. Ayrıca, risk algısını belirleyen etmenlerden biri olarak ifade edilen "geçmiş deneyimler" 50 yaş üstü çalışanlardan olumsuz bir durumla şimdiye kadar karşılaşmamış olanlar için, risk algısını düşüren bir etmen olabilir (4,5,6,11). Çalışma yılı ile risk algısı arasında ilişki bulunmayan araştırmalar da vardır (18,21,27).

Cinsiyet, medeni durum ve çocuk sahibi olma ile risk algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde cinsiyet ile risk algısı arasında ilişki bulunamayan (20,22) çalışmaların yanında, kadınların risk algısının yüksek bulunduğu çalışmalar (28) ve çocuk sahibi olma ile risk algısı arasında ilişki bulunamayan (17) çalışmaların yanında, çocuk sahibi olmanın risk algısını yükselttiği bulunan çalışmalar (20,29) vardır.

Hekimlerin, teknisyenlerden, hemşirelerden ve hizmetlilerden; teknisyenlerin ise hemşirelerden düşük risk algısına sahip olduğu bulunmuştur. Uçar'ın çalışması sadece hekimlerde yapılmış ve risk algıları arasında fark bulunamamıştır (17). Diş teknisyenlerinin mesleki risk algısının diş hastanesindeki diğer çalışanlardan yüksek bulunduğu (20) ve diş hekimlerinin HIV ile ilgili mesleki risk algısının diğer tüm sağlık çalışanlarından yüksek bulunduğu (30) çalışmalar vardır. Cooper, aynı işyerindeki farklı mesleki ve hiyerarşik grupların mesleki risk algılarının da farklı olduğunu belirtmiştir (31).

Çalışılan bölümün niteliğine göre risk algısı incelendiğinde, Radyasyon Onkolojisi'nde çalışanların risk algısının diğer üç gruptan düşük olduğu görülmüştür. UNSCEAR 2008 Raporu'na göre de Radyasyon Onkolojisi'nde çalışanların maruz kaldığı ortalama yıllık radyasyon dozu, Nükleer Tıp'takinden daha düşüktür (32).

Sendika üyesi olmayanların risk algısı ortalamasının, üye olan gruba göre düşük olmasında sendikaların faaliyetleri dolayısıyla farkındalığın yüksek olmasının etkisi muhtemeldir. Günde beş saatten fazla çalışanların risk algısı, beş saat çalışanlarından düşük bulunmuştur. Beş saat çalışanların (n=112) tamamına yakını teknisyenler ve hemşirelerden (n=109) oluşmaktadır ve bu iki meslek grubunun risk algısı yüksektir. Öte yandan beş saatten fazla çalışanların (n=196) çoğunluğunu hekimler (n=109) oluşturmakta olup bu iki grubun risk algısı düşüktür. Daha uzun mesai saatine sahip olmalarına rağmen beş saatten fazla çalışanların risk algısının düşük çıkmasının bu karıştırıcı faktöre bağlı olduğu düşünülebilir. Son beş yılda iş yükünde değişim olmadığını, azaldığını ya da bu konuda fikri olmadığını söyleyenlerin risk algısı, iş yükünün arttığını belirtenlerden düşük bulunmuştur. İş yükünün artması, yorgunluğun ve stresin artmasına, dikkatin azalmasına, koruyucu önlemlere uyumun azalmasına ve belki de tehlikeli davranışlarda bulunulmasına neden olarak, ayrıca iş memnuniyetini düşürerek risk algısının yüksek olmasına yol açabilir. İş yükünün arttığını ifade edenlerin, farkındalığı yüksek kişiler olması nedeniyle risk algıları da fazla olabilir. Literatürde iş doyumu/ memnuniyetinin çalışanların risk algısını etkileyen faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir



(9). Katılımcıların %89,6'sının son iki yılda mesleki risklere karşı eğitim almadığını söylemesi, hizmet içi eğitime olan gereksinimi açığa çıkarmıştır. Uçar'ın araştırmasında da mesleki risk kontrolü konusunda son iki yılda eğitim almamış olanlar %84,1 bulunmuştur (17). Son iki yılda mesleki risklere karşı eğitim almış olanlar ile almamış olanların risk algıları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatürde ise sürekli eğitimin, riskle ilgili korku-kaygıyı azalttığı ve risk önleme davranışlarına uyumu arttırdığı yönünde çalışmalar vardır (23,33). Radyasyon çalışanlarının haklarını bilme durumuna göre risk algısı ortalamaları arasında fark bulunamamış ancak RGK'nin varlığını bilenlerin risk algısı, bilmeyenlerinkinden düşük bulunmuştur.

Katılımcılardan %3,6'sı çalışma yaşamı boyunca radyasyonla ilgili bir kaza geçirdiğini, %8,1'i ise iş arkadaşlarının kaza geçirmiş olduğunu ifade etmiştir. Ancak her iki durumda da risk algıları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Daha önce mesleki bir riskle karşılaşanların ve son bir yıl içinde iş kazası geçirenlerin risk algısının yüksek bulunduğu çalışmalar vardır (17,20). Botteril ve Mazur, kişisel deneyimlerin ve kolayca hatırlanabilen olayların risk algısını etkilediği belirtilmektedir (34). Birgören ise bir kaza sonrası yükselen risk algısının zamanla tekrar düştüğünü (kanıksama) bildirmektedir (35). Bu çalışmada kazası öyküsü ile risk algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamasının nedeni, Öcek ve ark.dan (20) farklı olarak son bir yılı değil tüm çalışma yaşamını kapsadığı için, risk algısının zamanla düşmesi olabilir. Katılımcılardan %28,2'si çalışma yaşamı boyunca radyasyondan kaynaklanmış olabileceğini düşündüğü rahatsızlıklarının varlığını belirtmiştir ve rahatsızlığı olmayanların risk algısı, olanlardan düşük bulunmuştur. Bu bulgu Öcek ve ark.nın çalışması ile de uyumludur (20).

Hastane yönetimi tarafından alınan önlemleri, katılımcıların %52,3'ü 'yetersiz' ve 'kesinlikle

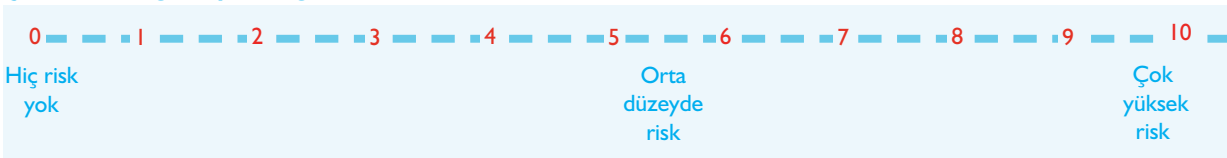
yetersiz' olarak nitelendirmişlerdir. Önlemlerle ilgili yeterlilik düşüncesi arttıkça risk algısının düştüğü bulunmuştur. Katılımcılardan %52,0'si çalıştıkları birimdeki radyasyon yayan cihazların kalibrasyon ve kontrollerinin düzenli olarak yapıldığını ifade etmişler ve bu grubun risk algısı, düzenli yapıldığını söyleyenlerden düşük bulunmuştur. Bu bulgular daha önceki çalışmalar ile uyumludur (17,20). Rundmo'ya göre de yönetimin güvenlikle ilgili önlemleri, çalışanların risk algısını etkileyen faktörlerden biridir (9,36). Katılımcıların %51,3'ü çalışma ortamlarında etkin çalışan özel bir havalandırmanın olmadığını belirtmiş, ancak risk algıları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bunun, radyasyonla ilgili olarak havalandırmanın öneminin bilinmiyor olabileceğinden kaynaklandığı düşünülebilir. Kişisel koruyucu temin etmede zorluk yaşamadığını belirtenler %74,8 olup, risk algısı ortalamaları, zorluk yaşayanlardan düşük bulunmuştur. Literatürde de, kaza önleme çalışmaları ve yönetimin güvenlik konusundaki taahhütleri ve yerine getirdikleri, çalışanların risk algısını etkileyen faktörler olarak belirtilmektedir (9,36,37).

Sonuç ve Öneriler

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleki iyonlaştırıcı radyasyon risk algısı ortalaması $7,05 \pm 2,30$ (0-10) olarak bulunmuştur ve Sayısal Değerlendirme Skalası'na göre "yüksek risk algısı" olarak değerlendirilmiştir. Ancak, hekimlerin risk algısı ortalamalarındaki düşüklük dikkat çekmektedir.

Katılımcıların risk algısı ortalamaları ile yaş, meslek, meslek yılı, çalışılan bölümün niteliği, sendika üyeliği, günlük çalışma saatleri, son beş yılda iş yükündeki değişim, RGK'nin varlığını bilme, radyasyondan kaynaklandığını düşündüğü rahatsızlık, hastane yönetimi tarafından alınan önlemlerle ilgili düşünce, cihazlarının kalibrasyon ve kontrollerinin düzenli yapılmasıyla ilgili düşünce

Şekil-1: Risk algısı sayısal değerlendirme skalası





ve kişisel koruyucu temininde zorluk yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonuçlarına dayanılarak; radyasyonla çalışılan bölümlerde 'risk değerlendirme' yapılması, hekimlerin risk algısının düşük çıkma nedenlerinin araştırılması, çalışanlara radyasyondan korunma eğitimlerinin her yıl düzenli olarak yapılması, sağlık kontrollerinin düzenli olarak yapılması, kişisel sağlık dosyalarında bulundurulması, RGK tarafından, radyasyondan korunma ve radyasyon güvenliğine ilişkin kuralların ve talimatların yer aldığı bir "Radyasyon Güvenliği El Kitabı" hazırlanması, hastane yönetimi tarafından kişisel koruyucuların (özellikle kurşun önlük ve tiroid koruyucuların) yenilenmesi ve sayıca artırılması için gerekli çalışmanın başlatılması önerileri yapılabilir.

Teşekkür: Katkılarından dolayı Doç.Dr. Meral TÜRK'e teşekkür ederiz.

*Bu makale, "Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Kişisel Dozimetre Taşıyan Çalışanların Mesleki İyonlaştırıcı Radyasyon Risk Algısı ve İlişkili Etmenler" adlı Tıpta Uzmanlık Tezi'nin bir bölümüdür.

Kaynaklar

1. Koh, D. and Jeyaratnam, J. Occupational Health, Oxford Textbook of Public Health, Ch: 8.6, p: 1045-65. 2004.
2. Slovic, P. Perception of Risk, Science, 236: 280-285. 1987.
3. HOSTA (Hazardous Occupations Safety Training in Agriculture). Risk Perception, www.nstmop.psu.edu/tasksheets/2.2%20Risk%20Perception.pdf, 2004.
4. Ivanisevic, J. and Nordenstedt, H. . Values in Risk Perception, Brandteknik och Riskhantering, <http://130.235.7.155/publikationsdb/docs/5314.PDF>. 2009.
5. Sjöberg, L., Moen, B.E. and Rundmo, T. Explaining Risk Perception: An Evaluation of the Psychometric Paradigm in Risk Perception Research. 2004.
6. Slovic, P. and Weber, E.U. Perception of Risk Posed by Extreme Events, http://myweb.facstaff.wwu.edu/~harper3/slovic_wp.pdf/ 2002.
7. Mearns, K. and Flin, R. Risk Perception and Attitudes to Safety by Personnel in the Offshore Oil and Gas Industry: A Review, Journal of Loss Prevention in the Process Industries, 8: 299-305. 1995.
8. Martin, L.T.F. Cultural Differences in Risk Perception: An Examination of USA and Ghanaian Perception of Risk Communication 2003.
9. Fleming, M., Flin, R., Mearns, K. and Gordon, R. Risk Perceptions of Offshore Workers on UK Oil and Gas Platforms, Risk Analysis, 18:103-110. 1998.
10. Cordeiro, R. Suggestion of an Inverse Relationship Between Perception of Occupational Risks and Work-Related Injuries, Cad. Saude Publica, 18: 45-54. 2002.
11. Deeb, J.M. Enhancing Safety Performance Through Risk Perception and Risk Tolerance, www.oehs.org.sg/.../Risk%20perception_Singapore_June%202006.ppt. 2006.
12. Yolsal, N. ve Örkün, M. Çevre ve Sağlıkla Bağımlı Risklerin Analizi: Risk Belirleme, Risk Değerlendirme ve Risk Algılama, Toplum ve Hekim, 13: 31-34. 1998.
13. Rundmo, T. and Sjöberg, L. Risk Perception by Offshore Oil Personnel During Bad Weather Conditions, Risk Analysis, 18:111-8. 1998.
14. NIOSH Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers, <http://www.cdc.gov/niosh/docs/88-119/>
15. ICRP, Radiation Protection in Medicine, ICRP Publication 105, Elsevier Ltd. 2008.
16. UNSCEAR, Occupational Radiation Exposures, Sources and Effects of Ionizing Radiation,



- UNSCEAR 2000 Report, http://www.uncsear.org/uncsear/en/publications/2000_1.html, 2000.
17. Uçar, M. (1996). GATA Hastanesinde İyonizan Radyasyon Riski Altında Çalışan Doktorlarda Risk Algılamasının Belirlenmesi, GATA Halk Sağlığı AD. Uzmanlık Tezi, Ankara. 1996.
 18. Taşcıoğlu, İ. Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82.Yıl Devlet Hastanelerinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD. Yüksek Lisans Tezi, Edirne. 2007.
 19. Bayhan, S. Ankara Üniversitesi Cebeci Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin ve Tıp Fakóltesi Hemşirelerinin Mesleki Riskleri Konusunda Bilgi Düzeyleri, A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2005.
 20. Öcek, Z., Türk Soyer, M., Davas Aksan, A., Hassoy, H. ve Sakaoğlu Manavgat, S. Risk Perception of Occupational Hazards Among Dental Health Care Workers in a Dental Hospital in Turkey, International Dental Journal, 58: 199-207. 2008.
 21. Özkan, Ö. Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri ile Risk Algılarının Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Tezi, Ankara. 2005.
 22. Taylor, K.M., Eakin, J.M., Skinner, H.A., Kelner et al. Physicians' Perception of Personal Risk of HIV Infection and AIDS Through Occupational Exposure, Canadian Medical Association Journal, 143: 493-500. 1990.
 23. Kunzel, C. and Sadowsky, D. Predicting Dentists' Perceived Occupational Risk for HIV Infection, Social Science & Medicine, 36: 1579-86. 1993.
 24. Shilling, S. and Brackbill, R.M. Occupational Health and Safety Risks and Potential Health Consequences Perceived by U.S. Workers, Public Health Reports, 102: 36-46. 1987.
 25. Ronk, L.L. and Girard, N.J. Risk Perception-Universal Precautions Compliance, Association of periOperative Registered Nurses Journal, 59: 253-266. 1994.
 26. Weinstein, N.D. and Nicolich, M. Correct and Incorrect Interpretations of Correlations Between Risk Perceptions and Risk Behaviors, Health Psychology, 12: 235-45. 1993.
 27. Kabbash, I.A., El-Sayed, N.M., Al-Nawawy, A.N. et al. Risk Perception and Precautions Taken by Health Care Workers for HIV Infection in Haemodialysis Units in Egypt, Eastern medical Health Journal, 13: 392-407. 2007.
 28. Mihai, L.T., Milu, C., Voicu, B. and Enachescu, D. Ionizing Radiation-Understanding and Acceptance, Health Physics Society, 89: 375-382. 2005.
 29. Snyder, K. Risk Perception and Resource Security for Female Agricultural Workers, Socioeconomic Aspects of Human Behavioral Ecology, Research in Economic Anthropology, 23: 271- 292. 2004.
 30. Özdemir, M. Sağlık Çalışanlarının Sorunları, Toplum ve Hekim, 14: 402-11. 1999.
 31. Cooper, M.D. Evidence from safety Culture that Risk Perception is Culturally Determined, The International Journal of Project & Business Risk Management, 1: 185-202. 1997.
 32. UNSCEAR . Report: Sources and Effects of Ionising Radiation, http://www.uncsear.org/uncsear/en/publications/2008_1.html, 2008.
 33. Gershon, R.R.M., Vlahov, D., Felknor, S.A. et al. Compliance with Universal Precautions among Health care Workers at Three Regional Hospitals, American Journal of Infection Control, 23: 225-236. 1995.
 34. Botteril, L. and Mazur, N. Risk& Risk Perception: A Literature Review, Rural Industries Research and Development Corporation. 2004.
 35. Birgören, B. Risk Yönetimi ve Değerlendirmesi, <http://www.arasisguvenligi.com/makale-risk-yonetimi-ve-değerlendirmesi.html>
 36. Rundmo, T. Associations Between Risk Perception and Safety, Safety Science, 24: 197-209. 1996.
 37. Gershon, R.M., Karkashian, C.D., Grosch, J.M. et al. Hospital Safety Climate and its Relationship with Safe Work Practices and Workplace Exposure Incidents, American Journal of Infection Control, 28:211-21.2000.●



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞYERİ HEKİMLİĞİ KOLU YÜRÜTME KURULU: “İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN İŞYERİ TEHLİKE SINIFLARI LİSTESİ TEBLİĞİ” KONUSUNDA GÖRÜŞ

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) tarafından oluşturulan “Komisyon” aracılığıyla “İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği”nin yeniden güncellenmesi amaçlanmaktadır. Söz konusu “Tebliğ Taslağı” ile ilgili olarak ÇSGB 23.7.2012 tarihinde “ tarafların” görüşlerini isteyerek 14.8.2021 tarihinde toplantı düzenlemiştir.

İşyeri tehlike sınıflarının belirlenmesinde “görüşü alınacak Komisyon”; İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürü başkanlığında 14 üyeden oluşuyor: (7 atanmış bürokrat, 3 işveren örgütü, 4 sendika/meslek örgütü temsilcisi). Komisyon sekreteryası işleri Genel Müdürlük tarafından yürütülecek. Komisyon toplantıya katılanların salt çoğunluğu ile karar verecek. Oyların eşitliği halinde Başkanın oyu yönünde çoğunluk sağlanmış sayılacak (m.3).

Özetle: “Sosyal diyalog” adına “Komisyon” marifetiyle yapılan/yapılacak “görüş alış-verişi” aritmetik dağılımdan anlaşılacağı gibi sosyal monolog halinde gerçekleşebilecek.

İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Kolu Yürütme Kurulu olarak görüşlerimizi üç başlık altında paylaşmayı uygun buluyoruz.

1. İşçi sağlığı ve güvenliği meselesinde; “Ne oluyor?” sorusundan öte “Neden bu alan yeniden tasarlanıyor?” sorusunun peşindeyiz. Ve tasarımın adımlarından olan bu toplantının organizasyonuna dair söyleyeceklerimiz ve önerilerimiz olacak.

Emeğin, toplumun kurucu unsuru olmaktan dışlandığı bir süreçte, piyasa ekonomisinin örgütlenme ve uygulamaları işçi sağlığı ve güvenliği çalışmalarını da sarmalına almıştır. Kamu (toplum) yararı gözetilerek değil, piyasa dengeleri ve yararı gözetilerek tüm alanlar tasarlanmaya çalışılıyor. Ve kamusal bir alan olarak tanımlanan/tanımlanması gereken işçi sağlığı ve güvenliği alanına şirketlerin

girmesi/örgütlenmesi, bu uygulamalara yol verilmesi; ekonomik tercihlerin demokratik tercihler alanına entegre edilmesi ve işletmeler/piyasa tarafından kamusal alanın tek yanlı olarak ele geçirilmesidir.

Kamusal alanın değerinin toplum yararına okunması ve toplumsal taleplerin yakınında müzakere edilmiş seçeneklerin çoğaltılması gerekmektedir. Ancak, aklın kamusal kullanımı sosyolojik çözümlemede problemler yaratırken, bu tür toplantılar demokratik bir konsensus yeri olmaktan yavaş yavaş çıkmakta, hâkimiyet ve eşitsizliğin ilişkilerini ifade eder konuma gelmektedir.

İşçi sağlığı ve güvenliği alanının “çoğul” bir kavranışı varken ve toplantıya katılan taraflarca meseleye çok değişik anlamlar yüklenirken; bir “iletişim etiği” tartışmasına ihtiyaç var diye düşünmekteyiz. Çünkü “çoğul” alan olarak tanımlanan meselenin değerlendirilme toplantısının yapıldığı buralarda, kavrayış farklılığı olanların birbirini tamamlaması ve bir bütünlük oluşturması beklenir. Böyle bir ilişkide, her bir taraf diğerine onda eksik olanı verip, ötekiindeki eksikliği doldurmaya çalışırken kendi eksikliğinin de farkına varmalıdır. Ama süreçte işçi sağlığı ve güvenliği eksenli yol alınmaya çalışılırken, “işçilerin/çalışanların konuşmadan konuşması” hassasiyeti gözetilmelidir. Çünkü mesele işçilerin/çalışanların sağlığı meselesidir.

Ancak, yakın geçmiş zamanda İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Taslağı’nın tartışıldığı toplantılarda da “iletişim etiği” gözetilmemiştir. Toplantıya katılan taraflardan her birinin kimliği karşısıyla arasındaki farktan ibaret kalmıştır. Bu şekilde yapılanlar “her türlü olumsuzluğu yutan toplantılar” olarak tarihe geçerken, bu durumun etkili bir örneğini daha yaşamak istemiyoruz.

Söylemlerimizi semptomatik olarak okursak; Bu tür toplantılarda ve toplantıların tarafları



arasında belli bir yarıklık, bir asimetri, belli bir “patolojik dengesizlik” olduğu görülmektedir. Mevcut durumun semptomatik yaklaşıma ihtiyacı olduğunu ve semptomun ortadan kaldırılması gerektiğini düşünmekteyiz. “İletişim etiği”ne dair dengesizlik yaratan bu “patolojik” durumun özellikle toplantı çağrıcısı olan ÇSGB tarafından düzeltilmesini talep ediyoruz. “İletişim etiği”nin alt yapısını bozan faktörün ise; toplantı(lar)daki temsiliyet sayıları/oranları ve alanla ilgili bilgi birikimindeki eşitsizlik olduğuna işaret ediyoruz. Toplantılardaki işleyişin “iletişim etiği”ne hizmet edebilmesi için, “matematiksel demokrasi”nin toplantılarda ağırlık oluşturması kurgusundan vazgeçilip, “demokratik konsensus”ların sürece hakim olmasını beklemekteyiz. Çünkü iletişim kurgusundaki aşırı merkezci tutumun ısrarında ise dağılmanın merkezkaçının da beraberinde geleceği endişesini yaşıyoruz.

Geleceğe birlikte yolculuk, geçmişe yolculuktan ayrıksı değilken; temel şeylerin üzerinden atlanılarak, unutturularak/unutularak “her şey”in bilinemeyeceğini de ifade etmek istedik. Çünkü temel şeylerin üstünden atlanılarak detaya girme (işkollarının ve işlerin tehlike sınıf ve derecelendirilme meselesi) gibi bir çalışmanın ise “fantezik bir manipülasyon” aracına dönüştüğünü yaşadık, biliyoruz. Ve tür kaygılarımızın onarılmasını talep ediyoruz.

2. İşkollarının ve işlerin tehlike sınıf ve derecelere ayrılması çalışmasının, “sosyal güvenlik kapsamında kısa vadeli sigorta kolları uygulamaları”ndan ayrıksı olmadığına dair söyleyeceklerimiz ve sorularımız ile önerilerimiz olacak.

2006’da çıkartılan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS) sosyal sigorta normlarını gelire göre iki gruba ayırdı. Birincisi Kısa Vadeli Sigorta Kolları; hastalık, analık, iş kazası ve meslek hastalığı sigortalarını; İkincisi Uzun Vadeli Sigorta Kolları; malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortalarını kapsıyor. Genel Sağlık Sigortası kısa vadeli sigorta kollarındaki sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlıyor.

Değişen “sosyal güvenlik” anlayışına uygun olarak “sosyal sigorta” kavramı da değişti: SSGSS’de “sosyal sigorta” anlayışı prime endekslendi.

Ev hizmetlerinde çalışanlar, er-erbaş ve yedek subay okulu öğrencileri, meslek ve sanat okulları öğrencileri, 18 yaşını doldurmamış olanlar, tarım ve orman işlerinde çalışan köylüler, kendi hesabına çalışan ve az kazanan küçük esnaf ve sanatkârlar kapsam dışına atılarak sigortalı sayılmadı.

SSGSS, çalışan kadınları risk grubu olarak kabul etmedi ve onlara pozitif ayrımcılık sağlamadı. Ev hanımlarını sosyal güvenlik sistemine dahil etmezken, ev hizmetlerinde gündelik yada tarımda çalışanlara özel bir düzenleme yapmadı.

Dolayısıyla bu kesimler için “tehlike” yoktur anlamı çıkartıldı.

Soruyoruz: Aşağıda sıralananların yaptığı işler “tehlikesiz” olarak sınıflandırılabilir mi?

- Ev hizmetlerinde çalışanlar,
- Er-erbaş ve yedek subay okulu öğrencileri,
- Meslek ve sanat okulları öğrencileri,
- 18 yaşını doldurmamış olanlar,
- Mevsimlik tarım işçileri,
- Orman işlerinde çalışan köylüler,
- Kendi hesabına çalışan ve az kazanan küçük esnaf ve sanatkârlar,
- Her türden kayıtdışı çalışanlar,
- ...

Veya çalışma sürelerinin uzamasını hangi tehlike sınıfına koyacağız?

Türkiye’de 1999-2006 döneminde ölümle sonuçlanan iş kazaları %35,7 oranında artmış ve aynı dönemde ortalama çalışma süreleri de önemli ölçüde uzamıştır. 1994’de istihdamdaki nüfustan haftada 50 saatten fazla çalışanların oranı %38 ve 60 saatten daha uzun süre çalışanların oranı %22,8’di. 2006’da bu oran sırası ile %52’ye ve %36,3’e yükselmiştir. Aşırı uzun çalışma sürelerinin iş kazalarını artıran temel bir etmen olduğu, çok sayıda alan araştırması ile kanıtlanmıştır (1).

SSGSS’ye (m.81/c) göre iş kazası ve meslek hastalığı sigortası prim oranları, yapılan işin iş kazası ve meslek hastalığı bakımından gösterdiği tehlikenin ağırlığına göre prime esas kazancın %1-6,5 oranları arasında (tamamını işveren öder) olmak üzere, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından belirleniyor.

Bu bent Anayasa Mahkemesi tarafından (15.12.2006 tarihli, E. 2006/111, K. 2006/112



sayılı kararı ile) 4/c bendi kapsamındaki sigortalılar (kamu çalışanları) yönünden iptal edildi (İptal Kararı: 30.12.2006 tarih ve 26392 sayılı R.G.).

Sonuçta; Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2 milyon devlet memuru adına devlet tarafından ödenecek iş kazası ve meslek hastalıkları primini kaldırırken, devlet adına tasarruf (!) sağlayarak söz konusu sigorta hakkını da yok saydı.

Soruyoruz: İş kazası ve meslek hastalığı sigortası memurları ne kadar kapsıyor?

SSGSS'ye (m.83) göre işkolları, tehlikenin ağırlığına göre sınıflara, bu sınıflar da özel iş şartlarına ve tehlikeyi önlemek için alınmış tedbirlere göre derecelere ayrılıyor. İş kollarının hangi tehlike sınıfına girdiği, tehlike sınıf ve derecesine göre prim oranları ve uygulanacak esaslar, Bakanlar Kurulu kararıyla yürürlüğe konulacak bir TARİFE ile tespit ediliyor.

22.9.2008 tarih ve 14173 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı (29.9.2008 tarih ve 27012 sayılı R.G.) ile yayımlanan "Kısa Vadeli Sigorta Kolları Prim Tarifesi" eki listede işkolları; iş kazası ve meslek hastalığı bakımından gösterdiği tehlikenin ağırlığına göre 12 tehlike sınıfına ayrılmış olup, bu sınıfların prim oranları %1-6,5 arasında belirlenmiştir.

Yapılan işin "iş kazası ve meslek hastalığı bakımından gösterdiği tehlikenin ağırlığına" göre %1-6,5 oranları arasında SGK tarafından 12 kademedede belirlenen prim oranı "iş kazası" tehlikesine göre mi, "meslek hastalığı tehlikesine göre mi belirleniyor? Örnek; bir işyeri iş kazası tehlike riskine göre 1.kademedede, meslek hastalığı tehlike riskine göre 12.kademedede (ya da bu durum tersi) olabilir. "İş kazası" ve "meslek hastalığı" kavramları ayrı tanımları olan ve farklı koşullarda gerçekleşen farklı tehlike olguları olmasına ve farklı önlemleri gerektirmesine rağmen tek başlıklı "iş kazası ve meslek hastalığı" kavramı üzerinden düzenlemeler yapıldı.

Soruyoruz: İş kazası ve meslek hastalıkları prim oranlarını belirleme ölçütü nedir?

2009 yılında yayımlanan "işyerlerinin iş sağlığı ve güvenliği açısından yer aldığı" Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği ile 2012 yılı "İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği Taslağı" farklı yöntemler kullanılarak hazırlanmıştır. Önerimiz; yöntem açık ve net

olmalı, nereden alındığı ve güvenilirliği belirtilmelidir.

Örneğin: İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin 25.11.2009 tarih ve 27417 sayılı R.G.'de yayımlanan Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği'ne göre sınıflandırma: a) Az Tehlikeli işler (138 işkolu), b) Tehlikeli işler (117 işkolu), c) Çok Tehlikeli işler (72 işkolu)

"İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği" Taslağı'na göre sınıflandırmada Tehlike Sınıfları; Az Tehlikeli İşler, Tehlikeli İşler, Çok Tehlikeli İşler şeklinde belirlenmiştir. İşyerlerinin yer aldığı İşyeri Tehlike Sınıfları Listesi Ek-1'de 88 bölüm ve 5 ayrı seviye sütunu oluşturulmuş; sınıflandırma, 4 haneli NACE kodu kullanılarak yapılmıştır.

Soruyoruz: İşkollarının ve işlerin tehlike sınıf ve derecelerini belirleme ölçütü nedir? (NACE kodlaması nedir ve nereden gelmiştir ve listede ID ile başlayan sıralamada 2549 ayrı tasnif nasıl yapılmıştır?)

Yapılan işin "Tarife"ye göre hangi tehlike sınıf ve derecesine girdiği ve ödenecek kısa vadeli sigorta kolları primi oranı SGK tarafından belirlenerek işverene tebliğ ediliyor. Kanun ve Tarife hükümleri gereğince "İş kazası ve meslek hastalıklarını önleyecek tedbirlere uygun olmayan işler, daha yüksek primli derecelere konulabilir". Yani, mevzuat hükümlerine uygun bulunmadığı tespit edilen işler SGK tarafından daha yüksek primli derecelere konulabilir.

Soruyoruz: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (SSK/SGK) bugüne kadar "İş kazası ve meslek hastalıklarını önleyecek tedbirlere uygun olmayan" kaç işyerini daha yüksek primli derecelere koydu?

Soruyoruz: 22.9.2008 tarih ve 14173 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı (29.9.2008 tarih ve 27012 sayılı R.G.) ile yayımlanan "Kısa Vadeli Sigorta Kolları Prim Tarifesi" içinde geçen "Kaçınılmazlık ilkesi" (m.4/g) ne anlama gelmektedir? "Kaçınılmazlık ilkesi" meslek hastalıkları açısından dikkate alınabilir mi? (Kaçınılmazlık ilkesi: "Olayın meydana geldiği tarihte bilimsel ve teknik kurallar ve olanaklar gereğince alınacak tüm önlemlere rağmen zararın kısmen veya tamamen meydana gelmesi durumu" olarak tanımlanıyor.)

30.6.2012 tarih ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'na göre "İşyeri Tehlike



Sınıfları” (m.9) belirlenmek isteniyor. Tehlike Sınıfları “Kısa Vadeli Sigorta Kolları Prim Tarifesi” de dikkate alınarak, “ilgili taraflarca oluşturulan Komisyon görüşleri” doğrultusunda çıkarılacak TEBLİĞ ile tespit edilecek.

5510 sayılı Kanuna dayanılarak hazırlanan Kısa Vadeli Sigorta Kolları Prim Tarifesi'nin amacı; sosyal sigorta hükümlerine göre işkollarının ve işyerinin hangi tehlike sınıfına girdiği, tehlike sınıf ve derecesine ait prim oranları ve tehlike dereceleri belirlenmesinde uygulanacak usul ve esasları düzenlemek. Ancak, “Tarife” 5510 sayılı Kanun 4üncü maddesinin (a) ve (b) bentlerinde belirtilen sigortalıları, işverenleri ve işyerlerini kapsıyor (m.2) (yani 4/c'yi kapsamıyor).

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (m.2) “kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerler de dâhil olmak üzere tüm çalışanlarına faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanır.” yaptırımını gerektiriyor.

Kanun “kamu ve özel sektöre ait bütün işler ve işyerlerini ve tüm çalışanları” kapsamına rağmen, “İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmet Faaliyetleri” işlerinde çalışanlar; 510 sayılı Kanun 4üncü maddenin (a) ve (b) bentlerine göre çalışıyorsa adına “İş kazası ve meslek hastalıkları sigortası primi” ödeniyor; 4üncü madde (c) bendine göre çalışıyorsa adına “İş kazası ve meslek hastalıkları sigortası primi” ödenmiyor. Yani “Kanun” kamu çalışanlarını kapsamıyor. Bu nedenle de kamuda görevli sağlık çalışanları hiçbir tehlike sınıflandırması listesinde yer almıyor.

Soruyoruz: “İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği” tüm çalışanları kapsıyor mu?

2008 yılında yayınlanan “Kısa Vadeli Sigorta Kolları Prim Tarifesi”ne göre “İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmet Faaliyetleri” başlığı altında verilen “sağlık hizmetleri” 1. Tehlike sınıfında belirlenmiş ve prim oranı %1 olarak gösterilmiştir.

2009 yılında yürürlüğe giren “İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği” kapsamında bulunan “Ayakta ve/veya yataklı teşhis ve tedavi yapılan sağlık kuruluşlarındaki faaliyetler” “Çok Tehlikeli İşler” sınıfında gösterildi.

“İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği Taslağı” ekinde bulunan “İşyeri

Tehlike Sınıfları Listesi”nde yer alan “İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmet Faaliyetleri” kapsamındaki hizmetler verilmiş biçimine göre “Çok Tehlikeli”, “Tehlikeli” ve “Az Tehlikeli” olarak üç ayrı sınıfta yer almıştır.

Soruyoruz: “Kısa vadeli sigorta kolları prim tarifesi” ile “işkollarının ve işlerin tehlike sınıf ve dereceleri” ne kadar örtüşüyor? Veya “İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmet Faaliyetleri” hangi prim tarifesi ile hangi tehlike sınıfında yer alacak?

3. İşyeri/işkolu tehlike sınıflandırması çalışmalarının, işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı hizmet süresi (çalışma süreleri) ile sıkı sıkıya ilişkili olduğuna dair söyleyeceklerimiz ve önerilerimiz olacak.

Bilindiği gibi ÇSGB tarafından 4 Temmuz 1980 tarihinde 17037 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “İşyeri hekimlerinin Çalışma Şartları İle Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik”den 23 yıl sonra, 59.Hükümet tarafından 16 Aralık 2003 tarihinde 25318 sayılı resmi Gazete’de yayımlanan “İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” ile yürürlükten kaldırılmıştır. Daha sonra 27 Kasım 2010 tarihinde şu anda yürürlükte olan “İşyeri Hekimlerinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik” çıkmıştır.

Tehlike sınıflandırması çalışmalarının işyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanlarının çalışma sürelerinden ayrık olamayacağını belirtirken; 27 Kasım 2010 tarihinde yapılan Yönetmelik’de geçen “İşyeri Hekimlerinin Görevleri” (m.15) başlığına dönmekte fayda olduğunu düşünmekteyiz.

İşyeri hekimlerinin görevleri:

İşyeri hekimleri, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri kapsamında aşağıdaki görevleri yapmakla yükümlüdür.

a) Rehberlik ve danışmanlık;

2) Kantin, yemekhane, yatakhane, kreş ve emzirme odaları ile soyunma odaları, duş ve tuvaletlerin bakımı ve temizliği konusunda gerekli kontrolleri yaparak tavsiyelerde bulunmak. (Ayda 30 dakika)

4) İşyerinde iş sağlığı ve güvenliğinin geliştirilmesi amacıyla gerekli aktiviteler konusunda işverene tavsiyelerde bulunmak. (Ayda 15 dakika)



5) İş sağlığı ve güvenliği çalışmaları kapsamında işyerinde periyodik incelemeler yapmak ve risk değerlendirme çalışmalarına katılmak. (Ayda 1 saat)

6) İşyerinde sağlığa zararlı risklerin değerlendirilmesi ve önlenmesi ile ilgili mevzuata göre yapılması gereken koruyucu sağlık muayenelerini yapmak. (Ayda 1 saat)

7) Sağlık sorunları nedeniyle işe devamsızlık durumları ile işyerinde olabilecek sağlık tehlikeleri arasında bir ilişkinin olup olmadığını tespit etmek, gerektiğinde çalışma ortamı ile ilgili ölçümler yapılmasını sağlayarak, alınan sonuçların işçilerin sağlığı yönünden değerlendirmesini yapmak. (Ayda 1 saat)

b) Sağlık gözetimi;

1) Gece postaları da dhl olmak üzere işçilerin sağlık gözetimini yapmak. (Ayda 2 saat)

2) İşçilerin işe giriş ve periyodik sağlık muayenelerini iş sağlığı ve güvenliği mevzuatında belirtilen aralıklarla ve Ek-7'de verilen örneğe uygun olarak düzenlemek ve işyerinde muhafaza etmek. (Ayda 2 saat)

7) Sağlık gözetimi konusunda işçileri bilgilendirmek ve onların rızasını almak, sağlık riskleri ve yapılan sağlık muayeneleri konusunda işçileri yeterli ve uygun şekilde bilgilendirmek. (Ayda 1 saat)

8) Gerekli laboratuvar tetkikleri, radyolojik muayeneler ve portör muayenelerini yaptırmak, bulaşıcı hastalıkların kontrolünü sağlamak, bağışıklama çalışmaları yapmak, işyeri ve eklentilerinin genel hijyen şartlarını sürekli izleyip denetlemek. (Ayda 1 saat)

c) Eğitim ve bilgilendirme;

3) İşyeri yöneticilerine, iş sağlığı ve güvenliği kurulu üyelerine, işçilere ve temsilcilerine genel sağlık konularında eğitim vermek ve bu eğitimlerin sürekliliğini sağlamak. (Ayda 30 dakika)

4) Bağımlılık yapan maddelerin kullanımının zararları konusunda işyerinde eğitim vermek. (Ayda 30 dakika)

) İlgili birimlerle işbirliği;

1) İş sağlığı ve güvenliği alanında yapılacak araştırmalara katılmak. (Ayda 15 dakika)

2) İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına yakalanan işçilerin rehabilitasyonu konusunda işyerindeki ilgili birimlerle, meslek hastalığı tanısında yetkili hastaneler ile işbirliği içinde çalışmak. (Ayda 15 dakika)

3) İş kazaları ve meslek hastalıklarının analizi ile iş uygulamalarının iyileştirilmesine yönelik programların geliştirilmesi çalışmalarına katılmak. (Ayda 30 dakika)

4) Yeni teknoloji ve donanımın sağlık açısından değerlendirilmesi ve test edilmesi gibi mevcut uygulamaların iyileştirilmesine yönelik programların geliştirilmesi çalışmalarına katılmak. (Ayda 15 dakika)

5) Bulunması halinde iş güvenliği uzmanı ile işbirliği içinde yıllık çalışma planını ve yıllık değerlendirme raporunu hazırlamak. (Yılda 1 saat)

6) Yöneticilere, bulunması halinde iş sağlığı ve güvenliği kurulu üyelerine ve işçilere genel sağlık, iş sağlığı ve güvenliği, hijyen, kişisel koruyucu donanımlar ve toplu korunma yöntemleri konularında bilgi ve eğitim verilmesi için ilgili taraflarla işbirliği yapmak. (Ayda 2 saat)

Sonuç olarak;

“İşyeri Hekimlerinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik” ile işyeri hekimlerine eklenen yeni görevlerin süreleri belirlendiğinde (TTB/Ankara Tabip Odası İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Komisyonu alışması) yaklaşık 14 saate gereksinim olduğu görülecektir.

16 Aralık 2003 tarihli Yönetmelik'den yola çıkarak; işyeri hekimlerinin işe giriş ve periyodik muayene ile tedavi hizmetleri dışında kalan görevlerini eksiksiz olarak yerine getirebilmesi için ayda de en az 16 saate ihtiyaı vardır (2).

Böylelikle; “Az tehlikeli” bir işkolu dikkate alınarak yapılan ve ortalama 100 çalışanı olan bir işyerinin işyeri hekiminin yaklaşık ayda 30 saat süre ayırması gerekmektedir.

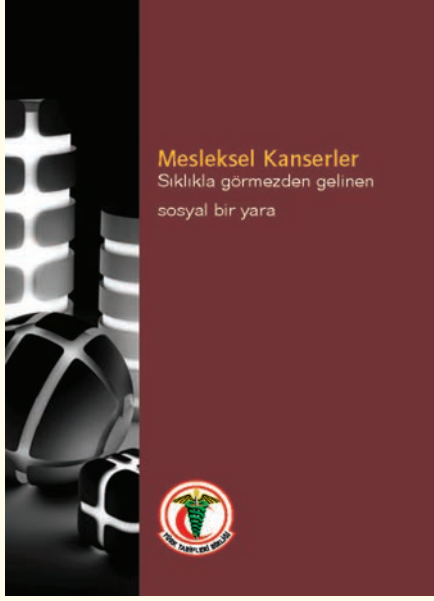
Bu ortalama günlük 1 saatlik bir sreye karşılık gelmektedir.

Dipnotlar

- 1.“Türkiye’de alışma Srelerinin Uzaması ve lml İş Kazalarında Artış”, Prof. Dr. Nergis Mütevellioğlu, TTB/Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Sayı:32, Nisan-Mayıs-Haziran 2009, sayfa:8–14)
- 2.“İşyeri Sağlık Birimleri ile ilgili Yeni Yönetmeliğin Değerlendirilmesi”, Prof. Dr. Hamdi Aytekin ve ark. Uludağ n. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, TTB/Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Sayı:16, Ekim-Kasım-Aralık 2003, sayfa: 38–43).●

YAYIN KURALLARI

KİTAP TANITIMI



MESLEKSEL KANSERLER

Sıklıkla göz ardı edilen sosyal bir yara (Sinderella Hastalığı)

2006'da Avrupa Birliği'nde bir milyondan fazla kanserden ölüm vardı, 2011'deki tahmin 1 milyon 280 bin. Kanseler, birçok ülkede 65 yaş altında ilk sırada gelen ölüm nedeni olarak biliniyor. Bu ölümlerin önemli bir yüzdesi işyerinde kansinojenlere maruz kalan işçilere aittir. Bu kanseler, öncelikle asbest ve uzun yıllar sonrasında ölümle kendini gösteren sonsuz sayıda petrokimyasal toksik maddeye veya tozlara yoğun maruz kalmaya bağlanmaktadır. Mevcut veriler, kanserden ölümlerin en az %8'inin işe bağlı olduğunu göstermekte, bazı kanselerde bu oran %10'un üzerine çıkmaktadır.

Bu "kanseler" epidemisi her yerde aynı yayılımı göstermemektedir. Ulusal ya da Avrupa düzeyindeki çalışmalar kansinojenlere maruziyetin ağırlıklı olarak işçilerde söz konusu olduğunu ortaya koymuştur.

Avrupa'da kimli sanayi işlerinin perifer ülkelere kayarak "azalmasına" rağmen onbinlerce ölümün önüne geçilememektedir. Karsinojenler toksik olmayan ya da daha az toksik olan maddelerle değiştirilmemekte ya da temel koruyucu önlemler güçlendirmemektedir.

Bu kitap, özellikle sendikalar için mesleksel kanselerle mücadele yollarını sunmak üzere Marie-Anne Menegeot, Tony Musu, Laurent Vogel ve ETUI işbirliğiyle 2007'de yazılmış ve 2011'de güncellenmiş, Menal Türk (şeviri editörü), Meltem Çiçeklioğlu, Şafak Taner, Zeliha Öcek tarafından çevrilmiş ve bu alana katkısı olacağı düşünüülerek TTB tarafından yayına hazırlanmıştır.

Emeği geçenlere teşekkürlerimizle...

Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG), kendi disiplini ile ilgili olabilecek derlemeler, araştırmalar, literatür özetleri ve gündemi belirleyen güncel konular 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. Orijinal araştırma
- II. Araştırma raporu (ön rapor)
- III. Bakış / Görüş
- IV. Yorum
- V. Editöre mektup
- VI. İşyeri hekimleri ve işçi sağlığının diğer disiplinlerinden
- VII. Derlemeler
- VIII. 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:

(Ayrıntılar için; <http://www.ttb.org.tr/MSG>)

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.

1. Başlık sayfası

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, gereç 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:

Metin aşağıdaki bölümlere ayrılmalıdır:

- 3.1. Giriş
- 3.2. Gereç ve Yöntem
- 3.3. Bulgular
- 3.4. Tartışma
- 3.5. Sonuç
- 3.6. Teşekkür
- 3.7. Kaynaklar

Kaynakların metin içinde gösterimi: Kaynaklar metin içinde kullanım sırasına göre numaralandırılmalı ve cümlenin 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.

Kaynak makale ise: Örnek; İlhan, M.N. "Krom ve Bileşiklerinin Zararlı Sağlık Etkileri ve Korunma", TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2002;12:35-37.

Kaynak kitap ise: Örnek; İlhan, M.N. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu: Halk Sağlığı ile İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar (Ed: Aslan, D.), Ankara Tabip Odası, 2009;217-221.

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.

