

SEMPOZYUM

18-19 EKİM 2014 / İSTANBUL



SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞ KAZALARI MESLEK HASTALIKLARI

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI
ÇALIŞMA GRUBU

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞ KAZALARI VE MESLEK HASTALIKLARINA YAKLAŞIM SEMPOZYUMU

18-19 Ekim 2014 | İstanbul

Yayına Hazırlayan
Hasan Oğan



Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu

www.saglikcalisanisagligi.org

Sağlık alışanlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarına Yaklaşım / Sempozyum

Birinci Baskı

Mart 2015

ISBN:

978-605-5867-93-5

Türk Tabipleri Birliği

GMK Bulvarı Őehit Daniş Tunalıgil Sk.

No: 2/17-23 06570 Maltepe / Ankara

Tel: (0 312) 231 31 79 Faks: (0 312) 231 19 52

DÜZENLEYEN KURUMLAR

ANESTEZİ TEKNİSYENLERİ VE TEKNİKLERLERİ DERNEĞİ (ATTD)
DEVİRİMCİ SAĞLIK İŞ SENDİKASI (DEV SAĞLIK İŞ)
SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET EMEKÇİLERİ SENDİKASI (SES)
TÜRK DIŞ HEKİMLERİ BİRLİĞİ (TDB)
TÜRK EBELER DERNEĞİ (TED)
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ (TEB)
TÜRK HEMŞİRELER DERNEĞİ (THD)
TÜRK MEDİKAL RADYOTEKNOLOJİ DERNEĞİ (TMRT-DER)
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ (TTB)

SEMPOZYUM SEKRETERLERİ

Hasan Oğan / *Türk Tabipleri Birliği*
Özlem Azap / *Türk Tabipleri Birliği*
Ümit Şen / *İstanbul Tabip Odası*

İçindekiler

Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları Ve Meslek Hastalıklarına Yaklaşım.....9	
Selçuk Erez / <i>İstanbul Tabip Odası Başkanı</i>	
Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Gurubu Süreci.....11	
Hasan Oğan / <i>Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Gurubu Genel Koordinatörü</i>	
Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları ve Geleceği13	
Dünyada ve Türkiye’de İş Kazası ve Meslek Hastalıkları..... 23	
Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarına Yaklaşım.....35	
İş Hukuku Ve Sağlık Çalışanları36	
Av. Murat Özveri / <i>Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri - Çalışma Ve Toplum Dergisi</i>	
Sağlık Çalışanları (Kamu-Özel) İş Kazası, Meslek Hastalıklarında Uygulamalar, Yasal Sorunlar43	
Gönül Malat / <i>Nülüfer Toplum Sağlığı Merkezi</i>	
Anket, Çalışma Grubu Raporları Ve Genel Değerlendirme53	
Sağlık Çalışanlarında Mesleki Risklerin Değerlendirilmesi Anketi54	
Hasan Oğan / <i>Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Gurubu Genel Koordinatörü</i>	
Çalışma Grup Raporları	
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları Açısından İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları Çalışma Grubu63	
Eftal Yıldırım / <i>Raportör</i>	
Radyolojik Risklere Bağlı İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları Çalışma Grubu64	
Nezaket Özgür / <i>Raportör</i>	
Enfeksiyon Hastalıkları Açısından İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları Çalışma Gurubu70	
Funda Şimşek / <i>Raportör</i>	
Travma ve Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Çalışma Gurubu75	
Murat Aktepe / <i>Raportör</i>	

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA
İŞ KAZALARI VE MESLEK HASTALIKLARINA
YAKLAŞIM / SEMPOZYUM**

Amaç:

Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarına bağlı yaşadıkları iş kazaları ve meslek hastalıklarını belirlemek, tanımlamak, işçi sağlığı ve iş güvenliği çerçevesinde değerlendirmek ve de bunlarla ilgili yapılması gerekenleri saptayarak hayata geçmesi için çalışma programı oluşturmak.

Ayrıca gerçekleştirilecek olan çalışma gruplarında belirli hastalıklar çerçevesinde sağlık çalışanlarında işe bağlı oluşan iş kazalarının, hastalıkların oluş biçimi, ortaya çıkışı, sonuçları, meslek hastalıkları olarak değerlendirilip değerlendirilmediği, tıbbi, hukuksal ve örgütsel yapılanlar ve yapılması gerekenlerin tespit edilmesi, raporlaştırılması hedeflenmektedir.

PROGRAM

18 EKİM 2014 , CUMARTESİ

Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları Açısından İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları / Çalışma Grubu

Yürütücü:

Deniz Dülgeroğlu Erdoğan / *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği*

Radyolojik Risklere Bağlı İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları / Çalışma Grubu

Yürütücüler:

Muzaffer Başak / *Türk Radyoloji Derneği*

Nezaket Özgür / *Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği*

Enfeksiyon Hastalıkları Açısından İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları / Çalışma Grubu

Yürütücüler:

Funda Şimşek / *Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği*

Nimet Ateş / *Türk Hemşireler Derneği*

Travma ve Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı

Yürütücü:

Murat Aktepe / *Türkiye Psikiyatri Derneği*

19 EKİM 2014, PAZAR

Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları Ve Geleceği / Konferans

Yürütücüler:

Gürsel Kaya / *Devrimci Sağlık İş Sendikası*

Ümit Şen / *İstanbul Tabip Odası*

Konuşmacı:

Cavit Işık Yavuz / *Toplum ve Hekim Dergisi Hakem Kurulu*

Dünyada ve Türkiye’de İş Kazası ve Meslek Hastalıkları / Konferans

Yürütücüler:

Arman Üney / *Türk Eczacıları Birliği*

Yeter Kitiş / *Türk Hemşireler Derneği*

Konuşmacı:

İbrahim Akkurt / *İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı*

Dünyada Ve Türkiye’de Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları Ve Meslek Hastalıklarına Yaklaşım / Panel

Yürütücü:

Hasan Oğan / Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Gurubu

Konuşmacılar:

İş Hukuku Ve Sağlık Çalışanları

Av. Murat Özveri / Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri - Çalışma ve Toplum Dergisi

Sağlık Çalışanları (kamu-özel) İş kazası, Meslek Hastalıkları Uygulamaları, Yasal Sorunlar

Gönül Malat / Nilüfer Toplum Sağlığı Merkezi

Anket, Çalışma Grubu Raporları ve Genel Değerlendirme / Sunum, forum

Yürütücüler:

Özlem Azap / Türk Tabipleri Birliği

Birsen Seyhan / Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES)

Sağlık Çalışanlarında Mesleki Risklerin Değerlendirilmesi Anketi / Sunum

Sağlık Çalışanlarının İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları Çalışma Grup Raporları / Sunum

Sempozyum Değerlendirme ve Kapanış

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞ KAZALARI VE MESLEK HASTALIKLARINA YAKLAŞIM

Selçuk Erez

İstanbul Tabip Odası Başkanı

Öncelikle böyle ciddi bir konuda çok ayrıntılı ve güzel bir toplantı düzenleyenlere teşekkür ediyorum.

Hekimler ve sağlık çalışanlarını tehdit eden konular var. Mesela anesteziye kullanılan maddeler, radyasyon, enfeksiyon bulaşması ve buna benzeyen şeyler.

Ulusumuz dünya literatürüne hekimin şiddete uğramasını armağan etti! Hekimin şiddete uğramasının hamili nedir? Sağlık Bakanlığı. Peki neden? Eğer “Hastalara 4-7 dakikada bir randevu verip bakacaksın” diye bir uygulama getirilirse ve televizyonlarda doktorlar sanki müşteri karşılayan görevliler gibi gösterilirse, umduğunu bulamayan vatandaş bazen şiddete başvurur. Eminim bunların üzerinde çok duracaksınız ve nasıl engellenebileceğini de düşüneceksiniz.

Hekimi ve sağlık çalışanını tehdit eden olumsuz bir durum daha var, onu da hepimiz gayet iyi biliyoruz; mobbing ve sürülme, tayin tehditleri. Ama sanırım bunu ele almayacaksınız. Çünkü bu, sadece sağlık çalışanlarının değil ülkede yaşayan tüm çalışanların sorunu ve başka bir patolojik vaka. Bunu da eminim başka bir kongrede ele alırız.

Saygılar sunuyorum...

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI ÇALIŞMA GURUBU SÜRECİ

Hasan Oğan

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Gurubu

Genel Koordinatörü

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Gurubunun temelleri 2008 - 2009 yıllarında atıldı. O yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddette büyük bir artma meydana gelmişti. TTB, İTO ve birçok kurumun katılımıyla “Hekime Yönelik Şiddet Önlenebilir mi?” çalışmayı düzenlendi. Bu çalışmanın arkasından “Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Gurubu” oluştu ve faaliyetlerine başladı.

Şiddete karşı alınması gereken önlemlerin esas olarak işçi sağlığı ve iş güvenliği konusu olduğundan hareket ederek, “İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği” çalışmasını gerçekleştirdik. Çalışmaya birçok kurum katıldı. Çalıştayda aldığımız birçok kararı bugün hayata geçirmiş bulunmaktayız. Bunlardan bir tanesi de esas olarak “Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Gurubunun” oluşturulmasıydı.

Yine alınan kararlar çerçevesinde, bilgi aktarımı, arşiv oluşturma ve haberleşmenin sağlanması açısından, www.saglikcalisanlarininsagligi.org web sayfası oluşturuldu.

2011 yılında Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresini, 2013 yılında da 4. kongreyi gerçekleştirdik. Önümüzdeki yıl da (24 – 25 Ekim 2015)beşinci ulusal kongreyi gerçekleştireceğiz. Bunun yanı sıra iki yılda bir kongre yapmakla birlikte, artık iki yılda bir de İstanbul’da sempozyum yapacağız. Ayrıca İstanbul Barosu’yla birlikte sağlık hukukunda sağlık çalışanlarının hakları başlığıyla bir panel düzenledik.

Alanımıza dair pek çok sorun var, bunların hepsinin incelenmesi, irdelenmesi ve raporlaştırılması gerekiyor. Özellikle anestezi alanında çalışan arkadaşlarımızın intihar olayları çok canımızı yakıyordu. Bunu araştırırken oradaki mesleki risklerin tümünü irdeledik ve bir rapor oluşturduk.

Eğitimle ilgili de çalışmalar yürüttük. Ameliyathane ortamındaki riskler ve korunma yolları, kan ve kan ürünleriyle ilgili broşürlerimiz, yasal mevzuatı da kapsayan işçi sağlığı ve güvenliği kitabını da yayınlamış bulunuyoruz.

Bunlarla birlikte Türkiye'deki sağlık çalışanlarının iş kazası ve meslek hastalıklarına yönelik istatistiki verileri, bilgileri ortaya koymak açısından, birçok milletvekili kanalıyla çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na (SGK) ve Sağlık Bakanlığı'na soru nergeleri yönelttik. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın verdiği cevapta Türkiye'nin acı gerçeklerini bir kez daha görmüş olduk.

Dn alışma gurubunun yürütme kurulu toplantısı gerçekleşti. Gurubun organizasyonunda kurucu üyelerin yanı sıra, yürütme kurulu, bilimsel kurul gibi yeni kurulların da yapılandırılması kararı alındı.

Ayrıca bu sempozyumun yapılış amaçlarından bir tanesi olan iller bazında sağlık çalışanlarının sağlığı meclislerinin oluşturulması kararı da dünkü toplantıda alınan kararlar arasındaydı. Çünkü bu sempozyumun ardından İTO sekreterliğinde bütün kurumlara davetiye gönderip, onlarla birlikte İstanbul zelinde "İstanbul Sağlık alışanlarının Sağlığı Meclisi" oluşturmayı ve bu meclisleri yaygınlaştırmayı düşünüyoruz.

Bunların yanı sıra sağlık çalışanlarını temsil eden kurumsal yapılardan sağlık işyerlerine, kurumlara yazılar yazarak yasalar gereği sağlık çalışanları açısından görev ve sorumluluklarını hatırlatarak bunları gerçekleştirmelerini isteyeceğiz.

Bir diğer olay ise acil kliniklerinde şiddet en ağır şekilde yaşanıyor. Yıllardır onların sorunlarını görünür hale getiremedik. Yine İTO ve sağlık çalışanlarının sağlığı çalışma grubuyla birlikte bu konuda da rapor hazırlayacağız.

Sağlık alışma alanlarında işyeri risk değerlendirmesi çerçevesinde mesleki riskleri ve sağlık çalışanları açısından yapılması gereken işe giriş, periyodik muayenelerde dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda da çalışma yapılması kararı alındı.

Çalışma gurubu olarak her geçen gün daha etkin olmaya çalışırken sizler de bu çalışmalara destek verip katılıyorsunuz. Çalışma grubu olarak sizlere teşekkürlerimizi iletiriz.

TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA KOŞULLARI VE GELECEĞİ

Yürütücüler:

Gürsel Kaya
Devrimci Sağlık İş Sendikası

Ümit Şen
İstanbul Tabip Odası

Konuşmacı:

Cavit Işık Yavuz
Toplum ve Hekim Dergisi Hakem Kurulu

Gürsel Kaya

Devrimci Sağlık İş Sendikası Genel Sekreteri

Dostlar, sermaye kendi boşluğunu ve kendi ihtiyaçlarını karşılıyor. Her geçen gün bakıyoruz yeni bir torba yasa, o da amacını aşıyor ve çuval yasaya dönüşüyor. Biraz önce hocamın da dediği gibi, ücretli kölelik dediğimiz taşeron sistemi, bu ülkede yaygın çalışma şekli haline getirildi ve bu önümüzdeki yıllarda daha yaygınlaşacak. İşin en vahimi bunun karşısında sendikaların ve sivil toplum kurumların direnç gösterecek, karşı çıkacak ve mücadele edecek durumlarının olmaması. Bununla birlikte iktidar, kendisine karşı çıkacak sendikalara karşı kendisiyle uyumlu yandaş sendikaları kurarak yaygınlaştırmaya çalışıyor. Bu da önümüzdeki dönemin en büyük handikaplarından birisi olacak.

Evet, sermaye bunları yapıyor. Daha fazla kazanmak ve emekçileri daha fazla sömürmek için bunları yapıyor ancak biraz önce söylediğim gibi mücadele eden ve direnç gösteren sendikaların da önü kesiliyor ya da kesilmeye çalışılıyor. Burada bu politikalara direnç göstermek sadece biz cılız sendikaların yapabileceği bir şey değil. Sağlıkta çalışan; omuz omuza mücadele verdiğimiz, omuz omuza hizmet verdiğimiz, hocasından taşeron işçisine kadar, eğer biz bu mücadeleyi içselleştirebilirsek, eğer birimize ekonomik, sosyal ya da fiziki anlamda dokunulduğu zaman, “biz buradayız” diyebiliyorsak, kendimizi ayrı bir yere koymazsak bu işi biraz daha kolay çözebiliriz. Yani bir doktor arkadaşımız şiddet gördüğü zaman, bir taşeron işçi “hekimime dokunma” diyebiliyorsa, orada biz buna “dur” diyebiliriz. Veyahut bir taşeron işçiye herhangi bir haksızlık yapıldığı zaman, hekimimiz ya da hemşire arkadaşımız “bu benim sağlık çalışanı arkadaşımıdır ona sahip çıkıyorum” diyebiliyorsa, bunu içselleştiriyorsa ancak o zaman bu işi çözeriz.

Şimdi ben meslek hastalıklarından kaynaklanan birtakım şeyleri söyleyeyim size. Bizim çalışan arkadaşlarımızın yüzde 80’i kadın, 45-50 kilo. Temizlik işçisi olarak alınıyor ama temizliğin dışında her işi yaptırılıyor, taşeron işçi arkadaşlara. 45 kiloluk bir kadın arkadaşımıza, 90 kiloluk hastayı yatırıp kaldırtıyoruz. Bütün arkadaşlarımız bel fitiğinden mustarip. Bu bir meslek hastalığı ama kimse bilmiyor. Başka bir örnek vereyim size arkadaşlar. Çok acı bir örnek. Arkadaşımızın eline iğne batıyor. İlk başvurduğu şahıs ekip arkadaşı. Beraber çalıştığı hemşiresi, doktoru... Çok yakın zamanda yaşadık biz bunu, hala arkadaşımız tedavi görüyor. Hemşire arkadaşının yanına gidiyor ve diyor ki “Benim elime iğne battı”. Hemşire de “Bir şey olmaz” diyor. Bugün o arkadaşımız karaciğer yetersizliğiyle mücadele ediyor. Ve biz bunu ispat edemiyoruz. Yani iş kazası olduğunu ispat edemiyoruz. Sırf o arkadaşımız iki satır tutanak tutmadığı için. İnsafsızlık yapmak istemiyorum. Ama bu gerçekten birebir yaşadığımız şeyler. Hastanelerde yaşadığımız şeyler.

Bir örnek daha vereyim arkadaşlar. Radyolojide filmler çekiliyor. Teknisyen arkadaşlarımız, suçlamak adına söylemiyorum kesinlikle yanlış anlamayın, bütün önlemlerini alıyor. Ama yanında çalışan taşeron işçiye sormuyor; “Senin koruyucu giysin ya da önlemin var mı?” diye. Biz eğer bunları içselleştirirsek arkadaşlar, biz birbirimize sahip çıkarsak bunları aşarız. Bizim bizden başka dostumuz yok. Bize yardım edecek hiç kimse yok.

Biz şunu yapmak zorundayız. Her toplumda bir takım insanlar birtakım misyonlar ve görevler üstlenirler. Bizim görevimiz de, doğamızdan insanımıza, okulumuzdan yaşamımızın bütün alanlarına kadar, iş arkadaşımıza sahip çıkmaktır. Çünkü gerçekten taşeron sağlık işçilerinin,

kâh Çalışma Bakanlığı'nın tepesinde, kâh Meclis'in önünde, kâh hastanelerin kapısında yıllardır mücadele ediyor ve gelinen yere bakıyoruz, gerçekten eğer biz omuz omuza bir mücadeleyi sergilemezsek, omuz omuza bir mücadeleyi örgütlemesek, önümüzdeki dönemde çok iyi biliyorsunuz, sağlıkta dönüşüm programları ile bizi daha da köleleştirecekler. Bu köleşme taşeron sağlık işçileriyle başladı. Şimdi yukarıya doğru, artık hocalarımıza kadar herkesi ücretli köle haline getirecekler. Çünkü bu sistemin ihtiyacı bu arkadaşlar.

Cavit Işık Yavuz

Konu başlığını duyunca “nasıl anlatsam, nereden başlasam” diye düşünmeye başladım. Böyle bir şarkı vardı biliyorsunuz, ben size ne kadar güzel şeylerden bahsedeceğim bilmiyorum ama duygu olarak en azından bu konuşacaklarımızı güzele çevirmenin bizim elimizde olduğunu unutmadan konuya yaklaşmak gerekiyor.

Birkaç cümlede özetlememi isterseniz, çalışma koşulları ve geleceği etkileyen temel dinamik nedir diye, şöyle diyebilirim: Sağlık Bakanı'nın açıklamasına göre Türkiye'de sağlık sektörünün 67 milyar dolarlık bir hacmi var. Bugünkü konu başlığımızı belirleyen de işte bu sağlık sektörünün küresel kapitalizmin ihtiyaçlarına göre şekillendirilmesi, gelecek meselesine ilişkin olarak da, 2023 yılında bu piyasanın 160-170 milyar dolara çıkacağı tahmin ediliyor ve önümüzdeki 10 yılda da bu ihtiyaçlar doğrultusunda dizayn edilecek. Bizim geleceğimizi bekleyen de budur.

Mutlaka görmüşsünüzdür slaytta izlediğiniz bu haberi... Şimdi hasta yakını acil servisteki bankonun üzerine çıkartan ve uçan tekme savurmasına neden olan, doktorun da tekvando bilmesi sayesinde bu tekmeden kurtulduğu habere bakınca şu soru geliyor akla: Doktoru tekvando öğrenmeye iten ve hasta yakınına deskin üstüne çıkarak tekme savurmasını gerektiren şey nelerdir?



Toplumun bizden beklentileri var, bizim de toplumdan beklentilerimiz var. Toplum istiyor ki, fedakârca çalışsın sağlıkçılar ve tıp mensupları, hep başkalarını düşünsünler, ahlaklı ve dürüst olsunlar vs. Sağlıkçı ne bekliyor? Toplumun kendisine güvenmesini bekliyor, kendi alanını kendisi düzenlemek istiyor (bunun tekelleşme gibi bir tehlikesi de var). Bu beklentileri karşı karşıya getiren de sağlık ortamı. Bugün sağlık ortamımızın simgesi olarak 663'ü söylersek, bugün aslında bu iki beklentiyi bir araya getiren, 663'le sağlık ortamı daha piyasa merkezli, kamu hizmetlerini ticarileştiren, özel sektörde sağlık-emek gücünü metalaştırarak bir piyasa ortamı yaratan bir düzenlemeden bahsediyoruz aslında. Sağlık hizmetlerinin özelliklerini uzun uzun anlatmama gerek yok. Bir işlevi var, bu işlevleri yerine getirmek için de sistemin ihtiyaçlarına göre değişen bir fonksiyon gösteriyor.

Sağlık sektörü emek yoğun bir sektör. Bu emek yoğun sektörde teknoloji girişi diğer sektörlerin aksine emek gücü ihtiyacını azaltmıyor. Tam tersine giren yeni teknolojiler yeni emek gücü ihtiyaçlarını ortaya çıkartabiliyor. Ve bu yeni teknolojilerin bütün sağlıkçılara getirdiği bir işlev değişikliği var. Hocalarımızın ifade ettiği gibi, mutlak sömürü mekanizmasıyla hareket eden bir sistem. Nedir peki bu mutlak sömürü mekanizmaları? Başlıca 3 tane olduğunu görüyoruz ve aslında bugünkü çalışma koşullarımız ile geleceğimizi belirleyen de bu.

1- İstihdam kurallarının esnetilmesi: Türkiye'deki sağlıkçılar için bunun geçerli olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü farklı istihdam modellerinin, taşeron çalışma, hizmet alımı ve sözleşmeli çalışma gibi istihdam biçimlerinin artışının gerçekleştiğini görüyoruz.

2- Çalışma sürelerinin yoğunlaştırılması: Elimizde kısıtlı sayıda veriler olsa da, bir önceki SÇS Kongresi'nde de gördüğümüz gibi, asistan hekimlerin haftada 85 saat çalışması bu başlığa bir örnek olarak verilebilir.

3- İş yoğunluğunun artırılması: Sık karşılaşılan uygulamalar başlığı: Hasta başı 4 dakikadan, günde şu kadar hastaya kadar... Aslında ne yapıyorsunuz, bir yandan sağlık hizmetinde uzmanlaşmayı artırıyorsunuz, hızı artırıyorsunuz, parça başına işi ya da zaman başına işi artırıyorsunuz, üretimi hızlandırıp standartlaştırıyorsunuz ve maliyeti de bu şekilde düşürüyorsunuz.

Benzeri müdahaleler ücretlerimizde de var. Artık ücretlerimiz başlıca üç kalemden oluşuyor. Maaş, döner veya değişken sermaye ya da değişken ücret. Ama burada önemli nokta şu; ücreti de esnekleştirerek aslında stratejik bir müdahale noktası haline getiriyor sistem. Yani bizim de ücretlerimizdeki esneklik, müdahale edilebilecek stratejik alanlardan bir tanesi haline geliyor.

İşin içine giren teknoloji artık işlevleri de değiştiriyor. Operatör doktorlar, artık robot operatörü doktorlar oluyorlar. Literatürde buna klinik torna operatörlüğü ismini vermişler tabir olarak. Dikkat çekici, yani artık cerrahlar robot operatörü oluyorlar. Kendi operatörlük bilgisini bir cihaz operatörlüğüyle beraber kullanmak durumunda kalıyorlar. Giderek de bunun getirdiği çok yoğun bir eğitim baskısı var. Bu da rekabet unsurlarından bir tanesi artık.

Sağlık hizmetlerinin içeriği değişiyor ve bununla ilgili çok farklı yeni terimler görüyoruz. Bu tabir çok kritik; diyorlar ki, "Gelecekte hastalar kendi hastalıklarını kendileri yönetecekler, sağlık personelleri de bir navigasyon cihazı gibi onlara yol gösterecek." Bunun altında birçok şey okuyabiliriz aslında. Böyle bir içerik değişimi var.

Giderek tıp, bedene indirgenip, bedeninin de metalaştığı ve iktidar haline gelmeye başladığı bir alan olmaya başlıyor. Biz sağlıkçılar da bu değişimin aracı olarak kullanılmaya başlanıyoruz. Sağlık sosyal yanlarından ayrıştırılarak, daha bedene dayalı tıp ve sağlık anlayışı geliştiriliyor.

Motto "özdeyiş" ve "slogan" olarak Türkçeleştiriliyor. Yeni dönemin "mottosu" yani sloganı rekabet. Rekabetle ilişkili olarak da kamu kurumları rekabete uygun hale getiriliyor, sağlık çalışanları da buna uygun düzenlemelerle karşılaşılıyor.

"Kârın idamesi için hemşirenin ikamesi". Çok güzel bir cümle. Kârı idame etmeniz için hemşireyi ikame etmeniz, yani yerine bir şey koymanız gerekiyor. Nedir onlar? Hemşire yardımcısı, tekniker, maliyeti daha düşük ama daha fazla iş yapacak personel anlayışı geliyor. Hem meslekler arası hem de meslek için rekabet yaygınlaşıyor. Hekimler kendi aralarında ve yaklaşık 10 başlıktaki klinisyen türleriyle rekabet ediyorlar. Kamu kurumları rekabete uygun hale getiriliyor. Bunun için de neoliberal uygulamaların üç temel ilkesi hayata geçiriliyor; esnekleştirme, kural-sızlaştırma ve serbestleştirme. Bu cümle de kritik, "Sağlık çalışanları arasında, onların davranışı üzerine etki edecek rekabet teşvikleri." Performansı buradan okuyabiliriz. Performans denilen ödeme sistemi, bizim için davranışı etkileyecek rekabet teşvikidir.

Bu genel çerçevede, çok değinmeyeceğim ama hizmet ticareti anlaşmasına burada atıf yapmak lazım. Önemli bir şey söylüyor; diyor ki, "kamunun sağlık alanında hizmet sunması, tekel yaratmaktadır". Piyasa düzenlemesi açısından kamunun rekabete açık işletmeler haline getirilmesi

gerekir, bunun için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır ve buradaki en kritik noktalardan biri de, kamu sağlık çalışanlarının iş güvenliği olanaklarının esnetilmesidir. Ve bir yedek iş gücü yaratılmasıdır. Bugüne ve geleceğe dair aslında birçok şeyi özetleyen genel bir çerçeve.

“Yeni kamu yönetimi” adıyla bir yönetim anlayışı geliyor. Birçok bileşeni var. “Üretim sürecinde daha fazla disiplin”, onu biraz daha büyük puntolarla yazmak gerekli. Neler var bu başlığa giren? Otomasyon sisteminden, performans sistemine birçok başlığı var, sağlık meslekleri kurulu denen yepyeni bir kurul ve etik değerleri de dahil her türlü şeyini bakanlığın denetlediği bir çerçeve geliyor. Dolayısıyla bu hızlanan üretim sürecinde daha fazla disiplinize edilen iş gücü söz konusu. Bir de oto disiplin var tabii. Performans ücretimiz kesilir diye izne gidemiyoruz artık. Yani biz de aslında bu sisteme uyum sağlayıp -uyum sağlamaya yeteneğimiz de çok gelişmiş durumda- aslında bir rıza ve zor mekanizmasına giriyoruz.

Bu cümleler Sağlık Bakanlığı'nın fiyat genelgesiyle ilgili yazısından alınmıştır. Diyor ki, “Kamu hastaneleri artık kendi gelirleriyle kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen ve sağlık sektörünün diğer aktörleriyle kontrollü bir rekabet ortamında bulunan bir yapıdadırlar”. Kontrollü bir rekabet ortamı... Sağlık bütünüyle serbest piyasaya bırakılmıyor çünkü kamuya yönelik bazı çekirdek hizmetleri yönetmek zorundasınız. Özel sektör de buraya girmek istemiyor. Dolayısıyla bir yandan bu çekirdek hizmetleri yürütecek ve bir kamu hizmetleri havuzu ama öte yandan da piyasaya dinamiklerini bozmayacak şekilde tımar edilmiş bir kontrollü rekabet ortamı.

Sağlık sektörünü dolayısıyla şöyle özetleyebiliriz. Parçalı bir istihdam yapısı var. Uzmanlaşmış bir emek gücü var. Bazı uzmanlaşmış emek gücü o yüzden ikame edemiyorsunuz ama emek gücünün önemli bir kısmı kolaylıkla ikame edilebilen yerine başka unsurlar konabilen bir yapıda.

Anmadan geçmek istemedim. Sevgili Ata Abi (Ata Soyer) 2011 yılında yazdığı bir yazıda, aslında bugün konuşacaklarımızın çerçevesini çok güzel çizmiş. Diyor ki, “Sağlık sektörü genç bir sektör ve giderek de gençleşiyor. Kadın ağırlık bir istihdam yapısı var. TÜİK'in kullandığı bir verilere göre 3'te 1'den fazlası yardımcı profesyoneller ve profesyonellerden oluşuyor. Yarıya yakını haftada 40 saatten fazla çalışıyor. Yüzde 13'ü haftada 60 saatten fazla çalışıyor.”

Bu rakamların çok değiştiğini düşünüyor muyuz bu geçen sürede? Tersine, çalışma süresi açısından daha da artmasını beklemek lazım. 2008 yılı için 41 bin kişinin de işsiz olduğunu söylemiş. O dönemde işten çıkarmalar, poliklinik kapanmaları vs. nedeniyle. Şu cümle çok kritik: “Sağlık sektörü şimdiye kadar algılananın aksine bir meslekler birlikteliği değil, farklı çıkar ve çatışma gruplarının olduğu emekçiler topluluğu gibi görünmektedir. Uzun çalışan ve giderek fabrikalara benzeyen işyerlerinde toplanan çalışanlar ordusu.” Gerçekten bugünü de tanımlayan çok güzel cümleler, sevgili Ata Abi'yi burada sevgi ve saygıyla analım.

Gerçekten de baktığımızda Sağlık Bakanlığı yeni bir yönetmelik çıkardı. 48 farklı meslek grubu tanımı var. Bu demek ki, aslında biz 48 farklı meslek grubundan oluşan bir yapıyız. Aklıma hep şu geliyor bu sayıyı duyduğumda, 48 dernek demek bu, değil mi? Her bir meslek grubunun kendi derneği, dolayısıyla geleceğe dair de örgütlenme artışı-eksisi açısından da çok ciddi üzerinde durmamız gereken bir yapıyı ortaya çıkarıyor.

Çok ayrıntıya girmeye vaktim yok ama bu yönetmelikte ebelerin görevleri ve ebe yardımcılarının görevleri tanımlanmış. Baktığınızda aynı meslek gruplarında farklı farklı iş tanımlarını kapsayan görevler görüyorsunuz. Giderek bunlar da çeşitleniyor ve artıyor. Dolayısıyla sağlık sektöründe bir mesleki farklılaşmanın, eğitime dayalı gibi görünse de, aslında iş temelli olduğu-

nu görüyoruz. Torba yasalarla da bunun altyapısı gerçekleştiriliyor.

Bir “vekillik-yardımcılık” meselesi de var biliyorsunuz alımları durduruldu ama şunu gösteriyor: Ufacık bir yasal düzenlemeyle bu istihdam türlerinin yapısı her an değiştirilebilir. Mesela beş yıl sonra, hemşire yardımcılığı, 5 yıl klinikte çalışmış olma şartıyla mesleki unvanlı hemşirelere dönüştürülebilir. Nasıl aile hekimliği aile hekimliği uzmanına dönüştürülebiliyor, ya da yoğun bakımda çalışan hekimler yoğun bakım uzmanı olarak sayılabiliyorlar, bu kuralızsızlaştırmayla bunlar da her an değişebilir.

Dolayısıyla burada bir görev, pozisyon, mesleki eğitim farklılaşmalarının giderek çeşitlendirildiği ve yaygınlaştığını söylemek mümkün. Yakında uzmanlar birbirlerine şöyle soracak: “Arkadaş sen uzaktan uzman mısın?”, “Yakından uzman mısın?”, “Sertifikalı uzman mısın, ihtisaslı uzman mısın?” Bu da aslında bambaşka bir başlık, tartışılması gereken.

Dünyanın ilk yoğun bakım uzmanı Türkiye’de oldu! Yoğun bakımda bir süre çalıştığını belgeleyen kişinin uzman sayılması dünyada bir ilk! Bunların bundan sonra da yaygınlaşması bizi şaşırtmamalı çünkü neoliberal uygulamalar kesinlikle kural tanımıyorlar ve piyasanın gerektirdiği ihtiyaca göre düzenlemeler hemen yapılıyor. Bu dünyada da böyle, dünyada bu tip bir hekim anlayışı var. ABD’de hekim yardımcılığı oldukça popüler. Hekim yardımcılığı programı artırılıyor. Yıllık gelirleri de fena değil, 100 bin dolara yakın. Hekim yerine istihdam ediliyorlar, daha ucuz iş gücü ve maliyeti sağlıyorlar. Yakında bizde de gündeme gelebilir. Biz şimdilik ithal hekimle bu işi çözmek istiyoruz ama belki de ileride hekim yardımcılığı da söz konusu olabilir.

Tanımlar değişiyor. Klinik destek personeli... Kamu hastane birlikleri yeni alıma çıkıyor. Şu anda mevcut taşeron işçilerinin yaptığı işlerin yeni tanımı: “Klinik destek personeli”. Belirli nitelikleri tanımlanıyor, baktığımızda görev tanımı şu andan farklı değil ama artık farklı bir ambalajla bize sunuluyor. Şimdi dolayısıyla bu yapıyı tıpkı esnek üretim sürecinde olduğu gibi, birbirini çevreleyen farklı özellikteki emek grupları, sağlık emek gücü grupları olarak tanımlayabiliriz. Bir çekirdek emek gücü var sağlıkta; uzmanlaşmış olanlar, ikamesi zor olanlar. Onların çevrelerinde en dış halka, proleter çalışma koşullarına dayanan halkayı oluşturuyor. Bunun bir versiyonu da şu; artı değer üretme potansiyeli yüksek olan, performans üretme potansiyeli yüksek olan, patent geliştirme potansiyeli yüksek olan çekirdekler ve onun etrafındakiler. Ben mesela halk sağlığı uzmanı olarak bu anlamda hiçbir potansiyelim olmadığını, tersine bu alanda piyasaya tehdit oluşturabilecek bilgi ürettiğim için bu halkalara girmiyorum bile. Halkaların herhangi bir yerinde olduğumu düşünmüyorum, belki, yok edilmesi gereken bir halka olarak bile sayılabilirim!

Farklı çalışma tarzları yaygınlaşıyor. Çakılı kadro büyük bir hevesle gelmişti ama olmadı. Fakat görüyoruz ki personel konusunda tekrar bu çakılı kadro meselesi, sözleşmeli personel meselesi gündeme geliyor gibi görünüyor. Önümüzdeki dönemin belki de az da olsa artacak istihdam biçimlerinden biri.

Yapılan araştırmalarda ifade edilen bu cümle kritik; sağlık çalışanları diyor ki “Döner hariç bana maaşımın 4-5 katını verirseniz sözleşmeli çalışırım”. Bu da bize şunu gösteriyor; bu güvencesiz çalışma biçiminin, belki ekonomik şartlar gerçekleştiğinde sağlık çalışanları tarafından kabul edilebileceğini gösteriyor. Özellikle, sendika, SES tabanlı çok sayıda araştırma var. Yapılan araştırmalarda aslında memnuniyetsizlik açık şekilde görülüyor. Sağlık çalışanları fazla mesaiyi sorun olarak tanımlıyorlar, yarından fazlası çalışma sürelerinden memnun değil, 5 yıl öncesinin çalışma koşullarını daha kötü tanımlayanların oranı yüzde 60’lar civarında. Yüzde 12’si de “Ça-

İşma şartlarını eskiye göre daha iyi” demiş. Ama tabii koşul derken neyin kastedildiği, o konuda çok fazla ayrıntı ne yazık ki yok. Asistan hekimler gibi yoğun çalışan personellerde çok ciddi sıkıntı var. TTB verilerine göre ise nöbet saati ücretimiz 6 lira.

Burada kullanılan çok güzel bir tanım var, prekarizasyon; güvencesizleşme. Nitelikli emek gücüne sahip meslek gruplarının vasıf kaybetmesi ve giderek bir tür değersizlik hissi yaşaması. Sadece iş ve meslekle ilgili değil. İş ve meslekte başlayan güvencesizleşmenin duygusal hayat ve genel hayata sirayet etmesiyle tanımlanan yeni bir kavram. Belki bunun üzerine de önümüzdeki yıllarda daha çok bilgi üreteceğiz ama bu bence sağlık çalışanları için açıklayıcı. Sistemdeki konumu ve akıbeti kapitalizmin geçirdiği yapısal dönüşüm nedeniyle belirsiz hale gelmiş meslek gruplarını tanımlıyor. Geleceğimiz için üzerinde durmamız gereken kavramlardan bir tanesi.

Kısaca çok ayrıntıya girmeden bazı rakamlar verip geçeceğim. Türkiye’de rakamlar birbirini tutmuyor. TÜİK’in sosyal hizmetler başlığında yaklaşık 1 milyon kişiyiz. Sağlık Bakanlığı aynı yıl için iki farklı veri kullanıyor. Dolayısıyla kaç kişi var onu bile tam olarak bilmiyoruz ama burada önemli olan şöyle bir şey var, gördüğümüz gibi 100 sağlık çalışanından 30’u diğer sağlık personeline giriyor. Yani 3’te 1’imiz hizmet alımı ve diğer personel olarak tanımlanan gruptayız ve dış halkada duruyoruz. Kayıt dışı çalışma sağlıkta yeni karşılaştığımız bir durum. DİSK’ten arkadaşlarımızın verisi bu, henüz daha verinin orijinal metine ulaşamadım ama şu çok çarpıcı; 2010-2014 döneminde sağlık alanında ve madencilikle, 6 kat kayıt dışı çalışmada artış yaşanmış. Dolayısıyla önümüzdeki dönemde kayıt dışı çalışma, sağlık meslek liselerinden mezun olanların olduğu gibi, evde bakım hizmeti verenlerin olduğu gibi, önümüzdeki dönemin çalışma başlıklarından bir tanesi. Artık oranlarına baktığımızda da zaten, bu diğer personel ve hizmet alımının 10 yılda yüzde 164 arttığını görüyoruz. Aynı şekilde diğer sağlık personeli yüzde 168 oranında artmış. Bu artış oranları geçerli olursa, 600 bin civarında diğer personel alımı olacak Türkiye’de. Biraz önce bahsettiğimiz bu iş gücü maliyetinin düşürülmesi anlamında önemli bir unsur.

Yabancı sağlık emekçileri meselesi var. Şu anda sayıları Türkiye’de çalışan çok az. 221 kişi çalışıyor. “Umudumuz ithal doktorda”. Onların ihtisas yapıp kalmasını bekliyoruz.

Taşeron sayısı da artıyor. Kamuda en çok taşeron çalıştıran Sağlık Bakanlığı. Dolayısıyla kamu taşeron işçisi çalıştırmada birinci sırada geliyor Sağlık Bakanlığı. 2009 verilerine göre kamu taşeron çalışanlarının yüzde 62’si sağlık alanında çalışıyor.

20 bine yakın kurumda çalışıyorsunuz, bin 500’e yakın hastane... Özel sektör giderek büyüyor. Bine yakın eğitim kurumu var. Burada dikkatinizi çekmek istediğim özellikle şu; kontenjanlarda iki yıllık ve dört yıllık yüksek okul ön planda, neredeyse yarıdan fazlası sağlık meslek lisesi mezunu. Bu aslında yedek iş gücü yaratma anlamında önemli bir veri. Sağlık Bakanlığı’nın TUR-SEB’i kurmasının temel sebeplerinden bir tanesi insan gücünü aktarmak. Sağlık meslek liseleri ayrı bir başlık. Tıp fakültelerinde kontenjan artışı yüzde 98’e varıyor 2003’ten 2013’e kadar ve daha da artmasını beklemek gerekiyor.

Sendikalaşma önümüzdeki dönemin en önemli alanlarından bir tanesi. Hem sorunlarıyla, hem artılarıyla hem de ihtiyaçlarıyla. Şu an sağlık işçileri bir ay turizmde çalışıyorlarsa, sonraki ay eğlence sektöründe kayıtlı görünüyorlar. Çok ciddi bir problem, baktığımızda Dev Sağlık İş’in resmi rakamlarda üye sayısı 600 görünüyor. Çünkü kayıtlı işçiler sağlık sektöründe görünmüyor. Buna hileli çalıştırma deniyor ve mahkemeye başvuruluyor.

Kamu sağlık alanında sendikalaşma artıyor. Şu andaki veriler kamuda yüzde 70 oranında bir

sendikalaşmanın olduğunu gösteriyor. Rakamlara baktığınızda bir artış görüyorsunuz. 2014 rakamlarına göre Türk Sağlık Sen 95 bin, SES 41 bin, Sağlık Sen 205 bin üyeye sahip. Bizim önumüzdeki dönemde en önemli başlığımız sendika ve sendikalaşma, bunu unutmayalım.

Türkiye’de sağlık harcamaları ticarileşiyor. Çok ciddi sıkıntılarımız var, SGK açığı artık yapısal bir sorun haline gelmiş durumda. Bu geleceğimizi doğrudan etkiliyor çünkü şu anda sağlık hizmetleri ancak SGK ödemeleriyle ayakta kalabiliyor. Kamu hastane birliklerinin denetim raporlarında çok ilginç veriler var. Merkezi bütçeden 8 milyar geliyor, döner sermayeden iki buçuk katını kazanıyor. Bu harcamalara baktığınızda yüzde 84’ü hizmet geliri, yüzde 16’sı yöneticilerin maaşları, dönerleri ve kamu payları. Çok ciddi rakamlar var. 1-1.5 milyon lira yönetici ek ödemeleri vs. tutuyor.

Hizmet üretim giderlerinin yüzde 30’unu ek ödeme olarak alıyoruz. Geleceğe dair hızlı hızlı bitirmeye çalışayım. Özel sektörü yeterli doktor olmadığı için büyütemiyormuşuz, Sağlık Bakanımız öyle söylüyor. Önumüzdeki dönem Türkiye’de özel sektörün büyüdüğü, Türkiye’nin uluslararası bir piyasa aktörü haline gelmeye çalıştığı bir süreci izleyeceğiz.

Üç bin 500 yataklı bir hastane kompleksinde hastane çalışanlarını düşünün. Bizim artık bu önumüzdeki dönemde, sağlık emek gücü de merkezileştiği için hastanelerde, üretime daha fazla müdahale etme şansımız var, olanak olarak. Taşeronuyla hesaplıysanız 10 bine yakın bir sağlık çalışmanı olacak o hastanelerde.

Türkiye, sağlık serbest bölgesi olarak ikinci Dubai olacak. Yalnız Dubai sağlık serbest bölge projesi için 1.8 milyar dolar harcamış. Biz ne kadar harcayacağız bilmiyoruz ama Bakanlık “dört tane serbest bölge, iki tane de gemi hastane kuracağız” diyor. Sağlık turizmi yatırımları da Türkiye’nin beklediği bir unsur. Sağlık turizminden 20 milyar dolar gelir bekliyor Türkiye, 2023’te 2 milyon yabancı hastayla beraber.

Türkiye artık üç bin kilometrelik bir coğrafi alanda yakın çevre dediği 1,5 milyarlık bir nüfusa hitap etmeye çalışacak. Bunun için de fiyat tarifeleri geliyor tabii. Dışarıdan gelenlere, SGK’li olmayanlara, biraz önce söylediğimiz gibi hastanelerin piyasaya yudurulması anlamında.

Özel sektörde çok ciddi değişimler var. Satın almalar ve yatırımlar hızlanıyor. 10’uncu kalkınma planında sağlığın bir kalkınma aracı haline gelmesi, ilaç AR-GE’leri ve endüstrileşmiş bir sağlık sektörü vurgusu dikkat çekici. Ancak daha yolumuz var. Küresel rekabet forumunda diyor ki, “sağlıkta Türkiye 148 ülke arasında 59’uncu sırada”. “Daha fazla yatırım alabilirsiniz ama yetersiz iş gücünüz var artırmanız lazım” diyorlar. “Kamu bürokrasisiniz çok verimsiz, onları bize uygun hale getireceksiniz, kısıtlayıcı emek düzenlemeleriniz var, bunları esneteceksiniz; bunları yapın daha çok yatırım alırsınız” diyorlar. İşte Türkiye’de sağlığın manzarası bu.

Hasan Bey bahsetti, ben de bu verileri soru önergelerinden bulmuş ve almıştım. Bu güvenlik meselesiyle ilgili bazı veriler var, verilen yanıtlarda. Bin 905 iş kazası görülüyor SGK kayıtlarında. Şu çarpıcı; iş kanunu kazalarında 49 tane sağlık kurumu teftişi yapılmış, 2013’te de 151’e çıkmış bu. Biraz önce dedik ya, 20 bine yakın kurumda çalışıyoruz, bin 500 hastanede çalışıyoruz diye. Üstelik şu an Çalışma Bakanlığı pro-aktif bir çalışmaya geçmiş, sektör bazlı denetim de yapıyor.

Türkiye’de yaşanan süreç, kamu kurumlarında çalışan sağlık çalışanlarına daha hegemonik ama taşeron çalışanlara daha despotik emek rejimiyle yapılan düzenlemelerle geçmiştir. Artık sağlık çalışanlarının pozisyonu işlevi değişmiştir, akıbetini belirleyecek olan bunlardır. Biz TTB’nin

Tıp Dünyası dergisi için her sayı dünyadaki sağlık çalışanlarının grevlerine bakıyoruz.. Her ay dünyanın bir yerinden sağlıkçı grevi haberi var. Biliyor musunuz? Geçen yıl, 21 Haziran'da İngiltere'de, 40 yıl sonra hekimler grev yaptı. Dünyada bir grev dalgası var sağlıkılarda. Baktığınızda iki ortak nokta öne çıkıyor; ücret ve çalışma koşulları. Dolayısıyla aslında dünyada da sağlık alanı benzer bir değişimden geçiyor, biz de aslına bir grevler iş bırakmalar dönemine giriyoruz. Memleket tutuşuyor ama biz el ele tutuşalım ve bu sağlık ortamını daha insancıl bir ortama hem kendimiz hem de insanlarımız için çevirelim.

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIKLARI

Yürütücüler:

Arman Üney
Türk Eczacıları Birliği

Yeter Kitiş
Türk Hemşireler Derneği

Konuşmacı:

İbrahim Akkurt
İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı

Arman Üney

İstanbul İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisinin verdiği rakamlara göre sadece eylül ayında ülkemizde 143 işçi yaşamını yitirdi. Geçtiğimiz günlerde Somada 301 madenci işçiyi kaybettik. Üstelik maden kazalarında kaybettiğimiz işçilerin sayısı sadece Soma ile sınırlı değil. Ardından İstanbul'un orta yerinde, en modern yerinde işçiler görünen o ki en basit önlemler alınmadığı için feci şekilde yere çakılarak hayatlarını kaybettiler.

Bizler inşaat, maden, tekstil sektörlerinde, her yerde olan iş kazalarını neredeyse kanıksamış durumdayız. Artık ölen kişi sayısına bakarak tepki verir hale geldik. Tabi ülke gündemi de o kadar yoğun ve sık değişiyor ki bu konular çok çabuk unutulur hale geliyor. Sonuçta ölen işçiler öldükleri ile kalıyorlar.

Bizler sağlık çalışanı olarak, eczacılar olarak çok sık iş kazası ve şiddete maruz kalan bir gurubuz. Belki hepinizin çok yakından bilmediği bir konu olabilir. Bir eczacı olarak eczacılarında yaşadığı şiddet ve diğer sorunlarla ilgili birkaç örnek vermek istiyorum.

Çok iyi bildiğiniz gibi yanlış kullanıldığında zehir olabilen ve bağımlılık yapabilen kimyasallar var. Bu kimyasalları hastalara ulaştıran eczacılar saldırılara maruz kalıyorlar. Dönem dönem bu ilaçlara, uyuşturucu özelliğindeki bu ilaçlara ulaşamayan kişiler tarafından darp ediliyorlar, maalesef bazan da öldürülüyorlar.

Hep günlük hayatta yaşadığımız, belki çok basit gibi görünen ama dönem dönem eczacıların şiddete uğradığı olayların başında da muayene ücreti belası geliyor. Muayene ücretlerini tahsil ederken, ilaç fiyat farklarını tahsil ederken, taban fiyat uygulaması yeni başladı fiyat farkını tahsil ederken pek çok sıkıntı yaşıyoruz.

Yine bildiğiniz gibi piyasada bulunmayan ilaçlar var. Bu piyasada bulunmayan ilaçları hastalara verememekten dolayı yaşadığımız ruhsal travmalar var. Yani artık yeter dediğimiz bir noktadayız.

Türkiye'de tüm çalışanların insan onuruna yakışır biçimde, tüm güvenlik önlemlerinin işverenler tarafından alınmış olarak, uluslararası sözleşmelere uygun, yaşanabilir bir ücretle çalışmaları ve yaşamaları gerekiyor.

İnsanları köle yapan taşeron sistemine, güvencesiz çalışma biçimlerine derhal son vermek için ne gerekiyorsa mutlaka yapılmalıdır.

Bütün bunları bir bütün olarak ele almadan işçi sağlığı ve güvenliğinde bşsetmek ne yazık ki mümkün değildir.

Yeter Kitiş

Hemşirelerin temsilcisi olarak ve eczacı arkadaşşıma ek şunları söylemek istiyorum. Hemşirelerin uğradığı iş kazaları konusunda hemen hemen herşey söylendi. Ancak burada şunu da belirtmek istiyorum hemşireler sadece hizmet alanlardan değil ekip içerisinde de pek çok şekilde yöneticilerin ve beraber çalıştığı kişilerin de gazabına uğruyorlar. Bunlarla ilgili hemen hemen hergün medyada yer alan haberleri izlemek mümkün.

İleriki zamanlarda basına konu olmamak dileği ile...

İbrahim Akkurt

Öncelikle bu konuşmanın özü nereden çıktı onu izah etmek istiyorum. Bu çalışma geçen seneki 4'üncü Sağlık Çalışanları Kongresi'ne sunduğum bildirimini biraz daha genişletilmiş hali. Bu kongrelerin ilk üçüne gidememiştim, dördüncüsüne gitmek istedim ama gitmemi zorunlu kılacak bir bağımın olması gerekiyordu. Tesadüfen duyuruların geldiği bir dönemde hastanede nöbetteydim. Hızlı bir şekilde bilgisayarındaki kaynakları tarayarak sabaha kadar bir bildiri özeti yazdım ve gönderdim. Konu biraz çarpıcı olduğu için kırmadılar, sağ olsunlar kabul ettiler. Bu özeti gönderdiğimde kafamda tasarladığım çalışma için 7 tane kaynak belirlemiştım: ILO'nun 2013 28 Nisan deklarasyon kitabı, Dünya Sağlık Örgütü'nün bir yayını, bir Avrupa Komisyonu raporu, ülkemizden SGK ve Sağlık Bakanlığı'nın verileri. Bulguları ki Cavit hoca biraz önce bahsetti, sağlık çalışanı toplam sayısı benim bulduğum kaynaktaki 670 bin yazıyordu ki bunun üçte biri hizmet alımı yani taşerondur. Taşeron da dahil olmak üzere bu kadar çok sayıdaki sağlık çalışanında meslek hastalıklarının sayılarını ve uluslararası-ulusal verilerle karşılaştırmasını irdeledim. Elimdeki AB'nin istatistiksel bir anket çalışmasında çalışanlarda işe bağlı hastalık oranı yüzde 8'lere kadar varan şeklindedir ki buna göre bizim sağlık çalışanlarında yılda 50 bin civarında meslek hastalığı ya da işe bağlı hastalık demektir ki bu oldukça fazla bir rakamdır. Bizim TÜİK'in hazırladığı benzer istatistiklerdeki işe bağlı hastalıkların görülme oranını tüm sağlık çalışanlarımıza uyarladığımızda yılda 20 bin civarında meslek hastalığı tanısı konulmasını beklememiz gerekiyor. ILO ve Dünya Sağlık örgütünün her fırsatta telaffuz ettiği Harrington'un klasikleşen oranı olan "çalışanların binde 4-12'sinde her yıl meslek hastalığı beklenir" saptamasına göre sağlık çalışanlarımızda her yıl binli rakamlarda meslek hastalığı- işe bağlı hastalık- bildirimini kayıtlara girmesi gerekiyor. Ama ülkemizde gerçekte meslek hastalığı olmayan fakat başka da kaynak olmadığı için SGK'nin kayıtlarına baktığımızda sağlık çalışanları ile ilgili olarak 2012 için 5 adet yasal meslek hastalığı tanısı konulduğunu görüyoruz. Tıbbi meslek hastalığı sayısı ise 0 -sıfır- dır çünkü kayıtlarımızda böyle bir tanımlama yok; bunu tanımlayacak böyle bir sistemimiz yok. Bu tablo sadece sağlık çalışanlarında değil tüm çalışanlar için maalesef benzer durumdadır. Peki, neden böyle? Çünkü bu durumun, bu tablonun nedenlerinin olması gerekiyor; bizim bu nedenleri ortaya koymamız gerekiyor. Bunu ortaya koymak için hastalıkları irdeleyip tanımlayacak hekimin bir yeri işaretlemesi gerekiyor ama öyle bir sistem yok. Yani sıfır. Yasal bir yol var tüm dünyada olduğu gibi, bu yasal yol doğrudan maluliyet-tazminat odaklı olduğundan çoğunlukla sonuçsuz bir yoldur. O nedenle ki "ILO 2013'te meslek hastalıklarını gizli bir epidemi" olarak tanımlamıştır. Yani ortada dünya ölçeğinde bir epidemi hatta pandemi yani bir salgın var ama bu gizli çünkü tanımlanamıyor. Bu epidemiyi evrensel ölçekte tanımlayacak, ciddi bir şekilde izleyecek kurum kim? Tabii ki öncelikle sağlıkta dünya ölçeğinde sorumlu olması gereken ana güvence kaynağımız Dünya Sağlık Örgütüdür. Ancak maalesef sık sık değişik platformlarında da ifade edildiği gibi DSÖ bu konuda "başını kuma gömmekte"dir. Başını kuma gömme deyimi hep devekuşları için kullanılmıştır; oysa biz insanlığın bu kuşlara çok haksızlık ettiğimizi düşünüyorum. Çünkü gerçekte deve kuşları hiçbir zaman başını kuma gömmezmiş; herhangi bir tehlike olduğunda, gövde o kadar yüksek ki, öyle başı en alt kısımda olarak kendini savunmaya çalışmış ve biz bunu başını kuma gömüyor gibi algılayıp öyle bir algı yaratmışız. Oysa özellikle meslek hastalıkları salgınında olduğu gibi ciddi sağlık ve sosyal olaylarda başını kuma gömen aslında biz insanlarız.

Bu ILO'nun 2013'teki deklarasyonundan hazırladığım bir slayt. Dünyada her yıl işe bağlı kaza ve hastalıklardan 2 milyondan fazla insan ölmektedir. Bunların 300 bin küsürü iş kazalarına bağlı,

geri kalan 2 milyonu ise meslek hastalıklarına bağlıdır. Yani her yıl çalışma yaşamındaki risklere bağlı ölümlerin yüzde 14'ü iş kazaları, bunun altı katından fazlası (%86) ise meslek hastalıklarına bağlı diye söylüyor; kim söylüyor bunu? ILO söylüyor. Buna başka bir açıdan baktığımızda dünyada günde 5 binden fazla meslek hastalığına bağlı ölüm, yani dakikada dörtten fazla ölüm gerçekleşiyor maalesef. Bu deklarasyonda ILO çok çarpıcı ve başka bir şey söylüyor ki bunu yıllardır tekrarlıyor da “dünyada her yıl 160 milyon meslek hastalığı var” deniliyor. Ancak bu bir tespit mi; beklenen rakam mı orası belli değil. Bu işi kendine dert edinen biri olarak bu 160 milyon rakamını iyice sorguladım; artık iki tuşla dünyada hemen her ülkenin belgeli rakamlarına ulaşılabilir. İşte bunu araştırdığımda kabaca en yüksek meslek hastalığı sayısının Amerika Birleşik Devletleri'nden olduğunu; yılda 200-250 bin meslek hastalığı bildirimini olduğunu saptadım. Bu şekilde dünyada ulaşılabilen tüm verileri topladığım zaman yani Yeni Zelanda da dahil dünyada ulaşılabilir tüm verileri topladığımda dünya da bildirilen, kayda giren meslek hastalığı sayısının 1 milyonu geçmesinin mümkün olmadığını saptadım. Yani ILO'nun kaynaklarında ya da söylemlerinde teorik olarak 160 milyon/yıl meslek hastalığı telafuzunun bir tespit değil, bir beklenti olduğunu; kayıtlara bunun 1 milyonunun bile geçmediği görülüyor. Biraz dikkatlice ILO'nun 28 Nisan 2013 raporu incelendiğinde aslında ILO kendi raporunda da bunu ifade ediyor. Kendi raporunda ILO diyor ki, Çin'de 2011 yılında saptanan kayda geçirilen meslek hastalığı sayısı 27 bin. Şimdi bu 160 milyon rakamı gerçekten doğru bir rakamsa Çin'in çalışma koşulları herkesçe biliniyor ama genel koşullar gibi olsa milyonlarla ifade edilebilecek yani en az 20-30 milyonluk bir meslek hastalığı sayısının olması gerekir. Hadi Çin'i geçelim, Avrupa Birliği ülkelerine bakalım; Avrupa Birliği ülkelerinde biraz önce bahsettiğim Eurostat çalışmasında işe bağlı hastalıkları sorguladıkları çalışmaya göre en az 23 milyon meslek hastalığının olması gerekiyor iken Avrupa Komisyonu'nun 2013 raporunda 29 Avrupa ülkesinde saptanan, kayda giren meslek hastalığı sayısı 140 binin altında bildirilmiştir. Ülkemize baktığımız zaman 20 milyon çalışanı göz önüne aldığımızda 10 binleri aşan, 80 binlere varan, hatta TÜİK'in 2008 verilerine göre yüz binleri aşacak sayılarda meslek hastalığının her yıl kayıtlarımıza girmesi gerekir. Ancak maalesef bu sayıların hiçbir zaman olmadığını biliyoruz; daha önce binli rakamlarda olan yıllık meslek hastalığı sayısının son on yılda 500'lü rakamları hiç aşmadığı hepimizin malumdur ki geçen yılki sayı 395 idi. Şimdi burada bir sorun var. Yani meslek hastalıklarının tespitinde büyük bir sorun var. Haziran ayında Dünya Sağlık Örgütü'nün de katıldığı, oradan temsilcilerin de katıldığı bir sempozyumda bunu ısrarla dile getirmeye çalıştım ve tam o dönemde de Soma olmuştu. Soma katliamı ya da faciası ki bu “fitrat” diye ifade edilmişti. O nedenle haziran ayında DSÖ'den de temsilcilerin bulunduğu sempozyumda şöyle bir slayt dizaynı yaptım: ...izin verirse, ... isterse; kesinlikle meslek hastalıkları tespit edilebilir. Yani bu isteğin 3 nokta olarak

gösterdiğim öznesine istediğinizi koyabilirsiniz. Ama bir şekilde bir izin gerekiyor.

Şimdi izin meselesini şöyle izah etmeye çalışayım: burada izin meselesi aslında bir dengedir. İşçi sağlığı güvenliği ya da çalışan sağlığı güvenliği, (ki doğru-su “çalışan sağlığı güvenliği” terimini kendi adıma daha bir benimsiyorum) olarak baktığımız



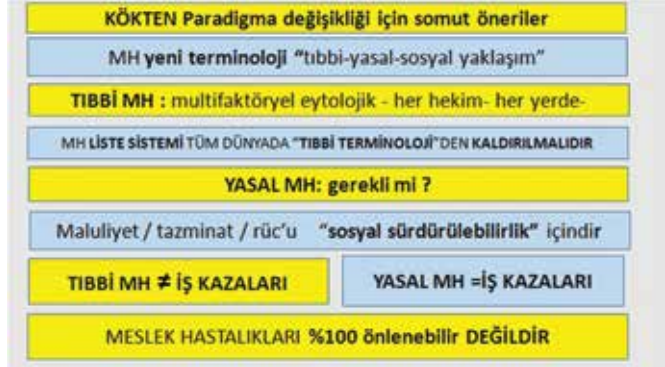
zaman bu sağlık ve güvenlik boyutunun iki temel komponenti var. Sağlığı koruyucu düzenin bozulmasındaki patolojilerin ismi meslek hastalığıdır. Güvenliği yani çalışma ortamındaki güvenliğin bozulmasındaki patolojilerin adı iş kazasıdır. Hastalıkların tümünün sorumlusu, yetkilisi, koordine edicisi, takipçisi olması gereken kurum ülkelerde sağlık bakanlıklarıdır. Çalışma ortamlarındaki güvenliğin sorumlusu, takip edicisi, dizayn edici ana erk ise Çalışma Bakanlığı'dır. Dünya ölçeğine olaya baktığımızda ise hastalıkların yine tüm perspektifini aldığı-mız Dünya Sağlık Örgütüdür. Çalışma ortamlarındaki her türlü çalışma koşulunu dizayn eden ise Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'dür. Şimdi bunların da üzerinde demek ki bir güç var ki bu sorun everensel ölçekte çözümlenemiyor. Bunların üzerindeki güç ne olabilir? Dünya Sağlık Örgütü'nün üzerinde acaba isminden de kaynaklanan güç Dünya Bankası mıdır? ILO'nun üzerindeki güç de acaba IMF veya benzeri bir yapı mıdır? Çünkü eğer çalışma yaşamında gerçekten temel amaç sağlığı korumaksa çalışma alanlarında sağlığa tehdit oluşturan etyolojik faktörleri tanımlamak gerekir ki bu da ancak ve ancak bir sistemle olabilir. Ki ben bunu "tıbbi meslek hastalığı tanı sistemi" diye isimlendiriyorum. Çünkü çalışma yaşamında o kadar çok değişik maruziyetler var ki sadece kimyasal moleküllerin sayısı milyonda ifade ediyor; bunların %90'ından fazlasının etkisini henüz bilmiyoruz. Bu nedenle çalışma ortamlarında bulunan her türlü kimyasal, biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyal risk faktörünün etkilerinin görünür hale gelmesi için bir meslek hastalıkları – işle ilgili hastalıklar- tanı sistemin dünyada ve bizde olması gerekiyor. Ancak eğer temel amaç, çalışma ortamındaki zararlıların görünür hale getirilmesi değil de, "kar maksimizasyonu için artı değeri korumaksa" ve bu artı değeri korumayı da bir sigortacılık kolu kanalıyla yapmaksa, o işi o zaman sıkı-bıktırıcı ve sonuç almayıcı bir kurallar silsilesine bağlamak gerekir ki bu da "yasal meslek hastalıkları tanı sistemi"dir.

Yasal meslek hastalığı gözle görünen iş kazasıyla kategorik olarak aynıdır. Çünkü ikisi de belirli bir hasar bırakmışsa, yani maluliyet bırakmışsa ki bizim tüzükte bu maluliyet bir örgüt adı gibi geçmektedir: MKGAO, "meslekte kazanma gücü azalma oranı" tespit edilmeden herhangi bir yasal işlem yapılamaz. Bunun yapılmasının nedeni de tazminatıdır. Yani bir tazminatın belirlenmesi için kişideki hasarın yani maluliyetin (MKGAO)'nın bilinmesi gerekiyor. Bu nedenle yasal meslek hastalığı iş kazasıyla yasal anlamda aynı kategoridedir. Ki bu durumda da yasal meslek hastalığına göre iş kazası daha şanslıdır çünkü meslek hastalığına göre tespiti nispeden daha kolaydır; saklanamaz. Ama yasal meslek hastalıklarında tanı süreci yıllarca devam edebilecek bir uğraşı gerektiriyor. Yani bir kaostur meslek hastalıklarının yasal takibi ki biraz sonra bahsedeceğim. Doğrusu yıllardır bu sistemde bir sakatlık var diye düşünüyordum ama bu kadar da net bunu ifade eden ilk kişi bence AT Mony oldu. Dilimize de çevrilen kitabını 257'nci sayfasında "meslek hastalıkları bildirim ve meslek hastalıklarının kabulü işlemleri tuzaklarla ve aşağı-lamalarla dolu zahmetli bir yoldur ve nihayetinde gülünç rakamlar için bu kadar tuzaklar ve aşağılamalar vardır" diye söylüyor. Ve bunu söyleyen bir sosyolog, halk sağlığı doktorası da olan bir kişidir. Ve bu kişi, yıllarca Fransa ISG kurumunun başında bulunmuş; meslek hastalıkları kabusunun çözümü olarak da "yeni bir meslek hastalıkları tanı sistemi: tazminat sisteminden tamamen bağımsız- bir meslek hastalıkları sistemi öneriyor. Bu konudaki şu cümlesi çok çok önemlidir; bu cümleyi eğer yaşama geçirebilirsek yani "Çalışma hayatına bağlı zararlıların görünür hale gelmesine olanak sağlamalı" cümlesi işin püf noktasıdır. Yani şu an öyle bir sistem var ki biraz önce Cavit Hoca'nın bahsettiği "sağlık sektörleşti" söylemi oldukça doğrudur. Ki ben şu anda emekli bir öğretim üyesi olarak o sektörün elemanlarından biriyim; 15 dakikada bir slotlar çalışıyor, 4-5 gündür kongre nedeniyle hastanede yokum; yarın sabah 8 buçuğu düşünemiyorum; 15 dakikada bir slotlar ve o dediğiniz, gösterdiğiniz bank, klinik bankı değil poliklinik

bankıdır. Orası para makinesinin beynidir. Yani hastaneler şimdi resmen birer bacasız fabrikadır. O fabrikanın içinde çalışma hayatına bağlı zararlıların görünür hale gelmesine olanak yoktur. Çünkü böyle bir tanımlama, anlayış yoktur. Ama eğer bir şey yapmak istiyorsak, gerçekten de bir şey yapmak istiyorsak ILO'nun dediği gibi bir "paradigma değişikliği" gerekiyor ama kökten gerekiyor. Bunun için de yeni terminolojiler gerekiyor. Yani şu ana kadar kitaplarımızda olmayan, koca kitaplarımızda olmayan "tıbbi meslek hastalığı" diye bir terminoloji gerekiyor.

Yeniden bir yasal tanımlama gerekiyor. Meslek hastalığının her hastalıkta olduğu gibi bir etyoloji olduğunu ve her hastalığın birden fazla faktörle olabileceğini ve her hekimin her yerde düşünmesi gerektiğini bunun koşullarını ve bunun kayıt altına alacak yeni bir sistem gerekiyor. ILO'nun 1940'larda sunduğu ve hala ısrarla savunduğu "meslek hastalıkları liste sistemi" büyük bir tuzaktır. Bu tuzağı ILO'ya yaptıran güçlerin, ülkelerin başında Fransa geliyor. Bu liste sisteminin kesinlikle bugün için tıbbi bir terminolojisinin kesinlikle olmaması gerektiğini söyleyen de yine bir Fransızdır. Artık öyle bir noktadayız ki "yasal meslek hastalığı gerçekten gerekli mi?" sorusunu sormamız gerekiyor ki bunun gerekleri yani maluliyet, tazminat, rücu vesaire zaten sosyal sürdürülebilirlik olaylardır. Yani belli koşulları bir şekilde devlet erkinin sağlaması gerekiyor. Bu aşamada hala biz "tıbbi meslek hastalığı" nı tutup da bir "iş kazası" kategorisinde değerlendirilmeye çalıştığımızda sonu olmayan bir girdaba girmiş oluyoruz.

Bu alanda değişmesi gereken en büyük paradigmalardan biri de koca koca kitaplarımızda yazan ancak son 10 yıldır halk sağlığı abilerimize de bu söylemin yanlışlığını anlatamadığım bir konudur. Kitaplarda yazan yanlış: "iş kazaları yüzde 98 önlenir; meslek hastalıkları ise yüzde 100 önlenir" patolojilerdir. Hayır, bence olay kesinlikle böyle değildir; meslek hastalıkları tespit edilemediği için göreceli olarak hep "önlenir" diye kabul edilmiş, "bize yutturulmuştur. Çünkü bunları gerçek anlamda etyolojik bir tanımlamayla kayda alacak bir tespit sistemi yok. Oysaki tespit sistemi olmuş olsa yani basit bir Aristo mantığı ile düşündüğümüzde, ILO'nun da dediği gibi iş kazalarından 6 kat daha fazla görünmesi gerekiyorsa (ki ölümlerde bu böyledir) iş kazalarında önlenemezlik yüzde 2 oranında olduğunda meslek hastalıklarında da en az bunun 6 katı olması gerekmez mi? Ki bu oran gelecekte daha da artacak çünkü çok farklı riskler çalışma yaşamına geliyor. Bugünkü teknolojinin önleyiciliğinin yetersiz kalacağı yeni

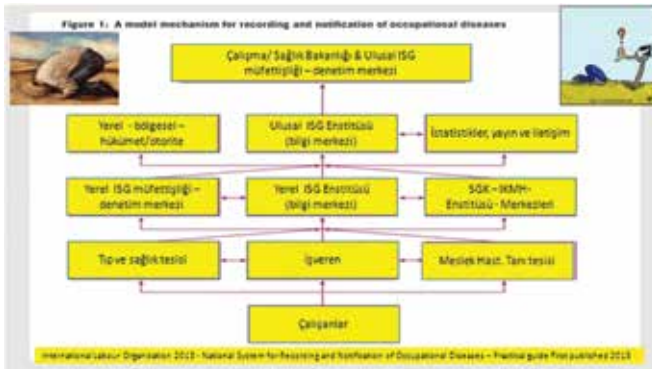


teknolojiler geliyor; nano teknoloji ve bunun ana maddesi olan nanoparçacıklar günlük yaşamımıza geliyor. O nedenle meslek hastalıkları tanı sisteminde gerçekten de çok kökten bir paradigma değişikliği gerekiyor. Bu kökten paradigma değişikliğinde iğne çuvaldız meselesi var.

Önce biz hekimlerin tüm eğitim sistemimizde ciddi bir paradigma değişikliği gerekiyor. Sonra da sistemde çok ciddi bir paradigma değişikliği gerekiyor. Algımızda da tıp fakültesinden itibaren her aşamada ciddi bir paradigma değişikliği gerekiyor ki bunu Dünya Sağlık Örgütü değişik zamanlarda ifade ediyor ve Ramazzini'yi refere ederek. Yani Dünya Dağlık Örgütü'nün ifadesi meslek hastalıklarına ancak dünyanın en gelişmiş yerlerinde bile yüzde 1'le 5'ine tanı konulabiliyor. Bunun da sebebi diyor, üç yüzyıl önce Ramazzini'nin dediği gibi hekimler kendilerine gelen hastalara mesleklerini sormuyorlar. Ne iş yaptıklarını sormuyorlar. Bunu artık bizim aşmamız lazım. Bu nedenle bizim kesinlikle en azından birkaç dakika zaman ayırıp bir şekilde kişinin yaptığı işi anlatmasını, çalışma ortamındaki maruziyetleri anlatılmasını, o etyolojileri bize söylemesine zaman ayırmamız lazım. Yani tek başına "ne iş yapıyorsun?" şeklinde bir soru yetersizdir; bu soruya yanıt olarak anamnez formlarına yazılan "işçi-memur-esnaf-esnaf-serbest-emekli vb" tanımlamalar spesifik değildir, maruziyet konusunda hiçbir şey ifade etmez...



- Bir kaza veya yaralanmanın mesleki olup olmadığı hemen her zaman zor değildir- açıktır... Ancak bir hastalık ile kimyasal, biyolojik, fiziksel veya psikososyal risk arasında ilişki kurmak her zaman komplikedir...
- * Hastalıklar çoğunlukla multifaktöryel sebeplidir; ev-izyeri- çevresel vb. maruziyetler ayrı anda olabilir...
 - * Tek bir mesleki maruziyet değişik organ ve sistemlerde değişik patolojilere --semptom ve hastalıklara yol açabilir...
 - * MH konusunda eğitimi olmayan sağlık sunucuları mesleki bir risk ile hastalık arasında her zaman bağ kuramayabilirler...
 - * Çalışanlar semptomları-hastalıkları ile çalışma koşulları arasında her zaman bir bağ kuramayabilirler...
 - * Bazı hastalıkların ortaya çıkması ile ilk maruziyet arasında bazen yıllarca süren bir zaman aralığı olabilir;bu nedenle her hastada ayrıntılı maruziyet anamnezi ile mesleki riskler ortaya konulmalıdır
- International Labour Organization 2012 - National System for Recording and Notification of Occupational Diseases - Thematic guide First published 2012



Bir diğeri ise sistem değişikliğidir. Çalışma yaşamında İSG sistemi hala ILO'nun 1919'da kuruluşundan itibaren kurduğu sistemdir. ILO'nun bu sistemi dikey bir sistemdir. ILO o dönemde 1917'ye karşı hatta daha da gerilere gidecek olursak 18'inci yüzyıldaki sosyal çalkantılara karşı kurulan özünde işçilerin kurduğu görünümü verilen aslında kapitalist rekabet sistemini

korumayı amaçlayan bir stratejiydi. Bu o günkü koşullarda nispeten belki doğru, gerekliydi. Ancak 1940-50 lerden itibaren çalışma yaşamında iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortacılık kolunun oluşturulmasıyla aslında alt üst oldu çünkü burada ILO'nun üçüncül koruma dediği aslında şu anda dünya literatürüne geçen yıl DSÖ kanalıyla soktuğum bir "dördüncül koruma" idi. Bu nedenle bizim bir şekilde dünyadaki bu yanlış kurguyu kökten değiştirmemiz, tıbbi meslek hastalığı tanı sistemini ülkelerin Sağlık Bakanlıklarının kaydına sokmamız gerekiyor. Bu aynı zamanda gelecekte hukuka da delil teşkil edecektir. Gerçekte şu anda ne üniversiteler ne eğitim araştırma hastaneleri ne meslek hastalıkları hastaneleri hiçbiri meslek hastalığı tanısı koymuyor. Ülkemizde sadece ve sadece bu tanıyı SGK bünyesindeki iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortacılık kolunun müfettişlerinin oluru ve bu konuda kurulmuş olan adına konsey denilen oradaki birkaç kişiden oluşan bir kurul koyabilmektedir. Bunların da SGK tüzüğüne uyarladıkları patolojiler ve bu patolojilerin yaptığı maluliyet derecesi (MKGAO) hesaplananlar ancak meslek hastalıkları olarak ülkemiz resmi kayıtlarına geçmektedir. Oysa benim yıllardır önerdiğim tıbbi meslek hastalığı tanı sistemi çok basit, her yerde, her hekimin bir şekilde hastasını sorgulaması ve onu kayda girmesidir. Bu sistem hem çalışma ortamındaki sağlığı bozucu etmenleri, etyolojileri gösterecek hem de gelecekte verilmiş olan zarar için yasal bir dayanak oluşturacaktır. Bunu en temel olarak basitçe yani burada bulunan birkaç kişiye test yapsak eminim en az 10-15 kişide meslek hastalığı çıkar. Örneğin KOAH diye bizim meşhur bir hastalığımız var. Bu KOAH' yani "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı"na neden olan bir sürü etken sayılır ki en başında sigara gelmektedir. Ama bu etmenlerin ikinci sırasında mesleksele maruziyetler gelir. Yani mesleksele maruziyeti olan bir kişide sigara olayı yoksa o kişide 40-50 yaşına kadar gelmeyi sağlayacak bir genetik defekti de yoksa ve mesleği de tozlu, kimyasal, dumanlı bir şeyse buna mesleki KOAH dememek için herhangi bir neden yok. Yani bu KOAH, zaten KOAH tanısından ama mesleki diyecek olursak ne faydası olacak:

1. İlk faydası bir şekilde bu meslek hastalığını, o ortamda KOAH'a neden olan etyolojiyi kayıt altına almış olacağız.
2. O hastayı, o hastalığı yapıcı ortamlardan uzaklaştırarak progresyonunu önlemiş olacağız (üçüncül korunma).
3. O ortamda bulunan başka kişilerde de KOAH olup olmadığını saptamış olacağız (ikincil korunma).
4. O ortamın KOAH yapıcı bir ortam olmasını, yani Çalışma Bakanlığı'nın esas görevini –(birincil korunmayı)- yapmasını temin etmiş olacağız.
5. Ve böylece esas dördüncül korunmaya da zemin teşkil edecek bir kayıt sistemi oluşturacağız.

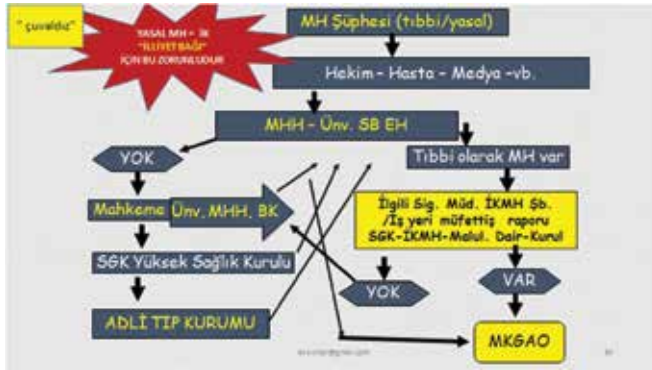
Peki, bu sistemi uygulayan bir ülke var mı? Bu sistemi birebir şu anda uygulayan benim bildiğim bir ülke yok ama proaktif yaklaşım açısından Hollanda benzerini uygulamak için birtakım girişimlerde bulunmuş vaziyette. Bu nedenle biz ve Hollanda'yı kabaca karşılaştıracak olursak: Hollanda'nın 7 milyon çalışanı var; bizim 2012'deki verilerle göre 20 milyon civarında çalışmamız var. Hollanda da tıbbi meslek hastalığı olarak kayda giren olgu sayısı aynı yıl için 7 bin civarında iken bizde 0 –sıfır- yani hiçbir kayıt yok. Hollanda yasal meslek hastalığı kavramını sosyal sürdürülebilirlik koşullarını temin ettikleri için literatürlerinden kaldırmışlar; bizde ise yasal meslek hastalığı sayısı 500 civarında. Hollanda bu durumu proaktif yaklaşım olarak sunuyor ve bu yaklaşımı şu anda Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Çalışma Örgütü gündemine almak durumundadır. Uluslararası Çalışma Örgütü 2013'teki raporunda tanımladığı meslek

hastalığı bizim iş güvenliği kanununa giren etyolojik bir tanılamadır. Ama maalesef hala ILO liste sisteminde anlaşılabilir bir şekilde ısrarcıdır. Fakat burada kendisiyle bir çelişki içinde- dir; meslek hastalıklarının biraz önce bahsettiğim gibi tek nedenli olmadığını multifaktöriyel olduğunu söylüyor. Ama peşinden de böyle bir sistemi hala öneriyor. Yani meslek hastalığı tıbbi tanımlama olayını değil çalışan eğer kendisinde meslek hastalığını düşünüyorsa işverene başvuracak; işvereni onu eğer uygun görürse bir meslek hastalıkları ya da bir sağlık kurumu-

na gönderecek; orası yerel İş Sağlığı ve Güvenliği Müfettişliği Denetim Merkezi'ne gönderecek; orası enstitüye gönderecek; orası da SGK'ya gönderecek. Burada da yerel, bölgesel hükümet otoriteler devreye girecek; Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü devreye girecek; İstatistikler, yayınlar ve iletişim vs vs... Maalesef ILO'nun yeni diye önerdiği son model budur. Oysa bu model zaten bizde şu anda var. Yani birçok ülkede de bu model var. Ve ilginçtir ama ne acıdır ki sendikalarımızın kendilerinin referans aldıkları üst sendikaları da hala ILO'nun o söylemini, o liste sisteminin o yasal sistemi savunuyorlar...

Sonuçta isterse... yani ben buraya Dünya Sağlık Örgütü'nü koydum, siz fitrat diyebilirsiniz. Birilerinin bu işe bulaşması gerekiyor, sağlıkla ilgili biri-

lerinin. Ve meslek hastalığı tanı sisteminin kurulması gerekiyor. Yine isterse... çalışma alanını yürütmekten ya da sorumlu olan kurum ve kuruluşlar bu koruma basamakları temin edilerek meslek hastalıkları tanı sistemi oluşturulabilir. Son söz olarak da sağlık çalışanları için yasal tanı sisteminin oluşturulabilmesi için önce iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortacılık kolu gerekiyor. İş kazaları ve meslek hastalıkları sigortacılık kolu şu an için sadece ve sadece eski SSK'lılarda, yani 5510'a bağlı 4A'lılarda var. Ne memur, eski tip memur 657'ye bağlı 4A, B, C vesaire, ne Emekli Sandığı ne Bağ-Kurlarda. Ve benim bildiğim hiçbirinde yok. O nedenle de tıbbi sağlık sisteminin bir şekilde bizlerinde yani sağlık çalışanlarının da meslek hastalığı olabileceğinin tıbbi kanıtlarını oluşturmamız gerekiyor ki yasal zemini oluşabilsin diye.



SORU - CEVAP

Hasan Oğan

Şunu sormak istiyorum; az çok makroyu yani buradaki yeni bir yaklaşımın gerekliliğini ortaya koydunuz. Türkiye özelinde ise sağlık çalışanlarına yönelik şöyle bir durum var; meslek hastalığı, iş kazası gibi olaylarla ilgi sıfır ve beş gibi rakamlar varken sağlık çalışanlarının iş kazaları ve meslek hastalıklarının tanımlanabilmesi, görünür hale gelmesi açısından bu alana özel farklı bir yaklaşım gerekiyor mu?

Yani işkence görenlerle ilgili bir “İstanbul Protokolü” yapıldı. Orada bu tür durumlarda hekimlerin ve bu işten sorumlu diğer insanların daha itinalı, daha özel yaklaşımlarının olması gerektiği vurgulandı. Biz de işyeri hekimleri ve diğer hekimlerden ve de bu konuyla ilgili olanlardan özellikle sağlık çalışanlarına ve genelde tüm çalışanlara böyle bir özel yaklaşım isteyebilir miyiz, çalışma gurubu olarak böyle bir yaklaşım için çalışma yürütebilir miyiz?

İbrahim Akkurt

Kesinlikle bunu istemek ve yapmak zorundayız. Çünkü başka yapacak bir şey yok; madem ki biz sağlık sisteminin terzileriyiz bu konunun her aşamasında çalışanlarda, yani temizlik işçisinden tutun da doktorlara kadar hastane ortamında çalışan herkeste saptanan işle ilgili her hastalığı, patolojiyi kayıt altına almak durumundayız. Ama bunun yapılabilmesi için bir şekilde Sağlık Bakanlığı'nı sistemin içine sokmamız gerekir. Özellikle Halk Sağlığı Kurumu ve buna bağlı Çalışan Sağlığı Daire Başkanlığını sisteme dahil etmek, bu konuda en yetkili makam olan bu kurumu en sorumlu makam da olduğunu deklare etmeli, deşifre etmek zorundayız. Hatta bu daire başkanlığının bünyesinde başlatılmış deneme çalışmalarını aktive etmeli; bunları yaşama geçirmeliyiz. Bu amaçla Ankara'da arkadaşlarla Meslek Hastalıkları Konseyi diye bir oluşum başlatmaya çalışıyoruz. Doğrusu buradaki temel düşüncemiz önce Ankara'da böyle bir oluşumu başlatalım, peşinde İstanbul ekibi, sonra İzmir ekibi, belki daha sonra tüm illerde yayılır ve ssonra TTB bünyesinde meslek hastalıkları verileri birikir. Bu verilerle deriz ki bu ülkede şu kadar sürede şu kadar meslek hastalığı tıbbi tanısı konuldu diye. ... Konsey olarak şu anda henüz dördüncü ya da beşinci toplantımızı yaptık. Ancak hemen belirtmeliyim ki işler umduğumdan oldukça zor görünüyor çünkü biz hekimlerde çok yönlü bir çekingenlik var. Yani mevcut sistem durduğu müddetçe meslek hastalığı telaffuz edildiği an hemen iş kazası kategorisinde kabul edilip SGK'ya bildirim zorunluluğu gündeme geliyor ki bu da 12 Haziran 2012'de çıkarılan ISG yasası nedeniyledir. Bu yasa bu alanda öyle büyük bir bariyer oluşturdu ki, o yasadaki bariyer kalkmadan bir şekilde sivil inisiyatiflerin bile devreye girmesi çok sıkıntılı görünüyor. Özlem Hanım biliyor, Ankara Meslek Hastalıkları konseyine gelen hekim sayısı şu ana kadar 20'yi hiç geçmedi. Ve bunun için de şu anda hem vaka getireni, hem de vakaların isimlerini gizliyoruz çünkü isimleri söylendiği an yasal olarak kabul edilip (ki bir kısmının da zaten kabul edilmesi lazım ve işleme girmesi lazım) hekim hakkında bile işlem yapılabilir; yasada bunun yeri var. En azından böyle bir çalışmayı TTB bünyesinde Sağlık Çalışanları Komisyonu bence nasıl başlatılabilir bu sistemin içinde, bilemiyorum bu yasal durum oldukça zor ancak yapmak zorundayız. Her bir hastanede birer TTB temsilcisi ya da hekim temsilcisi bulundurarak yerel olguları, tıbbi de olsa isim, patoloji, tarih vesaireyi kayıt altına alıp bunlar TTB'de birikebilir. Ve biriken rakamlar, bir veri oluşturur bu da bir an önce Sağlık Bakanlığının devreye girmesini sağlar diye düşünüyorum.

Hüseyin Usta

Hasan'ın sorduğu soruya bir ilave yaparak yorumunuzu almak isterim. Gerçekten meslek hastalıklarını görünür kılmak hekimler açısından çok ciddi bir zorluk. Bir dizi engelle karşılaşıyoruz. Daha üç gün önce İstanbul Tıp Fakültesinde bu süreci doğru oturtmaya çalışan bir arkadaşımıza soruşturma açıldı.

Sizin de bildiğiniz gibi sağlık ortamını çok yakından ilgilendiren bir yönetmelik var; tozla mücadele hakkındaki yönetmelik, son 6331'le birlikte gündemimize giren. Ancak ben işin içindeyim ve bu yönetmeliğin siz de biliyorsunuz detaylarının hiçbiri kamuda özellikle uygulanmıyor. Ben Sabancı Üniversitesi Nano Teknoloji Merkezi'ni gezdim. Ancak Avrupadan bir proje uygulandıysa orada uygulanıyor örneğin. Diğer taraftan hepimiz biliyoruz ki pek çok sağlık çalışanı bizzat bulunduğu ortamda meslek hastalığına maruz kalıyor. İğne batmasında HCV vesaire bir dizi meslek hastalığına maruz kalıyor. Bunları kayda geçiremiyoruz, geçiremiyoruz. Dolayısıyla benim buradan sormak istediğim şey şu: bu tablo, yani işini yapmaya çalışan, bilimsel sorumluluk taşıyan hekimler gerçeği ifade ettiklerinde bizzat bazen meslektaşları, idarecileri, işverenleri tarafından hemen bir engelle karşılaşıyorlar.

Sunduğumuz bu paradigma çok güzel ama çok ciddi bir toplumsal değişimi ve iktidar problemini beraberinde taşıyor. Bugün için İstanbul Tıp Fakültesi örneğini ele alırsak ve bize göstermelik olarak sunulan o yasaları uygulamak anlamında önerilerinizi alabilirsem mutlu olacağım.

İbrahim Akkurt

Yani bugünkü yapı için SGK'nın, iş sağlığı ve güvenliğinin o maddeleri oldukça hele bizim mantığımız meslek hastalıklarını iş kazası gibi gördükçe yani her bir meslek hastalığı iş kazasında olduğu gibi kişide bir uzuv kaybına sebep olmuştur düşüncesi ile hemen tazminat, maluliyet vesaire prosedürleri başlatıldıkça sorunu çözmemiz mümkün değil. Halbuki değil tüm meslek hastalıklarını bir havuz olarak düşünecek olursak bunun ancak yüzde 1'inden azı iş kazaları gibi bir tazminat-maluliyet prosedürü gerektiriyor. Geri kalan meslek hastalıklarının tamamı bir etyolojik tanılamadır; bu etyolojileri kaydedeceğimiz bir yer gerekiyor işte o yer "tıbbi meslek hastalıkları sistemi"dir. Böyle bir sisteme kayıt için yasal hiçbir prosedür vesaireye gerek yoktur. Yine branşından örnek vereyim: bir ameliyathane hemşiresi lateks eldivenine bağlı bir astım kliniği semptomları oldu, şikayeti oldu. Yani bu mesleki astım ve şu an için tek yapılacak şey onu kayda girmesi. Zaten lateksin orada, o merkezde bir mesleki astıma sebep olduğunu kayıt altına alınması ve o hemşirenin oradan alınıp başka bir birime verilmesi ya da artık o birimde lateks içermeyen eldiven kullanılması; yani kişinin maruziyetin artık olmaması sağlanmış olacaktır. Sonuçta iş kazasını gerektirecek hiçbir prosedüre gerek kalmayacak çünkü onda o mevcut oluşan patoloji kısa bir sürede geri dönecek. Yani bunu enfeksiyon hastalıkları için de söyleyebiliriz. Özellikle de kas iskelet sistemi hastalıklarında çok geçerli, ya da işte strese bağlı durumlar için çok geçerli. Bu sistem içinde etyolojik tanımlama olarak bile meslek hastalıkları bildirildiğinde iş kazaları gibi yasal prosedür gerektireceğinden en iyi olasılıkla İYH kapı önüne konulacaktır; yani olduğu an zaten senin oradaki görevin ne denilecek? Orada iş kazası ve meslek hastalıkları olmuyor mu, olacak. Onların etyolojik bir tanımlama kategorisine alınması, yasal duruma geçmesinin sisteminin oluşturmamız gerekiyor. Ama bu da dediğim gibi önce biz hekimlerden kaynaklanacak ve sistemi zorlayacağız şu anda sistemin zorlanması gerektiğini objektivize etmeye çalışacağız. İşin önce bir etyolojik tanımlama kategorisinde ele alınması gerekiyor ki görünmeyen riskler hızla günlük, çalışma yaşamına geliyor. Bahsettiğiniz nano

teknoloji, nanopartikül korkunç bir şekilde gelecek, en çok sağlıkçıları etkileyecek.

Ali Özyurt

Ben Şu soruyu sormak istiyorum. Siz sunumunuzun sonlarına doğru Şöyle bir Şey söylediniz, yasal olarak meslek hastalığı ya da iş kazasında sadece SSK'luların 4A grubuna yapılıyor demiŐtiniz. Biz 657'ye 4A ile çalışan sağlık çalışanları olarak bir iş kazası geçirsek ya da bir meslek hastalığı tanısı alsak tıbbi olarak da, bunlar yasal olarak tanımlanmıyor anlamına mı geliyor sizin bu söylediğiniz?

İbrahim Akkurt

Evet, doğrudur; hukukçularımız burada, ben o nedenle bu konuya çok girmek istemiyorum ama iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortacılık koluna bir prim yatmıŐsa ancak hak kazanılır. Her çalışanın tabi olduğu bir sürü sigortacılık kolu vardır: emeklilik, ölüm, sağlık, ihtiyarlık ve saire gibi; bu sigortacılık kollarının hepsinde prim çalışanın kendi brüt maaŐı üzerinden kesilir, yani çalışan karŐılar. Oysa 18'inci, 19'uncu yüzyıldan başlayan emek hareketlerin 20'nci yüzyıla yansıyan bir kazanımı olarak 1940'lar, 50'lerde çalışanların kazandıkları en büyük haklardan biri çalıştıran kişinin; işçiyi çalıŐtırdığı iŐinin risk derecesine göre bir prim yatırır, evet çalıştıran yatırır. Yani diğerler sigortacılık kollarının hepsinde çalışan kendisi primini yatırıyor, İKMH sigortacılık kolunda primi çalıştıran yatırıyor. Ben 27-28 sene devlet memuru olarak 657'ye bağlı da, 2547'ye bağlı olarak da çalıştım. Bugüne kadar bilmiyorum bir iş kazaları meslek hastalıkları primim benim bordroda işveren tarafından yatırıldığını bilmiyorum hala da sanırım böyle bir Şey yok; dolayısıyla öyle bir hakkım da yok. Yani iş kanunu çıkarıldı denildi ki, biz işçi kavramı yerine artık çalışan kavramını kullanıyoruz yani artık tüm çalışanlara yasal meslek hastalıkları ya da iş kazası hakkı olacak; hayır böyle bir hakkımız yok çünkü bizi çalıŐtıranların bizim yaptığımız işin risk derecesine göre prim yatıracakları bir İKMH sigortamız yok.

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞ KAZALARI VE MESLEK HASTALIKLARINA YAKLAŞIM

Yürütücü:

Hasan Oğan

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Gurubu

Konuşmacılar:

İş Hukuku Ve Sağlık Çalışanları

Av. Murat Özveri

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri - Çalışma ve Toplum Dergisi

***Sağlık Çalışanları (kamu-özel) İş kazası,
Meslek Hastalıkları Uygulamaları, Yasal Sorunlar***

Gönül Malat

Nilüfer Toplum Sağlığı Merkezi

İŞ HUKUKU VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Av. Murat Özveri

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri - Çalışma ve Toplum Dergisi

Konuşma sıram işimi önemli ölçüde kolaylaştırdı. İşimi kolaylaştıran bir diğer faktör hem Cavit hocam, hem de İbrahim hocamın yaptığı konuşmalar. Benden önce yapmış oldukları sunumlarla, işimi önemli ölçüde kolaylaştırdılar. Aslında onların söylediklerinden farklı bir şey söylemeyeceğim. Sadece konuya farklı bir bakış açısıyla bakmakta belki de başka sözcüklerle okumakta yarar var.

Hafıza-i beşer nisyan ile maluldür. Bu söz bizim açımızdan çok önemlidir diye düşünüyorum. Ne yazık ki bizim gibi toplumlar tarihsel düşünememe konusunda ciddi bir sakatlık içerisindedir. Sonuçlar üzerine odaklanarak çözüm üretmeye çalışıyoruz. Bu sonuçları yaratan tarihsel süreçleri çok çabuk unutuyoruz. O yüzden ben biraz tarihe uzanarak ilk başlığımı oradan oluşturarak konuyu ele aldım.

Başlıklar altında konuşmaya başlamadan bir kaç küçük anımsatma yapayım. 2000'li yıllara dönelim. O zaman alt işveren işçileri çok istisnaydı. Kısa süreli çalışma henüz yaygın değildi. 4857 sayılı yasa da yayınlanmamıştı. Yine 2003'te Ankara'da yaptığımız bir toplantıda sürecin hızla iş gücü piyasasının parçalanmaya yönelik ilerlediğini, esneklik gerekliliği başlığı adı altında aslında katı diye eleştirilen hükümlerin işçileri korumaya dönük hükümler olduğunu anlatmaya çalışmıştık. O zaman yaşanan gelişmelere bütünsel bakıp güvencesizliğe odaklanarak çözüm üretilmediği zaman bu süreçleri herkesin kendi alanlarında yaşamak zorunda kalacağını, bu sorunu sağlık çalışanları ya da başka çalışanların tamamının yaşayacağını söylemiştik. Fal açmadık. Oradaki kaynaklarımız bizi bu hale getirenlerin yayınlamış olduğu belgelerdi. İbrahim hocayla Cahit hocamın konuşmaları üzerine ben kısmen o belgeleri referans alacağım.

Milat olarak aldığım tarih 24 Ocak 1980. 24 Ocak 1980, 24 Ocak kararları olarak tarihe geçti ama yine de özetlemek gerekirse, ucuz işçilik üzerinden küresel alanda rekabeti sağlamaya dönük radikal bir dönüşüm gerçekleşti. Bir irade konuldu ortaya. Ucuz iş gücü üzerinden rekabeti sağlamak. 24 Ocak kararlarının belki de en kısa özeti budur. Her şey ucuz işçiliği yaratacak yasaları oluşturma üzerine kuruldu. Bu gün de halen aynı tercih, aynı kararlılıkla ve daha gelişmiş bir biçimde sürüyor. Bilhassa hükümetin orta vadeli programında yer alan 2017 yılına kadarki hedeflerde bu. açıkça ifade edilmiştir. Dolayısıyla eğer biz ya da daha genellersek sağlık çalışanlarının güvencesizleşmesi konusunda 24 Ocak'ta yapılmış olan bu tercihe itiraz etmediğimiz sürece getirmiş olduğumuz çözümler naif bir dilek olmanın ötesine geçmeyecektir. Biz kendi lokalize edilmiş alanlarımızda, hukukçular hukuki alanda, tıpçılar tıp alanında şunlar yapılınsa desek de eğer temel siyasi tercihi değiştiremezsek bizim söylediklerimiz bir takım resmi belgelerle yapılması gerekenler olarak ya da yasaların gerekçelerinde olması gerekenler olarak yer alacak, ama onun ötesinde başka hiç bir anlamlı olmayacaktır. Dolayısıyla unutmamamız gereken şey 24 Ocak 1980'deki bu tercihtir.

Bu tercihin çalışanlar açısından iki önemli sonucu daha var. Türkiye ithal ikameci modelden ihracata dayalı büyüme modeline geçti.

İthal ikameci modelin ayırt edici özelliklerinden birisi, bağımlı çalışanların ücreti aynı zamanda gelir olarak, tüketici olarak bir önem taşıyordu. İç piyasaya dönük üretim yapılıyordu. Maliyet boyutu belli ölçülerde katlanılabilecek şekilde yine sermayeye kaynak aktarılarak da olsa belli bir dengenin içerisinde korunmaya çalışılıyordu. Ama ihracata dayalı ekonomik modelde pazar küresel pazar olduğu zaman ücretler sadece maliyet unsuru açısından önem taşıyan bir faktör haline dönüştü. Dolayısıyla bu maliyeti ne kadar aşağıya çekerseniz küresel pazarda şansınız o kadar artacaktı. Buna uygun da iş gücü piyasası kurumsal anlamda da yaratılması gerekiyordu. Bu nedenle ihracata dayalı ekonomik modeli ucuz işçilik üzerinden rekabet sağlamak şeklinde özetliyorum.

İşçiliği ucuzlatmak için piyasaya terk edilmiş, güvencesizlik üzerinden terbiye edilen bir iş gücü yaratıldı. Bunun ilk adımı iş gücünün örgütsüzleştirilmesiydi. Burada da kısaca denklemi kurarsak, bu hafta da gazetede yazdığım yazının başlığıydı; 30 yıllık süreçte makbul sendikalar üzerinden makbul çalışanlar yaratıldı. Makbul sendikalar derken kast ettiğim sistemin çizdiği sınırların dışında asla çözüm ya da alternatif üretmeyi düşünmeyen, yasalarla sınırlı bir sendikacılığı benimseyen, devletin politikalarına uygun sendikal politikalar üreten, kendi tabirleriyle 'iyi çocuklar'. Bu laf benden kaynaklanmıyor, Milli Güvenlik Kurulu'nda sendikalar yasası tartışılırken dönemin Türk İş Genel Sekreteri, biliyorsunuz bakan olarak 12 Eylül hükümetinde görev almıştı, Milli Güvenlik Kurulunda sendikacılık tartışıldığında, sendikacıların üç dönemden fazla seçilememesine ilişkin yasal düzenleme görüşülürken 12 Eylül konseyinde tek itiraz ettiği yasal düzenleme budur. Mealen şöyle açıklıyordu gerekçesini: Biz iyi sendikacıyız. Devletin bekası için gerekirse işçileri kontrol de ediyoruz. Ama bizi tasfiye ederseniz yerimizdekilerin ne olacağı bilinmez. Sistemin kendisini sorgularlar." Makbul sendikacılıkla kast ettiğim bu.

Makbul sendikacının en önemli özelliği siyaset yasağına karşı çıkmaması ya da siyaseti olumsuzlamasıdır. "İdeolojik sendikacılık yapmıyoruz, ideolojik sendikacılık yapmayın, siyaset yapmayın..." Siyaseti kötileyen, sendikaları demokratik baskı aygıtı olarak görmeyen anlayış işçiler için de var olmaya başladı. Son Kobane'de yaşananlara, olaylara ilişkin şöyle internette bakınca gördük. Örneğin İzmir'deki Kobane eylemlerini desteklediği için DİSK Başkanına DİSK üyesi işçilerin yazmış olduğu haber yorumları okuduğumda hepsinin ortak noktasının "Sayın Başkan siyaset yapma, sayın başkan işini yap" diyen, siyaseti kötileyen yazılar olduğunu gördüm. Dolayısıyla siyaset yapma söylemi üzerinden sendikanın demokratik baskı grubu olma misyonunu reddeden makbul sendika ve makbul işçi denklemi oluşturuldu. İşgücü piyasası parçalandı. Ben başlıklarını söyleyeyim. Beyaz yakalı, mavi yakalı, taşeron işçisi, yevmiyeli işçi, çırak, stajyer... Bu işgücü piyasasının parçalanması sadece sıfatlarıyla da sınırlı kalmadı. İşgücü içerisinde hiyerarşik bir yapı da oluştu. Yukarıdan aşağıya doğru inmenin çok kolay olduğu, aşağıdan yukarıya doğru çıkmanın ise imkansız olduğu bir hiyerarşik yapı çıktı karşımıza. Mavi yakalıya dendi ki en küçük bir hatanda taşeron işçinin yanına gidersin. Liyakatını kanıtlarsan mavi yakalı olursun dendi. Mavi yakalı, taşeron işçi olmaktan çok korktu. Beyaz yakalı mavi yakalı olmaktan korktu. Taşeron işçisi yevmiyeli olmaktan korktu. Bu işleyiş aşağıya doğru böyle gitti. Bu hiyerarşik yapılanma ise en az maliyetle işgücü, denetimi maksimize eden bir sisteme dönüştü. Bu tesadüfi bir olay değildir. Bugün taşeron diye karşı çıktığımız olay, ya da karşı çıktığımız başka olaylar asla tesadüf değildi. Gerekçesi orta vadeli programda bakın nasıl ifade ediliyor. 2015-2017 bölümünü okuyorum. 235'inci paragraf. Rekabetçi bir işgücü piyasasının oluşturul-

ması temel amaçtır. İşgücü piyasasında işgücünü satan kim? Çalışanlar, işçiler. Kimle rekabet edecekler? İşçilerle rekabet edecekler. Nasıl rekabet edecekler ve ne adına rekabet edecekler? Bu sorunun yanıtı bir önceki programda var. Bir önceki program diyor ki, gerekirse işgücü piyasasındaki katılımlar, kıdem tazminatı ve alt işverenlerdeki yapısal sorunlar önemini korumaktadır, giderilecektir diyor. Bu da 2014- 2016. Katı dediklerinde siz güvenceyi alın. İş gücü piyasasında rekabet dendiği andan itibaren Türkiye Metal Sanayicileri Sendikası'nın (MESS) yaptığı bir yayın var. İşgücü piyasasında bir tek güvence kurumu vardır, o da işgücünü satan, işveren açısından kendisini vazgeçilmez kılacak yetkinlikte ve yeterlilikte olmasıdır. Siz işçiyi korumak için kural koyarsanız, getirdiğiniz her kural maliyet ve işten çıkartma olarak piyasaya geri dönecektir. Dolayısıyla bunun maliyetinden kaçınmanın yolu, çalışanların bireysel rekabet güçlerini artırmaktır. Bireysel rekabet gücünü artırabilmek için de işçinin yeterliliğini arttıracaksın. Daha geriye gidelim önceden okuma yazma bilmek işgücü piyasasında bir artıydı. Önce ilkokul mezunu olmak, sonra ortaokul mezunu olmak, sonra liseye geldik, sonra üniversite. Şimdi üniversite de yetmiyor, yüksek lisans da yetmiyor, iki dil yetmedi şimdi 4 dil 5 dil bilen talebi artmış bir işgücü piyasası ve bu işgücü piyasasına bu işgücünün yaratabilmek için biz orta sınıf, çocuklarımızı özel okullara, özel derslere, İngilizce okullara gitmeleri için varımızı yoğunumuzu enerjimizi veriyoruz ve çocuklarımızın çocukluklarının bile yaşatılmasına izin vermiyoruz. Sırf rekabetçi işgücü piyasasında özel yetenekleriyle güvenceli bir işgücü haline gelsinler diye. Şimdi, rekabetçi bir işgücü piyasasında bir işçi günde 14 saat çalışmaya razıysa öbürü nasıl olacak da ben 7 buçuk saatten fazla çalışmam diyebilecek? Yedi buçuk saatten fazla çalışmak sağlığa zararlıdır diyecek? Somut bir örnek size. Bir işçinin gece 7 buçuk saatten fazla çalıştırılması yasaktır. Bir işçi Ben 15 gün boyunca 7 buçuk saatten fazla çalıştırıldım, yasal hakkımı kullanıyorum, gelmeyeceğim diyor. Bu işçi 7 buçuk saat çalışıyor ondan sonra fazla mesaiye kalması isteniyor. 3 saat. Bu işçi bozgunculuk yapmaktan işten çıkartılıyor. Davasını ben açtım. Dedim ki yasal bir hakkı kullanmak geçerli bir fesih nedeni yapılamaz. İş Kanunu'nun 18'inci maddesini açın, orada açık açık yazıyor. İşçinin yasal haklarını kullanması bir fesih gerekçesi olamaz. Meslektaşım şöyle bir cevap yazdı: Biz fason çalışan bir iş yeriyiz. Bosch-Ford ortaklığından iş alıyoruz. Onların istedikleri dönem içerisinde bu işi yetiştirmek zorundayız. İşçi de bizim bu şekilde çalıştığımızı biliyordu. Buna rağmen yasal haklarını korumaya çalışması sadakatsizliktir. Malumunuz iş kanununun gereklerini bu koşullarda yerinde getirmenin ne kadar da zor olduğu bilinmektedir. Yaptığı savunma bu. Diyor ki ben fason çalışıyorum ve iş kanununu uygulayamam. Piyasa buna izin vermiyor. Dediği bu. Davayı kazanıyor. Yargıtay dedi ki "geçerli bir fesihtir, kıdem tazminatı alır." Buradaki ben fason çalışıyorum savunmasının aslında sınıfsal bir karşılığı olduğu ve meslektaşımın çok akıllı bir savunmayla bir mesaj verdiğini gördüm. "Ben KOBİ'yim (Küçük Orta Boy İşletme) beni korumazsan işletme çöker." Aynı şey Soma'da işvereni savunan avukat "Eğer bu kadar tazminat ödersek iş kazasını özendiririz" derken de yaptı. Bir sınıfsal yasal yardım çağrısıdır bu. Kendi sınıfına yönelik yapmış olduğu yardım çağrısıdır. Rekabetçi iş gücü piyasada koruyucu mevzuat işte ancak bu kadar şekillenebilir. Bu da yeterli değil rekabetçi piyasada, daha da gelecekler var. Özel istihdam büroları yaygınlaştırılacak ve faaliyet alanları geçici iş ilişkisini de içerecek şekilde genişletilecektir. Özel istihdam büroları Türkiye'de zaten var. Özel istihdam bürolarının mesleki bir faaliyet olarak yürütülmesi yasaklandığı dönemde bunların istihdam savaşları altında dernek kurmuşlardı. Adecco, Man Power... Ve Hürriyet gazetesine de tam sayfa ilan vermişlerdi. Yasaklar, ama istihdam savaşları altında dernekleri vardı. Onlarca yargı kararları var yasal olmadıklarını belirten. Bunlar gerçekte işçi temini yapmaktadırlar, çalıştığı iş yerlerinin işçisidir diyen... Yarın bunu diyemeyecek Yargıtay çünkü özel istihdam bürolarının

mesleki bir faaliyet olarak yürütülmesi serbest hale gelecek. Bir Amerikan işçisi kendisini kullan at marka ürün olarak tanımlıyordu. Özel istihdam bürolarında çalışan işçi kendisini kullan at marka ürün olarak, kağıt mendil gibi, Permatik gibi tanımlıyor. Geleceğimiz yer burası.

Yine programdan devam edeyim. Alt işverenlik uygulaması işçi haklarını ve ekonominin rekabet gücünü dikkate alacak şekilde gözden geçirilecektir. Arkadaşlar 30 yıldır ben alt işverenlik yazıyorum. 30 yıldır hukuki belge ürettiğim en önemli konu bu. Ama bu 30 yılda alt işvereni bir tek cümleyle özetlediğimde yine işverenlere başvuruyorum. Toplu sözleşme masasında Kartonsan Genel Müdürü alt işvereni “işin sevk ve yönetiminde kolaylık, maliyette ucuzluk” diye tanımlamıştır. Bunu kamuya alırsanız kaynak aktarmanın yolu. Cavit hocam bilecektir. Kocaeli Üniversitesi’nde bir sürü alt işveren var. Bunların işçileri işten kovulduklarında işverenlerini bulamıyorum ya Trabzon’da ya Malatya’da, ya Adana’da. Ne alaka şimdi bu iller? Sadece var olan hükümete yakın, bir şekilde rektörle araları yakın, ya da akraba vs. Geçen alt işveren işçilerinin yaptığı işleri tespit etmek için Kocaeli Devlet Hastanesi’ne gittik. Hakim dedi ki “Bunlar bana baktılar. Bunlar sağlık çalışanı ben de bu hastanede yattım” dedi. Yargıtay kararı bozdu.

Eğer siyasi irade ısrarla ucuz işçilik için yasal kurumları bu şekilde kullanıyorsa, hukuk bu kullanıma uyum sağlıyor. Şöyle bakıyor, hukuk ekonominin rekabet gücünü dikkate almalı diyorlar. Hukukçular sık sık der ki korumadan vazgeçmeyelim ama istihdamı da engellemeyecek kadar da esneklik yapalım. Ya da ekonominin rekabet gücüyle birlikte alt işvereni düşünelim. Biliyorsunuz matematikte çarpım işlemi sıfır yutan elemandır. Ne büyüklükle çarparsanız çarpım elde edeceğiniz rakam sıfırdır. Siz ne kadar koruma dersiniz deyin yanına esnekliği, yanına alt işvereni koyarsanız buradan elde edeceğiniz koruma ya da hak sıfırdır. Çünkü rekabet onu ister istemez sıfırlayacaktır. Devam ediyor. Sosyal taraflarla diyalog içerisinde tüm işçilerin faydalanacağı ve bireysel hesaba dayanan bir kıdem tazminatı sistemi getirilecektir. Yapısal dönüşümü gerçekleştirecek iş gücü piyasasının niteliğini artırmak amacıyla başta araştırma alanı olmak üzere yurt dışından nitelikli iş gücünün hızlandırılması sağlanacaktır. 2015-2017 orta vadeli hükümet programı. Bununla 2015-2016 arasında bir fark var mı diye karşılaştırma yaptım, yok. Yani istikrarlı ve kararlı bir şekilde 24 Ocak 1980’den beri uyguladıkları sistemi devam ettiriyorlar. Dolayısıyla güvencesizlik üzerine kurgulanan bir piyasada işçi sağlığı ve iş güvenliğini konuşmak, işçiye bunları anlatmak biraz lükse dönüşmüş durumda.

Biraz da yasal mevzuatı özetlemeye çalışayım. Bakarsanız klasik, bir bizde klasik bir vardır. Bireysel iş hukukunda düzenleme yapmakta yasa koyucu inanılmaz ölçüde cömerttir. O kadar doğru tanımlar yapar ki. Ama bu yaptığı tanımlara denetim mekanizmaları geldiğinde kısıkanlaşır. Bu bir. İkincisi ise şu: Bireysel iş yasalarına göre yapılmış işçiye güvence getiren her düzenlemeyi kolektif iş hukuku alanında bir yasaklama izlemiştir. Yani örgütlenme anlamında, yani sendikalaşma ve toplu sözleşmeler anlamında. Bakın Mecelle’den beri bu böyledir. Maden işçilerin korunmasına dönük düzenlemelerin çıkmasını Ta’til-i Esgâl Kanunu takip eder. Yani grev. Kanunu öyle formüle etmiştir ki, grev çalışanların hakkıdır ama şu şu şu iş kolunda grev yapılamaz. Çağdaş iş kanunu diye okutulur, eminim zamanında da hocam söylemiştir 3008 sayılı yasa. Gerçekten işçi sağlığı ve iş güvenliği dahil bir dizi çağdaş şey bu yasanın içerisinde vardır. Ama aynı yasada örgütlenme yasaklanmıştır. Yasayla aynı dönem içinde çıkartılan dernekler kanunuyla, o günkü adıyla cemiyetler kanununda sınıf esasına dayalı cemiyet kurma yasağı getirilmiştir. Ve zamanında yasayı Meclis’te savunan dönemin Çalışma Bakanı Şemsettin Sirer, “memleketteki sınıf cereyanlarına engel olacak yasa” diye adlandırmıştır iş yasasını. Amacı memleketteki sınıf cereyanlarına engel olmak. Şimdi 6331’e ya da işçi sağlığı ve iş güvenliğini

düzenleyen mevzuatlara baktığımızda aslında temel kavramların doğru tanımlandığını görmüş oluyoruz. Ama her hukukçu gibi biz de sorarız. Yapmazsan ne olur? İşte orada yasa susar. Yapmazsa ne olurun yaptırımı yoktur. İçsel denetim varmış gibi yapılır. Daha somutlayalım. İşçi sağlığı ve iş güvenliği örgütlenmesi içerisinde yer alan İSİG uzmanları ve iş yeri hekimleri güvencesizleştirilir. İçsel denetim çöpe gider. Bu kadar basittir.

Peki, dışsal denetimi kim yapacak? İş müfettişleri. SSK müfettişleri. 1960'tan beri bu mesele tartışılıyor. Yeterli iş müfettişimiz var mı, yok. Hatta 60'lardaki iş yerleriyle oranlarsanız daha da geriye gitmişiz. Kime vereceksiniz peki, OSGB'lere vereceksiniz. OSGB'ler nasıl bir denetim yapacak? Parayla. Ne kadar az denetim o kadar çok ücret. Özeti bu. Dolayısıyla denetim gibi bir şeyi piyasaya devrederseniz sonuç alamazsınız, daha OSGB'ler kurulur kurulmaz çürüdüler. Bu ayrı bir tartışma konusu, dilerim bunu da tartışabileceğimiz bir çalışma yapılır ama dışsal denetim yapabilecek nitelikte ve kabiliyette değiller. Karşılaştığım bir olay. İtiraf şuydu: OSGB'deki iş yeri hekimi diyor ki çift bordro uyguladı bana, ücretimi eksik ödedi. OSGB de diyor ki o işyeri hekimi değil ki, benim kaşemle işyeri hekimliği yaptı. Dolayısıyla bu örnek bile bence yeterli.

Dışsal denetimin diğer ayağı sendikadır. Sendikaların ne hale geldiğini burada uzun uzun anlatmayayım ama Taraf gazetesinde yer alan bir röportajda tüm içimi dökmüştüm. Makbul sendikacılar diye çıkmıştı. İnternette bakabilirsiniz. Peki, makbul olmayan sendika yok mu, var. Fakat Türkiye'de dışsal denetimi yapabilmek için işveren otoritesini dengeleyecek güçte ve etkinlikte bir sendikal yapının olması lazım. Böyle bir yapı Türkiye'de asla mümkün değildir arkadaşlar. Sayısal anlamda işveren yetki alabilecek bir çoğunluğa zorunlu kalmışsa göz yumar ama etkili bir güç olmaya göz yummaz. Bakın sendikalaşma oranlarına. Ben baktım, 8144 yetki başvurusunu inceledim doktora tezimde. Sendikalaşma oranları yüzde 53. En babası. Yani yüzde 50'yi aşmanıza izin veriyorlar ama onun üzerinde etkili bir grev yapacak bir güç yok. Hemen yanı başında taşeron işçileri var. Hemen onun yanında kapsam dışılar var. Öyle bir şey ki, siz grev yapıyorsunuz ama fabrika tıkr tıkr yürüyor. Yine hakimın söylediği bir şey, mahkeme zoruyla mı grev yaptıracağını avukat bey dedi ama 60 kişi dışarıda, 80 kişi içeride çalışıyor. Ne yaptım hakim bey dedim, ben söylememiş olayım Allah'ın çok kulun az olduğu yerde dövün dedi. Ama sistem bu. Şimdi gelelim başka bir konuya, İbrahim hocam değindi ama, ben de aynen şöyle yazmışım iş kazası ve meslek hastalıklarına ilişkin hukuki süreç bunların tanınması ya da yaptırımı bağlanması üzerine değil, tam tersine tanımlanmaması, bezdirilmesi, başvurduğuna pişman olunması için kurgulanmış bir süreç. Ne oluyor? Mesela meslek hastalıkları. Meslek hastalıklarının tespitine ilişkin hukuki süreç teknik ve hukuki araçlardan yoksun, yetersiz, keyfi bir şekilde işlemektedir. Aslında işlememektedir. Kağıt üzerinde baktığımızda kamu sağlık sunucularının artık meslek hastalığı tanısı koymaları gereklidir. Koymamaktadırlar. Meslek Hastalıkları Hastanesi'ne gidin. Kim kaldı meslek hastalıkları hastanesinde. Hastanenin içinde bulunduğu durum ne? Ortalamasını söyleyeyim 6-7 yıldan önce bu süreç tamamlanamıyor. Tanı aşaması. Gidin SGK kurumuna. Meslek hastalığı değildir dedi. Dava açtınız. Adli Tıp bölgeden gelen rapora itiraz edildi. Adli tıp ihtisas. İtiraz edildi. Adli tıp genel kurul. Bunun içinden çıkmak mümkün değil. Denetlemeye nefesinizin yetmediği bir süreç. Ben 28 yıllık avukatım. Bir avukat bir meslek hastalığına ilişkin davayı ortalama 8 yılda bitirebiliyorsa, düşünün demek ki tüm meslek hayatı boyunca 3 ya da 4 dava bitirebilir. Sistem bunun üzerine kurulmuş. İş kazası en azından görülür oluyor trajik de olsa. Ama hiç görüldüğü gibi olmuyor. Bakın daha dün 1 işçi iş kazası riski olduğu için çalıştığı makinenin fotoğrafını çekip Facebook'ta paylaşması nedeniyle tazminatsız işten çıkartıldı. İş kazası olduğu gün ilk yapılan şey, somut örnek vereyim Pirelli'de

adamın gözüne malzeme gelmiş, gözlük kullanmadı yönünde rapor tutuldu. Dolayısıyla tüm kurgu işveren yönetiminin denetlenemediği bir yerde işçilere kusur çıkaracak bir şekilde. Ve öyle bir bilirkişilerimiz var ki bir takım meslektaşlarınız, deneyimli bir işçiyi sırf deneyimli olduğu için yüzde 30'u kusurlu buluyor. Kitap diyor ki, asli sorumlu işverendir ve en dikkatsiz, en deneyimsiz işçinin dahi kaza yapamayacağı bir iş ortamı yaratmakla yükümlüdür. 1979 yılında yapılmış olan bir iş sağlığı ve iş güvenliği kongresinde bu amacı işveren temsilcileri 'evet görevimiz budur' diyerek söylüyorlar. Çünkü orada denetlenen bir mekanizma vardı. Bugün ise sakar işçi aşamasına geldik. İşveren çevrelerine bakarsanız kazaların büyük bir kısmı verdiğimiz malzemeleri kullanmayan, verdiğimiz eğitime gelmeyen deneyimli işçinin kusurundan kaynaklanıyor. Diyorlar.

Peki tazminatı nasıl belirleyeceksiniz? Ücreti belirlemeniz lazım. Çift bordro almış yürümüş. Ücretin kendisini belirlemek bir başka hukuki problem ve süreç. Tazminatın sıfırlanması çok sık karşılaşılan bir şey. Bir örnek vereyim. Ölen işçi 28 yaşında. Çocuğu iki yaşında, eşi 26 yaşında. Verilen kusur yüzde 80 işverene. Bana göre daha da fazla olması gerekiyor. Çünkü yukarıda kaynak yapılırken vinç harekete geçiriliyor. Bağurdım diyor adam keşif sırasındayken ben yanındayım duyamıyorum. 10 metre ileriden işçinin duymasını bekliyor. O anda ayağa kalkıyor, kafasının yarısını alıp götürüyor. Bu kazada eşe verilen manevi tazminat 30 bin lira, çocuğa 20 bin lira. Ve bu işletme bu parayı 20 taksitle ödeyeyim diyor. Eğer kabul etmezseniz zaten iflas ettim alacağınız bir şey yok diyor. Dolayısıyla bir başka soruna geliyorsunuz bakın. İşçi alacaklarının güvencesi yok. Ve ben o kadar yeteneksiz bir avukatım ki, İstanbul'un en büyük dördüncü yalısında oturan Uğur Mengencioğlu, UM Tersanesi'nden 5 buçuk yıl oldu hala 240 işçiden alacağımı tahsil etmeyi beceremedim. Geçen hafta satış aşamasına geldik dosyadan bir belge çalındı yine satış düştü. İşveren işçinin alacağımı yarı yarıya kurduğu şirket aracılığı ile satın alıyor. Sistem bu. Dolayısıyla bu sistemde İbrahim Hocamın söylediklerinin tamamını da yaparsanız hocam özür dilerim, mümkün değil. O yüzden itirazı başka bir yerden yapmak gerekiyor. O yer sokak arkadaşlar. Ucuz işgücü üzerinden rekabet sağlayan bu ekonomiye itiraz ediyorum demediğiniz sürece, kendi iç mantığında tutarlı bir şekilde kurgulamış olan sistemin değerlerine asla müdahale edemeyiz. 80 yıllık rutini değiştiremeyiz. 301 kişi de ölse değiştiremeyiz. Nitekim bizim söylememiz gerekeni Bakan söylüyor. Ben asansördeki sensörü mü kontrol edeyim, örgütlenin diyor. Örgütlenmemi engelleyen de kendisi. Dönüyoruz dolaşyoruz tekrar başa gelmiş durumdayız. Adına ne dersiniz deyin işin özü ucuz işgücü sağlamak üzerinden, işgücünde rekabet sağlamaya yönelik bu politikaya itiraz etmediğimiz sürece, siyaset yapmadığımız sürece, işini yap siyaset yapma diyen işçiyeye rağmen siyaset yapmadığımız sürece belki bireysel yasalara dönük bir dizi mevzuatı değiştiririz ama iş sağlığına güvence getiremeyiz. İşçi sağlığı İş Güvenliği'nde denetim mekanizmaları getirilemediği sürece güvence getiremeyiz ve daha çok bu zamanlarda hukuktan, tıptan umut bekleriz.

Şunu unuttum hemen onu da söyleyeyim. Yine iş hukukunu tartışıyoruz. 4857 sayılı kanunun üçüncü maddesindeki değişiklik diyor ki: 6 günlük itiraz süresi bir aya çıkarıldı. Başka bir değişiklik yok. Biraz daha geçmişe gidelim. Dünya Bankası iş yapma kolaylığı diye bir rapor yayınlamaya başladı ve iş yeri açılmasının kolay ya da zorlaştırılmasına göre 15 madde üzerinden notlama yapmaya başladı. Sıraladı. İş yapma gücünü en zor olanlar, en kolay olanlar... Özal 1987'de bürokrasiyi azaltacağını diye iş kanununun o zaman maddesini değiştirdi. Söyleydi: Bir iş yeri ruhsat almadan önce, İŞİG'e uygun olup olmadığını iş müfettişleri denetlemeli, o rapora göre ruhsat almalı. Bürokrasiyi azaltma adı altında bu hüküm kaldırıldı sadece işverenin İŞİG

hakkında önlemleri aldım şeklinde bir bildirimde bulunması ruhsat almak için yeterli görüldü. Çok basit bir değişiklik Davutpaşa patlaması olarak karşımıza çıktı, OSTİM olarak karşımıza çıktı. Ve biz meslektaşlarımız unuttuk, maddeyi ufak tefek değişiklikler üzerinden tartışmaya başladık. Amerika'yı yine keşfetmenin hiçbir esprisi yok. Bireysel iş yasalarıyla kimseye güvence sağlanmaz. Onlarla ancak asgari sınırlar belirlenir. Güvenceyi sağlayacak şey kolektif iş hukukudur, örgütlenme hukukudur. Ve bugünkü örgütlenmeyi düzenleyen mevzuat işveren veya kamunun oluru olmadan hiç bir sendikanın etkili bir şekilde örgütlenmesine izin vermemektedir. Dolayısıyla bu yasalar daha üst normlara aykırı hale gelmiştir. Uluslararası sözleşme, daha 18'inci yüzyılda söylenen "yasalara uymak bizi öldürüyor. Uymadan ölelim. Geleceğimizi kurtaralım" dediği noktaya gelmiş durumdayız.

SAĞLIK ÇALIŞANLARI (KAMU-ÖZEL) İŞ KAZASI, MESLEK HASTALIKLARINDA UYGULAMALAR, YASAL SORUNLAR

Gönül Malat

Nilüfer Toplum Sağlığı Merkezi

Aslında Murat Bey ormanı anlattı. Ben biraz daha ağaca doğru ineyim istiyorum. Özellikle kamu alanındaki uygulamalara.

Sağlığa zarar verebilecek şartlardan korunmak amacıyla yapılan sistemli ve bilimsel çalışmaları iş sağlığı ve güvenliği olarak tanımlıyoruz. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 20/06/2012 tarihinde TBMM’ de kabul edilmiş ve 30/06/2012 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak (kademeli olarak) yürürlüğe girmiştir. İçerisinde olumlu bazı noktalar vardır diyebiliriz. Ama bir o kadar da büyük boşluklar ve yasal sıkıntılarla karşımıza çıktı 6331 sayılı İSG Yasası.

Yapılan işin niteliğine göre iş yerleri 3 sınıfa ayrıldı. Çok tehlikeli, tehlikeli ve az tehlikeli olmak üzere.

Neden tehlike sınıfı? Yasa aynen şunu söylüyor: İş sağlığı güvenliği hizmetlerinin daha etkin sunulabilmesi için. Bu genel olarak 6331 sayılı yasa için fabrikaların çalışma sistemleriyle örtüşebilir ama sağlık alanı için gerçekten örtüşmeyen bir niteliğe sahip.

Sağlık sektörü ile 6331 sayılı yasanın neden örtüşmediğini yavaş yavaş irdelemeye çalışacağız. 6331 sayılı yasanın ardından 29 Mart 2013 tarih ve 28602 Sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TEHLİKE SINIFLARI LİSTESİ” tebliği yayınladı. Tebliğe göre bizim (sağlık çalışanları) kamu, özel verdiğimiz hizmetin tanımı insan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetleri 86 başlıkla, hastane hizmetleri de 86-1 olarak sınıflandı. Bir (86.1) de tıp ve dişçilikle ilgili yazılmış. Burada gördüğümüz gibi özellikle tebliğde böyle yazıldığı için aldım. Bana kalsaydı diş hekimliği demeyi tercih ederdim. Genel hekimlik uygulama faaliyetleri yeri de 86-21, uzman hekimlikle ilgili uygulama faaliyetleri 86-22 olarak listeye girmiş.

Çok tehlikeli sınıflara bakalım. Tebliğe göre örneğin maden işçiliği çok tehlikeli, inşaat sektörü çok tehlikeli. Yine Tebliğe baktığımız zaman biz de (sağlık çalışanları) aslında çok tehlikeli sınıfta çalışıyoruz. Tüm kamu ve özel hastaneler bu sınıfta yer almakta. Eğitim ve araştırma hastaneleriyle üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin çok tehlikeli grubunda.

Halk sağlığı laboratuvarları, entegre hastaneler, diş protez laboratuvarları hepsi de çok tehlikeli sınıfta yer almakta. İkinci basamakta ise kamu-özel tüm hastaneler. Onkoloji, kadın doğum, ruh sinir, kemik hastaneleri yine çok tehlikeli sınıfta yer almakta.

Tehlikeli sınıfta ise; Birinci basamakta toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, verem savaşı dispanserleri, il halk sağlığı müdürlükleri, ilçe sağlık müdürlükleri, eczaneler, diş hekimliği muayenehaneleri, 112 acil sağlık hizmetleri, (OSGB’lerden ise hiç bahsedilmemiş (?))

İkinci basamakta ise ağız ve diş sağlığı hastaneleri, dal merkezleri, diyaliz merkezleri. Üçüncü basamakta da fizyoterapi gibi hizmetler yer almakta.

Az tehlikeli olarak ise sağlık sektöründe iki alan tanımlanmış tebliğde. Tıp doktorları haricinde yetkili kişilerce sağlanan akıl sağlığı hizmetleri ve paramedikal insan sağlığı hizmetleri olarak tanımlanmış.

Özellikle verem savaş dispanserleri ile halk sağlığı merkezlerinin bulaşıcı hastalıklar şube müdürlükleri, diş poliklinikleri, hastanelerin enfeksiyon bölümleri daha sık önlem alınması gereken özel yerler. 112 Acil sağlık hizmetleri, ağız diş sağlığı merkezleri ile diyaliz merkezleri özellik arz eden yerler. Tehlikeli tebliğine ne yazık ki örtüşmeyen, tehlikeleriyle uyumlu önlemlerin alınmasının, tebliğ ile sağlanması mümkün olmayan birimler.

Ne yapabiliriz? Ya bu tebliğde alt gruplar oluşturacağız tehlikeli ya da hep birlikte el birliğiyle genelgelerin değişmesini sağlamak zorundayız. Başka türlü haklarımızı almamız mümkün değil diye düşünüyorum.

Yine kanun 6331 sayılı kanun 2012 tarihinden itibaren kamu ve özel tüm iş yerlerinde dört ana başlıkta bildiğiniz gibi çalışanları eğitmekle işvereni yükümlü kıldı. Genel olarak burada gördüğümüz çalışanların hakları ve hukukları konusunda bilgilendirme, iş kazaları ve meslek hastalıkları, ilk yardım, acil durum planları, yangın, iş yeri temizliği gibi...

Her ne kadar konu başlıkları asgari ders süreleri belirlenmiş olsa da kanun ve tebliğle, yönetmeliklerle, uygulamalar kesinlikle çok örtüşmüyor. Bir çok eğitim üstünkörü ve içi boş bir şekilde yapılıyor. Örneğin dünkü oturumda konuştuk bir hastanede çok tehlikeli olmasına rağmen sadece bir öğlen arası bir saatlik bir eğitimle, bu eğitimin sağlandığı yönünde sertifikasyon oluşturulmuş. Yönetmeliğe göre yine bakın az tehlikeli iş yerlerinde en az 8 saat ve 3 yılda bir tekrar eğitim gerekiyor. Tehlikeli iş yerleri için en az 12 saat 2 yılda bir eğitim, çok tehlikeli iş yerleri için de en az 16 saat ve yılda bir eğitim, şayet işle ilgili bir değişiklik olursa eğitimi bir yıldan önce de tekrarlayabilirsiniz diyor.

Özellikle kamuda çalışanlarda meslek hastalıkları konusunda ve iş kazaları konusunda farkındalık yaratmak için eğitim gerçekten çok önemli. Biz Bursa'daki uygulamamızda yaklaşık 1200 çalışana 6 halk sağlığı bu eğitimin içerik ve anlatımının organizasyonu için gönüllü olduk. 12 saatlik ön-son test uygulamalarıyla bir eğitime tabi tuttuk. Test sonuçlarını değerlendirme aşamasında o yüzden sonuçları getiremedim. İnşallah daha sonraki kongre veya sempozyumda paylaşırız. Şimdiye kadar yasal olarak meslek hastalığı ve iş kazası geçirme hakkı yalnızca SSK'lı çalışanlarda olduğu için, kamu çalışanı 6331 sayılı yasanın getirdiği bu alandaki haklarını ne yazık ki bilmiyor. Farkında değil. Bunun farkındalığını yaratmak ancak eğitimlerle gerçekleşecek. Bunun için etkin eğitimler çok çok önemli. Örneğin bir kamu kuruluşundaki eğitim uygulamasını size söyleyeyim. İnanın 40 dakika sürdü ve 40 dakikanın sonunda hemen sertifikasyon yapıldı.

Sonra denetimler yapılmaya başlandığında ya da örneğin bir kaza söz konusu olduğunda bu sertifikalar kullanılarak bu kişi eğitimini almış, sertifikalı, sertifikası da var, hata kendinde, özensiz davranış deyip geçilebilecek.

Özel sektörde çalışanlarda ise daha farklı yaklaşımlar var. İş güvencesi kaygıları çok daha ön plana çıkıyor. Özel sektör sağlık çalışanları, kamuya göre yasal haklarını daha iyi biliyor diyebiliriz çünkü meslek hastası olabilir (yasal hakkı), SSK'lı ise tabi. İş güvencesi nedeniyle özel sektörde

iş kazası ve meslek hastalığı oluşursa ya da ramak kala olaylarını kayıt altına alınmasında sıkıntılar var.

Yine kanunla devam edelim. Az tehlikeli iş yerlerinde, tehlikeli iş yerlerinde ve çok tehlikeli iş yerlerinde 50'den az çalışanı olan iş yerlerinde 1.1.2014'te 50'den fazla iş yeri çalışanı olan işyerlerinde ise 30.12.2012 tarihinden itibaren iş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı bulundurma zorunluluğu getirdi 6331 sayılı yasa. Hemen arkasından kamuda İSİG hizmetlerini 1.1.2014, daha bu tarihe gelmeden de 1.7. 2016 tarihine erteledi. Bizim bir ortak sağlık ve güvenlik birimimiz var. A sınıfı bir iş güvenliği uzmanımız mevcut. 2 iş yeriyle anlaşmamız var. İkisinde de iki çalışan var ama yasal engeller nedeniyle ve bu öteleme nedeniyle 67 çalışmamıza ne yazık ki hizmet veremiyor.

İş yeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanları aslında yapması gereken işe giriş muayeneleri, periyodik muayeneleri, işe uygunluk muayenelerini yapamıyorlar, bu konuda da bir boşluk var. Örneğin verem savaşta çalışacak bir hekim ya da hemşire neyle işe giriş muayenesi yapacak. Kriterler nedir? Bizim biraz bunları da çalışarak doldurmamız gerekiyor. Bu anlamda bilimsel destekleri de kesinlikle alarak çeşitli protokoller yapmamız gerekiyor. Bunlar yapılırsa bile kamudaki devinim, örneğin tespit ettiğiniz bir tehlikeyi önleyebilmek için devinim o kadar yavaş ki bu daha büyük bir risk oluşturuyor açıkçası.

Özel sektörde ise iş güvenliği uzmanı genellikle kendi bünyesinde, ya da hastanede çalışan başka bir görev yapan kişi, iş yeri hekimleri de yine aynı zaman da hastanede çalışan ya yönetici ya da örneğin acil de çalışan hekim oluyor. Bu hizmet de özel sektörde ne yazık ki etkin bir şekilde görülemiyor.

Kanunun en önemli noktalarından bir tanesi risk değerlendirmeleri. İş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanının yapması gereken en önemli görevlerden bir tanesi. Risk değerlendirmeleri koruyucu ve önleyici nitelik taşımakta. Hem kamuda hem özel sektörde değerlendirmeler bir standarda ne yazık ki bağlanmamış.

Halk sağlığı laboratuvarımızda çok tehlikeli sınıfta olması nedeniyle risk değerlendirmesi yapıldı. Önce hazırlanmış bir form var. İş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanları laboratuvara gittiler. Çok tehlikeli sınıfta yer almasının en önemli nedeni bulaşıcı hastalık oluşma riski. Ama değerlendirme sonucu prizler, lambalar, yangın vs tehlikeleri. Daha ihmale gelebilecek şeyler ön plana çıkarılarak bir risk değerlendirmesi yapıldı. O nedenle etkin risk değerlendirmesi her zaman için çok önemli.

Sağlık alanında çalışan veya çalışacak olan iş güvenliği uzmanlarının biyolojik tehlikeleri de çok iyi bilmesi ve iş yeri hekimiyle beraber tam bir iş birliği içerisinde etkin çalışma yapması gerekiyor diye düşünüyorum. Ben hep risk değerlendirmelerine iş kazası, meslek hastalıklarının bir nevi aşısıdır diyorum. Bu değerlendirmelerin esasları işi yapan kişiyle değerlendirmek, daha önceki konuşmacılar bahsettiler, kamuda ve özel sektörde ne yazık ki sağlık alanında işi yapan kişiyle bunu değerlendirmeyi hiç görmedim. Herkes görevli olarak geliyor, ne iş yapıyorsun, bunun riski nedir diye sormadan değerlendirmeler yapılarak bir anket formu yaparmışçasına değerlendiriyor o kadar.

Tehlike durumunda çalışmaktan kaçınma. Yine maddelerin en önemlilerinden bir tanesi bence. Hakikaten bunu fabrikalar vs. de uygulamak çok zor sağlık sektöründe imkansız olduğunu düşünüyorum. Kanun maddesi "İş yerindeki çalışmaya dönük hayati bir tehlike tespit edildiğinde,

bu tehlike ortadan kaldırılıncaya kadar iş yerinin bir bölümünde ya da tamamında iş durdurulur” diyor. Sağlık alanı için bu ne kadar mümkündür açıkçası çok tartışılır. Kesinlikle daha çok fiziksel ve kimyasal tehlikeleri göz önüne alınarak konulmuş bir madde bu. Biyolojik tehlikelerde bizim en çok karşılaştığımız şeyler biliyorsunuz. Ettiğimiz yemin, etik koşullar, Ebola’lı bir vaka geldi mesela hiç bir önleminiz yok, ne yapacaksınız? Bu maddeyi nasıl işler kılabileceğiz...

Bundan önceki konuşmacılar bahsettiler ama ben hızlıca meslek hastalıklarından ve iş kazalarından bahsedip beyaz koda geçeceğim.

Meslek hastalığı yine kanunda “Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık” diye nitelemiş. Buradaki ortaya çıkan hastalık hep benim kafamı karıştırıyor. Oluşan dese belki daha kolay tanı alabilir ama ortaya çıkan sanki varmış da o kişide mesleğiyle beraber ortaya çıkmış, daha bir hafifletici bir unsur katıyor gibi geliyor bana tanımlama.

Normalde meslek hastalıkları ve işkazaları birbirinden bağımsız olaylardır. Genellikle de iş kazası meslek hastalığına dönüşmez. Sağlık çalışanlarını yine bu durumun dışında tutmak lazım. Biyolojik tehlikelerde iş kazaları, kolaylıkla meslek hastalıklarını oluşturabilir. KKKA, HIV, Hepatit B, hepinizin bildiği şeyler.

Sağlık çalışanlarında aynı zamanda diğer (fiziksel, kimyasal, ergonomik, psikososyal) etkenlerle oluşan meslek hastalıkları da en az biyolojik tehlikeler kadar risk taşımaktadır.

İş kazalarında da kanuna göre “işin yürütümü nedeniyle meydana gelen ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen özre uğratan olay” olarak tanımlanmış. Diğer sektörlerde önemsenmeyecek belki kayıtlara bile girmeyecek kadar küçük kazalar, sağlık çalışanlarında; ne yazık ki çok vahim sonuçlara neden olabilir. Bu nedenle sağlık sektöründe tüm iş kazalarının kayıt altına alınması, oluşmuş kazalardan çıkarılan sonuçların, ramak kala olaylarının çözüm önerileriyle ve önlem almak için ivedilikle paylaşılması şarttır.

Çeşitli çalışmalar göstermiştir ki sağlık çalışanları kazadan sonra başvuru alan sağlık kuruluşlarında, yaralanmaların en çok yüzde 60 kadarını bildiriyor. Bu durum sağlık çalışanlarının, hem iş kazaları daha doğrusu çalışan sağlığı ve güvenliği kavramı konusundaki farkındalıklarının yetersizliğini, hem de kayıt (sürveyans) tutma ve bildirme konusundaki yetersizliklerini(?) göstermektedir.

Yıllıklara bakalım, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın (ÇSGB) 2012’de (2013 verileri hâlâ çıkmadığı için 2012 verilerini kullandım) 86 başlıklı insan sağlığı hizmetlerindeki (sağlık çalışanlarının) kaza ve meslek hastalığı verileri, Erkek kaza 71, bayan 60, toplam 131 kaza geçirmişiz. 2012’ de 5 meslek hastalığımız var.

2011’de 55 erkek, 45 kadın toplam 100 iş kazası olmuş. sağlık sektöründe yıllığa göre meslek hastalığımız hiç yok. Yine 2012’de meslek hastalıklarına baktığımızda 5’i de erkek sağlık çalışanı, meslek hastası kadın sağlık çalışanı yok. Halbuki sağlık sektöründe çalışan kadın sayısı oldukça fazla.

2010 verilerine baktığımda beni çok şaşırtan bir şey var. Sadece illere ve bölge müdürlüklerin göre iş kazaları ve meslek hastalıkları tanımlanmış. O yüzden veri veremiyorum sizlere.

SORU - CEVAP

Coşkun Canıvar

Herkes sunumunu yaparken en baştaki temel yaklaşımını sunuyor. Bir paradigmadan bahsediyor. Şöyle algıladık aslında. İbrahim hocamın sunumunda meslek hastalıklarını, iş kazalarını tespit edelim, bunun için ILO, WHO dışında başka bir şey, sistemin ideolojisinin haricinde başka bir model önerelim gibi. Sonrasında yine Murat hocam da biraz daha genişletti. Ucuz emek politikalarına dikkat çeken paradigmayı buradan kurmak lazım gibi bir yön çizdi. Ben de kendimce başka bir yerden olayı kurmak istiyorum. Kurmadan önce ise şunu söylemek istiyorum. Kurduğumuz paradigmanın muhakkak pratiğe yansımalarının ne olacağını, daha önce yansımışsa ya da öngörülerimizi örnekleriyle belirtirsek iyi olur. Ben de kendi katkımı bu eksen- de yapacağım. İşçi sağlığı konusunu biz mülkiyet ilişkilerinden ve işçi demokrasisi kavramından bağımsız tartışamayız. Bu tabii ki doğrudan bir kapitalist üretim ilişkilerinin reddiyesi anlamına da geliyor. Mülkiyet ilişkilerinden bağımsız neden düşünemeyiz? Soma çok net bir örnek oldu. İş güvenliği ve işçi sağlığıyla ilgili bazı olumlu diyebileceğimiz bazı düzenlemeler getirilmeye çalışıldı. Bunun üzerine hemen geçen hafta sonu bir şirket ben bu şartlarda çalışma istemiyorum dedi ve işletmesinde üretimi durdurdu. Sonra tekrar işe başladı. İşçi sağlığı dediğimiz şey yolda bizim öngördüğümüz birçok şey aslında mülkiyet ilişkilerinin kendisiyle doğrudan ilişkili. Soma'daki bu katliamı ve o görülmeyen meslek hastalıkları katliamlarının en temel sebebi oranın mülkiyetinin o işçilerde olmaması. İstanbul Tıp Fakültesi sürecinden de örnek verecek olursak, orada da aslında işçi sağlığı mücadelesi anlamında pratiğe nasıl yansımaları gerektiği konusunda her eylemde şunu mutlaka işçi arkadaşlarımız kendileri ifade ediyorlar; "Bu üniversite bizim. Yani bu üniversite rektörün, Sağlık Bakanlığının değil, biz burada sağlığımız biraz daha iyi olsun diye bir şeyler talep ediyor durumda değiliz. Biz bu üniversitenin yönetiminde, bütün üretim süreçlerinde söz sahibi hatta yaptırım sahibi olmak istiyoruz." Bunu net olarak ifade ediyorlar. Bu süreç biraz da şuradan önemli. Biz sendikalara önerilerde bulunuyoruz, şöyle olmalı, böyle olmalı falan... Aslında yaşadığımız durum, içinde bulunduğumuz hegemonik ilişki süreci sendikanın etkisizleştirilme sürecinin de en önemli sebeplerinden biri. Yani öyle bir hegemonya var ki işçilerin üzerinde, mücadele ederken neyin mücadelesini verdiğimiz çok farkında olamıyoruz. Bu anlamda bizim İstanbul Tıp fakültesinde hayat değişti falan demiyorum, bir mücadele yürüyor ve işçi arkadaşlarda şu özgüven kesinlikle var. "Biz burada işçi sağlığıyla ilgili, ücret mücadelesi ile ilgili, işten çıkarmalarla ilgili, özlük haklarıyla ilgili mücadele ederken bu kurumun sahibi biziz diye mücadele ediyoruz ve bu kurumun yöneticilerin, çalışanların hayatını tehdit eden uygulamaları doğrudan görüyoruz ve bunu reddediyoruz" diyerek geliştirdiği bir mücadele süreci var. Bu işçinin kendine duyduğu özgüven kendi mücadelesinin meşrutiyetine duyduğu saygı anlamında çok önemli. Sadece bir psikolojik durumdan ibaret değil. Bu süreç de yansıyor. Şöyle mesela. Bir taşeron hasta bakıcı arkadaş aynı zamanda üniversite yönetiminin yemekhaneye alım satımındaki usulsüzlüklerini de tahlil ediyor, hastanede yaşanan hasta mağduriyetleri hasta hakları açısından değerlendiriyor, gerekirse basına demeç vererek deşifre ediyor vs. Bu anlamda bizim de paradigmamızı mülkiyet ilişkileri üzerinden muhakkak kurmamız gerektiğini ve işçi demokrasisini işçi öz yönetimini unutmadan, bunların da hani şöyle söyleyeyim, kurduğumuz paradigma daha kapsayıcı olsun, daha solcu daha olsun bilmem ne kaygısıyla değil, tam tersine bunun mücadeleye ciddi bir katkısı, desteği var ve mücadele süreci-

ni de yönlendirmesi konusunda ciddi önemi var.

Ben sözümü sağlık çalışanlarına bağlayarak bitireyim. İstanbul Tıp fakültesinde yürüttüğümüz mücadelede sağlık çalışanlarının sağlığı olarak -iğne batması mı var- arkadaşlarımız arasında kurduğumuz küçük bir komite var hemen birimler arası haberleşiyorlar. Hemen tutanağı tutuluyor. Şirkete bunu bildirmek zorundasınız deniyor. Hastane yönetimine bunu önlemek zorundasınız deniyor. Yükseklerde çalışan arkadaşımız kemersiz mi çalışıyor? Fotoğraf çekiliyor. Bu neden kemersiz çalışıyor gibi sorular soruluyor. Yani seri anlamda bir işçi sağlığı mücadelesini yürütmeyi kurgulamamız lazım. Bu çok önemli, çünkü yoksa ya çok genel tanımlamalar yapıp bu işçi sağlığını çözme sürecinde erteleme, abartırsak devrim sonrasına öteleme gibi yaklaşıma kaçabiliyoruz ya da hukuki-kanuni, yasal birçok düzenlemeler içerisinde boğulup, hastanelerde işçi sağlığı iş kazalarıyla ilgili bütün durumlar yaşanırken bunlara müdahil olamama sürecine kayıyoruz. İki uç arasında kalmamak lazım. Bu sürecin bütün bileşenleri önemli ama temel paradigmayı buradan kurmak lazım. Risk değerlendirmesini sendikalar olarak biz yapalım, risk değerlendirmelerinin birinci maddesine şunu yazalım: Bu işyerinin mülkiyet hakkının işçilerde olmaması birinci risktir.

Zeynep Aydın

Ben Murat Bey'e bir öneride bulunmak istiyorum. 8 yıllık 10 yıllık mücadelelerden söz ettiniz ama bunlar emsal kararlar açısından bence çok önemli. Emsal karar çıkarılabildiyse sonraki mücadeleler daha kolay oluyor. Bu tür emsal kararların mutlaka ortak platformlarda tartışılması gerektiğini düşünüyorum. Sağlık Bakanlığı örneği vardı. Giresun'da hastası tarafından öldürülen Dr. Ali Menekşe olayı. Ailesi Sağlık Bakanlığın açtığı tazminat davasını kazandı. Bakanlık 325 bin TL tazminat ödemek zorunda kaldı. Bu sonra Sağlık Bakanlığının çeşitli önlemlerinin geliştirilmesi için bir emsal karar oldu. Yüksek tazminatlar bence iş kazaları ya da ölümler sonucunda aslında ciddi bir yaptırım. Çünkü sistemin mantığı açısından bakılırsa iş riskini önleyecek şeyleri geliştirmek için harcanacak masraf ya da maliyet tazminat maliyetinden düşükse riski önler işveren. Bu nedenle aslında yüksek tazminatlı davaların açılması bireysel ya da sendikalar üzerinden, bunların kazanılıp emsal oluşturulması ve bu bilginin paylaşılması gerçekten sistemin mantığı içinde önemli bir şey oluşturabilir diye düşünüyorum.

İstanbul Tıp Fakültesi sınıf öğrencilerine mezuniyet öncesi eğitim için sağlık çalışanı olarak iş risklerimizi nasıl önleriz diye ders açtık. Haftada 1 saat ve toplam 12 saatlik bir süreç. İlk dersimizde öğrencilere "arkadaşlar, oturduğumuz salona bir bakalım buradaki riskler nelerdir" dedik. Baktık sıvalar yerinden oynamış. Projektör var tavanda biraz eğrilik var, kafamıza düşebilir. Şimdi buradaki salona bakalım. Buradaki riskler nelerdir? Aslında oturduğumuz yerden başlayalım. Yağ satarım bal satarım oynatmadan önce arkadaşlar, önce ayağımıza takılacak taşları toplayalım düşeriz demeli. Buradan başlamalıyız. Eğitimin sonunda bakalım ne çıkacak?

Çocuklara riskleri tanısınlar, kendi çevrelerine baksınlar, nasıl önleriz diye düşünsünler dedik ve hastaneyi gezdiler. İkinci dersin sonunda çocuklar hocam riskleri tespit ettik şimdi ne yapacaksınız dediler. Ben öğrencileri amfide oturtuyorum, çocuğun başına sıva döküldü, yaralandı, ne olacak şimdi. Tazminat davası açarsa diye korkuyorum.

Bir öğrenme sitesi kurulmasını şiddetle öneriyorum ama sadece belgelerin yer aldığı site gibi değil. Sağlık Emekçileri Sendikası'na önerdim ama bakalım ne olur. Gerçekten kendisi için bir şeyler yapmaya yönlendirecek kendi başına ya da birlikte, bir site açılması aslında bazı şeylere belki katkı sağlar.

Murat Özveri

Bir adres vereyim emsal kararlara ilişkin. 14 yılını doldurdu. Çalışma ve toplum diye bir dergi çıkarıyorum. Bu dergi 2 bölümden oluşuyor. Birisi makaleler bilimsel araştırmalar vs... Diğer bölümü ise Yargıtay kararlarından oluşuyor. Birleşik Metal İş'in sponsorluğunda çıkıyor. Bizzat Yargıtay'ın yayınlanmamış kararlarını yayınlıyoruz. Yaklaşık 5 bine yakın karar yayınlandı. Dergi ücretsiz, internet sitemiz şifresiz. Sitede kavramlara göre arama motoru var. 2002'den beri örneğin iş kazaları ile ilgili tüm kararlara ulaşmanız mümkün. Kimse bir ücret almıyor bu dergiyi çıkaran.

Peki, başka bir konuya dönecek olursam: Çalışmama hakkını kullanınca ne oluyor? Somut bir örnek: Derince'de bir battı-çıkı inşaatında yandan büyük tırlar geçiyor. Hiçbir önlem alınmamış, 20 metre kazılmış burası. Kaza oluyor. İşçi toprağın altında kalan arkadaşını çıkartıyor. İkinci işçiyi çıkarmaya çalışırken bir göçük daha oluyor ve kendisi ölüyor. Çalışmama hakkını kullanmadığı için bu işçiyi yüzde 20 kusur verdiler arkadaşlar. Bırakın ben çalışmayacağım demesini, çalışmama hakkını kullanmalıydı, sağdan soldan tırlar geçiyor buranın çökeceği beliydi diye yüzde 20 kusur verdiler. Evet, çalışmama hakkımızı kullanalım. Evet yaşımız 55. İşten çıkarılsak bir daha iş bulmamız imkansız. Çalışmama hakkını kullanmak demek kolay ama işçi açısından o kadar da kolay değil.

Gönül Malat

Aslında kamuda bizim risk analizi yaptığımız yerlerde ne yazık ki gerekli önlemleri alamıyoruz. Bu çok büyük handikap. Bu kadar kötü bir şey olmaz diye düşünüyorum.

Hasan Oğan

Örneğin Ersin Arslan olayı şiddete bağlı tam bir iş kazası. Fakat orada biz aileye tazminat davasını açtıramadık. Artı başhekimliğe ancak valiliğin çok zorlamadan sonra idari soruşturma açma onayı oldu ama arkası ne oldu bilemiyorum. Aynı Zamanda Samsun'da da Dr. Mustafa Bilgiç olayında yine aile durumu bir kader olarak gördü ve onlar da dava açmadı. Geçen gün bir teknisyenin ölümü sonrasında aile yine durumu gayet sıradan bir olay, kader olarak görüyor. Bizim sağlıkçılar da iş kazası ve meslek hastalıklarına bize bir şey olmaz mantığıyla bakıyor. Böyle de baktığımız müddetçe de çözüm bulmamız zor.

Sami Erten

Bir işçi günde yedibuçuk saat çalıştığı için işten çıkarılmasının Yargıtay tarafından onandığını söylediniz. Yargıtay onarken de şirketin avukatının iddiası olan bu zaten biliyordu. Sözleşme bu şekildeydi. Bunu demesi ne derece hukuki.

Murat Özveri

Zaten hukuka bakışımıza bağlı bir olay. Aslında hukuk sınıfsal ilişkileri o kadar net biçimde yansıtıyor ki, yazılı hukuk bir tek cümleyle bertaraf edilir. 2 tane örnek vereceğim size. "İşçiler ve hukuk devleti masalı" diye bir kitap var. Bu kitabı yazmamın nedeni toplu iş hukukundan kaynaklanan davaları sosyal siyaset mülahazalarından hareket ettik, memleket batır diye korktuk diye Yargıtay'ın işçiler aleyhine sonuçlandırmasıydı. Sosyal siyaset mülahazaları... Kamu düzeni, milli güvenlik, bunları öne çıkarırsanız, sermayenin çıkarı demektir. Burada adam hangi mesajı veriyor. Fason çalışıyorum. Yargıtay dese ki gece 7 buçuk saatten fazla çalıştırmak serbest yasaya aykırı olacak diyemiyor, çalıştırmak serbest demiyor. E istememiş. Fazla çalışma-

ya muvaffakiyeti olmuş olmasına rağmen gelmemişse tazminatsız fesih. Ona da razı olmuyor, tazminatlı fesih. KOBİ'leri korumanız gerekir. Milli ekonomiyi korumak gerekir gibi bu soyut kavramları koyarak bu sürece yaklaşmadığımız sürece ben de sizin gibi dedim. Bu kadar dosya nasıl bozulur dedim. Sistemin genel soyut kavramları vardır. Kamu düzeni, milli güvenlik, genel asayiş... Kağıt grevini ertelıyor genel sağlık ve milli güvenlik ertelemenin gerekçesi. Kağıt üretimi ile milli güvenlik arasında nasıl bir ilişki vardır diye sordum ben Danıştay da dava dilekçemde. Danıştay savcısı şöyle bir mütalaa verdi. Kağıt üretimi olmazsa mamuller ambalajlanmaz. Mamuller ambalajlanmazsa ihracat olmaz. İhracat olmazsa döviz girmez. Döviz girmezse TSK'nin ihtiyacı olan silah ve teçhizat alınmaz. Savcının yazdığı rapor bu. Dolayısıyla hukuk sınıfsal bir olaydır. Ben ne kadar yetenekli olursam olayım eğer arkamda sınıfın gücü varsa o Danıştay savcısı o görüşü yazamaz. O Yargıtay TİS hakkımı elimden alamaz. Ve o fason çalışıyorum diyen işçiye de ara yol bulayım diyemez. Dolayısıyla olay sınıfsaldır. Sınıf güçleri dengesine göre adalet şekillenir.

Ali Naci Yıldız

Murat Bey saha deneyimlerini, uygulamadaki çözüm önerilerini çok net şekilde ortaya koydu. Kısa bir sorum var. Çalışmama hakkını kullanan oldu mu şimdiye kadar? Bu hakkını kullandığı için diğer özlük haklarında kayba uğradı mı? Asıl merak ettiğim konu bu iş kazası ve meslek hastalıkları konusunda kamu ve özelde çalışanların iş akitleri konusunda farklılıkları konusunda. Yeni kanuna baktığımızda meslek hastalıklarının tanıyı isteğimizle paralel bir şekilde koyduğunu, iş kazası tanımını belirlediğini görüyoruz. Meslek hastalıkları özürüllük gereklerini vurgulamıyor. Hem kamu hem de özeli kapsıyor. Ancak SGK mevzuatına baktığımızda SGK bir sigorta kuruluşu. Prim alınan kişi sigortalanıyor. Kısa vadeli sigorta kapsamında iş kazası meslek hastalıkları için bu tanımları getiriyor. Ve bununla ilgili bildirim olduğunda onun üzerinden işlem yapılıyor. Tanı aşamalarındaki sorunlar da mevcut. Ama kamuda çalışanlar için böyle bir tanımlama yok. İş kazası, meslek hastalıkları primi zaten yapılmıyor. SGK de onu tanımıyor. Uygulamada yaşanan şu: Devlet memuru iş kazası bildirim formunu doldurup SGK'ye gidiyor. SGK neden bana geldin diye iade ediyor. Meslek hastalığı için de öyle. Kamuda ne geçerli. Kamuda vazife malullüğü geçerli. Malullük sigorta kolundan yürüyor işler. Dolayısıyla konuyu tartışırken iş kazası meslek hastalığı memurlar için tanımlanmış değil, zaten böyle bir prim toplanmıyor. Belki de soru şu: Bu primi işveren olarak zaten devletin yatırması gerekiyor. Bunun için belirli uğraş vermek gerekiyor. Bunun için uğraşmak gerekiyor.

Murat Özveri

Biliyorsunuz 5510 sayılı yasa 2008 yılında yürürlüğe girdiğinde tek çatı altında topluyordu. Tek çatı adı altında da 3 farklı statüyü a-b-c-d bendleri içerisinde topluyordu. Tek çatıyla ilgili AYM'nin iptal kararıyla birlikte kısa vadeli sigorta fonları açısından yaşandı. 4-C'li SGK mevzuatı açısından söylüyorum, yani 657 sayılı yasaya tabi devlet memurlarına ilişkin düzenlemeden onlar AYM'nin iptali ile birlikte çıkarıldılar. Dolayısıyla o bölümün başlığı değişti. Kısa vadeli sigorta fonlarına yönelik başlık değişti, iş kazası ve meslek hastalıkları haline geldi. Dolayısıyla vazife malullüğü çerçevesinde değerlendirme yapılacak. Ona göre de işlemler gidiyor zaten. Sorun şurada: AYM'nin iptal kararından sonra yasa koyucu bir değişiklik yapmadı. Yani 01.10.2008'den sonra işe giren devlet memurları ne olacak? Onlar kaza geçirdiği zaman ne olacak? Kısa vadeli sigorta kollarına ilişkin mevzuattaki durum ne olacak? Yargıtay içtihatlarına göre onlar da yine 5434 sayılı yasa ile vazife malulleri açısından değerlendirilecek. İş kazası mes-

lek hastalıkları primini zaten işveren yatırmak zorunda. 4-C açısından da aynı şey söz konusu olacaktır diye düşünüyorum.

Hasan Oğan

Bu sempozyumun ve yaptığımız diğer çalışmaların esas amaçlarından birisi sağlık çalışma grubu olarak bir yol haritası oluşturmak. Dediğiniz sorunları bir şekilde çözmek. Şuna karar vermek durumunda kalacağız: işçilere tanınmış hakları en azından talep eder durumda bir kendimize yol haritası oluşturmak gerekir mi, gerekmez mi?

Hüseyin Usta

Güzel sunumlar oldu. Kamu sorumluluğu, eğitim sorumluluğu, demokrasi mücadelesi açısından en sonunda da Murat beyin yorumunu değerlendirmesini rica edeceğim. Bursa'da yerel yönetimin, belediyenin oluşturduğu bir yönetmeliği alanlarla ilgili yönetmeliği devletin tüm kurumlarının iptal etmek için harcadığı çaba dehşet vericiydi. Türkiye'de her alanda etkileşimin zirvede olduğunu biliyoruz. Sermayenin ya da sanayinin ihtiyaçlarının klasik bir dizisinin aksine demokratik hakkımızı kullandığımızda dahi engelleniyoruz. İşverenin sorumluluğu açısından 1990'lardan bir örnek vereyim. Kocaeli'nde Koruma Tarım İlaç Fabrikasındaki 5 bin ton benzaheksaklorür güvensiz olarak depolandığında biz o durumu kurcaladığımızda patron demişti ki "ne yani ben buraya yaptığım yatırımın 2 kat fazlasını mı harcayayım?" Bugün bu tablo daha ağır şekliyle sürmekte. 6331 sayılı yasanın pratik uygulamasında devletin organize ettiği bu süreçteki tüm sorumluluğu hekimlere, iş güvenliği uzmanlarına ve OSGB'lere sigorta ettirdiğini görüyoruz.

Türkiye kamu hastaneleri birliği genel sekreteri bir yazı yazmış. Hastanelerde iş yeri hekimliği yapacak birini görevlendirin diye. Hastanenin biri duyuru asmış: Hastanemizde iş yeri hekimliği yapacak biri bulunamamıştır diye. Bugünkü yasal uygulama eğer özel değilseniz hekim olarak sistemin oturtulması çok büyük bir tehlike. Burada hastanelerde işyeri hekimliği yapan bir arkadaşım var. Yaşadıklarını da biliyorum. Yeni bir hastalık ortaya çıktığında iş yeri hekimi bu hastalıkla ilgili tüm bilgileri araştırıp işvereni bilgilendirmek ve gerekli önlemleri aldirmekle yükümlüdür.

Bütün bunları yan yana koyalım. Sistem böyle, demokrasi mücadelesi çok önemli ama diğer yandan bizim de hekimler olarak sistemi oturtmak anlamında meslek örgütü anlamında sorumluluğumuzun olduğunu söylememiz lazım. Bu konudaki katkınızı rica edebilir miyim?

Murat Özveri

Önceki soruda unuttuğum. Çalışmama hakkını kullanan var mı diye? 2 tane var iş bırakma. Biri ücretin 20 günden fazla ödenmeme durumu... Tehlike nedeniyle iş bırakmaya rastlamadım ben. Benim dışında olmuş olabilir bilemiyorum. Ücretin ödenmemesi üzerine işi bırakmada ise ücretsiz izne dönüşmüş durumda. İş bıraktığın andan itibaren çalışma, ücretini alamıyorsun. Oysa maddenin amacı bu değil. Maddenin tasarımı halinde çalışmaması halinde ücret alır ibaresi Meclis'te madde metninden çıkartılmış olmasına rağmen Borçlar Kanunu işverenin kendisiyle ilgili madde düzenleyen eğer işveren kendi yapması gerekeni yerine getirmemiş ise işçi karşı edimini yerine getirmemiş de olsa ücret talep edebilir diye bir madde var. Buradan hareketle talep ettiğimizde ne yazık ki Yargıtay dedi ki, "Hayır. Ücretini ödemek zorunda değil". Yani ücretim ödenmiyor, işi bırakıyorum. Çalışmama hakkı bir türlü ücretsiz izne dönüşüyor. Ve hemen hemen de hiç uygulanamaz hale gelmiş durumda.

Hüseyin Usta'nın sorduğu soru, eğer rücu boyutuysa hukukunun kendi mantığı içine girerseniz... İşçi sağlığı ve güvenliğinin her koşulda oluşturulmasına ilişkin bir madde var. İşveren bu ilişkiyi yasa kurallarına göre yapmış. İşveren otoritesine karşı çıkmanın anlamı şu: Hukuki bir sorun yok, işten atar. Ya da Kocaeli'de yaşandığı gibi iş yeri sendika temsilcisinin ya da sendikacının yakınının istediği ilacı yazmadığı için iş yeri hekimi sendika odasında ağzı burnu kırılabilir. Şikayetçi dahi olamayabilir. Bunların hepsi yaşanmış olaylar. Ne olacak peki? Hiç bir güvencesi yok. Peki rücu edebilecek mi? Edecek. Çünkü tazminat hukukumuz kusur esasına dayanır. İşveren istihdam eden olarak ödemeyi yapar ama kendi iç ilişkisinin içerisinde bu silsilenin içerisinde kusuru oranında rücu edebilir. Bunun pratiği hatırladığım kadarıyla bir Kayseri'de var.

Bir sistem sistemse kahramanın çıkmasına izin vermiyordur zaten. Onun içinde birileri kahraman oluyor deontoloji adına, kamu yararı adına, toplum sağlığı adına, meslek ilkeleri adına işsiz kalmayı, aç kalmayı savunarak göze alıyor ise, diğerleri de buna eyyamcı davranıyor ise orada sistem sorunu var demektir. Siz kahraman olun, aç kalırsınız. Ya da sisteme uyarınız. Sistemi değiştirmedığınız sürece başka bir alternatifiniz yok.

ANKET, ÇALIŞMA GRUBU RAPORLARI VE GENEL DEĞERLENDİRME

Yürütücüler:

Özlem Azap
Türk Tabipleri Birliği

Birsen Seyhan
Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES)

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA MESLEKİ RİSKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

Hasan Oğan

Bugüne dek sağlık çalışanlarının sağlığı çalışma grubu olarak birçok açıdan sağlık çalışanlarına yönelik anket yaptık. Bu anketleri pratik olması nedeniyle genelde web ortamında yapıyoruz. Oldukça önemli ve yararlı sonuçlar elde ettik ve bu anketleri yapmaya da devam edeceğiz.

Bu ankette sağlık çalışanlarının yaşını sorarak bir başlangıç yapmıştık. Genelde sağlık çalışanlarının çalışma yaşına baktığımız zaman 23 ile 31 arasında büyük bir dilimi görüyoruz ve 55 yaşın üzerinde de artık meslekten ayrılmalar başlıyor.

Bu anketime cevap verenlerin kadın ağırlığı az. Bunun yanı sıra anketteki bir diğer olumsuzluk ise bu anketi web sayfamızda tüm sağlık çalışanlarına yöneltmemize rağmen ne yazık ki 471 cevap geldi. Ki biz İstanbul bazlı başka özel anketler yaptığımızda katılım olarak 700'lü 800'lü rakamlara ulaşmıştık. Bunun altını çizmekte yarar var. Çünkü biz çalışma grubu olarak bu anketin duyurusunu kurumlara yaptığımız zaman şunu bekliyoruz; kurumlar bunu duyuracaklar ve insanları teşvik edecekler ve de sağlık çalışanları da bu anketi cevaplayacaklar. Ama ne yazık ki bu böyle yürümedi. Bundan önceki bazı çalışmalarda da aksamalar olmuştu. Çünkü biz bir A kurumuna bu anketi gönderdiğimiz zaman A kurumunun en uçtaki kişiye bunu göndermesi, dağıtımını, duyurusunu yapması gerekiyor. Ancak bir yerlerde tıkanma yaşandığında bu durum çalışmaların bütün alana yayılmasında sorunlar çıkarıyor.

Ankete cevap veren 471 kişiden 327'si doktor. Yani bu anketi esas cevaplayanlar doktor. Burada hemşire, diş hekimi gibi katılımlar da var ama yetersiz. Eczacı ise hiç yok. Yine burada %72 ile kamusal bir alan ağırlığı da var.

Çalışma süresi de %50-60 civarında 10 ila 30 yıl arasında çalışıyor. Yani bu ankete cevap verenlerin mesleki tecrübeleri oldukça yüksek. Bu da sorunların tespiti açısından önemli.

Çalışma süresinin 45 saatlik yasal çalışma süresinin üzerinde olduğunu görüyoruz. Özellikle %7'lik bir dilim var ki bu bölümün çalışma süresi 71 saatin üzerine çıkabiliyor. Sürekli çalışan, ameliyat yapan uzman arkadaşlarımız var. %7 dilimi önemsemek gerekli, bu önemli bir rakam. %7 dilimindeki insanlar 71 saat çalışıyorsa bunların karşılaşacağı riskler, mesleki hatalar çok ciddi boyutlardadır. “%50'si yasal oranda çalışıyor, %7'si bunun çok üzerinde” algısı bizi yanlışla sürükler. Artı, çalışma düzenimizde fazla mesai artık rutine binmiş durumda. Ancak %38-40 oranındaki bir grup fazla mesai yapmıyor, ama onun dışındaki %60'lık çoğunluk bir şekilde fazla mesai yapıyor.

Çalışma koşullarına dair soruları yöneltirken amaçlarımızdan bir tanesi de bu arkadaşlarımızda farkındalık yaratmaktır. Bu nedenle sorduğumuz birçok soru var. Bunlardan bir tanesi de yasalarda var olan “dinlenme arasına” dair bir soruydu. %17'lik dilim bu haklarının var olduğunu söylerken %83'lük bir dilim olumsuz cevap verdi. Ancak iş ne zaman izin verirse bu haklarını bir şekilde hayata geçiriyorlar.

Yine iş koşullarına dair “Ergonomik olarak uygundur” cevabını ancak %18'lik bir dilim vermiş.

%60-70'lik bir dilim ise ergonomik olmayan koşullarda çalıştığını söylemiş.

Sağlık çalışanları açısından en önemli olaylardan birisi de gün ışığında çalışmama. Buna %48'lik bir dilim gün ışığından yararlanarak çalıştığı cevabını verirken geri kalan %52'lik kısım ise zemin katlar gibi gün ışığından faydalanılamayan katlarda çalıştığını söyleyerek yanıt vermiş.

Çalışma ortamlarında gürültü varlığına dair soruya ise %23'lük bir dilim gürültüsüz ortamda çalıştığını söylerken 'kısmen' cevabıyla birlikte %68'lik bir dilim gürültülü ortamda çalıştığını belirtmekte.

Bu çalışma koşulları arasında iklimlendirme/havalandırma da önemli bir durum. Özellikle ameliyathane gibi, anestezi ortamlarında bu koşullarda çalışmak gerekiyor. "Uygun mu?" sorusuna %44'lük bir 'evet' cevabı var. 'Kısmen' cevabı ile olumsuz cevap verenler ise %56'ya ulaşıyor.

"Çalışma ortamında radyasyon etkisinde kalıyor musunuz?" sorusuna %51'lik dilim hayır cevabı vermiş. 'Evet' ve 'kısmen' yanıtını topladığımız zaman da %44 rakamı karşımıza çıkıyor. Geri kalan kısımdaki arkadaşlarımız ise çalışma alanında, yanındaki odada vs. radyasyon olup olmadığına dair bir bilgiye sahip değil, bunun farkında ya da bilincinde değil.

Radyasyona karşı "Kurumunuz gerekli önlemleri alıyor mu?" sorusuna %36'lık dilim 'evet' demiş. %16'lık kısım bu önlemlerin alınıp alınmadığına dair bilgisi olmadığını söylerken geri kalan dilim ise bu önlemlerin alınmadığını söylemiş.

Şiddet açısından sorduğumuz soruda şiddetle ilgili yapmış olduğumuz diğer anketlerimizi doğrulayan cevaplarla karşılaştık. %60 oranında sağlık çalışanı bir şekilde şiddetle karşı karşıya kaldığını söylüyor. 113 hattına müracaatları olup olmadığına ise %82'lik dilim yaşadıkları şiddeti bildirmedikleri cevabını veriyor. 1,5 ya da 2 yılda 113'e bildirilen 36 bin şiddet vakasının 5-6 katını düşündüğünüz zaman Türkiye'ye yaşanan şiddet vakalarının oldukça yüksek olduğunu görüyorsunuz. Biz şiddetin bir iş kazası olduğunu söylüyoruz ama birçok arkadaşımız bunu böyle değerlendirmiyor. Bu konuyu SGK müfettişleriyle de konuştuk. Onlar da şiddetin iş kazası olmadığını söylediler. Şiddete maruz kalan kişinin fiziki bütünlüğünde ve ruhsal yapısında kalıcı hasarların meydana geldiğini, hayatını kalıcı olarak etkilediğini söylediğimizde ise "Ha, evet o zaman iş kazasıdır" dediler.

Katılımcı

Şiddet, iş kazası olarak değerlendirildiğinde tavsiyede kusura girer. Biraz daha masumiyet kazanmaz mı? Şiddet daha ağır cezalandırılmalı.

Hasan Oğan

O ayrı bir durum. Biz iş sağlığı ve güvenliği açısından bakıyoruz. İş kazası ve buna bağlı oluşan meslek hastalıkları durumu, doğacak cezai durumları engellemiyor.

"Yöneticiler ve çalışma arkadaşlarınızdan size mobbing uygulandığını düşünüyor musunuz?" sorusuna cevaplarda %70'lik bir dilim "Evet ya da kısmen bir şekilde uygulanıyor" diyor. Burada dikkat çeken şey hekimlerin de hemşireler, diğer teknik elemanlar gibi mobbingden şikayet eder hale gelmesi.

Algı yaratmak açısından sorduğumuz sorulardan bir tanesi de "Çalıştığınız kurumda şiddet

önleme birimi var mı?” şeklindeydi. Ne yazık ki %80 bu soruya ‘hayır’ dedi. Ancak %18’lik bir dilim ‘evet’ yanıtını verdi.

“Son bir yılda yaptığınız işe bağlı hastalık/rahatsızlık yaşadınız mı? Kaç kere?” sorusu var. %50 gibi büyük bir oran iş kazası ya da meslek hastalığı yaşamadığını söylüyor. %35’lik bir dilim ise 1-3 kez bu kapsamda değerlendirebileceğimiz rahatsızlıkları yaşadığını söylüyor. Tümünü topladığımız zaman da %42’lik bir oran iş kazası ya da meslek hastalığına maruz kalıyor.

“Mesleki riskler ve hastalıklara karşı yeterli kişisel önlem alıyor musunuz?” sorusuna ‘evet’ cevabı verenler %29. Bu oran oldukça düşündürücü. %19’u ‘kesinlikle hayır’ diyor.

“Çalıştığınız kurumda iş sağlığı ve güvenliği kurulu var mı?” Hayır %36. ‘Bilгим yok’ cevabı burada yine dikkat çekici. Bu bakımda biz bu tür kurumların oluşturulması gerektiğini arkadaşlarımıza anlatmak zorundayız.

“6331 sayılı kanun sizce uygulanıyor mu?” diye sordüğümüzde ‘evet’ cevabında rakam %15’lere düşüyor. ‘Hayır’ derken de %28’lik bir dilim bu konuyu bilmediğini, farkında olmadığını söylüyor.

Mesleki riskleri başlıklarına değinerek söyleyeceğim. Buna göre sıralama şöyle oluyor: 1- Bulaşıcı hastalıklar, 2- Hasta/hasta yakını şiddeti 3- Radyasyon... Yani sağlık çalışanlarının mesleki risk olarak algıladığı başlıklar alanına göre değiştirilebilir çeşitlendirilebilir ama bu şekilde artık...

Öneriler var. Özellikle iş yükünün azaltılması ve şiddete karşı güvenlik ve yasal önlemlerin alınması ve ilk başta söylenen öneriler çerçevesinde yer alıyor.

Son sorular tükenmişliğe ve de psikolojik durumu algılamaya yönelik sorular. Burada şöyle bir durumla karşılaştık: Normalde sorulara 3 ya da 4 farklı kişiler cevap vermiyordu. Ancak bu sayı (cevap vermeyenler) birden bire 15-20’ye çıktı. Yani 471 kişiden 15-20 kişi buradaki soruları bilinçli bir şekilde cevaplamadı. Çünkü buradaki sorular kendi durumunu saptamaya yönelik.

“Güvenli hisseder misiniz?” sorumuza yanıtlarda her zaman güvenli hisseden %9, sık sık %37, bazen de %30’luk bir bölüşüm ortaya çıkıyor. Anestezi anketinde şöyle bir durumla da karşılaştık: Anestezi çalışanları kendilerini mesleki açıdan ve buldukları ortam açısından güvende hissediyorlar. Yani dışarıda daha güvensiz hissederken orada daha bir güvende hissetme durumu var.

“Her gün işe gitmeyi dört gözle bekler misiniz?” sorusuna ‘her zaman’ yanıtı veren %7.

“İşinizde gücünüzün üzerinde çalıştığınızı hissettiğiniz oluyor mu?” %8’lik dilim buna ‘hayır’ diyor. %80-90’lık bir dilim ise ay, hafta ya da her gün gibi belirlemelerle iş gücünün üzerinde çalıştığını söylüyor.

“Ruh sağlığınızın tedavi gerektirecek kadar bozuk olduğunu düşünüyor musunuz?” Burada %56’lık kısım doğrudan “Hayır, nereden çıkartıyorsunuz” diyerek bunu kabul etmiyor. Kısmen diyenler de var bir 15-20 kişi kadar. %10’luk bir dilim var ki “Evet, ruh sağlığım tedavi gerektirecek düzeyde bozuldu” diyor. Bunlar dediğim gibi sıradan insanlar değil, mesleği bilen, kendine koyduğu tanının ne anlama geldiğini bilen insanlar.

Devam ederseniz “Son iki haftadır, günün çoğunda, hemen hemen her gün, devamlı olarak kendinizi üzgün, çökkün hissediyor musunuz?” sorusuna ‘evet’ diyenler %40, hayır diyenler %59’a

kadar çıkıyor.

“Son iki haftadır ilgilendiğiniz işlerle çok daha az ilgilenmekte ve eskiden zevk aldığınız şeylerden çok daha az zevk almakta mısınız?” Bu soruda keyifsizlik ve mutlu olamam gibi durumlar %50 oranında. Yani çalışanlarımızın yarısından fazlası yaptığı işten memnun değil ya da daha az keyif alır bir durumda karşımıza çıkıyor.

“Son bir ayda hayatın yaşanmaya değer olmadığı yönünde düşünceleriniz ya da ölmeyi arzuladığınız oldu mu?” %13'lük bir kesim “Evet, durumum kötü ve ben bu işten bir çıkış yolu bulamıyorum” diyor. Bu rakam oldukça yüksek bir rakam. Türkiye’de ya da toplum ortalamalarında yüzde 4 olan intihar vakalarında anestezi ortalaması oldukça yüksek. Burada da yüzde 13 rakamı azımsanacak bir rakam değil, Burada şu önemli: acilen, pratik olarak önlem alınması gereken bir sağlık çalışanı gurubumuz var. Acilen bu sonucu ortaya çıkaran koşullarının düzeltilmesi gerek. Eğer bu koşullarda devam ederlerse bunlar evinde ölü bulunmak, kalp krizi geçirmek gibi basına dahi yansımadan sessiz ölümler şeklinde karşımıza çıkabilir.

Ve yine o sorunun devamı olarak “Geçen son 12 ay içinde, 3 veya daha fazla alkollü içkiyi, 3 saatlik bir süre içinde içtiniz mi ve bu durum 3 veya daha fazla sayıda oldu mu?” %28'lik dilim evet diyor. Bu da yine önemli bir olay. Yani çıkış yolu bulamadığı için bir şekilde kendini alkole ya da madde bağımlılığı dediğimiz durumların içine bırakabiliyor. “Kendinizi iyi hissetmek veya ruh halinizi değiştirmek için herhangi bir madde, ilaç, anestezi madde kullandınız mı?” sorusuna verilen cevaplara göre %8'i kullanıyor. Çok yüksek. Dediğim gibi o tükenmişlik, umutsuzluk, kendini iyi hissetmeme gibi durumlarda tıp camiası içinde kolayca ulaşabileceği narkotik maddeler çerçevesinde ya da başka bir takım maddeler çerçevesinde bunu hayata geçiriyor. Önce keyif almak, denemek maksadıyla başlıyor, bir yerden sonra bağımlı hale geliyor. Yüksek dozlara geçiyor ve istemese de hayatını bir şekilde sonlandırmış oluyor.

Bizim yaptığımız anket sonuçları bunlar. Bu tür verileri görünür hale getirmekte ve paylaşmakta yarar var. Ama baştan söylediğim gibi lütfen bu anketleri en ücra köşede kalan arkadaşlarımızın doldurması açısından çalışmalarımızı yaygınlaştıralım diyorum.

Özlem Azap

Aslında neredeyse genç ve orta yaşlı hekimlerin durumu bu. Normalde burada olumsuz gibi görünen veriler daha da olumsuz aslında. Genç asistan arkadaşlar, taşeron işçi arkadaşlardan kimse yok herhalde burada. Onların verileri hiç yansımış değil. Dev Sağlık İş'in bu konuda bir çalışması yok herhalde.

Gürsel Kaya

Yok. Fakat bizde durum daha vahim. Hekimler işin daha farkında. Bizde bunların da ötesine geçen durumlar söz konusu?

Özlem Azap

Bu anket Dev Sağlık İş'e ulaştı mı, çünkü uzun bir süre web sayfasında kaldı. Salonda acaba bu anketi yanıtlayan kaç kişi var?

Aslında burada kritik şeylerden bir tanesi de şiddetin bir iş kazası olup olmadığı algısı. Bununla ilgili İbrahim Hoca'nın da katkısı olabilir mi?

İbrahim Akkurt

Şiddeti de iş kazası tanımı içine aldığımızda, iş kazası tanımında işin yürütüm koşulları içinde ya da işveren tarafından herhangi bir yere gönderilirken kişide hasar bırakıcı, ölümlü sonuçlanabilen bir durumdan bahsediyoruz. Bu kavram içinde hasar bırakması, iş alanı içinde olması, o alan içinde olan canlı ya da cansız bir etkenle olabilir. Ben mantıken iş kazası tanımı içine alınması gerekir diye düşünüyorum ama bir nüans da adli tatbikatın ya da adli durumun dışında değerlendirilmesi gerekir diye düşünüyorum. Yani hem o hem de bunun özlük hakları bakımında iş kazası kategorisi içerisinde değerlendirilmesi gerekir. İş kazası ve meslek hastalıkları adına doğru istatistik ve doğru tespitlerin ve sonuçta da doğru önlemlerin alınması açısından; bir diğeri de bunların saptanması halinde de nerede çalışıyor olursa olsun buralara da çalışma ruhsatını veren kurum ve kişiyi Sağlık Bakanlığı kategorisine alabilmek gerekir. Yani. Sağlık Bakanı her türlü durumda muayenehane ya da her türlü yetkiyi verebilme gücü olduğu için bir şekilde sorumluluğu da ana işverene yüklemek gerektiğini düşünüyorum.

Bu gerekçelerle ben şiddetin de iş kazası kategorisine alınmasını -tekrar söylüyorum adli olay dışında- özlük hakları açısından ve daha sonra kişide meydana gelebilecek bir hasarda tazminatın o adli olaya sekonder bir artı değer olarak; ve bir sorumluyu belirleme açısından uygun olacağını düşünüyorum.

Şadiye Çetintaş

Bence de kesinlikle iş kazası. İşin yürütüldüğü alanda meydana gelmiştir ve direkt işe yönelik bir travmadır. Biz normalde iş yerlerinde iş yeri hekimi olarak, iki kişi kavga ettiği zaman bunu iş kazası olarak kayda geçiriyoruz. Burada işverenin yükümlülüğü olmayabilir. Bir hekim kongreye gittiyse ve ayağı burkulup düştüyse bu da iş kazasıdır. Ambulansta meydana gelen kaza da iş kazasıdır. Personel servislerinin yaptığı kazalar da iş kazasıdır. Bu tanımlar çok açık ve net.

Katılımcı

Fakat orada şiddetle ambulans farklı. Orada bir taksirli kusur var. Ambulansta bilerek kaza yapılmıyor ama şiddet bilerek ortaya çıkarılan bir şey. Adliye de bunu öyle görürse daha ağır yargılanabilir.

Arif Müezzinoğlu

İş kazası konusunda hepinizin söyledikleri önemli ama bir ek yapmak istiyorum. Bedenen ve ruhen, yani sadece fiziki bir şiddet değil sözlü hakaret ya da ona ilişkin bölüm de iş kazası kapsamında, onu atlamamak lazım. Her şeyden önce iş kazası bir işçi sağlığı sorunu. Kamuda ya da özelde olması fark etmez, kanun tüm çalışanların başına gelenleri ve bunları iş kazası olarak vurguluyor. Dolayısıyla bunların 3 iş günü içerisinde bildirilmesi bütün o yasal zorlukları kabul etmekle birlikte bu zorunlu. Bunu işveren yapacaktır diyor. Yasal olarak 6331 bunu söylüyor. Bildirilmemesi halinde de cezalar öngörüyor. Bunların bildirilmesi ve istatistiki verilerin oluşması bu sorunların görünür olması için önemli bence.

Yine yasaya göre işveren her türlü tedbiri almak, kaza araştırması yapmak ve bir daha bu kazanın olmaması için önlemleri almak, yapılanları da çalışanlarıyla paylaşmak zorunda. Bence bu tam olarak işlemiyor. Bunu biliyoruz.

Yine bir adım sonrası, mevzuat gereği grup başkanlıklarına bu bildirimlerin yapılmadığını şikayet etmeliyiz. Bu durumların resmi olarak istatistiklere girmesinin bir ikinci yolu bu.

Yine kurullarımız iş yerine resmi yazıyla iş kazası sonrasında yapılanların sorgulanmasında bir

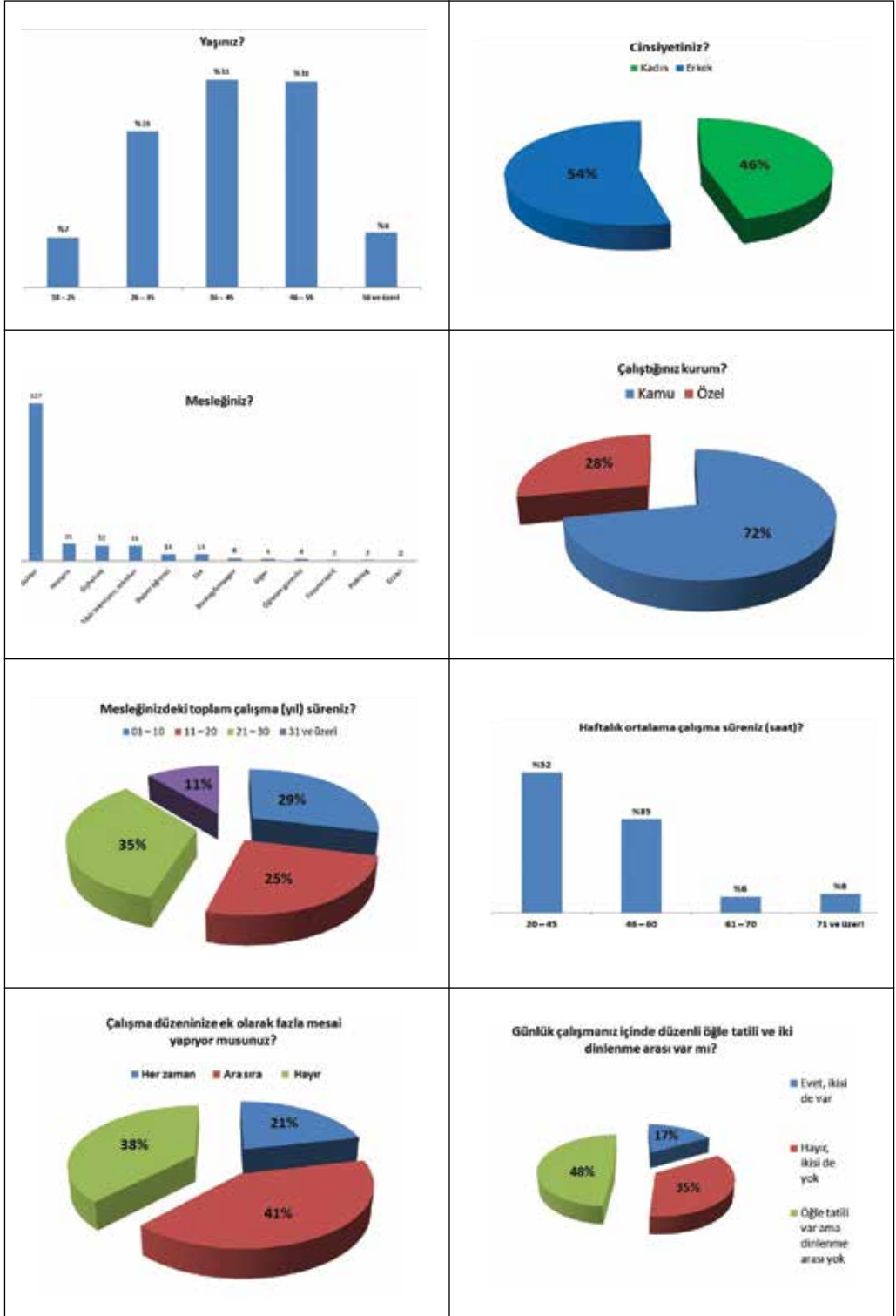
yazı yazması bence meseleye işçi sağlığı sorunu olduğu ve bu boyutuyla üzerine gidilmesi için doğru adımlar olur diye düşünüyorum.

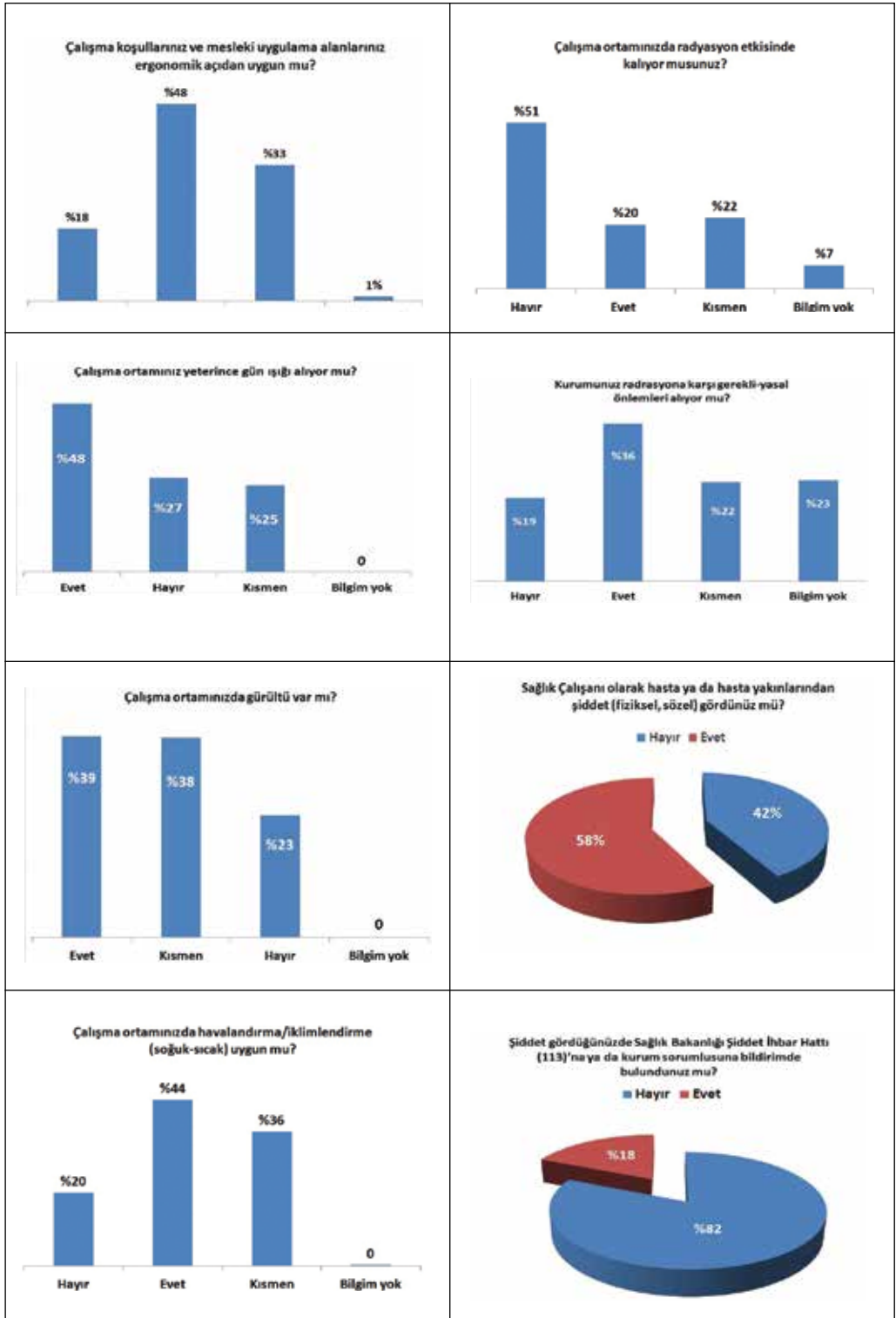
Süleyman Polat

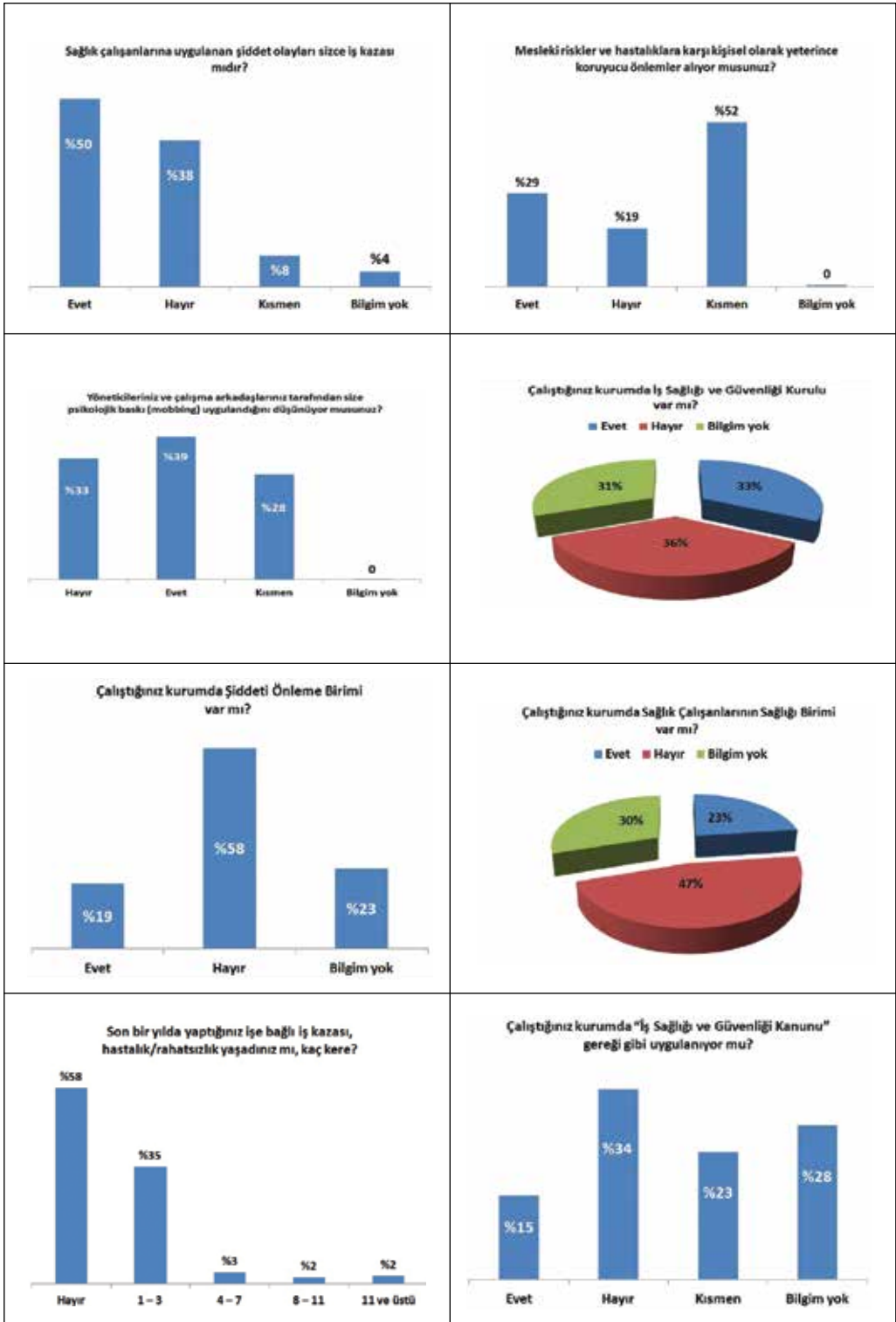
İbrahim hocamın söylediğine ilave olarak iş kazasının tanımını 5510 sayılı kanunda belirlenmiş. 5 maddeyle bu genel hatlarıyla tanımlanmış. İş kazası iş yerinde bulunduğu, işin yürütülmesi sırasında geçerli bir kaza. Serviste geçerli bir kaza. Kadınların emzirme sürelerinde geçerli bir kazadır. Şimdi biz sağlık çalışanlarına uygulanan fiziki şiddetle bir başka yerdeki iş yerindeki şiddeti ayırmıyor aslında kanun. İş yerinde oluyorsa şiddet bunu iş kazası olarak sayıyor zaten. Kalp krizi vakalarında farklı bir durum vardı bildiğim kadarıyla. Bunun kanun kapsamında iş kazası sayılmasına rağmen SGK tarafından reddedildiğini biliyoruz. Bu son zamanlarda aşıldı.

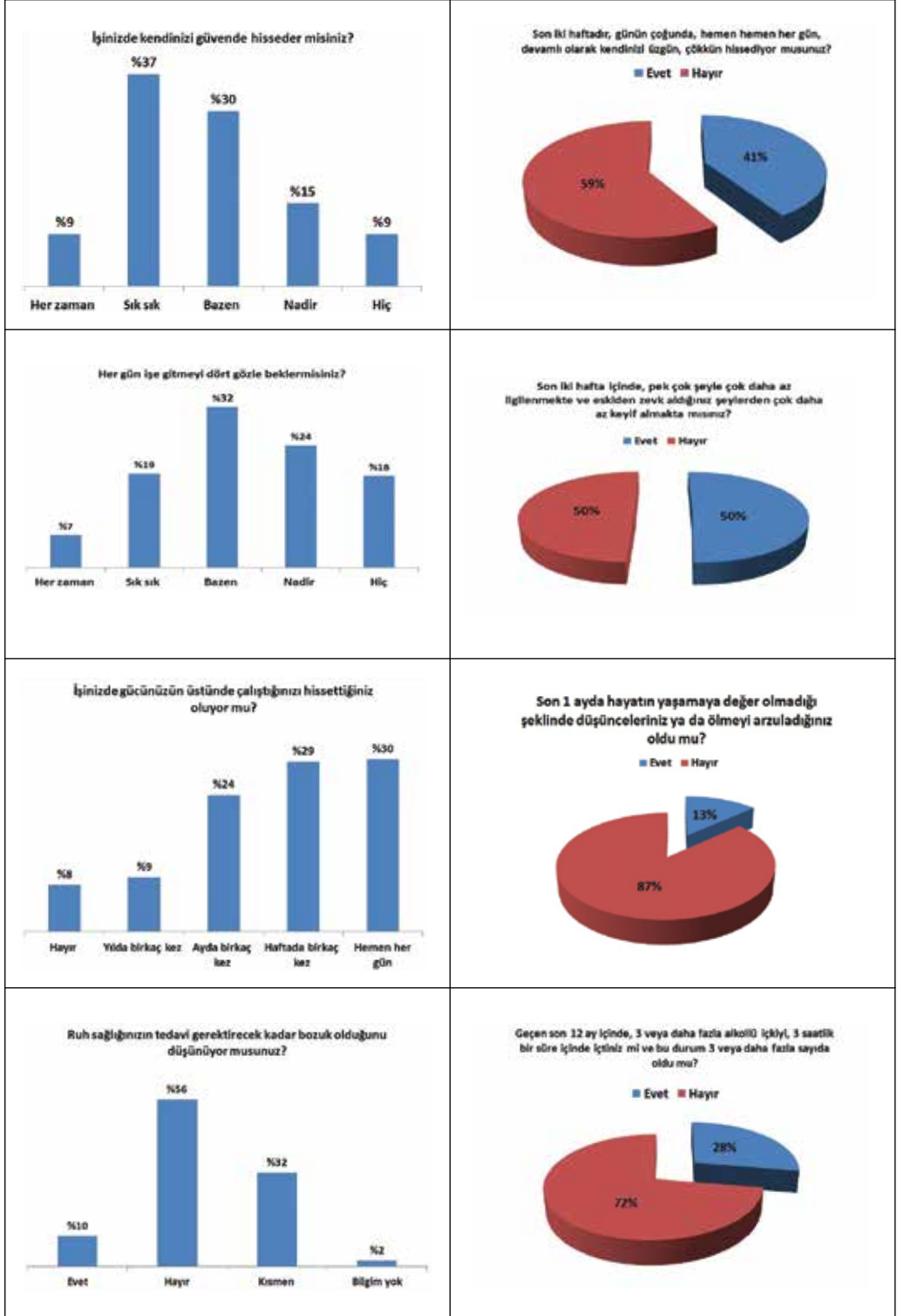
Ümit Şen

Bize çok sayıda şiddet bildirimini geliyor. Bunu şiddete uğrayan arkadaşlarımız amirlerine ilettikleri zaman amirleri bunu görmeme, üzerini örtme, “Böyle şeyler olur, sineye çekin” gibi bir yaklaşım içerisindedir. İş kazası olarak kabul edilmesi durumunda bunun önlemini alma, hastane yönetimine yükleyeceği için bu açıdan değerli. Yoksa saldırganın yargılanması yine ceza kanunu kapsamında yapılmalı. Ama iş kazası olarak biz bunu kabul ettirebilirsek o zaman hastane yöneticilerinin önlem alması gerekir.



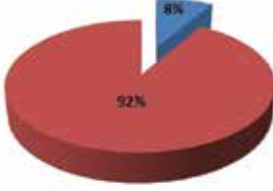






35. Geçen 12 ay içinde, kafayı bulmak, kendinizi iyi hissetmek veya ruh halinizi (mood) değiştirmek için herhangi bir madde, ilaç (anestezik ilaçlar dahil) kullandınız mı?

■ Evet ■ Hayır



ÇALIŞMA GRUP RAPORLARI

Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları Açısından İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları / Çalışma Grubu

Eftal Yıldırım / *Raportör*

Konuya ilişkin “sunum” bölümünde; Çalışma grubu olarak kas-iskelet sistemi hastalıklarının; epidemiyolojisi, yarattığı sorunları, nedenleri, çalışanların şikayetleri, talepleri, meslek pratiğinde görülenler ve bütün bunlara ilişkin uluslararası ölçütler çerçevesinde –örneğin bir “bel ağrısı” şikayeti durumunda özürülük sorgulama ölçekleri ve bunun sorgulanması kapsamında nasıl ve hangi ölçütlerle soruna yaklaşılabileceğini belirleyen değerlendirme ölçütleri- çalışılan yerlerdeki risk faktörleri üzerinde tartışmalar yapıldı. Sorgulamanın önemi üzerinde duruldu.

Kas-iskelet sistemi hastalıklarının “tanılarının konulma aşaması”nda, “kod” verilerek genelde 4 başlık altında değerlendirilmesi önerildi;

- Kırmızı bayrak kodu: Yapısal etkenlere bağlı gelişen durumlar,
- Sarı bayrak kodu: Kişisel etkenlere bağlı (kişinin vücuduna ve sağlığına dikkat etmemesi sonucu)
- Mavi bayrak kodu: Çalışma ortamına ilişkin olumsuzluklara bağlı (ergonomi sorunları, teknolojik alt yapı veya alet eksikliği ve kullanışsızlıkları)
- Siyah bayrak kodu: Yasalardan kaynaklanan sorunlara bağlı,

“Önleme çabaları” açısından bunlarla ilgili koruma programlarının olması gerektiği, çalışma ergonomisi açısından ön çalışmaların yapılması gerektiği, eğitim verilmesi ve bu konulardaki bilgi birikiminin paylaşılması konusunda değerlendirmeler yapıldı. Özellikle hastaların ve hastanelerdeki yapısal elemanların taşınması, ilaçların taşınması ve bunun gibi bir dizi diğer işte, bir takım yardımcı cihazların kullanıma sokulması için çalışmalar yapılması gerektiğinin öneme değinildi. Sonra tedavi anlamında, teknik-pratik mesleki birikim anlamında tedavi önerileri sunuldu.

Çalışma gurubu içinde hekim, hemşire, öğrenci, dış teknisyeni ve iş güvenliği uzmanı katılımcılar vardı. Onların da bu hastalıklara dair görüş ve deneyimleri paylaşıldı. Örneğin diş protez çalışanlarının risklerine ilişkin silikozis örneği verildi. Yine iş yeri hekimi arkadaşlarımız vardı ve çok değerli katkılar sundular grubumuza. Hemşire arkadaşlarımız da çalışma alanlarına ilişkin örnekler verdi. Biz, bu grubun bu bilgileri paylaşmayı sürdürmesini ve “sağlık çalışanlarının sağlığı grubu”na da aktarılmasını, bu sağlık sorununun nedenlerinin saptanmasını ve bir raporla, bunun sunumunu yapabileceğimizi konuştuk.

Yine kas iskelet sistemi hastalıklarının önlenmesi, kişisel yaşantımızda dikkat etmemiz gereken ve çalıştığımız kurumun yerine getirmesi gereken sorumluluklar ve bunlara ilişkin önlemleri içeren bir broşürün hazırlanması çabasının yararlı olacağına karar verdik.

Bu grubun sağlıklı biçimde devamlılığı için bir “e posta grubu” üzerinden, eldeki bilgi ve kaynakların paylaşılmasına karar verdik. Bu çalışmaları, “rapor” ve “broşür” aşamasına getirmeyi bir hedef olarak önümüze koyduk.

Radyolojik Risklere Bağlı İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Çalışma Grubu

Nezaket Özgür / Raportör

Radyolojik risklerin biyolojik etkisi determinist ve stokastiktir. kullanılan radyasyon dozunun (kv, mas, miliküri) etkisi ,uzun ve kısa süreli etki göstermektedir.

Sağlık taramalarının bu sürece uygun ve düzenli yapılması gerekmekte iken yapılmaması, yapılan taramaların kayıtların düzgün tutulmaması, sağlık tarama sonuçlarının düzenli olarak değerlendirilmemesi, bu alandaki iş kazası bildiriminin olmamasına ya da çok az bildirim yapılmasına neden olmaktadır.

Radyolojik Risklerle çalışanlar üzerinde yapılan çalışmaların sayısı ülkemizde çok azdır. Radyolojik Risklerle çalışan hekimler tarafından yapılan akademik çalışmalar hasta odaklı yapılmalıdır. Radyolojik risklere daha yoğun maruz kalan tıbbi görüntüleme teknikerlerinin lisans düzeyinde eğitim almadıklarından: bilimsel veri olabilecek akademik çalışmalar yapılamamaktadır. Akademik çalışmalar alan dışındaki kişiler tarafından yapılmakta. Radyolojik Risklerle vakıf olmadan yapılan çalışmalar Sağlık çalışanlarına yönelik olmadığından taraflı ve hatalı sonuçlar içermektedir.

Kamu çalışanlarının meslek hastalıklarının kayıtlarının tutulma zorunluluğunun olmaması (yasal bir boşluk) radyasyondan kaynaklı iş kazası verilerini toplamada olumsuzluklar yaşatmaktadır. Her ne kadar veri yetersizliği ve kayıt eksikliği olsa da radyolojik riskler bilimsel olarak kanıtlanmıştır.

Sağlıkta dönüşümün etkisi dünkü toplantımızın temel konusu idi. Performans kaygısı ve malpraktis nedeniyle hastalardan fazla ve gereksiz tetkikler istenmesi, İş yükünün artmasına, dolaylı olarak alınan radyasyon dozunun yükselmesine neden olmakta bu da çalışanların sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Radyolojik tetkik isterken gerekliliği her zaman sorgulanmalıdır. Tıbbi görüntüleme yöntemlerin de öncelikle radyasyonsuz görüntüleme yöntemlerinin (ultrasonografi, manyetik rezonans gibi.) kullanılması, görülen lüzum üzerine radyasyon içeren yöntemlerle değerlendirilmesi gerekmektedir. Fakat bu işlemler nedense bazı kaygılar (sağlıkta dönüşümün etkisi, performans) yüzünden uygulanmamaktadır.

Bu işler yapılırken 'Alara prensibi' dediğimiz minimum radyasyon dozuyla maksimum kalite ve gereklilik uygulanmalıdır. Çalışan ile hasta sağlığı için radyoloji konstülatif bir dal olmalı. Yani herkes radyolojik tetkik isterken gerekliliği bir kez daha sorgulamalıdır. Ülkemizde, hiç sorgulamadan hastanın isteği üzerine radyolojik tetkikler istenmektedir.

Temel sorunlardan biride eğitim. Bu konu toplum, sağlık çalışanları ve radyasyon uygulayanların eğitimi diye ayrı ayrı üç başlıkta ele alınmalıdır.

Topluma radyasyonun etkilerini doğru anlatan, özellikle altını çiziyorum, bu alanda bilgi kirliliği çok olduğundan, doğru anlatan eğitimler düzenlemeliyiz diye düşünüyoruz.

Hekim, hekimden kastımız görüntüleme isteminde karar verici olan hekimin, istemde bulunduğu radyolojik görüntüleme yöntemi ile hastaya verilecek radyasyon dozunu bilmesi, fayda zarar oranını hesaplayabilmesi gerekmektedir.

Yine radyasyonu uygulayanların da eğitimi çok önemli. Uygulayıcı olarak çalışan sağlık çalışanlarının hızla gelişen ve radyasyon yayan ileri teknolojik cihazlara uyum sağlayacak biçimde eğitim almadıkları bir gerçektir. Uygulayıcıların eğitimi AB ülkelerindeki gibi en az lisans düzeyine çıkartılmalıdır.

Alan dışı çalışan hekim gurubunun, özellikle radyoloji cihazları kullananların ve ameliyathanelerde çalışan diğer hekim gurubunun da radyasyon dozuna olumsuz katkı sağladıklarını düşünüyoruz.

Bir diğer başlığımız koruyucu önlemlerin alınması. Koruyucu önlemlerle birlikte koruyucu ekipmanların sağlanması temel hedef olmalı. Çünkü radyasyon almayı engellemeliyiz. Radyasyonu aldıktan sonra yapılan hiçbir işlem önlem almanın yerini tutmayacak, radyasyonun oluşturacağı tahribatı gidermeyecektir.

Sağlık taramaları ve takibi konusunda da radyolojik risklere maruz kalan sağlık çalışanlarının sağlık taramalarının yapılmasını sağlamamız gerekli ve yasal bir zorunluluktur. Yasada zorunlu olsa da yapılmadığı, yapılan sağlık taramalarının eksiklikleri de mevcuttur. Radyolojik risklere baktığımız zaman en çok bize de getirilen vaka türü troid ca. Fakat onların takibi muayenelerde yapılmıyor. Buradan bunların parametrelerinin takibinin yapılmasının tekrar altını çizmek istiyoruz.

Yapılan sağlık taramalarının, kayıtlarının tutulması, takibi ve değerlendirilmesi aşamasında da uygulamada çok büyük eksiklikler mevcut. Çalışan sağlığı ve güvenliği hekimi –bu iş yeri hekimi olabilir ya da başka görevlendirilen biri- yapılan sağlık kontrollerini kayıtlarının düzenli tutulmasını sağlamalıdır. Çünkü sağlık bakanlığı ya da başka herhangi bir yer bu kayıtların düzgün tutulduğu bir ortam yok. Sonuçların değerlendirilmesini zorunlu kılan bir sistem uygulanmalı. Çünkü mevcut durumda yapıldı mı yapıldı. Ne yapıldı, niye yapıldı? Bununla ilgili herhangi bir çalışma yok. Veri takiplerinin ortak merkezlerde toplanması da çok önemli Çünkü çalışanlar başka merkezlere gittikleri zaman sanki orada sağlıkları sıfırdan ele alınıyor.

Radyasyonun olumsuz etkilerinin uzun süreli ortaya çıkması nedeniyle emeklilik sonrası da makul bir sürede radyoloji çalışanlarının zorunlu olarak takip edilmesi gerekiyor.

Doz ölçümü ve ortamın takibi de aslında radyasyon komitelerinin görevi olmalı. Bunların sonuçlarının yurt dışında olduğu gibi görünür bir şekilde hem çalışanla hem de toplumla paylaşılması gerekmektedir.

Radyasyon yayan cihazların periyodik bakımları rutin yapılmamaktadır. Bu durumun mutlaka düzeltilmesi, yeterliliğinin sağlanması ve kalitesinin de artırılması gerekiyor.

Nükleer tıp hastalarına radyoaktif madde enjekte edildiği için özellikle dikkat çekmek için canlı radyasyon kaynağı diye belirtiyoruz. Bu kaynaklardan sağlık çalışanlarının olumsuz etkilenmemesi için gerekli korunma önlemlerinin alınması gerekiyor. Özellikle radyoaktif enjeksiyon yapılan nükleer tıp hastalarının bileklik, yaka kartı vb farklı uyarı ibaresini taşıması, Belirlenen süre içerisinde özellikle ayrı odalar içinde bekletilmesi ve bunlara ayrı özel tuvalet istihdam edilmesi zorunludur.

Radyasyon yayan yer ve yakın çevresinin mevzuata uygun mimarisinin planlanması en önemli etkenlerden bir tanesidir. Ameliyathaneler, yeni doğan üniteleri gibi yerler farkında olmadan radyasyona maruz kalabiliyor. Bunların uygun şekilde tasarlanması ve organize edilmesi gerekmektedir. Ya da bunlar koruyucu ekipmanlarla desteklemelidir. Hastane planlamasında radyasyon riskli birimlerin mimari planlamaları (havalandırma,izlasyon, atık gideri,bekleme odaları,hasta wc. gibi) ayrı ve detaylı olarak yapılmalıdır.

Radyolojik görüntüleme yöntemleriyle çalışan personelin iş yükünü çalışma saatine değil birim zamanda alınan radyasyon dozuna bağlı olarak hesaplanması, alınan radyasyon dozunu düşüreceğinden çalışan ve toplum sağlığı açısından riski azaltacaktır. Alınan radyasyonla ilgili tek bilgi kaynağımız olan radyasyon doz ölçüm cihazlarımıza, yani dozmetrelerimize güvensizliğin giderilmesini de önerdik.

Ve sonuç olarak güvenli ortam kriterleri belirleyerek maruziyetin minimuma indirildiği daha sağlıklı çalışma ortamı yaratmak hedefimiz olmalı.

Şadiye Çetintaş

Bir, iki ekleme yapmak istiyorum. Birincisi radyasyon alanlarının tuvaletlerinin ayrılması yetmiyor, bunların giderlerinin de kanalizasyona bağlanmaması ve ayrı havuzlarda uygun sürelerde bekletilmesi lazım.

İkincisi kişisel koruyucu donanımların da belirli aralıklarla kontrollerinin yapılması lazım. Ayrıca dozmetrelerin iş dışına çıkarılması yanlış değerler oluşmasına sebep oluyor. Yaşadığımız bir örnek olay var. Bir arkadaş dozmetresini eve götürüyor ve mikrodalgasının yanında bekletiyor. Sonuçta uygun olmayan ve gerçeği yansıtmayan rakamlarla karşılaştık. Bunların da yapılmaması gerekiyor.

Cavit Işık Yavuz

Önce genel bir şey söyleyeceğim. Bence biz kamu sağlık çalışanlarının ayrı bir iş sağlığı ve güvenliği yönetmeliğine ihtiyacımız var. Ve bunun kapsamlı bir yönetmelik olması gerekiyor. Çünkü iş kanunuyla çıkan yönetmelikler aslında yine aynı problemi karşımıza getiriyor; 657'yi bir şekilde kapsamıyor. Dolayısıyla somut mücadele alanlarımızdan bir tanesi bu olabilir. Kamu sağlık tesislerinde iş sağlığı ve güvenliği yönetmeliği istiyoruz.

İkinci olarak sormak istediğim bir şey var. Hastanelerde radyasyon güvenliği komiteleri var. Bunlar da aslında zorunlu olarak kurulması gereken şeyler. Önümüzdeki dönemde ya da şu andaki haliyle iş sağlığı güvenliği kurullarıyla radyasyon güvenliği kurullarının çalışmalarıyla ilişkili bir tartışma var mı alanda?

Nezaket Özgür

Tam da bir ay önce Antalya'da yapıldı bu tartışma. Bunun için Fizik Mühendisleri Uzmanları Derneği ile İş Sağlığı Güvenliği Uzmanları Derneği ortaklaşa yaptılar. Orada çıkan sonuç radyasyon güvenliği uzmanı ile ilgili yeni bir tanım geldi.

Radyasyon kelimesi geçen her konuyu Sağlık Bakanlığı ve Çalışma Bakanlığı, Türkiye Atom Enerji Kurumuna bırakır. TAEK sağlık alanında kullanılan tıbbi cihazın radyasyon doz ölçümünü yapar. Onun dışındaki parametreleri belirleyen kamu hastanelerin de tek yetkili Sağlık Bakanlığıdır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bu nedenle sağlık alanında kamuda hiç sahiplenmesi yoktur. Oradaki tartışma da şuradan yürüdü: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndan gelen yetkililer "Bu bizim işimiz, siz neden alıyorsunuz" oldular. Sağlık Bakanlığı "Biz neden sizi isteyelim ki, elimizde başka elemanı kullanırız" dediler. Bunlar üç kurum arasında sıkıntıya düştüler. Ama temel olarak TAEK kendini tıbbi radyasyondan uzaklaştırıp nükleer enerjiye yaklaştırarak hastanelerdeki bu iş yükünü üzerinden atma gibi bir politika uyguluyor. Ama buradaki radyasyonla ilgili bölümü Sağlık Bakanlığı mı üstlenecek, ya da Çalışma Bakanlığı mı üstlenecek böyle bir kargaşa var. Tartışma devam ediyor.

Özlem Azap

Radyoloji Teknisyenleri Derneği ile Radyoloji derneği bu konuda bir arada çalışmalar yürütüyor mu? Birde çalışma gurubu olarak alana özgü bir broşüre ihtiyaç var gibi gözüküyor.

Nezaket Özgür

Radyasyonla ilgili radyoloji, radyoterapi, nükleer tıp uzmanlık dernekleri genellikle hasta odaklı çalışıyorlar. Sağlık çalışanının sağlığına ilişkin pek fazla çalışma yapmıyorlar.

Türk Medikal Radyoloji Derneği olarak daha sahiplenici rol oynuyoruz bizde. Akademisyenlik düzeyi olmadığı için yaptığımız çalışmalar bir yerde kısıtlı kalıyor.

Muzaffer Hocam eski Türk Radyoloji Derneği Başkanı sağ olsun her konuda istenildiğinde destek oluyorlar. Ama bu alanda çalışan sağlığı ile ilgili çalışan var mı Muzaffer hocama soralım.

Muzaffer Başak

Nezaket hanıma ilave edebileceğim bir şey çok fazla yok açıkçası. Sadece biz Radyoloji Teknisyenleri Derneği ile radyoloji uzmanlarının ve radyoloji asistanlarının özlük hakları temelinde bir ortak çalışma yürütüyoruz açıkçası. Koşulların iyileştirilmesi, detaylandırılması konusunda açıkçası benim bildiğim bir çalışma yok. Çok haklı olarak radyoloji uzmanları hasta odaklı, güvenliği biraz arkaya doğru itiyorlar. Çalışma koşullarının düzeltilmesinin özlük hakları temelinde ele alıyorlar. Ama yapmak gerekir tabii ki.

Çok haklı olarak Radyoloji Dernekleri hasta odaklı çalışıyor yani güvenlik kaygılarını arkaya doğru itiyor. Bu sempozyum çerçevesinde gerek broşür gerek dernekler vasıtasıyla detaylandırmak ve radyasyondan korunan bir ortamda çalışmanın sürdürülmesini sağlamak gerekiyor. Bundan 10 sene önce biz çalışmaya başladığımızda kamu hastanelerinin yüzde 50'sine yakınında hiçbir ruhsat falan yoktu. Paldır küldür herkes çekimleri yapıyordu. Kimse izolasyon var mı yok mu? Göz koruyucu ya da tiroid koruyucu ekipman var mı? diye sormuyordu. Süreç içerisinde bunlar gelişti. Sadece radyasyon klinikleri değil diğer ameliyathaneler, ortopedi, koroner anjio, yenidoğan üniteleri ve başka alanlarda radyasyon kullanıldığında çalışan hemşire ya da sağlık personeli arkadaşlar açısından problem olduğunu düşünüyoruz. Bunlar hep gözden kaçan şeyler. Derneklerin orada çalışma yapmasında fayda var.

Özlem Azap

Aslında burada söylemiş olduklarımız oldukça önemli. Radyoloji derneğinin bu alandaki rolü kritik. Radyasyon ve tıp başlığında, buradaki çalışmaları birlikte sürdürmek gerekiyor. Çünkü birçok sağlık çalışanı ya da hasta ortamda radyasyon olup olmadığını bilmiyor.

Muzaffer Başak

Bilinçsiz kullanım o kadar yaygın ki mesela bunu biz ameliyathane ortamında, ortopedi de, orada çalışan arkadaşlara “Sürekli neden basıyorsunuz?” diye sorduğumuzda ‘Ama hocam çok güzel görünüyor, bas bırak tatsız oluyor’ diye tepki veriyor. 30 dakikalık bir skopi incelemesinde 100 akciğer grafisi dozu ahyorsunuz. Ortam alıyor, hasta alıyor. O yüzden bu bilinci arttırmak gerekiyor.

Gürsel Kaya

Radyoloji teknisyenlerinin, çalışanlarının sorunlarını konuşuyoruz. Ama hala taşeron sağlık işçilerini görmüyoruz. Gerekli güvenlik önlemleri alınmış, dozimetresi olan arkadaşlarının sorunlarını konuşuyoruz ama günün 24 saatini o radyasyon içerisinde üzerinde sadece bir forma ile geçiren arkadaşımızın durumunu konuşamıyoruz. Niye konuşamıyoruz. Çünkü biz bile onları sağlık çalışanı olarak görmüyoruz.

Nezaket Özgür

Bahsetmiş olduğunuz kişileri biz kendimizden, alanımızdan ayırmıyoruz. Radyoloji çalışanları olarak bizim, sizden farkımız yok.

Gürsel Kaya

Okmeydanı'nda Bakırköy'de bu işleri özel şirketler yapıyor. Şişli Etfal'de biz örgütlü olduğumuz için biliyorum o alanda taşeron işçi arkadaşlarımız çalışıyor. Benim anlatmak istediğim şu: Oralarda radyoloji teknisyeni arkadaşların bir şekliyle güvenlik önlemleri alınıyor. Yasal olarak ta almak zorunda. Ama orada temizlik yapan işçinin güvenliği sağlanmıyor, alınmıyor. Benim anlat istediğim, sıkıntım bu. Emin olun ben hastaneleri tek tek gezerim, üzerinde bir tane önlük akşama kadar orada hizmet veriyorlar. Direkt radyasyonu alıyorlar. O bilinç yerleşmediği için kendini koruma bilinci yerleşmediği için, baskı altında tutulduğu için, işten atılma korkusundan dolayı buna sesini çıkartmıyor. Ama daha sonra bunların ciddi sıkıntıları ortaya çıkacak.

Nezaket Özgür

Onlardaki en büyük sıkıntı yerlerinin çok sık değişmesi. Bunları kontrol etmek ise neredeyse imkansız. Bize bildirilen, gelen vakalar da bunu gösteriyor. Değişken bir durum söz konusu bunların takibi inanılmaz zor. Bu arkadaşlara dair bir hastalık ortaya çıktığında ise daha önce çalıştığı yerden kaynaklı olduğunu ispat edemiyoruz. Yasal olarak özellikle radyoloji alanında yasal mevzuatta bir sıkıntı yok. Bunların pratikte karşılığı bulunmuyor. Bunları uygulamıyoruz. Sorumlular bu konuda görevlerini yerine getirmeli. Özlük haklarının uygulanmaması da bununla ilgili. Denetimli alanda çalışan kimse o radyasyon çalışandır. Sıcak odada çalışanlarda tanım böyledir. Bu alanla ilgili tüm çalışanlara gerekli tedbirler alınmalıdır.

Önlük giymek radyasyondan korunma anlamı taşıyor. Bunu radyasyonu doğru tanımlamak adına söylüyorum. Bu konuda neyin ne olduğunu iyi anlatmamız gerekiyor. Örneğin burada ışığı kapatırsak artık ışık yok. Ayrıca herkes önlük giymek zorunda da değil. Temizlik yaparken yani radyasyon kapalı iken önlük giymek işkence. Ya çok büyük bir korku var ya da hiçbir şey olmamış gibi bir cengaverlik durumu söz konusu.

Muzaffer Başak

Kurumlardaki radyasyon güvenlik kurulları aktif çalışmalı derken şunu söylemek istiyorum;

skopi ve anjiyografi odalarında taşeron firmaya ait temizlik işçisi arkadaşlarımızın -ki onları biz sadece temizlik işçisi olarak da değerlendirmiyoruz, gerektiğinde aktif olarak ta çalışabiliyorlar- kurşun önlüklerle de korunması gerekiyor ancak bu olmuyor. Ben Gürsel arkadaşımızın söylediklerine katılıyorum. Bu alanlarda, radyasyonun yayıldığı durumlarda çalışan kişilerin (temizlikçi vd) gerekli önlemleri diğer çalışanlar gibi alması gerekiyor. Ama radyoloji kliniğinin genel temizliği ya da rapor odalarının genel temizliği gibi yerlerde kurşun önlük giymek işkence bunun dışındaki alanlarda mutlaka gerekli önlemlerin alınması gerekiyor. Bu manada arkadaşımızın söylediğine katılıyorum.

Gürsel Kaya

Taşerona bağlı çalışan bu arkadaşlarda bu anlamda sağlık çalışanı, işçisi sayılması gerekir. Bu böyle olursa ancak bir adım atmış olacağız.

Enfeksiyon Hastalıkları Açısından İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları / Çalışma Gurubu

Funda Şimşek / *Raportör*

Çalışma gurubu toplantımız oldukça yoğun bir katılımı gerçekte. Katılan arkadaşlar da son derece bu konuda sahada çalışan ve sorumluluğunu bilen arkadaşlardı. En kalabalık gruptuk aynı zamanda.

Önce söze şöyle başlamak istedik, İnsanların hastalıklarla çalışıp da nasıl sağlıklı kaldıklarını merak ediyorsanız, yanıtı aslında kalamadıklarıdır. Öncelikle sağlık çalışanlarına enfeksiyon bulaşması; kan ve diğer vücut sıvıları, kesici-delici alet yaralanmaları, solunum ve temas yoluyla olmaktadır. Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve yoğunluğu enfeksiyon açısından iş kazalarının yaşanmasına neden olmaktadır. Yoğunluğa bağlı zamansızlık geri bildirim yapılamamasına da neden olmaktadır. İşyerlerinde mesleki ya da işyeri sağlık birimlerinin işlevsel olması gerekmektedir. İşyeri kimliği ve işyeri güvenliği uzmanlık alanının da sağlık alanında bir an önce hayata geçirilmesi gerekir.

İşyeri hekimi sadece işyeri hekimliği görevini yürütmeli başka bir alanda çalışmayla istihdam edilmemelidir. Sağlık kurumlarında yasal olarak yapılması gereken risk değerlendirmesini hayata geçirmelidir. Bu konuda sağlık çalışanlarının talebi de çok önemlidir. Yasal olarak güvensiz davranışta bulunan sağlık çalışanının uyarılması ve gerekirse cezai yaptırımında da bulunulması gerekmektedir. Bu uyarı her zaman yapılmıyor. Bu konu üzerinde hassasiyetle durulmalıdır. İşverenin sorumluluğu çalışanın eğitiminin yanı sıra aynı zamanda denetimi de içerir.

İşyeri hekimi ve mesleki hastalıklarını bildirmekle sorumlu hekimlerin bildirimine ilişkin bir kayıt elemanının bulunmasında yarar bulunmaktadır. Mevcut sistemler, formlar bu konuda yeterli değildir. İş yükü ve zaman kaybı gibi nedenler bildirimde olumsuz yönde etki ediyor. Bu noktada iş kazalarının bildirimini için yeni yazılım programlarının hayata geçirilmesine gerek vardır.

Yine öneriler arasında enfeksiyon alanına özgü acil durum eylem planlarının hazırlanması gerekmektedir. Yoğun çalışma sırasında sağlık çalışanlarında görülen akut hastalıklarının da meslek hastalığı olarak kaydedilmesi önerildi. Grip gibi solunum yoluyla bulaşan hastalıkların da bildirilmesi ve özellikle tüberkülozun ihmal edilmemesi vurgulandı. Yine uygulamadaki aksaklıklara bağlı olarak geri bildirimde sıkıntı olduğu ve bu konuda sağlık çalışanının bilgilendirilmesi, cesaretlendirilmesi önerildi. Kişisel koruyucu kullanımında sağlık çalışanları gerekli hassasiyeti göstermeyebildikleri için projelerin seçilmesinde kullanıcıların fikrinin alınması ve kalitesiz ürün kullanımından kaçınılması konusunda gerekenlerin yapılması önerildi. Örneğin sabunların kalitesizliği nedeniyle el yıkamadan kaçınılmaktadır. Bu nedenle dolaylı maliyet, risk oluşturan ucuz ve kalitesiz ürünler alınmamalıdır.

Yine kızamık, kızamıkçık, kabakulak, influenza ve tetanoz gibi aşıyla önlenilebilir hastalıklara karşı sağlık çalışanının muhakkak aşılanması ve tekrar tekrar hatırlatılması önerildi. Hastalık kontrol merkezinin sağlık çalışanlarına özellikle çocuk kliniği, acil kliniği gibi kliniklere bu

aşuların mutlaka yapılması önerildi. Yine boğmacanın da sorun olacağı düşüncesiyle bu aşının da yapılması önerildi. Öğrencilerin ve çalışanların hepatit aşısı yapıldığı ve tam aşı olma durumlarının da takibi gerekmektedir. Sağlık çalışanı ve öğrencilerin tüm aşularının yapılmış olması çalışan sağlığı kurulu tarafından da kontrollerinin yapılması gerekir.

Sağlık çalışanlarının mesleğiyle ilgili eğitim müfredatlarına bu konuların konması ve çok erken dönemde farkındalık yaratılmasının önemi, gerekliliğinin altı çizildi. Sağlık çalışanlarının eğitimi konusunda bilgilendirmelerin daha fazla yapılması gerekirken mezuniyet öncesinde de bu çalışmaların daha fazla kişiye ulaşması gerektiğine dikkat çekildi.

Türk Tabipler Birliği üzerinden dernek ve meslek gruplarına çağrı yapılması çalışma sağlığı konusunda bilgilendirme yapmalarının önünün açılması önerildi. Kongrede de kısa spot sunumların hazırlanması önerildi. Sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarıyla ilgili farkındalığının artırılması için eğitim çalışmaları düzenli olarak yürütülmeli.

Hastaneler çok tehlikeli işyerleri sınıfına girdiği için stajyer öğrenciler de dahil olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına 16 saat eğitim verilmeli ve bunun mesai saatlerinde olması gerekir. Bu da işverenden talep edilmeli. Yine ambulans çalışanları için de aynı biçimde eğitim çalışması yapılmalı. Sağlık çalışanı öğrencilerini enfeksiyonlar, iş kazaları konusunda uyarmak için spot duyurular ve broşürler hazırlanmalı, şeklinde görüşler raporda yer aldı.

Özlem Azap

Aslında bu bildirim meselesini sizden dinlediğim ve aklımda kaldığı kadarıyla da konuştuk. Bu meslek hastalığı bildirim meselesi çözülebilmiş bir şey değil. Sistem açısından ciddi sıkıntılar var. Bildirime ilişkin ciddi sıkıntıların olduğunu düşünüyorum. Buna ilişkin pratik bir çözüm öneriniz var mı?

İbrahim Akkurt

Sağlık Bakanlığı 4-5 sene önceden bu konuyla ilgili bir pilot çalışma uygulamasına girişmişti. Ancak benim görevli olduğum süre zarfındaki uygulamadan bahsedecek olursam. Haftada 1 gün poliklinik yapıyordum. O yoğunluk içerisinde var olan sisteme bağlı olarak söylüyorum. Meslek hastalığı mı değil mi olayını girmek oldukça zor. Meslek hastalığı değil demek işini, bunu bir butonla yapabilirsiniz ama meslek hastalığı dediğinizde bu inanılmaz zor. 10 ya da 15 dakikanızı alır. Tıbbi tanı sitemini ve yasal tanı sitemini ayıracak olursak önemli bir adım atmış oluruz. Mevcut durumun bu anlamda bir revizyondan geçirilmesi gerekiyor. Normal şartlarda bu ayırımın yapılmasıyla birlikte ortaya ciddi bir yenilenme çıkacak daha rahat adımlar atılmış olacak. 30 saniyeyi geçmeyecek bir olay olacak.

Katılımcı

Bununla ilgili nasıl bir sistem yapılabilir ne öneriyoruz burada bunu da sunmamız gerekiyor.

Özlem Azap

Aslında çözemediğimiz ve görüş almak istediğimiz bir konu da sağlık çalışanlarının sağlığı birimi ile iş yeri hekiminin ilişkisi nasıl olmalı. Yani birçok yerde şu an enfeksiyon kontrol komitesi altında çalışan alt birimler vardır. Yaralanmalar o sistemler üzerinden yürüyor. Bizim işyeri hekimi bir ablamız var ve şuan yetişemiyor herkese. Bu sistem nasıl olmalı?

Şadiye Çetintaş

İşin başında işyeri hekimi olmalı ve tek işi o olmalı. Diğerleriyle organik bağ içerisinde. İşyeri hekimi bir kere mutlaka enfeksiyon kontrol komitesinin doğal üyesi olmalı. Benim çalıştığım özel hastanede öyleydi.

Funda Şimşek

İşyeri hekiminin, çalışan sağlığı komitesinin de bir üyesi olması daha mantıklı geliyor bana. Ama bu da olabilir tabii. Enfeksiyon kontrol komitesinin görevlerinden bir tanesi de çalışanların mesleki manada ortaya çıkabilecek sıkıntılarını kontrol etmek. Dolayısıyla çalışan sağlığı açısından ve sistemin sağlıklı işlemesi açısından işyeri hekiminin görevi tartışılmaz.

İbrahim Akkurt

Özel bir hastanenin 400 çalışanı var. Ve haftanın üç günü yarımşar gün iş yeri hekimi geliyor. Odası da tesadüfen tam benim odamın karşısında. Geldiği günlerin dışındaki tüm günlerde herkes bana normal bir şekilde geliyor. Ve durumu normal bir hastalık şeklinde görüyor. Yani onu bir şekilde formüle etmek lazım, sağlık çalışanları güvenliği birimini iş sağlığı – güvenliği birimi şeklinde bir entegrasyon işyeri hekimliğinin yürütmesi açısından da iyi bir şekilde formüle etmek, onu bu şekilde dizayn etmek lazım. Çünkü onu o alanda, enfeksiyonu olan bir pnömonisi olan biri enfeksiyon uzmanına mı gitmelidir yoksa işyeri hekimine mi gider?

Şadiye Çetintaş

O prosedür oluşturmamıza bağlı. Ben 100 yataklı bir özel hastanede 6 yıl işyeri hekimliği yaptım. Uzman doktorlarımız dahil her hastalıklarında önce bana geldi. Ben telefonla rica ederek, yani rica ederek derken o hastalığın iş ile ilgili olup olmadığının önceden belirlenmesi lazım. Bir de uzman arkadaşlarımızın işini kolaylaştıran bir şeydi. Ben gidip muayenesini yaptım, tansiyonunu ölçtüm, ateşine baktım. Beni aşan noktayı uzman görsün diye tek telefonla randevusunu alarak ben yönlendirdim. Bunun dışında kapısına giden meslektaşını meslektaşımız “İş yeri hekiminin haberi var mı” diyerek kabul etmedi. dedi. Bunu oluşturabiliyorsunuz.

İbrahim Akkurt

Bürokratik açıdan belki oluşturulur da ben meslek hastalıkları bildirim sistemi açısından söyledim. Yani sistemin kendisi kurulacak olursa bu yapının farklı bir formülasyona gitmesi gerekiyor diye düşünüyorum. Yani bin çalışanı olan bir yerde tüm koşullar iyi olsa da sizin yılda en az 4, koşulların orta derecede olması halinde en az 12 meslek hastalıkları bildirdiniz mi?

Şadiye Çetintaş

Bildiremedik. İşte bildiğimiz sorunlardan.

İbrahim Akkurt

İşte sistemin oluşturduğu sorunlar, yani ben bunu söylemeye çalışıyorum.

Şadiye Çetintaş

Ama bunları tespit ettik ve tedavi ettik. Burada en çok ta birlikte çalıştığımız tabii ki enfeksiyon hastalıkları ve göğüs hastalıkları uzmanımız. Tüberkülozumuz bile oldu. Ama bu neden oldu, başka hastaneden nakille gelen hastanın gerçek bilgilerini iletmemeleri nedeniyle.

İbrahim Akkurt

Burada kayıt altına alma sorununu konuşuyoruz. Yani bu meslek hastalıklarının benim de şu anda çalıştığım birimde dediğiniz gibi tüberküloz da oldu, işyeri hekiminin 1 ay sonra haberi oldu.

Şadiye Çetintaş

Bunun olmaması lazım. Şu anda konuştuğunuz kayıttan ziyade kim, hangi birim bakmalı konusuydu da o açıdan.

İbrahim Akkurt

Biraz önce yine bir örnek verdim ben. Daha önceden kayıt olayı ile ilgili. Dünyadaki meslek hastalıkları listesinin şuanda bir numarasını kas iskelet sistemi hastalıkları oluşturuyor. Üniversite de öğretim görevlisi iken hastaları diğer hekim arkadaşlar hazırlarlardı ve ben hepsine teker teker bakardım. Özel sektöre geçtikten sonra her şey sizsiniz. Yani hemşiresi de asistanı da uzmanı da sizsiniz. Ve birkaç ay sonra sağ elim tutmaz oldu. Düşünüyorum, sabahlara kadar uyuyamıyorum. Şiştı resmen. Dikkat ettim ne oluyor bana gün içerisinde. Şimdi bende yerleşmiş bir hastalık, alışkanlık var. Gelen her hastayı kendim muayene ediyorum, her hastada doğal olarak manuel tansiyon ölçüyorum. Ve bir gün fark ettim ki artık basamıyorum. Yani benim el gitti. Ben yan tarafımda ki başhekim yardımcısı ortopedist arkadaşına “durum böyle dedim”. Dedi ki; “hocam ne olmuşsunuz sinovit olmuşsunuz.” “Ben sizi dava edeceğim” dedim. “Ya hocam olur mu, bilmem ...” dedi. Bunu manuel tansiyon aleti yapıyor ve tedavi basit dedim; dijital bir tansiyon aleti.

Birsen Seyhan

Onun yerine hemşire de verebilirlerdi aslında.

İbrahim Akkurt

Dijital bir tansiyon aleti verildi ve ikinci ayda benim el düzeldi. Yani meslek hastalığıdır bu ama bana herhangi bir kalıcı hasarı yok. Bir kas-iskelet sistemi hastalığıdır, bir tendo sinovittir. İşyeri hekimimin de haberi yok ama bunun bir kayda girmesi lazım. Bunu söylemeye çalışıyorum

Özlem Azap

Ben Meral Türk'ün söyleyeceklerini merak ediyorum. Onların da bir işyeri hekimi birimi vardı. Nasıl çalışıyor? Bugün çok da size atıfta bulunuldu biliyorsunuz.

Meral Türk

Yani burada iş kazaları da, meslek hastalıkları da aslında sonuçtur. Belki esas konuşmamız gereken o sürece varmayacak şekilde hizmetlerin nasıl organize edilmesidir. O açıdan baktığımızda çalışan sağlığı güvenliği birimi sonuçta hastanedeki tüm riskleri değerlendirip ona göre önlem alması gereken bir birim. Enfeksiyon kontrol komitesi ağırlıklı olarak hastane enfeksiyonlarıyla ilgilenen ve bir ölçüde biyolojik risklerle ilgilenen bir birim. O yüzden çalışan sağlığı güvenliği birimi çok daha kapsayıcı. Tamam iletişim açısından elbette iş sağlığı güvenliği kurulunda enfeksiyon kontrol komitesi de, radyasyon güvenlik komitesi de olacak. Bütün hepsinin birleştiği kurul orası. Ama çalışan sağlığı güvenliği birimi temelde hepsinin üstünde bir birim.

Özlem Azap

İş yeri hekimliği birimi mi yönlendiriyor burayı?

Meral Türk

İş yeri hekimi ya da kurum hekimi. Şuan kamu kurumlarını düşünürsek. Onlar da çalışıyorlar. Bir de tedavi ve koruyucu hekimlik açısından da yine biz hani tedavi etmeyi düşünmeye başladık. Ama esas tedavi hekimliği değil sonuçta iş yeri hekimliğinin görevi. O nedenle kime gidecek gibi bir soru da yine sonuçlar üzerinden giderilecek. Bir de kalite çalışmalarıyla biz bu 6331'i de biraz karıştırıyoruz galiba. Orada çalışan sağlığı komitesi bizim iş sağlığı güvenliği birimini tariflemiyor. O yüzden kalite üzerinden gidersek o çalışan sağlığı komitesi gibi bir şey birazcık güdük bir kurulu tanımlamış. İşte hemşire hizmetleri müdürü falan gibi. O nedenle biz daha anladığımız anlamda bir hizmet organizasyonu düşünüyorsak yine iş kanunu ya da iş sağlığı güvenliği kanununa göre isimlendirerek o şekilde bir organizasyon düşünmek lazım. Birazcık bizlerin de kafası karışık gibi geliyor.

Özlem Azap

Örneğin sağlık çalışanları çalışan sağlığı birimi diyoruz.

Meral Türk

Yani iş sağlığı güvenliği yerine işçi sağlığı güvenliği demek lazım ama hastane bu işçi kavramına karşı bir "biz işçi değiliz gibi" bir anlamı olduğu için çalışan sağlığı demek durumunda kaldık. Çalışan sağlığı ve güvenliği birimi olarak geçiyor bizde. Ve bugün bütün gün konuştuğumuz bir sürü işi yapmaya çalışıyor aslında bu birim. Burada tartışılan sorunlarla karşılaşılıyor ama biz tüm iş kazalarını da bildiriyoruz. Online bildiremediklerimizi posta ile bildiriyoruz bölge müdürlüklerine. Tabi onlar ne yapacaklarını bilemiyorlar. Şu anda klasörlere kaldırıyoruz diyorlar. Tabi başhekim herhalde en fazla iş kazası görünen hastane bizim iyi mi yapıyorsunuz diye birazcık tedirgin oluyor. Hiçbir yerde kaza yokken. Belki hani yine sabah konuştuklarımızdan ne yapabiliriz diye konuşmuştuk. Yani herhalde bu bildirimlerle bir baskı unsuru oluşturacağız. Bir de bu bildirimlerde tabi ki öncelik çalışanın mağdur olmaması gerekirse tazmin edilmesi ama bütün bu istatistiklerin aynı zamanda bizim sorunlarımızı dile getirme açısından da bir fonksiyonu var. Öyle olunca tüm kazaların; kaza olarak şiddetin vb. bütün bunlar iş kazası olarak bildirip bildirmeme konusunda kararsız olmamak gerekir. Çünkü psikososyal durumlar çalışanların çok önemli bir sorunu. Hiçbir kayıt olmazsa şiddeti bir sorun olarak konuşabilecek miyiz? İstatistiklerin biraz da o açıdan da bir önemi var. O iki boyutu da düşünmek gerekiyor sanırım. Sadece kayda girmesi kişi açısından değil genel olarak tüm sağlık çalışanları açısından önemli.

Travma ve Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı / Çalışma Gurubu

Murat Aktepe / *Raportör*

Bizim de çok hareketli, farklı meslek gruplarından sağlık çalışanlarının katıldığı bir grubumuz oldu. Biraz alanımız ne onu tespit etmekle uğraştık. Çok fazla konu var ve kısaltmak durumunda kaldık. Aslında şöyle; başlığımızı biraz değiştirdik. Başlığı “Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı” şeklinde belirledik. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti ve travmayı ise alt başlık olarak ele aldık. Temel eksnimiz sağlık çalışanlarının gündelik rutinlerinin ruh sağlıklarını nasıl etkilediği oldu.

Sağlık çalışanlarının ruh sağlığı meselesini ele aldığımızda birbiriyle çok ilişkili olduğunu düşündüğümüz iki konuyu ele aldık: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve çalıştıkları kurumların, sağlık sisteminin ve düzenlemelerin genel anlamda sağlık çalışanlarına getirdiği yükler. Şiddet her ne kadar ikinci konuyla birebir ilişkili olsa da sağlık çalışanlarının hayatında istisna olmaksızın çıkıp kural halini alan bu olguyu ayrıca ele almak istedik.

Şiddet; kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanmasıdır. Sağlık kurumunda şiddet ise; hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırıdır.

Sağlıkta şiddet artışının nedenleri ele alındığında; hasta ve hasta yakınlarının mevcut sağlık sorunu karşısında yaşadıkları bilinmezlik ve çaresizliğin, muayene sırasında ihmal edilme düşüncesinin, sağlık kurumlarının yetersizliklerinin, uygulanan sağlık politikalarının ve imkanlarla orantısız olarak hasta ve/veya hasta yakınlarının sağlık hizmetlerinden beklentilerinin yüksek tutulmasının, bu politikaların sorumlusu olarak sağlık çalışanlarının gösterilmesinin, sağlık hizmetine ulaşım ile ilgili engellerin, performansa dayalı çalışma sistemi sonucu olarak ekip çalışmasının azalmasının, medyadaki sağlık çalışanları karşıtı yayınların, güvencesiz çalışmanın yaygınlaşmasının etkili olduğu görülmektedir.

Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarında major depresyon, uyum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, akut stres reaksiyonu, alkol ve madde kullanım bozuklukları özellikle fiziksel şiddete maruz kaldığında travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklar gelişebilmektedir. Daha büyük bir kesimde hastalık düzeyinde tanımlayamadığımız güvensizlik, değersizlik, yabancılaşma, korku, tükenmişlik, öfke, adaletsizlik gibi duygular gelişmekte ve sağlık çalışanları mesleklerinden soğumakta, hatta kimi örneklerde görevi bırakmakta, en nihayetinde bu durum hem bireyin kendisine hem de hizmet verdiği topluma olumsuz olarak geri dönmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti azaltmak için önerilerimiz şunlardır:

- Sağlık çalışanlarının vereceği hizmet planlanırken nicelikten çok niteliğe önem veren uygulamaların hayata geçirilmesi
- Şiddet olaylarını bildirim sistemlerinin kolay ulaşılabilir hale getirilmesi ve şiddet olaylarının kayıt altına alınması için daha fazla düzenleme yapılması

- Kurumların çalışanlarının güvenliğine yönelik etkin önlemler alması
- Sağlık çalışanlarına agresyon ve stres yönetimi konusunda eğitimler verilmesi

Ancak tüm bunların ötesinde farklı yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemizde sağlık çalışanlarının maruz kaldığı eylemlere ilişkin yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler genel hükümlere tabi tutulmaktadır. Halbuki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet özeldir, kamuya yönelik şiddetin en uç örneğidir. Bu nedenle "şiddete sıfır tolerans" kapsamında daha kapsamlı idari, adli ve tıbbi önlemler daha fazla gecikmeden alınmalıdır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) iş yerinde şiddeti "Çalışanların işe gelip gitmeleri de dahil olmak üzere işle ilgili durumlarda istismar ve tehdit edildikleri veya saldırıya uğradıkları; güvenliklerine, sağlıklarına veya esenliklerine açık veya örtülü tehdit oluşturan olaylar" olarak tanımlıyor. Bu çerçevede, sağlık çalışanlarının güvenli ve sağlıklı ortamlarda çalışmalarının bir hak olduğu kabulü ile, hükümetler ve işverenlerin çalışanlarla işbirliği yaparak bu hakkı güvence altına almaları beklenir. İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarındaki temel yaklaşım burada da geçerli olacaktır; öncelik şiddet olaylarının iş yerlerinde oluşmasını engelleyici girişimlere verilecek; risklerin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve kontrol altına alınması için çalışılacaktır.

İkinci başlığa geldiğimizde sağlık çalışanlarının ruh sağlığını etkileyen, başta tükenmişliklerini arttırmak üzere şiddete maruz kalanlardakine benzer şekilde uyum bozukluklarına, zaman zaman intiharla sonuçlanan depresif bozukluklara, anksiyete bozukluklarına, damgalanma korkusuyla profesyonel destek almayı bunun sonucunda kendi kendini tedavi amaçlı başlayan alkol ve madde kullanım bozukluklarına, uyku problemleri ve buna bağlı dikkat - konsantrasyon güçlüklerine ve çalışanları mesleklerinden soğutan duygu ve düşüncelere yol açan faktörleri tespit etmeye çalıştık :

1-Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun politik uygulamalarının getirisi olarak çalışanların sorumlusu olmadığı aksaklıklardan sorumlu tutulması. Eczacıların bulunmayan ilaçlar, muayene ücretleri ve ilaç katkı payları gibi birebir sorumlu olmadıkları konularda sorumlu tutulması, poliklinik sürelerinin kısalması ve hasta sayılarının arttırılması nedeniyle hastaların ihmal edilmesi ve bunun sorumlusu olarak kendisini muayene eden hekimi görmeleri, geri ödemelerdeki kısıtlamalar nedeniyle tanı ve tedaviye uygun malzemelerin ve yöntemlerin kullanılmaması gibi örnekler çoğaltılabilir.

2- Sağlık otoritelerinin çalışanlara desteğinde eksiklik ve çalışanların hedef gösterilmesi. Örneğin şiddete uğrayan hekimin aynı hastayı muayene etmeye zorlanması, yönetici pozisyonundaki kişilerin yönetsel niteliklerindeki eksiklik ve buna bağlı olarak çalışanlarına yönelik baskı ve yıldırma politikaları uygulamaları.

3- Sağlık kurumlarının çalışma koşullarının yetersizliği

4- İş ve işgücü planlamalarının, mesleki görev tanımlarının sağlıklı yapılmamasına rağmen sağlık çalışanlarından beklentinin yapay olarak yükseltilmesi. Örneğin doğum, refakat, süt izni gibi durumlarda uygun planlama yapılmamasının getirdiği yoğun iş yükü.

5- Performans ve hak edişe dayalı çalışma sisteminin sonucu olarak ekip çalışmasının ortadan kalkması ve iş barışının bozulması

6- Siyaset, bürokrasi mekanizmaları ve medyanın sağlık çalışanlarına yönelik itibarsızlaştırma eylemleri

7- Güvencesiz çalışmanın yaygınlaşması ve gelecek kaygısı

8- Yasal mevzuat hükümlerinin gerektiği biçimde uygulanmamasına bağlı hak kayıpları. Örneğin mesleki riski yüksek olan grupların bu haklarının uygulanmaması.

Biliyoruz ki başta tükenmişlik olmak üzere ruh sağlığı alanında yaşanan tüm problemler çalışma ortamına olumsuz yansımakta, verimi düşürmekte ve sağlık çalışanlarının iç huzurunu bozmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının ruh sağlığının farkında olunmalı, gerekirse tarama çalışmaları yapılmalı ve çalışanların ruh sağlığını bozan faktörlerle ilgili önleyici çalışmalar yapılmalıdır.

Hasan Oğan

Esasında bu konu gerçekten çok önemli çünkü ankette de gördük. Birçok hekim arkadaşımız ya da diğer sağlık çalışanları kendi tedavisini kendisi yapmaya çalışıyor. Tanı koyuyorlar ve anti-depresan alıyorlar. Bu tür ilaçları kullanan arkadaşlarımız var mı diye sorduğunuzda söylemiyorlar. Bu tür sorunları gizlemeye çalışıyoruz. Burada genel başlıklar altında alındı ama çok detayına inilmiyor Bugüne kadar inilmedi de. Tükendik, tükeniyoruz diyoruz ancak sorunu net olarak ortaya koyarak gerekenleri yapmıyoruz. Bu konuda farkındalık yaratmak gerekiyor, tükenmişliği bir şekilde ortaya çıkartmak gerekiyor. Birçok arkadaşımız tükenmişliğin son noktasında. Özellikle de özel hekimlik alanında. Özel sağlık sektöründe hak ediş, kamuda performans nedeniyle izine gittiğinde maaşının kesilmesinden dolayı aşırı yoğun çalışmalar ortaya çıkıyor. Hekimler sürekli, yoğun çalışmadan şikayet etseler de bunun sonuçlarından çokta haberdar değiller gibi. Yani durumun da farkında değiliz. O nedenle çalışma gurubunun bu konuda çok özel bir çalışma yapılması gerekiyor. Burada izleyeceğimiz yolu çok iyi tespit etmemiz gerekiyor.

Ayrıca taramalardan bahsedildi. Tamam, taramaları, bir takım değerlendirmeleri yaptık. Sonuçta koruyucu yöntemler ve tedaviyi nasıl organize edeceğiz? Bunlar da bizim yol haritamızda olması gereken şeyler. Çünkü özellikle hekimler kendisine psikiyatrik açıdan bir tanının konmasını istemiyor ya da tedaviye uzak duruyor. Özellikle biz bunu anestezi çalışmasında çok yaşadık. Dedik ki; bu bağımlıyı bulduk ne yapacağız? Yol gösteremedikten sonra sen bağımlısin demenin bir karşılığı yok. Burada psikiyatri derneğinin de katkılarıyla sağlık çalışanlarının özel durumlarını kapsayan çerçevede kendimize bir yol haritası oluşturup ondan sonra diğer çözümleri sırayla yapmak gerekiyor.

Özlem Azap

Psikiyatri derneğinin sağlık çalışanlarına yönelik özel bir komisyonu ya da çalışması var mı?

Murat Aktepe

Yok, şimdye kadar öyle bir şey yok.

Özlem Azap

Esasında psikiyatrist arkadaşlar konuyla çok ilgililer aslında. Daha önce kongrelerde çok önemli katkılarını aldık. Yani önümüzdeki 5. kongre de bu konuda bir çalışma yapmayı düşünüyoruz. Şimdiden bir yılımız var.

Murat Aktepe

Bununla ilgili veriler var aslında. Derneğin yaptığı değil ama sağlık çalışanlarının tükenmişliği- ni, ruhsal durumlarına yönelik çalışmalar var. Onlardan da faydalanabiliriz.

Özlem Azap

Bir de ne yapılacağını, sihirli bir yöntem yoktur ama baş etme yöntemleri yönünden de durumu saptadıktan sonra yapılabilecek şeylere ilişkin de konuşabiliyor olmalıyız. Mesela bir broşür çalışması yaparsak, onun içinde mutlaka bir çözüm yöntemi olmalı.

Hasan Oğan

Şöyle bir örnek vereyim; dün buradaki grup çalışması sonucunda aramızda adli tıp dernek başkanımız da vardı. Adli tıpçılarla konuştuğumuz zaman böyle bir sorun yok gibi görünüyor. Ama yaşadıkları ortam, çalışma koşulları, karşılaştıkları vakalar oldukça önemli. Sonuçta adli tıpçılar açısından durum saptamasına yönelik bir tez çalışması yapılacak. Sonuçta diyeceğiz ki evet var ve sorunlar şunlar veya yok. Bunu her türlü uzmanlık alanında yapmak gerekiyor. Alana özgü yapmak gerekiyor. Böylesi çalışmalar sağlık çalışanlarının sağlığı çalışma gurubun da işini kolaylaştıracak.

Katılımcı

Yıllık izin zorunluluk olmadığı için, dolayısıyla özellikle özel sektördeki hekim arkadaşlar bu resmi tatillerine veya hafta sonlarına denk getiriyorlar çünkü orada doktor izne ayrıldığı zaman kliniğin kapanması lazım. Dolayısıyla tek hekime 365 gün çalışacakmış gibi davranılıyor. SGK'da bunu denetlemiyor. Yani başta bir terslik var. İkinci hekim yok, kamuda yasak olduğu için kamudaki doktor arkadaşlar da destekleyemiyor. Özel sektör zaten birbirine rakip hasta gelecekse benim hastaneme gelsin. Böyle bir sıkıntı var. Paradoks var, işin içinden çıkılmıyor.

Bedri Bilge

Katkı olması açısından bir bilgi aktarmak istiyorum. Sıtma işçileri 112'de görevlendirilmişti ve arkadaşlar izin kullanamadıkları için şimdi müdürlükte mahkemelikler. İzin kullanılmadı, yasal haklarını çiğnendi diye. Yaklaşık 6 yıl yıllık izinlerinin ücretini istiyorlar. Şu anda mahkemelik oldu müdürlük. Ama bu 4C li arkadaşlar için geçerli. 657 'ye tabi kamu çalışanları döner sermaye kesintisinden dolayı yazın bile izin kullanmıyorlar. Ben de dahil ben de kullanmıyorum. Çünkü nöbetlerimizi ayarlıyoruz. 5 gün - 10 günümüzü boşaltıyoruz. Maddi kayıplar göz önünde olduğu için.

Bir de Soma ile ilgili bir çalışmadan bahsetmek istiyorum. Manisa tabip odası eski yöneticisi arkadaşların da olduğu bir çalışmaydı. Oradaki en büyük sıkıntı suydü; idareciler psikologlar ve psikiyatristler gibi vatandaşı bir an önce iyileştirmek istiyorlardı. Yani konuşunca her şey çözülecek gibi bir hava vardı. En büyük sıkıntılar onlardı. Oysa insanların yasını yaşaması gerekiyordu.

Sonradan bakanlık bir çalışma sürdürdü. Hepimize, alanda çalışan 112cilere bir anket gönderdi. Anketlerimiz elden doldurduk, bakanlığa gönderdik, acil sağlık hizmetlerine fakat geri dönüş olmadı.

Son olarak katkı olarak burada daha çok çalışan sağlığı üzerine konuşuldu ama iş hijyeni pek kamuda yok. Özel sektörde bir yere kadar var. İş hijyenini de önümüzdeki süreçte birimlerimizde çalışmaların sürdürülmesi gerektiği kanaatindeyim. Sonuç bildirgesine en azından önümüz-

deki süreçte iş hijyeninin çalışmalarının da eklenmesinin önemli olduğunu düşünüyorum.

Cihangir Tuğsavul

Doktor bey iş hijyeni konusuna girince ben de 10 yıl Yıldız Teknik Üniversitesi'nde iş hijyeni okudum. Bir iki şey söylemek istiyorum. Öncelikle hijyen Türkiye'de yanlış tanımlanıyor. Birinci problem bu. TDK sadece koruyucu hekimlik dalıdır diye bir tanım yapmış. Facia, görünce gülüyorsunuz. Bu hem mühendislerin hem de tabiplerin birlikte çalışacağı önemli bir alan. Bu konularda üniversitelerde yüksek lisans programları geliştirilmeli ve işyerlerinde şu anda 6331'e göre zorunlu olan bir diğer sağlık personeli kavramı var. Bence onun yerine iş hijyenisti kavramı getirilmelidir. Hijyen anlamında çok ciddi çalışmalar olacaktır diye düşünüyorum.

Süleyman Polat

Özellikle sağlık çalışanlarında iş kazalarına ve meslek hastalarına değindiğimizde özellikle meslek hastalıkları içinde işle ilgili hastalıkları ve işe bağlı hastalıkların ayrımı konusunda bir sonuca varamadım. İşle ilgili hastalıkların ayrıştırılması gerekiyordu. Bu sempozyumun geneline ilişkin bir sorum ya da bir önerim olsun. Birincisi TTB sosyal taraf olarak meslek hastalıkları kaydının tutulmasına ilişkin bir çalışması var mıdır? Çünkü Türkiye genelinde meslek hastalığını belirleyici olan hekimlerdir zaten. İkincisi de işyeri hekimliği yetkilendirilmesi çalışma bakanlığı uhdesi içerisindedir. Ne yazık ki ben beraber çalıştığım hekimler de dahil yeterlilik unsuru konusunda soru işaretleri doğuyor. Şöyle bir örnek yaşadım. Bir akaryakıt depolanması, nakliyesi işyerinde çalışanına uygun tetkikleri istemeyerek çalışanın olumsuz durumlarını ön-göremediler. TTB'nin bu tür olumsuzlukları gidermek adına mesleki yeterlik anlamında çalışması olacak mıdır? Ya da bilgilendirmesi.

Hasan Oğan

Meslek hastalıklarının kayıt altına alınması bizim (TTB) uktemizde olan bir olay değil. Sağlık alanında yasal olarak kayıt tutması zounlu olan SGK verilerine baktığımız zaman gerçek anlamda Türkiye'de meslek hastalıkları da yok iş kazası da yok, hiçbir şey yok.

Süleyman Polat

Bir şey eklemeyi unuttum. İstanbul'da İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi olarak Türkiye'deki iş kazalarının verisi özellikle basınlarından edindiği verilerle iş kazası verilerini envanter olarak işledi. Son zamanlarda da ciddi basın kuruluşları bunu veri olarak kullandı. Tabi ki veri kaydı tutma SGK uktesinde. Benim amacım biz diyelim ki SGK şunu tespit ediyor; yılda 200-300 meslek hastalığı kaydını yapabiliyor. Ama biz TTB olarak şunu söyleyebiliriz. Bizim tespit ettiğimiz 35 bin, 45bin vs. gibi. Sosyal taraf olarak tespit etmemiz gerekir diye düşünüyorum.

Hasan Oğan

Gerçekten İstanbul işçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi çok değerli bir çalışma yapıyor. Medyada iş kazası ve meslek hastalığına ilişkin bu kayıtlar yer alıyorsa burada meclisin ciddi bir payı var. Biz henüz bu işleri yapıyor değiliz. Ancak ölüm vakalarını, o da basına yansıyanları bir şekilde kayıt altına alıyoruz. Çalışma gurubu olarak yayınladığımız kitapta bu isimler yer aldı. Ama yeterli değil ve yapmak gerekiyor. Burada da alana yönelik alt yapıyı organize etmek gerekiyor. İstanbul İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi bunu bir şekilde organize etti ve ciddi anlamda yürütüyor. Biz de sağlık çalışanlarına yönelik şehir meclislerini oluşturabilirsek belki biraz daha ilerleyebileceğiz.

İşyeri hekimlerinde yeterlilik konusuna gelirsek bildiğiniz gibi TTB 1980'li yıllardan beri işçi sağlığı ve iş güvenliği ve de işyeri hekimliği konusunda bu işin içerisinde ve dinamiklerinden biri idi. Ancak siyasi iktidar tarafından TTB bu alandan uzaklaştırıldı. İşin başka bir üzücü, acı kısmını söyleyeyim işyeri hekimliği serbest bir çalışma biçimidir. Serbest çalışan bütün hekimlerin tabip odalarına kayıtlı olması gerekir. Odalar düzleminde işyeri hekiminin, yaptığı işlerin denetimi veya cezalandırması gerekir. Oysa bugün İstanbul'da kimin işyeri hekimliği yaptığını, aynı hekimin başka illerde de işyeri hekimliği yapıp yapmadığını bilmek mümkün değil. Çünkü bildiğiniz gibi maksatlı olarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bunu yetkisi altına aldı. Tüm izinleri veriyor. Çok özel bir durum olmadığı takdirde de işyeri hekimleri gelip odalara kaydını yaptırmıyor. İşte bu durum sabahdan beri konuştuğumuz genel bir mücadele içerisinde yer alan bir durum ne yazık ki.

Gamze Varol Saraçoğlu

Tekrar üstüne basmak istiyorum. Nasıl Sağlık Bakanlığı'na bir bulaşıcı hastalıklar bildirimini var bildirimini zorunlu ve biz bazen kesin tanı koymasak ta, şüpheli olması yeterli bildiriyoruz. Daha sonra bunun kıyaslaması yapılıyor veya yapılmıyor vs. aynı şekilde hekim eğer kendine gelen çalışan kişiyi sorguladı ve işle bağlantılı olduğunu düşünüyorsa onu bildirecek. Bu kadar. Ondan sonrası hekimden çıkıyor. Sizin dediğiniz gibi SGK'da bildirilen neyse, bu tazmin almış yasal olarak hukuki olarak bu tazmini almış kişi sayısı. Yani gerçekte meslek hastalığına sahip olan kişi sayısı yok, bilinmiyor. Dolayısıyla belki şuna bastırmamız lazım nasıl bildirim zorunlu hastalıklar mevzuatımız var, işle ilgili sağlık sorunlarının da böyle bir mevzuatının olması gerekir. Ve Sağlık Bakanlığı'na bunun yaptırımını sağlamak zorundayız. Bu birinci adımı. İkinci adımı ondan sonra hep birlikte düşünüyoruz zaten. Ben temel olarak böyle düşünüyorum.

Hasan Oğan

Evet, yapmak gerekir. İbrahim Akkurt hocamın dediği de bu; gerek iş kazasında, gerekse de meslek hastalığında tazmin olayının dışında kayda girmek ve bildirmek gerekli.

Gamze Varol Saraçoğlu

Bir de bir bilgi ruh sağlığı ile ilgili olan oturuma da bir katkı anlamında; biz Tekirdağ'da yüksek lisans çalışması yaptık hekimlerle mobbing vb. Fakat bizde en iyi özel hekimler, en kötü de üniversite çalışanları çıktı. Onu da söyleyeyim. Kişisel başarı, mesleki doyumsuzluk, mobbing hepsi üniversite çalışanlarında en yüksek çıktı. Bu bizim ilin dinamikleriyle de ilgilidir. Ama böyle de bir durum var. Hep özel hekimler falan diyoruz vallahi üniversite hekimlerinin, asistan arkadaşlarımızın durumu da bunda çok etkili. Bunlar ön bilgi ayrıntıları tam yapmadığımız için ayrıntılı bahsedemeyeceğim. Ama genel olarak durumumuz kötü anladığım kadarıyla.

Şadiye Çetintaş

Ben kısaca hekimlik adına bir iki şey söylemek istiyorum. İşçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda, alanında çok kötü bir noktaya gidiyoruz. Bu nedenle işyeri hekimleri ile iş güvenliği uzmanlarının el ele kol kola olması gerekir. İşyeri hekiminin ne kadar bilgili olduğu, olmadığı tartışılabilir. Ama burada sorgulanacak olan öncelikle eğitim sistemimizdir. Yüze yakın tıp fakültesi oldu. İlkokul öğretmenin tıp fakültesinde öğretim üyeliği yaptığı bir sistemde hekimi de, mühendisi de, çöpçüsü de işini doğru bilmiyor ve uygulayamıyor. Kendisini kendi çabalarıyla ilerleten de pek çok arkadaşımız var. Bu nedenle herkesin el ele verip neleri düzeltebiliriz, ne yapabiliriz, birlikte iyi bir risk değerlendirmesi yapmış mıydık. Yanlış tedavi yapmadan önce bütün bunları

değerlendirmemiz gerek. Ve TTB yıllarca çok iyi işyeri hekimleri yetiştirdi. Ta ki düzen gelip de bu yetkiyi elinden alana kadar.

Hasan Oğan

Katkı ve soru yoksa uzun bir maratonun sonuna geldik demektir. Bu sempozyumu kurgularken bir takım hedeflerimiz vardı, çoğuna ulaştık. Buradan da ayrıca çok iş çıktı, kafamızda bir çok düşünce oluştu, olgunlaştı. Bunları hayata geçirmek için bir şekilde sizlerle birlikte yola devam edeceğiz diye düşünüyorum. Çalışma gurubu olarak çok az kişiyle bu işlere başladık. Geldiğimiz noktada artık çok fazla kişiyiz ve bizi takip eden binlerce insan var. Ve de ortaya koyduğumuz çalışmalar başkaları tarafından önemseniyor ve referans olarak kullanılıyor. Sağlık çalışanlarının sağlığı konusunda bir algı ve farkındalık yaratmayı başardık diye düşünüyorum.

Hepinize Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu adına çok teşekkür ediyorum.

"Sağlıkta çalışan; omuz omuza mücadele verdiğimiz, omuz omuza hizmet verdiğimiz, hocasından taşeron işçisine kadar, eğer biz bu mücadeleyi içselleştirebilirsek, eğer birimize ekonomik, sosyal ya da fiziki anlamda dokunulduğu zaman, "biz buradayız" diyebiliyorsak, kendimizi ayrı bir yere koymazsak bu işi biraz daha kolay çözebiliriz. Yani bir doktor arkadaşımız şiddet gördüğü zaman, bir taşeron işçi "hekimime dokunma" diyebiliyorsa, orada biz buna "dur" diyebiliriz. Veyahut bir taşeron işçiye herhangi bir haksızlık yapıldığı zaman, hekimimiz ya da hemşire arkadaşımız "bu benim sağlık çalışanı arkadaşımdır ona sahip çıkıyorum" diyebiliyorsa, bunu içselleştiriyorsa ancak o zaman bu işi çözeriz."