



BURSA TABİP ODASI



HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ULUSAL

İŞ SAĞLIĞI VE

İŞYERİ HEKİMLİĞİ

GÜNLERİ

KONU BAŞLIKLARI

- İŞ SAĞLIĞI KAVRAMI, DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE DURUM
- İŞYERİ HEKİMLERİNİN İŞ SAĞLIĞI ALANINDAKİ ROLÜ
- KÜRESELLEŞME VE İŞ SAĞLIĞI ALANINA ETKİLERİ



SUNULAR/TARTIŞMALAR

27-28-29 NİSAN 2001

BUTTİM KÜLTÜR MERKEZİ / BURSA



PETROL-İŞ

ULUSAL İŞ SAĞLIĞI VE

İŞYERİ HEKİMLİĞİ

GÜNLERİ

KONU BAŞLIKLARI

- **İŞ SAĞLIĞI KAVRAMI: DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE DURUM**
- **İŞYERİ HEKİMLERİNİN İŞ SAĞLIĞI ALANINDAKİ ROLÜ**
- **KÜRESELLEŞME VE İŞ SAĞLIĞI ALANINA ETKİLERİ**

SUNULAR/TARTIŞMALAR KİTABI

27-28-29 NİSAN 2001
BUTİM KÜLTÜR MERKEZİ / BURSA

Bu kitap Petrol-İş Sendikası'nın katkılarıyla basılmıştır.

Temmuz / 2001

Baskı:

Özsan Matbaa

Dizgi-Sayfa Düzeni:

Karınca Dizgi Merkezi

Kapak:

Maya Grafik

Bu kitap 27-29 Nisan 2001 tarihlerinde Bursa'da düzenlenen **ULUSAL İŞ SAĞLIĞI VE İŞYERİ HEKİMLİĞİ GÜNLERİ** oturumlarının ses ve görüntü bantlarının çözümlerinin metin biçimine dönüştürülmesi ile dizilmiştir. Bazı oturumlardaki ses ve görüntü bantları teknik nedenlerden dolayı tümüyle çözümlenememiştir. Bu nedenle kitabın bazı bölümleri eksik dizilmiş, bazı bölümlerinde de anlam düşüklükleri ortaya çıkmıştır. Bu aksaklık nedeniyle başta etkinliğe katılan konuşmacılar olmak üzere, katılımcılardan ve okuyuculardan özür dileriz.

**ULUSAL İŞ SAĞLIĞI VE İŞYERİ HEKİMLİĞİ GÜNLERİ
DÜZENLEME KURULU**

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

16384 Görükle/Bursa

Tel: (224) 442 82 00-21 011 Fax: (224) 442 83 13

www.halksaglik.cjb.net / E-mail:hsaglik@uludag.edu.tr

Bursa Tabip Odası

Gazıcılar Cad. Petek Bozkaya İş Merkezi C Blok Kat:2 D:213 / Bursa

Tel:(224) 256 08 65-256 08 69 Fax: (224) 251 1 8 15

www.bto.org.tr

E-mail: bto@bto.org.tr

İÇİNDEKİLER

SUNUŞ	1
SUNUŞ	2
SUNUŞ	3
DANIŞMA KURULU	4
DÜZENLEME KURULU	5
PROGRAM	6
İŞ SAĞLIĞI KAVRAMI VE DÜNYADA DURUM	11
İŞ SAĞLIĞI KAVRAMI	11
DÜNYA'DA İŞ SAĞLIĞI	14
ULUSLAR ARASI ÇALIŞMA ÖRGÜTÜ VE İŞ SAĞLIĞI-İŞ GÜVENLİĞİ	20
İŞYERLERİNDE ZARARLI ETMENLERİN ÖLÇÜM TEKNİKLERİ VE KİŞİSEL KORUYUCULAR	22
TÜRKİYE'DE İŞ SAĞLIĞI ALANINDA YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	34
İŞÇİLERİN KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	34
İŞVERENLERİN KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	37
İŞYERİ HEKİMLERİNİN KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	40
AKADEMİSYENLERİN BAKIŞ AÇISIYLA İŞÇİ SAĞLIĞI ALANINDA YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	49
ÇALIŞMA BAKANLIĞI'NIN İŞ SAĞLIĞI ALANINA BAKIŞI:	
KISA, ORTA VE UZUN ERİMLİ EYLEM PLANLARI	55
İŞÇİ SAĞLIĞI VE ÇEVRE	65
ENDÜSTRİ VE ÇEVRE	65
ÇEVRE YÖNETİMİ	68
ENDÜSTRİDE RİSK GRUPLARI	74
ÇOCUK İŞÇİLER VE ÇOCUK İŞÇİLİĞİNİN ÖNLENMESİ	74
KADIN İŞÇİLERİN DURUMU	77
İŞYERİ HEKİMLERİNİN İŞ SAĞLIĞI ALANINDAKİ ROLÜ	82
İŞE GİRİŞ VE PERİYODİK MUAYENELERİN ÖNEMİ VE UYGULAMALARI	82
İŞYERLERİNDE İLK YARDIM ORGANİZASYONU	89
İŞ SAĞLIĞI YÖNETİM SİSTEMİ VE VERİ TABANI	98
İŞYERİ SAĞLIK BİRİMLERİNİN ETKİNLİĞİ VE GELECEĞİ	103
TEMEL ERGONOMİ KAVRAMLARI VE HEKİM	107
KÜRESELLEŞMENİN ÇALIŞANLARIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ	114
SAĞLIK EĞİTİMİNDE DAVRANIŞ DEĞİŞTİRME BOYUTU	122
ÖZELLEŞTİRMENİN VE TAŞERONLAŞMANIN ÇALIŞANLARIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ	127
İŞYERLERİNDE RİSK DEĞERLENDİRMESİ	137
MESLEK HASTALIKLARI VE İŞ KAZALARI	150
TÜRKİYE'DE MESLEK HASTALIKLARI VE İŞ KAZALARININ DURUMU	150
KURULUŞUNUN 25. YILINDA MESLEK HASTALIKLARI HASTANELERİ	155
MESLEKİ AKCİĞER HASTALIKLARI	165
MESLEK HASTALIĞI TANISI KOYMADA YAŞANAN SORUNLAR	173
HUKUKSAL BOYUTUYLA İŞYERİ HEKİMLİĞİ	180
İŞYERİ HEKİMİNİN ÖZLÜK HAKLARI İŞVERENİN İŞYERİ HEKİMİ İLE İLGİLİ YÜKÜMLÜLÜKLERİ	180
İŞ SAĞLIĞININ HİZMET BİRİMLERİ	193
İŞYERİ ORTAK SAĞLIK BİRİMİ (İOSB) KAVRAMINA YAKLAŞIM	193
İOSB BİR DENEYİMİN PAYLAŞILMASI	197
ULUSAL İŞ SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ	200
İŞYERİ HEKİMLERİ VE SSK İLİŞKİLERİ	213
İŞYERİ HEKİMLERİNİN YAŞADIĞI SORUNLAR	213
SSK'NIN YAŞADIĞI SORUNLAR	215

SUNUŞ

12 Eylül'ün ardından 1980'lerin sonuna doğru TTB tarafından ivmelendirilen işçi sağlığı ve işyeri hekimliği alanı, 27-29 Nisan 2001'de Bursa'da Anabilim Dalımız ve Bursa Tabip Odası ile birlikte düzenlenen Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri ile yeni bin yılda geniş bir kitle ile paylaşıldı. Dört yüz doksan üç kişinin katıldığı etkinlik, Düzenleme Kurulu'nun başlangıçta ulaşmayı amaçladığı üç hedefe de erişti:

- 1- İşçi sağlığı-işyeri hekimliği alanında her yıl bir kongre düzenlenmesinin sağlanması ve buradan gelecek yıl etkinliği düzenleyecek kurumlar ile yerin belirlenmesi. Etkinlik gelecek yıl İzmir'de; İzmir Tabip Odası, 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından Nisan 2002'de düzenlenecek.
- 2- İşçi sağlığı alanında TTB çatısı altında bir elektronik haber ağının oluşturulması. Bu ağın oluşturulma çalışmalarına da başlandı. Ağa katılmak isteyenler isak@ttb.org.tr adresine bir ileti göndererek kayıt olabilirler.
- 3- Kamuoyuna, işveren temsilcilerine, işçi temsilcilerine ve Çalışma Bakanlığı yetkililerine alanda öne çıkan sorunların ve çözüm önerilerinin iletilmesi. Bu konuda etkinlikte sunulan 44 bildirinin yer aldığı Bildiri Kitabı, etkinliğin sonuç bildirgesi ve elinizdeki SUNUMLAR/TARTIŞMALAR kitabı iletilerin tümünü içermektedir.

Etkinliğin en ilgi çeken yanlarından birisi katılımın beklenenin çok üzerinde gerçekleşmesi, diğeri ise oturumların tartışma bölümlerinin uzaması nedeniyle hep sarkması ve Pazar günü (son gün) hala dört yüzün üzerindeki katılımcının son ana kadar oturumları izlemesidir. Sanırım bu veriler, alanda bilimsel bir atmosferde bir araya gelme gereksinimini iyi bir biçimde tanımlamaktadır.

Etkinliğin düzenlenmesindeki katkıları nedeniyle Danışma Kurulu üyelerimize, konuşmacılara ve Düzenleme Kurulundaki arkadaşlarımıza Anabilim Dalımız adına teşekkür ediyorum.

Prof.Dr. Hamdi AYTEKİN
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

SUNUŞ

**2001 yılı, 27 Nisan Cuma, 28 Nisan Cumartesi ve 29 Nisan Pazar
Ulusal İş sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri, Bursa ;**

- Yaklaşık 40 kadarı İş Sağlığı konusunda ülkemizin bilimsel zenginliğini oluşturan davetli konuşmacılar olmak üzere, toplam dört yüz doksan üç katılımcı ile birlikte olmanın yarattığı sevinç,
- Katılım ve heyecan hiç eksilmeden iki ayrı salonda gerçekleşen 33 adet oturum,
- Halk sağlığına, işçi sağlığına yıllarını vermiş saygıdeğer hocalar, dostlar,
- Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı Dr. Füsün SAYEK'in şevkimizi artıran açış konuşması,
- Yedi ayrı otelde konaklayan toplam 246 il dışı katılımcı,
- Tüm katılımcıların her tür gereksinimini eksiksiz karşılama telaşı,
- Bilimsel ortamın zenginliği,
- Sabahlara dek uzayan dost sohbetleri,
- Geride umut dolu bir tat bırakan 'bir iş görmenin saadeti'...

Bunların hiçbirisi yok bu kitapta, yüreğimizi ısıtan bu heyecanın ayrıntıları kim bilir belki bir anı kitabında yer bulur kendine...

Bu kitap, Ulusal 'İş sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri' sırasında gerçekleşen **SUNULAR** ve **TARTIŞMALAR** ile **KONGRE SONUÇ BİLDİRGESİNİ** içeriyor.

Düzenleme Kuruluna, Danışma Kuruluna, konuşmacılara, katılımcılara ve kitabın basımının katkılarından dolayı Petrol-İş Sendikası'na, Bursa Tabip Odası adına bir kez daha teşekkür ediyorum.

Ülkemizin aydınlık yarınlarına katkı olur umuduyla...

Dr. Candan COŞKUN
Bursa Tabip Odası Başkanı

SUNUŞ

27-28-29 Nisan 2001 tarihlerinde Bursa Tabip Odası ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın birlikte gerçekleştirdikleri "Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri" isimli organizasyon, ülke çapında eksikliği duyulan konuların ve sorunların açığa çıkmasında önemli rol oynadığı inancındayız.

Seçilen konular, bu konuları sunan bilim insanlarındaki yetkinlik ve katılımcıların nicelik ve niteliklerindeki yükseklik, organizasyonun verimli geçmesini sağlamıştır.

Sunumların kitap ve CD haline getirilmesi aşamasında sendikamızın mütevazı katkısını, temsil ettiğimiz işçi sınıfımız adına görev bilmekteyiz.

Sağlıklı ve güvenli iş ortamları yaratarak işçi sağlığını görev edinmiş organizasyonu gerçekleştiren kuruluşların mensuplarına, katılımcılara ve organizasyonda emeği geçenlere teşekkür eder, başarılarının devamını dileriz.

Saygılarımızla.

Petrol İş Sendikası
Merkez Yönetim Kurulu

DANIŞMA KURULU*

Dr. Sedat ABBASOĞLU
Prof.Dr. Turhan AKBULUT
Doç.Dr. İbrahim AKKURT
Prof.Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU
Dr. Aytaç ARAS
Prof.Dr. Remzi AYGÜN
Prof.Dr. Hamdi AYTEKİN
Dr. Nadi BAKIRCI
Dr. Haluk BAŞCIL
Dr. Yıldız BİLGİN
Prof.Dr. Nazmi BİLİR
Dr. Vahide BİLİR
Prof.Dr. Sudi BÜLBÜL
Dr. Cem COŞKUN
Dr. Gül DAĞISTANLI
Dr. Aşkın DEMİRCİ
Dr. Celal EMİROĞLU
Yrd.Doç.Dr. Alp ERGÖR
Prof.Dr. Feyza ERKAN
Dr. Murat FIRAT
Prof.Dr. Gürhan FİŞEK
Av.Mustafa GÜLER
Prof.Dr. Çağatay GÜLER
Prof.Dr. Özdemir GÜLESEN
Dr. Sedat KARABULUT
Dr. Kaan KARADAĞ
Yıldırım KOÇ
Dr. Levent KOŞAR
İsmail Hakkı KURT
Av. Ziyet ÖZÇELİK
Ecz.Handan SABİR
Prof.Dr. Hilmi SABUNCU
Prof.Dr. Ahmet SALTİK
Dr. Haldun SİRER
Müh.Mustafa TAŞYÜREK
Dr. Ali Rıza TİRYAKİ
Doç.Dr. Necla TUGAY AYTEKİN
Yrd.Doç.Dr. Meral TÜRK
Dr. Nazif YEŞİLLETEN

* Soyadı Sıralamasına göre

DÜZENLEME KURULU

Dr. Nalan AKIŞ
Dr. H rol AKSU
Dr. Bülent ASLANHAN
Dr. Kadriye AVCI
Dr. Neriman AYDIN
Saliha DÜLGER
Dr. Tanju ELAGÖZ
Dr. Bülent G LTEK N
Dr. Nazmi GÜNAY
Dr. Cemal G VERC N
Yrd.Doç.Dr. Emel  RG L
Dr. Seher NACARK   K
Yrd.Doç.Dr. Kayıhan PALA
Dr. Dilnaz SARISÖZEN
Dr. şeref TUZCU
Dr. Alpaslan TÜRKKAN

PROGRAM**27 Nisan 2001 Cuma / A SALONU****09:30 AÇILIŞ****10:30 Çay-Kahve Arası****11:00 İŞ SAĞLIĞI KAVRAMI VE DÜNYADA DURUM**

Oturum Yöneticisi: Prof.Dr. Ahmet SALTİK
(Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi)

11:00 İş Sağlığı Kavramı

Konuşmacı : Prof.Dr. Turhan AKBULUT
(TTB İSAK Akademik Kurul Üyesi)

11:20 Dünya'da İş Sağlığı

Konuşmacı: Dr. Haldun SİRER
(Meslek Hastalıkları Uzmanı, TTB İSAK Akademik Kurul Üyesi)

11:40 Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve İş Sağlığı İş Güvenliği

Konuşmacı: Ellen ROSSKAM
(İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), İsviçre)

12:00 Tartışma

12:30 Yemek

13:30 TÜRKİYE'DE İŞ SAĞLIĞI ALANINDA YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Oturum Yöneticisi : Prof.Dr. Hamdi AYTEKİN
(Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Başkanı)

13:30 İşçilerin Karşılaştığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Konuşmacı : Özcan KARABULUT (TÜRK-İŞ)

14:00 İşverenlerin Karşılaştığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Konuşmacı: Serhas BEKİŞOĞLU
(BÜSİAD Genel Sekreteri)

14:30 İşyeri Hekimlerinin Karşılaştığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Konuşmacı : Dr. Celal EMİROĞLU
(İş Sağlığı Bilim Uzmanı, TTB İSAK Koordinasyonu)

15:00 Çay-Kahve Arası

15:30 Akademisyenlerin Bakış Açısıyla İş Sağlığı Alanında Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Konuşmacı : Prof.Dr. Ahmet SALTİK
(Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi)

16:00 Çalışma Bakanlığı'nın İş Sağlığı Alanına Bakışı: Kısa,Orta ve Uzun Erimli Eylem Planları

Konuşmacı: Vedat Reha MERT
(Çalışma Bakanlığı İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Genel Müdürü)

16:30 Tartışma

17:00 Çay-Kahve Arası

17:30 Sözel Bildiriler

17:30 Diş Protez Laboratuvarı Teknisyenlerinde Mesleki Sağlık Riski(Sema BURGAZ, Gonca Çakmak DEMİRCİGİL, Nusret ERTAŞ, Yavuz BURGAZ)

17:45 İnsektisidlerle Çalışan Belediye İşçilerinde Sentetik Pyrethroid Türevlerinin Kronik Etkileri
(Nesrin YÜKSEL, Yıldız BİLGİN, Hilmi SABUNCU)

18:00 Hastane Personelinde Bel Ağrısı (Emel ÖZCAN)

18:15 Ülkemizde Meslek Hastalıklarında Sürveyans Nasıl Yapılmalıdır? (Gönül MALAT)

18:30 İş Sağlığı Denetiminde Atomik Absorpsiyon Spektrometresinin Uygulamaları (Şeref GÜÇER, Belgin İZGİ)

18:45 Bursa'daki Trafik Polislerinde Kan Kurşun Düzeyinin İncelenmesi (Kayıhan PALA, Nalan AKIŞ, Belgin İZGİ, Şeref GÜÇER, Neriman AYDIN, Hamdi AYTEKİN)

19:00-19:30 Poster Başında Tartışma

19:30-21:00 Kokteyl (BUTTİM Kültür Merkezi)

27 Nisan 2001 Cuma / B SALONU**11:00 İŞYERLERİNDE ZARARLI ETMENLERİN ÖLÇÜM TEKNİKLERİ VE KİŞİSEL KORUYUCULAR**

Oturum Yöneticisi: Dr. Yıldız BİLGİN
(İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi Başhekim Yardımcısı)
Konuşmacı: Lütfi ULUSOY
(Kimya Mühendisi İSGÜM)

12:00 Tartışma

12:30 Yemek

13:30 İŞ SAĞLIĞI VE ÇEVRE

Oturum Yöneticisi: Prof.Dr. Turhan AKBULUT
(TTB İSAK Akademik Kurul Üyesi)

13:30 Endüstri ve Çevre

Konuşmacı : Uzm.Dr. Nadi BAKIRCI
(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Görevlisi)

14:00 Çevre Yönetimi

Konuşmacı: Prof.Dr. Çağatay GÜLER
(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi)

14:30 Tartışma

15:00 Çay-Kahve Arası

15:30 ENDÜSTRİDE RİSK GRUPLARI

Oturum Yönetici : Dr. Sedat ABBASOĞLU
(Türk Tabipleri Birliği İSAK Akademik Kurul Üyesi)

15:30 Çocuk İşçiler ve Çocuk İşçiliğinin Önlenmesi

Konuşmacı: Prof.Dr. Gürhan FİŞEK
(Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Öğretim Üyesi)

16:00 Kadın İşçilerin Durumu

Konuşmacı: Şule ÖZKUZUKIRAN
(Türk-İş Kadın İşçiler Şube Müdürü)

16:30 Tartışma

17:00 Çay-Kahve Arası

17:30 Sözel Bildiriler

17:30 Bir İşyerinde Küme Olgu Değerlendirmesi: Hidrojen Peroksit Maruz Kalımı (Yücel DEMİRAL, Alp ERGÖR, Sibel KIRAN, Mehmet PARK, Can SEVİNÇ, Hikmet ÇİMRİN)

17:45 Tüpraş Orta Anadolu Kırıkkale Rafinerisinde Çalışan İşçilerin Geçirdikleri İş Kazaları ve İlk Yardım Konusunda Bilgi ve Tutumları (İrfan YILDIZ, Ömer R. ÖNDER)

18:00 Balçova Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde Yer Alan Konfeksiyon Atölyelerinde Çalışanların Sağlık Hizmetlerini Nereden Aldığının Değerlendirilmesi (Ahmet Can BİLGİN, Yücel DEMİRAL, Gül GÜRSOY, Fatma ÖZBOYA, Metin PIÇAKÇIEFE, Sibel KIRAN, Alp ERGÖR)

18:15 Konfeksiyon İş Kolunda Çalışan Çırakların Çalışma Koşulları (Nesrin KOCABİYYİK)

18:30 Gemlik Çıraklık Eğitim Merkezi'nde Okuyan Çırakların Çalışma Koşulları ve Sosyal Sorunları (Nalan AKIŞ, Emel İRGİL, Kayıhan PALA, Hamdi AYTEKİN)

18:45 Belediyelerle İmzalanan Toplu İş Sözleşmelerinde İşçi Sağlığı İş Güvenliğine Sendikal Bakış Adana, İçel, Hatay ve Osmaniye'de 76 Belediye Örneği (Can Mustafa EREN)

19:00-19:30 Poster Başında Tartışma

19:30-21:00 Kokteyl (BUTTİM Kültür Merkezi)

28 Nisan 2001 Cumartesi / A SALONU**09:30 İŞYERİ HEKİMLERİNİN İŞ SAĞLIĞI ALANINDAKİ ROLÜ**

Oturma Yöneticisi: Prof.Dr. Remzi AYGÜN

(Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi)

09:30 İşe Giriş ve Periyodik Muayenelerin Önemi ve Uygulamaları

Konuşmacı : Dr. Yıldız BİLGİN

(İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi Başhekim Yrd.)

10:00 Tartışma

10:15 İşyerlerinde İlk Yardım Organizasyonu

Konuşmacı: Dr. Kadir ATLI

(İşçi Sağlığı Bilim Uzmanı)

10:45 Tartışma

11:00 Çay-Kahve Arası

11:30 İş Sağlığı Yönetim Sistemi ve Veri Tabanı

Konuşmacı: Prof. Dr. Hilmi SABUNCU

(İstanbul Ü.T.F. İş Sağlığı Bilim Dalı Başkanı)

12:00 Tartışma

12:15 İşyeri Sağlık Birimlerinin Etkinliği ve Geleceği

Konuşmacı: Dr. Haluk BAŞCIL

(İş Sağlığı Bilim Uzmanı, TTB İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Kolu Başkanı)

12:45 Tartışma

13:00 Yemek

14:00 KÜRESELLEŞMENİN ÇALIŞANLARIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Oturma Yöneticisi: Prof.Dr. Müfit PARLAK

(Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı)

14:00 Konuşmacı: Ellen ROSSKAM

(İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), İsviçre)

15:00 Tartışma

15:30 Çay-Kahve Arası

16:00 ÖZELLEŞTİRMENİN VE TAŞERONLAŞMANIN ÇALIŞANLARIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Oturma Yöneticisi: Dr. Celal EMİROĞLU

(İş Sağlığı Bilim Uzmanı, TTB İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Koordinasyonu)

16:00 Konuşmacı: Erhan BİLGİN

(Petrol-İş Sendikası Araştırma Uzmanı)

17:00 Tartışma

17:30 Çay-Kahve Arası

18:00 Sözel Bildiriler

18:00 Uludağ Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne Başvuran İş Kazaları ve Mesleki Zehirlenmelerin Değerlendirilmesi (Kayıhan PALA, Erol ARMAĞAN, Neriman AYDIN, Alpaslan TÜRKKAN, Hamdi AYTEKİN, Rifat TOKYAY)

18:15 İşgücü Piyasasında Kadınların Konumunun İş Sağlığı Açısından Önemi (Didem Gediz GELEGEN)

18:30 Üniversite ve Çalışma Yaşamı İlişkisine Yönelik Bir Deneme: Bir İşyerinde Durum Saptama ve Girişim Çalışmaları (Alp ERGÖR, Sibel KIRAN, Yücel DEMİRAL, Ahmet Can BİLGİN, Çınar ELÇİ, Atilla ÖZTÜRKERİ)

18:45 Çalışma Yaşamı, Hekim ve Etik: İş Sağlığında Önemli Bir Gerilim Hattı (Alp ERGÖR, Murat CİVANER)

19:00 Doktor Bey, Hemşire Hanım, "Kendinize İyi Bakın" (Şükran SEVİMLİ)

20:00 Akşam Yemeği (Diamond Otel İnönü Cd. N:104 Bursa)

28 Nisan 2001 Cumartesi/B SALONU**09:30 TEMEL ERGONOMİ KAVRAMLARI VE HEKİM**

Oturma Yöneticisi: Dr. Nazif YEŞİLLETEN

(İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi Başhekimisi)

09:30 Konuşmacı: Prof.Dr. Çağatay GÜLER

(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi)

10:30 Tartışma

11:00 Çay-Kahve Arası

11:30 SAĞLIK EĞİTİMİNDE DAVRANIŞ DEĞİŞTİRME BOYUTU

Konuşmacı: Prof.Dr. Özcan DEMİREL

(Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi)

12:30 Tartışma

13:00 Yemek

14:00 İŞYERLERİNDE RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Oturma Yöneticisi: Dr. Özcan BARIPOĞLU

(Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği B Tipi Kurs Eğiticiisi)

14:00 Konuşmacı: Dr. Ali Rıza TIRYAKI

(Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği B Tipi Kurs Eğiticiisi)

15:00 Tartışma

15:30 Çay-Kahve Arası

16:00 MESLEK HASTALIKLARI VE İŞ KAZALARI

Oturma Yöneticisi: Dr. Nadi BAKIRCI

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi)

16:00 Türkiye'de Meslek Hastalıkları ve İş Kazalarının Durumu

Konuşmacı: Dr. Özcan BARIPOĞLU

(Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği B Tipi Kurs Eğiticiisi)

16:20 Kuruluşunun 25.Yılında Meslek Hastalıkları Hastaneleri

Konuşmacı: Dr. Nazif YEŞİLLETEN

(İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi Başhekimisi)

16:40 Mesleki Akciğer Hastalıkları

Konuşmacı: Doç.Dr. İbrahim AKKURT

(Cumhuriyet Ü.T.F.Göğüs Hastalıkları AD Öğretim Üyesi)

17:00 Meslek Hastalığı Tanısı Koymada Yaşanan Sorunlar

Konuşmacı: Dr. Kaan KARADAĞ

(İş Sağlığı Bilim Uzmanı, Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi)

17:20 Tartışma

17:30: Çay-Kahve Arası

18:00 Sözel Bildiriler

18:00 Gemlik Sanayi Sitesinde Çalışan İşçilerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi (Kayıhan PALA, Seher NACARKÜÇÜK, Alpaslan TÜRKKAN, Nalan AKIŞ)

18:15 Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Olarak İşyeri Hekimliği (Gönül MALAT)

18:30 İşyeri Hekimliği (Hakkı GİRGIN)

18:45 İşyeri Ortak Sağlık Merkezi Hizmetlerinin İşyeri Hekimliğinden Farkı ve Önemi (Nezih VAROL)

19:00 İşyeri Ortak Sağlık Birimi Model Çalışması (Ümit Kaan ARPACI, Muharrem ÇETİN, Nilgün

ORAL ERBİL, Hakkı GİRGIN, Şakir GÜLER, Yekta HIZIROĞLU, Hünkar KARABULUT, Ayşe

ÖZTÜRK, M. Tuğrul ŞAHBAZ, Cengiz TÜMER, Ayten ZEYTİNOĞLU)

19:15 Baş-Boyun Tümörleri ve Meslek İlişkisi (Tevfik SUNTER, Recep AKDUR)

20:00 Akşam Yemeği (Diamond Otel İnönü Cd. N:104 Bursa)

29 Nisan 2001 Pazar/A SALONU**09:30 HUKUKSAL BOYUTUYLA İŞYERİ HEKİMLİĞİ**

Oturum Yöneticisi: Dr. Hakan GİRİTLİOĞLU
(TTB Merkez Konseyi Üyesi, TTB Hukuk Bürosu)

09:30 İşyeri Hekiminin Özlük Hakları

Konuşmacı: Av. Ziyet ÖZÇELİK
(Türk Tabipleri Birliği Hukuk Bürosu)

10:00 İşverenin İşyeri Hekimi İle İlgili Yükümlülükleri

Konuşmacı: Av. Mustafa GÜLER
(Türk Tabipleri Birliği Hukuk Bürosu)

10:30 Tartışma

11:00 Çay-Kahve Arası

11:30 ULUSAL İŞ SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ

Oturum Yöneticisi: Dr. Ali Rıza TIRYAKI
(Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği B Tipi Kurs Eğitici)

11:30 Sunum: Dr. Sedat ABBASOĞLU

(Türk Tabipleri Birliği İSAK Akademik Kurul Üyesi)

12:00 Tartışma

13:00 KAPANIŞ

29 Nisan 2001 Pazar/B SALONU**09:30 İŞ SAĞLIĞI HİZMET BİRİMLERİ**

Oturum Yöneticisi: Dr. Şeref TUZCU
(Bursa Tabip Odası İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Komisyonu Başkanı)

09:30 İşyeri Ortak Sağlık Birimi (İOSB) Kavramına Yaklaşım

Konuşmacı: Dr. Murat FIRAT
(Halk Sağlığı Doktoru, İşyeri Hekimliği A Tipi Sertifika Kursu Eğitici)

10:00 İOSB Bir Denevimin Paylaşılması

Konuşmacı: Mustafa TAŞYÜREK
(Kimya Mühendisi, İşyeri Hekimliği A Tipi Sertifika Kursu Eğitici)

10:30 Tartışma

11:00 Çay-Kahve Arası

11:30 İŞYERİ HEKİMLERİ VE SSK İLİŞKİLERİ

Oturum Yöneticisi: Yrd.Doç.Dr. Emel İRGİL
(Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi)

11:30 İşyeri Hekimlerinin Yaşadığı Sorunlar

Konuşmacı: Dr. Kenan ERGUS (Tam gün çalışan işyeri hekimi/Bursa)

12:00 SSK'nın Yaşadığı Sorunlar

Konuşmacı: Dr. Gökhan Yıldırım KAYA
(SSK Sağlık ve Maliyet İşleri Daire Başkanı)

12:30 Tartışma

13:00 KAPANIŞ

İŞ SAĞLIĞI KAVRAMI VE DÜNYADA DURUM

Oturum Yönetici: Prof.Dr. Ahmet SALTİK

(Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi)

İŞ SAĞLIĞI KAVRAMI

Konuşmacı: Prof.Dr. Turhan AKBULUT

(TTB İSAK Akademik Kurul Üyesi)

Prof. Dr. Ahmet SALTİK: Bütün meslektaşlarımıza, kurumlara, kuruluşlara ve siz katkı verenlere çok teşekkür ediyoruz . Gerçekten, mutluyuz yıllar sonra bu kongrenin büyük katılım elde etmesinden, sağlama-sından. Sanıyorum TTB'nin 1987' den bu yana 13-14 yıldır, rahmetli Nusret Fişek hocamızın başlattığı işyeri hekimliği kurslarının, 22.000 'i aşkın hekim arkadaşımıza sertifika programını yürütmüş olmasının büyük payı var bugünkü katılımımda .Duyarlılaştan kesimlerimizin giderek soruna sahip çıktığını görüyoruz.Bundan böyle çitayı herhalde daha da yükselteceğiz. Yıllardır elde ettiğimiz duyarlı bir ürünü...

Değerli arkadaşlar, bu oturumumuz iş sağlığı kavramı ve dünyada durum başlığını taşıyor. Değerli katılımcılarımız; Sayın Prof. Turhan Akbulut hoca, hocam benimde. Neredeyse yarım asırdır bu işe emek veren bir büyüğümüz. Anıtlamış bir ad. Türkiye'de alanla ilgili O'nu dinliyor olmaktan büyük mutluluk duyacağız. Alana verdiği emek, katkısı ölçüsüz. Arada değerlendirme yaptık. O da bu katkıdan hoşnut. Bana neden bu katılım böylesine büyük, ne dersin? dedi. Az önce söylediklerimdi yanıtım. Kendisinden iş sağlığı kavramını dinleyeceğiz. Akbulut Hocamın hemen sağ başındaki Sayın Haldun Sırer hocamız da en az Sayın Akbulut Hocamız kadar yıllarca bu alana emek vermiş bir başka büyüğümüz. Onun da emeği 50 yılı buluyor, belki de geçiyor. Kartal'daki Meslek Hastalıkları Hastanesi'nde hepimizin öğretmeni oldu,uygulamalı olarak bu işin içinde yıllarca insan yetiştirdi, emek verdi.Tıp öğrenciliğim sırasında O'nun başhekim olduğu hastaneye gide-rek pek çok şey öğrenmiştim. Sol yanımdaki konuşumuz yurtdışından, Dünya Sağlık Örgütü'nden İLO ve iş sağlığı ve iş güvenliği konuşmasını bize sunacak olan Ellen Rosskam.

Prof. Dr. Turhan AKBULUT: Değerli meslektaşlarım ve sevgili dinleyiciler. Bu konuşmaya başlarken hem heyecanlıyım, hem mutluyum, hem de onurluyum. Heyecanlıyım çünkü meslek hayatımın ilk başları bir genç dahili uzman olarak 12-13 senesinin geçtiği ,bana hem teorik bakımdan hem de uygulama bakımından okul durumu da olan Bursa'da Merinos fabrikasında çalıştığım yılları hatırlattı. Oradan bugünkü bu topluluğa geldiğimiz zaman, konu ile ilgili geniş kitleyi gördüğüm zaman heyecanlanmamak mümkün değil. Ben meslek hayatıma başladığım zaman Merinos fabrikasında soruyorlardı mesleğiniz nedir. Ben iş hekimi diyordum. Karşımdaki bu tabiri duymamıştı bile cevap veriyordu diş hekimi mi diye. Yani konunun nereden nereye geldiğini anlatmak için bunu söylüyorum. Bunları hatırladıkça da heyecanlanıyorum.Sonra çok mutluyum dedim o da bir Üniversitenin çok değerli bir hocamızın önderliği ile ve TTB'nin işbirliği ile yapılmış olan bu kongre dolayısıyla üniversitelerin artık işin içerisine girdiklerini ,girmekte olduklarını görmekten dolayı ve tabi ki sizlere hitap etmiş olmaktan dolayı da onurluyum. Bu konuşmaya başlarken daha doğrusu bu konuşma hazırlanırken organizatörlerden çok değerli kardeşim Kayıhan bana telefon etti ve dedi ki hocam son zamanlarda bir kavram şeyi var,daha doğrusu bir terminoloji şeyi var. Kimisi işçi sağlığı diyor. Kimisi iş sağlığı diyor. Çalışanların sağlığı diyor. Şunlara bir açıklık getirecek bir konuşma yapar mısınız dedi. Toplantı dolayısıyla memnuniyetle dedim. Bir konuşma hazırladım. Bu konuşma ile zannediyorum ki ne demek istediğimi size çok açık olarak anlatacağım.Programa bu iş sağlığı kavramı olarak yazıldı. O zaman kendi kendime düşündüm. Kavram ne demek diye. Lugata baktım kavram İngilizce concept. Osmanlıca mefhum kelimelerinin karşılığı. Ne diyor lugat? Anlaşılan,anlaşılmış sözden çıkarılan anlam. Ama metodoloji terminolojisinde Türk Dil Kurumu'nun Yöntem Bilim Terimleri diye bir sözlüğü var. Orada kavramı şöyle anlatır. Ki bu bana bu konuşma-nın planını yaptırdı. Diyor ki, bir olay, nesne, durum yada koşula ayrılsal özelliklerini birleştirerek kavranabilirlik kazandıran düşünce, düşünsel bütünlük. Demek ki bir kavramdan bahsettiğimiz zaman evvela onun ayrıtsal özelliklerini belirteceksiniz ve ona dayanarak bir düşünsel bütünlük kazandıracaksınız .Ben de bu terimdeki yöntemi seçtim ve işçi sağlığı kavramını evvela anlatacağım ondan sonra terminolojiye geçeceğim. Çünkü bilimde bir terminoloji kavramı ile bir şey uyuma göstermek mecburiyetindedir. Verdiğiniz terim o kavrama uymalı. Bu çocuğa isim takar gibi değil, çünkü çocuğa Aslan dersiniz zayıf bir insan çıkar, yada Nazlı dersiniz kaba saba bir insan büyür.Ama bilimde konuyu tamamen onun içeriğine,kavramına uygun bir şekilde

koymak lazım.O nedenle ben kavram üzerinde bir parça durarak bunları anlatmaya çalışacağım. Tabi biliyoruz ki bu konular tamamen ekonomik bakımdan aktif nüfusu ilgilendiren bir konu ele aldığımız konular.Yani çalışanları ilgilendiriyor.O zaman insan şöyle bir düşünceye kapılıyor. Çalışma nedir? Çalışma bir gayettir. Bir çabadır.Ne için? Bir üretim elde etmek için,bir çaba. Ama bu çabayı yaparken gerek fiziksel gerek psiko-sensorial bir çaba gösterilirken riskler de aynı zamanda ortaya çıkar. Bu risklerin sonunda insanlar ya ölür, ya sakat kalır yahut da gazi olur. Hayatına devam eder. Peki acaba hakikaten ekonomik bakımdan aktif nüfus çalışma hayatında bir risk ile karşı karşıya kalıyor da risk grubumu oluşturuyor? Bakıyoruz mesela Türkiye’de ekonomik bakımdan aktif nüfus aşağı yukarı 20-22 milyon. Onlar hakkında herhangi bir istatistikimiz yok.Bir tek elimizde 4-4.5 milyon luk hatta 5 milyonluk SSK’na tabi olanlar hakkında bir istatistik mevcut. Deniyor ki o istatistiklerde senede şöyle böyle 150 bin iş kazası oluyor diyor. Yani günde 500 kişi .Senede 3 bini sakat kalıyor. Günde 10 kişi.1.500 kişisi ölüyor. Günde 5 kişi. İstatistiksel bakımdan daha taksim edeyim. Her 4 saat de bir , her 5 saatte bir ,bir insan ölüyor hayat mücadelesinde .Meslek hastalıklarını alın . Türkiye’de meslek hastalıklarının ne kadar olduğunu bilen yok. Buna ait olan elimizde hiçbir istatistik yok. Hiç unutmam 1976 mıydı neydi Gübronikde bir uluslararası işçi sağlığı kongresi oldu .Orada İLO dan bir yetkili benim yanıma yaklaştı,elinde de istatistik şeyleri var.Dedi ki sizin meslek hastalıklarınız o kadar az ki aşağı yukarı eradike etmişsiniz hangi yöntem ile başardınız bunu dedi. O anda hissettiğim mahcubiyeti tarif edemem.Fakat o kongrede bir karar verildi. Dendi ki bir ülkede meslek hastalıkları tahmin edilenden azsa bunun anlamı vardır. Yani bu bir parametredir. O ülkede işçi sağlığı hizmetlerinin çok zayıf olduğunu, hatta olmadığını belirtir bir parametredir diye bir görüş ve bir karar aldı. İşte Türkiye’deki bu durumda.Bunun dışında mesela ne yorgunluk hakkında ne erken ihtiyarlama hakkında bir bilgimiz yok.Gözlemlerimiz var. Çalışan bir kadını görürsünüz, bacı sen ellisinde var mısın? Dediği zaman daha ben 35 indeyim der. Çok çocuk doğurmaktan,çalışma koşullarının kötülüğünden ,beslenmenin bozukluğundan falan.Şu halde ekonomik bakımdan aktif nüfus bir risk altında .Peki ben acaba bu risk altında kalan toplumda bunun nedenlerini araştırarak olsam bunu nasıl araştırabilirim. Çünkü bize büyük hocamız diyeyim, Ramazzini diyor ki ”Tababet elindeki bütün olanakları ile çalışanların yardımına koşmalıdır.” diyor. Bizde bu görüş ile acaba çalışma insan sağlığını nasıl etkiler evvela bunu bir görmemiz lazım. Birini gösterir misiniz.Şimdi bakın burada ilki bunun I.Çalışma hayatı yani insan araç ve gereç ile karşı karşıya kalıp bu çalışma hayatının modelleşme şekli. Niçin çalışma hayatı olur. İstenilen bir sonuç vardır. Ekonomik bir yara ,bir prodüktivite bir üretim bu malda olabilir. Hizmet de olabilir. Ve bunun ölçüsü,parametresi de ekonomik yarardır. Ekonomik bakımdan kar zarar oranıdır. Fakat bu istenilen sonuç elde edilirken birde istenilmeyen sonuçlar ortaya çıkar.O da çevre üzerine ve insan üzerinedir. Çevre üzerine olan işyeri çevresi ve genel çevreye olur. Bu etki de yalnız atıklar şeklinde değil,sosyal kirlenme , estetik kirlenme şeklinde değişik alanda çevre üzerinde etkiler yapar ve insan üzerinde. Biz konuyu ele aldığımız zaman bu modeli kabul ediyoruz ve diyoruz ki insan üzerine, çevre üzerine yapılan bu istenilmeyen sonuçları bu hizmetler ile ortadan kaldıralım. Şimdi aslında çevre ile bu sağlık üzerine olan etkisi çalışanlar için söylüyorum çok daha evvelden belirlendi. Sanayi inkılabı olduktan sonra İngiltere’deki çok kötü bir yaşam, çalışma, iş gücünün sömürüsü hat safhaya gelince, zamanın büyükleri işte Victor Hugo, Jan Jack Russo falan, Dickens bunlar toplumu uyandırmaya kalktılar ve bunun sonunda İngiliz parlamentosunda bir anket parlamenter kuruldu. Araştırma kurulu 1825. Onun başında sosyal tıpta çok önemli olan bir isim olan Edwing Çetvink isminde bir avukat tayin oldu. O kurulan bu araştırma komisyonu ki konusu çalışanların sağlık durumunun düzeltilme çareleri idi. Raporunu iki cümle ile bitirir. Daha iyi bir sağlık için daha iyi bir çalışma çevresi gerekmektedir. İkinci cümle,Fakirlik hastalığı, hastalık fakirliği artırır. Yani çalışanlara siz daha iyi bir sağlık mı vermek istiyorsunuz, daha üst düzeyde bir sağlık mı sağlama istiyorsunuz, çevreyi düzeltin,ekonomik durumu düzeltin.Bu günde bundan başka çaremiz var mı? Şimdi bütün bu durumlara dikkat ederek uluslararası çalışma örgütü yani 1919 da kurulduktan sonra bu konular üzerine eğildi ve bu çalışanların sağlık durumlarını nasıl düzeltiriz diye bu konu üzerine eğildi ve 1950 yılında dünya sağlık teşkilatı ile uluslararası çalışma örgütü bir karma komisyon kurdu. Bu işçi sağlığının tarifini ,amaçlarına dönük tarifini yaptı.

Şimdi şurada çevre ile çalışanların sağlığı arasındaki ilişkiyi gösteren bir model. Şimdi bakın I. Karede şurada çalışma yerinin gerek organizasyon, ekonomik ,sosyal bir özellikleri var.Bir de o iş yerinde sağlık ile ilgili bazı faktörler var. Bu ikisi o iş yerinin özelliklerini kapsar ve orada çalışan insanın da kendine göre fizik şeyi var, sosyal bir programı var, bir yapısı var.Daha evvelki çevre ile etkileşiminden , genetik faktörlerinden oluşan her insanın kendine göre bir programı var.Bu ikisi birleştiği zaman evvela hastalık ve konfor bozukluğunun ön belirtileri ortaya çıkar ve daha ileri safhaya gittiğinde de hastalık ortaya çıkar ve bütün bu olaylar işyeri ile ilgisi olmayan genel çevre ile de ilgilenir. Şimdi bugünkü bizim çevreden anladığımız sağlık ile çalışma çevresi arasındaki ilişki bu model ile gösteriliyor. Bu model İsveç’ de Karoniska enstitüsünde Prof. Leri’nin yapmış olduğu bir modeldir ve bütün bu iş ile ilgililer tarafından da büyük memnuniyetle kabul görmüştür.

Dünya Sağlık Teşkilatı ile İLO bunu nasıl düzeltiriz diye bir program yaptılar ve bu programı bir tarif ettiler. İşçi sağlığını 4 amaçlı bir sağlık hizmeti olarak ele aldılar. 1. Çalışanlara en yüksek sağlık kapasitesi sağlamak. 2. Olumsuz çalışma koşulları nedeniyle çalışanların sağlığına gelebilecek zararları önlemek. 3. Her insanı fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalıştırmak 4. Yapılan iş ile işçi arasında uyum sağlayarak asgari yorgunluk ile optimal randıman elde etmek. Bizim Dünya Sağlık Teşkilatı'nın yaptığı bu tarif sonrada 112 sayılı tavsiye kararına girmiştir. Şimdi buna baktığımız zaman biz ne diyoruz. Bunu koruyucu hekimlikteki primer, sekonder, tersiyer koruma var ya onunla kıyaslayalım. Mesela birincisi neydi çalışanlara en yüksek sağlık kapasitesi sağlamak da bu primer korumanın birinci aşamasıdır. Primer koruma biliyorsunuz iki aşamalı. 1. Kapasitenin yükseltilmesi 2. Spesifik koruma. Bu da çalışanlara en yüksek sağlık kapasitesi vermek primer korumanın ilk aşamasıdır. Sonra, her çalışmanın olumsuz koşullarından olacak olayları önlemek bu da sekonder korumanın ilk aşaması, yani erken teşhis. Sonra üçüncüsü, her insanın fiziksel ve ruhsal işlevine uygun işlerde çalıştırmak bu da tersiyer koruma rehabilitasyon. Böylece anlaşıyor ki işçi sağlığı dediğim zaman anlaşılan bu kavramdan çıkan mana, bütünlük bunun bir koruyucu sağlık hizmeti olduğudur. Bu gün nasıl genel sağlık bakımından artık konular çok ilerlemiş mesela bir insanın sadece hasta olması veya olmaması değil quality of life, daha yüksek, daha kaliteli bir hayat amaçlandığı gibi çalışanlar için de kabul edilmiş olan bundan daha ileri bir aşamada job satisfaction yani bir işten mutluluk duymak tabi biz daha henüz o aşamalara gelmedik çünkü bu aşamalar ile uğraşıyoruz. Şimdi acaba bu anlattıklarımı baktıktan sonra evvela şunu söyleyeyim, bu kim tarafından, bu hizmetleri kim yapacak? hekim mi yapacak? eğer hekim yapacak dersek ülkenin sağlık durumunu da hekimler düzeltsin manasına gelir. Bugünkü epidemiyolojik anlayışımıza göre sağlık, multidisipliner olan bir konudur. Bunun ekonomik yönü var, sosyal yönü var, psikolojik yönü var, tıbbi yönü var. O zaman bu konumuzda da yani işçi sağlığı konumuzda da multidisipliner bir çalışmayı kabul etmemiz lazım yani bir psikolog, hekim, yönetici, sosyolog, mühendis bütün bunlar hepsi birlikte çalışırlarsa ancak bir amaca varmak mümkün olabilir. Şimdi bu kavramı böyle anlattıktan sonra terminolojiye geçiyorum. Acaba ne olmalı, ismini ne koyalım. Mesela iş sağlığı, diyoruz. Şimdi iş sağlığı dediğim zaman bana daha ziyade bir işin sağlıklı yapılmasını anlatıyor. Bende o intiba uyandırıyor. Yani daha ziyade bir işin hijyen safhasını sanki oluşturuyor. Onu, iş sağlığını doğrusu insanın sağlığı ile bağdaştıramıyorum. İkincisi iş hekimliği. Ben mesela 1956'da yazdığım ilk kitabımda kitabın ismi iş hekimliği idi. Ama sonradan döndüm aradan 20-25 sene geçtikten sonra artık iş hekimliği demedim sonradan yazdığımı. İşçi sağlığı dedim. Ama bugün yazsam onu da demem. Çünkü bendeki nasıl bugün mesela epidemiyoloji dediğimiz zaman ilk zamanlarda bulaşıcı hastalıklar bilimi derken bugün sağlık bilimlerinde bir araştırma yöntemi diyoruz bu kadar değişiklik oluyor ise bu konuda da yani ekonomik bakımdan aktif olanların sağlıkları ile ilgili bir konuda terminolojide bazı değişikliklere ihtiyaç var. Şimdi iş hekimi dediğin zaman bu Fransızca'dan alınmış bir kelime-Yani bir kimsenin ne iş yaptığını gösterir. İş yeri hekimi dediğin zaman nerede çalıştığını belirtir. O bakımdan hekimlik ve zaten sağlık, hekimlik sağlığı tabi etkiliyor ama sağlığı kapsamıyor hekimlik tamamen. Dediğim gibi işin psikolojik yönü var, sosyal yönü var, ekonomik yönü var falan. Acaba işçi sağlığı mı desem. Şimdi işçi sağlığı dediğim zaman konuyu belirli bir kesime yöneltmiş oluyorsunuz. Kim bu kesim işçi? Kime işçi derler? İşçi kim? İşçi, iş kanununda tarifi yapılmış. Bir işverene bir hizmet akdi ile bağlı olan kişiye işçi denir. Biz yalnız bu 4-5 milyonluk kişiler ile mi meşgul olacağız? Yoksa 20-22 milyonluk ekonomik bakımdan aktif nüfusu mu ele alacağız? O bakımdan ben bu tabirin de kullanılmaması taraftarıyım bugünkü günde. Geriye ne kalıyor acaba çalışanlar mı desem şimdi yani çalışanların sağlığı mı desem çalışmayanların o zamanda sağlığı yok mu gibi bir şey çıkar. Bunu da pek şey yapamadım ve sonunda düşünce düşünce epey düşündüm bunu ve neticede sevgili Levent'in mecmuasını çıkarttığı derginin adını buna en uygun gördüm. Yani mesleki sağlık. Mesleki sağlık kelimesi occupation health tam tercümesidir ve bütün bu kavramın terimi olarak o ortaya çıkar. Başınızı ağrıttım. Bilmem konulara açıklık getirebildim mi veya bazı tartışma konularına da girdim mi, bilemiyorum ama dinlediğiniz için çok teşekkür ederim. Tartışma şeyinde eğer sorunuz olursa da memnuniyetle cevap vermek isterim.

DÜNYA'DA İŞ SAĞLIĞI

Konuşmacı : Dr. Haldun SİRER

(Meslek Hastalıkları Uzmanı, TTB İSAK Akademik Kurul Üyesi)

Dr. Haldun SİRER : Ülkede ve dış dünyadaki İşçi Sağlığı'nın durumunu anlatabilmek için, öncelikle yeni bir tanımlama ile söze başlamak istiyorum.

İşçi sağlığı; işçilerin sağlıklarını, periyodik kontrollerini, çalışma koşulları ile ilişkilerini; işçi kesimini, çalışma kapasitesini ve yeteneklerini sağlıklı bir şekilde kullanmasını, iş yeteneği ve üretim ortamı içerisinde; bireysel ve kitlesel olguların tanı ve tedavisini yapan özel bir tıp dalıdır.

Primer, sekonder ve tedavi edici sağlık hizmeti verir. Bu dal, hükümetlerin, işçilerin ve işverenlerin ve onları temsil eden organizasyonların içinde mesleki kaza ve hastalıklarını inceler.

İşçi sağlığı temsilcisi, iş ve meslek hastalıkları uzmanı, multidisipliner mesleki sağlık ekibinin başı ve önemli elemanıdır. İşçilerin, çalışma yeteneklerini, sağlıklarını sağlamak ve korumak, hastalık ve maluliyet sıklıklarını olabildiğince azaltmak, acı çekmelerini önlemek başlıca görevleri arasındadır.

İş güvenliği mühendisinin en yakın danışmanıdır. Yasaları bilir. Bir çok Avrupa ülkesinde bu uzman, uyumun değerlendirilmesini, çalışma yeteneğinin artırılmasını ve üretimin sağlıklı olmasını sağlar. Mesleki kaza ve hastalıklarda, tanı koyar işle ilişkili önleyici tedbirlerin alınmasını sağlar. Bazen de mental bozuklukların ortaya çıkmasında da yardımcı olur.

İşyeri hekimi; işçilerin sağlıklı ve mutlu olmaları yanında, sağlıklı bir işyeri ortamı, yüksek kalitede bir üretim, mesleki sıkıntıların ve sigorta masraflarının azaltılması ve temaruzun önlenmesinde etkin kişidir.

Çalışılan yerde iyi bir iş yönetimi, işçilerin mesleki kaza ve hastalıklarının yanında sosyo ekonomik ilişkilerinin de önemi büyüktür. Sosyal faydaların başında; sağlıktaki eşitlik, işyeri yakın ve uzak çevre ilişkileri, buralarda güvenliğin sağlanması, işçilerin ücretleri, iskanları, sağlık zararları konusunda bilgilendirilmeleri, iş kaybetme korkusu, kadın, çocuk, yaşlı ve emekli işçiler, malul olan işçilerin mesleki rehabilitasyonları gibi konular, işçi sağlığı uygulama alanına girer. İşçi sağlığı uzmanı bu konuları çok iyi bilecek ve timin etkili ve aktif elemanı olacaktır.

Son yıllarda işçilerin mental problemleri, kas ve iskelet sistemi şikayetleri iş kayıplarının çoğalmasına ve üretimin düşmesine neden olmaktadır. Toplulukta bu durum önem kazanmıştır. İşçilerin çalışma yeteneğini arttırmak, çalışanların olduğu kadar, çalışma ortamı ile yakın ve uzak çevresinin ölçümünü de zorunlu kılmaktadır.

İşyeri hekimi veya uzmanı, kendi timinin dışında, diğer tıp dallarındaki uzmanlardan da yararlanır. Bu kısa girişten sonra; tarihsel gelişme takip edilerek; ülkemiz, dış dünya ve Avrupa birliğindeki durumu özetleyelim...

Dış dünyadaki gelişmeler...

19. Asrın sonunda hekimler işyerleri ile hastalık ve maluliyet ve hatta erken ölümlerle karşılaşmaya başladılar. Maden ve çelik endüstrilerindeki kalp ve akciğer hastalıkları, habis tümörler çoğalmaya başladı. 2. Dünya savaşı sonu petrokimyanın ortaya çıkması, radyasyonlar, feza ve deniz altı çalışmaları yeni bir takım metaller ve yeni epidemilerin ortaya çıkmasını sağladı... Bu çağdaş epidemiler, habis tümörler, dejeneneratif prosesler, felçler, entoksikasyonlar şeklinde görülmeye başlandı..

Birleşmiş milletlerin ardından, İLO'nun kurulması ve kademeli bir üyelik sisteminin geliştirilmesi..

İşçi sağlığının tüm alanlarında dünyaya üniform bir çalışma sunan İLO'nun bu hizmeti götürülmeye başlandı ...

Daha 1911 lerden itibaren kurulmaya başlanan enstitüler, 1950 lerden itibaren İLO'nun üye ülkelerle anlaşmaları ve onları takiben çıkardığı tavsiye kararları, ve bilimsel dökümantasyon bu çalışmaların bir kısmıdır. Dünyada enstitülerin kurulmasındaki standardizasyon, eğitim bursları, uzman temini dinleyecek enstitüler; İLO'nun ismi ile özdeşleşmiştir. 95 ülkede 990 enstitünün çalıştığını söylersem konunun önemi daha çok anlaşılmış olur.

İşçi sağlığı eğitimleri başlangıçta, bu enstitülerde başlamıştır. Sonra bazı ülkeler, bu enstitüleri üniversite bünyesine almıştır. Diğer bazı ülkeler ise, halk sağlığı bünyesinde bu çalışmaları oluşturmışlardır. Yine Avrupa'da pek çok ülkede ise kalp ve göğüs hastalıkları kürsülerinde işçi sağlığı çalışmaları başlatmışlardır.. Bunlara örnek olarak; İngiltere, Belçika ve Almanya'nın bazı üniversite ve akademileri gösterilebilir. Genellikle anglosakson üniversitelerinde halk sağlığı bölümleri bu görevi üstlenmişlerdir.

Konu ilk bakışta çok değişik ve karmaşık görülmektedir. Bunun acısını ülkemizde de çektik. İlk olarak Avrupa ülkelerine giden hekim ve mühendislerimiz; tüm Avrupa'yı kendi gördükleri ülke gibi zannetmişlerdir. Biz de 1973 yılında aynı hisse kapıldık. Oysa İtalya , Finlandiya , Almanya, Fransa ve İngiltere'yi gördükten sonra durumu kavradık. Bizim SSK da yataklı sağlık hizmeti olduğundan, o zamanki İtalyan üniversitelerindeki iş kliniklerini örnek alarak meslek hastalıkları hastahanelerini kurmuştuk.

ILO; 1959 da çıkardığı, 118 sayılı ve 1981 de onayladığı 155 sayılı mesleki sağlık ve güvenlik sözleşmesi ve 1985'de hazırladığı aynı konudaki 161 sayılı sözleşme ve bunları takiben 164 ve 171 sayılı tavsiye kararları ve yine bunlara ek olarak, WHO 'nun aynı konulardaki bildirileri işçi sağlığının güncelleştirilmesini ve bir birlik sağlamasını temin eden çalışmalardır. Rejimleri, genel ve mesleki sağlık politikaları ve endüstrileri değişik ülkelerde, bu hizmetleri birleştirmek çok zor olmuştur.

Bu alanda ki, İLO'nun bu hizmeti küçümsenemez.

İşçi sağlığının ülkemizdeki gelişmesine gelince: Bu gelişme de aynı yolları takip etmiştir. Biraz daha yavaş ve bizim koşullarımıza göre gelişmiştir. 1946 yılında SSK ile iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası kuruldu. 1952 de çalışma bakanlığı, ve Ortadoğu çalışma enstitüsü kuruldu.

1965 te İLO yardımı ile İSGÜM kuruldu. O tarihte kurulan ilk yataksız, denetleme enstitüsü statüsünde idi. İşyerlerini denetliyordu. SSK işçilerin sağlık sigortasını ve sağlık hizmeti veriyordu enstitü işçilerden kopuktu, 1969'da tüm SAB projesi, 1976'da meslek hastalıkları klinikleri ve 1980'de de Ankara ve İstanbul'da birer meslek hastalıkları hastanesi kuruldu. İstanbul'daki meslek hastalıkları hastanesinde, ayrıca bir mesleki rehabilitasyon merkezi de bulunuyordu. 1985'lerde bu hastaneler Avrupa yataklı enstitüleri ayarında kuruluşlardı. Hatta İLO bu kuruluşlarda 3.cü dünya hekim ve mühendislerini eğitmeyi düşünüyordu. Bu tarihlerde bu alandaki bilgisizlik ve politik rüzgarlar bu hastanelere çok zararlar verdi. Aradan 16 yıl geçti. Hastanenin binası değiştirildi. Geçen bu uzun süre içinde bu hastanelerde çalışan yönetici ve uzmanlar çok sıkıntı çektiler. Tartışmaya girmek istemiyorum. Bu gün için bu hastaneler yine 21. asra göre cihazları ve kadroları yenilenmiş olarak hizmetlerine devam ediyorlar. Kadroları budanmasına ve hizmetleri kısıtlanmasına rağmen ülkede bu alanda çalışan yegane enstitü niteliğinde kuruluşlardır.

Şunu da belirtmek isterim ki ülkede 35 milyon çalışan insanın ancak 6 milyon kişisi sigortalı, yani ancak bu 6 milyon kişi iş kazası ve meslek hastalıkları olma şansına sahip. Ya geri kalan 25-30 milyon kişi ne olacak? Memurlar, Bağ-Kur'lular, meslek hastalıklarına tutulmayacaklar mı?

Bu hastaneler meslek hastalıklarına tanı koyuyor, onların maluliyetlerini saptıyor. SSK genel müdürlüğüne bilimsel veri topluyor. Meslek hastalıkları sigortasının işlemlerini sağlıyor yani hizmetleri yasal zorunluluk .

Üniversitelerimize gelince: Bu gün çağdaş dünyada eğitim ancak araştırma yeri olan üniversiteler de yapılmalıdır. Bizdeki durum içler acısı;

1. Üniversitelerimize işçilerin gitmesi yasal yollardan mümkün değil,

2. İş yerlerimize üniversitelerin eğitim elemanları sokulmuyor,

3. Üniversitelerimizde işçi sağlığı ana bilim dalı değil, bu alanın kendine özgü mültidisipliner laboratuvarları yok.

Yukarıdaki nedenlerle hiç bir ciddi araştırma yapılamıyor. Çalışan işçi yok, meslek hastası yok. İşyeri sağlık zararlıları ölçülemiyor, işyeri ortam analizleri yapılamıyor. İşverenlerin mevcut tazminatlarından ödü kopuyor. 3 ayağı olmayan bir masa... Sonuç meydanda.

Buna rağmen bir kısım halk sağlığı, göğüs hastalıkları eğitim görevlileri büyük zorluklar içinde cesaretle bu çalışmalarını sürdürüyorlar. Bu bilim adamlarımıza, meslek hastalıkları hastanelerinde çalışan uzmanlarımıza şükranlarımızı sunarız.

Bu yollar yasalarla açılmalı, koordinasyon sağlanmalı ve araştırmalara işlerlik kazandırılmalıdır.

İşçi sendikaları ve işveren sendikalarının bu alandaki çalışmaları çok kısıtlı. Ancak kendi işçilerine sendikal ağırlıklı eğitim yapıyorlar oysa pek çok ülkede enstitüleri işyeri ortak sağlık birimlerini, işçi sağlığı dispanserlerini sendikalar başlatmış. İtalya, Almanya, Finlandiya, Avusturya da pek çok örnekleri var.

Burada, kitle örgütlerinin başarılı çalışmalarından söz etmeden geçemeyeceğim. TTB bu güne kadar 22 000 hekimine işçi sağlığı alanında sertifikalı eğitim yapıyor. 65 saatlik eğitim programı. Avrupa birliği işçi sağlığı uzmanlığı 500 saatlik B sertifikasının kısaltılmışı.

Mimar ve mühendisler odası da sık etkinlikler düzenliyor. Bunlarda bu alandaki güzel örnekler

Bakanlıklara gelince her iki bakanlık ta bir işçi sağlığı uzmanlığını uzmanlık tüzüğüne koymamakta ısrar ediyor. Tüm Avrupa birliğinde 4 yıllık uzmanlık uygulanıyor. 2 ülke hariç Türkiye ve Yunanistan Yunanistan'ın da bu alanda hazırlık yaptığı duyumları alınıyor. Hele işin en komik tarafı tüm uzmanlık dallarında tam süre uzmanlık veren SSK da bu alanda hiç bir hareketin olmaması.....

Avrupa birliğinde işçi sağlığı: 1959 yılında 6 ülke tarafından kurulan Avrupa ekonomik topluluğu, işçilerin, paralarının, üretimlerinin serbestçe dolaşabileceği ve halklarının refahını arttıracak amacı ile bir birlik oluşturdular. Amaç topluluk dışı ülkelere karşı, serbest piyasa ekonomisi içinde rekabet gücünü arttırmayı düşünüyorlardı. 1980 lere kadar yapılan uygulamalar halklarına istenilen sonucu sağlamadı. İşçiler için sosyo ekonomik uygulamaların hiç biri yapılamadı... 1980'de bu ülkelerin devlet başkanları Paris'te toplandılar. Amaç çalışanlar için bazı kararlar almaktı. Bu kararlar alınırken eskiden olduğu gibi İngiltere karşı çıktı. Karar mekanizması tek red oyu ile durdurulabiliyordu. Sonuç, aradan 4 yıl daha geçti maastricht anlaşması ile karar mekanizması değiştirildi. Ağırlıklı çoğunluk usulü kondu İngiltere yine veto etti ise de bu kez etkin olmadı.

Şunu da belirtmek isterim ki bu gün de İngiltere, İsveç ve Hollanda'da iş güvenliği alanında işverenlere yasal yaptırım bulunmamaktadır. Çalışan kesime sosyo-ekonomik hakların uygulanması Avrupa'da memnunkuluk yarattı. Patronlar ise; üretimin sağlıklı olmasının ancak sağlıklı işçilerle olabileceğini düşünmeye başladılar. Bu alanda pek çok toplantılar yapıldı. Son yıllarda iş ve meslek hastalıkları hekiminin, çalışma ortamının rolü, ve çalışma ortamının düzenlenmesi, küçük ve orta ölçekli yerlerdeki bu alanda yapılan geliştirmeler, çocuk, kadın ve yaşlı işçilerin korunmaları, gibi daha pek çok alanda iyileştirmeler yapıldı. 1999 haziranında WHO'nun düzenlediği toplantı bildirisinde; işçi sağlığının gereksinimlerini karşılamak için, işyeri ölçümlerinin yapılmasının önemi, çalışma yerinde herkese eşit sağlık, çevre ve güvenlik konusunun zorunlu olduğu, ülkelere bu alanda çalışan kuruluşlarla işbirliği yapması karara bağlandı. Bu kuruluşlar; acenteler, ticaret odaları, hükümet dışı özel organizasyonlar, sosyal ve özel sigorta enstitüleri, işçi sağlığı eğitim ve sağlık enstitüleri, koruyucu hizmet gören kuruluşlar ve kitle örgütleri ile çalışmayı taahhüt ettiler. Bu arada, Avrupa Birliği'nde işçi sağlığı alanında faaliyet gösteren 3 örgütten size bahsetmek isterim:

1. E.A.S.O.M. european association of schools of occupational medicine. 1993'te kuruldu. Avrupa iş hekimliği okulları birliği.

2. U.E.M.S. the occupapional medicine section of the union of european medical specialities.

1996'da kuruldu. Avrupa birliği işhekimliği uzmanları sendikası.

3. E.N.S.O.P.. European network of societies of occupational physicians .. İşçi sağlığı hekimleri Avrupa birliği sendikası.

Bu uluslararası kuruluşlar, işçi sağlığı alanındaki çalışmalarını Avrupa birliği alt komitesine veriyorlar. Bu derneğe TTB namzedi olarak 1997'den beri üyeyim.. Bu kuruluşun Avrupa'dan 17 ülke ve 37 kişi üyesi var. Son 4 yıl içinde işçi sağlığının genel statüsü, glasgow bildirisi, işçi sağlığı uzmanlığı ve c.m.e çalışmaları yapıldı. Bu çalışmalar zamanında TTB'ye intikal ettirilmektedir.

İşçi sağlığı uzmanlık eğitimi : Çağdaş dünyada üniversiteler dışında bir eğitim düşünülemez. Asrın ilk yarısında İtalya, Fransa ve Almanya'da 2 yıllık bir uzmanlık eğitimi yapılmakta idi. Enstitü, iş klinikleri, endüstri içi ve hastane karışımı yerlerde rotasyonla yapılıyordu. Şunu da kesinlikle belirtmek isterim ki; yasal uygulamaların gözlenmediği, işçinin olmadığı, işyerlerinin iyi tetkik edilmediği bir alanda, yani araştırma yapılmayan hasta ve kazaların gözlenmediği bir alanda ne araştırma ve ne de uzmanlık eğitimi yapılamaz. Son 50 yıl içinde Avrupa ülkelerinde üniversitelerde 4 veya 5 yıllık bir uzmanlık eğitimi yapılıyor. 1997 yılında UEMS tarafından hazırlanan bir taslağı size sunuyorum. Taslak WHO'da tasvip görmüş ve E.C nin alt komitesine verilmiştir... Eğitim A ve B sertifikası olarak 2 ye ayrılıyor...

A sertifikası : 2 yıl. 500 saat genel olarak hastanelerde yapılıyor. Acil tıp, dahiliye, kardioloji, KBB, göz, nöroloji, röntgen, EEG ve EMG, göğüs hst, EKG, S.F.T. sessiz kabin vb...

B sertifikası : 2 yıl 500 saat . İşçi sağlığı enstitüleri, işyeri alanları, işyeri hekimlikleri, meslek hastalıkları hastaneleri ,işçi çalıştırma ortamı yakın ve uzak çevre ölçüm istasyonları, periodik muayene istasyonları, iş fiziği, iş psikolojisi iş hijyeni, ergonomi laboratuvarları. Biometri , iş hukuku büroları ekspertiz kuruluşları, mesleki rehabilitasyon yapan işçi sağlığı kuruluşları.. İşyeri ortam analizi yapan kuruluşlar; gürültü, vibrasyon, wgbt-o,wgbt-1, cet indeksi, termal konfor ölçümleri, toz ve radyasyon, ışık ve kimyasalların yapıldığı kuruluşlar.

Tüm Avrupa ülkelerinde bu 4 yıllık uzmanlık eğitimi uygulanıyor 2 ülke hariç : Türkiye ve Yunanistan.

İşçi sağlığı alanındaki dünyadaki, gelişimleri, önce dünyada İLO şemsiyesi altında, sonra ülkemizdeki gelişmeleri çalışma bakanlığı , İSGÜM ve SSK ve meslek hastalıkları hastaneleri ve TTB'nin sertifikalı işyeri hekimleri seminerlerini ve son olarak ta, Avrupa birliğindeki gelişmeleri ve bu günkü durumlarını kısaca özetledik.

Tarihsel gelişmeler gösteriyor ki konu oldukça karmaşık, 80 yıllık bir süreç içinde, ülkelerin politik rejimleri, genel sağlık politikaları, değişik endüstri tipleri ve pek çok değişkenleri içeriyor. Yalnız geçen 80 yıl bir süzgeç gibi belirli alanlarda bir konsensüse doğru ilerliyor. İşçi sağlığı alanındaki görüşler; çalışan insanların sağlık ve mutluluğu, ülke halklarının refah düzeylerinin yükseltilmesi amacı, çalışma ortamlarının ve yakın ve uzak çevrelerinin uluslararası boyutlarda geliştirilmeleri ve korunmaları fikrinde birleşmesi ve ilk defa olarak işçi sağlığı konusunda bir düşünce birliğinin sağlanması ve birleşmesi, ülkelerin, toplulukların kaliteli üretimleri ile özdeleştirilmesi küçümsenecek bir sonuç değil.

Konuyu biraz daha açabilmek için mesleksen sağlık alanındaki kuruluşlara bir göz atalım:

1. Enstitüler İLO standartlarına göre kurulan, genellikle işçi veya işveren sendikaları, kitle örgütleri, devletler tarafından finanse edilen, özerk ve yansız bilim merkezleri. Kendine özgü sistemine uygun, gerek çalışanın , gerek işyerlerinin ve çevresinin inceleme, araştırma, ölçümleme ve ekspertiz yapan bu kuruluşlar dünyada 990'dan fazla..

2. Çeşitli üniversitelerde işçi sağlığı kürsüleri araştırma ve eğitim yapacak özel laboratuvarları içeren kürsüler. İtalya, Japonya, Fransa gibi

3. Üniversitelerde kalp- akciğer hastalıkları, tropik hastalıklar, halk sağlığı kürsüleri içinde bilim dalı olarak bir takım bu alanda istekli fedakar hocaların başlattıkları çalışmalar.İngiltere, Amerika, Belçika, Almanya ve son yıllarda Türkiye doğal olarak bu çalışmaların enstitü nitelikleri bulunuyor.

4. İşyeri hekimlikleri, işyeri ortak sağlık birimleri, bazılarında geniş laboratuvarları içeren eğitim yapmayan ve işverenlerin ve işçilerin finanse ettiği kuruluşlar. İşçi sağlığı dispanserleri örnekleri İtalya, Almanya, Avusturya ve Türkiye.

5. İşçi ve iş veren sendikalarının kendi üyeleri için yaptıkları seminerler.

6. Yine hemen hemen her ülkede bulunan, devlete, zorunlu sigortalara bağlı, işçi sağlığı, iş güvenliği, çevre ve kalite kontrol hizmeti veren kuruluşlar (parsiel enstitüler gibi). İsterseniz bu alanda bir de çalışan hekimlerin durumlarına ve statülerine bakalım:

1. İş ve meslek hastalıkları uzmanları, diplomalı uzman hekimler, sayıları oldukça az. Avrupa ülkelerinde 60-900 civarı, bizde yaşı 70' in üzerinde sadece 4 uzman.

Bu uzmanlar enstitülerde, üniversitelerde, büyük holdinglerin sağlık organizasyonlarında çalışıyorlar. İşçi sağlığı alanında araştırma, inceleme ve eğitim ve ekspertiz yapıyorlar.

2. Görevleri ve kadroları gereği yukarıdaki kuruluşlarda çalışan, bu alanda eğitimi olmayan hekimler...

3. Başka bir bilim dalında uzman olup işçi sağlığı alanında çalışan hekimler. Üniversitelerde de bu şekilde çalışan eğitim görevlileri var. Belçika, Fransa, Almanya, Türkiye, Yunanistan, Amerika ve İngiltere. Bu son ülkelerde süratle anabilim dalı haline getiriliyor. Ve yataklı tesisler tercih nedeni.

4. İşyerlerinde çalışan işin ağırlığını çeken sertifikalı işyeri hekimleri. Burada memnuniyetle belirtelim ki ülkemizde kısa sürede de olsa TTB kurslarından sertifikalı 22000 hekim mevcut.

TTB' nin bu hizmeti küçümsenemeyecek boyutlarda.

Yukarıdaki durum gösteriyor ki gerek Avrupa'nın eski endüstrisi gelişmiş ülkelerinde , gerek Sovyetlerden ayrılan ülkelerde ve gerek nordik ülkelerde de izlenen yol, gereksinimlere bağlı bir gelişme bizdeki du-

rumda aynı yolları izledi. Doğal olarak oldukça yavaş ve lakayd biçimde. Buna mukabil bizde azar azarda olsa kurulmuş bazı tesisler var. Bunların derleyip toplanması zor değil.kısa sürede bir şeyler yapılabilir.

Burada en büyük tehlike son zamanlarda bu kuruluşların bir idare altında toplanması fikri. Hiyerarşik sistem Avrupa'da unutulmuş bir sistem. Tüm bu kuruluşlar özerk bilimsel ve koordineli bir şekilde çalışmak zorunda.

İkinci önemli tehlike, ülkede bu alanda işin esas sahibi olan işçi ve işverende bir istek yok. Ve tabii doğal olarak ta politik iradenin olmayışı.

Bakanlıklar bu konuya duyarsız. Anayasa, kuruluş yasaları, SSK yasaları bu alanda oldukça ileri maddeleri içeriyor. Zorunlu meslek hastalıkları sigortası var, uygulama çok yetersiz.

İşçi sendikaları, işçi bu alanda bizden bir şey istemiyor diyorlar. Tüm uğraşları ücretler üzerinde. İşveren sendikaları bu konuyu yalnız ödeyecekleri tazminatı düşünerek, mümkün olduğu kadar üstünü örtüyorlar. Bu alanda üretim kalitesine sağlığın etkisini düşünen işverenler ise sayılamayacak kadar...

Üniversitelerimize gelince 30 yıllık bir uğraşıya rağmen çok değerli birkaç bilim adamımızdan başka ciddi bir çalışmaya varılamadı. Hiç bir tıp fakültesi, işçi sağlığını bir ana bilimdalı olarak uygulamaya koyamadı.

İşte sayın dinleyiciler, çok kısa zaman sürecinde işçi sağlığının dünyada, ülkemizde ve Avrupa Birliği'ndeki durumunu özetlemeye çalıştım.

Özetler :

1. Yukarıdaki tarihsel gelişmeler gösteriyor ki çalışan insanın, çalışma alanındaki sağlık zararları karşısında tehlikeli boyutlarda ortaya çıkan yaşam riskleri ile savaşıyor yeni bir tıp dalının ortaya çıkmasına neden olmuştur.

2. Gelişmiş ülkelerde, endüstrinin baş döndürücü bir gelişme göstermesi, bu risklerin yalnız çalışma ortamında değil, onun yakın ve uzak çevresindeki yaşam bölgelerinde de sağlığı ve yaşamı önemli boyutlarda etkilemeye başlamıştır.

3. Başlangıçta devletler, çalışan halk kitlelerinin sağlığını korumak düşüncesinde iken asrın son yarısında, sosyal devlet anlayışı, insan hakları ve serbest ekonomik gelişmeler gibi faktörlerin de ortaya çıkması ile çalışan insanın , çalışma alanının yakın ve uzak çevresinin korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi uluslararası düzeyde ortaya çıkmıştır.

4. 21. asırda dünyaca kabul edilen " herkese sağlık" sloganı içeriğinde;sağlıklı insanlarla sağlıklı üretim ve rekabet gücünün artırılması tartışılmaya ve kabul görmeye başlamıştır.

5. Bu alanda çalışan birleşmiş milletler, İLO, WHO, Avrupa birliği ve son yıllarda Avrupa'da UEMS, ENSOP ve EASOM gibi işçi sağlığı alanında ortaya çıkan derneklerin çalışmaları hep bu amaçlar doğrultusunda birleşmektedir.

6. Sonuç olarak, işçi sağlığı, çalışan insanın, sağlığı ile uğraşan bir tıp bilim dalıdır. Multidisipliner karakteri ve doğal zorunluluklar sonucu mühendislik dallarından, hukuktan, iş psikolojisinden, ergonomiden ve diğer tüm tıp dallarından da yararlanmaktadır. Bu arada temeli insan sağlığı olan bu konuya hiç uyuşmayan yakıştırma isimler konmasını üzüntü ile karşılamaktayız.

7. İşçi sağlığı alanındaki kuruluşlar hemen hemen her ülkede bir dağınıklık göstermektedir. Kurulmuş enstitüler ve bunların çok değişik tipleri, devletlerin, işçi ve işveren kuruluşlarının, mahalli idarelerin, hekim ve mühendislik odalarının, kitle örgütlerinin bu alandaki temsilcilerinin kurduğu sağlık ve güvenlik birimleri her ülkede esasları aynı olmak üzere geniş bir yelpazeye yayılmış bulunmaktadır. Biraz geriden gitmekte olmasına rağmen ülkemizde de durum aynıdır.

8. Eğitim konusu tamamen üniversitelerin konusudur. Yalnız bu dalın özelliği göz önüne alınarak bir takım tıbbi ve teknik laboratuvarların kurulmadığı üniversitelerde bu alanda büyük zorluklar yaşanmaktadır. Bazı üniversiteler enstitüleri içine alarak konuyu halletmeye çalışmışlardır. İtalya'da 30 dan fazla üniversite bu şekilde çalışmaktadır. Üniversitelerin büyük bir kısmında iş hijyeni, ergonomi, iş fiziği gibi laboratuvarlar bulunmaktadır. Tıp disiplinlerinden de yararlanmak zorunludur. Burada da üniversitenin kardiyoloji, dermatoloji, göğüs hastalıkları, KBB vb tıp dallarından yararlanılacağı gibi, bu dalların özel laboratuvarlarının işçi sağlığı bilim dalı içinde kurulması çok daha yararlı bulunmaktadır. Konu,Avrupa işçi sağlığı uzman derneklerinde tartışılmaktadır.Yalnız şurası unutulmamalıdır ki ; işçi ile temas olmayan, işyerleri incelemeleri yapamayan bir

üniversitede işçi sağlığı eğitimi yapılamaz.. Anglosakson ülkelerindeki üniversitelerin halk sağlığı bölümlerinde de bu konu değiştirilmeye başlanmıştır..

9. İşçi sağlığı uzmanlığı tüm Avrupa ülkelerinde 4 yıllık bir eğitidir.

2 yılı işçi sağlığını ilgilendiren genel tıp rotasyonları, 2 yılı ise işyerlerinde, çevrede çeşitli multidisipliner laboratuvarlarda iş hukuku, ekspertiz mesleki rehabilitasyon vb alanlarda yapılır.

Avrupa'da 2 ülke hariç, Türkiye ve Yunanistan önce halk sağlığı veya iç hastalıkları uzmanlığı, arkasından ileri dal olarak iş ve meslek hastalıkları uzmanlığı.

1. Dünyada bu alanda çalışan hekimlere bakarsak;

A- İşçi sağlığı uzmanları. 50-800 kişi arasında, yalnız bizde 4, İsviçre'de 60, İtalya'da 800, Belçika'da 65 civarında.

B- İşçi sağlığı alanında sertifikalı hekimler. Bu sertifika bazı ülkelerde 1 yıl, bazı ülkelerde 3-6 ay, bizde ise 65 saat işyeri hekimliği kursu.

C- Görev olarak işçi sağlığı alanında çalışan hiç bir sertifika ve eğitimi olmayan hekimler. İşyeri hekimleri, sağlık kuruluşları, resmi idare kuruluşları.

D- Tıpta başka bilim dalında uzman olmuş, bu alanda kendi bilim dalı içinde çalışırken işçi sağlığı alanında çalışanlar. İngiltere, Almanya, Belçika, Fransa, ve Türkiye bu 4 grupta çalışan hekimler c şıkkı hariç üniversitelerde çalışanlar da dahil. Genellikle üniversitelerde bu alanda uzman ve kariyere dahil elemanlar çalışıyor.

Öneriler ;

1. Sağlık Bakanlığı işçi sağlığını bir ana bilim dalı olarak tüzüğe koymalıdır, üniversiteler de bu dalı anabilim dalı olarak kabul etmeli ve maddi durumları uygun değilse mevcut bu alandaki kuruluşlarla rotasyon yaparak işe başlanmalı, 4 yıllık uzmanlık kabul edilmeli , Avrupa birliği normlarına uyulmalıdır.

2. İSGÜM yeniden düzenlenerek enstitü adı iade edilmeli ve özerk bilimsel bir enstitü olarak yine Çalışma Bakanlığına bilimsel hizmet vermeli.

3. Meslek hastalıkları hastaneleri bilimsel özerkliği olan yataklı enstitü niteliğinde Avrupa normlarına uygun kuruluşlardır. Geliştirilmeli, sigortalı sayısı artırılmalı ve yine eskiden olduğu gibi araştırma, inceleme, teşhis ve tedavi yapabilmeli, SSK'nın ekspertizlerine devam edilebilmelidir.

4. Yeni özerk enstitüler kurulmalıdır. TTB'nin bu alandaki çalışmalarında çok ümit var gözükmektedir. İşçi ve işveren kuruluşları da bu alanda çalışmalar yapabilmeli ve hatta enstitüler kurabilmelidir...

5. Çalışma Bakanlığı çalışanların, işyerlerinin, sağlıklı ve güvenli çalışmasını sağlamalı, genel denetim yapmalı, bu alanda çalışan tüm bilimsel kuruluşlardan yararlanmalıdır. Doğal olarak eğitim yapamayacağı için, esasen eğitim elemanları da kadrolarında bulunmamaktadır.

6. Bu alanda çalışmak için iş hijyenisti, ergonomistler odimetrisler, işçi sağlığı hemşireleri, işçi sağlığı terapistlerinin eğitimleri de üniversiteler düzeyinde yapılmalıdır.

7. Tüm bu sıraladığım yazılar Avrupa birliğinin daha 1984 yılından beri üye ülkelere, tabii bize de gönderdiği yazılarda ve bakanlar komitesinin aldığı kararlarda istenmektedir. Ayrıca anayasamızda , çalışma bakanlığı kuruluş kanunundaki ana hedefler arasında ve 506 sayılı SSK yasasında bu alanda kesin yaptırım maddeleri bulunmaktadır.

Saygılarımla....

ULUSLARARASI ÇALIŞMA ÖRGÜTÜ VE İŞ SAĞLIĞI-İŞ GÜVENLİĞİ

Konuşmacı: Ellen ROSSKAM

(İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), İsviçre)

Prof. Dr. Ahmet SALTİK: Konuşumuz son 9 yıldır Uluslararası Çalışma Örgütü'nün İsviçre Cenevre'deki birimlerinde çalışmış. Çalışma sağlığı ve güvenliği birimlerinde ve eğitimle bu sorunların giderilmesi ve niteliğinin yükseltilmesi ile ilgili çabaları var. 1984 ve 1985 yılları arasında da yaklaşık 1.5 yıl dolayında Boğaziçi Üniversitesi'nde görev yaptığını biliyoruz. Özellikle son yıllarda üzerinde durduğu iki konu az önceki konuşmalarımızdan notlar. İstihdam ve gelir düzeyinin iş güvenliği üzerine etkisi ve bunun çalışanların sağlığına olan etkileri ile uğraşıyor ve ikinci olarak da çalışanların örgütlü kesimlerinin sendikaların kolektif seslerinin azaltılmasının çalışanların sağlığına olan olumsuz etkilerinin üzerine değerlendirmeler yaptığını ifade etti. Hazırlığını Türkçe olarak yaptı.

Ellen ROSSKAM: Hanımefendiler, Beyefendiler. Beni bu önemli konferansa davet ettiğiniz için teşekkür ederim ve doktor Kayıhan PALA'ya teşekkür ediyorum. Biz Çin'de tanıştık geçen sene. Bugün sizin için Türkçe deneyeceğim. Mutluyum bir kadın var burada. Çok iyi bir iş yapıyorsunuz burada. Çünkü İş sağlığında dünyada problem çok ve büyük. Amerika'da 4 yıl tıp Fakültesinde öğrenciler kaç saat iş sağlığı öğreniyor tahmin edebilir misiniz? 4 yılda 4 saat öğreniyorlar. Çok az. Fakat 8'den 15 saate kadar her gün işler değil mi? O zaman büyük problem var. Biraz size ailenin iş güvenliği ve iş sağlığı problemlerini anlatacağım. Dünyada bizim ne problemlerimiz var. İş kazası, yaralanmaları ve ölümleri. Mesela her yıl 335.000 işçi ölümü, 250.000.000 iş kazası var. 160.000.000 hastalık var ve iş kazası yaralanmaları ve ölümlerinden %4 brüt üretim kaybı var. İş hastalıkları ile ilgili tahmin, ailenin global olarak iş hastalıklarından dolayı yıllık ölüm tahmini 1milyon ve gerçekte çok daha fazla çünkü bunların çoğu istatistiklere girmemiştir. Mesleki ve iş ile ilgili hastalıkların maliyeti, burada önemli olan mesleki hastalıkların %40'ını adale hastalıklarının oluşturmasıdır. Global olarak sanayileşmiş ülkelerdeki öncelikler şunlardır: Stres, yaşlanan işgücü, bilme hakkı, kimyasal maddeler, ergonomi, yönetim ve güvenlik kültürü mesleki sağlık servisleri ve yeni teknolojiler. Buna karşılık gelişmekte olan ülkelerin öncelikleri ise tarım, diğer tehlikeli meslekler, önemli kazalar ve yangınlar, güvenlik, bakım ve verimlilik, silikozis, iş ile ilgili hastalıklar, korunmasız gruplar, çocuk işçiler büyük bir problem Türkiye'de var ve teknoloji transferi. Biliyoruz ki önümüzdeki 20 yıl adale hastalıkları gelişmekte olan ülkelerde bir numaralı problem olacaktır. Burada da. Dolayısıyla koruyucu önlem almak gerekir. Amaçlarımız ne. Çalışanları zarar verici işlerden korumak. Koruma önlemlerini arttırmak. İşçilerin sağlığını sağlam olmaya teşvik etmek. Korumanın sonuçlarının işe yaradığını göstermek. Bu amaçlara ulaşmak için gereken stratejiler, bilgilendirme, hak savunmak ve kapasite yaratmak diğer yeni bulguları bir araya getirmek. Alkol ve uyuşturucular, stres, AIDS hakkında bilinçlendirmeye katkıda bulunmak. Cinsiyetlere göre analiz ve planlama, global teknik ve ortaklık programı ve tabii ki uluslararası standartlar. Burada duralım.

TARTIŞMA

Prof. Dr. Ahmet SALTİK : Katkı ve sorularınıza geçebiliriz.

Prof. Dr. Hamdi AYTEKİN: Ben önce terminoloji üzerinde durmak istiyorum. Bu sabahleyinki sendika temsilcisi arkadaşın bahsettiği 15 yıl önceki bir anım var ona değinmek istiyorum. Orada çok usta bir iş güvenlikçisi ile karşı karşıya kalmıştım. Teknik bir insan, bu konuda çok yetkili.

İş sağlığı ve işçi sağlığı konusunda hele bir güzel işçi sağlığı dersek, öğretmen sağlığı da dememiz lazım. Öğretmen sağlığı dersek, maliye memuru sağlığı da dememiz lazım. Gelelim biz buna iş sağlığı desek daha iyi olur mu falan dedi. O zamanların verdiği tecrübesizlik de var. Karşımızdaki kişinin de çok yetkin olmasının da etkisi var. Olur dedik. Olur dedikten sonra anladı ki burada hekimin bir rolü yok. İş sağlığı dendiği zaman endüstrinin anladığı, sanayiinin anladığı, bizim anladığımız belki hekim ile bağdaştırılabilir ama bir de bu işin karşı tarafı var, işveren tarafı. Onların anladığı iş güvenliği ve teorik olarak iş güvenliği konusunda yapılacak olan her türlü yatırım sonunda işçinin mesleki risk almasını teorik olarak sıfıra indiriyor. Bu mümkün değil. Buna cevap verecek gibi oldu ama toplantının adabı ve zamanı yetmediği için çok fazla bir şey yapamadık. Bence iş sağlığı konusu biraz iş güvenliği kokuyor. İşçi sağlığı daha uygun olur gibi geliyor. Diyeceksiniz ki, madem öyle niye ismini iş sağlığı koydunuz? Biz koymadık, bu demokratik havanın göstergesidir. Arkadaşlar öyle olmasını istediler. Oy çokluğu ile. Tanımlanmış bir bilimsel kavram olmadığı için iş sağlığı olarak geçti ama ben işçi sağlığından yanayım. Diğer bir konu işçi sağlığı işyeri hekimlerinin yetiştirilmesi konusudur. Bir yanlış anlayış var. Gerçi hocalarımız değindi ama ben altını çizmek istiyorum. Nasıl bir pratisyen hekimin, kaliteli bir pratisyen hekimin yetiştirilmesi, halk sağlığı ana bilim dallarının ve halk sağlığı eski isimleri ile kürsü-

lerinin üzerine yıkılmış ise ve bu ne kadar yanlış ise yine işyeri hekimliğinin de halk sağlıkçılarından kaynak alması o derece yanlıştır. İşçi sağlığı apayrı bir disiplindir. Büyük disiplin ile çalışılmalıdır. Uzmanlık eğitiminin görülmesi şarttır. Multidisipliner bir enstitü olarak üniversiteler bünyesinde organize olması ve uzmanlık vermesi ya da yüksek lisans doktora çalışmasını yaptırması lazım. Teşekkür ederim.

Salondan : Efendim şimdi bu terminoloji bakımından çok tartışılabilir olan bir konu. İşçi sağlığı dediğim zaman bende şu aşağı yukarı çok uzun bir zamandan beri gözlediğim bir konu. Bu hizmetin gelişmesini önleyici bir terim olarak çıkıyor. Çünkü bu birçok yerlerde bir şey gibi, siyasi bir görüşmüş gibi ele alınıyor. Aşırı sol bir fikrin sanki uygulayıp, hatta o kadar ki ben hatırlıyorum. Bir milletvekili bir konuşmada şey yaptıktan sonra ben işçi diye konuşuyorum. İndikten sonra bana dedi ki, sizin dedi ben siyasi görüşünüzü anladım. Nedir benim siyasi görüşüm dedim. Söylemeye hacet bile yok de bu konuştuğunuz laftan belli, terminolojiden belli dedi. Ve birçok defa ben Türkiye’de, üniversitelerde bu işin ele alınması için çaba safttım. Hatta iktidarda olan bir partiden söz aldığım halde bir enstitü kurulması için İstanbul’da. İstanbul Üniversitesi’ne bağlı bir enstitü, bir işçi sağlığı enstitüsü kurulması için söz aldığım halde son dakikada bu konu ideolojik olarak bu isim, başka bir şey hatırlatıyor diye bunu önledi. Ve bugün de şu okan deyip, aslında bunu bir tarafa bırakıyorum ama, işçi kelimesi dediğim gibi yalnız dört, dört buçuk hatta 5 milyonluk kesime aittir. Hamdi Bey’in dediği gibi bir de öğretmenlerin de iş sağlığı sizin sağlığınız yok mu? Efendim tarlada çalışan kadının sağlığı yok mu? Yani çalışması dolayısıyla hayatını kazanan ki buna biliyorsunuz ekonomik aktif nüfus diyoruz. Ekonomik bakımdan aktif nüfusun hepsini kapsar. O bakımdan bunu belirli bir kesime konsantre olan bir hizmet yerine çok daha geniş kitleleri alan ve kavramda anlattığım hizmetleri de kapsayacak bir terminolojiyi getirmenin gerekli olduğunu ve tekrar ifade edeyim mecmuanın başında yazdığı gibi, mesleki sağlık konusunu daha uygun olarak gördüğümü ifade etmek isterim. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Hilmi SABUNCU: İş sağlığı evrensel bir bakış açısıdır. İşçi sağlığının karşılığı değildir. İş sağlığının tam açılımı, çalışanların sağlığı ve güvenliğidir. Çalışanların sağlığının ve güvenliğinin altında da biraz evvel söylendiği gibi hekim sağlığı ve güvenliği, işçi sağlığı ve güvenliği vardır. Hiçbir zaman işçi sağlığının karşılığı değildir. Hemen şunu bu evrensel bakışı belki mesleğim icabı ifade etmeye çalışayım. İş, insan ve çevrenin bir arada olduğu bir olgudur. Ortaya çıkan bir eylemdir. Bu eylemi yaparken ortaya çıkan sağlık risklerinin ortadan kaldırılması da bu bilimin uğraştığı şeydir. O halde İş sağlığının çok önemli iki komponenti, iki bileşeni vardır. Bu bileşenlerden bir tanesi çalışan insan, diğeri de çalışma ortamıdır. Hiçbir şekilde işçinin bir kenara konması vs. en son bir kongrede Bayram MERAL ve Hüsamettin KAVİ hemen yanımda idi. Kongrenin ismi de İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi idi veya sonradan günleri diye değiştirildi. Bayram MERAL şöyle yukarıya doğru baktı, dedi ki ya son zamanlarda işçi sözü kalkmaya başladı bu pankartlardan ve kongre isimlerinden. Bu beni çok rahatsız ediyor dedi. Öbürü de dedi ki Hüsamettin KAVİ de tabi dedi. İş ortamında alacağınız tedbirler kesinlikle bu işi önleyecektir. Yani işçi ile uğraşmaya gerek yok. İş ortamında yapacağınız şeyler bu işi halletmeye yeterlidir dedi. Ben de şöyle kafamı uzattım, dedim ki; her ikinizin de düşündüğü yanlış, eğer müsaade ederseniz, ben size bunu çok iyi bir şekilde anlatırım. Bana lütfen bu fırsatı verin. O gün bugün verilmedi. Tekrar ediyorum iş bir eylemdir. Bir eylemin yapılması sırasında birtakım riskler vardır. Bu risklerin ortadan kaldırılması, insanın sağlıklı bir halde işini yapabilmesi ancak ve ancak bu bilimin konusudur. Hocam mesleki sağlık dedi. Sevgili Cumhurbaşkanımız hukukçu, Başbakanımızın mesleğini de bilmiyorum. Hepsinin meslekleri ile ilgili sağlıkları söz konusu değil. Yaptıkları işlerle ilgili sağlıkları söz konusu. O halde o iş çok önemli bir olaydır. İş evrensel bir bakış açısı bunu önemle belirtmek istedim. Seçilen tabir doğrudur. Bana lütfen bir hekim gözüyle bakmayın biraz evvel Hamdi Hocam çok güzel ifade etti. Güvenlikçilerin bakış açısı farklıdır. Sevgili Elen konuşmasını yaparken, dikkat ettiniz mi, bilmiyorum? Güvenlik baştaydı, ben tekrar size bu açılımı ifade ediyorum. İş sağlığı çalışanların sağlığı ve güvenliğinin ortak bir ifadesidir. Eğer büyük işletmelere giderseniz 35 kişinin çalıştığı emniyet dairelerini ayrı görürsünüz, 35 kişinin çalıştığı kurum hastanelerini de ayrı görürsünüz. Bunlar hiçbir zaman o işletmede bir araya gelemmez. O işletmede iş kazaları ve meslek hastalıklarını önleyemez. Bütün amcamız tek bir isim altında, bu çatı altında bu birleşme sağlamak ve bu koleberasyonu sağlamaktır. İşletmede bu koleberasyon sağlanmadığı takdirde hiçbir şey yapamazsınız Tekrar ben ilerde bunları açıklayacağım. Teşekkür ederim.

Dr. Hüseyin GÜNDOĞDU (Balıkesir Devlet Hastanesi Acil): Ben üzülerek; gerçekten konuşmacıları dinlerken yarım asırlık sürelerini vermelerine rağmen mesleki hastalıklara yaklaşım konusunda istenilen düzeye gelmediğimizi öğrenmiş olduk. Zaten biz bu işin içindeyiz, yaşıyoruz. Bu konuda tabii emeği geçen insanlara teşekkür borçluyuz. Bugün geldiği haliyle de olsa. Benim burada eklemek istediğim bir şey var. Yani Türkiye’de işçi sağlığının oturabilmesi için özellikle müeyyidelerin uygulanması gerekiyor. Bir sanayi kuruluşu açıldığı zaman ruhsatlandırılırken mutlaka şey yapılması gerektiğine inanıyorum. Yani öncelikler arasında çevre sağlığı, çalışanların sağlığını içerecek şartların oluşturulması gerektiğine inanıyorum. Asıl kürsüye çıkmamın tek nedeni şuydu: Sayın TTB Başkanı’nın da aramızda olduğunu düşünerekten bir konuya değinmek

istiyorum. Yani bizler hep işçi sağlığı işte mesleki hastalıkları düşünürken asıl gözden kaçırdığımız bir konu var. Veya ben böyle bir çalışma ile karşılaşmadım. Türkiye’de ilköğretim okulları, liseler, üniversiteler, üniversite-lerde mediko sosyaller aracılığı ile öğrencilere bir miktar hizmet veriliyor ise de yeterli değil. Ama özellikle ortaokul, lise, ilköğretim düzeyinde Balıkesir Lisesi’nin öğrenci sayısının 3000 nin üzerinde olduğunu biliyo- rum. Ama 3000 kişinin olduğu bir yerde hekimin olmaması, bu konuda gerçi bu işçi sağlığında yıllardan beri yapılan mücadelenin sonucunda gereken sonucu almamamıza rağmen bu ilköğretim okulları ve liselerdeki durum içinde birtakım çalışmaların başlatılması gerektiğine, bunun MEB, Sağlık Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı olarak bu konuda bir şeyler yapılmaya başlanması dileğiyle hepinize teşekkür ederim.

Ellen ROSSKAM: Büyük bir takım var bu konuda, bunu ben yazdım. Katılımcı eğitim yöntemlerine uygun bir biçimde alt modüllerden oluşuyor: Gürültü, temel toksikoloji, kimyasallar, ergonomi, kadın ve er-keklerle dönük işlerinde üreme sağlığına zararlı, üreme sağlığı ile ilişkili zararlı etmenler, mevzuat ve yaptırım., temel eğitim, iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin kadınlar, çocuklar ve bu konularla ilgili İLO ve WEB sayfasında üç tane çift w’yi biliyoruz artık. www.ilo.org bu sayfada web sayfasında bütün bu modülleri İngilizce, Fransızca ve İspanyolca olarak bulmak olası. 1000 dolayında kimyasal madde ile ilgili güvenlik kartlarına ilişkin bilgiler de dahil olmak üzere, tüm bu modüller elektronik ortamda bütün CD’lerde var. Uzaktan öğrenmeye uygun, uzaktan öğrenme amacına hizmet edecek şekilde tasarlanmıştır bu CD ve ücretsizdir.

Bir İnternet adresi aracılığıyla Your Health and The Safety At Work (sizin sağlık ve güvenliğiniz işyerin-de) başlığını taşıyan, bu kiti elde etmemiz için baş harfleri kodlayarak söyleyeceğim. actrav@ilo.org adresi ile temas edilerek sözü edilen kitin nasıl elde edileceği bu adrese temasa sağlanabilir. Biz insanları bu amaçla çeviriler için de destekliyoruz. Türkiye İLO bürosu ile temas edildiğinde Türkçe’ye çevirisi için lisansı da ücret-siz olarak sağlanabilir. İLO yayınlarının tümünü içeren bir katalogumuz da vardır. O katalogu getirdim. Dışarı-da bütün İLO ürünlerine nasıl erişilebileceğine ilişkin bilgiler de bu katalogtan elde edilebilir. Keza sunumum ile de ilgili olarak az önce de söylemiştim ekleyeyim. Power pointdeki sunumun da kopyasını Kayıhan arkadaş-şımızdan dileyenler elde edebilirsiniz. Katalog tan ben sayıca sınırlı olarak getirdim fakat edinmek isteyenler bana dışarıda kartlarını verirlerse onlara katalog sağlamak için çaba harcarım. Ayrıca az önce verdiğimiz İLO’nun web sayfasına girdiklerinde orada katalog erişme şansları da var.

Dr. Emel ÖZCAN (İstanbul Tıp Fakültesi FTR AD öğretim üyesi) : Endüstriyel Rehabilitasyo-na ilginç nedeniyle burada bulunuyorum. Önce terminoloji için işçi mi çalışan mı konusunda tam açıklık gel-medi sanıyorum. İşçi deyimile bizim anladığımız daha çok bedeniyle çalışan kişiler oysa çalışan iki kısmı da kapsamakta. Hem büro çalışanını hem de beden çalışanını. Benim editörlüğünü de yaptığım bel ağrıları ile ilgili bir kitap yazmakta oldukça zorlandım. Bu bölümle ilgili worker’ın Türkçe karşılığı olarak kullandığımız çalışan olması daha doğru gibi geliyor. Sağlık çalışanları, sağlık işçileri gibi diye değil örneğin, ya da işçi taz-minatları working compantion sistemde geçen deyimlerde Türkçe’ye çevrilmesinde “çalışan” sözcüğünün daha doğru olacağını düşünüyorum. Miss Elen’in konuşması ile ilgili de hastalıklar arasında, işle ilgili hastalık-lar arasında adale hastalıkları diye bir bölüm geçti. Bu biraz daha geniş kapsamlı belki çeviri ile ilgili bir sorun oldu. Hareket sistemi hastalıkları motion disease diye veya da kas iskelet sistemi hastalıkları daha pratik olara hareket sistemi hastalıkları diye almak sanıyorum daha doğru olacaktır. Daha geniş kapsamla sadece adaleyi ilgilendiren hastalıkları değil, adale dışındaki diğer yumuşak dokuları, bağları, bursaları, eklem, eklem çevresi dokuları ve diskleri ilgilendiren hastalıklar. Onun için hareket sistemi hastalıkları demek daha doğru olur. Has-ta bilgilendirmesi ve koruma eğitimi programları ile ilgili de kısa bahsettiler. Özellikle bu grup hastalıklarda hastalıktan korunma programlarının oldukça etkin olduğu gösterilmiş, kabul edilmekte ve uygulanmakta ge-lişmiş ülkelerde. Teşekkür ederim.

Yusuf TOPALOĞLU (Makine Mühendisi) : İş güvenliği uzmanı olarak TOFAŞ’da çalışıyorum. Ellen ROSSKAM’a bir sorum var. OHSAS on sekiz bin bir gibi uluslararası standartların sıhhatli ve güvenli çalışma ortamının temininde ne denli şirketlere faydalı olabileceği konusunda bir değerlendirme yapabilir mi?

Ellen ROSSKAM: Efendim çok kısaca şu anda İLO’da olan benzer bir toplantının yapılmakta oldu-ğunu, yönetim sistemleri ile ilişkili olarak hem İLO’nun taraf olduğu, hem hükümetlerin taraf olduğu hem de sendikaların taraf olduğu bir tartışmanın yürüdüğü ve tartışmanın ana ekseninin ISO, uluslararası standartlar örgütünün standartları mı yoksa İLO’nun standartlarının mı çalışma alanında geçerli kılınacağına yönelik bir tartışma yürüdüğünü belirttiler. Standartların uluslararası standartlar olmaktan çok bir öneri bir telkin, bir scaltion olduğu dile getiriliyor. Bizim gibi ülkeler için yahut dünya ülkeleri için önerilen ise ülkelerin bu ulusla-rarası standartların özellikle İLO standartlarını içerecek biçimde ulusal mevzuat üretmelerinin daha uygun olacağını belirtiyor konuşumuz.

Dr. Ahmet ÇELİKKOL (Ege Üniversitesi Psikiyatri AD): Konunun psikolojik yönden terminolojik açıklamasına iki noktaya değinmek istiyorum. Şimdi psikiyatrideki gelişimi. Endüstriyel psikiyatri ilk başta 1930'larda çıkıyor. Endüstriyel psikiyatri daha sonra bu endüstriyel adı değiştirilmiyor ve Okütasyonel Psikiyatri oluyor. Bugün biraz daha değişti. Okütasyonel ve organizasyonel psikiyatri. Ben psikiyatri bağlamında söylüyorum. Çünkü ruh sağlığı açısından çalışma yaşamında tabii ki iş güvenliği, iş güvencesi bütün bunların rolü var. Çalışma şartlarının yoğunluğu. Aynı zamanda insan ilişkileri büyük önem taşıyor, ruh sağlığı açısından. Ayrıca işçi kelimesini mi kullanalım iş yerini mi kullanalım? Birkaç defa söylendi. Genelde psikiyatri için kullanılan Mental Health All Word Place. İş yerinde ruh sağlığı. Çünkü iş yeri kapsamında ele alınca işi hem tüm boyutu ile alıyoruz. Bu işyeri bir fabrikada olabileceği gibi bir polis teşkilatı da olabilir. Veya da bir okul olabilir. Bu yönden işyeri demek daha iyi. Ayrıca insan hayatını belirleyen önemli faktör kişinin çalışma yaşamı. Biraz önce değinildi illa meslek değil. Bu çalışma yaşamı bizim mesleğimiz gibi başka olabilir. Şu anda iş bir başka olabilir. Çalışma yaşamı iş yaşamı bütün hayatımızı belirleyen bir özellik taşıyor. Ruh sağlığı açısından.

Dr. Nesrin YÜKSEL (SSK, İstanbul Meslek Hastalık Has.): Ben bir soru sormak istiyorum. Şimdi adale hastalıklarının önem kazanacağı söylendi. Bizim bildiğimiz, eskiden de transport işlerinde çalışanlarda uzun süre bir pozisyonda bozuk pozisyonlarda çalışanlarda özellikle bu hızlandırılmış üretim bantlarında çalışanlar yahut halı tezgahlarında çalışanlar gibi biz onlarda hep adale hastalıkları görüyorduk. Acaba bu artışta bu otomasyona geçiş mi önemli yani özellikle bu son terminallerde çalışan işçilerin uzun süre orada bozuk pozisyonlarda çalışması mı önemli yani artışta bunu önemli alacak otomasyon mu yoksa bizim bilemediğimiz daha başka nedenler var mı, acaba? Ben bunun nedenlerini öğrenmek istiyorum.

Cevap: Efendim kısaca söylenen şu. Özellikle birinci olarak, son zamanlarda bu sistem hastalıklarına ilişkin olarak duyarlılığımızın artmış olması, tanı konmasını arttırdı. Buna karşı yeni de bildiklerimiz, tanı koyduklarımız, bilmediklerimizden son derece az. İşyerlerinde çalışma üretim kötü tasarlanıyor. Ergonomik bakımdan. İkinci olarak çalışanların bu konuda bilgisi de az. Kendilerini koruyamıyorlar. Bir üçüncüsü taylorizm ve bant üretimi. Sizin de belirttiğiniz gibi insan sağlığına çok duyarlı olmayan, saygılı olmayan bir biçimde işliyor. Üretimin artırılması ve tüketimin artırılması temel amaç gibi konmuş durumda ve işçiye bu süreçte son derece büyük bedensel, ruhsal, mental yükler yükleniyor. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde işlerin çok büyük bir bölümü mekanize edilmemiş durumda. Nonmekanize durumda. Dolayısıyla bedensel eforun artırılması gerekiyor. Önümüzdeki yıllarda bu sorunlar gelişmiş olsun, gelişmemiş olsun ülkelerde daha da önemli boyutlara çıkacak. Şu an sizin yaşamakta olduğunuz sorunlar önümüzdeki 10-20 yılda gelişmiş ülkelerin sorunları olarak da ortaya çıkabilir, deniyor.

Salondan: Ben bu soruya belki cevap olabilecek diye farkında olma yanında sigorta tazminat sistemlerinin devreye girmesi, gelişmiş ülkelerde artması için önemli olan, bir rakam var. Onu belki çarpıcı olduğu için vermek istiyorum.

Bel ağırsı nedeniyle yapılan sigorta ödemeleri bu süre içerisinde bu oranın 10 misli artmıştır. %2800 artmıştır. Bundan da daha açıklayıcı olarak farkında olma, gelişmişlik ve tazminat ödemelerinin devreye girmesi şeklinde açıklanıyor. Teşekkür ederim.

Dr. Nazif YEŞİLLETEN (İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi): 1979'dan beri bu hastanede çalışıyorum. Değerli arkadaşlarım ben şahsen bu güne kadar yüzlerce işyerini inceleme ve tarama muayeneleri için gittim. Benim arkadaşlarım kendi bölgelerindeki bütün işyerlerine gitti ve bunların sayısı belki 10000'nin üzerinde. İşyerlerini bilen kişiler olarak işçi sağlığı mı, başka bir kelime bulunması gerektiğini kesinlikle aklına getirmezler. Ben bu 20 seneyi aşan süre içerisinde işçi sağlığı ve iş güvenliği kelimesinden bugüne kadar rahatsızlık duymadım. Daha doğrusu bunların eksik ifadeler gösterdiğini de kabul ettim. Bu son yıllarda efendim işçi sağlığı mı densin efendim çalışanların sağlığı mı densin, iş sağlığı mı densin şeklindeki tartışmalar bu konuyu 20 yıl öncesine getiriyor. Ben bundan büyük üzüntü duyuyorum. İster işçi sağlığı deyin, ister çalışanların sağlığı deyin. Ama bu kelimenin önünde mutlaka işçi, çalışan gibi insanı belirleyen kelimelerin olması gerekir. İşçi sağlığının tarifi yapılırken dendi ki efendim, kişilerin fiziksel ve ruhsal durumlarını sosyal ve ekonomik durumlarını en üst seviyeye getirmek. İş yerlerinde insan sağlığına zararlı etkenlerin ortadan kaldırılması. Kişinin fiziksel ve ruhsal durumlarına uygun yerlerde çalıştırılması. Ve karşılıklı olarak kişi ile iş arasındaki uyumun sağlanması. Bu tabirin tarifi gerçekleşeceği kelimeler ne olursa olsun kullanın ama bana göre işçi sağlığı, iş güvenliği tabirinin değiştirilmesi yersiz. Bunlarla bir 20 sene daha uğraşacak olursak... Bu çalışan kişilere dünyada sakat kalanların sayısı söylendi, ölenlerin sayısı söylendi, bir 20 sene daha kaybımız olur.

Ellen ROSSKAM: Kısaca cevap vermek gerekirse arkadaşlar, bu konudaki çabaları özellikle hükümeti de içersine katan ulusal standartların ve mevzuatların mutlaka konması, yatırımları içeren mevzuatların kon-

ması şeklinde özetlemek gerekiyor. Kritik derecede önemli sorun çalışanları eğitmek, onların eğitim ve öğretimini son derece önemsemek gerekiyor. Hizmet sunumu sırasında karşılaşılabilecekleri risklere uygun olarak sorunlar nerede, çalışan kişi ya da çalışan işçi ve bununla ben nasıl baş ederim, nasıl çözerim konusunda temel eğitim ve öğretimi almak durumunda. Bu aynı zamanda uyanıklığı, bilinci de getirerek hakların talep etmesini sağlayabilecek, işçinin sosyal güvenlik tazminatlarının artışı kuşkusuz bir ölçüde başvuruları ve kas iskelet sistemi ile ilgili sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştırdı. Ama yalnız bundan kaynaklanmıyor. Örneğin Clinton döneminde 10 yıl boyunca ulusal ergonomik standartların yerleştirilmesi ile ilgili Amerika ciddi bir uğraş verdi. Yenilenen hareketten, tekrarlanan hareketten, kaynaklanan travmaların oluşturduğu sağlık sorunlarının tanımlanması ve bunların tazminata konu edilmesi ile ilgili çok çaba verildi. Ancak bu Bush yönetimi ile birlikte bu gelişimler durduruldu. Çoğu kadın olmak üzere bu yenilenen davranışlardan dinlenecek denilen yinelenen davranışlardan kaynaklanan kas-iskelet sistemi hastalıklarının tazminat ile ilgili çabalar durdu. Kadınların bu alanlarda karşılaştığı sorunlarla ilgili bilgimiz gerçekten çok az. Vurgulamak gerekirse ulusal mevzuatın oluşturulması yaptırımı da içeren bir düzeyde temel kurmayı, temel düzeyde korumayı öne alan bir yaklaşım söz konusu olmalı. Amerikan işçilerinin de Bush döneminde benzer sorunlar ile ulusal standartlarına ergonomi konamaması nedeniyle karşılaşıcağını önümüzdeki dönemde endişe ile bekliyoruz.

Dr. Özcan BARİPOĞLU (İstanbul) : Önce sayın ROSSKAM'a çok teşekkür ediyorum. Türkçe hitap etme gayretinden ötürü. Bu, bizim ülkemizde son derece nadir rastlanan bir şey. Tekrar teşekkür ederim. Ben bir soru soracağım. Sayın ROSKAM sunumunu yaparken uluslararası standartlara ve tabii ki uluslararası standartlar diye bir vurgu yaptı. Sorum şu: Özellikle sanayileşmemiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelerin sıkıntılarını az çok daha iyi biliyoruz da sanayileşmiş ülkelerde uluslararası standartları yerleştirirken kriz noktaları olarak neler karşılarına çıktı? İLO nun direnç mekanizmaları hangi noktalarda yoğunlaşmıştı?

Ellen ROSSKAM : Kuralsızlaştırma sistemi, devalüasyon ve özelleştirme. Sizin sorunuza karşılık olarak gelen iki sözcük yanıt. Ortak sesin özellikle sendikalar tabii kastediliyor. Çalışanların ortak sesinin kısılması, azaltılması, kolektif sesinin azaltılmış olması hep bu kadar. Sayın BARİPOĞLU yetti mi biliyorum.

Dr. Ali Rıza TIRYAKI: İki şey söyleyeceğim: Bir tanesi demin bu standartla ilgili bir soru vardı. Burada düzeltme yapmam lazım. OHSAS 1800 henüz bir uluslararası standart falan değildir. Sadece bir spesifikasyon olarak tanımlanmaktadır. Ticarileştirildiği için bu iş çok fazla puşe ediliyor. Özellikle büyük bir umut bağlanıyor. OHSAS 1800 hakikaten bir rehberdir. Çok anlamlı bir şey ifade etmez yani sonuçta sizin ülkenizde atomik absorbsiyon aletini alacak devlet memuru bunun daha ucuzu yok mu diyorsa yani bu işe bir farklı yerden bakmak lazım. Kas-iskelet sistemi hastalıklarındaki profil farkının açıklanmasına bir katkıda bulunmak lazımdır. Dünyada farklı türde trendler var. Şimdi bu hastalıkları sayan, bunun matematiğini istatistiğini yapan ülkelerdeki nedenlerle bizim için söz konusu olabilecek nedenlerin çok farklı olduğunu görmemiz gerekiyor. Dışarıda hizmet sektörü ile klasik sanayi sektörünü istihdam ettiği insan sayıları arasında biliyorsunuz önemli farklar oldu. Son 25 yılda sanayiinin istihdam ettiği insan sayısında artış olduğunu bildiriyorlar. Ağır sanayi ile geleneksel ile konvansiyal iş meslek sağlığı problemi yaratan, işçi sağlığı problemi yaratan sanayiler dünyada yer değiştiriyor. Şimdi iş hızlanıyor doğru, çalışma saatleri uzuyor. Hele bizim gibi ülkelerde fazla çalışmanın hiçbir şekilde kontrol edilmediği, daha fazla uzuyor. Hiç kuşkusuz bizim çalışanlarımızın özellikle montajda falan çalışan kendi çalışan; kadın çalışanlarımızın tekrarlı hareketlere bağlı kas-iskelet problemleri açısından çok ciddi sorunlarla karşılaşıcağını öngörebilir. Hiçbir koruma yaklaşımı ve yasa yok. Biling, eğitim vs yok tanımlanmasının arkasında ofis işinin bilgisayar kullanımını daha çok tasarlayarak iş yapan insanların sayısının artması arasında bir ilişki var. Buralardan bize doğru göç eden yeni sorunlar karşısında bir koruma bariyeri oluşturmak için bu sorunların natürü konusunda daha açık bir zihne sahip olmamız lazım. Ben bu eklemeyi yapmak istedim. Oradaki artış sadece sigortaların ödemeleri ile birleşen kuşkusuz önemli bir faktör. Ama oradaki çalışan iş gücünü istihdamında farklılık var. Teşekkür ederim.

Aziz AZİZOĞLU (Adana): Ben aslında çok uzun anlatmak istemiyorum. Sağlık müdürlüğünde doktorem. Özel bir şirkette iş yeri hekimliği yapıyorum. BOSSA'nın iş hekimisi. Aslında geçirdiğimiz evreleri anlatmayacağım. Sadece zaman da geçtiği için Haldun hocama bir soru sormak istiyorum. İşçi sağlığı dispanserleri, işçi sağlığı, iş güvenliği tüzüğü'nün 3. maddesinde var. Sadece benim bildiğim kadarıyla, ancak o da şöyle geçiyor: İşçilerin periyodik ve işe giriş muayenelerinin işçi sağlığı dispanserleri yapar diye bir madde var. İlk olarak iş yeri hekimisi yapar. Onun bulunmadığı yerlerde işçi sağlığı dispanseri yapar. Ben başka bir yerde bunu görmedim. Şimdi Sağlık Bakanlığı bu işçi sağlığına direkt olarak girmeye başladı. Onunla ilgili olarak bizi organize sanayi bölgelerinde böyle merkezler kurulması konusunda bize yazılar geldi. İşçi sağlığı dispanserlerini biraz aşarlarsa kuracağımız merkezleri daha iyi düşünürüz. Diye düşünüyorum.

Cevap: Periyodik muayeneler, teknik muayeneler. Periyodik muayeneler iş yeri hekiminin tek başına yapabileceği şey değildir. Belirli bilgi istiyor. O iş yerinin özelliğine göre iş yeri hekimisi değerlendiriyor. Şimdi

işçi sağlığı dispanserleri bizim yasaya nereden gelmiş bilmiyorum ama herhalde Almanya'dan geldi. Yok Avrupa'da da değil. Ben Almanya'yı misal verdim. Avrupa içerisinde Almanya öyle pek işçi sağlığı konusunda standartları falan fazla uygulamıyor. Avusturya'yı misal vereyim. Avusturya'yı ikiye bölmüş iki tane. Bizde bir şişe camı misal verdim. Çünkü iş yeri hekimi nerede ne yapacağını bilmiyor. Üniversiteye yollasa yok. Özel sektöre güvenmeyen, efendim enstitüye yollasa büyük bir iş gücü kaybı. Endüstride iş gücü kaybı kabul edilebilir bir sorun değildir. Bence yanlışlıkla oraya girmiş ülkeler var. Bazı enstitüler ambulatuvar bölümleri ile ayağına gidiyor işçinin. TTB bir enstitü kurarsa mutlaka bu ambulatuvar bölümlerini çalıştıracak. Yani bu bir ara şey. Anlattım size 4 bölüm zorunlu bir şey değil. Dünyada yok ama bizim gibi ülkelerde uygulansa fena olmaz. Teşekkür ederim.

Prof.Dr. Turhan AKBULUT : Arkadaşım çok önemli bir konuya değindi. Hakikaten gerek ağır gerekli işler tüzüğünde ve mevzuatın diğer yerlerinde bu muayenelerin gerek giriş gerek periyodik muayenelerinin kimin tarafından yapılacağı belirtilmiş. Diyor ki, iş yeri hekimi, işçi sağlığı dispanserleri bulunmadığı yerlerde sırası ile SSK, sağlık ocakları, hükümet ve belediye hekimleri. Bu sağlık dispanserlerinden kanun yapıcının ne kastettiğini anlamak mümkün değil. Fakat dünyada Haldun Bey'in dediği gibi başka türlü uygulama var. O da dinlenecek kanununda buna cevap veriyor. Mesela Haldun Bey'in cam fabrikasında yaptığı şey iş yerleri arası dinlenecek bir sağlık kuruluşu. Aslında ülkemizde çıkartılmış olan mevzuatın bazen yanlış tercümelerden ileri geldiğini mesela onu oraya tercüme olarak koymuş olan kişinin acaba dinlenecek mi düşündü. Yani iş yerleri arasını mı düşündü yoksa efendim bugünkü yazıldığı gibi işçi sağlığı dispanserlerini mi düşündü. Onu bilmiyoruz o bakımdan o maddenin uygulanacağını zannetmiyorum. Haldun Bey'in dediği gibi iş yerleri arası servislerin olmasının bilhassa inşaat sektöründe çok yararlı olduğu kanısındayım.

Dr. Alp ERGÖR (Dokuz Eylül Üni.): Önce bu terminoloji tartışmasına çok kısa değinmek istiyorum. Sayın YEŞİLLETEN'den biraz daha farklı bir noktası olduğunu düşünüyorum. Çok geniş kitlelere ulaşmış olduğu görülen çalışan sağlığı sorunlarında kurumsal alt yapının tartışılması felsefe oturtulması çok da yanlış olmayacaktır. Katkısı olacaktır, kuşkusuz. Ama sayın Nazif YEŞİLLETEN'in alandaki sorunlara yönelik öncelik saptaması ya da önceliklere yönelinmesi kaygısına tabii yürekten katılıyorum. Belki sayın genel müdür Vedat REHA MERT aramızda olsaydı bilmiyorum aramızda bize Çalışma Bakanlığı'nın yasa taslağından da söz edilebilirdi. Ben bakanlıktayken çıkması planlanan yasa taslağının adı "Çalışanların Sağlığı ve Güvenliği Yasası" idi. Hemen sayın SABUNCU Hocama bir gönderme yapmak istiyorum. Ben örneğin kendi adıma sağlık ve güvenliğin ayrı düşünülmemeyeceğini bunun sağlık başlığı altında toplanması gerektiğini düşünüyorum. Bu kısaca girişten sonra bir şeye dikkat çekmek istiyorum. Önce sayın ROSSKAM'a teşekkür ederim. Onun Türkçe'si benim İngilizce'mden çok daha iyi olması lazım. Safety Work programının son derece ayrıntılı bir biçimde ana başlıkları ile hızla bize aktardı. Yalnız orada dikkat çekilmesi gereken bazı şeyler var. Sözelimi stress, bu bir öncelik. Genel olarak global bir yaklaşım bu. Ama burada ülke içindeki sektörlerin çalışma ortamının sağladığı öncelikleri mutlaka göz önünde bulundurmak lazım. Tanıdığım bir çalışmayı aktarayım istersiniz. Stress faktörleri iş kazası geçirme riskini etkilemiyor. Yapılan bir çalışmaya göre çalışmanın etkinliği tartışılabilir. Ama eğer siz çalışma ortamındaki öncelikle riskleri ortadan kaldıracak bir politika üretemiyorsanız, işletme ölçeğinde ya da ulusal ölçekte o zaman stress biraz daha arka planda kalacaktır. Belki burada çok da uzatmayayım. Sayın ROSSKAM'a bir soru yöneltmek istiyorum. Cinsiyetlere göre analiz ve planlamadan söz etti. Ben antifeminist değilim. Ama bir kaygım var. Çalışma yaşamında öncelikli bir risk grupları kavramlarından bile kaygı duymak lazım. Acaba kadınları öncellemek ve produktiviteyi eğer öncelliyorsak bir risk olmaz mı? Erkeklerin de röprodaktif özellikleri var tabii ki. Kuşkusuz özellikle onun yazdığı eğitim broşürünü de anımsatırım. Bu sorudan sonra küçücük bir ekleme, bir katılımcı arkadaşımız yasal yatırımlar çok önemlidir dedi. Oysa sonra sayın Ali Rıza Bey de boşluklardan ve önceliklerin belirlenmesinden söz etti. Bence asıl anahtar orada yatıyor. Eğer yasal yatırımınız varsa bizim yasal düzenlememizde çok büyük boşluklar yok. Boşluklar var ama çok büyük boşluklar yok. Eğer bunları yaptırarak, bunları yaşama getirecek bir politika önceliğimiz yoksa, eğer siyasal gücümüz yoksa biraz hamasi tartışmalar olarak kalmaya mahkum olacaktır. Zaten az önce sayın BARİPOĞLU'nun hepimizin adına sorduğu iki soruya aldığımız yanıt çok açık bir ifadeydi.

Ahmet Saltık : Yabancı konuk konuştu. Ardından çeviriye gerek kalmadı. Herhalde dinleyicilerimiz önemli ölçüde anladı bir iş gücünün yüzde kırkıdan fazlasının kadınlar olduğu, erkeklerin daha riskli işler alıyor gibi gözükmesinin altında bunun karşılığını aldıkları fakat kadınların karşılaştıkları riskli işlerde onların tazminat sistemlerinin son derece ender olduğu ve kadınların bu tür travmalara, risklere karşı organizmalarının verdiği yanıtların da farklı olduğu özellikle dile getirildi. Sanıyorum bitirme zamanı da geldi. Ekleyeceğimiz bir şey var mı?

Prof.Dr. Turhan AKBULUT: Bir tek şey söyleyeceğim müsaade ederseniz. Kadın erkek ayrımı konusu açıldığı için söylüyorum. Bu konuda 112 sayılı tavsiye kararında bu hizmetlerin amaçlarını belirtirken 3. amaçta her insanın fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalıştırmaktadır. Bu bakımdan bir hekim olarak yahut ta bu işte görevli olan bir kişi olarak eğer çalışacak olan kişinin bünyesi o işe uygun ise kadın da olabilir, erkek de olabilir. Hatta bazı memleketlerde ayrımı tamamen kaldırırılar. Ve koruyucu müeyyideler ortadan kalktı. Çünkü ortadaki standardı o kadar yükselttiler ki kadın olsun erkek olsun herkesin sağlığına uygun bir duruma geldi.

Prof.Dr. Ahmet SALTİK: Efendim son olarak sayın ROSSKAM'la sanki aynı şeyleri düşündük, birbirimize ifade ettik. Bu iş sağlığı iş güvenliği kavramları veya işçi vs idi. Terminoloji ile uğraşmaktan çok bizim önce öne koymamız gereken sağlık ve güvenlik, ikisi birlikte temel insanlık hakkıdır. Bunu öne çıkarmak bu amacı gerçekleştirecek şekilde çalışmaları, yöntemleri, emekleri yönlendirmek gerekiyor. Sağlık ve güvenlik tüm çalışanların bir temel insanlık hakkıdır diye vurgulayarak bir kez daha bitiriyoruz. Bütün konuşmacılara ve sabrınız için size teşekkür ederiz.

İŞYERLERİNDE ZARARLI ETMENLERİN ÖLÇÜM TEKNİKLERİ VE KİŞİSEL KORUYUCULAR

Oturum Yöneticisi: Dr. Yıldız BİLGİN

(İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi Başhekim Yardımcısı)

Konuşmacı: Lütfi ULUSOY

(Kimya Mühendisi İSGÜM)

İş Kazaları ve Meslek hastalıkları işyerlerinin en önemli problemlerinden biri olup konuyla ilgili teknik önlemler kaynaktan, kaynaktan işçi arasında veya işçi üzerinde alınır. İdeal olanı önlemlerin kaynaktan alınması olmakla birlikte ülkemizde genellikle önlemler işçi üzerinde yani kişisel koruyucu kullanımı yöntemi öne çıkmaktadır.

1474 Sayılı İş Kanununun 73.maddesi ve İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü'nün 2. maddesinde aynı hüküm bulunmaktadır. Söz konusu maddelerde ' Her işveren, işyerinde sağlığı ve iş güvenliğini sağlamak ve araçları noksansız bulundurmakla yükümlüdür. İşçilerde, işçi sağlığı ve iş güvenliği hakkındaki usul ve şartlara uymakla yükümlüdür' hükmü bulunmaktadır. Yani işveren gerekli kişisel koruyucuları sağlayacak işçilerde bunları kullanacaklardır. Dolayısıyla ilgili hüküm işvereni bağladığı kadar işçiyi de bağlamaktadır.

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü'nün altıncı kısmında da kullanılması gereken kişisel koruyucular ile ilgili maddeler bulunmakla birlikte söz konusu maddelerde kişisel koruyucuların standart, norm veya spesifikasyonları belirtilmemiş sadece genel tanımlamalar yapılmıştır.

SOLUNUM SİSTEMİ KORUYUCULARI

Solunum sistemi koruyucuları kişisel koruyucuların en geniş, en bilinen ve kullanılan bölümünü teşkil ederler (Tablo). Solunum sistemi koruyucuları maruz kalınan faktöre, faktörün düzeyine, maruziyet süresine ve yapılan işe göre farklılık gösterirler.

Gaz-Toz ve Kombine maskeler :

- Bu maskelerin en basiti bakım gerektirmeyen atılabilir toz maskeleridir. Filtresi preslenmiş selülozik veya sentetik elyaf olup zararlı ve zehirli olmayan tozlara karşı kullanılabilirler. Bu tür maskeler temin edilirken standartlara uygunluğuna (TS EN 149) dikkat edilmeli, maskenin yüze tam oturması açısından çift bant tercih edilmeli, burun mandalı rahatça şekillendirilebilen kırılğan olmayan elastik bir malzemeden yapılmış olmalıdır.

Maruz kalınan toz ve lif konsantrasyonu yüksek ise bu tür maskelerin filtreleri daha kalın ve ventillidirler. Maske ventili nefes alma sırasında kapanarak kirli havanın filtreden temizlenerek geçmesini, soluk verilmesi sırasında ise açılarak kullanıcının nemli ve sıcak solğunun dirençle karşılaşmaksızın rahatlıkla çıkmasını sağlar.

Çok geniş bir kullanımı olmamakla birlikte atılabilir toz maskelerinin gaz ve buhara karşı olan tipleri de mevcuttur. (TS EN 405) Bu tür maskelerde koruma filtre katmanları arasına yerleştirilen aktif karbonlar ile sağlanmakla birlikte sadece düşük konsantrasyonlarda kullanılabilmesi ve kısa sürelerde değiştirilme zorunluluğu sebebiyle tercih edilmemektedirler.

- Maruz kalınan gaz, toz veya toz-gaz karışımı kirleticilerin havadaki konsantrasyonunun yoğun olması durumunda kartuş filtreli yarım ve tam yüz maskeleri kullanılır. Bu tür maske kullanımlarda filtre kartuşlarının seçimi son derece önemlidir. Aksi kullanımlarda koruyucu özelliği olmadığı gibi faydadan çok zararda verebilir. İşletmelerde yapılan en sık hatalardan olan gaz ve buhar olan ortamlarda toz maskesi kullanılması bunun en bariz örneklerinden biridir.

Toz maskesi kartuşları selülozik veya sentetik liflerden oluşarak mekanik temizleme, gaz ve buhar maske kartuşları ise aktif karbon içerip havadaki bileşiklerin absorblanmasını sağlayarak kimyasal temizleme yaparlar. Aktif karbonlar sadece empenye edildiklerinden kimyasallara karşı koruyucu özelliği gösterirler. Bu sebeple hangi kimyasal risk varsa ona karşı koruyucu özelliği bulunan filtre kartuşları kullanılmalıdır. (TS 8185 EN 141)

Gaz- Buhar Filtrelerinin Tipleri ve Sınıfları :

Harf kodu	Renk kodu	Kullanım amacı
A	kahverengi	Organik gaz-buharlara karşı
B	gri	Asit gazları ve buharları
E	sarı	Kükürt dioksit ve diğer asit gaz-buharlarına karşı (asetik asit,formik asit,hidroflorik asit..)
K	yeşil	Amonyak ve türevlerine karşı (fenil hidrazin,pridin,hidrazin..)

Toz filtrelerinin tipleri :

Harf kodu	Kullanım amacı
P1	Mekanik işlemlerde ortaya çıkan ve toksik olmayan tozlar
P2	Asbest, karbon siyahı,metal dumanları, kuvars....vs.
P3	Arsenik trioksit, Berilyum,amonyum arsenat.arsenik...vs.

Çalışma ortamında farklı gazlar olması veya gaz ve tozun birlikte bulunması durumunda söz konusu filtre kartuşlarının kombinasyonundan oluşan kombine filtreler kullanılır.

Hava beslemeli maskeler :

• Bilindiği gibi normal bir atmosferdeki oksijen oranı %19,8-21 arasında olup oksijen oranının az olduğu ve özellikle havadaki oksijen oranının %16'nın altına düşmesi durumunda ölümcül bir risk söz konusudur.Bu gibi ortamlarda çalışan için gerekli hava genellikle sırtta taşınan basınçlı bir tüpten (TS EN 145) veya bir kompresörden (TS EN 139) sağlanarak maskeye verilir.Gerekli hava bir hortum yardımıyla kompresörden veriliyorsa güvenlik açısından hortum boyu 45 metreyi geçmemelidir.

Sırtta taşınan basınçlı hava tüplerinin şekilleri ve kapasiteleri farklı olup kullanıcıya sağlanan gerekli hava ya sabit bir şekilde veya nefes alma durumuna göre maskeye verilir.Basınç 50 bara düştüğünde sistem tarafından kullanıcı işitsel ve görsel olarak ikaz edilir.Maske üzerindeki konuşma diyafram ile kullanıcının konuşmalarının anlaşılması sağlanır.

• Çalışma ortam havasında yoğun toz veya gaz mevcut olup sürekli bir çalışma söz konusu olduğu durumlarda sık değiştirilmesi gerekliliği sebebiyle kartuş filtreli maske kullanımı pratikte mümkün olmayabilir. Bu tür ortamlarda gerekli havanın ya çalışma ortamının filtre edilerek veya bir kompresörden sağlanarak bir başlığa veya baret içindeki özel hava kanalı vasıtasıyla yüz ile vizör arasına basıldığı sistemler kullanılabilir. Bu sistemde başlıkta veya yüz ile barete takılı şeffaf vizör arasında sürekli bir pozitif basınç oluşturularak kirleticilerin solunum yollarına yaklaşması önlenmiş olur.(TS EN 270)

• Kullanımı nadir olmakla birlikte bir başka yöntemde maske solunum hortumunun temiz bir ortama uzatılarak kullanıcının nefes alması ile gerekli temiz havanın sağlanmasıdır. Ancak bu durumda hortum boyu 15 metreyi geçmemelidir.

Tahliye (kaçış) maskeleri :

Bu tür maskelerin sistemi hava beslemeli maskelere benzemekle birlikte kullanım sürelerine oldukça kısadır.Zira amaç riskli ortamdan bir an önce uzaklaşmaktır.Gerekli hava kullanıcının kemerine bağlı olan basınçlı bir tüpten alınarak maskeye veya başlığa verilir.(TS EN 403)Bazı aparatlarda ise maske takılıp nefes alınmaya başladığında nefesteki nem ve CO2 ile tepkimeye giren kimyasallar ile oksijen üretilerek kısa bir süre içinde olsa kullanıcıya hava sağlarlar.

Maske testleri ;

Maskeler ancak yüze tam olarak oturmaları ve kauçuk aksamında,yırtılma,çatlama olmaması durumunda gerekli korumayı sağlarlar.Maskeler kullanım öncesi bu tür deformasyonlar için yapılacak kontrol sonrasında maske takılarak pozitif ve negatif basınç testleri yapılmalıdır.

İlk aşamada el ayası ile maske filtre ventilleri kapatılarak nefes alınmaya çalışılır.Maske içinde oluşan negatif basınçla maskenin yüz ile temas eden cidarları içe doğru kıvrılır.Bu durumda ortam havasının maske içine kaçmaması gerekir.

İkinci aşamada maskenin hava çıkışı yine el ayası ile kapatılarak nefes verilmeye çalışılır. Maske içinde oluşan pozitif basınçla maskenin yüz ile temas eden cidarları hafif bombe yapar, ancak bu durumda maske içindeki havanın maske dışına sızıntı yapmaması gerekir. Aksi durumlarda ya genellikle olduğu gibi maske baş kolonları yeterince sıkılmamıştır, ya da maskenin kauçuk kısmında deformasyon söz konusudur.

Ayrıca toz maskesi kullanılırken nefes almakta zorluk çekiliyorsa filtre gözenekleri tozla tıkanmıştır, gaz maskesi kullanılırken gaz kokusu hissediliyorsa filtrenin aktif karbonu doymuştur. Her iki durumda da maske filtreleri değiştirilmelidir.

KULAK KORUYUCULARI

Çalışanları gürültünün zararlı etkilerinden koruyan kulak koruyucuları yapılarına göre 3 ayrı sınıfta incelenebilirler.

- Kulak tıkaçları : Kulak tıkaçları imal edildikleri malzemelere göre farklılık gösterirler. En basit kulak tıkaçı poliüretandan yapılan atılabilir kulak tıkaçlarıdır. Konik şeklinde olan bu tıkaçlar parmakla şekillendirilerek kulak kanalına yerleştirilir. Tıkaç kısa sürede kulak kanalının yapısına göre genişleyerek kulak kanalını kapatır ve gürültü geçişini önler. Slikon ve plastik kulak tıkaçları ise uygun bakımı yapıldığında uzun süreli kullanımları mümkündür. Ilık sabunlu su ile yıkanmaları yeterlidir. Kulak tıkaçları TS EN 352-2 standardını taşımaktadır.

- Manşonlu kulaklıklar : Ayarlanabilir bir baş bandı ve içerlerinde ses emici malzeme bulunan iki adet kulaklıktan oluşur. Manşonlu kulaklıklar sadece kulak kanalını değil aynı zamanda tüm kulak kepçesini de korurlar. Manşonlu kulaklıklar TS EN 352-1 standardını taşımaktadır.

- Barete takılan kulaklıklar : Gürültülü ortamlarda ayrıca başın darbelerden korunması da gerekiyorsa baretlere takılan kulaklıklar kullanılır. Bu kulaklıklarda ayrıca başın önemli bir kısmını da kapanarak sesin mekanik iletimi yoluyla sızması önlenmiş olur. Bu tür kulaklıklar TS EN 352-3 standardını taşımaktadır.

Kulak koruyucuları üretildikleri malzemenin cinsine ve maruz kalınan gürültü seviyesinin frekansında bağlı olarak 20-33 dB arası gürültüyü önleyebilirler. Gürültü seviyesi ve frekansı çok yüksek ise kulak tıkaçları ve manşonlu kulaklıkların birlikte kullanılmalıdır.

GÖZ VE YÜZ KORUYUCULARI

Darbelere karşı, sıvılara karşı, partikül ve liflere karşı, ışınlar karşı kullanılan göz ve yüz koruyucularındaki (TS EN 166) en önemli parça lens ve vizörlerdir. Lens ve vizörler karşılaşılan risk doğrultusunda sertleştirilmiş cam, polikarbonat, asetat ve kafes şeklindeki çelik ve plastik örgüden yapılırlar. Camın olası darbelerde kırılarak göz ve yüze hasar vermesi nedeniyle artık darbeler karşı daha hafif ve sağlam olan polikarbonat malzeme kullanılmaktadır. Asetat malzemeler ise daha düşük darbeler karşı ve özellikle sıvı kimyasallara karşı kullanılır. Lens ve vizörler çizilmeye ve buğulaşmaya karşı özel olarak kaplanabilirler.

Genel amaçlı gözlüklerde yanlardan gelebilecek olası tehlikeler için havalandırma delikli koruyucu kalkanlar bulunmalı, çok tozlu ve riskli ortamlarda yüze tam oturan indirek ventilasyonlu, asit ve kostik bulunan ortamlarda ise yine yüze tam oturan, elastiki ve ventilasyonsuz göz koruyucuları kullanılmalıdır.

Kaynakçılık gibi yapılan işlem gereği gözle birlikte yüzünde korunması gerekiyorsa bu lens ve vizörler belli koyuluk derecesinde miğfer veya başlığa takılarak kullanılır. Çelik örgülü vizörler ısı ve ateş riskinin olduğu işlerde sıçrayabilecek ergimiş metal ve kıvılcımlara karşı kullanılmakta olup ayrıca çelik örgü ısıyı absorbe ederek yüzü fazla ısıdan da korurlar (TS EN 1731)

BARETLER

Baş olası risklerden koruyan baretler genel hizmet, elektrikçi ve özel hizmet baretleri olarak ayrılırlar (TS 2429 EN 397) Baret gövdesi tek parça halinde ve dikişsiz olmalıdır. Baş kolonları baş baretten belli mesafede tutarak olası kazalarda darbenin yumuşatılması sağlanır. Elektrikçi baretlerinde elektrik riskine karşı havalandırma deliği ve perçin gibi metal malzemeler bulunmaz. Alüminyum veya para aramid elyaftan yapılan baretler ise kullanıcıyı ısı ve ateşe, kimyasallara karşı korurlar.

Baretlerin kullanıcılarına göre renkleri

Sarı : İşçiler

Kavun içi : Formen,ustabaşı

Mavi : Bakım grubu

Yeşil : Sağlık personeli

Beyaz : Yönetici ve ziyaretçiler

Kırmızı : Yangın,savunma personeli -ve kalite kontrol

ELDİVENLER

Yapılarına göre eldivenler; destekli(astarlı) ve desteksiz (astarsız) olarak ayrılırlar.Desteksiz eldivenler sadece üretildikleri malzemeden yekpare olarak üretilip genellikle esneklik gerektiren işlerde kullanılır.Destekli eldivenler ise genellikle pamuklu bir kumaş olan astarın üzeri plastik (pvc,pva,nitril),kauçuk (doğal, nitril, neopren) veya alüminyum ile kaplanır.Genel amaçlı eldivenler elleri mekanik risklere karşı korumakta olup eldiven kalınlığı ve malzemesi yapılan işe göre değişir (TS 7305 EN 388) Ellerin ağır malzemeler arasında sıkışma olasılığı olan işlerde eldiven parmaklıkları çelik yüksükler ile desteklenir.

Yapılan iş dolayısıyla farklılık gösteren işlerde özel amaçlı eldivenler kullanılır.Örneğin yüksek ısı ve ateş riskine karşı cam elyafının alüminyum ile kaplanması ile üretilen 1100 C°ye dayanıklı alüminize eldivenler veya meta-aramid elyaf yapıdaki dokuma malzeme kullanılır (TS 7935 EN 407) Elektrik riskine karşı kullanılan izolasyon amaçlı eldivenler doğal kauçuktan yapılır ve eldivenin et kalınlığına göre (1mm-3,4mm) 500-36.000 volta arasında koruyucu özellik gösterirler (TS EN 60903)

Kesilme risklerine karşı kullanılan eldivenler ve kolluklar ise ya çelik örgülü eldivenlerdir yada para aramid elyaf yapıdaki dokuma malzemeden üretilirler (TS EN 1082)

Kimyasallara karşı kullanılan eldivenlerde eldivenin yapısı ve kaplama malzemesi maruz kalınan kimyasala göre değişmektedir (TS EN 374) Eldivenler nitril,kauçuk,pvc,pva veya bunların kombinasyonlarından oluşurlar.

KORUYUCU GIYSİLER

İş elbiseleri,iş tulumları,iş önlükleri ve iş yeleklerinden oluşan koruyucu giysiler yapılan iş dikkate alınarak seçilir.Son yıllarda iş elbiselerinin yerine kullanılmaya başlayan iş tulumları farklı şekilde üretilmektedir.Tulum malzemesi dokuma kumaş değildir, polietilen veya polipropilen elyafın ısı ve basınç altında preslenmesi ile elde edilir ve gözenekleri geçirgen,az geçirgen veya geçirgen olmayan şekilde üretilirler.İş elbiseleri ve eldiven seçimlerinde AB standartları olan piktogramlardan faydalanabilir.Bu piktogramlarda koruyucu giysinin hangi riske karşı kullanılacağı semboller ile (ateş,çekiç,bıçak,radyasyon,statik elektrik...vs) belirtilmektedir,çeşitli risklere karşı korunma düzeyleri rakamlar ile belirtilmektedir (EN 340). Aşağıda koruyucu giysilerin standartları verilmiştir.

TS EN 465	Kimyasal riske karşı
TS EN 366	Isı ve ateşe karşı
TS EN 470	Kaynakçı elbise ve önlüğü
TS EN 412	Kesilme riskine karşı
TS EN 471	İşaretli uyarı yelekleri

AYAK VE BACAK KORUYUCULARI

Ayak ve bacak koruyucuları çalışanları düşen,yuvarlanan ağır malzemelerden,ergimiş metal ve kıvılcımlardan,elektrik kazalardan ve sıvı kimyasallardan korurlar.Ayak koruyucuları arasında en çok kullanılanı maskaratalı ayakkabılar olup ayakkabı veya çizme ucunda bulunan çelik bombeler ile özellikle ayak parmakları korunur. Bu bombeler 20 kg.lık bir parçanın 1 m. yükseklikten düşmeye karşı dayanıklı olmalıdır (TS EN 345).

Elektrikçi ayak koruyucuları ise yalıtkan olmalı,ayakkabı üzerinde herhangi bir metal malzeme bulunmamalıdır.Parlayıcı ve patlayıcı ile çalışılan işyerlerinde kıvılcım çıkarmayan statik elektrik birikimini önleyen iletken ayakkabılar ve çizmeler kullanılmalıdır..Maskarata kullanılması gerekiyorsa izole edilmelidir

Ayakkabı ve çizmeler kimyasallara karşı kullanılacak ise maruz kalınan kimyasala göre seçim yapılır. Örneğin pvc ve nitril karışımı ile yoğun poliüretanın kimyasallara karşı etkin koruması vardır.

EMNİYET KEMERLERİ

• Bel tipi emniyet kemerleri : Bu tip emniyet kemerleri beli saran kolondan oluşurlar. Düşme sonundaki tüm yük bele binip bel incinmelerine yol açtığından güvensizdirler. Ancak kurtarma ipinin kontrollü olarak bakıldığı ve çekildiği kurtarma operasyonlarında kullanılmalıdır.

• Gövde tipi emniyet kemerleri : Kolonlar bel ve gövdeyi sardığından düşme darbesi gövdeye yayılır. Bel tipine göre daha güvenlidir.

• Paraşütçü tipi emniyet kemerleri : Kolonlar beli, gövdeyi ve bacakları sararak olası düşme sonucunda darbeyi tüm vücuda yaydıklarından en güvenilir tiplerdir. (TS EN 361)

Emniyet kemerleri direk insan hayatını ilgilendirmesi sebebiyle bakım ve muafazasına özel önem verilmeli, teçhizatlar güneş ışığını direk görmeyen, serin ve kuru yerlerde muafaza edilmeli, periyodik olarak ve kullanım öncesi kontrol edilmelidirler. Kolonlar en az 12 cm. genişliğinde, 6mm. kalınlığında olmalı teçhizatın tüm aksamı (emniyet halatı, karabina kanca, bağlantı halkası, düşme bandı) en az 1150 kg. taşıma gücüne sahip olmalıdır.

İŞYERLERİNDE ZARARLI FAKTÖRLERİN ÖLÇÜM TEKNİKLERİ

Gerek iş riski analizi ile gerekli kişisel koruyucuların tespitinde ve gerekse mesleki hastalıkların önlenmesi açısından işyerlerindeki zararlı etkenlerin tespiti ve standartlara uygun ölçümleri son derece önemlidir. Ancak bu durumda gerekli teknik önlemlerin alınması, uygun kişisel koruyucuların seçimi, mesleki hastalıkların tanımı ve laboratuvar tetkiklerinin doğru olarak yapılabilmesi mümkün olabilir. Çalışanın sağlığını ve güvenliğini direk ilgilendiren söz konusu ölçümler için mevzuatlarımızda da düzenlemeler bulunmaktadır. Yasal olarak da yaptırılması zorunlu olan periyodik ölçümler ile ilgili tüzük maddeleri aşağıda verilmiştir.

- Gürültü ölçümleri (İSİGT md.22)
- Aydınlatma ölçümleri (İSİGT md.18)
- Gaz ölçümleri (PPMT çizelge 1)
- Toz ölçümleri (PPMT çizelge 2)
- Silisyum dioksit, silikat ve lif ölçümleri (PPMT çizelge 3)

İ.S.İ.G.T: İşçi sağlığı ve iş güvenliği tüzüğü.

P.P.M.T: Parlayıcı, patlayıcı, zehirli ve tehlikeli maddelerle çalışılan işlerde ve işyerlerinde alınması gereken tedbirler hakkında tüzük.

GÜRÜLTÜ ÖLÇÜMÜ

Gürültü hemen tüm işyerlerinde ortaya çıkan ve fazlaca önemsenmeyen, ancak çalışma hayatının en önemli problemlerinden biri olan bir faktördür. Korunmasız bir şekilde yüksek gürültüye maruz kalınması durumunda kalıcı işitme kayıpları ortaya çıkabilir. Bu sebeple gürültülü çalıştırmayı gereken işyerlerinde periyodik olarak gürültü ölçümleri yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır.

A) Lokal ölçüm ;

Çalışan gürültü kaynağına belli bir mesafede (tezgah ve makina başı, kontrol panosu...vs) çalışıyor ve kararlı gürültü söz konusu ise dB(A) cinsinden gürültü seviyesi ölçümü yapılır.

B) Kişisel Dozimetre ile ölçüm;

Çalışan belli bir tezgahta bulunmayıp kararsız/ darbeli gürültüye maruz veya gürültü seviyesi değişiklik gösteren yerlerde çalışması söz konusu ise çalışanın üzerini takılan kişisel dozimetre ile gürültü seviyesi ölçümü yapılır. Bu gibi durumlarda aynı zamanda gürültünün en yüksek seviyeye çıktığı (Max.peak) düzeyi tesbit edilir.

C) Gürültü haritası;

Bir işletmedeki tüm tezgah, makina ve ünitelerin gürültü seviyeleri ölçülerek işyeri yerleşim planı üzerine 'Gürültü seviyesi eğrileri' veya 'Izgara haritası' metotları kullanılarak geçirilir.

D) Gürültü emisyonu;

Gürültü Kontrol Yönetmeliği uyarınca işletmenin çevreye yaydığı gürültü seviyesi işletme kapalı alan duvarlarından ve açık alan sınırlarından 1 m. mesafesinden tespit edilir.

GAZ-BUHAR ÖLÇÜMÜ

İşyerlerinde işin yürütümü sırasında oluşan gaz ve buharlar etkin önlemler alınmaması durumunda çalışma ortam havasına yayılmakta ve çalışanlar tarafından solunmaktadır. Söz konusu kirleticilerin ortam havasındaki konsantrasyonlarının tesbitinde farklı metod ve teknikler kullanılır.

A) Kolorimetrik Yöntem;

Cam bir tüp içinde bulunan ve duyarlı olduğu gaz ve buharlara göre özel maddelerle empenye edilmiş materyalden belli hacim ve hızda çalışma ortam havası geçirilerek renk dönüşümünün sağlandığı bir yöntemdir. Ancak bu yöntemde ölçümü yapılan kimyasalın homologlarının karışım yaparak hatalı sonuç verme olasılığı mevcut olduğundan ortamdaki kirleticilerden emin olmak, gerekirse kullanılan kimyasalın kalitatif analizini yapmak gerekmektedir.

B) Kromatografik Yöntem;

Ölçüm yöntemleri arasında en bilimsel ve güvenilir yöntem olmakla birlikte pahalı ve uzmanlık gerektiren bir yöntemdir. Gaz pompaları vasıtasıyla çalışma ortam havası belli hacim ve hızda aktif karbon içeren cam bir tüpten geçirilerek ortamdaki kimyasalların aktif karbonda absorblanması sağlanır. Absorblanan kimyasallar ve bileşikler kullanılan dedektörün duysuz olduğu bir sıvıya desorbe edilerek gaz kromatografide kantitatif olarak analizi sağlanır.

C) Sensör-Dedektör Yöntemi;

Genellikle ölçümü yapılacak gaz ve bileşiklere hassas sensör, dedektör ve dalga boylarının kullanıldığı portatif cihazlar çalışanın üzerine takılarak veya sabit bir noktadan ölçüm yapılır. Bu tür yöntemde ek bir laboratuvar çalışması gerektirmez ve ölçüm sonuçları cihaz monitöründe anında izlenebilir.

TOZ-LİF ÖLÇÜMÜ

Toz pompalarına bağlı özel filtreler çalışanın solunum seviyesine takılarak filtreden belli hacim ve hızda ortam havası geçirilir. Filtrelerde toplanan toz/lif; toplam toz, solunabilir toplam toz, solunabilir toplam lif veya tozdaki silis miktarının analizleri için gravimetrik, infrared spektrofotometre yada faz kontrast mikroskop yöntemleri ile analiz ve değerlendirilmesi yapılır.

SOLVENT-BOYA-YAPIŞTIRICI ANALİZİ

İşyerlerinde kullanılan ve içeriği tesbit edilmek istenen kimyasallardan numune alma tekniğine uygun numuneler alınarak distilasyonu yapılır. Distilasyon sonucu elde olunan organik faz uygun dedektör ve kolon kullanılarak kromatografide analiz edilerek kantitatif analizi yapılır.

AYDINLATMA ÖLÇÜMÜ

Yetersiz veya uygun olmayan aydınlatma, iş verimini etkilemekte, yorgunluğa neden olmakta ve en önemlisi iş kazası olasılığını arttırmaktadır. Çalışma bölgesindeki aydınlatma düzeyi ölçümleri luksmetre cihazları ile yapılır. Ölçümlerin sağlıklı olması için gece ve gündüz ölçümleri yapılarak tabi aydınlatmalar değerlendirilmede göz önüne alınmalıdır.

TERMAL KONFOR ÖLÇÜMÜ

Çalışanların maruz oldukları termal konfor şartları psikometre ve katatermometre kullanılarak tesbit edilebilir. Söz konusu cihazlar kullanılarak ölçüm yapılan ünitenin kuru ve yaş hava sıcaklığı, bağıl nem ve hava akım hızı belirlenerek bir diyagrama uygulanması sonucu Etkin Sıcaklık Eşdeğeri (e.s.e) tesbit edilir. Termal konfor şartlarının uygun olduğu ortamlarda e.s.e için normal değerler 17 ile 21 C° arasındadır.

HAVA AKIM HIZI ÖLÇÜMÜ

Çalışma ortamının, lokal ve genel aspirasyonların hava akım hızları anamometre cihazı ile ölçülür. Özellikle periyodik yapılan ölçümler lokal ve genel aspirasyon sistemlerindeki teknik problemlerin erken tespitinde son derece önemli rol oynarlar.

MAK DEĞERLER - TANIMLAR

Zararlı etkenleri çalışma ortamında bulunmasına izin verilen azami miktarları ve değerlendirilmesi ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte genellikle aşağıda belirtilen değerler veya eşdeğerleri kullanılmaktadır.

- TLV (Thresold Limit Value) ESD (Eşik Sınır Değer):

Kimyasalların havada bulunmasına izin verilen ve uzun süreli, yinelenen maruziyetlerde herhangi bir işçide olumsuz etkiye yol açmadığına inanılan sınır değerlerdir.

- TLV-TWA (Thresold Limit Value-Time Weighted Average) (Eşik Sınır Değer - Zaman Ağırlıklı Ortalama)

Günde 8, haftada 40 saat çalışan işçinin bir kimyasala uzun süreli, tekrarlanan bir biçimde maruz kalması durumunda, sağlığının zarar görmeyeceği düşünülen zaman ağırlıklı ortalama konsantrasyondur.

- TLV-STEL (Thresold Limit Value – Short Time Exposure Limit) (Eşik Sınır Değer- Kısa Süreli Maruziyet Sınırı)

Bu değer, çalışma günü boyunca asla aşılmaması gereken ve 15 dakikalık maruziyet temelinde belirlenmiş zaman ağırlıklı ortalama sınır değerdir. Bu konsantrasyonlara maruziyet 15 dakikayı aşmamalı, maruziyet günde 4 defadan çok yinelenmemeli ve iki maruziyet arasındaki süre 60 dakikadan az olmamalıdır.

- TLV-C (Thresold Limit Value –Ceiling) ESD-TD(Eşik Sınır Değer-Tavan Değer)

İş günü boyunca, hiç bir şekilde aşılmaması gereken değerdir.

- MAC (Maximum Allovable Consantration)- MAK (Müsaade edilen Azami Konsantrasyon)

Günde 8 saat ve haftada 40 saatlik çalışma süresi için geçerli olup zaman ağırlıklı ortalama konsantrasyon.

- Leq (Equivalent Sound Pressure Level) EGD (Eşdeğer gürültü seviyesi)

Belli bir süre içinde süreklilik gösteren ses enerjisini veya ses basınçlarının ortalama değerini veren dB(A) biriminde gürültü düzeyi.

- Lmax (Maximum Sound Pressure Level)

Ölçüm süresi içerisindeki tespit edilen en yüksek gürültü düzeyi.

Ülkemiz mevzuatlarında TWA'nın eşdeğeri olan MAK değer kullanılmakla birlikte söz konusu MAK değerlerin önemli bir bölümünün diğer ülkelere göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Konuya duyarlı diğer ülkelerde olduğu gibi işçi sağlığı ve iş güvenliğini ilgilendiren tüzük ve yönetmelikler, MAK değerler her yıl gözden geçirilerek teknik ve sağlık ile ilgili gelişmelere paralel olarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

TÜRKİYE'DE İŞ SAĞLIĞI ALANINDA YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Oturum Yöneticisi: Prof.Dr. Hamdi AYTEKİN

(Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Başkanı)

İŞÇİLERİN KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Konuşmacı: Özcan KARABULUT

(TÜRK-İŞ)

Prof. Dr. Hamdi AYTEKİN: 1. Konuşmacımız Sayın Özcan Karabulut Türk-İş temsilcisi, 2. konuşmacımız Bursa Sanayici ve İşadamları Derneği genel sekreteri Serhas Bekişoğlu, 3. konuşmacımız Doktor Celal Emiroğlu TTB İşçi sağlığı kolu koordinatörü kendisi. Bu ilk turda 3 konuşmacı ile turlarımızı sürdüreceğiz. Konuşmacılarımıza yarım saat süre ayrılmıştır. Konuşmacıların buna özen göstereceğini umuyorum. Çünkü zaman hayli daraldı. Sonunda da yarım saatlik tartışma bölümümüz var. Sözü Özcan Karabulut'a veriyorum. Kendisi işçilerin karşılaştığı sorunlar ve çözüm önerileri hakkında görüş bildirecekler. Buyurun.

Özcan KARABULUT: Bilindiği gibi işçi sağlığı iş güvenliği konusu iş yerlerinde işin yürütümü sırasında doğan olumsuz koşullardan işçiyi korumak, üretim devamını, işletmenin üretiminin güvenliğini sağlamak ve verimliliği arttırmak için yapılan çalışmaları kapsamaktadır.

Günümüzde çevre konusu da bu kapsamda yerini almış olup; çalışma çevresi yaşama çevresi ile birlikte düşünülmektedir artık. Çağdaş toplumlar insana ve çalışana değer vererek çalışma hayatını daha insancıl bir hale getirerek, yaşam kalitesini yükselterek hedeflerine ulaşmaktadırlar. Bu çerçevede teknolojik gelişmelerin olumsuz etkilerinden çalışanları korumak gelişmişliği hedef alan toplumların başlıca amaçları arasındadır. Uluslararası Çalışma Örgütü, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların çabaları da bu yöndedir. Avrupa topluluğunda topluluk düzeyinde geliştirilen ve yüksek bir koruma düzeyi içeren standartlardan birisi de işçi sağlığı, iş güvenliği ile ilgilidir.

Bu konuda kabul edilen yönergeler, Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansının kuruluş amacı, Avrupa Birliği'nin konuya verdiği önemin bir göstergesidir. Bizde başta Anayasa olmak üzere, Umumi Hıfzısıhha kanununda, İş kanunda, SSK kanununda, sendikalar kanununda, işçi sağlığı İş güvenliği ile ilgili tüzük ve yönetmeliklerde konu ile ilgili düzenlemeler mevcuttur. Ancak bunlar günümüz koşullarında yetersiz, eksik, dağıntı ve en önemlisi devlet ve işveren tarafından; işveren de derken özellikle KOBİ'ler için bunu söylüyorum, tam olarak uygulanmamaktadır. Devletin; işçi sağlığı iş güvenliği alanında güvenilir, sağlıklı veriler konusunda tarafları bilgilendirmeye, ulusal mevzuatın günün gereksinimlerini karşılayacak biçimde güncelleştirmekten, insan sağlığını her şeyin üstünde tutarak işyerlerini etkili bir biçimde denetlemesine kadar pek çok sorumluluğu vardır. İşverenlerin büyük bir bölümü insanın, çalışanın korunmasını, işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerinin alınmasını, ne yazık ki bugün genellikle maliyet unsuru olarak görmektedirler. Yasanın, yönetmeliğin zorunlu kıldığı önlemleri almak, sağlık kurullarını oluşturmak konusunda tabi işverenlerin özellikle KOBİ'lerde bu sorumluluklarını kendiliğinden yerine getirmeleri beklenmemelidir. Son yıllarda özellikle süresi belli hizmet akdi ile işçi çalıştırarak, part-time çalışmayı yaygınlaştırarak, hızlı taşeronlaşarak, fason iş vererek, eve iş verme sistemini yaygınlaştırarak iş yerlerini ve işçileri küçük birimlere bölmeye ve sendikasılaştırmaya çalışma yönünde bir eğilim gözlenmektedir. Devlet harekete geçememekte daha doğrusu geçmemektedir. Bunları, 7. Beş yıllık kalkınma planlarından başlayarak böylesi çalışma biçimlerini biz görüyorduk. Hatta bu uygulamaları az önce söylediğim gibi desteklemektedir. Örgütlü güç olarak biz işçi konfederasyonlarına, işçi sendikalarına önemli görevler düşerken maalesef bizim yetersizliğimiz de söz konusudur. Bir dönem özellikle 80'li yılların sonuna doğru, 80'den sonra ücretlerin artırılması, özellikle son dönemde iş güvencesi mücadelesi öne çıkmakla son 20 yıldır sürekli kriz yaşanan ülkemizde sendikalara saldırılar artmakta, pek çok sorunla bir arada mücadele etmek zorunda kalmaktayız. Ülkemizde işçi sağlığı ve iş güvenliği alanındaki sorunlar 2000'li yıllarda da çalışma hayatının en önemli sorunlarının başında gelmektedir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerinin alınmaması nedeniyle meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıklarından tabi ki en başta işçiler, çalışanlar olumsuz etkilenmektedirler. SSK verilerine göre 1999 yılında 78 bin iş kazası olmuş bunun sonucunda 3407 sigortalı sakat kalmış, 1333 sigortalı ise hayatını kaybetmiştir. Son 34 yıla baktığımızda ise tablo çok daha olumsuzdur. 1965'den 1999 yılına kadar ülkemizde 4.575.000 iş kazası olmuştur. Bu dönemde 109.000 işçi sakat kalmış, 40.000 işçi iş kazalarında hayatını kaybetmiştir. Bunu en geniş biçimde düşünmek lazım. Meslek hastalıklarına yakalanmıştır. İş kazaları nedeniyle sakat kalan, hayatını kaybeden işçiler ile ilgili rakamlar bildi-

ğiniz gibi yalnızca sigortalıları kapsamaktadır. Bu gün SSK'nın en son verileri 1999 istatistikleridir. 1999 verilerine göre SSK 5.832.215 sigortalıya hizmet vermektedir.

Devlet İstatistik Enstitüsü'nün verilerine göre Türkiye'deki toplam istihdam 21 milyon civarındadır. Dolayısıyla SSK verilerine baktığımız zaman bu iş kazaları, meslek hastalıkları ya da ölüm sayılarına baktığımız zaman Türkiye geneli toplam istihdamının da yalnızca 26.8'ini kapsamaktadır ki bu oldukça yetersiz bir sayıdır ve önemli bir çarpıklığı ortaya koymaktadır. Örneğin Türkiye'deki kaçak işçi sayısının - bu hemen herkes tarafından kabul ediliyor - 4.500.000 civarında olduğu düşünülürse işçi sağlığı, iş güvenliği alanında üzerinde durduğumuz veriler, bu ölüm kazalarının, meslek hastalıklarının, sakatlanmaların var olanın çok üzerinde olduğu rahatlıkla anlaşılmaktadır.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği alanındaki sorunlar son yıllarda özelleştirmeler, taşeronlaşma, özellikle yine küçük ve orta boy işletmelerde çocuk, genç işçi çalışmasının yaygınlaşması ile daha da artmıştır. Kırsal alandan, kentsel alana göç, işten çıkarmalarla %20'lere ulaşan işsizlik; çalışanları, işçileri, işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerinin alınmadığı koşullarda düşük ücretler ile çalışmaya zorlanan insanlar iş kazası ve iş kazasının neden olduğu ölüm, sakatlık, meslek hastalığı gibi riskleri tercih etmeye zorlanmaktadır. Günümüzün artan rekabet şartlarında maliyetlerin düşürülmesi temel hedef haline gelmiştir. İşte bunu son ekonomik krizden sonra da görüyoruz. Türkiye'de ortalama işçi ücretlerinin 100 Dolara çekilmesi konuşulmaktadır.

Özellikle KOBİ'lerde maliyetin ilk düşürüldüğü yer işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemleridir. Bugün ülkemizde işyerleri toplamının %95'inden fazlası ki bu %98'lere kadar ulaşıyor: 50'den daha az işçi çalıştıran işyerleridir. Bu şekilde yasaların ve tüzüklerin getirdiği sorumluluklardan kurtulma istenmektedir. İşyerlerinde çalışan işçi sayısının 50'nin altına düşmesi işçi sağlığı kurulu kurma ve iş yeri hekimi istihdam etme yükümlülüğünü bildiğiniz gibi ortadan kaldırmaktadır. Kuşkusuz işçi sağlığı, iş güvenliği konusunda gerekli önlemleri alan işverenlerimiz de vardır. Ancak sık sık vurguladığımız gibi işverenlerin büyük bir çoğunluğu bu konuda duyar-sız kalmakta, yasaların getirdiği yükümlülükleri uymamaktadırlar. Bundan en büyük zararı da iş kazasına uğrayan çalışanlar, işçiler, yakınları ve ülkemiz görmektedir. İşverenlerde ödemek zorunda kaldıkları tazminatlarla sıkıntı içerisine girmektedirler. Biz Türk-İş olarak işçi sağlığı ve iş güvenliği konusuna önem veriyoruz tabii. İşçi sağlığı, iş güvenliği konusunu çevre konusu ile başında da dediğimiz gibi birlikte alıyoruz ve başta riskli iş kolları ara kademe teknik elemanların eğitimi, karma eğitimler, iş kolları ve iş yeri eğitim çalışmaları olmak üzere bu alandaki çalışmalarımızın sayısı yılda 40'ı bulmaktadır. 40 hafta işçi sağlığı iş güvenliği eğitimi yaptığımızı söyleyebilirim. Bu eğitimler panel, sempozyum gibi faaliyetler ile afiş, broşür, kitap gibi yayınlar ile desteklenmektedir. Ayrıca genç işçilere yönelik eğitimlerin yanı sıra son 8 yıldır çocuk işçilik eğitim konusu da eğitim çalışmalarımıza dahil edilmiştir. Son 8 yıldır çocuk işçiliğine karşı da mücadele veriyoruz. Bu projelerin başında olduğum için bu konuda da bir şeyler söylemek isterim. 15.30'da diğer salonda gerçi Gürhan FİŞEK bu alanda bilgi verecek ama bizim uluslararası Çalışma Örgütü'nün, çocuk işçiliğinin sona erdirilmesi uluslararası programı çerçevesinde 8 yıldır uyguladığımız projeler var. Çocuk işçiler bürosu kanalı ile yürütüyoruz. Bugün Adana, Bursa, İzmir, Ankara, İstanbul gibi yerlerde bölge eylem komitelerimiz ve ulusal eylem komitelerimiz mevcuttur. Çocuk işçiler konusunu sürekli ulusal gündemde tutmaya çalışıyoruz. Özellikle Bursa bölgemizin Türk-İş Bursa Bölge Temsilciliği'nin bünyesinde çocuk işçiler bürosu var ve çalışmalarını sürdürüyorlar. Bir çoğunuz anımsayacaklardır. 1998 yılında çocuk işçiliğine karşı küresel bir yürüyüş gerçekleştirilmişti. Biz Türkiye'de 5 konfederasyon olarak bunun öncülüğünü yaptık. Türk-İş, Hak-İş, DİSK, KESK VE TESK olarak yaptık geçen yıl bu zamanlarda 23 Nisan haftasında ise ilk kez çocuk işçiliğine karşı ulusal bir yürüyüş gerçekleştirdik. Tabii bu yürüyüşün, bu mücadelenin amaçları gündemde tutmak, dikkat çekmek ve çözüm yollarını, alternatifleri getirmektir. Bir başka amacımız ise 182 sayılı İLO sözleşmesi var. Bu yürüyüşler sonrasında önce Cenevre'de İLO'da kabul edildi ve ardından da ülkemiz bunu onayladı. Çocuk işçinin en kötü biçimlerinin önlenmesine ilişkin acil eylem sözleşmesi. Tabi Türkiye bunu onayladı ama henüz ulusal mevzuata geçmedi, yeni dönem projemiz. Biz daha çok sanayide çalışan çocuklar ile ilgiliyiz. Ama Türkiye'de son 2 yılda pek çok şey değişti. Sanayiden sokağa doğru bir yöneliş söz konusu. O yüzden bu yıl ilk kez Diyarbakır, Gaziantep bu çalışmalara ekleniyor ve daha önce andığımız şehirlerde sokakta çalışan çocuklara yönelik çalışmalar yapacağız.

Çocuk evleri kurulacak, ama en önemlisi Milli Eğitim Bakanlığı ile bir protokol imzalayarak ilköğretim Genel Müdürlüğü'ne bağlı YİBO'lar var kısa adı ile (Yatılı İlköğretim Bölge Okulları). Bunların 50.000 boş kapasitesinin olduğunu fark ettik biz. Bu bize şunu gösteriyor; eğer etkili bir çalışma yapabilirsiniz sokakta çalışan 50.000 çocuğu YİBO'lara yerleştirebilirsiniz. Biz üç işçi konfederasyonu olarak bunu sağlamak amacındayız önümüzdeki dönem. Tabii ki bu çalışmaların yine de yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir. Başta devlet olmak üzere işçi sağlığı, iş güvenliği ve diğer alanlarda da işçi, işveren, üniversiteler, meslek birlik-

leri gibi kurum ve kuruluşlar işçi sağlığı ve iş güvenliğinin tarafları durumundadır. Çalışanların sağlığının korunmasında, üretimin sürdürülmesinde ve tabii en önemlisi çalışma barışının korunmasında taraflara sorumluluklar düşmektedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde İşçi Sağlığı Daire Başkanlığı'nın talebimiz yönünde İş Sağlığı, Güvenliği Genel Müdürlüğüne dönüştürülmesi ki Vedat Bey burada idi. Adı geçiyor. Sanırım katılacaktır toplantıya. Tabii sorunların çözümüne katkıda bulunacağını düşünüyoruz. Nitekim işçi sağlığı ve iş güvenliği haftasının 2001 Mayıs'ında uluslararası konferans düzeyinde gerçekleştirilebilecek şekilde planlanması sorunların ve çözüm yollarının geniş bir çerçevede ele alınması bu alanda olumlu bir adım olmuştur, bizim açımızdan. Ben bu yaklaşım çerçevesinde işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda ki çözüm önerilerimizin önemlerini sıralamak istiyorum. Aslında bu çözüm önerilerinin pek çoğu 20-23 Nisan 1998 günlerinde TTB tarafından gerçekleştirilen, bizim de Türk -İş olarak ve diğer işçi konfederasyonları olarak desteklediğimiz 3. Ulusal İşçi Sağlığı, İş Güvenliği kongresi sonuç bildirgesinde aslında bunların pek çoğu yer alıyor. Ayrıca 8. Beş yıllık kalkınma planı çalışmaları çerçevesinde komisyonlara sunulan görüşlerde bunların pek çoğu mevcuttur. Burada yapılan değerlendirmeler, öneriler işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında yapılması gerekenleri bizce özlü bir biçimde işaret ediyor. Ama ben bunlardan bir bölümünü yine de sıralamak istiyorum. Bir kere işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili yasa, tüzük ve yönetmelikler, uluslararası sözleşme standart ve normlar dikkate alınarak-ki bu alanda pek çok İLO sözleşmesi, tavsiye kararı vardır- yenilenmeli, tek bir işçi sağlığı yasası hayata geçirilmelidir. Pek çok kesim tarafından söylendiği gibi, iş güvencisi sağlanmalı tüm çalışanlar sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmalıdır. Biliyorsunuz bu yönde Çalışma Bakanlığı'nın çalışmaları var ama henüz Bakanlar Kurulu tarafından imzalanmadı. Devlet, kaçak işçilik ile mücadele etmeli, sigortasız ve sendikasızsız çalıştırma önlenmeli, kayıt dışı ekonomi kontrol altına alınmalı. Bunun tümünden yok olacağını da tabii düşünmüyoruz. En az düzeye indirilmelidir. 50'den fazla işçi çalıştıran iş yerlerinde mevzuat ile getirilen ve toplu iş sözleşmelerine hüküm olarak konan işçi sağlığı ve iş güvenliği kurul ve kuralları demokratik bir yapıya kavuşturularak işletilmeli 50'den az işçi çalıştıran iş yerlerinde ortak örgütlenme modeli geliştirmeli, iş yeri hekimi bulundurulması sağlanmalıdır. Bir başka önerimiz ortak öneridir. Bu da iş yeri sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetleri öne çıkarılmalıdır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve SSK müfettiş sayısını arttırmalı, müfettişlerin yetkilerini çoğaltmalı ve tabii sendikalar ile işbirliği içinde çalışmalıdırlar. Denetimler etkin olmalı, eğitim programları ile desteklenmelidir. İşçi, işveren ve hükümet işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında işbirliğini geliştirmelidir. Tabii ki buna üniversiteler, TTB gibi kurumlarımız da dahil olmalıdır. Meslek hastalıkları konusunda çalışmalar geliştirilmelidir. Ben sözümü bitirirken, ortak amacımız; çalışanların yaşam kalitelerinin artırılması, işletmelerin üretime devam edip, ayakta kalması ve ülkemizin verimlilik düzeyinin yükseltilmesi olmalı diyorum. İşçi sağlığı ve iş güvenliği konusundaki sorunların çözümünde yine pek çoğumuzun dile getirdiği gibi önce insan ve önlemek, ödemekten hem daha ucuz hem daha insancıldır, görüşlerini benimseyerek ortak amaç için taraflar olarak birlikte çalışmalı, huzurlu, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamını birlikte yaratmalıyız diyorum.

İŞVERENLERİN KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Konuşmacı: Serhas BEKİŞOĞLU

(BUSİAD Genel Sekreteri)

Prof Dr. Hamdi AYTEKİN:Teşekkürler Sayın Karabulut. İkinci Konuşamacımız, Bursa Sanayici ve İşadamları Derneği Genel Sekreteri Serhas Bekişoğlu sorunun diğer önemli bir kısmını,işverenlerin karşılaştığı sorunlar ve çözüm önerisini aktaracaklar. Buyurun Sayın Bekişoğlu.

Serhas BEKİŞOĞLU: Değerli katılımcılar; işçi sağlığı ve iş güvenliği alanlarında iş verenlerin yani bizlerin sorumluluğu ve sorumlulukları konularına girmeden önce işçi sağlığı ve iş güvenliğinin tarihçesine çok kısa bir göz atmak, daha sonra işverenlerin sorumluluklarını anlatmanın daha yararlı olacağını sanıyorum. 1850'lerde Batı'da başlayan Sanayi devrimi ile birlikte gelişen liberal ekonomik sistemin gelişen sürecinde örgütlenemeyen işçilerin özellikle İngiltere'de ve Fransa'da karşı karşıya kaldıkları sorunlarla birlikte kavram anılmaya başlanmıştır. Yukarıda belirttiğim gelişen liberal ekonomik sistem cümlesinin özellikle altını çizmek istiyorum. Çünkü 1950'lerin sistemi ile günümüz liberal ekonomik sistemi arasında çok büyük farklıklar olmuştur. Çünkü büyük bir zaman dilimi vardır arada. Globalleşen dünyamızda AB'ye girmek için uyum yasalarının bir an önce gündeme gelmesini istediğimiz günümüzde bu tür olumsuzluklar yaşanmakta, ve hiçte hoş olmayan bir ortam ortaya çıkmaktadır. Bizler,işverenler olarak varolmak için, rekabet edebilmek için, kaliteli üretim yapabilmek için, insan gücünün değerine dün olduğu gibi bugün de içtenlikle inanıyoruz. Birlikte çalıştığımız işçilerimizin iş sağlığının ve iş güvenliğinin bizim için ne kadar önem taşıdığını da çok iyi biliyoruz. Ancak sanayici ve iş adamları olarak karşı çıktığımız konu dayatmacı uygulamalardır. Liberal ekonomik kurallarının bir kenara, bir şekilde itilmesidir. Basit bir örnek olarak iş yeri hekimiği konusundaki yanlış uygulamaya bakabiliriz. Ülkemizde 50 kişiden fazla işçi çalıştıran-ki bu konudan demin arkadaşımızda bahsetti. tüm sistemin içerisinde 50 kişiden fazla çalıştıran şirket sayısı ancak %10-12 civarındadır. Geri kalanlar, %90'ı KOBİ'ler dediğimiz 50 ve 50'nin altında işçi çalıştıran kurumlardır. Elli kişiden fazla çalıştıran her iş yeri, çalışan başına ayda 15 dakika işyeri hekimi istihdam etme zorunluluğundadır. Tabipler Odasına sorduğunuzda bu uygulamanın tüm gelişmiş ülkelerde olduğunu, Almanya'da da aynı uygulamanın olduğunu söylerler. Ama söylemedikleri bazı önemli hususlar vardır. Almanya'da iş yeri hekiminin çalışma süresi, işyerinin tehlike derecesine göre değişiklik arz eder. Normal çalışma ortamlarında işyeri hekiminin çalışma süresi çalışan başına senede 15 dakikadır. Ayrıca işyeri hekiminin işine son verilince bir tazminat da söz konusu değildir. Yani Türk işvereni Alman işvereni ile karşılaştırıldığında göreceli olarak 12 kez daha fazla işyeri hekimi parası verir. Sanayicinin işyeri hekimlerine ödeme mecburiyetinde kıdem tazminatı da Türk Sanayicisinin sırtına vurulmuş olan ama Almanya'da olmayan bir yükür. Şimdi bu noktada bir şeyler daha ilave etmek istiyorum, izin verirsiniz. İşverenin sırtına yüklenmeye çalışan yani kayıt altında bulunduğu göre şu anda bahsettiğimiz grup bunların sırtına yüklenmek istenen bir sürü ödenti vardır. Şimdi mesele bunlardan bir tanesini söyleyelim.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Sayın Yaşar Okuyan ısrarla SSK primlerini %48 nispetinde arttırılmasını talep etmektedir. Şimdi bunu niçin talep etmektedir. Bunu anlamamız mümkün değil; herhalde yine SSK'da bir açık var bir tarafa yamayacağız, gidecek. Son günlerde kendileri bu tavrından bir miktar geri atım attılar. Ve dediler ki peki %48'den vazgeçelim. Şimdi 40 olsun. Şimdi bunlar nerden çıkıyor? Bunu bilmemiz mümkün değildir. Bir diğer konu işverenlerin sırtında başka bir takım yükümlülükler de var. Bunları göz ardı etmemiz mümkün değil. Biz de bunlardan kaçmıyoruz, yerine getirmek istiyoruz. O da şu; her işyeri %2 oranında sakat işçi çalıştırmak zorundadır, her işyeri %2 oranında tahliye olmuş suçlu çalıştırmak zorundadır,her işyeri gazi malulü emeklilerin aile ve etrafından olmak üzere %3 oranında belli bir personel çalıştırmaktadır. Şimdi bu yükümlülükler var, arasından her işyerinde mutlaka bir işyeri hekimi olmalıdır...doğrudur olmalıdır. Biz bunun kesinlikle karşısında değiliz. Ama bunun ücreti, Tabipler Odası tarafından belirlenir... Bu da asgari ücrettir... Nedir asgari ücret ? Asgari ücret şu anda işçiye uygulanan asgari ücret değildir. Tabipler Odası'nın belirlediği asgari ücrettir. Şimdi bu yıl bu mesela diyelim ki 50 ila 100 arasında son öğrendiğim rakamlara göre 280 ila 300 milyon Lira arasındadır. Buna giydirilmiş olarak bakarsak yaklaşık 400-450 milyon Liradır. Şimdi, 50 kişilik bir işyerinde bir ayda hasta olabilecek insan sayısı acaba kaçtır? %10 düşüsek 50 kişilik bir yerde 5 kişidir. Bu 450 milyonu 5 kişiye bölersek 90 milyon lira kişi başına bir muayene ücreti çıkar. Şimdi, Türkiye Tenakuzlar Ülkesi, çok enteresan bir rakam: SSK'nın aciz kaldığı, içinden çıkamadığı durumlarda veya imkanların yetmediği durumlarda hastayı bir üniversite hastanesine gönderebilmekte ve oradan teşhis ve tedavi isteyebilmektedir. Hasta başına bu iş için ödenen ücret 4,5 milyon liradır. Bu bir örnek.

Bir başka konu aklıma geldi. Notlarıma bakarken burada yoktu ama benim kendi işyerimde 50'den daha az işçi çalıştırmaktayım. Yani işyeri hekimi bulundurma zorunluluğum yok. Ancak ben 6 sene kadar

önce bir hekim arkadaşım ile anlaşarak dedim ki; ben kendi işyerimde bir işyeri hekiminin olmasını istiyorum. Çünkü beraber çalıştığım arkadaşlarımın sıkıntılarının hiç değilse günlük olarak da olsa bir nebze çözülmesini, en azından doktordan bir takım tavsiyeler almasını ve bir takım ilaçları sigortadan olmasa bile piyasadan alabilecek ilaçları düşündük ve doktor ile bir anlaşma imzaladık. Zaman zaman şirketlerimizi kontrole gelen işyeri güvenliği müfettişleri gene günün birinde bu hekim arkadaşımızla tanıştıktan sonra geldiler. Ve dediler ki işte sizin işleriniz tamam, hastalarınız muayeneye gidiyor. Dosyaları tamam. Biz tabii çok sevinçli ve kıvançlı olarak dedik ki tabi biz bunu yapıyoruz bir de üstüne üstlük doktor tuttuk dedik. Adam dedi ki: Ne, doktor mu tutunuz? Evet. Peki bu doktorun muayene yapacağı odası var mı? Dedik ki yok. Olmaz dedi. Nerede yapıyor muayeneyi? Vallahi işte bizim arkada bir toplantı odamız var orada bakıyor. Göreyim orayı dedi. Gördü. Dedi ki hastayı bu toplantı masasına mı yatırıyor bu doktor. Dedik ki kardeşim burada yatılı falan bakmıyor, işte derdini dinliyor. Olmaz dedi. Bir kere kesinlikle bir oda ayarlayacaksınız. Bir dahaki sefere geldiğimde bunu görmem lazım. Şimdi bizim böyle bir yükümlülüğümüz yok, tekrar ediyorum. Peki, odayı yaptık. Gene geldiler. Ha oda tamam şimdi olmuş peki şey nerede burada bir sedye olması lazım evet birde dolap olması lazım. Ecza dolabı peki bir daha ki sefere onları da aldık. Geldiler baktılar ve dolap boş. Şimdi bunun içini malzeme doldurmanız lazım. Nedir malzeme? Bakın malzeme çok enteresan 1900'lü yıllardan çıkmış tababeti ve şuhubeti mi adını bile telaffuz etmekte müşkülât çektiğim bir kanuna istinaden yapılmış tüzük. Şimdi burada belirtilen malzemeleri sayıyorum. Dolapta bulunması gereken, bakınız ustunç takımı, burada hekim arkadaşlarımız var. Ustunç takımı nedir? Ben hala öğrenebilmiş değilim. 2. Paslanmaz çelik kutu içerisinde cam enjektör ve her enjektör için ispiro ocağı, çengelli iğne, agraf her işçi için miktarı kafi vazelin şimdi dedik ki beyefendi bizim dolabımızda disposable dediğimiz bir defa kullanılıp atılabilen her türlü enjektör var. Olsun onlar da olsun ama bizim bu tüzükte bunlar yazıyor. Bunların da olması lazım. Şimdi bir kere öncelikle bu tababet şuhubet ne ise adının ne olduğunu telaffuz edemediğim, bu kanunun ve bununla ilgili tüzük maddelerinin kesinlikle değiştirilmesi ve işverenle gelen müfettişin arasında bir diyalogun kurulabilmesi lazım. Gelen müfettiş diyor ki doğru haklısınız. Ama benim kitabımda böyle yazıyor ne yapayım ve cezayı kesip gidiyor. Şimdi geliyorlar zaten sizin böyle bir mecburiyetiniz yok. Onun için size de yapabileceğimiz fazla bir şey yok. Çünkü mahkeme kararınız da var. Ama olsun usulen bakalım. İşte fabrikanın içine de diğer unsurlara da bakıyorlar ve gidiyor. Burada söylemek istediğim kanunların mutlaka değiştirilmesi ki arkadaşım da bundan bahsetti. Kesinlikle bunların yerine getirilmesi lazım.

Şimdi diğer bir konuya geçelim. Mesela Almanya'da işsizlik sigortası. Yeni çıkarılan işsizlik sigortasına sosyal güvenlik kanunlarının en gelişmiş ülkelerinden biri olan Almanya örneğinden bakalım. Almanya'da işsizlik sigortasına hak kazanabilmek için en az 12 ay aynı işyerinde sürekli çalışmış olmak gerekir. Bu şartı yerine getiren 6 ay işsizlik sigortası almak hakkına sahip olur. İşsiz daha önce çalıştığı dolayısıyla prim ödediği süre ayınca işsizlik parası aldığı dönemde artar. Ancak bir kişinin işsizlik parası aldığı süre 32 ayı aşamaz. Bu süreyle işsizlik parası alabilmenin şartı en az 64 ay çalışmaktır. Almanya'da part time çalışma izni olduğundan, Alman Kanunları bu konuya da açıklık getirmiş ve haftada 15 saatten az çalışanın işsizlik parası almasına imkan vermiştir. Part time çalışan ancak 15 saati doldurmayan kişiyi sürekli çalıştığı yerlerden aldığı ücretin %20'sini işsizlik parası almaya hak kazanır. Part-time çalışan kişiye verilen en düşük işsizlik parası 350 Mark ile sınırlandırılmıştır. Tamamen işsiz kalan kişinin hak ettiği işsizlik parası ayda eline geçen net ücretin %60'ıdır. Eğer bu kişi evli ve bir çocuk sahibi ise ücret %67'ye çıkar. Almanya'da işsizlik parası almanın kötüye kullanılmasını engellemek ve gerçek ihtiyaç sahipleri dışındakilerin bu haktan yararlanmamaları için çeşitli önlemler alınmıştır. Bu konuda konulan engelleri bu konuşmaya sığdırmak mümkün değildir. Bir örnek vermek gerekirse iş yerinden ayrılırken tazminat almış olan kişi işsizlik parası alamaz. Yani Alman Kanunu gerçekten yaşam güclüğü çekenı korumak için kurulmuştur. Anlaşılan Almanlar işten ayrılan işçileri için bizdeki gibi hem ihbar tazminatı hem de kıdem tazminatı verip hem de işsizlik parası verecek kadar zengin değiller gibi gözüküyor.

Ülkemiz bugün bir darboğazdan geçmektedir. Bu darboğazdan geçerken herkes toplumun daha zayıf kesimleri için fedakarlık yapmak durumundadır. Devletin genel müdürünün, daire başkanının arabasının alınmasını savunuyor, çiftçiye verilen sübvansiyonu çok görüyor, esnafın kredi faizini yükseltiyor, sanayici ve işadamlarının sırtına vergi üzerine vergi koyuyor. Bu durumda kıdem tazminatının işsizlik sigortası karşısındaki durumunun masaya yatırılması da şarttır. Eğer kıdem tazminatı verilmiş hak ise geri alınmasının ya da miktarının tartışılması Anayasaya aykırıysa genel müdürünün altındaki araba verilmiş bir hak olduğuna göre alınması da tartışmaya açıktır diye düşünüyoruz. Diğer sorulara gelince işsizlik sigortası konusunda daha birçok soru işaretleri var. Demin söylediğim bu SSK primlerinin %48 arttırılması kaçak işçi ortamının artmasına kesinlikle neden olacaktır. Halbuki biz kayıt dışı bir ortamı önlemeye çalışıyoruz. Alınmaya çalışılan kanunlarla da sanki bunu desteklemeye çalışıyoruz gibi de birbirine ters bir ortamla karşı karşıyayız. Devlet kuruluşlarının ve bu ortamda özel sektörün de ödeyemedikleri primlere rağmen işsizlik parası ödentileri başlayınca acaba kol sıkıntısı doğacak mı? Kaçak çalışan işçiler bugün takip edilemezken işsizlik parası alıp diğer taraftan kaçak çalışan işçiler hangi kadrolarla takip

edilecek hangi yasalar ile cezalandırılacak. İş güvencesi yasası çıkarılınca işveren işçi tasarrufuna giderse işsizlik sigortası fonları ortaya çıkacak ilave işsizler ordusuna acaba yetecek midir? Şimdi biz hepimiz aynı gemideyiz. Ama galiba gemi batıyor. ABD'de işçi-işveren ilişkilerinde işçiye temel kanun hükümlerinde hiçbir iş güvencesi verilmez. Kanunen mecbur ihbar ve kıdem tazminatı yoktur. Sadece belirli ve çok kısıtlı şartlarda işsizlik parası söz konusu olmaktadır. Türk işvereni ABD yasalarını Türkiye'ye getirme peşinde değildir. Konuyu tek taraflı göstermeye yarısını anlatıp yarısını anlatmayarak konuya karşı tarafı kandırmaya çalışma gibi hem ahlaki açıdan hem de ülkemizin geleceği açısından sakıncalı bir çaba içerisinde de değildir. Ama her iki tarafta bilme- lidir ki aynı gemideyiz ve fırtına vardır ve de batmak üzereyiz. Ortada her kesimden milyonlarca işsiz, sosyal güvencesiz insan varken bol keseden mutlu işçi azınlığını rahat ettirecek lükse maalesef sahip değiliz gibi gözüyor. Sayın Başkan, değerli konuklar burada şunu ifade etmeliyim ki belki 10 yıl önce çok daha fazla önemsenmeyen işçi sağlığı, iş güvenliği konusu bu dönemde çok daha fazla önem kazanmıştır. Bütün bu olumlu gelişmelerin olabilmesi için tesislerde çalışan işçilerin de çalışma şartlarının iyileştirilmesi kaçınılmazdır. İşte yine bu 10 sene içerisinde işverenler yanlarında çalıştırdıkları çalışanlarına gelişmelerine paralel olarak uygun, emniyetli, sıhhi ve mutlu ortamlar yaratmaya çalışmışlardır. İşçi sağlığı, iş güvenliği gereklerini fazlasıyla yerine getirmeye çalışmışlardır. Türk işvereni globalleşen ve hızla değişen dünyada artık rekabetin ancak firmaların bütün çalışanları ile birlikte bir bütünlük içerisinde yapılabileceğini bilmektedir. Bizler işveren olarak hepimiz bunun bilincindeyiz ve de farkındayız. Artık Türk işvereni çalışanı ile birlikte geleceğini bilmekte, çalışanlarına gereken önemi vermekte ve güvenliği ile sağlığı için her türlü yatırımı yapmakta, bundan da çekinmemektedir. Bu çok mutluluk verici bir tablodur. Bu oluşan model beraberinde çalışma huzurunu da ve barışı da getirmiştir. Bundan sonra da getirecektir. Çok teşekkür ediyorum beni dinlediğiniz için.

İŞYERİ HEKİMLERİNİN KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Konuşmacı: Dr. Celal EMİROĞLU

(İş Sağlığı Bilim Uzmanı, TTB İSAK Koordinasyonu)

Prof Dr.Hamdi AYTEKİN: Teşekkürler Sayın Bekişoğlu.Sorunun diğer bir yanını İşyeri hekimlerinin karşılaştığı sorunları Dr. Celal Emiroğlu sunacaklar. Buyurun Emiroğlu.

Dr. Celal EMİROĞLU:

1. İŞYERİ HEKİMİNİN İŞGÜVENCESİ:

İşyeri hekimlerinin **en önemli sorunu** 1475 sayılı yasa kapsamındaki tüm çalışanları etkileyen **iş güvencesi**.

“İş Güvencesi Yasa Tasarısı” tartışmaları sürüyor.

İşçinin haksız feshe karşı korunma hakkı olmadığı gibi, aynı çalışma ortamını paylaşan işyeri hekimlerinin de hiçbir iş güvencesi yok. Bir sözleşme ile yapılan işe karşılık işverenden ücret aldığı için hukuken işçi statüsünde olan işyeri hekiminin durumu işçiye göre **farklılık** gösteriyor. İşyeri hekimi **mesleki statüsünü işçinin sağlığını korumaya yönelik** kullanmak durumunda. Hekimin bir diğer özelliği de işverenin sağlık danışmanı olması; danışmanlık teknik bir görev olup, işçiye koruma görevini göz ardı etmez.

Ancak; işçinin korunma isteminin bulunmaması, işverenin ise koruyucu önlemlere yatırım yapmayarak karşı çıkması durumunda görevini yapan işyeri hekiminin keyfi işine son verecek İş Yasası 13 ve 17. madde için koşullar oluşmuş demektir. Bu şekilde haksız feshedilen çok sayıda yaşanmış örnek var.

Uygulamada; iş güvencesi olmayan hekimin, mesleki statüsünü işçi lehine kullanmasında, etik değerleri ve ekonomik sorunları etkileyici olabilir. Ücretini işverenden alan ve iş güvencesi olmayan işyeri hekimi kendini işverene karşı bağımlı hissedebilmekte ve bu nedenle görevini başarıyla yapmakta zorlanmaktadır. Ücretini ödediği için işveren, hekimi “emrini yerine getirmesi gereken görevli” olarak görebiliyor.

Türkiye’de mevcut durum ILO sözleşmesinin çok gerisinde. Yıllarca iş güvencesi hakkı için ILO Sözleşmesini öne çıkardık ve tartıştık. Ancak, ILO sözleşmesine göre çıkacak yasa da iş güvencesi sağlamayabilir. Kamuoyu duyarlılığının gelişmediği Türkiye gibi ülkelerde yasalar da yeterli olmayabilir. ILO sözleşmesi çerçevesinde yasa çıkartılsa dahi, işten çıkartılmalar devam edecek, İş güvencesi Yasası kadar İş Yasasındaki değişiklikler de önemli, yasalar birbirine uyumlu olarak değiştirilmeli. Var olan İş Yasasına değişiklikler monte edildiği zaman atılmanın “geçerli nedenle” olup olmadığını sorgulamak üzere yargıya başvurma hakkı doğacak. Yani işveren dilerse “yargıda savunabileceği geçerli nedenlerle” işçiye yine işten atabilecek. Yeter ki işi “hukukuna” uydurabilsin.

1995 yılında ILO’nun **“Hizmet İlişkisine Son Verilmesi Hakkındaki 158 Sayılı Sözleşmesi”** TBMM tarafından kabul edildi.

158 sayılı sözleşme Avrupa ülkelerinin birçoğunda farklı nedenlerle onaylanmamıştır. ILO sözleşmeleri dünyanın en geri ülkelerinde asgari normları düzenlemek üzere hazırlanıyor. Avrupa ülkeleri iş güvencesini; daha iyi olanaklar sağlayan yasalarla düzenlemiş veya gelişen sendikal mücadele ve kamuoyu duyarlılığı sonucu yasa dahi çıkartmadan -bazı ülkelerde olduğu gibi- gelenekselleşen düzenlemelerle sorunu çözmüştür.

Çözüm:

- İş güvencesi Yasasının işçiye koruyacak çağdaş içeriğe sahip olması temel isteğimiz. Ancak, yasal düzenlemelerle her zaman sorunun çözüleceği şeklinde bir yanılgıya da düşmemek gerekir. Biliyoruz ki; 1970’li yıllarda gelişmiş ülkeler düzeyine yakın düzenlemeler olmasına rağmen kazanımların içselleştirilememesi nedeniyle istenilen amaca ulaşamadı, elde edilenlerin ise bir çırpıda hayat bağları yok edildi. 158 sayılı ILO sözleşmesinde “Bu sözleşme hükümlerinin, toplu iş sözleşmeleri, hakem kararları veya mahkeme kararları veya ulusal uygulamaya uygun başka bir yöntemle geçerlik kazanmadığı hallerde, yürürlüğe girmesi ulusal mevzuat ile sağlanır” ifadesi başka bir anlatımla, **“ulusal mevzuat ile yürürlüğe girmeyen sözleşme hükümleri iş sözleşmeleri veya mahkeme kararları ile geçerlik kazanabilir”** anlamına gelir. Yasal hakları ortadan kaldırmamak ve işçi aleyhine olmamak koşuluyla yapılacak toplu veya bireysel iş sözleşmeleri yasaların üzerinde haklar sağlayabilir. Bu nedenle istenen içerikte yasa çıkmıyorsa; **toplu iş sözleşmelerine iş güvencesi ile ilgili maddeler eklenerek fiili durum yaratılmalı.**

- İşçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili yasal düzenlemelere uyan işyeri hekimleri sadece görevini yaptığı için işten atılıyor. **Tabip odaları** işyeri hekimleri için düzenlenen bireysel **iş sözleşmelerine iş güvencesi** sağlamaya yönelik maddeler eklemeli.

- **“İyi hekimlik”** yapan işyeri hekimi işçinin sağlığını savunduğu için işinden oluyorsa sorun ortak ve **işçi-hekim dayanışmasını** gerektirir.

II. KİSMİ ZAMANLI İŞYERİ HEKİMLİĞİNİN GÜÇLÜĞÜ:

Hekimler kamuda **yoksulluk sınırının yarısı kadar ücret** alıyor ve **iki işte** çalışarak ancak **yoksulluk sınırını yakalama** şansına sahip oluyor. Bu nedenle hekimlerin yüzde 60'dan fazlası ikinci işte çalışıyor. Hekim kamudaki görevine ek olarak işyeri hekimliği yapıyor ve bu koşullarda bilgisini davranış değişikliğine dönüştüremiyor.

Cumhuriyetin ilk yıllarında 7000 hekim vardı ve hekim açığı nedeniyle gelenekselleşen hukuk gereği ikinci işte çalışan hekimin durumu son derece anlamlıydı, toplumsal sorumluluk ve özveri gerektiriyordu. Hekim sayısı bugün 80 bini aştı, artık ek iş yapmadan da hekim gereksinimi karşılanabilir.

Birçok işveren; yeni işe giren işyeri hekimine daha sözlü görüşme aşamasında **“SSK yetkisi alması halinde işyeri hekimliği sözleşmesi imzalayacağını”** ön şart olarak belirtiyor ve hekim sadece tedavi hizmeti vermesi konusunda zorluyor. Ön şartı kabul eden hekim koruyucu sağlık hizmeti (KSH) ile birlikte tedavi hizmeti verme görevini de karşılık beklemeden üstleniyor.

Tam zamanlı olarak işyeri sağlık servisi (İSS) hizmeti veren hekimler, tedaviye KSH ile birlikte zaman ayırabiliyor. Ancak dünyada eş benzeri olmayan bir düzenleme ile ikinci iş olarak kısmi zamanlı işyeri hekimliği yapanlar, tedavi hizmeti ön plana çıktığı için KSH'ne yeterince zaman ayıramayabiliyor.

KSH'ni gereksinim olarak görmeyen işverene zamanla hekim de uyum sağlayabiliyor. Çünkü tedavi hizmeti kısmi zamanlı çalışan hekimin tüm zamanını alabiliyor.

KSH ek yatırım gerektirebiliyor, işveren konuyu kavramamışsa bu yaptırımı gereksiz bulabiliyor. Bir süre sonra hekim KSH'ni tamamen unutup sadece tedavi hizmetini veriyor. Tedavi edecek kimse olmadığı zaman hekim işyerini erken terk edebiliyor veya hasta olmadığını öğrenmişse hiç işyerine gelmeyebiliyor.

Bu nedenle; **kısmi zamanlı çalışmayı savunmak işçinin sağlıksızlığını savunmaktır.**

Çözüm:

- Hekimler **tek iş** yaparak emeğinin karşılığını (insanca yaşamak için gerekli ücreti) alabilmelidir. **Yoksulluk sınırının üzerinde ücret** ödenerek hekimin yaptığı iş, tek iş, birinci iş olarak yapılmalı.

- Herkes (birinci) **uzmanlık alanında** çalışmalı.

- Çözüm ancak **tam zamanlı çalışma** ile sağlanabilir.

- **Sendikalar** işçinin zarar gördüğü bu sisteme karşı **duyarlı davranmalı.**

III. ÜCRET SORUNU:

İşyeri hekimlerinin aldığı ücret işverenlerce yasal zorunluluk nedeniyle fazladan ödenen gereksiz masraf olarak görülüyor. Bu nedenle bazı işverenler haksız rekabet ortamı geliştirerek tasarruf yoluna gidebiliyor.

İşverenler, işçiler için asgari ücret belirlenmesi sırasında sendikal mücadelenin yetersizliği nedeniyle ücreti istediği düzeyde tutabiliyor. TTB'nin hekim asgari ücretlerini belirleme yetkisinin bulunması, işverenin TTB ile anlaşma zemininin bulunmaması gibi nedenler işveren için hazımsızlık nedeni olabiliyor.

Hekimlerin ekonomik açmazları ise ortamın bozulmasına katkıda bulunabiliyor.

Ücreti işverenin ödemesi, hekimin sendikasının ve iş güvencesinin eksikliği, işçi sendikalarının sağlık isteminin bulunmaması, hekimin kendisini işverene karşı bağımlı hissetmesi ve bu ortamda mesleki statüsünün uygulamada netleşememesi işçi sağlığını olumsuz yönde etkileyen faktörler. İşyeri hekimi görevini başarıyla yapamamakta, bağımlılık duygusu ve güvensizlik ortamında çalışanlara karşı hekimin **“yanlı”** olduğu ve işçi sağlığını savunmayacağı izlenimi doğmakta, hizmetlerin yapılması sırasında işçi-işyeri hekimi ilişkisinde güven sıkıntısı hissedilmekte.

Çözüm:

- İşyeri hekimi ve işveren arasındaki doğrudan ücret ilişkisi ortadan kaldırılarak ilişkiye KSH'ni hedefleyen hizmet edimi içeriği yüklenmelidir.
- Bu ilişkinin içerik değiştirmesi hizmetin boyutunu değiştirirken, işyerlerinde risk boyutu biraz daha netleşecek.
- SSK'nın da işyeri hekimi üzerindeki denetimi tazmin boyutu nedeniyle daha fazla önemsenerek.
- Hekim, ücretini doğrudan işverenden almalı. İşveren, işyeri hekimliği ücretini, SSK prim borcu gibi bir fona ödemeli, ödememesi halinde SSK prim borcu gibi işleme tabi tutulması, hekimin mesleki statüsünü bağımsız kullanmasında kazanım sağlayacak.

IV. SSK HEKİM YETKİSİ

Türkiye'de 1930'dan bu yana hazırlanan yasal düzenlemeler işyerlerinde **işyeri sağlık servisi** (İSS) oluşturma ve **işyeri sağlık hizmeti** verilebilmesi için 50 işçi sınırı getirdi, işyerleri ise çok özel yöntemlerle işçi sayısını 49'a indirdi.

Son verilere göre tüm işyerlerinin yüzde 1'den azında İSS oluşturulmuş ve işyeri hekimi istihdam ediliyor. İşçilerin ise ancak yüzde 20'si KSH alıyor gibi bir sonuç çıkartılabiliyor. Konuyu başka bir boyutu ile incelediğimizde; faturası işçiye kesilen bu ürküten sonucun dahi gerçekleşmediğini görebiliriz.

Sosyal Sigortalar Yasası (SSY)'na göre SSK sigorta kurumudur ve sigortalılar yedi ayrı başlıkta prim öderler. Bunlardan biri de "*hastalık*" primi. Doğal olarak sigortalılar hastalandıklarında SSK'dan tedavi hizmeti bekler.

SSK ne yapabilir? Koruyucu önlemlerin alınmadığı ortamlarda hastalık riski ve hasta sayısı artacağından -bugün olduğu gibi- SSK sağlık kuruluşları hizmeti kaldıramaz duruma gelir. KSH'ne önem vererek hastalık riskini azaltmak, tedavi hizmetine gereksinimi azaltır ve daha az harcama ile daha fazla hizmet verilebilir.

SSK ne yapıyor? Sigortalı veya sigortalıların bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısı toplam nüfusunun yüzde 54'ü olan bir ülkede SSK sağlık kuruluşları en az ekip, ekipman ve kuruluş ile "*hizmet*" vermenin sihirli formüllerini arıyor. Hastalıktan korumuyor, hasta olanları ise; "*bıktırma-kaçırma yöntemleri*" geliştirerek veya görevini angarya olarak işyeri hekimlerine devrederek sorumluluk alanı dışına itiyor.

Yasal zorunluluk işverenleri en az elli işçi çalıştıran işyerlerinde işyeri hekimi çalıştırmak zorunda bırakıyor. **SSY** (m.114) ise, SSK'nın yükümlü bulunduğu; muayene, tedavi ve iki güne kadar istirahat verme adı altındaki "**SSK hekim yetkisi**"ni işyeri hekimine yükleyerek hekim boğuyor. Angarya Anayasa tarafından suç kabul edildiğinden; tabi ki muayene, tedavi ve ilkyardım hizmetlerinin karşılığının ücret olarak ödenmesi gereği, yasal çelişki olmaması için aynı yasa maddesinde taahhüt ediliyor. Ancak bu hizmetlerin karşılığı ücret olarak hekime, malzeme olarak da işverene hiçbir zaman ödenmedi. "Yasal dayanağım var" diye düşünüp SSK aleyhine dava açarsanız davayı kazanabilirsiniz -ki açılıp kazanılmış davalar var- ancak davayı kazandıysanız gün SSK'nın daha önce verdiği "hekim yetkisi" iptal edilir.

Yetkinin diğer özelliği ise "**angaryanın lütfen verilmesi**". SSK'nın pişkinliğinin nedeni; işverenin sadece işgücü kaybı hesabı, işçi ve sendikaların ise sadece tedavi gereksinimi nedeniyle hekim istemesi. Bu nedenle de hekimin yetki sınırını aşması, yetkinin iptali anlamına geliyor.

Çözüm:

- Alınan her koruyucu önlem, sağlık kuruluşlarında çok sayıda hastanın ve hastalıkların azalması demek; hastaların azalması ise toplumsal bir sorunun çözümü anlamını taşıyor. Ancak SSK sistemi olumsuz yönde işletiyor. SSK'nın vermekle yükümlü olduğu tedavi hizmetini angarya olarak devretmesini sağlayan yasal düzenleme KSH'ni reddeden yaklaşımla hazırlanmış. Bir tarafta sağlık kuruluşlarında yığılmanın önüne geçmek üzere, hizmete getirileri de olan "*sınırlandırılmış tedavi yetkisi*" veriyorsunuz, ancak bu yetkiyi işyerlerinde işyeri hekimliği yapmayanlara vermiyorsunuz. Bu nedenle SSK sistemi olumlu yönde işletmeli ve SSK'ya KSH verme yükümlülüğü getirilmeli.

- "**SSK hekim yetkisi**" tam gün işyeri hekimliği yapanlara ve kısmi zamanlı işyeri hekimliği yapmayanlara verilmeli.

V. TEK DİSİPLİNLİ İŞ SAĞLIĞI HİZMETİ:

İşyeri hekimi sadece işçinin sağlığı ile ilgilenen görevli olarak değerlendirilmemeli. İşyeri hekimliği multidisipliner bir olgu.

İşyeri hekimi aynı zamanda iş hijyeni, iş güvenliği, iş psikolojisi, toksikoloji, ergonomi, iş fizyolojisi, iş fizyoterapisi, iş hukuku ve sosyal hizmetlerle de doğrudan veya dolaylı olarak ilgilidir ve bu farklı disiplinlerle her zaman işbirliği yapabilmelidir.

İşyeri hekimliği bu disiplinlerden sadece birini tanımlar ve işçi sağlığı ve iş güvenliğinin sağlanabilmesi için önceliklidir.

Bu düşünceden hareketle 1970'lerde tüm disiplinlerle ilgili yasal düzenleme çalışması başlatılmış. İlk düzenleme işyeri hekimleri ile ilgili yapılan **İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hk. Yönetmelik** 4 Temmuz 1980 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanmış. Daha sonra hazırlanacak yönetmeliklerle bütünün tanımlanması sağlanacağı için hemen hemen tüm konularda işyeri hekimine sorumluluk yüklenmiş ve birlikte çalışma yapılabilmesi için zorlayıcı hükümler getirilmiş.

Ancak bu yönetmeliğin yayınlandığı tarihten 70 gün sonra ülkede darbe olmuş, diğer yönetmelikler için hazırlık çalışmasının koşulları ortadan kalkmış.

Aradan geçen 21 yıldan sonra bırakın 4 Temmuz 1980'i yakalamayı, o günlerin hayalini dahi kuramıyoruz.

Sonuç olarak diğer yönetmelikler çıkartılmadığı için işyeri hekimi tüm çalışmaların yasal tek sorumlusu gibi görülüyor.

Çözüm:

- İşyerlerinde işyeri hekimliği ile ilgili görevin belirleyiciliği farklı disiplinlerin katkısı ile artırılabilir.
- Diğer tüm alanlar; iş hijyeni, iş güvenliği, iş psikolojisi, toksikoloji, ergonomi, iş fizyolojisi, iş fizyoterapisi, iş hukuku ve sosyal hizmetlerle ilgili uzmanlıklar için ayrı yasal düzenlemeler ilgili meslek örgütü ve Çalışma Bakanlığı işbirliği ile hazırlanabilir.

VI. DESTEK HİZMETİ YETERSİZLİĞİ:

Meslek hastalıklarından korunmak için, işe giriş ve işe yerleştirme muayeneleri düzenli yapılacak, kullanılan maddelere karşı hassas olanlar bu işlerde çalıştırılmayacak, işe uygun kişilerin yerleştirilmesine önem verilecek. Ayrıca, işe yerleştirilen işçilerin, tehlike ve zararın özelliklerine göre, belirli sürelerde sağlık muayeneleri ve gerektiğinde laboratuvar araştırmaları yapılacak. (İSİG Tüzüğü m.59)

Tüzük gereği işçinin; işe girerken ve çalışırken belirli sürelerle, çalışma ortamındaki risklere uygun olarak ek ve tamamlayıcı tetkiklerle beraber muayeneleri yapılmalı, gerekli kan, idrar, portör, odyometrik laboratuvar tetkikleri ve radyolojik grafler uygun standartlarda ve uygun yerlerde tamamlanmalı.

İşyeri hekimi, gerekiyorsa sorun ile ilgili uzman görüşü isteyerek muayene işlemini tamamlayabilir.

İşçinin laboratuvar tetkiklerini nerede ve nasıl yaptıracağı, destek hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle tartışma konusu. Yeni başlayacak işçi tüm muayene masraflarını kendisi öder. Çünkü yasal dayanağı olan işveren, istemiyorsa bu yükümlülüğü üstlenmemekte. SSK sağlık kuruluşları, Meslek Hastalıkları Hastaneleri ve İSGÜM dışında referans olabilecek bir adres bulunmadığından dolayı ek laboratuvar muayeneleri çoğu kez kamu hastanelerinde yaptırılmakta.

Özel kuruluşların hangi standartları uyguladığı bilinmemekte ve bu kuruluşları denetleyen herhangi resmi bir kurum bulunmamaktadır.

Tetkiklerin çoğu SSK, Meslek Hastalıkları Hastanesi ve İSGÜM'e gidiyor. Meslek Hastalıkları Hastanesi ve İSGÜM'ün ülke genelinde hizmet vermemesi SSK'nın yükünü artırıyor.

Ek ve tamamlayıcı tetkiklerin yapıl(a)maması erken tanı olanağını ortadan kaldırıyor. Giderek daha uzun aralıklarla yapılan işlemler bir süre sonra hiç yapıl(a)mayabiliyor.

Yerel olanaksızlıklar nedeniyle uzak merkezlere gönderilen işçiler için yapılan işlemin dolaylı ve dolaysız maliyeti yükseliyor. Bu durum da olumsuz caydırıcı etki yapıyor.

Çözüm:

- SSK destek hizmetini günlük işlerin arasına sokarak "azap verici" boyutlarda olan tedavi hizmetlerini daha da kötü duruma getiriyor. SSK, bu tür işleri finansman sorunu olmadığı (ücreti alındığı) için ayrı birimlerde (Örneğin, İşçi Sağlığı Dispanseri (İSD)) verebilir.
- Ülke genelinde yaygın olarak (yasal dayanağı da bulunan) İSD açılmalı.
- Sık yapılan tetkikler tüm birimlerde, daha pahalı ve/veya daha az yapılan tetkikler ise uygun koşullarda materyal ileri kuruluşlara gönderilerek yapılabilir.

VII. MESLEK HASTALIĞI SORUNU:

Tanı güçlüğü, sevk güçlüğü, hastanelerin yetersizliği, SSK engeli

Sigorta kuruluşu olan SSK'nın sigortalı ve aile fertlerine; hastalık, analık, yaşlılık, ölüm, malûllük, iş kazası ve meslek hastalığı gibi yedi ayrı sigorta kolunda sosyal güvenliğin asgari normlarını sağlamak görevi var. Bu görev, insan sağlığını koruma önceliği olmaksızın tedavi ve tazminat boyutu ile masraflar üstlenilerek yerine getirilebilir. Diğer yol ise; daha az masraflı ve insana duyulan saygı gereği, risklere karşı korunmaktan geçer. Risklere karşı koruyucu önlemlerin alınması, her çalışan için vazgeçilmez haktır ve hakların kullanımı için yasal düzenleme öncelikler arasındadır.

SSY "SSK, koruyucu hekimlik bakımından gerekli her türlü koruyucu tedbirleri alabilir" ifadesi ile Kurum'un sigortalıların çıkarlarını nasıl koruyacağını tanımlarken, SSK sigortacılığın en temel ilkesini en geri noktadan yorumlayarak "KSH, SSK istemesi durumunda sağlanabilir" mesajını veriyor.

KSH istemeyen SSK'nın bu amaca yönelik organizasyonu da yok. Mesleki hastalıkların tanısı konulmadığı için tazminat boyutu da gündeme gelmiyor. Tanı önündeki engeller nedeniyle **sorun tanımlanmadığı** için ülkede **"KSH'ye gereksinim yok"** eğilimi güçleniyor.

Bir kurgu yapacak olursak; meslek hastalıkları onaylansa, SSK maddi tazminatı ödeyecek ve ödediği tazminatı işverene rücu davası açarak tahsil edecek. Ayrıca mağdurların işverenden manevi tazminat isteme hakkı doğacak. İşveren eğer konu ile ilgili teknik danışman (işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı, iş hijyenisti vb) çalıştırıyorsa hesabını ilgili kişiye soracak. Ancak, ortada çalıştırılan teknik danışman yoksa, işveren örgütlerinin; SSK ve Çalışma Bakanlığı'nı fethetmesi, SSK'nın; KSH görevini yasa marifeti ile keyfi işleme dönüştürmesi, Çalışma Bakanlığı'nın; işyeri hekimi dışındaki uzmanlar için yasal istihdam zorunluluğu getirmemesi ve işyeri hekimi istihdamını sınırlaması gibi düzenlemelerin tümü işverenin işini kolaylaştırıyor. Ayrıca, meslek hastalığı tanısı konulamaması SSK'nın da işine yarayacak, prim gelirini başka amaçlarla kullanacak.

İşyeri hekiminin önündeki bir diğer **bariyer** de; meslek hastalığı tanısı koyduğu işçiyi Meslek Hastalıkları Hastanesi'ne sevk etmesini engelleyen **SSK**. Hekim nereye hasta sevk edebilir? Sadece SSK hastanelerine. SSK hastaneleri ne yapar? Hepimizin bildiği "azap verici" süreci başlatır ve türlü nedenlerle işlemler sonuçlandırılmaz. Türkiye'de 3 tane Meslek Hastalığı Hastanesi var. Hekim sayısı da iki elin parmakları kadar.

İşin diğer boyutu da SSK; sadece tedaviyi amaçlayan "hekim yetkisi" ile işyeri hekimlerini boğuyor. Hekim kamudaki görevlerine ek olarak, bölünmüş ve parçalanmış olarak işyeri hekimliği yapıyor. Bu koşullarda bilgisini davranış değişikliğine dönüştüremiyor.

Koruyucu önlem alınmayan ülke olma özelliğini koruyan Türkiye'de **meslek hastalığı sayısı** yıllardır 1000 civarında (en son 1025), bunların 640 tanesi tanısı kısmen erken ve kolay olan pnömokonyoz. Türkiye verilere göre meslek hastalığı konusunda dünyanın en iyi ülkelerinden dahi onlarca, hatta yüzlerce kat daha iyi durumda. Örneğin; her yıl Almanya'da 40 bin, ABD'de 400 bin dolayında meslek hastalığı görülüyor. SSK'ya son yıllarda bildirim yapılan meslek hastalığı sayısı; meslek hastalığı sonucu ölenlerle meslek hastalığı sonucu iş göremez duruma gelenlerin toplamına yakın değerlerde. Bu komik durum, SSK'nın işçinin kurumu olmadığının, işverenin SSK'yı istediği gibi yönlendirdiğinin kanıtıdır. Çünkü, sadece gizlenemeyen hastalar kayıtlara geçiyor.

Meslek hastalığı tespiti durumunda işveren;

- İşçiyi işten atıyor,
- İşçi sevk edildiğinde, tanı aşamasında, işgücü kaybının faturası işverene kesildiğinden işveren-hekim ilişkisi geriliyor,
- Meslek hastalığı tespit eden işyeri hekimine tavır alınabiliyor,
- Yer değiştirmenin gerekçesi işveren tarafından kavranamayabiliyor,
- İşveren sorun ile ilgili önlem almak istemeyebiliyor.

SSK iş kazalarına ve meslek hastalıklarına karşı önlem alıp, kaza ve hastalık sayısını azaltarak tazmin boyutunu önemseyebilir. Ancak, SSK zaten tazmin boyutu ile ilgili büyük tasarruflar yapıyor. Çünkü iş kazaları ile ilgili davalar uzadıkça uzuyor ve bu nedenle de dava açmak yerine ucuz yollu uzlaşma seçiliyor. Meslek hastalıkları ise tespit edilemiyor. Hâl böyle iken SSK koruyucu önlem almaktan da kurtuluyor.

Çözüm:

- Sigortalı çalışanlarla bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sayısı toplam nüfusun yüzde 54'üne denk geliyor. Bu nedenle sorun, toplum sağlığı sorunu olarak düşünülmeli.
- Koruyucu önlemlerin alınması, SSK sağlık kuruluşlarını önemli ölçüde rahatlatacağından SSK KSH ile ilgili tüm sorumluluğu üstlenmeli.
- İşyeri hekimi istihdamı teşvik edilmeli.
- Meslek hastalığı tanısı/şüphesi durumunda doğrudan Meslek Hastalıkları Hastanelerine sevk kolaylığı sağlanmalı.
- Meslek Hastalıkları Hastanesi sayısı artırılmalı, ülke genelinde yaygınlaştırılmalı.

VIII. İŞYERİ SAĞLIK SERVİSİ-EKİP-EKİPMAN SORUNU:

Türkiye'de kesin bilinmemekle birlikte uygun İSS sayısı çok az. Açılan İSS'ler Yönetmelikte belirtilen boyutlarda değil. Yönetmelik İSS bölüm ve boyutlarını çok iyi tanımlamış ve ölçüler vermiş. Ancak bu özelliklerde İSS Türkiye'de yok denecek kadar az. Yasal zorunluluğa rağmen, denetim eksikliğinin belirleyici etkisi ve işverenin tasarruf politikası İSS açılmasının önünde engel.

Toplam kayıtlı işyerlerinin binde 5'inde işyeri hekimi var. İşyeri hekimi çalıştırma zorunluluğu olan işyerlerinin tamamında işyeri hemşiresi veya sağlık memuru bulundurma zorunluluğu olmasına rağmen, bu istihdam çok az işyerinde gerçekleşiyor. Yasaya göre 200'ün üzerinde işçisi olan işyeri iki, 1000'in üzerinde üç hemşire/sağlık memuru çalıştırması gerekirken ikinci personel sadece vardiyalı çalışması durumunda istihdam ediliyor.

Bazı işyerlerinde hekim, İSS ve yardımcı personelden yararlanmadan sadece çantası ile görev yapıyor.

Tüm bu olumsuzluklar işçi sağlığını doğrudan etkileyebilir.

1970'li yıllarda kabul edilen yasal düzenlemelerle İSS'de gerekli tıbbi malzeme listesi verilmesine rağmen, listeler güncelleştirilmemiş, ancak işyerlerinde sınırlı düzeyde malzeme bulunduruluyor.

SSK (SSY m.114) kullanılan sarf malzemesini karşılamayı taahhüt etmiş, ancak harcadığı malzemeyi alabilmiş işveren yok.

Çözüm:

- İşyerinde yasaya uygun İSS kurulmalı, gerekli ekip ve ekipman temin edilmeli.
- Ortak yararlanım için SSK tarafından İSD (özellikle organize sanayilerde) açılmalı.
- Sadece KSH verme koşulu ile ayırım yapılmaksızın tüm işyerlerine hizmet verebilecek **işyeri ortak sağlık birimleri** (İOSAB) kurulmalı.

IX. İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ KURULLARI:

Sanayiden sayılan 50 ve daha fazla işçi çalıştıran işyerleri İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulu oluşturmak zorunda. Bu kurul; işveren (veya vekili), personel şefi (veya sosyal hizmetlerden sorumlu personel), iş güvenli-

ği uzmanı, işyeri hekimi, işçi temsilcisi (formen), sendika temsilcisi ve sivil savunma uzmanından oluşur. (İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları Hk. Tüzük)

Düşünce olarak; Kurul'un varlığı, kurulun İSİG ile ilgili program hazırlaması, bu program doğrultusunda karar ve önlemlerle sağlıklı çalışma ortamını oluşturmaya ve geliştirmeye son derece önemli. Ancak hazırlanan Tüzük, ne işçiyi, ne de işvereni koruyan, kimseye yarar sağlamayan, sadece "yasak savma" anlayışını teşvik eden içeriğe sahip.

Tüzük, demokratik öze sahip değil. Kurul üyeleri, sendika temsilcisi hariç işveren tarafından seçiliyor, oyların eşitliği durumunda işverenin oyu çift sayılıyor ve eşitlik bozuluyor. İşveren tarafının kararı çoğu kez geçerli oluyor. Alınan karar, işçi için **"yaptırım"** gücüne sahip, işveren için **"tavsiye"** özelliği taşıyor. Toplantılar çok kez *denetim geçiştirme* düşüncesiyle kağıt üzerinde yapılıyor. Bu nedenle böyle bir kurulu ve yasal düzenlemeyi çağdaş ve çalışan yararına değerlendirmek olası değil.

Ancak, işyeri hekimleri için sorunların konuşulacağı, işyeri durum raporlarının sunulacağı, kararların alınacağı tek yer olması nedeniyle Kurul önemsenmeli.

Çözüm:

- İşçi sağlığı, sanayiden olmayan yerler için de önem verilmesi gereken bir konu. Bu nedenle tüm işyerlerinde İSİG Kurulu oluşturma zorunluluğu getirilmeli.

- Kurul üyeleri ilgili meslek grubu tarafından seçilmeli.

- Kurul kararları uygulanabilir olmalı.

X. SENDİKAL MÜCADELE, İŞÇİNİN BİLİNÇ DÜZEYİ VE TOPLUMSAL ÇÖZÜM:

Kazalara karşı önlem alınmayan, meslek hastalıkları tespiti yapılmayan, çalışanları bilgilendirilmeyen ortamda **"durumunu kadere bağlayan"** işçinin **"sağlık isteminde bulunmaması"** çalışma yaşamının en önemli handikaplarından birisi. Örgütlenme ve bilgilendirme eksiği, politikaların tartışılmaması sorunu önemsiz kılıyor.

Hekimin işçi ve/veya sendika ile ilişkisi **"çalışma ortamı sağlığı"** zemininde oluşmamış ve işçi kendini sağlık hizmeti içerisinde tanımlayamıyor ve işyeri hekimiyle **"asıl görev"** tanımında buluşamıyorsa, bir süre sonra hekim "iş akışına" bırakabiliyor. Bu durum tabii ki işçinin aleyhine, işverenin lehine bir tablo oluşturuyor. Bu nedenle işçinin işyeri hekimlerini desteklemesi gerekir.

Sendikalar; ücret politikası üzerine kurulmuş sendikal mücadele yerine soruna işçi cephesinden bakmalı, **"sağlıklı çalışma hakkı"** ilkesi temel alınarak **"bilme hakkı"** gözetilmeli, çalışma ortamındaki sağlık ve güvenlik sakıncalarının işçiye verdiği zararı araştırmalı. Her sendika bir sağlık ve/veya güvenlik danışmanından teknik destek almalı.

Bu çerçevede yapılacak sendikal mücadele, örgütsel yapının güçlenmesine, kültürel zenginleşmeye ve aynı zamanda meslek hastalığı ve iş kazası primlerinin sağlık, güvenlik veya tazminat olarak işçiye dönmeye olanak sağlayacak.

Toplumu oluşturan her bireyin toplumsal sisteme katılımı, doğal olarak sağlıklı olmasına bağlı. Sağlık sorunlarının çözüm yolunu açacak sağlıkta toplum katılımı ise bireyler sağlığına sahip çıktığı ölçüde gerçekleşecek. Toplumsal sağlık düzeyinin geliştirilmesi, sağlıklı olmak veya sağlıklı yaşamak; sağlıklı yaşama hakkını savunmaktan, sağlıklı yaşama hakkını istemesini bilmekten geçer. İstemesini bilmek için her aşamada sağlık hizmetinin içinde olmak ve sağlık eğitimi almak gerekir.

İşyerlerinde işçi ve işverenin sağlık beklentisi tedavi hizmetlerinde kesişiyorsa, Toplu İş Sözleşmelerine sağlık istemleri girmiyorsa, İSİG Kurullarında çalışma ortamı sağlığı konuşulmuyorsa sağlık eğitimi sağlanamamış demektir.

Sağlık eğitiminin eksik olduğu ülkemizde, temel sağlık hizmeti kapsamında; toplumun önemli kesiminin sorundan bihaber olduğu veya anlamlı bir beklentisinin olmadığını söyleyebiliriz.

Meslek örgütlerine düşen görev, mesleki bozulmanın önüne geçmek ve toplum sağlığı için toplumu eğitmek, sendikalara düşen görev ise çalışan sağlığı için sağlık istemlerini öne çıkarmak üzere eğitime özel önem vermektir. Bu anlamda belki de öncelikle örgütsel sorumluluğu olanların bilgilendirme yoluyla sorumluluk düzeyini yükseltmek gerekecek.

XI. DENETİM EKSİKLİĞİ:

Çalışma Bakanlığı İş Teftiş Kurulu Başkanlığı'na bağlı olarak yaklaşık 1000 İş Müfettişi görev yapıyor. Türkiye'de 830.000 kayıtlı işyeri olduğunu düşündüğümüzde (kayıt dışı işyerleri ayrı tartışma konusu) müfettiş başına yaklaşık 830 işyeri düştüğünü görürüz.

Denetim oranlarına baktığımızda ise işyerlerinin yıllık yaklaşık yüzde 8'inin denetlendiğini (denetlenen işyerlerinin bir çoğunun kaza ve şikayet sonucu denetlendiğini) söyleyebiliriz. Bu denetimlerin yarısı işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili. İş müfettişlerinin sadece 1 tanesinin hekim olması, denetimlerin nasıl yapıldığını ister istemez tartışmaya açıyor.

SSK'ya bağlı 420 müfettiş çalışıyor. Bu müfettişler sadece SSK işleyişi yönünden işyerlerini incelemeye alıyor.

Sembolik anlamda denetlenen işyerlerinde işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili önlemler işverenin insafına kalıyor.

İşyeri hekiminin mesleki denetimi yasalarda belirtilen makamlarca (TTB yasası gereğince tabip odaları tarafından) yapılacağı Yönetmelikte belirtilmiş olmasına rağmen "denetim" in açılımı yapılmadığı için işyerlerinde hekimlerin denetimi meslek örgütü tarafından yapılamıyor.

Çözüm:

- Çalışma Bakanlığı ve SSK müfettişleri birbirinin alanına girmiyor; ancak genel anlamda birinin diğerinin alanına girmesi en azından kayıt dışı istihdam, işyeri sağlık birimi açılması, ekip ve ekipmanın temini vb konularda işyeri üzerinde etkili olmayı sağlayacak.

- Meslek örgütlerinin denetim hakkı yönetmeliklerle açılmalı.

II. KURUM HEKİMLERİNİN SORUNLARI:

İşyeri hekimliği; hekim olmaktan başka koşulların da arandığı, özel eğitim ve sertifika almayı da gerektiren, koruyucu sağlık hizmeti verme yükümlülüğü bulunan farklı bir statü. Tedavi hizmetleri dışında kalan, işçilerin sağlık durumlarının denetlenmesi, ilkyardım, acil tedavi ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri işyeri hekiminin görev tanımı kapsamına girer. İşyeri hekimi aynı zamanda muayene ve tedavi hizmetlerini de sürdürebilir, ancak bu hizmet diğerinin önüne geçemez.

Bazı kurumlarda sözleşmeli "**Kurum Doktoru**" olarak çalışanlara işyeri hekimliği görevi, karşılığı olmaksızın angarya olarak veriliyor. Bazen de Kurum dışından hekimlere kısmi veya tam zamanlı olarak kurum hekimliği ve/veya işyeri hekimliği, yeni işe başlarken tek görev olarak sözleşme ile veriliyor.

Kurum Hekimi; 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu veya 399 sayılı KHK ile göreve başlatılan, kurum personeli ve bakmakla yükümlü olduğu yakınlarına muayene ve tedavi hizmeti vermek zorunda olan görevli.

KHK kapsamında "*işyeri hekimi istihdamı*" sayılmamış olup, sözleşmeli personelin görevlendirildiği işlerden başka işlerle uğraşamayacağı (m.15) hükme bağlanmıştır.

657 sayılı Yasaya göre (m.88) **memurlara gördürülmesi öngörülen sürekli hizmetler**, mesleki bilgisi ile ilgili olarak hizmet olanakları elverişli bulunmak koşuluyla ikinci görev olarak verilebilir.

Sonuç olarak; işyeri hekimliğinin kanunlar veya özel kanunların verdiği yetkiye dayanarak memurlara gördürülecek bir iş olmadığı, İş Yasası'na göre düzenlenmiş olması nedeniyle kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan memur/sözleşmeli hekimlere ikinci görev olarak verilemeyeceği açıktır.

Diğer bir sorun, kamu kurumlarında işyeri hekimliği yapanlara ödenen ücret ile ilgili. İşyeri hekimi mesleğini serbest olarak İş Yasası kapsamında sözleşmeli olarak yerine getiren kişi olup TTB'den izin almak zorunda. Ücretin miktarını belirleme hak ve yetkisi 6023 sayılı Yasa gereğince (m.28/II) TTB'ye ait. TTB tarafından belirlenmiş bulunan asgari ücret tarifi bulunması halinde işyeri hekimleri bu ücretin altında çalışamaz, işveren tarafından da çalıştırılmaz. Ancak kamu kurumu sorumlusu görevliler sendikali işçinin Toplu İş Sözleşmeleri sonrası ücretini devlet memuruna göre kıyaslamazken, daha örgütsüz gördüğü işyeri hekiminin ücretini devlet memurunun ücretine denk düşecek şekilde ödüyor.

Çalışma Bakanlığı kamu kuruluşlarını denetlemek istemiyor ve yargıda kamu kuruluşları ile ilgili davalar çok uzuyor.

Çözüm:

- Kurum hekimliği görevini üstlenen hekimlere işyeri hekimliği görevinin verilmesi, ikinci görev için ayrılacak sürenin yeterli olması ve yeni bir iş (hizmet) sözleşmesi yapılması ile olası.
- Yeni yapılacak sözleşme; işyeri hekimliği sertifikasına sahip olma, hekimin her iki iş için ayırabileceği yeterli sürenin bulunması ve TTB asgari ücretine uyulması halinde yapılabilir.

XIII. YASAL DÜZENLEMELER:

Sosyal devlet olgusunun Türkiye’de gündeme gelmesi ile birlikte 1960’lı yıllarda İş Hukuku ile ilgili düzenlemeler yapılmış, 1970’li yılların ortalarına kadar gelişmiş ülkeler düzeyinde kapsamlı yasa, tüzük ve yönetmelikler hazırlanmıştır. 1970’li yıllarda sosyal devletin gereksinim olmaktan çıkması ile bu düzenlemeler de gündemden düştü. 1980’de askeri yönetimle birlikte iş hukuku kavramı rafa kalktı.

Aradan geçen 30 yıl içerisinde uluslararası uygulamada MAK, TLV değerlerin büyük çoğunluğu değişti. Ancak ulusal düzeyde hiçbir değer ele alınmadı ve güncelleştirilmedi.

Örnek; 1) Kanserojen olduğu Dr. Muzaffer Aksoy tarafından 35 sene önce kanıtlanan benzen ile ilgili, Çalışma Bakanlığı kanserojen olduğunu kabullenmemiş olsa gerek ki henüz bir düzenleme yapmadı.

2) 1973’te Çalışma Bakanlığı’nın vinilklorür MAK değerini 500 ppm olarak kabul ettiğinde bu değer ABD ve İngiltere’de 770 ppm olarak kabul ediliyordu.

Vinilklorür’ün kanserojen olduğunun tespitinden sonra bu ülkelerde Vinilklorür değeri 0-2 ppm düzeyine indiği halde Türkiye’de bu değer 500 ppm değerini koruyor.

Bu örneklerin sayısı çoğaltılabilir.

Çözüm:

- Uluslararası uygun MAK ve TLV değerler bilinmektedir. Tüzük ve yönetmeliklerin bu değerlere göre yeniden düzenlenmesi Çalışma Bakanlığı’nın görevi olup, bu görev çok kısa zamanda yerine getirilebilir.

XIV. EĞİTİM-KAYNAK-ARAŞTIRMA EKSİKLİĞİ:

Tıp eğitimi sırasında iş sağlığı ile ilgili verilen eğitim yetersiz. Eğitimin sürekliliği TTB’nin verdiği İş Hekimliği kursundan sonra sağlanamıyor. TTB’nin yapmaya çalıştığı B ve C Tipi Kurslar dışında eğitim etkinliği yok denecek kadar az.

İşyeri hekimleri, çalışmaları ile ilgili kaynak temin etme güçlüğü çekiyorlar. Türkiye’de İş Sağlığı Enstitüsü bulunmaması, açılan İSGÜM ve Meslek Hastalıkları Hastanelerinin giderek küçültülmesi, destek hizmeti ve kaynak temini konusunda ciddi sıkıntılar oluşturuyor.

Bu koşullarda araştırma olanağı ortadan kalkıyor. Türkiye’de iş sağlığı ile ilgili alan araştırması yok denecek kadar az. Yapılan çalışmalar literatür taraması ve anket çalışması şeklinde.▲

Teşekkür ederim.

Prof:Dr. Hamdi AYTEKİN: Teşekkürler Sayın Emiroğlu . Şimdi Sayın Ahmet SALTİK akademisyenlerin bakış açısı ile iş sağlığı alanında yaşanan sorunlar ve çözüm önerilerini sunacak. Kendisi Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Halk Sağlığı ABD öğretim üyesi. Daha sonraki konuşmacımız Çalışma Bakanlığı İş Sağlığı ve İş Güvenliği Genel Müdürü. Şu anda burada değil sanıyorum. Ama gelmek üzere. Sayın SALTİK konuşmasını bitirinceye kadar aramızda olur. Saat 16.30’da konuşmaların bitmesini bekliyoruz. 16.30’dan sonra 17.00’ye kadar tartışma var. Tartışmalarda bu toplantının şimdiye kadar sizler tarafından oluşturulmuş bulunan, düzen ve hoşgörüsüne aynen uyulacağı kanısını taşıyorum. Sonuçta burası çözüm önerilen, çözümlerin sergilenebildiği çeşitli değişik fikirlerden kaynaklanan çözümlerin sergilenebildiği bir platform olarak algılanmalı. Mevcut olan yasaları hepimiz biliyoruz. İşverenin, işçinin, sendikanın neler düşündüğünü hepimiz biliyoruz. Bunları ortak olarak nasıl bir araya getirip üretken bir hale dönüştürebiliriz. Çünkü bir kısır döngü var burada. Onun belki birkaç parça çözümü çıkar. Ben sözü sayın SALTİK’a veriyorum.

AKADEMİSYENLERİN BAKIŞ AÇISIYLA İŞ SAĞLIĞI ALANINDA YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Konuşmacı: Prof.Dr. Ahmet SALTİK

(Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi)

Prof.Dr. Ahmet SALTİK : Sayın Başkan, değerli katılımcılar, yeniden güzel bir gün diliyorum. Yaklaşık 2 yıl kadar önce, Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı'mızın İSGÜM Müdürlüğü'nün düzenlediği bir başka toplantıda; Ankara'da idik. Benzer konuları dile getirmiştik. Aradan 2 yıla yakın bir zaman geçti. O toplantıdan sonra bu konu biraz daha geliştirildi. Şimdi akademisyenlerin bakış açısı ile bir akademisyen, Türkiye'deki iş sağlığı alanına ya da işçi sağlığı alanına nasıl bakıyor. Hangi sorunları görüyorum. İçtenlikle ve yüksek sesle sizinle paylaşmak istiyorum. Bu süreçte aynı zamanda TTB'de neredeyse 10 yılı bulan işyeri hekimliği kurslarına ilişkin deneyimlerin de payı var. Üniversitede çalışıyor olmamın, sanayi ile işbirliğinin, ortak kimi projeleri üretmiş olmanın yanı sıra, TTB'nin-o güzelim meslek örgütümüzün- iş sağlığı akademik kurulunda öğrendiklerim var. Bunlar beni eğiten bir yığın sürecin meslek örgütümün ve arkadaşlarımla da bir parça ürünü. Şimdi değerli arkadaşlar, Türkiye'miz iş sağlığı ve güvenliği bakımından gerçekten önemli sıkıntılar içerisinde. Bunlardan bir tanesi meslek hastalıkları ile ilgili. Alanın en temel iki ölçüsünden birisi o, bildiğimiz gibi. Sabahleyin birçok kez dile getirildi. Meslek hastalıkları ile ilgili ülkemizde kayıt yok, veri yok, son derece ilginç bir biçimde. Neredeyse, Turhan Akbulut Hoca'mızın vurguladığı gibi biz bu sorunu eradike etmiş gözüküyoruz, kökünü kazımış gözüküyoruz. Öyle bir buzdağı ki, fizik kurallarına meydan okuyor. Bir bölümün hiç olmazsa, suyun üzerinde olması gerekirken bu buzdağının neredeyse tamamı suyun altında bulunuyor.

İkinci ölçüt bilindiği gibi iş kazaları. Bu bakımdan da Türkiye'miz gerçekten çok olumsuz durumda. 2000 yılı verilerine bakarsak 80 000 civarında iş kazası olduğunu gözlemlemekteyiz. 1250 ölüm oluyor bunların içinden, 3200 tane de sürekli iş göremezlik olgusu kayda giriyor. Bunlar dakikalara, saatlere bölünebilir. Örneğin, biz sabahtan beri 9.30'da başladık, şu anda da 15.30, 6 saat geçirdik. Her saat 3 işçimiz öldü. 23-24 tanesini toprağa koyduk. Avrupa'da en olumsuz durumdayız. Bu verilerimizle sınırlı olarak kayıtlarımıza gelen verilere karşın dünyada ise ilk on içinde yer aldığımızı söyleyebiliriz. Yine bu verilere göre, son beş yılın bir toplamına bakarsak daha da ürkünç oluyor. Yarım milyona yaklaşan bir iş kazası var. Ölenler 6800'ü buluyor, sürekli iş göremezlik durumuna düşenler de 18000'e yaklaşıyor. Kaygı verici olan da bu rakamları söyleyip geçmemiz. Bunlar bizi duyarsız kılmamalı, duyarlılığımız hep sürekli olmalı. Meslek hastalıklarında yıllık 1000'e kilitlenmiş durumdayız. 5 yılda 5600 dolayında bir tablomuz var. Donmuş durumda neredeyse yıllık meslek hastalıkları sayılarımız, İş sağlığı, iş güvenliği alanının ikinci temel göstergesi açısından meslek hastalıklarına ilişkin durumumuz. Buzdağının tümüyle suyun altında olduğu ilginç bir tablo oluşturuyor. İş kazalarında ise anlaşılabilir bir biçimde, örneğin 7-8 yıl öncesine değin yıllık 180 000'leri bulan iş kazalarının, birden bire dramatik bir hızla düşerek 90 000'lere, 100 000'in altına derken, 80 000'lere indiğini izliyoruz. Bunun neden böyle olduğunu belki Sayın SABUNCU - salondalar sanıyorum görüyorum, kendilerini- konuşmamın sonunda bize açıklayabilir. Burada bölüme ilişkin bir sonuç olarak durumu yeterince bilmediğimizi söyleyebiliriz. Bilmediğimiz durumlardan tabii daha çok ürkmemiz gerekiyor. Yetersiz, güvensiz, hatta olmayan verilerle epidemiyolojik verilerle, neredeyse benzetmek yerindeyse, gece karanlığında yol almak durumunda olan farları kapalı bir otomobil gibi biz alanı tanımlamak, o sorunu ortaya koymak ve çözüm üretmek gibi bir sorumlulukla karşı karşıya kalıyoruz. Bilimsel değerlendirmeyi, takdir buyrulur ki; güvenli, geçerli, sürekli epidemiyolojik veriler olmaksızın yapmamız beklenmemeli. Bilimsel bir tutum değil bu. Bilimsel yönetim adına, dolayısıyla elimiz kolumuz büyük ölçüde bağlı ki bu sorunun nedenli ayırdındayız. Onu sorduğumuzda bir ölçüde sendikalar, bunun ayırdında bir yere dek. SSK sanıyorum sorunun ayırdında ödediği tazminatlar, giderimler nedeniyle bir ölçüde. Sınırlı akademik çevreler olduğunu-sınırlı olarak belirtmek zorundayım-kimi büyük işveren örgütleri bir ölçüde sorunun ayırdındalar. TTB'yi bunların dışında tutuyorum. Başından beri büyük bir duyarlılıkla meslek örgütü olarak olayın ayırdında. İş kazası düzleminde özellikle sorunun ayırdında. Çünkü yasal boyutları var. Yaptırım boyutları var, giderim boyutları var ve meslek hastalıkları gibi örgütlenip saklanamıyor iş kazaları. Ortada hemen görünüyor. Tanısının konması karmaşık değil. Ya da engellenmiyor. meslek hastalıklarında olduğu gibi.

Meslek hastalıklarının tanı süreci, bildirim süreci öyle karmaşık ki neredeyse engellenmiş. 8. beş yıllık kalkınma planına baktığımızda değerli arkadaşlar, devlet planlanma örgütünün bu dökümanında devletin alana ilişkin, bu alana,sorun alanına ilişkin hemen hemen hiçbir yükümlülük getirilmeyişi çok düşündürücü. Hele hele birazdan değineceğiz, Küreselleşme ile ilgili özel uzmanlık kurulunun hazırladığı rapor çok düşündürücü. Kullandıkları sözcüklerle ve getirdikleri düzenlemelerle... Şimdi hangi başlıklar altında sorun alanına

bakabiliriz diye yaklaşırsak bir tanesi mevzuat başlığı. Türkiye’imizde alanın mevzuatının çok dağınık olduğunu, karmaşık olduğunu, eski olduğunu ve mevzuat metinleri arasındaki yatay ve dikey ilişkilerin, yatay ve dikey integrasyon bağlantılarının yeterli olmadığını, hatta hiç düşünülmediğini söyleyebilirim. Oysa mevzuat metinleri hem kendi aralarında alan ile ilgili, hem de alan dışında bileşik alan ile ilgili, yakın alanlar ile ilgili yatay ve dikey bağlantılar kurarlar. Birbirlerine göndermeler yaparlar. Tıpkı kemik iliğinin o matriks yapısı gibi veya bir inşaatın yatay ve dikey kirişlerinin bağlantıları gibi. Bunu göremiyoruz mevzuatımızda. Böyle hukuk tekniği de mevzuat üretme tekniği de bize yabancı. Bir mesaj aynı zamanda bu, bundan sonra üretilecek mevzuat metinleri için. Uluslararası normlara uygun olmaktan uzak çoğu kez. Yer yer belki de benzerlikler var. Örneğin İLO sözleşmeleri bağlamında konvansiyonlar ve tavsiye kararları bağlamında konuşmak gerekirse, 175-180 dolayında 175 yakın İLO sözleşmesinin neredeyse %20’si, 1/5’i 35 dolayında olan konvansiyonun Türkiye’imizce onandığını biliyoruz. Meclisten geçtiğini biliyoruz. İLO 158 çok gürültü çıkaranlardan biri oldu, bildiğimiz gibi. Tavsiye kararları ise Bakanlar Kurulu’nun benimsemesi ile yürürlük kazanabiliyor. Daha rahat burada süreç. Fakat Türkiye’imiz bu konuda tembel. AB normlarına uyum çabası ve kaygısı yaşanıyor. Burada da bir karmaşa söz konusu. Mevzuatın AB normlarına uyumu ile ilgili kimi kurumlaşmalar var Türkiye’imizde. Orada da bir hayli sıkıntılar yaşamaktayız. İLO normlarının Türkiye’imizde yaygınlaşması ve çalışma yaşamının sağlık ve güvenliğe ilişkin kurumlarının kurallarının ulusal standartlara iştirilmesindeki temel engellerden biri de üzümler söylemek zorundayım-kimseyi tahrik ve provake etmek, aklımdan geçmez- işverenimizdir. Türkiye işvereni bu bakımdan küreselleşmeyi istememektedir. Ama bunun dışında sermayenin küreselleşmesi konusunda ise, son derece atak, son derece canlı bir tutum sergiliyor. Yaptırımlar bakımından zayıf, denetim son derece zayıf. Çalışma Bakanlığı’nın alana ilişkin denetim ile ilgili müfettişlerinin, denetim elemanlarının sayısının son derece az olduğunu herkes biliyor. İşvereni kollama eğiliminde olan bir mevzuat ile karşı karşıyayız. Örnek olarak az önce sözünü ettiğim, DPT’nin 8. beş yıllık kalkınma planı içerisinde üretilen metinlerde, küreselleşme ile ilgili özel ihtisas komisyonunun raporunda, iş sağlığı ve iş yeri güvenliği programlarının Türkiye’de köklü bir biçimde uygulanması halinde işverenin kaldıramayacağı, Türk Sanayisinin kaldıramayacağı yükümlülükler altına gireceği ifade ediliyor ve dolayısıyla burada siyasi bir tavır net bir biçimde ortaya konmuş oluyor. Siyasal niyet çok net değil bu anlamda. Öte yandan bizim literatürden bildiğimiz çok net şeyler var. Bilimsel olan olgular var. Verimlilik, üretim etkinliği ve güvenlik bu üç kavram birlikte gidiyor. Bunları birbirinden ayırma şansı yok. Dolayısıyla verimliliği arttırmak istiyorsanız, güvensizlik alanında alacağınız, çalışanların sağlığı ve güvenliği alanında alacağınız önlemler aynı zamanda verimliliği artırıyor. Aynı zamanda üretimin etkinliğini artırıyor. Şimdi bunu anlamak çok önemli. Eğer çalışanların sağlık ve güvenliğine dönük önlemlerin geliştirilmesinin ek bir maliyet getirdiği, verimliliği düşürdüğü, üretim maliyetini artırdığı, rekabet gücünü zayıflattığı gibi bir sanı içinde isek-ki böyleyiz. genel olarak bir önyargımız bir koşullanmışlığımız var, tıkanıp kalıyoruz. Bunu aşamıyoruz. Bunu tekrar tekrar vurgulamak gerekiyor. İş verenimizle, çalışanımızla, çalışma yaşamımızın üç öznesi ile sosyal tarafları ile, devleti ile, sendikası ile, çalışanı ile, iş vereni ile vurgulayarak paylaşmamız gerekiyor. Şimdi ilginç ve çok doğal bir biçimde verimliliği artırma çabaları. Eğer bir sistem analizi yapılır ve analizin basamaklarının altında bu adım sıralanacak olursa, verimliliğe ilişkin adımlar vs. bakıyorsunuz birbirine benziyorlar. Öte yandan değerli arkadaşlar; kazalardan korunma önlemleri ile üretim hatalarının denetimi adına yapılacak girişimlerde bu yöntemler de birbiri ile benzerlik gösteriyor. Bu son derece önemli bir nokta. Özellikle paylaşmak durumdayız. Bu yüzden sistem çözümlemesi çabaları ile yaklaşarak konuya risk değerlendirmesi, risk assesment girişimleri ile gerçek anlamda bu çabaların net bir maliyet yükü getirmediğini taraflara anlatmak durumundayız. Net bir ya da ek bir maliyet yükü getirmiyor. Günümüzün yarışmacı, rekabetçi, koşullarından çok kaygı duyulan bir alan bu, özellikle işveren adına. Bunu bilimsel olarak vurgulamalıyız. Dolayısıyla rekabet de iş sağlığı, iş güvenliği önlemlerinin maliyet ögesinin olumsuz bir yükü, yani bir enterfarans ya da interfarans söz konusu değil bu alana yapılacak yatırımlarda. Bu olgu makro ölçekte ülke genelinde doğru olduğu ölçüde, bilimsel olduğu ölçüde mikro ölçekte de, yani işletme ölçeğinde de, işletme genelinde de geçerli. Bir mikro-makro ölçek çatışması yok. Yani makro ölçekte ekonomik olur. Ulus adına devlet adına mikro ölçekte işletme adına yararlı, verimli olmaz. Devletin kimi politikalarla özendirilmesi gerekir. İşletmeleri bu alanda burada bu dezavantaj da söz konusu değil. Hem mikro hem de makro ölçekte bir verimlilikten söz edebiliriz. Bilimsel anlamda bu olgunun iyi anlaşılması kimi mevzuat düzenlemelerinde değinilmeyen bilimsel mevzuat değindiğimiz bilimsel ekseninde yapılabilirliğini sağlama şansı bize sağlıyor. Özellikle iş veren kesiminden kaynaklanan ön yargı ve endişeleri bu yolla aşma şansımız olabilir. Tipik bir örnek olmak üzere işçi sağlığı, iş güvenliği kurulları bilindiği gibi işveren ağırlıklıdır ve kararları iş vereni bağlamazken çalışanı bağlar. Aynı kaygılardan kaynaklanan bir yapılanmadır. Ve İSAYBİ kurallarının etkinliğini önemli ölçüde bu mevzuat düzenlemesi ile ilgili yönetmelik alır götürür. Dolayısıyla buradan başlayarak belki, tipik bir örnek olması ve çok bildiğimiz bir örnek olması üzere bir kuralı çalıştırabiliriz.

Şimdi çocuk işçiler konusuna bir parça değinmek istiyorum değerli arkadaşlar. DİE verilerine göre, 844 000 dolayında çocuğun çalıştığı iş yerinin hiçbir biçimde kaydı bulunmuyor Türkiye’imizde ve bu çocukların

%80'i neredeyse hiçbir ücret almıyor veya alamıyor, boğaz tokluğuna çalışıyor. Ve 21. yy eşiğinde köle çocuk işçiler söz konusu. Kimi kaynaklara göre ülkemizde toplam iş gücünün 1/4'ini çocuklar oluşturuyor. İLO raporlarına göre ise çocuk işçi çalıştıran ülkeler arasında Türkiye'miz dünyada olumsuzluk bakımından; Kenya, Bangladeş ve Haiti'nin ardından 4. sırada yer alıyor. Çocuk işçilerin %91'i nerede ise psikolojik, %63'ü fiziksel, %38'i cinsel örselenmeye, istismara uğruyor. Kayıt dışılık genel olarak Türkiye ekonomisinde neredeyse yarı yarıya iken, çocuk çalışanlarda daha büyük boyutta, erişkinlerden daha büyük boyutlarda. Bu tablonun öğeleri, bileşenlerine bakıldığında ülkemizin yoksulluğu, olağanüstü bozuk olan gelir dağılımı, hızlı nüfus artışı, bölgeler arası kalkınma uçurumu, tarım ve hayvancılıktan- bu sektörler desteklenmediği için -kopan nüfus kentlere köyden kırdan kente akan yoğun göç var. Bir de geleneklerimizin payının olduğunu söyleyebilirim. Sermaye, ucuz iş gücü arıyor. Ve yaptırım yokluğu da bunlara eklenince nerede ise -abartısız lütfen kabul ediniz- 1760'lardan 1. sanayi devrimini başlatan İngiltere'deki tabloları bizler 150 yıl sonra yahut 250 yıl sonra hatta benzer koşulları yaşamak gibi bir talihsiz tablo ile karşı karşıya kalıyoruz. Çocuk işçiliğinin önlenmesinin bağlamında İLO normlarının ya da İLO çalışmalarının boşlukta olduğunu söyleyebiliriz özetlemek gerekirse. İlginç bir biçimde değerli arkadaşlar şu anda IMF ve Dünya Bankası'nın 2001 yılı Bahar Dönemi toplantıları sürüyor. Sayın bakanımız da bu toplantılara katılmak üzere yurtdışındalar. Hemen şurada bir düzeltme yapmak durumundayım. TÜBİTAK, %42'si yoksul bizim ülkemizin diyor. Fakat bu, Ocak 2001 tarihi itibarıyla, devalüasyondan önce olan bir rakam. Şimdi çok daha kötü bir durumda. Şimdi IMF ve Dünya Bankası Bahar Dönemi toplantılarında aşırı yoksulluk ve bunun sağlık sorunlarıyla bileşiminin ya da etkileşimlerinin ele alınacağı bir düzlem olarak tanıtıldı. Dileriz öyle olsun ve gerçekten olumlu sonuçlar çıksın ama bunu ummak bana fazla iyimserlik gibi geliyor. Çok sevinmekle beraber G 20'nin dönem başkanı Karadağ Maliye Bakanı Paul MARTİN beyefendi bir açıklamada bulundu yakın bir geçmişte. Sağlık konusunun ahlaksal etik bir boyutu olmakla birlikte yanı sıra önemli bir ekonomik kalkınma ögesi olduğunu da vurguladı Sayın MARTİN ve sosyal soruları IMF, Dünya Bankası, gündeminde hak ettikleri yere oturtmayı düşünüyoruz, bunu destekliyoruz diye kaydetti. Umarız bu da gerçekleşsin. Az önce de vurguladım. Türkiye'miz gerçekten 250 yıl öncesinin birinci endüstri devriminin, o romanlara konu olan, sabahleyin Turhan Hocamın da ifade ettiği Victor Hugo'nun Charles Dickens romanlarına konu olan koşullarını yaşıyor. Özellikle çocukların çalışma ortamı bakımından fiziksel, kimyasal, psikolojik, ergonomik, boyutlarda kümelerde toplayabileceğimiz risk etmenleri çoğu kez çocuklarda özellikle dönüşümsüz sorunlar yaratıyorlar. Bunlardan korunmanın insancıl, etik ölçülerinin ötesinde toplumsal ölçekte bir ekonomik girdi de sağlayacağını tüm toplumca kavranması gerekiyor.

Değerli arkadaşlar, bakın dönüp dönüp aynı şeyi vurguluyorum. Salt etik değil. Salt insancıl değil. İnsan en yüce değer. Bir insanlık hakkı sağlığının korunmasının ötesinde madalyonun bir yüzü ise öteki yüzünde de ekonomimizin yüzü var. Bunlar aynı zamanda ekonomik. Dolayısıyla bugünden yarına erteleyeceğimiz bir tür hizmetler, hem mikro hem de makro ölçekte çok daha büyük yük getiriyor ülkeye. Günümüzdeki tutumun topluma maliyeti aslında çok daha yüksek. Bugün sağlık ekonomisi çalışmaları ile biraz daha net biçimde ilgili çevrelerin anlayabileceği biçimde ortaya konması bilimsel çevrelerin sorumlulukları arasında. Bu tür projeleri götürmeliyiz.

Değerli arkadaşlar, bir başka boyut sosyal güvenlik yapısı. Türkiye'nin İLO 158, C 158 yani 158 sayılı konvansiyon iş güvenliği ile ilgiliydi. Bir önceki cumhurbaşkanlığı döneminin 2 önceki döneminden Özal döneminde parlamentodan geçmiş fakat Özal tarafından veto edilmiş idi, Türkiye işverenin buna hazır olmadığı gerekçesiyle. Demirel tarafından onandı. Ancak uyum yasası henüz çıkmış değil. Özetle İLO 158, iş yeri hekimleri için de son derece önemli iş güvencesi sağlıyor. Nedir özeti? Herhangi bir çalışanın işine son verildiğinde yargıya gitme hakkına sahip ve işveren de bu davranışını yargı önünde yargıca anlatacak. Yargıç karar verecek bir hakim olarak bir hukuk devletinde. İşe son verme hakkıdır. Hukuka uygundur veya değildir. İLO 158'in özü bu. Parlamentoda iş verenler ile diğer kesimler arasında uzun süren pazarlığın imdadına bu sanal kriz yetiştirdiğiniz gibi. O da şimdi askıya alınmış durumda. İş yeri hekimleri bu güvenceye sahip olmadıklarından biz onların çalışmalarını iş yerine verimli kılmak şansına da önemli ölçüde sahip bulunamıyoruz. Dolayısıyla İLO C 158'i çok önemsiyoruz. Gelişmiş ülkelerde bizim de aday olduğumuz AB ve OECD ülkelerinde bir insanın işten çıkarılması yaşama hakkına dönük bir saldırı olarak değerlendiriliyor. Fakat biz henüz böyle bir felsefesal olgunlaşmanın çok gerisindeyiz, bildiğiniz gibi. İş barışı, iş huzuru çalışma yaşamında üretimin ve verimliliğin artışı sanıldığından çok daha öte düzeyde olumlu etkilenebilir, C 158'i İLO'nun 158 sayılı konvansiyonunu bizler benimsersek arkadaşlar. Türkiye'nin Sosyal Güvenlik profilini incelersek, Türkiye'mizin 2000 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan-1999 verileridir bunlar, sanıyorum en son veriler-bağımlı nüfusumuzun %63'üne bulunduğunu görüyoruz. Kabaca diyebiliriz ki her üç insandan biri çalışıyor. Geri kalan ikisi ise bağımlı nüfus olarak onların eline bakıyor. Türkiye'miz faiz, raund, temerrü sarmalından çıkarak üretim ve yatırım, dolayısıyla istihdam yaratmaya yönelik ivedi ve kaçınılmaz bir politika değişikliği içinde olması sanıyorum makro bir politika önerisi olarak ortaya konulabilir. Bir başka sorun boyutu değerli

arkadaşlar, Ulusal İş Sağlığı ve İş Enstitüsü; bunun adı iş güvenliği enstitüsü, adı tartışılabilir. İngilizce'deki ya da Anglasoksan literatüründeki kısaltılmadan alınmıştır. N.I.O.G.S. diye de bildiğiniz gibi oradan çevirerek aldım üzerinde uzlaşabiliriz. Sabahki oturumda da anlaştığımız gibi önemli olan çalışanların sağlığı ve güvenliğinin bir insan hakkı olarak benimsenmesi, onu yaşama geçirerek kurumlaşmaların gerçekleştirilmesi. Türkiye'mizin yönetsel, bilimsel ve akçeli bakımdan yani eski deyimlerle idari, mali, bilimsel bakımdan, ilmi bakımından özerk, muhtar yapılara gereksinimi vardır. Böyle bir enstitü olmak zorunda. Böylesi bir kurumu oluşturacak kaynaklara, insan gücüne, teknolojik birikime, Türkiye'mizin sahip olduğunu artık herkes kabul ediyor. Bu tartışılmıyor. Çok geç bile kaldık. Gelişmiş ülkelerin tümünde böyle bir ulusal enstitü var ve İLO'nun bize çok büyük yardımı olabilir. Bu enstitüler için standart önerileri var. Örgütlenme modelleri, donanım şemaları ve işlev listeleri hazır. Bunun bir yasa ile çıkartılması ve Ankara'da, İstanbul'da uygun görülecek bir yerde oluşturulması gerekiyor. Parlamentodan çıkacak bir yasa ile mutlaka yasal bir güvence ile oluşturulması gerekiyor. Bu kurumlar eğitim hizmeti verecek, hizmet üretecek, iş sağlığı güvenliği alanında araştırma yapacak. Danışmanlık yapacak, hakemlik yapacak. Bunlar temel işlevleri olmak durumunda. Çalışma yaşamının uluslararası bir başka deyişle, küresel normlara iştirilmesini hedef alacak. Özerk bir enstitü olacak, standartlar koyacak, protokoller koyacak, direktifler geliştirilecek, ulusal ölçekte bir akreditasyon kurumu olarak davranacak. Böyle bir enstitü aynı zamanda her birini birer yasa maddesi olarak yazınız, olsun bitsin. Çok teknik olarak da zor değil. Ulusal ve uluslararası kurumlar ile iş birliği yapacak, özellikle üniversitelerin ilgili birimleri ile yoğun ilişkiye girecek. Alan çok sektörlü olduğundan üretim ve iş birliği olacak yapıda olsun istiyoruz.

TTB'nin kurmuş olduğu iş sağlığı enstitüsü örnek bir girişimdir. Çok saygı duyulacak bir girişim. Siyasal otoritenin boşlukta bıraktığı bir alanı, boşlukta bırakmaya niyetli olduğu bir alanı, bir meslek örgütünün büyük bir sorumluluk duyarak çaba göstererek ortaya koyması sevindirici. Alkışlanacak bir çaba ancak bu yalnız bir meslek örgütünün yapabileceği bir iş değil. Mutlaka ulusal düzeyde parlamentodan çıkacak bir yasa ile bunun çerçevesinin kurulması gerekiyor. Şimdilik TTB'nin iş sağlığı enstitüsünde kendi alanında desteklerinin güçlendirilmesi önemli. Gelecek ulusal bir enstitü kurulusa bu enstitü ile sivil toplum örgütleri ilişki bağlamında, meslek örgütleri ilişki bağlamında ilişkisini isteyeceğiz. Ankara'da kurulu İSGÜM son derece yetersiz bütün iyi niyetine karşın. Birçok arkadaşımız burada birçok hizmet verdiler. Sağolsunlar onlara teşekkür ediyoruz. Ancak her bakımdan İSGÜM yetersiz. Bir kez Bakanlığa bağlı oluşu nedeniyle, yönetsel özelliklerinin olmayışı nedeni ile çok sıkıntılı. Bir kez daha vurgulayalım; yönetsel, bilimsel ve akçeli özerklik vazgeçilmez gözüküyor. Böylesi bir kurumdan verim bekleniyor ise yeni üretim teknolojileri ve istihdam profili en önemli sorun alanlarından birisi, değerli arkadaşlar. Biz bu alanı konuşurken istihdam profili büyük bir hızla değişiyor bildiğiniz gibi. Tarım kesimi son derece sayısal olarak iş gücü oranı olarak azalıyor. Sanayi ve hizmetler sektörü öne çıkıyor. Özellikle hizmetler sektörü büyüme içinde, giderek daha çok eğitilmiş, donanımlı insan gücü istihdam ediliyor. Bu, son derece önemli bir saptama. Esnek üretimi biliyoruz. Eve ya da evde işi biliyoruz. Taşeronlaşmayı çalışanın kendisini değil; üretimini soyutlayan bir yaklaşım, işveren çalışmanı görmek istemiyor. Çalışmanı bir olgu olarak muhatap almak istemiyor. Ama bir biçimde üretim ile ilgili çalışan neyse o, soyut, somut, iki ayaklı, üç bacaklı, sekiz kuyruklu. Bir şey üretsün bunun üretimi ile ilgili böyle bir soyutlama çok tehlikeli. Devhümanize bir soyutlama ile karşılaşyoruz. Sendikasılaştırma sabahleyin de vurgulandı. Kolektif sesin kısılması otomasyon ve tehlikeli işlerde robot kullanımı ile istihdam daralıyor. Yeni üretim teknikleri ile kirletilen çevre bir başka sorun olarak karşımızda. Henüz tamamlanmamış kimi yeni risk ve patolojilerle yine yüz yüzüz. Kırlettiğimiz çevre ile yeni üretim teknolojileri ile bunların bir bölümünü belki önümüzdeki 10 yılda belki 20 yılda tamamlayacağız. Yepyeni patolojiler karşımıza çıkacak. Kimyasalların insan organizmasında oluşturduğu üstelik tekli değil çoklu etkileşimlerle, çoklu interaksiyonlarla ortaya çıkacak patolojiler olacak sanıyorum bunlar. Meydan okuyor gerçekten, çalışma sağlığı ve güvenliği alanında bunlar. Üretimde en yüksek maliyetli girdi iş gücü ücretleri değil. Bunun altını özellikle çizmek durumundayız. Son derece önemli noktaların biri de bu. Benim konuşmamdan sizin aklınızda kalmasını dilediğim bu aldatmaca, işçi maliyetleri önemli bir girdi değil, ülkemiz bu gelişmelere ilişkin stratejik öngörülere sahip olmak durumunda. Uzun erimli planları olmak durumunda. Ne yazık ki 8. beş yıllık kalkınma planında bunlara ilişkin hiçbir öngörü göremiyoruz arkadaşlar. Üniversiteler bir başka boyutumuz değerli dinleyiciler. Üniversitelerimiz lisans ve lisansüstü hizmeti öncesi sürekli eğitim kapsamında varolan program ve etkinlerini gözden geçirmek durumundalar. Sanayi ve iş birliği olanaklarının iyileştirilmesi gerekli. Ama tek başına sanayiye hizmet eden bir ilişki olarak değil. Özellikle 2 yıllık ön lisans programlarında ara insan gücünün yetiştirilmesini ben önemsiyorum. Bu amaçla eğer böyle programlar açılırsa sanayi kuruluşlardan eğitim ve stajlarda uygulama ortamları olarak yararlanabiliriz diye düşünüyorum. 2 tane ön lisans programı aklıma geliyor. 2 yıllık ara insan gücü yetiştirmek için, bunların bir tanesi iş sağlığı teknisyenliği, ikincisi iş güvenliği teknisyenliği olmak üzere iki ayrı yeni istihdam tipi veya insan gücü tipi tanımlayabiliriz. Öte yandan Gebze'de ve İzmir'de kurulu ileri teknoloji enstitülerimizin iş sağlığı ve iş güvenliği alanında Türkiye koşullarında uygulanabilir teknolojiler üretmeleri, geliştirmeleri gibi bir noktayı da anımsatma görevi duyuyorum. Tababet uzmanlık tüzüğünde 4 yıl süreli bir iş sağlığı ve meslek hastalıkları uzmanlık alanının tıp doktorları için mutlaka tanımlanması gerekiyor. Bunun için

lığı ve meslek hastalıkları uzmanlık alanının tıp doktorları için mutlaka tanımlanması gerekiyor. Bunun için geç bile kaldık. Bilindiği gibi Avrupa Birliği ülkelerinin hemen hepsinde bunlar var. Öteki sağlık meslekleri için tıp, hemşirelik, psikoloji, beslenme disiplinlerinde de gerek lisans gerek hizmet içi, hizmet öncesi ve lisansüstü eğitim seçeneklerinin yaratılması gereği bulunuyor. Yalnız hekimin iş yeri hekimi sertifikası alması veya bu eğitimlerden geçmesi yetmiyor.

Değerli arkadaşlar, üretim arttırılmadan toplumsal gönenceyi arttırma şansı bulunmuyor. Bu ekonominin evrensel kuralı. Dolayısıyla bu süreçte eğitilmiş, sağlıklı, güvenli çalışma koşullarına oturtulmuş iş gücünün en temel girdi olduğunu tartışmasız olarak kabul etmek durumundayız. Tam tersi, bu söylediğim küreselleşme ile ilgili ortaya çıkan iş gücünü soyutlayarak onu kendi seri üretimine bakma anlayışına bir alternatif yada karşı tez getirmiş diyoruz. Bununla tam tersini söylüyoruz. Bu taylorist modellere karşı bir biçimde ve kesinlikle maliyet etkindir arkadaşlar. Hangi ölçekte, makro ölçekte kesinlikle maliyet etkindir. O halde adına devlet denen kurum makro ölçekte maliyet etkin olan projelerin mikro ölçekte engellenmesine izin vermez. Devletler bunun için vardır. Ulusun genelinin çıkarlarını koruyucu, kollayıcı tutum içinde olmalıdırlar. Bunun adı ulus devlettir. Bunun yerine mikro ölçekte sermaye kesiminin çıkarlarını koruyan bir yapılanma varsa orda ulus devlet yoktur. Ulus devletin olmayışı devletlerin küçültülmesi de belki bu yüzden isteniyor bir parça. Dolayısıyla eğitim kurumları bu olguyu özenle göz önüne almak durumunda. Nitelikli, işe yarayan insanlar üretmek günümüzün yarışması. Kati bir rekabete dayalı piyasa ekonomi yapısında insanları sömürden koruyacak en temel donanımlardan bir tanesi, yeterli eğitim ve beceri donanımı sağlamak oluyor. Bu mantıkla yetiştirdiğimiz insan gücü ya da insanlar girişimci oluyorlar. Girişimci yetenekleri daha üstün olabiliyor. Üretimleri nitel ve nicel olarak artabiliyor. Öz yeterlilikleri geliştirilmiş olan insanlarımız verimli kaynak kullanımı ile dış pazar ve dış satım olanaklarını da yakalayabiliyorlar. Ülkenin en büyük zenginlik kaynağı görüldüğü gibi yetişmiş, eğitilmiş ve sağlıklı insan gücü. Bir kez daha vurgulamak isterim ki, toplumsal ve ekonomik kalkınmada en temel itici güç, sağlıklı ve eğitilmiş insan gücü. Bunu DSÖ'nün eski başkanlarından Dr. Haftan MAHLER de söylemiştir. Çağımız bu nedenle entelektüel sermaye çağı adını alıyor. İnsan kaynakları en başta önemsenen bir olgu.

Özetlersek değerli dinleyenler; özellikle iş sağlığı, iş güvenliği sorununun kamuoyunda ve ilgili sosyal tarafların katında gündeme taşınması gerektiği var. Hala yeterince gündemde değil. Bakınız burada sanıyorum devlet katmanlarını ilgilendiren bürokrasi kesiminden önemli insanlar bulunmuyorlar. Oysa kaçınılmaz bir fırsat olmalı idi diye düşünüyorum. İş sağlığı ve iş güvenliği, yani kamuoyu oluşturmaya başlamak gerekiyor. Bu çabaları hızla arttırmak gerekiyor. İş sağlığı ve iş güvenliği sorun alanında öncelikli ilk konu. İkinci konu iş kazaları. İlk konu kamuoyu oluşturma. İkincisi ise iş kazalarını oluyor. Çünkü insanlar dönüşümsüz bir biçimde ölüyorlar. Bu yüzden tüm çalışanların iş yeri hekimi hizmeti alması lazım, hangi koşullarda olursa olsun ben bu 50 işçi ile falan sınırlamayı aşmak gerekirse. Eksik istihdam, kaçak istihdam, yasak çocuk işçi çalıştırma ve sendikasılaştırma taşeronlaştırma, iş güvencesi vs. birbirinden ayıramadığım önem derecesinde olan sorunlar bunlar. Dolayısıyla sosyal politika üretimi ve bunun yaşama geçirilmesinin gerekliliğinin iş kazalarından sonra öteki teknik ve tıbbi hizmetlerden önce görmekteyim. Daha sonra somut söyleyeyim meslek hastalıklarının tanımlanma sürecinden önce görmekteyim.

1. Kamuoyu oluşturma
2. İş kazalarını derhal en aza çekebilme
3. Sözünü ettiğim sosyal politikaların uygulanarak yaşama geçirilmesi.

İlk ve ikinci madde ile bağlantılı olarak da sektörde iş sağlığı ve iş güvenliği sorunlarının savsaklanması yüzünden makro ölçekte ulusal ekonomiye binen yükü ortaya koyacak bir master çalışmasına gereksinim olduğunu düşünüyorum. DPT destekli bir master çalışması. Bu veriler DPT'nin önüne konduğunda özellikle onları güdüleme ve kimi davranışlara itme bağlamında yarar sağlayacak diye düşünüyorum. Sektörde hızla alınabilecek bir demet mali tepkili bir önlem var. Dolayısıyla ekonomistler ile birlikte çalışmamız gerekiyor. Sağlık ekonomistlerini alana davet ediyorum Bu mali tepkili önlemlerin neler olabileceğini söz konusu master araştırması ile ortaya koyup DPT'nin önüne, oradan da TBMM'ye taşıyarak mevzuat yapısını iyileştirmek için baskı grubu olmalıyız. Bu önerilerin ve sunulan özel bilgi kaynaklarının değerlendirilmesinin ardından Çalışma Bakanlığı kimi kurumları, kişileri, tarafları çağırır ve bir enstitü oluşturulması için İSGÜM'ün yerine atölye çalışması ile kısa zamanda bu çalışma çıkar diye düşünüyorum. Ulusal iş sağlığı iş güvenliği enstitüsünü böylece açıyoruz. Saydamı oluşturmuş olur Türkiye, değerli arkadaşlar, çalışanını, çalıştırmasını ve devletini, bürokrasisi ile siyasisi ile alana ilişkin olarak eğitmek durumunda. Bu alanda çalışanları hizmet içi eğitimlerle açıklarını kapamaya da çalışmak durumundayız. Sağlık profesyonellerinin ya da alanın profesyonellerinin büyük yükü var. Dolayısıyla iş gücünün profesyonelleşmesi hedeflerimiz arasında olması durumunda ve var olan profes-

yonellerin de sayı ve niteliklerini de arttırmak durumundayız. Örneğin İngiltere şu anda bu rekabetçi piyasada giderek iş gücüne daha fazla eğilerek ülkede istihdam ettiğinin edip, edemediğini başka ülkelere insan gücü ihracı biçiminde ilginç bir strateji izliyor.

Öte yandan değerli arkadaşlar, ülkemiz bir yanda küreselleşmenin bilimsel ve teknoloji ile yararlarından verilerin, olanaklarından yararlanırken öte yandan bu sürecin son derece yıkıcı toplumsal, siyasal, ekonomik etkileri olduğunu göz önüne almalı ve bu konuda gerçekten gözünü dört açmalı. Küreselleşme iki yanı keskin kılıç gibi; yararlarının yanı sıra son derece yıkıcı etkileri var. Ulusal devlet ve sosyal devlet korunmadan başarı elde etmek küreselleşmeye karşı olanaklı gözüküyor. Ve son olarak tüm çalışmaların sağlıklı ve güvenli çalışma koşullarına sahip olmanın bir insanlık hakkı olduğu sabahleyin de vurgulanmıştır. Avrupa sosyal güvenlik konvansiyonunun 3. maddesinde de bu son derece net bir biçimde yazıyor. Türkiye'miz bu konvansiyona taraf bilindiği gibi. Taraf olduğu başka uluslararası anlaşma ve sözleşmeler de bulunuyor. Bunlara uymaya davet ediyoruz Türk hükümetlerini ki uluslararası komisyonda gerçekten kredisiz, itibarsız kalmayalım.

Çok teşekkür ederken başkanımıza 5dk geciktiğim için özür diliyorum.

Prof.Dr. Hamdi AYTEKİN: Sayın SALTİK'ın konuşması bitti. Şimdi sıra son konuşmacımızda. Sayın Vedat Reha MERT Çalışma Bakanlığı adına konuşacak. Çalışma Bakanlığı'nın İş sağlığı alanına bakış açısı; kısa, orta, uzun eğilimli eylem planlarını sunacak.

ÇALIŞMA BAKANLIĞI'NIN İŞ SAĞLIĞI ALANINA BAKIŞI: 'KISA, ORTA VE UZUN ERİMLİ EYLEM PLANLARI

Konuşmacı: Vedat Reha Mert

(Çalışma Bakanlığı İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Genel Müdürü)

Vedat Reha MERT: Sayın başkan teşekkür ediyorum. İzin verirseniz yerimde konuşmak istiyorum. Öncelikle toplantıya geciktiğim için özür dilemek istiyorum. 7-12 Mayıs tarihleri arasında Ankara'da düzenlenen uluslararası iş sağlığı ve güvenliği bölgesel konferansı hazırlıkları dolayısıyla son dakikaya kadar Ankara'da bulunmak zorundaydım. Bu vesile ile bu konuda da size bilgi aktaracağım. Konuşmamın sonunda ve hepinizi de bu vesile ile oraya davet etmek istiyorum. Ben konuşmama başlamadan önce kendimi tanıtmak istiyorum. İki ayrı kimlik ile, belki birbirleri ile çatışan iki ayrı kimlikle buradayım. Ben 22 yılını tamamlamış iş güvenliği müfettişiyim. Yasal bu değil, iş müfettişi. Ancak bizim çok sevdiğimiz deyimdir, iş güvenliği müfettişi. Bir yıl öncesinde Çalışma Bakanlığı iş teftiş kurulu başkan yardımcılığı ve vekaleti görevinden altı ay öncesinde iş sağlığı ve güvenliği genel müdürü olarak atandım. Burada bir şeyin altını öncelikle çizmek istiyorum: Biraz önce hocamı dinlerken, bazı notlar aldım ve çoğunun hepsinin altına imza atabiliriz. Çünkü Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği maalesef kendi kaderine terkedilmiş durumda. Bunun sorumluları kimlerdir? Sorumlu aramaktan öte önümüzdeki dönemde neler yapılabilir? Üzerinde neler yapılacaktır, üzerinde yoğunlaşmak, zamanı daha iyi kullanmak anlamında anlamlı olacak diye düşünüyorum. Bu açıdan baktığımızda öncelikle 1983 yılından bu yana daire başkanlığı olarak örgütlenmiş olan Çalışma Bakanlığı'nın iş sağlığı ve güvenliği teşkilatının genel müdürlüğe dönüştürülmüş olmasını büyük bir memnuniyetle ifade etmek istiyorum. Bu hükümetin belki de Çalışma Bakanlığı bazında yaptığı en isabetli kararlardan bir tanesi, bu hizmetin iş sağlığı güvenliği genel müdürlüğü seviyesinde yeniden örgütlenmeye olan niyeti ve ilk adımıdır. Malumları olduğu üzere 618 sayılı kanun hükmünde kararname ile genel müdürlüğe dönüştürülmüş, ancak bu kararname anayasa mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Şu anda bu kararnamenin yasallaşması için yapılan çalışmalar meclis zeminine inmiştir. Sosyal işler komisyonundan ve ana komisyon olan bütçe komisyonundan geçmiş, şu anda meclis genel kurul gündeminde sanıyorum. Bu, öncelikli yasaların hemen arkasından gündeme gelecektir. Buna niye önem atfediyoruz. Çünkü ben 1979 yılında mesleğe intizap ettiğimde iş sağlığı genel müdürlüğü vardı. 1 yıl dolduğundan, bu genel müdürlük emrinde çalışan, o tarihteki sayıları itibarıyla 250'ye yakın iş güvenliği müfettişinin ünvanı değiştirilerek iş müfettişi yapıldı. Yeni bir teftiş kurulu başkanlığı, iş teftiş kurulu başkanlığı oluşturularak başka bir birime gönderildi. Bu şu demekti: İş güvenliğinin bence 3 önemli ayağı olan denetim, eğitim, araştırma ayakları birbirinden ayrıldı. Bu bence çok isabetsiz bir karardı. Ama o dönemin alınmış bir kararı idi. Fakat burada bir şeyi de yine ifade etmek lazım; yeni bir teftiş kurulu kurulması da iş güvenliği müfettişlerinin çalışırken daha özerk, daha bağımsız olmaları anlamında katkısı da olmuştur. Bunu da burada ifade etmeden geçemeyeceğim. Ancak ondan sonraki dönemde iş sağlığı daire başkanlığı ilk zamanlara hadi genel müdürlük olmasına rağmen, maalesef bir kenarda unutulmuş bir birlik haline dönüşmüştür. Altı ay önce göreve başladığımda gördüğüm manzara çok da iç açıcı değildi. Onun için yeni bir kapsam içerisinde tüm çalışmaları ele aldık.

Bu altı aylık dönemde neler yapıldı? Önümüzdeki dönemde neler yapılacak? Şimdi size anlatmaya çalışacağım. AB ile birleşme süreci hafını çok duyuyoruz. Hepimizin diline pelesenk oldu. AB ile birleşeceğiz. Onların müktebasatı bu lafta çok yaygındır. Mutlaka uyum sağlayacağız. Bu beni çok rahatsız ediyor. Yani AB ile birleşmezsek, AB bizi almazsa, orada eğer güzel bir takım düzenlemeler varsa bu düzenlemeleri biz mevzuatımıza ithal etmeyecek miyiz? Ya da mevzuatımızı bu doğrultuda düzeltmeyecek miyiz? Elbette düzeltmemiz lazım. AB için değil, Türkiye için, insanımız için, Türkiye'nin refahı, kalkınması için bu düzenlemeleri yapmamız gerekiyorsa yapacağız. Nitekim bu emir bize verilmeden bir yıl öncesinde, iş teftiş kurulu başkanlığı bünyesinde, iş sağlığı ve güvenliği mevzuatının yeniden gözden geçirilmesi için 65 uzman arkadaşımızla çalışmalara başladık. Burada izlediğimiz temel ilke, mevcut mevzuattaki dağınıklığın, birbiriyle olan ilişkilerin ve de 1990'ların, 1940'ların teknolojisini dikkate alarak geliştirilmiş olan mevzuatın günümüz bilim teknolojisinin ışığında gözden geçirilmesi, biraz önce hocamın da belirttiği gibi AB'nin direktifleri milletlerarası çalışma teşkilatının uluslararası normları imzaladığımız ya da hazırladığımız ki 155-161 sayılı sözleşmeler tarafımızdan onaylamak üzere meclise gönderilme aşamasına gelmiştir.

Tüm uluslararası normlarla mevzuatımızın uyumunu sağlama çalışmaları 1 yıldır Bakanlığımız bünyesinde sürmektedir. Burada önemli ilkemiz, mevzuatı çok dağınık bir yapıdan kurtarıp tek bir mevzuat haline dönüştürmek. Ne demek bu? Malumunuz, 1475 sayılı İş Kanunu'nun belirli maddeleri iş güvenliği ile ilgilidir.

Diğer maddeleri daha çok iş ilişkileri ile doğrudan ilgilidir. Bakanlıkta iki ayrı fikir çarpıştı. Denildi ki ayrı mesleki sağlık ve güvenlik yasası olmalıdır. Bu kulağa çok hoş geliyor. Bizim meşhur adetimizdir. Çözemediğimiz her probleme bir yasa çıkartırız. Bu olayı da çözeriz. Ben buna katılmadım. Neden katılmadım? "Çünkü inanmıyorum ki;" İş ilişkileri iş sağlığı ve güvenliğinden ayrı düşünülemez. Çalışma saatlerinin, çalışma postalarının düzenlenmesi, ücreti veya benzeri başka ilişkileri iş güvenliğinin dışında bir kavram gibi sayıp onları başka bir yasada iş güvenliği sanki onlardan çok soyutlanmış bir kavram gibi bir başka yasada ele almak bence yasaları tekrarlamaktan, kendi kendimizi yormaktan öte bir anlam taşımaz. Bu ikisi arasındaki ilişkiyi de kopartır düşüncesi ile 1475 sayılı İş Kanunu'nun 73. madden başlayan 89'a kadar devam eden maddelerini yeniden ele aldık. Bunu ele alırken de dikkat ettiğimiz temel kriterler: AB'nin 89/391 sayılı çatı sözleşmesi ve bu sözleşmeye göre çıkartılmış olan 20'ye yakın yavru direktifleri artı Milletlerarası çalışma teşkilatının bizim onayladığımız ya da onaylamadığımız tüm sözleşmelerindeki temel ilkeler dikkate alınmıştır. Bu yasa değişikliği henüz atölye çalışması safhasında olduğu için şu anda detaylarına girmeyeceğim. Ancak birkaç önemli hususu hemen dikkatinize sunmanın yararlı olacağını düşünüyorum. Bunlardan bir tanesi -belki kamuoyunda da en fazla tartışılacak olan kısmı- hayati tehlike söz konusu olduğunda işçinin işi reddetme hakkı. Bu şu anda mevzuatımızda bulunmayan bir hadisedir. Ancak AB direktiflerinde bunun olması gerekliliği vardır. Bir ikinci hadise üçlü katılım yani uluslararası kuruluşların yıllardır tavsiye ettikleri ve bence çok sihirli kelime olarak görüyorum. Sihirli kelime olmanın ötesinde sihirli bir araç görüyorum. Yani devlet, işçi, işveren birlikteliğinin yasalara işlendikten sonra da kafalara çok iyi kazınması gerekir diye düşünüyorum. Yani, işçi - işveren çatışmasının olmayacağı tek alan, iş sağlığı ve güvenliğidir. Bu, iş yerleri bazında mutlaka sağlanmalıdır. Bu anlamda da iş sağlığı ve güvenliği kurallarını yeni bir anlayış ile ele alıyoruz. Biraz önce bir parça bahsedildi. Şu anda iş sağlığı ve güvenliği kuralları çok küçük bir istisnası dışında elden ele dolaştırılan ve imzalatılan karar defteri safhasında ve bundan öteye gidememiştir. İş verenin atadığı 6 tane eleman ve iş verenin dediğinin tersine pek de bir şey söyleyemeyecek olan 6 tane insanın o iş yerinde iş sağlığı ve güvenliği problemini çözebilmesi mümkün değildir. Zaten kompozisyon bu da olsa işlerliğine baktığımızda 22 yıllık tecrübem ile söylüyorum, gerçekten işleyen iş sağlığı güvenliği ve kurulu ve sayısı aklımda kaldığı kadarıyla 5-6'yı geçmez. Çok büyük işletmeler dahil-O zaman problem demek ki yasaya yazılmakla, yasaya yazılan şeyleri bir takım böyle bilimsel toplantılarda tekrar etmekle, böyle bir aracımız var demekle olmuyor. Demek ki bunları çalıştırmak lazım. O zaman ne yapacağız? O müesseseyi çalışır hale getireceğiz. Birinci ve vazgeçilmez şartı, o müessesenin iş yeri demokrasisinin iş yerinde, yerinden denetimi, öz denetimi sağlayacak güce ve erke sahip kılınmasıdır. Buna bazı kesimlerin, bazı toplum kesimlerinin büyük bir reaksiyon göstereceğini şimdiden görebiliyoruz. Yerinden yönetim derken, yerinden denetim derken belki bir kavram, benim de biraz önce sürç'i lisan ile karıştırdığım gibi yerinden yönetim gibi de algılanabilir. Ancak iş sağlığı ve güvenliğinde buna mutlaka gerek vardır. Biraz önce söylediğim gibi işi reddetme hakkı, hayati tehlike ya da bir hastalık tehlikesi olduğunda işi reddetme hakkı ile birleştirdiğiniz zaman iş yeri demokrasisinin temel kavramlarından bir tanesi olacaktır iş sağlığı güvenliği kuralları. Ancak kurulun adı değişecek, bizim teklifimiz böyle. Bunu, iş yeri denetim ve danışma birimine dönüştüreceğiz. İşveren -ki yine AB direktiflerinin amir hükmüdür- iş yeri temsilcisi serbest seçimle seçilecek, sendika temsilcisi değil, iş yerinde çalışan işçilerin hür iradesi ile seçilecek, iş yeri temsilcileri yani işçi temsilcisi ve de biz bunu henüz teklif ediyoruz. Yeminli çalışma müşavirliği müessesesini -bunu biraz sonra sorularda açabilirim- yeni bir disiplin olarak biraz önce hocamın üniversitelerde iş sağlığı ve güvenliği teknisyenliği teklifi ile belki bir parça yaklaştıralım. Ama biz bunu mühendislik seviyesinde tıp uzmanlığı ya da benzeri sosyal ilimlerde uzmanlık alanları olarak geliştirmek ve mevzuattan oraya doğru bir yaklaşım ile bir disiplin oluşturmanın ilk adımı olarak sayıyoruz.

Bir başka önemli hadise, bizim 1475 sayılı İş Kanunu ile getirmek istediğimiz yeni bir kurum: İş sağlığı güvenliği meclisi. Malumlarıdır bir çalışma meclisimiz var. Çalışma Bakanlığı'nın her istediğinde çağrılır. Ama maalesef 15 yıldır benim hatırladığım kadarıyla hiç toplanmadı. 1983 yılında toplandığını hatırlıyorum. İş sağlığı ve güvenliği meclisi ne işe yarayacak? Tüm alanını ilgili kurumlarına devlet, işçi, işveren, üniversite, meslek kuruluşları ve o alanda kendisini yetkili gören tüm kurumları bünyesinde toplayacak. Bu meclis, yılda bir defa toplanacak. İş sağlığı ve güvenliği olaylarının tamamını gözden geçirerek ilke kararlarını hükümetlere bildirecek. Bakanlıklara bildirecek. Burada bir şeyin altını yeniden çizmek istiyorum: Çalışma Bakanlığı'nın görev alanında gibi gözüken iş sağlığı ve güvenliği kavramı artık anlamını yitirmiştir. Dünyada özellikle AT'de gelişen yeni bir kavram var: Çevre sağlık, güvenlik yani bu güne kadar bizim klasik iş sağlığı ve güvenliği anlamında iş yerinin sınırlı olan bir iş sağlığı güvenliği kavramı artık iş yerlerinden taşarak halk sağlığı ve çevre sağlığı ve çevrenin yönetimi ile de bir bütün olarak yeni bir konsept olarak gündeme gelmiştir.

7-12 Mayıs tarihlerinde Ankara'da düzenleyeceğimiz toplantının ana tartışma konusu da Dünya Sağlık Teşkilatı, Birleşmiş Milletler çevre programı, Milletlerarası Çalışma Teşkilatı, Avrupa Yeniden Yapılanma ve Gelişme Bankası, Dünya Hijyenistler Birliği, Dünya Serbest İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanları Birliği gibi ulus-

lararası kuruluşların temsilcilerinin de katılacağı bu toplantının ana tartışma konusu HESME projesidir. HESME İngilizce başlıklardan Çevre Sağlık ve Güvenlik Yönetimi yani işletmelerde çevre sağlık ve güvenlik yönetimi programı. Çevre yönetimini iş sağlığı ve güvenliği ile birleştirerek bu kavramın iş yerinde bazında ve gönüllülük tabanında gündeme getirilmesi. Bunun uygulamalarının tüm AB ülkeleri ile AB'ne aday ülkelerde yaygınlaştırılması amacıyla oluşturulmuş bir program. Çevre Sağlık Bakanlığı'nın 1999 yılında Londra'da yaptıkları toplantının deklarasyonundan hareketle DST Avrupa Ofisi tarafından gündeme getirilen bu proje 1 yıl öncesinde ülkemizde hazırlanan yine bir uluslararası katılımlı toplantıda HESME in Turkey adı ile Türkiye'ye teklif edilmiş ve Çalışma Bakanlığı bunun Türkiye'deki fokal point'i olarak bu projenin uygulamasını üstlenmiştir. Mayıs ayında yapacağımız bu toplantı da bu projenin başlangıç toplantısı olacaktır. Bunu da burada memnuniyetle ifade etmek istiyorum. Biraz önce söylediğim gibi, iş sağlığı ve güvenliği meclisi işte dünyada gelişen bu kavramın Türkiye'deki yasal düzenlemeler içerisinde ithal edilmesi anlamına isabetli olacağı kanaatindeyim. Bu meclise özellikle Sağlık, Çevre ve Çalışma Bakanlıkları mutlaka ana partnerler olarak katılacaklar. İlgili tüm bakanlıklar da uzman ya da yetkili seviyesinde katılarak ülke problemlerinin çözümünde söylenmesi inanıyorum.

Bir başka hadise biraz önce aldığım notlardan hemen aklıma gelenleri söyleyeyim -Çünkü bir başka boyuta geçeceğim-50 sınırlamasından bahsedildi. Yani iş yerlerinde sürekli olarak 50'den fazla işçi çalıştırıyorsa şunu yapacaksınız, bunu yapacaksınız diye bir takım mecburiyetler var. Ve bu neyi getiriyor biliyor musunuz? 22 yıllık tecrübe budur. İşverenler demeyeyim ama çoğunluğu 49'da frenliyorlar. Yani 49 ya da 10 işçi diyorsanız 9'da frenliyorlar. Halbuki bunun tam tersi yapılması lazım. Biz 50'den fazla işçi çalıştıran işverene bir takım teşvikler vermeliyiz. Sigorta primlerinde indirim, vergi muafiyetleri ya da vergi oranlarında indirim ya da iş yerlerini dizaynlarında ucuz kredilendirme gibi. Cezalar bu işte çözüm olamaz. Yıllardır bu yaşandı.

Ben 1979 yılında bu göreve başladığımda 1 yıl içerisinde 5000'e yakın iş yerine kapatma kararı verdim. Bunların fiilen ancak 10 tanesini kapatabildik. Kapatma çözüm müydü tartışmasına girmiyorum. Elbette çözüm değildi. Peki ağır yaptırımlar çözüm mü? 1983 yılında cezalar 30 000 TL'den 1.000.000 TL'ye çıktı. Uygulanabilen ceza miktarı çok komik oldu. 30 000 TL iken daha fazla ceza kesebildik. Elbette Türkiye'nin sosyoekonomik yapısından iş sağlığı ve güvenliği olayının çok ayrı düşünmek, bunu böyle kendi başına bir fanusa alıp biz çözeriz diye düşünmek çok yanlıştır. O bakımdan ülkenin sosyoekonomik yapısındaki değişikliklere paralel olarak iş sağlığı ve güvenliği problemleri de aynı paralelde değiştirilmelidir. Hocama kesinlikle yine katılıyorum. Burada en önemli hadise şuurlanma, bilinçlenme hadisesidir. Bu bilinme, bilinçlenme dediğimiz zaman ilk akla gelen iş verenler bilinçlenmeli, hayır işçiler de bilinçlenmeli, üniversite de bilinçlenmeli, bunun altını çizerek söylüyorum, hükümet de bilinçlenmeli, bu alanın ne kadar sorumlusu varsa hepsi ortak bir bilinç haline getirilmelidir. Ben birçok iş yerinde kendisine emniyet kemeri önerdiğim için-üzülerek söyleyeceğim ama- işçi tarafından iş yerinden kovulmayla defalarca yüz yüze geldim. İşverenler tarafından bu tabii bir hadise, karşılaştığımız bir hadise ama işçi tarafından bırak ölürsem ben öleceğim sana ne lafı çok anlam ifade etmiyor gibi gözükse de bence çok büyük anlam ifade ediyor. Demek ki bu alanda da bir eğitim, bir bilinç noksanımız var. O zaman yapmamız gereken, her fırsatta bu alanda hizmet edecek düzenlemeleri yapmamız lazım. Bu toplantıyı da bunlardan biri olarak kabul ediyorum ve düzenleyicilerine de teşekkür ediyorum. Yılda bir hafta 4-10 Mayıs İş Sağlığı ve Güvenliği haftası buna da katılmıyorum. Bu haftalar zaten beni oldum olası pek sarmaz. Hafta ne demek? Hayatın her alanında iş riski varsa, hayatın her alanında iş kazası, meslek hastalığı oluyorsa, yılda bir hafta tartışmanın anlamlı olduğunu düşünmüyorum. Belki, işte akıllarda kalsın diye bir faydası olsa bile bunu değiştirmek, hayatın her anını iş kazası ve meslek hastalıkları ile çevre kirlenmesi ile mücadeleye ayırmak gerektiğini düşünüyorum. Belki bir bakanlık görevlisi gibi değil, vatandaş gibi, iş sağlığı ve güvenliği alanındaki eksiklikleri gören bir uzman gözüyle bakmaya çalışıyorum. Böyle bakmam gerektiğine de inanıyorum. Çünkü 22 yıllık müfettişliğim sırasında hep masanın arkasında olan insanları suçlamışımdır. Elime fırsat geçtiğinde niye yapmıyorsunuz diye ama bir şey görüyoruz ki her şey masanın arkasından görülüyor. Bu anlamda hocama da hak veriyorum.- Hep hak verdiğim gibi- diyorum ki bir şeylerin çözülebilmesi için sadece devlet erkanının bir takım yasaları çıkarması, bir takım yaptırımları kullanması yetmiyor. O alanda kim sorumluluk sahibi ise ki burada en önemlisi işveren kuruluşları, işçi kuruluşları yani sendikalar, üniversiteler, meslek kuruluşları el ele gönül gönüle olmalıdırlar. Ama ne yazık ki şu anda bu birlikteliği birçok alanda görebilmek mümkün değildir. Biraz önce üniversitelerin bilinçlenmesinin altını çizdik. Düşünebiliyor musunuz? İş sağlığı ve güvenliği gibi bir konuda henüz böyle bir eğitim veren üniversite sayısı ya 1 hatırladığım kadarıyla ya da 2, Böyle bir iş sağlığı ve güvenliği uzmanlığı disiplini daha oluşmamıştır. Peki biz bir yasa çıkartsak ve desek ki her iş yeri bir iş sağlığı ve güvenliği uzmanı bulunduracak; kimleri çalıştıracak? Herhalde diğer mühendislerden, tıp aleminden insanları eğiterek bu alanda istihdam edecekler, ama bu yeterli mi sizce? Bence yeterli değil. O zaman üniversitelerin de bu konuya yakından eğilmesi gerektiğine inanıyorum.

Bir başka hadise, yine notlarımdan söyleyeceğim. İSGÜM fevkalade yetersizdir. Katlıyorum ve bununla ilgili bir döner sermaye kuruluşunu şu anda biraz önce bahsettiğim kanun tasarısına ilave ettik. Yurt çapında 21 il merkezinde, sanayi yoğun olduğu bu 21 il merkezinde araştırma, inceleme ve eğitim merkezleri kurmak üzere projelendirdik. Önümüzdeki yılda 5'ini, şu anda 4 olan bölge laboratuvarını 9'a çıkartarak sağlamayı düşünüyoruz. Burada kullandığımız araç ise kesinlikle bütçe imkanları olmayacaktır. Zaten buna imkan da yoktur. Bu şekilde devasa kuruluşların kurulabilmesi için Türkiye'nin bütçesi şu anda fevkalade değil hiç yok. Şu anda bu alanda yatırım için ayrılmış sıfır para var. O zaman ne yapacağız? Biraz önce söylediğim gibi devlet, işçi ve işveren üçlüsü dediğimiz o sihirli kuralı gündeme sokacağız. Bunun ilk tezahürü Kayseri Sanayi Odası ve Ticaret Odası ile birlikte Çalışma Bakanlığı Kayseri Bölge Laboratuvarını sanıyorum Haziran ayı içerisinde hizmete sokacaklardır. Binası, araçları ve gereçleri o bölgenin sanayici ve iş adamları tarafından sağlandı. Kadrosu Çalışma Bakanlığı tarafından görevlendirildi. Aracı ve günlük tüketim malzemeleri de yine o bölgeni iş adamları, ticaret erbabı tarafından sağlanacak. Ben bu formülle tüm Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği alanında inceleme, ölçüm, analiz ve araştırma yapabilecek, bu alanda eğitim verebilecek birimlerin yani bölge laboratuvarlarının sayısını artırılabilmesine inanıyorum. Başkası mümkün değil. Çünkü bütçe imkanları ile bunu yapmak söz konusu değil. Bence doğru da değil. Eğer hizmeti birileri satın alacak ise birilerine hizmet verecek iseniz, o kişiler o hizmetin karşılığını da ödemeli. Kim alacak bu hizmeti? İşverenler. O zaman işverenler o hizmetin görülmesine de katkılarını koymalıdır. Bunu bir artı maliyet olarak görmemek gerektiği biraz önce söylendi. Sonuna kadar katlıyorum. Bunun bir master çalışma şeklinde yapılması doğrudur. Ancak milletler arası çalışma teşkilatının yaptığı bir çalışmanın sonucu şöyle kabaca bir hesaplama yapılır: Yıllık GSMH'nin %1 ile %3 arasında bir kayıp söz konusudur. İş sağlığı ve güvenliği yetersizliğinden dolayı yani iş kazaları ve meslek hastalıkları dolayısıyla her ülkenin GSMH'nin %1 ile %3'ü oranında ve bunun Türkiye için bir hesaplama yaparsanız; kabaca 5-6 katrilyonluk bir miktar söz konusudur. Her halde işverenlerimizin böyle bir kaybı Türkiye'nin böyle bir kaybı dikkate alarak bu alandaki hizmetlere katkı vermesi kendi çıkarınadır, Türkiye'nin çıkarınadır diye düşünüyorum. Elbette hükümetler bu alanda kendisine düşen görevi yapacaklardır. Sonuna yetiştim ama iyi oldu.

Hocamın yine bir tespiti var: Eksik istihdam, kaçak işçi çalıştırılması, çocuk işçilik, ben bir şey daha ilave ediyorum; kadın işçilik ve özürlü işçilik. İş sağlığı ve güvenliği seminerlerine yıllardır katılırım. Ne hikmetse kadın işçilik, çocuk işçilikten söz edilir ama özürlü işçiliğinden hiç bahsedilmez. Halbuki Türkiye'de özürlüler de var. Küçümsenmeyecek bir oran da özürlü oranıdır. %10 oranında olduğu kabul edilir. Genel kriterlerde böyle bir hesaplama Türkiye'de 6 milyon özürlüden bahsediyoruz. Hatta 7 milyon. 7 milyon özürlünün çalışma çağındaki olanının %50 olduğunu varsayalım. Çalışabilir durumda olanları, 3.5 milyon özürlü istihdam bekliyor. Bunların çalıştırılabilenleri de çok olumsuz koşullarda çalıştırılıyor ya da hiç çalıştırılmadan cebine para konuyor sırf yasa bunu zorunlu kıldı diye. Halbuki özürlü çalıştırmanın da bir takım şartları vardır. Bu şartların yerine getirilmesi lazım. Özürlü çalıştırmanın bir ödülü de olmalıdır. Dikkat ederseniz iki defadır bir ödül lafından bahsediyorum. Bugüne kadar yasalarımızda hep cezalar vardır. O cezalar bu günde çok gülünçtür. 20 milyon, 30 milyon gibi cezalar ile iş yerlerine bir takım noksanları yaptırmanız mümkün değildir. Bir havalanma tesisinin maliyeti 10 milyar olacak ama sizin onun için yazabileceğiniz cezanın üst sınırı 50 milyon-100 milyon gibi çok komik rakamlar olacak. Çoğu zaman şu parayı alın üzeri sizde kalsın teklifi ile, cezayı ben öderim teklifi ile yüz yüze kaldığımızı belirtmek istiyorum. Bu eksiklik tespit edilmiş, sayın bakanımız tarafından meclise gönderilen Bakanlar Kurulu tasarısı ile cezalarda hissedilir bir artış sağlanmıştır. Örneğin çocuk işçi çalıştırmanın cezası işçi başına 2.5 milyar TL'ye, kadın işçi çalıştırmanın cezası kadın işçi başına 2.5 milyar TL'ye çıkartılmıştır. Benim de hazırlanmasında katkıda bulunduğum bu tasarıda klasik cezalandırma maddeleri, iş yerinde çalışan işçi sayısı ile orantılandırılmıştır. Eskiden biliyorsunuz üç işçi de çalışsa aynı ceza, 3000 işçi de çalışsa aynı ceza. 3000 işçi çalıştıran bir iş yeri için bu ceza yetersiz, 3 işçi çalıştıran bir iş yeri için de fevkalade ağır olabiliyordu. Bunu dedik ki, her iş sağlığı ve güvenliği tedbirinin yapılmasından dolayı iş yerinde o tarihte çalışan, tutanakla belirtilen işçi sayısı 50 milyon TL gibi bir kritere bağladık. Türkiye'nin enflasyonist ortamından etkilenmemesi için de yeniden değerlendirme oranına endeksledik. Yani diyelim ki bir iş yerinde on noksan tespit edildi 500 milyon, o iş yerinde diyelim ki 3 işçi çalıştı 1.5 milyar, 30 işçi çalıştı 15 milyar TL ceza kesilebilecek. Yaptırım açısından yeterli olduğunu düşünüyorum. Yaptırımlar ile her şeyi halledemeyeceğimiz gibi bunun yanına ödülü koymak gerektiğini bir defa daha koymak istiyorum. Çoğu zaman bazı iyi niyetli işverenlerden şunu duyduğumu hatırlıyorum. Peki bunu yapayım ama neden yapacağım? Makine koruyucu yok, orijinalinde yok, yani satın alınmış ya da ithal edilmiş, Japonya'dan ya da Almanya'dan getirilmiş ama koruyucusuz gelmiş. Peki diyor benim günahım ne? Nasıl yapacağım? Bunu yapan birisi olması lazım. Bu alanda da yine bir müjdeli haber vermek istiyorum. AB ile birleşme süreci çerçevesinde Hazine ve Dış Ticaret Bakanlığı Çalışma Bakanlığı'nın ve diğer Sanayi Bakanlığı, TSE gibi konunun ilgili kurumları ile birlikte kişisel koruyucuların da ithalatında, üretiminde ve dağılımında kontrolü sağlayacak bir yönetmelik ve yasa taslağı mecliste hazır. Yasa çıktıktan sonra yönetmelik hemen uygulamaya girecektir. Bundan sonra kişisel koruyucu-

lar ve makine koruyucularının ithalinde, üretiminde ve dağılımında olayı kaynağından önlemeye çalışacağız. Çünkü tersinin cezasını biz çok çektiğimiz müfettişler olarak. İş yerlerine gittiğimizde koruyucusuz üretilmiş makinelerle karşı karşıya kalıp onlara oturup bu koruyucuyu nasıl yapacağını tarif etmek ne kadar mantıklı onu da ayrıca tartışmak lazım. Ama en azından fikir verebilmek için neler çektiğimizi biz biliyoruz. Standartta uygun olmayan koruyucuların kullanılmadığının biz şahidiyiz. O zaman, hem bu alandan norm ve standartların sağlanması hem de ithalde ve üretimde bunun mutlaka mecburiyet haline getirilmesi, imalat izni verilmesi safhasında makine koruyucularının mutlaka olması gerektiği gibi bir yasal düzenleme gündeme gelmiş. Çalışma Bakanlığı'nın kişi ve kuruluşlarla iş birliği ve çalışan notlarını almışım.

1475 sayılı İş Kanunu'nda yaptığımız, daha doğrusu yapmayı planladığımız önemli bir değişiklik ise işçi kavramı yerine çalışan kavramının getirilmesidir. Yani bundan böyle 1475 sayılı İş Kanunu kapsamı dışında bırakılan meşhur istisna maddesinin içine giren tarım işleri, orman işleri, spor işleri falan, evde yapılan işler gibi tüm işler ve kamu çalışanlarının yaptığı işler de iş sağlığı ve iş güvenliği kapsamına alınacaktır. Diyeceksiniz ki kamu çalışanlarının denetimini nasıl yapacaksınız ya da bunlara nasıl uygulayacaksınız? Zor ama zor olan şeylerin de üzerine gitme zorunluluğu vardır. Bugün bilgisayar çalışmasından tutun radyasyon ile çalışma, radyasyona maruziyet hat safhaya gelmiştir. Hastalıkların birçok etkilenmelerin kaynağı haline gelen böyle bir çalışmanın iş yerlerinde, kamu kurumlarında memur olarak çalışan insanların yanlış ergonomik dizaynlar dolayısıyla meydana gelen bel incinmeleri vb eklem rahatsızlıklarının hat safhaya geldiği sanıyorum bir üniversite çalışması idi. Hatırlıyorum ve gittikçe de hizmet yoğunluklu çalışmanın arttığı günümüzde en önemli problemlerden bir tanesidir diye düşünüyorum. Artık istisnalara tahammülü yok. Onun için 1475 sayılı İş Kanunu, tüm çalışanları, özellikle iş güvenliği tedbirleri itibarıyla tüm çalışanları kapsayacak hale gelecektir. Biraz önce 50 sınırlaması demiştik. İş yeri hekimlerinin sanıyorum bu son anda en merak edilen konulardan bir tanesi de iş yeri hekimlerinin çalışma koşulları ve iş yeri hekimlerinin eğitimleri ile ilgili olacaktır. İş yeri hekimlerinin eğitimi bundan sonra meslek örgütleri ile birlikte bakanlığımız tarafından yapılacak. Sertifikalandırma da birlikte yapılacaktır. Biz iş güvenliği uzmanlığı diye yeni bir mecburiyeti yasaya koyduk. Bundan böyle iş yerinde, işçi sayısı sınırlaması olmaksızın, hem iş yeri hekimi hem iş güvenliği uzmanı çalışma mecburiyeti gelecektir. Öyle işyerleri var ki bünyesinde 50'ye yakın 60'a yakın mühendis var ama içlerinden en işe yaramazını ya da en cezalandırılması gerekeni bazen değil çoğunlukla iş güvenliği bölümüne veriyorlar. Bunların bir sertifikasyonunun yapılması, bunların bir eğitiminin yapılması da gerekiyor. Bu anlamda Türkiye Mühendis ve Mimar Odaları Birliği, TTB Merkez Konseyi ve ilgili tüm meslek örgütleri ile birlikte bu eğitimler planlanarak, 2001 yılı itibarı ile -sanıyorum yasa Mayıs ayı sonuna kadar çıkmak zorunda, çıkarsa yasalaşırsa - bu uygulamaya da başlatılacaktır. Ben bu açıklamalardan sonra iki önemli konunun üzerinde durmak istiyorum. Türkiye'deki iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini en önemli ayaklarından birisi, denetim mekanizması bence şu anda çalışmaz durumdadır. Bunu bir bakanlık yetkilisi olarak söylemenin gücünü biliyorum. Ancak bu güclüğe rağmen ifade etmek istiyorum: 1 yıl öncesinde bu konuya eğilerek yeni bir denetim sistemini teklif ettim. Bunu uygulamaya koyduk. Her ne kadar yaptığımız denetim sistemi elimizdeki -zaman zaman sayısı değişir ama- 300'e yakın iş güvenliği müfettişi ile 1 milyona yakın iş yerini denetlemeye çalışmak abesle iştir. Yaptığımız; elinde aerosol sivrisinek avlayan avcılar misalidir. Bunu düzenlemenin yolu var mı? Elbette var. Çünkü başka ülkeler bu yolu bulmuşlar. Ama bugüne kadar niye bu araştırılmadı -doğrusu ben de araştırmadım- 22 yıl aynı çileyi çektikten sonra. Çünkü benim için en iyi denetim, Zonguldak'a gidip, yeraltına 400 m inip, oradaki işçinin şartlarını değerlendirmek, raporunu yazmak ve teslim etmekten ibaret kaldı. Uzunca bir süre 5-6. dan sonra sorgulamaya başladım. Ben ocaktan çıktıktan 5 dk sonra bulduğum eksiklik veya da doğru devam ediyor mu etmiyor mu? Muhtemelen etmiyor. Sürekli değişen bir iş yeri. Peki ne yapmak lazım? Onu orada denetlemek ve orayı iyi tanıyan kişiler tarafından sürekli denetlemek lazım. Yeniden denetim dediğimiz sistem. Bunu Norveç Teftiş Sistemi 1982 yılında yasalaştırmış. 1986 yılında da uygulamaya koymuşlardır. İnternal kontrol sistem, İVC sistem dedikleri bir sistem var. Bizim yaşamızda olduğu gibi onların yasasında da iş sağlığı güvenliği tedbirlerinin tamamını almak sorumluluğu işverene aittir. Ancak bizde bir eksik var: İşverene bu sorumluluğu vermişiz, denetime geldiğinde bakarız demişiz. Halbuki onlar diyor ki bu sorumluluk onlarındır. Her ölçüm sonucunu ilgili sorumlu müfettişe rapor etmek zorundadır. Yani işyerinde periyodik sağlık kontrolünü yaptırıyorsa bunları, iş yerinde ortam analizleri, ölçümleri yaptırıyorsa bunu ilgili alan müfettişine göndermek zorundadır. Burada bir alan laf yapıyorum dikkat ederseniz. Bu laf Türkiye'ye çok yabancı. Biz alan falan sorumluluğu koymamışız. Her müfettiş eline verilen belirli program çerçevesinde iş yerine gider, denetimini yapar raporunu yazar. Fransa'da uygulanan bir alan denetim sistemi var ama o bizden farklı. Bizde organize sanayi bölgelerini ve küçük sanayi sitelerini bir bütün olarak ele alıp, oranın sorumluluğunu belli bir süre 6 ay-1 yıl gibi bir grup müfettişe ya da birkaç müfettişe verip, o iş yerinde meydana gelecek tüm olumsuzlukları yıl sonunda rapor etmelerini sağlayacak yeni bir denetim modeline geçtik. Burada alanın aktif ajanları ile yani meslek örgütleri, sanayi odaları, ticaret odaları, belediyeler ve yerel yönetimlerle de sıkı bir işbirliği kurmayı denetimin ana amacı saydık. Cezalandırmaktan öte eğitmeye ve yönlendirmeye, suurlandırmaya yönelik bir denetim sistemi ki HESME programının ana fikri de budur. Geçen yıl haziran

yönelik bir denetim sistemi ki HESME programının ana fikri de budur. Geçen yıl haziran ayından itibaren uygulanmaya başlamış. Tüm Türkiye’de bu önümüzdeki yıllarda yoğunlaşarak devam edecektir.

Bir başka sistem ise, denetimde uzmanlaşma yani sektör denetimi gündeme getirilmiş. Sektörde uzmanlaşmış müfettişler tarafından o sektörün tamamının bütün olarak ele alınması ilkesi doğrultusunda denetimler başlatılmıştır. Bunu da burada ifade edip ben sözlerimi kesiyorum. Hepinize beni dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

TARTIŞMA

Prof. Dr. Hamdi AYTEKİN: Teşekkürler Sayın MERT. Katkı ve sorulara geçebiliriz. Buyurun.

Dr. Ali Rıza TİRYAKİ: Her şeyden önce Sayın Genel Müdür’e teşekkür ediyorum. Çünkü çok kapsamlı bir müdahale programı geliştiriyorlar. Onu haber almış olduk. Ülkede boşluğu duyulan, eksikliği duyulan ulusal otoritenin bu alanda varlığını hissettirmesi bizi gerçekten son derece sevindirir. Benim ilgimi çeken bir konu var. Samimi olarak merak ediyorum. Katkı da bu konuda olacak. Kendi kaderine terk edilen bu alanda yönetmelikte tarif edilen görevi kimse üstlenmediği için büyük ölçüde yasadan aldığı meşruiyet, hak ve sorumlulukla TTB kendi meslektaşlarının bir mesleki uygulama alanında önemli bir adım attı. Hekimlere iş yeri hekimliği alanında mesleki bilgi ve becerilerini kazandırmak için bir eğitim organize etti. Türkiye’nin bütün akademik birimlerini burada seferber etti. Ciddi 14 yılda 21bin hekim. Bu eğitim programında eksiklikler olabilir ama çok büyük bir adımdır. Önemli bir yere geldik. İnsan bu eğitimlerden geçti, bir birikim yarattı, bir eğitim deneyimi yarattı. Gerçekten merak ediyorum. Kaynaklar bu kadar sıkıntılı iken, zaman bu kadar dar iken ve dünyadaki trendin tam aksine kendiliğinden bir toplum sorumluluğu, meslek sorumluluğu etrafında organize olmuş bir meslek örgütünün bunca tecrübesi ortada iken, bu deneyimi desteklemek, geliştirmek yerine bakanlık hangi fizibilite ile, hangi hazırlık ile, hangi öngörü ile bu eğitimi tümüyle bundan sonra ben vereceğim cesaretini gösterdi? İş yeri hekimliği sertifika eğitimi, bir mezuniyet sonrası eğitimidir. Burada mezuniyet sonrası eğitimin gerekleri ve icaplarına hürmet edilmelidir. O konuya girmek istemiyorum ama gerçekten merak ediyorum. Denetim gibi, standardizasyon gibi, akreditasyon gibi alandaki gerçekten çok ciddi ihtiyaçlara odaklanması gereken Çalışma Bakanlığı bürokrasisi, bir mesleki eğitim alanını devletleştirmek için niçin gayret sarf etmektedir? Bu soruyu samimi olarak merak ediyorum. Bu alandaki ihtiyaçlarımız gerçekten çok fazla. İş yeri hekimlerinin işçi sağlığı konusunda geliştirmesi gereken mesleki bilgi ve becerileri var. Organizasyona ihtiyacımız var. İşyeri hekimlerinin işçi sağlığı alanındaki servislerini, sağladıkları hizmeti destekleyecek başka bir dizi hizmete ihtiyaç vardır.

Bugün piyasada gidiyorsunuz, - Piyasanın terimleri ile konuşalım, - insanlar gürültüye maruz kalan işçilerini, işitme kayıplarını test ettirecekler. Odyometri diyelim ki servisinin kim tarafından nasıl yapılacağını, nasıl rapor edileceğini, bu bilgilerin aralıklı olarak nasıl işlenip, değerlendirilip, bu ülkenin bilgisi haline dönüştürüleceğini kimse açıklamıyor. Bu ülkede biyolojik monitörizasyon kavramı yok. Meslek Hastalıkları Hastaneleri’nin, referans laboratuvarlarının, toksikoloji laboratuvarlarının ihtiyacı duyulmuyor. Kaynak tahsisi gerektiren işler, insan gücü tahsisi gerektiren işler. Denetim öyle kolay bir iş değil, denetim elemanlarının da yetiştirilmesi lazım. Bunca iş yoğunluğu arasında 10 yıldır bir masaya mesafe alan, bir birikim oluşturan, kendini aşma dinamiğini barındıran demokratik, saydam, acaba diyorum bir akademik kifayetsizlik gibi mi görüldü. Yani bu eğitim akademik olarak kifayetsiz bir eğitim midir deniyor? Ölçülmeyen bir eğitim midir? Etkinliği ölçülmüyor mu deniyor? Eksiklik nedir? Niçin bir yasa ile kurulmuş? Bunu, kurumu niteliğindeki bir meslek örgütünün, onun sağlığını korumak hem kendi meslektaşlarının bilgi ve becerilerini geliştirmek için yürüttüğü bir eğitim kurumu, kurumsallığı niçin tahrif edilmek isteniyor? Bunu merak ediyorum.

Vedat Reha MERT : İzin verirseniz sayın başkan, hazırlıklıydım ama galiba susma hakkımı kullanacağım. Çünkü böyle bir yasa henüz çıkmadı. Şu anda mecliste, ancak o yasanın o maddesi ile ilgili çalışmayı TTB Merkez Konseyi ile birlikte yaptık. Arkadaşımız yanımızda oturuyor. İsmi unutuyorum bağışlasın. Diğer arkadaşlarımla da bu konuyu tartıştık. Bir tek şeyi net söyleyebilirim. Bunu biz yapmayacağız. Birlikte yapacağız. Birlikte yapacağız derken, birikmiş deneyimleri, bilgi birikimini yok saymamanın gerekliliği adına söylüyorum. Artı bu alanın en etkili kurumu olduğunuz için söylüyorum. Ancak bir yetersizlik tabii ki var. Nedir o? İş yeri hekimi eğitimi sadece tıbbi bir eğitim değildir. Çok disiplinli bir eğitim almak zorundadır. Bu eğitimin en azından %50’si bir mühendislik eğitimidir. Eğitim programlarında bu alan eksiktir. İş yeri hekimliği sadece mühendislik ve tıp eğitimlerinden de ibaret değildir. Bu işin sosyal boyutları vardır. Sosyal politika ile ilgili boyutları vardır. Bu boyut fevkalade ihmal edilmiştir.

Ancak işyeri hekimliği meselesinin başlı başına önemli olduğu ve bunun yeniden disipline edilmesi gerektiği de bir vaki'dir. O zaman bu disipline etmeyi, bu eğitmeyi gelin birlikte yapalım. Bunun neyi yanlış bunu anlayamıyorum. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Hamdi AYTEKİN: Sayın İlkey KILIÇLAR ve Alpay GÖRÜN ayrı ayrı sordular ama ortak bir soru var. Ben de bunu gerçekten merak ettim dinlerken. Yeminli çalışma müşavirliği ne getirecek, ne katkıda bulunacak diyorlar? Mali müşavirlik örneği var. Acaba bu konuda ne bekliyorsunuz diye soruyorlar.

Vedat Reha MERT: Şimdi, bu bir tekliftir. Bu teklifin çıkış gerekçesi de biraz önce söylediğim gibi yerinden denetim, iş sağlığı güvenliği kurallarının eksikliğinin tespit edilmiş olması. Yani işverenin emrinde 6 tane onun atadığı eleman, işverene rağmen bir şeyi yaptırma gücüne sahip değil. Bunun kağıt üzerinde olduğunu da biraz önce söyledim. Hepimiz herhalde bu konuda aykırı düşünmüyoruz. O zaman iş sağlığı güvenliği kurumları önemli kurumlardır ve çalıştırılması gerekir. Oylamaya geldiğinde mutlaka işçinin mağlup olacağı bir kurum olmaktan çok eşit güçlerin birlikte karar aldığı bir diyalogun, belli bir araştırmanın sonucunda kararların alındığı bir mekanizma haline dönüştürülmelidir.

Yeminli çalışma müşavirliği burada devlet denetiminin bir uzantısı olarak düşünülmüştür. İşçi bir taraftadır. İşveren bir taraftadır. Bu dengeyi sağlayacak, orada uzmanlığını konuşturacak kişi yeminli çalışma müşaviridir. Kimler yeminli çalışma müşaviri olacak? Başlangıç geçiş aşamasında bu alanda en az 10 yıl hizmet vermiş özel kamu sektörü dahil müfettişler, uzmanlar, iş sağlığı güvenliği uzmanları, iş yeri hekimleri, iş yeri hemşireleri, aklınıza gelebilecek bu alanda hizmet verdiğini belgeleyen herkes belirli bir yeterlilik sınavdan geçtikten sonra bu sertifikayı alabilecek. Ama bu henüz muhayyel bir teklif. Peki bunun devamı nasıl olacak? İş müfettişliğinde bir kariyer sistemi vardır. Yarışma sınavı ile girerseniz, üç yıl belli bir ustanın yanında belli bir eğitim aşamalarından geçerek çalışırsınız, yılın sonunda yeterlilik sınavını başarırsanız müfettiş olursunuz. Aynı sistemi buraya taşımak istiyoruz. Uzman yardımcılığına girecek mühendis, doktor, sosyal bilimciler, üç yıl belli bir çalışma müşavirinin yanında çalıştıktan sonra gireceği sınavı başarırsa uzman, yine bir müşavirin yanında sertifika sınavını başarırsa müşavir olarak çalışabilecek. Burada beklediğimiz yarar, iş yerlerinde sürekli denetimin sağlanması. 250 müfettişle, 1000 müfettişle 1 milyon iş yerinin denetlenmesi mümkün değil. Burada şu karıştırılmasın - çok karıştırılıyor- iş sağlığı güvenliği uzmanı, iş yeri hekimi yine iş yerinde bulunacak, o mecburiyet devam edecek, yeminli çalışma müşavirliği müessesesi iş yerlerinde yapılacak denetimin uzman bir kişi tarafından ve her ay yapılması, iş yerinde meydana gelecek her türlü meslek hastalığı ve iş yeri kazası ve iş hali kaybindan mütelsiz sorumlu olmasıdır. Yani bu da şunu getirecek; parasını işverenden alan yeminli çalışma müşaviri, parayı oradan aldığı için kendisini mahkum hissetmeyecek. Çünkü parası bir fona yatacak. Ondan, fondan alınacak. Bizim kurgulamamız böyle. Beklediğimiz yarar da dediğim gibi iş yerlerinde sürekli yerinde denetim, orada çözülemiyorsa iş ondan sonra, en son raddede bakanlık denetim elemanlarının iş yerine gelmesi ile sonuçlanacak.

Yeminli çalışma müşavirliği müessesesi özellikle Avrupa'da milletler arası iş sağlığı güvenliği uzmanları ki iki yüz bin üyesi vardır, John BERİLL Türkiye'yi ziyaret ettiğinde kendisinden bu konuda döküman istedik. Bu konuda ayrı bir seminer düzenleyip anlatacağız. Teşekkür ederim.

Dr. Yücel DEMİRAL(9 Eylül Üni.): Toplu iş sözleşmelerinde iş sağlığına yeterli yer verilmediğini düşünüyorum. Yani toplu iş sözleşmesi sırasında yeterli derecede tartışıldığını ve yer verildiğini düşünüyormusunuz? Yoksa toplu iş sözleşmesi, bir ücret anlaşması şeklinde mi oluyor?

Özcan KARABULUT : Evet, düşünmüyorum. Konuşmada eksiklerimize, yetersizliğimize değinmiştim. 80'li yıllarda gerçekten ücretlerde önemli bir düşüş vardı. Bunun mücadelesi ile geçti. Özelleştirme de 1983-84'lerde kendini gösteriyordu. Şimdi ise son yıllarda esnek çalışma var. Esnek çalışma biçimleri yaygın ve işten çıkarmalar yaygın. İş güvencesi öne çıkmış durumda. Şimdi burada tabii bizce eksiklerimiz var diye ben konuşmamda yılda 40'a yakın eğitim verdiğimizi söylemiştim. Biz bu eğitimlerde üniversitedeki hocalardan ayrıca TTB'ye mensup doktor arkadaşlarımızdan da yararlanıyoruz. Konfederasyon olarak bu eğitimleri yapmaya çalışıyoruz. Ama açık söylemek gerekirse bize bağlı 34 sendika var. Diğer konfederasyonlarda da aslında benzer şeyleri görüyoruz. İşçi sağlığı, iş güvenliği alanında da yeterince eğitim yaptıklarını da onların söyleyemeyeceğiz. Bunları harekete geçirmemiz gerekiyor. Yalnız TİSK'lere gelince toplu iş sözleşmelerine (onun bir şeyini söylemeye çalıştım) daha çok ücretlerle ilgili mücadele ile geçti ama bu önemli idi. Örgütü olmayan kesimlerin eğitimi de bence sendikali işçilerin eğitimi kadar önemli idi. Bunu son yıllarda özellikle çocuk işçiler alanında kayıt işçi sektöründeki yetişkin işçilerin eğitimi ile bu açığı kapamaya çalışıyoruz. Sanıyorum TİSK'ler de hareket alanımızı kısıtlayan bir şey. Siz buna TİSK'leri koyduğunuz zaman da hayata geçiremiyorsunuz. Çünkü bu toplu iş sözleşmelerinin uygulanmadığı durumlarda örneğin grev yapamıyorsunuz. Bu 1982 yılında hak grevinin yasaklandığını biz biliyoruz. Ama bu bence de bir mazeret değil. Bu tür kısıtla-

malar olmasına karşın bunlar TİSK'lere girmeli, hatta biz çocuk işçiliği eğitimlerinde bu belki sizi şaşırtabilir ama sendikalarımıza, sendikalarımızın eğitimcilerine şunu söylüyoruz, toplu iş sözleşmelerinde çocuk işçilerin çalıştırılmayacağı ile ilgili maddeler de konulsun diyoruz. Bu konuda eğitmeye çalışıyoruz. Üretilen mallarda "çocuk emeği kullanılmamıştır" etiketlenmesinin de yapılmasını söylüyoruz. Tabii bu şimdi bir ütopya gibi gelebilir. Ama buna tek tek işçilerimizin, sendikalarımızın önem vermesi gerekiyor.

Prof. Dr. Hamdi AYTEKİN: TTB İşçi Sağlığı Kolu Başkanı Sayın BAŞÇIL Genel Müdür'e yanıt vermek istiyorum.

Dr. Haluk BAŞÇIL: Sayın başkan, sayın genel müdürüm, kıymetli katılımcılar. Sayın genel müdürümün buradaki açıklamalarından ve daha evvel de karşılıklı görüşme sürecinde de ifade ettiği bu düşüncelerinden dolayı hakikaten bu alanda çok iyi niyetli bir çalışmanın içerisinde, yoğun bir çalışmanın içerisinde girdiğini görüyoruz. Bu konuda kendisine başarılar diliyoruz. Yalnız burada sayın genel müdür ile alakalı olmayan ama vurgulamak istediğim iki nokta var: Bir, hükümetin ulusal programla ilgili açıklamış olduğu iki kitaplık bir çalışması var. Bu çalışmada, işçi sağlığı ve iş güvenliği başlığı altında, 293. sayfada, mevcut durum diye durum saptanması kısmından çok kısa bir yeri okuyacağım. Bunlardan birisi şu: "Toplu sözleşme sistemi içinde sosyal tarafların konuya yönelik ilgisi düşük düzeyde kalmıştır. İşçi sendika ve konfederasyonların işçi sağlığı ve güvenliği alanında ilgisi ve birikimi sınırlıdır. Kimya, maden, inşaat, gıda gibi mevzuatın iş güvenliği sorumluluğunu taşıyacak mühendis istihdamını zorunlu tuttuğu alanlardaki mühendis odalarının, iş sağlığı ve iş güvenliğine ilişkin bilgi ve birikimleri yeterli düzeyde oluşmuş değildir. Durum saptaması içinde bunlar ifade edilirken bu alanda 12 yıldır bir çalışmayı yürüten TTB'nin iş yeri hekimliği alanında ve bu alandaki katkılarından hiçbir şekilde bahsedilmemektedir. Bu bahsedilmemesi acaba gözden kaçma mıdır? Yoksa bilinçli bir çaba mıdır? Kaygısını taşıyorum. Bu kaygıyı şunun için de taşıyorum. Az evvel sayın genel müdürün de ifade ettiği iş yeri hekimliği sertifika eğitim olayına Çalışma Bakanlığı'nın müdahil olması konusundaki hazırlanan ilk taslakta ilk madde, hiçbir şekilde meslek odaları ile iş birliği yoktur. Tamamen Çalışma Bakanlığı bünyesinde alınmaya çalışılır bir tarzda düzenlenmiştir. TTB bu konudan haberdar edilince biz son anda bu nasıl olur da yanlış engellenebilir doğrultusunda gerek parlamentoda milletvekilleri ile gerek sayın müdürle de görüştük. Burada bu eğitimin Çalışma Bakanlığı bünyesinde olamayacağını, bunun bir üst eğitim olduğunu, multidisipliner olması bunun bir üst tip disiplin eğitimi anlamına aykırı olmadığını, bunun multidisipliner olması bunu reddetmediğini kendilerine ifade etmemize rağmen bakanlık ısrarlı bir şekilde bunu kendi bünyesine alma çabası ve gayreti gösterdi. Bizim son anda yapabildiğimiz tek şey, açıkça söylemek gerekirse, biz hiç iş birliğini reddetmemize rağmen hiçbir zaman için bizim içimize sinecek bir şekilde de formüle edilmemiştir. Bunu da ifade etmek ihtiyacı hissettim. Teşekkür ederim.

Celal MESÇİOĞLU : Sigortasız çalışmayı engellemek amacıyla oluşturulan yasa çıkmalı aylar geçti ama değişen bir şey yok. Sizce neden ne olabilir? O nedenle kara mizah sanki. İş güvenliği yasası da çıkarsa ne olur gibilerden bir açıklamada bulunuyor.

Serhas BEKİŞOĞLU: Sayın Celal MESÇİOĞLU tabii ben konuşmamda da belirttim. Biz iş veren kesimi olarak hiçbir zaman, hiçbir tarihte hiçbir dönemde - ben BUSİAD'ı temsilen konuşuyorum- bir kaçak işçi eğilimi içerisinde olmayı aklımızın ucundan bile geçirmedik. Ancak bugün Türkiye'de kayıt içi personel biliniyor. Ama kayıt dışı personel biraz önce de arkadaşımızın ifade ettiği gibi milyonlardır. Bunun için yapılması gereken, SSK kanunundaki işte prim artışları gibi değil, tam tersine birtakım bildirimlerle, çalışma hayatının teşvik edilmesi ile bütün çalışanların kayıt içine alınması ile mümkün olabilir diye düşünüyorum. Bilemiyorum cevap oldu mu bu?

Prof.Dr. Turhan AKBULUT: Bu genel müdürlüğümüz ile birinci Çalışma Bakanlığı'nda iş güvenliği müfettişlerinin mesleki durumu nedir? İkinci soru; hekim iş güvenliği müfettişleri kaç tanedir? Mesleki kalifikasyonları nedir? Üçüncü soru; yılda kaç tane meslek hastalığı olmaktadır. Bunlara kısaca cevap verirsiniz. Sanıyorum üç tane rakam söyleseniz sorun halledilir.

Vedat Reha MERT: Efendim, müfettişlerin mesleki olarak kalifikasyonundan bahsediyorlar sanırım. Şimdi değerli soru soran arkadaşımıza şunu söylemek istiyorum; ben biraz önce denetimin fevkalade yetersiz olduğunu söyledim. Bu, sayı olarak yetersizdir. Kalifikasyon olarak yetersizliğine katılmıyorum. Bu alandaki en iyi uzman arkadaşlarımızın bu görevi yapmakta olduklarına inanıyorum. Birincisi bu müfettiş arkadaşımız bir tanedir. Benim girdiğim 1979 yılında 13 tane idi. Hepsi uzmanlık sınavını kazandığı gün müfettişlik mesleğini bıraktılar. Tabiilerin, müfettişliği tercih etmesi için de bir neden yok gördüğüm kadarıyla. Hepsi uzmanlığı ya da başka çalışma alanlarını tercih ediyorlar. Ücreti çok iyi bir ücret değil artık. Eskiden iyi idi.

Son şık; ülkemizde yılda kaç tane meslek hastalığı olmaktadır? Meslek hastalığı konusunda 1999 yılı istatistikleri bir fikir verebilirse meslek hastalığı nedeniyle geçici iş görmezlik günleri 12100 olmuş. 1025 meslek

hastalığı tespit edilmiş. Ama ben bu rakamın gerçekçi olduğuna inanmıyorum. Çünkü Türkiye'deki meslek hastalığı tanımının sigorta mevzuatı çerçevesinde yeterli olmadığına inanıyorum. Bunun da tanımı yine biraz önce bahsettiğim yasa değişikliği çerçevesinde yeniden ele almak durumundayız. Çalışmalar devam ediyor. Teşekkür ederim.

Sedat KARABULUT (Diyarbakır'da iş yeri hekimi) : 1994 yılından beri tam gün iş yeri hekimi yapıyorum çok uluslu bir petrol firmasında. Arada hocamla da görüşmüştüm. Olabildiğinde kısa ve öz bir biçimde anlatmaya çalışacağım. Öncelikli olarak danışma kurulu üyeliği için bana teklif geldiğinde, bu işçi sağlığı iş güvenliği günleri kapsamında ne öneriniz olabilir diye sorulduğunda, iki şey önermişim. Bunlardan bir tanesi şuydu: Bu tür toplantılara çoğunlukla işçi temsilcileri, sendika temsilcileri davet edilmekte ve görüşlerini söylemektedirler. Ancak bu toplantılara işveren temsilcilerin davet edildiğini ya da geldiğini çok fazla görmedim ve duymadım. Bunun değişmesi ve işveren temsilcilerinin de bu tür toplantılara gelmelerinin çok uygun olacağını düşünüyorum. Sayın BUSİAD temsilcisinin yaptığı konuşmadan sonra bu fikrimin ne kadar doğru olduğunu tekrar kendi kendime söyledim. Gerçekten, işçi sağlığı iş güvenliği ile ilgili olarak Türkiye'de ve dünyada bu işin dört tane saç ayağından biri olan işverenin bu uygulamalar neticesinde, işçi sağlığı ve iş güvenliği uygulamaları neticesinde iş yerlerinde uygulanacak yatırımların karlı bir şekilde geri döneceğini gördüğüm an, bu işte lokomotif görevi üstleneceği işçi sendikası ve sendika temsilcisi, iş yeri hekimi ve Çalışma Bakanlığı yetkilisi ne söylerse söylesin bu konunun en büyük savunucusu olacağını düşünüyordum. Hala da aynı kanaatteyim. Ancak şunu da ifade etmek istiyorum ki ne yazık ki sendika temsilcileri gibi işveren temsilcileri de bu hususta yeterli bilgiye henüz ulaşamamışlar. Sanırım bunun matematiksel olarak, istatistiksel olarak hesaplanıp araştırılması da biz hekim arkadaşlara ve akademisyenlere düşüyor. gerçekten bilim problem çözümü için ortaya çıkan bir şeydir. Hocalarım tek tek konuştular. Türkiye'de meslek hastalığının oranını sordular, söylediler. Kaç tane iş kazası olduğundan bahsettiler. Bu iş ekarte edilmiştir artık. Bitmiştir gibi bir şey konuşuldu. Problem yok. Nasıl bizim problem araştırma yapılabilir. Problem var. Bunu önce sayısal olarak göstereceğiz. Daha sonradan da çözüm önerilerini bilimsel bir şekilde ortaya koyacağız. Sayın BUSİAD temsilcisi dedi ki: Biz hepimiz aynı gemideyiz. Gerçekten doğru, biz hepimiz aynı gemi içerisindeyiz.

Ben meslek hayatına başladığım 1994 yılında 3 aylık hekimdim. İş yeri hekimi olduğumdan şu ana kadar tam gün iş yeri hekimi yaptım. Özcan BARIPOĞLU'nun o zeka pırıltılarından bir örnek olan, part time hekimlik değil, tam gün hekimlik. Biz hepimiz aynı geminin içerisindeyiz ama bu geminin parasını ben veriyorum. Dolayısıyla da bu geminin dümenini de ben kullanacağım ve istikameti, rotayı da ben çizeceğim, istediğimiz yere gideceğiz diyebilirsiniz. Ancak bunu uygulayamadınız, uygulayamıyorsunuz ve uygulayamayacaksınız da. Çünkü bu geminin içerisinde iş yeri hekimi, işçi ve devleti temsilen Çalışma Bakanlığı ve SSK var. Biz dördümüz ellerimizi havaya kaldıracamız dört silahşörler gibi, Atos, Patos, Aramis ve Dartanyan gibi. Diyeceğiz ki hepimiz birimiz, birimiz hepimiz için. Gerçekten bu gemiyi birlikte kumanda edeceğiz, birlikte hedefe ulaşacağız ki bir alternatif yok. Dünyada başka bir örneği de yok. Teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Hamdi AYTEKİN: Sayın BEKİŞOĞLU'na bir soru daha var; diyor ki iş verimliliği gibi iş yeri hekimi ile ilgili yasaların, düzenlemelerin değişmesini istiyoruz. Acaba 1475 sayılı İş Kanunu'nun değişmesini ister misiniz?

Serhas BEKİŞOĞLU: Teşekkür ederim. Benim söylemek istediğim bir şey var. Özellikle deminki arkadaşımıza bir katkıda da ben bulunmak istiyorum. Aynı geminin içerisinde biz işveren olarak hiçbir zaman hazırsız değiliz, fütursuz değiliz. Tek taraflı karar almanın peşinde değiliz. Hiçbir böyle amacımız yok. Aynı geminin içerisinde işveren, işçi, devlet, iş yeri hekimi hep beraber bu gemiyi götürmek zorundayız. Ancak bu geminin rotasını tespit hep beraber karar almalıyız. Bir takım sivil toplum örgütleri tek başına karar değil. Bütün sivil toplum örgütleri beraberce ve yeri geldiğinde devleti de içerisinde alacak bir konsensus içerisinde bir neticeye varmak zorundayız. Ama bir takım yaptırımlar ile değil. Bunun altını özellikle çizmek istiyorum. Ben demin iş yeri kanunlarının değişmesi derken oradaki tüzükten bahsetmişim ve bir örnek vermişim. Bu 4-5 sene önceki bir örnekti. Buradaki amacım, bu tüzüğün çok eski tarihlerden gelen ve bugün artık uygulamasının mümkün olmadığını gösterecek, bir nevi de biraz espri katarak bu işi anlatmaya çalışmışım, yine aynı şeyi söylüyorum. Burada el birliği ile SSK ile, bölge çalışma müdürlüğü ile işvereni ile, iş yeri hekimi ile birlikte bu tüzüğü de mutlaka değiştirmeli ve uygulanabilir hale getirilmesi gerekmektedir. Aynı şekilde iş kanunu da bu şekilde gözden geçirilebilir. Tek taraflı bir takım kanunlar ile değil. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Hamdi AYTEKİN: Dr. Muharrem ÇETİN, iş sağlığı ve iş yeri hekimliğinin gelişimi ve iş yeri hekimine bakışındaki hatalar nedeniyle Sayın Serhas BEKİŞOĞLU'nun konuşmasında bazı hususları düzeltmek için söz almak istemiş.

Dr. Muharrem ÇETİN: Sayın başkan, değerli konuşmacılar, katılımcılar, teşekkür ederim. Şimdi ben buraya gelirken biraz daha bilgilenmeyi, bu konuda biraz daha olgunlaşmayı, kendimi biraz daha geliştirmeyi, eksiklerimi tamamlamayı düşünerek gelmişim. Ama sabahdan beri dinlediğim konuşmalar ve konuşmacılardan edindiğim kadarıyla hala bizim bile kendi içimizde bir takım bilgi eksikliklerimizin olduğunu gördüm. Dünyada belki ilk defa demek zor olacak ama iş sağlığı ve iş yeri hekimliği konusunda yasal düzenlemeler Türkiye’de gerçekleştirilmiştir. Bu, 1930’lu yıllarda yapılmış ama uzunca bir süre büyük bir boşluk olduktan sonra TTB tarafından el atılmıştır. 1980 yılında Çalışma Bakanlığı’nın çıkarttığı yönetmelikten sonra yine TTB’nin çabaları ile bugünlere gelinmiştir.

Öğleden önceki konuşmalarda hekim arkadaşlardan bir tanesi, 4-5 kişi çalıştı ama hiçbir yere gelemedik diye bir söz etti. Ben üzüldüm. Biraz da söz almak istedim. Bizleri bugünlere getiren, bu konuda emeği geçen tüm hekimlerimize teşekkür etmek istiyorum. Bunun yanı sıra BUSİAD temsilcisinin iş yeri hekimliğine bakış konusunda biraz eksik bilgiye sahip olduğunu düşündüğümünden de söz almak istedim. Bu konuda ben bizleri eksik görüyorum. Bizleri yeterince bilgilendirme yapamadığımızı, sağlık hekimlerinin, iş yeri hekimlerinin yeterince iş yerine, işçilere ve işverenlere anlatamadığımızı düşünüyorum. Sayın BUSİAD temsilcisi iş yeri hekiminin ortalama 280-300 milyon arası giydirilmiş 400 milyon ücret aldığını, 50 işçi varsa aylık 4-5 tane hasta çıkması durumunda işte bir hasta muayenesinin 9-10 milyona geldiğinden bahsetti. Bu bizlerin eksikliği diye düşünüyorum. Çünkü tedavi edici hekimlik temelde iş yeri hekiminin görevi değil. İş yeri hekiminin görevi, işe giriş muayeneleri, periyodik muayeneler, acil müdahaleler ve acil sonucunda gerekli organizasyonu yapmak, sağlık eğitimini vermek, gerekli koruyucu hizmetleri sürdürmek. Tedavi edici hekimlik ise; daha sonradan iş yeri hekimine giydirilmiş bir angarya. Tabii angarya demek yanlış ama iş yeri hekiminin temel ve asıl görevi değil. Kavrama kabiliyeti çok yüksek olmasına rağmen, çok iyi eğitim almış olmalarına rağmen, işverenlerin bu konuda henüz tam olarak konuya hakim olmamaları beni üzdü. Demek ki bizde de bir eksiklik var. İş yeri hekimleri olarak bu konuda kendimizi anlatma olanağı bulamıyoruz. Ya da kendimizi yeterince ifade edemiyoruz.

Görevlerimizi, yapmamız gereken şeyleri, sorumlulukları tam olarak aktaramıyoruz. İş yeri hekiminin görevi sadece tedavi etmek değil ve bir işveren tarafından da bu şekilde algılanması bence üzücü. Dileğim bu tür toplantıların biraz daha gelişmesi, hem iş yeri hekimlerinin, hem işverenlerin, hem sendika temsilcilerinin biraz daha bilgi yönünden zenginleşmesi ve hep birlikte çok daha güzel günlere ulaşılması.

Zeliha ATANMIŞ (BOSSA): İşçi sağlığı ve iş güvenliği kurullarında alınan kararların işçileri bağladığı, işvereni bağlamadığı bir görüşü açıkladınız. Bu görüşünüz ile ilgili bir araştırmanız var mı? Elinizde verileriniz var mı? Ben büyük ölçekli bir işletmede çalışıyorum. Çalıştığım şirket gibi büyük firmalarda da bu kurulların ciddi ve yapıcı bir yaklaşımla inancındayım.

Prof.Dr. Ahmet SALTİK: Bildiğim kadarıyla işçi sağlığı, iş güvenliği kurulları hakkındaki tüzükte bir düzenleme var. O tüzükteki bilgime dayalı olarak söyledim. Bunun için başka bir araştırma yapmaya gerek yok. Tüzükte böyle yazıyor. İkincisi kurul dışında bir tümce ile sayın başkan izin verirsiniz. Sayın genel müdür iş yeri hekimliği kurs programlarında sosyal politika ile ilgili, mühendislik ile ilgili, eğitimlerin olmadığını söylediler. Sayın genel müdür de kuşkusuz incelemişlerdir. 2 saat sosyal politika dersi anımsatmak isterim. İçinde mühendis eğitimcilerimiz de var. İşin teknik yanlarını da işliyorlar.

Mevzuatın iş sağlığı alanında 1930’lardan sonra çıkmaya başladığını söylediler. 1921’de daha Cumhuriyet kurulmadan, ilk mecliste çıkartılan 1921 tarihinde 114 ve 151 sayılı yasalar var. Bu yasalar haftada bir gün çalışma izni getiren çalışma tatili, 7 gün çalışmayı 6 güne indiren, bir tanesi bu düzenlemeyi değiştirmiş, öteki de işçilerini örgütlenmesini, amele birliği kurulmasını, örneğin Zonguldak’ta öngörmüştür ve örgütlü temsilcilikleri örgütlü güçleri ile ilgili olarak da 1.iktisat kongresinin temsilcileri çağırılmıştır. Sayın genel müdür bana bir not yazıyor ve 826 taş ocakları nizamnamesi bir de 1865 Osmanlı’dan kalan saymadık Dilaver Paşa Nizamnamesi ama Cumhuriyetin bu konuya müdahalesi 1921’de başlıyor. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Hamdi AYTEKİN: Bugün toplantıyı kapatmadan evvel tüm konuşmacılara teşekkür etmek boynuzumun borcu. Aklıma sabahleyinki kavram konusunda anlaşılmamamız geldi. Şimdi nedense birdenbire yani iş sağlığı dediğiniz zaman genel müdür hararetle savunuyor. Haklıdır. İş sağlığı dediğiniz zaman arkadaşım ne kadar hararetle savunuyor. O da haklıdır. Yani kavram kargaşası yok aslında. İşçi sağlığı lafında bazı işçiden rahatsız oluyorlar ise iş sağlığı lafında da bazıları iş lafından rahatsız oluyorlar. Bu hakkı karşı tarafa tanımak lazım. Teşekkür ederim.

İŞÇİ SAĞLIĞI VE ÇEVRE

Oturum Yöneticisi: Prof.Dr. Turhan AKBULUT
(TTB İSAK Akademik Kurul Üyesi)

ENDÜSTRİ VE ÇEVRE

Konuşmacı: Dr. Nadi BAKIRCI

(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi)

Dr. Nadi BAKIRCI : Uygarlık 5 milyon yıllık bir dünya tarihine dönüp baktığımız zaman aslında geldiğimiz yerde insanın kurduğu uygarlıkla insanın birbirine ve çevreye karşı geliştirdikleri dünyaya şöyle bir bakınca çok iyi bir manzarayla karşılaşmıyoruz; açlık sefalet devam ediyor, uygarlık zengin bir kesim yarattı ama beraberinde yoksullukta yarattı her geçen gün de aradaki fark giderek büyüyor. Çevrenin durumu ise pek iç açıcı değil. Buraya nereden gelindi? En son istatistikler den bir kaçını seçtim belki manzarayı çizebilmek adına. Bu gün dünya üzerinde bir buçuk milyar insan günde bir dolar altında bir parayla yaşamak durumunda ama buna karşı dünyanın toplam geliri kişi başına beş bin doları geçmiş, yani bazı kesimler bir buçuk milyar insan beş binde biri kadar kazanabiliyor 1988 – 1997 arasında silahlanmaya harcanan para %4.5 azalmasına rağmen dünyanın bir çok yerinde savaşlar devam ediyor çatışmalar devam ediyor, silahlar kullanılıyor. Özel sektör 1996 da iki yüz elli milyar dolar yatırım yapmış bu çok büyük bir para. Bu paranın bir kısmıyla çevresel olayların çıktıkları giderilebilecek durumda aslında bu sektör ama bunu yapmadı. Bunu niye yapmadı; belki biraz sonra bu seminerin içinde ipuçları bulacağız önümüzdeki 50 yıl içinde üç milyar konuk daha gelecek, aslında bunlar konuk değil dünyanın sahipleri olacaklar. Bu üç milyar eklenecek insan için kaynaklarımız giderek tükeniyor. Yıllık üretilen karbondioksit miktarının son 50 yılda 400 katına ulaştı, artık 4 kat daha fazla karbondioksit üretiliyoruz, önümüzdeki 50 yılda ozon tabakasındaki tabakasını incelten maddelerin miktarı 5 kat artacak, eğer tüketim bu düzeyde kalırsa beş yıl sonra dünyadaki her 3 kişiden 2 si su sıkıntısı çekecek. Bunun dışında kimyasallar ve kimyasallara bağlı zehirlenmeler giderek artıyor ve pestisitler bunun bir örneği. Pestisit kullanımıyla yılda üç buçuk beş milyon kişi akut zehirlenme geçiriyor. Peki buraya nereden gelindi? Aslında insanlar buralara ulaşmak için yola çıkmamışlardı, çok umutluyduk biz uygarlığın ilk yıllarında edindiğimiz bilgiyi, edindiğimiz teknolojiyi burada teknik bilgi anlamında kullanacağız, edinilen teknik bilgi dünyayı değiştirecek ve dönüştürecek insanları mutlu edecek zannediliyordu. Çünkü bu bilgi etik açıdan da insanların doğaya karşı bir savunmasıydı.

Size bir bölüm okuyacağım Eflatunun Protagaros adlı eserinin Yaradılış adlı bölümünden (Protagaros ile bütün canlıları yaratıyorlar ve o canlıları donatıyorlar, artık sıra insanlara geliyor o bölümden bir alıntı) yalnız tanrıların var olduğu ve ölümlülerin henüz türemediği zamanlardı diye başlıyor bu bölüm Meteus Prometeusdan dağıtma izninin kendine bırakılmasını istedi Prometeus bu izni ona veriyor ve sonra kontrol edecek.

Dağıtma işleminde bazılarını kuvvet veriyor hız vermiyor bazılarını hız veriyor kuvvet vermiyor kimine de silahlar veriyor ama korunmaları için başka güçler veriyor küçük gövdellilere kaçmak için kanat veya yer altında sığınma gücünü veriyor. Böylece hayvanlar arasında bir uyum kurulmuştur bütün bu tedbirler türlerin yok olmalarının önüne geçmek içindir. Birbirlerinden korunmaları için böyle çeşitli güçlerle donattıktan sonra onları zeustan gelecek hava değişiklikleri için sağlam kılmaya çalıştı. Soğuk / sıcaktan korunmaları, uyurken üşümemeleri için her birine kalın deri verdi, sık tüylerle kapladı; kiminin ayaklarına tırnak taktı kimini kanatsız kalın derilerle örttü daha sonra her türe ayrı ayrı besinler bulmaya çalıştı, kimine yerin otlarını, kimine ağaçların yemişlerini, kimine de köklerini, bir kısmına da hayvanların etini. Ama gene de türlerini tükenmekten kurtarmak için yiyeceklerin az, yenilenlerinde çok üremesini sağladı, böylece ilerisini pek düşünmeyen Meteus eldeki bütün güçleri tedbirsizce hayvanlara harcamıştır. Bu yüzden de insanları donatacak hiçbir güç kalmamıştı elinde, ne yapacağını şaşırılmış şaşkına dönmüştü. Tam böyle sıkışmış bir haldeyken Prometeus dağıtma işlemini görmeye gelir. Bütün hayvanların gayet iyi donatıldıklarını, yalnız insanın yalınayak güçsüz çırılçıplak silahsız kaldığını görüyor. Ama insanın topraktan çıkıp ışığa kavuşacağı günde gelip çatmıştır. Prometeus şaşkın bir halde insanın korunmasını sağlamaya çalışırken Atinalı sanatlar bilgisi ateşi alıyor çünkü ateş olmadan sanat bilgisi hem olmaz hem de bir işe yaramaz sonrada onu insana armağan ediyor. İşte insan hayatını korumaya yarayacak bilgiyi böyle elde etti.

Bu öykü, bu inanış aslında insanların yüz yıllar boyunca oluşturduğu etik değerleri, insanın doğayı denetleyebileceği görüşü ve inanışı bir çok dine yansıdı. Çevremizdeki bütün nimetler insan için var ve insan sonuna kadar bu kaynakları bu nimetleri kullandı ve artık tüketiyor. Günümüzde toprağı kullanmayla başla-

yan bu bilge önce toprağı kullandı ardından bitkileri ehilleştirdi, hayvanları ehilleştirdi. Sanayi devrimiyle de aslında yaşanan yerleri de ehilleştirdi. İnsan ilişkilerini ve çevresini de ona göre dönüştürdü. Bu sanayie yol açan teknik bilgi hep böyle umarsızca kullanıldı.

Yirminci yüz yılda kapitalizmin geldiği son aşamada bu doymak bilmez üretim ve tüketim giderek dünyanın sonunu hazırlamakta. 1952 yılına kadar bu pek fazla fark edilmiyordu. 1952 yılında ne oldu? Londra'da müthiş bir hava kirliliği yaşandı ve 4000 kişi öldü, insanlar şöyle bir kendine geldi ne oluyoruz dedi, ardından buna benzer felaketler yaşandı ve insanlar artık gördüler ki ellerindeki teknoloji kullandıkları yöntemler insan eliyle çevreye kaldıramadığı kadar zarar veriyor.

Günümüzde durum nedir? Küresel çevre 2000 ne bakış adlı rapordan birleşmiş milletlerin raporundan alınmış bir bölümde. 50 ülkeden 200 bilim adamına soruyorlar: yirmi birinci yüz yılın en önemli çevre sorunu nedir diye? Slayttaki fok balığının gözüyle sorunlara bakalım isterseniz. Birçok sorun sayılıyor. Bunların başında su sıkıntısı, ormansızlaşma, su kirliliği, kötü yönetim ... Yönetimle ilgili Çağatay Hoca biraz sonra konuşacak. Bio çeşitliliğin yok olması, nüfus artışı ve hareketleri sosyal değerlerin değişimi, hava kirliliği, zararlı atıklar vs. bu listeye bakacak olursak bunun hemen hemen yarısının endüstriyle doğrudan diğer yarısının da dolaylı bir ilişkisinin olduğunu görüyoruz. O halde günümüzde çevre sorunu dediğimiz zaman hem endüstriyi üreten insanları, yani işçileri hem de çevresini beraberinde kötü görüş duruma sokuyor. Artık biz bu dünyayı giderek kaybettiğimizi fark ediyoruz.

Endüstrileşmeyle beraber ne oldu? Hava, su, toprak kirlendi, şehirleşme ve kentleşmeyle beraber sorunlar giderek arttı, evet değişen hava, hava nasıl değişiyor havanın birinci değişme yolu; aslında en önemlisi 1200 bilim adamının söylediği sorunu yaratan şey; sera gazları, karbondioksit, metan, nitrozoksit. Bu en önemli 3 sera gazı sanayiinin ürettiği dünyadaki enerjisi yaklaşık %70 bölümü sera gazı oluşturan yer altı yakıtları fosil yakıtları ile ortaya çıkıyor. 1750 sanayileşme devrimini düşünecek olursak sanayileşme devriminden günümüze kadar ne olmuş bu gazlarda karbondioksit % 31 bir artış olmuş, metanda % 150 ki, bunun yarısı insan faaliyetinin sonucunda oluşuyor tabi doğal olarak ta oluşan kısım var nitrozoksit % 17 artmış bununda üçte birinin insan oluşturuyor. Karbondioksitin yüz yılın sonuna kadar tahminlere göre % 90 ile 250 oranında artması bekleniyor. 20. yüz yılın sonunda yıllık üretilen karbondioksit miktarı 1996 da 23.900 yani 24 bin tona ulaşmış bu son 50 yılda 4 kat artış ifade ediyor. Ben size bunları bir grafikte göstermek istiyorum son bin yılın karbondioksit metan ve nitrozoksit sera gazı değişimini görüyorsunuz. 1800 den itibaren çok müthiş bir artış var her üçünde de karbondioksitin yıllık üretimine bakacak olursak 1950 den 1996 ya kadar 5 kat artmış durumda beş milyon tonlardan yirmi beş bin tonlara ulaşmış son 50 yıldır. Sera etkisinin ne olduğunu hatırlatayım size aslın da doğal bir olay sera etkisi. Sera gazları başında su buharı var, bunlar atmosferi örtüyor güneşten gelen ışınlar kısa dalga boyu ile yer küreye ulaşır, yer küreden atmosfere giden ışınlar büyük boy dalgaya sahiptir. Dolayısıyla gelen ışın geçtiği halde dönenlerin bir kısmı geçmez bu da sera etkisi yaratır buda doğaldır olması gerekir eğer olmazsa 33 santigrat derece daha soğuk bir iklimde dünyada yaşarız buda canlıların yaşaması için uygun bir hava değil biz insan eliyle bunu artırıyoruz sera gazlarının miktarını artırıyoruz böylece sera gazları artıyor ne oluyor iklimler değişiyor, küresel ısınma dediğimiz belki de en korkunç felaket oluşuyor, hükümetler arası iklim değişim paketi nedir çalışma dizisi var son yıllarda bunun iki ay önce 22 ocak yayınlanmış bir raporuna göre sıcaklık geçtiğimiz yüz yılda 0.6 santigrat derece artmış 1950 ile 1993 arasındaki dönemde ortalama her 10 yılda bir 0.2-0.1 santigrat derece artmış, ortalama sıcaklık artışı bu yüz yılın sonuna kadar tahminlere göre 1.2-5.8 santigrat derece arası olacak bu geçen yıl ki bilgiden 2 santigrat derece daha fazla. Geçen yıla kadar en fazla 3.5 olacağı düşünülüyordu şimdi 5.8 yükseltildi burada da son 1880 sanayileşmeden sonraki ısı değişimini görüyorsunuz, küresel sıcaklık demek daha doğru aslında ısı yerine sıcaklık değişimini görüyorsunuz neler olacak küresel ısınmayla beraber bir defa doğal afetlerde artış olacak kuraklık ve seller artacak çünkü buharlaşma ve yağış artacak bazı yerlerde buharlaşma bazı yerlerde yağış fazla olacak ve kuraklık seller beraber görülecek bunun dışında fırtına sayısı ve şiddetinde artış olacak bu tabi geleceğe yönelik tahminler değil son 50 yıl ve 40 yıl değerlendirmelerinde de ortaya çıkıyor meteorolojik afetlerde son 40 yılda 3 kat artış var sayıda maliyetinde ise 8 katlık bir artış var. Bunun bir başka bir grafikte göstermek istiyorum son 25 yılda bildirilmiş doğal afetlerin yıllara göre dağılımı 1975 den 1990 kadar ki artış trendini görüyorsunuz kaç kişi etkilenmiş doğal afetlerden son 25 yılda giderek artan bir eğimi var. Su ihtiyacında artış oluyor 2050 yılına kadar bir milyon insan susuz kalma tehlikesiyle karşı karşıya dünyanın nüfusunun %66 sı 2025 yılında su sıkıntısı çekecek hükümetler arası İklim Değişimi Paneline göre ise Türkiye'de bir kişiye 3070 metreküp su düşüyor. 2050'de 70-1910 metreküp seviyesinde olacak. Şu anda deniz seviyesinde yükselmeler başladı devamının geleceğini söylüyorlar bunun en büyük nedeni kutuplardaki erime kutuplardaki buzullarda erime yine rapora göre 1960 dan buyana yer yüzündeki her kar kütesinin % 10 u erimiş durumda ve geçtiğimiz 50 yılda da buz kitlesinin yaklaşık %10-15 hacmini kaybetmişiz. Erimeyle deniz seviyesi 20. yüz yılda 10-20 cm yükselmiş önümüzdeki yüz yıl içinde 88 santime kadar yükseleceğinden korkuluyor,

bu göçlerin artışı da beraberinde getirecek, iki milyon kişi var sahillerde yaşayan. Bu iki milyon kişi etkilenecek bunun yanında doğal felaketler meteorolojik felaketler artan savaşlarla mülteci sayısında artışlar bekleniyor şu anda her yıl milyonlarca kişi bu nedenlerle göç etmek zorunda kalıyor kızıl haça göre. Kızıl haçın bildirdiğine göre sel yangın kuraklık ile bütün felaketler nedeniyle dünyada şimdiden 25 milyona yakın çevre mültecisi zaten oluşmuş durumda. Sağlık etkileri neler olacak şu anda gözlemlenmeye başlanan veriler ve gene bu rapora göre tahminler dahil buna ölüm kaza ve hastalıkların artmasından korkuluyor çünkü iklim değişiklikleriyle beraber ısı sıcaklık dalgalanmaları hem de sıklığından artma şeklinde görülecek ve bunların ani ölümlere kazalara ve hastalıklara yol açmasından korkuluyor. Vektörlerle bulaşan hastalıklarda artış olacak çünkü vektörlerin yaşam koşulları dünyanın başka yerlerinde de oluşacak kuzeye doğru tropikal bölgelerden kuzeye doğru bu iklim şartları genişleyecek ve vektörlerle birlikte mikroplu hastalıkların özellikle sıtmanın bir tehlike oluşturacağı söyleniyor. Hava kirliliğinin artışıyla beraber sağlık sorunları da artacak açlık ve maddi sorunlarda artış artan göçlere bağlı sağlık sorunları da önümüzdeki yıllarda beklenen şeyler. Bu raporun açıklandığı gün tuhaf bir rastlantı 22 Ocak'da GEORGE W.BUSH Amerikanın başkanı oldu. Aynı gün seçilmeden önce böyle bir ısınmanın olmadığına inandığını bildirmişti seçildikten sonra da şu anda belki izliyorsunuzdur Kiato Sözleşmesi, Kiato Protokolü daha doğrusu bu ısı sıcaklık değişimleri için. Emisyonların azaltılmasına yönelik yapılmış bir şey bir protokol 1990 da ki sera gazı emisyonlarının altına çekilmesine çalışılıyor hala başarısız Amerika direniyor buna geçtiğimiz hafta Avustralya da katıldı Amerika istemiyorsa biz hiç istemeyiz dedi ve görüşmeler çıkmaza girmiş durumda dünyanın geldiği durum bu karbondioksit üreticilerine bakarsak durumun ironikliğini göreceğiz Amerika tek başına karbondioksit emisyonlarının % 25 ini oluşturuyor dünya üzerinde buna karşılık dünya nüfusunun % 5ine sahip biliyorsunuz, Çin geliyor ardından Rusya Japonya Hindistan Almanya İngiltere Kanada güney Kore Ukrayna bir başka veri vermek istiyorum size dünya karbon emisyonunun % 10 unu 5 büyük petrol devi Shell BP oluşturuyor bu büyük petrol şirketlerinin Avrupa Topluluğu içinde resmi kabul edilmiş, Avrupa Topluluğu tarafından çıkar grupları var ve onlar bu kararları büyük ölçüde etkiliyorlar. Bir başka hava olayı daha doğrusu havanın kirlenmesiyle ilgili olay. Ozondaki azalma. Antartika üzerindeki stratosferde %60 lık bir ozon kaybı var.Ozondaki her % 1 lik azalma sonucunda insanlarda ki selim cilt kanseri oranı % 4habis kanserlerinde % 1 katarakta da % 1 bir artış ortaya çıkıyor o halde kat ve kat bu bölgelerde özellikle hastalıkların artacağı görünüyor sanayileşme ve kentleşme beraberinde artan taşıt sayısı kullanılan taşıt sayısı ve bunlardan çıkan egzoz dumanı içindeki tetratik kurşunun öyküsü ilginç, kurşun bu etkiyi iyice artırıyor, kurşun niye katılıyor benzinin içine oktanı arttırsın diye oktan niye artırılmak isteniyor. Çünkü motorların evriminde bir aşama var oda sıkıştırma motoru sıkıştırma kapasitesindeki artış ve bu motorun sıkıştırılma kapasitesindeki artış. Bu yüz yıl başında üretilen motorlarda var ve etil kurşun katılıyor Fakat şöyle bir şey var petrol üreticileri ve benzin üreticileri bunun yerine başka bir proje kullanımına yanaşmıyorlar çünkü bu ucuz ve kolay yöntem dünyadaki o tarihte tetratik kurşunu üreten firmanın yarısı General Motordur demek lazım General Motora ait Bunun dışında sağlık etkilerini de biliyoruz ve yaşıyoruz.

Su kirliliği sanayileşmeyle beraber endüstri hem suya ihtiyacı var su kullanılıyor hem de suyu kirletiyor suyu kirlettiği üzerine çok duruyoruz ama dünyanın su kaynaklarının kullanımına toplam su tüketiminin yaklaşık dörtte birini sanayi tarafından tüketiliyor mesela 1 kg kağıt üretebilmek için 700 kg suya ihtiyaç var Kentleşme sanayi bölgeleri artışıyla beraber çevre kirliliğini provoke ediliyor Endüstriyel kazalar ile çevre kirliliği artıyor. Önemli tanker kazaları ekolojik zararlar doğuruyor. En son bizim yaşadığımız Yalova da aksa da 6400 ton azot havaya suya denize ve toprağa karışması sonuçlarında yaşananlar da beş bin kişi etkilenecekti bizim yürüttüğümüz bir çalışmada etkilenenlerin %50 den fazlası ciddi sağlık sorunları altındaydı .. ne kadar petrol denize aktı havaya karıştı belli değil on bin ton üstünde olduğu söyleniyor en son tuna nehrin de biliyorsunuz altın madeninin siyanür çukurunda bir sızma sonucu tuna nehrini kaybettik belki verdiğimiz en son şehit buydu ve kara deniz de baya bir kirlenme var ağır metaller tüm kara deniz dibini öldürmüştür şimdi ben çok karanlık bir tablo çizdim aslında farkındayım ama neyse ki bunların rakamlarıyla uğraşmaya çalışırken baya bir karardı içimiz belki onunda bir yansımasıydı dünyada halen kurtarılmaya müsait son gelişmelerde gösterdik çok zor olacak bir şey. Behiç Ak çok sevdiğim bir karikatürist belki bunu başta gösterseydim bu kadar konuşmaya gerek olmayacaktı Çocuk konuşuyor sana yaptığım araştırmaların korkunç sonuçlarını açıklamak istiyorum Bir insanı öldürmek için yapılan harcama bir insanı iyi etmek için gerekenden fazla Yani günümüzde insanı öldürmek insan yaşatmaktan daha pahalı Sağlık konusunda da öyle bir insanı hasta etmek için toplumun harcadığı para Onu tedavi etmek için harcadığından fazla çevreyi kirletmek ise temizlemekten daha pahalı her konuda böyle örneğin kilo vermek için gereken para kilo almak için gerekenden fazla son derece irrasyonel bir durum peki niye o zaman hastalıklı kirli savaş dolu ve şişman bir dünyada yaşıyoruz bu kadar pahalıysa ?

Hayır efendim çok rasyonel çünkü pahalı olanı satmak daha kolaydır.

ÇEVRE YÖNETİMİ

Konuşmacı: Prof.Dr.Çağatay Güler

(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi)

İnsan sağlığı bir çok açıdan çevreden önemli ölçüde etkilenir. Bir çok hastalık çevresel etmenlerce başlatılır, sürdürülür veya çevresel etkenlere bağlı olarak alevlenmeler gösterir. Bu nedenle insanların çevreleriyle etkileşimlerinin değerlendirilmesi halk sağlığının önemli konularından birisini oluşturmaktadır. Çevre sorunlarının her boyutu halk sağlığı görevlilerince değerlendirilmek ve izlenmek zorundadır.(1-3)

Çevresel etkilenim dendiğinde fizik, biyolojik ve sosyal çevre koşullarının üçünün birden göz önüne alınması gerekir.

1. Biyolojik çevre etmenleri

Biyolojik çevre etmenleri hekim ve sağlık personeline en iyi bilinen çevre öğelerini oluşturmaktadır. Koruyucu önlemler büyük oranda biyolojik çevre etmenlerine yöneliktir. Sağlık Bakanlığının, Üniversitelerin ve Resmi Olmayan Hizmet kuruluşlarının eğitim konuları da ağırlıklı olarak biyolojik çevre öğelerine yöneliktir. Toplumun biyolojik çevre öğeleri ile ilgili yaklaşımı daha istenilir düzeydedir. Kişinin biyolojik çevre etmenlerine verdiği cevabı değiştiren durum ve faktörler üzerinde ayrıntılı durulmayacaktır.

2. Sosyal çevre etmenleri

Sosyal çevre etmenleri çevre sağlığı ve çevre hekimliği ile ilgili tartışmalarda giderek daha büyük ağırlık kazanmaktadır. Bu etmenlerin sağlık personeline iyi bilinmesi hizmetin etkinliği, sorunların belirlenmesi, toplumla iletişim kurulabilmesi, hizmet talebini etkileyen başlıca etmenlerin ortadan kaldırılmasını, hedef grupların amaca uygun seçimini kolaylaştırmaktadır. Kentleşme süreci içerisinde sosyal etmenlerin ağırlığı giderek daha artacaktır.

3. Fizik çevre etmenleri

Çoklu etkilenime bağlı çoklu belirtilerin analizi ve ağırlıklandırılması günümüzün en büyük sorunları arasındadır. Semptomlar genellikle birden fazla organla ilgilidir ve belirtilerin çoğu özgül değildir. Yorgunluk, uykusuzluk, konsantrasyon yetersizliği, baş dönmesi, irritabilite ve davranış değişiklikleri en sık rastlanan semptomları oluşturmaktadır. Meydana gelen klinik tablonun alışlagelen klinik değerlendirmeler veya toksikolojik değerlendirmelerle belirlenmesi mümkün değildir. Bu durum klinik ekoloji giderek çevre hekimliği kavramının doğmasına neden olmuştur. Klinik ekoloji yaklaşımında kişilerde toplam çevresel yük (total environmental load) ve bağlı olarak çok geniş bir semptom grubu ortaya çıktığı noktasından hareket edilmektedir.

Bu nedenle halk sağlığı uzmanlarının temel görevlerinden birisi insanların çevreleriyle etkileştikleri değişik mekanizmaların araştırılmasıdır. Söz konusu çabaların iş sağlığı uygulamalarıyla bütünleşmesi gerekir. Daha başka bir deyişle iş yeri çevre yönetimi söz konusu etkileşimle ilgili bir çok temel ipucunu verecektir. Çevresel etmenlerin insan sağlığı üzerindeki etkilerinin yarattığı sonuçların özgül olmaması konunun tam bir sistem yaklaşımıyla ele alınmasını zorunlu kılar.

1. Her çevresel kirlenici ve stresin kaynağı ve doğası araştırılmalıdır.
2. Bunun nasıl ve hangi biçimde insanları etkilediği belirlenmelidir.
3. Etki ölçülebilmelidir
4. Mümkün olan her zaman ve yerde kontrol önlemleri alınmalıdır.

Tahrip edilmiş ve zarar görmüş bir çevrenin yeniden eski haline getirilmesi oldukça zor, pahalı, hatta çoğu zaman olanaksızdır. Çevresel etki değerlendirmesinde amaç söz konusu zararları meydana gelmeden belirlemek, gerekli önlemleri almaktır.

Genel anlamda ele alındığında çevresel etki değerlendirmesi hemen hemen bütün kuruluşlar için gerekli bir uygulamadır. Ancak ülkemizde hazırlanan mevzuat esasları incelendiğinde sınırlı olarak ekolojik değerlendirmenin yapılabildiği, çevre üzerindeki sınırlı etkilere ağırlık verildiği, çevre sağlığı etkilerinin ise hiç üzerinde durulmadığı görülmektedir. Bu tip kuruluşlar daha önceleri açılmadan önce sağlık birimlerinden rapor alma zorunluluğu olduğu için ruhsat öncesi denetim mümkündür. Oysa günümüzde bu zorunluluk kalkmıştır.

Sağlık kuruluşlarının sağlık üzerindeki olumsuz etkileriyle ilgili değerlendirmelerinden sonra herhangi bir yaptırım söz konusu olamamaktadır. En kötü durum senaryolarında sağlık etkileri ihmal edilmektedir.

İş yeri ortamından çalışanların etkilenimi daha çok ortamdaki fiziksel, kimyasal ve biyolojik etmenlerin belirlenmiş standartlara uygun olup olmamasıyla değerlendirilmektedir. Kurşun örneğinde olduğu gibi bu standartlar giderek aşağı doğru çekilmektedir. Ancak bu aşağı çekilme daha çok teknolojinin gelişimi sonucu söz konusu salınımının azaltılabilir hale gelmesiyle paralel olmaktadır.

Bireyler gerek evsel ortamda gerekse işyeri ve genel çevreden meydana gelen zararlı etkilere karşı eşyapılı bir cevap vermemektedir. Bu cevapları değiştiren bir çok etmen bulunmaktadır (1-6). Etkileyen maddenin özellikleri, etkinin oluşum koşulları, süresi, etkilediği yapının özellikleri çok büyük boyutta değişiklikler yaratmaktadır. Etkilenen bireyin genetik yapısı, gelişim bozuklukları, etkenle etkileşen diğer faktörlerin olup olmaması, prematürelilik, yaşlılık, derideki lezyonlar, etkenin etkilediği organ etkilenen organın koşulları bunlardan sadece bir kaçıdır (7-12).

Bir iş yerinin çevreye zarar vermemesine yönelik önlemlerin çoğu iş sağlığı uygulamalarıyla paraleldir

Burada önemli bir tartışma doğmaktadır: Dış ortam etkilenimiye ilgili standartlar belirlenirken iş yerinde izin verilen etkilenim düzeyleri mi esas alınacaktır, yoksa daha düşük değerler mi alınmalıdır? Bu konuda ülkeler arasında ve teknik kuruluşlar arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bazı ülkeler dış ortam etkilenimiyle iş yeri etkilenim standartlarının birbirinin aynı olması gerektiğini savunurken teknik kuruluşlar izin verilen dış ortam etkilenim düzeyinin işyerinde izin verilen değerlerin altında olması gerektiğini savunmaktadır.

Bir diğer sorun emisyon ve deşarj yaklaşımıdır. Ülkemiz yasalarında herhangi bir endüstri kuruluşunun emisyon ve deşarj değerleriyle ilgili kirlilik standartları belirlenmekte, bu değerlerin altında emisyon ve deşarjlara izin verilmektedir. Ancak çevrenin taşıma kapasitesi göz önüne alınmamaktadır. Aynı ortama izin verilen değerlerde deşarj ve emisyon yapan kurum ve kuruluşların artması çevrenin bütünüyle bozulması sonucunu vermekte yasal olarak bir şey yapılamamaktadır. Çevrenin taşıma kapasitesi göz önüne alınmak zorundadır.

Yürürlükteki mevzuat çevreye zarar verebilecek kuruluşların çevresel etki değerlendirmesi raporu vermesini öngörmektedir. Ancak yayınlanan liste dışındaki bir çok kuruluş için de çevresel etki değerlendirmesi gereği giderek daha iyi anlaşılmaktadır. (13)

Tanım olarak çevresel etki değerlendirmesi planlanan faaliyetlerin çevreye olabilecek olumlu ya da olumsuz etkilerinin belirlenmesinde, olumsuz yöndeki etkilerin önlenmesi ya da zarar vermeyecek ölçüde en aza indirilmesi için alınacak önlemlerin, seçilecek yer ve teknoloji seçeneklerinin belirlenerek değerlendirilmesinde ve etkinliklerin uygulamada izlenmesi denetlenmesinde sürdürülecek çalışmalara denmektedir. Proje, plan ve programların çevresel, sosyal ve ekonomik etkilerinin sistematik bir biçimde incelenmesini öngörmektedir. Amaçlanan bir etkinliğin çevre kalitesi üzerindeki etkilerinin hesaplanması yöntemlerini içermektedir. Ayrıca bir projenin sonucunda ortaya çıkabilecek her türlü anlamlı çevresel ve sosyal etkilerin değerlendirilmesidir. Bütün bunları içeren rapora ÇED raporu denilmektedir.

Bu durumda ÇED raporunun hazırlanması için en azından:

1. Projeye uygulanacak alan ve topoğrafik özellikleri
2. Bölgenin nüfus özellikleri
3. Bölgenin yapılaşma ve iskan özellikleri
4. Bölgedeki tarihi, kültürel, doğal ve estetik öğeler
5. Jeolojik durum
6. Meteorolojik durum
7. Hidrolojik durum
8. Bölgede arazi ve su kullanım durumu
9. Ekolojik yapı
10. Risk altındaki türler, yok olmak üzere olan türler
11. Bölgede zemin kirlilik düzeyi (radyasyon, kimyasal, fiziksel vb)
11. Kuruluşla ilgili olarak

- 11.1. Gürültü etkisi
- 11.2. Hava kirliliği yaratma etkisi
- 11.3. Toprak kirliliği yaratma etkisi
- 11.4. İş yaşamına etkisi
- 11.5. Kişi ve toplum sağlığı üzerindeki etkisi
- 11.6. Doğal çevreye yapabileceği etkiler (Yaban hayatına, ormanlık araziye etkileri, erozyon etkisi gibi)

U.S.Jeolojik Survey birimi tarafından geliştirilen Leopold Denetim Listesi düzey akın etmen yönünden inceleme yapılmasını gerekli görmektedir:

1. Fiziksel ve kimyasal özellikler
 - 1.1. Toprak yapısı
 - 1.2. Su yapısı
 - 1.3. Atmosfer özellikleri
 - 1.4. Jeofizik özellikler ve değişimler
2. Biyolojik koşullar
 - 2.1. Bitki örtüsü
 - 2.2. Hayvan türleri
3. Kültürel etmenler
 - 3.1. Arazi kullanım özelliği
 - 3.2. Dinlenme yerleri
 - 3.3. Estetik değer
 - 3.4. Kültürel değerler
4. Ekolojik durum
 - 4.1. Su kaynaklarındaki değişme
 - 4.2. Ötrofikasyon
 - 4.3. Hastalık yapıcı patojenler ve böcekler
 - 4.4. Gıda zincirleri
 - 4.5. Toprakta tuzlanma ve çoraklaşma
 - 4.6. Yabani bitki örtüsü
 - 4.7. Diğer ekolojik etkenler

Özet olarak verilen bu başlıklar bile incelemenin ne kadar kapsamlı olarak yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Sonuçta ortaya çıkabilecek etki aşağıdaki özellikler yönünden değerlendirilmek zorundadır:

1. Etkinin niteliği
2. Etkinin kapsamı
3. İnsan etkilenimli çevre olarak ele aldığımızda değerlendirmelerin son iki çevre koşulunun birinci çevre koşulu üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik olduğu açıkça görülmektedir. Söz konusu sürveyans çalışmalarının rutin sağlık bilgi sistemi ile bağlantılı kılınması gerekmektedir. Bu ülkemizde klinik hekimlik değerlendirmeleri için de zemin hazırlayacak önemli bir zorunluluktur. Sonuçta sürveyansın aşamaları :

1. Bilgi toplanması
2. Toplanan bilgilerin analizi ve sunulması
3. Yeni sağlık tehlikelerinin belirlenmesi

4. Değerlendirme buna uygun sağlık planı yapma

5. Planın öngördüğü değişiklik ve müdahaleleri gerçekleştirme biçiminde özetleyebiliriz.

Bu durumda çevre sürveyans çalışmaları iş sağlığı uygulamaları ile bütünleşmek zorundadır. Bunu işyerindeki etkin bir çevre yönetimi, kuruluşla ilgili çevresel izleme ve değerlendirme sağlayacaktır.

Söz konusu sürveyans çalışmalarının:

1. Kaynak sürveyansı

2. Çevresel sürveyans ve etkilenim sürveyansı (klinik değerlendirmelerle yakından bağlantılı olmak zorundadır)

3. Biyolojik sürveyans olarak yapılabilmesi mümkündür.

Kaynak sürveyansında ortaya çıkan olumsuz çevresel koşul ele alınarak, nedenler ve bu nedenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik uygulamalar belirlenir. Londra'daki sis felaketinden sonra toplum sağlığı üzerindeki etkilerin giderek çok aza indirilmesi buna örnek olarak verilebilir.(3)

Çevre sürveyansında değerlendirilmesi ve izlenmesi gereken etmenlerin başlıcaları şunlardır:

1. Fiziksel etmenler

1.1. Genel

1.1.1. Fizik travma

1.1.2. Basınç

1.1.3. Nem oranı

1.1.4. Sıcaklık

1.2. Vibrasyonlar ve ses dalgaları

1.2.1. İnfrasonik sesler

1.2.2. Gürültü

1.2.3. Ultrasonik sesler

1.3. Elektromanyetik radyasyonlar

1.3.1. İnfrared radyasyon

1.3.2. Optik dalgalar ve laserler

1.3.3. Ultraviyole ışınım

1.3.4. Manyetik alanlar

1.3.5. Radyo frekansları

1.3.6. Mikrodalgalar

2. Kimyasal etmenler

Etkili olabilecek tüm kimyasal etmenlerin araştırılması esastır. Bunlar teknik olanaklar ve önceliklerle, kurulan klinik bağın ışığında değerlendirilmek zorundadır.

3. Çok bileşenli etmenler

3.1. Toprak

3.1.1. Jeolojik özellikler

3.1.2. Toprak yapı ve özellikleri

3.1.3. Katı atıklar ve biriktirme ve yoketme işlemleri

3.2. Sıvı ve gazlar

3.2.1. Hava durumu

3.2.2. Dış ve iç ortam tehlikeleri

3.2.3. Toksik madde buharları

3.2.4. İçilebilir ve içilemez nitelikteki su kaynakları

3.2.4.1. Yüzeysel sular

3.2.4.2. Yeraltı suları

3.2.4.3. Rekreasyon suları

3.2.5. Sıvı atıklar ve kanalizasyon içeriği, bunların işleme ve yokedilme yöntemleri

3.2.6. Diğer atıklar (Toprak enjeksiyonu dahil)

3.3. İnsan nedenli çevresel etmenler

3.3.1. Giyim

3.3.2. Konut yapımı

3.3.3. Kentleşme

Sonuçta çevresel sürveyans :

1. Hızlı değerlendirme yöntemleri

2. Rutin sürveyans uygulamaları

3. Otomatik ve sürekli sürveyans uygulamaları

4. Özel akaçlı sürveyans uygulamaları (Ad hoc)

5. Belirli tehlike durumlarında alarm ve uyarı mekanizmasını harekete geçirmeye yönelik sürveyans uygulamaları

6. Zaman içerisinde değişimleri izlemeye yönelik sürveyans çalışmaları olarak yapılabilir.

Görülüyor ki Çevresel Etki Değerlendirmesi aslında rutin sürveyans uygulaması içerisinde olma zorunluluğunu da birlikte getirmektedir. Bu sağlanmadan gerçek anlamda çevresel etki değerlendirmesinden söz edilebilmesi çok güçtür. En azından hızlı değerlendirme yöntemleri ile sürveyans çalışması zorunluluğu unutulmamalıdır. Bu değerlendirmede (14)

1. Kuşku veya sorumlu etmenin kaynaktan salınımı

2. Çevresel etkileri

3. Toplumun etkilenim derecesi

4. Sağlık üzerindeki etkileri esas alınmalıdır.

Bütün bu değerlendirmeler çevresel etki değerlendirmesinde sadece alt ve üst değerlerin esas alınarak değerlendirme yapılamayacağını, sağlık üzerindeki etkilerinin çok yönlü olarak sürdürülmesi gereğini, çevresel etki değerlendirme ekibinde konuyla ilgili eğitim görmüş sağlık mensuplarının mutlaka bulunması zorunluluğunu ortaya koymaktadır.

ÇED üzerine yapılan ilk çalışmalar, teknik açıdan tutarlılık ve fayda-maliyet analizlerinden oluşan oldukça genel yaklaşımları içermektedir. Çevre boyutunun, fayda maliyet analizlerine ilk entegrasyon çabaları ana hatlarıyla bir projenin çevreye yapacağı olumsuz etkilerin parasal ölçülerle değerlendirilerek, bunların birer maliyet unsuru olarak yorumlanmasından ibarettir. Ancak, uzun vadeli çevresel etkilerin estetik değerlerin ve en önemlisi, tehlikeye düşen insan hayatının parasal olarak değerlendirmesinde ortaya çıkan yetersizlikler, klasik fayda-maliyet analizi yönteminin uygun olmadığını ortaya koymuş, bunun sonucu olarakta Çevresel Etki Değerlendirmesi yaklaşımı ortaya çıkmıştır.(14)

Giderek:

Bir projenin önerilen şekliyle gerçekleştirilip gerçekleştirilemeyeceği,

Aynı yararları sağlayacak, ancak çevresel açıdan olumlu proje alternatiflerinin bulunup bulunmadığı,

Teknolojik gelişmelere karşı toplum sağlığı açısından ortaya çıkan risklerin neler olduğu,

Proje alternatiflerinin gerçekleştirilmesi aşamasında hangi çevre koruma önlemlerinin gerekli olacağı gibi bir çok soruya yanıt vermesi istenen bir karar verme düzeyine ulaşmıştır.

Ülkemizde iş yeri ortamının değerlendirmesi Çalışma Bakanlığının Dış ortamın değerlendirmesi ise Sağlık ve Çevre Bakanlıklarının yetkisi altındadır. Söz konusu uygulama biçimi denetim etkinliğini zayıflatmaktadır.

Toplum ve birey sağlığına yönelik değerlendirmeler tek bir kuruluştaki Sağlık Bakanlığında toplanmadıkça bu sorunun çözülmesi çok zordur.

KAYNAKLAR

1. Tachher, Alyce Bezman, Principles and Practice of Environmental Medicine, Penum Medical Book Company, New York and London, 1991.
2. Moeller, D.W. Environmental Health, Harvard University Press, Cambridge, London, England, 1992.
3. Güler, Ç. Çevre ve Sağlık Üzerine Etkileri, Sağlık, Toplum ve Çevre Bülteni, 1, 3, 3-8, Mart 1991.
4. Güler, Ç. Çevre ve Sağlık, Tıbbi Dokümantasyon Merkezi Yayınları, ISBN-975-7431-01-X Ankara, 1992.
5. Güler, Ç. Çevre Hekimliği, Sağlık, Toplum ve Çevre Bülteni, 4, 37, 1-8, Ocak 1993.
6. Last, J.M., Wallace, R. B. Maxcy-Rosenau-Last Public Health And Preventive Medicine, Appleton Lange, Newyork, 1992.
7. Downing D., T., Stewardt, M.E., Wertz, P.W. Et al, Skin lipids, Comp. Biochem, physiol, 4,673, 1983.
8. Garstein, R.D., Lowy, A., Greene, M.I. Epidermal antigen presenting cells in activation of supression, Identification of a new functional type of ultraviolet radiation-resistant epidermal cell J Immunol, 132, 563, 1984.
9. Luger, T.A., Stadler, B. m., Katz, S.I. Et al, Epidermal cell(keratinocit) derived thymocyte activating factor (ETAF), J. immunol 127, 1493, 1981.
10. Hershey P, Haran, G., Hasic, E. Et al, Alteration of T cell subsets and induction of supressor T cell activity in normal subjects after exposure to sunlight, J. immunol 131, 171, 1983.
11. Marzulli, F. n., Maibach, H.I., The hexachlorophene story, Maibach H.I. (ed) animal Models in Dermatology, Churchill Livingstone, edinburgh, 1975.
12. Pramanik, A.k., Hansen, R.C., Transcutaneous gamma benzene hexaghlride absorption and toxicity in infants and children, Arc Dermatol 115, 1224, 1979.
13. Güler, Ç. Turizmde Çevresel Etki Değerlendirmesi Zorunlu Bir Uygulamadır. Turist Sağlığı ve Hekimliği Bülteni, , 5, 41, 1-4, Şubat 1994.
14. Masse, L., Surveillance in Helath and Disease, Oxford University Pub, London, 1987.
15. Uslu, O. Çevresel Etki Değerlendirmesi, Türkiye Çevre Sorunları Vakfı Yayınları, İstanbul, 1986.

ENDÜSTRİDE RİSK GRUPLARI

Oturum Yöneticisi: Dr. Sedat ABBASOĞLU

(Türk Tabipleri Birliği İSAK Akademik Kurul Üyesi)

ÇOCUK İŞÇİLER VE ÇOCUK İŞÇİLİĞİNİN ÖNLENMESİ

Konuşmacı: Prof.Dr. Gürhan FİŞEK

(Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Öğretim Üyesi)

Çalışan çocuklar konusu önemli toplumsal ilgi çekiyor. Dolayısıyla konunun toplumsal karakteri olduğu ortaya çıkıyor. Gerçekten çalışan çocuklar konusu toplumsal maliyeti olan ülkelerin geleceğine ipotek koyan konulardan birisi niye bu böyle söylüyoruz çünkü çocukların erken yaşta çalışma yaşamına girmesi eğitim alanından çekilmesi toplum geleceğini önemli ölçüde tehdit ediyor. Çocuklar çalışma yaşamında olumsuz şartlarla karşılaştıkları için ilerde kendi işyerlerini kurabilme hayalini taşıyarak bu güçlüklerle katlanabiliyorlar. Bu da ülkede gelecekte düşük eğitimlilerce oluşturulmuş küçük işyerlerinden oluşan bir profil ortaya çıkacağını bize düşündürüyor. Diğer önemli bir konu çocukların çalıştırılabilmesi ancak düşük teknolojik koşullarda var olabiliyor. Düşünün bilgisayarlı büyük makinelerin gündeme girdiği bir sanayide, ekonomik düzende çocukların çalıştırılmasına olanak var mı? dolayısıyla çocukları çalışma yaşamında tutmak, Ülkenin düşük teknolojik profili benimsemesine yol açıyor. Öte yandan yaşlıları kamu kaynaklarından yararlanıp parklarda oynarken, okurken çalışan çocuklar iş yerlerinde çalışmakta, bu kaynaklardan yararlanmamakta ama kendisi bu kaynakları üretmekte. Bu da aynı yaştaki iki çocuk grubu arasında adaletsizliğe yol açıyor. Bu da işte ülkede daha sonra ortaya çocukların gördükleri ve isyan etmeyecekleri adaletsizliğin varlığını sürdürmesine neden oluyor. Ayrıca çocuklar sadece karın doyurma, geleceklerini garanti alma gayretleri içerisinde, kendi öğrenim görme, benliklerini özgürce gelişme haklarında da yoksun kalmışlardır. Öte yandan da çocukların çalıştırılması ülkenin istihdam yapısını da yakından etkiliyor. Çünkü aynı zamanda işsizliğin bir nedeni olarak ortaya çıkan çocuklar, aynı zamanda işsizliğin bir nedeni oluyor, babalarının işsiz kalmasına neden oluyor.

Öte yandan küçük yaştan çalışma yaşamına girerek çalışmaya başlayan çocuklar küçük işyerlerinde genellikle yalnız, korumasız kaldıkları için bir de yaşlıları ile dünyaları ayrıştığı için; çünkü yaptığımız araştırmalar bunu gösteriyor. Çalışan çocuklar çalışan çocuklarla, öğrenciler de öğrencilerle dostluk kuruyor, arkadaşlık kuruyor. Dolayısıyla dünyalar ayrışmaya başlıyor. Bu da hem toplumda iki farklı dünyanın olmasına yol açıyor hem de çocukların yalnızlaşmasına yol açıyor. Konunu toplumsal karakteri bununla da bitmiyor. Görülmüş ki toplumsal mücadelelerde çocuklar artçı değil yani izleyen, sonradan toplumsal gelişmenin meyvelerinden faydalanan gruplar değil Çocuklar çalışma yaşamında elde edilen kazanımların burada. Sosyal politika tarihine baktığımız zaman bir sosyal politika ile ilgili yasaların önce çocuklar için çıkarıldığına tanık olduk. Bunda sendikalar şunu söylemişler biz yetişkinler için bir şey istemiyoruz. Çocuklarımızı kurtaralım. Dolayısıyla getirilen herşey çalışma sürelerinden ve çalışma yaşından da başlayarak hep çocuklar için olmuş ve bu kadınlara ve sırasıyla erkeklere yayılmış. Konunun bir de böyle toplumsal karakteri var. O zaman olay bireyin boyutlarını aşıyor. Çünkü genellikle tek başına bıraktığımız zaman bireyin egosu artıyor, birey maymun iştahlı oluyor. Birey toplumsallaştığı ölçüde ben merkezci özelliklerinden kurtulmaya, soyut düşünmeye, paylaşmaya ve mücadeleye eğilimi artıyor. Sizlerden bu çocuk emeği konusundaki ilginizi sürdürmenizi diliyorum. Ama sürdürmek nerelere başvuracağınızı bilmekle ilgili. Onun için size bizim çalışmalarımızda başvurabileceğiniz ve izleyebileceğiniz web sayfalarını hatırlatmak istiyorum. Bizim enstitümüzün şimdilik 3 tane web sayfası vardır. Oralardan hem çalışmaları izleyebilirsiniz hem de bilgi alabilirsiniz. Yine çalışmalarımızı izleyebileceğiniz bir başka yayın organımız var. Bu da "Çalışma Ortamı Dergisi" diye geçiyor. Web sayfalarında da bulabileceksiniz.

Çocukların çalışma yaşamında bulunması bir olgu. Bu yeni yaratılmış bir olgu değil. Ama hemen yarına da yok edilebilecek bir olgu değil. Çocukların çalışması onların çaresizliğini ve seçeneksizliğini gösteriyor. Bu aynı zamanda toplumunda çaresizliğini ve seçeneksizliğini gösteriyor. Çünkü toplum onlara yeterli koşulları ve gelecek sunmadığı için çocuklar çalışma yaşamına atılıyor. Bunu bireysel bir çözüm olarak görüyor. Siz ona toplumsal çözüm sunmadığınız için çocuklar çalışma yaşamında kendi bireysel güvenliklerini aramaya başlıyor. Çocuklar çalışma yaşamında ise acaba çocuklar çalışma yaşamına uygun mu? Çocuklar çalışma yaşamı ile barışık mı? Bunu inceleyebilmek için 5 tane kriter kullanacağım. Bunlardan bir tanesi işe başlama- da görülüyor. Acaba çocuklar işe başlarken gönüllü mü başlıyor. İki ilde yaptığımız araştırma sonuçları var.

İstanbul'da %93'ü gönüllü olarak çalışma yaşamına başladığını ifade ediyor. Kendi isteği ile. Ankara'da %80 civarında kendi isteği ile çalışma yaşamına başladığını ifade ediyor.

Bir dinleyici: Bu araştırma yaş grubunu 18 yaş altı olarak mı kastediyorsunuz?

Konuşmacı: Bu araştırmalarda 16 yaş. Ama çocukları hakları sözleşmesi ve bizim yasalarımız çocuğu 18 yaş altı olarak tanımlıyor. Biz çalışmalarımızı Uluslararası Çalışma Örgütü'nün ve Dünya Sağlık Örgütü'nün çalıştırmadaki minimum yaş sınırın altına gelenlerde 16 biraz zorluyor bunu 15 onlarda. Ama genellikle 15 ve altı. Arada 16 olanlarda bu çalışmalarda var. Aslında biz yaş sınırımızı 18'çekmek zorundayız. Çünkü gerek ilköğretim ile ilgili yasanın çıkması ile bu yaş sınırı yavaş yavaş yukarı çekilmiş olmakla birlikte bazen 15 yaşın altında çocuklara rastlıyoruz. Büyük bir çoğunluğun gönüllü katıldığını görüyoruz ama gönülsüz katılanlara da burada dikkatinizi çekiyorum.

Bir başka gösterge olarak seçebileceğimiz şey; iş değiştirme. Acaba çocuklar sık iş değiştiriyor mu? Görüyoruz ki pembelerde de gösteriyor bunu iş değiştirenler gerçekten çok., yarından çok %64 civarında İstanbul'da %55 civarında, %45 civarında Ankara'da.

İş değiştirme bir huzursuzluğu, bir şeyi değiştirme tutumunun bir göstergesi olarak ortaya çıkıyor. Demek ki gönüllü işe başlıyor ama iş değiştirmeye başlıyor.

Soruyoruz okula dönmek ister misiniz? Yeşiller okula dönmek isteyenler. Demek ki çalışma hayatına başladıktan sonra orada hoşlanmadığı şeyler olmaya başlıyor. Okula dönsen iyi oluyor diye. Bu soruda 14 ve 16 yaş grubundakilere ayrı ayrı sordukumuz zaman 14 yaşın üstündekiler daha okula dönme konusunda daha yüksek oran göstermezken, 16 yaşında olanlar daha yüksek oran gösteriyor. Kız ve erkek ayrımı yaptığımız zaman kızlar daha çok okula dönmek ve okumak istiyor. Bunlar değişimler hep bize o zaman diliminde yani işe başladıktan ayrılma isteğini ifade ettiği ana kadar bir şeyler döndüğünü ortaya koymaya başlıyor. Acaba neler dönüyor çalışma yaşamında? Bunun için çalışma şartlarına bakmaya başlıyoruz. Çalışma şartlarında acaba çocuğun barışık sayamayacağımız yönleri var mı?

Yetişkinler için konulmuş çalışma süreleri vardır. Günlük çalışma süresi 7.5 saattir. 7.5 saatin altında çalışan İstanbul'da bulamazsınız. Ankara'da bu oran %3.9, %4 civarında. Demek ki yetişkinler için konulmuş günlük çalışma süresinin çok üstünde çalışıyorlar. 7.5 saat ile 9 saat arasında çalışan İstanbul'da %29, Ankara'da %48 civarında. Ne yazık ki her iki ilde de büyük bölümü 9 saatten fazla çalışıyor günlük çalışma süresi olarak. Haftalık çalışma süresi bakımından da 45 saati ve altında çalışanlar çok az, 46 ila 55 saat çalışan diliminde bir yoğunlaşma var. 55 saatten fazla Ankara'da çok daha yüksek, İstanbul'da çok daha az. Yorum zorlaması yapabiliriz. İstanbul'da buna ek olarak bir de yol süreleri konabilir. Uzak yerlerden geldikleri için çalışma gününü dengeliyorlar.

Bir başka şeye bakabiliriz. Yetişkinler için konulmuş sağlık ve güvenlik kuralları var. Onlara uyum bakımından iki ayrı ölçek kullandık. Bir tanesinde genel sağlık kuralları bakımından 10 not düşünün. 1 alanlar ilk sütunda toplanmıştır. Genel sağlık kuralları ve işe özel sağlık kuralları bakımından büyük yığılma ancak 10 üzerinden 1 notu alan işyerlerinde ancak %90'nın üzerinde alan çok küçük bir bölüm var. Yani iş yerlerinde sağlık ve güvenlik koşulları en temel konularda bile sağlanmaktan uzak. Bunu daha ayrıntılı ölçekler ile değerlendirdiği zaman şunları buluyoruz. Bakın 15 yaş ve altı çocuk çalıştıran, 15 yaş altı ve üstü çocuk çalıştıran iş yerlerinde 10 tane kritere göre değerlendirmeler yapmışız. 2.4 civarında not alıyor 15 yaş ve altı olanlar. 2.6'ya yakın not oluyor 16 yaş ve üstünde çalışanlar. Bunlarda baktığımız zaman acaba hangi önlemler daha çok alınmış? Listede onları görebilirsiniz. Şu anda bakıyoruz. Yangın riski ile ilgili önlemler en çok alınan. En az alınana bakmak istiyorum ilkyardım önlemleri de en düşük düzeyde çocuk işçi çalıştıran işyerlerinde. Acaba bunlar başka kriterlere göre farklılık gösteriyor mu? Acaba iş çeşitleri bunu etkileyebiliyor mu? Evet iş çeşitli etkiliyor. Demir işleri ile uğraşmak, makine sanayi ile uğraşmak ve diğerleri bakımından fark vardı.

Makine sanayinin özelliği iş veren daha uzun vadeli plan yapması, daha büyük sermaye bağlanması işe, dolayısıyla işçi sağlığı iş güvenliği önlemlerine biraz daha önem verdiğini ortaya koyabiliyor. O da isterse-niz en yüksek hangi önlemi almış bakalım. Yine yangın geliyor 3.1 ile en üst düzeyde. 3.5 ile makine sanayi bunlar hep küçük işyerleri. Büyük işyerlerinde bu ortalama rakamlar 4.4'ün üstüne çıkmaya başlıyor. Burada büyük işyerleri ile küçük işyerleri arasındaki fark.

Acaba kendi içleri içinde de farklılık gösteriyorlar mı? 1 ila 5 işçi çalıştıran iş yerleri 2.3 puan alırken, 21'in üstünde işçi çalıştıran iş yerleri 2.8 civarında puan alıyor. demek ki

1. İşyeri ölçeği etkiliyor.

2. İş çeşitleri etkiliyor.

3. Çocukların yaşları ile çalıştığı alanın. Çocuk çalıştırıp çalıştırmaması bu durumu yakından etkiliyor.

Bu noktada sorumlu insanlar ne yapmalı? İşçi sağlığı ve iş güvenliği haftalarında çok konuşuyoruz biliyorsunuz. Bir radyoya davet ettiler beni Ankara'da uzman kişiyim ya. Halkımız ne düşünüyor bu konuda onu alalım. Halkımız konuşmaya başladı. Benden güzel konuşuyor. Çok güzel şeyler söylüyor. Ne diyorsunuz dedi halkımızın bu fikirlerine? %100 katılıyorum dedim. Ama bundan söz ettikten sonra akşam eve gidip nasıl uyuyoruz onu merak ediyorum. Gerçekten bunları söyledikten sonra evde uyuyamadım. Onun içinde ben kendi çabamla aynı görüşü paylaşan arkadaşlarca bir şeyler yapmaya çalışıyoruz. bu bir şeyler aşağı yukarı 23-24 yıldır sürüyor. Başlangıç noktası Türkiye'de çocuk duyarlılığının arttığı nokta olan 1979 Uluslararası Çocuk Yılı'na denk geliyor. Giderek bu çalışmaların çocukların çalışma yaşamına çekme gücümüzün ancak sosyal politikalarla ve ülkedeki gelir düzeyi ile yükselmesiyle bağlı olduğunu görerek iki aşamada ele alınabileceğini düşünmeye başladım. Kısa erimli ve uzun erimli.

Uzun erimli dediğimiz zaman gerçekten gelir dağılımının geliştirilmesine bağlı, sosyal güvenlik sağlanmasına bağlı olarak çocukların çalışma yaşamından çekilmesi, eğitim olanaklarının artırılmasını, eğitimin iş bulmayı mümkün kılan şekilde yönlendirilmesi ile çocukların çalışma yaşamından çekilmesi. Çocukların çalışma yaşamından çekilmesi için ne kadar süre gerekiyor? Ne biçerseniz biçin o tarihe kadar olan çocuklar biçin Bu da kısa erimli amaçla oluyor. Dolayısıyla o çocuklar için yine birlikte bir şeyler yapılması gerekiyor.

Biz çalışmalarımızı iki noktada kurduk. Kamuoyu oluşturma çalışmalarımız var. Web sayfalarımızda, dergilerimizde konuşmalarda yapılıyor. Ama bir yandan da sanayi sitesinde çalışan çocuklara ulaşacak hizmet modellerini geliştirmeye çalışıyoruz. bunu iş yeri ortak sağlık birimleri temelinde geliştirdik. 1982'den beri bu tür çalışmalar yapıyoruz. Yürüyen klinik dediğimiz araçlarla küçük işyerlerini gezmek zorundasınız. onlar sanayi merkezine kurduğumuz yere asla elemanını göndermezler çünkü çocukları hiç göndermezler. Dolayısıyla o işyerlerini ulaşmak ve o koşulları göre göre onların içinde muayenenizi yapmak zorundasınız. Buna ek olarak biz iş güvenliği arkadaşlarımızla da birlikte çalışıyoruz. Çağatay Bey'in de söylediği gibi gürültü ölçümleri yapıyoruz. Eğitimlerini saptıyoruz. Elimizden geldiğince de onlara önlemler geliştirmeye çalışıyoruz. Çünkü gerçekten kişiler bu örnekler konusunda daha duyarsız. Duyarsız olduğu pek çok şey olduğu için niye gürültü konusunda duyarsız diye hayıflanmıyoruz. Çünkü birçok sorunla karşı karşıyalar.

Çalışmalarımız sırasında bir başka özelliği daha yakaladık. Bu da çalışan kız ve çalışan erkek çocukları arasındaki fark. Gerçekten çalışma yaşamına katılma noktasında yani 13-14 yaşlarında çalışan kız ve çalışan erkeğin çalışma yaşamına girişinde çok önemli bir fark var. Erkek çocuğu meslek edinsin diye çalışma yaşamına giriyor. Kızı da çeyiz kılıfı altında para kazansın diye gönderiyorlar. Şimdi bu çok bilindik bir söz gibi gelebilir. Ama bunun ardından gizli anlamlar çok önemlidir. Çünkü kadınların niteliksiz evlenme unsuru olmasının altında başlangıçtan gelen bir şey var. Siz kızınızı parasını kazansın diye gönderiyorsanız ilerde evlendiğinde bu işi bıraksın diye hayal ediyorsanız. Meslek edinmesi için çabalamazsınız O zamanda o kız çocuğu niteliksiz emek unsuru olarak evlenir. Ama oğlan hayat boyu bu işi yapacak. Onun içinde ona meslek edinsin diye uğraşırsınız. O hayat boyu o mesleği yapacaktır. Ama ne yazık ki hayat her zaman istenildiği gibi gitmiyor. Evlendikten sonra da gelir yetersizliği dolayısıyla kocasının hayırsızlığı ortaya çıkar. Çeşitli nedenlerle kadın çalışma yaşamına dönmek zorunda kalır. Döndüğü zaman da niteliksiz emek unsuru olarak da değeri bir kat daha artar. O zaman biz çalışmalarımızı bu adaletsizliği gidermek konusunda yani kızları çalışma yaşamında tutacak onlara mesleki birikimler kazandıracak (geleneksel meslekleri kastetmiyoruz). Keşke onları radyo tamircisi yapabilsek. Keşke onları daha teknik mesleklere yöneltebilsek diye uğraşıyoruz. Dolayısıyla kadın ve erkek eşitsizliğinin çalışma yaşamında hafifletilmesinin en önemli yollarından biri de işte bu çalışan çocuk aşamasında yapılabileceğini düşünüyoruz. Belki unuttuğum çok şeyler olacaktır ama gerek sorularınızda gerek daha sonra bizle temas ederek açıklarınızı kapatabilirsiniz.

KADIN İŞÇİLERİN DURUMU

Konuşmacı: Şule ÖZKUZUKIRAN

(Türk-İş Kadın İşçiler Şube Müdürü)

Günümüzde kadın istihdamı gerek Türkiye de olsun , gerekse tüm dünyada olsun büyük bir artış göstermektedir . Dünya nüfusunun ve ülkemizin nüfusunun yaklaşık yarısı kadındır . Dünyada çalışan nüfusun yaklaşık 1/3 ü kadındır ülkemizde günümüzde 5 milyonu aşkın kadın fabrikalarda, değişik iş kollarında, bürolarda görev yapmaktadırlar Erkeğe özgü her kadın tarafından seçebilmekte ve başarı ile icra edilmektedir.

Çalışma yaşamı kadının sorumlu olduğu tek görevi değildir . Bir anlamda kadının görevi ev dışında çalışmayla bitmemekte , ev içinde de büyük ölçüde zaman ve emek harcamasını gerektiren evinin sorumluluklarını yerine getirmekle yükümlüdür . Tüm bunlara bir de kadının en kutsal görevi olan “annelik” eklenmektedir. Yani kadının “ikinci mesleği” de evinde başlamaktadır. Bütün bunların yanı sıra , kadının kendi kişiliğini ve haklarını koruması , insan olduğunu unutmadan yaşamayı bilmesi de bir görevdir. Bu konuda tarihsel değişim içinde onu hor görüp , aşağılayan hak ettiği yere gelmesini engellemeye çalışan bağnaz düşünce ve davranışlarla da savaştır ve savaşı kazanması gerekmektedir . Bu konuda ödün vermemelidir. Ödün verirse , Büyük Atatürk’ün Cumhuriyetten sonra Türk kadınına verdiği hakları ve özgürlükleri de koruyamayacaktır.

Büyük Atatürk’ün ona verdiği, seçme, seçilme, erkeği ile birlikte eğitim görme, meslek seçme, başarı ile Türk milletini içerde ve dışarıda temsil etme görev ve haklarından vazgeçemez. Türk kadını bu ve benzer hak ve özgürlüklerini korumak zorundadır.

Cumhuriyet Dönemi ile birlikte , kadınların çalışma hayatı içerisinde de daha yaygın ve yoğun biçimde yer alabilmelerine olanak veren ekonomik, hukuki ve kültürel ortam yaratılmaya başlamıştır . Cumhuriyet Dönemi ile Türkiye’nin bütün dünyaya “çağdaş medeniyet” seviyesine ulaşmış olduğunu kanıtlamak amacı ile bir mücadele sonucu olmaktan öte adeta bağışlanan haklar niteliğindeki reformlarla biçimlenen hukuki ortam, kısmen de olsa kadınların çalışma alanının genişleyip, işçi statüsü ile çalışan kadınların sayılarının ve oranlarının yükselmesiyle ve kamuoyunun bu alandaki dönüşümlere hazırlanarak, kadınların kültürel karşılaştıkları engellerin aşılmasına yardımcı olmuştur.

Tüm bu ekonomik, yasal ve kültürel değişimler sonucu ülkemizdeki işçilerin ve bunlar arasındaki kadınların sayılarında çoğalmalar olmuştur. Türkiye de devletin sosyal politika alanında kadın işçileri korumak üzere ilk müdahalesi , yetişkin işçilerin yanı sıra kadın , çocuk ve genç işçilerin bedensel nitelikleri bakımından çalışma koşullarını düzenleyen ve Türk sosyal politika tarihi içerisinde önemli sayılabilecek bir yer tutan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile olmuştur. Devletin çalışma yaşamına ilk kapsamlı müdahalesi ise , 1936 yılında 3008 sayılı iş kanununun kabul edilmesi ile başlar . Ülkemizde uluslararası mevzuatın etkileri de ilk kez aynı yıllarda gözlenmeye başlamıştır . 1945 yıllarında “İş Kazaları İle Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu “Türkiye de yürürlüğe giren ilk sigorta kanunu olmuş ve böylece analık durumu söz konusu olan kadın işçilere ilk sosyal güvence sağlanılmıştır . Nitekim bu dönemde Uluslararası Çalışma Örgütü sözleşmelerinin bir bölümünün yasallaştırılarak ulusal mevzuatımıza katıldığı görülür.

1950 ‘li yıllar hızlanan ve alanları genişleyen sanayileşmenin sonucu olarak doğan yeni istihdam olanakları, sanayi kesiminde çalışan ücretli işçi sayısını daha önceki dönemlere oranla önemli ölçüde geliştirmiştir. Hemen hemen aynı yıllarda hızlı nüfus artışına koşut yeni iş olanaklarının yaratılmayışı , kamu hizmetlerindeki yetersizlikler ve toprak düzenine ilişkin aksaklıklar gibi nedenlerle , kırsal alanlardan büyük kentlere doğru ailece göç dönemi başlamıştır . Adına kentleşme denilen bu sosyo-ekonomik olgu , kentleşen aileleri kadın-erkek tüm üyeleri ile özellikle ekonomik nedenlerle çalışma zorunluluğunda bırakmış ve sanayide çalışmaya hazır kentleşen kadın işçi kitlesi oluşmuştur.

Günümüz Türkiye’sinde toplam kadın nüfusunun 1/3 nü çalışmaktadır Sektörlere göre konu ele alındığında , tekstil , öğretmenlik , tıp ile ilgili meslekler, kadınların çoğunlukta olduğu ya da kadın erkek sayısının birbirine yaklaştığı nadir alanlar olarak görülmektedir . Bu alanların kadının geleneksel rolleri ile en uyumlu meslekler olduğu açıktır. Üretim sektörü söz konusu olduğunda ise kadınların tarım dışı üretime katılımın düşük oranda kaldığı gözlenmektedir . Buna neden olarak kadınların eğitim düzeylerinin düşüklüğü ve ücretli iş olanaklarının azlığı gösterilmektedir .

Türkiye’de son senelerde hizmet sektörünün istihdam kapasitesi yaratma açısından sanayi sektörüne kıyasla daha hızlı büyüdüğü bilinmektedir. Ancak hizmet sektörü içinde kadın erkek oranları, yine de erkekler lehine büyük farklılıklar göstermektedir.

Kadınların tarım dışı üretime çok az oranda katılmalarına düşük eğitim düzeyi ve ücretli iş olanaklarının azlığı gibi başlıca iki neden gösterilmektedir. Gerçekten de eğitim ücretli iş olanaklarının azlığı gibi başlıca iki neden gösterilmektedir. Gerçekten de eğitim düzeyi yükseldikçe , üretime katılan ve özellikle ücretli iş bulan kadınların oranı artmaktadır.

Teknolojinin ilerlemesi de eğitimsiz insanların iş bulmalarını giderek güçleştirmektedir. Bu durumda , eğitimleri az olan kadınların iş olanakları daha da azalmaktadır.

Çalışma yaşamındaki kadınlara ilişkin şöyle özetlemek olasıdır :

- Genel nüfus içinde kadın eğitim oranı düşüktür; okuma – yazma bilen nüfus içinde kadın nüfusu % 44.2’dir. Üniversite mezunu kadınların oranı ise sadece % 3.2 ‘ dir

- Kadının işgücüne katılma eğilimi düşüktür.

- İşgücü piyasasındaki kadınların oranı , kentsel ve kırsal alanlarda farklılık göstermektedir; kadınlar kentlerde düşük , kırsal kesimde ise oldukça yüksek oranlarda çalışmaktadırlar. Kırsal kesimde “ücretsiz aile işçisi”olarak çalışan genç kız ve kadınların oranı % 62.6’dır kadınların %20’si hizmetler %10.5’i ise sanayi sektöründe çalışmaktadırlar.

- Çalışan kadınlar uzmanlık gerektirmeyen mesleklerde yoğunlaşmaktadırlar ; işgücü piyasasındaki kadınlar genelde mesleki vasıf gerektirmeyen , atipik ve kayıt dışı istihdam (kısmi çalışma , geçici çalışma , evde çalışma vb) biçimlerinde yoğunlaşmaktadırlar. Bu tür emek-yoğun işlerin başında dokumacılık , konfeksiyon ve evde yapılan parça başı işler gelmektedir .

Ne yazık ki kız çocuklarının eğitimi erkeklerden daha az önemsendiği için düşük seviyede kalmış ve kadınların yüksek ücretli veya sosyal güvenceye sahip işlerde çıkabilmeleri de otomatik olarak kısıtlanmıştır . Oysa üniversite eğitimi alabilmiş olan kızların iktisaden faal olan yüzdesi oldukça yüksektir . Cinsiyete davalı ayrımcılık anne baba tarafından çocuğun farklı yetiştiriliş tarzı ile aile içinde başlamaktadır . Kültürel değerlerin etkisi ile kız ve erkek çocuklar farklı yönlendirilmekte ve eğitimlerine verilen önem de farklı olmaktadır . Böylece kadınlar her dönemde , hatta bazen kendi , istek ve seçimleriyle çeşitli ayrımcılıklara uğramaktadırlar . Kadınlara toplumda tüketici olmaları , ekonomik hayata katılmaları örgütlenmelidir.

Çalışma hayatında kadınlar , fizik yapıları nedeni ile özellikler taşımaktadırlar.

“Hamilelik , annelik , aile yükümlülükleri v b “ Anatomik yapıları ve fizyolojik özellikleri ise erkeklere göre farklıdır. Kadınların fiziksel güçleri , erkeklere oranla genel olarak %15-20 daha azdır . Menstruasyon dönemleri , gebelik , doğum , emzirme , menopoz ve üreme fizyolojileri nedeni ile yaşamlarının birçok evresinde farklı ve zaman zaman güçsüz ve zayıf olabilirler.

Kadınlar, toplumsal konumları nedeniyle çalışma saatleri dışında ev işlerini de üstlenmek durumundadır . Bu durumda da, çalışma saatleri 12-15 saati geçmekte , dinlenme süresi kısalmakta ve sağlıkları etkilenmektedir.

Ev işleri , Ergonomik açıdan “ağır işler” den sayılmaktadır . ev işleri , tarım , marangozluk işleri gibi bir enerji kullanımını gerektirmektedir. İşyerinde ve evinde olmak üzere günde toplam 15 saat belki de daha fazla çalışmak zorunda kalan kadın işçilerde , varis , fıtık , prolapsus (uterus , rektumun dışarıya sarkması) , taban çökmesi , ayaklarda şekil bozukluğu , gebelikte düşük , erken doğum , ölü doğum ve bunun tehlikelere maruz kalınabilir.

Diğer taraftan işyeri ortam koşulları ile ilgili mesleki etkilenme ve meslek hastalıklarına yakalanma riski de erkeklere oranla daha yüksektir .

KADIN İŞÇİLERİN ÖZELLİKLERİ

Kadın işçilerin özellikle genel olarak şöyle özetlenebilir:

- Kadının beden gücü erkeğinkinin % 70-75 ‘i kadardı .
- Nöro-vejetatif sistem oynaktır .
- Büluğ ve aybaşı kesilme yaşları kadın bünyesini ileri derecede sarsabilir .

- Aybaşı zamanları güçlükler gösterir.
- Gebelik büyük bir sorundur .

Bu özet olarak belirtilen sorunlara biraz daha derinden bakmak gerekmektedir.

a Fizyolojik Özellikler:

Kadınların kas güçleri , erkeklerden azdır. Buna karşılık el maharetleri fazladır .

Uzun süre çalışınca erkeklerden daha çabuk yorgunluk hissetmeye başlarlar.

Günümüzde iş hayatında makineleşmenin artması sonucu , bu özelliğin önemi azalmıştır. Aybaşı durumları, gebelik , emzirme, kadınların çalışmalarını güçleştiren önemli fizyolojik faktörlerdir.

Kadın işçilerin uzun süre ayakta durmaları uygun bir pozisyon değildir.Karın organlarında sarkmalar, cinsel organlarda kan toplanması yapılabilir. Oturarak çalışan kadınlarda aybaşı bozukluklarının, ayakta çalışanlara nazaran daha az olması , bundan ileri gelir , Kadınlarda varis ve organ düşüklüklerine meyil daha fazladır.

Toksik maddelere karşı duyarlılık kadınlarda daha çoktur . Bu özellik gebelikte daha da artan . Üstelik bazı zehirli maddeler gebelikte placentayı geçer ve doğacak çocuk için zararlı olur.

b . Psikolojik Özellikler:

Kadın ve erkek arasında ruhsal yetenekler bakımından özellikler vardır . Erkeklerde matematik yeteneklerin fazlalığına karşılık kadınlarda hafıza ve detaylı belleme, maharet yetenekleri daha fazla geliştirmiştir.

Kadınlar davranış bakımından da farklılık gösterirler iş hayatında arkadaşlık iyi ilişkiler ve nazik davranışlar isterler . Bir sürtüşme esnasında sükunetlerini kolayca kaybeder ve haksız olmayı kabul etmek istemezler.

C . Sosyolojik Özellikler:

Çalışma hayatındaki kadınların hemen hemen en büyük sorunu ev işleridir.

Ev işleri ortalama olarak , bir kadının günde dört saatini alır . Günlük normal çalışma süresine , ev işlerinin getirdiği bu ek çalışmayı eklemenin sonucu kadınlarda günlük ve haftalık çalışma süreleri çok uzar . Yapılan bir araştırmaya kadın işçilerin %63'ünün günde 12 saatten %19'unun da 14 saatten fazla çalıştıkları , böylece haftalık çalışma süresinin 80 saati geçtiği saptanmıştır.

Kadınlar için çalışmanın yalnız süresi değil , ritmi de önemlidir.

Ayrıca eş ve çocuklarının hazırlanmaları , yemek zamanlarının okul ve iş saatlerine göre ayarlanması dinlenme sürelerinin kısılması , kadın işçilerin sağlığını etkileyen faktörlerdir. Özellikle küçük çocukların giyinmeleri ve sabah kahvaltılarını etmeleri kadınları hem zaman hem de psikolojik yönden etkiler. İşlerine genel olarak ergin bir ruhsal durumla başlamalarına neden olur.

Ev işleri fizyoloji ve ergonomi yönünden ağır sayıla bilir. Prof. Grandjean'ın araştırmalarına göre "ev işleri enerji sarfı bakımından tarım işçileri ve marangozların durumuna yakın

Kadınlar için çalışma hayatının güçlüğü işe geliş ve gidişle başlar . kentlerde ev-iş arasının uzaklığına göre kadınların günde 2-3 saatleri , yollarda ve çok olumsuz koşullarındaki toplu taşıma araçlarında geçmektedir . bu durum yalnız fiziksel değil , aynı zamanda ruhsal yorgunluk nedenidir .

d. Patolojik Özellikler :

Kadınlarda uzun zaman ayakta durmanın varis ve organ düşüklüklerinin sıklığına neden olabileceğini belirtmiştik. bir ayakkabı fabrikasında bu patolojik durumlar ayakta çalışanlarda %27.12 ve oturanlarda %9.41 olarak saptırmıştır. Bunun gibi kadınlarda sağlıkla ilgili değişik özellikler vardır.

Jinekolojik Hastalıklar : Çeşitli ülkelerdeki kadın işçiler arasında yapılan araştırmalar, jinekolojik bozuklukların kadın işçilerinde , toplumun diğer kesimlerindeki kadınlara nazaran daha sık olduğunu göstermiştir. Almanya 'da yapılan bir araştırmada yumurtalık hastalıkları dikiş makinalarında çalışan kadın işçilerde % 23.7 çalışmayanlarda %16.8 olarak belirlenmiştir. Yugoslavya'daki toplu ulaştırma araçlarında çalışan kadınların , titreşim sonucu %41.54 nisbetinde aybaşı bozuklukları göstermelerine karşı, bu nisbet çalışmayan kadınların % 27.27'sinde bulunmuştur.

Düşükler : Kadın işçiler arasında düşükler çalışmayanlara nazaran daha sıktır. Yapılan bir araştırmada bu nispet çalışanlarda %13.2 çalışmayanlarda %5.8 bulunmuştur . aynı konudaki bir başka araştırmada bu nisbetler çalışanlarda %10.9 ve çalışmayanlarda %8.5 olarak saptanmıştır.

Doğuma Hazırlık : _Doğumun kolay gelişmesi için gebelerin fiziksel ve ruhsal bir hazırlık devresinde ihtiyaçları vardır. Ancak bu hazırlık bir zaman süreci içinde oluşur . çalışan kadınların ise böyle bir olanağın bulabilmeleri çok zordur. Bu nedenle bünye olarak doğuma yeterince hazırlanamaz ve kolay doğum yapamazlar.

Çocuklar Üzerine Etki : Çalışma şekli doğacak çocuğun erken doğmasına neden olabilir . Bu yüzden ayakta durarak çalışanlarda erken doğum daha sıktır . çalışan kadınlarda ölü doğumlar binde 25.54 çalışmayanlarda binde 11.04 olarak bulunmuştur.

Bu bilgiler ışığında , şunu söylemek mümkündür , çalışma hayatı kadın içinde erkek için de zorluklar içermektedir . ancak kadınların maruz kaldığı bir takım ayrımcılıklar , yani eğitimsizlik i işit işe işit ücret alamayı , hiçbir güvenceye sahip olmadan kayıtsız işçiler olarak çalışmaları ve en az bunlar kadar önemli olan çalışma sürelerinin erkeklerden çok daha fazla oluşu , ev işleri ve çocuk bakımı için de zaman ayırmaları gerekliliği onların erkeklerden daha büyük oranlarda hastalıklara maruz kaldığını göstermektedir.

Fabrikada 8-10 saat mesai yapan bir kadın işçi , işinden evine döndüğünde de en az 3-4 saat evinin ve çocuğunun bakımı için çalışmaktadır . ergonomik açıdan "ağır iş" sayılan ev işleri kadını çok fazla yormakta ve hiç dinlenmeden sürekli bu tempoda bir yaşam sürdürmek , stres ve çeşitli psikolojik rahatsızlıkları da beraberinde getirmektedir . ayrıca hamile kadınlarda da düşük riski çalışan kadınlarda çalışmayan kadınlardan daha fazladır.

Kadın işgücünün yoğun olarak çalıştığı tekstil konfeksiyon sektörünü ele almak istiyorum. Bu sektörde çalışan kadınların çalışma ortamlarından kaynaklanan sağlık sorunları da oldukça yoğundur. İplik, dokuma, giyim, halı, kilim gibi alt çalışma alanlarını kapsayan bu işkolunda çalışma şartları sağlığı genellikle olumsuz yönde etkilemektedir. Tekstilde kadınlar makinalar, el tezgahları, kimyasal boya ve maddeler, yün ve pamuk tozları , iplik lifleri , naylon parçaları, rutubet, gürültü ve sıcaklık farkı bulunan ortamlarda çalışmaktadırlar. Bu tür koşullar kadınlar için , diğer sektörlerden farklı sağlık sorunları yaratır.

Genel açıdan bakıldığında diğer bir çok sektörde çalışan kadınların karşılaştıkları sorunlar tekstilde çalışan kadınlar açısından da geçerlidir. Genel sayılabilecek sağlık sorunlarına ilaveten bu sektörde çalışan kadınların büyük kısmının doğrudan belirli yaş döneminde olduğu göz önüne alınırsa hamile kadın ve çocuklu kadın olarak karşı karşıya kaldıkları bazı sorunlar da mevcuttur. Bekar olan işçiler ise, ergenlik çağı sorunları, sinirlilik, kendini küçük görme, yalnızlık duygusu gibi sıklıkla karşılaşılan sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar.

Tekstil işkolunda çalışan kadınları, diğer iş kollarından ya da çalışmayan kadınlardan farklı kılan sağlık sebepleri ise , esas itibarıyla işlerinin ve işyerlerinin sahip olduğu şartlardan kaynaklanmaktadır . pamuk tozları , iplik lifleri , naylon parçaları gibi havada bol miktarda bulunan kulak, göz veya solunum organlarına kaçma ihtimalinin çok yüksek olduğu çalışma ortamlarında bir de yeterli havalandırma imkanı yaratılmamış ve gerekli nem sıcaklığının sağlanması yolunda önlem alınmamış ise solunum yolu hastalıkları ile romatizma ve verem gibi hastalıklara hedef olma ihtimali artmaktadır. Özellikle son yıllarda yapılan araştırmalar, sağlık açısından elverişli çalışma koşullarından (aydınlatma, ısı, nem) yoksun küçük çaplı ve kayıt dışı konfeksiyon işletmelerinde özellikle kadın işçilerin çoğunlukla çalıştırıldığını ortaya koymaktadır. Sayılan bu nedenlerden dolayı çalışan kadın işçiler arasında tüberkülozun (verem) yaygınlaştığı ortaya konulmuştur. tekstilde, tarak iplik ve dokuma dairelerin gürültülü çalışma yerleri sıralamasının başında geldiği bilinmektedir.

Kesintisiz gürültü dediğimiz ve kadınların cinsiyet olarak daha duyarlı olduğunu bildiğimiz bu sorun dokuma tezgahları başında çalışan kadınları etkilemekte uzun süre dinlenmeksizin katlanmak zorunda kalan kadınlar arasında hem iş kazalarının çoğalmasına hem de oranda işitme rahatsızlıklarına neden olmaktadır .

Bu hususta işçi sağlığı ve iş güvenliği tüzüğünde belirtilen çalışma şartlarına çoğu kez uyulmadığı görülmektedir .

Kimyasal bolu ver maddeler, bilhassa doğurganlık çağındaki kadınlarda ve tüm kadın işçilerde risk faktörü olarak ön plana çıkmaktadır.

Gece vardiyalarında ise, strese bağlı rahatsızlıklar ve iş kazaları ortaya çıkabilmektedir.

Diğer taraftan, dokuma el tezgahları, taraklar veya makinalara yakın ortamlarda çalışıldığında iş kazaları oranının arttığı görülmektedir .

Tekstile en sık görülen sağlık sorunlarının başında organik tozlardan çıkan ve pamuk humması da denilen hastalıktır pamukla çalışan işçilerin % 30-40 'ında değişik derecede görülmekte olan bu hastalık pamukların içindeki maddelerden meydana gelmektedir.

Pamukların iyice temizlenerek kullanılması ile hastalık riski azalmaktadır . hastalıkta önce hafta başlarında başlayan tahriş öksürüğü giderek sıklaşır , nefes darlığı eklenir ve bütün hafta boyunca belirtileri devam eder.

İş ortamında toz miktarı 1-1.5 mikrogram / m³ olduğu zaman tehlike yoktur .

Toz miktarı 1.5-2.5 mg /m³ ise işçiler mutlaka kontrol edilmelidir.

Sigara içmek riski daha da artmaktadır. Pamuğa bağlı hastalıklar kadınlarda fiziksel özelliklerinden kaynaklanan nedenle çok daha büyük hastalıklara neden olmaktadır.

Ayrıca Tekgıda-iş Sendikası bütün işleme alanlarında çalışan kadınların bir kısmının solunum yolu, guatr ve hamile kadınlarda düşük tehlikesi ile sıklıkla karşılaştıklarını belirtmektedir.

Özellikle düşük vakalarına çok sık rastlandığı önemle belirtilmiştir.

Çalışma hayatının herkes için tehlikesiz ve zararsız bir düzeye getirilmesi iş sağlığı ve iş güvenliğinin vazgeçilmez bir kuralı olmalıdır .

Kadınların çalışma yaşamına çekebilmek , sağlık ve güvenliklerini korumak için aşağıda sıralayacaklarımızın mutlaka yerine getirilmesi gereklidir :

1) Her şeyden önce eğitim mesleki eğitim olanaklarından erkeklerle eşit oranda faydalanılmasının sağlanması , ayrıca eğitimde süreklilik ilkesinin uygulanarak kadınların işgücüne katılımının ve niteliklerinin artırılması ,

2) Aile içinde toplumda kadının ve erkeğin rollerinin yeniden düzenlemesi ve kadının aile içindeki yükünün azaltılması için toplumsal değişimi sağlayıcı önlemler alınması ve bu konunun yasalarla da düzenlenmesi,

3) Kadınların evlerinden çıkarılarak ücretsiz aile işçisi konumundan çıkarılması , sağlık hizmetlerinden ve sosyal güvenlik hizmetlerinden erkeklere eşit oranda faydalanmalarının sağlanması,

4) Tarım ve evde çalışma gibi kadınların yoğun olarak çalıştığı ancak kamuda yasal düzenlemeler bulunmadığı için kontrolden tamamen uzak kalan alanlarda kadınların sağlığını ve güvenliğini koruyucu önlemlerin alınması için yasal düzenlemelerin yapılması,

5) Küçük iş yerlerinde çalışan kadınların korunması için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği ve eşgüdümün sağlanması ve bu işyerinden işçi sağlığı ve iş güvenliği koşullarının iyileştirilmesi;

6) Kadınların işe girişlerinde ve periyodik olarak yapılan sağlık muayenelerinde özel bir dikkat harcanması ve kadınlara özgü yakınmalarının da izlenmesi ve çalışan kadınların sağlığının bir bütün olarak ele alınması ve işe yerleştirme sırasında kadınların fiziksel , fizyolojik ve psikolojik özelliklerinin dikkate alınması ve gebe ve emzikli kadınların yaptıkları işlerden kendilerinin ve çocuklarının etkilenme riski var ise bu tür işlerden geçici bir süre için uzaklaştırılmasının sağlanması ,

7) Kadın çalıştırılan işyerlerinde çalışma mahallerinin ve çalışma koşullarının kadınların fiziksel özelliklerine uygun olarak düzenlenmesi , kişisel koruyucuların seçiminde bu özelliklerin göz önünde bulundurulması ,

8) Kadınların çalışmasında büyük engel oluşturan çocukların bakımı ve yetiştirilmesidir. Bu nedenle işyerinde kreş, ana kulu ve çocuk kulübü gibi zaten yasalarda mevcut bulunan ait yapının oluşturulması ve mevcutların olanaklarının artırılması, küçük işyerinde çalışan kadınlar içinse sosyal devlet anlayışı içinde çocukların bakımının sağlanacağı düşük ücretli benzeri yerlerin açılması,

9) Çalışan kadınların sağlık ve güvenlik açısından maruz kaldıkları risklerin saptanması , etkileme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla çalıştıkları alanlarda çalışmalar yapılması , kayıt ve istatistiki bilgilerin oluşturulması,

10) Toplumda ve işyerlerinde çalışan kadınlarla ilgili duyarlılığı arttırıcı çalışmalar yapılması , eşitsizliği giderici çalışmalar yapılması ve konuyla ilgili sosyal tarafların ve hükümet dışı kuruluşların da katılımı sağlanarak çalışan kadınlarla ilgili politikaların belirlenmesi.

İŞYERİ HEKİMLERİNİN İŞ SAĞLIĞI ALANINDAKİ ROLÜ

Oturum Yöneticisi: Prof.Dr. Remzi AYGÜN

(Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi)

İŞE GİRİŞ VE PERİYODİK MUAYENELERİN ÖNEMİ VE UYGULAMALARI

Konuşmacı: Dr. Yıldız BİLGİN

(İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi Başhekim Yardımcısı)

Dr. Yıldız BİLGİN: Sözlerime işçi sağlığının tarifini yaparak başlamak istiyorum. Bildiğiniz gibi işçi sağlığı tüm mesleklere mensup olan işçilerin (buna tüm çalışanların da diyebiliriz.) ;

- Fiziksel ve ruhsal sağlıklarını en üst seviyeye getirmeyi ve en üst seviyede devam ettirmeyi,
- İş yerlerinde insan sağlığına zararlı olan kimyasal maddeleri, fiziksel ve biyolojik etkenleri ortadan kaldırmayı veya bunların zararlı etkilerini en aza indirmeyi,
- Çalışan kişinin fizik ve ruhsal özelliklerine uygun yerlerde çalıştırmayı,
- Kişinin işe, işin kişiye karşılıklı tam bir uyumunu amaçlayan bir kavramdır.

Önemli olan, kişilerin işe girişlerinde ve çalıştıkları süre zarfında, hatta ömürleri boyunca ruhsal ve fiziksel sağlıklarının en üst düzeyde devam ettirilmesinin yanında, sosyal ve ekonomik iyilik hallerinin de sağlanmasıdır.

İş yerlerinde insan sağlığına zararlı kimyasal maddeler ve fiziksel etkenler olduğunu söyledik. Kişileri iş kazası ve meslek hastalıklarından korumak için yapılması gerekenleri 4 başlık altında toplamamız mümkündür :Tıbbi koruyucu tedbirler

1. İş yerine ait koruyucu tedbirler
2. Kişisel koruyucu tedbirler
3. Bu konuda çıkan yasal düzenlemelere uyulması.

Tıbbi koruyucu tedbirler 3'e ayrılabilir :

- a- İşe giriş muayeneleri
- b- Periyodik muayeneler
- c- Eğitim

Ben sizlere, tıbbi koruyucu tedbirlerin işçi sağlığı ve kişileri meslek hastalığından korumadaki önemlerinden bahsetmek istiyorum.

Ağır ve tehlikeli işler kapsamına giren iş yerlerinde çalışacak kişilerin işe girişlerinde ruhsal ve fiziksel olarak o işte çalışıp çalışamayacağının kesinlikle saptanması gerekir. Bilindiği gibi bizim yasalarımıza göre, 16 yaşından küçük olan kişiler ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılmaz. 16 yaşını doldurmuş fakat 18 yaşından küçük olan kişilerin çalıştırılacakları işler, ağır ve tehlikeli işler tüzüğünde açıkça belirtilmiştir. Bu kişiler için sadece işe giriş muayenesi yeterli görülmeyip, böylece o işte çalışıp çalışamayacağının sağlık raporu ile tespiti istenmektedir. İşe giriş muayenelerinde amaç, sağlam kişilerin daha doğrusu o işte çalışması halinde sağlığı yönünden olumsuz etkilenecek kişileri seçmek olmalıdır. Kişilerin halihazır durumlarının tespit edilmesinin yanında öz geçmişlerinin de bilinmesi gerekir. Örnek olarak birkaç işyerini alacak olursak :

- Kurşunlu iş yerlerinde çalışacak kişilerin önceden karaciğer ve böbrek hastalığı, santral ve periferik sinir sistemi hastalığı ve anemi geçirmemiş olması gerekir. Genelde çocuklar, yani 16-18 yaş grubunda bulunanlar ve kadınlar kurşunlu işyerlerinde çalıştırılmazlar. Daha doğrusu ağır ve tehlikeli işler tüzüğünde hangi kurşunlu iş yerlerinde çalıştırılabilecekleri belirtilmiştir. Böylece zayıf olan, anemik olan kişilerle yaşlılar kurşunlu iş yerlerinde çalıştırılmazlar. Solunum sistemi hastalığı olanlar da kurşunlu işyerlerinde çalıştırılmamalıdır.

- Gürültülü iş yerlerinde çalışacak olan kişilerin öncelikle kulak muayenelerinin ve odyolojik tetkiklerinin yapılması gerekir. Daha önceden otit gibi kulak hastalığı geçiren kişiler, kulak zarında perforasyon olan kişiler,

odyolojik tetkiklerinde patolojik durum yani işitme kusuru tespit edilenler böyle iş yerlerine alınmazlar. Doğuş-tan sağır olan kişilerin durumları saptanıp belirtildikten sonra gürültülü iş yerlerinde çalıştırılmaları yasal olarak sakıncalı görülmemektedir.

- Akciğer hastalığına sebep olacak işyerleri :

Önceden akciğer hastalığı geçirmiş olan kişiler , halen akciğer hastalığı, hipertansiyon ve cilt hastalığı olan kişiler, tozlu ve dumanlı iş yerlerinde çalıştırılmazlar. Bu işyerlerinde çalışacak olan kişilerde yine öz geç-mişinin öğrenilmesi çok önemli olup, titiz bir fizik muayeneden geçirilmesi, büyük boy akciğer filmlerinin çe-kilmesi, solunum fonksiyon testleri ve kan gazları analizlerinin mutlaka yapılması gerekir. Bu tedbirler ilk işe girişlerde önemli olduğu gibi belirli bir süre çalıştıktan sonra benzer bir iş yerine girmek isteyen kişiler için de çok önemlidir. Pnömonokonyoz yapıcı bir ortamda çalışan bir kişi, başka bir iş yerine alınırken, durum saptama-sı yapılmazsa daha sonra tespit edilecek hastalığı problem çıkaracaktır. Bu örnekleri çoğaltmak mümkündür. Özet olarak, hangi iş yeri olursa olsun, işyerinin özelliğine göre işe giriş muayeneleri ciddi bir şekilde yapılma-lıdır. İşe uygun kişilerin işe alınması gereklidir. Ve bu gerçekleştirilmelidir. Bunun yanında işin de kişinin fizik ve ruhsal özelliklerine uygun olup olmadığı işe girişten önce tespit edilmelidir.

Periyodik Muayeneler :

İş yerlerinde insan sağlığına zararlı kimyasal maddeler, fiziksel etkenler ve biyolojik etkenler olabileceğini söyledik. Çalışan kişilerin o ortamdan etkilenip etkilenmediğini, meslek hastalığına yakalanıp yakalanmadığını meydana çıkaran muayenelere "Periyodik muayene " denir. Periyodik muayeneler, işyerinin özelliğine göre 3-6 veya 12 ayda bir defa yapılır. Periyodik muayeneleri işveren yasal olarak yaptırmak zorundadır. Bu mua-yeneler meslek hastalıklarının erken teşhis edilerek tedavisinin yapılmasını, böylece meydana gelebilecek malüliyetlerin önlenmesini, hiç olmazsa en alt düzeyde kalmasını sağlar. İş kazası ve meslek hastalıklarında meydana gelen malüliyetlerin, işçi ve işveren arasında anlaşmazlıklara neden olduğunu ve konunun tazminat davaları şeklinde mahkemelere intikal ettiğini hepimiz biliyoruz. İşçinin sağlığı bakımından malüliyetinin ön-lenmesi, işveren yönünden de büyük tazminat ödemelerine mecbur kalmaması için periyodik muayenelerin titizlikle yapılması gerekir. Bu muayenelerde işyerinin özelliğini ve işyerinin bölümlerini göz önüne alarak özel laboratuvar tetkiklerinin de yapılması gerekir.

Örnek olarak, kimyasal maddelerle çalışılan bir ortam söz konusu ise bu kimyasal maddelerin etkilerini ortaya çıkaracak laboratuvar tetkiklerinin yapılması gerekir. Kurşunlu bir iş yerinde çalışan bir kişide laboratuvar tetkiki olarak kan ve idrarda kurşun gibi absorpsiyon testleri ile idrarda ALA, protoporfirin, porfobilinojen, kan Hb düzeyi gibi entoksikasyon testleri yapılmalıdır.

- Gürültülü iş yerlerinde çalışan kişilerin periyodik muayenelerinde ise kulak muayenesi ve odyolojik tetkiklerin yapılması şarttır. Bilindiği gibi krom ve bileşikler burun septumunda ülserlere ve perforasyonlara neden olur. Böyle bir işyerinde çalışan kişilerin burun muayeneleri yapılarak bu olguların mevcut olup olma-dığının tespit edilmesi şarttır. Aksi takdirde periyodik muayeneler eksik bırakılmış olur.

- Solunum sistemini etkileyecek işyerlerinde çalışan kişilerde ise periyodik muayenelerde iyi bir fizik muayenenin yanında mutlaka büyük boy akciğer grafisi çekilmeli, solunum fonksiyon testleri yapılmalıdır.

Periyodik muayenelerin işyerinin özelliğine göre 3-6-12 ayda bir yapılması gerektiğini söyledik. Kurşun ve bileşikler ile civa ve bileşikler ile çalışılan işyerlerinde periyodik muayenelerin 3 ayda bir, tarım ilaçlarının üretildiği ve kullanıldığı işyerlerinde ise en geç 6 ayda bir yapılması yasal zorunluluktur. Hangi ağır ve tehlikeli işyerlerinde 16 yaşından büyük, 18 yaşından küçük kişilerin çalıştırılabileceği, ağır ve tehlikeli işler tüzüğünde belirtilmiş olup bunların da periyodik muayeneleri 6 ayda bir yapılmalıdır. Diğer işyerlerinde periyodik mua-yeneler yılda bir kez yapılır. Bu periyodik muayeneler sonucu meslek hastalığı düşündüren veya meslek hasta-lığı tanısı konan vakaların 48 saat içinde SSK'ya bildirilmesi yasal zorunluluktur. Bu da periyodik muayeneler-de meslek hastalığı tespit edilen vakaların 48 saat içinde meslek hastalıkları hastanelerine sevk edilmesi gerek-tiğini göstermektedir.

Son olarak, periyodik muayenelerin nerede yapılabileceği sürekli olarak sorulmaktadır. Bunu da be-lirtmekte yarar görüyorum. Muayene kısmı işyeri hekimi tarafından gerçekleştirilse bile gerekli laboratuvar tet-kiklerinin diğer sağlık kuruluşlarında yaptırılması gerekir. Bunlar da: 1- Üniversite Hastaneleri, 2- Devlet Has-taneleri, 3- Güvenilebilecek özel kuruluşlar, 4- İşyeri ortak sağlık birimleri ve, 5- Meslek Hastalıkları Hastane-lidir.

İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanemize periyodik muayene için müracaat edildiği takdirde, ücreti iş-veren tarafından karşılanmak üzere yaptığımızı belirtmek isterim.

Görüldüğü gibi, işçi sağlığında işe giriş muayeneleri ve periyodik muayeneler çok önemli bir yer tutmaktadır. Aynı şekilde tıbbi koruyucu tedbirler içinde saydığımız eğitimin de önemli olduğunu belirtmek istiyorum. Bu toplantıda eğitimin üzerinde de durulacağını biliyorum. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Remzi AYGÜN: Teşekkür ederiz Yıldız hanım. İkinci konuya geçmeden bu konuda soru varsa ya da katkıda bulunmak isteyen arkadaşlarımız varsa işaret versinler.

Salondan : Güven standardı nedir, bunu kim belirleyecek, kim denetleyecek? Yani bu işin sağlıklı yapılıp yapılmadığını kim belirleyecek, denetleyecek, hangi standarda göre, hangi yasaya göre denetleyecek?

Dr.Yıldız BİLGİN: Biz güvenilebilecek sağlık kuruluşu deyince sizin güveninizi kazanmış olan sağlık kuruluşlarını düşünmek istedik. Bunların kontrol mekanizmaları ise bizim dışımızdadır. Standartlarının korunulması da bizim dışımızdadır. Diğer laboratuvarları veya dispanserleri, özel hastaneleri kim kontrol edip standardını sağlıyor ise bunlarınkini de onlar yapacaklardır.

Salondan : İşveren sigortaya prim ödüyor, işçilerin özel tetkiklerinin sigorta kanalıyla yapılması daha mantıklı değil mi ? Hiçbir işveren karşılamaz herhalde .

Dr.Yıldız BİLGİN: Bu soruyla gerçekten çok sık karşılaşıyorum, hemen hemen her gün karşılaşıyorum. Sorunuzun cevabı hemen hazır. Hayır. Periyodik muayeneyi işveren yaptırmakla yükümlüdür. Hastalığa bakmakla yükümlü kuruluş Sosyal Sigortalar Kurumu'dur. Aslında SSK periyodik muayene yapmakla yükümlü değil. Ancak 1982 yılında genel müdürlüğümüzün çıkarttığı bir genelgeye dayanarak biz meslek hastalıkları hastaneleri olarak bu muayeneleri yapma yetkisini kendimizde görüyoruz. Kişi sigortalı olsa dahi periyodik muayenesini işveren yaptırır. Hastalandıktan sonra tedavisini SSK yapar. Kural bu şekilde, bunun dışına çıkmıyoruz.

Salondan : Gürültülü işyerlerinde çalışanların işe girişinde önce bir odyolojik test yapma gereği var. Ancak işçiler işe girdiğinde 120 gün boyunca SSK 'dan hizmet alamıyorlar. Bu durumda işe girişte özel bir merkez olmayan yerlerde, odyolojik testini yaptıramadığımız durumda, 120 günü doldurduğunda işçinin kulak problemi çıktığında bunu biz başta yaptırmadığımız için belki de sorumlu duruma düşeceğiz. Bu konuda bilginiz var mı? Nerede yaptırılabilir? SSK'nın bu konuda daha değişik bir yaklaşımı var mı ? Acil olmayan durumlarda ilk 120 gün boyunca kabul etmiyorlar çünkü hastaları.

Dr. Yıldız BİLGİN: Yakınızdaki kuruluşlarda, devlet hastanesi olabilir, Kızılay dispanseri olabilir, özel kuruluş olabilir. Buralarda yaptırabilirsiniz. İşe giriş muayenesi olarak SSK'dan yararlanamıyorsunuz.

Salondan : Odyolojik tetkikler çok önemli yalnız bunun önemi kavranmamış durumda.Örneğin

Çanakkale'de odyolojik tetkik yapacak bir kurum, kuruluş yok. Bu durumda ne yapacağız? Hala daha yok. SSK da bakmıyor, devlet hastanesi de böyle bir işlemi üstlenmemiş. İşyeri olarak odyometri almayı düşünüyoruz. Yıllardır bizim işyerimiz odyoloji tetkiki yaptıramıyor. 3-5 yılda bir İstanbul'dan özel anlaşmayla bir ekip getiriliyor, ne işe girişte kullanılabiliyor, ne de gereken diğer durumlarda.

Dr. Yıldız BİLGİN: Biraz önce söylediğiniz sözde gizli sorunuzun cevabı. İşyeri olarak odyometri almak istiyoruz dediniz. Bu son derecede yararlı ve o derecede de işyerinizi daha sonra açılacak olan veya açılması muhtemel olan tazminat davalarından koruyucudur. İşvereniniz odyoloji testini almakla mali bir yükümlülük düşünüyorsa tam tersine ileride açılacak tazminat davalarından kendisini koruduğu için iyi bir yatırım yapmış olacaktır. Ben bundan başka bir çözüm yolu; bulunduğunuz yer olarak göremedim.

Salondan : Aynı sorun Bursa'da da var. Arkadaş odyometri almaktan söz etti. Odyometri almakla problemler çözülüyor. Bir KBB uzmanının test sonuçlarını imzalaması gerekiyor. İşyerinin bir de KBB hekimini istihdam etmesi mümkün değil. Bursa'da yapılan uygulamayı söyleyeyim. Bu işle ilgili çalışacak olan bir KBB uzmanı odyometri cihazını kendisi alır veya anlaşmalı olarak işyeri sahipleri tarafından alınır ve bu yapılır. Yasal prosedürde KBB uzmanı sonucu imzalamadığı müddetçe ölçümler muteber olmuyor.

Dr. Yıldız BİLGİN: Zaten odyometri muayenesi yapılmadan önce de iyi bir kulak muayenesinin yapılarak perforasyonu var mı, daha önceden kulak hastalığı geçirmiş mi, buşon var mı, varsa temizlenmeli bütün bunlar yapıldıktan sonra odyometri yapılmalı. KKB uzmanı olmadan odyometri havada kalır.

Salondan : Periyodik muayeneler ve işe giriş muayeneleri ile ilgili sorular gerçekten çok sık geliyor meslek hastalıkları hastanelerine ve sık olarak ta bir şeyle karşılaşıyoruz. Periyodik muayeneler sağlık ocaklarında, devlet hastanelerinde, SSK'nın diğer hastanelerinde bazen ücretsiz olarak yapılabilir. Bu, işverenin sorumluluğunu, devletin üstüne yıkmak ya da SSK'nın üstüne yıkmak anlamına geliyor. İşe giriş muayeneleri ve periyodik muayeneler bir zorunluluk. Genel perspektif eğer çerçeveyi yitirirsek bu tür sıkıntılarla karşı karşı-

ya geliriz. SSK bir sigorta kurumu. Sigorta kurumu meslek hastalıkları ve iş kazası sigorta dalını ya da sigorta-sını bütün risklere karşı yapmıyor. Yani bütün riskleri ben karşılarım diye yapmıyor. İşveren bazı yükümlülük-lerle bazı riskleri ortadan kaldırır karşıyor bu sigortayı. Nedir bu riskler? İşçinin işe girerken sağlıklı olmasını istiyoruz ve ardından da erken teşhis edilmesi için periyodik muayeneler istiyoruz. Bunun karşılığında sigorta-sını yapıyor. Bunu yitirmemek gerekiyor. Bu toplantıdan sonra bu tür istemlerin gelmeyeceğini düşünüyorum. Teşekkür ediyorum.

Salondan : İşyeri hekiminin olmadığı yerlerde veya bazı yerlerde işveren işe giriş muayenesi için ken-disine en yakın olan sağlık ocağına gönderiyor. Buradan alınan raporlar işe giriş muayenesi yerine geçer mi ? Ayrıca bu raporlar daha sonra işyeri hekimine bir problem çıkarır mı ?

Dr. Yıldız BİLGİN: Hekimin imzaladığı sağlık raporunu saymamak gibi bir olumsuzluk içinde olaca-ğımızı düşünmüyorum. Yeter ki bu sağlık raporu düzgün bir fizik muayenenin sonunda ve hiç olmazsa kan idrar tahlili ve büyük akciğer grafisi (35x40) sonunda imzalanmış olsun. Dolayısıyla geçersiz dememiz müm-kün değildir. Yeter ki kişiye karşıdan bakarak yapılmış olmasın. Aksi takdirde geçerlidir.

Prof.Dr. Hilmi SABUNCUOĞLU: Gürültü ve onunla ilgili muayeneler konusu tam anlamıyla benim konum olduğu için bir iki şey söylemek durumunda kaldım. Hangi muayene tipi olursa olsun işe giriş muaye-nelerinde izlenen yol; işle henüz bağlantısı kurulmamış bir işçiden sağlık raporunu getir şeklinde oluyor. İşçinin de tercih ettiği yol daima en kolay alabileceği yoldur. Bu kesinlikle geçerli bir yol değil. Bu nedenle hem işlet-menin menfaatleri açısından hem de işyeri hekiminin kendi menfaatleri açısından ve en önemlisi işçinin men-faatleri açısından mutlaka kim ne sağlık işlemi yapmış olursa olsun işyeri hekiminin bu tür tetkikleri, özellikle riske yönelik tetkikleri kendisinin bizzat yapması gerekiyor. Nasıl hematolojik bir takım parametrelerdeki de-ğişikliklerde normal bir hekim karar verebiliyorsa basit bir odyometrik muayeneye karar verebilir. Bu çok basit cihazlarla işletmenin içerisinde yapılabilir ve sonra da aynı cihaz periyodik muayeneler dediğimiz tarama mu-ayeneleri dediğimiz çok basit yöntemlerle senede bir defa işçide yinelenebilir. Bunun için kesinlikle KBB uz-manına gerek yoktur. Ama ileri tetkik gerekir o zaman gönderirsiniz. Bir işyeri hekimi bunu değerlendirebile-cek yetenekte olmalıdır, kapasitede olmalıdır diye düşünüyorum.

Salondan : İş güvenliği yönetmeliğinde gaitadaki portör bakışı ya da akciğer filminin nerede bakılacağı belirlenmiştir. Hıfzısıhha ya da halk sağlığı laboratuvarlarında diye belirtilmiştir. Bunu da devletin kurumu ola-rak belirler. Özel kurumlara gönderilmesi yönetmeliğe ters düşmesi demek olmuyor mu?

Dr. Yıldız BİLGİN: Ben ters düşeceği kanısında değilim. Hıfzısıhha varsa oraya yoksa yakınınızda güvenli bir özel sektör varsa orada da yaptırılabilir. Türkiye'nin her yerinde Hıfzısıhha var mı?

Sevim ERASLAN: İşe giriş muayenelerinde gürültülü ortamda çalışacak kişide akustik çentik oluşmuş ise işe alınmasında hukuki boyut nedir ?

Prof.Dr. Hilmi SABUNCUOĞLU: Bu tespit çok önemli olan 500.000 ve 2000 herz'teki işitme dü-zeyinin ortalamasıdır. Akustik çentik 2000'in dışında 4000 herz'te meydana gelen bir çentiktir. Yani konuşma frekanslarıyla ilgili olan bir yer değildir. Bunun konuşmaya ya da etrafını duymaya bir zararı yok. Bu konuşma frekanslarına kayıp atlamamış ise bu şahsı özellikle almakta yarar vardır. Şahsa akustik çentikli olduğunu ve akustik çentiğini bilerek bu işe alındığını ve verilen koruyucu malzemeyi eğer kullanmazsa bu çentiğinin daha da artacağını yani bilinçlendirerek onu koruyucu malzeme kullanımına teşvik edebilirsiniz. Sağır insanlar çok gürültülü yerler için sakatlık kontenjanına girmemesi gereken o iş için avantajlı insanlardır. Özellikle dokuma salonlarına sağır insanlar avantajlı işçiler olarak (sakat işçiler olarak değil) alınmalıdır.

Dr. Celal EMİROĞLU: İşe giriş raporlarında verilen kararlarda sonunda bir karar vardır. Kararda " Bu işçi bu iş yerinde, işyerinin tamamında çalışabilir ya da çalışamaz" der. Eğer işyerinde çalışacağına karar vermişseniz işyerindeki tüm risklerle ilgili bir ön araştırma, laboratuvar muayenesi ve fizik muayenesi yapmak gerekir. Bunu sadece işyeri hekimi yapabilir. Bunu sağlık ocağından tespit etmeniz, karar vermeniz mümkün değildir. Bu işi işyeri hekimi yapar diye bir yasa var. Onun dışında işçi sağlığı dispanseri yapabilir. O da yok. Onun dışında işyeri ortak sağlık birimi yapabilir. O da yok. Aslında burada yasa koyucu, olmayan adreslerin karşılığında başka bir adres gösteriyor. Yani görev söylediğim adresler için zorunludur. Ama onun dışında ihtiyari bir görev veriliyor. Kim yapabilir, sağlık ocağı tabipliği yapabilir. Burada sorgulanması gereken, asıl görevin verildiği yerlerde neden bu sorun çözülüyor. Sorun çözülmediği için 2., 3. adres SSK kuruluşları var onun önünde belediye tabipleri var, hükümet tabipleri var. Burada asıl görev sorgulanmalı. Bu görev, Çalışma Bakanlığı'nın görevidir. Ben kesinlikle sağlık ocağında, SSK'da, Meslek Hastalıkları Hastanesi'nde bu raporun verilemeyeceğini düşünüyorum. Bunu sadece ve sadece işyeri hekimi yapabilir.

Salondan : Mademki giriş muayenesinde ve periyodik muayenelerde amaç işle kişinin sağlık yorumu arasında bir uyumdur. Şu halde o uyumun standartları nasıl olacak, uygundur veya değildir diye nasıl karar verilecek. Fransa'da çalışma bakanlığı bunun için bir barem yapmıştır. Ortaya aşağı yukarı bir standart koymuştur. Bu standartta bir taraftan o işe ait bir profil yapılmıştır. Örneğin; iş ayakta yapılan bir iş ise oraya yazar: Devamlı olarak mı ayakta yapılıyor, ara sıra mı ayakta yapılıyor veya oturarak mı yapılıyor 3 tane nitelik koymuş iş için. Arkasından işçinin durumuyla ilgili bir barem kitabı daha yapmıştır. Ayakta çalışacak bir kimse'nin sağlık durumu ne olmalı onları da baremlemiştir. Hekim bu muayeneyi yaparken işyerinin baremiyle kişinin baremi arasındaki uyuma bakar. Bu ona bir yol gösterici olur. Gürültülü bir yerde hangi durumda olan çalışabilir veya hangisi çalışamaz. Renkle ilgili bir işte kişinin durumu ne olmalı diye. Bizde henüz böyle bir çalışma yok. Çalışma Bakanlığı'nın zaten bunu yapacak bir niteliği de yok. Bu karar yalnız işyeri hekimliğine bırakılmıştır. İşyeri hekiminin ilk yapacağı şey işyerinin durumunu çok iyi bir şekilde tanımalıdır. Bu raporu verebilecek kimsenin o işi bilmesidir. Bu da ancak işyeri hekimi tarafından yapılması mümkündür.

Salondan : Çalışma ortamında çalışanın sağlığını etkileyen kimyasal, fiziksel ve biyolojik faktörler dışında başka faktörler yok mu ?

Dr. Yıldız BİLGİN: Vardır tabi ki psikolojik etkenler vardır. İşin kişiyi strese sokup sokmadığı önem kazanır. Sadece fizik, kimya, biyolojiden ibaret olmadığı kesin. Stres faktörleri çok iyi bilinmeli, incelenmelidir. O zaman da işin içine psikotekni laboratuvarları giriyor. Ama bizim ülkemizde psikotekni laboratuvarında testten geçirildikten sonra uygun işe yerleştirilen örnekler var mı, varsa dinleyicilerden bekliyorum. Psikotekni laboratuvarındaki testlerle kurşun zehirlenmelerini toksikolojik testlerden daha önce tespit etmemiz mümkün olabiliyordu. Ama ne yazık ki yıllardan beri bu laboratuvarımız psikoloğumuz olmadığından dolayı kapalı olduğu için bu testleri yapamaz hale geldik. Dolayısıyla bu psikolojik testler çok önemlidir.

Salondan : Meslek hastalığına yakalanma nedeniyle tetkik istenmesi hususunda SSK hastanelerinde ilgili merci var mı ? Meslek Hastalıkları Hastanesi'ne sevk edilen çalışana ait sonucun işyerine bildirmesi gereği yok mudur ?

Dr. Yıldız BİLGİN: Kendi hastanem için konuşayım, periyodik muayene için gönderilmiş ise mutlaka o iş yerinin periyodik muayenesi o ay içerisinde tamamlandıktan sonra sonuçlar yazılı olarak işyerine bildirilmektedir. Bu, periyodik muayene için. Meslek hastalığı yönünden tetkik için gönderilen sigortalılar için ise, özellikle İstanbul dışından gönderilen bu tür sigortalılarda tüm tetkikler kişi hastaneye yatırılarak yapılmaktadır. Bunun sonucunda sağlık kuruluna sokulmakta ve eline bir sağlık kurulu muhtırası verilerek hastanemizle ilişkisi kesilmektedir. Sağlık kurulu raporu daktilo ile yazılıp imzalandıktan sonra yine işyerine bildirilmektedir.

Salondan : Taşeron firmaya işi devreden birilerinin işe aldığı kişileri muayene konusunda oranın işyeri hekimi yetkili midir?

Prof.Dr. Remzi AYGÜN: Periyodik muayenelerin imza yetkisi yok. Onunla anlaşması yok işyeri hekiminin. Anlaşma yaptığı esas işyeri hekimi olarak bu periyodik muayeneleri yapabilir mi ?

Taşeron dediğiniz firma sizin asıl anlaşma yaptığınız işyeriyle hukuken bağımlılığı varsa bu iş yapılır. Çünkü orada bir göreviniz var ve orada çalışan işçilerle uğraşıyorsunuz ve işyerini tanıyan hekim sizsiniz. Taşeron firma da yapsa o işin yapıldığı yer orası.

Dr. Celal EMİROĞLU: Anlaşma olabiliyor. Birincisi, ana işverenin sicil numarasını alarak, ikincisi, farklı bir sicil numarası alarak. Eğer ana işverenin sicil numarasını almışsa, işçi sayısı da sözleşmeye dahil edilmişse, işyeri hekimi o işçilerden sorumludur. Böyle bir şey yapılmamışsa, farklı sicil numarası varsa kesinlikle sorumlu değildir. Asıl sorumlu olan işverendir. Oradaki meydana gelecek kaza veya meslek hastalığında açılacak dava, taşeronla ilgili açılmaz veya birleştirilir açılır. Doğrudan doğruya işveren aleyhine açılır. Bu defa işveren kaybederse taşeron aleyhine rücu edebilir davayı. Bu şekilde iki farklı uygulama var.

Salondan : Gürültülü işyerinde gürültü, kaynağından susturucu ile kesilmesi gerekirken maliyet nedeniyle çalışana kulaklık veriliyor. Bu kulaklık çalışanda ruhsal bozukluk yapıyor. Kaynağında gürültü yok etmek varken niye zorlamıyoruz da kulaklıklarla uğraşıyoruz?

Prof.Dr. Hilmi SABUNCUOĞLU: İzolasyon önlemleriyle yaptığınız harcamalarla o harcamaları kullanıp bir işçiyi 20 yıl kişisel koruyucularla koruyabiliyorsunuz. Bunun bir ekonomik tarafı var. İzolasyon tedbirleri, teknik koruyucu tedbirler çok pahalı tedbirlerdir. Hiçbir şekilde işverenin tercih edeceği tedbirler değildir. Üstelik bana da çok mantıklı gelmiyor. Kişisel koruyucular ruhsal sorunlar falan oluşturmaz. Böyle bir varsayımınla yola çıkarsanız onu kullandıramazsınız da. Çok güzel kulaklıklar var, kulaklıklarda iyi bir malzeme seçerseniz hiçbir sorun olmaz, senelerce işçiyi koruyabilirsiniz.

Prof.Dr. Remzi AYGÜN: Koruyucu hizmetlerde temel kural, kaynağı yok etme. Ancak bu kaynağı yok edemediğiniz durumlarda üretimin gereği olarak o gürültüyü kaldıramıyorsanız bu kişisel koruyucular kullanılacaktır. Teknoloji uygunsa gürültü yok edilebilir.

Salondan : Kişisel koruyucular çok ucuz da olsa, 20 yıl maliyet hesabı da yapsak, kişisel koruyucuları birinci plana çıkarıp önermek bana göre işçi sağlığı açısından kabul edilebilir değildir. Kişisel koruyucular bizim en son çare olarak kullandığımız bir yöntemdir. Kesinlikle gürültülü ortamlarda mutlaka ortamda önce kullanılan cihazın gürültüden arındırılması gerekiyor. Bunun maliyeti çok fazla olabilir. İkincisi, kişi ile makine arasında bir izolasyon sağlamak lazım. Ortamı izole etmek lazım. Bütün bunlar yapılamıyor ise eğer kişisel koruyucu kullanmak lazım. Ayda bir milyon liradan senede 12 milyon lira ile işçiyi koruyabilirsiniz. Böyle bir mantığı söylemek, sadece maliyet üzerinden hesap yapmak, sanıyorum işçi sağlığının mantığına, ruhuna aykırı. Onun için gürültüyü kaynağında önlemek öncelenmeli.

Dr. Yıldız BİLGİN: Hem gürültüyü azaltıcı tedbirler alınmalı, alınmaya devam edilmeli, hem de kişisel koruyucularla işyeri ortamına yayılan gürültüden çalışanlar korunmalıdır. Sonuçta korumak istediğimiz kişi, işyerinde çalışan işçiler. Hepsi aynı anda başlamalı, gürültüden olabildiğince erken safhada başlayarak çalışanlar korunmalıdır. Önce işçinin sağlıdır ve bu konuda yapılacak olan yatırımlar ister gürültüyü azaltmak için makinelerle yönelik isterse kişisel koruyuculara yapılacak harcamalara yönelik olsun sonuçta insana yönelik olmalıdır.

Prof.Dr. Remzi AYGÜN: Koruyucu hizmetlerde primer koruma -birincil koruma- öncelikli. Buna rağmen başarılı olamıyorsanız sorunlarınız varsa ikincil koruma gibi sırayla gider. Tabii ki ideal olanı gürültüyü kaynağında yani tümüyle yok etmek, ama bugünkü teknolojiye yapamıyorsanız işletmeyi durduracaksınız anlamına gelmez. Hayat devam edecek, üretim devam edecek. Buna rağmen nasıl önlemler alınabilir, hangi önlemler alınabilir gibi böyle bir mantık var. Burada da uygulanabilir diyorum.

Salondan : Kurşunla çalışanlar için standart bir laboratuvar tetkik var mı ? Kan ve idrarda kurşun, testlerde tümüyle mi kontrol edilmeli ya da arasında seçim yapma imkanı var mı ?

Dr. Yıldız BİLGİN: Kurşunla çalışılan işyerlerinde çalışan kişilerin periyodik muayenesinde bir hemogram, kan kurşunu, idrarda delta aminolevülinik asit, protoporfirin, porfobilinojendir. Bunların tamamı yapılarak değerlendirmeye alınmalıdır.

Salondan : Gerek işe giriş muayenelerinin gerekse periyodik muayenelerin işyeri sertifikalı hekimlerce ve işyerinde, işçinin çalışacağı ortamı, işi görerek, maruziyetleri tespit ederek ve bu maruziyetlere göre gerekli tetkik ve testleri yaptırarak sonuçları değerlendirmesi gerekmektedir. Tabip odalarının bu konudaki çalışmalarına destek olmamız gerekir.

Salondan : Aynı işyerinde olup, ağır ve tehlikeli işlerde çalışmayanlara (büro personeline) işe girişte ve periyodik muayene yapılmalı mı ? Aynı yerde staj amacıyla gelenlere işe girişte veya periyodik muayene yapılmalı mı ?

Dr. Yıldız BİLGİN: Öyle büro personeli var ki o işyerinde işçilerle aynı ortamda bir kenara atılmış masa üzerinde çalışıyor ve ya puantör olarak çalışıyor, işyerinin her bölümüne gidiyor. O zaman o kişiye işe giriş muayenesi ve periyodik muayene yapılmayı hak etmiş kişi oluyor. Stajyer öğrencilerinin de muayenelerinin yapılması gerekir. Hem yaşları küçük hem de aynı işi öğrenmek için bilfiil sakıncalı bölümlerde yani sağlık yönünden sakıncalı yerlerde çalışıyorlar. Dolayısı ile muayenelerinin yapılması gereklidir.

Prof.Dr. Remzi AYGÜN: Süremizi aştık. Ben süreyi daha fazla aşırırmayalım diye sınırlama koymak zorundayım. Devam edeceğimiz konular var. Bir iki kişi daha var. Arayı kısaltmamız gerekecek.

Soru: Gürültülü işlerde odyometrik tetkik yaptırıldığında burada bizim temel kriterimiz akustik çentiktir. Akustik çentik veya akustik çanak oluşmuş mu, oluşmamış mı ? Bunlara bakarız. İşe giriş muayenesinde kişide akustik çentik oluşmuş ise bu kişinin o işe uygun olmadığı anlaşılmalıdır. Bu kişinin aksine işe alınabileceğinin söylenmesi, uygun kişi olması bana yanlış geliyor. Meslek hastalıkları kılavuzunda da bu kişilerin işe alınması gerektiği belirtiliyor. Tamamen sağır olanları alıyorsunuz zaten öyle bir problem yok. Ama akustik çentik, akustik çanak oluşmuş ise bu kişi gürültüden daha fazla etkilenebilir demektir, bu kişinin işe alınmaması gerekir. İlk başlarda gürültülü işlerde akustik çentik 4000 herz'te oluşuyor daha sonra da konuşma frekanslarına doğru kayış oluyor. Bunu engellemek için de bu kişilerin o işe uygun olmadığı anlamına gelir bu.

Salondan : Evet arkadaşımızın dediği yönergede yazdığına göre doğru. Evet 30'u aşar ise gürültülü yerlerde çalıştırmamız mümkün değil, uygun değildir deniyor. Bir başka şıkta, eğer duyma kusuru 30 desibeli aşılıyor ise ayrıntılı uzman muayenesi isteyebileceğimiz, sonucuna göre karar verebileceğimiz söyleni-

yor. Ayrıca 20 desibele kadar normal kabul edersek zaten 30 desibeli aştığı zaman gürültülü yerlerde çalıştırılmayacağız. Tekstil firmalarında zaten ortam gürültülü ve burada herhangi bir şey daha vasıflı yani bu işi daha önceleri yapmış insanları almamız gerekiyor. Bu işi bilmiş, öğrenmiş olmaları gerekiyor. Onları da 30 desibelde hiç yakalayamıyoruz. Yani daha önceden kara tezgahlarda çalışmış, bir şekilde kayıpları olmuş oluyor. O zaman bizim yapacağımız şey 30 desibeli aşıyor ise, ayrıntılı uzman muayenesi gerektiği ve KBB uzmanınca değerlendirildikten sonra 4000 herz'te 50, 6000 herz'te 70'i aşmamışsa KBB uzmanınca değerlendirilmesi gerektiği söyleniyor. Bu konuda yardımlarını isteyecektim.

Dr. Yıldız BİLGİN : Maluliyet açısından önemli olan miktarları verdiniz. 4000 herz'te henüz böyle bir işitme kusuru yok, işitme çentiği meydana gelmiştir. İşitme kusuru 30'u geçerse maluliyet yüzdesi hesap etmememiz gerekecektir. Şu çok önemlidir: İşitme kusuru tespit edilmiş kişinin gürültülü ortamda çalışması sakıncalıdır. Ama siz tekstilde böyle işçileri istihdam ediyorsunuz, bunun yasal yaptırımını yok sayın meslektaşım. Ama ilerde top gibi sağır olmuş olan bu işçi mahkemelerde yüksek oranda tazminat davaları açarsa ne yapacaksınız? Ben onu merak ediyorum.

Prof.Dr. Hilmi SABUNCUOĞLU: Şöyle başladım ve böyle de devam ettim. Dedim ki benim 15 yıldır yaptığım araştırmalarda gördüğüm bir sonuç var; 95 desibele 15 yıl maruz kalmış bir işçide henüz endüstriyel sağırılık ifade edemiyorsunuz. Akustik çentik artmış 4000 herz'te 45 desibele kadar gitmiş ama bu şahısta hala siz bir endüstriyel sağırılık ifade edemiyorsunuz. 105 desibelde 15 yıl çalışmış bir insanda dahi tespit edebileceğiniz maksimum değer -yaptığım araştırmalardan söylüyorum-%10 maluliyete ancak ulaşabiliyorsunuz. Yani %20'lik bir sağırılık ifade edebiliyorsunuz. Şimdi, ufak bir çentiği olan bir şahıs gelip size iş talep ettiğinde (bu işi bilen bir şahıs), eğer siz bunu dışlarsanız yazık edersiniz, günah edersiniz. Söylemek istediğim şey bu. Bu şahsı özellikle işe alın, bu adam bilinçli adamdır. Kendisinin akustik çentiğinin olduğunu söyleyin; deyin ki " arkadaş ben seni böyle alıyorum." Bakın dikkat edin: Eğer siz kulaklığınızı, kulak tıkaçınızı takmazsanız siz bundan çok büyük zarar görsünüz diye bilinçlendirebilirsiniz. Bu sizin için avantajlı bir işçi olabilir diye ifade ettim. Ama kesinkes almayabilirsiniz de en ufak çentiği olanı. Bu insani değil bence, doğru değil bunu ifade etmeye çalıştım. Bu bir hesap kitap işi çok kolay yapılabilir bir şey.

Prof.Dr. Remzi AYGÜN: İkircikli bir karar oluyor tabi, sanıyorum bu kısmı tamamladık. Ben bu heyecanlı tartışmalara katılan arkadaşlara teşekkür ediyorum. Sanıyorum bu tür toplantılar böylece amacına ulaşıyor. Karşılıklı eğitiliyoruz diye düşünüyorum. Oturumu kapatmadan son arkadaşla söz veriyorum.

Salondan : Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 126. maddesi açık, tüberküloz, dizanteri tifo gibi bulaştırıcı hastalıklardan zayıf olması gerekiyor. Bu konularda nasıl araştırma yapılır. Hem kan hem idrar, yeri geldiği zaman akciğer grafisi, portör tetkiki, parazit v.s. Bunların hepsi yapılır ise portör muayenesi yapılır yoksa eksik kalır. Bu tetkikleri tamamen yapan bir yer yok. Halk sağlığı laboratuvarına da göndersek akciğer grafisi eksik kalıyor. Bir başka yere göndersek başka tetkik eksik kalıyor. 127 . maddede diyor ki " Yukarıda bahsedilen tetkikler belediye tabiplerince meccanen yapılır". Bu madde kalkmış değildir. Ancak belediye tabipleri olmadığı takdirde diğer sağlıkla ilgili yerlerde yaptırılabilir gibi bir açıklama var. Belediyeler bu tetkikleri yapmakla mükellef. Bu konuda laboratuvarlarını eksiksiz tamamlamaları gerektiğinin yasal zorunluluk olduğunu TTB veya Tabipler Odası vasıtasıyla uyarılmalıdır. Teşkilatlanma sağlanırsa toplum sağlığı açısından daha iyi sonuçlar alabiliriz.

İŞYERLERİNDE İLKYARDIM ORGANİZASYONU

Konuşmacı: Dr. Kadir ATLI

(İşçi Sağlığı Bilim Uzmanı)

KAZALARIN ÖNEMİ

Sanayileşmiş ülkelerde kazalar, kalp hastalıkları ve kansere bağlı ölümlerden sonra en sık görülen ölüm nedenidir.

Kazalar, insan sağlığı, sağlık hizmetleri, işgücü ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri, maddi külfeti ve “korunabilir” olma özellikleri nedeniyle günümüzde halk sağlığının öncelikli konuları arasına girmiş, özellikle genç ve yaşlılar için ihmal edilmeyi veya yetersiz kontrolü affetmeyecek bir sağlık problemi haline gelmiştir. Ayrıca, bir toplumda en önemli sağlık sorunu olma kriteri olarak “sık görülme”, “sık öldürme” ve “sık sakat bırakma” özellikleri kazalar için de geçerlidir.

Kasıtlı ya da kasıtsız yaralanmalara bağlı ölümler bütün ölümlerin % 10.7’ sini oluşturmaktadır. (Bu oran kadınlarda % 7.7, erkeklerde % 13.4 tür).

Ölümlere yol açan yaralanma nedenleri incelendiğinde % 16 Trafik kazası, %11 Savaş, % 10 Cinayet, % 9 İntihar, % 54 diğer nedenler olarak tanımlanmaktadır.

DÜNYADA YARALANMA NEDENLİ ÖLÜMLER

	Ölüm Sayısı	Erkekler %	Yüksek Gelir Düzeyle Ülkeler %
Trafik Kazası	1 171 000	73	12
Boğulma	495 000	67	3
Düşme	316 000	56	24
Yanma	282 000	42	4
Zehirlenme	252 000	61	5
Diğer Kasıtsız Yar.	977 000	70	7
İntihar	948 000	59	14
Cinayet	736 000	79	5
Savaş	588 000	59	1
TOPLAM	5 765 000	65	9

World Health Report-1999-WHO

Tablodan da anlaşılacağı gibi yaralanma nedenli ölümlerin % 65’i erkeklerde görülmektedir. Ayrıca, dünya nüfusunun % 12’sini oluşturan yüksek gelir düzeyli ülkeler oluşturmaktadır. Savaşlara bağlı ölümlerin % 1’i yüksek gelir düzeyli ülkelerde görülmekteyken, intihar olaylarının % 14’ü bu ülkelerde görülmektedir.

Dünyada her yıl, trafik kazalarına bağlı 20 milyon yaralanma olayı meydana gelmektedir. Bunların % 70’i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Yıllık maliyeti 53 milyar Amerikan Dolarıdır.

100 000 Araç için

	Ölü	Yaralı
Japonya	10	1124
Almanya	16	1004
Türkiye	59	1370
Tunus	171	1990

100 000 Kişi için

	Ölü	Yaralı
Japonya	7	788
Almanya	9	607
Türkiye	8	181
Tunus	14	167

EGM İstatistik Yıllığı-1988

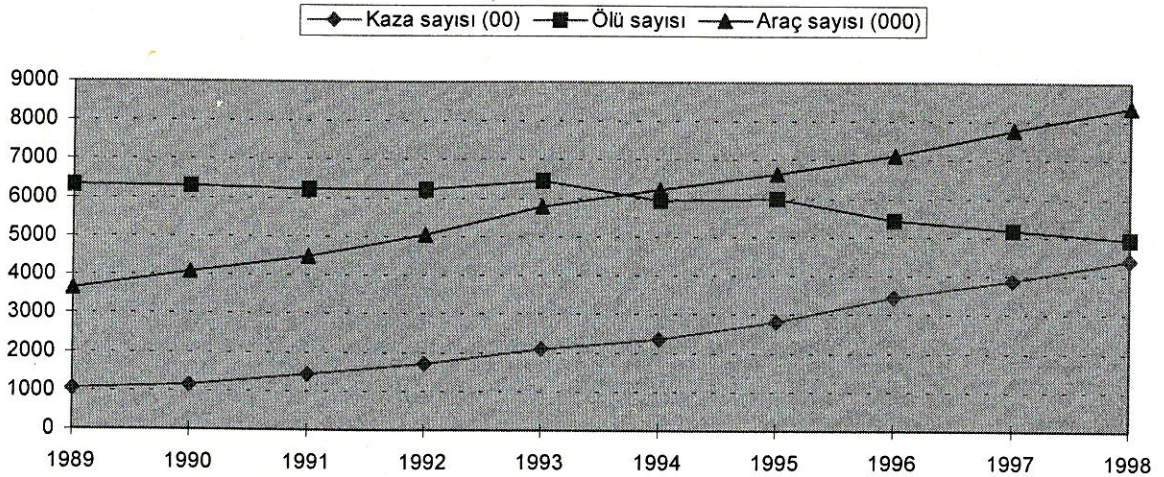
Tabloda 100 bin araç ve 100 bin kişi için dört ülkedeki ölü ve yaralı sayıları karşılaştırılmıştır. 100 000 araç için ölü sayısına bakıldığında, ülkemizde görülen ölümlerin Japonya'nın neredeyse 6 katı olduğu görülmektedir.

Yaralanma ya da ölümle sonuçlanan trafik kazaları incelendiğinde; Kuzey Amerika' da 100 000 kişide 2 367, Avrupa Bölgesinde 331 kaza görülürken, gelişmiş İskandinav Ülkelerinde bu sayı 100 000 kişide 162 kaza olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ülkemizde kazaları değerlendirdiğimizde; tüm kazaların % 40'ı trafik kazası, % 25' i ev kazası, % 20'si iş kazası, % 15' i ateşli silah, spor vd. yaralanmalar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Acil servislere kaza nedeni başvurular değerlendirildiğinde; başvuruların % 75'inin trafik kazası, % 18'inin iş kazası, % 8'inin ise ev kazası nedeniyle olduğu görülmektedir.

Aşağıdaki grafikte ülkemizde motorlu araç sayısındaki artışa paralel olarak, kaza sayılarında yıllar içinde artış gösterilmiştir. Ancak, son yıllardaki ölü sayısındaki azalma da dikkat çekici düzeydedir.



Türkiye'de ev kazalarının % 35.5'inin yaz aylarında, % 37.5'inin 0-6 yaş grubunda görüldüğü bildirilmiştir. Ev kazalarının yaklaşık yarısı düşme nedeniyle olmaktadır (% 46 düşme, % 27.3 zehirlenme, %26.7 yanma, kesik vb. nedenlidir).

İŞ KAZALARI

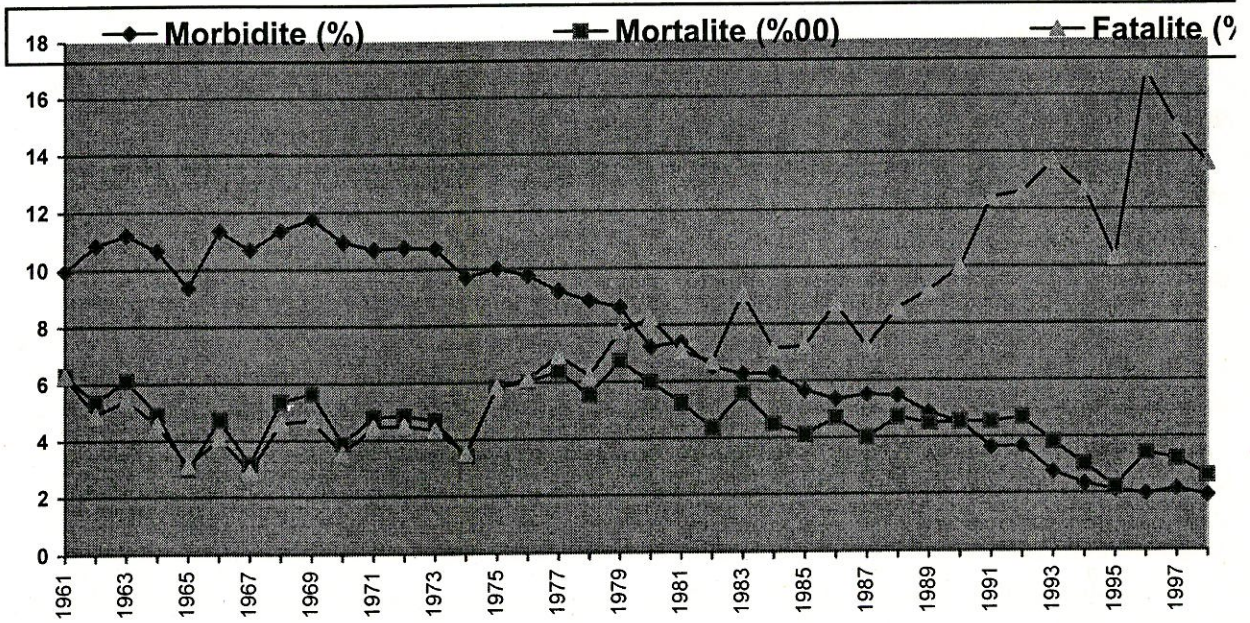
İş kazaları dünyada halen önemli bir sağlık sorunu olup, ileri düzeyde sanayileşmiş ülkelerde yıllık iş kazası oranı 6/100, iş kazalarına bağlı ölüm oranı 2-10/100 000 dir. Bu tür kazaların % 10'u kalıcı bir sakatlıkla sonuçlanmaktadır. Bu oran, erkeklerde kadınlardan 6 kat fazladır.

SSK 1998 istatistik verilerine göre, SSK'ya kayıtlı işçi sayısı 4 766 310, iş kazasına bağlı ölüm 1 252, daimi iş-görmezlik 3 850, iş günü kaybı ise 2 030 186 gün olarak bildirilmektedir.

Türkiye ile yaklaşık aynı nüfusa sahip İngiltere'de sigortalı işçi sayısı Türkiye'dekinden 7-8 kat daha fazladır. Ancak, İngiltere'deki iş kazalarına bağlı ölüm sayısı Türkiye'deki sayının yarısından daha azdır.

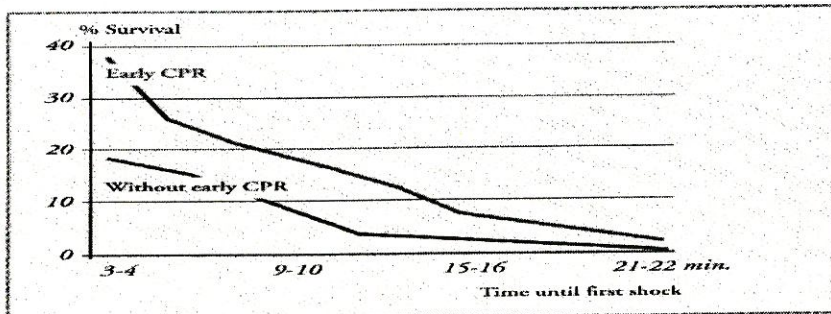
Aşağıdaki tabloda Türkiye'de 1961-1998 yılları arasında, iş kazası morbidite, mortalite ve fatalite hızlarındaki değişim görülmektedir. Kayıtların yetersizliği bilinmektedir. Morbiditenin azalıyor gibi görünmesine rağmen, fatalitede yükselme, kaydedilen kazaların oldukça ciddi kazalar olduğunu göstermektedir.

İŞ KAZASI HIZLARINDAKİ DEĞİŞİM (Türkiye 1961-1998)



Kazalar dışında doğal afetlerde de ölüm ve yaralanma olayları azımsanmayacak düzeyde karşımıza çıkmaktadır. 20.02.2000 tarihi itibarıyla Sivil Savunma Genel Müdürlüğü, Marmara ve Bolu depremlerinde 18 373 ölü, 48 901 yaralı olduğunu açıklamıştır.

Kazalardaki ölümlerin % 10'u kazadan sonraki ilk dakikalarda, % 20'si ilk 4 saat içinde, %35'i ilk 48 saat içinde olmaktadır. 1. Ulusal Sağlık Kongresi Raporu'nda ilkyardım ile, ölümlerde % 18 azalma olduğu bildirilmiştir.



The above diagram is based on "Report 1997 from the National Swedish Registry of Prehospital Cardiac Arrest" published by the Swedish Society of Cardiology. It encompasses more than 20,000 arrest cases in both urban and rural populations. The analysis is done by the internationally agreed "Ustein Style" template.

Yukarıdaki grafikte ilkyardım uygulamasına başlama zamanı ile hayatta kalma olasılığı gösterilmekte Erken CPR (suni solunum-kalp masajı uygulaması) ile hayatta kalma olasılığının iki kat arttığı gösterilmektedir.

Tüm bu veriler doğrultusunda, kaza olasılığının yüksek olduğu işyerlerinde ilkyardım uygulamalarının önemi daha da belirginleşmektedir.

İLKİYARDIM

İlkyardım; herhangi bir hastalık ya da kaza sonucu sağlığı tehlikeye girmiş olan kişiye, hayatta kalmasını sağlamak, durumunun kötüye gitmesini önlemek ve mümkünse iyileşmeyi kolaylaştırmak amacı ile, sağlık görevlilerinin yardımı sağlanana kadar, ilaçsız olarak yapılan müdahalelerdir.

Bu tanımda dikkat çekilmek istenen birkaç nokta vardır:

1. Hasta ya da kazazedenin yaşamını sürdürmesini sağlamamaya çalışılmalıdır. Burada anlatılmak istenen ilkyardımın A, B, C ilkeleridir. (Airway, Breathing, Circulation=Soluk Yolu, Solunum, Kan Dolaşımı) İlkyarımda birinci öncelik soluk yolunun açık tutulmasıdır. Soluk yolunu tıkayan bir durum varsa bu giderilmelidir. Daha sonra kişinin spontan solunum ve dolaşım fonksiyonları gözden geçirilmeli, bunlardan birisi ya da ikisi mevcut değilse suni solunum ve kalp masajı yapılması gerekmektedir.

2. Kazazedenin durumunun kötüleşmesi önlenmeye çalışılmalıdır. Yaralı kişinin yaşamı garantiye alındıktan sonra varolan durum korunmalı, durumun kötüye gitmesi önlenmelidir.

3. İlkyardımın birinci ve ikinci ilkesi yerine getirildikten sonra, olanak varsa iyileşmeyi kolaylaştırıcı uygulamalar da yapılmalıdır.

4. İlkyardım uygulaması, kazazede bir sağlık merkezine ulaştırılincaya kadar ya da kaza yerine bir sağlık ekibi gelene kadar sürdürülmelidir.

5. İlkyardım uygulamalarında ilacın yeri yoktur. O halde toplumun tüm bireyleri, özel bir eğitimden geçtikten sonra ilkyardım uygulamalarını yapabilir.

MEVZUAT

İşçi Sağlığı İş Güvenliği Tüzüğü'nün Dördüncü Kısım, 91-108 Maddeleri, işyerlerinde iş kazalarına karşı alınacak tıbbi önlemler ve işyerlerinde bulundurulması zorunlu olan ilkyardım ve tedavi gereçlerine ayrılmıştır.

Çalışma Bakanlığı, 4 Temmuz 1980'de çıkardığı "İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik" in 4-1/h ve 4-2/f maddelerinde; "Kaza halleri için işyerinde ilkyardım organizasyonu ve acil tedavinin yapılması", "ilkyardım ve kurtarma işlerinin teşkilatlanması ve bununla ilgili personelin yetiştirilmesi" ni işyeri hekiminin tıbbi-teknik görevleri arasında saymıştır.

İlkyardım eğitimi, beceriye yönelik, uygulama ağırlıklı, yetişkin eğitime uygun, interaktif (etkileşimli) ve sürekli olmalıdır. Bu eğitimin öncelikli hedef grupları, görevleri gereği itfaiyeciler, sivil savunma elemanları, arama kurtarma ekip üyeleri başta olmak üzere, sürücüler, işçiler, öğretmenler, polisler, askerler, sporcular ve yöneticiler olmalıdır.

İşçi Sağlığı İş Güvenliği Tüzüğü'nün 106. Maddesinde "İlkyardım odaları, ilk müdahale odaları ve ilkyardım istasyonlarının bakım, temizlik ve alet muhafazaları için bir hemşire veya sağlık memuru görevlendirilecek, bunların sağlanamadığı hallerde, bu görevleri yapacak, **ilkyardım kursu görmüş yeterli bir eleman** bulundurulacaktır";

Aynı tüzüğün 107. Maddesinde "Ağır ve tehlikeli işlerin yapıldığı işyerlerinde, bir sağlık memuru veya hemşireden başka **ilkyardım ve kurtarma kursu görmüş en az bir kişi** de bulundurulacaktır";

Yine aynı tüzüğün 108. Maddesinde de "Gece ve gündüz sürekli çalışılan işyerlerinde, ilkyardım odaları, ilk müdahale odaları ve ilkyardım istasyonları, geceleri de görevli personeli ve araç ve gereçleri ile her an kullanılabilir halde hazır bulundurulacaktır. İşveren bu yönden, gerekli tedbirleri almakla yükümlüdür" denilmektedir.

Ayrıca 1997 yılı Nisan ayında Türk Standartları Enstitüsü'nden TS 12280 sayılı ile çıkan standartta "Sağlık İşçisi Eğitimi" nden söz edilmektedir. Burada işyeri ilk yardım organizasyonu, "işyerlerinde işyeri sağlık ve güvenlik hizmetleri içinde yer alan, sağlıkçı işçilerin bağlı olduğu organizasyon" olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkçı işçi, işyerlerinde aktif olarak çalışmakta olan, önder nitelikli, sevilen, sözü dinlenen, insanlarla kolay ilişki kurabilen, girişken, yeni bilgi ve beceriye açık, uzun süre emekli olmayı düşünmeyen işçiler arasından seçilmelidir.

Çalışan işçi sayısı 25'e kadar olan işyerlerinde 1 sağlıkçı işçi, çalışan sayısı 50'ye kadar olan işyerlerinde 2 sağlıkçı işçi, 51 ve daha fazla işçi çalıştıran yerlerde ise, iş kolu, üretim özellikleri, vardiya sayısı, çalışan işçi sayısı vb. özellikler göz önüne alınarak daha fazla sayıda sağlıkçı işçi yetiştirilmelidir.

Sağlıkçı işçi eğitiminde:

Genel sağlık eğitimi:	10 ders saati,
İlkyardım eğitimi:	20 ders saati,
İşçi sağlığı eğitimi:	10 ders saati,
İş güvenliği eğitimi:	10 ders saati olmalıdır.

Genel sağlık eğitiminde; sağlığın tanımı ve sağlığı belirleyici nitelikler, kişisel temizlik ve önemi, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklar ve korunma yolları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yolları, çocuk sağlığı ve bağışıklama, sigara ve sağlık, sağlıklı yaşam biçimi, beslenme, egzersiz, kadın sağlığı, psikososyal çevre, sağlık alanında iletişim yöntemleri konularından söz edilmelidir.

İlkyardım eğitimi; ilkyardımın tanımı ve ilkeleri, kaza ortamının değerlendirilmesi, insan vücudunun yapısı ve işleyişi, solunum yolu tıkanmasında, solunum ve kalp durmasında ilkyardım, hasta ve yaralı taşınması, kanamalarda ilkyardım, zehirlenmelerde ilkyardım, kırık ve çıkıkta ilkyardım, sargı ve tespit, boğulma, elektrik çarpması, yanık ve donmalarda ilkyardım, işyerinde ilkyardım organizasyonu ve işkoluna özel risklere yönelik ilkyardım uygulamaları konularını kapsamalıdır.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği eğitiminde ise; çalışma hayatının sağlığa olumlu ve olumsuz etkileri, sağlığa zararlı fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal etkenler, konuyla ilgili temel mevzuat, meslek hastalıkları ve iş kazalarından korunma, çevresel, mekanik ve kişisel koruyucular gibi konular kapsama alınmalıdır.

İLKYARDIM EĞİTİMİ

Yukarıda sayılan bütün mevzuat göz önüne alındığında, işyerlerinde ilkyardım organizasyonu içinde, işyeri hekimi, varsa diğer yardımcı sağlık personeli ve ilkyardım kursu görmüş işçiler yer alacaktır. Bu noktada ilkyardımcı işçi ile sağlıkçı işçi arasındaki farktan söz etmekte yarar vardır. Sağlıkçı işçi, ilkyardım eğitiminin yanı sıra, genel sağlık eğitimi, işçi sağlığı ve iş güvenliği eğitimini de almış olmalıdır.

İlkyardım eğitiminde, katılımcı sayısı, eğitimin süresi, eğitim yöntemi, eğitimde kullanılan araç-gereç ve eğiticinin niteliği, bu eğitimin hedefine ulaşmasında önemli rol oynayacaktır.

Amerikan Kızılhaç'ı standart düzey ilkyardım eğitimini, 12 kişiyi aşmayan gruplara, 13 saatte vermekte, sınıf içi başarı gösteren ve teorik sınavda % 80 başarılı olanlara 3 yıl geçerli sertifika vermektedir. 3 yıl sonunda 4 saatlik yenileme eğitimi yapılmaktadır. İşyerleri için 16 saatlik özel eğitimler yapılmaktadır. Burada yetişkin CPR (suni solunum ve kalp masajı), standart ilkyardım ve işyerine özel konularda ilkyardım eğitimi verilmektedir. Ayrıca spor güvenliği ve yaralanmalarla ilgili 7 saatlik profesyonel eğitim de verilmektedir.

Kanada'da St. John Ambulance Kuruluşu, standart düzey ilkyardım eğitimini 4 işgününde vermekte, pratik uygulamalar ve teorik sınavdan % 70 başarılı olanlara verdiği sertifikalar 3 yıl geçerli olmaktadır. Yenileme eğitimleri ise 1 gün sürmektedir.

Stanford Üniversitesi ve UMFAS' ın CPR sertifikası 1 yıl, ilkyardım sertifikaları ise 3 yıl geçerli olmaktadır. 12 yaş üstü kişilere standart eğitim 6.5 saat ve yenileme eğitimi 2 saattir.

ÜLKEMİZDE İLKYARDIM EĞİTİMİ VEREN BAZI KURULUŞLAR

	Faaliyet yılları	Kurs süresi	Eğitici	Katılımcı sayısı	Toplam katılımcı
Sivil Savunma Gn. Md.	1960-1999	30 saat	Kurum öğretmeni	30	15 717
KIZILAY	1970-2000	10-15 saat	Hemşire	30	144 381
MEB Sürücü Kursları	1986-2000	10 saat	Sağlık personeli	15-35	683 543
AKUT	1996-1999	50 saat	Hekim	30	640
G.Ü.Kazaları Önleme Ens.	2000	1+1 gün	Hekim	150	300

Tabloda, ülkemizde ilkyardım eğitimi veren bazı kuruluşların kurs süreleri, eğiticileri ve katılımcıların sayısı gösterilmektedir.

Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 1996 yılının Haziran ayında "İlkyardım Eğiticilerinin Eğitimi Programı" nı başlatmıştır. Bu programın ilkelerinden bazıları:

- Topluma yönelik standart ilkyardım eğitiminin yaygınlaştırılması,
- Kurumsal işbirliği,
- Eğiticilerin hekim olması,
- Uygulama ağırlıklı eğitim,
- Ekip çalışması,
- İzlem ve destektir.

Bu programda hekimlere ilkyardım eğitimi konusunda eğitim verilmektedir.

Kursun amacı, kurs sonunda katılımcılara, ilkyardım konusunda standart bilgi ve uygulamalarla ilkyardım eğitimi yapma becerisi kazandırmaktır.

Öğrenim hedefleri ise;

1. İlkyardımın tanımı ve ilkelerini bilme,
2. Kazaların dünyada ve Türkiye'deki yaygınlığını ve temel epidemiyolojik özelliklerini bilme,
3. Ülkemizdeki ilkyardım eğitiminin önemini, olanaklarını ve hedef grupları bilme,
4. İlkyardımın temel uygulamalarını bilme ve yapabilme;
 - a) Hastanın durumunu değerlendirme,
 - b) Ortam değerlendirme,
 - c) Hasta ve yaralı taşıma,
 - d) Kanama kontrolü,
 - e) Suni solunum,
 - f) Kalp masajı,
 - g) Koma pozisyonu,
 - h) Şokta müdahale,
 - i) Kırık tespiti,
 - j) Zehirlenmelerde müdahale,
 - k) Yanık durumunda müdahale.
5. Eğitim becerileri kazanma;
 - l) Yetişkinin öğrenme ilkelerini bilme, yetişkin eğitimi ilkelerini bilme,
 - m) İnteraktif (katılımlı) eğitim tekniklerini bilme ve kullanma,
 - n) Olumlu bir eğitim atmosferi oluşturabilme,
 - o) Demonstrasyon ve Koç'luk yapabilmenin kurallarını bilme,
 - p) Özel hedef grupları için ilkyardım konusunda eğitim programı hazırlayabilme,
 - q) Bir sınıf dersi planlama ve sunma.

Eğitimin temel bileşenleri ise; manken, boyunluk, sargılar, ateller, bandajlar vd. malzemeler, görsel, işitsel eğitim araç ve gereçleri, katılımcı rehberi, ilkyardım eğitim rehberi, kaynak kitaptır (Temel İlkyardım Bilgileri ve İlkyardım Eğitimi Beceri Rehberi- Bilir N., Yıldız A. N., Özvarış Ş. B. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını- 2000 Ankara).

Değerlendirme, kursun her aşamasında karşımıza çıkmaktadır. "Genel değerlendirme", her günün sonunda "günün değerlendirilmesi" ve kursun sonunda "kurs değerlendirilmesi" şeklinde yapılmaktadır. Ayrıca katılımcılar, bilgi yönünden (ön-test, son test) ve beceri yönünden (uygulama becerisi, demonstrasyon becerisi, koçluk becerisi ve sunum becerisi) değerlendirilmektedir.

Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Haziran 1996- Kasım 2000 tarihleri arasında 11 kursta 126 hekimi ilkyardım eğitici olarak yetiştirmiştir.

Katılımcıların kurumları:	Katılımcı sayısı
Emniyet Genel Müdürlüğü	34
Hacettepe Üniversitesi	9
MKE	8
TKİ	11
Çukurova Üniversitesi	3
Sabiha Gökçen Hava Limanı	2
Ankara Üniversitesi	1
Sivil Savunma Genel Md.	1

Tabip Odaları	Katılımcı sayısı
Ankara Tabip Odası	36
Balıkesir	7
İçel	3
Kocaeli	2
Adana	3
Bursa	3
Burdur	1
Çanakkale	2

Bir yandan ilkyardım eğiticilerinin eğitimi sürerken, diğer taraftan bu alanda çalışmalar yapan diğer kuruluşlarla işbirliği amacıyla, İlkyardım Eğiticilerinin Eğitimi Sempozyumu 13 Haziran 1999' da Ankara yapılmıştır. Sempozyuma, o döneme kadar sertifika almış 91 hekimden 44' ü katılmıştır. Sempozyumda, uygulamalarda karşılaşılan sorunlar tartışılmış, ilkyardım eğitiminin yaygınlaştırılması ve ilkyardım eğitimi yönetmeliği hazırlanması gündeme gelmiştir. Bu yıl içinde benzeri bir sempozyum hazırlıkları yürütülmektedir. Ayrıca 5 yılını doldurmak üzere olan hekimler için, sürekli eğitim programı hazırlığı tamamlanmıştır.

Sertifikalı hekimler tarafından verilen eğitimler değerlendirildiğinde:

Emniyet Genel Müdürlüğü'nden 34 hekimin, polis okullarında 187 kursta 2181 polise ilkyardım eğitimi verdiği bildirilmiştir. Ayrıca tabip odalarının düzenlediği kurslar ve katılıcı sayıları aşağıda gösterilmiştir.

	Kurs sayısı	Katılımcı sayısı
Ankara Tabip Odası	22	264
ATO (İl Sağlık Md)	5	181
Balıkesir Tabip Odası	8	96
Adana Tabip Odası	6	72

Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı'nın "İlkyardım Eğiticilerinin Eğitimi Programı"nın sağladığı diğer açılımlar:

- HÜTF Dönem VI İlkyardım Eğitimi Semineri,
- HÜTF Dönem I İlkyardım Eğitimi,
- Diğer Halk Sağlığı A.D. ile işbirliği,
- H.Ü. Eczacılık öğrencilerine uygulamalı eğitim,
- Kırsal Kesimde İlkyardım Eğitimi Projesi,
- Devlet Bakanlığı ile İlkyardım Eğitimi Projesi,
- Çıraklık Eğitim Merkezlerinde "Çocuktan Çocuğa Eğitim" kapsamında ilkyardım eğitimi,
- HÜTBAT eğitimi,
- VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde CPR Kursu.

Sonuç olarak; işyerlerinde, ilkyardım eğitici sertifikası almış hekimlerin önderliğinde, tabip odalarınca ilkyardım eğitimi verilerek sertifikalandırılmış ilkyardımcı işçilerin katılımıyla ilkyardım organizasyonu daha nitelikli olacak, sürekli eğitimlerle güncel bilgilere ve ilkyardım gereçlerine ulaşmak daha kolay olacaktır. Bu çalışmalar ışığında sağlıkçı işçi eğitiminin bir ayağı olan ilk yardım eğitimi modülü başarı ile uygulanmaktadır. Sağlıkçı işçi eğitim modüllerinin diğer bileşenleri "genel sağlık eğitimi, işçi sağlığı eğitimi ve iş güvenliği eğitim modülleri" de tamamlanma aşamasındadır.

KAYNAKÇA

- Akçul H. Acil Hastalarda İlkyardımın Önemi ve Özel Eğitimli Sağlık Personelinin Bu Görevdeki Değeri. 1992
- Bertan M., Çakır B. "Halk Sağlığı Yönünden Kazalar". Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ed: Bertan M., Güler Ç.Güneş Kitabevi. Ankara 1997.
- Bilir N. "İş Sağlığı" Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ed: Bertan M., Güler Ç.Güneş Kitabevi. Ankara 1997.
- Bilir N. "İşyerlerinde İlkyardım Örgütlenmesi ve İlkyardım Eğitimi" İş Hekimliği Ders Notları. TTB Yayını Ankara 1991.
- Centel T. İş Yasaları ve İlgili Mevzuat. Beta Basım Yayın Dağıtım AŞ. İstanbul 1995
- Çeşitli Boyutları ve Çözüm Önerileri ile İş Kazaları Seminer Bildirileri MPM Yayını No:284. Ankara 1983.
- Erdal R. "Kırsal Alanda Kaza Sorunu" 1973 Araştırma Özetleri (Ed: Özbek Z.) HÜ Toplum Hekimliği Enst. Yayını No:11 Ankara 1980.
- Erkal S. Ev Kazalarına Neden Olan Konut Faktörleri. Sağlık Dergisi Mart 1994.
- Fişek A.G., Piyal B. İşçi Sağlığı Kılavuzu 3. Baskı. TTB Yayını Ankara 1991
- Human Development Report 1997 UNDP. New York Oxford University Press, 1997
- Kanun Tüzük ve Yönetmelikler Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. İSGÜM Basımevi. Ankara 1986
- National Health Policy Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Yayını
- SSK İstatistik Yıllığı SSK Yayını Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri 1998
- Topuzoğlu İ. "İşyeri Sağlık Hizmeti" İş Hekimliği-TTB İşçi Sağlığı Bülteni sayı:1 Ankara 1992.
- Trafik İstatistik Yıllığı. Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Hizmetleri Başkanlığı EGM Basımevi 1998.
- TS 12280 Sağlık İşçisi Eğitimi Standardı
- World Health Report WHO 1999.

Prof.Dr. Remzi AYGÜN: Teşekkürler. Bu konuda katkı ya da sorusu olan var mı? Ağırlıklı olarak iş yerleri konuşulmadı gibi görülüyor ama işyeri hekimleri şu eğitim programlarını temel alarak bu eğitimi yürütebilir.

Ümit Bal : Doktor beye katılıyorum. İlk yardım eğitimi vermek için itfaiyeciler diye başladı. Ancak ben öncelikle hekimlerin ve sağlık çalışanlarının ilkyardım eğitimi alması gerektiğini düşünüyorum. Bunun da tıp fakültelerinde verilmesi gerektiğini düşünüyorum. İlk yardımı bilmeyen hekim olduğu zaman bunu vatandaştan beklemek yanlış.

Prof.Dr. Remzi AYGÜN: Bütün fakültelerde bu ihtiyaç hissediliyor. Size katılıyoruz, bunun da kısa zamanda giderilmesini diliyoruz, teşekkür ederim.

Dr. Ümit ÖZCAN: İlk yardım eğitimi alarak şu anda Bursa'da 5 eğitmen olarak ilk yardım komisyonunda aktif olarak görev yapıyoruz. Bizim veri yansımamış ama şu anda 500 civarında hedef kitleye ulaştık. Hedef kitlemiz işçilerdi. Bu hedef kitlenin belirlenmesinde amaç, çabuk ulaşılabilecek düzenli organizasyonlar işyerlerinden çıkmaktadır. Aynı zamanda Çalışma Bakanlığı'nın devamlı üzerinde durarak vurguladığı işyerlerinde ilk yardım organizasyonunun zaafı olduğu, bu eksikliklerin yıllarca tenkit edildiği ama bir türlü yerine konulmadığı konusundaydı. O kurumlarla da işbirliği yaparak hedef kitlemizi belirledik. Hacettepe ve benzeri kuruluşlar TSE' nin gösterdiği standardı kabul etmiş kuruluşlar şu anda çitayı bir yere yükselttiler ve bu standart üst düzey bir standart. TTB'nin de bu standart paralelinde bir çalışmaları vardı. Bir dönem sekteye uğradı. İlk yardım eğitim kolu olarak çalışmalar aksatıldı. Belki periferden gelen bildirimlerin veya yaptırımların olmaması nedeniyle. Ama zannediyorum çalışmalar devam edecektir. Ümidimiz bu standardın bozulmaması. Hacettepe'nin veya benzer kuruluşların bozulmaması. Bugünlerde İstanbul'da Sağlık Bakanlığı ve Kızılay ortaklaşa bir sempozyum gerçekleştiriyor. Dünya Sağlık Örgütü veya benzeri kuruluşların verdiği eğitimleri tavsiye ettiği eğitimleri, standart alarak standarda çok yakın bir standartizasyon çalışmasına gitmekte. Şu anda Türkiye'de çita yükseldi. Yapılacak şey, bu standardın veya eğitici kuruluşların birleşerek tam bir organizasyona geçmeleri ve bunun sayesinde de standart, becerili ilkyardımcıların yetiştirilmesi. Tabipler odasında şu anda 10 kişilik işçi grubuna bu eğitim başladı.

Dr. Levent KOŞAR: İlk yardım eğitimi, sağlıkçı işçi eğitiminin bir parçası. İlk yardım olayı bir işyerinde çalışan işçinin uğramış olduğu bir kaza sonucunda bir müdahale imkanı ya da o yetkiyi size veriyor. Bunun öne çıkarılıp beraberinde de sürüklenmesi gereken iki moment var ki; bir tanesi genel sağlık eğitimi ve iş güvenliği eğitimi. Eğer biz ilk yardım eğitimini sağlıkçı işçi noktasında öne çıkartır ve o noktaya abanırsak, iş güvenliği eğitiminin ve genel sağlık eğitiminin sönümlendiğini düşünürsek bunun çok doğru olmadığını düşünmekteyim. Bir diğeri ise Hacettepe Üniversitesinin sağlamış olduğu yüksek çita çerçevesinde 3 yılda unutulmuş bilgilerin tazeleme konusunda bir anlayış var. Bu ilk yardım eğitimini 3 yılda tazeleme kursu şeklinde verilmesi gerçekleşmezse bu bilgilerin unutulduğunun bir araştırması başladı. Bu noktada dış verimlilik bizim için son derecede önemli bir ölçek. Tazeleme kurslarının işyeri hekimleri tarafından organizasyonunun gerçekleştirilmesi üzerinde de özellikle yoğunlaşmak gerekiyor.

Dr. Kadir ATLI: İlk yardım eğitimine öncelik verilmiş değil oradan başlanmış, aynı çita yüksekliği diğer eğitimler için de söz konusudur. Onların eğitim modülleri de hazır. Kısa zamanda sağlıkçı işçi eğitimi için de başlanacaktır. Ama bu sadece ilk yardım eğitimine öncelik verildiği anlamına gelmiyor. Bir yerden başlamak gerekiyordu, ilk yardıma hazırдық, ilk yardımın eksikliği ön plandaydı onun için oradan başlandı. Çok insan uğraşabilse, bir ekip ilk yardımla uğraşırken bir ekip iş sağlığıyla uğraşabilirdi. İşçi sağlığı veya iş güvenliği ekibini oluştururdu. Hepsi aynı anda çıkabilirdi. O olmadı. İlk yardım modülü daha önce hazırlandı. Diğerleri de tamamlandı. Ama henüz uygulamaya geçirilmedi.

Salondan : İlk yardım eğitimi alan işyeri hekimlerinin, işyerlerinde eğitim verdikleri işçilere bir sertifika ya da bir belge verme yetkisi var mı ?

Dr. Kadir ATLI: İşyerlerinde sadece bir işyeri hekiminin ilk yardım eğitimi vermesini doğru bulmuyorum. Bunun bir ekip işi olması gerekir. İşçiler, Tabip Odası aracılığıyla bu eğitimi alsınlar. Bir koordinatör ve onun eşliğinde 3-4 hekim verecek bu eğitimi. Tabip Odası sertifika verebiliyor. Ama tek başına iş yeri hekimi verirse sertifika verebileceğini düşünmüyorum. Bu eğitimde işyeri hekimi de görev almalı.

Prof.Dr. Remzi AYGÜN : Teşekkür ediyorum.

İŞ SAĞLIĞI YÖNETİM SİSTEMİ VE VERİ TABANI

Konuşmacı: Prof.Dr. Hilmi SABUNCU

(İstanbul Üni. Tıp Fakültesi İş Sağlığı Bilim Dalı Başkanı)

Prof.Dr. Remzi AYGÜN: Oturumumuzun ikinci kısmına başlıyoruz. Prof. Dr. Hilmi Sabuncu beyi dinleyeceğiz. Daha sonra Haluk Başçıl'ı dinleyeceğiz.

Prof.Dr. Hilmi SABUNCU: Sayın başkan, çok değerli arkadaşlarım, herkes konuşmaya güzel espri ile başlar ben de sizlere slayt hazırladım. İş kazası hızı 1980'lerde 1000 kişiye 72'den 1998 yılında binde 19'a kadar düşmüştür. SSK istatistiklerine göre durum böyle. Değişmeyen bir şey var ki iş kazası ölüm hızları. İş yeri sağlık biriminin güçlenmesi, işyeri hekiminin daha yetkin hale gelmesi dolayısıyla buna bağlı olarak da SSK'nın işyeri hekimlerine fazladan yük yükleme isteklerinin giderek artması nedeniyle iş kazalarının artık işletmelerin işyeri sağlık birimini aşamadığını görüyoruz. Ölümlemler saklanamayacağı için iş kazası hızlarının ölüm hızlarını bulunduğu yere kadar gidecektir. Son istatistiklere baktığımızda 1998 yılında bu değer 91.000 iken, 1999 yılında 78.000'e düştüğü görülmüştür. Teorik olarak bütün dünyanın ifade ettiği iş kazası hızlarına veya oluşum şekline bakarak teorikleştirdiği bir kaza piramidi var. Bu piramide baktığımız zaman bir ölümlü kazaya karşılık gelen kaza miktarı; 100 ciddi kaza, 1000 kayda değer kaza ve 10.000 ucuz atlatılan kaza, 100.000 emniyetsiz hareketi ifade ediyor. Eğer işletmelerde bunlardan bir tanesi var ise bunlardan diğerlerini tahmin etme olasılığımız var. Bunu SSK'da yapabilir miyiz diye düşünüyoruz. Ülkemizdeki 1998 SSK verilerini buna uygulamaya çalışıyoruz. Görüyoruz ki 1094 ölüme karşılık hem kayda değer kaza hem de ciddi kaza olarak ifade edilen kaza sayısı 91.895 kazadır. Bu bilgiler işyerlerinde kaybolup gitmektedir. Bunlara ulaşma olasılığımız yok. 1999 yılında 78.000'e düşmüş yani 22.000 ciddi kazanın dahi kaybolduğunu görüyoruz bu teorik yaklaşım çerçevesinde. Demek ki işyeri sağlık biriminden başka kuruluşlardaki etrafımıza baktığımızda, çok değerli hizmetler veren ama maalesef bizim pek işimize yaramayan, bu işin gizli kalmasını sağlayan bir takım kuruluşlar var (özel hastaneler v.s.). Bunların da etkili olmasıyla artık ciddi kazaların da işletmelerden buralara sevk edilerek gizli tutulduğunu görüyoruz. Gittikçe her şey kötüye gidiyor. İyiye giden hiç bir şey yok. Bir ülkede sağlık hizmetleri eğer iki bakanlık tarafından yönetiliyor ise, sağlık standartlarını koymak mümkün değilse, bir çalışma bakanlığı bir ülkede bütün çalışanları ifade etmiyorsa, iş yasaları bütün çalışanları kapsamıyorsa, daha yapılacak çok işimiz var. Konuşmamı işletme içine yönlendirerek yapmak istiyorum.

Ülkemizde 10.000 kişiden 3 kişi meslek hastalığına uğruyor ve 1 kişi de meslek hastalığından ölüyor. İş kazası ölüm ağırlık hızını hesapladığınızda bu değerler %33'lere karşılık geliyor. Ülkemizde tespit edilen 100 meslek hastalığının 30'unun kesinlikle öldüğünü görüyoruz. Bunu hastalıklara projekte ettiğinizde, hangi hastalıklar %30 fataliteye sahiptir diye baktığınızda bunların malign hastalıklar olduğunu söyleyebilirsiniz. Buradan çıkaracağınız sonuç da Türkiye'deki meslek hastalıkları malign hastalıklardır. Bu cümleyi değiştirirsek; Türkiye'de SSK'ya yansıyan hastalıklar malignleşmiş meslek hastalıklarıdır denebilir. Demek ki bir sürü eksiklik var. Bu eksiklikleri düzeltmek için oldukça iyi hareket etmek gerekir.

İş sağlığının iki önemli bileşeni vardır: Çalışan insan ve çalışma ortamı. İnsan bizim işimizdir, beşeri bilimlerin işi, çevre ise, çalışma ortamı ise tamamen mühendislik bilimlerinin işi. Ama yasa, bütün bu işlerin tümünü işyeri hekiminin omzuna yüklemiştir. İşletmede bu sorumluluğu üstlenen işyeri hekiminden başka kimse yoktur. Biz bir işletmeye girdiğimiz zaman çok politik davranmak zorundayız. İşletmeye girer girmez ilk soracağınız şey "iş güvenliği uzmanı nerede" olmalıdır.

Sizin çok büyük bir avantajınız var. İşletmeciye, yöneticiye onun hastalıklarını tedavi etmek yoluyla bir başka kişiden çok daha kolay yaklaşma olanağınız var. Bu avantajınızı koruyunuz. Onlara yaklaşınız. Yaklaştığınız zaman onlarla birlikte çok rahat hareket ettiğinizi göreceksiniz. Teorik olarak bütün yasalar işyeri sağlık biriminin görevini belirlemiştir. İşyeri sağlık biriminin görevi tamamen sağlıklı insana çevrilmiştir. Çünkü işveren ve işçiden prim toplayarak ona yönelmiş, hastalıkta, kazada uğradığı zararları tazmin edeceğim diye taahhütte bulunmuş bir kurum vardır. O kurumun yerine görev yapmamanız gerekiyor. Eğer görev yapıyorsanız da bunun karşılığını almanız gerekiyor. Eğer bu kurum, çeşitli şekillerde bu görevi size ihale etmişse kesinlikle yanlıştır. Sistem yanlış kurulmuştur. O zaman oturup bunun üzerinde tartışmak lazım. Bir mühendislik yaklaşımı ile sizin nasıl davranmanız gerektiğini belirtmek istiyorum. Eğer siz beşeri bilimler dediğimiz, istediğimiz bazı mesleklerin olmaması dolayısıyla insanla ilgili tüm sorumluluğu üzerinize alırsanız ve çalışanla ilgili

verileri de ifade ettiğimiz bu veri tabanını oluşturmakta azami gayreti gösterirseniz çok önemli noktalara varabildiğinizi göreceksiniz. Bu veri tabanını oluşturmak çok zor bir şey değildir.

İşletmede, iş sağlığı yönetim sistemi denilen sistem güvenliğini bir kenara koymadan, ayırmadan, karışımına hasım olarak almadan iş sağlığının altında olması gerektiğini ifade etmeye çalışalım. Bu bir dünya görüşüdür. Eğer karşınıza her zaman işçi sağlığı ve iş güvenliği diye bu olay çıkar ise bu ikisi birbirinden ayrılıyor. İnsanlarda sağlık bilincini oluşturarak sağlığın herkesin işi olduğunu ifade edip, güvenliğin de insanın sağlığı için olduğunu ifade edelim ve daha sonra bir çatı altında toplayalım. Bunun adı da iş sağlığı olsun. İş sağlığı yönetim sistemi diye ifade edelim. Güvenliği yok edelim ki beraber çalışabilelim.

Bir iş sağlığı yönetim sisteminin yararları nelerdir? Çalışanların, toplumun sağlık risklerini minimuma indirilmesi konusunda bize çok yardımcı olur. Çalışanların eğitimi ve bilinçlendirmesinde çok yardımcı olur. Yasal ve diğer gereklerin sistemli olarak takip edilmesinde yararlı olur. İş performansının artırılmasında, çalışanın performansının artırılmasında, ekonomik kayıpların önlenmesinde ve pazarda güvenilirlik imajının sağlanmasında önemli bir rol oynar.

Genel bir sistem yaklaşımıyla bütün işletmelerde sistemcilerin veya mühendislerin bize empoze ettiği bir şey vardır. Önce politikal hesaplar. Bunda bir terslik yok. Tabii ki işletme iş sağlığı konusunda bir politika ifade etmek zorundadır. Sonra bu politikayı gerçekleştirecek araçlar gereçler planlar nedir, bunları ayarlar, sonra bunları uygular. Kontrol et, düzelt, eğer gerekiyorsa yeni politikalar sapt. Planlarda hedefler belirlenecek, yasal gerekleri belirleyeceğiz, sistemde görev analizlerini yapacağız, görev ve sorumlulukları belirleyeceğiz, acil durum planlarını yapacağız ve risk değerlendirmelerini yapacağız. Sonra bunların eğitimlerini, danışmanlık hizmetlerini sağlayacağız, kayıt sistemini ve veri tabanını oluşturacağız, acil durumları belirle ve tatbikatlarını yap, daha yüzlercesi sayılabilir. Bütün bu uygulamaların sonucunda da veri tabanını ölçüp değerlendireceksiniz. Eğer ölçüp değerlendirecek bir şeyiniz yoksa dönün her şeyi baştan gözden geçirin. Ölçme, değerlendirme bizim ülkemizin en önemli sorunu. Ölçeceğiniz, değerlendireceğiniz şeyi yaratmamışsanız sisteminizde hata vardır. O sistemi yeniden gözden geçirmeniz gerekir.

İş sağlığı politikası nasıl olmalıdır? Üst yönetimin tam katılımını belirtmelidir. Yani üst yönetim tarafından belirlenmeli ve sahiplenmelidir. İşletme faaliyetlerine ve risklerine uygun olmalıdır. Mutlaka yazılı ve tüm ilgililerin bilgisine sunulmuş olmalıdır. Çalışanlar tarafından anlaşılır, ilgili taraflara açık, periyodik olarak gözden geçirilebilen sürekli gelişebilen ve yürürlükteki mevzuatlara uygun olmalıdır.

Sistem yapısı ve sorumlulukları ifade ederken temel sorumlulukların üst yönetimde olduğunu hiç unutmayacağız. Üst yönetim aktif katılımıyla desteğini göstermelidir. İSYS ile ilgili tüm yetki ve sorumlulukları yazılı olmalıdır. Üst yönetimden bir kişi, yönetim veya yürütme kurulundan, sistemin kurulmasından, sistemin yürütülmesinden, tüm sahalarda uygulanmasından, gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla üst yönetime raporlanmasından sorumlu olmalıdır.

Sistemi kurarken sistemin finansmanı konusunda karar verebilecek bir kişiyi bu sistemin başına almaz iseniz sistem yanlış kurulmuştur. İşletmelerinizde iş sağlığı ile ilgili, işçi sağlığı ile ilgili sorumlu olan kişi personel müdürü ise veya insan kaynakları müdürü ise yanlıştır. Bu konuda yönetim sisteminin başında olan kişi mutlaka finanstan sorumlu genel müdür yardımcısı olmalıdır. Eğer o olursa ancak siz derdinizi doğru dürüst anlatabilirsiniz. Finansman konusunda karşınızdaki insanı ikna edebilir ve etkinliğini sağlayabilirsiniz.

Bu sistem içerisinde en çok üzerinde durmamız gereken şeyler nelerdir? Örneğin olası acil durumlardır. Bu sistemde olası acil durumları işlerken acaba işyeri hekiminin görevleri nelerdir diye. Bunu biraz hayal gücünüze bırakacağım; ama ilkyardım konusunda konuyu biraz açacağım. Yangın, kimyasal madde sorunları, parlama, patlama, deprem, sel, su bakını, kontrolsüz emisyonlar, iş kazaları ve diğer olası acil durumları ifade ediyoruz.

Bir acil durum planlaması yapılırken -sistem içerisinde- olası acil durumların tanımlanması gerekiyor. Ekip oluşturulması gerekiyor. Ekibin görev ve sorumluluklarının belirlenmesi gerekiyor. Acil durum ekibinin eğitimi, acil durum planlarının yapılması, dokümantasyonun hazırlanması, tatbikatlarının yapılması, tatbikatlarının değerlendirilmesi, acil durum ortaya çıkmışsa acil durum sonrası değerlendirilmelerinin yapılması ve gerekiyorsa acil durum planlarının değiştirilmesi gerekiyor.

İş kazalarında acil durum planı yaparken bazen işyeri hekimlerimizin biz hasta tedavi dışında ne görevimiz var derken; şu bile başlı başına bir problemdir. Bakınız başlayalım; ilk yardım elemanlarını belirle ve onları eğit. Tehlikeli alanlarda ilk yardım dokümantasyonunu hazırla ve olası tehlikelerde nasıl davranılması gerektiğini belirle. İlk yardım sadece tıbbi ilk yardım değildir. Endüstriyel ilk yardım diye ifade ettiğimiz, ufacak olan levhalardan, dokümantasyonlardan başlayarak son noktaya kadar giden çok büyük bir silsileyi içerir.

Kaza anında gerekli olan araç ve gereçlerini sağla, hizmete sun. Kazazedenin nereye, hangi araçlarla ulaşması gerektiğini belirle, talimat dosyalarını hazırla. Kazazedenin uğradığı kazada aldığı hasara göre gitmesi gereken sağlık kurumlarını belirle, talimat dosyalarına yol planlarını koy. Bu talimat dosyaları içerisinde hangi güzergahtan gideceklerini, ne kadar zaman alacağını, burada yapılacak olan tıbbi müdahalelerin neler olduğunu hazırla. Bu süre size hasta tedavi etmeniz için verilmemiştir. Bunu işverenlerinize çok iyi anlatmanız lazım. En önemli hedefimiz işverendir. İşveren eğitimiyle başlayacağız. Kaza tatbikatlarını düzenle, ekibin harcadığı zamanı ve performansı değerlendir, gerekiyorsa ekibi değiştir.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için sunulacak programlar: Karşınızda statik bir grup var. Gerçi son zamanlarda çok dinamik hale geldi. İşçi çıkartmalarıyla vs.leri ile... Türkiye’de en statik diyebileceğimiz grup var karşınızda. Bu gruba çok iyi eğitimler verebilirsiniz, istediğiniz şekilde eğitebilirsiniz. Bunu yapacak olan kişi de işyeri hekimleridir. Ağız-diş sağlığı eğitimi, kişisel eğitim, aile planlaması eğitimi, üreme sağlığı, ilk yardım, kişisel koruyucu, makine koruyucuları. İşçinin sağlığını korumak, geliştirmek için bu eğitimleri yapacağız diye planınızı sistemin içerisine yerleştirmeniz gerekiyor. Çevre sağlığı eğitimi, dengeli ve düzenli beslenme eğitimi, ruh sağlığı eğitimi, sigara, alkol, madde bağımlılığı eğitimi, ergonomi eğitimi, say sayabildiğin kadar...

İşletmede işe giriş muayeneleri; sadece insan için mi yapılır bu. Sistematik bir yaklaşımla, mühendislik yaklaşımıyla yöneticilerin işe giriş muayeneleri, var mı? Yok, neden olmuyor, yapılınsın. İşletmeye alınan araç ve gereçlerin işe giriş muayeneleri, makine ve araç gereçlerin ergonomik uygunluklarının saptanması, koruyucuların varlığının saptanması. İşletmeye bir makine girerken öyle bir ekip olmalı ki her yönüyle giren makinenin işletmede sağlıklı bir şekilde çalışacağını, kimseye zarar vermeyeceği şeklini ifade etmeli ve bunu kontrol etmeli. İşletme çevresinin uygunluğunun tespit edilmesi ve kullanma talimatlarının aranması gibi bir takım şeyleri ifade edebiliriz.

Periyodik muayeneler yine aynı mantıkla, makine araç ve gereçlerin periyodik muayenesi yapılmalıdır. Çalışma çevresinin periyodik muayenesi. Size öyle resimler gösteririm ki hayret edersiniz. İnanın bir keçi dahi oralarda iş yapamaz, dolaşamaz, ama insan dolaşılıyor. İşyeri uyarı afişlerinin periyodik muayenesi; üstünde yazısı okunmayan uyarı afişleri var, niye periyodik muayeneleri yapılmıyor, güncelleştirilmiyor, acaba işçinin sosyal, ekonomik durumuna uygun mu değil mi tartışılmıyor. İşletme çevresinin periyodik muayenesi, işletmenin çevreye zarar verip vermediğinin periyodik muayenesi yapılmalıdır. Koruyucu ekipmanın periyodik muayenesi diye devam ediyoruz.

İnsan sağlığını ölçme ve değerlendirmenin sistemde çok önemli olduğunu size ifade ettim. İnsan sağlığının ölçülmesi ve değerlendirilmesi, çalışma ortamının ölçülmesi ve değerlendirilmesi, sonuçların ölçülmesi ve değerlendirilmesi, sebep sonuç ilişkilerinin kurulması en önemli konularımızın başında geliyor. Eğer doğru bir veri tabanı oluştursanız, doğru sonuçları da elde etmeniz mümkündür.

İnsan sağlığını ölçerken neler yapacağız? Antropometrik ölçüler, vücut ölçüleri, biyomekanik ölçüleri, adale güç ve yeteneklerin ölçülmesi, fizyolojik ölçümler, görme, işitme keskinliğinin ölçülmesi, psikolojik ölçümler (algı-dikkatin ölçülmesi), sosyolojik ölçümler, sosyal ve ekonomik parametrelerin belirlenmesi.

Çalışma ortamının ölçülmesi değerlendirilmesi; iklimatik parametreler, gürültü, vibrasyon, termal konfor, çalışma ortamı havasındaki kimyasal maddelerin ölçümü, elektromanyetik radyasyon, partiküler radyasyon...

Risk değerlendirmesi diye bir şey ortaya atmışlar-mühendislik açısından-. Risk, tehlikeli bir durumun olma olasılığıyla doğuracağı sonuçların bileşkesidir. Riskin veri tabanında yer alması sağlanmalıdır. Biz bu değerleri eğer veri tabanımız içerisinde kullanır insanla ilgili risklerle birleştirecek, total riskler üzerinde birtakım tartışmalar yaparsak ancak o zaman doğru sonuçları alırız.

Risk nasıl yapılıyor? Risk değerlendirmesi az zararlı, zararlı, çok zararlı. Düşük olasılık, çok düşük ve yüksek olasılık. Riski alıp buralara yerleştiriyorlar, önemsiz risk, düşük risk, orta risk, yüksek risk, çok yüksek risk. Tartışıyorlar ve sonuçta çıkıyor. Peki ne yapılması gerekiyor? Çıkan risk önemsizse çalışma veya dokümantasyon gerekmez, problem bitti. Düşük riskse ek kontroller gerekmez. İşin alfabetesi. Bir risk değerlendirmesi yapıldığı zaman, sadece bir tek konuda, bir tek etkenle değil, insanın kendi risklerini de varsayarak, bütün bu riskleri insanın kendi hanesine kaydedip veri tabanını oluşturduktan sonra insanın total risklerini test ederek, ölçerek, biçerek bu şahıs acaba o iş için doğru şahıs mıdır bunun kararını vermemiz gerekir. İşyeri hekimlerinin önemli görevlerinden bir tanesidir.

Sonuçların ölçülmesi, değerlendirilmesi; iş kazası istatistikleri, hızlar, ölüm hızları, ağırlık hızları v.s. meslek hastalıkları istatistikleri aynı şekilde, devamsızlık istatistikleri ve diğer istatistikler diye sürer gider. Bunlar da

işin sonuçları. Yüzlerce parametre ve bunların sonuçlarıyla ilişkilidir. İşte sonuca vardınız, eğer onları yok ederseniz, iş kazalarını ve meslek hastalıklarını ortadan kaldırma olanağınız var.

Sebeup sonuç ilişkilerinin kurulması; nonparametrik testler, kısmi ilişki analizleri, çoklu ilişki analizleri, faktör analizleri v.s. bunların hepsini yeni işyeri hekimleri rahatlıkla yapıyorlar. Her şey bitti, sistemde bir sürü şeyi yaptık. Sonra düzeltici faaliyetlere geldik. Neler bunlar? Ne yapacak? Sebeup sonuç ilişkilerinin belirlenmesiyle iş kazası ve meslek hastalıkları sebeplerinin ortadan kaldırılması ve minimize edilmesi, kayıt sistemindeki aksaklıkların düzeltilmesi, veri tabanındaki eksikliklerin düzeltilmesi, ölçme ve değerlendirme tekniklerinin geliştirilmesi, danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi, hedeflere ulaşip, ulaşılmadığının kontrolü, sistem etkinliğinin tartışılması ve sistem geliştirme çalışmalarının yapılması, denetim faaliyetlerinin geliştirilmesi, dokümantasyonun gözden geçirilmesi ve düzeltilmesi, yönetim sisteminin elamanları arasındaki iletişimin gözden geçirilmesi ve düzeltilmesi, sistemin uygunluğu, yeterli etkinliği kesinlikle tartışılmalı ve eğer gerekiyorsa yeni sistemler konusunda karar verilmelidir. Bu sistem bizim için çok önemli sistemdir. Bu sistemin adını gelin hep beraber iş sağlığı yönetim sistemi diye empoze edelim. Çok zorlanıyorsa iş sağlığı ve güvenliği diyelim. Ama güvenlik ayrılmaz diyorum, işin içine girsin, beraberce bu işi kotaralım, bitirelim, yani mühendislerle birlikte çalışalım. Çünkü eğer karşınızda bir grup oluştursanız daha başarılı oluruz. İçimizde değerli arkadaşlar var. İşte Ereğli Demir Çelik'ten arkadaşlarımız var. Diğerleri, 35 kişilik bir İş Emniyet Dairesi var. Bu tür şeyleri ifade ediyoruz. Yanlış ifade etmek istemem. 35 kişilik İş Emniyet Dairesi bir başka tarafta, bir o kadar kurum hastanesi de başka tarafta. Acaba kendi bilgilerini kullanıyorlar mı? Bu soruyu herhalde kafalarından geçirdiler. Ama mutlaka yapılması gereken şey, beraber hareket. Söyleyeceğim birkaç şey daha var ama sorularda üzerinde dururum. Şimdilik burada kesiyorum.

Prof. Dr. Remzi AYGÜN: Teşekkür ederim. Sanıyorum geçen zamanımızı değerlendirdik. Şimdi normal programımıza devam edebiliriz. Sorular varsa yazılı olarak bekliyoruz demiştik. Bu konu ile ilgili olarak katkısı olacak arkadaş varsa önce onları alalım. Söz almak isteyen varsa. Buyurun önce kendinizi tanıttın lütfen.

Dr. Orhan KARAKUŞ: Entek şirketi olarak söylüyorum. Risk yönetimi konusu sandığım kadarıyla oldukça mühendisliği ilgilendiren bir konu. Çünkü parametrik olarak ölçüm değerlendirmelerinin çok iyi eğitilmesi gereken bir konu. Esasında bence bu günlerin esas tüm şeyi burası, tartışılan konuların birçoğu tartışılmalıydı ama, şurası çok çok önemli ve çok kısa size kalan dönem çok kısa seçilmiş. Bence her şey buydu. Çünkü risk yönetimi konusu ne tıp fakültelerinde öğretilir, ne de çok yakın zamana kadar, 15 yıl öncesine kadar mühendislik fakültelerinde bile okutulmuyordu. Risk yönetimi konusunda bir mühendislik alanı olarak hekim bu konuda kendisi eğitimsizken kendisini nasıl eğitecek yollar bulabilir. Bu konuda bir yardımınızı istiyorum.

Prof. Dr. Hilmi SABUNCU: Risk yönetimi konusunda hekimin-sadece çevre açısından söylüyorum - kendisini eğitmeye ihtiyacı olmayabilir. Eğer şu koleverasyon, şu birliktelik kurulabilir ise hekimin çok önemli değerlendirebileceği bir başka konu vardır. İnsan konusu var. İnsandan gelebilecek riskler konusu vardır. Mühendislik bilimlerinin göz ardı ettiği de bu. Sadece çevrede risk değerlendirmesi yaparak problemleri çözmek mümkün değildir. Orada bir insan var, insanın da riskleri vardır. İnsanın hastalıkları, bağımlılıkları, kullandığı ilaçları, antropometrik ölçümleri var. Bunları hekim değerlendirir de eğer aynı veri tabanı üzerinde bir araya gelebilirseniz sizin risk değerlendirmeniz ile hekimin insanla değerlendirmeleri bir araya gelebilirse çok önemli sonuçlar alabilirsiniz. Sağlığın ölçülmesi değerlendirmesi, toplumun sağlık kapasitesinin ölçülmesi, değerlendirilmesi bizim çok önemli konularımızdan bir tanesi. Size çok kabaca bir değer vermek istiyorum. 1974 yılında bir petrol krizi olmuştu. Bu petrol krizi sırasında hastalık devamsızlıkları normal olarak kışın daha fazla olduğu, bütün senelerde görülmesine rağmen şubat ayında işçiye zorunlu izin verildiği için sadece o yıla has yaz aylarında hastalık devamsızlıklarının daha fazla olduğu görüldü. Çünkü bunu siz ölçüp, değerlendirip ortaya koyduktan sonra neden acaba işçi yazın hastalık devamsızlığı yaptı. Yani yaz ishalleri ya da kolera mı oldu, ne oldu. Eğer işçinin sosyal ve kültürel durumunu bilmezseniz, yazın toprağa bağlı olduğunu bilmezseniz, bütün kışlık yiyeceğinin gidip memleketinden aldığını bilmez, zorla ona kışın izin verirsiniz, yazın yalancı hastalık devamsızlıkları dediğimiz, hastalık devamsızlıklarını yapmak zorundadır. Bütün milli maçlarda erkek işçilerin fazla miktarda hastalandıkları ortaya çıkar. İngiltere'de yapılan araştırmalar bunu gösteriyor. Bütün milli maçlarda İngiliz erkek işçilerin hep hastalandıkları görülmüştür, aynı günlere rast gelerek. Bu bir sosyal olgu, bunu ortaya koymak gerekiyor. Değerlendirmeler bizim için çok önemlidir. Bu değerlendirmeler de ortaklaşa oluşturduğumuz veri tabanından elde ettiğimiz değerlerle mümkündür. Başka türlü de mümkün değildir.

Konuşmacı : Hekimlerin risk değerlendirmesinde nerede olduklarına bir açıklık getirmek lazım. İnsan sistem için bir tehlike unsuru olabilir. Gıda sektöründe böyle bir şey söz konusu olabilir. Yani portör olarak ya da hijyenine dikkat etmeyen bir çalışan olarak o işletmenin ürün güvenliğini tehdit edebilir. Bu açıdan risk değerlendirmesini alabilirsiniz. Ama işletmelerde yapılacak risk değerlendirmesinin içinde hekimler yoktur ya da

rolleri, ağırlıkları düşüktür anlamına gelebilecek bir anlayış doğru olmaz. Biz neyi istemiyoruz? Kazalar olmasın, kazalara bağlı maluliyet olmasın, işe bağlı hastalık sorunu olmasın. Kimin, hangi maruziyet sonucunda, nasıl bir sağlık problemiyle karşılaşacağını öngörebilmek hekimlerin işidir. Fakat güçlüğüümüz şurada, siz bir öngöründe bulunabilmeniz için şu iki dataya sahip olmak zorundasınız. 1-Toksikolojik verilere ihtiyaç var. 2-Epidemiyolojik verilere ihtiyaç var. Şu kadar solvent fuarına şu kadar saat maruz kalan adamdan ne beklersin. Üstelik mühendislerin işinden daha karışık çünkü siz belli bir termal koşulda, şu metalin hangi yanıtları verebileceğinin daha matematiksel bir kesinlikle ifade edebilirsiniz. Ama belirli bir insan topluluğunu, belli bir maruziyete nasıl bir yanıt vereceğini -elinizde ciddi epidemiyolojik veriler yoksa- kararlaştıramazsınız. Toksikolojik veriler kısmi olarak evrensel olabilir. Amerika'da yapılmış bir toksikoloji çalışması size veri sağlayabilir ama siz ülkenizin epidemiyolojik verilerine sahip değilseniz risk değerlendirmesinde sorunlarla karşılaşsınız. Buradaki asıl problem hangi veriyi toplayacağız, veri güvenliğimiz ne olacak. Belki böyle oturumlarda tartışmayı bu noktaya odaklayarak, buna daha mesleki bir içerik yükleyerek daha iyi mesafeler alabiliriz. Teşekkür ederim.

Konuşmacı : Bu konuda birşeyin adının konulması gerektiğini düşünüyorum.

İşçi sağlığı epidemiyolog kavramına geçmeden, işyeri hekimi ölçeğini aşmadan, işyerinde ve işyeri hekiminin aşabileceği sorunları düşünmüyorum. Mutlaka iş kollarına göre, sektörlerle göre, sendikaların da içinde olduğu bu işçi sağlığı alanındaki kurumların yapılarında verilere ulaşılabilir. Verilerin değerlendirildiği bu işçi sağlığının epidemiyolojisinin var olması gerekiyor. Bugün sağlık ocakları gebe ve bebek beklentilerini biliyor ve bunların hesabı sorulabiliyor. Ama işçi sağlığı alanında beklentiler, Türkiye'ye özgü beklentiler, sektöre özgü beklentiler ne kadar meslek hastalığı olması lazım, ne kadar ne olması lazım, beklentiler bilinmiyor. İşyeri hekimi de bu bilinmeyen beklentiler üzerinde kendini ölçüp değerlendiremiyor. Bunları ortaya koyacak olan kişi de işçi sağlığı epidemiyologudur. Bu olmadan işyeri hekimlerinin önlerini görmesi mümkün değildir.

Konuşmacı : Epidemiyoloji istatistikten önce gelen çok önemli bir konumuzdur. İstatistik bir yöntem, bir araç. Herkes çok kolay bir şekilde istatistiğe ulaşabilir. Bunu kullanabilir. Ama onu nasıl kullanacağını bir epidemiyolog tayin eder. Ama işletmelerde işyeri hekiminin üstüne böylesi bir şeyi yüklemek, yani bunun epidemiyolojisini çıkarsın, karar versin diye bir şey yüklemek birazcık lüks olur. Biz bu verilere artık iletişim araçlarıyla, internet aracılığıyla bir yerlere gönderip geri alabiliyoruz. Hiçbir şekilde istediğiniz şeyleri ifade ederek örneğin; Tabip Odası ya da başka bir yere bir mail mesafesinde verilerinizi gönderirsiniz, 1 saat sonra raporlandırılmış şekilde alırsınız. Böyle uzman kuruluşlar var. Dolayısıyla işyeri hekiminin mutlaka epidemiyoloji bilgisi olmalıdır ama mutlaka epidemiyoloji bilmelidir, uygulamalıdır, istatistikleri yapmalıdır demek çok büyük bir yükür. Veri tabanının oluşmasında gayret sarf etmesi çok daha önemlidir. İnsanla ilgili parametreleri mümkün olduğunca o taban içine sokup, yararlı hale getirmesi daha önemlidir.

Salondan : İşyeri hekimleriyle birlikte çalışması gerekli olan iş güvenliği uzmanının karşılığı iş hijyenisti midir ?

Prof.Dr. Hilmi SABUNCU: Bizim yaşamızda aslında iş güvenliği uzmanı da yok. Bizim yaşamızda iş güvenliği elemanı ve iş güvenliği şefi vardır. Diğer mesleki odalar temsilcilerinin ifade ettiği şeyler iş güvenliği uzmanı diye ifade ediyorlar. Sağlıkçı işçinin içerisinde hem güvenlik hem de sağlık eğitimi veriliyor. Mühendislik tabanı üzerine lisans eğitimi almış bir kişiye hem sağlık hem güvenlik konusunda yani hem hijyen konusunda hem güvenlik konusunda ek bilgilerin verilmesi o kişinin iyi bir şekilde yetişmesini sağlayabilir. TTB'nin yapmış olduğu şu kurslar bir tanı tedavi kursu değildir. Tamamen işyeri hekiminin genel bilgilerini tamamlayan, onlara sosyal politikayı, işçi eğitimini veren bir eğitim modelidir. Acaba şu yapılabilir mi? Bunu diğer meslek odalarına da açıp, iş güvenliği uzmanları için de bu eğitimden yararlanabilir denmesi acaba çok mu iddialı olur. Olayı biraz provake edeceğini düşünerek bunun yapılmasını düşünüyorum. Bu eğitim, mühendisler için de geçerlidir. Mühendis gelir eğitimini alır ve diğer meslek odalarını provake etmiş ve iş güvenliği uzmanının görev ve sorumluluklarını bildirir yönetmeliğin bir an önce de ortaya çıkmasını sağlamış oluruz. Onlara bunu açmak lazım.

İŞYERİ SAĞLIK BİRİMLERİNİN ETKİNLİĞİ VE GELECEĞİ

Konuşmacı: Dr. Haluk BAŞÇIL

(İş Sağlığı Bilim Uzmanı, TTB İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Kolu Başkanı)

Prof.Dr. Remzi AYGÜN: Birinci kısmı bitirdik.İkinci kısımımıza geçiyoruz.Dr. Haluk Başçıl Bey bize Türk Tabipler Birliği İşçi Sağlığı,İşyeri Hekimliği Kolu temsilcisi olarak iş yeri sağlık birimleri etkinliği ve geleceği konusunda sunuda bulunacak.

Dr. Haluk BAŞÇIL: Konu, İşyeri sağlık birimlerinin etkinliği ve geleceği.Kısa bir hatırlatma ile başlamak istiyorum TTB'nin 1988 yılında başlatmış olduğu işyeri hekimliği sertifika eğitimleriyle beraber geniş bir hekim kesimini bu doğrultuda eğitmiş ve yine yasaların öngördüğü doğrultuda 50'den fazla işçi çalıştıran işyerlerine işyeri hekimi bulundurulma yükümlülüğünün üzerine gitmiş ve bu doğrultuda işyerlerinde işyeri hekimliği uygulamalarının kapısını açmıştır. Yaklaşık 13-14 yıldır süren bu çalışmanın sonucunda 50'den fazla işçi çalıştıran işyerlerinde, işyeri hekimliği hizmetleri konusunda önemli bir mesafe kat edilmiştir. Ama dönüp baktığımızda karşılaştığımız diğer bir paradoks ortaya çıkmıştır. İşyeri hekiminin faaliyetliliği, ağırlıklı olarak iş yeri hekiminin kendi bireysel etkinliği ve çabaları doğrultusunda gittiği görülmektedir.Halbuki yasada da öngörüldüğü üzere 50'den fazla işçi çalıştıran tüm iş yerlerinde iş yeri sağlık biriminin oluşturulması öngörülmektedir. İş yeri sağlık birimi dediğimizde bir kurumsal yapıyı ifade etmekteyiz. Ancak bir kurumsal yapı kurumsal bir faaliyetliliği sürekli olarak sürdürebilir. Kurumsal yapının dışında ağırlıklı olarak bireysel çalışma tarzı üzerinden gidildiğinde iş yeri hekimi etkinliğinin kişinin performansına bağlı olarak büyük değişiklikler göstereceği açıktır. Bu anlamıyla önümüzdeki süreçte işyeri sağlık birimlerini kurumsal yapılar haline dönüştürülmesi büyük önem taşımaktadır. İşyeri sağlık servisleri, yasanın da öngördüğü gibi, disiplinin de öngördüğü gibi aktif nüfusun, çalışanların işe giriş muayenelerinden periyodik muayenelerine, oradan biyolojik verilerin izlenmesine kadar geniş bir bilgiyi derleyip toplama imkanına sahip yaygın yapılanmalardır. Bu yapılanmaların oluşturduğu bilgilerin ülkedeki genel sağlık politikası içerisinde yer alması, ülkedeki sağlık sorunlarının çözümünde önemli bir işlevi vardır. Bu doğrultuda sağlık örgütlenmelerinin harekete geçirilmesi, ayrıca tedavi hizmetlerinin de bu konuda bağlantısının oluşturulması ülkedeki sağlık politikaları açısından büyük önem taşımaktadır. O nedenle iş yeri sağlık birimleri gerçekten ülkedeki sağlık politikalarının belirlenmesinde anlamlı birer birimdirler.

İşyeri sağlık servislerinin örgütlenmesi, ülkemizde olduğu gibi diğer ülkelerde de ülkede var olan ihtiyaçlarla yakından ilişkilidir. Buna bağlı olarak da örgütlenmelerinde çeşitli farklılıklar vardır. Bu farklılıklar koruyucu sağlık hizmetlerinden tedavi hizmetlerine kadar bir yelpaze içerisinde çeşitlilik göstermektedir. Bu anlamıyla da bu birimlerin faaliyetliliği ülkedeki genel sağlık politikasının yanı sıra bunun örgütlenmesi ve yürütülmesiyle yakından ilişkilidir ve birlikte ele alınması gerekmektedir. İşyeri sağlık servislerinin örgütlenme metotlarına baktığımızda, ülkemizde de olduğu gibi ağırlıklı olarak yasal zorunluluk temelinde gitmektedir. Bazı ülkelerde ise daha çok sosyal tarafların bir araya gelerek birlikte çalışabilme imkanlarını buldukları ülkelerde yasal zorunluluğun dışında ortak işbirliği ve anlayış doğrultusunda çözülmektedir. Yasal zorunluluk ülkemizde olduğu gibi 50'den fazla işçi çalıştıran iş yerlerinde o iş yerine ait özerk bir iş yeri sağlık servisinin oluşturulması öngörülmektedir. Yine yasa da zorunluluk olmamasına rağmen diğer bir çok ülkede de olduğu gibi 50'den aşağı işçi çalıştıran işyerlerinin bir araya gelerek ortak sağlık birimlerinin oluşturulması öngörülmüştür.

Asli işyeri hekiminin görevi, koruyucu sağlık hizmetidir. İşyeri sağlık biriminin etkinliği zaten işyeri hekiminin ön görülen koruyucu sağlık hizmetlerinden tıbbi görevlerine, kayıt ve istatistiğe diğer servislerle ilişkisine kadar belirlenen tanımlama zeminindedir. Tedavi hizmetleri ise ülkelerde çeşitli farklılıklar göstermektedir. Üstleneceği bu tedavi hizmetlerinin ne düzeyde ve ne ağırlıkta olacağı o ülkedeki tedavi hizmetlerinin etkinliğine, yaygınlığına yakın şekilde bağlı olduğu gibi aynı zamanda bu doğrultuda ülkede oluşmuş toplumsal bilinçle de yakından ilgilidir. Dolayısıyla çalışanların sağlıklarının önemi kavramaları ve bunun işyerinin de yararına olduğunun bilince çıkmasıyla işyeri sağlık servisleri genel koruyu servis önlemlerine yönelmektedir. TTB'nin yürütmüş olduğu sürekli eğitim çerçevesinde B tipi kurslarında, aktif çalışan hekimlerle grup çalışmalarında ihtiyaç hissettikleri, kendilerinin de belirledikleri konu başlıkları doğrultusundaki tartışmalarda işyeri hekimliği servislerine yönelik ihtiyaçları şu şekilde özetleyebiliriz: Arkadaşlar, ağırlıklı olarak işyeri sağlık birimlerini standartlara uygun hale getirilmesini istemektedir. Aslında bu standart bizim yönetmelikte belirlenmesine rağmen fiiliyatta bu belirlenmeye uygun bir durumun olmadığı görülmektedir. Yardımcı sağlık personel yeterliliğinden, hemşire, sağlık memuru, ilk yardım elemanı, tıbbi sekretere kadar yönetmelikte de ifade edilen personelin olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla bir işyeri sağlık birimini oluşturacak olan personel, mekan ve tıbbi cihazların yeterince bulunmadığı görülmektedir. Küçük ve yeni işyeri hekimi istihdam eden bu yapılan-

malarda iş yeri hekimlerinin çalışmalarını sürdürecekları mekanların olmadığı, yetersiz olduğu veya başka bir faaliyet için ayrılmış olan mekanları ortak kullandıkları görülmektedir. Bu doğrultuda da işyeri hekimliği uygulanan standart haline getirilmesi ve işyeri hekimliğinde kurumsallaşmanın sağlanmasının yararlı olacağını ifade etmişlerdir. İşverenin işyeri hekimliğinin çalışmalarına bakışı konusunda, yine hekimlerin ağırlıklı olarak, işverenin, işyeri hekimini, kendisini cezaî sorumluluklardan kurtaracak yasal bir zorunluluk olarak değerlendirdiğini ifade etmektedir. Diğer şekilde de çoğu işyeri sahibi, iş yeri hekimliği konusunda yeterli bilgi sahibi olmadığı ve bu durumun da iş yeri hekimliğinin koruyucu sağlık hizmetleri doğrultusundaki çalışmalarının önemli ölçüde zafiyete uğrattığı, engellediği ifade edilmektedir. İş yeri hekimi, tedavi edici hizmetlerin karşılanması amacıyla, iş günü ve iş gücü kaybının giderilmesi doğrultusunda ele alındığı ifade edilmektedir. Hekim arkadaşlarımız, yönetmelikte öngörülen ile pratik uygulamaları mukayese ettiklerinde, ağırlıklı olarak iş yeri hekiminin koruyucu sağlık hizmetlerinin birinci plana çıkarılmasını ifade etmektedirler. Koruyuculuk hizmetinden başka bir iş yapmadan karşılaştıkları rahatsızlığı ve bunun dışına da çıkacak yönetmelikte de öngörülen tıbbi teknik görevlerin yerine getirilmesi esnasında gerek idari gerek politik olarak çeşitli zorluklarla karşılaştıklarını ifade etmektedirler. İşyeri hekimi, işyeriyle yaptığı sözleşmede belirtilen saatlerde işyerinde bulunmadığı ve bunun da önemli bir zafiyet olduğu ifade edilmektedir. İşyeri hekimliğinin eğitim yetersizliği de iş yeri hekimliği faaliyetlerinin etkin hale gelmesi ve kurumsal hale dönüştürülmesinde önemli handikaplar oluşturmaktadır. Bu önemle arkadaşlarımız koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmesinin yetersiz olduğunu, koruyucu hekimlik, durum saptaması, risk değerlendirmelerinin yapılması, işçi eğitimi yeterince yapamadıklarını ifade etmişlerdir. İşyeri hekimleriyle bir araya geldiğimizde, işyeri sağlık birimlerinin etkinliğinin, koruyucu tedavi hizmetlerinin bir arada yürütülmesinin olumlu ve olumsuz yanları bulunmaktadır. Nasıl bizim ülkemizde yaşayarak hissettiğimiz bu olay bir başka ülkede de yaşanmış ve bu yaşanmışlıklar sonucunda çeşitli tartışmalarla belli bir noktaya doğru çevrilmiştir. İki hizmetin bir arada yürütülmesi tartışmaları genelde iki boyutta gitmektedir. Bunlardan bir tanesi, eğer iş yeri sağlık servisi tedavi hizmeti verdiğinde işyerindeki koruyucu sağlık hizmetlerini, işyerindeki risk faktörlerini, sağlığı bozucu faktörleri yakinen bildiğinden tedavi hizmetiyle de bunun arasındaki ilişkiyi rahatlıkla kurabilmekte ve bir bütünsellik sağlanmaktadır. Ancak burada karşılaşılan sorun, tedavi hizmetine girildiği her noktada tedavi hizmetinin ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmetlerini örtmeye başladığı ve onun alanını hızlı bir şekilde işgal ettiği görülmektedir. Bu sorunun çözülmesi doğrultusunda bazı ülkeler, işyeri hekiminin çalışmalarını tamamıyla koruyucu hekimlikle sınırlandırmıştır. Örneğin Fransa'da işyeri hekimlerinin reçete yazma yetkisi yoktur. Ancak böyle bir önlem ile koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana alınmasına çalışılmıştır. Bu takdirde de diğer bir yan eksik görülmektedir. Sağlığın korunmasındaki bütünselliğin bozulduğu iddiaları yine işyerinde çalışanların beklentilerine yeterince cevap verilemediği ve tedavi hizmetleriyle koruyucu sağlık hizmetleri arasında koordinasyonun sağlanamadığı görülmektedir. Yurt dışında işyeri hekimlerinin tedavi hizmetlerini yapmalarında değişik tartışma noktaları da vardır. Bu tartışma noktalarından bir tanesi, işyeri hekimi ağırlıklı olarak tedavi hizmetlerini sürdürdüğü noktada, serbest çalışan hekimler kendilerine karşı haksız bir rekabetin yapıldığını ifade etmektedir. Genel sağlık sigortası çerçevesinde işçi, çalışan hekimi serbestçe seçip, istediği hekimde sağlık çerçevesi içinde muayene imkanına sahip olduğunda ve bu olay işyerlerine taşındığında dışarıda serbest olarak çalışan hekimler kendileri açısından oldukça haksız konumun oluştuğunu iddia etmektedir. İşveren tedavi edici hizmet doğrultusunda prim ödemektedir. Dolayısıyla işyerinde de tedavi edici hizmetin yeniden sürdürülmesi ve yasada öngörülen koruyucu hizmet yerine bunun yapılması onu çift ödeme noktasına getirmektedir. Diğer bir nokta da, sağlık sigortaları kuruluşları açısından, sigorta şirketleri tedavi hizmetlerini ödemeye başladığı her noktada bu sefer de tedavi giderlerinin doğrultusunda bu sağlık servislerini denetleme ve buraya müdahil olma taleplerini gündeme getirmektedir. Bu da işyeri açısından diğer bir soruna yol açmaktadır. Kısaca, tedavi hizmetlerine yönelik olarak faaliyet gösteren işyeri hekimi servislerinin rolü ülkedeki yasal düzenlemenin yanı sıra gerçekten de sağlık örgütlenmesinin yaygınlığı, etkinliğiyle doğrudan ilişkilidir.

Sosyal güvenlik kuruluşu ve koruyucu sağlık hizmetleri ilişkisine baktığımızda; bazı ülkelerde sosyal güvenlik kuruluşları, işyeri sağlık biriminin çalışmasından, örgütlenmesinden ve finansmanından sorumludur. Latin Amerika ülkelerinde bu şekilde bir yapılanma görülmektedir. Ayrıca işçilere sağlık hizmeti ve tedavisini verecek sağlık birimlerinin de oluşturulduğu, bir çok ülkede de sosyal güvenlik kuruluşunun oluşturduğu koruyucu sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşları etkin bir şekilde meslek risklerine karşı korunma programlarını bizzat oluşturmakta ve izlemektedirler.

Bizim önemli bir sorunumuz da işyeri ortak sağlık birimleri. İşyeri ortak sağlık birimlerine ilişkin olarak bu sadece ülkemizde değil tüm ülkelerde sıkıntılı bir yapılanmayı oluşturmaktadır. Bu yapılanma küçük işyerlerinde kendilerine ayrılmış bir odayı ya da bu olmadığı takdirde mobil bir araç vasıtasıyla bu hizmeti sağladığı görülüyor. Yine aynı zamanda bu mobil servisler, uzak işyerlerinde ya da geniş alana yayılmış işyerlerinin bulunduğu bölgelerde sürekli hareket halinde hizmet vermekte, aynı zamanda bunlar gezici laboratuvar araçları vasıtasıyla

tıbbi teknik görevlerinin yerine getirilmesi ihtiyacını karşılamaktadır. Bu küçük işyerleri finans zorlukları nedeniyle Japonya gibi gelişmiş ve finans açısından güçlü bir ülkede dahi bu faaliyetliliklerin devlet tarafından desteklendiği görülmektedir. Küçük işyerleriyle ilgili olarak ülkemizdeki 50'den az işçi çalıştıran iş yerleri, gerek sayı açısından gerek çalıştıran açısından en büyük bölümü oluşturmaktadır. 50'den az işçi çalıştıran işyerlerinde tabloda genelde risklere maruziyet, iş kazaları, meslek hastalıklarının olduğu en yüksek kesim bu kesimdir. Kaza ve hastalıklardan korunmanın da en az olduğu işyerleri de burasıdır. İşçi sirkülasyonu oldukça hızlıdır. Çok sayıda sigortasız işçi ve çocuk çalıştıranlar vardır. Özellikle organize sanayi bölgelerinde yaptırılan işler, yürütülen etkinlik, ağır ve tehlikeli işler tüzüğüne dahil olmakta; işyerleri çok geniş bir alana dağılmış, çok farklı iş kollarının bir arada bulunması da diğer bir handikap oluşturmaktadır. Yine burada çalışma süreleri uzun ve yasal düzenlemelerin üstünde olduğu görülmekte ve önemli sorunların kaynağını teşkil etmektedir. Ayrıca bu küçük işyerlerinin iş tekniklerine yönelik teknik bilgilere ulaşmada oldukça güçlükleri vardır. Rehberlik hizmetleri alabilmeleri oldukça sınırlıdır. Ekonomik sıkıntıları nedeniyle bu konudaki her türlü faaliyete ve harcamaya yatkın değildirler. Yine işverenler, koruyucu, kontrol edici, işçi sağlığı kavramına yabancı ve bunun da kendilerine neye yol açtığına da yeterince farkında değildirler. Bu kesimde eğitim ve bilinç olayı oldukça düşük, sağlığa ilgili talepleri de sınırlıdır. Aynı zamanda da ulusal ölçekte bu işyerlerinde kamu denetimi çok az ya da oldukça sınırlıdır. Somut bir veri üzerinden gitmek gerekirse, Adana bölgesinde yapılan bir çalışmada, Adana'da 50'den aşağı işçi çalıştıran işyerlerinde, ülkemizde derli toplu bulunduğu birimler, organize sanayi bölgeleri ve sanayi siteleridir. Buralardan yola çıkarak yaptığımız bir araştırmada; Hacı Sabancı organize sanayi bölgesinde 50'den az işçi çalıştıran işyeri sayısı 121, işyeri sayısı 200, çalışan 7138 kişidir. Sanayi sitelerinde metal sanayiinde; 800 işyerinde 5000 işçinin çalıştığı, diğer işyerlerindeki işçi sayısı tespit edilememekle beraber işyeri sayısı açısından oldukça bir yekün tutmaktadır.

Organize ve sanayi sitelerine baktığımızda burada işyeri sağlık hizmetleri nasıl bir çerçevede ele alındığını, resmi kuruluşlar açısından baktığımızda burada SSK sağlık istasyonu, işçi sağlığı dispanseri, Sağlık Bakanlığı evi, sağlık ocağı, 112'nin görev yaptığı merkez gibi yapılanmaların olduğu ve bu yapılanmaların, yasanın da öngördüğü işyeri hekimi hizmetlerinin dışında ağırlıklı olarak tedavi hizmetleri yaptığı görülmektedir.

Özel kuruluşlar ise ağırlıklı olarak yalnızca tedavi hizmeti veren polikliniklerin görüldüğü ya da tedavi hizmetinin yanı sıra yasal formalitenin tamamlanması adına işe giriş, periyodik muayene veren tüzel yapılanmalar, mobil sağlık hizmeti sunan şirket, vakıf ve diğer hizmetlerin hareket alanı içerisinde olduğu görülmektedir. Bu faaliyetlilik hiçbir şekilde standardizasyondan, kayıt, takip ve denetim çalışmalarından uzaktır.

İşyeri ortak sağlık birimi çalışmalarının; gerçi dün işçi sağlığı güvenliği daire başkanlığı bu sınırın kaldırılacağını, dolayısıyla tüm işyerlerinin işyeri hekimliği hizmet kapsamı alanı içerisine gireceğini ifade etti. Umarız bu gerçekleşir. Böylelikle tüm işyerleri bir şemsiye altında toplanarak ortak sağlık birimi oluşturabilmenin yolu da daha kolay bir şekilde açılabilir.

Finansmanla ilgili olarak bizim yasal düzenlememizde de yönetmeliğimizde de bu belirtilmiştir. İlk önce işyeri ortak sağlık birimleriyle ilgili olarak söylenmesi gereken şey, bu birimlerin hiçbir şekilde kar amacı gütmeyen kuruluşlar olması gerekmektedir. Yine yurtdışından bir örnek vermek gerekirse Fransa'daki işyeri ortak sağlık birimleri bir nevi dernek tüzel kişiliğinde olup, hiçbir şekilde kar amacı yoktur. Tamamıyla hizmete yönelik bir faaliyet göstermektedir. Bunlarda finansmanı da yasaları işverenlere işçi sağlığını koruma yükümlülüğü çerçevesinde bu giderlerin işveren tarafından karşılanması şeklinde belirlenmiştir. Yine işyeri ortak sağlık birimlerinin yönetmelikte de belirtildiği üzere bu giderlerin işveren tarafından karşılanma biçimi de o işyerinin bulundurduğu işçi sayısı ile ilişkilendirilmiştir. İşyeri sağlık birimlerinin giderleri, yapmış olduğu çalışmalarla doğrudan ilişkilidir. Eğer bu çalışmalara tedavi hizmetlerini de kattığınız ölçüde de bu masrafın arttığı görülmektedir.

Dr. Emel ÖZCAN (İstanbul Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı) : Belki ülkemiz için lüks ve yasalar da buna elvermiyor ama dışarıda olan çalışmalardan bahsetmek istiyorum. İşyerinde sağlık hizmeti veren kurumlara iskelet sistemi hastalıkları rehabilitasyon ünitelerinin eklenmesiyle yeni modeller geliştirilmiş ve bunların maliyet etkinlikleri gösterilmiştir. Volvo Otomobil Fabrikası'nın bir çalışması var. Bu konuda uzun süre izlemeli çalışanlarını. Özellikle 2. ve 3. basamak rehabilitasyon hizmetleri, korunma eğitimine yönelik ve sakatlanan işçiyi mümkün olduğu kadar erken işe döndürmeye yönelik rehabilitasyon programları konusunda.

Dr. Gönül MALAT : Yıllara dayalı işyeri hekimliği alanındaki tecrübelerime dayanarak söylemek istiyorum. Gerçekten en büyük sorun, koruyucu hekimlik hizmetleriyle tedavi edici hizmetler arasındaki anlayış. İşverenin bakışındaki sadece tedavi edici hizmetlere yönelik bizim orada oluşumuzu gözlemliyoruz. İşyeri hekimi olarak bizim işyerilerindeki görevimiz; koruyucu hekimlik uygulamalarını en iyi şekilde yapmak. Ama ülkemizin genel yapısı doğrultusunda tedavi edici hekimliği bir kenara bırakmak çok uygun gibi gelmi-

yor.Hatta etik bile değil. Çünkü her şeyden önce işyerini bilen, işyerini tanıyan ve o işyerindeki etkenlerden hastalığın oluşabileceğini ve dolayısıyla yapabileceğimiz tedaviyi yapacak olan bizleriz. Bu sadece SSK'nın bize yüklediği bir görevdir. Ama yine de koruyucu hekimlik başta olmak üzere, en çok zamanımızı ona ayırmak üzere, kesinlikle uygulama alanını öyle yorumlayarak ama arkasından da tedavi edici hekimliği de bırakmadan, en azından ön tanı, erken tanı ve erken tedavi amacıyla yapmamız gerektiğini düşünüyorum.

Dr. Haluk BAŞÇIL: Bu tartışmaların sadece ülkemizde değil diğer ülkelerde de yaşandığını ve bu yaşanma karşısındaki eğilimleri ortaya koymaya çalıştım.

Dr. Burhanettin AYDOĞAN: 50 ile 200 işçi çalıştıran işyerlerinin, işyeri hekimi tutmama konusunda böyle bir dirençleri var. Bu zorunluluğa rağmen ve bu dirençleri aşmak biraz zor. 50'nin altında işçi çalıştıran işyerleri için de böyle bir çalışma getirileceği söz ediliyor. Bu, hayatla ne kadar bağdaşır, ne kadar yaşama geçirilebilir. Bu benim için bir soru işareti. Bir diğer konu, ağır ve tehlikeli işlerde çalışacaklara dair raporlar, 50'nin altı-üstü denmeden tüm işyerlerinin bulundurulması ve çalışanlarına uygulaması gereken bir rapor zorunluluğu. Ancak yapılan çalışmalarda 50'nin altındaki işyerlerinde yaklaşık %7 oranında böyle bir raporun alındığına ve uygulandığına dair bir bilgi var. Bu da işler acısı bir tablo. Acaba bundan sonraki iş yeri hekimi alanındaki bu sıkıntılardan yola çıkarak nasıl bir örgütlenme modeli ortaya çıkarabiliriz. Yasaların uygulanmamasına rağmen ne ile bu konuyu aşabiliriz ve hem nitelik, hem de nicelik anlamında işçi sağlığını bir üst basamağa getirebiliriz.

Dr. Haluk BAŞÇIL: 10 yıl içinde, iyi kötü işyeri sağlık birimi nedir anlayışını biraz olgunlaştıran ve kurumsallaştıran işletmeler var. Deneyimli, tam gün istihdamlı hekimler var, sağlık personeli var. Göreceli olarak Türkiye'de en iyi biçimde koruyucu sağlık servis hizmeti veren, veri toplayan, bunları istifleme yapıp işleyen, raporlayan böyle örnekler var. Diğer taraftan da, özellikle organize sanayii ya da küçük sanayi sitelerinde hiçbir şekilde organize olmamış, hiçbir standarda uymayan, hiçbir kalıba sokulmayacak çok dağınık bir dizi iş var. Model olabilecek yerleri tehdit edebilen yeni bir gelişme var. Özellikle işletmelerde moda olan bir takım servisleri outsource etme, başka uzman işletmelere yaptırarak maliyet tasarrufu yapma eğilimlerinden beslenen bir yaklaşım var. İşyeri sağlık birimlerine destek hizmeti sağlayan mobil servisler organize ediyorlar. Bunların standartları belirlenirse son derece gerekli olan budur; bu kısmını tartışmıyorum. Ama yeni trend şu; bu arkadaşlar düzgün model üretmiş, iyi modellere de yaklaşarak, oraları da giderek böyle bir teklif getiriyorlar. Burada hekim, hemşire istihdam ediyorsunuz, ambulans satın alıyorsunuz, bir dizi masrafınız var. Bütün bu servisi paket olarak size dışarıdan sağlayıp satalım, siz bu işin sorumluluğundan çıkın. Bu anlama gelecek tarzda bir yaklaşım var. Geleceğini işyeri hekimliğinde gören, kendini işyeri hekimliği misyonu içinde tanımlayan ve işyeri hekimliği pozisyonunun işyeri sağlık birimi konsepti içinde korunması gerektiğine inanan arkadaşlar için bu gelişme çok ciddi bir tehdittir. Üstelik şimdiye kadar başka herhangi bir faktörün zarar veremeyeceği kadar büyük bir zarar verme potansiyeli taşıyan bir tehdittir. Bir bu nedenle, iki Türkiye'de kazaların ve meslek hastalıklarının en sık görüldüğü, en korunmasız, en desteksiz alandaki koruyucu sağlık hizmetlerinin organize edilmesiyle etkili olarak bizim model geliştirmemiz, önermemiz lazım. Bu modelin hukuki, etik, mesleki bütün dayanaklarını, maliyet etkinlik analizlerini yapmamız lazım. Eğer biz bu işi yapmakta gecikirsek, o çok önemli kazanım diye zannettiğimiz, artık bu noktayı aştık dediğimiz yerler bile tartışma konusu yapılacak. Bu, çok hassas olmamız gereken bir konudur. O nedenle bu modellendirme tartışması başlasın ama bunu biz sürdürüelim. Bu meseleyi çok ciddi olarak ele almamız lazım.

Salondan : Özellikle sanayi sitelerinde kurulmuş olan ortak sağlık servisleri nasıl ve kimler tarafından yapılmaktadır? Bu sitelerde çalışan işçilerin sağlık sorunlarını bu servisler nasıl ve hangi basamakta çözümlenebiliyor. Bu servislerin, örneğin iş kazalarını gerekli yere ulaştırmakta ambulansları bulunuyor mu ?

Prof.Dr. Remzi AYGÜN: Bu standart içerisinde araç gereç bulunacak ama bunların denetimi şu anda diğer işyeri hekimlerini kimler denetliyorsa sanıyorum onların yapması zorunlu değil mi?

Dr. Haluk BAŞÇIL: Sanayi bölgelerinde ve organize sanayi sitelerinde birtakım işyeri ortak sağlık birimleri, tabip odalarının belirlemiş olduğu çerçevede izin almakta ve çalışmalarını sürdürmektedir. Yalnız bunlar çok kısıtlı sayıdadır. Önümüzdeki dönemde TTB bünyesinde, tabip odalarına bu konuda tüm bu bahsettiğimiz sorulara da cevap vermek üzere bir model tartışması başlatılmaya çalışılmaktadır. Ancak bu tartışmanın sonucunda bu sorulara da ayrıntılı ve detaylı yanıtların verilebileceği bir modele ulaşılabileceğini düşünüyorum. Yoksa şu anda buna rahat bir cevap verebilmek zor.

Prof. Dr. Remzi AYGÜN : Oturumu kapatıyorum. Teşekkür ederim.

TEMEL ERGONOMİ KAVRAMLARI VE HEKİM

Oturum Yöneticisi: Dr. Nazif YEŞİLLETEN

(İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi Başhekimisi)

Konuşmacı: Prof.Dr. Çağatay GÜLER

(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi)

Ergonomi

Bazı ülkeler ve ABD de insan faktörleri, diğer ülkelerde yaygın olarak kullanılan terimiyle ergonomi esas olarak insan kullanımına yönelik tasarım, çalışma ve yaşama koşullarının optimal hale getirilmesini amaçlayan uygulamalar bütünüdür. Ergonomi iş, ürün tasarımı, ev yaşamı ve dinlenme dönemi etkinlikleri ve bunlara yönelik üretimle ilgili olarak çevre ile kişinin etkileşimi olarak tanımlanabilir. Çeşitli iş ve çevre koşullarında insanların makinelerle ilişkisini konu edinir. Bu ilişki kişinin bedensel, ruhsal özelliklerini göz önüne alır. İnsan eğilimlerinin, yeteneklerinin ve kısıtlılıklarının bu ilişkideki rolü üzerinde durur. Bu değerlendirmelerin sonucunda elde edilen verileri insan-makine sistemlerinin tasarımında, iş yeri ve çalışma ortamının düzenlenmesinde, kullanır. İnsan, makine, iş gereksinimi, ve çalışma yöntemleri arasındaki karmaşık ilişkiyi konu edinen ergonomi bilimi bir çok bilimin sağladığı verilerden yararlanmak zorundadır. İşin niteliği ne olursa olsun iş insan üzerinde değişik derecelerde stres yani zorlanma nedenidir. Ergonomistler çalışma ve yaşama ortamındaki stresi ve insanın bu stresle baş edebilme çabalarını yada uyumunu sağlayacak önlemleri araştırır. Kısacası hayatın insan üzerindeki zorlayıcı ve olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılması yada sınırlandırılmasına yönelik bütün çabalar ergonomi alanına girer. Chapanis tarafından yapılan tanıma göre "insan faktörleri verimli, güvenli, rahat ve etkili bir insan kullanımı sağlamak amacıyla araç, gereç, makine, sistem, iş, çalışma akışı ve düzeni ve çevreler tasarımı yapmak amacıyla insan davranışı, yetenekleri, kısıtlılıkları ve diğer karakteristikleri ile ilgili bilgileri araştırır ve uygular." (1-7)

Kişiler erkek, kadın, çocuk yada yaşlı, üretici yada tüketici, sakat yada sağlam, oluşlarına göre değişik özelliklere sahiptirler. Doğumlarından başlayarak çevre koşulları ve dış dünyadaki bir çok durum ve araçla etkileşim ve ilişki içerisine girerler. Ortamın aydınlanması, ısı, gürültüsü, çalışma ortamının boyutları, tasarımı, yerleşimi:kullanılan araç gereç ve avadanlıkların özelliği, mobilyalar, dinlenme etkinliklerinde kullanılan araç ve gereçler, günlük yaşamın birer parçası olan tüm araç gereç, makineler kişinin sürekli etkileşim içerisinde bulunduğu ve onu çeşitli şekillerde etkileyen çevre unsurlarıdır. Tasarımda insanı merkez alan bir bilimdir.

Ergonomi kişilerin hayatının insansılaşmasını, insana uygun hale getirilmesini amaçlar. İnsanların yaşama kalitesini yükseltir. Yakın çevrenin sağlık koşullarına uygun hale getirilmesi, bir takım tehlike olasılıklarının ortadan kaldırılması temel amaçtır. Çalışma saatlerinin düzenlenmesi, fizyolojik özelliklere uygun çalışma düzeni, kullanılan araç ve gerecin işe ve kullanan kişiye uyumunun sağlanması temel amaçtır. Eski kaynaklarda ergonomi teriminin iş ve işçi uyumu olarak dar anlamda alınması doğaldır. İnsan hayatının büyük bir bölümünün iş yerinde geçmesi, iş yeri koşullarının sağlıklı çok yakın ilişkisi, ergonomi ilkelerinin bu alanda yaygın kullanımında etkin olmuştur. Bu nedenle kabaca yapılan bir ergonomi tanımından, ergonomi konusunun sadece işyeri ile ilgili olduğu kanısına varılabilir. Ancak doğuştan başlayarak bebeğin yattığı beşikten, evimizde oturduğumuz sandalyelere, masanın yüksekliğine, bıçak, tornavida ve çatalın yada makasın sapına yada ağırlığına kadar bir çok faktör ergonomi biliminin konusudur. Ergonomi bu faktörleri insana en uygun biçimde belirlemeye çalışır.

İşyeri tasarımında kassal yorgunluğu, değişik zedelenmeleri önleyebilmek için uygun tasarım şarttır. İngiliz Ergonomisti John Hammond şöyle demektedir:"Günümüzde endüstride kullanılan bir çok makine çok iyi tasarlanmış ve hassas kontrol sistemlerine sahiptir. Ancak, sıklıkla bunlar öylesine yerleştirilmiştir ki, makineyi kullanan kişi, hem kontrol alanını görürken hem de etkin biçimde kullanabilmesi için zürafa gibi davranmalıdır". Bu tanım günlük yaşamımızda kullandığımız her türlü ürün içinde geçerlidir.

Giderek artan teknolojik ilerlemeye bağlı olarak insan faktörlerine olan ilgi giderek artmıştır. Sıklıkla maliyeti yüksek ve karmaşık sistemler başlangıçta insan faktörlerini göz önüne almadığında telafisi imkansız sorunlar yaratabilmektedir. (2-7)

Ergonomi biliminin amaçları:

1. İnsanlar tarafından kullanılan araç gereç ve düzeneklerin kullanım etkinliğinin artırılması
2. Günlük hayatta karşılaşılan insan kullanımına ve etkileşimine açık olan her şeyin insana uygun tasarımıyla:
 - a. İnsan performansının artması
 - b. İnsan güvenliğinin sağlanması
 - c. İnsan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi
 - d. İnsan mutluluğunun ve doyumunun sağlanması amaçlanır.

Bu amaçların gerçekleşmesinden sorumlu olan en önemli meslek gruplarından birisi kuşkusuz hekimlerdir.

Ergonomistler ürün tasarımında sistem yaklaşımına ağırlık verirler. Çünkü tek tek araç gereçler üzerinde durulması ile sorunun çözümü mümkün olmayacaktır. Sistem bilgisayar ve kullanıcı, bisiklet ve sürücüsü, kurşun kalem ve kullanıcı olabilir. Kişi/yer ya da kişi -makine sistemlerinin tasarımında ergonomistler giderek daha büyük ağırlık kazandılar.

1. Problemin belirlenmesi, tanımlanması
2. Tasarım yapılacak ürün veya yerin belirlenmesi
3. Araştırma planlanması veya veri toplanması
4. Tasarım sorunlarının olası çözüm önerilerinin belirlenmesi
5. Tasarımın üretilerek uygulamaya sokulması

Ergonomistler deneylerini günlük yaşamda yapabildikleri gibi özel laboratuvar koşullarında da gerçekleştirebilirler. Her iki alandaki çalışmalarda da hekimin katkısı şarttır.

Ergonominin ilişkili olduğu bilim dalları:

Ergonominin etkileştiği başlıca bilimlerden anatomi, fizyoloji ve psikolojiyi sayabiliriz. Anatominin iki ana dalı antropometri ve biyomekanik ergonominin gelişmesinde en önemli katkısı sağlarlar. İş ortamının düzenlenmesinde, oturma araç ve gerecinin ve düzeneğinin tasarım ve üretiminde, çalışma postürü, araç ve gereç tasarımında antropolojinin insanlarla ilgili olarak sağladığı standart ölçüm sonuçlarından yararlanır. Antropometri standart bazı noktaların esas alınmasıyla insan vücudunun ölçümlerini yapmaktadır. Biyomekanik ise anatomik yapıların ortamın fiziksel öğeleri ve koşulları ile etkileşimini esas almaktadır. Burada söz konusu olan anatomik yapılardan özellikle kas ve iskelet sistemini meydana getiren kemikler sayılabilir. Kasal iş, fiziksel egzersiz ve kullanan kişi ile kullandığı araç, gereç ve avadanlığın etkileşimi biyomekanik konuları arasındadır. Kısacası yaşam bilim olarak adlandırabileceğimiz, yaşamsal olayları ve bunların oluşumundaki biyolojik mekanizmaları inceleyen fizyoloji bilim dalının iki ana dalı iş fizyolojisi ve çevre fizyolojisi özellikle önemlidir. İş enerji ilişkisini, iş ve egzersiz sırasında enerji sağlanmasıyla ilgili mekanizmaları iş fizyolojisi inceler. Spor fizyolojisi olarak bilinen bilim dalı ile iş fizyolojisi arasında bir kaç terim dışında bir farklılık yoktur. Çevre fizyolojisi ise fiziksel öğelerin insan üzerindeki etkilerini konu edinir. Bu fiziksel öğeler arasında aydınlanma, gürültü ve ortam ısısını sayabiliriz.

Ergonominin dayandığı diğer bir ana bilim dalı psikolojidir. İş psikolojisi işin sosyal yönü üzerinde durur. Meslek seçimi ve meslek eğitimi, meslek doyumunu, bireysel farklılıklar, iş psikolojisinin ana ilgi alanları arasındadır. Diğer bir psikoloji dalı ise deneysel psikolojidir. Deneysel psikoloji yaşamın kalitesini, insanın bedensel ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halinde olmasını sağlamaya yönelik bütün uygulamalarda vazgeçilmez bir bilimdir. İş başarabilme yeteneği, karar verme, beceri kazanma, bilgilerin yorumlanması ve değerlendirilmesi, bu değerlendirmelere göre etkinliğin yönlendirilmesi, yorgunluk, çalışma temposunun yarattığı stres etkisi, zihinsel yorgunluk, çalışma düzeninin yarattığı etkiler, yaş performans ilişkisi ve performansı etkileyen diğer öğeler deneysel psikolojinin konuları arasındadır.

Bu bilim dallarıyla ilgili temel eğitim hekimin eğitiminde önemli bir yer tutar. Bir bilimi meydana getiren anabilim dallarında yoğun eğitim gören bir meslek grubunun o bilimin uygulama alanının dışında kalması çok büyük bir eksiklik yaratmaktadır.

Diğer ülkelerdeki durum

Ergonomi alanının uzmanlarına ergonomist veya insan faktörü uzmanları (human factors specialist) denmektedir. Genellikle endüstri mühendisleri, psikoloji, veri işleme, fizyoloji, tıp, mimari, sosyoloji, ve hemen hemen diğer meslek gruplarının çoğu bu alanda değişik açılardan uzmanlaşabilmektedir.

ABD de ergonomi alanında çalışanların dağılımı Tablo 1 de verilmiştir(8)

Tablo 1: ABD de ergonomistlerin değişik mesleklere göre dağılımı

Akademik uzmanlık alanı	%
Psikoloji	45
Mühendislik	19, 1
İnsan faktörleri/ergonomi	7, 7
Tıp, fizyoloji, yaşam bilimleri	3, 0
Eğitim	2, 6
Endüstriyel tasarım	2, 4
İş yönetimi	1, 9
Bilgisayar bilimi	1, 3
Diğer	8, 3
Öğrenci	8, 2
Belirlenemeyen	0, 4
Toplam	100

Ülkemizde doğrudan ergonomi alanında çalışanların sayıları bilinmemektedir. Bu nedenle mesleklere göre dağılımın verilebilmesi de mümkün olamamaktadır. Kişiler “ergonomist “ olarak tanınabilmelerini sağlayabilecek özel bir eğitimden geçmemektedirler. Ancak hekimler genellikle ergonomi alanına yeterli ilgi göstermemektedir.

Bunun sonucunda ergonomi- sağlık ilişkisine yönelik araştırma boşlukları giderek büyümektedir. Hekim dışı meslek grupları diğer ülke standartlarını ülkemizde uygulamakla yetinmektedir. Bu alana ilgi duyan hekimler ergonomiyi daha çok iş hayatıyla ilgili olarak ele almakta, birkaç sınırlı iş yeri değerlendirmesi dışında çalışma yapılmamaktadır. Günlük yaşamda ev kadınları, çocuklar, yaşlılar, sakatlarla ilgili ergonomik çalışmalar bulunmamaktadır.

Tüketicinin korunması açısından ergonomi

Tüketicie yönelik ürünlerin değerlendirilmesinde sağlık öğeleri ihmal edilmektedir. Evde veya çevresinde kullanılan her türlü perakende satılan ürüne tüketici ürünleri (consumer products) denmektedir. Tüketici (consumer) özel kullanımı ya da tüketimi için perakende ürün alan ya da kiralayan kişidir.

Tüketici ürünlerinin değerlendirilmesi ve tasarımında ergonomik bir takım faktörlerin göz önüne alınması gerekmektedir.

1. Ürünü kullanan kişilerin nitelikleri:

- Kullanıcının antropometrik özellikleri
- Kullanıcı fizyolojisi
- Yaş ve cins
- Bilgiyi değerlendirme yeteneği

2. Öngörülen ya da amaçlanan kullanım çevresi

3. Ürün

- Güvenliği
- Etkililiği (efficiency)
- Güvenilirliği (reliability) ve dayanıklılığı
- Kullanım rahatlığı ve kolaylığı

Ürünü kullanan kişi:

Antropometrik özelliklerin değerlendirilmesi ürünün hedeflenen kullanıcı ya da kullanıcı yelpazesine uygun olması gerekmektedir. Yaşlılar ve çocuklar uzanım ve hareket kısıtlılıkları nedeniyle özel özen gösterilmesi gereken grupları oluşturmaktadır. Sözgelimi yaşlıların eklem sertlikleri çok alçak oturma yerlerinden kalkmalarını ve hantal eşyaları tutmalarını güçleştirmektedir. İnfant antropometrisiyle ilgili noktaların göz önüne alınmaması, çok sayıda boğulmaya neden olmaktadır. Erkekler için geliştirilmiş araçlar kadınlar için elverişli olmayabilir. Aracın kullanımı kullanıcının aşırı fizyolojik çaba harcamasına neden olabilir. Çocukların bilgiyi işleme kapasiteleri çok sınırlıdır. Çocuklar sıklıkla evde ki ilaçları ve kimyasalları yutma ve çime eğilimindedir.

Tanımlanan yada öngörülen kullanım ortamı

Kullanım ortamının aydınlatılması ya da sıcaklığı ürünün yugun bir biçimde kullanımı açısından sorun yaratabilir. Elektrik prizlerinin çok aşağıda yapılması çocukların bunları çeşitli araçlarla kurcalamalarına neden olabilir.

Bir ürün iki nedenle güvenli sayılmaz:

1. Yapım ve son gözetim aşamasında bazı hatalarla üretim sürecini tamamlayabilir (üretici hatası)
2. Ürün doğru olarak imal edilmiş olabilir ancak kişi ya da eşyalara gereksiz yere zarar verebilecek özellikte olabilir (tasarım hatası)

Tasarım hataları kişilerin kullanım eğilimleri yada kullanım ortamlarından kaynaklanabilecek sorunların göz önüne alınmamasına bağlı olarak meydana gelmektedir. Bazı ocaklarda aşama takılmaları olmayan ve 360 derece dönebilen düğmeleri vardır. Bu durumda kapalı mı yoksa açık mı olduklarının fark edilmesi mümkün olmayabilir. Bu nedenle ocağın farkına varılmadan açık bırakılması mümkündür. Bazı yiyecek dilimleyicilerinde açma kapama düğmesine uzanırken kişilerin ellerini dönen bıçağın yakınına uzatmaları mümkün olabilmektedir.

Bir ürünün amaçlanan yararı sağlayacak şekilde yapılması gerekir. Yine ürünün b kullanım süresince amaçlanan yararı ya da işlevi sağlaması gerekir. Bunu sağlayamayacağı süre araç üzerinde belirtilmek zorunludur.

Kullanım kolaylığı ve rahatlığı da önemlidir. Bunun en iyi belirlenme yolu tüketici anketleridir.

Gerek piyasaya sürme gerekse tasarım aşamasında ergonomik ürün değerlendirmesi teknik veya ergonomik testleri gerektirir. Teknik testte testi yapan kişinin mekanik performans, etkililiğe, dayanıklılığa ve güvenliği bakması gerekir. Ergonomik değerlendirme ise:

1. Kullanıcı denemeleri
2. Uzman değerlendirmesi
3. Performans testlerini kapsar.

Bütün bu değerlendirmelerde hekimin doğrudan katkısı zorunludur. Hekimlerin bu uygulamaların dışında kalması ürün değerlendirmelerinin teknik testle sınırlı kamasına yol açmaktadır.

Yorgunluk

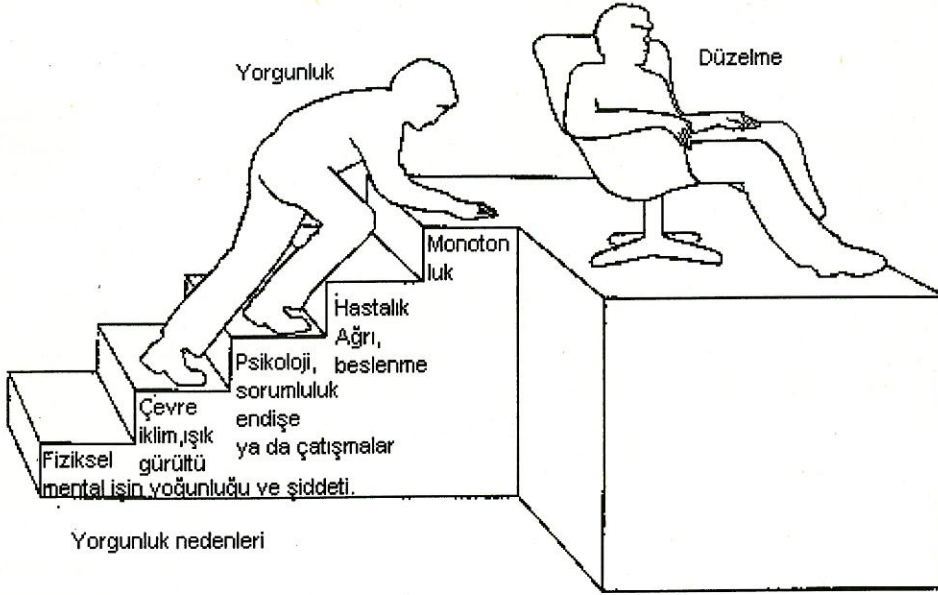
Sadeci iş hayatında değil günlük yaşamdaki etkinliklere bağlı olarak "yorgunluk" yakınmasıyla başvuran kişi sayısı oldukça fazladır. Özgül olmayan bir tanım olarak algılanan "yorgunluk" yakınmasına yönelik özel bir değerlendirme söz konusu değildir. Hekimler ayırıcı tanı seçenekleri arasına ergonomik yetersizlikleri almamaktadır.

Yorgunluk aşağıda sıralanan bir çok durumun tanımlanması için kullanılmaktadır:

1. Dikkatte azalma
2. Algılamamanın yavaşlaması ve azalması

3. Güdülenimde azalma
4. Fiziksel ve mental performans hızında azalma.
5. Aynı çıktının sağlanabilmesi için daha büyük oranda enerji harcanması
6. Kütlük, yorgunluk ve huzursuzluk duygusu.

Günlük yaşamda yorgunluk değişik kaynakların birikimine bağlı olarak meydana gelmektedir.



Yorgunluk belirtileri istirahat gereksinimini bildiren koruyucu bir mekanizmadır. Yorgunluk yorgunluğa yol açan etmenlerin yorgunluğa dayanma kapasitemizi aşması durumunda meydana gelir.

Yorgunluğun oluşması için çok iş olması gerekmez. Bu can sıkıntısı veya monotonluk ta yorgunluğu doğuran özel etmenleri oluşturmaktadır.

Can sıkıntısı veya monotonluk iş ya da iş ortamının her hangi bir uyarımı söz konusu olmadığında meydana gelir. En çok aşağıdaki durumlarla meydana gelir:

1. İşin ilginçliği kalmazsa
2. İşle ilgili çok az motivasyon varsa
3. İş operatörün becerisine bağlı değilse
4. Çalışma hızı çok yavaşsa
5. İş ortamı donuksa

İş etkinliği görev üzerinde dikkat ve konsantrasyonunun optimum olduğu dönemin ötesine geçerse, performans düşer bu da kendisini çıktı ya da üretim hızında düşme, hata sayısında ve kazalarda artma ile gösterir. İş hayatında yorgunluk çalışmaları "iş veriminin azalması" esas alınarak kolayca değerlendirilirken günlük yaşamda böyle bir değerlendirme çok zordur.

Oysa günlük yaşamdaki yorgunluk yakınmalarının verim düşüklüğüne göre değerlendirilebilmesi çok güçtür. Yapılabilse bile oldukça sübjektif kalacaktır. Hekim eğitiminde ergonominin "iş ve işçi uyumu" kapsamında ele alınması klinik uygulamalar sırasında ergonomik etmenlerin göz ardı edilmesine yol açtığı için bu tip değerlendirmelere olanak verecek veri kaynakları da oluşmamaktadır.

Kişiler onların kuvvet, fizik, yetenek ve güdülenimlerini belirleyen anatomik , psikolojik ve fizyolojik değişimler göstermektedir. Bu sentezi yapabilecek en önemli meslek gruplarından birisi hekimlerdir.

Ergonomi ve sağlık

Ergonomi insan performansını, sağlığını, güvenliğini ve iş doyumunu geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu sadece araç gereç ve donanımın uygun biçimde yapılması, çalışma ortamının düzenlenmesiyle değil işin sosyal yönünün değerlendirilmesiyle birlikte sağlanır. İşin sosyal yönü kişilerin işleriyle ilgili duyguları, onların beklentileri ve işe dönük güdülerini, diğer çalışanların onun performansı üzerindeki etkileriyle bağlantılıdır.

Ergonomik yetersizliğe bağlı olarak ortaya çıkan bir çok sağlık sorunu bulunmaktadır. Kümülatif travma sendromu buna örnek verilebilir. Söz konusu kişiler hekime başvurduğunda semptomatik tedavi uygulanmaktadır. Kullanılan ağrı kesici ve antienflamatuarlar geçici rahatlık sağlamakta travmanın sürmesi durumun giderek çözümsüz hale girmesine neden olmaktadır.

Yapılan bir çok çalışma yetişkinlerin %50'nden fazlasının yaşamlarının en azından bir döneminde sırt ağrılarında şikayetçi olduğunu göstermektedir. Ev kadınlarında bir çok uygulama doğal olmayan koşullarda ve duruş biçimlerinde yapıldığından onlarda bu gibi sorunlar da oldukça yüksektir. (9) Kişi çekme, itme, kaldırma ve taşıma uygulamalarında uygun çalışma duruş alışkanlığı kazanarak, çalışma etkinliğini artırır. Omurgasının zarar görme olasılığını en aza indirir.

Bel ağrıları omurga üzerine sürekli gerilim uygulanmasıyla sonuçlanan işlerde çalışanların yaygın bir sorunudur. Elle çalışanlar, raylı araçları iten veya çekenler, madenciler, montaj hattında çalışanlar, makine operatörleri, tarım işçileri, hemşireler bu gibi yakınmalarla sık karşılaşmaktadırlar. Ev kadınlarının ev işleri sırasında yaptıkları itme ve çekme hareketlerine bağlı olarak ta bu gibi sorunlar kolayca ortaya çıkar. Hatalı duruş, çekme ve kaldırma uygulamaları çocuk ve delikanlı çağındakilerde de söz konusu sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Sözgelimi elektrik süpürgesi kullanımı özellikle silindirik olanların kullanımında bu gibi sorunlarla karşılaşan bir çok ev kadını bulunmaktadır. (10) Erişkinlerin %80-90'ı yaşamlarının bir döneminde bu gibi sorunlarla karşılaşmaktadırlar.

Ergonomik tasarımlarda toplum bireylerinin ortalama antropometrik ölçümlerinin yapılmış olması gerekir. Herhangi bir işlev için gerekli alan veya hacim bu boyutlar olmaksızın belirlenemez. Herhangi bir araç veya mobilyanın kişinin rahat oturma uzanımını sağlayacak yeterlikte olması gerekmektedir. Uzanım da dikey ve yatay uzanımlar ayrı ayrı ve birlikte gözönüne alınmalıdır.

En basit olarak mutfak lavaboları, fırınlar ve ütü tahtaları ile ilgili araştırmalar yıllarca sürmüştür. Genel olarak sobaların yüksekliğinin 80-85 cm, lavaboların 90-95 santimetre yüksekliğinde olması ütü tahtalarının ise 78-90 cm arasında ayarlanabilir olması gerektiği yıllarca süren araştırmalar sonucunda belirlenmiştir. Ancak bu boyutların tüketici gruplarına veya kullanıcı popülasyona göre değerlendirilmesi gerekmektedir.

Dikkat edilirse ergonomik değerlendirmeler açısından en yetersiz olduğumuz alan ev ergonomisidir. Çoğu kez insanlar daha önceden yapılmış koşullara uymak zorundadır ve bu koşullar görünüm standardının ön plana çıkartılmasıyla sağlık açısından sakıncalı olabilecek derecede zorlanmaktadır.

Bütün bu durumlar çoğu kez semptomatik tedaviyle geçiştirilmekte, ergonomik yetersizliklere bağlı koruyucu uygulamalar göz önüne alınmadığı için sorun giderek sakatlayıcı ve düşkünleştirici nitelik kazanmaktadır.

Tıp ergonomisi

Hekimlerin yeterli ergonomi eğitimi almaması ve kendilerini ergonomik çalışmalardan soyutlamaları sağlık uygulamaları ve çalışma ortamlarında da ergonominin ihmal edilmesine yol açmaktadır. Bunun sonucunda tıbbi-teknik aygıtların kullanım etkinliğini geliştirmeye yönelik çalışmalarda rolünü ihmal etmektedir. Çalışma alanı tasarımı, araç gereç ve donanımla ilgili yetersizliklerin belirlenmesi konusunda katkısı hemen hemen hiç olmamaktadır. Tıbbi çalışma ortamlarındaki araç gereç ve donanımın ergonomik tasarımının etkili hale getirilmesi ve değerlendirilmesine yönelik yöntem ve araçların geliştirilmesiyle ilgili önemli sorumlulukları vardır.

Sonuç

Birey, toplum ve hekimlerin ergonomi eğitiminin etkinleştirilmesi zorunludur. Bu hekimlerin kendi sağlığı açısından da çok büyük önem taşımaktadır. Hekim ergonomiyi sadece iş sağlığı alanında çalışanların dolaylı ilgi alanı olarak görmemelidir. Günlük yaşamın her evresinde ergonomik yetersizliklerin önemli sağlık sorunlarına yol açabileceğini kavramalıdır. Hasta değerlendirmesinde ergonomik yetersizlikleri önemli nedenler etmenlerden birisi olarak ele almalı hastayı bu açıdan da sorgulamalı ve değerlendirmelidir. Tıp eğitim müfredatı bu açıdan tekrar gözden geçirilmelidir.

2. Chapanis, A. , Introduction to human factors consideration in system design. In C. M. Mitchell, P. Van Balen, and K. Moe (Eds), Human factors considerations in system design (NASA Conference Publ. 2246), National Aeronautic and Space Administration, Washington, 1983.
3. Güler, Ç. , Ergonomi, PTT Dergisi, 112, 3, Mart 1992.
4. Güler, Ç. Ergonomi, Sağlık Toplum ve Çevre Bülteni, 1, 2, 2-8, Şubat 1991
5. Güler, Ç. Ergonomiye Giriş, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Bülteni, 12, Mart 1991
6. Güler, Ç. İş Güvenliği Kavramı ve Ergonomi ile ilişkisi, İSGÜM Bülteni, , 1, 5, Eylül , 1988.
7. Güler, Ç. Ergonomiye Giriş, SSBYB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1997
8. Van Cott, H. , Huey, B. (Eds), Human factors specialists education and utilization:Results of a survey, National Academy press, Washington D. C. , 1991.
9. London, T, London, F. , Grandjean E. , Ergonomics of the home, Zürich, 1972.
10. Andrews, G. J. A. , Kornas, B. Ergonomics, Fundamentals of senior pupils, Napier College, Collington Road, Edinburgh, 1982.

KÜRESELLEŞMENİN ÇALIŞANLARIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Oturum Yöneticisi: Prof.Dr. Müfit PARLAK

(Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı)

Konuşmacı: Ellen ROSSKAM

(İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), İsviçre)

Prof. Dr. Müfit PARLAK: Bu oturumu TTB başkanı sayın Dr. Füsün Sayek yönetecek idi. Ancak kendisi bugün Amerika'daki bir sunumundan dolayı burada olamadı. Onun yerine oturumu ben organize edeceğim. Sayın Füsün Sayek'e sevgilerimizi iletiyoruz. Sizlere Ellen Rosskam'ı takdim etmek istiyorum. Bu toplantının sunumunu yapacak. Kendisi ile ilgili kısaca bilgi vermek istiyorum. Kendisi hekim aynı zamanda iş sağlığı ve güvenliği uzmanı. Uluslararası Çalışma Örgütünde, İsviçre'de çalışıyor. Bugünkü sunusunun başlığı da; Küreselleşme Ve Küreselleşmenin İşçi Ve İş Sağlığı Üzerine Etkileri. Buyurun Sayın Rosskam.

Ellen ROSSKAM: Merhaba, iyi günler. Rahatsız olmazsanız Türkçe konuşacağım. Kötü konuşuyorum ama sizin için deneyeceğim. Hiçbir konferansta kağıttan okumuyorum ama bugün ihtiyacım var. Kağıttan okuyacağım.Sonra biz hep beraber konuşacağız. Sizin için çok özel bir video yaptım bu konferans için; ister-seniz size kopyasını gönderebilirim.

1-) Birinci bölüm; Dünyadaki problemler: Dünyada her yıl yaklaşık 1.200.000 işçi yaptıkları işlerden dolayı ölüyor ve yüzlerce işçi de yaptıkları iş yüzünden yaralanıyor. Global olarak baktığınızda kanser ölümlerinin 1/3'ü, kaza sonucu ölümlerin 1/4' ü, kronik solunum yolları hastalıklarının ölümlerinin 1/5' i ve kalp damar hastalığı ölümlerinin 1/7' si işle ilgilidir. İşçiler tüm çalışma alanlarında sağlık ve iş güvenliği konusunda yükselen riskin ilk kurbanlarıdır. Bu risklerin kaynakları adale hastalıkları, psiko-sosyal problemler, astım ve alerji reaksiyonları, asbest, radyasyon ve kimyasallar gibi insan sağlığına zararlı ve kanserojen maddelerin yol açtığı problemler. Globalleşme daha önce görülmemiş ekonomik fırsatlar yarattığı gibi aynı zamanda sosyal adaletsizliği daha da arttırmıştır. Globalleşme hem kahramanlar hem de kurbanlar yaratmıştır. Bugün her 3 işçiden 1'i işsiz veya kapasitesinin altında çalışırken ve her gün 3000'nin üzerinde işçi yaptığı iş yüzünden hayatını kaybederken 1.200.000.000 insan da yoksulluk içinde yaşamaktadır. Global ekonomi, global eşitliği sağlamamıştır. Teknolojik bilgi alanlarındaki kazançlarınıza rağmen birçok çalışanın çalışma koşullarında büyük ilerleme kaydedilmemiştir. Globalleşme formülünde sosyal faktör unutulmuştur. Haydi serbest piyasa ekonomisine evet, serbest piyasa toplumuna hayır diyelim. Hindistan'daki maden işçileri Türkiye'dekiler gibi her gün yaşamlarını riske atarak insani olmayan çalışma koşulları altında çalışırlar. Türkiye'deki bir madende, Zonguldak'ta meydana gelen patlama sonucu 200'ün üzerinde madencinin hayatlarını kaybetmesinin üzerinden uzun bir zaman geçmiş değildir. Afrika'da, Asya'da ve Latin Amerika'da nüfusun %80'i sosyal olarak dışlanmıştır. Çalışanlar için bunun anlamı; işçilerin bulunduğu yerde iş kanunlarının yokluğu, temel sağlık servislerinin elverişsizliği, iş ile ilgili hastalıklarda ve iş kazalarında tazminat sisteminin azlığı. Ailelerinden gelen borçlar yüzünden Mısır'da zavallı çocuklar daha gün doğmadan yasemin çiçeklerini toplarlar. Türkiye, Fas, Tunus ve Pakistan gibi ülkelerde solvent bazlı malzemeler kullanarak deri işleyen işçiler, sinir hastalıkları ve erken ölüm riski altında çalışmaktadır. İstanbul'da, New-York'ta ve Londra'daki mağazalarda deri ceketler rekabet fiyatlarında satılmaktadır. Türkiye'deki ayakkabı ve tekstil işçileri ile İspanya'daki ve Brezilya'daki işçilerin çok ortak yönü bulunmaktadır. Aynı solventin, boyaların, tutkalların zararlarına maruz kalarak hayatlarını riske atmaktadırlar. Enternasyonal şirketler halı ve kilim satarlar. Çünkü Türk, Hintli ve Pakistan'lı çocuklar, sağlıklarından özveride bulunarak ailelerinin gelirlerine katkıda bulunurlar ve Hindistan'daki yoksul işçiler uluslararası piyasada kullanılması amacıyla çelik için eski gemileri parçalar.

2-) İkinci Bölüm: Bir çok çözüm yolu vardır.Global ekonomiye sosyal baz oluşturacak minimum iş standartlarını teşvik edebiliriz. Tüm işçilerin organize olmalarını ve pazarlık edebilmelerini, kadın-erkek eşitliğini, çocuk işçilerin suistimaline son verilmesini, baskı altında çalışmaya son verilmesini, girişim ve birleşme özgürlüğünü teşvik edebiliriz. Organize işyerlerinin daha güvenli işyerleri olduğunu biliyoruz. Sendikalar veya ortak sesleniş azaldığı zaman işyeri güvenliği ve sağlığı sağlanmamış demektir. 21.yy.'ın önündeki zorluk, işyerlerinin kendi kendilerini koruyabilecek gerekli güce sahip olmaları için sendikalaşma ve global olarak organize olmaktır. Çalışma sağlığı, toplum sağlığının iyi bir barometresidir. O halde niçin işyerleri, toplumsal sağlık programları için bir trampelen olarak kullanılmıyor. Bizde mekanizmalar nelerdir ? Çalışanların karar alma sürecine katılacakları uluslararası işçilik standartlarını uygulayabiliriz. Eğitimi ve öğretimi artırarak işçiler ile işverenler arasında bilinci ve kapasiteyi arttırabiliriz. Ortak sağlık komitelerini teşvik edebiliriz. Olumlu toplum düzeyini ve iş yeri çabalarını paylaşabiliriz. İşverenleri, uluslararası insan haklarına, çalışma ve çevre standartlarına saygı göstermeleri için uyarabiliriz. Sosyal gruplar arasındaki diyalogu teşvik edebiliriz.