

ÇALIŞMA ORTAMI

İŞÇİ SAĞLIĞI
İŞ GÜVENLİĞİ
ERGONOMİ
İŞ HİJYENİ
ÇEVRE
VERİMLİLİK
İŞ HUKUKU
SOSYAL POLİTİKA

TEMMUZ-AĞUSTOS 1994 -SAYI: 15

*Fişek Sağlık Hizmetleri ve Araştırma Enstitüsü Yayını * İki ayda bir çıkar*

BU SAYIDA NELER VAR?

Özürüllüğü Takvime Koymak

İnsan, Makinalar ve Dil (O. Wendao)

Meslek, Aile Ortamı ve Ergenlerin İstekleri: Laosa Modeli (K. Marjoribanks)

Hedef: - Ulusal Düzeyde İşçi Sağlığı İş Güvenliği Kurulu
(Doç. Dr. A.Gürhan Fişek)

Çeşitli Ülkelerden :

- Almanya

- Kırgızistan

Okur Kaleminden :

- Örgüt, Örgütlenme, Kurumsallaşma (Bir Örnekten Yola Çıkarak) (Dr. Murat Fırat)

- Kaliteli Bir Okur Semineri: Kalite ve Sağlık (Prof. Dr. İsmail Üstel)

Büyüteç: Sağlık ve Kalite

- Kalite Kavramı (ismet Öztunalı)

- ISO 9000 Uygulama Esasları ve Gereklere (Yasemin Başar, Doç. Dr. Ö. Tunç Savaşçı)

- Çevre ve Kalite (Dr. Ecz. Leyla Üstel)

- İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği, Kalite Sağlama Çabalarının Ayrılmaz Bir Parçasıdır (Ruhi Öktem)

- Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Tıp Etiği (Dr. Çağrı Kalaça)

- Hekim istihdamı ve Sağlık Hizmetinde Kalite (Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu)

- Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi (Dr. Derman Boztok)

ÖZÜRLÜLÜĞÜ TAKVİME KOYMAK

Özürlülere evde ve işte yardım olanakları hiç bu güne kadar ümit verici olmamıştır. Yeni teknolojinin iş dünyasına etkisi büyüktür, özellikle de iş olanaklarını artırarak özürlü kişilerin yaşam niteliğini iyileştirme potansiyeli vardır. Yeni teknoloji ve işe alma ile ilgili uluslararası bir rehabilitasyon projesi hakkında yakınlarda yayınlanan bir ILO raporunda "Yeni teknolojilerin mucizesi, görme ve duyma özürlerini gerçeğe yakın bir şekilde görebilir ve duyabilir hale getirmeleridir" denmektedir, işin içeriği birşeyleri yerine getirmekten bilgi kullanmaya doğru kaydıkça özürlü kişiler için iş olanakları da artmaya devam edecektir.

Yeni teknolojinin katkısı. Bazı ülkeler, özürsümler için yeni iş olanakları yaratmak ve onlara yeni iş koşullarına uymada yardımcı olmak amacıyla yeni teknoloji kullanımını geliştirmede somut adımlar atmaktadır. İsrail ve Birleşik Amerika bu konuda çok aktiftir. İsveç'te de özürsümler için özel önlemler alınması sıkı bir şekilde uygulanan bir gelenektir.

Japonya'da da özürsümler için aygıtlar geliştirmede teknoloji yaygın olarak kullanılmaktadır. Mikroelektronik, robotik ve biyoteknoloji kişisel gereksinimlere göre biçimlendirilmiş, bu sayede çok ileri özürsümler olan insanlara yardım edebilecek hale getirilmişlerdir. Gerekli donanımın ve altyapının üçte ikisini karşılayan hükümet yardımları da özürsümler için iş yaratmaya yardımcı olmaktadır. Alınacak çok yol olmasına karşın daha önce iş bulmakta zorlanan bazı özürsümler şimdi üretken bir yaşam sürebilmektedir. Kasım 1991'de yapılan bir politika belirleme toplantısında Japon İşveren Birlikleri Federasyonu (Nikkeiren); ILO'nun 1983'teki Uluslararası Çalışma Konferansında benimsediği. Özürsümlerin Mesleki Rehabilitasyonu ve İşe Alınması ile ilgili 159 Sayılı Sözleşmesi'nin onaylanmasını desteklemiştir.

İngiltere'de işveren forumu başlatıldı. İngiltere'de Özürsümlülikle ilgili İşveren Forumu Kasım 1990'da resmen başlatıldı. Ocak 1992'de bu forum, özürsümler için işe alınmasını bir istisnadan çok bir kura! haline getirmeyi amaçlayan yeni bir girişimi üzerine aldı. Bu yeni girişime, özürsümler için işe alınmasına ve işlerinde ilerletilmesi ne yönelik bir gündemi benimsemeye karar veren 21 şirket öncülük etmektedir.

Kimse bunun kolay bir görev olduğunu ileri sürmemektedir. Hükümet İstatistikleri'ne göre ülkede 6 milyon özürsümler erişkin yaşamakta ve nüfusun yüzde 14.2'sini oluşturmaktadır. Bunlardan 2.4 milyonu çalışma yaşındadır. Ancak özürsümler erkeklerin yalnızca % 36'sının, kadınların ise % 31'inin işi bulunmaktadır. Yasaya göre 20'den fazla işçi bulunan kuruluşlar, iş gücünün % 3'ü kadar bir oranda kayıtlı özürsümler işçi çalıştırmak zorundadır. Ancak işverenlerin yalnızca % 22'si bu kotaya uymaktadır.

Yasanın gerekliliği, İngiltere'nin özürsümlerle ilgili önde gelen 13 kuruluşundan oluşan Özürsümlük Bildirisi Grubu, işverenler tarafından desteklenen gönüllü örnek hareketler yerine yasaları tercih etmektedir. Grubun yakınlarda yayınladığı bir bildiriye söz edilmiş önerilerden biri de "görülebilir ya da hissedilebilir özürsümlüğe karşı uygulanan haksız ayrımcılıkla mücadele" için bir yasa çıkarılmasıydı. Diğer önlemler ise şunları içermekteydi: % 3'lük kota sisteminin her yerde uygulanması, çalışma sırasında sakatlanan kişiler için yasal rehabilitasyon izni, eğitim ve iş olanaklarından eşit şekilde yararlanma, özürsümler için işe alınması ile ilgili olarak insangücü Hizmetleri Komisyonu tarafından hazırlanan İyi Uygulamalar Yasası ile uyumlu olarak işverenlere yükümlülükler getirilmesi.

ABD, yasa için karar veriyor.

ABD'de yasal önlemler şimdiden galip gelmiştir. Yeni yasalar, işyerlerini özürsümler için uygun hale getirmeleri için işverenleri zorlayacaktır. Yasaya göre gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra o işin asıl işlevini yerine getirebilen özürsümler işçilere karşı ayırım uygulanamayacaktır. "Gerekli düzenleme" ve "işin asıl işlevi" terimleri, mahkemelerin yorumuna bırakıldığından yasal tartışma konusu olmaktan çıkacaktır, işe alma, işten çıkarma, yükseltme kararlarında, ücret ve haklarda ayırım yapılan olgular ortaya çıkacaktır, işe alma ya da işten çıkarma kararları nedeniyle mahkemeye verilen işverenler, bu kişiyi işe almanın ya da işte tutmanın kendisinin ya da diğerlerinin sağlığına ve güvenliğine doğrudan bir tehdit oluşturduğunu kanıtlamak zorunda kalacaklardır. Bu fendenin, zararlar sonuçlanacak önemli bir risk olması gerekmektedir.

Altı çizilen nokta. Yine de özürsümler için iş gücüne katılması, yeni teknolojiden ve yasalardan daha fazlasını gerektirmektedir, ILO'nun raporunda da belirtildiği gibi özürsümler için işe alınması, yanlış anlamlardan ve önyargılardan oluşan engellerin ortadan kaldırılmasına bağlıdır.

OKUR SEMİNERİ

Çalışma Yaşamının Demokratikleşmesi ve Sağlık
(1-2 Ekim 1994 Varlık/ANKARA)

İNSAN, MAKİNALAR VE DİL

Ouyang Wendao

Dil ile ilgili konuların, dünyanın en önemli ve zorlu sorunlarının arasına katıldığını söylemek abartma olmayacaktır. Son zamanlarda dil uzmanlarının çalışmalarında bilgisayarlardan yararlanmaya başlamasıyla bu sorunlara olan ilgi artmıştır. Bunun toplum üzerine etkisini ise tahmin etmek mümkün değildir. Ancak bu etki büyük ölçüde, yeni buluşların bu alana ne kadar yaratıcı bir şekilde sunulacağına bağlı olacaktır.

Dil: bir anlaşma yolu

Modern iletişim araçları ne kadar gelişmiş olursa olsun, içlerinde en temel olanı dildir. Bugün dünyada 2500 ile 3000 farklı dil konuşulmaktadır. En yaygın olarak konuşulan ilk 11 tanesi sırasıyla şöyledir: Çince, İngilizce, Hinduce, Rusça, İspanyolca, Fransızca, Portekizce, Arapça, Endonezya dili, Japonca ve Almanca(*). Bu dillerin her birinin ulusal, tarihsel ve kültürel özellikleri bulunmaktadır ve doğduğu ülkede herhangi bir engel olmaksızın konuşulmaktadır. Ancak aynı dil grubunu konuşmayan insanlar için bu diller bir iletişim engeli oluşturmaktadır.

Örnek olarak Çinceyi ele alalım. Yalnızca Çin anakarasında 1 milyar kişi Çince konuşup yazmaktadır. Çin dili, Çin tarihini ve kültürünü eriten bir potadır. Ancak Çincenin Birleşmiş Milletler'in 6 çalışma dilinden biri olmasına karşın, bazı uzmanların ve araştırmacıların dışında çok az yabancı Çinceyi iyi derecede bilmektedir. Bu da, kaçınılmaz olarak ülke dışında Çin'in çok az tanınmasına neden olmaktadır. Aynı durum yabancı dil öğrenen Çinliler için de geçerlidir. Bu kişiler İngilizce, Fransızca, Almanca, Japonca ve diğer pek çok dile büyük bir coşku ile çalışmaktadırlar. Sayıları 10 milyonlara ulaşsa da bunlardan çok azı bu dilleri iyi derecede öğrenmeyi ve kullanmayı başarabileceklerdir. Böylece yüz milyonlarca Çinli, kendi ülkeleri dışındaki ülkeler hakkında çok az şey bileceklerdir.

Modern iletişim ve ulaşım araçlarının gelişmesiyle insanların birbiriyle ilişkisi hızla artmıştır. Ancak dil engeli insanları hâlâ birbirini anlamaktan alıkoymaktadır. Bu durum dünya barışını ve sosyal ilerlemeyi engellemektedir. Geçmişte, İncil'deki öyküler dil engelini 'doğal' bir sorun olarak tanımlamış ve bu tür sorunları neredeyse çözülemeyen hale getirmiştir. Ancak uygarlığın ilerlemesi doğal sorunların da çözülebileceğini ve doğanın, insanlığın gelişmesini engellemeyecek şekilde değiştirilebileceğini göstermiştir. Bu nedenle bugün sağlıklı pek çok insan dil sorununa çözümler aramakta, örneğin herkesin kendi diline ek olarak kullanacağı uluslararası bir dil düşünülmektedir. Böyle bir dil ifade zenginliği sağlamalıdır, ayrıca dile dayalı önyargıları ve ayırmacılığı ortadan kaldırmaya yardımcı olmalıdır. Ulusal dillerden daha kolay öğrenilmelidir. Esperanto, soruna pratik çözüm getiren bir örnektir.

İnsanlarla iletişim kuran makineler

Bilgisayarların yaygın olarak kullanılmaya başlanmasıyla bilgi dağıtımına ileri düzeyde bağımlı bir toplum oluşmuştur. Bu aygıtların temsil ettiği yapay zekanın gelişmesi şüphesiz ki toplum üzerinde önemli bir etki yapacaktır. Bütün insanlık için ortak bir dil sorununun ötesinde, bu gelişme makineler arasında ortak bir iletişim dili olasılığını gündeme getirmektedir.

Makineler yalnızca insanın mekanik köleleri olmayacak, aynı zamanda iletişimi sağlayacak yakın yardımcıları da olacaklardır. Yeni gelişen bir bilim dalı olan yapay zeka, şimdi doğal dili işleme çalışmalarında kullanılmaktadır. Bilgisayarların insan dilini anlaması sağlanmaya çalışılmaktadır ve şimdiden bazı sonuçlar elde edilmiştir. Bu şekilde 5. kuşak bilgisayarlar, insanlar ve makineler arasında dil yoluyla doğal bir iletişimi gerçekleştirebileceklerdir.

Bu tür çalışmalar şu anda Çin'de yürütülmektedir. Haziran 1980'de kurulan Çin Bilgi İşlem Topluluğu, bu tür araştırmaları ülke çapında düzenlemekte ve desteklemektedir. Son yıllarda birkaç bin Çin karakterini alfabetik harfler olarak kabul edip işleyebilen bilgisayarlar geliştirildi. Ayrıca bilgisayarlara, kurallı cümleler yapmakta kullanılan bir dizi Çin karakteri arasından Çince sözcükleri ve deyimleri belirlemede, söz dizimini incelemekte ve anlamlandırmada yardımcı olacak Çin dilbilgisi modelleri tasarlandı. Kısacası laboratuvarlarda yabancılara, onlara eskiden çok zor gelen Çinceyi kavramalarında yardımcı olabilecek bilgisayar sistemleri üretilmektedir. Bu zahmetli işi esas olarak gelecekte diğer bazı dilleri de çevirebilecek bir aygıt geliştirebilir. Şüphesiz ki bu hem Çin içinde hem de uluslararası düzeyde bilimsel işbirliğine gidilmesini gerektirecek büyük bir proje olacaktır.

Bilgisayarlarda ilk kullanılan dil onların kendi dili, yani 'makine dili' idi. Daha sonra programcıların kullandığı yapay diller olan yüksek düzeyli program dilleri geliştirildi. Belli bir ulusun dili olmamasına karşın program dilleri onları kullanan ulusların kendi dillerinden kaynaklanmıştır. Bu durum şu soruyu akla getirmektedir: Gelecekte bilgisayar dünyasında uluslararası ortak bir dil olacak mıdır? Kullanılan bazı çeviri aygıtlarında böyle bir sistemin, birçok ulusal dili kapsayacak ortak bir dile dayandırılması öngörülmüştür. Bu öneri mantıklı görünmektedir. Diğerleri ise bu ortak dili, Esperanto gibi uluslararası kabul görmüş tek bir dile dayandırmak istemektedir.

Ne olursa olsun, bir gün kendi dillerini konuşan, okuyan ve yazan kişilerin pek çok yabancı dille uğraşmak zorunda kalmayacağını düşünebiliriz, insanlar yalnızca başka ülkelerin yurt-taşlarıyla tek bir uluslararası dili kullanarak kişisel iletişim kurmayacaklar, aynı zamanda makineleri kullanarak karşılıklı anlaşmayı da geliştirebileceklerdir. Ortak bir dil yardımıyla ulusal dillerde basılan pek çok materyali serbestçe ve kolayca okuyabileceklerdir.

Dil: bir düşünce aracı

Makinelerle doğal dilin işlenmesinin gerekliliği bilgisayar bilimlerinde olduğu kadar dilbilimde de gelişmelere yol açmıştır. Nöropsikologlar, beynin dile dayalı bilgiyi işleme fonksiyonlarının bilgisayarlar tarafından nasıl taklit edilebileceğini görmek için denekler üzerinde çalışmak zorundadırlar. Dil ve düşünce arasındaki ilişki uzun süreden beri felsefi ve bilimsel anlamda insanlığın ilgi alanına girmiştir. Genellikle kabul edilen görüşe göre dil yalnızca düşüncenin iletilmesi için bir araç değil, düşüncenin kaynağıdır.

Bilgisayarın dili işleyebilmesi için o dilin insanlar tarafından büyük bir doğrulukla tanımlanmış ve incelenmiş olması, bütün yapısının ve kurallarının ortaya konulmuş olması gerekmektedir. Ayrıca beynin dili işleme yöntemleri bilgisayara yansıtılmalıdır. Bu konuyla ilgili çalışmalar dili olduğu kadar düşünce süreçlerini de daha iyi anlamamızı sağlayacaktır. Hatta bazı bilim adamlarına göre bilimsel bir düşünce sistemi şekillenmeye başlamaktadır. Bu temelsiz bir varsayım değildir.

Sözcükler hem bir tür model, hem de fikirlerin sembolüdür. Dil ise iki fikir arasındaki ilişkiyi tanımlar.

Düşünce, bu sembollerin kafada işlenmesiyle ortaya çıkar. M.N. Quillian'a göre insanın belleğinde bazı fikirler vardır ve insanlar bu depolanmış anılara dayanarak birbirleriyle iletişim kurar ve diğerlerinin ne dediğini anlarlar. Dilin anlaşılmasında fikirlerin önemi S. Rosenberg tarafından psikolojik deneylerle kanıtlanmıştır. Bir cümleyi anlamada asıl rolü cümlenin yapısı değil, içindeki fikirler ve anlam oynar. R.C. Shank tarafından önerilen kavrama bağlı fikir modeli psikolojik bir temele dayanan geniş bir bilgisayar dili modelidir.

Dili anlama ya da dili ifade etme

Çalışmalarımız göstermiştir ki ulusal dillerin özellikleri asıl olarak dilin yüzeysel ve orta katmanlarında (yani sözcüklerde, deyimlerde ve söz diziliminde) bulunmaktadır. Dış katman kaldırıldığında fikirleri içeren daha alttaki katmanlar açığa çıkmaktadır. Buna göre dilin anlaşılması dıştan içe doğru işleyen psikolojik bir süreçtir. Dilin ifade edilmesi ise tam tersine içten dışa doğru olur. Bu iki süreç karşılıklı iletişimde birbiri ardına gelirken dilin ve düşüncenin nasıl içiçe geçmiş olduğunu da bize gösterir.

Şüphesiz ki doğal dilin işlenmesi konusundaki çalışmalar bilgisayar yardımıyla insanların dile egemen olmalarını kolaylaştıracak, böylece dilin bir düşünce aracı olarak etkinliğini de artıracaktır. İnsanların dili iyi kullanması ve sonuçta düşünme yeteneklerinin artması toplum üzerinde önemli bir etki yapacaktır.

Uluslararası bir dilin ortak kullanılmasıyla dünyanın her köşesindeki insanlar bilimsel, teknik ve kültürel ilerlemelerini diğer ülkelerle tam olarak paylaşabileceklerdir. Böylece insanlığın maddi ve manevi kaynaklarının dünya çapında kullanılması ve bir çok uluslararası soruna çözüm bulunması için gerekli koşullar yaratılmış olacaktır.

(Impact of Science on Society, No. 134/135)

(*) Bu sıralamaya ilişkin farklı değerlendirmenin dayandığı verilerle sunuyoruz.

DÜNYA'DA TÜRK DİLİ VE LEHÇELERİ

Türkiye Türkçesi	60.000.000
Özbekçe	14.000.000
Azerice	12.000.000
Yeni Uvaurca	12.000.000
Kazakça	8.000.000
Tatarca	7.000.000
Türkmençe	3.000.000
Kırızca	2.250.000
Cuvasca	2.000.000
Baskurtca	1.500.000
Horasan Türkçesi	1.000.000
Karakılpıhça	400.000
Yakutca	360.000
Kırmıkca	250.000
Tuva. Savan Türkçesi	180.000
Karacayca	150.000
Hakasça	100.000
Naaavca	80.000
Balkanca	80.000
Altavca	70.000
Halaçça	25.000
Karaimce	7.000

En Çok Kullanılan 13 Dilin Dağılımı:

Çince	1	milyon
İngilizce	400	milyon
Hintçe-Urduca	250-300	milyon
İspanyolca	"	"
Rusça	"	"
Türkçe	150-200	milyon
Arapça	"	"
Portekizce	"	"
Fransızca	"	"
Bengali	"	"
Malayca-Endonezya	100-120	milyon
Japonca	"	"
Almanca	"	"

Oktay Şamiloğlu

(TRT Dış Yayınlar D.Bşk. Türkçe Yayınlar Şube
Müdürü)

Meslek, Aile Ortamı ve Ergenlerin İstekleri: LAOSA MODELİ

Kevin Marjoribanks

Sosyal durumun anne-baba ve çocuk ilişkilerine olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmada Laosa bir kuramsal model ortaya atılmıştır. Buna göre anne-baba ve çocuk etkileşimi, sosyal durum göstergeleri ile çocuğun okul başarısı arasında köprü kuran bir değişken olarak düşünülmüştür. Kendi araştırmasında anne-babanın mesleğinin aile içi etkileşimde çok az rol oynadığını göstermiş olmasına karşın mesleğin anne-babanın davranışlarına etkisi konusunda daha fazla çalışma yapılması gerektiğini belirtmiştir. Bu çalışma da Laosa'nın görüşlerine dayanarak anne-babanın mesleğinin, aile içi etkileşimle ve çocukların okul başarısıyla ilişkisini araştırmak üzere tasarlanmıştır. Avustralya'da yaşayan, anne-babaları farklı meslek gruplarında olan ergenlerin aile içi öğrenme ortamlarıyla eğitim ve meslek konusundaki istekleri incelenmiştir. Çocukların isteklerinin incelenme nedeni, bunların daha sonraki eğitim durumuyla yakından ilişkili olduğunun gösterilmiş olmasıdır.

1977 yılında Avustralya'da yaşayan ve 11 yaşında çocuğu olan yaklaşık 1000 aileden, aile ortamı ve çocukların akademik başarısı arasındaki ilişkiyi araştırmak üzere veri toplandı. 1982'de kaynakların sınırlı olması nedeniyle ilk örneğin yarısını kapsayan bir izlem araştırması gerçekleştirildi. Birinci çalışmada annelerin yarısından fazlası çalışmadığını belirttiğinden ikinci çalışmada aileler babanın mesleğine göre üç gruba ayrıldı. Meslek grupları İngiliz sınıflamasına göre hizmet, orta ve işçi olarak belirlendi. Hizmet sınıfına alt ve üst düzey profesyoneller, yöneticiler ve mal sahipleri; orta sınıfa memurlar, küçük mal sahipleri, küçük esnaf, alt düzeyde teknisyenler ve ustabaşılar, işçi grubuna ise tarım, endüstri ve küçük işletmelerde çalışan işçiler dahil edildi. Hizmet grubunda 60, orta grupta 164 ve işçi grubunda 288 aile vardı.

Bu çalışmada anne-babanın çocuklarının eğitimine ve mesleğine ilişkin beklentilerinin ailenin eğitim konusundaki hedeflerini yansıttığı varsayıldı. Bu beklentileri desteklemek üzere anne-baba tarafından benimsenen davranışlar 'duygusal' ve 'etkin' olarak iki gruba ayrıldı. Öğretme ve öğrenme davranışlarını kapsayan anne-baba ve çocuk iletişimi etkin olarak kabul edildi. Bunun tersine anne-babaların, bireysellik ve bağımsızlık özellikleri taşıyan öğrenme ortamlarının oluşturulması yolundaki girişimlerini yansıtan davranışlar duygusal olarak sınıflandırıldı.

Sonuçlar

Meslek gruplarındaki farklılık aile ortamıyla orta derecede ilişkili bulunurken ergenlerin aile ortamını algılayışı ya da ergenlerin istekleri ile ilişkili bulunmadı. Ergenlerin, anne - babalarının öğrenme konusuna verdiği desteği algılayışlarıyla kendi beklentileri arasında ise güçlü bir ilişki vardı. Yüksek düzeyde anne-baba beklentisi daha çok bağımlı yapıdaki aile ortamlarında görülmekteydi. Bütün meslek gruplarında anne-babanın beklentileri ile birlikte annenin öğrenmeye olan desteği, ergenlerin eğitim ve meslek beklentilerini belirlemede önemli rol oynuyordu. Ergenlerin beklentileri yönünden etkin ve duygusal davranışlarda bulunan aileler arasında anlamlı bir fark yoktu. Hizmet grubundaki ailelerde ise babanın öğrenmeye olan desteği, çocuğun isteklerini belirlemede ön plana çıkıyordu.

Tartışma

1964'te Bloom, insan özelliklerinin durağanlığını ve değişkenliğini inceleyen araştırmasında İnsanı çevreleyen ortamın bir dizi alt ortamlardan oluştuğunu ve her kişisel özelliğin belli bir alt ortamla ilişkili olarak ortaya çıktığını öne sürmüştü. Ergenlerin beklentilerinin anne-babalarının beklentileriyle orta derecede uyduğunu, fakat onların davranışlarının etkin ya da duygusal olmasıyla hemen hemen hiç ilişkisi bulunmadığını gösteren bu çalışma alt ortam yaklaşımını desteklemektedir.

1982'deki araştırmasında Laosa anne-baba davranışıyla çocukların nitelikleri arasındaki ilişkinin, farklı sosyal sınıflama yöntemleri kullanılarak tekrar araştırılmasını öneriyordu. Bu çalışmada kullanılan babanın mesleği sınıflaması ile ortam ve ilişkiler arasında çok zayıf bir ilişki bulunmuş olmasına karşın sonuçlar, farklı meslek gruplarında diğer ortam değişkenlerinin birleşerek farklı beklenti şekilleri oluşturduğunu göstermektedir.

(Journal of Educational Psychology, 1984Vol/76No.4)

HEDEF

ULUSAL DÜZEYDE İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ KURULU

Doç. Dr. A. Gürhan Fişek

Geçmiş 'deneyimlerin değerlendirilmesi, yitirilen zamanın farkedilmesini ve yeni atılımların da belirli bir düzeyin üstünden başlamasını getirir.

Cumhuriyet dönemine hatta öncesine baktığımızda, işçi Sağlığı İş Güvenliği (İşS-İşG) alanında bilmediğimiz ya da değerlendirmeden tarihe gömdüğümüz sayısız deneyim olduğunu görürüz.

Bu deneyimlerden biri. Ulusal Düzeyde İşçi Sağlığı İş Güvenliği Kurulu'dur (UD İşS-İşGK). Seçkin bir çok insanın, günlerini ve umutlarını bağladığı; sonunda da, ortaya 2 önemli belge koyduğu bu çalışma unutulmamalıdır.

1965 yılında Devlet Planlama Teşkilatı'nın gündemine gelen, İcra planına konulan böylesi bir kurul oluşturulması düşüncesi, planlarda yer almasına karşın 3. ve 4. BYKP dönemlerinde gereken ilgiyi göremedi. 7 Temmuz 1978'de zamanın Çalışma Bakanı'nın çağrısı ile ilk toplantısını yapan kurul, bu alanda yıllarını vermiş kişilerden, kamu kuruluşlarının ve toplum örgütlerinin temsilcilerinden oluşuyordu. Dönemin ve olayı yönlendiren İşçi Sağlığı Genel Müdürü'nün niteliğinden ötürü, atılımcı ve gündelik kaygılardan arınmış bir özellik taşıyordu.

Bu özellik, İşçi Sağlığı Genel Müdürü Ergin Atasü'nün açış konuşmasında da kendini belli ediyordu: "*Bu toplantıya Çalışma Bakanlığı olarak belirli bir gündem ile gelmedik. Bunun nedeni, ilk kez toplanan böyle bir kurula yöneltici müdahaleci tavır ile değil de, bütün kesimlerin görüşlerini ve bu konuya yaklaşımlarını saptayacak bir tavır ile yaklaşmak dileğimizden gelmektedir. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği konusunda kendi görüşlerini belirtecek konuşmalar ile çalışma yöntemi ve politikayı ortaya çıkarmaya yardımcı olmalarını kendilerinden diliyoruz. Ve Kurulun ne yönde çalışması gerektiği bundan sonra da yine sayın konuşmacıların yaklaşımları ile çıkacak bir yöntem olacaktır.*"

İlk iki konuşmayı yapan ÇB İSGÜM Müdürü Doç. Dr. İsmail Topuzoğlu ve TTB Genel Başkanı Dr. Erdal Atabek ile Kurul'ca seçilen ve Ümit Alptekin (DİSK), Prof. Dr. Üstün Korugan (TTB), Kim. Y. Müh. Murat Gümrükçüoğlu (TMMOB), Gülay Kozacıoğlu (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı), Dr. A. Gürhan Fişek (Çalışma Bakanlığı), Şimşek Kaplangı-Yıldırım Özel (Sümerbank)'den oluşan alt komisyon çalışmalarını iskeletini oluşturmuşlardır. Topuzoğlu, sekretaryası, yürütme kurulu olan bir Genel Kurul oluşturulmasını ve yasal düzenleme gerçekleşene kadar, Kurul'un çalışma yöntemini saptayacak bir yönetmelik hazırlanmasını önermiştir.

Erdal Atabek, işçi sağlığı kapsamına sigortalı işçiler ile birlikte kırsal ve kent emekçilerinin de alınması gerektiğini; kurulun, yasal yönü ile kitlelerin isteklerine yanıt verecek durumda olması gerektiğini vurgulamıştır. Konunun işyerlerinde oluşan bir sağlık kavramı dışında İşçinin aile sağlığı ve yaşamından kaynaklanan sağlık sorunlarından soyutlanmadan bir bütün halinde ele alınmasını önermiştir, işçi Sağlığı politikasının saptanmasının ve Kurulun bir danışma organı olarak düşünülmecek şekilde yasal olanaklara kavuşturulmasını; örgütlenme ve eşgüdüm sağlanmasını ve Kurul çalışmalarının devamlılık göstermesi gerektiğini vurgulamıştır.

Tartışmaların hemen başında, ülkedeki İşS-İşG sorunlarının en başına örgütlenme ve kurumsallaşma sorunu koyularak, ilk dev adım atılmıştı. Bu hem kurula büyük bir zaman kazandırmış ve hem de başarılabilirse, uygulamaya doğrudan müdahale olanağını açmıştı,

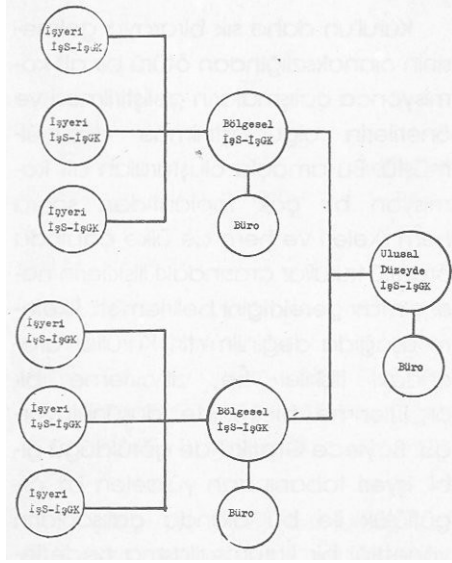
Kurul'un daha sık biraraya gelmesinin olanaksızlığından ötürü bir alt komisyonca çalışmaların geliştirilmesi ve önerilerin olgunlaştırması düşünülmüştü. Bu amaçla oluşturulan alt komisyon bir çok toplantıdan sonra hem ilkeleri ve hem de ülke çapında örgütlü kurullar arasındaki ilişkilerin nasıl olması gerektiğini belirlemiştir.

İlkelere aşağıda değinilmiştir. Kurullar arasındaki ilişkiler ise, zincirleme bir örgütlenme biçiminde düşünülmüyordu. Böylece Grafik:1'de görüldüğü gibi, işyeri tabanından yükselen bir örgütlülük ile bu alanda çalışanların yönettiği bir kurumsallaşma hedefleniyordu.

O günler için henüz yaygınlık kazanmamış bu düşünce, bugün bir çok toplum örgütü tarafından dile getirilmektedir. **Belirli bir alanda çalışanların sorunları ile o alanın sorunlarının çözümü birbirinden ayrılamaz**, işte "katılım" kavramının en somut ifadesi budur. Çalışanlarını dışlayarak işçi sağlığı iş güvenliği sorunlarını çözemezsiniz, işçi sağlığı iş güvenliği kurulları da, bu alanda çalışanların temsil edildiği ve sorunlara ortaklaşa çözüm üretmeye çalıştıkları platformlardır.

GRAFİK 1

ÇEŞİTLİ DÜZEYLERDE İŞS-İŞGK'NUN BİR MODEL ÇEVRESİNDE BAĞLANTILANDIRILMASI (2)



Toplantının en önemli eksiği, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu (TİSK) ile Türk-İş'in katılmayışıydı. Buna karşın, DİSK, Türk Tabipleri Birliği, TMMOB, Türkiye Barolar Birliği, aktif bir biçimde oluşuma katılmışlardı.

Bu toplantılarda şu ilke kararları alındı:

"1. Ulusal Düzeyde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulu, mali ve idari yönden özerk olmalıdır. Bu amaçla değiştirilmekte olan İş Yasası'nın 76. Maddesinin yeniden düzenlenmesi önerilmektedir. Bu değişiklikte;

- Mali ve idari yönden özerk olduğu vurgulanmakta,
- Parasal kaynak sağlanmaktadır.

2. Ulusal Düzeyde İşS-İŞGK, kendi bilgi kaynaklarına sahip olmalı; aldığı kararlar ve ilkeleri en küçük birimlere kadar iletilebilmelidir. Bu amaçla, bölgesel, işyeri ve il düzeyinde İşS-İŞGK'nın ulusal kurulla bağlantısı getirilmektedir.

3. Ulusal Düzeyde İşS-İŞGK, biri Genel Kurul, diğeri Yönetim Kurulu ve Denetim Kurulu'ndan kurulu olmalıdır. Genel Kurul'da çeşitli yörelerden, iş kollarından ve alt birimlerden gelen üyelerin bulunmasına dikkat edilmelidir.

- TBB, TTB, Üniversite temsilcilerinin çeşitli yörelerden gelmesine,
- işveren, işçi temsilcilerinin çeşitli iş kollarından gelmesine,
- TMMOB'nin çeşitli odalarından temsilci gelmesine,
- İlgili bakanlıklardan temsilci gelmesine ve ek olarak. Çalışma Bakanlığı İşçi Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Bakanlığı SSK Genel Müdürlüğü, SSBYB Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'nden birer temsilci gelmesine,
- TÜBİTAK, MPM, DPT gibi araştırma kurumlarının merkezlerinden temsilci gelmesine dikkat edilmelidir.

4. Sadece İş Yasası kapsamına giren işçilerin değil, tüm çalışanların sağlıklı ve güvenli çalışma koşullarında çalışmalarının sağlanması için çaba gösterilmelidir.

5. Mevzuat düzenlemeleri, bakanlıklararası eşgüdüm, inceleme araştırma, eğitim, yayın ve benzeri tanıtma çalışmaları yapmak ve konuya ilişkin alınan kararları uygulanmak üzere ilgili kuruluşlara iletmek amaçlanmalıdır.

6. Yasal değişiklik gerçekleştirilene kadar Çalışma Bakanlığı'nca çıkarılacak bir yönetmelikle çalışmalar düzenlenmelidir."

İş Yasasının 76. Maddesi (Yürürlükteki Biçimi):

Çalışma Bakanlığı'nca lüzum görülecek işyerlerinde işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere birer İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulu" kurulur. Bu kurulların hangi işyerlerinde kurulacağı, teşekkül tarzları, çalışma usûlleri, ödev ve yetkileri Çalışma Bakanlığı'nca çıkarılacak bir tüzükte tesbit edilir.

İş Yasası'nın 76. Maddesi (Alt Komisyonca Önerilen Biçimi):

Çalışma Bakanlığı'nca Ulusal, Bölgesel, il ve işyeri düzeyinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere "mali ve idari yönden" özerk, ortak planlama, değerlendirme ve eşgüdüm sağlamak için "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları" kurulur.

Bu kurul çalışmalarının gerektirdiği harcamalar için, işverenler tarafından, işçiye o ay içerisinde ödenen ücretin binde biri oranında ödenecek primlerden oluşan bir "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları Fonu" kurulmuştur.

Bu kurulların nasıl kurulacağı, kurulların oluşumu, çalışma usûlleri, aralarındaki ilişkiler ve ödev ve yetkileri.

Çalışma Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca çıkarılincaya kadar, çalışmalar. Çalışma Bakanlığı'nca çıkarılacak bir Bakanlık Genelgesi aracılığıyla yürütülür.

İş Yasası'nın 76. Maddesi (Kurul'ca Önerilen Biçim):

Çalışma Bakanlığı'nca Ulusal, Bölgesel ve işyeri düzeyinde, işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere mali ve idari yönden özerk "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları" kurulur. Bu kurulların nasıl kurulacağı, gelir kaynakları, oluşumu, çalışma usulleri, ödev ve yetkileri. Çalışma Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca çıkarılacak bir tüzükte saptanır. Bu tüzük çıkarılana kadar, çalışmalar. Çalışma Bakanlığı'nca çıkarılacak bir Bakanlık Genelgesi aracılığıyla yürütülür. Burada vurgulanan önemli köşe-taşlarını ele alalım.

1. Ulusal, bölgesel ve işyeri düzeyinde kurullar kurulmalıdır. Bunlar arasındaki ilişkiler ve seçilme yolları çok önemlidir. Bunun tabandan başlayarak oluşturulmaya başlanmasında UD İşS-İŞGK, tanıtıcı, öğretici, yol gösterici vb. önemli bir işlev taşıyacaktır.*

2. Bu kurullar mali ve idari yönden özerk olmalıdır. Kurul, kamu kontrolünden bağımsız ve kendi kendini yönetebilen bir yapı düşünmektedir. Bu düşüncenin yalnız o zaman İçin geçerli olmadığı, her geçen gün daha iyi anlaşılmıştır. O kurulun, 1979'daki son toplantısından sonra. Çalışma Bakanlığı'nca yeniden toplantıya çağrılmamış olması, önerdiği "Yönetmelik'in çıkarılmamış olması, bu "direnme noktası'nın önemini vurgulamaktadır.

3. Gelir kaynakları vs: Kurumsallaşma iddiasında olan bir kurulun, çalışmalarını yürütebilmesinin ve geliştirebilmesinin ön koşulu gelir kaynaklarına sahip olmasıdır. Gerekli gördüğü gibi kullanabildiği ve sağlanmasında kamu otoritesinin etkisinin en aza indirildiği bir sistem, İşS-İŞG gibi yakıcı bir konuda vazgeçilmezdir.

Ancak, şuna da dikkat çekilmelidir: Alt komisyon ve UD İşS-İŞGK tarafından üretilen değişiklik önerileri arasındaki temel fark, gelir kaynağında toplanmaktadır. Önerinin son biçimi konunun çıkmaza girmekte oluşunun ilk işaretidir.

4. Çalışma usulleri, ödev ve yetkileri 3 Bakanlıkça belirlenecektir. Bu sağlanana kadar bir Bakanlıkça çıkarılan Genelge ile İşler yürütülecektir. Kurul'un pragmatik ve kısa erimli bir çözüm olarak düşündüğü bu yol da işletilmemiştir. Attığı tüm adımları ince ince hesaplayan kurul, burada kamu olanaklarından yardım bekleyerek hata mı etmiştir? Evet. Bugün elde ettiğimiz deneyimlerin ışığında, kısa bir bekleyişten sonra, toplumun geniş bir kesimini ve işyeri kurullarını oluşturan kişilerin de büyük bir bölümünü temsil eden toplum örgütlerinin, devletten bağımsız ve kendi başlarına bu işe girişmeleri gerekliydi. Böylesi bir girişim, toplum örgütlerinin, özlediğimiz üretici yapılara dönüşmesini ve yaşama doğrudan müdahale etmesini de sağlayacaktır. Ama kısa bir süre sonra gelen 12 Eylül yönetimi, bu hatanın toplum örgütleri eliyle giderilmesi ortamını elverişsiz kılmıştır.

Bugün gelişen noktada bu çözümleme ve UD İşS-İŞG Kurulu oluşumuna egemen olan ilkeler hala geçerliliğini korumaktadır. O halde, İşS-İŞG sorunlarının çözümü, birimlerde bu alanda çalışanları bir araya getiren, takım oyununu güçlendiren, böylesi bir yapılanmadan geçmektedir. Haydi gelin kuyuya bir taş da biz atalım.

ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEN ÖRNEKLER

- Almanya
- Kırgızistan

ALMANYA

Yabancı Gençlerin Yalnızca Yüzde 37'si Çıraklık Eğitimini Tamamlıyor

Köln-Federal Çalışma Teşkilatı Başkanı Bernhard Jagoda, genç elemanların yetiştirilmesinde yabancı gençlere de şans tanımaları için Alman İşletmelerine çağrıda bulundu. Jagoda, Köln'de gazetecilere yaptığı açıklamasında günümüzde Almanya'da yaşayan 15-18 yaşlarındaki yabancı gençlerin yalnızca yüzde 37'sinin bir çıraklık eğitimini tamamladığını söyledi. Alınanlarda ise bu oranın yüzde 70'den fazla olduğunu bildirdi.

1993 yılında 110 bin yabancı gencin çıraklık eğitiminde bulunduğunu kaydeden Jagoda, yabancı çırak sayısının geçtiğimiz beş yıl içinde iki katına çıktığını sözlerine ekledi. 1987 yılında toplam çırak sayısı içinde oranları yüzde 3,7 olan yabancı gençlerin payının bugün yüzde 7,6'ya çıktığını söyledi.

Jagoda, halen çok sayıda yabancı gencin okuldan mezun olur olmaz herhangi bir mesleki eğitimden geçmeksizin niteliksiz işçi olarak çalışma hayatına atılmasının üzücü olduğunu bildirdi.

(Alman Haberler Servisi No: 2673, 9 Şubat / 1994)

KIRGIZİSTAN

Hükümet sosyal sigortaların kontrolünü ele alıyor

1992 Nisan ayı ortalarında Kırgız Hükümeti, sosyal sigortaların yönetiminin devlet yetkililerine devredileceğini açıkladı. Bu karar, eski Sovyetler Birliği'nde yaygın olan sosyal sigorta yönetimini sendikalara emanet etme uygulamasının tamamen terkedilmesi demektir.

Kırgızistan Sendikalar Federasyonu'nun (FTUK) buna verdiği ilk yanıt ilke olarak düşmanca olmamıştır. Ancak Hükümetin sosyal güvenliği tüm sorumluluğunu üzerine alma kararı, geniş kapsamlı mali ve yapısal etkilere yol açacaktır. Özellikle IMF'nin desteklediği son ekonomik reform koşullarında yetkililer için bu sorunlarla uğraşmak güç olabilir. Bu nedenle, Hükümetin yeni görevini nasıl yürüteceği açıklığa kavuşana dek FTUK yerini koruyacak gibi görünmektedir.

Kırgızistan'ın Sosyal Sigorta Fonu, ilke olarak hep bir devlet kurumu olmuştur. Geleneksel uygulamada ise ilgili bütün yönetsel görevler sendikalara bırakılmıştır. Şirketlerin ve işçilerin sosyal sigorta bütçesine katkıları ise bu nedenle kamu fonu olarak kabul edilmiş ve bu paralar yalnızca işçilerin sosyal gereksinimlerini karşılayacak şekilde kullanılmıştır. FTUK, bu fonun devlet bütçesindeki açıkları kapatmak için kullanılmayacağı konusunda ısrarlıdır.

Uygulamadaki etkiler. FTUK Konseyi başkan yardımcısı Bay Tokhtonazarov'a göre Fon yönetimi şimdiye kadar yapılan tasarrufları; çalışma ortamı, sağlık hizmetleri, temizlik ve kalacak yer gibi koşulların kabul edilen standartlara uymasını sağlamak amacıyla kullanmıştır. Yönetimin devlete devredilerek sendikaların 'rahatlatılmasına' karşı çıkmamakla birlikte, bu devrin ancak Hükümet gerekli altyapıyı kurduktan ve yalnız kâr ödemelerini değil, daha önce sendikaların yürüttüğü diğer işlevleri de yerine getirmeye başladıktan sonra olabileceğini düşünmektedir. Bu iş zaman alabilir, ayrıca şüphesiz ki çok pahalıya malolacaktır.

Hükümetin sendikalarla anlaşmazlığa düşmek istemediğini varsayarak Bay Tokhtonazarov'un uyarılarını dikkate almak zorunda kalacaktır. Ancak bu durumda da sosyal güvenlik yönetim harcamaları sığrama yapacaktır. Şimdiki sistemde yönetici kadronun yalnızca bir kısmına sosyal güvenlik bütçesinden, ödeme yapılmaktadır. FTUK'nin yaşamsal olarak gördüğü pek çok görev, ücretleri sendika fonlarından karşılanan sendikal örgüt başkanları ya da gönüllü olarak görev yapan diğer sendika çalışanları tarafından yerine getirilmektedir.

Mali durum. Devlet bütçesinin milyarlarca ruble açık verdiği şu günlerde dile getirilmeyen soru, sosyal güvenlik sistemini yönetmekle ortaya çıkacak ek harcamaları devletin karşılayıp karşılayamayacağıdır. FTUK, kendi hesabına, yeni durumdan en iyi şekilde yararlanmayı düşünmektedir. Artık doğrudan taşıdığı sorumlulukla eli kolu bağlı değildir ve bu görevin uygun biçimde yerine getirilmesini Hükümetten talep edecek duruma gelmiştir.

(Social and Labour Bulletin 4/92)

OKURLARIN KALEMİNDEN:

ÖRGÜT, ÖRGÜTLENME, KURUMSALLAŞMA

(Bir Örnekten Yola Çıkararak)

TTB Türkiye'de yaklaşık 60 bin hekimli (kayıtlı olsun/olmasın) temsil eden/etmesi gereken bir sivil örgüt olarak öncelikle kurumsallaşma yolunda adımlar atmalı, bu adımları sıklaştırmalıdır. Ülkemizin içinde bulunduğu durum göstermektedir ki; hekimlerin sağlık sektörü içinde bile söz sahibi olabilmeleri ancak örgütleri (TTB) aracılığıyla veya sendikalaşma süreci sonunda oluşabilecektir. Ancak şu aşamada hekimlerin sendikalara çok sıcak baktığını söylemek olası değildir. O halde kısa süreçte hekimlerin, TTB'ye sahip çıkmaktan, onu güçlendirmekten başka çıkar yolları gözükmemektedir.

HEKİMLER VE BEKLENTİLER

Hekimler de içinde olmak üzere insanlarımızda uzun süreli düşünme alışkanlığı olduğu söylenemez. Genellikle kısa süreli çıkarlar peşinde koşan insanlarımız (hekimler) TTB'nin hemen sonuç alıcı eylemler yapmasını beklemekte, örgüte verdikleri güçten (?) çok daha fazlasını örgütten beklemektedirler. Her ne kadar örgütlenmenin, güçlü örgütün uzun süreçte nasıl etkili olabileceği anlatılıyor veya anlatılmaya çalışılıyorsa da hekimlerin beklemeye niyeti ve direnci olmadığı görülüyor. Bu ortamda kısa süreli beklentilerle örgüte yönelen hekimler kısa sürede hayal kırıklığına uğrayabiliyor ve örgütten soğuyup uzaklaşabiliyorlar.

Özellikle geçmişten kaynaklanan; "TTB'nin politikayla uğraşıp, hekim hak ve sorunlarıyla uğraşmaması!" görüşü de insanların kısa süreçte beklentilerine yanıt alınamamasıyla birleşince örgütten kaçışı hızlandırmaktadır.

Bu durumda örgütün güçlenmesinde etkili olabilecek iki yol sözkonusu olmaktadır. Birincisi; henüz hekimlerin bir miktar da olsa halen bireysel çabalarla gemilerini kurtarabilme umutlarının iyice yok olmasına kadar beklemektir ki bu durum iyice yılgın bir kitle yaratacağından, bu kitleye yeniden dinamizm kazandırmak çok güç olacaktır.

İkinci yol ise önemli/önemsiz demeden hekimlerin gözünde TTB'yi güçlü kılan, kurumsallaştıran, etkinleştirilen girişimlerde bulunmak, bu yolda yorulmaksızın ilerlemektir.

BİR ÖRNEK

TTB; hekimlere kısa süreçte katkıda bulunabilecek bir istihdam alanındaki boşluğu yakalamış ve bu yolda ilk adımları da atmıştır. İŞYERİ HEKİMLİĞİ

Atılan bu adımlar hekimlerin 1/ 6'sına yakın bir kesimini Tabip Odaları ve TTB ile ilişkiye çekmiştir.

Başlangıçta soru işaretleri taşıyan girişim ilk aşamada başarılı olmuş ve TTB'ye kurumsallaşma yolunda önemli katkılar sağlamıştır. Bu alan sadece hekimler üzerindeki etkinlik açısından yararlı olmamış, ayrıca toplumsal ve sosyal alanda da TTB'ye olumlu katkılar sağlamıştır. TTB aynı zamanda sürekli eğitim perspektifinde önemli bir nokta yakalamış ve kullanmaya başlamıştır. 1988 yılında başlayan bu çalışmalar pek uzun sayılmayacak bir süreçte önemli adımların atılmasıyla iyi bir noktaya gelmiştir.

6 yıllık bir süreçte 11 bin civarında hekimi eğitimden geçirmek (kalitesi

tartışılır olsa da) önemli bir aşamadır. Kaldı ki yetersiz yaptırım gücüyle bu sonucu almak ve hekimleri işe yerleştirme yolunda atılan adımlar, alınan sonuçlar hiç de azımsanmayacak düzeydedir.

1988 yılında başlanan ve iyi sonuçlar alınabilen, TTB açısından bol da para kazanılan bu alan 1994'te tıkanma noktasına gelmiş, gerek örgüt içi gerekse örgüt dışı tartışmalar yaratıp bitme sürecine girmiştir. Ne oldu da bu noktaya gelindi?

Gelinen bu nokta kaçınılmaz mı idi?

Bu noktanın kurtuluşu yok mudur? Kurtuluş için neler yapılabilir?

Bu soruları uzatabilir, belki suçlular arayabilir ve de bulabiliriz.

Ancak amacımız suçlu arayıp bulmak değil, çözüm yolu üretmek olmalıdır.

İçinde bulunduğumuz süreç düzeltilemez değildir. Ancak düzeltme planlı, programlı, kararlı süreçlerde ve inanmış kişilerle olabilir. Öncelikle TTB yöneticilerinin işyeri hekimliğine bakış açılarının, bu alanı kurtarıp kurtarmamak daha doğrusu TTB'nin bu alandaki etkinliğinin devam edip etmemesi konusundaki görüşlerinin netleşmesi mutlaka gereklidir. Herhangi bir konuda başarı sağlayabilmek ancak o konuda çaba harcamak, fikir üretmek ve uygulamakla mümkün olabilir. Kendi haline bırakmanız durumunda en mükemmel şeyler dahi kısa sürede dejenere olurlar.

Yaban otlarıyla kaplı, dikenli, taşlı bir bahçeyi bakıma alıp bir kaç yıl içinde çok güzel çiçeklerin yetiştiği yeşil, bakımlı bir hale getirebilirsiniz. Ancak bu güzel bahçenin bakımını aynı özenle yapmazsanız yine kısa sürede çimler ve çiçekler kurumaya, ayrık otları çıkararak, bahçeyi sarmaya başlarlar ve sonuç yine bakımsız bir bahçe olur. Harcanan onca emek ve para da boşa gider. Sadece sonuçtan yola çıkarak bu bahçe bozuktu, eninde sonunda yine bozulacaktı demek analitik bir görüş olmasa gerek. Bahçenin aynı güzellikte yaşayabilmesi için bahçe ile sürekli ilgilenmek, sürekli gübrelemek ve emek harcamak gereklidir. Ayrıca bahçeyi bu işten anlayan insanlar ile koruyabilirsiniz. Aksi halde her seferinde yeni ve bahçıvan olmayan kişileri bahçe bakımına alır ve deneyim kazanmalarını beklersiniz. Bu kişiler bahçıvanlığı öğrenene kadar bahçe yine kaybedilmiş veya çimler-çiçekler solmuş olur. Bahçeyi her seferinde daha büyük emek ve masraflarla canlandırabilirsiniz.

Deneyimli insanlara sahip çıkmak, deneyimlerine saygı duymak zorundasınız. Her zaman için popülist

yaklaşımlar doğru olmadığı gibi farkında olmadan genel popülasyona da zarar verebilir. Çiçeklerin-çimlerin yetişmesi ve yaşaması için sulanmaları gereklidir. Ancak gereğinden çok sulanmaları iyi gelişmelerini sağlamayacağı gibi çürümelerine de neden olabilir.

İŞYERİ HEKİMLİĞİ KURTARILABİLİR

İşyeri Hekimliği kursları bölgesel olarak devam etmeli, bu kurslar üç aşamalı olarak ele alınmalıdır. Kurslara katılan kursiyerlerin izin problemi için ilgili kurumlarla ilişkiler kurulmalıdır. A Tipi kurslarda, bir haftalık ve 50 saatlik temel bir kurs programı düzenlenmeli ve dersler iyi programlanarak uzman kişilere verdirilmelidir. Sınıflar 50 kişiyi aşmamalıdır.

Kurs sonlarında değerlendirme testleri yapılarak hekimlerin bilgi düzeyleri ölçülmeli ve bu düzeye göre hekimlerin işyerlerine önerime listeleri oluşturulmalıdır.

B tipi kurslar işyeri hekimliği yapan hekimlerin katılması zorunlu olan programlar olarak işkolu düzeyinde ele alınmalı ve A kursundan en çok bir yıl sonra hekimler bu kursa çağrılmalı, kursa katılmayan hekimlere ikinci bir kurs olanağı tanındıktan sonra hekim yine katılmazsa işyeri hekimliği yetkisi iptal edilmelidir. B tipi kurslarda iş kolundaki sorunlar, riskler daha detaylı olarak irdelenmeli ve kurs süresi 2 gün, 15 saat olmalıdır. B tipi kurslardan sonra her yıl C tipi kurslar düzenlenerek işyerlerinde yaşanan problem çözümüne yönelik eğilim verilmelidir. Bu kurs da iki gün sürmelidir.

İşyeri hekimliği yapan kişiler hazırlanarak formlara uygun olarak yıllık çalışmalarını TTB'ye (odalara) ulaştırılmalıdır. Bu çalışma raporu kursa katılım için zorunluluk haline getirilebilir. Böylece hekimlik uygulamaları konusunda ve işyeri hekimliğine kalite getirme açısından da önemli bir adım atılmış olur. İşyeri hekimlerini sadece göstermelik bir kurstan geçirip sertifika verdikten sonra kendi hallerine bırakmak bu alanda denetimi elden kaçırmak anlamını taşır. Herhangi bir işin başarı ile yürüebilmesi için kendine özgü bir disiplin oluşturulması ve bu disiplin çerçevesinde de denetlenmesi kaçınılmazdır. Aksi halde ucunda iyiniyet de olsa istenmeyen noktalara varılır.

5 yıllık boş vermişlik sürecinde, hekimlerle kurulmayan, geliştirilmeyen/ disipline edilmeyen ilişkiler sonrasında hekimler yalnızca sertifika almak ve işyerini onaylatmak için odalara başvurur hale gelmişlerdir. Geline bu noktadan, aniden yeni ve tanımlamaya çalıştığım sürece geçmek elbetteki zor olacaktır ve tepki alacaktır. Ancak bu alandaki kurumsallaşmanın sağlanması, etkinliğin artması için başka bir yol görememekteyim.

Bu noktaya ulaşmak için 1988'deki anlayış ve azimle yeniden işe sarılmaktan başkaca yol yoktur. TTB bunu başaracak bilgi birikimi ve insan gücüne sahiptir.

10 bin hekim hiç de azımsanamayacak bir güçtür ve yalnızca bu gücün harekete geçirilmesi bile büyük bir başarıdır. Hekimlerin kafasındaki; işyeri hekimliği ek gelir kapısıdır anlayışının yavaş yavaş yıkılabilmesi için ciddi adımlar atmaya başlamak gereklidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde yer alan işyeri hekimliğini bir disiplin haline getirmek ve pratisyen hekimlerin bu alana (yalnızca bu alana) yönelmelerini teşvik etmek gereklidir.

TTB'nin ayrıca işyeri hekimliğinden elde ettiği gelirin önemli bir kısmını yine bu alana ayırması zorunluluktur, Profesyonel çalışanları, hukukçu desteği ile işyeri hekimliğine gereken önem verilmelidir.

TTB, ilk aşamada başlangıçtan itibaren bu alanda uğraşan kişileri bira-rama getirerek, sanayi yoğun (işyeri hekimlerinin çok olduğu) İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Bursa, Kocaeli, Antalya, Denizli, Tekirdağ gibi illerden kişilerin de katılımı ile mini bir kongre düzenleyerek işyeri hekimliği alanındaki tüm sorunları burada tartışmaya açmalı ve buradan çıkacak sonuçları değerlendirerek uygulamaya koymalıdır.

Kurumsallaşma yolundaki bu alanı reorganize etmek için henüz çok geç kalınmış sayılmaz, ancak elimizi çabuk tutmalıyız, aksi halde treni kaçırabiliriz.

SONUÇ OLARAK;

TTB ülkemizin en köklü ve dinamik örgütlerinden biridir. Örgüt ve örgütlülük deneyimi hiç de azımsanamayacak düzeydedir. Ancak henüz yeterince kurumsallaştığını, hekim kamuoyunda bir güç olarak kendini kabul ettirebildiğini, ülke gündemindeki yerini aldığını söylemek olası değil. Ülke yöneticilerinin TTB'yi henüz bir güç olarak görmediklerini veya algılayamadıklarını rahatça söyleyebiliriz. Üyeleri arasında yeterince kabul görmeyen ve destek verilmeyen TTB'nin kısa sürede bir güç odağı haline gelmesini beklemek de doğru değildir.

Son tabip odası seçimlerinde, hekimler tabip odalarına dolayısıyla TTB'ye sahip çıkmışlardır. Bu sahip çıkmanın nedenleri ülke gündemi nedeniyle tartışılır olsa da sonuçta sahip çıkmış olduğunu söyleyebiliriz. Bu yakalanan süreç çok önemlidir. Tabip Odalarına ve TTB'ye artık daha büyük görevler düşmekte ve daha büyük sorumluluklar yüklenmektedir. Eğer TTB (odalar) bu sorumluluklarını yerine getiremez ve hekimlerin bu yaklaşımını kucaklayamazlarsa şüphe yok ki yine hayal kırıklıkları başlayacak ve katılım açısından gelinen noktadan geriye düşülecektir.

Artık tabip odaları ve TTB yöneticilerinin şapkalarını önüne koyarak iki kez düşünme zamanıdır. Her alanda hekimleri kucaklama, hekim sorunlarına sahip çıkma için daha fazla çaba harcanması gerekmektedir.

Hekimleri yapılan çalışmaların içine çekmek kaçınılmaz bir zorunluluktur. TTB ve odaların bu kapıları açık tutması gereklidir. Hekimlerin ekonomik/özlük hakları için verilecek mücadele uzun erimli bir mücadele olacaktır. Sonuçları kısa vadede alınamayacağından hekimleri bir arada tutmaya yetmeyebilir.

Hekimler mezuniyet sonrası sürekli eğitimden yoksundurlar. TTB'nin bu alanda yoğun çabalar harcaması gerektiği/harcadığı gerçektir. Ancak bu sürecin de kısa vadede ilgili kurum/kuruluş ve hekimlere kabul

ettirilmesi ve katılım sağlanması çok kolay olmayacaktır, zaman alacaktır.

O halde; hem kurumsallaşma sağlanması, hem mezuniyet sonrası sürekli eğitim örneği olması, hem hekimlerin katılımını sağlamış olması nedeniyle işyeri hekimliğine sahip çıkmak ve bu alanda yeni gelişmeler için çaba harcamak en doğru yol olacaktır.

Eksik de olsa mevcut yasaları zorlayarak etkinlik sağladığımız bu alan TTB'nin kendini ispatlaması (her ortamda gösterilebilecek örnek olması) için iyi bir fırsattır.

Bu fırsatı kaçırmayalım.

Dr. Murat FIRAT

KALİTELİ BİR OKUR SEMİNERİ: "KALİTE VE SAĞLIK"

11-12 Haziran 1994 tarihinde Ankara'da yapılan okur seminerinde kalite-sağlık ilişkileri ele alındı. Seminer, otuzdan fazla kişi tarafından ilgiyle izlendi. Aslına bakarsanız, "izlendi" sözcüğü gerçeği yansıtmıyor. Bu seminerleri kimse "izlemiyor". Herkes etkin biçimde katılıyor, kavramları geliştiriyor, tartışmaları zenginleştiriyor ve değerlendirmelere boyut kazandırıyor.

Seminerin birinci gününde, ISO 9000 yaklaşımı, çevre kalitesi, gıda kalitesi ve işyeri güvenliği kalitesi konularında uzman sunumları yapıldı. Kalite kavramı, tanımı, altyapısı, koşulları, izlenmesi, ölçülmesi - değerlendirilmesi ve sürekli iyileştirilmesi üzerinde duruldu. Endüstride geçerli olan kalite unsurlarının genelde hizmet sektörüne, özelde sağlık hizmet sunumuna uyarlanabilme şansı ve yöntemleri enine-boyuna tartışıldı. Katılımcıların farklı disiplinlerden olması (sağlıkçıların yanı sıra, kalite uzmanları, sosyal bilimciler, işyeri güvenliği ve çevre uzmanları, eğitimciler, meslek örgütü yöneticileri, sendika ve tüketici derneği yetkilileri...), konuların değişik açılardan irdelenebilmesine olanak tanıdı.

İkinci gün, kalite ile sağlık konularının etkileşme çerçevesini daha da belirginleştiren sunum ve tartışmalar yapıldı. Sağlık hizmetlerinin yapısal, süreçsel ve çıktısal (sonuçsal) kalite değerlendirilmesi üzerinde duruldu. Ortopedik malzemenin kalitesini (daha doğrusu, kalitesizliğini) ortaya koyan bildiri, ülkemizde bu konudaki başıboşluğun çarpıcı bir örneğini oluşturdu. Tüketicinin sağlık alanındaki hakları ve sağlık tüketicisinin bilinç düzeyi konulu bildiri, toplumumuzun bu alandaki duyarsızlığını açıkça ortaya koydu. Tıbbi etik konusundaki sunum, sağlıkçıların bireylere verdiği koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetinin kalitesine yönelik deontolojik yükümlülükleri gündeme getirdi. Kaliteli sağlık hizmeti verebilmek için sağlıkçıların doyumunun ve çalışma ortamı koşullarının önemini vurgulayan sunum, bu konudaki sorunların saptanabilmesine dönük bir yöntemi tanıttı.

İlginin iki gün boyunca azalmadan (aksine, artarak) sürdüğü seminerin genel değerlendirmesi sırasında, kalite-sağlık konularının kesiştiği alanlarda katılanların "taze" bakış açıları kazandıkları gerçeğinin altı çizildi. Bir yandan bilimsellikten ayrılmayan, diğer taraftan da sınırsız insan ilişkilerinin yaşandığı okur seminerlerini "ıskalamamanızı" öneririm.

Prof. Dr. İsmail ÜSTEL

Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi

BÜYÜTEÇ

Sağlık ve Kalite

- Kalite Kavramı (İsmet Öztunalı)
- ISO 9000 Uygulama Esasları ve Gereklere (Yasemin Başar, Doç. Dr. Ö. Tunç Savaşçı)
- Çevre ve Kalite (Dr. Ecz. Leyla Üstel)
- İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği, Kalite Sağlama Çabalarının Ayrılmaz Bir Parçasıdır (Kim. Müh. Ruhi Öktem)
- Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Tıp Etiği (Dr. Çağrı Kalaça)
- Hekim İstihdamı ve Sağlık Hizmetinde Kalite (Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu)
- Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi (Dr. Derman Boztok)

KALİTE KAVRAMI

Kalite soyut bir kavram olmayıp ürünün (hizmet veya madde, mamul) kendisidir. Bu alanda artık, iyilik mü-kemmellik gibi değerlendirmelerin yeri yoktur. Bir yanda istekler, ihtiyaçlar; öbür yanda bunları karşılayacak özellikler vardır. Kalitenin tanımlanması yönünde örnekler bulunmaktadır.

Üzerinde uyushulmuş (Uluslararası Standardizasyon Örgütü) tanıma göre, kalite, "ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerinin toplamıdır" (ISO 9005 Kalite Sözlüğü). Kalite anlayışındaki gelişmelerle ürün ve hizmet kalitesi düzeyi açısından önemli yol gösterici niteliği olan standartlar, ulaşılması gereken asgari kalite düzeyini belirtir duruma gelmiştir. "Standarta Uygunluk" şeklindeki kalite anlayışı eskimiştir. Ayrıca hatırlamak uygun olur: Tüketimi kolay olan tüm ürün veya hizmetlerin ve özellikle patent ürün veya hizmetlerin standartları yoktur. Amma "kalite" vardır. Yukarıda sunulan duruma göre bugün kalite, "kullanıma uygunluk anlamını taşımaktadır. Uygunluk, iyi planlanmış ve kontrol edilen bir üretim sonucunda, önceden belirlenen kalite özelliklerine uyumun bir göstergesidir. Kullanıma uygunluğun sağlanması ve saptanması için yapılacak faaliyetler de kalite kontrol işlevini oluşturmaktadır.

Bir ürün veya hizmetin kalitesinin belirlenen istek ve ihtiyaçları karşılması maksadıyla gereken planlı ve sistematik faaliyetlerin tümü "kalite sağlama sistemlerini" oluşturmaktadır. Bir devrim olarak nitelendirilen Sistem yaklaşımının en belirli üstünlüğü, ürün veya kalitesini etkileyen etmenlerin, koşulların ve süreçlerin üretimin (ürün veya hizmet) her düzeyinde amaçlı bir biçimde, bir sisteme uygun, birbiri ile ilişkili bir bütün olarak ele alınmasıdır. Bir kuruluşun performansında temel faktör, ürün ve hizmetlerinin kalitesidir. Müşteri (veya tüketici) beklentilerinin kaliteye yönelik olduğu görüşü dünyada yaygındır. Beklenen performansa ulaşılabilmesi için kalitedeki sürekli gelişmenin gerekliliği kabul edilmektedir.

Bu nedenlerle ve dünyadaki uygulamaların birlikteliğini sağlamak için Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO), ISO 9000 Serisi (9001,9002, 9003, 9004 1-2) Kalite Yönetimi ve Kalite Güvencesi Seçim ve Kullanım Kılavuzu Standartlarını hazırlamıştır. Uygulamalar anılan düzenlemeler yönündedir. Bu düzenlemelerden, 9004-2 Hizmetler İçin Kılavuz'dur. Bir hizmet (örneğin, sağlık hizmetleri) üretim yerinde kalite sağlamak amacı ile belirtilen Kılavuz'un kullanılması uygun olur.

Ülkemizde ISO 9000 serisi düzenlemelerin sanayi alanında uygulanması yaygınlaşmaktadır. Uygulama, yukarıda belirtilen Kılavuzlara uygunluğu gösteren belge (ya da sertifika) ile ortaya konulmaktadır. Nisan 1994 itibariyle, 114 sanayi kuruluşu belge almıştır. Belgeleme alanındaki yetki konusu tartışmalıdır. Bu yazıda bu konulara girilmeyecektir. Hizmet Sektöründe (Sağlık hizmetleri dahil) ISO 9004-2'ye uygun bir çalışma yapıp da belge almış kuruluş halen bulunmamaktadır.

İsmet ÖZTUNALI Tüketici Hakları Derneği Üyesi

ISO 9000 UYGULAMA ESASLARI VE GEREKLERİ

ISO 9000 dünyanın pek çok ülkesinde uygulamaya konulmakta olan uluslararası bir standarttır. Kalitenin önemi hemen tüm iş kollarında giderek arttığından, ISO 9000 uygulamasının da giderek yaygınlaşıp, uygulamanın, yakın bir gelecekte, itibarlı şirketlerin hemen tümünde gerçekleştiği öngörülebilir. Bu çerçevede yakın bir gelecekte, ISO 9000 kabul edilebilir bir kalite sağlayabilme yöntemi ile minimum standart haline gelecektir. Aslında ISO 9000 uygulaması ile sağlanan yararlar son üründe sağlanan kalitenin daha da ötesindedir. ISO 9000 uygulaması ile şirket içi faaliyetlerde sağlanan iyileştirme ve gelime, daha etkin bir operasyona ve dolayısı ile daha kârlı bir iş hayatına da yol açmaktadır.

ISO 9000, üretilen mal ve hizmetlerin kaliteli olması için iş hayatının yürütülme biçimi ve sistemi ile ilgili olan ve bu konularda bir gelişme ortamı sağlayan uluslararası bir standarttır. ISO 9000 kaliteli üretimin garantisi değildir. Ancak, ISO 9000, beklenmedik ve kabul edilemeyecek olaylar meydana geldiğinde düzeltici önlemlerin alınmasını ve kalite ile ilgili problemlerin en aza indirilmesi için gerekli önleyici ve düzeltici mekanizmaların var olmasını garantileyen bir sistem sağlayabilmektedir.

Söz konusu standart, müşteriye bir ürün ve/veya hizmetin sunulması için gerekli işlemlerdeki çeşitli fonksiyonları kapsamaktadır. Bu fonksiyonların, mevcut prosedürleri ile çok iyi dökümanite edilerek, her bir fonksiyonla gerçekleştirilenlerin tekrarlanabilirlik düzeyinin artırılması gerekmektedir. Her bir fonksiyonda problemlerle karşılaşıldığında, alınması gereken düzeltici tedbirler de çok iyi dökümanite edilmelidir.

Yönetimin de, çalışmakta olan sistemin etkinliğinin ve verimliliğinin kontrolü ve geliştirilmesi ile düzeltici bir biçimde tamamlanması için gerekli kontrol ve denetim metodolojisini belirleyerek uygulaması ve bunları detaylı bir biçimde döküme etmesi söz konusudur.

ISO 9000'e, satın alındığı ürün ve/veya hizmetlerin kalitesi konusunda müşteriye güvence verebilen;

uluslararası boyutlarda bir kalite sistemi modeli gözüyle de bakabiliriz. Müşteriye sunulan bu güvence, mal ve/veya hizmetin kaliteli olarak belgelendirilmesiyle değil de, söz konusu mal ve/veya hizmetin ISO 9000 sertifikasına haiz bir üretim sistem ve prosedürler dizini ile üretildiğinin belgelendirilmesiyle gerçekleştirilmektedir. Ancak; ISO 9000'in amacı. Şirketlerde uygulanan kalite sistemini standart hale getirmek değildir. Tam tersine ISO 9000; kendisine uygun bir biçimde iş hayatının nasıl düzenlenip yönetileceği konusunda alabildiğine esnek ve geniş kapsamlıdır, ISO 9000, ISO 9000 serisi bir dizi standardın genel özeti ve bir iş kolu için hangi ISO 9000 serisi standardın seçilerek belgelendirme yapılabildiğinin rehberidir. ISO 9000 belgelendirmesine esas olacak üç adet standart bulunmaktadır, 9001, 9002, 9003. Ayrıca bu seride, ISO 9000 uygulamasının nasıl yapılacağını tanımlayan bir de 9004 standardı yer almaktadır. Bu standartların kapsadığı başlıklar ekli tabloda özetle verilmektedir. ISO 9001 en geniş kapsamlı standarttır. Tasarım ve satış sonrası hizmetlerini de içermektedir. Dünyada bu güne kadar ISO 9000 ile belgelendirilmiş olan Şirketlerin ancak %15'i ISO 9001 ile belgelendirilmiş olmanın pazarlama açısından bir avantaj olduğunu düşünmektedir. Ancak bu doğru değildir. Değişik ISO 9000 standartları değişik mükemmeliyet veya uygunluk derecelerini göstermemektedir. Her bir standart üretim uygulamalarının değişik aşamalarına kapsamaktadır. Diğer bir deyişle, ISO 9001 ile belgelendirilmemiş bir kuruluşun ürünlerinin kalite eksikliği olduğu değil, bu kuruluşun ürün tasarımını kendisinin yapmadığı ve satış sonrası hizmetleri vermediği anlaşılmalıdır. ISO 9002 en yaygın kullanılan standart olup, bugüne kadar belgelendirilmiş şirketlerin %85'i bu standart çerçevesinde ISO 9000 sertifikalıdır. Bu standart tasarım ve satış sonrası hizmetlerini kapsamaksızın ISO 9001'in hemen hemen aynıdır ve daha ziyade her seferinde aynı kalitede mal üretiminin üzerinde durmaktadır. ISO 9003, ürünlerin muayene ve testi ile ilgilidir. Sadece oniki bölümden oluşan bu standart mevcutlar arasında en zorlayıcı ve tanımlayıcı olanıdır. ISO 9003 ile belgelendirilmek isteyen firma adedi oldukça azdır. ISO 9004 ise, yukarıda da belirttiğimiz gibi, belgelendirme standardı olmayıp. Şirketin yönetimine ISO 9000 belgesinin alınması için gerekli prosedürleri ve yapılacak işleri tanımlayan yol gösterici nitelikte bir dokümandır.

Yasemin BAŞAR PETKİM A&G Direktörlüğü
Doç. Dr. Ö. Tunç Savaşçı TÜBİTAK-MAM, Kimya Müh. Arş. Blm.

(TABLO) ISO 9000 İÇİN GEREKLİ OLANLAR

KALİTE SİSTEMİ BAŞLIKLARI	BULUNDUĞU ISO 9000 SERİSİ		
	ISO 9001	ISO 9002	ISO 9003
Yönetimin Sorumlulukları			
Kalite Sistemi			
Kontratların Gözden Geçirilmesi			
Tasarımın Kontrolü			
Döküman Kontrolü			
Satın Alma			
Alicinin Temin Ettiği Ürün			
Ürünün Tanımı ve İzlenebilirliği			
Proses Kontrolü			
Ürün Kalitesinin Muayene ve Testi			
Muayene, Ölçme ve Test Teçhizatı			
Muayene ve Test Durumu			
Kalite Dışı Ürünlerin Kontrolü			
Düzeltilici, İyileştirici Tedbirler			
Paketleme, Depolama, Dağıtım			
Kalite Kayıtları			
İç Kalite Denetimi			
Eğitim			
Servis			
İstatistiksel Yöntemler			

(TABLO) ISO 9000 İÇİN GEREKLİ OLANLAR

İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ, KALİTE SAĞLAMA ÇABALARININ AYRILMAZ BİR PARÇASIDIR

İşyerleri bazında kalite sağlama çabalarının, iş güvenliği sağlama çabaları ile aynı zamanda ve aynı yöntemle ele alınması gereklidir. Aynı zamanda ele alınmalı; çünkü, güvenliğini ihmal eden yaklaşım, kalitenin ölü doğmasına neden olacaktır.

Gelişmiş ülkeler kaliteyi güvenlikten ayırmıyor, hatta daha önde tutuyor. Bizde ise, yıllar süren uğraşlar sonucu kalite konusu artık sanayicimizin gündemine girdi. Ancak konu işçi sağlığı iş güvenliğine gelince, üzerimizde öyle bir atalet var ki, atılamıyor. Aslında her iki konu da birbirinin içine girmiştir. Bunu iki örnekle tartışalım:

Bir "depo"yu örnek olarak ele alalım: Depoda herşeyin yerli yerinde olmasını sağlamaya, ürünlerin karışmaması ve kolay bulunması vb. nedenlerle onları kodlamaya başladığımızı varsayalım. Öncelikle kalite sağlamak uğruna yaptığımız bu çabaların, aynı zamanda "güvenlik sağlama" anlamına da geldiğini bilmeliyiz. Herşeyin yerli yerinde olması tertip ve düzenin sağlanması, iş güvenliğinin en başta gelen araçlarından biri belki de en önemlisidir (1). Bu depoda, kalite sağlama amacıyla başlattığımız girişimde, eğer, o deponun bir yangınla kül olmasını önleyecek yangın söndürme sistemleri (ki en basiti bir yangın söndürme tüpüdür) kurma düşüncesine yer vermezsek; diğer çabalarımızın ne anlamı kalır?! Bırakınız mal kaybını, can kaybına dahi neden olabiliriz.

Bir başka örnek de "toz" konusunda olsun. Toz, hem kaliteyi, hem güvenliği, hem de sağlığı bozan bir olgudur. Son ürün üzerinde toz istenilmez. Ürünü zedeleyebilir, işleyişini etkileyebilir, albenisini bozabilir. Toz belli oranlarda pek çok endüstri kolu için patlayıcı özellik taşır. Patlama, sadece barut sanayii vb için değil, yem sanayi için de güncel ve aşılması gereken bir sorundur. Ve nihayet insan akciğerlerinde pnömokonyoz hastalığına ve hatta kansere neden olabilir. Ayrıca görüşü bozarak iş kazalarına neden olduğu gibi, hassas makinelerin elektronik devrelerinin de önemli bir düşmanıdır.

Bu ortak tehlikelerle mücadelede, "kalite"yi sağlamak isteyenler ile "işçi sağlığı iş güvenliği"ni sağlamak isteyenler aynı yöntemi kullanıyorlar: Sistem anlayışı. Bu aynı zamanda, son günlerin moda yaklaşımı. Üçlü Sorumluluk Anlayışı'nca (Responsible Care) da benimseniyor. Bir PSM (Proses Güvenliği Yönetimi) kavramından söz ederek, kalite ve güvenlik sağlamanın bir yönetim sorunu olduğu ve önce yöneticilerden başlanarak en alttaki hiyerarşik kademeye kadar herkesin soruna sahip çıkması ile çözülebileceğini yurguluyorlar. Bunun yolu da doğal olarak "eğitim'den geçiyor.

Gerek Avrupa Topluluğu ön standartlarında (Pr EN 954-1) ve gerekse ISO standart taslaklarında (ISO/ CD 9004-6), RİSK DEĞERLENDİRMESİ kavramının tasarım aşamasından başlayarak iş güvenliği olgusunun içine girdiğine tanık olmaktayız. Risk değerlendirilmesi tehlikeli prosesler için ortaya çıkmış bir kavram olmakla birlikte, kalite sağlamanın da vazgeçilmez bir ögesine dönüşüyor.

Kalite sağlamada, "kalite çemberleri" uygulaması gündeme gelirken; iş güvenliğini sağlamada, "işçi sağlığı iş güvenliği kurulları" yasalarımızda yerini bulmaktadır. Bu kurulların şimdilik yaptırımının yasada olmaması, işyerinde, bir iç düzenleme ile bu kurullara daha çok sorumluluk verilmesine, yaptırım olanağı sağlanmasına engel değildir. Bu noktada, bir başka ortak yaklaşım daha vardır: El kitabı hazırlamak. Kalite sağlamanın bu vazgeçilmez adımı, işçi sağlığı iş güvenliği kurullarının da önde gelen ödevlerinden biridir.

Kalite çemberleri içinde de iş güvenliği ile ilgili sorunların ele alınarak çözüme ulaştırıldığı, ülkemizde BRİSA örneğinde ve yurtdışında pek çok örnekte de görülmüştür.

Bu iki önemli konunun aynı çözümlere ulaşabilmesinin temelinde yatan ortak nokta, İNSANA SAYGI'dır. Bu saygı, konuyu bir avuç kişinin yetki ve sorumluluğundan çıkararak tüm çalışanların sorunu haline getiriyor, kısaca KATILIMI sağlıyor (2).

Sözünü ettiğimiz prosesler, yalnızca kimyasal, nükleer, ilaç sanayii gibi tehlikeli prosesler değildir.

Rafinerilerden kazan imalatına, inşaattan küçük ve orta ölçekli her türlü işletmeye

kadar hemen üretimin içine adapte edilmesi gereken kavramlar ve yaklaşımlardır. Büyük işletmeler bu konuda daha şanslıdır. Konuya zaman ve kaynak ayırabiliyorlar. Çalıştıkları kimyasal madde miktarının az olması ve bilgisizlik nedeniyle, ne çok yangın ve ölümlü kaza küçük işletmelerde olmaktadır (3). Onların da kurulacak olan ortak işyeri sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet almasını salık veriyoruz (4).

Eş yumurta ikizleri kadar birbirine benzeyen bu iki konunun, göbek-bağı ile bağlı oldukları ÇEVRE analarını da ihmal etmeyelim (5). SAYGIDEĞER insan, çevresinden, ikizler anasından ayrılır mı?

Ruhi ÖKTEM

Kimya Mühendisi-İş Güvenliği Uzmanı

Kaynaklar:

(1) Don't sweep house keeping under the carpet-Plant Engineering and Maintenance, Vol 14, Jan 91, p.39 Deborah I.İlman.

(2) A. Gürhan Fişek, "Bir takım oyunu işçi sağlığı iş güvenliği". Mühendis ve Makine, Mart 1994, Sayı 410, s. 17.

(3) Şeydi Rıza Güney, "Yangınla mücadele ve yangın güvenliğinde tehlikeli maddelerin yeri", Kimya Mühendisleri Odası Ankara Şubesi yangın ve Riskleri Okulu, 9-12 Mayıs 1994. s.24.

(4) Ruhi Öktem, iş sağlığı ve iş güvenliği, KOSGEB Ankara Eğitim Merkezi Yayını, Yayın No.20,s.113.

(5) Ruhi Öktem, "Eş yumurta ikizleri: Kalite güvence sistemi ve işçi sağlığı iş güvenliği", "Kakınmada Anahtar MPM, Yıl 6, Sayı 60, s.6.

ÇEVRE VE KALİTE

Günümüzde en sık kullandığımız sözcükler arasında ÇEVRE ve KALİTE sözcükleri de yer almaktadır. Her iki sözcükte yaşantımızda vazgeçilmez şekildeki önemli kavramları ifade etmektedir. 1960'lı yıllarda Amerika Birleşik Devletlerinde başlayan çevreye duyarlılık önce Avrupa'ya sonra da ülkemize kısa sürede yayıldı. Hepimiz neredeyse moda haline dönüşen bu akımla "çevreci" kesildik. Ağaç dikmek, çöp toplamak, kuş yuvalarını korumak gibi eylemler gittikçe yaygınlaşmakta, "Dünya bize atalarımızdan miras kalmadı, onu çocuklarımızdan ödünç aldık" atasözü otobüs biletlerinde bile yer almaktadır. Kuşkusuz tüm bu etkinlikler, çabalar çevre bilincinin toplumda gelişmesi bakımından çok önemli, ama yeterli mi? Anayasanın 56. maddesinin bir kısmında yazıldığı gibi "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Anayasa ile belirlenmiş bu hak ve ödevi yerine getirmek için ülkemizde 1983 yılından beri bu konuda hazırlanmış yürürlüğe konmuş kanun ve hazırlanmakta olan yönetmelikler vardır. Çevre Bakanlığı, TBMM Çevre Komisyonu, yerel yönetimlerin çevreden sorumlu birimleri kurulmuştur. Ama bunlar yetmemektedir. Yetmediği de ardarda yaşanan

facialarla görülmektedir, son olarak Mart 1994'de yaşanan ve ucuz atlatıldığı söylenen İstanbul Boğaziçi faciası gibi. Yürürlüğe giren yeni yasal düzenlemenin hem uluslararası hem de ulusal düzeyde uygulanması ve bu uygulamanın sıkı şekilde izlenmesinin yeni faciaları önleyeceği umudunu taşımaktayız. Çevre sözcüğü, kişinin iç ve dış çevresi, içinde yaşadığı sosyal çevre, iş çevresi, doğal çevre gibi pek çok tanımlı kapsamaktadır. Tüm bu kapsam içinde canlılığın soluduğu havanın temizliği, içtiği suyun güvenilirliği, yaşadığı toprağın kalitesi vazgeçilmez üç ana unsurdur, işte bu noktada işin içine kalite kavramı girmektedir. Kalite; amaca uygunluk derecesi olarak tanımlanabilir. Bu kavram durağan değildir, günün koşullarına uygun olarak gelişmektedir, böylece "Sürekli Kalite Geliştirme" (Continuous Quality Improvement, CQI) deyimini güncel uygulamalarda yerini almıştır. Kaliteyi belirleyen kriter ve standartlardır. Kriter ortaya konulan mutlak değerdir, standart ise kabul edilebilir alt ve üst sınırlardır. Normların belirlenmesi, endikatörlerin izlenmesi ve yorumlanması kalitenin değerlendirilmesindeki önemli faktörlerdir. Değerlendirme sonrası düzeltici önlemlerin alınması, olan kalitenin yeniden gözden geçirilmesi "Kalite Güvence Döngüsü"nü tamamlamaktadır, Kalite endikatörlerinin başında kurumsal vizyon ve misyon gelmekte (politikalar ve gen yöntemler), duyarlılık, seçicilik, indeks tipi endikatörlerde değişkenlerin ve ağırlıklarının uygunluğu, veri yöntemi ile paralellik ve risk yönetimi ile uyumluluk gibi faktörlerde yer almaktadır. Kaliteden tüm çalışanların sorumlu olduğu demokratik yönetim şeklinin tanımı "Toplam Kalite Yönetimi" (Total Quality Management; TQM) kavramı ile yaşama geçmiştir.

Ülkemizde de Türk Standartları Enstitüsü (TSE) çevre konusunda Ocak 1992'de UDK 658:614 sayılı "Çevre Yönetimi" standardını üç bölüm olarak hazırlayıp yayınlamıştır. Birinci bölümünde kavram elemanlar ve uygulamalara giriş, ikinci bölümünde geliştirme, uygulama ve İşliğin sağlanması için spesifikasyon üçüncü bölümünde ise uygulayıcılar ve değerlendiriciler için spesifikasyonların kullanım kılavuzu yer almaktadır. Üçüncü bölümdeki; -çevre riskleri ve beklenmedik durumlar için risk analizi; -beklenmeyen durum planlamasının çevre ile ilgili yönleri yapılması gerekenler listesinde yer almaktadır. Çevresel Risk ve Risk Yönetimi gibi kavramlara değinilmesi, yeni yaklaşımları, yeni düşünceleri üretme açısından önem taşımaktadır. Gelişmiş ülkelerde yerleşmiş ve uygulamaya geçmiş bu kavramlarla ülkemiz insanı yeni yeni tanışmaktadır. Risk nedir? sorusundan başlanacak olursa; burada devreye kültürel, sosyal unsurlar da girmektedir. Bilimsel verilerden ve yöntemlerden yola çıkılarak hesaplanan risk ile toplum tarafından algılanan risk düzeyi birbirinden çok farklı olabilmektedir. Bu nedenle toplumun risk kavramına yönelik duyarlılık eşiğinin düşürülerek, algılama kapasitesinin geliştirilmesi bir zorunluluktur. "Bana/ bize bir şey olmaz" düşüncesinden vazgeçme oranı gelişmişlik, çağdaşlık sınırına yaklaşmadaki en önemli unsurlardan biridir. Riskin tanımlanması ile başlayan süreç ise "Risk Yönetimi'dir, risklerin en düşük düzeye çekilmesi amacı ile yönetim bilgi ve becerilerinin kullanılmasıdır. Bu süreçte riskin kestirimi (nicel olarak), süre, şiddet ve yaygınlığının boyutlandırılması, öncelikler ve seçenekler gözönüne alınarak yapılan değerlendirme ve sonuçta karar alma, alınan kararı uygulama ve izleme yer almaktadır. Alınan kararlar durumun özelliklerine göre eylemsizlik, sınırlı çerçevede seçici önlemler, yaygın önlemler ve hatta yasaklama olabilir. Alınan kararların uygulanabilirliği ise; kültürel altyapı, mevzuat altyapısı, eğitim altyapısı, teknolojik altyapı, ekonomik altyapı ile doğrudan bağlantılıdır. Çevresel risk yönetimi kavramında sadece günü kurtarmak değildir önemli olan. "Yarıncı" riskin önlenmesi, "dünkü" riskin iyileştirilmesi de (rehabilitasyonu) eş önemlidir. Çevresel risk yönetiminde de tüm yönetimlerde olduğu gibi önceliklerin saptanması gereklidir. Bu öncelikler: öncelikli riskler, öncelikli/ duyarlı gruplar (çocuk, hamile, yaşlı gibi), öncelikli/hedef coğrafyalar, öncelikli/ağırıklı çevresel unsurlar, öncelikli önlemler şeklinde listelenebilir. Tüm bu yazılan kuramsal bilgilerin hayata geçirilmesi oranında "Kaliteli Çevre'de yaşamak olasıdır. Bu da ancak sade vatandaşın en üst düzey yetkilisine dek bu konudaki bilinç ve eğitim düzeyinin geliştirilmesi, eşgüdüm ve işbirliği içinde çalışmak ile sağlanabilir kanısındayım.

Dr. Eczacı Leyla ÜSTEL
Danışman-Toksikolog

KAYNAKÇA:

- Environmental Hazards, Assessing Risk and Reducing Disaster. K.Smith., Routledge-London 1992.
- Control of Environmental Hazards. VVHO/PEP/89.6., Geneva 1989.

- Risk Assessment in the Federal Government. Center for Risk Analysis, Harvard School of Public Health Boston, MA 1993
- Public Policies for Environmental Protection. R.C.Dower et ali., Resources for the Future., Washington D.C. 1990.
- Research to Improve Health Risk Assessments. J.Vanderberg Research Triangle. N.C 1992.
- Çevresel Risk Yönetimi. L. Üstel., Cumhuriyet Gazetesi, Mart 17, 1994.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE TIP ETİĞİ

1. Nitelik Sorunu

Bir edimin, bir etkinliğin, bir işin "niteliği", önce başlangıç aşamasındaki çekirdek *düşünce* ama daha belirleyici olarak da kurgulanan *yöntemiyle* belirlenecektir. Ama tüm dinamik süreçlerde olduğu gibi, *uygulama* kimi zaman başlangıçtaki düşünce ya da yöntemin düşük niteliğini geliştirilmekte ya da tersine iyi niyetli, ayrıntılı ve titiz bir bilimsel çalışmanın ürünü olan düşünce ve yöntemin öngörülen niteliğinin gerçekleştirilememesine yol açmaktadır.

İyi düşünülmüş, doğru bir yöntemle uygulamaya geçirilmiş bir etkinlik, sürecin her aşaması açısından kendini gözden geçirme, denetleme ve yenileme gibi, "iyi niteliği kalıcı kılma" düzeneklerine sahip olmalıdır. Latince "qualis"den köken alan ve "gerçekte öyle olmak" anlamına gelen "kalite" kavramı, sonradan sisteme eklenen bir unsur olmaktan çok, bu süreçlerin henüz başlangıcında, özellikle de yönetime ilişkin bir özellik olarak daha başlangıçtan vardır, olmalıdır.

Ancak bazı durumlarda sorun bu denli yalın değildir. Kaliteyle ilgili değerlendirmelerde "yapısal kalite, süreç kalitesi, sonuç kalitesi" olarak özetlenen aşamalar, o varsayımı taşısa bile, "kalite"yle ilgili tüm sorunların algılanmasına olanak tanımayabilmektedir. Örneğin eğer "kalite", insanlığın en temel gereksinimlerinden bir kaç çevresinde kümeleşmiş, tüm insanlık tarihine tanıklık ederek ve sürekli nitelik ve biçim değiştirerek günümüze gelmiş -sağlık gibi- bir sistemle ilgili olarak sorgulanıyorsa, gerçek bir güçlük karşılı karşıya kalınmış demektir.

Öncelikle, bu tür bir sistemde çözümler genellikle iradeye değil reflekslere dayanmaktadır. Tüm sistem dolaşmış bir yumağı andırmaktadır. Olumsuz unsurların, geleneklerin, kötü alışkanlıkların ve geçerliliğini yitirmiş yöntemlerin değil düzeltilmesi, ayırılması bile güçlük taşımaktadır. Bu tür bir sistemde kaliteye ilişkin çabalar, "durumlar" karşısında daha iyi nitelikte refleksler vermekle sınırlı kalabilmektedir.

Böyle bir durumda, bir yandan gündelik yaşamda sistemin -örneğin sağlık sisteminin- daha iyi bir niteliğe taşınması için çaba harcanırken, diğer yandan da kökten bir değişimin gerçekleştirilebileceği koşullara ulaşabilmek için, en azından konuyla ilgili birikim oluşturulması gereği açıktır.

"Sağlık hizmetlerinde kalite" konusundaki *öncelikli etik sorumluluğu*, bu tür çabaların özendirilmesi ve gerçekleştirilmesi olarak görmek gerekir.

2. Tıp Etiği

Tıp etiği konusu, son 40-45 yılda artan bir biçimde sağlığa ilgili kamuoyunun gündemine -yeniden ve başkalaşarak- yerleşmiş bulunuyor. Bunun değişik toplumsal, ekonomik, kültürel ve siyasal nedenleri var kuşkusuz.

Bir yandan tıp ve hekimlik -bilgi ve teknolojiyle- karmaşıklaşmaktadır. Hekim ve hastası arasındaki güvene dayalı, kaynağını tıp tarihinden alan yalın etik ilkelere dayalı ilişki yerini; derin uzmanlık alanlarına ayrılmış, büyük bir hizmet endüstrisine dönüşmüş, son derece karmaşık ve pahalı bir teknolojiye dayanan, giderek daha çok ticarileşen bir sistem içinde, artık sözleşme ilkelerine göre açıklanan bir ilişkiye bırakmıştır¹. Bunun doğal sonucu olarak da, her geçen gün sayısı ve ağırlığı artan, tek başına, geleneksel bilgiler ya da yasal çerçeveye dayanarak yanıtlanmakta güçlük çekilen açık uçlu sorunlarla karşı karşıya kalınmaktadır²³.

Öte yandan, temel olarak *insan hakları* ve *kişi hukuku* konusundaki gelişmelerin bir yansıması olan hasta hakları tartışmaları yoluyla, kişilerin bu karmaşık sistem karşısındaki haklarını güvenceye alabilmek için toplumsal bir uğraş verilmektedir. -Hiç kuşku yok ki asıl olarak demokratik geleneklerini sağlamlaştırmış, sivil örgütlenmelerini kurumsallaştırmış toplumlarda,- Bu sürecin temel belirleyicisi de, tıbbın geleneksel paternalist -babacan otoriter- eğilimlerine karşı, hastaların kendi yazgılarını belirleme hakkının öne çıkarılması olmaktadır. Artık kişiler, yaşamlarıyla ilgili temel konularda verilen kararlara, aydınlatılmaları koşuluyla katılmak istemektedirler. Eş-deyişle, terazinin bir kefesine *hastanın bilgisine bile başvurmadan onun yararını gözetmek ve onun adına en doğru kararı vermek* türü paternalist yaklaşımlar konurken, diğer kefeye, kişinin *kendi yazgısını belirleme hakkı ve özerkliğine saygı* ilkesi konmaktadır.

Gerçekte tüm bu sürecin, Nazi savaş suçlularının yargılandığı Nürnberg Mahkemeleri döneminde başladığı da öne sürülebilir. Bu mahkemeler süresince tıbbın kötüye kullanımının somut sonuçları gözlenmiş ve tıp etkinliği daha kuşkucu bir bakışla değerlendirilir olmuştur. Nürnberg Mahkemelerinin ardından tüm dünyada, bugün tıptaki değer sorunları konularında bildirgeler yayınlayan Dünya Hekimler Birliği gibi örgütlenmeler oluşturulmuştur.

3. Etik İlkeler

"Sağlık hizmetlerinde kalite"ye tıp etiği açısından bakabilmek için bir kaç nokta daha gözden geçirilmelidir. Özellikle de hangi ilkelere dayanarak değerlendirme yapılacağı aydınlatılmalıdır.

Toplumun hemen tüm kesimlerinin -genel olarak- bildiği Hipokrat Andı bu alanda yol gösterici bazı ilkeleri tanımlamıştır. "Yaşama saygı, hasta sırrının öldükten sonra bile saklanması" gibi. Ancak günümüzde bu

andın "bugün" açısından yeterliği, dil ve yönelinen ilahi güçler de içinde olmak üzere tartışma konusu yapılmaktadır.

Aşağıda sunulan ve aslında kaynağını tıp evriminin ilk dönemlerinden alan etik ilkeler, 1970'lerin sonunda felsefeci *T.Beauchamp* ve teolog *J.Childress* tarafından, *Principles of Biomedical Ethics* kitabında yeniden sunulmuş ve günümüze dek önce Amerika sonra Avrupa'da bu konuda yapılan çalışmaları önemli ölçüde etkilemiştir.

Unutulmaması gereken nokta şudur: Bu dört ilke, birlikte tek bir etik kuram oluşturmamaktadır. Gerçekte, olguya göre genellikle birbirleriyle çelişmekte ve her durumda yeniden yorumlama ve dengeleme gerekliliği doğmaktadır. Öte yandan, her toplum ve kültürde bu ilkelere verilen ağırlıklar değişiklik göstermektedir; kimi toplum ve kültürler bu ilkelere başka ilkeler ya da değerler eklemektedir. Gene de, bu dört ilkenin kültürler-arasında ortaklaşılmasının, sorunların tıp etiği açısından çözümlenmesi tartışmalarına değerli bir zemin sağlayacağı belirtilmektedir⁴.

4. Özerklik İlkesi

Hekimlik uygulamasını yönlendiren evrensel ilkelerden *kişiyeye saygı ve insan yaşamının onuruna saygı*, burada karşımıza *hastanın özerkliğine saygı* ilkesi biçiminde çıkmaktadır⁵. Bu ilkenin felsefedeki kökenleri Fransız ve İngiliz aydınlanması dönemlerine uzanmaktadır. Özerkliğin son otuz yıldır genişlemesinde, toplumsal çoğulculuğun gelişmesinin ve kişisel değerleri saldırılardan koruma çabasının payı olduğu belirtilmektedir.

Özerkliğin yaşama geçirilebilmesi için, hekimin ve diğer sağlık çalışanlarının bazı sorumlulukları bulunmaktadır: İlgili bilgiyi hastaya tam olarak ve dürüstçe paylaşmak, hastanın tam anlamıyla işbirliği içinde olmasına olanak sağlamak ve hasta gizliliğini korumak. Yine özerkliğin yaşama geçirilebilmesi için, yukardaki sorumluluklarının ayrımında olan sağlık çalışanlarının özerkliğinin de sağlanması gereklidir⁶.

Özerklik ilkesinin yaşama geçirilmesi "tıpta kararların paylaşılması" gelişmesini doğuracaktır. Bu yazının çerçevesini aşması nedeniyle, özerklik ilkesinin koşulları, çerçevesi ve tıpta paylaşılan kararlar doğrudan ilintili olan aydınlatma ve onam kavramlarına girilmemiştir.

5. Zarar Vermeme İlkesi:

İnsanların birbirlerine zarar vermemesi, ahlaksal bir zorunluluktur. Birisinin bir başkasına verdiği zarar, örneğin tıp uygulamalarında doğan risk, ancak diğer etik ilkelerle haklı kılınabilir. Örneğin bu girişime gönüllü olan.

karar verme yeterliği taşımakta olan hastaya sağlanan yararların riski karşılayacak yeterlilikte olması gibi. Gerçekte zarar vermeme ilkesi- yararlı olma ilkesiyle bağlantılı değerlendirilmelidir.

6. Yararlı Olma İlkesi:

insanların birbirlerine, özellikle de gereksinim içinde olanlara yararlı olması, yine bir ahlaksal zorunluluktur. Sağlık çalışanlarının, hastalarının yararına davranma ve bunu *en az zararla yapma* biçiminde özel bir zorunlulukları vardır. En az zarar, ulaştırılması istenen yarar için olanaklı en az zararı vermek olarak anlaşılmalıdır.

Bu ilkenin kapsamında, hasta için yararlı olanın yapılmasını sağlama ya da özendirme gibi bir sorumluluktan da söz edilebilir. Bu sorumluluk, hekimin, örneğin genel sağlık politikaları ile ilgili tartışmalarda yer alması gerekliliğine işaret etmektedir.

7. Adalet İlkesi:

insanların birbirlerine karşı adil ve doğru davranması da ahlâki bir zorunluluktur. Bir toplumda yer almak kişiye yararlar, haklar ve fırsatlar yaratır; ancak bu tür bir üyelik, kişinin bireysel özerkliğini sınırlayabilir ve yükümlülükler getirir. Hak ve yükümlülüklerin hassas bir biçimde yorumlanması, hem kültürel, hem bireysel açılımlara dayanır. Tüm toplumlar, yurttaşlarının mutluluğunu, toplumsal kurumlar ve politikalar aracılığıyla geliştirmekle yükümlüdürler.

Eşitlik, insanlar arasında din, dil, ırk, siyasi inançlar, cinsiyet gibi açılardan ayırım yapmama da bu ilkenin çerçevesinde değerlendirilebilir.

8. Tıp Etiği Açısından Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sorunu

Yalnızca bazı ilkelerin ardarda sıralanması bile, günümüzde yaşanan sorunların giderek ağırlaşan bir etik boyutu olduğunu ortaya koymaktadır.

İlk sorun sağlık sistemimiz -sistemsizliğimizle- ilgilidir. Sağlık sisteminin, hiçbir etik ilkeyi dikkate almayan biçimde yönetilen ve toplum ve temsilcileri tarafından gerçek anlamıyla denetlenemeyen, kâr amaçlı ticari kurumlara olanak tanınması ve öteden beri merkezine insanı almadığı biçiminde eleştirilere konu olan devlet sağlık hizmetlerinin de benzer bir dönüşüm göstermesi, hastanın, ekonomik gerekçelerin tıp uygulamalarını belirlediği düşünülmesine ve sonuç olarak da önerilen tıbbi girişimin gerekliliği konusunda başta olmak üzere, güven duygusunu kökünden sarsan pek çok kuşkuyla kapılmasına yol açmaktadır⁶.

Hangi ekonomik ve siyasal anlayışa dayandırılırsa dayandırılınsın, sağlık sistemlerinin oluşturulmasında gözetilen ilk öncelik, kişinin sağlığında ya da hastalığında, sistemin genel niteliklerine, yönelimlerine, önceliklerine ve dayandığı etik ilkeler doğrultusunda sürekli denetlenmekte olduğuna olan güvenini koruması olmalıdır.

Sağlık sistemleri, hizmetin her aşamada birey ve toplum katılımına açık olmasına olanak tanınmalıdır. Bu olanağın ulaşılabilecek en önemli aşamalarından biri de, "tıpta paylaşılan karar"ın yaşama geçirilmesi olacaktır.

Sağlık hizmetlerinde kalite konusu, gerek tek tek etik ilkeler ışığında, gerekse çok yakından ilgili olduğu "hasta hakları" açısından daha ayrıntılı olarak incelenmelidir.

Dr. Çağrı Kalaça

- 1 Patients' Rights in The Countries of To-ronto Group, Rapporteur: Legemaate J., Legal Counsel, September 1992, Ut-recht.
- 2 Göksel F.A., Tıp Dünyamızda Yeni Bir Gereksinim: Mesleki Değerler Forumu, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, Aralık 1993. 1(1). 1-4.
- 3 Örs Y., Neden Deontoloji Değil de Tıbbi Etik, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, Aralık 1993, 1(1). 5-8.
- 4 VVettstein R.M., Ethics and involuntary Treatment, Administartion in Mental Health, Winter 1987, 15(2), 110-119.
- 5 John M Stanley, The Appleton international Conference: Developing Guideli-nes To Forgo Life-prolonging Medical Treatment, Journal of Medical Ethics, 1992, 18. Supplement, p.4.
- 6 Soyer A. *ABD'de sağlık krizi ve alternatif tartışmaları*. Toplum ve Hekim, Aralık 1992; 50:29-40.

HEKİM İSTİHDAMI VE SAĞLIK HİZMETİNDE KALİTE

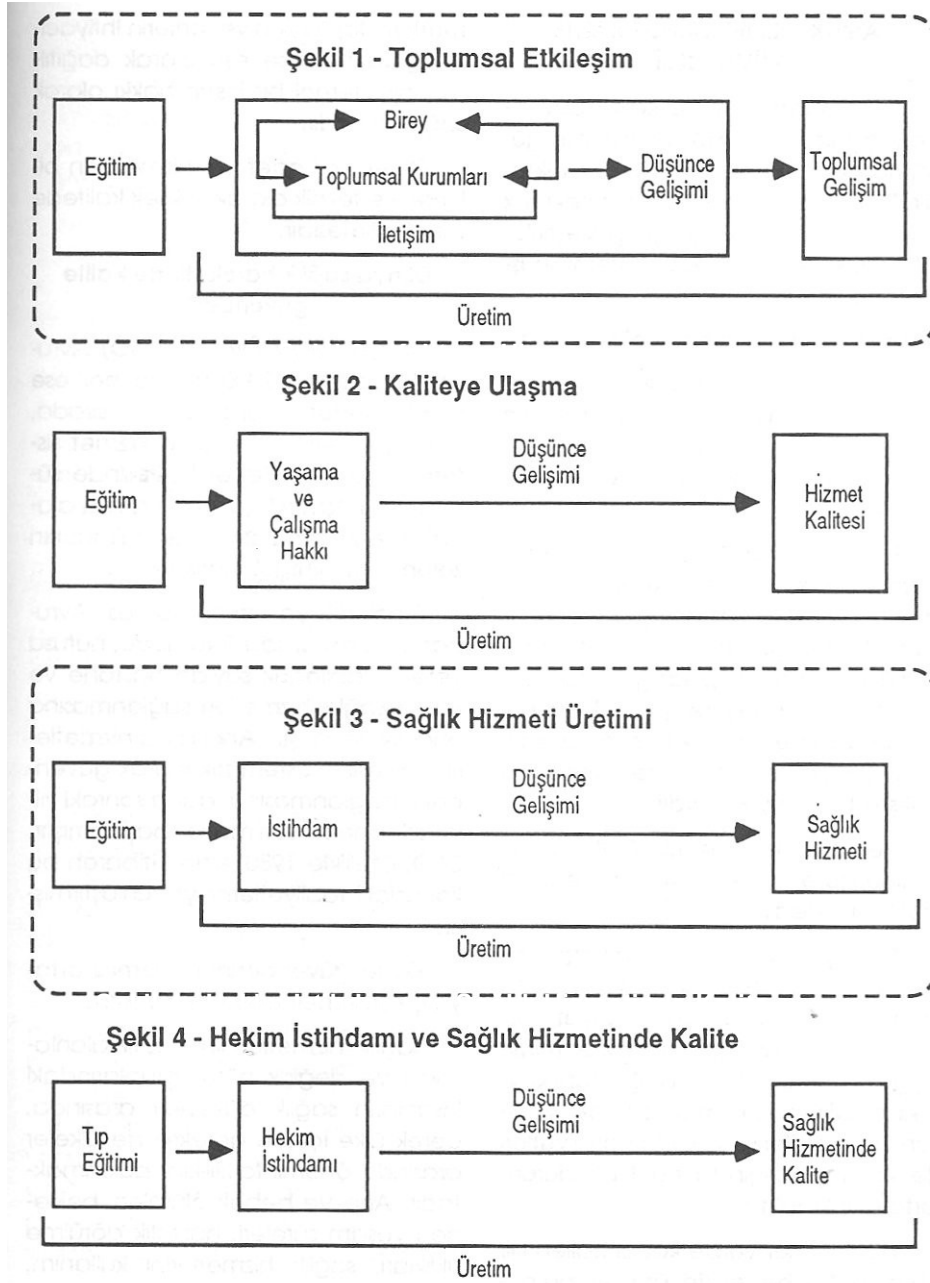
Toplum yaşamının ve tüm toplumsal işlevlerin temel amacı Toplumsal Gelişim'in sağlanması. Birey, toplumu oluşturan temel öge. Hem tekil olarak, hem de içinde bulunduğu Toplum Kurumları ve toplumsal kurullarla birlikte, toplumsal gelişim için ara işlevi oluşturuyor. Temel amaca ulaşmak için, bireysel öge ve toplum kurumları arasında karşılıklı etkileşim, yani iletişim oluşması gerekiyor, iletişimi başlatan ana etkinlik Eğitim. Eğitim, birey ve toplum birimlerinin ana uyarıcısı. Uygulandığında, toplumsal gelişime ulaşmada bir ara ürünü. Düşünce Gelişimi'ni oluşturuyor. Düşünce gelişimi bireyin ve toplum kurumlarının iletişimi ile oluşuyor, sonunda da toplumsal gelişime ulaşıyor. Tüm bu sürecin parçaları aslında tek bir işleve karşılık geliyor: Üretim. Yani eğitimin varlık nedeni üretim. Eğitim toplumsal gelişimi amaçlıyor. Toplumsal gelişim, içerdiği ara etmenlerle birlikte üretimi oluşturuyor. Öyleyse eğitim, üretim için (Şekil.1).

Bireyin temel hakkı, yaşama özgürlüğü. Bunun da olmazsa olmaz koşulu çalışmak, yani istihdam edilmek. İstihdam ancak bir eğitim süreci sonucu gerçekleşebiliyor. Eğitim, Yaşama ve Çalışma Hakkını (istihdamı), düşünce gelişimine dönüştürüyor. Sonunda da Hizmet Kalitesi'ni oluşturuyor (Şekil.2).

Böylece hizmet kalitesinin, toplumsal gelişim ile aynı ürün olduğu gerçeği ortaya çıkıyor. Sağlığa uyarlandığında, sağlıkta gelişimin bir hizmet kalitesi artırımı olduğu, onun da toplumsal gelişime eşdeğer olduğu ortaya çıkıyor. Yaşama ve çalışma hakkı da, istihdam'ın karşılığı. Hizmet kalitesi, yani Sağlık Hizmeti'ni oluşturan temel kavram yaşama/çalışma hakkı. Bu hakkın temel dayanağı eğitim işlevi (Şekil.3). Sağlık hizmeti üretimi bir kalite gelişimi, başka deyişle toplumsal gelişim. Bu gelişime istihdam ve düşünce gelişimi ögeleriyle birlikte üretim kavramını oluşturuyor. Üretim, düşünce gelişimi aracılığıyla hizmet sunumunda kalite gelişimini sağlıyor. Burada zorunlu kavramı hekimin çalışma hakkı ve ödevi, yani Hekim İstihdamı. Eğitim üretim içinse, hizmeti geliştirmeye yönelik olmalı, yani istihdam yarata-bilmeli. Böylece sağlığı geliştirebilmeli. Tıp Eğitimi'ne uyarlandığında. Sağlık Hizmetinde Kalite'nin aynı modelle ortaya çıktığı anlaşılıyor (Şekil.4.).

Sağlık hizmetinde kalite artımı, bir üretim sonucu oluşuyor. Hekim istihdamı olmaksızın bu ürün sağlanamıyor. Sürecin temelinde de, kaliteyi yükseltmeye yönelik tıp eğitimi yatıyor. Sağlık hizmetinde kalite, düşünce gelişimini sağlayacak hekim istihdamına dayalı. Bu nitelikteki hekimin oluşumu, kaliteye yönelik tıp eğitimine ve hekimin sürekli düşünce gelişimine bağımlı.

Prof. Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU



SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE GÜVENCESİ

Sağlık hizmetlerinde kalite güvencesi, çağdaş hekimlik kavramının günümüzdeki aşamasını ifade etmektedir. Bir başka deyişle, çağdaş hekimlik amaçlarının (Tablo-1)¹ gerçekleştirilebilmesi, kalite güvencesi sisteminin işlerliğine bağlıdır.

Sağlık hizmetlerinin temel unsurları

Sağlık hizmetlerinde, hizmeti kullananların, sunanların ve planlayıcıların dört temel unsuru gözetmeleri gerekir: etkililik, verimlilik, eşitlik ve bilimsel-teknik kalite.²

Bir mantık zinciriyle birbirine bağlı olan bu hedeflerden ilki: Etkililik, hizmetlerin istenen etkiyi yapabilmesidir. Diğer bir deyişle, etkililik; hizmetin, ideal bir durumda yapacağı potansiyel etki derecesine göre, gerçek bir uygulamada ne kadar etki sağladığıdır. Etkili sağlık hizmetinin ise, genellikle yüksek bir maliyeti vardır. Verimlilik ise, hizmetin üretim maliyetine göre yaptığı etkinin derecesini göstermektedir.

Örneğin, acaba yeni bir aşı gerçekten kişileri hastalıktan korumakta mıdır; ya da yapılan bir ameliyat hastanın yaşamını uzatabilmekte midir; uygulamadaki bir test doğru tanı koyma olasılığını arttırmakta mıdır; yapılan bu işlemlerin sonuçları maliyetleri ile karşılaştırıldığında nasıl bir durum ortaya çıkmaktadır?

Hemen her yerde kabul edilen bir diğer politik hedef de, üretilen bu hizmetlerin toplumun ve fertlerin ihtiyacına göre herkese eşit olarak dağıtılmasının, temel bir insan hakkı olarak sağlanmasıdır.

Diğer bir hedef ise, hizmetlerin bilimsel ve teknik olarak yüksek kalitede sunulabilmesidir.

Dünya sağlık hareketinde kalite güvencesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesinin, "2000 yılında herkese sağlık" hedefleri arasında, 31.sırada, tüm üye devletlerin sağlık hizmet sistemleri içinde, hizmet kalitesinde sürekli bir gelişmeyi güvence altına

alacak mekanizmaların oluşturulmasının zorunluluğu vurgulanmıştır.³

İkinci dünya savaşı sonrası Avrupası'nda, bu arada ülkemizde, nüfusa yeterli olabilecek sayıda hastane ve temel sağlık hizmetleri sağlanmasına öncelik verilmiştir. Ancak bu hizmetlerin kalitesinin sistematik olarak güvenceye bağlanmasına, daha sonraki yıllarda önem vermeye başlanmıştır. DSÖ, özellikle 1980'lerden itibaren bu konudaki faaliyetlerini yoğunlaştırmıştır.

Kalite güvencesinin önemini ortaya çıkaran pek çok faktör vardır.

Sağlık hizmetlerinin çeşitli alanlarında ve değişik nüfus gruplarındaki insanların sağlık düzeyleri arasında, gerek ülke içinde gerekse de ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Ana ve bebek ölümleri, beklenen yaşam süreleri, hastalık görülme sıklıkları, sağlık hizmetlerini kullanım, yatak işgal, ameliyat, sevk oranları, ilaç-antibiyotik kullanımı, tanı ve tedavi uygulamalarının istenmeyen komplikasyonları gibi pek çok göstergelerde geniş değişiklikler-eşitsizlikler mevcuttur.⁴

Her ne kadar bu eşitsizlikleri nüfus özellikleri, hastalığın tür ve şiddetindeki doğal farklılıklarla kısmen açıklamak mümkün ise de, çözülmesi gereken asıl önemli sorun, hizmetlerin kalitesinde açık ve derin farklılıklar (eşitsizlikler) olduğu ve bu eşitsizlikleri azaltmak için kalite güvencesinin gerekliliğidir. Sağlık kuruluşları için yapılan bu kadar yatırıma, sağlanan kuruluş, insangücü ve malzemeye rağmen, toplumun sağlık düzeyi göstergelerinde istenilen gelişmenin sağlanamamasının nedeni, bu hizmetlerin optimal bir kalitede sunulamamasıdır.

Kalite ve maliyet/finansman ilişkisi: Dünyada "değişim" süreci ve "reform" lar

Her düzeyde optimal sağlık hizmeti sağlanabilmesi için, örgütlenme ve finansman mekanizmaları konusunda sürekli bir arayış söz konusudur. Bir çok ülke yeni deneyimler başlatmış ve geleneksel finansman sistemlerinde, sağlık örgütlenme yapılarında, insangücü eğitim programlarında değişikliklere gitmişlerdir. Her sistemin kendine göre avantajları ve kısıtlamaları vardır. Örneğin hizmet başına ödeme yapılan sistemlerde aşırı kullanım; bütçeye dayalı sistemlerde ise hizmetlerin ihtiyacın gerektirdiğinin altında kullanılması söz konusu olabilmektedir.

Sağlık finansman ve örgütlenme modellerini, ülkenin toplumsal gruplarının ekonomik-politik dengeleri belirlerken; son yıllarda globalleşen finansman ilişkileri tüm dünyada benzerlikler gösteren bir sağlık sektörü ekonomik altyapı modelini oluşturmaktadır.

Kalite güvencesinde önemli olan bir nokta, kalite ve maliyet arasındaki ilişkidir. Bir görüşe göre kalite güvencesi bizzat harcamaya neden olur, hizmetlerin ücretlerini yükseltir. Kalite güvencesini savunan görüşe göre ise, bu mekanizma standardın altındaki uygulamaları ortadan kaldırarak, kalitesiz hizmetin zararlı etkilerini önler; bu şekilde harcamalarda tasarruf sağlar. Bu ikinci görüşün sahipleri, "maksimum" değil, "optimum" bir kaliteyi önermektedirler. Böylece ekonomik sınırlılıklar içinde, kaynaklar, etkinlik ve maliyet-verimlilik ilkeleri göz önünde bulundurularak, daha yüksek kalite lehine kullanılmış olacaktır. Gösterilmiştir ki, ufak kalite düzeltmelerinde dahi, düşük maliyetle önemli sağlık yararları elde edilmektedir.⁴

İşte, bütün dünyada ana çizgileri ile benzer olan ve "yeni dünya ekonomik düzeni'nin bir parçası olarak yönlendirildiği gözlenen, diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık sektöründeki "reform"larda da, dikkate alınması gereken temel nokta, hangi tür değişikliklere gidilirse gidilsin, toplumun sağlık düzeyi ve hizmetlerdeki kalitenin güvence altına alınmasının zorunlu olduğudur... Çağdaş sağlık anlayışı, "değişim'i bu yaklaşımla değerlendirir... Kalite güvencesini engelleyen "bozuk" sistemleri ve haksız çıkarıcı mekanizmaları, toplumla birlikte sabırlı çalışmalarla açığa çıkararak, çelişkilerin giderilmesine, adil ve verimli (kaliteli) bir sisteme ulaşılmasına çalışır...

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı

Sağlık hizmetlerinde kalite deyince tam olarak neyi anlıyoruz?

Geleneksel olarak, bu terimden, hasta bakımında mevcut bilimsel temele dayalı tıp bilgisinin, daha ziyade teknik yönleriyle sağlık meslek mensupları tarafından uygulanma derecesi anlaşılırmaktaydı. Günümüzde ise, kalite terimi ile, hizmetlerin istenilen özelliklerinden, yani etkinlik, verimlilik, eşitlik, kabul edilebilirlik, ulaşılabilirlik, yeterlilik ve bilimsel-teknik kalite gibi öğelerden oluşan geniş ve kapsamlı bir bileşim anlaşılırmaktadır.

Kalite güvencesi ise, sağlık hizmetlerinin mevcut kalitesinin değerlendirilmesi, değerlendirme sonuçlarının ışığında gerekli düzeltme girişimlerinde bulunulması ve böylece daha yüksek düzey kalitede hizmet sunumunun sağlanmasıdır. (Tablo-2)⁵

Burada iki yönde bir düşünce gelişimi söz konusudur. Birincisi, hizmetin yapı ve sürecinden ziyade, esas olarak insan sağlığını etkileyen sonuçlarının dikkate alınması; ikincisi de, mesleki kaygılardan çok, hizmeti kullananların, hastaların ya da tüketicinin tatmin olma durumunun öne çıkmasıdır.

Önceleri, sadece tedavi sürecin-

deki işlemler bilimsel olarak değerlendirilmeye çalışılırken; şimdi, kişinin tüm sağlık bakımı, kendisine sağlanan çeşitli kolaylıklar, kişiler arası ilişkiler ve hastanın tatmin edilmesi yönleriyle, hizmetin sonuçları ele alınmaktadır. Bu durumda, sadece tıbbi sonuçlar değil, hastanın gözüyle elde edilen sonuçlar da önem kazanmaktadır. Tüketiciler, sadece bedensel sağlıkta iyileşme değil, aynı zamanda kendilerine ve yakınlarına sürekli hizmetlerden yararlanma güvencesi, uzmanca müdahale, saygı, ilgi, iletişim, danışmanlık, destek ve rahatlık beklemektedirler. Başka bir deyişle, "banka, restoran, otel gibi çeşitli hizmet veren ve üretici kuruluşlarda gördükleri kolaylıkları ve hizmet standartlarını talep etmektedirler".⁴

Hastanın ya da kişinin tatmin edilmesi, kalite güvencesi için üç yönden önem taşır. Birincisi, kaliteli hizmetten

beklenen bu sonuç, aynı zamanda hastanın hakkıdır; ikincisi, tatmin olma bir kalite göstergesidir; üçüncüsü ise, gördüğü tıbbi bakımdan tatmin olma yüksek kalite için bir ön koşuldur, zira tatmin edilmiş bir hasta daha iyi işbirliği yapar ve önerilere güvenle uyar.

Kalite kavramı, hizmeti sunanlarla kullananları birlikte içerdiğinden; kalite güvencesi sürecine hepsinin birlikte, görüş ve değerleriyle katılmaları önem taşımaktadır.

Çeşitli ülkelerde kalite güvencesi çalışmaları

Kalite güvencesi konusunda Avrupalı belli başlı eğilimlere baktığımızda hastane benzeri kuruluşlarda kurum içi hekimlik ve hemşirelik hizmetlerini değerlendiren, tıbbi teftiş/değerlendirme komiteleri, ya da hastane enfeksiyon komiteleri türü oluşumları görüyoruz. Giderek, kurumların dışında ve üzerinde oluşan teftiş ve değerlendirme mekanizmaları ile, sağlık kuruluşlarının tescilli ve personelin lisanslandırılması için kriterler de geliştirilmekte; bu iç ve dış kalite güvencesi mekanizmalarına, hizmeti sunanlar, tüketiciler, hastalar ve yöneticilerden bilgi akışı ve katılım sağlanmaktadır.⁴

Doğu Avrupa ülkelerinde, geleneksel olarak, sağlık hizmet sisteminin bütün düzeylerinde özelleşmiş bir kalite denetim uygulaması görülürken; bazı Orta ve Güney Avrupa memleketlerinde sağlık kuruluşlarında kaliteyi gözleyen ve geliştiren ekipler oluşturulmuştur. Kuzey ve Batı Avrupa ülkelerinde ise, yüksek kan basıncı gibi özel sağlık sorunlarının optimal çözümüne yönelik, sağlık personeli ve hastaların birlikte katıldığı model sağlık hizmet programları geliştirilmektedir.

Kurum dışından sağlanan kalite güvencesi mekanizmalarına bir örnek, değişik ödeme sistemlerindeki özendiriciliktir. Belirlenmiş bütçeli sistemlerde, kalite güvencesi yokluğunda, hekimlik ve hemşireliğin hizmet niteliği düşmektedir. Hasta yatış gün sayısı veya hasta başına yapılan ödeme sistemlerinde ise, kuruluşa kazanç getirmeyecek türdeki hastaların kabul edilmek istenmemesi gibi olumsuz sonuçlar doğabilmektedir. Avrupa ülkelerinde, yerel sağlık konseyleri ve kurulları ile de, toplumun sağlık hizmetleri için karar verme sürecine katılımı sağlanmaktadır.

Avrupa dışındaki birkaç ülkede, "malpractice" adı verilen meslekteki hatalı uygulamalara karşı yasal girişimler, hasta tatminsizliğinin başlıca ifadesi olmaktadır. Bununla birlikte, bu uygulamalar istisnai değil de kural haline getirilirse, kalitenin gelişmesine değil, çeşitli uygunsuz durumlara, "savunma hekimliği" denen, gereksiz, aşırı ek tetkik ve işlemlerin yapılmasına yol açabilmektedir.

Üretim süreci olarak sağlık hizmetleri

Kalite güvencesinin temel yöntemi, sağlık hizmetinin bir üretim süreci olarak kabul edilmesi kavramına dayanır.²

Kişiler sağlık hizmet sistemine girdiklerinde; hikaye alma, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve izleme gibi öğelerden oluşan "üretim sürecini" başlatırlar. Bu süreç için gerekli olan sağlık hizmet sistemi, sağlık personeli, araçgerekç ve ilaçlar da "hizmet yapısını" oluştururlar.

İşte, "yapı" ve "süreç", ancak istenen olumlu "hizmet sonuçlarını": yani, iyileştirilmiş sağlık düzeyi, işlevsel yeteneklerin yeniden kazanılması, acının dindirilmesi ve hasta tatminini oluşturabilirse, kaliteden söz edilebilir.

Her ne kadar, kalite güvencesi için, bu üç öğeden hizmet yapısı ile süreci incelenebilir ise de, esas olan, sağlık hizmet sonuç/ardır.

Kalite güvencesi modeli ve fonksiyonel analiz yöntemi

Öncelikli sağlık sorunu durumunda olan konularda, koruyucu, geliştirici, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin sonuçlarına ilişkin göstergeler-endikatörler-asgari temel veri sistemleri geliştirilmektedir. Böylece ölüm, hastalıkların ilerlemesi, sakatlık, işten kalma hızları ve yaşam kalitesi gibi sonuç göstergeleri, kriter ve standartlar üzerinden değerlendirilmekte; olumsuz sonuçlar, hizmeti verenler, hizmetin verildiği yerler ve işlevler üzerinden ayrıntılı olarak analiz edilmektedir. CTablo-3)⁶

Analiz sonuçları, kalite güvencesi modeli içinde değerlendirildiğinde, başlıca; bilgi-beceri yetersizliği, uygun olmayan davranış ve tutumlar, hizmetlerin kötü örgütlenmesi gibi faktörler, sorun olarak belirlenmektedir. (Tablo-4)⁵

Bu sorunların ışığında, politika değişikliği önerileri formüle edilmektedir (Tablo-3 ve 4)

Bu şekilde geliştirilen politikalar çerçevesinde; çözüm operasyonları olarak; hizmeti verenler ve kullananların eğitimi, parasal ve diğer özendirici önlemler, örgütlenmede değişiklikler, sağlık bilgi sisteminin oluşturulması, hizmeti verenlere sonuçlar hakkında geri bildirim yapılması, klinik protokol ve usullerin geliştirilmesi, yeniden lisans-sertifika verme, yasal düzenlemelere gitme, kriter ve standartlar üzerinde uluslararası işbirliği yapma gibi müdahalelerde bulunmaktadır.

İşte kalite güvencesi, sürekli olarak bir gelişim içinde birbirini izleyen bu etkinlikler bütünüdür.

Müdahaleler sonrasında, öncelikli konular, kriter ve standartlar üzerinden yeniden değerlendirilmekte, yeni müdahaleler planlanmaktadır. Zamanla, kriter ve standartlarda da yenileştirmeler yapılabilmektedir.

Sağlık Bakanlığında kalite güvencesi çalışmaları ve yapılan yanlış

Sağlık Bakanlığı, 1992-93 yıllarında. Dünya Bankası destekli Sağlık Projesi çerçevesinde, Avrupa Bölgesi ülkeleriyle işbirliği içinde kalite güvencesi çalışmalarını geliştirme çalışmalarını başlatmıştır. Şimdiye kadar sayılan kalite güvencesi mekanizmalarına ek olarak, ülkemizde; sağlık kuruluşlarındaki vaka tartışması, post-mortem gibi klinik toplantılar; her düzeyde yönetici saha denetimleri; hizmet değerlendirme toplantıları; teftişler; mezuniyet öncesi ve sonrası tıp meslekleri eğitiminin yakından incelenerek ıslahı ve tescilli, sağlık, eğitim ve araştırma bölgelerinin güçlendirilmesi; meslek kuruluşlarının üyelerine ve mesleğe ilişkin işlem ve

etkinlikleri, bu kuruluşlarla Bakanlığın işbirliği; sağlık şura kararları; tıbbi davalar; sağlık ocağı, ilçe, il sağlık kurulları; tüketici dernek ve diğer gönüllü kuruluş faaliyetlerinin; çağdaş kalite güvencesi yaklaşımıyla yeniden değerlendirilmesi planlanmıştır. (Tablo-5)

Kalite güvencesi mekanizmaları içinde, hizmeti verenlerin bizzat kendilerini, hizmet alanlarının da görüşlerini alarak, demokratik biçimde değerlendirmeleri en büyük önemi taşımaktadır; bu yöneme, "hizmeti alana yönelik - hizmet verenin verimliliğini sağlayan kendi kendini değerlendirme" yöntemi adı verilmektedir.

CTablo-6)

Bilindiği gibi, "Türkiye Cumhuriyeti ile Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (Dünya Bankası) arasında akdedilen Sağlık Projesi İkraz (borç) Anlaşması" metninde; sağlık sektörü ve hizmet yapısında önemli iyileştirme ve güçlendirme çalışmalarının gerçekleştirileceği belirtilmektedir.⁷ Bu Uluslararası Anlaşma metni incelendiğinde, Türkiye'nin temel sağlık hizmetleri alt yapısının geliştirilmesinin ve hizmetlerin verimli hale getirilmesinin amaçlandığı görülmektedir.

Sektördeki iyileştirmenin, ulusal ve uluslararası danışmanlarla desteklenen ve faaliyetleri 1992-1993 yıllarında yoğunlaşan bu geniş projenin kapsamındaki sağlık reformu paketi ile gerçekleştirilebileceği düşünülmüştür. Başka bir deyişle, Proje'nin ağırlığı, acil çözüm bekleyen güçlendirme çalışmalarından, sağlık sektörünü özelleşmiş kuruluşların serbest rekabetine dayalı "yeni ekonomik Dünya reformları" çerçevesine oturtacak bir biçimlendirme çalışmasına çekilmiştir.

Oysa, sağlık hizmetlerindeki iyileşme, aynı zamanda, tartışılan kalite güvencesi mekanizmalarının kurulması ve istenilen kaliteli sonuçların alınması demektir.

Başlıca, hizmet sunumu, finansman, sağlık insangücü gelişimi, yönetim, mevzuat, sağlık enformasyon sistemi ve ulusal sağlık akademisi konularını kapsayan sağlık reformlarının ana unsurlarının; ülkemizin kazanılmış değerli deneyimlerinin ışığında, katılımcı problem çözme ve iyileştirme yaklaşımı esas alınarak, öncelikle belli bölgede (Bilecek ili) denenmesi; buradaki sonuçlara göre, kademeli olarak bölge ve ülke düzeyine yaygınlaştırılması gerekmektedir. Bir yandan da, *asıl olarak*. Bakanlık merkezi ve ülke düzeyindeki mevcut sistemimizin ıslahı, Sosyalleştirmenin verimli ve etkili uygulanmasının yollarının açılması ve acil ihtiyaçlarına çözüm getirilmesi çalışmalarının da, yeni aynı yaklaşımla, hızla ve ciddiyetle geliştirilmesi zorunluluğu bulunmaktaydı.

Yazarın, Projenin kalite güvencesi sorumlusu olarak hazırladığı Bilecik Planı, tamamen günümüz koşullarında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin gerçekten uygulanmasını öngörmekteydi.

Kalite güvencesi çalışmaları için Sağlık Projesi bünyesinde bir ünite kurulmuş, DSÖ ile işbirliğine girilmişti. DSÖ, diğer ülkelerde olduğu gibi, ülkemizdeki reform çalışmalarına da, kalite güvencesi temel yaklaşımıyla katkıda bulunmak istemekteydi. Proje bünyesinde oluşturulan bir çalışma grubu, DSÖ ile işbirliği programının ana konularını belirlemek üzere, 1993 yılı içinde, Avrupa Bölge Ofisinde temaslarda bulunmuşlar; program gereğince, bu kuruluşun Sağlık Hizmetleri Daire Başkanı Dr. Sakellarides, Sağlık Bakanlığına ve meslek kuruluşlarına (Türk Tabipleri Birliği) ziyaretlerde bulunmuş ve İşbirliği konuları ayrıntılandırılmaya çalışılmıştı. Kalite güvencesi yaklaşımıyla, Türkiye'nin Sağlık Reformları proje çalışması, 1994 yılında yapılacak DSÖ ve Avrupa Topluluğu Sağlık Politikaları Gelişimi ortak toplantısında, örnek ülke deneyimi olarak takdim edilecek ve tartışılacaktı.

Ne yazık ki, uzun yıllardır, sağlık sektöründe haksız paylaşım dayalı finans birikimi yaratmayı her türlü insan hakkından önde tutan ulusal ve uluslararası güçlerin ekonomik ve politik uygulamaları; yöneticilerin Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasasını inançla uygulamadıkları gibi, özüne aykırı, ortadan kaldırıcı, ters tutum ve eylemleri; çalışmaları başarısızlığa götürmüş; toplum hekimliği/halk sağlığı deneyimini koruyucu, katılımı sağlayıcı ve somut problemleri gerçekçi, samimi ve pratik yöntemlerle çözücü yöntem geliştirilememiş; mevcut sistemi tümüyle değiştirirken yerine karmaşa izlenimi veren sistemleri öneren yasa tasarıları, toplumun hemen tüm kesimlerinin tepkisini görmüştür. Bu arada Bakanlığın insan gücü kıyımı ve hizmetlerin kalitesizliği; "sosyal devletin geçersizliğini ve serbest rekabetin üstünlüğünü ispat ettirmek istercesine" sürdürülmektedir. Yasa tasarıları ise, hiç bir temel değişikliğe uğramadan, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nden "geçiriliverceği" günü beklemektedir.

Kalite güvencesi: 'sağlık* için katılım

Kalite güvencesi çalışmaları, çağdaş sağlık anlayışının gereğinin, temel insan hakkı olan sağlık hizmetlerinin herkese "kaliteli" sağlanabilmesi için, tüm toplum kesimlerinin, gönüllü kuruluş ve kişilerin "katılım"ını zorunlu kılmaktadır. (*Bakınız Çalışma Ortamı Sayı: 13. Sayfa 39*)

Kalite güvencesinin temelleri, toplum katılımı ve eşitliği öngören, evrensel "sosyalleştirilmiş" sağlık hizmetleri ya da "temel sağlık hizmetleri" yaklaşımında bulunmaktadır. Eksik olan, toplumun bilinçle kazanımlarına sahip çıkması ve modern işletmecilik yöntemleriyle kuruluşların verimli çalışmalarının sağlanmasıdır. Zorunlu olan, globalleşen ekonomik sistemlerin, tüm Dünya insanlarının yararına olacak şekilde, uluslararası dayanışmayla dikkatle izlenmesi, *sömürü süreçlerinin ortaya çıkarılması*, uyanıklılık, girişkenlik ve demokratik açık toplum prensipleriyle, ülkelerde ve Dünyada kalite güvencesi süreçlerinin uygulamaya konmasıdır.

Toplum girişimciliğinin geliştirilmesi kapsamında bir çalışma alanı örneği olarak, tüm dünyada, demokratik toplum oluşturmada önemli bir güç olan ve örnek çalışmaları bulunan "tüketici hakları" hareketinin, sağlık hizmetlerinde kalite güvencesi çalışmalarındaki rolünü hep birlikte desteklemek gerekmektedir.

Herkese "tüm yönleriyle kaliteli sağlık'a ulaşabilmek, *günlük yaşamımızda*, toplumsal üretim ve paylaşım/ tüketim süreçlerine katılımımızı, adil ve demokratik ölçülerde gerçekleştirebilmemize bağlıdır.

KAYNAKLAR:

1. Fişek, Nusret H. **Halk Sağlığı'na Giriş**. Ankara, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No:2, 1983.
2. Vuori, Hannu V. **Quality Assurance of Health Services**. Copenhagen, Public Health in Europe-16,WHO, 1982.
3. **Targets for Health for All**. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985.
4. **Quality Assurance of Health Services**. Copenhagen, WHO Regional Committee for Europe, Thirty-eight Session, Technical Discussions, 12-17 September 1988.
5. Black, Nick. **Quality Assurance of Medical Care**. Journal of Public Health Medicine, 1990, Vol.12, No. 2, pp.97-104.
6. Ramos, Vitor and Sadana, Ritu, **Functional Reference Model for Primary Health Care**. Andorra la Vella, WHO Fifth Forum on Primary Health Care, 3-6 February 1993.
7. **Türkiye Cumhuriyeti ile Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında Akdedilen Sağlık Projesi İmza Anlaşması, İmza No:3057 TU**. T.C. Resmi Gazete, Sayı:20658, 7 Ekim 1990.
8. —. COPE: Client, Oriented Provider Efficient Services. AVSC Draft Documents 1993.

Tablo -1: ÇAĞDAŞ HEKİMLİĞİN AMACI:

- * Tüm kişilerin sağlık düzeyini yükseltme, sağlığı geliştirme.
- * İş verimini artırma.
- * Hastalıklardan koruma.
- * Hastalananları erken dönemde ve etkili tedavi etme ya da hastalığın gidişini yavaşlatarak hayatı uzatma.
- * Hastalık ya da kaza sonucu sakat kalanları işe alıştırma.

**Tablo - 2:
KALİTE GÜVENCESİ
(QUALITY ASSURANCE)**

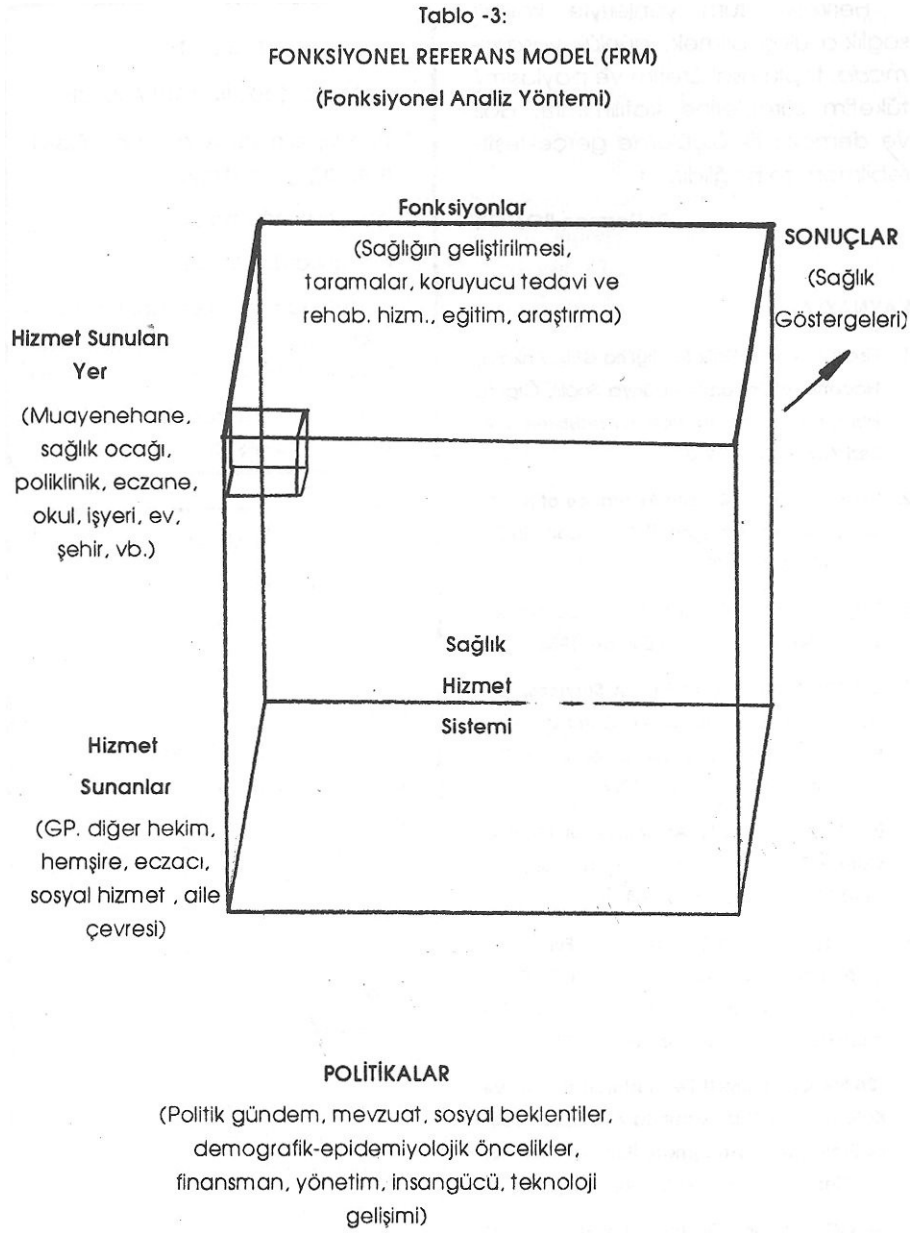
Tanım

Sağlık hizmetlerinin mevcut kalitesinin değerlendirilmesi, değerlendirme sonuçlarının ışığında gerekli düzeltme girişimlerinde bulunulması ve böylece sürekli gelişmeyle daha yüksek düzey kalitede hizmet sunumunun sağlanması.

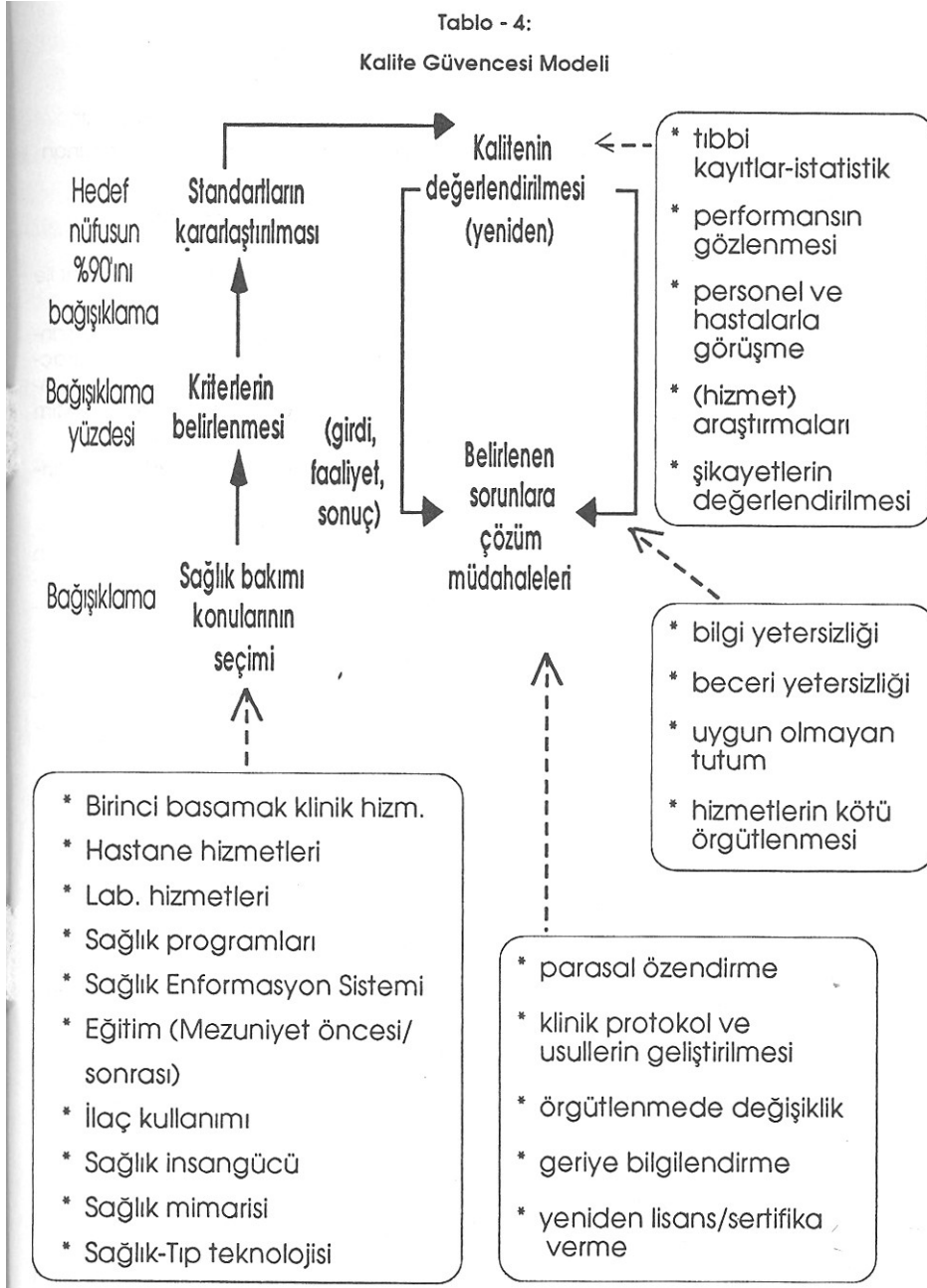
Hizmet Kalitesi

- * Etkililik (Effectiveness)
- * Verimlilik (Efficiency)
- * Eşitlik (Equity)
- * Yeterlilik (Adequacy)
- * Bilimsel-teknik kalite (Scientific-tech.quality)
- * İnsancılık (Humanity)

Tablo -3:
FONKSİYONEL REFERANS MODEL (FRM) (Fonksiyonel Analiz Yöntemi)



Tablo - 4:
Kalite Güvencesi Modeli



Tablo - 5:

Tıbbi bakımda kalite güvencesi mekanizmaları:

- Kendi kendini değerlendirme (COPE)
- Klinik toplantılar (vaka tartışması, post-mortem topl., vb.)
- Her düzey yönetici denetimleri
- Hizmet değerlendirme toplantıları
- Teftişler
- Eğitimin (mezuniyet öncesi/sonrası) onaylanması (tescil edilmesi)
- Meslek kuruluşlarının işlemleri
- Sağlık şura kararları
- Tıbbi davalar
- (Sağlık ocağı, ilçe, İl, sosyalleştirme) sağlık kurulları
- Tüketici dernekleri
- İşçi sağlığı ve güvenliği kurulları

Tablo-6: COPE

Client-Oriented, Provider-Efficient⁸

(Hizmeti kullanana yönelik, hizmeti sunan için verimli)

1. ACCESS (Ulaşabilirlik)
2. QUALITY (Kalite)

1. Kendini değerlendirme: (liste yardımı ile kalite değerlendirmesi)

Tıp ve hemşirelik hizmetleri, yönetim, insan-gücü, toplum katılımı, fizik mekanlar, araç-gereç, kayıt sistemi, hizmetlerin örgütlenmesi, danışmanlık, bilgilendirme ve eğitim konularında sorunların kaydedilmesi.

2. Hizmeti kullananların görüşlerinin alınması:

Personel, hizmetlerden yararlananların görüşlerini alarak verdiği hizmetleri yeniden gözden geçirir, "tazelenir" ve hizmetin nasıl daha iyileştirileceği konusunda fikir sahibi olma.

3. Hizmet Akış Analizi:

Hizmeti sunanlar, kullananlar, akış şemasında izleyerek, ne kadar beklediklerini ve kendi zamanlarının ne kadar verimli kullanıldığını belirlemiş olanlar. -

4. İzleme Planı

Belirlenen sorunlar için alınması gereken önlemler, önlemi kimin alacağı (sorumlu kişi) ve hedeflenen süre. "Verimli Hizmet" Egzersizi, hizmet biriminde tamamen personelce yapılır.