

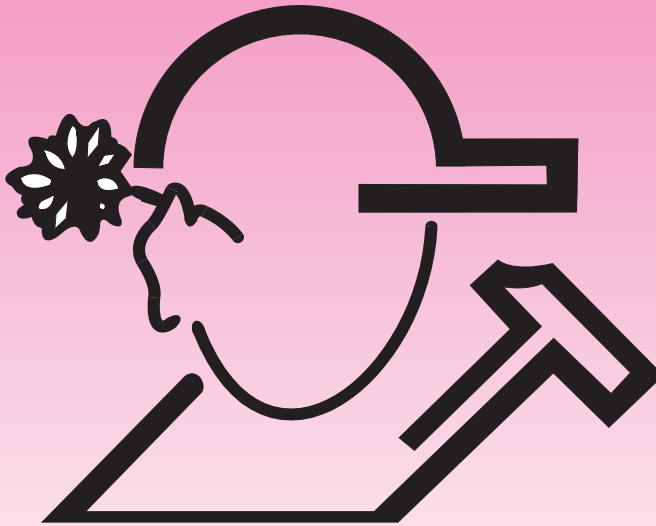
ÇALIŞMA ORTAMI

İki Ayda Bir Çıkar / Sayı : 94

Eylül - Ekim 2007

İŞÇİ SAĞLIĞI
İŞ GÜVENLİĞİ
ERGONOMİ
İŞ HİJYENİ
ÇEVRE
TOPLUM ÖRGÜTÇÜLÜĞÜ
ÇOCUK EMEĞİ
KADIN
SOSYAL POLİTİKA
NÜFUS
SOSYAL HEKİMLİK

- Yoksulluğun Pençesindeki Çocuklar
- İşyeri Hekimine Erişimde Adaletsizlikler - II
 - El ve Taşınabilir Elektrikli El Aletleri
 - Sosyal Hekimlik Politikaları
- İş Sağlığı Hizmetlerinde Anahtar Kavram "İş Sağlığı Hemşireliği"
 - İşyerinde Şiddet (*Vittorio di MARTİNO*)
- Sağlık İşkolunda Şiddet (*Eija VİTASARA, Ewa MENCKEL*)
- Almanya Sağlık Finansman Sisteminde Dönüşüm:
Bismarck'tan Beveridge'e Sürdürülebilirlik
 - "Kastamonulu Değiliz Ama..."
- İki Dakika Düşün: Tehlikeyi Tanıyalım
Torna Tezgahı Üzerindeki Şaftın Zımparalanması



*Çalışan Çocuklara "Vefa Borcu" nuzu
Ödemek İster misiniz?*

15. Yıl

ÇALIŞMA ORTAMI DERGİSİ BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Şeyda AKSEL
End. Müh. Müfit AKYOS
Prof. Dr. Okan ATAY
Prof. Dr. Yasemin GÜNAY BALCI
Jeom. Erdoğan BOZBAY
Prof. Dr. Ayşen BULUT
Ecz. Dr. Ayçe ÇELİKER
Prof. Dr. Murat DEMİRCİOĞLU
Prof. Dr. Necati DEDEOĞLU
Dr. Seyhan ERDOĞDU
Mak. Y. Müh. Aykut GÖKER
Prof. Dr. Bahar GÖKLER
Dr. Uğur GÖNÜL
Prof. Dr. Güler Okman FİŞEK
Prof. Dr. A. Gürhan FİŞEK
Prof. Dr. Hamit FİŞEK
Prof. Dr. Kurthan FİŞEK
Oya FİŞEK
Prof. Dr. Alpaslan IŞIKLI
Prof. Dr. Ali Esat KARAKAYA
Prof. Dr. Muammer KAYAHAN
Prof. Dr. Zeki KILIÇARSLAN
İsmail Hakkı KURT
Prof. Dr. Ahmet MAKAL
Prof. Dr. Oğuz OYAN
Prof. Dr. Ferhunde ÖZBAY
Prof. Dr. Nevzat ÖZGÜVEN
Prof. Dr. Şerife Türcan ÖZŞUCA
Prof. Dr. Mümtaz PEKER
Prof. Dr. Sarper SÜZEK
Kim. Müh. Mustafa TAŞYÜREK
Dr. Engin TONGUÇ
Prof. Dr. İsmail TOPUZOĞLU
Mim. Y. Müh. Cihat UYSAL
Prof. Dr. İsmail ÜSTEL
Dr. Ecz. Leyla ÜSTEL

İÇİNDEKİLER

- **ÇOCUK HABER**
Yoksulluğun Pençesindeki Çocuklar 2
Der.: Yasemin ALPAN
- **VAKIF HABERLERİ**
İşyeri Hekimine Erişimde Adaletsizlikler - II 4
A. Gürhan FİŞEK
- **İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ**
El ve Taşınabilir Elektrikli El Aletleri 6
Mustafa TAŞYÜREK
- **İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ**
Sosyal Hekimlik Politikaları 11
Şenay GÖKBAYRAK
- **İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ**
İş Sağlığı Hizmetlerinde Anahtar Kavram "İş Sağlığı Hemşireliği" 12
Zuhal EMLEK SERT - Asli KOÇER
- **İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ**
İşyerinde Şiddet (*Vittorio di MARTINO*) 14
Sağlık İşkolunda Şiddet (*Eija VITASARA, Ewa MENCKEL*) 16
- **YAŞAM**
Almanya Sağlık Finansman Sisteminde Dönüşüm:
Bismarck'tan Beveridge'e..... 18
Gülbiye YENİMAHALLELİ - YAŞAR
- **YAZI ELEŞTİRİSİ**
Sürdürülebilirlik 21
Cihat UYSAL
- **TOPLUM**
"Kastamonulu Değiliz Ama..." 22
Erdoğan BOZBAY
- **BULMACA**
İki Dakika Düşün: Tehlikeyi Tanıyalım
Torna Tezgahı Üzerindeki Şaftın Zımparalanması 23
Mustafa TAŞYÜREK

GENÇ KIZ EM

Kadınlar Eliyle Topluma Sunulan Can Simidi

- **Sahibi:** Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi
Vakfı Adına
A. Gürhan FİŞEK (e-posta: agf@fisek.org.tr)
• **Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:**
A. Gürhan FİŞEK (e-posta: agf@fisek.org.tr)
• **Yönetim Yeri:** Selanik Cad. Ali Taha Apt. 52/4
Kızılay 06650 ANKARA (e-posta: bilgi@fisek.org.tr)
• **Tel:** (312) 419 78 11 • **Faks:** (312) 425 28 01 - 395 22 71
• **Web sayfası:** www.fisek.org.tr Çalışma Ortamı Dergisi'nde
çıkan yazılar kaynak gösterilerek yayınlanabilir.

Bu bir HAKEMLİ dergidir.

- Çocuk Dostu'muz olanlara dergi ve kitaplarımız düzenli olarak
gönderilmektedir. Sizleri de **Çocuk Dostu'muz** olarak
görmek isteriz.
- Çalışma Ortamı Dergisi iki ayda bir yayınlanır.
(Yerel Süreli Yayın)
• ISSN 1302-3519
• **Sayı:** 94, Eylül - Ekim 2007
• **Ücretsizdir**
- **Tasarım ve Baskı:** Yücel Ofset Matbaacılık
Turizm San. Ltd. Şti. Kazım Karabekir Cad. Kültür Çarşısı 7/12
06060 İskitler/ANKARA Tel: (312) 342 31 11 - 12
e-posta: yucelofsetank@superonline.com
Baskım Tarihi: 25 Eylül 2007

Yoksulluğun Pençesindeki Çocuklar

Derleyen: **Yasemin ALPAN***

Yoksulluk ve eğitimsizliğin sonuçları, dünyanın neresinde olursanız olun, çirkin yüzünü size binbir farklı şekilde göstermeye devam ediyor. Yoksulluk ve eğitimsizlik bir arada ise, karşılaşılan olumsuzluklar ve yaşanan bedeller daha ağır oluyor. Bu olumsuzluklardan en çok etkilenen grup ise, yetişkinlerin bakım ve desteğine en çok gereksinim duyan; sosyal, duygusal, fiziksel, zihinsel gelişimlerini henüz tamamlamamış olan çocuklar. Yetişkinler böyle bir düzen içinde, çocuklara bakıp onların gelişim alanlarına destek olmak yerine, ekonomik sıkıntılarından kurtulmak için eğitimsizliklerinin de etkisiyle çocuklarını bir gelir kaynağı olarak görebiliyor. Kendilerine maddi yük olacağı endişesiyle çocuklarını belirli kurumlara veren ailelerin durumunu hepimiz biliyoruz. Yapılan araştırmalara göre; bu kurumlarda büyüyen çocuklar, kendilerine verilen bakım ne kadar iyi olursa olsun, anne baba sıcaklığı, sevgisi ve ilgisinin yerini tutamayacağından, pek çok gelişim alanında ailelerinin yanında kalan yaşlılarına göre daha gerideler. Bir de kendilerini refaha kavuşturmak amacıyla kız çocuklarını yüksek başlık paraları ile okuma ve özgür yaşama, gelişim ve kişiliğini tamamlama haklarını ellerinden alarak zengin insanlarla zorla evlendiren ya da bazı ülkelerde zorla fuhuşa iten, erkek çocuklarının uyuşturucu madde ticareti, silahlı çeteler gibi bataklıkların içinde yer almasına para nedeniyle göz yuman aileler var. Henüz bir bebekken çocuklarını para karşılığı zengin ailelere satan ailelerin sayısı da az değil. Demek ki yoksulluk ve eğitimsizlik, kendi yaşamlarındaki sorunları aşmak için bir çocuğun yaşamını satacak kadar insanları zavallılaştırabiliyor.

Ürdün'de, çocuk emeğiyle savaşmak amacıyla bir yasa çıkarılması için çalışmalar başlatılmıştır. Uzmanlar ise sadece yasa çıkarmakla sorunun çözümlenemeyeceğini, bu konuda toplumun bilinçlendirilmesi gerektiğine inanmaktadırlar. Çalışan çocuklar, gürültü kirliliği, atıf aydınlatma, kimyasal maddeler, uzun çalışma saatleri gibi etkenler nedeniyle pek çok sağlık sorunuyla karşılaşmaktadırlar. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)

tarafından yapılan araştırma, çocukların sağlık risklerinin farkında olmadığını göstermiştir. Araştırma sonuçlarına göre; çocukların % 37'si, kimyevi maddelerin yol açtığı tehlikelerin farkında değildir. % 25'i dengeli aydınlanma düzeyini, % 24.8'i ise normal ve yüksek gürültü düzeyini ayırt edememektedir. Ürdün Çalışma Bakanlığı tarafından yapılan başka bir araştırma, çalışan çocukların % 13'ünün çalışma yaşamına girmeleri için zorlandığını göstermiştir. Çalışan çocukların çoğunluğu 9-17 yaşlarında, aile bütçesine katkıda bulunabilmek için okulu yarıda bırakan ve haftada 60-65 saat çalışan gençlerdir.(1)

Irak'ta çocuk hakları üzerine bir network(ağ) açılmıştır. Irak Çocuk Hakları Networkü, 17-19 Haziran'da ilk genel toplantısını yapmıştır. Hedefleri, barışçıl, güvenli, sağlıklı, çocuk haklarına sahip çıkılan bir çevre oluştur-



Fotoğraf: Lakme TOKTAŞ

maktır. Bu amaçla eğitim seminerleri ve toplantılar düzenlenecektir. Network ,Irak'taki tüm bireylerin ve kurumların Irak'lı çocukların haklarına saygı duyup savunması için çalışmalarını sürdürecektir.(2)

10 Temmuz'da 100'den çok genç, gençlerin adalet sistemindeki yerini tartışmak ve deneyimlerin paylaşmak üzere Londra'da düzenlenen üç günlük konferansa katılmıştır. Onlar, yasa ile çatışmalı gençlere nasıl destek olunacağı ve adalet sisteminin nasıl daha etkili olabileceği üzerine Birleşmiş Milletler, polis ve öğretmenlere önerilerde bulunmuşlardır.(3)

İsveç Çocukları Koruma Kurulu (Save The Children Sweden), 40 yılı aşkındır Orta Doğu ve Kuzey Afrika'daki

* Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Vakfı Gönüllüsü

çocuk haklarını korumak ve desteklemek için kilit kişi ve kuruluşlarla işbirliği içinde çalışmalarını sürdürmektedir. 2008 projelerinde, çocukları evde ve okulda yer alan şiddetten, silahlı çatışma ve felaketlerden koruma ile çocukların nitelikli eğitim yapabildiğini sağlama konularına ağırlık verilmiştir.(4)

Hindistan Kalküta'da kırklı yaşların ortalarında bir adam on beş yaşındaki ikinci karısını intihara yönlendirmekle suçlanıyor. Ölen on beş yaşındaki gelinin ailesi, damadın ve ailesinin kızlarına işkence yaptıklarını iddia etmektedir. Aile, yoksulluk ve kızlarının geleceği ile ilgili endişelerinin, çocuk yaştaki kızlarını bir adamın ikinci karısı olmaya zorlamalarının nedeni olarak göstermektedir.(5)

Ne yazık ki Zimbabve'de kız çocukları yüksek gelir getiren ticari bir meta olarak algılanmaktadır. Aileler, ekonomideki hızlı çöküş nedeniyle, yaşanan yoksulluktan kaçabilmek için kız çocuklarını yüksek başlık paralarıyla evlendirmektedirler. Zimbabve halkının büyük bir çoğunluğu açlık sınırı altında yaşamaktadır. Çocuk yaştaki kızlar kendi istekleri dışında kendilerinden yaşça çok büyük bir adamın ikinci ya da üçüncü eşi konumunda yer alabilmektedirler.(6)

2006'da 623 milyon dolar, ABD tarafından çocuk yaşta yapılan evliliklerin en çok görüldüğü Güney Afrika ve Güney Asya ülkelerine yardım olarak gönderilmiştir. Yoksul ülkelerde her yıl milyonlarca kız çocuğu, aileleri tarafından kendilerinden yaşça çok büyük erkeklerle evlenmeye zorlanıyor. Bu yaklaşım, kız çocuklarının yaşamını mahvederek eğitim haklarının ellerinden alınmasına neden olmakta, sağlıklarını ve doğacak çocuklarının sağlığını riske atmaktadır. Dünya üzerinde yaklaşık 51 milyon kadın 18 yaşın altında evlilik yapmıştır.(7)

Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi, Somali ve Uganda'daki çocukların yaşadıkları şiddet üzerine bir rapor yayınlamıştır. Raporda yer alan öneriler ağırlıklı olarak çocukların silahlı çatışmada yer almaları ve orduya alınmalarının durdurulması üzerinedir. Konsey, çocuklara

yönelik şiddetin durdurulması için hükümetlere çağrıda bulunmaktadır.(8)

Yeni Zelanda'da çocuk istismarı ile ilgili iddialar, 3 yaşındaki bir kız çocuğunun çamaşır ipi ile asılmış halde ölü bulunmasıyla yeniden gün yüzüne çıkmıştır. Saldırı ile ilgili çocuğun üvey babası dahil dört yetişkin göz altına alınmıştır. 22 yaşında Yeni Zelanda'nın Auckland kentinde yaşayan bir adamın üç aylık ikizlerini öldürmekten yargılanması da şok edici olayların sonucusudur. Pek çok uzman, çocuklara yönelik şiddeti; yoksulluk, işsizlik ve alkolizmin tetiklediğini belirtmektedir.(9)

İngiltere'de Mc Donald's, Starburst, Haribo, Skittle gibi yiyecek üreten şirketler, televizyonda reklam yayınlamaları yasaklanınca, internet üzerinden sosyal içerikli web siteleri ve sohbet programları yoluyla reklam yaparak çocuklara ulaşmaya başlamışlardır. Bu uygulamalar, çocuklara yönelik abur-cubur yiyecek reklamlarının yaygınlaşmasını yasaklayan hükümet yetkililerinin endişelendirmektedir.(10)

Toplumlarda gelir ve hizmet dağılımında uçurumlar olduğunda, çocuklar adına yapılan iyileştirmeler sadece küçük bir grubu kapsadığında bir iyileşmeden söz edilemez. Bunun için, "**çocukların özgürce yaşama, gelişme, eğitim görme ve karar verme haklarına sahip olabilmeleri ve yetişkinlerden nitelikli ve yeterli destek alabilmeleri için**" öncelikle anne babaların bilinçlendirilmeleri ve bu konuda eğitilmeleri şart. Hem bunu sağlamak için, hem de bu sağlanana kadar, toplumsal dayanışma ve yardımlaşma da bir o kadar önemli. Bilgi, beceri ve olanaklarda paylaşım; hiçbir ayırım gözetilmeksizin tüm çocukların desteklenmesi, gelişim ve eğitimleri için uygun atmosfer yaratılması için en temel eylem. Ancak paylaşırsak, büyüyüp gelişebilir ve çocuklara hak ettikleri olanak ve çevreyi sağlayabiliriz. Gelecekte yaşanılabilir bir dünya, ancak, özgür, kendini geliştirebilmiş, eğitim ve bağımsız karar verebilme haklarına sahip çocukların yetiştirilmesiyle kurulabilir.

Kaynaklar

1. JORDAN: Code of Conduct to Fight Child Labour Launched(News)
2. IRAQ: Child Rights Network Launched(News)
3. VIOLENCE: Young People Brief CRIN on Youth Justice(News)
4. MIDDLE EAST and NORTH AFRICA: Call for Proposals(News)
5. INDIA: Child Wife Suicide (News)
6. ZIMBABWE: Daughters Fetch High Prices As Brides(News)
7. USA: Plan to Stem Global Child Marriage Scourge(News)
8. COUNCIL OF EUROPE: International Justice for Children(Event)
9. NEW ZEALAND: Child Abuse Claims Raise Queries About Maori Culture(News)
10. HEALTH: Food Manufacturers Target Children on Internet After Regulator's TV Advertising Clampdown(News)



Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı

5. Çalışan Çocuklar Fotoğraf Yarışması Arşivi'nden Mehmet Çakır / Simitçiler, Siyah-Beyaz Baskı, 2006

İşyeri Hekimine Erişimde Adaletsizlikler - II

A.Gürhan FİŞEK*

Elliden az işçi çalıştıran işyerlerinde ile altı ay sürekli olarak elli işçi düzeyini aşmayan işyerlerinde, gönüllü olarak ve tercih ortaklaşa işyeri hekimi bulundurulabilir. Bu kapsamdaki işyerlerinin ülkemizdeki tüm işyerlerinin % 98'ini bulduğu düşünüldüğünde, iş sağlığı güvenliği alanında çok önemli bir sorunla karşılaşılır: İşyeri hekimliğinin kurumsallaşamaması.

Ülkemizde 1987 yılına kadar işyeri hekimini tanıyan çok azdı. Bu tarihten bugüne kadar, Türk Tabipleri Birliği'nin çabaları ile işyeri hekimliği kurumsallaştırılmaya çalışıldı. Çok önemli ve kalıcı adımlar atıldı. Bugün artık işyeri hekimi tanınıyor; bulundurulmasının zorunlu olduğu işyerleri de işyeri hekimini istihdam ediyor. Hatta 50'den az işçi çalıştırsa da, gönüllü olarak ve ortaklaşa işyeri hekimi bulunduran işyerlerinin sayısı artıyor.

Ama işyeri hekimini bulundurmak yetmiyor. İşlevleri ile birlikte var olması önemli. Onun için, bugün işyeri hekimine erişimdeki adaletsizlikler sıralanırken, birinci sırada varlığı tartışılıyorsa; ikinci sırada da işlevlerini yerine getirememesi düşünülmelidir.

İşyeri hekiminin işlevlerinin neler olduğunu anlamak için bakılması gereken yasal metinler şunlardır:

1. İşyeri Hekimlerinin Görev, Yetkileri ve Çalışma Koşulları Hakkında Yönetmelik (R.G. 04.07.1980/17037) -1980-2004 arası-
2. İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (R.G. 16.12.2003/25318) – 2004 sonrası-
3. Uluslararası Çalışma Sözleşmesi No.161 -2005 sonrası-
4. Uluslararası Çalışma Örgütü Tavsiye Kararı (Tarih: 1959, No.112)
5. Uluslararası Çalışma Örgütü Tavsiye Kararı (Tarih: 1985, No. 171)

Uluslararası Çalışma Örgütü Tavsiye Kararları yasa düzeyinde bağlayıcı olmamakla birlikte, uluslararası birikimin en iyi yansıtıldığı metinlerdir. Uluslararası Çalışma Örgütü Tavsiye Kararı No.112'yi ilk işyeri hekimleri yönetmeliğine (1980) yansıdığı kadarıyla uygulama zorunluluğumuz vardı. Uluslararası Çalışma Örgütü Tavsiye Kararı No.171 ise, ikinci işyeri hekimleri yönetmeliğine (2003) yansıdığı kadarıyla uygulamakla yükümlüyüz. O zaman yazımızda, bu son işyeri hekimleri hakkındaki yönetmeliğin getirilerinden yola çıkmak gereklidir.

Türk Tabipleri Birliği'nin ülkemizde işyeri hekimliğinin "varlık" sorununa çok önemli katkısı olmuş; "işlevsellik" sorununda da yol göstericilik yapmıştır. 1987 – 1990 arası TTB yayınlarında bu "işlevsellik" in şu başlıklar altında değerlendirilmiştir:

1. İşyeri hekimlerinin eğitimi ve belgelendirilmesi,
2. Görevlerin işyeri hekimleri arasında adaletli dağılımı

3. İşyeri hekiminin güvencesi,
4. Hekimlerin işyerlerine ayırdıkları süre
5. İşyeri hekiminin işbaşında denetimi,
6. İşyeri hekimine destek hizmetlerinin sunulması (Fişek, 1989).

Genel bir anlatımla, TTB bunlardan ilk ikisini büyük ölçüde yerine getirmiştir. En azından, 1988 yılına kadar, iş hekimliği alanında yaygın bir eğitim programı görülmezken, bugün, işyeri hekiminin eğitilmiş olması gerektiği konusunda kamuoyunda bir görüş birliği vardır. Ancak bu eğitimin, tek dozluk bir eğitimin ötesine geçmesi gerektiği (yani sürekli eğitim) düşüncesi kamuoyunca henüz kabul görmemiş ve yaygın olarak da uygulanmamaktadır. Bu önemli bir eksikliktir. Görevin hekimler arasında dağılımına gelince, TTB, koyduğu ilkelerle, işyeri hekimliği görevlerinin hekimler arasında eşitlikçi bir anlayışla dağıtılmasına önemli ölçüde katkıda bulunmuştur. Ancak işyeri hekimliği sertifikalı kursların katılarak belge almada, çitanın düşük tutulması dolayısıyla, görev isteyen ama buna bir türlü ulaşamayan kırgınların sayısı büyük boyutlara varmıştır. Bu da işyeri hekimliği alanında işsizliğin baskısını arttırmakta ve işyeri hekimlerinin işlevlerini yerine getirmelerini güçleştirmektedir.

İşyeri hekimlerinin, işlevlerini yerine getirmelerini güçleştiren etmenlerin başında, işyeri hekimine destek hizmetlerin TTB tarafından sunulmaması gelmektedir. İşyerinde yapılan işin özelliklerine göre, röntgen, çevresel ve biyolojik ölçümler vb destek hizmetlerine erişimi çok önemlidir. Bu hizmetlerin Türk Tabipleri Birliği tarafından verilmesinin, işlevsellik açısından büyük yararları olacaktır :

- a) İşyeri hekimlerinin işyerinde nesnel ölçütlerle saptama yapmasına olanak verecek,
- b) Bunu yapmayan hekimlerin belirlenmesine, dolayısıyla denetimine olanak verecek,
- c) İşyeri hekimlerinin işyerinde kaldıkları sürelerin gözlenmesine olanak verecek,
- d) Hizmetin TTB tarafından işyeri hekimi aracılığı ile verilmesi nedeniyle, hekimlerin iş güvencelerini arttıracaktır (Fişek, 1990).

1990 yılında uygulamaya konulması tartışılan bu projeden vazgeçilmesiyle, hem işyeri hekimlerinin eli kolu bağlanmış; hem de TTB, bu alana "idari, mali yönden özerk bir kurum" armağan etme şansını kaçırmıştır.

İşlevsellik sorununa eğilen "İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik", 5.maddesinde, bunun çerçevesini çizmektedir:

"... işyerlerinde, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının tesis edilmesi, sağlık ve güvenlik risklerinin önlenmesi ve koruyucu hizmetlerin yürütülmesi için gerekli tedbirlerin belirlenmesi, bu tedbirlerin uygulanması ve uygulamaların izlenmesi ..."

Yeni yönetmelik, İşyeri hekiminin görevini etkili bir biçimde yürütebilmesi için ayrıntılı bir gereklilikler listesi de düzenlemiştir. Biz bunlar arasında, gerekli gördüğümüz

* Prof. Dr. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fak. Öğr. Üyesi
Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı Genel Yönetmeni

müz 6 tanesini seçtik ve yaşama geçip geçmediğini değineceğiz:

- 1) Madde 5: "İşverenler, işyeri hekiminin görevini etkili bir şekilde yürütebilmesi amacıyla gerekli planlama ve düzenlemeler yapmasına ve mesleği ile ilgili gelişmeleri izlemesine imkan sağlar". İşverene, aynı zamanda, İşçi Sağlığı İş Güvenliği Tüzüğü'nün 4.maddesinde, bilimsel ve teknik gelişmeleri izleyerek bunları işyerine uygulama yükümlülüğü biçiminde de, ödev olarak verilmiştir. Bu görev, hem işyerine yeni giren maddelerin ve teknolojilerin tehlikelerinin tanınması ve hem de, önlemler alanında yeni ortaya çıkan deneyimlerin aktarılması açısından, yaşamsal önem taşıyan bir görevdir.
- 2) Madde 8, "Yıllık Çalışma Planı" yapılmasını, bunun işveren onayından sonra duyurulmasını öngörmektedir. Bunun ortaya çıkabilmesi için yürütülecek çalışmalar ve sonuçları, işyerindeki uygulama açısından çok önemlidir. Çünkü risk analizinden, bütçelemeye; strateji çalışmalarından tarafların katılımına kadar bir çok konuyu kapsamına almaktadır. İşin düzen içinde yürütülebilmesinin ve denetlenebilmesinin ön koşullarından biridir.
- 3) Madde 11, işbirliğini öngörmektedir. İşyeri hekimlerinin hem işyerinde konuyla ilgili kişi ve kurumlarla; hem de işyeri dışında bulunan, konuyla ilgili kurumlarla (örneğin ÇSGB) işbirliği içerisinde olmasını; bilimsel kongre ve konferanslara katılmalarını öngörmektedir. Hem yönetsel ve bilimsel gelişmeleri izleyebilmenin; hem de işyerindeki yapılabirliklerin anlaşılmasının koşulu, bakış açısını dar bir alan olan işyerinden kurtarabilmekten geçer. Diğer işyerlerinin "iyi uygulamaları"ndan dersler çıkarılması, bu alandaki saygın kurumlarının katkılarının alınması, işyeri hekimini geliştirdiği gibi, başarısının anahtarıdır.
- 4) Madde 13'te, işyeri hekimlerinin, yürüttükleri sağlık gözetim işlevi ile ilgili olarak işçilerin rızasını almasını zorunlu kılmaktadır. "Rıza" almak ve bir basamak üzerindeki "gizlilik" ilkesi yönetmeliğin önemli yapı taşlarından biridir. Ancak bugün uygulamada, Özellikle ÇGSB iş müfettişlerinin bunun belgelenmesinin bir zorunluluk olarak görülmesi, işçinin rızasının alınmasını engellemekte; örneğin sağlık raporlarının da gizli tutulmasına olanak vermemektedir.
- 5) Madde 16'da, sağlık birimi, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturmak üzere işyerlerinde fiziksel, kimyasal ve biyolojik risklerin belirlenmesi, ortadan kaldırılması için gerekli tedbirleri almak ve bu amaçla ölçüm yapılmasını öngörmektedir. TTB'nin destek hizmet olanaklarını geliştirmesiyle ilgili bölümde bu konuya değindiğimiz için, yaşamsal önemini bir kez daha vurgulamayacağız. Ancak bu alandaki boşluğu doldurmak için, son yıllarda, hükümet-dışı alanda ve ÇSGB içerisinde çalışmalar vardır.
- 6) Madde 22/e,l'de işçilerin sıra dışı durumlarda sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri konusunda eğilmiştir:

- Sağlık nedeniyle üç haftadan uzun veya meslek hastalıkları veya iş kazaları nedeniyle veya sık tekrarlanan işten uzaklaşmalarda, işe dönüş muayenesi yapar.
- İşyerinde kullanılan, tüketilen maddeleri kontrol ve izlemek için aralıklı olarak inceleme yaparak etmenleri belirler ve kontrol önlemleri geliştirir. Biri insana, diğeri çevreye yönelik bu iki konu, işyerinde koşulların duragan olmadığının en önemli kanıtıdır. Bir günden ötekine koşullar değişebilir; işyeri hekiminin bu dinamizmi yakalaması ve sağlık üzerindeki olası etkilerini öngörmesi gereklidir. Bunun yapabilmesi, ancak, yukarıda değindiğimiz süreklî eğitim ve işyeri dışı kurumlara ilişkininin kurulmasıyla olanaklıdır.

Yukarıda saydığımız 6 işlevin, uygulamada ne denli yerine getirildiğini, ne yazık ki, ortaya koyacak istatistiksel verilerden yoksunuz. Tek başına bu yoksunluk bile, bu konudaki derin eksikliği ortaya koyar. Kaldı ki, alanda yapılan yaygın gözlemler, bu altı maddenin, ancak, parmakla sayılabilecek işletmelerde yerine getirildiğini gösterecektir.

Bu görevlerin yerine getirilmediğinin bir başka kanıtı da, uygulamada, kolayca saptanabilecek iki olgunun varlığıdır. Bu olguların varlığı, kurallı bir gelişmenin yerine, "kuralsızlaştırma"nın egemen olmasına yol açıyor. Bu kuralsızlaştırmanın en önemli iki görüntüsü,

1. Koruyucu hizmetten çok hasta tedavisine ağırlık verilmesi,
2. Yararlanılması gereken iş sağlığı güvenliği destek hizmetlerinde (akciğer grafisi, odyometri, spirometri, kan tahlilleri, gürültü ölçümü, risk değerlendirmesi, iş sağlığı güvenliği eğitimi vs) hizmet kalitesinin "en düşük teklifi veren verme" yöntemiyle düşürülmesidir.

Yasal yükümlülükleri karşı bu direniş, kurallı bir gelişmenin yerine, "kuralsızlaştırma"nın egemen olmasına yol açıyor.

Gerçekten de, şunu açıklıkla belirtmek gerekir ki, ülkemizde, yasalarca öngörülen işlevlerini yerine getirebilen işyeri hekimlerinin sayısı parmakla sayılabilecek kadar azdır. On yıllardan beri olduğu gibi hala işyeri hekimlerimiz, işyerindeki işçilerin tedavi hizmetlerine kilitlenmiş kalmışlardır. Bu da işyeri hekimine erişimdeki adaletsizliklerin en büyüklerinden biridir. Çünkü işçilerin, ulaştığını sandığı hekim, "onu çevresiyle bir bütün olarak gören ve koruyucu hekim gözüyle yaklaşan" işyeri hekimi değil; "onu hasta olarak gören ve kendisini yalnızca onu tedavi etmekle sorumlu tutan" tedavi hekimidir.

Hem Türk Tabipleri Birliği'nin hem de Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın çabaları, bu adaletsizlik aşma yönünde olmuş; ama ne yazık ki henüz başarılı olamamıştır. Ülkemizde, işyeri hekimine erişim konusunda "var"lık içinde "yok"luk yaşanmaktadır.

Kaynaklar :

* Fişek A.Gürhan (1989) : "TTB İşçi Sağlığı Etkinlikleri",Türk Tabipleri Birliği Haber Bülteni, Şubat 1989, Sayı 17.

* Fişek A.Gürhan (1990) : Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Üyeliği'nden İstifa Mektubum.

El ve Taşınabilir Elektrikli El Aletleri

Mustafa TAŞYÜREK*
(mustafatasyurek@fisek.org.tr)

Güvenli çalış, güvenli kal !

El aletleri ve taşınabilir elektrikli el aletleri çalışanların işini kolayca yapmasına yardım eder, yorgunluğu azaltır. Bunlar olmasaydı bazı işleri yapmak ya çok güç ya da olanaksız olurdu. Ancak her el aleti sınırlı ve belirli işlerde kullanılmak üzere yapılmıştır. Herhangi bir el aletinin başka bir amaçla kullanılması çalışanların ciddi olarak yaralanmasına veya üzerinde çalışılan malzemenin zarara uğramasına yol açar. İyi iş güvenliği uygulamaları ile bu tehlikeleri kontrol etmek ve çalışanlar için oluşturabileceği riski minimize etmek olasıdır.

Ofisler dahil hemen hemen tüm işyerlerinde yaygın bir şekilde kullanılan ve birçok hafif ya da göz ve görme kaybı; fırlayan küçük parçalardan derin yaralanmalar; hatta parmak, tendon, atardamar kesilmeleri gibi ciddi kazalara neden olabilen, çalışanları (eğer yara mikrop kaparsa) uzun süre işlerinden alıkoyabilen el aletleri ve elektrikli el aletleri güvenliği bu yazıda "çalışma ortamı" okurları için irdelenecektir.

Alet güvenliği doğru olan el aleti veya elektrikli el aletini seçmekle başlar.

Kişinin veya işyerinin satın alma gücünün el verdiği en iyi alet (isim yapmış uzman firmalardan) seçilip alınmalıdır. Ucuz, sağlam yapılmamış aletlerle iş yapılırken kırılabilir, harap olabilir ve bununla çalışanı ve beraberindeki iş arkadaşını yaralayabilir. Bu nedenle; güvenlik düğmeleri, ağız koruyucuları, el koruyucuları, çift yalıtkanlık gibi güvenlik özelliklerine bakılmalıdır.

İyi yapılmış bir alet güzel görümlü olmalı ve çalışan eline aldığı anda sağlam olduğunu hissetmelidir. Ergonomik olarak dizayn edilmiş bıçaklar, tornavidalar, penseler, kargaburunlar, makaslar ve elektrikli aletler seçilmelidir. Bunlar çalışanın bileğini eğmeden, bükmeden veya parmaklarına veya avuç içine basınç uygulamadan kullanabilecek şekilde, kısacası işçinin eline uygun yapılmış olmalıdır.

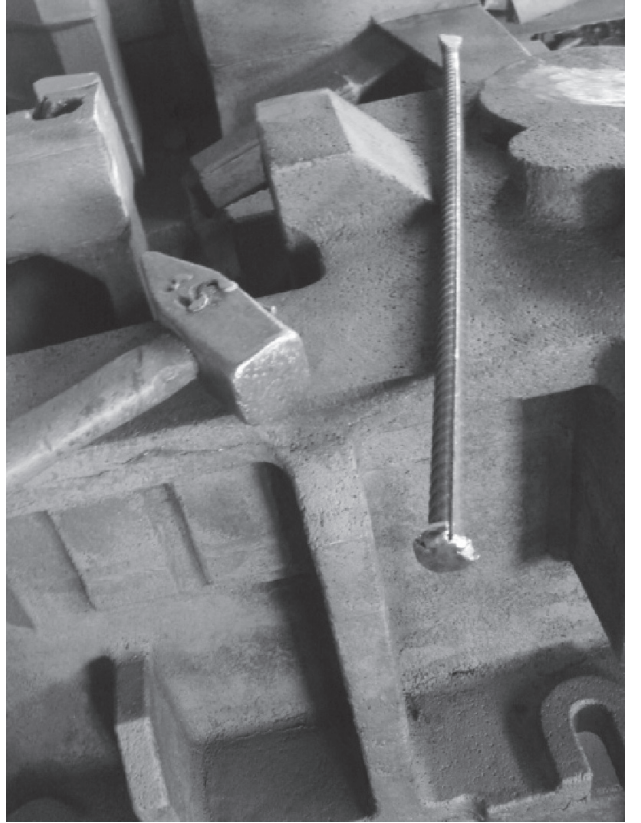
Kazaların nedenleri:

Aletlerle ilgili genel olarak en çok karşılaşılan iş kazaları şöyle sıralanabilir:

- ❑ İş için yanlış aleti kullanma
- ❑ Kötü durumda olan aletleri kullanma
- ❑ Aletlerin kullanılması sırasında gerekli dikkatin gösterilmemesi
- ❑ Aletlerin taşınması ve depolanması sırasında yanlış yol seçme



- ❑ İşçinin uygun kullanılması konusunda gerekli eğitimi almadan aleti kullanması
- ❑ İşçinin aleti kullanması konusunda yetkilendirilmeden, izin verilmeden kullanması
- ❑ Keskin ağız veya sivri ucu koruyucu içine alınmadan aletlerin taşınması ve depolanması
- ❑ Aleti kullanırken doğru kişisel koruyucu donanımı işçinin kullanmaması
- ❑ Elektrik kordonlarının, muhafazalarının, kaportalarının ve topraklamalarının uygun olmaması, vb.



[Çekiç, balyoz, kalem, keski, zımba ve benzeri aletler, standartlarına uygun şekilde ve **kaliteli çelikten yapılacak** ve bunların bozulan veya **çapaklanan başları, taşlama veya eğeleme suretiyle düzeltilecektir.** İSİG T m.357]

Sağlık sorunlarının nedenleri;

Aletlerle ilgili genel olarak en çok karşılaşılan sağlık sorunları şu şekilde özetlenebilir:

- ❑ İşçinin eline uygun şekilde oturmeyen aletlerin kullanılması
- ❑ Kullanırken aşırı güç kullanılması veya aşırı uzanma gereksiniminin doğması
- ❑ Aletin kullanılması sırasında tekrarlayan hareketler yapılmasına gereksinim duyulması
- ❑ Aletler kullanılırken titreşime – vibrasyona neden olması
- ❑ Alet kullanılırken önemli düzeyde gürültüye neden olması

* Kim. Müh., İş Sağlığı+İşletme Yönetimi Bilim Uzmanı
Çalışma Bakanlığı Eski İş Güvenliği Müfettişi (1978-1985)
İş Güvenliği Uzmanı (A Sınıfı Sertifikalı)
Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Gönüllüsü

- ❑ Alet kullanılırken fırlayan partiküller, tozlar veya kimyasal buharlar açığa çıkarması vb.

Tehlikeleri ve riskleri var diye günümüzde el aletlerini kullanmaktan vazgeçmek olası mı? Ancak kazalardan ve bu aletlerin oluşturabileceği sağlık sorunlarından; iş için doğru alet seçilerek, aletle birlikte verilen talimata belirtildiği şekilde aleti kullanarak, kullanılan el aletinin operatörü için hazırlanmış el kitabını okuyarak, hasar görmüş aleti onararak veya değiştirerek, aleti kullanacak olanlara gerekli eğitimi vererek ve gerekli olan kişisel koruyucu donanımı kullanarak veya kullandırarak, kaçınılabılır. Ayrıca;

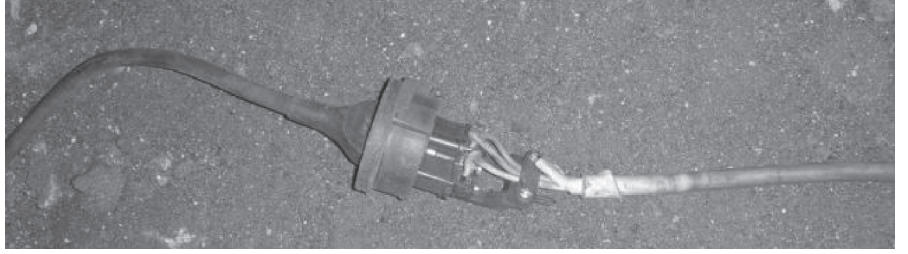
- ❑ Aletlere bakım onarım yapılırken (üretici tarafından verilen) talimat okunmalı ve bu talimatta belirtilen kurallara uyulmalı.
- ❑ Aletler sadece dizayn edildiği iş için kullanılmalı.
- ❑ İş işçi doğru ölçüde olan alet kullanılmalı.
- ❑ Aletler temiz ve keskin bulundurulmalı. Aletin keskinliği parmaklarla değil bir odun parçası üzerinde test edilmeli.
- ❑ Kullanmaya başlamadan önce hasar olup olmadığı mutlaka kontrol edilmeli.

[Elektrikli el aletleri kullanılmadan önce, yetkili kişiler tarafından kontrol edilecek, topraklanması arızalı, motoru fazla kıvılcımlı, priz, fiş, anahtar ve bağlantı kablosu bozuk olanlar kullanılmayacaktır – İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü Madde 322]

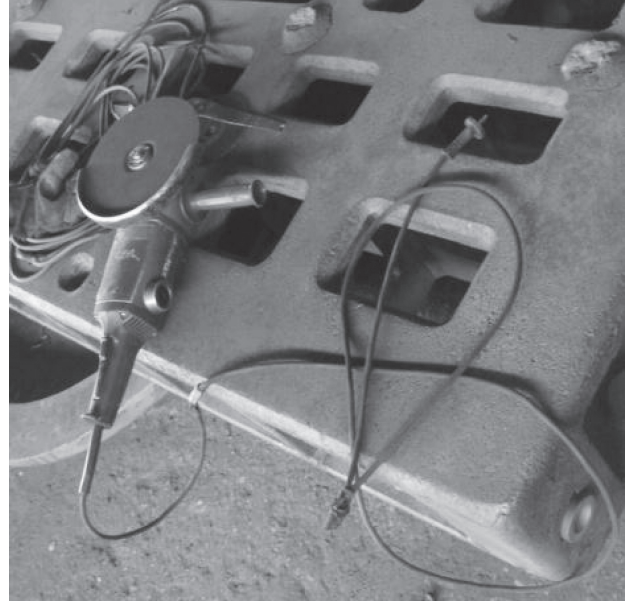
- ❑ Aletler kullanıldıktan sonra temizlenmeli.
- ❑ Bir nesne üzerinde elektrikli el aletini kullanılırken, nesne mengene ile uygun şekilde kısırılmalı.
- ❑ Eğer kısırılmayacak kadar büyükse , bu nesne birine uygun bir şekilde, sıkıca tutturulmalı.
- ❑ El aletleri ve elektrikli el aletlerini kullananlar yüzük, bilezik gibi takılar kullanmamalı.
- ❑ Kravat, boyun bağı, uzun kollu giysi, uzun eldivenler, üzerine iyi oturmeyen iş elbiseleri giyilmemeli.
- ❑ Eller, saçlar, ve giysiler kesilen kenarlardan veya hareketli parçalardan uzak tutulmalı ve korunmalı.
- ❑ Anahtarlı elektrikli el aletlerinin üzerinde anahtarları bırakılmamalı.
- ❑ Eğer bir merdiven üzerinde çalışılıyorsa, küçük el aletleri kemere takılan el aletleri çantasına veya kemere takılmalı.
- ❑ Ağır elektrikli el aleti sapına ip bağlanmış uygun bir kova ve kutu içine konulmalı, oradan yukarıda çalışılan yere çekilmeli.
- ❑ Keskin veya sivri uçlar veya keskin ağızlar aşağıya doğru ve bunu taşıyandan uzağa doğru bakacak şekilde taşınmalı.
- ❑ Aletler kuru bir yerde depolanmalı ve bakımlı bulundurulmalı.
- ❑ Küçük el aletleri yerleri önceden belirlenmiş uygun bir askı tablosu üzerine, düzenli olarak asılmalı veya uygun el aleti taşıma çantası veya el aleti çekmeceğine konulmalı.
- ❑ Elektrikli testereler, matkaplar veya herhangi bir kıymık veya partikül çıkartan aletler kullanılırken koruyucu gözlük kullanılmalı.
- ❑ El aleti kullanılırken eğer 80 dB(A)'dan fazla gürültü

oluşuyorsa ise kulak koruyucu kullanılmalı.

- ❑ Ayakları korumak için iş güvenliği ayakkabısı giyilmeli.
- ❑ Çift izolasyonlu – yalıtımlı elektrikli el aletleri kullanılmalı.
- ❑ El aleti kordonundan tutularak - çekilerek taşınmamalı.
- ❑ Yıpranmış elektrik kordonları değiştirilmeli.



- ❑ Prizden çıkarmak için fişinden tutularak çekilmeli, kordondan tutularak çekilmemeli.



- ❑ Elektrikli el aletinin fişini prize takmadan önce aletin çalıştırma düğmesinin kapalı ("OFF") pozisyonunda olduğu kontrol edilmeli.
- ❑ Çalışması tamamen duruncaya kadar elektrikli el aletini yere konulmamalı.
- ❑ Herhangi bir bölümünü değiştirirken veya temizlerken ya da duman çıkarmaya veya yanmaya başlarsa çalıştırma düğmesi kapatılmalı ve fişi prizden çıkartılmalı.
- ❑ Islaklığın neden olabileceği elektrik şoklarına karşı, çalışanları korumak için dışarıda çalışırken bataryalı (akülü) aletler kullanılmalıdır. vb.

Elde tutulan aletlerde güvenlik

Bıçaklar

Bıçakların ağızı keskin tutulmalı. Keskin bıçakla daha az efor sarf edilerek kesme işi gerçekleştirilir ve bu bıçağı kullanan için güvenli ve daha sağlıklıdır.



Kesme işi yapılırken, bıçak düz olarak kullanılmalı, düzgün bir basınç uygulanmalıdır. Şiddetli ve ani çekişler ağzının kaymasına ve kullananın yaralanmasına neden olabilir.



Olası olan her durumda vücuttan uzakta kesme işlemi yapmak amaçlanmalı.

El koruyucuları ve vücudu korumak için bir deri önlük giyilmeli.

Elin korunması için bıçak bir koruyucu ile birlikte kullanılmalı.

Bıçak bir kılıf içinde taşınmalı.

Bıçaklar ağzı aşağı gelecek şekilde önünde parmaklık olan yerde muhafaza edilmelidir.

İçerisinde parlayıcı patlayıcı madde bulunan sistemlerde bakım ve onarım yapılırken kullanılacak el aletlerinin kıvılcım çıkarmayan türden (bronz gibi) olmalıdır. Bunları kullanan personel iş güvenliği ayakkabısı dahil eldiven ve



göz koruyucusu kullanmalıdır. [Kıvılcımın tehlikeli olacağı yerlerde kullanılacak el aletleri, kıvılcım çıkartmayacak malzemeden yapılacak ve bu nitelikte olmayan aletler, bu yerlerde kullanılmayacaktır. İSİG T m.356]



(Maket bıçağı gibi keskin bıçakların diğer ele ve bileğe zarar vermemesi için kesilmeye karşı dirençli malzemeden yapılmış eldivenler kullanılmalıdır)

Elektrik el aletleri ile çalışırken, aletle birlikte verilen güvenlik talimatını bütünüyle okunmalı ve içindeki hükümlere uyulmalıdır. Aşağıdaki güvenlik talimatı hükümlerine uyulmadığı takdirde elektrik çarpması, yangın tehlikesi veya ciddi yaralanmalar ortaya çıkabilir.

Çalışma yeri

-Çalışma yerleri temiz tutulmalı ve iyi aydınlatılmalıdır. (Çalışma yerindeki düzensizlik ve yetersiz aydınlatma iş kazalarına neden olabilir.)

-Yakınında yanıcı sıvılar, gazlar veya tozlar bulunan ve dolaysı ile patlama tehlikesi olan yerlerde elektrikli el aletleri ile çalışılmamalıdır.(Elektrikli el aletleri, toz veya buharları alevlendirebilecek kıvılcımlar çıkarabilirler.)

-Aletler kullanılırken stajyerler, konuklar veya el aletini kullananı izlemek isteyenler, kullanıcı tarafından uzak tutulmalıdır. (Başka kişiler aleti kullananın dikkatini dağıttığı takdirde alet üzerindeki kontrolünü kaybedebilir.)

-Elektrikli el aletleri kullananın kontrolü dışında çalışır durumda bırakılmamalı, kapatılmalıdır. Uç tam olarak duruncaya kadar elektrikli el aletleri elden bırakılmamalıdır.

Elektrik güvenliği

-Elektrikli el aletini akım şebekesine bağlamadan önce, gerilim kaynağı ile aletin tip etiketi üzerinde yazan gerilimin aynı olmasına veya en fazla %10 farklılık göstermesine dikkat edilmelidir. Gerilim kaynağının gerilimi elektrikli el aletinin çalışması için gerekli olan gerilime uymuyorsa, ciddi yaralanmalar olabilir veya elektrikli el aleti hasar görebilir.

-Borular, ısıtıcılar veya buzdolabı gibi topraklanmış araç/gereçle elektrikli el aletini kullananın bedeninin temas etmemesine dikkat edilmelidir. Kullananın bedeni topraklandığı takdirde büyük bir elektrik çarpması tehlikesi ile karşı karşıya kalabilir.

-Elektrikli el aletleri yağmur altında veya ıslak yerlerde bırakılmamalıdır. Bir elektrikli el aletinin içine su sızacak olursa, büyük olasılıkla elektrik çarpması tehlikesi ortaya çıkabilir.

-Aleti taşımak, asmak veya fişi prizden çekmek için kablosu kullanılmamalıdır. Kablosu yüksek sıcaklıktan, yağdan, keskin kenarlı eşyalardan veya hareketli alet parçalarından uzak tutulmalıdır. Hasarlı kablolar elektrik çarpmasına neden olabilir.



-Aleti kullanan kişiler kendisine çok fazla güvenmemelidir. Duruşunun her zaman güvenli ve dengeli olmasına dikkat etmelidirler. Duruşu ve beden pozisyonu güvenli olursa, beklenmedik durumlarda aleti daha iyi kontrol edebilir.

-Koruyucu giysiler giyilmeli ve daima koruyucu (güvenlik) gözlüğü takılmalıdır. Koruyucu toz maskesi, kaymayan ayakkabılar ve gürültülü yerlerde veya aletlerle çalışırken kulak koruyucusu kullanmanızda yarar vardır.



Kişilerin güvenliği

-Dikkatli olunmalı, personel ne yaptığına dikkat etmeli ve aletin makul bir biçimde kullanılmalıdır. Personel yorgun, alkol, hap veya ilaç almışsa aleti kullanmamalıdır. Çünkü aleti kullanırken bir anlık dikkatsizliği personeli ağır yaralanma tehlikesiyle karşı karşıya bırakabilir.

-Çalışırken uygun giysiler giyilmelidir. Bol elbise giyilmemeli ve (alyans dahil) takı takılmamalıdır. Saçlar uzunsu koruyucu saç filesi kullanılmalıdır. Saçları, giysileri ve eldivenleri aletin hareketli parçalarından uzak tutulmalıdır. Bol giysiler, takılar ve uzun saçlar hareketli parçalar tarafından tutulabilir.

-Aletin işinin kontrolü dışında çalışmaması için gerekli önlemler kullanıcı tarafından alınmalıdır. Priz takmadan önce aletin kapalı olduğundan emin olunmalıdır. Aletlerin açma / kapama şalterinden tutarak taşınması veya açık bulunan aletlerin akım şebekesine bağlanması kaza rizikosunu artırır.

-El aletleri çalıştırmadan önce ayar aletleri veya tornavidalar alınmalıdır. Aletin dönen bir parçasında bulunan herhangi bir ayar aleti veya tornavida yaralanmalara neden olabilir.

Elektrikli el aletlerinin kordonları ve uzatma kabloları her üç ayda yetkili bir elektrik tarafından kontrol edilmeli, bu kabloların üzerinde kontrol edildiğini ve bir sonraki kontrol tarihini belirten uygun bir etiket bulunmalıdır.

Elektrikli el aletlerinin dikkatli kullanılması

-İş parçasını sabitlemek için germe tertibatı veya bir mengene kullanılmalıdır. Eğer iş parçasını işçi eli ile tutar veya bedeni ile bastırırsa, aleti güvenli olarak kullanamaz.

-Alet fazla zorlanmamalıdır. Yapılan işe uygun aleti kullanılmalıdır. Yapılan işe uygun aletle belirtilen performans alanında daha iyi ve daha güvenli çalışılabilir.

-Açma / kapama şalteri arızalı olan alet kullanılmamalıdır. Açılıp kapanmayan bir alet tehlikelidir ve hemen onarılması gerekir.

-Alette ayarlama yapmadan, aksesuar değiştirmeden veya aleti kaldırmadan önce fişi prizden çekilmelidir. Alınabilecek bu güvenliğin önlemi aletin kullanıcının kontrolü dışında veya yanlışlıkla çalışmasını önler.

-Aleti stajyerlerin ve kullanımını bilmeyen kişilerin ulaşamayacağı bir yerde muhafaza edilmelidir. Aletler

deneyimsiz kişiler tarafından kullanıldığı takdirde tehlikeli olabilirler.

-**Sahip olunan el aletlerine iyi bakılmalıdır. Uçları keskin ve temiz tutulmalıdır.** Keskin uçlu ve bakımlı aletler daha rahat kullanılır ve daha iyi kontrol edilir.

-**Aletin hareketli parçalarının kusursuz biçimde işlev görüp görmediklerini, sıkışıp sıkışmadıklarını ve aletin işlevini yerine getirmesini engelleyen kırık veya hasarlı parça olup olmadığını kontrol edilmelidir. Aleti kullanmadan önce hasarlı parçaları yetkili bir serviste onartılmalı veya değiştirilmelidir.** İş kazalarının çoğu aletlerin bakımsız olmasından kaynaklanır.

-**Alette bir değişiklik yapılmamalı veya alet (o aletle birlikte verilen el kitaplarının) “usulüne uygun kullanım” bölümünde belirtilen amaçların dışında kullanılmamalıdır.** Alette yapılacak her türlü değişiklik usulüne aykırı kullanım anlamına gelir ve ciddi yaralanmalara neden olabilir.

-**Sadece üreticinin önerdiği aksesuarı kullanılmalıdır.** Başka aletler için geliştirilmiş olan aksesuarların kullanılması yaralanmalara neden olabilir.

Servis

***Aletler sadece kalifiye ve uzman kişilere onartılmalıdır.** Uzman olmayan kişiler tarafından yürütülecek onarım ve bakım işleri kazalara neden olabilir.

***Onarım ve bakım işlemlerinde sadece orijinal aksesuar kullanılmalıdır. Aletle birlikte verilen el kitaplarının ve güvenlik talimatının bakım bölümündeki hükümlere uyulmalıdır.** İşyerindeki aletler için öngörülen aksesuarların kullanılmaması veya “Bakım” bölümündeki hükümlere uyulmaması halinde elektrik çarpması veya yaralanmalar ortaya çıkabilir..

- * Çalışma sırasında şebeke bağlantı kablosu hasar görecektir veya kesilecek olursa, kabloya dokunulmamalı ve hemen fişi prizden çekilmelidir. Aletler hiçbir zaman hasarlı bağlantı kablosu ile kullanılmamalıdır.
- * Testere bıçağı bloke olacak olursa hemen elektrikli el aletini kapatılmalı ve şebeke bağlantı kablosunu prizden tutularak çekilmelidir. Ancak bunları yaptıktan sonra kamalanmış (takozlanmış) iş parçası yerinden alınmalıdır
- * Sadece keskin ve kusursuz testere bıçağı kullanılmalıdır. Çizilmiş, çatlamış, bükülmüş veya körelmiş testere bıçakları hemen değiştirilmelidir.

Sözün özeti;

- İş için doğru alet seçilmelidir.
- Alet doğru kullanılmalıdır.
- El aletleri ve elektrikli el aletleri iyi bakılı ve onarımı iyi yapılmış durumda bulundurulmalıdır.
- Tüm aletler uygun taşınmalı ve muhafaza edilmelidir.
- Gerekli olduğu her durumda uygun kişisel koruyucu donanımlar kullanılmalıdır.

El aletleri ile el yaralanmasın, öğünsün !.

1. Kaynaklar

--,--, Using Tools Safety, National Safety Council, 1990, Chicago, USA.

İşçi Sağlığı ve İş güvenliği Tüzüğü. El Aletlerinin Kullanılmasında Alınacak Güvenlik Tedbirleri. Madde :355-372.

Williams, Judith M.(Ed.), Industrial Supervisor, National Safety Council. March 1981, Volum 45 No:1

--,--,Accident Prevention. A Workers' Education Manual, ILO. Geneva 1961 p.69-77

--, --,Kazalardan Korumama.MÇT.İşçi Eğitimi Elkitabı. T.C.Çalışma Bakanlığı Yakın ve Ortadoğu Çalışma Enstitüsü 1979 - Ankara (Çev. Talat Çiloğlu).

--,--, Accident Prevention Manual for Industrial Operations, Engineering and Terchnology , Ninth Edition, National Safety Council, Chicago 1993. p.351-375.

Ne yapılmalı ?
Öncelikle koruyucusuz, gelişen makine üzerinde temizlik yapılmamalıdır. Teknik olarak bir zorunluluk varsa; Döner makine üzerindeki bir şaftı temizlemek için, işçi dönüş yönünün tam karşısında durmalı sağ eli ile zımpara kağıdının altından sol eli ile de üst yan taraftan tutmalıdır. Döner makine üzerinde yapılacak çalışma son derece tehlikeli olduğu için işçiler ellerine çok dikkat etmeli ve koruyucu bir örtü koyarak döner parçayı açığa bırakmaktan kaçınmalıdır. İş elbisesinin kolları döner mil sarılabilecek uzunluk ve genişlikte olmamalı, işçi koruyucu güvenlik gözlüğü kullanmalıdır.

> Sayfa 23'ün yanıtı

İKİ DAKİKA DÜŞÜN

KATKILARINIZ İÇİN

VAKIFLAR BANKASI

- 1- OSTİM Şb. (YTL. Hesabı) No: 201 48 18
- 2- Çankaya Şb. (YTL. Hesabı) No: 202 58 08
- 3- Çankaya Şb. (USD Hesabı) No: 281-402 58 09
- 4- Çankaya Şb. (Euro Hesabı) No: 281-4032406

PTT YOLU

- 5- Posta Çeki : 102965 (Fişek Enstitüsü)

KREDİ KARTI

Kredi kartınızla katkıda bulunarak “**çocuk dostları**”mız arasına katılabilirsiniz.

Kredi kartı numaranızı, “CVC2 (kartınızın arkasındaki son üç rakam)” ve son kullanma tarihini bildirmeniz yeterli.

Lütfen katkılarınız sonrası adresinizi bize bildiriniz.

Faks : (0312) 425 28 01

e-posta : cocukdostumuz@fisek.org.tr

Sosyal Hekimlik Politikaları

Şenay GÖKBAYRAK*

(senay.gokbayrak@fisek.org.tr)

Sosyal hekimliğin özü, toplumun geniş kesimlerini etkileyen, hastalık, ölüm ve engellilik durumlarının nedenlerini anlama ve bu nedenleri ortadan kaldırmaya yönelik çözümler üretme çabasıdır. Bu çaba içinde, sosyal hekimliğin özgünlüğü koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri bir bütün olarak görerek, önceliği koruyucu hekimlik anlayışına vermesidir. Sosyal hekimlik alanında çalışan araştırmacılar bu anlayışa uygun bilgi üretme çabasıdadır. Ancak en büyük çaba, politikacıların bu bilgileri anlama ve bunları eyleme dönüştürme istemine ortaya çıkarmaktır. Bilim, sosyal hekimlik sorunlarına ilişkin uygun çözümler tanımlamakla birlikte, bu çözümlerin gerçeğe dönüşmesi ancak bunu gerçekleştirecek politikalara bağlıdır.

Sosyal hekimlik alanında politikaların ve politikacıların rolünün önemine dikkat çeken çalışmasında Oliver, sosyal hekimlik politikalarını oluşturma ve bunu eyleme dönüştürmede siyasal unsurun öncelikli bir değişken olduğunu anlatmaktadır. Oliver, ABD'de sosyal hekimlik alanındaki politikaların analizine ilişkin çalışmasına, sosyal hekimliğin neden siyasal sorun olduğu sorusuna yanıt arayarak başlamaktadır. Hepimizin kabul ettiği gibi, sağlığın sadece bireyin sorunu olmadığını açıklayan birçok neden bulunmaktadır. Oliver, bu nedensellik ilişkisini, Amerikan toplum yapısının özelliklerini dikkate alarak, dört unsur etrafında açıklamaktadır. İlki, bireysel ve kurumsal eylemlerin yayılma etkisi(iktisat alanındaki deyim ile dışsallık) göstermesidir. Bu yayılma, olumlu olabileceği gibi olumsuz da olabilir. Bu noktada, bu farklı yayılma etkilerini dengelemek için, bireysel özgürlüğü belli açılardan kısıtlayacak kamusal güce gereksinim bulunmaktadır (Örneğin, kamusal alanlarda sigara içilmesini yasaklayan düzenlemeler gibi). İkinci olarak, yurtaşlar, devletten fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal bir takım gereksinimlerini karşılamasını beklemektedirler. Bu hizmetler, ilgili kamu yönetimi tarafından, vatandaşlara, hizmetin ödeme gücünden bağımsız olarak sunulmaktadır (Sağlık, eğitim, sosyal yardımlar gibi). Üçüncü olarak, halkın sağlığını korumak yasalık gerektiren ahlaki bir yargıyı içermektedir. Son olarak, sağlıklı bir nüfus ve işgücü, ekonomik büyüme ve sosyal düzen için kritik bir öneme sahiptir. Bütün bu nedenlerden dolayı, sosyal hekimliği koruma ve geliştirme, kamusal eylemliliğini gerektirir.

Sosyal hekimlik alanında çalışanlar açısından, sağlığın kamusal niteliği konusunda görüş birliği bulunmakla birlikte, sağlık alanındaki sorunların çözümünün politik alana yansımaları o kadar kolay değildir. Oliver'e göre, politikacılar açısından sorunlar; insanların kabul edilemez bulduğu ve değişmesini istediği sorunlardır. Dolayısıyla, sağlık sorunlarının, politik müdahale alanına yansımaları, insanların kendi sorunlarının diğerleri tarafından da yaşandığını algılamasına; sosyal hareketliliğin ortaya çıkmasına ve baskı gruplarının hareketlilik kazanmasına bağlıdır. Bu noktada, politikacıların tepkileri, esas olarak sorunun tanımlanma sürecine bağlı olarak değişecektir. Sorunları tanımlama için farklı araçlar bulunmaktadır. Hepsisi için öncelikli adım, veri sağlığı sorununun bilimsel ve sosyal bir biçimde gündeme konulmasıdır. Bu durumda ise, risk değerlendirmesi dediğimiz yöntem ortaya çıkmaktadır. Söz konusu sorunun kendisinin ve yaratacağı etkilerin değerlendirilmesi gerekmektedir. Ancak Oliver'a göre bu da yorumsal bir süreçtir ve halkın bilinç düzeyi, ideolojik ve ekonomik koşullara bağlı olarak değişebilmektedir. Politikacılar için sorun sadece risk algısına yönelik olarak şekillenmemekte; sorunun çözümünün ağırlıklı olarak nasıl bir sorumluluk yükleyeceğine bağlı olarak da şekillenmektedir. Genel olarak, birbirine zit olarak kabul edilen kamusal imaj ile bireysel düşünce, halkın sağlık sorunlarına kamusal çözüm için gerekli baskıyı azaltacaktır. Yine, siyasetçilerin öncelikleri, sorunun şiddeti ya da nedeni kadar, sorundan etkilenen nüfusun bunu algılayış biçiminden de etkilenir. Bu noktada, her ne kadar kuramsal öncelik tüm nüfusun sağlığını korumak olsa da, eylem açısından gelir, yaş, cinsiyet, ırk, coğrafi yerleşime göre tabakalaşan bir yaklaşım da bulunmaktadır. Dolayısıyla, sorundan etkilenen grubun popülaritesi eylemin olasılık ve doğasını etkileyecektir. Tüm bu nedenler, sorunun çözümünün siyasal alana yansımaları güçleştirmektedir.

Halkın sağlık sorunlarının şiddeti ve kamusal eylemliliğin gerek-

sinimine ilişkin geniş bir uzlaşma olduğu zaman bile, genellikle siyasal açıdan seçilen yol bütünsel reformlar yerine, parçalı olarak sistem iyileştirilmesine yöneliktir. Bu da uygulamada, farklılıkların kapısını açan bir durum ortaya çıkarmaktadır. Oliver'a göre, bu parçalı politika anlayışının nedenleri; sınırlı zaman ve bilginin politika yapımında sınırlı bir rasyonelliğe neden olması; politik sistemlerinin parçalı ve dağınık yapılması; ilgi ve baskı gruplarının gücünün farklılığı ve söz konusu soruna yönelik çözümlerin getireceği ek maliyettir. Tüm bu unsurlar, sosyal hekimlik alanına yönelik bütünsel reform niteliğindeki eylemliliği engellemektedir. Bu, sağlık alanında geniş ölçekli dönüşümlerin olmayacağı anlamına gelmemektedir. Bazen sorunun büyüklüğüne göre, görece olarak ölçüğü daha küçük olan politikalar, daha yenilikçi ve dönüşümsel politikaların kaynağı olabilmektedir. Yine politik iklimdeki değişiklik ve bu alanda çok sayıda aktörün olması yenilikçi politikalar için olanak sunabilmektedir.

Halkın sağlık sorunlarının algılanması, politik bir eylem yaratması güç olmakla birlikte, en güç olan ortaya bir şekilde çıkan politikaların uygulanma sorunudur. Bu noktada, niyet, eylem ve sonuçları arasında farklılık kaçınılmaz olarak ortaya çıkmaktadır. Oliver'a göre, bu farklılıkların nedenleri, yasaların tasarımı, siyasal riski azaltmak ve farklı çıkar çevrelerini uzlaştırmak adına ortaya çıkan belirsizlik ve çelişkili durumlar; uygulamadan sorumlu ilgili kamu kurumunun diğer kamu kurumları ve özel aktörlere bağımlılığı; kurumun işgücü, idari ve mali açıdan yaşadığı kaynak sorunları; düzenlemeye karşı çıkan ya da yeniden tartışmak isteyen çıkar gruplarından gelen baskı ve sorumlu kamu kurumları arasındaki koordinasyon ve işbirliği yetersizlikleridir.

Halkın sağlık sorunlarının tanımlanması, politikaya dönüşümü ve uygulanmasına yönelik, politik alandan kaynaklanan bu sorunların sosyal hekimlik çalışmalarında göz önünde bulundurulması; farklı çıkar çevreleri arasında zıtlık ve gücün dağılımını görmek; politika ve programların kaynaklarını ve amaçlarını anlamak; uygulamada sorunları öngörerek, tanımlamak ve süreç içerisinde sorunların nasıl değerlendirileceği anlamak açısından önem taşımaktadır.

Sosyal hekimlik alanında gerek sorunun bilimsel açıdan tanımlanması gerekse de politik olarak kabul görerek, çözümünün uygulanması açısından en önemli ve bu çalışmada analiz edilmeyen nokta, soruna ve çözüme bakışın arkasında bulunan felsefedir. Sosyal hekimliğin korunması ve geliştirilmesinde anlamlı bir yol alınması ancak sosyal hekimlik felsefesi olarak tanımladığımız, sağlığı sosyal bir olgu olarak gören anlayışın benimsenmesine bağlı olarak değişecektir. Bu yaklaşım sağlam, hasta farkı gözetmeksizin, tüm topluma hizmet götürmeyi savunmaktadır. Doğal olarak bunun bir maliyeti de vardır. Bu maliyet baskısı, hizmetin öncelikli riskler ve bu risklerden etkilenen gruplarından başlayarak, tüm topluma aşama aşama yayılması gerektirir. Bu riskler ve riskli grupların belirlenmesinde de sosyal hekimliğin sunduğu yöntem, "en çok görülen, en çok öldüren ve en çok sakat bırakan hastalıkların en önemli hastalıklar olduğu" kuralıdır. Bu şekilde belirlenen sağlık riskleri ve hastalardan öncelikli etkilenen gruplar, politikaların öncelikli unsurları olmalı, buradan aşama aşama tüm topluma ulaşılmalıdır. Bu risklerden öncelikli olarak etkilenenlerin bireysel olarak politika yapımına karşı çıkması anlamsızdır. Çünkü, söz konusu riskler toplumsal bir özellik taşımakta ve maliyeti son aşamada tüm toplumun sırtına yüklenmektedir. Bu noktada, parçalı ve sorunun öncelikli olarak tazminine yönelik politik çabalar hem rasyonel değildir hem de maliyeti daha yüksektir. Politik çabanın yoğunlaşacağı alanları belirlemede sosyal hekimlik felsefesi, sağlığı koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bir bütünü olarak görmekte, bu noktada koruyucu hizmetlere üstünlük vermektedir. Bu ise, sağlığı etkileyen çok sayıda fiziksel, sosyo-ekonomik faktöre yönelik, farklı alanlardaki politika oluşumlarının bütünsel bir bakış açısı ile değerlendirilmesi ve uygulanmasını gerektirir. Sosyal hekimlik felsefesi ve bu felsefe temelinde yükselen sosyal hekimlik politikaları ile ancak bir toplumun sağlık göstergelerini iyileştirmek olanaklıdır. Unutulmamalıdır ki, bu sağlık göstergeleri, sağlık sorunlarından öncelikli etkilenen risk grupları kadar bu sorunu çözecek politikaları yapan ve uygulayanlar için de önemlidir.

* Dr. Arş. Gör. AÜ, Siyasal Bilgiler Fakültesi
Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı Gönüllüsü

Kaynak: Oliver, T (2006), "The Politics of Public Health Policy", Annual Review of Public Health, Vol:27, 195-233.

İş Sağlığı Hizmetlerinde Anahtar Kavram “İş Sağlığı Hemşireliği”

Öğr. Gör. Zuhal Emlek SERT* - Araş. Gör. Aslı KOÇER**

İş sağlığı sanayileşme ile birlikte ortaya çıkan ve günden güne önemi artan bir sağlık sistemidir. Bu sistem iş kazalarının, yaralanmaların ve hastalıkların önlenmesini amaçlar. Çalışanların çalışma kapasitelerinin, mesleki, çevresel, toplumsal ve yaşama tarzı ile ilgili sağlık belirleyicilerini göz önünde bulundurarak, daha uzun süreli sağlığın korunmasını hedefleyen bir disiplindir (15).

İş sağlığı yaklaşımı, halk sağlığının temel ilkeleri ile uyum içindedir. Çalışanlar grubu halk sağlığının genel yaklaşımları açısından belirlenen başlıca risk gruplarından birisidir. Bütün toplumlarda çalışma hayatı gelişmekte, bu alanda çalışan kişi sayısında artma olmaktadır. Böylelikle çalışanlar grubu sayıları giderek artan bir topluluk oluşturmaktadır. Bunun ötesinde çalışanlar grubu organize bir topluluk olduğundan halk sağlığının temel yaklaşımı olan sağlığı koruyucu ve geliştirici etkinlikler bakımından da uygun bir grup oluşturmaktadır (5).

Bu bağlamda çalışan insanın sağlığının geliştirilmesi ve korunmasını hedefleyen iş sağlığı hizmetlerinin amaçları;

- Çalışanların sağlık kapasitelerini en yüksek düzeye çıkarmak,
- Çalışmanın olumsuz koşulları nedeni ile sağlığın bozulmasını önlemek,
- Çalışanın fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalışmasını sağlamak,
- Yapılan iş ile çalışanlar arasında uyumu sağlamaktır (1,7,9).

İş sağlığı genellikle sanıldığı gibi, çalışma yaşamına girmiş ekonomik açıdan aktif nüfusun, meslek hastalıkları, iş kazaları ve bunların tedavileri ile ilgili sınırlı bir sorumluluk alanı değildir (7). Ancak çağdaş hekimlikte, hastane-hekim-ilaç zinciri kırılarak, insan sağlığına sosyal ve ekonomik gereklerin açısından bakılmaktadır. İş sağlığında, hemşirelik hizmetleri de önceleri revir hemşireliği düzeyinde, işçilere enjeksiyon yapmak, pansuman uygulamak gibi işlemleri içerirken, bugün çağdaş halk sağlığı bilimi doğrultusunda gelişmiştir. İş alanında sağlığın korunması ve devamının sağlanması, hastalıkların ve iş kazalarının önlenmesi iş sağlığı hemşirelerinin en önemli görevlerini oluşturmaktadır (7,14).

İş yeri sağlık ve güvenlik programı içinde, sağlık ekibinin önemli üyelerinden bir tanesi de iş sağlığı hemşiresidir (12). İş sağlığı hemşireliğinde temel amaç ise işyerlerinde primer sağlık bakımını gerçekleştirmektir (4).

Amerikan İş Sağlığı Hemşireler Derneği'nin tanımına göre İş Sağlığı Hemşiresi; İşyerinde işçilerin sağlığını korumasında hemşirelik uygulamalarını uygulayan kişidir. İşçilerin sağlığının korunması, erken tanı, hasta ve yaralı sağaltımı, rehabilitasyon görevleri arasındadır. Sağlık eğitimine, çevre sağlığı hizmetlerine, insan ilişkilerinin gelişmesine katkıda bulunur (6,9,11).

İş sağlığı hemşireliği tarihçesine kısaca göz atıldığında, 2. dünya savaşı yıllarından bu yana endüstri alanlarında hemşireleri görmekteyiz. Dünyada ilk endüstri hemşiresi 1898 yılında A.B.D. (Amerika Birleşik Devletleri)'nde Vermont Marbla Şirketi'nde görev alan Ida Mayo Stewart'tır

(10,11,14).

İş sağlığı hemşireliği, bireylerin ve grupların verimliliğinin artması ve sağlığının iyileştirilmesi, korunması ve geliştirilmesi için genel sağlık yöntemleri ve hemşirelik pratiğinin uygulanmasıdır. İş sağlığı hemşiresinin işi hastanede ya da hasta başında değil, tam tersine işçilerin çalıştığı işyerindedir. Bu çalışma ortamı, iş sağlığı hemşiresine hizmet açısından daha geniş bir bakış açısı ve onun kapasitesinin gelişmesi için de sınırsız bir olanak sağlar (6).

İş Sağlığı Hemşireliğinin Öncelikli Hedefleri;

İşçiyi sağlık tehlikelerinden korumak ve iş güvenliği

1. Güvenli ve sağlıklı bir işyeri
2. İşçi ve ailesinin iyilik halleri ve sağlıklarını saptamak
3. Eğitim ve araştırma (13).

İş sağlığı hemşiresinin, çalışılan işyeri ne olursa olsun, iş koluna bağlı değişiklik göstermeyecek görevleri dokuz başlık altında toplanmıştır. Bunlar;

- Sağlığın değerlendirilmesi
- İşe giriş muayenesi
- Sağlığın geliştirilmesi
- İş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi ve bakımı
- İşe bağlı olmayan kaza ve hastalıkların önlenmesi ve bakımı
- İş alanının gözlenmesi
- Kayıt tutma
- Sağlık eğitimi
- Danışmanlık
- İş sağlığı ile ilgili diğer kurumlar ve meslek üyeleri ile işbirliğidir (7,9).

Hem bu sayılan görevlerin her birinin hem de iş sağlığı hemşirelerinin bilgi ve uygulamalarının geliştirilebilmesi için araştırmaların yapılması iş sağlığı hemşiresinin görevleri arasındadır (7).

İş Sağlığı Hemşiresinin Eğitimi

İş sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesinde yeterli eğitim almış hemşirelerin rolü büyüktür. Gelişmiş ülkelerde işyeri hemşiresi, bilimsel-teknolojik ve toplumsal gelişmelerden etkilenecek büyük bir değişim içine girmiş ve hemşirenin işçi sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde önemli bir yeri olduğu kabul edilmiştir (2).

İş sağlığı hemşirelerinin etkinlikleri sonucunda ise iş devamsızlıkların azaldığı, koruyucu kullanan ve danışmanlık hizmeti alan işçilerin artış gösterdiği yapılan araştırmalar sonucu ortaya çıkmıştır. Yeterli eğitim alan hemşire çalışma alanında sorunları yerinde saptayabilecek, plan yapacak, amaç belirleyecek, çeşitli girişimlerde bulunacak ve sonucu değerlendirebilecektir (3).

Ülkemizde 2003 yılında kurulan İş Sağlığı Hemşireliği Derneği, Ulusal düzeyde iş sağlığı hemşireliğinde standardizasyonun sağlanması ve işyeri hemşireliği uygulamalarının geliştirilmesini sağlamak amacıyla kurulmuştur.

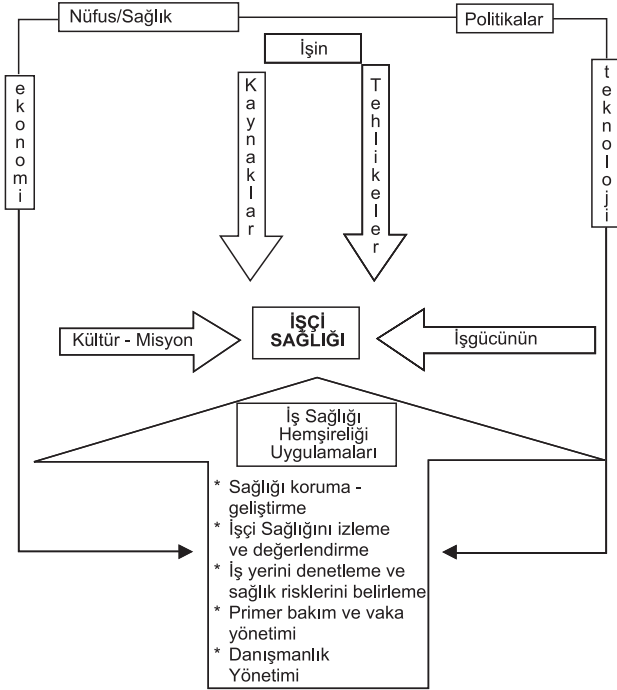
Dernek özellikle iş sağlığı hemşiresinin eğitimine yönelik,

- İş sağlığı hemşireliği alanında akademik çalışmalar yapanlara ve uygulama alanında çalışanlara meslek-sel işbirliği için destek ve teşvik sağlamak,
- İş sağlığı hemşireliği alanında çalışan tüm akademisyen ve uygulamacılar arasında iletişim ağı kurmak,

* Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Görevlisi

** Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Araştırma Görevlisi

Şekil 1: İş Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarında Kavramsal Model (13).



İş Sağlığı Hemşiresinin Eğitimi

- İşyeri hemşireliğine başlamak ve sürdürülebilir için zorunlu olan sertifika programlarını düzenlemek, koordine etmek, uygulanmasını sağlamak ve değerlendirmek,
- İşyeri hemşireliği bilgi ve uygulamalarını geliştirici bilimsel çalışmaları desteklemek, araştırma ödülleri ile motivasyonu sağlamak ve araştırma sonuçlarını ilgili birimlere iletmek gibi amaçlar belirlemiş ve bu yönde çalışmalar yapmaktadır (16).

Ayrıca, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Derneği de İşyeri Hemşireliği Kurumsallaştırma Çalışmaları yapmaktadır. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nun, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı desteği ile düzenlediği II. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği Sempozyumu sonuç bildirgesi doğrultusunda, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Derneği bünyesinde oluşturulan "İşyeri Hemşireliği Komisyonu" çalışmalarını 3 Eylül 2001 tarihinden itibaren sürdürmektedir. Bu komisyonun çalışma amacı; işyeri hemşiresinin gerekli nitelikleri ile görev, yetki sorumlulukları ve çalışma koşullarını düzenleyen işyeri hemşireliği yönetmelik taslağını oluşturmak ve sertifika programlarını hazırlamaktır (17).

Hemşirelik eğitim ve uygulamalarının en ileri düzeyde olduğu ve "Hemşirelik Bilimi"nin kabul gördüğü ülke örneği olarak ele alınan Amerika Birleşik Devletleri, İş Sağlığı Hemşireliği için önerilen eğitim düzeyini üniversite eğitimine dayalı lisansüstü programlar olarak benimsemiştir (7).

İşyeri hemşireliği eğitimi; iş sağlığı, hijyen, toksikoloji, epidemiyoloji, ergonomi, iş psikolojisi, işyeri hemşireliği kavramı, iş sağlığını değerlendirme, işyerlerinde sağlığı geliştirme, işyeri hemşireliğinde araştırma metodolojisi, iş sağlığı hizmetlerinin yönetimi, işyerlerinde mental sağlık, iş sağlığıyla ilgili yasal düzenlemeler gibi konuları kapsamaması gerekmektedir.

Uluslararası Çalışma Örgütü Daimi Komisyonu Hemşirelik Komitesi ve Uluslararası İş Sağlığı Örgütü, İş Sağlığı

Hemşiresinin eğitimini gerçekleştirmek için 160 hedef belirlemiştir. Bunlar 6 başlık altında toplanarak eğitim programlarının geliştirilmesinde bir çerçeve oluşturmuşlardır.

1. Uygulama alanı olarak işyeri sağlığı hemşireliği
2. İşyerinde oluşan hastalık ve yaralanmaların tedavisi
3. Bireyin sağlık açısından yönlendirilmesi
4. Çevrenin sağlık açısından denetlenmesi
5. İşyeri sağlık programı ve hemşirelik hizmetlerinin yönetimi (6).

Ülkemizde İş Sağlığı Hemşireliği

Ülkemizde işyerinde hemşire bulundurulmasına "İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" in 31. maddesinde değinilmiştir. Burada sadece işyerinde hemşire bulundurulması gerekliliği ve bunun sayısı belirtilmiştir (6). Oysa işyeri sağlık birimleri kapsamında çalışan hemşire yok denecek kadar azdır. Hemşirenin görev tanımı, tüzük ile belirlenmemiş, iş sağlığı ile ilgili tüm hizmet ve yükümlülükler işyeri hekimine dayandırılmıştır (8).

Yasa ve yönetmeliklerde olumlu değişikliklerin yer alması iş sağlığı hemşirelerinin sözü edilen görevlerini gerçekleştirmesinde önemli bir yere sahiptir. Böylece bu alanda çalışacak hemşirenin eğitim düzeyinin ne olması, hangi alanlarda deneyiminin aranacağı ve kendisinden beklenen görevlerin neler olacağı açık bir biçimde belirlenmiş olacaktır (7). Ancak yasa ve yönetmeliklerin tek başına yeterli olabileceği düşünülmemelidir. Çünkü yasa ve yönetmelikler ne kadar ideal olursa olsun, yazılanların kaçıt üzerinde kalmaması bu alanda çalışan ve çalışacak olan hemşirenin eğitimine bağlı olarak değişim gösterecektir (7).

Gelecek için vizyon, önlenebilir ölüm ve sakatlıkları azaltmak, sağlık bakım maliyetini en aza indirmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır. İş sağlığı hemşireleri işyerlerinde etkili bakımın sürdürülmesiyle bireye, işyerlerine ve ülke ekonomisine katkı sağlayarak bu vizyon için önemli bir rol oynayacaklardır (4).

Kaynaklar

1. Akbulut, A., İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları, 1994
2. Aksayan, S., 3. Uluslararası Katılımlı İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği Sempozyumu, İş Sağlığı Hemşiresinin Eğitimi, 2003, Zonguldak.
3. Altınbaş, H., ?Karın Tokluğuna Çocuk Köleler, Öğretmen Dünyası Dergisi, S:576, 2002, İstanbul.
4. Beşer, A., İşçilerin İşyeri Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti ve Önemine İlişkin Ölçek Geliştirme Çalışması, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2003, İzmir.
5. Bilir, N., Yıldız A., Halk Sağlığı Temel Bilgiler İş Sağlığı ve Güvenliği, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006, Ankara.
6. Emiroğlu, C., Günay Y., İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğinde İş Yeri Hemşireliğinin Önemi, Türk Hemşireler Dergisi, C:42, S:1, 1992
7. Emiroğlu, O.N., İş Sağlığı Hemşireliği ve Sorunları, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran, C:15, S:3, 2000
8. Erefe, İ., Bayık, A., Bahar, Z., Özsoy, A., Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Notları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, S:16720, 2002, Bornova-İzmir.
9. Ergül, Ş., Toplumun Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentilerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, 2001, İzmir.
10. Esin, N., 3. Uluslararası Katılımlı İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği Sempozyumu, İş Sağlığı Hemşireliği Standartları, Felsefesi, Roller ve Fonksiyonları, 2003, Zonguldak.
11. Hitchcock, E. J., Schubert, E. P., Thomas A. S., Community Health Nursing, Thomsan 2003.
12. Karadakovan, A., İşçi Sağlığı Eğitiminde Modüler ve Standart Eğitim Yöntemlerinin Etkinliğinin Araştırılması, E.Ü. HYO Dergisi, 9:1, 11, 1993
13. Occupational Health Nursing: concepts and practice, Philadelphia, 1994
14. Point S., Lifestyle Assessment Questionnaire, Community Health Nursing Process and Practice for Promoting Health The C.V. Mosby Company, St. Louis, Toronto, Washington, 41, 862-868, 1998
15. <http://www.kamu-is.org.tr/pdf/622.pdf>
16. <http://www.ishemder.org.tr/page.php?ID=4>
17. <http://www.thb.hacettepe.edu.tr/2003/20034.shtml#7>

İşyerinde Şiddet

KÜRESEL TEPKİ

Vittorio di MARTİNO

1. Yeni Bir Farkındalık

Uzun süredir unutulmuş bir konu olan 'işyerinde şiddet, geçtiğimiz yıllarda belirgin şekilde artışa geçmiş ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin öncelikli sorunu haline gelmiştir. Sanayi gelişimini tamamlamış ülkelerde, farkındalık arttıkça önlem almak için eylem planları yapılmış, buna karşın gelişmekte olan ülkelerde gerekli tepkinin oluşması daha fazla zaman almıştır. Aşağıda bahsi geçen eyleme karşı iki tür engel söz konusudur.

- Toplumda geniş ölçekli şiddet vardır. Sokakta, evde, hemen her yerde insanların hayatları ve onurları risk altındadır. Neden sadece işyerlerine odaklanılsın?
- Şiddeti önlemek önemli olduğu kadar pahalı da bir iştir. Bu yüzden kısıtlı kaynaklar daha önemli alanlara, özellikle rekabetçi ekonomiler oluşturarak yönlendirilirse, ek kaynaklar ortaya çıkar. Bu ek kaynaklar sağlandığında, işyerlerindeki şiddet daha kolay kontrol altına alınabilir. Neden ekonomik olmayan girişimlerde bulunulsun?

Bununla beraber konuyla ilgili yeni bir bakış gelişmektedir. Genel olarak, şiddet sorununu çözmeye çalışırken, kaynakları aynı anda bir çok farklı problemi yok etmek üzere bölmek ve bir kısmını ziyan etmektense, tüm çabaları başarı olasılığı en yüksek tek bir hedefte odaklanmanın daha akılcı olduğu tartışılmaktadır. Dahası şiddetin önüne geçebilmek için işyerleri ayrıcalıklı bir konumdadır. İşyerinde, yüzleşme ve diyalog günlük çalışma sürecinin bir parçasıdır. Çalışanlar ve yöneticiler sıklıkla kişisel ve işle ilgili sorunlarla karşılaşmakta ama genellikle diyalog yoluyla tarafların çatışması engellenmektedir. Ek olarak insanlar en verimli ve en üretken aktiviteleri gene işyerlerinde organize etmektedir. Tüm bunlar başka yerlerde tekrarlanmayan koşullardır ve şiddetle mücadelenin etkin yollarını içerirler.

İşyeri ortamının şiddetle özel ilişkisi her geçen gün daha da çok kabul edilmekle birlikte, bunu engellemek için alınacak önlemlerin pahalı oluşu savı tartışmalıdır. Tam tersine önlenmeyen şiddetin organizasyonlarda verimliliği önlediği, başarıyı engelleyen, hatta bazen yok eden bedelleri olduğu ortaya çıkmıştır. Şiddetle damgalanmış bir işyeri her açıdan çok zarar görür. Şiddetten arınmış organizasyonlar şiddeti engellemek için uygulanan politikaların ve yöntemlerin etkinliğini göstermekte ve bu alanda yeni girişimlerin yolunu açmaktadır.

Bu düşüncelere dayanarak, ortaya çıkan mesaj işyerinde şiddete karşı hemen şimdi harekete geçmektir. Ama hangi alanlarda ve nasıl? Kimler işin başında olmalı ve işyeri bu tür bir tehdiye karşı nasıl organize edilmelidir?

2. İşyerinde Şiddetin Gerçek Yüzü

İşyerinde şiddet olarak nitelenebilecek davranışların

kapsamı çok geniştir, şiddet ve tahammül edilebilir davranışlar arasındaki sınır genellikle çok ince ve bu sınırın çeşitli şartlar, çevreler ve kültürler tarafından algılanışı ve hangi davranışların şiddet içerdiğinin tanımı çok çeşitlidir. Bu nedenledir ki, şiddeti tanımlamak ve açıklamak büyük mücadele gerektirmektedir.

Cinayet	Tırmalama	Saldırgan mesajlar bırakmak
Tecavüz	Sıkıştırma, cimdikleme	Saldırgan tutum
Soygun	İzleme	Kaba jestler
Yaralama	Cinsel ve ırkçı taciz	İşyeri alet ve teçhizatına zarar vermek
Sopalama	Kabadayılık	Küfretmek
Fiziksel saldırı	Toplu taciz	Bağırarak
Tekmeleme	Haksız davranış	İsim takmak
Isırma	Yıldıрма	Kasıtlı sessizlik
Yumruklama	Tehdit	
Tükürme	Yokmuş gibi davranmak	

Uygulamada işyerinde şiddet pek çok davranışı içerebilir –ki bu davranışlar yukarıda açıklandığı gibi devamlı ve üst üste gelebilir (1). İş hayatında yukarıda sözü geçen davranışların hiçbirleriyle karşılaşmamış olanlar hem çok şanslı hem de ne yazıkki çok azdır.

Şiddet her zaman fiziksel değildir. Son yıllarda fiziksel olmayan, psikolojik şiddetin zararlı etkileri ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu tür psikolojik şiddetin içinde cinsel taciz, toplu halde saldırı ve kaba davranışları sayabiliriz. İşyerlerinde fiziksel şiddetin varlığı uzun zamandır bilinmesinden rağmen psikolojik şiddetin varlığı pek önemsenmemiş, yeni yeni sonuçları dikkat çekmeye başlamıştır. İşyerlerinde psikolojik şiddetin artma eğilimi ve bunun sonucu ortaya çıkan psikolojik riskler yeniden değerlendirilmekte ve yeni bir bilinc oluşmaktadır.

Ayrıca, psikolojik şiddet çoğunlukla tekrar eden bir yapıda olduğundan, tek başına önemsiz olsa da, tekrarlандıkça etkisi oldukça ciddileşmekte, gitgide dikkat çekmektedir. Bir tek kez yapılırsa bile, psikolojik şiddet kurbanı aşağılayan, kaba, baskıcı tekrarlanan ve karşılık verilemeyen davranışlardır. İşyerinde şiddetin yeni tarifleri, ortaya çıkan yeni gözlem ve yaklaşımlarla; hem fiziksel hem psikolojik şiddeti, boyutlarına bakmaksızın eşit derecede önemsenmesi gerektiğini vurgulamaya başlamıştır.

3. İşyerinde Şiddet Küreselleşiyor

İster psikolojik ister fiziksel olsun işyeri şiddeti, sınırları aşarak küreselleşmektedir. Güney Afrika' da işyerinde

* Çeviren: Yasemin ÜNAL

** Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety, Vol. 9, No: 1, March 2002

*** OK!.....

düşmanca davranışlar “olağandışı yükselmekte” şeklinde raporlara geçmiştir. 1998-1999 yıllarında yapılan bir internet anketine katılan Güney Afrikalıların %78 i işyaşamları süresince zorbalığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (2).

Şiddet, Amerika’da işyerilerindeki ölüm ve yaralanmaların büyük çoğunluğuna sebep olan faktördür. Yıllık Pinkerton anketinde görüşme yapılan 1000 güvenlik şirketi yöneticisine göre (3) 1999 da şiddet Amerika’nın önde gelen şirketlerinin karşılaştığı başlıca tehlikeydi.

İntihar, kalp rahatsızlıkları sayısını aşmış, ve kanserden hemen sonra yer alarak, Japonya’da bürokratlar arasında ikinci büyük ölüm sebebi haline gelmiştir. 1999 rakamlarına göre, yaklaşık beşte biri borç ve iş kaybını sebep gösterek, rekor sayılabilecek 33,048 kişi Japonya’da intihara teşebbüs etmiştir (4).

2000 yılında Avrupa çapında işçilerle yüzyüze görüşülerek yapılan 21,500 kişilik bir Avrupa Birliği anketinde, AB nin 15 üye ülkesinde çalışanların %2 si (3 milyon kişi) işyerindeki insanlardan şiddete, %4 ü (6 milyon kişi) işyeri dışındaki insanlardan şiddete, %2 si (3 milyon kişi) cinsel tacize, ve %9 u da (13 milyon) çeşitli yıldırma ve zorbalık davranışlarına maruz kalmışlardır (5).

ILO/WHO tarafından yapılan “işyerinde şiddet” çalışmasının, diğerlerine oranla daha yüksek risk altında olan, sağlık sektörüne ait ortalama bulgulara göre, inceleme altındaki ülkelerdeki çalışanların hem fiziksel hemde psikolojik şiddetle çok yüksek derecede karşıkarşıya olduğu ortaya çıkmıştır. Bulgaristan’da cevap verenlerden %7,5 i geçen yılda kendilerine fiziksel olarak saldırıda bulunduğu rapor etmişlerdir. Karşılaştırmalı rakamlar Tayland’da %10,5, Güney Afrika’da ise; %9 özel sektörde %17 kamu sektörü olmak üzere %26 dır. Psikolojik saldırılar da oldukça yaygındır. Bulgaristan’da katılımcıların %32,2 lik bir yüzdesi anketin yapıldığı yıldan önce buna benzer durumlarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Karşılaştırmalı olarak bu oranlar Tayland’da %47,7 ve Portekiz’de %51dir. Zorbalık ve toplu saldırı oranları ise Bulgaristanda %30,9, Güney Afrika’da %20,4, Tayland’da %10,8 ve Portekizde %23 dür (6).

4. İşyerinde Şiddetin Sebep ve Maliyetleri

İşyerinde herkes, huzursuz her işçi şiddete yatkın mıdır? Şiddete dayalı işyeri kazalarına ait haberler; genellikle, kızmış, rahatsız olmuş, sinirli bireyler veya kişisel sebeplerle çeşitli ilaç ve alkolün etkisinde kalan tek bir kişinin üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Bu görüş medyada sıklıkla tekrarlınsa da, soruna daha olumlu bir yaklaşım, interaktif bir analiz yoluyla hem kişisel hem de sosyal risk faktörleri incelenerek bulunabilir. İşyeri şiddeti genellikle, bireysel davranışlar, işyeri ortamı, iş şartları, iş arkadaşlarının kendi aralarındaki ilişkileri, müşterilerin işçilerle ilişkileri ve idareci-işçi ilişkisi gibi çeşitli sebeplerin birleşimi ile ortaya çıkmaktadır.

Aşağıdaki şema işyerinde şiddete yol açan karmaşık etkileşimleri göstermektedir (1).

Peki maliyet nedir? Şiddet genellikle insanlararası ilişkilerde, genel çalışma ortamında ve iş düzeninde ani ve uzun dönemli çalkantılara yol açmaktadır. Maliyet faktörleri; işe gelmeme, işten ayrılma, kazalar, hastalık, iş görmeme ve ölüm gibi doğrudan zararlar veya düşen verim, performans, kalite, zamanında iş yetiştirememe ve rekabet

bet eksikliği gibi dolaylı etkileri de olmaktadır. Gitgide dikkat çeken “şiddetin negatif etkileri” arasında; şirketin imajı, motivasyon, bağlılık, girişimcilik, yaratıcılık, iş ortamı, yeniliklere açıklık, bilgi birikiminin etkilenmesi, eğitim vs. gibi manevi değerler de önem kazanan konulardır.

Finlandiya’da 5000 den fazla hastane personelinin katıldığı bir ankette, zorbalığa maruz kalan personelin kalmayanlara oranla %26 daha fazla hastalık izni kullandığı saptanmıştır (7). Daha önce AB kaynaklı gelen veriler de, sağlık-sebepli izinler ile işyerinde şiddet arasında çok güçlü bir bağlantı olduğunu göstermiştir. Şiddete maruz kalan çalışanların %35 i ile birlikte cinsel tacize uğrayan %31 lik kesimi geçtiğimiz 12 ay içinde mazeret izni kullanmıştır. Bu sayı tüm çalışanların %23 ünü oluşturmaktadır (5).

Ayrıca AB’de şiddet ve strese bağlı açık ve önemli bir bağlantı olarak; stresin hesaplanan faturası her yıl 20 milyar Eurodur(8). Bu miktarın Amerika’da yıllık 350 milyar dolar (9), şiddetin yol açtığı faturanın da 35,4 milyar dolar olduğu hesaplanmıştır (10).

Güvenilir araştırmalar sağlık ve kaza harcamalarının yaklaşık %30 unun işyerinde stres ve şiddet sebebiyle ortaya çıktığını göstermiştir. Yukarıdaki sayılara dayanarak stres/şiddetin yıllık GSMH nin %0,5-3,5 ini oluşturduğu öne sürülmüştür (11).

Şiddetin maliyetinin ölçülmesi ve farkına varılması hem gelişmiş hemde gelişmekte olan ülkelerde şiddet karşıtı politikaların şekillenmesinde en önemli faktördür. Resmî olmayan, güvenilmez ve marjinal olayların işyerinde artması, dikkatleri giderek maliyeti düşük fakat etkin programlara ve ekonomik olarak kendine yetebilen tepkilere çevirmektedir. Ekonomik ve sosyal olguların aynı paydada birleştirilmesiyle kendi faydalarını yaratan bu yeni hareket planı çabucak benimsenmiştir. Ancak, bu yeni seçeneği kucaklamadan önce işyerindeki şiddetin oluşumu ve işleyişinin anlaşılması üzerine sunulan yeni yöntem ve tutumların üzerinden geçmek gereklidir.

5. Şiddeti İşyerinde Engellemek

Şiddeti engelleme yolunda ayrıntılı bir yaklaşım gerektiği her geçen gün daha da geniş çevrelerce kabul görmektedir. Tek bir çözüm yolu aramak yerine, şiddete yol açan olayların geniş çaplı nedenleri analiz edilmeli ve çeşitli müdahale stratejileri benimsenmelidir. İşyerindeki şiddete olan tepki çoğu zaman, sınırlı, düzensiz ve iyi tanımlanmamıştır.

İşyerinde şiddet, sadece düzensiz, kendi başına bir problem değil, aynı zamanda kökleri çok daha geniş tabana yayılmış, sosyal, ekonomik, örgütsel ve kültürel faktörleri içeren yapısal ve stratejik bir sorundur. Son olarak, “işyerinde şiddet, çalışmalara zarar verir ve buna karşı alınacak her önlem örgüt gelişiminin bir parçası olmalıdır” görüşü gittikçe yaygınlaşmaktadır.

Sonuçta, alınacak önlemler işyerinde şiddetin sonuçlarına değil sebeplerini engellemeye yönelik olmalıdır. Bu sebeple şiddete yönelik sistematik, önleyici ve hedefe yönelik yaklaşımların özenle üzerinde durulmaktadır.

Daha kalıcı çözümler üretebilecek bazı tedbirler şöyle sıralanabilir:

- Bu alanda yapılan yenilikçi mevzuat değişiklikleri, yönlendirme ve uygulama ile ilgili olumlu örneklerin yayılmasıyla, şiddet karşıtı girişimlerin gücünü

arttıracaktır.

- Şiddet karşıtı, özellikle de işyerinde şiddet ile mücadelede hedef alan programların müessese düzeyinde teşvik edilmesi.
- Hükümetlerin, işverenlerin ve işçi örgütlerinin şiddet karşıtı etkili politikalar geliştirmesi yolunda yardım edilmesi.
- İşyerinde şiddetle uğraşan yada şiddete maruz kalan idareci, işçi ve hükümet görevlilerine eğitim programlarının geliştirilmesi konusunda yardım edilmesi.
- Şiddet içeren durumların rapor edilmesinde yöntemler geliştirilmesi konusunda yardım edilmesi.
- Çeşitli düzeylerde şiddet karşıtı girişimlerin düzenli strateji ve planlara dönüştürülmesi.

6. İşyerinde Şiddeti Önlemeye Giden "Otoyol"

İşyerlerinin ekonomik sürdürülebilirlik ve örgütsel gelişiminin başlıca parçaları olan; işçi sağlığı, güvenliği ve refahı bir yol olarak öne çıkmaktadır. Sağlık ve güvenlik sorunları doğrudan yönetimle ve gelişimle ilgili; kalite, güvenilirlik, müşteri memnuniyeti, işçi sadakati ve verimliliği gibi sorunlarla birleşince, işyerinde şiddeti yoketmeye yönelik acil, kendine yetebilen araçlar ortaya çıkmaktadır.

Gene her geçen gün daha da açık olarak ortaya çıkmaktadır ki stres ve şiddet kendileri arasında etkileşimde oldukları kadar HIV/AIDS, alkol, uyuşturucular ve tütün gibi diğer bazı önemli sağlık sorunları ile de bağlantılıdır. Uyuşturucular ve alkol, şiddet, stres, tütün mamülleri kullanımı, HIV/AIDS işyerleri için büyük tehdit oluşturmaktadır. Beraber ele alındıklarında hem toplum içinde hem de iş ortamında kazalar, hastalıklar, sakatlanmalar ve ölümlerin çoğuna sebep oldukları muhtemeldir. Bu sorun, hemen tüm ülkeleri, tüm sektörleri ve her kategorideki çalışanları etkilemektedir. Yukarıdaki sayılan olguların birleşimi durumunda problemin ciddiyeti artmaktadır.

Yazıda belirtilen savlara dayanarak yeni bir ILO yöntemi "SOLVE" geliştirilmiştir. SOLVE, ele alınan işyeri şiddeti problemlerini diğer yükselen sağlık ile ilgili sorunlar bağlamında ele alır ve buna yönelik rekabetçi örgütlenmelere önyak olur. [Bkz Di Martino (12) ve Malezya hükümeti için geliştirilmiş yeni ulusal yönergeler (14)]

7. Erdem Çemberi

İşyerinde şiddetin sosyo-ekonomik etkilerinin incelenmesi, bu tür etkilerin maliyetlerinin belirlenmesi ve bu alanda alınacak önlemler "otoyol" politikalarının geliştirilmesinde oldukça önemlidir. Bu konunun, daha önce üzerinde çalışılmamış olsa da, artık önemi kavranmıştır.

"Otoyol" un uygulanabilirliği bir kez onaylandıktan sonra kendi kendine yetebilen girişimlerin doğal olarak ortaya çıkmalarına yol açacaktır. Çeşitli politikalar bu doğal süreci; bilgi ağları oluşturarak, farkındalığı yükselterek sağlayacaklardır. Bu süreç aynı zamanda, çerçeve yönetmelik, tüzükler yayınlanarak, uygulamalar kontrol edilerek desteklenecektir.

Dolayısı ile işyerinde; merkezden yola çıkarak kendi kendini geliştiren, kısa dönemli etkileşimlerin işleyişinden bağımsız, stratejik bir erdem çemberi çalışır hale gelecektir. Bu erdem çemberinin tetiklenmesi, şiddete karşı en büyük mücadele donanımı olacaktır.

SAĞLIK İŞKOLUNDA ŞİDDET

Eija Viitasara, Ewa Menckel

ARTAN KISITLI BILGI SORUNU

Geçtiğimiz yıllarda yapılan bazı araştırmalar ve hazırlanan raporlar iş yerlerinde yaşanan şiddet ve tehdit olaylarına dikkati çekmektedir(1). İsveç istatistiklerine göre(2) 10 tehdit edilme ve şiddete maruz kalma vakasından 4 ü mesai saatleri içinde yaşanmaktadır. Bazı meslek grupları bu tür davranışlara diğerlerine oranla daha açıktır. İsveç'te işyerinde yaralanmaların 10'da 6'sı bu tarz olaylar sonucu oluşmaktadır.

İşyeri ile ilgili ve birden fazla iş günü izin alınan tüm yaralanma kayıtlarını tutan "İsveç İş Kazaları ve İşle İlişkili Hastalıklar Bilgi Sistemi" (ISA) kayıtlarında 1993 den bu yana bu tür raporlarda belirgin bir artış görülmüştür. Bu kayıt sistemine giriş yapılması işverence zorunludur. Kayıtlara göre yaralanmalara en fazla maruz kalanlar sağlık sektöründe çalışanlardır.

Sağlık ve sosyal yardım sektöründeki bu ciddi şiddet ve tehdit sorununa karşın (3,4), durum hakkındaki bilgi halen kısıtlıdır. Esasen bu alandaki bilginin kısıtlı olması "İsveç Ulusal Çalışma Hayatı Enstitüsü", işveren dernekleri ve ticari sendikalar arasında ortaklaşa bir çalışmanın başlamasına önyak olmuştur. Ayrıntılı bilgi için bkz Menckel & Viitasara(5).

Bu makale şiddet sorununun kapsamını açıklamak ve bunun sağlık kurumları ve personeline olan etkileri üzerine konuyu aydınlatmak amacıyla yazılmıştır.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ŞİDDET

2800 çalışanla yapılan anket

Çalışma koşulları, şiddet ve baskıyla doğan risk durumları ve bu durumun kapsamı ülke çapında bir anketle araştırılmıştır. Çalışma grubu sağlık sektörü içindeki en büyük yedi gruptan oluşmaktadır. İdareciler, uzman doktorlar, denetçiler ve hademeler, yardımcı hemşireler, yedek hemşireler ve kişisel asistanlar. (Tablo 1). Bu grupların toplamı İsveç'te tüm sağlık sektörünün % 95'ini oluşturmaktadır. Çalışma grubu tüm belediyeler ve her çeşit sağlık merkezinde 172,881 kişi arasından seçilmiştir. Her grup içinden, genellikle yaşlılarla veya gelişim bozuklukları olan kişilerle çalışan, rastgele 400 kişi seçilmiş ve toplam 2800 kişilik veri alınmıştır. Anket, posta yoluyla dağıtılmış ve yaklaşık %85 geri dönüşü olmuştur.

Bu çalışmada sözü geçen baskı, şiddet ve tehditin tanımı

İşyerinde personele yönelik gerek sözlü gerek fiziksel saldırılar bu çalışmada sözü geçen eylemleri kapsamaktadır ve şunlardan oluşmaktadır: sözlü tehdit, bağırma, telefonla taciz, tırmalama, tokat atma, ısırma, tükürme, itme, bunları bir alet ile yapma, fiziksel rahatsızlık verecek davranışlarda bulunma. Bu geniş tanım sağlık sektöründeki şiddeti inceleyen diğer bazı çalışmalarda da aynen kullanılmıştır (6,7). Bu çalışma boyunca, yukarıda anlatılan durumların birine veya birkaçına mazur kalan bir sağlık görevlisi 'mağ-

dur' olarak tanımlanmaktadır. Şiddet eylemleri hastalar veya bazen yakınları tarafından gerçekleştirilmektedir.

Geçen sene yarından fazla çalışan şiddete maruz kalmış

Ankete cevap verenlerden yaklaşık % 51'i, geçtiğimiz yılda sözlü veya fiziksel tacize uğradığını söylemiş, bunlardan %9'u her gün, %67'si ise ayda birkaç kez bu duruma düştüklerini eklemiştir. Ele alınan grupların tamamı sözü geçen sataşma ve diğer eylemlere en az bir kez hedef olduklarını söylemiştir. Bu durum özellikle hademelerde, yedek ve asistan hemşirelerde ve kişisel asistanlarda günlük bazda yaygındır. Yönetici, uzman doktor ve denetçilerde ise bu kadar sık rastlanmamaktadır.

En yaygın olanlar sözlü sataşmalar ve saldırılar

Personelin en çok karşılaştığı durum olarak sözlü saldırı ve sataşmanın yanı sıra telefonla yapılan tehditler de yer almaktadır (bkz figür1). İdareciler % 46 lık dilim ile bu grubun başında gelmektedir. Denetçiler %18 ile ikinci gruptur. En yaygın fiziksel saldırı biçimleri tokat ve yumruk atmayı takiben (%66) tırmalama ve kıştırma (%65) olarak rapor edilmiştir. Tükürme ve itme içeren durumlar da mevcuttur. Asistan hemşireler ve hademeler yumruk ve darbelere en fazla maruz kalan kesimdir. Yedek hemşireler, asistan hemşirelerden sonra tırmalanma ve kıştırılmayla en fazla karşılaşılan gruptur. Tüm hemşireler, uzmanlar ve hademeler arasında başa gelen tükürme olayları da oldukça yaygındır. Hademelerin, kişisel asistanların ve asistan hemşirelerin %40'ı tekmelendiklerini veya itildiklerini söylemişlerdir. Daha az yaygın olan bir durum ise bir cisim ile şiddet ve tehdide maruz kalmadır.

Tablo 1: Her bir grup için nüfus, örnek boyutu ve cevap yüzdesi

Meslek Grubu	Nüfus	Örnek Boyutu	Cevap Yüzdesi
İdari	2347	400	84%
Uzman	13418	400	87%
Denetici	5083	400	86%
Hademe	24198	400	88%
Yedek hemşire	75775	400	88%
Asistan hemşire	45109	400	86%
Kişisel asistan	6951	400	79%
TOPLAM	172881	2800	85%

Personele yönelik saldırıların çoğunluğu hastalardan gelmektedir fakat bazı durumlarda akrabaların da karıştığı görülmüştür. İdari personelin yarından fazlası (%53) akrabalarından kaynaklanan şiddete maruz kalmıştır. Ayrıca beş denetçi denetçi biri ve kadın kişisel asistanlar da bu tür durumları rapor etmiştir.

Pekçok değişik tepki

Çalışanlar, tek başına veya grup halinde çeşitli şiddet ve saldırıya maruz kalmışlardır. Sadece %3'ü bu tip durumlar sonucunda bir haftaya kadar işe gelsemeken, %2'den biraz fazlası kişisel mali kayıplar yaşamışlardır. İş yerinde oluşan fiziksel yaralanmalar % 19 olarak rapor edilmiştir. Personelde oluşan duygusal yaralanmalar da oldukça yaygındır. Ankete katılanların % 41'ı kızgınlık, %34'ü asabiyet ve %31'i de çaresizlik hissettiğini söylemiştir. Çalışanlar, sonuçları çok amaçlılığı yansıtması bakımından reaksiyonlarını sorgulayan sorularda birden fazla şikâyet işaretlemekte serbest bırakılmışlardır. Saldırıların ve sataşmaların sonucu olarak iş performansının da değiştiği saptanmıştır. %56'sı daha dikkatli davranmak zorunda kaldıklarını ve kendilerini güvende hissetmediklerini, %24'ü de işlerinde şevklerini kaybettiklerini söylemişlerdir. %58'i işyerlerine bu konuyu açıklayan bir rapor sunduklarını eklemiştir.

İşyerinde Caydırıcı Önlemler

Saldırıya uğrayanların % 40'ına işverenler konu hakkında bilgi veya eğitim vererek yardımcı olmuşlar ve % 27'sinde de personel sayısını iki katına çıkarılarak tekil çalışmanın yükü hafifletilmiştir. Bazı durumlarda alarmlar yada cep telefonları gibi teknik destek sağlanarak önleyici uygulamalara gidilmiştir. Ankete katılanların 3'te 1'inden fazlası işverenlerinin başka türde önlemler aldığını açıklamıştır.

Sonuç

Sağlık hizmetlilerine yönelik şiddet ve tehditlerin önceden rapor edilenden daha yaygın olduğu görülmekte ve büyük çaplı bir iş ortamı sorunu olarak ele alınması gerekmektedir. Başarılı önlemler alınması için risk faktörleri ve risk durumları hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır.

Referanslar

1. Chapell D, Di Martino V. Violence at Work. Geneva: International Labour Office (ILO), 1998
2. Menckel E, ed/ Threats and Violence in the health-care sector. Facts, research and prevention. Stockholm: National Institute for Working Life, 2000 (in Swedish)
3. Viitasara E, Menckel E, Carter N. Encountering threats and violence on a daily basis. Development of methods for teh registration and analysis of threats and violence in work with the intellectually disabled. Stockholm: National Institute for Working Life, 1997:7 (Report in Swedish)
4. Viitasara E, Menckel E, Carter N. Violence towards caregivers of persons with developmental disabilities. Developing a system for recording chalinging behaviour. WORK: A Journal of Prevention, Assesment and Rehabilitation 2000;15:3-8
5. Viitasara E, Menckel E. Exposed to threats and violence in the health care sector – a survey of local government employees. Stockholm: National Institute for Working Life, 2000 (in Swedish)
6. Arnetz J. violence towards health care personnel: prevalence, risk factors, prevention and relation to quality of care (Ph.D. Dissertation). Stockholm: Karolinska Institutet, department of public health sciences, 1998.
7. Soares JJF, Lawoko S, Nolan P. The Nature, extent and determinants of violence against psychiatric personnel. Work & Stress 2000;14(2):105-20

Almanya Sağlık Finansman Sisteminde Dönüşüm: Bismarck'tan Beveridge'e

Gülbiye YENİMAHALLELİ - YAŞAR*

Almanya'da en önemli finansman yöntemi 2003 yılında nüfusun yaklaşık yüzde 88'ini kapsayan zorunlu sağlık sigortasıdır. Nüfusun yüzde 10'u özel sağlık sigortası kapsamındadır. Geriye kalan yüzde 2 ise asker, polis, iltica eden göçmenler gibi sektöre özel hükümet programları kapsamı altındadır. 2003 yılında nüfusun binde 2'sinin, yaklaşık 170.000 kişinin, herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Sağlık güvencesi olmayanlar genelde bağımsız çalışanlar, zengin ve yoksullar, zorunlu sağlık sigortası veya özel sağlık sigortası primini ödeyemeyenlerdir (Busse ve Reisberg, 2004:57).



Otto von Bismarck (1815-1898)



William Henry Beveridge (1879 - 1963)

iken, çalışanlar için getirilen binde 4'lük özel bir prim çalışanların prim yükünü arttırmıştır. Binde 9'a çıkarılması öngörülen bu özel prim, prim yükünün yüzde 54'ünü çalışanlara yüzde 46'sını işverenlere yüklemektedir. Öte yandan aylık 400 Euro'nun altında kazançta sahip olanların primleri yalnızca işverenler tarafından yüzde 11 oranında ödenmektedir (Busse

ve Reisberg, 2004:58-59).

Almanya'da 2004 yılının Ocak ayı itibarıyla 292 adet zorunlu sağlık sigortası bulunmaktadır. Sağlık sigortaları primlerin toplanmasından ve ödemelerin yapılmasından sorumludur. Prim oranlarını kendileri belirleyebilen sigorta kuruluşları dağıtım sistemini kullanmaktadırlar. Başlangıçta coğrafik bölgeye veya yapılan işe göre değişen zorunlu sigorta üyelikleri 1996 yılından itibaren sigorta kuruluşlarını seçebilme hakkına dönüşmüştür. Dolayısıyla bütün sigorta kuruluşları başvuran herkes ile sözleşme imzalamak veya sözleşmeyi fesih isteğini kabul etmek zorundadır. Ancak aynı sigorta kuruluşunda en az 18 ay üyeliğin sürdürülmesi zorunlu olup çiftçiler, denizciler ve madenciler kapsam dışında bırakılmışlardır. Rekabeti sağlamak ve sigorta fonlarını eşit bir pozisyonda tutabilmek için 1994 yılında "risk telafi sistemi" getirilmiştir. Bu sistem hastalık fonlarının üyelerinin yaş, cinsiyet ve sakatlık durumları nedeniyle yaptıkları farklı harcamaları eşitlemeye dayalı bir sistemdir.

Aylık geliri belirli bir limiti, 2004 yılında 3862 Euro'yu, geçmeyen bütün çalışanlar bir sağlık sigortasına üye olmak zorundadır. Aylık geliri anılan limitin üstünde olanlar ise kamu veya özel sağlık sigortalarını seçme hakkına sahiptirler. Ancak özel sağlık sigortalarını seçenler tekrar kamu sistemine dönememektedirler. 2003 yılındaki yüzde 88'lik nüfus kapsamının yaklaşık yüzde 10'unu limiti aştığı halde kamu sağlık sigortalarını tercih edenler oluşturmaktadır. Primler gelire dayalıdır ve çalışmayan eş ve çocuk ilave bir prime gerek kalmaksızın sağlık sigortasından yararlanabilmektedir. 2004 yılına kadar işçi ve işveren arasında eşit olarak paylaştırılan primler, 2005 yılından itibaren çalışanlar aleyhine bozulmuştur. 2004 yılında prime esas kazancı yüzde 14,2'si oranında ödenen toplam prim miktarı işçi ve işveren tarafından yüzde 7,1'er olarak ödenmekte

Almanya'da son çeyrek yüzyılda primlerden elde edilen gelirlerin gayri safi milli hasıla ve sağlık harcamalarından daha düşük bir oranda artması nedeniyle, sürekli artan prim oranlarına rağmen açıklar sürekli bir hale gelmiştir (Busse ve Reisberg, 2004:60). Artan maliyetler, düşük doğum oranları ve inatçı işsizlik nedeniyle azalmaya başlayan sağlık sistemi fonlarını sürdürülebilir hale getirme konusundaki (James, 2006) politik ve ekonomik baskılar 2003 yazında "Zorunlu Sağlık Sigortası Modernizasyon Yasası'nın (ZSSMY)" kabul edilmesine yol açmıştır. 2004 yılı başında uygulamaya konulmuş olan Yasa bu süreçte, sağlık finansman reformlarını da içeren farklı sağlık politikası seçenekleri konusunda yoğun bir tartışma başlatmıştır. Eylül 2002 federal parlamento seçimlerinde "kırmızı-yeşil" koalisyonun sürpriz bir zafer kazanmasının ardından kamuoyu yoklamaları ve medya, federal hükümetin sağlık hizmetleri sunumundaki verimsizlikleri ortadan kaldıracak ve Alman sosyal güvenlik sistemini küreselleşme ile uyumlu hale getirecek geniş çaplı bir sağlık reformu başlatmasını istemiştir (Mosebach, 2005:3-4).

Bu amaçla hazırlanan ve Haziran 2003 tarihinde kamuoyuna açıklanan ilk Yasa taslağı ile Sosyal Demokrat Parti (SPD)'nin sosyal politika ile ilgili gündemi, Başbakan Gerhard Schroeder'in "Gündem 2010" adıyla yayınladığı ve Alman sosyal refah devletinin uluslararası rekabet gücünü arttırmayı amaçlayan belge ile sarsılmıştır. Gündem 2010; dayanışma ve bireysel sorumluluk arasındaki dengenin önemine dikkat çekerek, sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulması gerektiğinin altını çizmektedir. Bu amaçla politika hedefleri konusunda yürütülen tartışmaların sonucunda, işgücü maliyetlerinin azaltılması için zorunlu sağlık sigortası primlerinin düşürülmesi gerekliliği konusunda uzlaşmıştır. Ancak bu politika önlemleri sadece ekonomik hedeflerle sınırlı kalmamıştır. Yasa yeni kullanıcı katkıları ile birlikte, yardımların ve hizmetlerin daha verimli, etkili ve ihtiyaca yanıt verebilecek bir şekilde sunulması için gerekli önlemlerin alınmasını da öngörmüştür (Mosebach, 2005:4).

* Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Görevlisi
Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı Gönüllüsü

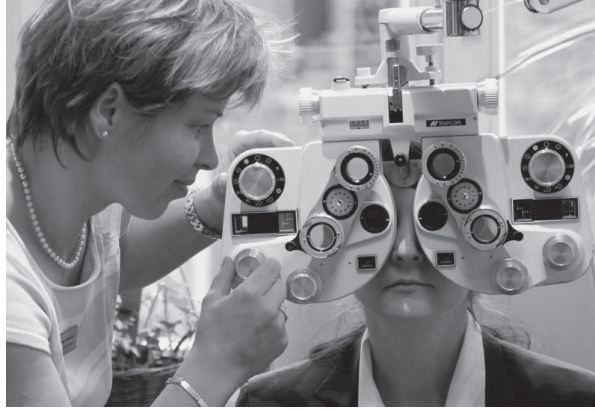
ZSSMY Yasası, sabit oranlı bir kullanıcı katkısı (10 Euro) ile hizmet başına ek bir kullanıcı katkısını (genellikle kullanılan hizmetin yüzde 10'u ve her hizmet veya günlük tedavi için en fazla 10 Euro'yu) içeren yeni bir maliyet paylaşımı sistemi getirmiştir. Sabit oranlı kullanıcı katkısı, ilk pratisyen hekim muayenesinden sonra yılda en az dört defa, her üç ayda en az bir kere olmak üzere alınacaktır. Bu üç aylık dönemde aynı pratisyen hekim veya onun sevk edeceği uzman bir hekimin yapacağı diğer muayeneler ile koruyucu hizmetlerden herhangi bir katkı alınmayacaktır. Bu uygulama, Yasa'nın yürürlüğe girdiği 2004 yılının ilk üç ayında hekime başvuru sıklığını yüzde 4,6 oranında azaltmıştır. Dahası kullanıcı katkılarına yıllık brüt gelirin yüzde 2'si (kronik hastalar için yüzde 1) oranında bir tavan getiren Yasa, kullanıcı katkıları konusunda uygulanan muafiyetleri ortadan kaldırarak maliyet paylaşımı konusunda önemli sorunlara yol açmıştır. Kamu yardım sisteminden faydalanan evsizler ve hastanelerde uzun dönemli bakım görenler, hizmet kullanır öncesinde ödemeleri gereken kullanıcı katkılarını ödeyebilmek için yeterli para bulamamaktadırlar. Bu sorunu çözmek için, kamu yardım kuruluşlarının hastanelerde uzun dönemli bakım gören hastalara faizsiz ödünç para vermesini ve bu paranın yıl içinde geri ödenmesini öngören yeni bir yasa kabul edilmiştir. Yine de kullanıcı katkılarının büyük büyük oranda düşük gelirli kronik hastalar üzerinde olmaktadır. Yakın tarihli bir çalışma, kullanıcı katkıları yükünün kronik hastalık oranı yüksek ve düşük yaşlılık aylığı alan 65 üzerindeki her yaş grubu ile paralel bir artış gösterdiğini ortaya koymaktadır (Mosebach, 2005:4).

Başlangıçta diş protezler, reçete-dışı ilaçlar (genellikle alternatif tıbbi tedaviler), gözlük gibi bazı tıbbi yardımları, ulaşım hizmetlerini ve ölüm yardımı gibi bazı toptan ödemeleri kapsam dışında bırakan ve bu uygulama ile yılda yaklaşık 2.5 milyar Euro (2002 yılında toplam sosyal sağlık sigortası sağlık harcamalarının yüzde 1,9'u) tasarruf sağlamayı öngören Yasa, halkın, hasta örgütlerinin ve parti içindeki bazı vekillerin politik baskıları sonucunda geri adım atarak kapsamı genişletmiştir (Mosebach, 2005:4).

Yasa, sağlık hizmetleri sunumunda verimliliği ve etkililiği arttırmak için birçok önlem almıştır. Makro düzeydeki önlem, İngiltere'deki Ulusal Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE)'nin Alman versiyonu olan Sağlık Hizmetleri Sisteminde Kalite ve Verimlilik Enstitüsü'nün kurulmasıdır. Orta düzeydeki önlem, hizmet sunucuların ve hastalık fonlarının verimliliğini arttıracak hastaları birinci basamakta tutma, yönetimli bakım ve tercihli sözleşmeler gibi uygulamalardır. Mikro düzeydeki önlem ise sosyal sağlık sigortası hekimlerinin birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri için belirlenen kalite standartlarına uymalarının zorunlu tutulmasıdır (Mosebach, 2005:4).

Alman sağlık politikasının en temel konularından biri de sağlık hizmetleri finansmanıdır. Sağlık hizmetleri sunumundaki yapısal değişikliklerin iyileştirilmesinin ardından,

gözler sağlık hizmetleri finansmanındaki temel değişimlerin nasıl olması gerektiği konusundaki tartışmaya çevrilmiştir. 2002 yılında SPD ve Yeşiller'den oluşan koalisyon hükümeti, demografik dönüşüm, teknolojik yenilikler ve küreselleşmenin yarattığı sorunlara zorunlu sigorta sistemi içerisinde çözüm bulabilecek bir uzmanlar komisyonu (Reurup Komisyonu) oluşturmuştur. Gündem 2010'un hedeflerini yansıtan bir yaklaşımla Komisyon, Alman ekonomisinin uluslararası rekabet gücünü zayıflatacak gelire dayalı zorunlu sigorta primlerinin aşırı artışına izin verilmemesi gerektiği noktasından hareketle, 2003 yılında prim oranı artışını kontrol edecek iki alternatif model önerisinde bulunmuştur (Mosebach, 2005:5).



Birinci seçenek; sosyal sağlık sigortacılığı sisteminin bütün vatandaşları kapsayacak şekilde tüm gelir türleri ve düzeylerine yaygınlaştırılmasını öngören genel vatandaşlık sigortası (universal citizen insurance) modelidir. Bu sistem, mevcut sistemde yüksek gelir gruplarının kamu sigortası yerine özel sağlık sigortacılığını seçme hakkını ortadan kaldıracaktır. İkinci seçenek; sigortalının bir kamu sunucusundan alacağı temel bir sağlık sigortası paketi için ödeyeceği sabit oranlı prime dayalı bir sabit oranlı sigorta

(a flat-rate insurance) modelidir. Bu seçenek, sosyal sağlık sigortacılığı sisteminin yeniden dağıtıcı etkisini, yoksul hanehalklarının sigorta kapsamına girmesini sübvansedecek vergi sistemine aktarmaktadır. Sabit oranlı sigorta modeli, yüksek gelir gruplarının özel sağlık sigortacılığını tercih etme hakkına dokunmamaktadır. Yeniden dağıtıcı etki dikkate alındığında, genel vatandaşlık sigortası seçeneğinin finansman yükünü büyük oranda yüksek gelir gruplarına yüklediği, sabit oranlı sigorta seçeneğinin ise tam tersi bir etkiye neden olduğu belirtilmiştir (Mosebach, 2005:5).

Politikacılar tarafından yapılacak nihai tercih konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Sosyal Demokratlar ve Yeşiller vatandaşlık sigortasını savunurken, Hıristiyan Demokratlar sabit oranlı sigorta seçeneğini savunmakta, her iki seçeneği de desteklemeyen Liberaller ise özel sigortacılık sistemindeki riske göre belirlenmiş primleri savunarak sosyal sağlık sigortacılığı sisteminin özelleştirilmesini istemektedir (Mosebach, 2005:5).

15 Kasım 2004 tarihinde iki muhafazakar parti (CDU ve CSU), gelire uyumlandırılmış sabit oranlı sigorta primi (169 Euro) modeli konusunda uzlaşmışlardır. Bu sistemde işçi, brüt gelirin yüzde 7'si oranında (maksimum 109 Euro), işveren ise işçinin brüt gelirin yüzde 6,5'i oranında prim ödeyecektir. Sonuçta her üye aylık 169 Euro ödeyecek, işveren primi için tavan uygulanmayacaktır. Toplam işçi ve işveren primi hedeflenen 169 Euro'yu geçtiği zaman, artan kısım hükümet tarafından yönetilecek İşverenler Dayanışma Fonu (Employers' Solidarity Fund)'na aktarılacaktır. Öte yandan hedeflenen ödemeye ulaşılmadığı zaman, eksik kısım İşverenler Dayanışma Fonu'na karşılanacaktır. Bu nedenle, düşük gelir grupları düşük prim ödeyebileceklerdir. Bu politikaların yüksek gelir gruplarının gönüllü ikame edici

özel sigortalara geçisini nasıl etkileyeceği henüz belli değildir (Mosebach, 2005:6).

Bütün bu reformlar artan sağlık harcamalarını baskılamak, verimliliği arttırmak ve hizmet kalitesini izleyecek yöntemler geliştirmek konusunda yeterince başarıya ulaşamayınca, sorunun çözümü için muhafazakar partiler (CDU ve CSU) ile sosyal demokratların (SPD) büyük koalisyonundan umar aranmaya başlanmıştır. Bu beklentiler sonucunda 2006 yılının Mart ayında Başbakan Angela Merkel, sağlık reformlarını en öncelikli politikalar ilan etmiş ve Ekim 2006 tarihinde kabul edilen, ancak Nisan 2007 tarihinde yürürlüğe girecek "Zorunlu Sağlık Sigortaları Arasında Rekabeti Güçlendirme Yasası" ile sorunları çözme yoluna gitmiştir. Yasa, anılan sorunlara çözüm getirmeyi amaçlayanın yanı sıra, ödeme gücüne bakılmaksızın herkesin temel sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamayı da hedeflemektedir. Bu yaklaşım sistemin sosyalizasyonu olarak algılanmış ve sistemin Bismarck'tan Beveridge'e dönüştüğü tartışılmaya başlanmıştır (Lisac ve Schlette, 2006:31; Lisac, 2006).

Oldukça tartışmalı olan bu dönüşümü başlatan Yasa'nın temel öğeleri:

1. Sağlık sigortası hakkını garanti altına almak:

Yasa'nın temel amaçlarından biri son yıllarda 200.000 kişiye ulaşan sigortasızları kapsam altına almaktır. Çünkü sağlık sigortası kapsamı konusunda herhangi bir zorunluluğu bulunmayan kamu ve özel sağlık sigortası fonları işsizlik, boşanma veya düşük ücretler nedeniyle sigortasını kaybedenler ile kapsam altında bulunmayanların üyeliğini kabul etmemektedir. Yeni sigorta fonlarının anılan gruplar için en azından bir temel yardım paketi sunmasını zorunlu tutmaktadır.

2. Hizmet koordinasyonunu arttıracak güdüler yaratmak:

Yasa öngördüğü bütünleşik bakım sözleşmeleri yoluyla sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık, sosyal ve uzun dönemli bakım arasındaki entegrasyonu güçlendirecek finansal güdüleri yaygınlaştırmayı amaçlamaktadır. Ayrıca Yasa ile getirilen tercihli sözleşmeler yardımıyla hastalık fonları ile hizmet sunucularının verimliliği artacak ve kaliteye dayalı rekabet güçlenecektir.

3. Prim oranları ve özel kapsamı:

Sayısı 250 olan sigorta fonlarının kendilerince belirlenen prim oranlarının, 2009 tarihinden itibaren bakanlık tarafından merkezi düzeyde belirlenmesi öngörülmüştür. Ayrıca, primler çocukların sağlık sigortası ihtiyaçlarını da kapsayan vergi gelirleri tarafından sübvansede edilecektir.

4. Özel kapsamın taşınabilirliği:

Reform Yasası, özel sigortalara üye olan bireylerin yeni bir risk değerlendirmesine tabi tutulmaksızın sigorta şirketi değiştirmesini öngörmektedir. Bu uygulama özel sağlık sigortaları arasındaki rekabeti arttırmayı amaçlamaktadır.

5. Sağlık Fonu:

Sağlık fonu uygulaması, muhafazakar partiler ile sosyal demokratların vatandaşlık sigortası modeli ile sabit oranlı sağlık primi modeline dayanarak dayanamak ve işçi ve işveren primleri ile vergi gelirlerini merkezi düzeyde havuzlamayı planlamaktadır. Sağlık fonu, hastalık fonlarına üye sayısına göre, riske göre uyumlandırılmış sabit oran üzerinden para aktararak kaynakları verimli bir şekilde yönetmeyi

planlamaktadır. Bu uygulama ile hastalık fonları, sözleşme kapsamındaki hizmetlerin kalitesi ve verimliliği konusunda rekabet edecek veya verimliliği arttırmak için rakipleri ile birleşeceklerdir. Öte yandan, eğer hastalık fonları gerekli tüm hizmetleri fona aktarılan kaynaklar ile ödeyemezlerse, fon üyelerinden ek bir prim alabileceklerdir. İster sabit oranlı ister gelirle bağlantılı olsun bu ek prim fikri, SPD arasında yoğun tartışmalara neden olmuştur. Partinin sol tarafı, bu ek primin düşük gelirli üyeler üzerinde adaletsiz bir dağıtım etkisi olacağı konusunda kaygı taşımaktadırlar. Bu nedenle, SPD her primin yıllık gelirin yalnızca yüzde 1'i ile sınırlandırılmasını talep etmektedir. CDU ve CSU, hastalık fonları arasındaki rekabeti sınırlandıracağı için böyle bir tavana karşı çıkmaktadır. Bu tartışmalar hükümetin sağlık fonunun kurulmasını bir sonraki seçim dönemi olan 2009 yılına ertelemesine neden olmuştur (Lisac ve Schlette, 2006:32; Zimmermann, 2006).

Hükümet tarafından bürokrasiyi azaltacağı, rekabeti arttıracığı ve sağlık sistemi maliyetlerini azaltacağı gerekçesi ile savunulan Yasa, sorunlara uzun dönemde çok düşük bir düzeyde çözüm olacağı, bürokrasi azaltmak yerine arttıracığı, öngörülen yeni kuruluşlar ve süreçlerin ek maliyetler yaratacağı, hükümetin kamu sağlık sigortacılığı alanında artan yetkisini hastalık fonlarının rekabet gücünü azaltacağı, rekabet yerine sosyalizasyonu arttırdığı, dolayısıyla verimli olmayacağı ve hastalık fonlarında çalışan yaklaşık 4,2 milyon kişiden yaklaşık 25.000'inin işini kaybetme tehlikesi içinde bulunduğu gerekçesiyle hastalık fonları tarafından eleştirilmektedir. Yasa benzer kaygılarla hizmet sunucuları, sendikalar, iş çevreleri ve hatta Merkel'in kendi partisi tarafından da eleştirilmektedir. Öte yandan, uzlaşıya ve sosyalizasyona dayalı tek bir fonun varlığını savunanlar da az değildir (James, 2006).

Sonuç olarak, verimlilik artışı için gelişmekte olan ülkelere hizmet sunumu ile finansmanın ayrılması önerilerinde bulunan uluslararası kuruluşlar bugün gelişmiş ülkelerin hizmet ile finansman arasındaki ilişkiyi yeniden yakalamaya çabalarını görmezden gelmemelidir. Ayrıca gelişmiş ülkelerde sayısı 200.000'e çıkan sigortasız sayısının tüm sistemde topyekün dönüşümlere neden olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Sağlık finansmanında önemli dönüşümler yaşayan ve sosyal sigortacılık modeli ile tüm nüfusa sağlık güvencesi sunmayı tercih etmiş olan ülkemizin sosyal sigortacılık modelinin kurucusu ve önemli bir örneği olan Almanya sisteminden alacağı önemli dersler bulunduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar:

Busse, R. and Reisberg, A. (2004), "Health Care Systems in Transition: Germany", WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/Document/E85472.pdf>, erişim tarihi 10 Mart 2007).

James, K. (2006), "German Health Care Reform: Mission Impossible?", Deutsche Welle, (http://www.dw-world.de/popups/popus_printcontent/0,,2117345,00.html, erişim tarihi 1 Mart 2007).

Lisac, M. (2006), "Health Care Reform in Germany: Not the Big Bang", Health Policy Monitor, November, (<http://www.hpm.org/survey/de/b8/2>, erişim tarihi 1 Mart 2007).

Lisac, M. and Schlette, S. (2006), "Health Care Reform in Germany: Is Bismarck Going Beveridge", Eurohealth, Vol.12, No.3, p.31-32.

Mosebach, K. (2005), "The Politics of Health Care Financing Reform in Germany", Euro Observer, Vol.7, No.1, p.3-6.

Zimmermann, M. (2006), "Health Financing Reform Idea: Health Fund", Health Policy Monitor, June, (<http://www.hpm.org/survey/de/b7/1>, erişim tarihi 1 Mart 2007).

Sürdürülebilirlik

Cihat UYSAL*

İnsanoğlunun yeryüzündeki varlığını koruması ve sürdürülebilirliği sorunsalının farkına varılıp tartışılması 19.yüzyılda başladı. Zaman içinde daha bütüncül bir açıdan bakılınca konunun canlıları yani doğanın tümünü ilgilendirdiği görüldü. Doğanın dengesinin korunması diye özetleyebileceğimiz gündem çerçevesinde çevre, küresel ısınma, sürdürülebilirlik... gibi kavramlar ortaya çıktı. Sorun sanayinin yarattığı ortamın sonuçları ile başlamış görünse de konunun ortaya koyulup tartışılmasında, sonuçlarının paylaşılmasında ve de çözüm yollarının aranmasında da yine sanayinin altyapısını oluşturan teknolojinin, özellikle iletişim ve bilgi teknolojisinin katkısı yadsınmaz.

Bugün sürdürülebilirlik kavramı yoksulluğu kurutmak, doğal kaynakları korumak ve sürdürülebilirliği önünde engel oluşturan üretim ve tüketim modellerini değiştirmek olmak üzere üç ana guruba ayrılarak ele alınıyor.

Sürdürülebilirliğin konu edildiği alanlar ise, kurumsal, mali-ekonomik ve ekolojik olmak üzere üç ana başlık altında toplanıyor. Ancak, günümüze kadar uzanan süreçte görünen o ki, sorunların çözümü bir başka bahara kalacak. Bunun nedenlerinin dile getirilmesi, bu yazıya sığdırılmayacak kadar büyük ve kapsamlı. Ancak, kesin olan birşey var ki,

sürdürülebilirlik kavramı yeryüzünde rüştünü kanıtlamış, içi yeterince doldurulmuş, geliştirilmiş bir kavram değil. Çünkü, kavramın gündeme gelmesine neden olan ülkeler konuya soğuk bakıyor. Sorunun uluslararası bir anlaşma ile çözülmesi için oluşturulan Kyoto Protokolü ortaya konulduğu 1997 yılından bu yana çevre sorunlarının baş aktörü konumundaki ülkeler tarafından imzalanmadı. Protokolün imzalanmasının önündeki en büyük engel, çokuluslu sermayeyi de içine alan küresel ekonomi politikaları yönlendiren güçlü devletlerin dünya üzerindeki hegemonya hedefleri. Örneğin, en önemli etken, bu gibi ülkelerde yaygın kullanılan enerji santralleri, özellikle de nükleer enerji santraller yoluyla, istenmeyen gazların atmosfere salınması gibi küresel ısınmayı hızlandıran ve çevre sorunlarını arttıran enerji politikası tercihlerini değiştirmeye yanaşmamaları. Bizim gibi ülkeler ise can derinde olduğu için, insanlığın geleceğini ilgilendiren bu önemli sorun toplum katında bile yeterince benimsemiyor, gündeme gelmiyor. Matbaayı, icadından üçyüz yıl sonra tanımış, sanayi devrimini hala gündemine kültürel içeriğiyle derinlemesine benimseyememiş olmamız gibi nedenlerle ge-

cikmeli bir algılamaya sahip olmamız, sorunları zamanında kavrayıp benimsememize engel oluyor. Kim bilir, yeni ortaya konan kavramları eskiden kalma kavramların yerine koymamız belki de bundan. Sürdürülebilirlik kavramının geliştirilmesi için dünyada henüz konunun boyutlarının ne olduğu tartışılırken bunu bizim böyle algılamamız doğal. Ben çevremde sık sık bu kavramın iyileştirme ya da rehabilitasyon kavramı yerine kullanıldığını görüyorum.

Sürdürülebilirlik, çevreye duyarlılığın gerekliliğinin gündeme gelmesi ile ortaya çıkmış bir kavram. Çevre sorunları, gün geçtikçe sorunun çözdükçe dolaşan bir yumak olduğu anlaşılan yapısıyla yeryüzünde varolan koşulların hızla değişeceği öngörü ve uyarılarıyla gündeme geliyor. Küresel ısınma, iklim değişikliğinin sonuçlarını magazin haberi ve olasılıklar fantezisi olarak ele alan basın, konuyu

bir sorun olarak dile getirmekten çok gerçekçilikten uzakta ağızda sakız olarak ele alıyor. Şimdilik, dünyada konunun tartışılması ve olası sorunlara çözüm bulunması için ortada inandırıcı bir çaba görünmüyor. Kavramın insanlığın gündeminde yeterince yer almaya başlaması, yukarıda sıraladığım sahipsizlik ve ilgisizlik nedeniyle epeyce gecikeceği benziyor.

İzlediğim kadarı ile sürdürülebilirlik içerikli projelerin en önemli ögesi amaç ve hedef

seçimi. Ne var ki, amaç seçimi konusunda henüz yaygın bir fikir birliğine varılmış değil. Bu noktada insanlığın ezeli ikilemi olan toplumsal ve projeye özel tercihleri öngören ölçütler yeterince tartışılmış, geliştirilmiş, evrensel hale getirilebilmiş değil. Yukarıda dile getirdiğim hedefin amaca uygunluğu, amacın tatmin ediciliği gibi kavramlar sanırım zaman içinde geliştirilecek. Bu konudaki görüşlere örnek olarak, Mimarlık Kültür Sanat, Yapı Dergisi'nin Ekim 2006 tarihli 299.ncu sayısında Doğu Akdeniz Üniversitesi'nden Doç. Dr. Şebnem Önal Hoşkara ile Dr. Beşer Oktay tarafından kaleme alınan, **tarihi kentsel alanlarda sürdürülebilirlik düzeyinin ölçülmesi için bir model önerisi** başlıklı yazıdan yararlanarak, bu yazının boyutlarına ve amacına uygun bir özet yapmaya çalışacağım. Sürdürülebilirlik için seçilen hedef ve amacın belirlenmesinden sonra önerilen en önemli kavram da sürdürülebilirliğin ölçülebilirliğidir. Ölçülebilirlik ise, bu kavramın ölçütü olan göstergelerden oluşuyor. Göstergeler ise, ölçülebilirlik, ulaşılabilirlik, karşılaştırılabilirlik, bölgeye uygunluk, anlaşılabilirlik.. gibi ölçütleri içermesi gerekiyor.

Çevre sorunlarının tartışılması ve insanoğlunun gündemine girmesi için daha yolun başında olduğumuza sizi inandırabilirdim mi? Ne dersiniz...

* Mimar Y.Müh.

“Kastamonulu Değiliz Ama...”

Erdoğan BOZBAY
ebozbay@fisek.org.tr

Tek tek kutulanmış çekme helvaları gör­düğümde, “**Bunlardan nede güzel nikâh şekeri olur**” diye içimden geçiriyorum. Daha sonra duyuyorum ki, az da olsa bu düşünceyi hayata geçirenler olmuş. Kastamonu’ya ilk geldiğim günlerde içimden geçirdiğim bu düşü­nen geçen hafta sonu, 23 Temmuz 2006’da ger­çekleşiyor. Fabrikadan aldığımız çekme helva kutuları, apartmandaki



Evi”nin girişindeyiz. Eğitime ve eğitimciler büyük önem veren bu saygıdeğer çiftin öğret­menlere armağanı olan şirin yapıyı hayranlıkla inceliyoruz.. Deniz kıyısında harika bir manzara bizi selamlıyor. Giriş­te otururken, biraz önce yöneticilere sunduğumuz çekme helvayı, bir görevlinin öğretmen evi çalışanlarına dağıttığını görmekten mutlu oluyoruz. Kısa bir bekleyişin ardından resepsiyon-

komşuların imece desteğiyle tüllere sarılıyor, nazar boncuklu kırmızı kurdelelerle bağlanarak şık nikah şekerlerine dönüştürülüyor. İstanbul’da kıyılan nikah sonrası, ikramı alan konuklardan birisi peş peşe iki çekme helvayı mideye indirişin ardından, çekingen adımlarla yanıma sokularak kulağıma fısıldıyor. “**Siz Kastamonulu musunuz?**” Biraz da telaşın ve zaman darlığının etkisiyle konuyu özetleyive-riyorum: “**Kastamonulu değiliz ama...**”

#

Biz de âdetdir. Kız ya da erkek tarafı, düğün konvoyundaki arabalara havlu, yemeni, peşkir gibi şeyler bağlar. Hiç, “**Taa İstanbul’lara yemeni, havlu mu gidermiş**” diye düşün­üyoruz eşimle. Farklı olmalı aldıklarımız diyoruz, götür­düğümüze değmeli. Bir iki araştırma, soruşturmadan sonra kararımızı veriyoruz. En iyisi ahşap baskılı özgül örtülerden almalı. Ortasın-

da da “**Kastamonu Hatırası**” yazmalı. Düğün konvoyunda­ki arabalar bu örtüler bağlanırken, araç sahiplerinden birisi örtüyü dikkatle inceledikten sonra, kararsız adımlarla yanıma so­kularak kulağıma fı­sıldıyor. “**Siz Kasta­monulu musunuz?**” Biraz duraksamanın ardından merakını gidermeye çalışıyorum. “**Kastamonulu değiz ama...**”

#

Bir iki gece ko­na klaya ca ğımız “**Asım ve Nurhan Akbıyık Öğretmen**



daki bayan sesleniyor. Danışmada giriş işlemleri yapılır­ken Kastamonu’dan getirdiğimiz broşürler gözüme ilişiyor. Görevli bayan işlemlerimizi tamamladıktan sonra, yüzünü bizden yana çevire­rek utangaç bir ses tonuyla soruyor. “**Siz Kastamonulu musunuz?**” Kısa bir suskunluğun ardından, defalarca verdiğimiz yanıtı yineliyoruz. “**Kas­tamonulu değiliz ama....**” Oysa, şu

masum üç noktanın yerine, dolu dolu üç yıl geçirdiğim şehirle, özellikle de insanlarıyla, edindiğim dostlarla, dostluklarla ilgili neler yazılmazdı ki. İzni­zile, şimdilik bu sır ben de, üç nokta da yerinde kalsın. Bırakın, yaşananların büyü­ bozulmasın, anılar içimde mayalansın.

#

Tatlı telaşın, tarifsiz heyecanın, mutlu yorgunluğun ardından tekrar Kastamonu’nun yolunu tutuyoruz. Şehre indiğimiz gün öğleye doğru, dostlarımızdan birinin sabah kahvesinde elimize tutuşturduğu “**Kastamonu**” gazetesini yutarcasına okuyorum.

“**Gazetemiz yazarlarından Erdoğan - Oya Bozbay çiftinin oğulları Ozan Bozbay ile Ruziye - Yılmaz Bakmaz çiftinin kızları Hayriye Bakmaz dün İstanbul’da...**”

Haberin devamını getiremiyorum. İtiraf etmeliyim ki, şu bunaltıcı yaz günü, hiçbir içecek içimi böylesine serinle­mezdi. Yüreğimde kabaran bulutun hiç zaman yitirmeden, yağmur damlası olarak gözlerimde yoğunlaştığını hisse­diyordum. Eşime dönüp, mutlu, gülümseyen, yorgunluktan eser kalmamış bir sesle usulca kulağına fısıldıyordum. “**Oya, galiba biz Kastamonulu olmuştuz!**”



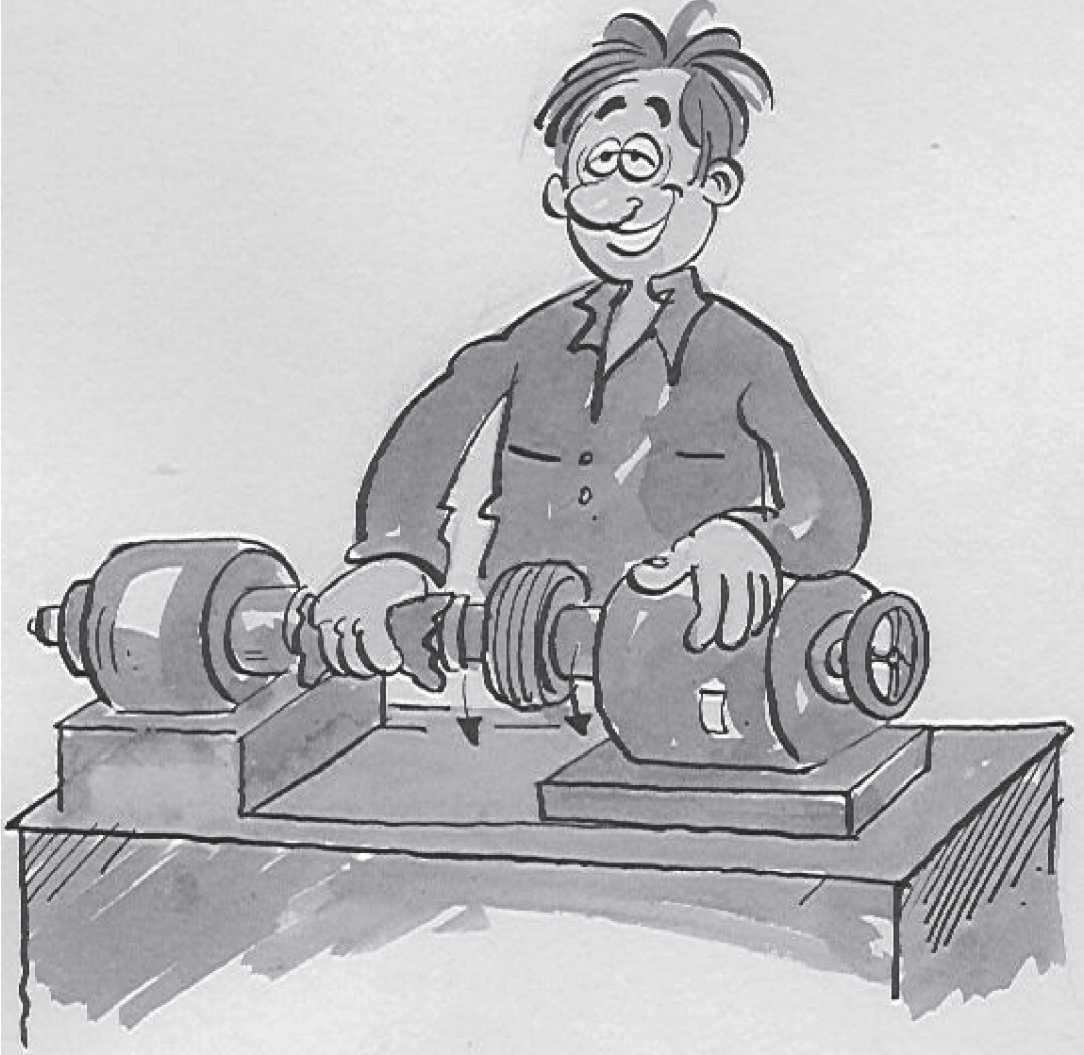
İKİ DAKİKA DÜŞÜN

Tehlikeyi tanıyalım

Torna Tezgahı Üzerindeki Şaftın Zımparalanması

Mustafa TAŞYÜREK*

Durum: İşçi torna tezgahı üzerindeki şaftı zımparalıyor.
İşçilerin bu çalışma sırasında karşılaşılabileceği tehlikeyi tanımlayabilir misiniz ?



Neler Olabilir ?

1. İşçi zımpara kağıdını dönmekte olan bir cisim etrafına sardığı için elini zımpara kağıdı ile birlikte dönen cisme kaptırabilir.
2. İşçi elini dönen cisme kaptırabilir çünkü yaptığı işe değil yan tarafa bakıyor.
3. İşçi makinenin üzerine koymuş olduğu elini torna tezgahına kaptırabilir.

> Yanıtı 10. sayfada

* Kim. Müh., İş Sağlığı+İşletme Yönetimi Bilim Uzmanı
Çalışma Bakanlığı Eski İş Güvenliği Müfettişi (1978-1985)
İş Güvenliği Uzmanı (A Sınıfı Sertifikalı)
Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Gönüllüsü