

ÇALIŞMA ORTAMI

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

MAYIS - HAZİRAN 1995- SAYI: 20

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

BU SAYIDA NELER VAR?

Öngörü : Türkiye'de Köyden Şehre Akının Doğurduğu Eğitim Meseleleri (Prof. Dr. Cavit Orhan Tütengil)

Toplum Örgütlerinden

- 1) DİSK / Genel İş.
- 2) TÜRK-İŞ / T. Harb İş.

Büyüteç: İşyeri Hekimliği Uygulamaları

- İş Hekimliği (Doç. Dr. İsmail Topuzoğlu)
- İş Hijyenisti - Güvenlik Uzmanı (Kim. Y. Müh. Mustafa Taşyürek)
- İş Sağlığı Çalışmalarında Güzel Bir Başlangıç, Yenice İş Sağlığı Merkezi (YİSME) Deneyi (Doç. Dr. Remzi Aygün)
- 161 No.lu Uluslararası Çalışma Örgütü Sözleşmesi

Çeşitli Ülkelerden : Uluslararası Hukukta İşçi Sağlığı Hizmetlerinin Organizasyonu (Prof. Dr. A. Murat Demircioğlu)

Hedef : İşyeri Hekimliği ve Hekimlerin Meslek Örgütü (Doç. Dr. A. Gürhan Fişek)

Ankara Tabip Odası İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Komisyonu 1995-1997 Çalışma Yönergesi

Okur Kaleminden:

- İşyeri Hekimliği Komisyonu Çalışmaları (Dr. Nezahat Sözer Orhan)
- Bir Okur Semineri ile İlk Tanışma izlenimleri (Dr. M. Akif Seval)
- İşyerlerinde Katılım Modelleri ve işyeri Hekimleri (Dr. Bülent Kılıç)

Bir Toplumsal Tarih Belgesi

ÖNGÖRÜ

Çok değerli bilim ve eylem adamlarımız haince katledildi; kim vurduya gittiler. Biz onları koruyamadık. Ama hepsinden acısı, biz, onları, yaşarken öldürmüştük. Öngörü sahibi bu seçkin insanlarımızın görüşlerini ve düşüncelerini kılavuz edinmek bir yana, anımsamadık bile, Prof. Dr. Cavit Orhan Tütengil, 1959 yılında dile getirdiği görüşleriyle sokak ortasında vurulduğu 1979 yılında göreceği, bugünde hepimizin gördüğü bir batakta bizleri korumaya çalışıyor. Yol gösteriyor. Dinleyen kim?! Bugün yaşayan öngörü sahibi kaç bilim insanımızı, her gün kaç kez öldürüyoruz kim bilir?!

Türkiye'de Köyden Şehre Akının Doğurduğu Eğitim Meseleleri

Çeşitli özellikleri bulunduğuna şüphe olmayan köyden şehre akının doğurduğu eğitim meseleleri nelerdir? Konuyu, Ankara, İstanbul, İzmir gibi büyük şehirlerdeki görünüşleri bakımından ele almak istiyoruz. Bunun sebebi, nüfusu 100 binden fazla olan şehirlerdeki artış oranının en yüksek seviyede seyretmesi kadar, ortaya çıkan en yüksek meselelerinin büyük şehirlerde daha müşahhas bir görünüş kazanmasıdır.

İlk güçlük, köylü hayatından şehirliliğe geçmekle başlıyor. Geleneklerin ve göreneklerin düzenlediği, içtimaî baskının her an kendini duyurduğu köy hayatı yerine hür düşüncenin, kanun ve düzen fikrinin nizamladığı şehirliliğe geçiş kolay olmuyor, ortaya intibak meseleleri çıkıyor. Kıyafet, beslenme, barınma, konuşma ve bazı hallerde dil, zihniyet ve dünya görüşü intibak güçlüklerinin belli başlı meselelerini göstermektedir.

Türkiye'de köylü ve şehirliliği arasındaki büyük tezat, âdeta bir uçurumla ayrılmışçasına ikiye bölünmüş olan köylülük ve şehirlilik, intibak güçlüğüne doğuran başlıca sebepleri arasındadır. Buna derece derece değişen Türkçe-okur yazarlık - rençberlik dışında belirli bir iş bilmeme gibi şehir hayatına intibak etmeyi engelleyen özellikleri de katabiliriz. Bunun bir neticesi olarak daha önce aynı çevreden gelenlerin rehberliği büyük bir değer kazanmakta, şehrin belirli semtlerinde oturarak ortaklaşa iş kollarında bulunmak zorunluğu kendini göstermektedir, "İstanbul'da Safranbolu ve Bartınlıların sanat birliğini ve hemşehrilik bağlılığını araştıran bir kitap, bu konuda bize ip uçları verebilir. Bu "halk toplanmaları"nın şehirliliğe geçişini yavaşlatan mihrakla olarak düşünmek yanlış olmaz. Böylece köylü yaşayışı şehirde devam etmek imkânını bulur.

Büyük şehirlerde gecekonduların kurulması meselenin en önemli yönünü gözlerimizin önüne sermektedir. En tabii sağlık şartlarından ve tesislerinden yoksun olan gecekondularda tek bir odada çok defa kalabalık aile hayatının idamesi çeşitli eğitim meselelerine yol açmaktadır. Bazen, aynı çatı altında yaşayanlar arasında aile bağı da mevcut değildir. Şehir hayatına bulaştığı görülen derin tezatların beslediği duygulardan, aile mahremiyetini ortadan kaldıran mekân darlığına kadar çeşitli unsurlar gecekondu düğümü içinde yer almaktadır. Yaşama güçlüğüne çalışmalarını gerekli kıldığı kadınlarla okul yerine işe gönderilen çocuklarda da "işyerleri"nden gelen türlü etkilerin izlerini bulmak mümkündür.

Han odalarında bekâr hayatı yaşayan erkeklerin durumu da dikkate değer. Kazancının bir kısmını köye aktaran. İşini yoluna koyduktan sonra ailesini de şehre getirenler yanında, kazandığı günlerde kendini şehrin yanıltıcı parıltısına kaptıranlar, iş bulamadığı ve dara düştüğünde "kanuna karşı" gidişata süreklenenler de eksik değildir. Sözün kısası, hangi görünüşü ile ele alırsa alınsın, köyden şehre doğru yönelen akınlarla yeni yeni meseleler ortaya çıkmaktadır. Bize kalırsa, asıl üzerinde durulması gereken, ne türlü tedbirlerle köylü yaşayışından şehirliliğe geçişin sağlanabileceği meselesidir.

Köyden şehre akını önleyici zor tedbirleri ile bir hâl tarzına varılamayacağı muhakkaktır. Yapılacak şey ne türlü içtimaî ve iktisadî sebeplere bağlı olarak meydana gelirse gelsin bu akını önlemeye çalışmak değil, düzenlemek, kontrol altına almaktır. Zaten hiç kimsenin gücü bu akını durdurmaya yetmeyecektir. Bu bakımdan köyden şehre akının sebeplerini ve ortaya çıkardığı meseleleri yakından bilip, köyden gelenlerden gerçek "Şehirliler" yaratmanın metotlarını ele almaktan başka çare yoktur, iş hayatına, şehirliliğe intibakta bütün meseleler bir eğitim meselesi olarak karşımıza çıkacaktır. Gecekondusunu kuran insanın azmini ve gücünü, plânlanmış iskân sahaları üzerinde kredi ile besleyerek içine girilen çıkmazdan tezelden kurtulmak güç görünmüyor. İş hayatının istediği unsurları hazırlayan meslekî kurslarla da iktisadî hayata entegre olma imkânı sağlanabilir.

Netice olarak köyden şehre gelenler kadar "şehirliliği" sayısını arttırabileceğimiz gün millet olarak iyi yarınlara götüren bir yol üzerinde bulunduğumuzu söyleyebiliriz. Devletin, konu ile yakından ilgili unsurları bir araya getirerek meseleleri plânlaması zamanı çoktan gelmiştir. Büyük şehrin sokağında ve çarşısında, taşıt araçlarında ve kenar mahallelerinde hergün yüzlerceyle karşılaştığımız meseleleri çözerek hal tarzına varmak mümkündür. Yeter ki, meseleleri görmesini bilelim.

Prof. Dr. Cavit Orhan Tütengil

(Vatan 5 Eylül 1959; Türkiye'de Köy Sorunu, KİTAŞ Yayınları 1969)

TOPLUM ÖRGÜTLERİNDEN :

DİSK / GENEL-İŞ Emeklilik Yaşı Üzerine Görüş

Son günlerde Hükümette kriz çıkaracak bir boyuta ulaşan ve "emeklilik yaşı ve prim gün sayısının yükseltilmesi" sorunu olarak kamuoyuna sunulan ve tartışılan sorunu, aslında, sosyal güvenlik sistemi krizi olarak görmek ve değerlendirmek gerekmektedir. Böylece, hem sorunu iyi tanımlamak, hem sorunu çözecek politikaları geliştirmek olanaklı olabilir. Bu konuda burada ayrıntılı çözümlere gitmeyeceğiz. Çünkü, hem çeşitli sendikalar ve hem de bu sorunla ilgili meslek odaları ve kitle örgütleri yıllardır, sosyal güvenlik sistemi ve özellikle SSK'nın sorunları üzerinde binlerce sayfa yazı, rapor yazmış; toplantılar düzenlemişlerdir. SSK'nın krize girme nedenleri çok ayrıntılı bir biçimde ortaya konmuş, yapılması gerekenler ifade edilmiştir. Bugün SSK sorunlarının emeklilik üzerinde yoğunlaştırılması ve böyle sunulması sosyal güvenlik sorununun, bilerek ya da bilmeyerek, çarpıtılmasına neden olmaktadır. Sorunun bu şekilde ortaya konulması ve sunulması. Dünya Bankası'nın sosyal güvenlik sorununa yaklaşımının bir ürünüdür. Çünkü Dünya Bankası'nın, sosyal güvenlik sistemindeki krizi bir yaşlılık krizi olarak değerlendirdiğini gösteren raporları bulunmaktadır.

Bu raporların birisinde, tıpta ve yaşam koşullarında sağlanan gelişmeler sonucunda insan ömrünün uzadığı ve bu nedenle sosyal güvenlik sistemlerinin üzerindeki yükün arttığı, krizlerin ortaya çıktığı fikri dile getirilmektedir.

İşte, ülkemizde bu etki ve politikaların sonucunda SSK krizine bulunan çözüm emekli yaşının yükseltilmesi olmuştur. Emekli yaşının ve prim gün sayısının yükseltilmesi ile sorunun çözüleceği bir yanılgıdır ve bu yanılgının faturası sosyal güvenlik sisteminin sosyal boyutunun iyice törpülenip sistemin özelleştirilmesi biçiminde ödenebilir. Tabii ki, bu faturanın çalışanlar, emekçiler tarafından ödeneceği de çok açıktır.

ORTALAMA EMEKLİ OLMA YAŞI					
	1989	1990	1991	1992	1993
Kadın	47.6	46.9	46.9	48.0	46.6
Erkek	50.5	50.0	50.0	49.4	49.7
TOPLAM	50.2	49.7	49.7	49.3	49.3
Emeklilerin Ortalama Yaşı					
	1989	1990	1991	1992	1993
TOPLAM	67.4	56.8	57.0	58.2	58.0
Kadın	54.52	55.4	55.8	56.9	56.5
Erkek	57.07	57.3	57.2	58.3	58.2
Emeklilerin Ortalama Ölüm Yaşı					
	1989	1990	1991	1992	1993
TOPLAM	60.81	60.8	60.8	60.76	60.97
Kadın	60.79	60.8	60.8	60.8	62.2
Erkek	60.82	60.8	60.8	60.7	60.9
Yaş Gruplarına Göre Ortalama Emekli Olma Yaşı					
	1989		1993		
	<u>45 yaş ve altı</u>	<u>Emekli Olanların Yüzdesi</u>	<u>Yaş Ortalaması</u>	<u>Emekli Olanların Yüzdesi</u>	<u>Yaş Ortalaması</u>
Toplam		%28.08	41.4	%32.99	41.7
Kadın		%43.45	39.7	%49.01	40.2
Erkek		%26.7	41.6	%30.54	42.1
	<u>46-60 yaş arası</u>				
Toplam		%64.97	52.5	%60.78	51.7
Kadın		%50.35	52.0	%46.46	51.7
Erkek		%66.28	52.5	%62.96	51.8

Bugün, Dünya Bankası tarafından "yaşlılık krizi" olarak sunulan kriz aslında "serbest piyasa" krizidir. Dolayısı ile, sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması ve çalışan insanların sorunlarına çözüm bulunabilmesi için, yine Dünya Bankası'nın deyişyle "kaçınılması" gereken "yaşlılık krizi" değil sosyal güvenliğin piyasa işleyişine terkedilmesidir. İnsanların sosyal güvenlik ve sosyal güvence içinde yaşam hakları en temel haklarıdır.

Bu kısa değerlendirmeden sonra emeklilik yaşı üzerinde yapılan tartışmalara da ana hatlarıyla değinmek istiyoruz.

SSK istatistiklerini veri olarak yaptığımız araştırmada 1989-1993 yılları arasında ortalama emeklilik yaşı ile belli yaş grupları için ortalama emeklilik yaşları, emeklilerin ortalama yaşı ve emeklilerin ortalama ölüm yaşı aşağıda gösterilmiştir.

Yukarıdaki tablolardan 1989-1993 yılları arasındaki dönemde emekli olma yaşının çok az da olsa düştüğü görülmektedir. 45 yaş ve altındaki grupta emekli olma yaş ortalaması çok az bir oranda artmış, buna karşılık 46-60 yaş diliminde çok az bir oranda

düşmüştür. Aynı dönemde 45 yaş ve altında emekli olanların toplam emekli olanlar içindeki oranı % 28.08'den %32.99'a yükselirken, 46-60 yaş grubunda ise % 64.97'den %60.78'e düşmüştür, Emekli olan her üç sigortalıdan birisi 45 yaşın altında, ikisi de 46 ve üzeri yaştadır. Ortalama emekli olma yaşı 49.3'tür. Emeklilerin ortalama ölüm yaşı 1993 yılı verilerine göre 60.97'dir. Buna göre emeklilerin emekli olarak ortalama yaşam süreleri 11.67 yıldır. Hangi açıdan bakılırsa bakılsın, bu süre uzun bir süre değildir. Dolayısıyla bu göstergeler emekli yaşının yükseltilmesine "mezarda emekliliğe hayır" diyerek karşı çıkan sendikaların haklı olduğunu göstermektedir.

Genel Hizmetler işkolunda yaptığımız bir araştırma bu değerlendirmeyi doğrulamaktadır. İşçilerin %95'inin erkeklerden oluştuğu işkolunda örneklem yoluyla yaptığımız araştırmada aşağıdaki tabloda görüleceği gibi emeklilik yaşının erkeklerde 58'e yükseltilmesi işçilerin ezici çoğunluğu doğrudan ve olumsuz olarak etkilemektedir.

Genel Hizmetler işkolunda yaş gruplarına göre sigortalılık süresi

Genel Hizmetler işkolunda yaş gruplarına göre sigortalılık süresi

YAŞ GRUBU	21-25		26-30		31-35		36-40	
	Yaş Grubuna Oranı	Toplama Oranı	Yaş Grubuna Oranı	Toplama Oranı	Yaş Grubuna Oranı	Toplama Oranı	Yaş Grubuna Oranı	Toplama Oranı
	1-3	58,46%	3,15%	12,29%	2,41%	4,52%	1,24%	3,49%
4-7	35,38%	1,91%	45,76%	8,96%	23,49%	6,47%	8,25%	2,16%
8-11	6,15%	0,33%	27,54%	5,39%	33,73%	9,29%	15,24%	3,98%
12-15	0,00%	0,00%	14,41%	2,82%	20,48%	5,64%	19,37%	5,06%
16-19	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	17,77%	4,90%	26,67%	6,97%
20-23	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	24,76%	6,47%
24+	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,22%	0,58%
	100,00%	5,39%	100,00%	19,59%	100,00%	27,55%	100,00%	26,14%

YAŞ GRUBU	41-45		46-50		51-55		55+		Toplam	
	Yaş Grubuna Oranı	Toplama Oranı	Yaş Grubuna Oranı	Toplama Oranı	Yaş Grubuna Oranı	Toplama Oranı	Yaş Grubuna Oranı	Toplama Oranı	Yaş Grubuna Oranı	Toplama Oranı
	1-3	2,78%	0,41%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	8,13%
4-7	5,56%	0,83%	1,85%	0,08%	6,25%	0,08%	0,00%	0,00%	20,50%	20,50%
8-11	7,78%	1,16%	7,41%	0,33%	18,75%	0,25%	14,29%	0,08%	20,83%	20,83%
12-15	18,33%	2,74%	11,11%	0,50%	12,50%	0,17%	0,00%	0,00%	16,93%	16,93%
16-19	19,44%	2,90%	31,48%	1,41%	0,00%	0,00%	14,29%	0,08%	16,27%	16,27%
20-23	27,22%	4,07%	25,93%	1,16%	50,00%	0,66%	28,57%	0,17%	12,53%	12,53%
24+	18,89%	2,82%	22,22%	1,00%	12,50%	0,17%	42,86%	0,25%	4,81%	4,81%
	100,00%	14,94%	100,00%	4,48%	100,00%	1,33%	100,00%	0,58%	100,00%	100,00%

<u>Yaş Grupları</u>	<u>Yüzde Ağırlık</u>	<u>Birikimli Ağırlık</u>
21-29	5.47	5.47
29-30	19.30	24.77
31-35	28	52.77
36-40	24.90	77.67
41-45	15.81	93.48
46-50	4.74	98.22
51-55	1.32	99.54
56+	0.46	100

Sigortalılık süresi ile yaş gruplarını birlikte gösteren aşağıdaki tabloyu değerlendirdiğimizde İse işkolumuzdaki İşçilerin yine ezici çoğunluğunun emeklilik haklarını tehdit altında olduğu ortaya çıkmaktadır. Araştırmaya göre işçilerin yaklaşık % 78i 40 yaş ve altındadır, 21-25 yaş grubunda ortalama sigortalılık süresi 2.3 yıl; 26-30 yaş grubunda 10.8 yıl; 31-35 yaş grubunda 15.23 yıl; 36-40 yaş grubunda ise 16.15 yıldır.

Bakanlar Kurulu'na sevk edilen ve emeklilik için prim ödeme ve yaş koşulunu birlikte yükselten ve zorunlu kılan yasa taslağına göre, işkolumuzda çalışan işçiler adaletsiz ve olanaksız emekli olma koşullarıyla yüzyüzedir. İşkolumuzdaki işyerlerinin istihdam koşulları itibariyle nispeten daha düzenli ve kurallı olduğu düşünülürse, özel sektör işyerlerinde çalışan işçiler için emekli olmanın ne denli zorlaştığı ortaya çıkar. Araştırmamıza göre, işçilerin yaklaşık %70'i emekli olabilmek için taslağa göre getirilen prim ödeme ve yaş koşulunu birlikte sağlamak zorundadır.

Buna göre yukarıdaki tablodan da görüleceği gibi, örneğin 36-40 yaş grubunda olan ve tüm işçilerin % 26.14'ünü oluşturan kesim içinde ancak %7'lik işçi grubu Taslağın yaş koşuluna takılmadan emekli olabilecektir. Aynı yaş grubunda olan ve tüm çalışanların % 12'sini oluşturan, sigortalılık süresi 12-19 yıl arası olan kesim açısından emeklilik için gerekli sigortalılık süresi 27-34 yıla kadar yükselmektedir. Bu hesabı diğer tüm yaş grupları ve sigortalılık sürelerine göre yaptığımızda, Taslağın bizler için kabul edilebilir ve savunulabilir bir yanının olmadığı açıklık kazanmaktadır.

Buna göre yaş ve prim ödeme gün sayısını birlikte yükselten Bakanlık önerileri, özellikle 40 yaş ve altındaki işçiler için emeklilik bakımından önemli bir handikap oluşturmaktadır. Bu nedenle işçilerin kazanılmış haklarına dokunulmaması bundan sonra işe girecek sigortalılar için de Türkiye'de istihdam, yaşam koşulları ve yaşam süresini birlikte dikkate alan bir emeklilik sistemi geliştirmek gereklidir.

Bu çerçevede; hemen bugünden alınması olanaklı ve zorunlu önlemleri şöyle sıralayabiliriz:

- 1) SSK'nın gerçek anlamıyla özzerkleştirilmesi; SSK'nın karar alma ve yönetim organlarında işçilerin iradesinin belirleyici hale getirilmesi;
- 2) Devletin sosyal güvenlik sisteminin finansmanına, yurttaşlardan alınan vergilerle oluşan Devlet Hazinesinden katkı yapması; bu katkı,
 - a) Sosyal devlet olmanın gereği;
 - b) Yönetimdeki söz hakkının dayanağı;
 - c) Keyfi biçimde yapılan arzi yardımların sistematik hale getirilmesi olarak düşünülmelidir.
- 3) Sigortasız işçi istihdamının önlenmesi,
- 4) Sigorta primine esas matrahın düşük bildirilmesinin önlenmesi,
- 5) Tahakkuk eden SSK prim borçlarının tahsili,
- 6) SSK primi için belirlenen tavanın üstündeki ücretlerden de makul ölçüde prim kesilebilme-si (Aynı kuralın sosyal güvenlik destek primi ödeyenler için de güçlendirilmiş olarak uygulanması)
- 7) SSK'na ait gayrimenkullerin rantabl değerlendirilmesi (Kiralara, arsaların satışı vs.)
- 8) Özel sigorta sandıklarının yükü SSK'na devredilirken karşılığının da SSK'na ödenmesi.

Bu öneriler üzerinde toplumun değişik kesimleri bir uzlaşma içindedir. Bu nedenle, bu acil önlemlerin alınması zor bir iş değildir. Bu önlemlerle birlikte, orta ve uzun erimde, istihdamı artıran ekonomik gelişme modelleri oluşturulmalıdır çünkü; sosyal güvenlik sistemini ayakta tutacak olan üretken ve gelişmiş sosyal hakların geçerli olduğu bir ekonomidir.

Önümüzdeki dönemde sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması sürecinde sağlıkla ilgili toplumsal gereksinimlerin bütünlüklü olarak ele alınmasını gerekli görüyoruz. Bunun temelini de güçlü bir kamusal sağlık sisteminden geçtiğini düşünüyoruz. Bu çerçevede, SSK'nın sağlık hizmetleri böyle bir kamusal sağlık örgütlenmesi ile bütünleştirilmelidir.

TÜRK-İŞ / T. HARB-İŞ SENDİKASI

GENEL BAŞKAN İZZET ÇETİNİN BİR AÇIŞ KONUŞMASI*

Sayın Konuklar,

Değerli Basın Mensupları,

KİGEM tarafından düzenlenen, "*Yeni Dünya Düzeni*" Karşısında Türkiye konulu açık oturum ve tartışma

toplantısına hoşgeldiniz. Hepinizi saygı ile selamlıyorum.

Ülkemiz ve işçi sınıfımız sorunlarla dolu bir yılı geride bıraktı. 1995 yılı da ülkemiz ve emekçi halk yığınları için sorunların daha da derinleştiği bir yıl olacak. Böyle bir dönemde ülkemizin ve halkımızın geleceği için çok önemli gördüğümüz konuları tartışmak üzere biraraya geldik.

Hepimizin bildiği ve hergün yaşadığımız sorunlar yumağı ABD ve Batı Avrupa ambalajlı sanki çok yeni şeylermiş, tek kurtarıcıymış gibi allanıp pullanıp önümüze sürülüyor. Adına Yeni Dünya Düzeni ya da düzensizliği denilen bu parıltılı ambalajı, bu toplantıda irdeleyeceğiz. Önümüze koydukları süslü paketin halkımız için ne getirdiğini, neleri götürdüğünü sorgulayacağız.

Sayın Konuklar,

Şimdi izninizle bu toplantıyı düzenleyen KİGEM, yani Kamu İşletmeciliğini Geliştirme Merkezi hakkında sizlere çok kısa bilgi vermek istiyorum.

Bir hafta sonra birinci yılını dolduracak olan KİGEM, ilk yaşgünü böyle bir toplantı ile kutlamaktan büyük bir mutluluk duymaktadır.

KİGEM, 1994 Ocağında, başta ülkeyi yönetenler olmak üzere çoğu kişinin ve kurumun yıllardan beri estirdiği özelleştirme rüzgarları, pervasızca uygulanan taşeronlaştırma ve sendikasılaştırma politikaları ile birlikte "kamu" düşüncesinin gözardı edilmek istendiği, kamu işletmeciliğinin adeta sahipsiz kaldığı bir dönemde eksikliğin *"...bu kuruluşlara sahip çıkma, onları benimseme ve düzeltilmeleri için heyecanla İşe sarılma..."* olduğunu dile getirerek yola çıktı.

Kuruluş amacını da, *"kamu işletmelerinin yeniden yapılandırılması, düzeltilmesi ve toplum açısından daha yararlı kuruluşlar haline getirilmesi için çalışmak"* olarak açıkladı. Ülkemizin ekonomik ve toplumsal sorunların konusunda tarafsız, nesnel ve bilimsel çalışmalar yaparak, karar vericilerin önüne değişik seçenekler koymayı hedefledi.

Bilindiği gibi o günlere kadar daha çok TÜSİAD ve TOBB gibi işveren örgütleri tarafından çalışmalar yapılıyor ve bunlar daha çok temsil ettikleri kesimin çıkarlarını ön planda tutan ve taraflı çalışmalar oluyordu.

Çalışanların ve onların örgütleri sendikalar ve konfederasyonların da bu amaçla üzerlerine düşen görevleri yapmaları, bunun için de üniversite-çalışanlar bağlantısının güçlendirilmesi gereğinden hareket eden KİGEM, Başkanı bulunduğum T. Harb-İş Sendikası bünyesinde kuruldu. Bugün, kardeş sendikamız Petrol-İş, Selüloz-İş, Denizciler Sendikalarıyla birlikte, işçi sendikalarının, meslek odalarının ve bilim adamlarının ortaklığında bir buluşma noktası olmaya çalıştı, çalışıyor.

KİGEM, kuruluşunun hemen ardından 5 Nisan kararlarının açıklanması ile birlikte, çalışma alanında önceliği, kapatılma kapsamına alınan kuruluşlara verdi, ilgili Sendikalar ve Meslek Odaları ile birlikte hazırlanan KARABÜK, PETKİM, PETLAS raporları kamuoyunun bilgisine sunuldu. ORÜS ve DMO raporlarını ise sonuçlandırma aşamasına getirdi.

27 Kasım 1994'te Özelleştirme Ya-sası'nın çıkmasıyla KİGEM'in çalışma alanlarından biri de, bu yoldaki hukuksal mücadele oldu. KİGEM bu alanda isteyen her kişi ya da kuruluşa danışmanlık hizmete vermeye hazırdır.

Bir vakıf haline dönüşüp, daha geniş katılımlı, daha etkin işlev üstlenmek amacıyla tüzel kişilik oluşturulması çabalarımız sürüyor. Tüzel kişiliğin oluşumundan sonra tüm yurtsever insanlarla, daha geniş platformlarda kucaklaşmayı arzuluyoruz.

Değerli katkılarınızla, bu panelimizin bundan sonraki çalışmalarınıza yol göstericilik yapacağına inanıyoruz. Katılımınız ve İlginiz için hepinize KİGEM ve teşkilatım T. Harb-İş Sendikası adına teşekkür ederim.

14 Ocak 1995'de, Kamu İşletmeciliğini Geliştirme Merkezi (KİGEM) tarafından Ankara'da düzenlenen, "Yeni Dünya Düzeni Karşısında Türkiye" konulu toplantıda yapılan konuşma.

BÜYÜTEÇ

- İş Hekimliği (Doç. Dr. İsmail Topuzoglu)
 - İş Hijyenisti - Güvenlik Uzmanı (Kim. Yük. Müh. Mustafa Taşyürek)
 - İş Sağlığı Çalışmalarında Güzel Bir Başlangıç, Yenice İş Sağlığı Merkezi (YISME)
- Deneyi (Doç. Dr. Remzi Aygün)
- 161 No.lu Uluslararası Çalışma Sözleşmesi

İŞ HEKİMLİĞİ

İş Hekimliğinin Tanımı Ve Kapsamı

İnsanı belirleyen temel niteliklerden biri çalışmaktır, birşeyler üretmektir. İş hekimliği bu çalışma eyleminin sağlıkla en iyi biçimde bağdaşacak yöntemlerle yürütülmesini amaçlar. Çalışma, üretim çoğu kez mesleki risk çağrışımı yapar; yıpranma, iş kazası, meslek hastalığı gibi. Oysa çalışmanın bilinçli, sağlıklı olarak düzenlenmesiyle insana doyum sağlayan, kişisel ve toplumsal yararı ortaya çıkar. Nitekim işsizliğin neden olduğu sıkıntıları, bunalımları özellikle bizim toplumumuzda daha yakından görmek, hissetmek olağandır. İş hekimliği Almanca ve Fransızca'da, Türkçe'de olduğu gibi aynı sözcüklerin karşılıkları ile adlandırılmıştır (sırasıyla Arbeitsmedizin, Medicine du Travail). İngilizce'de Mesleki Tıp (Occupational Medicine) deyimi yeğlenir. Bu terimlerin son yıllarda üzerinde durulan bir özelliği iş hekimliği kapsamını gündeme getirmiş olmasıdır. İş hekimliğinde çalışan (emekçi, sanayi işçisi, tarım işçisi, büro işçisi, fikir işçisi, kendi adına çalışan) tüm yaşamıyla, aile-ev yaşamı ve mesleki yaşamı ile ele alınmasını kolaylaştırdığı halde, "mesleki tıp" deyiminin daha dar bir görüşü, çalışana salt işyerindeki etkinlikleriyle - sınırladığı görüşü öne sürülmektedir.

Gerçekten iş hekimliğinde, çalışanın işleri dışındaki yaşamını, çalışma yaşamından keskin çizgiyle ayırmak olanaksızdır. Yalnız iş yerindeki sağlık sorunlarıyla ilgilenme, yapay bir bölme gereğini ortaya koymaktadır. Bu sorun; çalışan kişinin günlük yaşamından 7,5-8 saatlik mesai süresinin iş hekimi sorumluluğunda, geri kalan 6,5 saatlik sürenin başka bir hekim sorumluluğundaymış gibi durum oluşturmaktadır. Bu tür bir sağlık bakımı belki çok iyi organize sağlık hizmetine sahip toplumlar için büyük sakıncalar doğurmayabilir. Ama bizde çalışanın sağlık bakımı açısından adeta ortada kalması anlamına gelir. Daha somut bir anlatımla; sosyal sigorta sağlık hizmetini biran için gözönüne getirelim. O büyük ve elli yıllık geçmişe sahip kuruluşta sigortalıların sağlık bakımı çağdaş tıbbın gerekleri bakımından ne ölçüde sürekli izlemeye kavuşabilmiştir? Bireyler ya da aile yeterli tıbbi kayıtlar çerçevesinde izlenebilmekte midir? Bu koşullar altında iş hekimi elden geldiğince sorumluluğunu üstlendiği işçilere/çalışanlara sağlık bakımı açısından sahip çıkmak zorundadır. Çalışanları gereğinde sağlık konularında yönlendirmelidir. Bu davranış gerçekleştirilebildiği ölçüde mesleki başarı sağlanacağı unutulmamalıdır.

İş hekimliğinin kapsamı bakımından sözlerimize ekleyeceğimiz, ülkemizle doğrudan bağlantılı başka önemli bir nokta, hizmetin yürürlükteki yasalar gereği çalışanların küçük bölümüne sunulması olanağıdır. Ancak 50 ve daha fazla işçi çalıştıran iş yerleriyle, ağır ve tehlikeli işlerde çalışanlara ve 18 yaşından küçüklere iş hekimliği hizmeti ön görülmüştür, ki bu kesimin sayısı da 21 milyon işgücünden (kaçak çalıştırılanlar hariç) yaklaşık 2,5 milyon işçiyi kapsamaktadır.

İş Hekimliğinde Uygulamalar

Her ne kadar M.Ö. 'sinden (Hipokrat'tan) bu yana tıpta iş ve hastalık ilişkisine değinen hekimler olmuş ise de iş hekimliğinin ayrı bir tıp dalı olarak 18. yüzyılda meydana çıktığı kabul edilir. Birinci sanayi devrimindeki (1750-1830) sağlıksız çalışma ortamı ve çalışma koşulları, çocuk işçilerin tıbbi muayeneleri, iş kazalarında tedavi gereksinimi, sonra meslek hastalıkları gibi sorunlar hekimlerin ilgi odağı haline gelmiştir. Ondokuzuncu yüzyılda sosyal güvenlik uygulamalarıyla iş hekimliği etkinlikleri ivme kazanmıştır.

Çağdaş uygulamalara yönelme-tıptaki gelişmelere koşut olarak- yirminci yüzyılın birinci yarısına rastlamaktadır, işçilerin/çalışanların düzenli tıbbi muayenelerle izlenmeleri, çalışma ortamındaki sağlığa zararlı etmenlerin ölçümlerle belirlenmesi- iş hijyeninin belli bir yöntem olarak kabulü ve tehlikeli maddelerle ilgili "eşik sınır değerlerin/normların zorunlu tutulması, yorgunluk sorunundan yola çıkarak iş psikolojisinin psikoteknik testleri ve sosyal psikoloji konularıyla çalışma yaşamına katkılarına da bu sıralarda tanık olmaktayız. Yirminci yüzyılın ikinci yarısında işin insancillaştırılması çabaları ergonominin (iş biliminin) doğuşuna ve yaygın biçimde uygulama alanına yansımaya yol açmıştır.

Kuşkusuz bu gelişmeler sanayide gözlenen teknolojiye ilerlemelerin sonucu olmuştur. Yeni teknolojik yöntemler; makine gücünün yaygın biçimde kullanımı, onbinlerce kimyasalın üretimde kullanımı, band (zincirleme-seri) üretim sistemi, otomasyonun işçiler için beraberinde getirdiği zorlanmalar; kazalardan korunmayı amaçlayan iş güvenliği etkinlikleri yanısıra iş hijyeni, iş psikolojisi ve ergonomi gibi bilim dallarının oluşmasına ve çalışanların sağlığı konusunda tıp biliminin yanında yer almasına neden olmuştur. Böylece çalışanların sağlığı konusu artık iş hekimleriyle birlikte iş hijyenisti (mühendis, fen bilimleri mensupları), iş güvenliği uzmanları, iş psikologları, ergonomi uzmanlarının ortak çalışma alanına dönüşmüştür.

Bu sırada iş hekimliğinin kendi tıp alanında uğraşı konularının çokluğu ve türleri yeni bilgiler gereksinimi ortaya koymuştur, iş hekimliğinde koruyucu sağlık hizmeti öncelik taşıdığı için bir yandan çevre sağlığı (sanitasyon), epidemiyoloji, tıbbi istatistik, sağlık eğitimi, beslenme; öte yandan meslek hastalıkları sorunları

yüzünden ek klinik bilgiler (göğüs hastalıkları - pnömokonyozlar, dermatozlar, allerjik hastalıklar, onkoloji-mesleksi kanserler, toksik etkenlerden kaynaklanan hematoloji sorunları, nörotoksik etkiler) konularında mezuniyet sonrası eğitim gereksinimini zorunlu kılmıştır. İş hekimliği böylelikle günümüzde kendi başına bir uzmanlık alanı olmuştur. Sayılan yönleriyle daha çok akademik nitelik kazanan iş hekimliğinin bir de alanında, işyerlerinde belli işlevler üstlenmesi zorunluluğu, her zaman gerekli, kaçınılmaz bir görevi olmuştur. *Örneğin 200-500 veya daha çok işçi çalıştıran işleri, kimya sanayii, gıda sanayii vb. fabrikalarda.* Bu görev işyeri hekimliği olarak biçimlenmiş ve yaygın geleneksel uygulamaya dönüşmüştür. Şimdi iş hekimliği hizmetinin bir basamağı olarak algılanmakta ve uzmanlık düzeyindeki eğitim yerine her hekimin yeterli mesleksi bir kurs sonunda kazanacağı ek bilgilerle işyeri hekimliğini yürütmesi olanaklı işlev biçiminde görülmektedir. Şimdilerde birçok ülkede çok geçerli olan nesnel sağlık hizmetlerine ilişkin model benzeri etkinlik iş hekimliğine de yansımaktadır. Şöyleki, Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978'de yayınlanan Alma-Ata bildirisinde açıklanan Birinci Sağlık Bakımı (Primary Health Çare) sistemi iş hekimliğinde de uygulanabilmektedir. Buna göre;

Birinci basamak sağlık hizmeti karşılığı - işyeri hekimliği.

İkinci basamak sağlık hizmeti karşılığı-İş Sağlığı Enstitüleri (resmi ya da meslek kuruluşlarına Vakıflara bağlı enstitüler). Türkiye örneğinde İSGÜM laboratuvarları gibi.

Üçüncü basamak sağlık hizmeti karşılığı- Mesleksi Hastalıkları Hasta-haneleri. Üniversiteler, İş Sağlığı Eğitim ve Araştırma Enstitüleri gibi. Örneğin SSK meslek hastalıkları hastahanelerinin ilk açılışında öngörülen düzeyi gerçekleştirme koşuluyla.

Bizi bu yazımız çerçevesinde en çok ilgilendiren uygulama işyeri hekimliği birinci basamak sağlık hizmetidir. Bu basamağa ilişkin işlevler, ayrıntılılarına girmeden şöyle sıralanabilir:

- İşçilerin/çalışanların öncelikle koruyucu, iş ve işçi uyumu amacı güden tıbbi muayeneleri; işe giriş aralıklı tıbbi kontrol, hastalık sonu muayeneleri yapmaktır. Yerine göre ve hiçbir zaman koruyucu sağlık hizmetini gölgelemeyecek, onun ikinci plana itilmesine meydan vermeyecek hastalık başvuruları belli ölçüde karşılanabilir.

Çalışma ortamı koşullarının sağlık açısından düzenli aralıklarla denetimi; fizik koşullar, kullanılan maddeler ve üretim sürecinin çalışana yüklediği fizyolojik psikolojik durumlar / zorlanmalar, koruyucu kullanımları, vb. açılardan denetim.

- İş kazaları ve meslek hastalıkları olguları / şüphesi taşıyan durumları incelemek, diğer ilgililerle açıklığa kavuşturmak. Koruyucu önlemlerin hemen alınmasına aracı olmak.

- Sağlık eğitimi, ilk yardım, aşı ve gerektiğinde beslenme etkinliklerini plânlamak ve bunların eksiksiz uygulanması için girişimlerde bulunmak.

- İşyeri çevre sağlığı konularının, içme suyu başta olmak üzere, yemekhane, yıkanma yerleri, tuvaletler, atıklar ve genel temizlik koşullarının belli yöntemlerle, kabul edilebilir bir standart ölçüsünde sürdürülmesi için önlemler almak.

- İş yerinde risk grubu oluşturan kadın, çocuk, yaşlı, sakat işçilerin çalışma koşullarına ayrı özen göstermek, gerektiğinde rehabilitasyon niteliğinde önlemler almak, varsa kreşin denetimini üstlenmek.

- İş yeri sağlık ve güvenlik kurulunun sosyal tarafların güvenini kazanmış biçimde aktif çalışmasını desteklemek. SSK ve diğer ilgili sağlık kuruluşları ile işbirliği içinde olmak.

- İşyeri sağlık kayıtlarının düzenli olarak tutulmasını ve değerlendirmelerini yapmak.

İş Hekimliğinin Ülkemiz Açısından Konumu - Sorunları Ve Çözüm Önerisi

İş hekimliği ülkenin İş gücü-insan kaynağının korunması, çalışanların çağımızın tıp olanaklarından yararlanarak üretime katılmalarını sağlamak amacı ile ele alınmalı ve geliştirilmelidir.

Ülkemizde iş hekimliği uygulamaları şimdiki durumuyla, işçilerin / çalışanların sağlığı bakımından yeterli düzeyde değildir. Bu olgu özellikle küçük ve orta ölçekli işyerlerinde daha belirgindir. SSK istatistikleri ve zaman zaman yapılan bireysel araştırmalar hatta günlük gözlemler bu görüşü doğrular.

Şimdiki olumsuz durumun giderilmesinde Devlet, işveren, İşçi kuruluşları, meslek kuruluşları ve üniversiteler işbirliğine gerek vardır. Bu kurumların hiçbiri kendi başına iş sağlığının iyileştirilmesinde önemli işleve sahip iş hekimliği hizmetinin geliştirilmesini sağlayamaz.

Önemli sorunları başlıklar biçiminde şöyle sıralayabiliriz, iş sağlığında uzman personel açığı vardır. Özellikle iş hekimi, iş hijyenisti iş psikologu ergonomi konularında uzman yetiştirilmesinde fakülteler, hatta üniversiteler arası işbirliği zorunludur.

Örgütlenmede önemli boşluklar bulunmaktadır; özellikle küçük ve orta ölçekli işyerlerinde çalışanların İş hekimliği hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmalıdır. Bu maksatla orta işyeri sağlık birimlerinin yaşama geçirilmesi için önlemler alınmalıdır. Küçük sanayi siteleri ve organize sanayi bölgeleri ortak işyeri sağlık birimleri oluşturulması için çok müsait bir ortamdır.

İş sağlığı ve iş hekimliğine ilişkin yürürlükteki yasal düzenlemelerin yenilenmelerine gereksinim vardır.

Kanımızca yukarıda sayılan iş sağlığı ve iş hekimliği ile ilgili kurumlardan biri, inisiyatifini ele alıp tüm ilgililere düşen sorumlulukların paylaşılmasına öncülük yapmalıdır. Örneğin, çalışanların sağlığını gündem konusu yapacak etraflı görüşmeler ve kararların alınmasında yararlı olacak Çalışma Meclisi toplantısı düzenlenmelidir. İşçi kuruluşları ve meslek kuruluşlarının böyle bir öneriyi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na götürmeleri bu toplantının gerçekleştirilmesinde ısrarlı olmaları yerinde bir girişim olacaktır.

Doç. Dr. İsmail Topuzoğlu

İŞ HİJYENİSTİ GÜVENLİK UZMANI

Herhangi bir işyerinde çalışan kişilerin güvenliğini sağlama, sağlığını koruma, sürdürme ve üstün düzeye ulaştırma çalışmalarında iki temel öge karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan ilki çalışan kişiler-işçiler, diğeri çalışma ortamları - işyerleridir.

İşçiye yönelik sağlık değerlendirilmesi başta hekim olmak üzere sağlık personeli (sağlık memuru - hemşire -sağlıkçı işçi) tarafından yürütülür, işyerinin büyüklüğüne, çalışan işçi sayısına ve ya işyerindeki özel risklere göre bu ekibe iş psikologları, toksikologlar da katılmaktadır. Hatta son zamanlarda diş hekimi de görevlendiren işyerlerine rastlamaktayız.

İşçi sağlığı ekibinin bulunması işyerleri, sayıları ve yapacağı işler önemli oranda yasal mevzuatlarda belirtilmiştir. Beklenti iş sağlığının her alanında hizmet edilmesidir.

Çalışma ortamına yönelik sağlık ve güvenlik değerlendirmesi, sağlığı tehlikeye sokabilecek etmenlerin saptanması ve yok edilmesi ya da kontrol altında tutulması sadece yukarıda anılan ekibin yerine getirmesi ile olası görülmemektedir. Çünkü işyerinde çok sayıda ve değişik ham maddeler, yatay ve düşey düzlemlerde iş kazası riskleri, ergonomik sorunlar, gaz, toz, gürültü vb. etmenler her zaman vardır. Bunlara doğal afetler (deprem, sel basması, yıldırım düşmesi vb.) yangın tehlikeleri, komşu kuruluşlardan gelebilecek risklerde eklenebilir. Bunlarla başa çıkabilmek ise ancak bir ekip işidir. Bu ekip üyelerinden bazılarının -maden sektörü gibi- yasal olarak görevlendirileceği belirtilmiştir. Sözcüleri madenlerde güvenlik uzmanı ve teknikerinin çalıştırılma zorunluluğu vardır. Diğerlerinin görevlendirileceği doğrudan tam olarak belirtilmemiş ama yasaların işverenlerden yapmasını istemiş olduğu işlerin yerine getirilebilmesi için bu görevlilerin çalıştırılması gereği ortaya çıkmaktadır. Klasik olarak bunlar güvenlik uzmanları ve iş hijyenistleridir. İş hijyeninin uygulayıcısı olan hijyenist (genel olarak) işçinin sağlığı ile çevre koşullarının gözönünde bulundurarak ilgilenir, iş hijyenistinin görevleri şöyle özetlenebilir:

- İşyeri ile ilgili iş hijyeni programını hazırlamak ve yürütmek
- Çalışma ortamını incelemek
- İşyerinde yapılan işi tanımlamak, işlemleri, işlemlerde kullanılan maddeleri, ürünleri ve yan ürünleri tanımak, bu maddelerin olası sağlık risklerini saptamak.
- İşyerinde çalışan işçinin ve çevre halkının çevresel zararlı etkenlere maruziyet derecesini belirlemek.
- Ölçmeler yapabilmek için uygun cihazları seçmek ve metodları tasarlamak.
- Şahsen -veya kendi yönettiği ekiple- ölçümler yapmak.
- Yapılan iş ile test edilen materyal arasında ilgi kurmaya çalışmak.
- Çalışma ortamının olası etkisinin düzeyinin belirlenebilmesine yardımcı olması nedeniyle kan ve idrarın (fiziksel ve kimyasal olarak) biyolojik testlerinin yapmak/ yaptırmak.
- İş çevresinin sağlık koşullarını olumsuz etkileyecek nedenlerini saptamak, işçilerin verimi ve toplumu rahatsız eden veya zarar veren sonuçlar arasında ilişki kurmak ve özgün sonuçlar çıkartıp bu ilgililere (yönetim ve sağlık görevlilerine) duyurmak.
- Etkili kontrol yöntemlerini saptamak.
- Korunma önlemi olarak gerekiyorsa kural, tüzük, standart ve prosedürleri hazırlamak.
- Endüstriyel hijyenle ilgili her konuda (mahkemelerde-işçi kuruluşlarında) bilirkişilik yapmak.
- Kullanılan maddeler ve işçiler ve halk tarafından kullanılan ürünler hakkında dikkat çekici, etiketler üzerinde kullanılabilir, özet ön bilgiler hazırlamak.
- Mesleksel hastalıkları ve toplumu rahatsız edicileri önlemek için işçiler ve halk için eğitim programları hazırlamak.
- İşçiler arasında ve endüstride mesleksel hastalıkların varlığı ve olasılığını ortaya çıkarma konusundaki epidemiyolojik çalışmaları yönetmek. Eşik Sınır Değerler (ESD veya TLV) ve standartları sağlık ve verimi devamlı kılmaya yol gösterici olması için geliştirmek veya koymak.
- İşin sağlığa etkileri, iş sağlığını bozucu etkileri önleme yolları, hava kirliliği, gürültü, rahatsız edici ve ilgili etmenleri önleme yolları konularında daha ileri bilgi için araştırmalar yapmak.

İş hijyenistleri, genellikle kimya, fizik bilimleri ya da kimya mühendisliği, endüstri mühendisliği, biyoloji gibi belli bir meslek dalında yetiştikten sonra ayrıca iş sağlığı eğitimi (master vb.) görmüş elemanlardır.

Güvenlik görevlisi ise; kaza tehlikelerini kolayca sezen iyi bir teşhisci olmalıdır. Bu nedenle; inşaat, makina ve endüstri mühendisliğinin bir bileşimi denilebilecek bir mesleğin uygulayıcısı olan güvenlik görevlisi (mühendis/uzman) yaptığını bilen, yaptığını inanan, yaptığını seven biri olmalıdır.

Aynı zamanda güvenlik görevlisinde; konu hakkında çok iyi bir bilgi, arkadaşça ve işbirlikçi bir tutum, öğretmek için istek, liderlik özellikleri, profesyonel tutum ve yaklaşım, örnek alınacak davranış özellikleri olmalıdır.

İş sağlığı programının başarısına yardım edebilecek, endüstriyel işlemlerde dışarıya çıkan sağlık zararlarının derecesi hakkında sık sık karar verme zorunda kalacak, tehlikeli durumda bir endüstri hijyenistinin yokluğunda, tehlikenin kontrolü, değerlendirilmesi ve tehlikenin ortadan kaldırılması konusunda çalışmalar yapacak olan güvenlik görevlisinin diğer görevlerini de şu başlıklar altında toplayabiliriz. İşyerinin kazaları önleme konusundaki genel politikasını çizmek, uygulanmasını gözetmek.

- Tüm güvenlik problemleri konusunda yönetime rapor vermek ve önerilerde bulunmak, (a- Yeni binaların planlanması veya mevcut olanların değişikliğe uğratılması b-Yeni makineler ve diğer teçhizatın alımı c- Eldeki

teçhizatın durumu d- Teçhizatın test edilmesi, bakımı ve onarımı e- Her türlü güvenlik araçları (- Kişisel korunma teçhizatı g-Yangından korunma.)

- Nezaretçi personele yol göstermek.
- İş kazalarını incelemek.
- İş kazası kayıtları ve İstatistikleri tutmak.
- İş güvenliği eğitimlerine nezaret etmek.
- İşletmeyi, teçhizatı, yapılan işlemleri ve çalışma yöntemleri kontrol etmek.
- Eğer varsa, güvenlik komitesine, işçi sağlığı ve iş güvenliği kuruluna girmek.
- Güvenlik talimatı, güvenlik rehberi ve literatürünü hazırlamak.
- Yarışma, sergileme ve propaganda kampanyaları gibi güvenlik uğraşlarını yönetmek.
- Yangından korunma teçhizatı ve araçlarını kontrol etmek, yangın tatbikatı gibi yangından korunma çalışmalarını yönetmek.
- Genel olarak, işyerini /fabrikayı güvenlik altında bulundurmak ve güvenli olmayan çalışma yöntemlerini ortadan kaldırmak için çaba harcamak.

İş sağlığı ekibinin görev kapsamı zaman zaman olimpiyat halkaları gibi üst üste çakışabilir ama çelişmez. İşletmelerde Alınacak İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tedbirleri Hakkında Tüzük hükümleri gereğince; (m. 342) 300'den az işçi çalıştıran her ocakta bir güvenlik nezaretçisi, 300'den çok işçi çalıştıran her ocakta bir güvenlik mühendisi birden fazla güvenlik mühendisi olan yerlerde bir güvenlik baş mühendis(ler)i (maden mühendisi kökenli) bulundurulması zorunluluğu vardır.

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları Hakkında Tüzük'de; kurul üyelerinden biri de (madde 3/b) "işyeri güvenlik şefi, yoksa işyerinde işçi sağlığı ve iş-güvenliği konularında görevli teknik bir kişi'dir. Yasa anılan kuruldun, işçi sağlığı ve iş güvenliğinin her alanında etkinlik beklenmektedir.

Yargıtay'ın çeşitli kararlarınca da desteklenen İş Kanunu'nun 73'ncü maddesi ve işçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü'nün 3'ncü ve 4'ncü maddeleri gözönüne alındığında işverenlerin; işçilerin sağlığını ve güvenliğini koruma ve geliştirilmesine ilişkin çok geniş yükümlülüklerinin olduğu söylenebilir. Bu yükümlülüklerin tam yerine getirilememesi sonucu karşılaşılan iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu işçiye milyarları (TL) aşan tazminatlar ödenmektedir. Bu bağlamda; yukarıda özetlenen iş hijyeni ve güvenliği hizmetlerinin karşılanması için ülkemizde orta ve büyük ölçekli denilebilecek işyerlerinin büyük çoğunluğunda iş güvenliği görevlilerinin çalıştırıldığı görülmektedir.

TAI TUSAŞ Havacılık ve Uzay Sanayii A.Ş. gibi bazı kuruluşlarda End. Hijyenisti ve İş Güvenliği Şefi, İş Hijyenistleri ve Güvenlik Mühendisleri çalıştırılmaktadır. KORDSA A.Ş. gibi bazı kuruluşlarda İş Hijyeni ve İş Güvenliği Uzmanlığı tek bir Mühendis tarafından yürütülmektedir. Demir Çelik Fabrikaları gibi büyük kuruluşlarda ise "İş Güvenliği Müdürlüğü" şeklinde örgütlenilmektedir.

İş Hijyeni ve İş Güvenliği Mühendisliği / Uzmanlığını yapan kişiler, önceleri, genellikle Çalışma Bakanlığında İş Güvenliği Müfettişliği yapmış kişiler veya işyerlerinde kurs ve seminerlerle yetiştirilmiş teknik elemanlar olurdu. Yaklaşık 20 yıldan beri Bazı Üniversitelerimizde sayıları çok olmasa da mas-ter ve doktora yapan kimyager, mühendis, biyolog vb. kökenli İş Hijyenistleri ve Güvenlik Uzmanları yetiştirilmektedir. İş Hijyenistliği ve Güvenlik Uzmanlığı'nın aranan meslekler arasına girdiğini söyleyebiliriz.

Kim. Y. Müh. Mustafa Taşyürek

İŞ SAĞLIĞI ÇALIŞMALARINDA GÜZEL BİR BAŞLANGIÇ, YENİCE İŞ SAĞLIĞI MERKEZİ (YISME) DENEYİ

Sanayileşme ve toplumsal değişime bağlı olarak üretime katkıda bulunanların da sağlık sorunları değişmektedir. Bu sağlık hizmetlerinin sunumunda risk gruplarının iyi belirlenmesini de gerektirmektedir, özellikle sanayide İşçi olarak çalışanların artışı giderek, nüfusun önemli bir kısmını oluşturması sağlık hizmetlerinde öncelikleri ve sağlık personelinin eğitiminde de programları buna göre belirlemeyi zorunlu kılmaktadır.

1975 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İle Sağlık Bakanlığının bir protokolle kurdukları Çubuk Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu'na bağlı Yenice Sağlık Ocağı'ndaki 3 yıllık çalışma sonuçları, burada sağlık hizmetlerinin içinde İş Sağlığına yönelik bazı hizmetlerin geliştirilmesi gerektiğini göstermiştir. Bu Sağlık Ocağı çevresinde 5 km uzaklık içinde değişik büyüklükteki ve farklı iş kollarında 24 iş yerinde yaklaşık 2400 işçinin çalıştığı yerleri kapsayan bir İş Sağlığı Birimi'nin kurulması kararlaştırılmış, 1979 yılında yapılan hazırlıklardan sonra 1980 yılında hizmete başlamıştır. Planlama aşamasında ilgili işveren ve işçi temsilcileri ve diğer kamu kuruluştan (Çalışma Bak., Sağlık Bakanlığı) yetkilileri ile birlikte iki danışma toplantısı yapılarak ilgililerin görüşleri alınmıştır.

YISME'nin temel amaçları;

1. Yenice çevresinde; işyerlerinde ve bu işyerlerinde çalışanlara İş Sağlığı hizmeti sağlamak.
2. Uzun süreli ve planlı İş Sağlığı çalışmaları ile hizmet götürülen işyerlerinden bilimsel veriler toplamak ve bunları ilgililere duyurmak. Böylelikle ülke çapındaki İş Sağlığı gelişmelerine katkıda bulunmak.
3. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ile İş Sağlığı hizmeti yürütümü arasında eşgüdümün en iyi biçimde nasıl sağlanabileceğine ilişkin bir model oluşturmak.
4. Tıp öğrencilerinin ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalında Halk Sağlığı

uzmanlığı yapan hekimlerin sağlık bilimleri iş sağlığı programında eğitim gören Bilim Uzmanlığı ve Doktora öğrencilerinin iş sağlığı konularında öğretim ve eğitimlerine olanak sağlamak.

5. Hekim dışı sağlık personelinin özellikle hemşire ve sağlık memuru ve çevre sağlığı teknisyenlerinin İş Sağlığı hizmeti ekibindeki işlevlerinin ve sorumluluklarını belirleyecek araştırmalar yapmak, onların mesleki gelişimlerini sağlamak.

6. İş Sağlığı konularına ilişkin uygulamalı araştırmalar yapmak. şeklinde belirtilmiştir.

Uygulama sırasında:

Ayrıca Türkiye'de iş sağlığı konusunda hizmet veren ya da sorumluluğu olan diğer kurum ve kuruluşlarla iş birliği yaparak işyerlerinin yoğun olduğu yerlerde bir İş Sağlığı hizmet modeli geliştirmek. (Sağ. Bakanlığı Çalışma Bakanlığı İSGÜM, S.S.K. vb.)

YİSME'nin hizmetlerini düzenli ve başarılı vermek için bir Hizmet Yönergesi hazırlanmıştır.

Bu merkezin 1980-85 yılları arası çalışmaları bir kitapçıkta toplanarak Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilimdalı tarafından yayımlanmıştır. (Yayın No: 86/38)

Bu güne kadarki gelişmeler ve YİS-ME de yapılan son gözlemlere göre:

* Tıp öğrencileri ve diğer sağlık personelinin eğitimi verilmektedir.

* Çevredeki iş yerlerinin iş yeri hekimliği dışındaki Sağlık Bakanlığı'nın sorumlu olduğu hizmetler verilmektedir.

* Belirlenen düzeyde bir araştırma ve geliştirme çalışmaları yapılamamaktadır.

* ilgili kurum ve kuruluşların işbirliği sağlanamamıştır.

* Başta Sağlık Bakanlığı, ilgili Tıp Fakülteleri ve diğer kamu kuruluşlarının konuya ilgilerinin giderek artması beklenirken, giderek azaldığı görülmektedir.

* Bütün bu olumsuz gelişmelere karşın YİSME, konuya ilgi duyanların incelemeleri gereken bir olgu olarak ele alınabilir.

Doç. Dr. Remzi AYGÜN

İŞYERİ SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ ULUSLARARASI ÇALIŞMA SÖZLEŞMESİ (No 161)

(71. Uluslararası Çalışma Konferansı bindokuzyüz seksen beş yılının. Haziran ayının, 26. günü işyeri Sağlık Hizmetleri Sözleşmesi, 1985, olarak adlandırılan aşağıdaki sözleşmeyi kabul etmiştir.)

1. KISIM, ULUSAL POLİTİKANIN İLKELEİ Madde 1

Bu sözleşmenin amaçlarına göre;

a) "işyeri Sağlık Hizmetleri" terimi, gerekli görülen koruyucu işlevlerle görevlendirilen ve işveren, işçi ve temsilci örgütleri için

i) işe bağlı optimal fiziksel ve ruhsal sağlığı geliştirecek, güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamının kurulması ve sağlanmasındaki gereksinimleri ile

ii) işçilerin fiziksel ve ruhsal sağlık durumları ışığında, işin, onların kapasitelerine uyarlanmasından sorumlu hizmetler anlamına gelmektedir.

b) Sözü edilen "işçi Temsilcileri", belirli ulusal yasa veya uygulamalar altında kabul edilen kişilerdir.

Madde 2

Her üye, ulusal koşulların ve uygulamaların ışığında işçi ve işveren temsilcisi örgütlere danışılarak, işyeri sağlık hizmetleri hakkında, tutarlı bir ulusal politika oluşturacak, uygulayacak ve bunu düzenli aralıklarla gözden geçirecektir.

Madde 3

1) Her üye, kamu sektörü ve üretim kooperatifleri üyesi olan kuruluşlarda, ekonomik etkinlik dalları ve tüm işletme alanlarındaki işçiler dahil olmak üzere, tüm işçiler için, işyeri sağlık hizmetlerini, devamlı olarak geliştirmeyi üstlenir. Önlemler, işletmelerin kendine özgü tehlikelerine uygun olarak ve yeterli bir şekilde alınmalıdır.

2) Eğer, işyeri sağlık hizmetleri, tüm İşletmeler için hemen kurulamazsa bu sözleşmeyi onaylayan her üye, işçi ve işveren temsilcisi örgütlere danışarak, bazı hizmetlerin kurulması için planlar düzenleyecektir.

3) Bu sözleşmeyi onaylayan her üye, ILO Anayasasının Sözleşmeleri'nin uygulanması hakkındaki 22. paragrafına göre, planlar düzenleyerek, sonraki raporlarında bu planların uygulamasında bir gelişme olup olmadığını belirtecektir.

Madde 4

Yetkili kurum veya kuruluş bu sözleşmenin hazırlanmasında etkisi olabilecek ölçülerde, işçi ve işveren temsilcisi örgütlere danışacaktır.

2. KISIM, İŞLEVLER Madde 5

Her işverenin, önyargısız, işyerindeki işçilerin sağlığı ve güvenliği için sorumluluk alması ve işyeri sağlık ve güvenliğine işçilerin katılımlarının gerekliliğini kabul etmesi ile işyeri sağlık hizmetleri, aşağıdaki bazı işlevleri. İşletmenin kendine özgü tehlikelerine uygun olarak yeterli bir şekilde yapacaktır.

a) İşyerinde, sağlık yönünden tehlikeli durumların tanımlanması ve değerlendirilmesi,

b) işveren tarafından sağlanan kolaylıklarla, sağlıklı ilgili donanımı kantin ve evi de içeren, çalışma ortamında ve işin uygulanmasında, işçinin sağlığını etkileyebilecek etkenlerin gözetimi,

c) İşyerinin tasarımını içeren, işin planlanması ve düzenlenmesi, makine ve diğer ekipmanların seçimi,

bakımı ve koşullarının sağlanması ve işte kullanılan maddeler hakkında tavsiyelerde bulunulması,
d) Yeni ekipmanların sağlık yönünden denenmesi ve değerlendirilmesi yanında, İş uygulamalarının iyileştirilmesi için programların geliştirilmesinde katılımın sağlanması,
e) işyeri sağlığı, güvenlik ve hijyeni, ergonomisi ile bireysel ve kolektif koruyucu donanım hakkında tavsiyelerin sunulması.

O işçilerin işe bağlı sağlıklarının gözetimi,

g) işçinin, işe uyumunun sağlanması,

h) Mesleksel rehabilitasyon ölçülerine katkıda bulunulması,

i) İşyeri sağlığı, hijyen ve ergonomisi alanlarında bilgilendirme, eğitim ve öğretimin sağlanabilmesi için işbirliği yapılması,

j) İlk yardım ve acil durumlar için düzenlenmelerin yapılması,

k) İş kaza ve hastalıklarının çözümlenmesi katılımın sağlanması,

3. KISIM, ORGANİZASYON

Madde 6

İşyeri sağlık hizmetlerinin kurulması için yapılacak hazırlıklar;

a) Kanun veya yönetmeliklerle veya

b) Kolektif kararlar veya işveren ve işçilerin onayladıkları kararlar ile veya

c) İşçi ve işveren temsilcisi örgütlere danıştıktan sonra yetkili kurum veya kuruluş tarafından onaylanır.

Madde 7

1) İşyeri sağlık hizmetleri, bir işletmenin veya uygun görülen birkaç işletmenin ortak bir hizmeti olarak düzenlenebilir.

2) Ulusal koşullar ve uygulamalara göre, işyeri sağlık hizmetler;

a) Bu sözleşmeyi onaylayan İşletme veya işletme grupları

b) Kamu yetkilileri veya resmi hizmetler

c) Sosyal güvenlik kurumları

d) Yetkili kurum veya kuruluşlarca oluşturulmuş diğer gruplar

e) Yukarıdakilerden birkaçının kombinasyonu, tarafından düzenlenebilir.

Madde 8

İşveren ve işçi temsilcisi örgütleri, eşitlikçi bir temelde, işyeri sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde ve diğer ilgili ölçülerin tamamlanmasında katılım sağlayacak ve birlikte çalışacaktır.

4. KISIM, ÇALIŞMA KOŞULLARI

Madde 9

1) Ulusal yasa ve uygulamalara uygun olarak, işyeri sağlık hizmetleri, multi-disipliner olmalıdır. Personelin tümü, yapılacak işlerin niteliklerine göre belirlenmelidir.

2) İşyeri sağlık hizmetleri, kendi işlevlerini, işletmedeki diğer hizmetlerle birlikte çalışarak yerine getirecektir.

3) Ölçüler, ulusal yasa ve uygulamalara göre, işyeri sağlık hizmetleri arasında ve uygun olan sağlık hizmetleri ile ilgili diğer kuruluşlarla yeterli bir koordinasyon ve birlikte çalışmayı sağlayacak şekilde olmalıdır.

Madde 10

İşyeri sağlık hizmetlerini veren, madde 5'de belirtilen işlevlerle bağlantılı olarak, personel, işveren, işçi ve temsilci örgütlerinden bağımsız ve profesyonel (uzman) olmalıdır.

Madde 11

Yetkili kurum veya kuruluş, ulusal yasa ve uygulamalara uygun olarak, yapılacak işlerin niteliklerine göre, işyeri sağlık hizmetlerini veren personel için gerekli görülen özellikleri belirleyecektir.

Madde 12

İşçilerin, işe bağlı sağlığının gözetimi, işçilerin kazançlarında bir kayıp yaratmadan, ücretsiz olacak ve mümkün olduğu kadar iş saatleri dışında yer alacaktır.

Madde 13

Tüm işçilere, işlerindeki sağlık yönünden tehlikeli durumlar bildirilecektir.

Madde 14

Çalışma ortamında, işçilerin sağlığını etkileyebilecek, bilinen veya şüphelenilen, her etken, işveren ve işçiler tarafından, işyeri sağlık hizmetlerine bildirilecektir.

Madde 15

İşçiler arasında hasta olan veya bir sağlık sorunu sebebiyle işten ayrılanlar, işyerinde olabilecek sağlığa yönelik bir tehlike ile ayrılan işçilerin hastalık sebepleri arasında bir bağlantı olup olmadığını tanımlamak amacıyla, işyeri sağlık hizmetlerine bildirilecektir.

5. KISIM GENEL KOŞULLAR

Madde 16

(Ulusal kanun ve yönetmelikler, işyeri sağlık hizmetlerinin çalışma, yönetim ve denetiminden sorumlu kurum ve kuruluşları belirtmektedir.)

Madde 17-24 : Standard son koşullar

(Çeviren: Aysin KOÇAK)

ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEN ÖRNEKLER

ULUSLARARASI HUKUKTA İŞÇİ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU

Prof. Dr. Murat DEMİRCİOĞLU

Yıldız Teknik Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Öğretim Üyesi

Ülkeler mevzuatı tarandığında iş sağlığı hizmetlerinin genelde mevzuatla düzenlenmiş olduğunu görüyoruz. Ancak buna karşın İsveç ve Norveç örneğinde olduğu gibi bu hizmetlerin merkezi ya da yerel toplu iş sözleşmesi hükümlerine bırakılması da mümkündür, işçi sağlığı hizmetlerini mevzuatla düzenleyen ülkeler ise bu hizmetlerin kurulması ve organizasyonu bakımından farklılık gösterirler. Şöyle ki;

1- İşçi sağlığı hizmetleri kimi ülkelerde işverenlerin inisiyatifindedir. İngiltere, ABD, Hindistan ve Pakistan bu ülkelerdendir,

2- Kimi ülkelerde ise bu hizmetlerin getirilmesi zorunludur, işverenin artık inisiyatifi söz konusu değildir. Avusturya, Hollanda, Belçika, Danimarka, Fransa, Almanya, İspanya'da olduğu gibi. Örneğin Belçika'da işgüvenliği tüzüğüne göre aile şirketleri hariç tüm işverenler işyerleriyle ilgili olarak bir servis şefi tarafından yönetilen hijyen ve güvenlik servisi oluşturmakla yükümlüdürler. (Md. 830-836). Yine Fransa'da işgüvenliği ve Sağlığı Yasası'na göre, bu yasaya bağlı tüm işletme ve işyerlerinde bir tıbbi servis örgütü kurmak ve zorunluluktur. 8 Kasım 1980 tarihli Hollanda Çalışma Ortamı Yasası da 17. maddesi ile benzer yükümlülükler kabul etmiştir.

3- İster isteğe bağlı olarak ister yasa gereği kurulsun ülkelerde bu hizmetlerin tek bir işyerine ya da birkaç işyerine ortaklaşa hizmet edebilecek tarzda kurulabilecekleri de kabul edilmiştir, Avusturya çalışma yasası bu konuda tipik örnektir. Bu Yasa'nın 22. maddesine göre "750 işçiden fazla işçiyi çalıştıran her işyeri sahibi, işin kapsamına, çalışan işçilerin kapasitesine, yine çalışan işçilerin sağlığını tehlikeye sokacak hastalıkların boyut ve derecesine karşı koyacak bir sağlık servisi kurmak zorundadır. Çalıştırdıkları işin özelliğinden kaynaklanan ve çalışan işçi sayısının büyük bir kısmını sağlık açısından tehlikeye sokacak işyerleri için çalışma müfettişliği, işverene bağlı 6 aylık bir zaman dilimini geçmeyecek şekilde istetmede sağlık hizmetini kurdurur. Ayrıca yasaya aykırı olmamak koşuluyla bir işletme sağlık hizmeti bir kaç işyeri için ortak olarak ta tesis edilebilir."

4- Yine kimi ülkelerde bu servislerin kurulabilmesi için işyerinde çalışan işçi sayısı belirleyici olmaktadır. Örneğin Brezilya'da 100 kişiden fazla işçi çalıştıran yerlerde iş sağlığı hizmetleri organizasyonunun kurulması zorunludur. Daha az sayıda işçi çalıştıran işyerlerinde işe giren işçilerin tıbbi muayeneleri devletçe yapılan anlaşma uyarınca genel sağlık merkezleri ya da sosyal güvenlik tıp hizmetleri tarafından yerine getirilmektedir. Yine Avusturya Çalışma Yaşamını Koruma Yasası'nın 27. maddesine göre; 750 işçiden fazla işçi çalıştıran her işyeri sahibi, işin kapsamına, çalışan işçilerin konumuna, aynı zamanda çalışan işçilerin sağlığını tehlikeye sokacak hastalıkların boyutlarına göre bir sağlık hizmeti kurmak zorundadır. Örneğin Belçika'daki düzenlemeye göre ise büyük işletmeye yakın olan ya da büyük işletmenin işlerini yapan küçük işletmeler belli koşullarda işçi sağlığı hizmetlerinden yararlanıyorlar.

5- Fransa, Belçika, Tunus, Fas gibi ülkeler de ise sağlık hizmetlerinin verileceği en az süre bu hizmetlerden yararlanacak işçi sayısına göre belirlenmektedir. Örneğin Fransa'da işyerlerinde kurulması zorunlu olan bu hizmetlerin ayda 169 saatten az olmayacak bir hizmet sunması gereklidir. Fransa'daki mevzuata göre; işyeri hekiminin çalışacağı süre ayda 20 saatten az olan işyerleri ya da başka bir işyerinin sağlık servisine başvururlar ya da kendileri gibi öteki küçük işyerleri ile işyerleri arası ortak bir sağlık hizmetleri servisi oluştururlar.

6- Bazı ülkelerde ise işçi sağlık hizmetleri işyerlerinin katkılarıyla ama bizzat devlet tarafından yürütülmektedir. Örneğin Şili'de işyeri düzeyinde iş sağlığı hizmetlerinden hükümet kontrolü altında işleyen ve işverenler tarafından finanse edilen sosyal güvenlik kuruluşları sorumludurlar. Bulgaristan, Küba, Çekoslovakya, Polonya gibi eski sosyalist bloku ülkelerinde ise işçi sağlığı hizmetleri devletin genel sağlık hizmetleri arasında yer almakta işçi örgütleri ise bu sistemde önemli rol oynamaktadırlar.

HEDEF

İŞYERİ HEKİMLİĞİ VE HEKİMLERİN MESLEK ÖRGÜTÜ

Doç. Dr. A. Gürhan Fişek

Türkiye'de işçi sağlığına yönelik ilginin gelişmesinde Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) her zaman ayrı ve özgün bir yeri olmuştur.

Hiç kuşkusuz bu yönelişte, hekimlerin konuya ilgisinin payı belirleyicidir. Ülke ölçüsünde sosyal politikaları etkileyen girişimlerde hekimlerin ağırlıklı rol alması, yalnızca ülkemizde olmamıştır.

Büyük Sanayi Devrimi'nin ortaya çıkışından sonra İngiliz halkı, kırsal alandan kentlere yoğun olarak göç etti ve vahşice sömürüldü. Ülkenin geleceğini tehlikeye sokacak ölçüde kuşaklar hırpalandı. Beslenme yetersizlikleri, gelişme bozuklukları, bulaşıcı hastalıklar ve meslek hastalıkları, bu vahşi kapitalizmin bıraktığı ayak izleri oldu. Ayak izlerinin belgelenmesinde ve sergilenmesinde hekimlerin önemli payı oldu. Bu izler bugün de insan belleğinden silinmemiştir. Uluslararası planda, işçilere yönelik bir çok insan hakları girişiminde bunların etkisi hissedilir.

Toplumdaki sağlıksızlığa kayıtsız kalamayan bazı değerli İngiliz bilim insanları, araştırmalarıyla yayınlarla ve parlamento düzeyindeki girişimleri ile önce çocuk işçiler için, sonra kadın işçiler için yasalar çıkarttırmayı başardılar. Yine bu değerli insanlarla, onlara yandaş olanlar 19. yüzyılın ilk yarısında, İngiltere'de fabrikalarda hekim bulundurulması zorunluluğunu getirdiler.

Ülkemizde, ilk zorunlu işyeri hekimi istihdamı madenlerde gerçekleşmiştir (1869). Ülke ölçüsünde işyerlerinde hekim bulundurma zorunluluğu ise İngiltere'den 100 yıl sonra 1930'da sağlanabilmiştir. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (Um-HıfK) Madde 180 ile "Devamlı olarak en az elli işçi çalıştıran bütün iş sahipleri, işçilerinin sıhhi ahvaline bakmak üzere, bir veya müteaddit tabibin sıhhi murakabesini temine ve hastalarını tedaviye mecburdur. Büyük müessesatta veya kaza ihtimali çok işlerde tabip daimi olarak iş mahallerinde yahut civarında bulunur. (...)" hükmü getirilmiştir.

Bu tarihte, Türkiye'de tüm işyerlerini kapsayan bir iş yasası yoktu. Um-HıfK'nun önemi, 7 yıl boyunca, çalışma yaşamına da yön vermesidir. 1937'yi izleyen yıllarda da, çalışma yaşamında ağırlığını korumuştur. Bu yasayla hekimlere verilen koruyucu hizmet görevlerinin, 1950 yılında Hastalık Sigortası Kanunu'nun çıkışıyla birlikte, ortadan kaldırıldığı sanılmıştır (1). Bu sanının yaygınca desteklenmesi, uzun yıllar işyerinde hekimlik yapanların da yalnızca tedavi hizmetleri ile ilgilenmesine neden olmuştur.

İşyeri hekimlerini tedavi edici hizmetlere hapsedmeyi kazanç sayan çevrelerin oyunu, 1978 sonrası Çalışma Bakanlığı'nda yürütülen çalışmalar (örneğin işçi sağlığı iş güvenliği denetiminin etkinleştirilmesi. Ulusal Düzeyde İşçi Sağlığı İş Güvenliği Kurulu vb.) ve 4.7.1980 yılında çıkarılan "İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hk. Yönetmelik" ile bozulmuştur. Bütün bu girişimlerde, Çalışma Bakanlığı'nda görevli ve yıllarını işçi sağlığı alanına vermiş hekimlerin çabaları başat bir rol oynamıştır, işyeri hekimlerine ilişkin olarak çıkarılan bu yönetmelik de uzun yıllar gözlerden saklanmaya çalışılmış ve raflarda tozlandırılmıştır.

Bu saklambaç oyununu bozan da Türk Tabipleri Birliği olmuştur. 28.6.1987'de aldığı Kongre Kararı ve bunu izleyen etkinlikleri ile TTB, konuyu getirip sağlık ve çalışma kamuoylarının önüne koymuştur.

Kongre'den bir gün önce, 3. toplantısını yapan İşçi Sağlığı Kolu'nca hazırlanan karar gerekçesinde şöyle denmektedir:

"İşçilerin işyerinden kaynaklanan çeşitli etmenler dolayısıyla kazaya uğramaları ve hastalanmaları; varolan hastalıklarının ilerlemesi hekimlerin ve bu sağlık zararları ile ilgilenen bir grup uzmanın ana ilgi alanlarından biri haline gelmiştir. Özellikle sanayileşmenin hızlandığı günümüzde, işçi sağlığı, tıpta bir uzmanlık dalı olarak benimsenmiştir.

İşçi sağlığı ile ilgilenen hekimler arasında, hiç kuşkusuz, en zor görev işyeri hekimlerine düşmektedir. Gerek işçilerin çalışma koşullarını daha yakından tanıyabilme olanakları ve gerekse işçilerin sağlık durumlarını bilmeleri, onları, çok özel bir konuma getirmektedir. Hekim, hem çalıştığı işyerindeki bir çok görevliden çok daha ehliyetle konuya sahip çıkabilir; hem de diğer meslektaşlarına, bu hastanın ya da yaralının tedavisinde yol gösterici olabilir.

İşte bu çok özel konum, hekimlerin işçi sağlığı konusunda bilgili olmaları ile pekiştirilebilecektir. Aksi ise, hekimlerin, hem bu özel konularını yitirmelerine ve hem de meslek saygınlığının zedelenmesi sonucunu doğuracaktır. (...)

Odaların, (...) hem üyelerine yeni iş alanları açmak ve hem de mevcut işlerin adilane dağılımını sağlamak üzere etkinliklerini arttırmaları da bir zorunluluktur.'

Bu gerekçelerle Türk Tabipleri Birliği 35. Kongresi'ne sunulan ve oybirliğiyle kabul edilen "Karar" ise şöyleydi: 'Odaların, işyeri hekimi atamasında yasal görevlerini iyi bir şekilde yapabilmesi için, yasa gereği hekim bulundurma zorunda olan işyerlerini saptaması, izlemesi ve işyerlerine "İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları, Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik" gereğince "İş Hekimliği Sertifikası" konusunda, odalara yardımcı olmak üzere Merkez Konseyi kurslar düzenlemelidir."

TTB yine 1988 yılında düzenlediği II. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi (4-7 Nisan 1988, Ankara) ile de Kongre Kararı'nı kamuoyuna duyurma ve onun desteğini isteme olanağını bulmuştur(2). Türk Tabipleri Birliği'nin o tarihteki Başkanı Prof. Dr. Nusret H. Fişek, TMMOB tarafından düzenlenen "İnsan-Makine ilişkisi Sempozyumunda (16.11.1987, Bursa) yaptığı konuşmada, şöyle diyordu:

"Yabancı ülkelerde Halk Sağlığı Fakülteleri, işçi sağlığı ve güvenliği konusunda araştırmalar yapan ve personel yetiştiren kurumlardır. Ülkemizde üniversitelere yön vermek üzere kurulan YÖK, dünyada her gelişmiş üniversitede Halk Sağlığı Fakültesi bulunmasına karşın, Türkiye'de hiç bir üniversitede bu konuyu bilimsel yönden ele alacak ve personel yetiştirecek bir kurum, ilgililerin ısrarına rağmen, açmamıştır. Türk Tabipleri Birliği bu açığı kapamak için çalışmalara başlamış ve işçi sağlığı konusunda en yetkili altı hekimimizden oluşan bir kurul kurmuştur. Kurul ele alınacak ilk sorunun işyeri hekimlerinin eğitilmesi olduğunu gözönüne alarak bir eğitim programı hazırlamıştır. Tabip Odaları'nın işyerlerine atanacak hekimleri seçme yetkisi vardır. Merkez Konseyimiz bu yetkiden yararlanarak Kurulun hazırladığı programını aşamalı olarak uygulanmasına karar vermiştir."

II. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi'nin açılış konuşmasında ise şöyle diyordu:

"Bu Kongre'yi Türk Tabipleri Birliği düzenlemiş olabilir. Ama şu bilinmelidir ki, biz bu Kongre'yi, yalnızca bizim çabamızın değil, kolektif bir çabanın ürünü olarak görüyoruz. Bu kolektif çaba, ülkemizde işçi sağlığı iş güvenliği konularına ne denli ilgi duyulduğunu da göstermiştir. Biz, gizli kalmış potansiyelin su yüzüne çıkmasını ve Kongre boyunca bu alandaki işbirliğinin gelişmesini amaçladık. Eldeki göstergelere bakarak, bunun başarılı olduğu anlaşılmaktadır.

Bildiğiniz gibi, Türk Tabipleri Birliği, Anayasamızın merkezi ve yerel yönetim yanında kurduğu özerk kamu kuruluşlarından biridir. TTB yasası bize, hem hekimlerin haklarının korunmasını; hem hekimliğin kamu ve kişi yararına uygulanması ve geliştirilmesini sağlamak görevini vermiştir. Bizim işçi sağlığı ve işyeri hekimliği ile ilgilenmemizin nedeni budur." (3)

Bu kongre de, tıpkı I. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi'nde (19-21 Ekim 1978, İstanbul) olduğu gibi, yaygın katılım ve coşkuyla gerçekleştirilmiştir. Sendikaların, bilim insanlarının ve tabip odalarının desteği, uygulamaya konulan "iş hekimliği sertifikası programı" ile buna bağlı eylem zincirinin de benimsenmesinde etkili olmuştur. TTB'nin "İş Hekimliği Eylem Planı" yıllardır varolan bir kaç hükme dayanıyordu. Bunlar,

* TTB Yasası Madde 5 ve 28

* 7.5.1987 tarih ve 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun sürekli eğitimle ilgili hükümleri

* İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik (İşyHekYön.) Madde 4 ve 6. İşyHekYön., işyeri hekimini, iş hekimliği alanında bilgi ve beceri sahibi hekim olarak tanımlıyordu (Madde 3). Ama İşyerlerine baktığımızda, bu niteliğe uyan ancak bir kaç hekimle karşılaşabiliyorduk. O tarihte, ancak 2-3 Tıp Fakültesi'nde, 6-7 yıllık tıp eğitimi boyunca, en çok 8 saat iş sağlığı dersleri okutuluyordu. Bu alanda, lisansüstü çalışma yapan hekim sayısı ise 1'di.

O zaman şu soru akla geliyordu? İş hekimliğini bilmeyen işyeri hekimleri, bugüne değin, işyerinde ne yapıyorlardı? Bir kez, iş hekimliğini bilir görünüyorlardı. En tehlikelisi buydu; çünkü Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'ne göre bir meslek ahlak kuralı çiğneniyor insanlar aldatılıyordu. Bu tüzüğü izlemekle görevli olan TTB'nin buna kayıtsız kalması da suçtu.

İkincisi, iş hekimliğini bilmeyen hekimler, asıl görevlerini bırakıp, zorunlu olmadıkları tedavi hizmeti görevlerine yöneliyorlar ve yalnızca bununla ilgileniyorlardı. Bu da çok önemli bir mesleki hatayı beraberinde getiriyordu; işçilere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri örgütlenmediği için, meslek hastalıklardan önlenemiyor ve gözden kaçırılıyordu. Bunun yanında, iş kazalarına, kronik hastaların, yaşlıların, sakatların, kadınların ve çalışan çocukların korunmasına ilişkin çalışmalar unutuluyordu.

Üçüncüsü, iş hekimliği ile uğraşmayan işyeri hekimleri, görev alanlarını daraltarak, hem kendi özlük haklarını zedeliyorlar; hem de, meslektaşları için yeni yeni iş alanları açılmasını önüyorlardı. 1988 öncesi yapılan çeşitli araştırmalarda, 25 işyerinin aynı anda işyeri hekimliğini yapan hekimler saptanmıştır. Bu 25 işyerinden alınan küçük küçük ücretler, ancak bir tek işyerinin hekimliğinden alınacak ücrete eşdeğerti. Ama işyerlerinden alınacak en az ücretler konusunda bir standart yoktu; işyeri hekimleri için, kurumlarla anlaşma yapacak hekimler için konulan "asgari sözleşme ücreti" bir ölçüt olarak kullanılmaya çalışılıyordu.

İşyeri hekimliği bir ek işti. Onun için de tabip odalarından, TTB Kanunu Madde 4 gereği izin alınarak yapılması gerekiyordu. Gerçekten de hekimler bu izin için tabip odasına başvuruyorlardı; çünkü, SSK. ilaç yazma yetkisi vermek için böylesi bir yazı tekliyordu. Ancak tabip odaları bu izni verirken hiçbir denetim uygulamıyor; hatta bu konudaki kayıtları da düzgün tutmuyorlardı. Tabip odaları, bu konudaki potansiyel güçlerinin farında değildi; üyeleri de, tabip oda-arından bir şey beklemiyordu. Görünürde bir denge vardı; ama bu denge olumsuzluklar üzerine kurulmuştu.

TTB'nin 35. Kongresi'nde (1987) alınan karar, getirisi yeterince bilinemedi; ama, bir umut ve iyi niyetli bir çıkış olarak değerlendirildi. Bu karar 2 önemli sonuç getiriyordu:

1. Bundan böyle tabip odaları, kendilerine başvurarak işyeri hekimi olmak için izin isteyen hekimlerin kayıtlarını düzenli olarak tutacaklardı.

2. Bu hekimlerden, işyeri hekimliği yapmaya elverişli olduğunun ölçütü olan en azından bir "İş Hekimliği Sertifikası" istenecekti.

O tarihte, "İş Hekimliği Sertifikası" veren, üniversiteler de içinde olmak üzere hiçbir kurum yoktu. İşyHekYön'e koymuş olmasına ve aradan 8 yıl geçmiş olmasına karşın Çalışma Bakanlığı da böyle bir sertifikası programı oluşturamamıştı. Bu alanda, lisans üstü çalışmalar yapan ve kendisini bu alanda kabul ettiren kişi sayısı da, ülke çapında 6-7'yi geçmiyordu.

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, bu eksikliği gidermek üzere, alanındaki en yetkin kişilerin yer aldığı İşçi Sağlığı Kolu'nun kesin söz ve karar sahibi olduğu bir kurs başlattı. İş hekimliği sertifikası kursunun ilk aşaması

36 saatlik bir programdı ve her yıl gerçekleştirilecek 4 saatlik "sürekli eğitim konferansları" ile bu süre arttırılacaktı.

Türk Tabipleri Birliği işçi Sağlığı Kolu'nun, kesin söz ve karar sahibi olduğu konu, yalnızca eğitim programları değildi. TTB Merkez Konseyi'nin, iş hekimliği alanındaki politika, strateji ve uygulamaları konusunda da tartışmasız bir otoritesi vardı.

Üzerinde ısrarla durduğumuz bu saygınlık ve gücün, elde edilen başarıda çok önemli bir payı olmuştur. Her şeyden önce bilimsel titizlikle, uygulamanın usanmaz ödün istekleri, önemli ölçüde frenlenebilmişti. Ancak bütün bilimselliği ve ülkü için atılan adımlara karşın, yapılanlar, daha sonraki yıllardaki bozulmanın da tohumlarını içinde taşıyordu.

Sözgelimi, kursların ücretli olarak yapılması gibi. Ülke çapında ve hızlı tempoda yürütülecek bir programda, eğitimcilerin en az yorucu yolla illere ulaştırılması ve dinlenmelerinin sağlanması; gelir sağlanan bir etkinlikte emeklerinin karşılığı olmasa bile ona yakışan bir ders ücreti ödenmesi gerekliydi. Küçük bir üye grubu için yapılacak çalışmada, örgütün, tüm üyeleri için ayrılan fonlarının kullanılması da haksızlıktı. Bunun için, işçi sağlığı kolu çalışmaları için kurs gelirlerinden oluşan ayrı bir fon oluşturuldu ve Merkez Konseyi, ilk iki yıl boyunca Kol'dan izin almadan, ayrı bir hesapta tutulan fonu hiçbir zaman kullanmadı.

İş Hekimliği Sertifika Kursları'nın ilki İstanbul'da, çağrılı 60 hekimden 38'inin katılımı ile başladı, İstanbul Tabip Odası'nın düzenleme konusundaki titizliği, katılımcıların devamını izleme konusundaki özeni ve İşçi Sağlığı Kolu'nun eğitim kalitesine yönelik "mükemmeliyetçi" yaklaşımı en zor engelin aşılmasını sağladı, İstanbul'daki kursu 4 ay sonra Eskişehir izledi. Bu ön uygulamalardan sonra, tabip odalarının ve hekimlerin istemleri, uygulamanın yaygınlaştırılması için önemli bir itici güç oluşturdu. Bir genelge ile uygulama, tüm tabip odalarını kapsayacak biçimde yaygınlaştırıldı. 1990 ilkbaharında kurs düzenlenen oda sayısı 17'yi bulmuştu. Ülkenin dört bir yanında, tek bir merkezden yönlendirilen programlar ve gönderilen eğitimlerle, sunuşların belirli bir kalite düzeyinde tutulması sağlanmaya çalışıldı.

İş Hekimliği Sertifika Kursları'nın bu denli yaygınlaşmasında ve tutulmasındaki etmenlerin başında, tabip odalarının uygulamaya ağırlıklarını koymaları geliyordu. Bölgelerindeki işyerlerinin saptanması, hekim bulundurmayan işyerlerine yönelik yasal işlemlere kadar varan uygulamalara yönelmesi ve hekimlerin işe yerleştirilmelerinde gösterilen başarı, umut verici olmuştu.

"1988'in ilk aylarında başlatılan İş Hekimliği Sertifika Kursu Uygulaması, çok kısa sürede köklenmiş ve filizlerini vermeye başlamıştır. Bunda, doğru ve gerçekçi politikalar izlenmiş olmasının ve atılımların tam zamanında yapılmış olmasının önemli payı vardır.

1990 sonbaharında da, TTB, işçi sağlığı etkinlikleri yönünden, yoğun bir atılım zorunluluğu ile karşı karşıyaydı. Sertifikalı hekim sayısı 4400'ü bulmuştu. Bazı tabip odaları, işyeri hekimlerine yönelik hizmetler bakımından beklenen örgütlülüğe yaklaşmıştı. Çeşitli odalar arasındaki farklı uygulamaları gidermek ve ülke çapında örgütlülüğü arttırmak için, varolan "eşgüdüm-iletişim görevlilerinin sayısını ve odaları ziyaret sıklıklarını arttırmak zorunluuydu.

Öte yandan İşyeri hekimliği, yalnızca stetoskopa yapılabilecek bir görev değildir. Çalışılan işyerinin özelliklerine göre, kanda kurşun analizinden, odyometrik testlere; akciğer fonksiyon testlerinden, havada toz ve buhar ölçümlerine kadar çeşitli destek hizmetlerine gerek gösterir, işyeri hekimlerinin, yasalarca öngörülen görevlerini yapabilmeleri için, işverenlerin, yine yasalarla belirlenmiş, yukarıda saydığımız hizmetleri vb. satın almaları gerekir. İşte, en azından, yalnızca bu neden, işyeri hekimlerinin görevlerini yapabilmeleri ve tabip odalarının da işyeri üzerindeki ağırlıklarını arttırabilmeleri için, "destek hizmetleri'nin (mobil-ünit uygulamasının), TTB tarafından geliştirilmesi kaçınılmazdı. Bu girişim, aynı zamanda, önemli ve yeni bir gelir kaynağı oluşturuyordu.

Bu adımlar, ertelenemez ve vazgeçilemez bir konumdaydı. Bunları bir kenara koyup, kurs isteyen 21 tabip odasının istemleri karşılınsaydı, sertifikalı hekim sayısı 4400'den, 8000'e çıkacaktı. Şu anda gücümüz ve olanaklarımızla, 4400 sertifikalı hekim işe yerleştirmeye, işlemlerini yürütmeye, yakınmalarını ve sorunlarını çözümlenmeye, iş güvencelerini sağlamaya, odalarda giderek artan yalnızca bu alanda çalışan profesyonel görevliler gereksinmesini karşılamaya ve tıkanıklıklarını aşmaya çalışıyoruz. Bu sayı, önlemler alınmaksızın, iki katına çıktığında, yukarıdaki istemlere yanıt verebilmek olanaksız olacaktır.

Yeni kurslar açılmasının ve yeni sertifikalı hekimler yetiştirilmesinin önkoşulu, eşgüdüm-iletişim görevlilerinin etkinleşmesi, odalardaki işyeri hekimliği kollarının daha da işler hale getirilmesi ve yaygın mobil-ünit ağıının gerçekleştirilmesiydi."(4)

Hekimler, ufukta görülen işsizliğe, sürgünlere ve iş güvencesindeki yetersizliklere karşı, meslek örgütünün, işyeri hekimliği uygulamasıyla, yeni iş alanı açması ve burada belirleyici bir rol kazanmasından coşku duyuyordu.

İşte bu coşku ve yöneliş, iş hekimliği programlarının artan çekim gücü bir tehlikeyi beraberinde getiriyordu.

Türkiye'de tüm hekimlerin istihdam ve güvence sorunlarının çözümünü tek bir iş alanına tek bir programa bağlamaya olanak yoktu. Aşırı yüklenme, bu programların çöküşüne neden olabilirdi. Bu tehlikeyi gören İşçi Sağlığı Kolu, "Spor Hekimliği Sertifika" ve "Sağlık Personelinin Sağlığı (SPS)" Programlarını başlatırken; Merkez Konseyi de Sürücü Kursu Hekimliği Sertifika Programını başlattı. Her üç program da, üzerinde çalışıldığı ölçüde umut veren çalışmalardı (5,6).

Özellikle işyeri hekimlerinin yoğun olarak çalıştırıldığı, büyük sanayi kuruluşlarını barındıran büyük kentlerin tabip odaları, uygulamada önemli adımlar atmışlar ve bir sistemi oturtmaya çalışmışlardır.(7) Buldukları işyeri

hekimliklerini onaylatmak üzere, tabip odasına gelen hekimlerin yerini, odada oluşturulan listelerden kendilerine iş önerilen hekimler almaya başlamıştı. Özellikle sertifika almış hekimlerin görevlendirilmelerinde, adaletli iş dağılımının yapılmasına özen gösterilmesi; TTB Yasası'nın öngördüğü ama o güne değin gerçekleştirilemeyen bir olaydı. Bu konuda, Kongre Kararı ile kesinleştirilen bir Yönetmelikle, nesnel koşulları sergileyen bir düzenleme getirilmiştir.

Yine hekimlerin sürekli eğitimi, hep konuşulan ama, uygulamaya geçirilemeyen (ya da çok küçük gruplar için gerçekleştirilen) bir konuydu, İş Hekimliği Programları, ilk kez, ülke çapına yayılmış olarak sürekli eğitim çalışmasının da meslek örgütü eliyle gerçekleştirilmesini ortaya koymuştur. Bunlardan başka, bugün yaygınca tartışılan "iş güvencesi" sorunu da bu çerçevede ele alınmıştır. Görevine haksız son verildiği kanısına varılan hekimin yerine atama yapılmayarak, işveren üzerinde zorlayıcılık ve caydırıcılık meydana getirilmesi de, ilk kez gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmaların getirdiği önemli sonuçlardan biri de kendisini yayın alanında göstermiştir. Kurslara katılanlara dağıtılan kitaplar, yalnızca bu çalışma dolayısıyla üretilen materyaller olup; Türkiye'de, işçi sağlığı İş güvenliği alanındaki önemli bir açığı doldurmuştur. O güne değin, sınırlı bir kesime ulaşan bir kaç kitaptan söz edilebiliyordu. TTB'nin bu alandaki yayınları, sözel sunumların kolaylaştırıcı etkisi ile de yaygın bir kullanıma kavuşmuştur.

Yine ilk kez gerçekleştirilenlerden biri, işyeri hekiminin işyerlerinden alması gereken en az ücretin, harcadığı emekle orantılandırılması oldu. İşYekYön., işyeri hekiminin koruyucu hekimlik görevleri için İşçi başına en az ayda 15 dakika harcamasını öngörüyordu. 50 işçilik dilimler halinde işyeri hekimlerine farklı en az ücret getirilmiştir. Böylece işyerinde tam gün görev yapması gereken hekimle, 60 işçinin çalıştığı ve ayda 15 saat kalması gereken hekim arasında, en az ücret yönünden farklılık ortaya konulmuştur.

Geçen süre göstermiştir ki, en az ücretle, işyerinde harcanması gereken zaman arasında kurulan bu bağlantı hakçadır ve işverenlerin çoğu tarafından da olumlu karşılanmaktadır. Sorun çıkan işyerlerinin çoğunda, işyeri hekimlerinin yasal olarak kalmaları gereken süreden daha az kaldıkları halde, ücreti aynen almak istedikleri görülmüştür.

Ancak bütün bunlar işyeri hekimlerinin görünen sorunlarının su yüzüne çıkarılmasıydı. Görevini bilimsel titizlik ve insancılık ilkeleri ile yürütmeye çalışan işyeri hekimlerinin önündeki temel sorun çok daha derinlerdeydi. Olmazsa olmaz koşullar gerçekleştirilince, bu temel sorun da ortaya çıkmaya başlamıştı.

İşyeri hekimlerinin, İşYekYön.'de ILO Sözleşme ve Tavsiye Kararları'nda gösterilen ödevlerini yerine getirebilmeleri için, önce bir ekibe gereksinimleri vardır. Çünkü bu konuda her-şeyi bilmelerine, her köşeye yetiştirebilmelerine olanak yoktur, ikinci olarak da, bu ekip çalışmasına destek olacak bir laboratuvar vb. hizmetlerine gereksinim vardır, işyerindeki gücünün haritası çıkarılması; gaz, toz, duman yoğunluklarının ölçülmesi vs. hem bir yasal zorunluluk ve hem de hizmetin bir gereğidir. Ancak bu pahalı araç-gereçleri, bunları kullanacak yetişmiş insangücünü tüm işyerlerinin bulundurulması anlamsızdır. Onun için de, işyeri dışından verilecek bir "destek hizmeti"ne gerek vardır.

Bu destek hizmetini sağlayamayan işyeri hekimi görevlerini tam olarak yapamaz. Bu destek hizmetini sağlayamayan işveren ise, İş Yasası'nın öngördüğü yükümlülüklerini yerine getiremediği için, işçilerin işten uzak kalması, verimsiz olması yanında ceza vb. kayıplara uğrar.

Böylesi bir destek hizmetinin TTB tarafından gerçekleştirilmesi de hem meslek örgütünün ve hem de işyeri hekiminin işyerindeki konumunu yükseltecektir. Ayrıca verilecek destek hizmetinin saptanabilmesi için, işyerine giren TTB uzmanları işyeri koşullarını değerlendirip, hem işyeri hekiminin performansını ölçebilir; hem de ona yol gösterebilir. Bu ölçme ve yol gösterme, bir anlamda TTB'nin İşyeri koşullarını denetlemesi sürecinin de başlangıcıdır.

Ayrıca İşçi Sağlığı Kolu tüm etkinlikleri ile toplum örgütlerine yaklaşım konusunda da köklü değişim istemleri dile getirmiştir.. O güne değin, Mimarlar Odası ve bazı mühendis odaları dışında uygulamaya doğrudan müdahale olanakları çok enderdi. TTB Merkez Konseyi (ve İşçi Sağlığı Kolu), politikaları eleştiren, ülke sorunlarını deşen, üyelerinin haklarını savunan, mevzuat düzenlemeleri isteyen ve yarını düşleyen vb. çok önemli işlevlerin ötesinde; politika oluşturan, üyelerine hak sağlayan, mevzuat oluşturan ve yarını şekillenen bir davranış içerisine girmiştir. Bir toplum örgütünün, saklı gücünü ortaya çıkarmıştır. Bu da üyelerin meslek örgütlerine yönelmelerini ve umut beslemelerini getirmiştir. Ayrıca "para kazanmak" gibi yalın bir hedef olmasa da, tüm bu etkinlikler Türk Tabipleri Birliği'ne önemli miktarlarda gelir de sağlamıştır.

İşçilerin sağlığını koruma ve iş güvenliğini sağlama, çok bilimli bir olgudur; bir ekip çalışmasını gerektirir. O zaman, işyeri hekimlerinin işyerinde birlikte çalışmak konumunda olduğu ekip elemanlarının meslek örgütleriyle ilişkileri de önem kazanmaktadır. Yalnızca hekimlerin meslek örgütünün çabası, konunun ancak bir boyutunun gelişmesine neden olur. Bu da güdük ve çarpık bir gelişmeyi getirir ki, bunun acısı bir süre sonra frenlenen uygulamayla kendisini ortaya koyar. TTB'nin kendi örgütlenmesini geliştirip etkinliğini arttırırken; aynı çabanın diğer ilgili meslek birlikleri (örneğin TMMOB, Diş Hekimleri Birliği, Hemşireler Derneği vb.) bünyesinde de aynı düzeye çıkarılması için çaba göstermelidir. İşyerlerine yönelik hizmet ve denetim ağının, devlet denetim organlarının ekseninden, toplum örgütlerine doğru kayması çok önemlidir. Bunun için de elde araçlar ve olanaklar bulunmaktadır.

Ne yazık ki, 1990 sonu bütün bu kurulan programda ve çalışmalarda bir dönüm noktası olmuştur. El

değiştiren yönetim, Türkiye'nin tüm kurumlarında olduğu gibi, hizmetlerde de etkisini göstermiştir. Önce işçi Sağlığı Kolu'nun başkanı görevinden ayrılmıştır. Çalışmaları sürdürmeyi deneyen diğer kol üyeleri ise, üç yılın sonunda görevlerini bırakmışlardır.

Bugün TTB, yalnızca işyeri Hekimliği Sertifika Kursları düzenleyen, bu kursların kendileri dışındaki merkezlerce düzenlenmesi korkusunu içinde taşıyan; bunun için de Çalışma Bakanlığı'ndan Yönetmelikte kısıtlayıcı hükümler getirmesini bekleyen bir noktaya kadar çekilmiştir. Neyse ki, sanayi merkezlerinin yoğun olduğu bazı tabip odalarında, konuya gönül vermiş insanlarla, bunların haklı çabalarını içine sindirebilen yöneticiler eliyle uygulama ayakta tutulabilmektedir.

8 yıllık TTB işçi Sağlığı Deneyimi, başardıkları, başaramadıkları, yitirdikleri ve eksikleri ile ülkemizin işçi sağlığı tarihinde yerini almaktadır. Ancak şu unutulmamalıdır ki, deneyimler, yalnızca o örgütün çatısı içinde kalmamakta; toplumda başka odalardan filiz verebilmektedir. Örgütler ve toplumsal hareket, dalgalı bir gidiş gösterebilir ama; deneyimler sürekli artan bir birikim göstermektedir. İnsanları umutlu kılan ve ülkelerini sürdürmelerini sağlayan da zaten budur.

İşçi sağlığında çekim odağı olmak her konuda olduğu gibi çeşitli toplum örgütleri ve kurumları arasında bir yarıştır. Bu yarış sürekli ve sonucu belirleyen de, o örgüt ya da kurumun, diğerleri üzerinde kurduğu moral egemenliktir. Bugün görülen odur ki, hekimlerin meslek örgütü, bu yarışta, elde ettiği avantajlı konumu hızla yitirmektedir.

(1) T. Akbulut, S. Velicangil: "Yurdumuzda İş Hekimliği Hizmetlerinin Gelişmesi ve Bu Konuya İlişkin Çeşitli Sorunlar Üzerine Bir İnceleme", İ.Ü.T.F. Mecmuası, Cilt 40 1977.

(2) U. Cilasun: Türk Tabipleri Birliği'nin işçi Sağlığı Politikası 2. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi (4-5-6-7 Nisan 1988, Ankara) Kitabı. Haziran 1991 Ankara s. 45

(3) Prof. Dr. Nusret H. Fişek : Ağız Konuşması - 2. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi (4-5-6-7 Nisan 1988, Ankara) Kitabı, Haziran 1991 Ankara s. 11

(4) Doç. Dr. A. G. Fişek : Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Üyeliğinden İstifa Mektubum- 1.2.1991 s.13

(5) TTB işçi Sağlığı Etkinlikleri ve Boyutları: Türk Tabipleri Birliği Haber Bülteni. TTB Merkez Konseyi Yayın Organı, Nisan-Mayıs-Haziran 1990 Sayı 23 s.12-15

(6) Mesleki Sağlık Tehlikelerimiz ... Ve Biz - Türk Tabipleri Birliği Haber Bülteni, TTB Merkez Konseyi Yayın Organı. Haziran 1989 Sayı 19 s. 10-11

(7) Ankara Tabip Odası işçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Komisyonu 1995-1997 Çalışma Yönergesi.

ANKARA TABİP ODASI

İŞÇİ SAĞLIĞI ve İŞYERİ HEKİMLİĞİ KOMİSYONU 1995-1997 ÇALIŞMA YÖNERGESİ

Kuruluş:

Madde 1 : Yürürlükteki çalışma mevzuatının uygulanması ve Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı İşyeri Hekimliği Kolu'nun ilkeleri çerçevesinde kurulan Ankara Tabip Odası İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Komisyonu; başkan, ATO Yönetim Kurulu'nun komisyondan sorumlu üyesi, gönüllü üyeler, profesyonel hekim ve sekreterden oluşur.

Madde 2 : Komisyonda üye olarak çalışmak isteyen gönüllüler, komisyon çalışmalarına üç ay düzenli olarak katılmak zorundadırlar. Bu süre içerisinde işçi sağlığı ve işyeri hekimliği uygulamaları ve komisyon çalışmaları hakkında bilgi sahibi olup komisyondaki görev dağılımında aktif olarak yer aldıktan sonra toplam komisyon üyelerinin oy çokluğu ile vereceği kararla üyeliğe hak kazanır. Komisyon, üyeliğin kabulüne ilişkin kararı Yönetim Kurulu'na iletir.

Madde 3 : Geçerli gerekçesi olmadan arka arkaya 3 veya yılda toplam 5 toplantıya katılmayan üyeler komisyondan ayrılmış sayılırlar. Ancak komisyon üyelerinin önerisi ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla komisyon çalışmalarına üye olarak yeniden katılabilirler.

Amaç:

Madde 4 : Ankara ili sınırları içerisindeki işyerlerinde, işçi sağlığının korunması ve iyileştirilmesine katkıda bulunmak. Bu doğrultuda işçi ve işveren kuruluşları, ilgili resmi ve özel kurumlarla işbirliği ortamı oluşturmak.

Madde 5 : İlgili yasal düzenlemeler doğrultusunda işyerlerinde işyeri sağlık organizasyonunun oluşturulması, yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi doğrultusunda çalışmalar yapmak.

Madde 6 : Bu alanda çalışan hekimlerin mesleki, ekonomik ve özlük haklarını korumak, hukuki destek sağlamak.

Madde 7 : İşyeri hekimliği sertifika kursuna katılan hekimlerin bilgilerinin geliştirilmesi ve bu alandaki yeni gelişmelerden haberdar edilmesi için B ve C tipi sürekli eğitim etkinlikleri düzenlemek ve böylece hekimlerle karşılıklı bilgi alışveriş ortamını yaratmak.

Madde 8 : Ankara Tabip Odası'nın işyerlerine işyeri hekimi ataması konusundaki yetkisinden hareketle işyerlerindeki sağlık hizmetlerinin gerektiği gibi yürütülmesi doğrultusunda işyeri hekiminin uygulamalarını denetlemek ve işverenin bu doğrultudaki çalışmalarını gözlemlemek. İşyeri hekimlerinin altı ayda bir düzenli çalışma raporları hazırlayarak komisyona göndermelerini sağlamak.

Madde 9 : Yasaların öngördüğü ve işyeri hekiminin görevleri arasında bulunan işyeri sağlık organizasyonu kapsamında yer alan ilk yardım elemanı ve işçi sağlığı, iş güvenliği konusunda bilgilendirilmiş 'sağlıkçı işçi' eğitimi için çalışmalar yapmak.

Madde 10 : İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği alanındaki gelişmeleri izlemek ve konu ile ilgili işyeri hekimlerine yönelik yayın ve dokümantasyon çalışmaları yapmak.

Çalışma Yöntemi:

Madde 11 : Komisyon her yıl Şubat ayında seçim yapar ve üyeler arasından bir başkan seçer. Başkan, komisyon çalışmalarının koordinasyonundan ve komisyonda alınan kararların uygulanmasının izlenmesinden sorumludur. Komisyonun aldığı kararlar doğrultusunda komisyonu ilgili kurum ve kuruluşlar nezdinde temsil eder.

Madde 12 : Komisyon her hafta salı günü başkan, sorumlu yönetim kurulu üyesi, üyelerin salt çoğunluğu, profesyonel hekim ve sekreterin katılımı ile toplanır. Her türlü yazışma komisyonda görüşülür. Komisyon kararları oy çokluğu ile alınır. Komisyonda alınan tüm kararlar gündem defterine yazılır. Komisyon kararına itiraz yeri Yönetim Kuruludur. Yönetim Kurulu komisyon kararını reddederken gerekçe göstermek zorundadır.

Madde 13 : Komisyon toplantısı tüm tabip odası üyelerine açık olup, gündemde dosyası olan hekim, dosyasının görüşüldüğü toplantıda yer alamaz.

Madde 14 : Komisyon her yıl Şubat ve Ağustos aylarında geçmiş dönemin çalışma raporunu ve gelecek dönemin çalışma programını hazırlayıp Şubat ve Ağustos aylarının son haftası Yönetim Kurulu'na sunar.

Madde 15 : İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği konusunun Ankara Tabip Odası çalışmalarında önemli bir yer tutması ve bu alandaki yazışma ve gelişmelerin süreklilik arz etmesi nedeniyle bir profesyonel hekimin sadece bu alanda çalışmak üzere görevlendirilmesi gerekmektedir. Profesyonel hekim, komisyon önerisi doğrultusunda Yönetim Kurulu kararıyla görevlendirilir ve çalışma koşulları komisyon tarafından belirlenir. Profesyonel hekim, komisyonun almış olduğu kararların uygulanmasından ve komisyonun kendisine vermiş olduğu görevlerin yerine getirilmesinden sorumludur. Komisyon çalışmalarında oy hakkı yoktur. Komisyon görevlendirmeleri dışında hiçbir alanda komisyonu temsil etme yada komisyon adına hareket etme yetkisine sahip değildir.

Madde 16 : Komisyon sekreteri. Komisyon ile Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu'nun birlikte kararlaştırdığı saatler içinde sadece komisyon işlerini yapar ve bu çalışmalardan komisyona karşı sorumludur.

İşyeri Hekimleri Arama Listesi Oluşturulması:

Madde 17 : ATO üyesi hekimlerden aşağıda belirtilen belgelerden birine sahip olması istenilir:

a) TTB İş Hekimliği Sertifikası,

b) İş Güvenliği Müfettişliğinde en az 3 yıl hekim İş Güvenliği Müfettişi olarak çalıştığını gösterir belge,

c) İş Sağlığı (iş Hekimliği) alanında uzmanlık, veya doktora derecesi bulunduğunu gösterir belgesi olanlar atamaya temel oluşturacak işyeri hekimliği listesine Komisyon kararı ile alınırlar.

Madde 18 : a) 1219 sayılı kanun ve/ veya Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne aykırı davranmaktan ceza alanlar, b) 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Ya-sası'nın 5/3 maddesinde sözü edilen oda yetkisine aykırı olarak işyeri hekimliği üstlenmiş veya bununla ilgili ceza almış olanlar listeye dahil edilmezler.

Madde 19 : Listenin oluşturulmasında;

- Hekimin günlük toplam çalışma saati ve işyeri hekimliğine ayırabileceği süre,
- Hekimin puan durumu (Hekimler gelir getiren mesleki etkinlik sayısına göre değerlendirilir. Hiç bir mesleki etkinliği olmayan "0" puanlı, bir mesleki etkinliği olanlar "T puanlı, vb.) Puan durumuna göre sıralama Türk Tabipleri Birliği işyeri Hekimi Atamaları Yönergesi madde 8 ve 9 gereğince düzenlenir.
- Sürekli eğitim programlarına katılımı,
- Komisyon başvuru tarihi,
- Sertifika alışı tarihi,
- Tabip Odası'na üye oluş tarihi gözönüne alınır.

Hekim atamalarında yukarıdaki maddeler a'dan f ye doğru sırasıyla değerlendirilir.

Hekim Atamaları:

Madde 20 : İşyeri hekimi atanmasında Ankara Tabip Odası yetkilidir. Bu yetkisini 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Yasası, Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı İşyeri Hekimliği Kolu İşyeri Hekimi Atamaları Yönergesi ve İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik'e göre kullanılır. Ankara Tabip Odası işyerlerine işyeri hekimi bulundurulması konusunda yasal mevzuatı hatırlatır ve bu konuda işyerinin durumu ile ilgili olarak bilgi ister. İşyeri hekimi olmayan işyerlerine hekim bulması için süre tanır.

Bu süre sonunda hekim talebinde bulunan veya koşulları uygun olmayan hekimle anlaşan işyerlerine puanlama listesinden koşulları uygun "1" hekim önerir. Görüşme sonuçları komisyonca değerlendirilerek bundan sonra izlenecek yöntem belirlenir.

Madde 21 : İşyeri Hekimliği Çalışma Onayı İçin Gerekli Koşullar:

A-Onay verilirken gözetilen temel ilkeler şunlardır:

- Her ne koşulda olursa olsun geçici onay verilmez
- Puanlama listesinde öncelik 0 puanlı hekimlerdedir. Ayrıca sözleşmesi haksız yere feshedilmiş hekimlere komisyon kararı ile öncelik tanınır. Listedeki bir puanlı tüm hekimler iki puanlı olmadıkça iki puanlıların üç puanlı olmasına onay verilmez.
- 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Yasası'nın öngördüğü üzere, kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlere ancak 200'e kadar işçi çalıştıran işyerleri için onay verilebilir.
- Ankara Tabip Odası onay verirken, işyeri hekimlerinin çalışma saatlerinin mümkün olduğunca haftalık çalışma günlerine yayılmasını gözetir. Ancak öğle saatlerinde işyeri hekimliği hizmetlerinin verilemeyeceği ilkesini benimser.
- İşyeri hekimliği çalışma onayı her yıl Ocak ayında yenilenir. Başvurular madde 21/B'deki koşullara göre değerlendirilir.

B-Onay isteminde aşağıda belirtilen belgelerin eksiksiz olması gerekmektedir.

1-Dilekçe

2-İşyeri Tanıtım Formu

3-Hekim Bilgi Deneme Formu

4-Sözleşme

5-İşyeri Hekimliği Sertifika Fotokopisi

6-İşyerine ait SSK Prim Çizelgesi (SSK alındı onaylı) (son üç aylık)

7-Hekim Kamu'da çalışıyor ise onaylı kamu çalışma saatleri ve part-time'a ayrıldığına dair belge

8-İşyerinden düzenlenecek bordro (bordro ilk ücret alındığında Oda'ya iletilecektir.)

Madde 22 : İşyeri Hekimliği Çalışma Onayı iptaline Yol Açacak Durumlar:

1-İşyeri Hekimliği Bilgi Derleme Formunu kasıtlı olarak yanlış doldurmak ve atamaya yönelik olarak Ankara Tabip Odası'nı yanıltıcı beyanda bulunmak.

2-Sürekli Eğitime çağırılmasına rağmen katılmamak.

3-Sözleşmede belirtilen koşullara aykırı davranmak.

4-Madde 19'da belirtilen mesleki etkinlik açısından uygunluk taşımamak.

Parasal Kaynaklan

Madde 23 : Komisyon gelirleri:

1-Eğitim Etkinlikleri (A, B, C tipi eğitim programları).

2-Türk Tabipleri Birliği Yönergesi'nde belirtilen her yıl sözleşme onayında aldığı ilk ücretin % 20 oranındaki bölümünün Ankara Tabip Odası İşyeri Hekimliği Komisyonu hesabına yatırılması ile elde edilen gelirler.

3-İlk Yardım Kursu ve 'sağlıklı işçi' eğitimi gelirleri.

4-İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği alanında yapılacak diğer çalışmalardan elde edilen gelirden oluşur.

Kullanımı:

Madde 24 : Ankara Tabip Odası İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Komisyonu banka hesabında toplanan para öncelikle işyeri hekimliği çalışmalarında ve işçi Sağlığı İş Güvenliği alanında yapılacak proje giderlerinin karşılanmasında kullanılır. Komisyonca çalışan profesyonel hekim ve sekreterin ücretleri de bu hesaptan

karşılanır.

Mali Denetim:

Madde 25 : Komisyon gelirlerinin harcanması He ilgili olarak Yönetim Kurulu ve Komisyon eşgüdömlü olarak çalışır. Harcamalarda temel olan Yönetim Kurulu ve Komisyon onayının olmasıdır.

OKURLARIN KALEMİNDEN:

- İşyeri Hekimliği Komisyonu Çalışmaları (Dr. Nezahat Sözer ORHAN)
- Bir Okur Semineri ile Tanışma izlenimleri (Dr. M. Akif SEVAL)
- İşyerlerinde Katılım Modelleri ve İşyeri Hekimleri (Dr. Bülent KILIÇ)

İŞYERİ HEKİMLİĞİ KOMİSYONU ÇALIŞMALARI

İstanbul Tabip Odası işyeri Hekimliği Komisyonunda son 5 yılda 1 değil. 2 değil 3-4 arpa boyu yol gidilmiş. Çalışmalarına katıldığım 1989 -1990 yıllarına geri dönüp baktığımda işyeri hekimliği komisyonunun bir çeşit çöpçatanlık yaptığını anımsıyorum. Yani işyeri hekimi bulunduğu konumun özelliklerine göre 0,1,2,3 diye puanlandırılıyor, dilekçesindeki istekleri, oturduğu bölge, çalıştığı bölge dikkate alınarak 3 işyeri hekimi uygun işyerine öneriliyordu. Bu 3 doktor arkadaşımıza da telefonlarla ulaşıp işyerinin adı adresi veriliyordu. Bu haberleşmeler sonucu görüşmek isteyen gider görüşür, aralarından biri anlaşırsa sözleşme yapıp odaya getirirdi. Her iki taraf da makul sebeplerle anlaşmazsa bu işlemler başka işyeri bulunup yazışmalarıyla tekrarlanırdı. İşveren makul olmayan sebeplerle İşyeri hekimi ile anlaşmıyor veya hekim çalıştırmak istemiyor ise ihbar mektupları yine anlaşmıyor ise ilgililere suç duyurusu yapılıyordu. Bu yazışmalar sürerken bir yandan da yeni işyerleri arama uğraşları olurdu. Bu uğraşlar ve yazışma takipleri amatörce, özel yaşamımızın bir parçası olurcasına gerçekleştiriliyordu.

Komisyonu katılım sürecine 2-3 yıl ara verip (evlilik ve çocuğum dolayısı ile geri döndüğümde bu zaman içinde oldukça ileri adımlar atıldığını gördüm. Bir işyerine açılan dava kazanılmış ve hemen o yere işyeri hekiminin sözleşmesi yapılmış. Bu durum komisyonu motive etmişti. Komisyonu ikinci katılımım bu aşamada oldu, yeniden daha verimli çalışma isteği ile toplanmaya başladık. Çalışmalarımızın boyutunu ve içeriğini genişlettik, "işyeri hekimliğini kurumsallaştırmak, işyeri hekimlerinin ekonomik özlük haklarını geliştirmek, işçi sağlığı konusunda çalışmalar yaparak çalışanların sağlık düzeyini yükseltmek, sürekli eğitimler düzenlemek" başta gelen hedeflerimiz oldu.

Öncelikle eğitim konusuna ağırlık verilerek B tipi (fiilen işyeri hekimliği yapanlara yönelik) kurslara başladık. Bu kurslar işyeri hekimlerinin dikkatini çekerek ilk kurslarda, katılım beklenenden az olurken daha sonra arttı. Hatta ulaşamadığımız hekimlerden tekrarı için talepler aldık. Ayrıca hazırladığımız tüzüğümüz doğrultusunda işyeri hekimi - işyeri değerlendirmesini yapacak bir hekim arkadaş ile olayların hukuksal yönleri ile ilgilenecek bir avukat arkadaş profesyonel olarak görevlendirildi. Bu sayede yalnızca problemler toplandı gündeminde yer aldı.

Görülüyor ki 4-5 yıl geriye dönüp baktığımızda yerimizde saymayıp oldukça ilerlemişiz, işyeri hekimleri olarak komisyonumuzun çalışmalarını daha ileriye götüreceğiz, destekleyecek, hızlandıracak önerilerinizi ve katılımlarınızı bekliyoruz.

Dr. Nezahat Sözer ORHAN/İstanbul

BİR OKUR SEMİNERİ İLE İLK TANIŞMA İZLENİMLERİ

Nerede ise başlangıcından beri aboneliğim olduğu, tüm yazılarını büyük bir keyifle okuduğum, yeni sayılarını merakla beklediğim "Çalışma Ortamı" ile tanışmak bu güne nasipmiş: 11 Şubat 1995. Daha önceleri bir çok defa katılmayı arzu ettiğim halde bir

türlü fırsatını bulamadığım (yaratamadığım) okur seminerlerinden bir tanesine sonunda katılma fırsatı bulabiliyorum. Yer: İstanbul Yeni Bosna Doğu Sanayi Sitesi Konu: İşyeri Hekimliği Uygulamaları.

Bir yandan mekan olarak hiç bilmediğim, bu nedenle de beni ürküten İstanbul'da bulunmanın, diğer yandan yine hiç bilmediğim bir toplulukla ilk karşılaşacak olmanın huzursuzluğu ile Yeni Bosna Sanayi Sitesi yönetim binasındaki salona ulaştım, işyeri hekimliği uygulamalarının tartışılacağı bir seminer için bir sanayi sitesi'nin mekan olarak seçilmiş olmasının "insanı ürettiği ve yaşadığı ortam ile birlikte değerlendirme" ilkesi çerçevesinde konunun ruhuna çok uygun, yerinde bir seçim olduğunu düşünürken toplantı salonunda dost, tanıdık ve aşina simaların bulunması ve ilk izlenim olarak edindiğim "iyi hazırlanmış" bir çalışma olmasını huzursuzluğumu ortadan kaldırdı. (Yanlış anlaşılmasın, daha sonra da "iyi hazırlanmış" izlenimini ortadan kaldıracak, kırarak bir gelişme olmadığını belirtmeliyim.)

Dr. Derman BOZTOK'un 'Çağdaş Sağlık Anlayışı ve Kalite' sunumu ile başlayan ilk gün tartışmalarında sırası ile İşyeri Hekimliği Ekip Elemanlarının Görev ve Roller', 'Çalışma Ortamında Sağlık için Katılım' ve 'Hizmet Modelleri' görüşüldü. İyi hazırlanmış sunumların ardından tartışmaların başlaması katılımcıların da iyi hazırlanmış (ya da zaten donanımlı) olduğunu gösteriyordu. Okur seminerine işçi ve işverenin yanı sıra hekim dışı sağlık personelinin de çağrılı olması (üstelik katılmaları) da organizasyona olumlu bir katkı oldu. Tartışma başlıkları ve içeriklerini başka bir arkadaşım aktaracağı için ayrıntılara girmiyorum, ilk gün konuları saat 17.00'de sonlandırılırken, başlangıç ve bitiş saatlerine uyulması da olumlu bir yön idi. İkinci gün tartışmaları yukarıdaki tümceyi yalınlayarak beni mahcup edencesine gecikme ile başladı.

Yaklaşık iki ayda bir biraraya gelen insanların özlem giderme arzularını ve bir araya gelinen mekanın da İstanbul olmasını gözönüne alırsak, bu gecikmenin nedeni kendiliğinden ortaya çıkıyor, ikinci güne ayrılan tek konu İşyeri Hekimliğinde İnsangücü Eğitimi ve İstihdamı Sorunları, Uygulamaların Eleştirisi' idi. 24 üniversiteden 4'ünün hiç iş sağlığı dersi vermiyor olması, diğerlerinde de ortalama 4 saat ders verilmesi benim için çok hayret verici oldu. (Ben fakültede iş sağlığı dersi aldığımı hatırlamıyorum ama 8 yılda bazı gelişmeler olduğunu umut ediyordum.)

Mevcut uygulamaların eleştirisinin TTB Merkez Konseyi uygulamalarının eleştirisi şeklinde olması çok doğal iken, süreçlerde aktif olarak rol almış, bu günlere gelinmesinde sevabı ve günahı ile çok emeği geçmiş insanların öz eleştiri mekanizmalarını kullanmıyor olmaları üzücü oldu. (Daha önceleri özeleştiri yapılmış ise bu tümceyi geri alıyorum.) Tartışmalar esnasında anlayamadığım (hala da anlayabilmiş değilim) bizler sizler onlar şeklindeki ayrımlar oldu. Bir kere hassasiyet oluştuktan sonra bu hassasiyeti kırmanın çok zor olduğu, sanırım, doğru... Hassasiyetin kırılması bir yana, her söz ve davranış bu hassasiyeti arttırıyor. Doyurucu bir bilgilenme-tartışma ortamının Bolu Tabipler Odası Yönetim Kurulu üyesi olarak bende uyandırdığı sorular şunlar:

- Yaşanan engin deneyimlerin, mevcut bilgi birikimlerinin ayrı çatılar altında aktarılması-paylaşılması ne kadar doğru?

- Böyle bir durum kimin işine yarar?

Tabii ki, iyi hekimlik yapmak isteyenlerin değil!..

Dr. M. Akif Seval / Bolu

İŞYERLERİNDE KATILIM MODELLERİ ve İŞYERİ HEKİMLERİ

Katılım, iki ya da daha çok kişinin plan yapma, politikalar belirleme ve karar alma aşamalarını içeren bir süreçtir. Bu sürecin üç önemli ögesi vardır. Bunlar; bilgi, benimseme ve örgütlenmedir:

i) BİLGİ: Bir hizmete katılmak için birinci koşuldur, örneğin çoğu işyeri hekimi, işçi sağlığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı için, işçilerin sağlık hizmetine katılımını sağlayamamaktadırlar. Benzer şekilde işçi Sağlığı İş Güvenliği (İSİG) kurulları da çalıştırılmamaktadır. Bu yetersizliklerin çok çeşitli nedenleri olmakla beraber "bilgi eksikliği" önemli bir etmendir.

ii) BENİMSEME: Bazı hekimler ise bilgilerini uygulamazlar. Bu durum benimseme eksikliğinden kaynaklanır. Örneğin işyeri hekimi, İSİG'in önemini ve işlevini biliyor olabilir ancak işlemesi için çaba harcamıyorsa olayı benimsememiş demektir. Böyle bir işyeri hekimi İSİG'in yıllık raporunun hazırlanması, yeni öneriler geliştirilmesi için çaba harcamaz.

iii) ÖRGÜTLENME: Katılımın en önemli ögesidir. Bireylerin yapacakları şeyleri bilmeleri ve benimsemiş olmaları eğer örgütlenememişlerse yetersiz kalacaktır. Çünkü bireysel davranışlar bir örgütün davranışı karşısında cılız kalacaktır. Bu nedenle hem işçilerin hem de işyeri hekimlerinin örgütlü bir yapı içinde olmaları gerekmektedir.

I- İŞÇİLERİN SAĞLIK HİZMETİNE KATILIMLARI:

İşçilerin sağlıkla ilgili uygulamalarda, yönetsel kararların alınmasına, uygulamalarına ve denetimine katılmaları demektir, işçilerin, sağlıklı yaşama hakları olduğunu bilmeleri, bu katılımın önkoşullarından biridir, işçi bu hakkını nasıl bilecektir? Kuşkusuz tüm süreçlerde ülkemizin gelenekleri, kültürü ve demokrasi anlayışı etkin olmakla beraber, işyeri hekimleri, işçilerin sağlık hizmetine katılımında çok önemli bir role sahiptirler. Hekim işçinin nabzını tutan kişidir. Bu, işçiyle hekim arasında, muayene sırasında somut olarak gerçekleşmesinin yaraşırı, mecazi anlamda da böyledir. İşyeri hekimi, işçinin duygu ve düşüncelerini paylaşma şansına sahip olan ve O'nun sırlarını paylaşan kişidir. Bu nedenle işyeri sağlık birimleri işçilerin sağlık hizmetine katılımında birinci derecede önemli birimlerdir.

İşçilerin sağlık hizmetine katılımı için işyeri hekiminin kullanabileceği bir başka mekanizma ise İSİG kurullarıdır. Bu kurulda yedi kişi bulunmaktadır ve işyeri hekimi dışında, bir işçi ve ustabaşı da kurula dahildir. Kurulun önemi, işyerinde katılımı sağlayabilecek somut yapılardan birisi olmasından ileri gelmektedir. Bu nedenle İSİG kurulunun elindeki yetkileri kullanmasını ve görevlerini yapmasını sağlamak gerekmektedir. Örneğin İSİG¹ kurulunun her yıl bir rapor hazırlaması, o işyerindeki riskleri saptaması, önlemleri alması gerekmektedir. Ayrıca, İSİG kurulu işçilerin sağlık ve hukuk alanındaki haklarını gösteren bir kılavuz hazırlamalıdır.

Fakat İSİG kurullarında yer alan üyelerin bilgi eksikliği ve ne yapacaklarını bilememeleri verimsizliği arttırmaktadır. En önemli etmense kuruldaki üyelerin güvence eksikliğidir, işçiler ve işyeri hekimleri, iş güvenceleri olmaması nedeniyle isteklerini açıkça dile getirememektedirler. Bunun önlenmesi tüm çalışanların sosyal bir güvenlik ağı altına alınması ile olabilir. Burada kastedilen güvenlik kurumu SSK gibi yetersiz ve çağdışı bir kurum değildir. İşçilerin işten atılmasını önleyen, işsizlik sigortası sağlayan, çalışma hakkı veren, tüm risklere karşı oluşturulmuş, bütüncül bir güvenlik sistemidir. Benzer bir sistem Japonya'da oluşturulmuş ve iddiaların tersine iş verimi azalmamış, aksine artmıştır.

Buraya kadar değinilen konularda altının dikkatlice çizilmesi gereken, işçilerin denetim sürecine katılmakla olmasıdır.

II. İŞÇİLERİN YÖNETİME KATILMASI:

Tüm katılım modelleri, yüzbinlerce yıllık bir sürecin sonucudur, ilkel örgütlenme modellerinden başlayan ve günümüz modellerine kadar gelen yapı giderek gelişen düşünsel bir zincirin halkalarından oluşmaktadır, işçilerin yönetime katılma modelleri de bu zincirin halkalarından birisidir. Bu katılımın esas adı "Endüstriyel Demokrasi'dir. Endüstriyel Demokrasi, işçilere çalıştıkları örgütlerin yönetimine katılma olanağı sağlayan bir yönetim düşüncesidir. En önemli bileşeni yönetime katılma ilkesidir, işçiler doğrudan ya da dolaylı olarak o işletmede alınan kararlara katılırlar.

Endüstriyel demokrasi, işyerlerinde üretimi ve verimi arttırmak için uygulamaya konulan bir yaklaşım biçimidir. Yani esas amacı kârı arttırmaktır. Bu nedenle gerçek anlamda bir demokrasi, toplum katılımı ya da işçi katılımı değildir. Çünkü tüm amaçlar işçiler tarafından belirlenmemekte, denetimin tamamı işçi kesiminin

elinde olmamaktadır. Bununla beraber işçilere sağladığı bazı kazanımlar vardır.

İŞYERLERİNDE YÖNETİME KATILMA MODELLERİ:

Yönetime katılma modelleri on yıllardır başta İskandinavya ülkeleri ve Japonya olmak üzere, birçok ülkede başarıyla uygulanmaktadır, işçilerin çalışma koşulları üzerinde bir kontrol olanağına sahip olmaları işe katılmayı artırmaktadır. İşçilerin yönetime katılması alt, orta ve üst düzey olarak üç şekilde olabilir.

i) ALT DÜZEY KATILIM: İŞLİK DÜZEYİNDEKİ KATILIMDIR. İŞÇİLER ÇALIŞTIKLARI İŞ ORTAMININ YENİDEN DÜZENLENMESİNDE, KULLANDIKLARI ALETLERİN, TEZGAHLARIN YERLERİNİN DEĞİŞMESİNDE VEYA DİZAYNLARININ DEĞİŞTİRİLMESİNDE SÖZ SAHİBİDİRLER. YANI İŞİN YAPILMASINDA BAZI KOLAYLIKLARIN SAĞLANMASINDA ROL ALIRLAR. EN ÇOK KULLANILAN YÖNTEMLER; KALİTE KONTROL ÇEMBERLERİ, İŞİN ZENGİNLEŞTİRİLMESİ, İŞİN KALİTELİLENDİRİLMESİ'DİR.

Kalite Kontrol Çemberleri: Gönüllülük ilkesiyle çalışan 5-10 kişilik küçük gruplardır. Genellikle haftada bir toplanıp, grubun üretimindeki sorunları saptarlar. Grup üyelerine daha önce yöntem ve iletişim hakkında kısa bir ön eğitim verilir. En iyi Japonya'da uygulanmaktadır.

İşin Zenginleştirilmesi: Sürekli aynı işin yapıldığı yerlerde işin sıkıcılığını önlemek için geliştirilen yöntemlerdir, işçinin becerilerine çeşitlilik kazandırılır, bant tipi üretimin etkileri azaltılmaya çalışılır.

Çalışma Yaşamının Kalitelileştirilmesi: Çalışanların sorunlarını çözmeye çalışan işçi gruplarıdır. Sendikal bir güçleri yoktur, emek yönetim ilişkilerini düzeltmeye çalışırlar.

ii) Orta düzey katılım: Özyönetim ve birlikte kararlaştırma bu katılımın örnekleridir. Katılım işlik düzeyinin daha da üst düzeyinde gerçekleşir, daha çok çalışma koşullarının sosyal kazanımlarını sağlar.

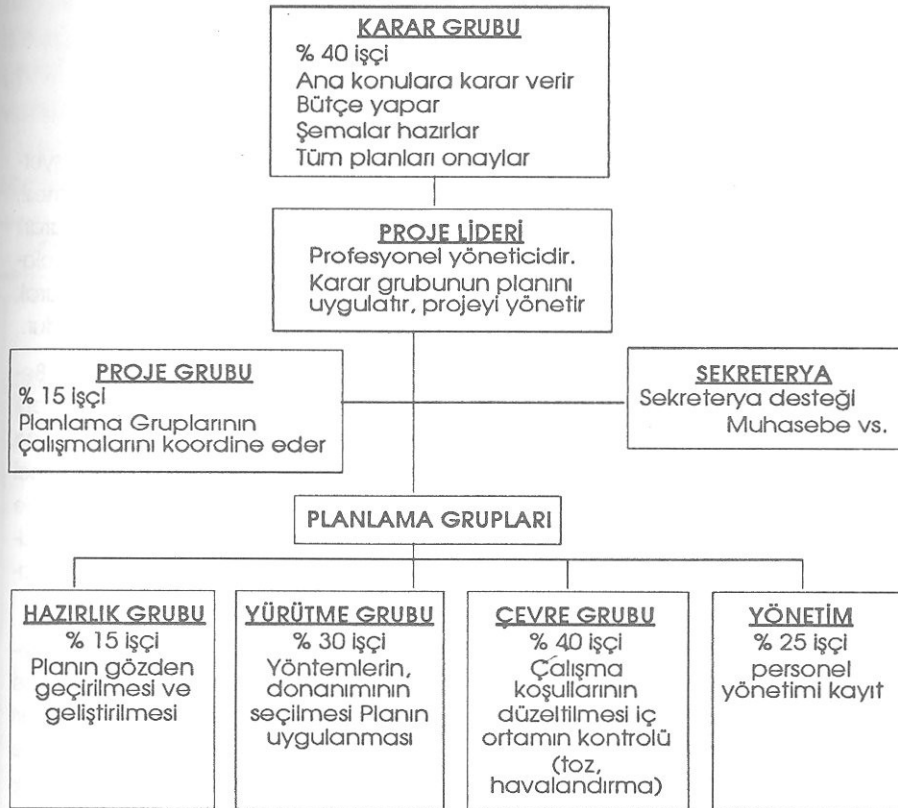
Özyönetim: işçilerin kendi işlerinin sonuçlarını sürekli ve aktif olarak izlemeleri ve diğer işçilere yol göstermeleridir, işyeri komiteleri işçilere bu alanda danışmanlık yapar. Üretim Komitesi ise saptanan sorunların tartışıldığı ve çözümler arandığı yerdir.

Birlikte Kararlaştırma: işçi temsilcilerinden oluşan çalışma konsülleri tarafından uygulanır, işçi oylarıyla seçilen bir yapıdır fakat sendikadan bağımsız ve ayrı bir yapıdadır. Eğitim programları düzenler, sosyal aktiviteler, tatiller planlar, lojman dağıtımını ve çalışma saatlerinin düzenlenmesini sağlar.

Projeler ve Planlama Grupları Oluşturmak: Fabrikadaki üretimi artırmak için, içinde işçilerin de bulunduğu özel proje grupları hazırlanır. Bu gruplar bir eğitimden geçirilir ve projenin başına profesyonel bir yönetici getirilir, İsveç'te Iggesund çelik fabrikasında uygulanan bir projenin yönetim şeması Şekil-1'de verilmiştir.

iii) Üst düzey katılım: Gerçek bir üst düzey katılım değildir. Çünkü İşyerinin üretim miktarını, üretimin fiyatının saptanmasını, yeni yatırımların planlanmasını sağlayamaz. Ancak çeşitli düzeylerde kâr ortaklığı, hisse senetlerinden pay verilmesi gibi düzeylerde olur.

ŞEKİL-1 : İSVEÇ İGGESUND ÇELİK FABRİKASI PROJE ORGANİZASYON ŞEMASI



ŞEKİL-1 : İSVEÇ İGGESUND ÇELİK FABRİKASI PROJE ORGANİZASYON ŞEMASI

KAYNAKÇA:

Belek, i. (1993) "Bilimsel Teknolojik Devrim ve Endüstriyel Demokrasi" Sorun Yayınları, İstanbul
Fişek G. (1993) "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları" Çalışma Ortamı. Kasım 1993; cilt:2; Sayı: 11;
Haganaes, K., Hales, L. (1983) "Scandinavian Models of Employee Participation" S. A. M. Advanced Management Journal; Winter 1983; pp: 22-30
Kılıç, B. (1994) "Katılım Olgusunun Tarihsel Gelişimi" Çalışma Ortamı, Mart-Nisan 1994; cilt:3; sayı: 13; s. 27-32

Dr. Bülent KILIÇ / Ankara

BİR TOPLUMSAL TARİH BELGESİ:

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

GENELGE

Sayı : 4294-4334/89

Tarih : 20.11.1989

Ağır ve Tehlikeli işlerde Çalışacaklara Ait Sağlık Raporları'nın hangi koşullarda ve kimler tarafından verileceği, iş hukuku mevzuatında ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

Ağır ve Tehlikeli işler Tüzüğü'nün 3. maddesi bu işlerde çalıştırılacak işçilerin "*işin niteliğine ve şartlarına göre bedence ve bu işlere elverişli ve dayanıklı olduklarının* hekim raporu ile saptanmasını zorunlu kılmaktadır. Bu tüzüğün ekleri arasında yer alan rapor örneğinde bu konu şöyle ifade edilmektedir. "Bu kısım... iş veya işyeri ile meslek hastaları ilişkileri düşünülerek yazılacak, icap eden laboratuvar muayeneleri ve röntgen filmleri bulunacaktır." Ayrıca işçi Sağlığı İş Güvenliği Tüzüğü'nün çeşitli maddelerinde, hangi çalışma koşullarında, hangi hastalığı bulunanların çalıştırılmaya-cağı belirtilmiştir.

Bu durumda, işçilere, "Ağır ve tehlikeli işlerde çalışacaklara ait sağlık raporu" verilirken, mutlaka onların işyerlerinde çalışma koşullarının görülmesi, maruz kaldıkları tehlikeli ve zararlı maddelerin öğrenilmesi, bunların olası sağlık etkileri gözönünde tutularak muayenelerinin yapılması zorunludur.

Sağlık ocakları, SSK tesisleri ve Belediye hekimliklerince düzenlenen adı geçen raporlarda bu şartlar yerine getirilmediğinde, raporlar hem yasal niteliğini koruyamayacak, hem de Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 13. maddesine göre yapılan işlem, meslek hatası kapsamına girecektir.

Bu genelgenin il sağlık müdürlükleri, SSK bölge müdürlüklerine, hastane başhekimlikleri ve belediye sağlık işleri müdürlüklerine, işyeri hekimliklerine bildirilmesini ve uygulamanın bu yönde yürütülmesi için izlenmesini rica ederim. Saygılarımla,

Prof. Dr. Nusret FİŞEK
TTB Genel Başkanı