

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Ayça ÖCAL**

İSTANBUL, 2010

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Ayça ÖCAL

Öğrenci No:

70746002

Danışman:

Doç. Dr. Sedat ALTIN

İSTANBUL, 2010

YEMİN METNİ

Yüksek lisan tezi olarak sunduğum “Sağlık alışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım/...../.....

Ayça ÖCAL

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

18.1.2010

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden **070746002** numaralı *Ayça Öcal*'in "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 25.12.2009 tarih ve 2009/34 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (5.9) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oybirliği~~ ~~oybirliği~~ ile ~~Kabul~~ ~~Kabul~~ veya ~~Düzeltilme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
DOÇ.DR.SEDAT ALTIN

ÜYE
DOÇ.DR.METİN ATEŞ

ÜYE
YRD.DOÇ.DR.NURDAN ÇOLAKOĞLU

SAGLIK CALISANLARINDA IS SAGLIğI VE GUVENLİğI

Tezi Hazırlayan: Ayça ÖCAL

Özet

Güvensiz çalışma ortamının neden olduğu iş kazaları ve meslek hastalıklarından dolayı oluşan ekonomik ve sosyal kayıpları önleme, çalışan ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için ne kadar önemliyse, kıyasıya rekabetin yaşandığı iş hayatındaki işveren içinde o kadar ekonomik önem sağlar. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) sıklıkla iş kazaları ve meslek hastalıklarından kaynaklanan sosyal ve ekonomik kayıpların önemini vurgulamaktadırlar. İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG)'nin önemini kavramak için çalışmamızda İSG hakkında genel bilgiler, faaliyet gösteren kuruluşlar ve yasal düzenlemeler hakkında kapsamlı bilgi verilmiştir.

Sağlık çalışanları bir taraftan sağlığını kaybetmiş insanlara hizmet verirken, bir taraftan da hizmetin özelliğinden kaynaklanan fiziksel, biyolojik, kimyasal, psiko-sosyal ve ergonomik risk faktörleri ile karşı karşıyadır. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği (OSHA) ve Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH), hastanelerin çalışanlarının sağlığını korumak için değil, daha çok hastayı korumak için oluşturulduğundan, bunun çalışanlar açısından ayrıca bir tehdit oluşturduğunu belirtmiştir. Ülkemizde sağlık çalışanları büyük oranda hastanelerde istihdam edilmekte fakat sağlık ve güvenlik hizmetleri alamamakta, meslek hastalıkları ve iş kazaları kayıtları dahi bulunmamaktadır. Bu sorunlardan yola çıkarak, çalışmamızda sağlık kuruluşlarında çalışanların karşılaştığı iş kazaları ve meslek hastalıkları, yasal düzenlemeler ve alınması gereken önlemler hakkında kapsamlı bir kaynak olması amaçlanmıştır. Ayrıca İSG alanında önemi büyük olan kalite yönetimi ve uygulama örneklerine yer verilmiştir. Sağlık kuruluşları yönetiminin ve kalite komitelerinin; hasta güvenliği kadar çalışan güvenliğinin de önemini anlaşılması için kapsamlı bir kaynak olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Güvenlik, Sağlık Kuruluşları, İş Sağlığı ve Güvenliği

OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS

Dissertation Presented by: Ayça ÖCAL

Abstract

As to how prevention of economic and social losses caused by work accidents and occupational illnesses due to lack of safety in the work environment a vitally important issue for workforce and their dependents, it is equally important for the employers operating in extremely competitive business world, in terms of gaining economical benefit. The World Health Organization (WHO) and the International Labor Organization (ILO) frequently emphasize the importance of economic and social losses caused by work accidents and occupational illnesses. In order to understand the importance of the Occupational Health and Safety (OHS), general information about the OHS, and detailed information on the organizations which are active in this field, and the statutory regulations about the matter are provided in our study.

Health professionals provide services for people with poor health while facing physical, biological, chemical, psycho-sociological and ergonomic risk factors which are inherent in the said services. Since Occupational Safety and Health Association (OSHA) and National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) have been established for protecting patients' health rather than that of hospital employees, it is said that this creates an additional threat for the employees. In our country, majority of the health professionals are employed by hospitals, however, they do not receive any health and safety services and do not even have any records of occupational illnesses and work accidents. Setting off with such issues, our purpose with this study is to prepare a detailed reference on occupational illnesses and work accidents which the employees of healthcare organizations experience, as well as to give a good account of the regulations and the required measures concerning this matter. In addition, examples of quality management and practices, which are very important in the field of OHS, have been provided. This study is considered to be an important reference for better understanding the issues surrounding safety of the employees as much as safety of patients by management and quality committees of healthcare organizations.

Keywords: Health, Safety, Health Care Organizations, Occupational Health and Safety

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
TÜRKÇE ÖZET	iii
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)	iv
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
2. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAVRAMLARI	3
2.1. İş Sağlığı	3
2.2. İş Güvenliği	5
2.3. İş Sağlığı ve Güvenliği	6
2.3.1. Tehlike	9
2.3.2. Risk ve Risk Değerlendirme	9
2.3.3. Güvenlik Kültürü	12
2.3.4. İş Kazası ve Meslek Hastalığı	13
2.3.4.1. İş Kazası ve Meslek Hastalıklarının Oluşum Nedenleri ve Teorileri	22
2.4. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi	26
2.5. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri	29
2.5.1. BS 8800 Yönetim Sistemi	30
2.5.2. HS(G) 65 Başarılı Sağlık Ve Güvenlik Dokümanı	31
2.5.3. ILO-OSH Sağlık ve Güvenlik Yönetim Sistemleri	31
2.5.4. OHSAS 18001 - İş Sağlığı Ve Güvenliği Yönetim Sistemi	33
2.5.4.1. Politika	34
2.5.4.2. Planlama	34
2.5.4.3. Uygulama ve Çalıştırma	35
2.5.4.4. Kontrol ve Düzeltici Faaliyet	36
2.5.4.5. Yönetimin Gözden Geçirilmesi	37
2.5.4.6. OHSAS 18001 - İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi Yararları	37

3. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ DÜZENLEMELER VE ÖNEMLİ KURULUŞLAR	40
3.1. Uluslararası Düzeyde İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Düzenlemeler	
3.1.1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi	40
3.1.2. Avrupa Sosyal Şartı ve Avrupa Birliği Direktifleri	40
3.1.3. İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşme	44
3.1.4. İş Sağlığı Hizmetlerine İlişkin 161 Sayılı Sözleşmesi	45
3.2. Uluslararası Düzeyde İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Faaliyet Gösteren Önemli Kuruluşlar	46
3.2.1. Uluslar Arası Çalışma Örgütü (ILO)	46
3.2.2. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)	48
3.3. Ulusal Düzeyde İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Düzenlemeler	51
3.3.1. Anayasa	51
3.3.2. 4857 Sayılı İş Kanunu	51
3.3.3. İş Verenlerin ve İşçilerin Yükümlülükleri	54
3.3.4. İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu	55
3.3.5. İş Yeri Sağlık Birimi	57
3.3.6. 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu	58
3.3.7. 506 Sayılı ve 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunları	59
3.3.8. İş Sağlığı ve Güvenliği Hükümlerine Aykırılık	61
3.3.8.1. İdari Para Cezaları	62
3.3.8.2. İş Yerinin Kapatılması veya Durdurulması	64
3.3.9. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanun Tasarısı	64
3.4. Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği Sistemine İlişkin Faaliyet Gösteren Kuruluşlar	70
3.4.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü	71
3.4.2. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	73
3.4.3. İş Teftiş Kurulu	74
3.4.4. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi	75
3.4.5. Sosyal Güvenlik Kurumu	76
3.4.6. Meslek Hastalıkları Hastanesi	77
4. SAĞLIK KURULUŞLARINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ	78
4.1. Sağlık Kuruluşlarının Tanımı, Özellikleri Ve Sınıflandırılması	78
4.1.1. Sağlık Kuruluşlarının Tanımı	78
4.1.2. Sağlık Kuruluşlarının Özellikleri	81
4.1.3. Sağlık Kuruluşlarının Sınıflandırılması	84

4.2. Sağlık Kuruluşlarında Çalışanların Özellikleri.....	88
4.3. Sağlık Kuruluşlarında İşyeri Ortam Faktörleri.....	91
4.3.1. Fiziksel Faktörler.....	95
4.3.2. Kimyasal Faktörler.....	97
4.3.3. Biyolojik Faktörler.....	98
4.3.4. Ergonomik Faktörler.....	100
4.3.5. Psiko-Sosyal Faktörler.....	102
4.3.5.1. İş Stresi.....	102
4.3.5.2. İşyerinde Şiddet.....	103
4.3.5.3. İş Doyumu.....	105
4.4. Sağlık Kuruluşlarında İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Alınması Gereken Önlemler.....	107
4.4.1. Sağlık Kuruluşlarında İş Kazaları.....	107
4.4.1.1. Kesici- Delici Alet Yaralanmaları.....	108
4.4.1.2. Çarpma, Düşme ve Burkulmaya Bağlı Travma.....	112
4.4.1.3. Şiddete Maruz Kalma.....	112
4.4.2. Sağlık Kuruluşlarında Meslek Hastalıkları.....	115
4.4.2.1. Enfeksiyona Bağlı Meslek Hastalıkları.....	115
4.4.2.2. Fiziksel Etmenlere Bağlı Meslek Hastalıkları.....	117
4.4.2.3. Kimyasal Maddelere Bağlı Meslek Hastalıkları.....	118
4.4.2.4. Radyasyona Bağlı Meslek Hastalıkları.....	121
4.4.2.5. Varis ve Kas İskelet Yapılarına Bağlı Meslek Hastalıkları.....	123
4.4.2.6. Cilt Problemlerine Bağlı Meslek Hastalıkları.....	126
4.4.2.7. Strese Bağlı Meslek Hastalıkları.....	127
4.4.3. Sağlık Kuruluşlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarına Karşı Alınması Gereken Önlemler.....	129
4.5. Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Düzenlemeler.....	141
4.5.1. Genel Düzenlemeler.....	141
4.5.1.1. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Risk Grupları Tebliği.....	141
4.5.1.2. Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği.....	141
4.5.1.3. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik.....	142
4.5.1.4. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği.....	142
4.5.1.5. Özel Hastaneler Yönetmeliği.....	143
4.5.1.6. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi.....	143
4.5.1.7. Kadın İşçilerin Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik.....	144
4.5.1.8. 4857 Sayılı İş Kanununda Gece Süresi ve Gece Çalışmaları.....	145

4.5.1.9. Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik	146
4.5.1.10. İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik	146
4.5.2. Güvenlik Önlemlerine Yönelik Düzenlemeler	148
4.5.2.1. Güvenlik ve Sağlık İşaretleri Yönetmeliği	148
4.5.2.2. Koruyucu Donanım Yönetmeliği	148
4.5.2.3. Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik	149
4.5.2.4. Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik	149
4.5.2.5. Kanserojen Ve Mutajen Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik	150
4.5.2.6. Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği	150
4.5.2.7. Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği	152
4.5.2.8. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği	153
4.5.2.9. Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Kanunu	154
4.5.2.10. Radyasyon Güvenliği Komitesi Çalışma Usul ve Esasları	155
4.5.2.11. Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi Kuruluşları Hakkında Yönetmelik	156
4.5.3. Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Düzenlemelerin Değerlendirilmesi ve AB İle Karşılaştırılması	157
4.6. Sağlık Kuruluşlarında İş Kazası Kayıt Sisteminin Önlemi	160
4.7. Sağlık Kuruluşlarında İş Yeri Hekimi ve Hemşiresinin Sorumlulukları	162
4.7.1. İşyeri Hekiminin Sorumlulukları	162
4.7.2. İşyeri Hemşiresinin Sorumlulukları	163

5. SAĞLIK KURULUŞLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ 166

5.1. Sağlık Kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi Hakkında Temel Kavramlar	166
5.1.1. Kalite Kavramı	166
5.1.2. Toplam Kalite Yönetimi	167
5.1.3. Hizmet Sektöründe Kalite	170
5.1.4. Sağlık Kuruluşlarında Kalite	173
5.1.4.1. Sağlık Kuruluşlarında Kalitenin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi	176
5.1.4.2. Kaliteyi Etkileyen Faktörler	178
5.1.4.3. Kalitenin Boyutları	179
5.1.4.4. Akreditasyon	180
5.1.4.5. Sağlık Kuruluşlarında Kalite Yönetimi Uygulamalarının Çeşitli Ülkelerle Karşılaştırılması	183

5.2. Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Açısından Toplam Kalite Yönetimi	185
5.2.1. Sağlık Çalışanlarını Hedef Alan Ulusal Kalite ve Güvenlik Stratejileri	185
5.2.2. Sağlık Kuruluşlarını Hedef Alan Ulusal Kalite ve Güvenlik Stratejileri	187
5.2.3. Tıbbi Ürün Ve Teknolojileri Hedef Alan Ulusal Kalite ve Güvenlik Stratejileri	190
5.2.4. Kalite Uygulamalarının İş Sağlığı ve Güvenliğine Yansımaları İle İlgili Hastane Örnekleri	192
5.2.4.1. Özel Hastaneden Bir Uygulama Örneği	192
5.2.4.2. Devlet Hastanesinden Bir Uygulama Örneği	195
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	200
KAYNAKLAR	204
ÖZGEÇMİŞ	210

TABLULAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	Sayfa No.
Tablo 1: Geçmişten Günümüze İş Kazası Oranları	16
Tablo 2: Yıllara Göre İş Sağlığı ve Güvenliği İstatistikleri	16
Tablo 3: Sektörlere Göre İş Kazası, Sürekli İş Göremezlik ve Ölüm İstatistikleri	18
Tablo 4: 2007 Yılı İş Kazası ve İş Kazasına Uğrayan Çalışan Sayısı.....	18
Tablo 5: Meslek Hastalıkları Hastanelerinden Alınan Müracaat ve Vaka Sayıları.....	20
Tablo 6: Türkiye ve Bazı Ülkelerde İş Kazası 2004 Yılı İnsidans Hızları Karşılaştırılması	21
Tablo 7: 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun Karşılaştırılması	61
Tablo 8: İSG Hükümlerine Aykırılık Durumları ve Cezaları.....	63
Tablo 9: Sağlıkta Fiziki Mekan Göstergeleri	80
Tablo 10: Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri.....	89
Tablo 11: Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında Sağlıklarını Olumsuz Etkilediğini Belirttikleri Durumlar	93
Tablo 12: Sağlık Kuruluşlarında Risk Grupları.....	95
Tablo 13: Biyolojik Risk Faktörleri	98
Tablo 14: Stresle Karşılaşan Bireyin Gösterdiği Çeşitli Tepkiler.....	103
Tablo 15: Sağlık Çalışanlarının Karşılaştıkları Risk ve Sorunlarının Dağılımı	107
Tablo 16: Sağlık Çalışanlarında Kesici Aletlerle Ve Diğer Yaralanmalarla İlgili Yapılan Çalışmalardan Örnekler.....	111
Tablo 17: Sağlık çalışanlarında şiddetle ilgili yapılan çalışmalardan örnekler	114
Tablo 18: Hemşirelerde 12 Aylık Kas İskelet Sistemi Sorunları Prevelansı	125
Tablo 19: Sağlık Çalışanlarında Kas İskelet Yaralanmalarına Bağlı Oluşan Meslek Hastalıkları İle İlgili Çalışmalara Örnekler.....	126
Tablo 20: NIOSH'a göre Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Örnek Programı.....	140

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Sekil No</u>	Sayfa No.
Şekil 1: Dünyada ve Türkiye’de İş Kazası Meslek Hastalıklarının Karşılaştırılması.....	19
Şekil 2: Meslek Hastalıklarında Buz Dağı Olgusu	20
Şekil 3: Kaza Sebepleri Teorileri ve İnsan Hatası.....	24
Şekil 4: ILO OHS Yönetim Sistemi Modeli	32
Şekil 5: OHSAS 18001 Yönetim Sistemi Modeli.....	34
Şekil 6: ILO-OHS ve OHSAS Karşılaştırması	39
Şekil 7: Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi.....	71
Şekil 8: Dünya Sağlık Örgütü Sağlık İnsan Gücü.....	89
Şekil 9: Sağlık Çalışanlarının Sağlığını Etkileyen Bileşenler.....	94
Şekil 10: İş Güvencesinin İş Doyumu ve Güvenlikle İlişkisi.....	106
Şekil 11: Kesici Ve Batıcı Yaralanmalar İle İlişkili Durumlar	109
Şekil 12: Sağlık Görevlilerini Etkileyen Bazı Enfeksiyonlar ve Bulaşma Yolları.....	116
Şekil 13: Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik Yönetimi	130
Şekil 14: Hizmet Kalitesi Denge Üçgeni.....	171

KISALTMALAR

a.g.k	Adı geçen kaynak
a.g.m	Adı geçen makale
AB	Avrupa Birliği
BM	Birleşmiş Milletler
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HBV	Hepatit B Virüsü
HCV	Hepatit C Virüsü
HIV	Human Immuno Deficiency Virus
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
İSG	İş Sağlığı ve Güvenliği
İSGÜM	İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi Müdürlüğü
JCAHO	Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organization
JCI	Joint Commission International Uluslar arası Birleşik Komisyon
NIOSH	Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü
OSHA	Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği
PEP	Post-exposure Profilaxy-Maruziyet Sonrası Profilaksi
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
TÜİK	Türk İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

İnsan için iş kaçınılmaz bir zorunluluktur. Çünkü insan, yaşamı için gerekli olan her şeyi üretebilmek ve elde edebilmek için çalışmak zorundadır. Ancak çalışma hayatında birçok faktör çalışanın bedensel ve ruhsal sağlığını tehdit etmektedir. Bir çalışanın hastalanması veya bir iş kazasına uğraması durumunda, çalışan, öncelikle kendisinden beklenen sosyal rolü gerçekleştiremeyecektir. Diğer taraftan kişinin iş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle işinden uzak kalması öncelikle kendisini, varsa bakmakla yükümlü olduğu ailesini, çalıştığı işletmeyi ve bunun sonucu olarak ülke ekonomisini olumsuz etkileyecektir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) sıklıkla iş kazaları ve meslek hastalıklarından kaynaklanan sosyal ve ekonomik kayıpların önemini vurgulamaktadırlar. Sağlık hizmetlerinde hastalıkları önleme ve sağlığı korumanın maliyeti her zaman tedavi etmekten daha ucuz ve etkili olduğundan dolayı günümüzde yaygın olarak kullanılan yönetim sistemleri veya kalite yönetim sistemlerinin çoğu da düzeltici faaliyetlerden çok önleyici faaliyetlere odaklanmaktadır. Günümüzün İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) yaklaşımında da benzer mantık ile risk değerlendirmesi, çalışanların katılımı, uzman katkısı sağlanması, çalışanların bilgilendirilmesi, çalışanların eğitimi ve koruma- önleme gibi ilkeler önem kazanmıştır.

Dünyada İSG alanı ile ilgili gelişmelere ülkemiz de duyarsız kalmamış ve başta İSG ile ilgili ulusal mevzuatımız olmak üzere 4857 sayılı Kanunda İSG hakkında ciddi düzenlemelere gidilmiştir. Bu değişiklikler kapsamında Avrupa Birliği (AB) mevzuatı ile ulusal mevzuatımızın uyumlaştırılması açısından da bir dönüm noktası olan yasal düzenlemeler hızla hayata geçirilmiştir.

Sağlık sektörü 2001 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) İşçi İstatistikleri Raporunda en sık iş kazası saptanan sektörler sıralamasında ikinci sırada yer almaktadır. Sağlık kuruluşlarında yapılan işler ulusal mevzuatımızda da tanımladığı gibi “ağır ve tehlikeli” işlerdir. Sağlık çalışanlarının hizmet sunum süreçlerinde karşılaştıkları biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal riskler sağlık çalışanlarının yanında hastaları ve genel olarak işletme güvenliğini de tehdit etmektedir.

Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği (OSHA) ve Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH), hastanelerin çalışanlarının sağlığını korumak için

değil, daha çok hastayı korumak için oluşturulduğundan, bunun çalışanlar açısından ayrıca bir tehdit oluşturduğunu belirtmiştir. Ülkemizde sağlık çalışanları büyük oranda hastanelerde istihdam edilmekte fakat sağlık ve güvenlik hizmetleri alamamakta, meslek hastalıkları ve iş kazaları kayıtları dahi bulunmamaktadır.

Sağlık işletmelerinde başarılı bir İSG uygulamasının gerçekleşmesi için öncelikle ilgili taraflar olan Devletin, işletmeleri ve çalışanların görev, yetki ve yükümlülüklerinin analiz edilmesi önemli yer tutmaktadır. Sağlık kuruluşlarında İSG ile ilgili yapılacak iyileştirme faaliyetlerinde risklerin değerlendirilmesi, çalışanların eğitimi, koruma-önleme mantığının geliştirilmesi; sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanması açısından hem çalışanlara, hem de sağlık kuruluşlarına ve dolaylı olarak ülke kalkınmasına önemli faydalar sağlayacaktır.

Çalışmanın birinci bölümünde İSG hakkında kavramlar ve bilgilere yer verilmiştir. Ayrıca İSG tarihsel gelişimi, yönetim sistemleri ve yararları, İSG'nin işletmeler, çalışanlar ve ülke ekonomisi açısından önemi vurgulanmıştır. İkinci bölümde ise İSG ile ilgili ulusal ve uluslararası düzenlemelere, faaliyet gösteren kuruluşlara detaylı olarak yer verilmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünde sağlık kuruluşlarında İSG kapsamında öncelikle sağlık kuruluşlarının tanımı özellikleri ve sınıflandırılması açıklanmış, sağlık kuruluşlarına çalışanların özellikleri, iş yeri ortam faktörleri, sağlık kuruluşlarında iş kazaları ve meslek hastalıkları, alınması gereken önlemler ve bu konularla ilgili önemli istatistiklere yer verilmiştir. Ayrıca sağlık kurumlarını ilgilendiren yasal düzenlemeler ve iş yeri sağlık biriminin sorumlulukları hakkında detaylı olarak bilgi verilmiştir. Çalışmanın dördüncü bölümünde ise, İSG uygulamalarının temel direği olan Toplam Kalite Yönetimi (TKY) hakkında genel bilgiler açıklandıktan sonra İSG açısından TKY uygulamalarının önemi vurgulanmıştır. Bunun yanında özel ve devlet hastanelerinde İSG yönünden uygulanan kalite çalışmaları örneğine yer verilmiştir.

Sağlık işletmelerinde İSG ile ilgili ulusal literatürümüzde kısıtlı çalışmaya rastlanmaktadır. Bu yönü ile araştırma ulusal ve uluslararası İSG uygulama ve mevzuat açısından yetersizliklerimizi sağlık kuruluşlarına yönelik İSG bilincinin yerleştirilmesi ve gelişiminin önemi, iş kazası ve meslek hastalıkları yönünden sağlık sektöründe ne gibi tehlikelere maruz kalındığını ayrıntıları ile ortaya koymaktır. Bu çalışma ile sağlık kuruluşları yönetiminin ve çalışanlarını bilinçlenmesi, her çalışan gibi sağlık çalışanlarının da en doğal hakkı olan sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının sağlanmasında ışık tutması amaçlanmaktadır.

2. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAVRAMLARI

2.1. İş Sağlığı

Sağlık kavramı sözcük olarak, “vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik” anlamında ifade edilmektedir. Gerçekten de birçok insan sağlığı, hastalığın olmaması olarak düşünmektedir. Hastalığı, hekim yaklaşımı ile “doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı hal” olarak tanımlamak mümkündür. Tıbbi açıdan hastalık ise, “bir kimsenin beden veya ruh sağlığının bozulması” şeklinde tanımlanmaktadır.¹

İş kavramı ise, “insanın yaşamını sürdürmesi amacına yönelik zihinsel ve bedensel her uğraş olarak” ya da “bedensel, zihinsel ve ruhsal bir çaba ile çalışanın kendisi ya da başkaları için değer ifade eden mal ve hizmetler üretme faaliyeti” olarak tanımlanır.²

İş sağlığı kavramı, çalışanlarla birlikte, çalışanın zarar görmesinden etkilenen, onun sosyal çevresini, işletmenin ilgili olduğu tüm çevreyi ve de toplumu kapsayan geniş bir kavramdır.³ Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1950 yılında yaptığı tanıma göre iş sağlığı; bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları şeklinde tanımlanmıştır.⁴

İş sağlığının amaçlarını ise aşağıda ki maddelerle belirtmişlerdir.

- Çalışanların sağlık kapasitelerini en yüksek düzeye çıkarmak,
- Çalışmanın olumsuz koşulları nedeni ile sağlığın bozulmasını önlemek,
- Her işçiyi fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalıştırmak,
- Yapılan iş ile işçi arasında uyum sağlayarak, asgari yorgunlukla optimal randıman elde etmektir.⁵

¹ Devecan, N., “Özel Sağlık İşletmelerinde İş sağlığı ve Güvenliği”, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2007, s.7

² Tınar, M. Y., Çalışma Psikolojisi, İzmir, 1996, s.5-6.

³ Devecan, a.g.k., s.38

⁴ Parlar, S., “Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı” TAF Preventive Medicine Bulletin, Sayı 7(6), İzmir, 2008, s. 547-554

⁵ Akkaya, G., “Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma”, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007, s.4

İş sağlığı genel olarak çalışma hayatı ve sağlık arasındaki ilişkileri inceleyen bir bilimdir. İş ve sağlık arasındaki ilişkilerin incelenmesinde kullanılan yaklaşımlar birbirini tamamlayan iki ana grup halinde ele alınabilir. İş sağlığı çalışmalarında iş ile sağlık arasındaki ilişkiler incelenirken ilgi işin sağlık üzerindeki etkileri konusudur. Bu etki çoğu kez algılandığı gibi olumsuz etkilerdir bu nedenle iş sağlığı çalışmalarının amacı, çalışanları bu olumsuz etkilerden korumaktır.⁶

Bazı yazarlar iş sağlığı kavramının yanında işçi sağlığı kavramını da kullanmaktadırlar. İşçi sağlığı kavramı kapitalist üretim ilişkileri içerisinde çalışanların gelir durumları, ülkede ki enflasyon oranı, işsizlik, iş güvencesi ve sosyal güvence durumları, sağlıkla ilgili güvenceleri, çalışma süreleri, örgütlenme özgürlükleri, kişisel farklılıkları, konut ve ulaşım olanakları gibi çok sayıda bileşenin etkilediği bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır.⁷

Türkiye’de çalışanların sağlığı alanında öne çıkan sorunlar; işgücüne katılımda cinsiyetler arasında gözlenen eşitsizlik, bölgeler ve sınıflar arasında gelir dağılımında gözlenen uçurum, işsizlik, sigortasız çalıştırılma, istihdamda bölgeler arası eşitsizlik, çalışanlardan yana işlev üslenemeyen sosyal güvenlik örgütleri, işçi sağlığı alanına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde yetersizlik, sendikasılaştırma, özelleştirme, esnek üretim süreci, iş kazaları, meslek hastalıklarının erken tanısının konamaması ve alanda kamusal izlem eksikliği ile denetimsizlik olarak ortaya çıkmaktadır.⁸

DSÖ’nün önemle vurguladığı konu hastalıkların önlenmesi, yaşamın uzatılması ve toplumun organize çabaları sağlığın geliştirilmesi bilim ve sanatı olan halk sağlığı çerçevesinde “Herkes İçin İş Sağlığı” kavramını bir topluma oturtabilmek için öncelikle gerekli olan; multisektörel iş birliği, toplum katılımı ve siyasi kararlılıktır. Çünkü bir ülkenin sosyo-ekonomik kalkınma tarzı, siyasal yönelimleri ve sağlığın geliştirilmesi ile hastalıkların önlenmesine yönelik yatırımlar hedeflerin ne ölçüde sahiplenildiğini göstermektedir.⁹

⁶ Bilir, N.-Yıldız, A.N., İş Sağlığı ve Güvenliği, Hacettepe Yayınları, 2004, s.3

⁷ Pala, K., “Türkiye’de İş Sağlığında Durum”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Temmuz 2000, Sayı 3, s.3.

⁸ Pala.a.g.m., s.11

⁹ Evcı, E.D., Bilir, N., Dünya Sağlık Örgütü’nün “21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” Kavramının İş Sağlığına Yansıması, Sağlık ve Toplum, Nisan-Haziran 1999, Sayı.2, s.7

2.2. İş Güvenliği

Güvenlik sözcüğü bazı yazarlar tarafından genel olarak “emniyet içinde olma” anlamında kullanılırken, Türk Standartları Enstitüsü (TÜİK) 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri standardında “kabul edilmez zarar riskinden uzak kalma” şeklinde tanımlanmaktadır. İş güvenliği, çalışanların daha çok teknik özellikli risklere karşı korunmasını içeren bir anlam taşır. Buna göre, teknik tedbir ve bilgi ile koruma sağlayacak risklerin tespiti ve bunlar karşısında ne gibi koruyucu önlemlerin alınabileceği iş güvenliği konusu içindedir.

İş güvenliği, “bir işin yapılması sırasında çalışanların karşılaştıkları tehlikelerin ortadan kaldırılması veya azaltılması konusunda işverene getirilen yükümlülüklerle ilişkin teknik kurallar bütünü” olarak da tanımlanabilir. İş güvenliği kavramı zaman zaman iş sağlığını da kapsayacak şekilde İş Sağlığı ve Güvenliği kavramı yerine de kullanılabilir de, iş güvenliği kavramı daha ziyade teknik emniyet açısından yaklaşımı ifade eden bir kavram olarak kabul edilmelidir.¹⁰

*ILO'nün sosyal ve ekonomik güvenliği artırma stratejisi, güvenliğin 7 temel boyutuna odaklanmaktadır.*¹¹

Temel güvenliğin 7 boyutu:

1. *İş piyasası güvencesi*: Devlet güvencesinde, tam istihdam yoluyla uygun istihdam olanakları.

2. *İstihdam güvencesi*: Keyfi işten çıkarmaya karşı koruma, işe alma ve işten çıkarma ile ilgili düzenlemeler, mali yükün işverence karşılanması.

3. *İş güvencesi*: Kişinin mesleğinin, beceri alanının veya kariyerinin, iş deneyiminin korunması,

4. *Beceri geliştirme güvencesi*: Çıracılık ve iş eğitimi yoluyla, yaygın beceri kazanma ve sürdürme olanağı.

5. *Çalışma güvenliği*: Tüm işçiler için işyerinde sağlık ve güvenlik düzenlemeleri, çalışma saatlerinin sınırlandırılması, uygun olmayan saatlerde çalışma ve gece işinin kısıtlanması yoluyla kaza ve hastalıklardan koruma.

6. *Temsil güvencesi*: Devletin işleyişine ekonomik ve politik olarak katılmış, grev hakkı da olan bağımsız sendikalar, işveren örgütleri ile iş piyasasında ortak sesin varlığının korunması.

¹⁰ Devedbakan, a.g.k., s.34

¹¹ Pala, K., “İSG Politikası ve Güvenlik Kültürü”, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Mayıs-Haziran 2005, Sayı.2, s.18

7. *Gelir güvencesi*: Asgari ücret, ücret ayarlamaları, kapsamlı sosyal güvence, vergilerin gelire göre ayarlanması ile gelirin korunması.

İş güvenliği tüm çalışanların temel hakkıdır. Çalışma hayatında iş güvenliği kapsamı aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

- Güvenlik, sağlık ve çevresel düzenlemelerle işle ilgili sakatlık ve hastalıklardan koruma,
- İşle ilgili ya da başka nedenlerle oluşacak cinsiyet, dini ve etnik grup nedeniyle ayrımcılığa karşı koruma,
- Şiddet, taciz, stres, uygun olmayan çalışma saatlerine karşı koruma, çalışma saatlerinin, gece işinin, çalışma yaşının sınırlandırılması,
- İstihdam ve ücretle ilgili haklar, tazminat, emeklilik güvencesi, analık koruması, işe devamsızlık koruması, uzun süreli bakım, tatil, mantıklı iş planlaması ve iş düzenlemesi,
- Yasalar, devlet yaptırımı, teftiş yoluyla koruma ve örgütlenme, toplu pazarlık ve güvensiz işi reddetme hakkı,
- Sağlık hizmetine ulaşma, eğitim, çocuk bakımı gibi sosyal destek hakkı,
- İşle ilgili olası tehlikeleri bilme hakkı ve “İşyerindeki yanlış yapılan işleri bildiren kişiler” için korunma hakkı.¹²

2.3. İş Sağlığı ve Güvenliği

Hızla gelişen bilim ve teknoloji ve aynı hızla gelişen kalkınma süreci ve sanayileşme kuşkusuz toplumlara ve ülke ekonomilerine birçok faydalar sağlamıştır. Ancak, insanın çalışma yaşamı ve güvenliği için aynı başarıyı gösterdiğini söylemek güçtür.¹³ *Dar anlamda İSG kavramı*, işçinin sağlık ve emniyetinin işyeri sınırları ve iş dolayısıyla doğan tehlikeler karşısında korunmasını kapsamaktadır. Zamanla çevrenin korunması, beslenme, ulaşım emniyeti, ilk yardım ve sosyal güvenlik gibi konular İSG konuları ile ilişkilendirilmiştir. *Geniş anlamda İSG kavramı*, işyeri ile sınırlı sağlık ve emniyet tedbirlerinin yeterli koruma sağlayamayacağını kabul eden, işçinin sağlığını ve güvenliğini etkileyen ve ilgilendiren ve işyeri dışından kaynaklanan riskleri de kapsamına dahil eden bir kavramdır.¹⁴

¹² Pala, a.g.m., s.19

¹³ Cervatoğlu, E., “İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Bir Değerlendirme”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ocak- Şubat-Mart 2003, s.23.

¹⁴ Akkaya, a.g.k., s.3

*ILO ve WHO işçi sağlığını şu şekilde tanımlamıştır: Çalışan tüm insanların fiziksel, ruhsal, moral ve sosyal yönden tam iyilik durumlarının sağlanmasını ve en yüksek düzeylerde sürdürülmesini; iş koşulları ve kullanılan zararlı maddeler nedeniyle çalışanların sağlığına gelebilecek zararların önlenmesini ve ayrıca işçinin fizyolojik özelliklerine uygun yerlere yerleştirilmesini, işin insana ve insanın işe uymasını asıl amaçlar olarak ele alan tıp bilimidir.*¹⁵

İşçilerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, toplumun sağlığına yönelik çalışmalar içinde önemli ve vazgeçilmez bir yer tutmakta olduğundan, İSG konusu gelişmiş ülkelerde bağımsız bir bilim dalı haline gelmiş ve genel toplumu sağlık bakımından koruyucu sağlık hizmetlerinin başta gelen bir bölümünü teşkil etmektedir.¹⁶

İSG uygulamalarının önemli üç amacı bulunmaktadır:

- *Çalışanları korumak;* çalışanları iş yerinin olumsuz etkilerinden korumak, rahat ve güvenli bir ortamda çalışmalarını sağlamak, başka bir ifade ile çalışanları iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı koruyarak ruh ve beden bütünlüklerinin sağlanması amaçlanmaktadır.

- *Üretim güvenliğini korumak;* bir iş yerinde üretim güvenliğinin sağlanması beraberinde verimin artması sonucunu doğuracağına özellikle ekonomik açıdan önemlidir. İş yerinde çalışan işçilerin korunmasıyla meslek hastalıkları ve iş kazaları sonucu ortaya çıkan iş gücü ve iş günü kayıpları azalacak, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının işçiye verdiği güvenle iş verimi ve üretim de artma olacaktır.

- *İşletme güvenliğini sağlamak;* iş yerinde alınacak tedbirler ile iş kazalarından veya güvensiz çalışma ortamından dolayı doğabilecek makine arızaları ve devre dışı kalmaları, patlama olayları, yangın gibi işletmeyi tehlikeye düşürebilecek durumlar ortadan kaldıracağından işletme güvenliği sağlanmış olur.¹⁷

Her yıl azımsanmayacak sayıda insan çok rahatlıkla engellenebilecek ve hukuken de engellenmesi zorunlu olan iş kazaları ve meslek hastalıklarından yaşamını yitirmekte veya engelli hale gelmektedir. *ILO rakamlarına göre;*

- Her gün yaklaşık 6.000 kişi iş kazası veya meslek hastalıkları nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Yıllık toplamda 350.000 kişi iş kazası, 1.700.000 kişi ise meslek hastalıklarından yaşamını yitirmektedir.

¹⁵ Yiğit, A., İş Sağlığı ve Güvenliği, Bursa, 2008, s.2

¹⁶ Karakaş, İ., İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatı Uygulama Rehberi, Ankara, 2007, s.29

¹⁷ Yiğit, a.g.k., s.2

- Her yıl 270 milyon iş kazası meydana gelmekte ve 160 milyon kişi meslek hastalıklarına yakalanmaktadır.¹⁸

ILO, işyeri kazalarının sanayileşmiş ve yeni sanayileşen birçok ülkede belirli bir düzeye seyrederken, buna karşılık Asya ve Latin Amerika'nın hızla sanayileşen kimi ülkelerinde arttığını belirtmektedir. ILO' ne göre ölümcül veya ölümcül olmayan işyeri kazaları birçok ülkede azalır veya sabit kalırken, Çin'de meydana gelen ölümcül iş kazası sayısı 1998 yılında 75,500 iken 2001 yılında 90,500'e çıkmıştır. Üç günden fazla iş kaybına neden olan kaza sayısı ise 56 milyondan 69 milyona çıkmıştır. Latin Amerika'da, özellikle Brezilya ve Meksika başta olmak üzere inşaat sektörünün büyümesi ve bu sektörde istihdam edilen kişi sayısının artması sonucunda ölümcül kaza sayısı 29,500'den 39,500'e çıkmıştır.

ABD'de tüm kanser vakalarının %20 ile %40'ının doğrudan meslekten kaynaklandığını, Kanada'da ise her yıl kanserden hayatını kaybeden 40 bin kişiden 10 binden fazlasının meslek hastalığı mağduru belirtilmektedir. Tüm dünyada, her yıl asbest yüzünden 100 bin ölüm meydana gelmektedir. Ölümler dışında, aynı nedenle ortaya çıkan akut ve uzun süreli hastalıklara yakalananların sayısı ise 7 milyon civarındadır.¹⁹

Ülkemizde gerçek durumu yeterince yansıtmamakla birlikte elimizdeki tek veri kaynağı olan SSK istatistiklerine göre günde ortalama üç işçi yaşamını yitirmektedir. Türkiye'deki iş kazalarının sayısı Avrupa Birliği ülkelerinin ortalamasının 5 katı kadardır.

Günümüzde işyerlerinde iş kazaları ve meslek hastalıklarının yalnızca sonuçlarının onarılması artık yeterli görülmemektedir. Çünkü en akılcı yöntem, riskin ortaya çıkmasını önlemek ve bu bağlamda, bir yandan işçinin, öbür yandan da tüm toplumun çıkarı doğrultusunda, çalışma koşullarını iyileştirmektir. Bu zorunluluk ile iş kazalarına ve meslek hastalıklarına karşı koruyucu ve bu riskleri önleyici çözümler oluşturulmaya başlanmıştır.²⁰

¹⁸ Yardım, N., Çipil, Z., Vardır, C., Mollahaloğlu, S., "Türkiye İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları: 2000-2005 Yılları Ölüm Hızları", Dicle Tıp Dergisi, Cilt. 34, Sayı.4, 2007, s.264-271

¹⁹ Devebakan, a.g.k., s.27

²⁰ Türk Tabipleri Birliği, "4857 Sayılı İş Kanunu'na İlişkin Türk Tabipleri Birliğinin Görüş Ve Önerileri", TTB Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi, Nisan-Mayıs-Haziran, 2003, s.11.

2.3.1. Tehlike

Kazalara yol açması, sağlığı ve güvenliği olumsuz yönde etkilemesi bakımından tehlike ve risk kavramları önem arz etmektedir. İSG alanında “tehlike” ve “risk” sözcükleri sık sık kullanılmaktadır. Tehlike ve risk sözcükleri bir biri ile ilintili ancak aynı şeyi ifade etmemektedir. *Tehlike*, zarar verebilecek her şey (örneğin, kimyevi maddeler, elektrik, merdiven üstünde çalışma vb.) anlamına gelir.²¹

Bir ortamda veya iş yerinde bulunan “sakıncalı” olan durumlar tehlike yaratır. Tehlike belirli bir kişi için değildir, herhangi bir kişi için söz konusu olabilir. Örneğin, maden de grizu patlaması genel bir tehlikedir. Madende çalışan için grizu patlaması tehlikesi bir risktir. Tehlike genel ve soyut bir kavram olmasına karşılık, risk bireyseldir.²² Çevremizde bulunan çeşitli faktörler “tehlike” yaratabilir, ancak bu faktörlerle karşılaşma durumunda bu tehlikeli durumun belirli bir olasılık dahilinde meydana gelmesi söz konusu olur.²³

2.3.2. Risk ve Risk Değerlendirme

İşçi sağlığı ve iş güvenliğinde yeni yaklaşımın ana felsefesi: işyerlerinde risk değerlendirmesinin yapılması, çalışanların görüşlerinin alınması ve katılımlarının sağlanması, uzman katkısının sağlanması, çalışanların işyerindeki tehlikeler konusunda bilgilendirilmesi, çalışanlara eğitim verilmesi koruma ve önleme bilincinin yerleştirilmesidir.²⁴

Risk; hastalık veya bir duruma düşme, zarar görme, hırpalanma olasılığıdır. Bir olayın istenilmeyen sonuçlarının potansiyel gerçekleşmesi olarak tanımlanabilir. Risk tanımı içerisinde olayın olma olasılığı ve sonucun boyutu, bir veya daha fazla bireyin etkilenmesinin söz konusu olduğu gruplarla ilgili risk değerlendirmesi söz konusudur. Belirli bir sürede belirli bir etkenin etkisinde kalan kişilerin ne oranda risk taşıdığı belirlenmesi risk değerlendirmesidir.²⁵

²¹ Devebakan, a.g.k., s.20

²² Bilir, a.g.k., s.77

²³ Bilir, N., “İş Sağlığı ve Güvenliğinde Çağdaş Bir Yaklaşım:Risk Değerlendirmesi ve Risk Yönetimi”, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Sayı.25, Ankara, Mayıs-Haziran 2005, s.9

²⁴ Turan, A.,Müezzinoğlu, A.,”Risk Değerlendirme Yöntemleri”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ocak-Şubat-Mart, 2006, s.32

²⁵ Çağatay, G., Çobanoğlu, Z.,”Risk İletişimi ve Risk Yönetimi” Temel Kaynak Dizisi, Ankara, 1997, s.20

İş yerinde bulunabilecek tehlikeler teknik yöntemler kullanmak suretiyle değerlendirilir. Bu şekilde riskin miktarı ve düzeyi hakkında fikir edinilir. Bundan sonra bu riskin çalışanlar ve toplum tarafından algılanması ve riskin kontrolü-yönetim konuları gündeme gelir. Bu konularda yöneticilerin bir politika belirlemesi ve bu politika çerçevesinde davranması gereklidir.²⁶

Risk değerlendirmesi kavramı Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) İş Güvenliği ve Sağlık Yönetim Sistemleri Kılavuzunda (ILO-OSHA 2001), "işteki tehlikelerden ortaya çıkan sağlık ve güvenlik risklerini değerlendiren bir süreç" olarak tanımlanmaktadır.²⁷

İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sisteminin temel direğini "Risk Değerlendirmesi" oluşturmaktadır. *Risk değerlendirmesinin amacı*, işyerlerindeki çalışma koşullarından kaynaklanan her türlü tehlike ve sağlık riskini azaltmak ve söz konusu risk ve tehlikeleri çalışanlar ve işletme açısından etkisiz hale getirmektir.

Risk değerlendirmesi yalnızca işletmedeki bir kişinin tek başına yapabileceği bir işlem değildir. İşletmede bu işle ilgilenen bir tek İş Güvenliği Uzmanı olsa dahi, işletmedeki üst yönetim kadrosundan, tüm işçilere kadar herkesin bir fiil çalışmasını gerektiren bir çalışmadır.²⁸

Risk değerlendirme çalışmaları 4 aşamada yerine getirilir.

1. *Tehlikenin tanımlanması:* Risk değerlendirilmesinde ilk olarak yapılması gereken işlem, var olan tehlikenin tanımlanmasıdır. Tehlikenin olup olmadığının belirlenmesi çok önemlidir, zira bir tehlikenin var olması durumunda, sonraki aşamaların yapılması gündeme gelecek, tehlike söz konusu değilse iler çalışmalarına gerek olmayacaktır. Örneğin, kimyasal bir tehlikenin varlığı söz konusu olduğunda fikir edinmek için şu işlemler yapılmalıdır:²⁹

- Bulunabilecek kimyasal maddelerin listesi
- Bunlardan hangilerinin kullanıldığının belirlenmesi
- Üretici firmadan bu maddelerle ilgili bilgi sağlanması
- Bu maddelerin kullanıldığı birimlerde gözlem yapılması
- Kontrol önlemlerinin gözden geçirilmesi
- Gerekiyorsa çevresel ölçüm yapılması

²⁶ Bilir, a.g.k., s.78

²⁷ Devebakan, a.g.k., s.20-21

²⁸ Özkılıç, Ö., "İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Metodolojileri", TİSK Yayınları, Ankara, Mart, 2005, s.62-63.

²⁹ Bilir, a.g.k., s.79

2. *Maruziyetin değerlendirilmesi:* Çalışanların işyerindeki faktörlerden ne düzeyde etkilendiklerini ortaya koymak için ölçümler yapılır. Bu ölçümler işyeri ortamında yapılabildiği gibi çalışanların vücutlarında da bazı değerlendirmeler yapılabilir. Gürültü, radyasyon, sıcaklık gibi fiziksel faktörler konusunda işyeri ortamında yapılan doğrudan ölçümler yolu ile fikir edinilir. Tozlar, kimyasal maddeler vs. ile ilgili değerlendirmeler ise işyeri ortam havasından alınan örnekler üzerinde yapılır.

3. *Doz-cevap ilişkisinin incelenmesi:* Risk faktörünün işyeri ortamında veya çalışanların vücutlarındaki düzeyinin saptanmasından sonra, etkenin dozuna bağlı olarak etkilenmenin ne ölçüde değiştiği konusunun incelenmesi gerekir. Bu amaçla yapılacak çalışmalarda hem işyeri ortamındaki düzeyler, hem de çalışanlarda yapılan biyolojik ölçümlerin sonuçları bir arada değerlendirilir.³⁰

4. *Riskin karakterizasyonu:* Bu aşamada riske bağlı olarak meydana gelmesi beklenen etkilerin türleri ve boyutu ile bu etkilerin meydana gelme olasılığı ifade edilir. Bunun için, önceki aşamalarda kullanılan değerlendirme yöntemlerinin türleri, bu yöntemlerde hataya açık olan noktalar, değerlendirmenin ve hesaplamaların kaç kişilik grupta yapıldığı, kullanılan istatistik testler ve önemlilik düzeyleri gibi noktalar dikkate alınarak yorum yapılır.³¹

Risk yönetimi ortaya çıkan problemlerle ilgili olarak neler yapılacağına dair karar sürecini tanımlamaktadır. Risk yönetimi önceliklerin belirlenmesine yardımcı olur. Analiz ve karar verme süreçlerinin dengelenmesi esasına dayanır. Ulusal önceliklerin belirlenmesi özellikle önem taşımaktadır. Risk yönetimi en verimli ve sürekli risk azaltımı politikalarının belirlenmesini sağlar. Risk yönetimi değerlendirme, yargı ve analiz olgularının karar verme sürecinde bir arada kullanılmasını, böylece etkin bir çevresel eylem planının yapılmasını gerektirir.³²

Risk değerlendirme çalışmasının olumlu yanları yalnızca çalışanların sağlığı açısından sağlanan yararlarla sınırlı değildir. Bu çalışmalar sonunda işyeri ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesi çalışanın sağlığı ve güvenliği açısından olumludur. Bunun yanı sıra sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak, çalışan kişilerin iş verimini olumlu etkileyeceği için risk değerlendirme çalışmaları işveren açısından da yarar sağlamaktadır. Bu durum işveren açısından olduğu gibi ülke ekonomisi

³⁰ Bilir, a.g.m., s.9

³¹ Bilir, a.g.k., s.82

³² Çağatay, Çobanoğlu, a.g.m., s.31

bakımından da olumlu etki yapacaktır. Öte yandan çalışmaların sonucunda gerekli koruyucu uygulamaların yapılmış olması mevzuatta öngörülen düzenlemelerin yerine getirilmiş olması anlamına gelir. Böylelikle işverenler yasal yükümlülüklerini de yerine getirmiş olurlar.³³

1.3.3. Güvenlik Kültürü

Güvenlik kültürü kavramının ilk olarak 1987 yılında OECD Nükleer Ajansı Raporu'nda, Çernobil Nükleer Santrali'nin patlaması ve felaketin yaşanması üzerine kullanılmıştır. Bu felaketten sonra işletmelerin, iş güvenliği kültürü uygulamaları ile bir yandan üretim maliyetlerini ve etkinliğini kontrol etme, diğer yandan kültürel faktörlerin güvenlik davranışı üzerine etkisini anlama gayreti içine girdikleri görülmektedir.³⁴ Kazalardan korunma konusunda etkililiği arttırmak için “iş güvenliği kültürü” anahtar faktördür. Konuyla ilgili olarak, üst yönetimin, mesleki iş güvenliği ile ilgili kişisel davranış ve tutumları aracılığı ile ortaya koyduğu yönetimi şekli birinci derecede öneme sahiptir.³⁵

Güvenlik bilgiye dayanmaktadır. İçerisinde sindirilmiş ve yaşam biçimi haline getirilmiş bilgiye ise kültür denilmektedir. *Güvenlik kültürü*, kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine, tarzına ve uygulamadaki ısrarına karar veren birey ve grupların, değer, tutum, yetkinlik ve davranış örüntülerinin bir ürünüdür. Güvenliği veya emniyeti tehdit edebilecek davranış veya uygulamalarla zararını en aza indirmeyi amaçlayan, güvenlik veya emniyete öncelik veren algılar, inançlar, tutumlar, kurallar, roller, sosyal, teknik ve politik uygulamalarla, yetkinlikler ve sorumluluk hislerinin bütünüdür.

Güvenlik kültürü üç alanda kararlılık gerektirmektedir: İşletmelerin mesleki sağlık ve güvenlik yönetim sistemlerini yaşama geçirme kararlılığı, işçilerin bu sistemlere katılma ve destekleme kararlılığı ve güvenlik ve sağlıkla ilgili yerel girişimlerin, rekabet gücüyle ilgili bazı endişeler yüzünden programı engellenmesini önleyecek uluslararası bir çerçeve oluşturulmasına yönelik kararlılıktır.³⁶

³³ Bilir, a.g.m., s.11

³⁴ Devebakan, a.g.k., s.33

³⁵ Kırmızı, B., “Türk İş Hukukunda İş Güvenliği ve İş Sağlığı”, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Projesi, İstanbul, 2005, s.14

³⁶ Pekşen, Y., Canbaz, S., “İş Sağlığı ve Güvenliği Politikası ve Güvenlik Kültüründe Sosyal Diyalogun Rolü” İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Sayı:25, Mayıs-Haziran 2005, s.13.

Güvenlik kültürünün oluşturabilmesi için;

- Proaktif ve bilgiye dayanan İSG yaklaşımı, yaygınlaştırılmalı
- Ulusal ve uluslararası bir çalışma ve üretim kültürü, oluşturulmalı
- Erken çocukluktan başlayarak yaşam boyu eğitim, sürdürülmeli
- Duyarlılık ve bilinçlendirme eğitim kampanyaları, artırılmalı
- Meb ile yakın işbirliği sağlanmalı ve müfredatta İSG dersleri yer almalı
- İSG eğitim programları desteklenmeli, İSG çalışanları ile İSG eğiticileri ortak çalışmalı,
- İyi uygulama örnekleri ve deneyimler paylaşılmalı, ulusal bir bilgi ağı oluşturulmalı,
- KOBİ'lerde İSG için özel yöntemler geliştirilmeli,
- İstihdam ve eğitim sistemleri arasında yakın işbirliği sağlanmalı.
- İSG politikalarını belirleme ve geliştirmede yeni yaklaşımlara ve fikirlere açık olunmalı, İSG uygulamalarında sosyal taraflarla(partnerlerle) işbirliği sağlanmalıdır.³⁷

İşletmelerde güvenlik kültürüne yönelik yapılan araştırmalar, güçlü güvenlik kültürünün iş güvenliğine ilişkin performansı olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. İşletmelerde güvenlik ve sağlığı destekleyen olumlu bir kültürün oluşmasını engelleyen en önemli faktör eksik iletişimdir. Unutulmamalıdır ki bilgilendirme iletişim olmamaktadır. İletişim ancak çift yönlü olduğunda önem kazanır.³⁸

2.3.4. İş Kazası ve Meslek Hastalığı

Hızlı teknolojik gelişmeler bir yandan insanın refahına hizmet ederken, öte yandan insan hayatı ve çevre için tehlikeleri de beraberinde getirmiştir. Özellikle sanayileşmenin ve kütle üretimin süreçlerinin ön plana çıktığı geride bıraktığımız 20 yüzyıl; yoğun makineleşme ve üretim sürecine giren yüzlerce kimyasal maddenin yol açtığı meslek hastalıkları ve iş kazalarının yoğunlaştığı bir yüzyıl olarak hatırlanacaktır.³⁹

³⁷Berk, M., "İSG'de Yeni Yaklaşım veGüvenlik Kültürü", Sağlıklı İşyeri Semineri 2007

http://www.isggm.gov.tr/article.php?article_id=176 (1.12.09)

³⁸ Şerifoğlu, U.K., Süngür, E., "İşletmelerde Sağlık ve Güvenlik Kültürü Oluşturulması;Tepe Yönetimin Rolü ve Kurum İletişim Olanaklarının Kullanımı", Yönetim Dergisi, Yıl 18, Sayı 58, Ekim 2007, s.43

³⁹ <http://osha.europa.eu/fop/turkey/tr/statistics> (17.03.09)

İş kazası; nerede, nasıl, ne zaman olacağı belli olmayan, beklenmedik bir anda dikkatsizlik ve tedbirsizlik ile vuku bulan, neticesinde maddi ve manevi kayıplar ile geriye dönüşü olanaklı olmayan sonuçlara sebep olan üzücü olaylar genel anlamda kaza olarak tanımlanmaktadır.⁴⁰ ILO tarafından ise “planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucunda sakatlanmaya ve zarara neden olan durumdur” şeklinde tanımlanmaktadır.⁴¹

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa (SSK) göre sigortalının geçirdiği kazanın iş kazası olarak kabul edilmesi ancak aşağıdaki durumlarının bu tanıma uyması ile mümkündür. Buna göre;

- Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,
- İşveren tarafından yürütülmekte olan iş dolayısıyla,
- Sigortalının işveren tarafından görev ile başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- Emzikli sigortalı kadına çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,
- Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere toplu olarak götürülüp getirilmeleri sırasında, geçirdikleri kaza iş kazası sayılmaktadır.⁴²

Meslek hastalıkları ise; tekrarlanan sebeplerle meydana gelmektedir. Kaza iş görenin sürekli olarak bir işte çalışması nedeniyle sağlığının bozulmasıdır. Çalışanın, yaptığı işten dolayı oluşan sağlık bozukluklarına “meslek hastalığı” denir. İş yeri ortamına ve işin türüne bağlı olarak oluşan meslek hastalıkları, genellikle sağlık ve güvenlik koşullarının yetersiz olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır.

Yine 506 sayılı SSK çalışana meslek hastalığı tanısı konulabilmesi için aşağıdaki koşullara uygunluk gerekmektedir. Bu koşullar;

- Meslek hastalığına tutulan kişinin sigortalı olması
- Sigortalının bedence veya ruha bir zarara uğraması
- Hastalık sakatlık veya ölümün yürütülen işin sonucu olarak ortaya çıkması
- Hastalığın sosyal sigorta sağlık işlemleri tüzüğüne ekli listede yer alması ve belirtilen süre içerisinde ortaya çıkması

⁴⁰ Karakaş, İ., İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatı, Ankara, 2007, s.67

⁴¹ Seyyar, A., “Ulusal ve Uluslar arası Mevzuat Açısından İş Sağlığı ve Güvenliği Sisteminde İşyeri Hekimliği ve İşyeri Hemşireliği Uygulamaları”, http://www.sosyalsiyaset.com/documents/issagligi_guvenligi.htm, 16.03.09

⁴² Yeşildal, N., “Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi” TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Sayı 4(5), Düzce, 2005, s.281

- Hastalığın kurum sağlık kurulu raporuyla tespit edilmesidir.⁴³

İş kazası ve meslek hastalıklarının hem 4857 sayılı İş kanunu uygulaması açısından hem de 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu açısından işverenlerin en geç iki iş günü içerisinde yazılı olarak alışma Bølge M¼d¼rl¼đ¼ne bildirmek zorundadır.⁴⁴

Yeterli d¼zeyde İSG ¼nlemlerinin alınmaması sonucunda meydana gelebilecek iş kazası ve meslek hastalıkları; bir taraftan işçinin kendisine zarar vermekte diğer taraftan işçinin bakmakla y¼k¼ml¼ olduğu kişilerin de yaşamaları için gerekli olan destekten mahrum olmalarına sebep olmaktadır. İşyerlerinde meslek hastalıklarına kesin teşhis konması durumunda ¼nlenmesi kesindir.

Karadağ ve arkadaşlarına g¼re s¼z¼ edilen nedenlerin hekimlikle ilgili ve temel oluşturanları aşağıda sıralanmıştır;

- Klasik tıp eğitimi sırasında meslek hastalıklarına çok az yer verilmesi
- Meslek hastalıkları uzmanlığının temel uzmanlık alanı olmaması,
- Hekimlerin çoğunun bir hastada meslek hastalığı tespit etse bile idari anlamda ne ¼nereceđini bilmemesi,
- İşyeri hekimlerinin temel kavramlar dışında meslek hastalıkları konusunda yeterince bilgilendirilmeksizin sertifikalandırılması,
- Meslek hastalıkları konusunun ¼niversiteler ve diğer araştırma kurumlarında yeterince ilgi g¼rmemesi,
- Meslek hastalıkları hastanelerinin yeterince bulunmaması ve tanınmaması,
- ¼lkemizdeki denetim mekanizmasında yeterince eleman olmaması, ¼zellikle de hekim eleman olmamasıdır.⁴⁵

⁴³ Lale. S., “Sosyal G¼venlik Sistemimizde İş Kazası Ve Meslek Hastalığı Sigortası” Y¼ksek Lisans Tezi, Marmara ¼niversitesi, Sosyal Bilimler Enstit¼s¼, İstanbul, 2007, s.3

⁴⁴ Karakaş, a.g.k., s.68-69

⁴⁵ Devedakan, a.g.k.,s.25

Tablo 1: Geçmişten Günümüze İş Kazası Oranları

YIL	SİGRTALI SAYISI	İŞ KAZASI SAYISI	KAZA SIKLIK ORANI
1980	2.204.807	159.600	7,22
1985	2.607.865	148.027	5,67
1990	3.446.502	155.857	4,50
1995	4.163.880	87.960	2,14
2000	5.224.125	74.847	1,41
2001	4.886.881	72.367	1,48
2002	5.223.283	72.344	1,38
2003	5.615.238	76.668	1,36
2004*	6.181.251	83.830	1,35
2005*	6.918.605	73.923	1,06
2006*	7.818.642	79.027	1,01

Kaynak: Peşken, Y., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 12.05.05 Tarihli Sunumu http://www.isggm.gov.tr/article.php?article_id=176 (17.03.09)

* www.sgk.gov.tr (22.12.09)

Tablo 1’de görüldüğü gibi 1980–1990 yılları arası çalışan sayısı az, iş kazası olguları ve iş kazası sıklık oranı yüksektir. Bu yıllarda İSG kavramının öneminin işveren ve çalışanlar tarafından benimsenmemesi en büyük etkidir. 2000’li yıllardan sonra küreselleşmenin başlaması ve yeni iş olanaklarının artmasıyla ve sonuç olarak çalışan oranının artmasına rağmen iş kazası sıklık oranının azalması İSG güvenlik önlemlerinin benimsenmeye başladığının en büyük göstergesidir.

Tablo 2: Yıllara Göre İş Sağlığı ve Güvenliği İstatistikleri

YIL	İŞ KAZASI SAYISI	MESLEK HASTALIĞI	ÖLÜM ORANLARI	
			İŞ KAZASI	MESLEK HASTALIĞI
2000	74847	803	731	6
2001	72367	883	1002	6
2002	72344	601	872	6
2003	76668	440	810	1
2004	83830	384	841	2
2005	73923	519	1072	24
2006	79027	574	1592	9
2007	80602	1208	1043	1
2008	72963	539	865	1

Kaynak; www.sgk.gov.tr (27.12.09)

Ülkemizde 2005 yılı itibariye 73,923 kişi iş kazasına uğramış ve bu kişilerin yaklaşık %60'ı 50'den az çalışanı olan işletmelerde çalışmaktadır. 2005 Yılı SGK istatistiklerine göre ülkemizde en fazla iş kazasının gerçekleştiği iller sırasıyla İstanbul, İzmir, Bursa ve Kocaeli'dir. Sözü edilen istatistiklere göre ülkemizdeki sigortalılardan 25–29 yaş grubunda olanların diğer yaş grubunda olanlara göre daha fazla iş kazasına uğradığını, 40–44 yaş grubunda olanların da diğer yaş gruplarına göre daha fazla meslek hastalığına tutulduğunu göstermektedir.⁴⁶

ILO raporuna göre, işle ilgili hastalıklar ve kazalar sanayileşmiş ülkelerde belirli bir azalma göstermekle birlikte, ölümcül sonuçlar verenler dahil iş kazaları giderek artma eğilimindedir. Dünyadaki işçilerin çoğunluğu yasal çerçevedeki önlemlerden yararlanmamaktadır ve herhangi bir kaza veya hastalık durumunda tazminat alamamaktadır. Çalışanlar arasında çalışma yaşamları süresince iş sağlığı ile görevli bir doktor veya iş müfettişi görmemiş olanlar bile vardır.⁴⁷

Ülkemizde sanayileşme ile birlikte köyden kente göç artmış, göçle birlikte eğitimsiz işgücünün işyerlerinde çalışmaya başlaması, iş kazalarının artmasına neden olmuştur. *İş kazası ve hastalıkların başlıca nedenleri*; işçilerin eğitimsizliği, bilgisizliği, yorgunluk, işyerlerindeki koruma araçlarının yetersiz olması, işçilerin verilen talimatlara aykırı hareket etmesi, işyerinde gerekli güvenlik tedbirleri alınmadan işe başlama olduğu söylenebilir.⁴⁸

DSÖ'ne göre de işyerindeki iş kazaları ve meslek hastalıkları ve ölümlerin seviyesi hala kabul edilemez seviyede olmaya devam etmektedir. DSÖ, çalışanların sadece %10-15'nin temel iş sağlığı hizmetlerinden faydalandığını tahmin etmektedir.⁴⁹ En yüksek iş kazası oranı ise toplam işyeri sayısının %98'ini oluşturan ve 50'den daha az işçi çalıştırılması nedeniyle İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu oluşturma, iş yeri sağlık birimi bulundurma zorunlulukların bulunmadığı, küçük ve orta boy iş yerlerinde görülmektedir.⁵⁰

⁴⁶ Devebakan, a.g.k., s.29

⁴⁷ International Labour Organization. Cenevreden haberler (ILO Cenevre), Uluslararası Çalışma Ofisi, Newsletter, ISSN 1564 510 X, Ankara, 2005 (3), s.6,7
http://www.ILO.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/newsletr/2005_3.pdf (17.03.09)

⁴⁸ Lale. a.g.k., s.3

⁴⁹ Devebakan, a.g.k., s.27

⁵⁰ Yardım, N., Çipil, Z., a.g.m., s.264-271

Tablo 3: Sektörlere Göre İş Kazası, Sürekli İş Göremezlik ve Ölüm İstatistikleri

Sıra	Sektör	İş Kazası Sayısı	Sürekli İş Göremezlik	Ölüm
1	Metalden Eşya İmalatı (Mak.Hariç)	11039	196	35
2	Kömür Madenciliği	6722	389	35
3	İnşaat	7143	428	397
4	Nakliyat	4478	130	165
5	Dokuma Sanayi	4328	127	26
6	Top ve Parekende Tic.	2610	84	70
7	Nakil Araçlar imali	5740	78	25
8	Makine İm. ve Tamirâtı	5331	92	25
9	Taş toprak, kil, kum vs imalatı	5098	80	35
10	Gıda maddeleri san.	2452	76	39
Toplam		79.027	1953	1601

Kaynak: <http://www.tmmob.org.tr/docs/2009/imoisgraporu090310.doc> (17.03.07)

Ülkemizde iş kazaları ve meslek hastalıklarının en çok meydana geldiği iş kolları ise sırasıyla; inşaat, metalden eşya üretimi, kömür madenciliği ve nakliyat olarak sıralanmaktadır.⁵¹ Tablo 3’de görüldüğü gibi en fazla iş kazası görülen sektör metalden eşya imalatı iken, iş kazasına bağlı ölüm oranı ise en fazla inşaat sektöründe görülmektedir. Çünkü inşaat sektöründe çalışanların eğitim düzeyi düşük olmakla beraber, çalışma ortamı birçok risk faktörünü bir arada barındırmaktadır.

Belirtilen rakamlar SSK kayıtlarında bulunan rakamlar olup, kayıt dışı olarak meydana gelen kaza ve sakatlık olayları tam olarak bilinmemektedir. Ülkemizde kayıt dışı istihdamın toplam istihdamın yaklaşık olarak yarısını oluşturduğu düşünüldüğünde, yukarıda belirtilen rakamların çok daha yüksek olabileceği tahmin edilmelidir.⁵² Bunun en önemli örneği aşağıdaki (Tablo 4) tabloda görülmektedir.

Tablo 4: 2007 Yılı İş Kazası ve İş Kazasına Uğrayan Çalışan Sayısı

	TÜİK	Bakanlık
Çalışan sayısı	23.523.000	8.505.602
İş kazası (*)	221.675	80.602
İş kazasına uğrayan çalışan sayısı	682.187	246.662
İş kazalarında ölen çalışan sayısı	1.043	2.880
İş kazası oranı	% 2.9	% 2.9

Kaynak: <http://www.tmmob.org.tr/docs/2009/imoisgraporu090310.doc> (17.03.07)

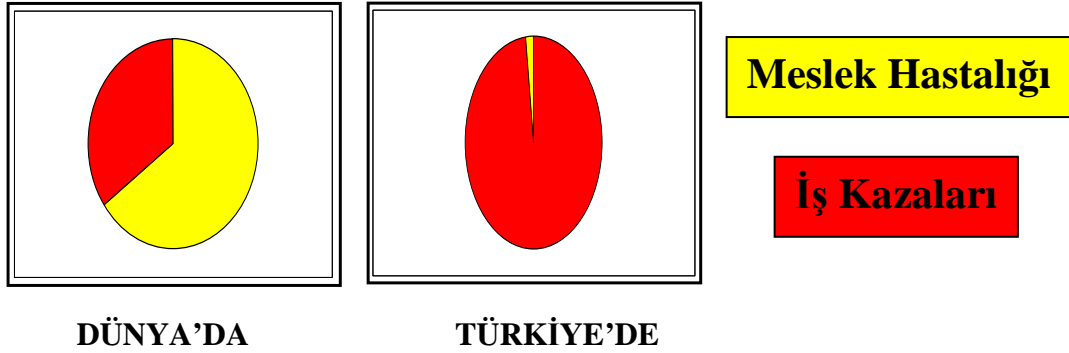
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın (SGK) Taslakta yer alan verilerine göre 2007 yılı içinde 80.602 iş kazası meydana gelmiştir. Bakanlık verilerine göre Türkiye’deki çalışan sayısını 8.505.390 iken TÜİK’in İşgücü İstatistikleri’ne göre, 2007 yılı çalışanların sayısı 23.523.000’dir. 2005–2007 yılları arasında iş kazalarında

⁵¹ Devebakan, a.g.k., s. 29

⁵² Lale, a.g.k., s.35-43

%12 oranında düşüş görüldüğü fakat 2006 yılında, bir önceki yıla göre %53'lük bir artış göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, 2002 yılından itibaren iş kazalarında ölen çalışanların sayısında sürekli bir artış görülmektedir. 2002–2007 yılları arasında iş kazalarında ölenlerin sayısı yüzde 11 oranında artmıştır.⁵³

Şekil 1: Dünyada ve Türkiye’de İş Kazası Meslek Hastalıklarının Karşılaştırılması



Kaynak; Peşken, Y., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 12.05.05 Tarihli Sunumu, http://www.isggm.gov.tr/article.php?article_id=176 (17.03.09)

Şekil 1’de görüldüğü gibi Türkiye’de meslek hastalarının Dünya’ya göre çok az olmasından dolayı değil, meslek hastalıklarının tanısının konmasında ki yetersizliktendir. Bilindiği gibi Türkiye’de sadece üç ilimizde Meslek Hastanesi bulunmaktadır (Tablo 5’de görüldüğü gibi). Çalışanların büyük bir çoğunluğu küçük ölçekli kuruluşlarda çalışmakta oldukları için zaten iş sağlığı birimlerinden faydalanma ve tanı koyulması ihtimali çok düşüktür.

Türkiye’de meslek hastalıklarının sayısının az olmasının sebepleri;

- İşyerlerinin %98,5’unda ve çalışanların %57’sinin işyeri hekimi yok.
- Kontrol muayeneleri ve tarama çalışmaları düzenli ya da hiç yapılmıyor.
- Hastaların bir kısmı emeklilikte ortaya çıkıyor.⁵⁴
- Meslek hastalığı tanısı koyabilmek için alana özgü kişilerin görev yapması gerekir.
- Meslek hastalığı tanısı konduktan sonra SGK’ya bildirilmiyor.
- Belirtileri ve bulguları meslek hastalığı olmayan hastalıklarla benzer olmasıdır.⁵⁵

⁵³ İMO (İstanbul Mühendisler Odası) “İş Sağlığı ve Güvenliği Raporu”, 10.03.09 Tarihli Yayını <http://www.tmmob.org.tr/docs/2009/imoisgraporu090310.doc> (17.03.09)

⁵⁴ <http://osha.europa.eu/fop/turkey/tr/statistics> (13.10.09)

⁵⁵ www.istabip.org.tr/media/upload/dosyalar/meslek1.ppt (26.12.09)

Şekil 2: Meslek Hastalıklarında Buz Dağı Olgusu



Kaynak: Bilir, a.g.k., s. 143

Şekil 2’deki buz dağı olgusu; meslek hastalıklarının Türkiye’de ki oranının düşük olmasının sebepleri açıkça görülmektedir. Meslek hastalıklarının tanısı bakımından önemli nokta, bu hastalıkların “arandığı zaman bulunan” hastalıklar olmasıdır. Bir iş yerinde bir tane meslek hastalığı ortaya çıkması, o iş yerinde henüz klinik belirti vermemiş, hastalığın erken döneminde bulunan daha fazla kişinin olduğu anlamına gelir.⁵⁶

Tablo 5: Meslek Hastalıkları Hastanelerine Müracaat ve Vaka Sayıları

	2007		2008	
	Müracaat	Meslek hastalığı tanısı	Müracaat	Meslek hastalığı tanısı
Zonguldak	2.827	1.774	3.825	1.610
Ankara	625	309	614	325
İstanbul	1.962	1.359	2.353	1.453
Toplam	5.414	3.442	6.792	3.388

Kaynak: <http://www.tmmob.org.tr/docs/2009/imoisgraporu090310.doc> (17.03.07)

Hastanelerden alınan bilgilerde, kesin olarak meslek hastalığı tanısı konmayan çoğu hastada, meslek hastalığı şüphesi ve/veya meslek hastalığı belirtilerinin kuvvetli şekilde görüldüğü belirtilmiştir. Türkiye’deki iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin yetersizliği ortadayken, meslek hastalıkları hastanelerinin yalnızca üç tane oluşu, konuya yeterince önem verilmediğini göstermektedir. Meslek hastalıkları hastanesinin bulunmadığı yerlerde bu tür şikayetlerin diğer hastanelerde

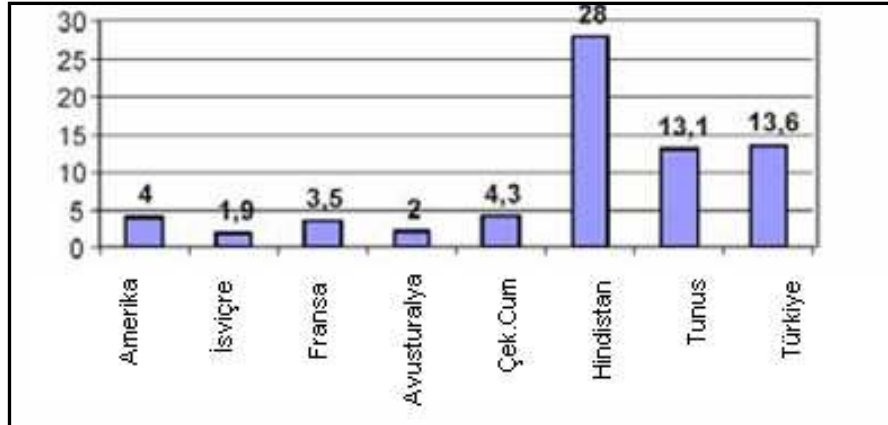
⁵⁶ Bilir, a.g.k., s.142

değerlendirildiği göz önüne alınacak olursa, ortaya çıkacak manzara ürkütücü boyutlara varacaktır.⁵⁷

Sağlık ve Güvenlik Örgütünün (Health and Safety Executive- HSE) Sağlık ve Güvenlik Komisyonu (Health and Safety Commission-HSC) tarafından Britanya'daki iş kaynaklı sağlık ve güvenlik istatistikleri incelendiğinde, iş kazaları ve meslek hastalıklarının çalışan, işveren ve ülke ekonomisi açısından neden olduğu kayıpların azımsanmayacak boyutlarda olduğu anlaşılacaktır. Buna göre;

- Son 12 ayda 523.000 yeni meslek hastalığı vakası gerçekleşmiştir.
- 2 Milyon kişi meslek hastalığından yakınmakta ve söz konusu hastalığın mevcut işi veya geçmiş işinden kaynaklandığına inanmaktadır.
- 1969 kişi asbestin neden olduğu mesothelioma tipi akciğer kanseri nedeniyle ölmüştür. Diğer mesleki kanserler ve akciğer hastalıklarından da dolayı da binlerce ölüm gerçekleşmiştir.
- 146.076 iş kazası bildirilmiştir. (her 100.000 çalışanda 562,4 kişi)
- Toplam olarak 30 Milyon iş günü kaybı söz konusudur (her çalışan için 1,3 gün). Söz konusu kayıpların 24 Milyon günü meslek hastalığından, 6 Milyon günü işyeri kazalarından kaynaklanmıştır.⁵⁸

Tablo 6: Türkiye ve Bazı Ülkelerde İş Kazası 2004 Yılı İnsidans Hızları Karşılaştırılması



Kaynak; Yardım ve arkadaşları, a.g.m., s.266

Tablo 6'de görüldüğü gibi ülkemizde ve bazı ülkelerde 2004 yılı iş kazası sıklıkları karşılaştırıldığında 100 binde 28 ile Hindistan üst sırada iken Amerika'da 100 binde 4, Fransa'da 100 binde 3,5 ve İsviçre'de 100 binde 1,9 'dur. Türkiye'de

⁵⁷ İMO (İstanbul Mühendisler Odası) "İş Sağlığı ve Güvenliği Raporu", 10.03.09 Tarihli Yayını <http://www.tmmob.org.tr/docs/2009/imoisgraporu090310.doc> (17.03.09)

⁵⁸ Devabakan. a.g.k., s.29

ise iş kazası sıklığı 100 binde 13,6'dır.⁵⁹ Kaza görülme sıklığı bakımından ülkeler arasında da dikkat çeken farklılıklar vardır. Bu farklılıklar bir ölçüde kaza kayıt sistemi ile ilgili olabildiği gibi, gerçekten kaza sıklığının farklılığından da olabilir.⁶⁰

Yapılan araştırmalarda; iş kazalarının yüzde 50'sinin "kolaylıkla" önlenilecek kazalar olduğu, yüzde 48'inin de sistemli bir çalışma ile önlenilebileceği ortaya çıkmaktadır. Buna göre; iş kazalarının yüzde 98'inin önlenilmesi mümkünken ve hatta "kolaylıkla" önlenilecek olanların oranının yüzde 50 olduğu ortadayken "yüzde 20" hedefinin, sorunun çözümü konusunda "iyi niyetli ve gerçekçi" olmadığı ortaya çıkacaktır.⁶¹

2.3.4.1. İş Kazası ve Meslek Hastalıklarının Oluşum Nedenleri ve Teoriler

Kaza nedenlerine genel bir çerçeveden bakıldığında, hemen her kazada mutlaka insana bağlı bir hatanın yer aldığı görülmektedir. Ancak insana ilişkin bu hata, sadece kaza yapan kişi ile sınırlı değildir. Ancak genelde insan hatası kavramı, operatör hatalarını veya yaralanan çalışanların hatalarını tanımlamada kullanılmıştır. Fabrikanın projesini çizen mimardan makineleri planlayan ve monte eden mühendise; bakım ve onarım yapan işçiden işletmeciye ve hatta fabrika hekimine kadar uzayan bir grup insanın hatası burada söz konusu olabilecektir. Konuya bu geniş açıdan bakıldığında bazı araştırmacılar şu şekilde bir açıklamada bulunmuştur: "Bütün kazaların arkasındaki temel sebep insandır".⁶²

Ülkeler açısından ele almak gerekirse, İSG konuları ne yalnızca gelişmiş ülkelerde, ne de gelişmekte olan ülkelere özgü konulardır. Bütün toplumlarda insanlar bir şekilde çalışma hayatı içinde olduklarından, işyeri ortamı risklerinden etkilenirler. Çalışma hayatı bakımından gelişmekte olan ülkelerin bazı ortak özellikleri vardır. Bu özellikler ise, çalışanların özellikleri, işyerlerinin ve işverenlerinin özellikleri ve iş sağlığına ilişkin düzenlemelerde ki eksikliklerdir.

Çalışanların özellikleri,

- Çalışanların genel sağlık ve eğitim düzeyleri düşüktür.

⁵⁹ Yardım ve Arkadaşları, a.g.m., s.266

⁶⁰ Bilir, a.g.k., s.249

⁶¹ İMO (İstanbul Mühendisler Odası) "İş Sağlığı ve Güvenliği Raporu", 10.03.09 Tarihli Yayını <http://www.tmmob.org.tr/docs/2009/imoisgraporu090310.doc> (17.03.09)

⁶² Dizdar, E., "Kaza Sebeplendirme Yaklaşımları", TTB Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi, Temmuz 2001, s.27

- Çalışanların mesleki eğitimleri yeterli değildir.
- Küçük yaşta ve sigortasız çalışma söz konusudur.
- Sendikal örgütlenme güçlü değildir.

İşyerlerinin ve işverenlerin özellikleri,

- İşyerleri olarak küçük işletmeler hakimdir.
- İşyeri sağlık hizmeti bakımından yetersizlikler vardır.
- İşverenlerin genel ve mesleki eğitimi yeterli değildir.
- Kullanılan teknoloji eskidir.

İş sağlığına ilişkin düzenlemeler,

- İş sağlığı mevzuatı eksik ve kapsamı yeterli değildir.
- İş sağlığı alanında çalışan yetişmiş eleman sayısı yeterli değildir.
- İş sağlığı sorunlarının boyutları iyi bilinmemektedir.
- İş sağlığı düzeyi düşüktür.
- İş sağlığı konusunda inceleme ve araştırmalar yeterli değildir.
- İş sağlığı konusunda denetimler yeterli değildir.⁶³

İş kazalarının nedenlerinin %80'i kişisel faktörlerden kaynaklanır. Kişisel özelliklerin risk almaya eğilimli olma ve beklenmeyen tutumlar içerisine girme gibi davranış eğilimleri güvensiz davranışlarla sonuçlanabilir. Bunlarla beraber fizyolojik yorgunluk, kas yorgunluğu, uyku düzeninin bozulması, fiziksel hastalıklar, körlük, sağ veya sol elini kullanamama gibi nedenler sıralanabilir. Bunlara ek olarak çalışan, duyuşal denge, zeka düzeyi, özel yetenek, psikolojik yorgunluk, algı, algı hızı, dikkat, bellek bozuklukları, karar verme yeteneksizliği ve stres gibi psikolojik nedenlerle de iş kazasına maruz kalabilir. Diğer yandan iş tatminsizliği, güvensizlik, uyumsuzluk, monotonluk, ön yargı/hatalı yargı psikomotor koordinasyon yeteneği, keder, gerginlik sıkıntı gibi duygular da iş kazasına neden olabilir.

Çevresel faktörler iş kazası nedenlerinin %20'sini oluşturur. Yetersiz ve uygun olmayan aydınlatma, ısı, ışık, radyasyon; mikroorganizmalar; tahriş edici ve boğucu gazlar, anestezi ve narkotik maddeler, sistemik zehirlenmeler gibi nedenler iş kazasına yol açabilmektedir. Bunların yanı sıra toplu pazarlık, işten çıkarma, uyuşmazlık çözümleri, ücret sistemleri, vardiya sistemleri, çalışma saatleri gibi işçi-işveren ilişkilerinden kaynaklanan nedenler de iş kazalarına yol açabilmektedir.⁶⁴

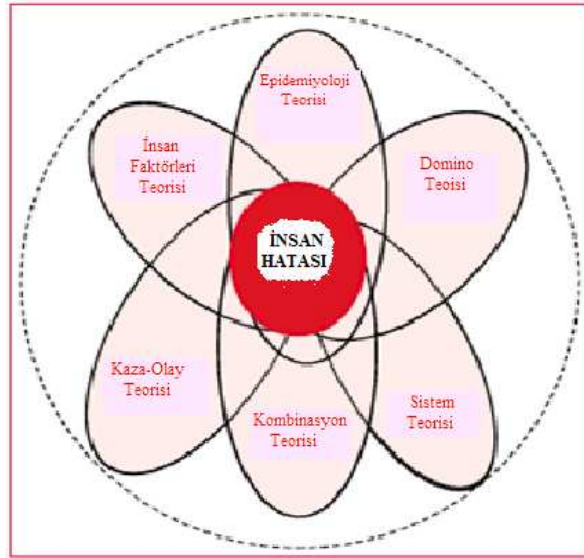
⁶³ Bilir, a.g.k, s.69-72

⁶⁴ Akkaya, a.g.k., s.39

Emniyetsiz durumlar; çalışma yerlerinde iş güvenliğini bozan ve iş ortamında tehlike arz eden bütün koşullar, genel olarak çevre, makine ve malzemeden kaynaklanır. Koruyucusuz veya koruyucusu yeterli olmayan makineler veya bunlardaki montaj ve tasarım hataları, kusurlu ve noksan teçhizat, kaygan, zayıf veya arızalı döşeme yüzeyleri, kullanılan madde yapılarına uygun üretim sisteminin seçilmemiş olması, işe uygun makine kullanılmaması, işyerinin düzensizliği, yetersiz aydınlatma, gürültü, sıcaklık, sağlık koşulları gibi çalışma ortamındaki eksiklikler gibi hususlar emniyetsiz durumlardır.

Emniyetsiz hareketler; iş görenin iş güvenliğini tehlikeye atan hatalı hal ve davranışlarından kaynaklanır. İşçilerin özellikle eğitim seviyesi, tecrübe düzeyi ve psikolojik durumları emniyetsiz hareketlerin yapılmasında önemli bir rol oynar. İşçinin eğitim düzeyine, fiziksel ve ruhsal kapasitesine uygun olmayan iş yükü ve fazla mesai, iş güvenliği önlemlerinin bilinmemesi veya önemsenmemesi, var olan koruyucu güvenlik önlemlerinin kullanılmaması veya kullanılmaz hale getirilmesi, emniyetsiz malzeme kullanma, yükleme ve yerleştirmede karıştırma, çalışan makine ve teçhizat üzerinde bakım ve onarım yapma; gereksiz şakalaşmalar, dikkat dağıtma gibi davranışlar emniyetsiz hareketler içinde sayılabilir.⁶⁵

Şekil 3: Kaza Sebepleri Teorileri ve İnsan Hatası



Kaynak; Dizdar, a.g.m, s.27

Domino Teorisi: Bu teoride olaylar beş domino taşının arka arkaya sıralanarak, birbirini düşürmesine benzetilerek açıklanmıştır. Her kaza beş tane temel nedenin arka arkaya dizilmesi sonucu meydana gelir, buna “Kaza Zinciri” de denir.

⁶⁵ Dizdar, a.g.m., s.2

Şartlardan biri gerçekleşmedikçe bir sonraki gerçekleşmez ve dizi tamamlanmadıkça kaza meydana gelmez. Kazaların oluşumunu; “İnsan kaynaklarındaki bazı olumsuz unsurların, güvensiz durum ve hareketlerle birlikte meydana geldiğinde, yaralanma ve kayba sebep olduğu” şeklinde açıklayan Domino teorisine, İş Güvenliği'nin verdiği cevap; kazanın, yine bu olumsuzluk ve eksiklikleri bünyesinde taşıyan İNSAN tarafından önlenebileceği şeklindedir.

Kaza/Olay Teorisi: Bu teori insan faktörleri teorisinin genişletilmiş bir halidir. Ek olarak; ergonomik yetersizlikleri, hata yapma kararı ve sistem hataları gibi yeni elemanları ortaya çıkarır.

Tek Faktör Teorisi: Bu teori, bir kazanın tek bir nedenin sonucu olarak ortaya çıktığını ileri süren görüşten doğar. Eğer bu tek neden tanınabilir ve ortadan kaldırılabılır ise kaza tekrar etmeyecektir. Bu teori genellikle temel sağlık ve güvenlik eğitimi almış kişilerce kabul edilmemektedir.

Enerji Teorisi: Bu teoriye göre (William Haddon tarafından ortaya atılmıştır) kazalar daha çok muhtemelen enerji transferinde ya da enerji transferi esnasında meydana gelir. Bu enerji boşalmasının oranı önemlidir çünkü enerji boşalması ne kadar büyükse, hasar potansiyeli de o kadar büyüktür. Tek faktör teorisinden farklı olarak enerji boşalması önemlidir.

İnsan Faktörleri Teorisi: Bu teori kazaları, eninde sonunda insan hatasından kaynaklanan olaylar zincirine bağlar. Teori, insan hatasına yol açan üç önemli faktörü içerir: Aşırı yük, uygun olmayan tepki ve yerinde olmayan faaliyetler. Bu teorilerde kaza sebepleri teorileri üç geniş kategori altında sınıflandırılmıştır: Kazayatkınlık teorileri, işçi kabiliyetlerine karşılık iş talebi teorileri ve psikososyal teoriler. Kazaların insan hatalarından kaynaklanması birçok faktöre dayanır. Kuşkusuz, kaza yapan işçinin eğitimsizliği, işe uygun olmayışı, uyumsuzluğu, eğitim ve bilgi eksikliği, tecrübesizliği, yorgunluğu, heyecanlı veya üzüntülü oluşu, dalgınlığı, dikkatsizliği, ilgisizliği, düzensizliği, meleke noksanlığı ve hastalıkları vb. nedenler; ya da işçinin her şeye karşın kurallara uymamış olması da insan faktörüne bağlı temel sebepler arasındadır.

Sistem Kuramı: Teori bir kazanın oluşabileceği herhangi bir durumu, üç parçadan oluşan bir sistem olarak görür: İnsan, makine ve çevre.

Kombinasyon Kuramı: Bir tek teorisin tek başına bütün hadiseleri açıklayamayacağını savunur. Teoriye göre kazaların gerçek sebebi iki veya daha fazla modelin kombinasyonu ile elde edilebilir.

Epidemiyoloji Kuramı: Teori, çevre faktörleri ve hastalık arasındaki ilişkiyi belirleme ve çalışma için kullanılan modellerin, çevre faktörleri ile kazalar arasındaki sebepsel ilişkinin açıklanmasında da kullanılabileceğini savunur.

Çok Etken Teorisi: Kaza birçok etken ile birlikte değerlendirilerek analiz edilir. Bu teori ve analiz yöntemleri birçok deneyimli sağlık ve güvenlik uzmanları tarafından da kabul edilip uygulanmaktadır. Kazalar çok etkenlidir, standart altı uygulamalar, standart altı şartların oluşması sonucu bir hatalar zinciri sonucu meydana gelir.⁶⁶

2.4. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Çalışanların sağlığı yaptıkları işten zarar görebileceği düşüncesi Hipokrat (M.Ö 460–377) tarafından ileri sürülmüştür. Hipokrat, kurşun zehirlenmelerinin önde gelen belirtilerine dikkat çekmiş, çalışanların sağlık sorunlarının üzerinde durulmamasına sebep olarak çalışan insanların ise sosyal sınıfı düşük olmasına bağlamıştır. M.S. 23–79 yıllarında yaşamış olan Pliny’de tozlu işyerlerinde çalışanlar arasında öksürük, nefes darlığı gibi belirtilerin görüldüğünü belirtmiştir. Juvenal (M.S. 60–140) ayakta durarak çalışanlarda varis oluşumuna, demirciliklerde göz rahatsızlıklarına dikkat çekmiştir. Madencilik başlamanın iş sağlığı konularının artmasında önemli yeri vardır.⁶⁷

16. yüzyılda Avrupa’da bazı madenlerde çalışan işçilerin hastalıklarının, işyeri ortamındaki toz ile ilişkili olduğu ileri sürülmüş ve bazı korunma tedbirleri tavsiye edilmiştir. İşçinin yaptığı iş ile iş sonunda ortaya çıkan hastalıklar arasındaki ilişkiyi bilimsel olarak ilk defa ortaya koyan 1700 yıllarında, İtalyan hekim Bernardino Ramazzini’dir. Ramazzini değişik yerlerde işyeri hekimliği yapmış, iş ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyerek, çalışanların sağlık sorunlarının araştırılmasında sistematik yaklaşımlar ortaya koymuştur.⁶⁸

İSG kavramı önemi bir toplumsal sorun olarak ilk kez gündeme Sanayi Devrimi sonrasında gelmiştir. 18.yüzyılın ikinci yarısından sonra Avrupa’da ortaya bilimsel ve teknolojik gelişmeler ki bunlardan en önemlisi buhar gücünün makineye uygulanmasıdır, sanayide yeni üretim yöntemlerine geçilmesi sonucunu doğurmuştur. Sanayi Devrimi olarak nitelendirilen bu durum toplumların sosyal,

⁶⁶ Özkılıç, a.g.k., s.17-18

⁶⁷ Bilir, a.g.k., s.5

⁶⁸ Akkaya, a.g.k., s.5

ekonomik ve siyasal yapılarında değişikliklere neden olmuştur.⁶⁹ Sanayi Devrimi ile birlikte yeni üretim yöntemlerine geçilmiş ve böylece fabrikalar devri başlamıştır. Bu dönemde işçiler son derece basit ve ilkel sağlık şartları altında çalışmak zorunda kalmışlardır. Özellikle kadın ve çocuk işçiler, en ağır ve tehlikeli işlerde asgari güvenlik tedbirlerinden yoksun bir şekilde çalıştırılmışlardır. Sonuç olarak, insanların yaşadığı iş kazaları sonucu işgücü kaybı ve ölümlerin ortaya çıkması ile İSG konusunun önemi artmaya başlamıştır. İş güvenliği ile ilgili ilk fabrika yasa İngiltere’de 1802’de çalımsa koşullarının düzeltilmesiyle ilgili “fabrikalarda çalışanların ahlak ve sağlığının korunması” adlı yasa yürürlüğe girmiştir.⁷⁰

1833 yılında ise Fabrikalar Yasasına eklemeler yapılarak, çalışma süresi 10 saate indirilmiş ve 9 yaşın altındaki çocukların çalıştırılması yasaklanmış, 18 yaşın altındaki çocukların ise gece çalışmaları yasaklanmıştır. 1844 yılında fabrikaların işyeri hekimi bulundurma zorunluluğu getirilmiştir. Fransa’da aynı zamanlarda benzer yasalar çıkarılmıştır. İş kazasına uğrayanlara tazminat ödenmesi ilk olarak 1855 yılında Almanya’da uygulanmaya başlanmış ve kısa zamanda tüm Avrupa’da ve Amerika’da yaygınlaşmıştır.⁷¹

1974 yılında ise İngiltere’de “ işyerinde Sağlık ve Güvenlik Yasası” (Health and Safety at Work Act) çıkarılmıştır. Yasa sadece, düzenlemeleri desteklemekle kalmayıp gönüllü çabayı ve kişisel sorumluluğu da desteklemektedir. Ayrıca yasa, cezai sorumluluğunun gerekliliğini de tamamlayıcı unsur olarak göz önüne almaktadır. Dünyadaki meslek hastalıkları ve iş kazalarının önlenmesine yönelik çalışmalarda sendikaların katkıları yanında, 1919 yılında faaliyetine başlayan ILO, Milletler Cemiyeti”ne bağlı olarak bu konuda önemli çalışmalar yapmış ve 1946 yılında ise BM ile imzaladığı anlaşma sonucu bir uzmanlık kuruluşu durumuna gelmiştir. ILO ile WHO ve bu kuruluşlarla işbirliği yapan birçok kuruluş, iş sağlığı ve iş güvenliği yönünden önemli çalışmalar gerçekleştirmiştir.

Aynı tarihlerde Osmanlı Devleti içinde, bugünkü anlamıyla işçi ve iş güvenliği alanında yapılan ilk düzenlemeler, 1865 yılında çıkarılan “Dilaver Pasa Nizamnamesi”nde yer almaktadır. Kömür madenlerinde çalışan işçilerin durumlarını düzeltmek için hazırlanan ve 100 madde içeren bu Nizamname, Padişah tarafından onaylanmadığından Dilaver Paşa’nın adı ile anıldığı gibi “Havzai Fahmiye

⁶⁹ Seyyar, a.g.m., s.3

⁷⁰ Akkaya, a.g.k., s.6

⁷¹ Yiğit, a.g.k., s.5-6

Teamülnamesi” olarak da adlandırılır. Bu nizamnamede işçiye ait dinlenme ve tatil zamanları, barınma yerleri, çalışma saatlerine de yer verilmiştir.⁷²

Cumhuriyet Dönemine bakıldığında, 1869 yılında çıkarılan “Maadin Nizamnamesi” ise işverenlerce, iş kazalarına karşı önleyici ve koruyucu tedbirlerin alınmasını, madenlerde doktor ve gerekli ilaçların bulundurulması, iş sırasında kazaya uğrayan işçilere ya da bunların ölümleri halinde ailelerine, ödentinin yapılmasını, şayet kazanın işin kötü yönetiminden kaynaklandığının belirlenmesi durumunda işverenlerin para cezalarına çarptırılmalarını, kaza işçinin kusurundan kaynaklandığı hallerde ise, işçinin ceza ödemesini öngörmekteydi. 1871 yılında kurulan Amele Perver Cemiyeti ise, dönemin belki de en önemli olaylarında birisi olup bir bakıma bugünkü sendikaların başlangıcı niteliğindedir.⁷³

1924 yılında 394 sayılı kanun çalışanlara hafta tatilini getirmiştir. Daha sonra ise 1935 yılında milli bayram ve genel tatil günleri hakkında kanun da yürürlüğe girmiştir. 1926 yılında 818 sayılı Borçlar kanunu, iş kazası meslek hastalıkları ile ilgili hukuki hükümler getirmiştir. 1930 yılında çıkarılan Belediyeler Kanunu ise denetim konusunda hükümler içermektedir. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı “Umumi Hıfzısıhha Kanunu” ve 1937 yılında çıkarılan 3008 sayılı İş kanunu bu konuda çıkarılan önemli kanunlardır. 1946 Çalışma Bakanlığının kurulması İSG konusunda en önemli aşama olarak görülmektedir. 1945 yılında 4792 sayılı “İşçi Sigortalar Kurumu” kanunu da önemli bir aşamadır. 3008 sayılı İş kanunu, 1967 yılında 931 sayılı kanunla yürürlükten kaldırılmış, bunun yerine ise 1971 tarihinde 1475 sayılı iş kanunu gelmiştir. Bu kanun uzun süre yürürlükte kalmış ve birçok tüzük ve yönetmelik çıkarılmıştır. Son olarak 2003 tarihinde 4857 sayılı İş Kanunu yürürlüğe girmiştir. 1964 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu işçilere çeşitli risklere karşı güvenceler getirmiştir. Daha sonra ise 2003 yılında 4958 Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Kanunu çıkarılmıştır.⁷⁴

İSG korumaya ilişkin ilk yasalar ve iş mevzuatının oluşmasıyla başlayan evrim giderek herkese sosyal haklar tanınmasını amaçlayan yeni bir ideale dönüşmüştür. İnsan hakları bildirgelerinde ve anayasalarda klasik hak ve özgürlükler listesine sosyal hakların eklenmesiyle, devlet üzerine almadığı yeni görevler

⁷² Akkaya, a.g.k., s.7

⁷³ Akkaya, a.g.k., s.12

⁷⁴ Yiğit, a.g.k., s.5-6

edinmiştir.⁷⁵ Tezin bunan sonraki bölümünde İSG alanında uygulanan yönetim sistemleri hakkına bahsedilecektir.

2.5. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri

Son yıllarda teknolojik gelişmeler ve üretim metotlarındaki hızlı ilerleme işyerlerinde verimin ve kalitenin gelişmesine imkan tanırken aynı zamanda bu ilerleme çalışanların yeni risk ve tehlikelere maruz kalması gibi sorunlara neden olmuştur. Bu sorunlar; işletmelerin çalışmasını tehlikeye atması, iş verimini etkilemesi, artan bilinçlenme ve toplumsal baskı neticesinde sağlık ve güvenlik ile ilgili tedbirlerin alınmasını gündeme getirmiştir.

Kalite Yönetim Sistemi (ISO 9000) ve Çevre Yönetim Sistemi (ISO 14000) gibi ISO tarafından yayınlanmış başarılı yönetim sistemleri yaklaşımı neticesinde aynı yaklaşımın İSG alanında da uygulanabileceği gündeme gelmiştir. Bu konuda 1996 yılında BS 8800 İSG Yönetim Sistemi Rehberi yayınlanmıştır ve aynı yıl ISO tarafından İSG Yönetim Sistemi çalışmaları başlatılmış fakat netice alınamamıştır. 1998 yılında ILO aynı çalışmalara devam ederek 2001 yılında ILO-OSH İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetim Sistemi Rehberi'ni yayınlamıştır. 1999 yılında ise birçok belgelendirme kuruluşu ve standardizasyon kuruluşu tarafından BS 8800 temel alınarak OHSAS 18001 İSG Yönetim Sistemi Şartları yayınlanmıştır. OHSAS 18002 Rehber Dokümanı da mevcuttur.⁷⁶ Ülkemizde de TSE tarafından 2001 yılında Türk Standartları olarak (TS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri- Şartlar ve TS 18002 Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri- TS 18001 Uygulama Kılavuzu) yayınlanmıştır.⁷⁷ İşletmelerdeki iş kazalarının verimliliği ve kârlılığı etkilemesi istenmeyen bu tür olaylara karşı önlemler alınması gerekliliğini ortaya koymuştur.

Bu önlemlerden en etkili olan ise sistem yaklaşımı çerçevesinde;

1.Öncelikle başlangıç durum gözden geçirmesi yapılarak sağlık ve güvenlik alanında işletmelerin eksikliklerinin tespit edildiği,

2.Yapılan iş, faaliyet, süreç ve tesis ile ilgili çalışanları etkileyebilecek risklerin tespit edildiği ve bu riskleri yok etmek, azaltmak veya ikame olabilenle değiştirmek için mühendislik çözümleri oluşturularak risk değerlendirmesi yapıldığı,

3.Yasal yönetmelik, mevzuat ve kanunlara uygun programların

⁷⁵ Kırmızı, a.g.k.s 14

⁷⁶ Kurt, M., Özdemir, K., "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetim Sistemleri" TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık, 2003, s.13

⁷⁷ Devebakan, a.g.k., s.42

oluşturulduğu, bütün çalışmaların kalite yönetim sistemi altında dokümanleştirildiği ve ilgili taraflara duyurulduğu,

4. Bu çalışmaların periyodik olarak izlenip denetlendiği ve sürekli iyileştirmeye açık İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetim Sistemleri uygulanmaktadır.⁷⁸

İSG konusunda yapılan birçok araştırma, iş kazalarının yüksek oranda gerçekleşmesinin öncelikli nedeninin bir İSG yönetim sisteminin olmayışı veya var olan yönetim sisteminin yetersizliğinden kaynaklandığını ortaya koymaktadır. İSG standartları iş kazalarını engellemekte, riskleri asgari düzeye indirmekte ve çalışanlar için sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı yaratmaktadır. İSG’nde yeni yaklaşımın temelinde işyerlerinde risk değerlendirmesi, İSG alanında uzman katkısının sağlanması, çalışanların risk ve tehlikeler hakkında bilgilendirmesi, çalışan eğitimi ve koruyucu ve önleyici etkinliklerin hayata geçirilmesi konularına dayanmaktadır.⁷⁹

İSG yönetim sistemlerinden BS 8800, HS(G) 65, ILO-OHS ve OHSAS Yönetim sistemleri üzerinde durulmuştur.

2.5.1. BS 8800 Yönetim Sistemi

BS 8800 Yönetim Sistemi, bir rehber standarttır ve BSI Sağlık, Güvenlik ve Çevre Kurulu’nun yönetimi altında HS/1 Teknik Komitesi tarafından yazılmıştır. Standardizasyon kurulunun onayı ile yayınlanarak 1996 yılında yürürlüğe girmiş, 2004 yılında revizyon yapılmıştır. Herhangi bir organizasyonun sağlık ve güvenlik amacıyla uygulanabilir. Zorunlu bir belgelendirme değildir.

Standart iki yaklaşımla ifade edilmektedir. İlki British Health and Safety Executive (HSE) Rehberi’ne [HS(G) 65, Başarılı Sağlık ve Güvenlik Yönetimi], ikincisi ISO 14001 Çevre Yönetim Sistemi yapısına dayanmaktadır. Standart ayrıca 6 ek içerir. Bunlar, pratik örnekler, çeşitli prosedürler (risk yönetimi, denetim vb.) ve bunların uygulanmasını içerir. Bir rehber olarak hizmet eden BS 8800, organizasyonların stratejilerinin ve hedeflerinin etkili uygulanması için İSG yönetim sistemlerinin kurulmasına yardımcı olmaktadır.⁸⁰

⁷⁸ Kurt, Özdemir, a.g.m., s.13

⁷⁹ Devebakan, a.g.k., s.41

⁸⁰ Özdemir, K., “İş Sağlığı ve Güvenliği İçin Web Tabanlı Performans Yönetim Bilgi Sistemi”, Doktora Tezi, Gazî Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2006, s.34

2.5.2. HS(G) 65 Başarılı Sağlık ve Güvenlik Dokümanı

İş sağlığı ve güvenliğinin temellerinden biri olan “HS(G) 65: Başarılı sağlık ve güvenlik dokümanı - Successful health and safety document” HSE tarafından önerilmiş 6 ana fonksiyona dayalı bir modeldir. Bu modelin uygulanması üç temel fazdan oluşur.

Birinci faz; ön gözden geçirme; sürekli gelişimin programlanabilmesi için uygunluk seviyesinin belirlenebilmesi için bir seçim sürecidir.

İkinci faz; sistemin kurulması, temel olarak gözden geçirilmeye dayalıdır. Belirlenecek elementler aşağıdakileri içerir:

- İş sağlığı ve iş güvenliği politikası ve liderlik,
- Organizasyon, çalışanlar ve eğitim,
- Güvenli işlem prosedürleri, güvenlik kuralları, iş izni sistemini ve uygulanmasını sağlayabilecek operasyonel kontrol,
- İş sağlığı ve iş güvenliği el kitabı ve dokümantasyon,
- Operasyonel (özellikle mesleki sağlık, tasarım proje güvenliği, satın alma ve taşeronlarla ilgili) kontroller,
- Düzeltici ve önleyici faaliyetler,
- Acil durumlara ilgili tatbikatlar,
- Güvenlik yönetim kayıtları, tetkikler ve gözden geçirmeler,

Üçüncü faz; İSG yönetim sisteminizin tetkik edilmesidir. Sistemin iyi işleyip işlemediğinin dokümantasyon ve saha denetimi yoluyla incelenmesidir.

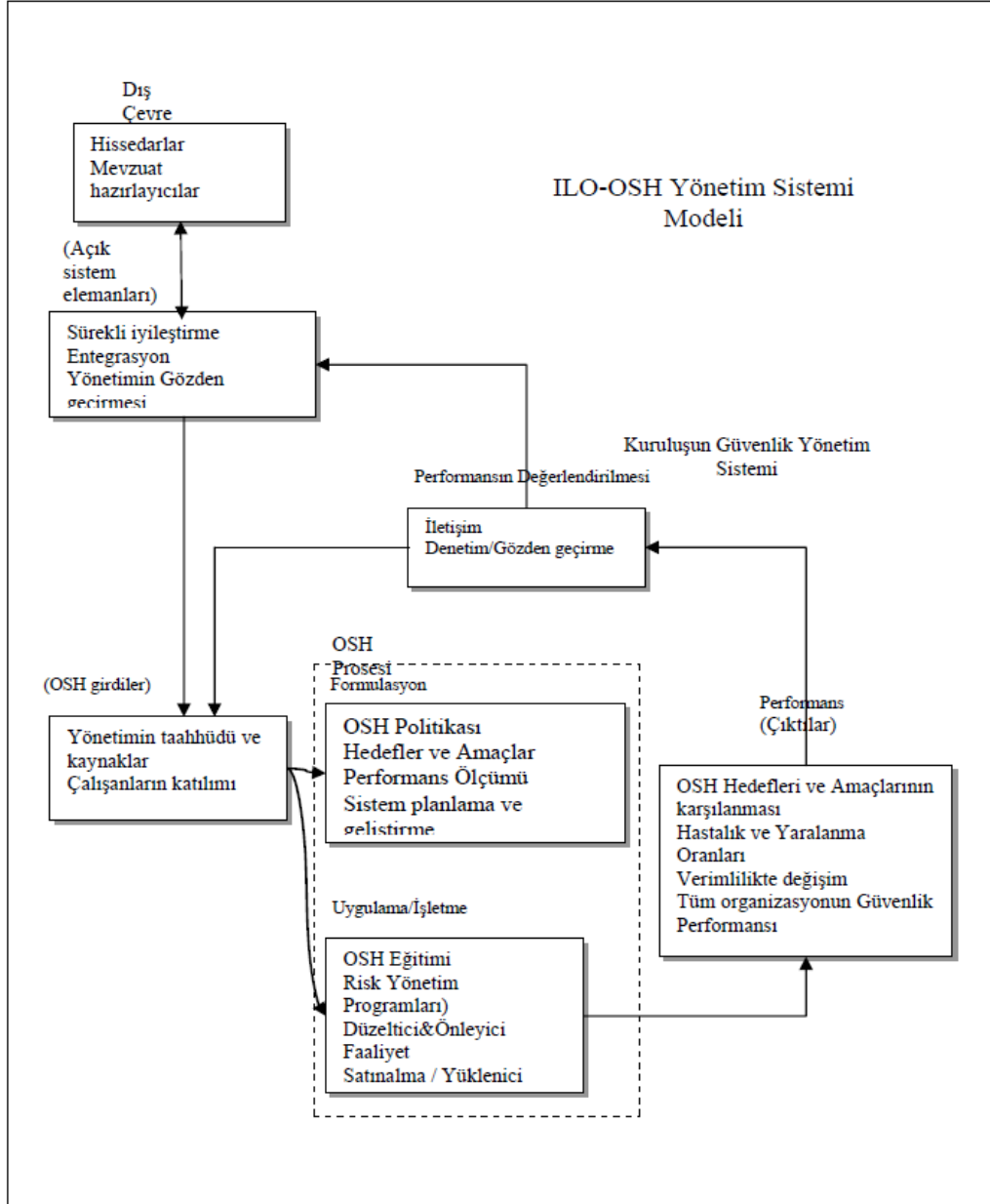
2.5.3. ILO-OSH Sağlık Ve Güvenlik Yönetim Sistemleri

ILO-OSH: ILO sağlık ve güvenlik yönetim sistemleri üzerine rehber - Guidelines on occupational health and safety management systems- 2001 Yılında uluslar arası uzman bir grup tarafından hazırlanmıştır. Bu rehberin amacı İSG yönetim sistemleri için uluslararası bir çerçeve oluşturmaktır. Rehber, ILO'nun üye ülkelerinin hükümetlerine kendi ulusal çerçeve programlarını oluşturma çağrısında bulunmaktadır. Bu rehber belgelendirme amaçlı oluşturulmamıştır.

Sağlık ve güvenlik alanında her ülkenin kendi kamu kuruluşları tarafından yapılan çalışmaların yanı sıra gönüllü organizasyonlar, standart kurumları ve üniversiteler tarafından da çalışmalar yapılmaktadır. Uluslararası alanda ise iş sağlığı ve güvenliği alanında ülkelere rehber doküman niteliğinde ILO tarafından yayınlanan

ILO-OHSMS Modeli birçok ülkeye iş sağlığı ve güvenliği alanında ulusal modellerinin kurulmasında yardımcı olmuştur. ILO OSH 2001 Yönetim Sistemi Modeli bu değerlendirmede önemli bir kaynak olarak görülmüştür. ILO OSH Modelinin temel elemanları aşağıdaki şekilde şöyle gösterilebilir.⁸¹

Şekil 4: ILO OSH Yönetim Sistemi Modeli



Kaynak: Özdemir, a.g.k, s.37

⁸¹ Özdemir, a.g.k, s. 35

2.5.4. OHSAS 18001 - İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi

OHSAS 18001 (Occupational Health and Safety Management System), kökenini BS 8800'den (Health and Safety Management System, Sağlık ve Güvenlik Yönetim Sistemi) alan bir iş sağlığı ve güvenliği yönetim standardıdır. BS 8800 iş sağlığı ve güvenliği sistemini kurmaya yönelik uygulama aşamalarını içermektedir. OHSAS 18001, OHSAS 18000 standardının iki alt standardından biridir. Diğer alt standart ise 18002'dir. OHSAS 18001 belgelendirme sürecini içerir. OHSAS 18002 ise standardı tanımlamaktadır. OHSAS 18000, öncelikle ağır ve tehlikeli işyerleri için BSI (British Standards Institution) tarafından geliştirilen, tüm dünyada kabul görmüş ve risk analizine dayalı bir yönetim sistemidir.

OHSAS 18001 şartnamesi, iş kazası ve meslek hastalıklarını en aza indirmek, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yasal yükümlülükleri yerine getirmek isteyen işyerleri için karşılanması gereken şartları içerir. Bu yönetim sistemi, zararlı sonuçlanabilecek olası tehlikelerin önceden tespitini ve gerekli önlemlerin alınmasını hedeflemektedir. Ayrıca ISO 9000'e uyumludur. Böylece mevcut kalite sistemi, OHSAS 18001'i de içerecek şekilde, daha da nitelikli hale gelmektedir. İsteyen işyerleri, OHSAS 18001'e göre oluşturdukları yönetim sistemlerini belgelendirebilirler. OHSAS 18001, Nisan 2001'de Türk Standartları Enstitüsü tarafından, "Türk Standardı" olarak kabul edilmiştir.

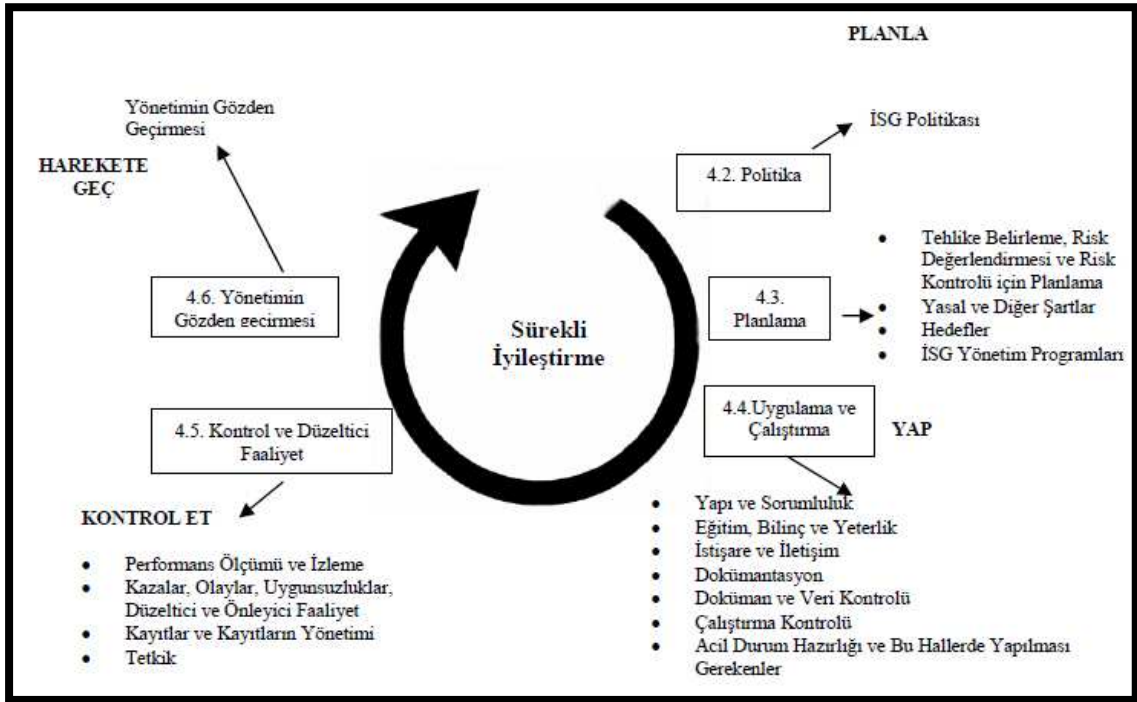
Bu standart, aşağıda belirtilmiş maddeleri yapma arzusunda olan her kuruluşa uygulanabilir;

• Kuruluşun faaliyetleri ile ilgili olarak, İSG risklerine maruz kalabilecek çalışanlar ve diğer taraflar için riskleri yok etmek veya en aza indirmek üzere bir İSG yönetim sistemini kurmak,

- Bir İSG Yönetim Sistemini uygulamak, sürdürmek ve sürekli geliştirmek,
- Bu uyumu başkalarına göstermek,
- Kendi politikasına uymayı diğer gruplara gösteren organizasyonlar,
- Kuruluşun İSG yönetim sisteminin bir dış kuruluş tarafından belgelendirilmesi sağlamak,

• Bu standardın şartları ile uyumun sağlandığının tayini ve bu durumu beyan etmek.

Şekil 5: OHSAS 18001 Yönetim Sistemi Modeli



Kaynak: Özdemir, a.g.k., s.37

2.5.4.1. Politika

Kuruluşun üst yönetimi tarafından onaylanmış, tüm sağlık ve güvenlik hedeflerini, sağlık ve güvenlik performansını geliştirme taahhüdünü açıkça ortaya koyan bir İSG politikası olmalıdır. Politika, yürürlükteki yasalara ve diğer düzenlemelere uygun ve güncel olmalıdır. Politika, kuruluşun İSG risklerinin büyüklüğüne ve kuruluşun yapısına uygun olmalı, periyodik olarak gözden geçirilmeli ve çalışanlara, tüm taraflara ve ilgililere duyurulmalıdır. Tehlike belirleme, risk değerlendirme ve risk kontrolü için kuruluş, devam eden tehlikelerin tanımlanması, risklerin değerlendirilmesi ve gerekli kontrol önlemlerinin alınması için prosedürler oluşturmalı ve bunları sürdürmelidir. Kuruluşun, tehlike tanımlaması ve risk değerlendirme için bir metodolojisi olmalıdır.

2.5.4.2. Planlama

Yasal ve Diğer Şartlar: Kuruluş, uygulanabilir olan yasal ve diğer İSG şartlarını belirlemek, bunları karşılamak için bir yöntem ve prosedür oluşturmalı, bunu sürdürmeli ve güncellemelidir. Çalışanlarına ve ilgili taraflara da yasal şartlar ile ilgili bilgileri iletmelidir.

Hedefler: Kuruluş, kuruluş içerisindeki her bir ilgili fonksiyon ve seviyede

dokümanite edilmiş İSG hedeflerini oluşturmalı ve sürdürmelidir. Kuruluş, hedeflerini oluştururken ve gözden geçirirken yasal ve diğer şartları, İSG tehlikelerini, risklerini, teknolojik seçeneklerini, finansal çalıştırma ve işletme şartlarını, ilgili tarafların görüşlerini dikkate almalıdır. Hedefler, sürekli iyileştirme taahhüdünü de içeren İSG politikası ile tutarlı olmalıdır.

İSG Yönetim Programları: Kuruluş, belirlenen hedeflere ulaşmak için İSG yönetim programı hazırlamalı ve programın işleyişinin sürekliliğini sağlamalıdır. Bu programlar; Kuruluşun ilgili fonksiyon ve seviyelerinde hedeflerinin başarılması için atanan sorumluluk ve yetkiyi, amaçlara ulaşırken kullanılacak araçlar ve zaman çizelgesini içermelidir.

2.5.4.3. Uygulama ve Çalıştırma

Yapı ve Sorumluluk: Kuruluşun İSG yönetimini kolaylaştırmak için, İSG risklerini etkileyen faaliyetlerini, tesislerini ve süreçlerini işleten, yöneten ve doğrulayan personelin rolleri, sorumlulukları ve yetkileri tanımlanmalı, doküman edilmeli ve duyurulmalıdır. Kuruluş, üst kademedeki bir üyeye özel yetki vererek İSG yönetim sisteminin doğru uygulandığını ve kuruluşun bütün kademelerinde ve iş alanlarında şartların yerine getirildiğini kontrol etmelidir.

Eğitim, Bilinç ve Yeterlik: Personel, işyerinde iş güvenliğini etkileyebilecek görevleri yerine getirirken uygun eğitime, öğretime ve tecrübeye sahip olmalıdır. Ayrıca kuruluş içerisindeki tüm çalışanlar iş kazalarının ve meslek hastalıklarının yol açacağı olumsuzluklar ve etkilerden haberdar olmalı, acil durumlarda yapılması gerekenler hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

İstişare ve İletişim: Kuruluş, uygun İSG bilgilerinin çalışanlara ve ilgili diğer taraflara iletildiğinden ve onlardan bilgi alındığından emin olmasını sağlayan prosedürlere sahip olmalıdır. Bu prosedürlerden ve risk analizi sonucu elde edilen verilerden taşeron işçileri de dahil tüm personel haberdar edilmelidir.

Dokümantasyon: Kuruluş, yazılı veya elektronik ortamda uygun ortamda, yönetim sisteminin ana unsurları ve bunların birbirleri ile etkileşimlerini ortaya koyan ve ilgili dokümanlara yönlendirme yapan bir sistem oluşturmalı ve bunların sürekliliğini sağlamalıdır.

Doküman ve Veri Kontrolü: Kuruluş, İSG şartlarını sağlamak amacıyla bütün dokümanları ve verileri kontrol etmek için prosedürler oluşturmalı, uygulamalı ve bunların sürekliliğini sağlamalıdır. Prosedürler, onay, kayıt, revizyon, yürürlükten

kaldırma ve imha bilgilerini de içermelidir. Ayrıca hazırlanan prosedürlerin periyodik olarak gözden geçirildiği, revize edildiği ve gerekli değişikliklerin yapıldığı belirtilmelidir.

İşletme Kontrolü: Kuruluş, kontrol önlemlerinin uygulanması gerektiği yerlerdeki tanımlanmış riskler ile ilgili faaliyet ve işlemlerini tanımlamış olmalıdır. İSG risklerini kaynaklarında ortadan kaldırmak veya azaltmak için iş yerinin tasarım, süreç, tesis, makine aksamı, çalıştırma prosedürleri ve iş organizasyonu ve bunların insan yetenekleri ile adaptasyonunu da içerecek şekilde prosedürler oluşturulmalı ve sürdürülmelidir.

Acil Durum Hazırlığı ve Bu Hallerde Yapılması Gerekenler: Kuruluş potansiyel olayları ve acil durumları, bu durumlarda yapılacakları belirleyen ve bunlardan kaynaklanabilecek muhtemel hastalık ve yaralanmaları önlemek ve azaltmak için plan ve prosedürler oluşturmalı, hayata geçirmeli ve sürekli gözden geçirmelidir. Kuruluş, özellikle olayların ve acil durumların ortaya çıkmasından sonra acil durum hazırlıklarını, bu durumlarda kullanılacak planları ve prosedürleri gözden geçirmelidir.

2.5.4.4. Kontrol ve Düzeltici Faaliyetler

Performans Ölçümü ve İzleme: Kuruluş, İSG performansını muntazaman izlemek ve ölçmek için prosedürler oluşturmalı ve sürdürmelidir. Bu prosedürler; organizasyonun ihtiyaçlarını karşılar yönde hem niteliksel hem de niceliksel olmalı, organizasyonun İSG hedeflerine ne ölçüde ulaştığını ortaya koymalıdır.

Kazalar, Olaylar, Uygunsuzluklar, Düzeltici ve Önleyici Faaliyet: Kuruluş, kazaların, olayların ve uygunsuzlukların incelenmesi ve ele alınması, bunlardan kaynaklanan sonuçları azaltmak üzere harekete geçilmesi, düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılması ve sonlandırılması, gerçekleştirilen bu faaliyetlerin etkinliğinin doğrulanması konularındaki sorumluluk ve yetkileri tanımlayan prosedür oluşturmalıdır.

Kayıtlar ve Kayıtların Yönetimi: Kuruluş, tetkik ve gözden geçirme sonuçlarında olduğu gibi, İSG kayıtlarının tanımlanması, sürdürülmesi ve düzenlenmesi için prosedürler oluşturmalı ve bunu sürdürmelidir. İSG kayıtları içerdiği faaliyet hakkında okunaklı ve anlaşılabilir olmalıdır. Ayrıca bu kayıtlar istenildiği zaman ulaşılabilecek ve hiçbir şekilde dış etkenlere maruz kalmayacak ve zarar görmeyecek şekilde muhafaza edilmelidir.

Tetkik: Kuruluş, İSG yönetim sisteminin periyodik tetkiki için iç tetkik programı ve prosedürü oluşturmalıdır. Bu tetkiklerin amacı; Bu standardın şartlarının uygun bir şekilde işleyip işlemediğini, kuruluşun İSG politika ve hedeflerini uygun bir şekilde hayata geçirip geçirmediğini belirlemektir. İç tetkik sonuçları yönetimin gelecekteki politika ve hedeflerine yön vermelidir.⁸²

2.5.4.5. Yönetimin Gözden Geçirmesi

Üst yönetim, İSG yönetim sistemini; sürekli uygunluk ve etkinlik açısından belirli aralıklarla gözden geçirir. Yönetimin gözden geçirmesi süreci, böyle bir değerlendirmenin yapılabilmesi için gerekli bilginin toplanmasını garanti altına almalıdır ve gözden geçirme faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır. Yönetimin gözden geçirmesi sonucunda, iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi politika, hedefler ve diğer elemanlarında yapılabilecek değişikliklere olan ihtiyaçtan bahsedilmelidir.

Yönetim İSG yönetim sistemini gözden geçirirken;

- Mevzuat değişikliklerinin,
- İlgili tarafların beklenti ve yükümlülüklerindeki değişikliklerin,
- Kuruluşun ürün ve faaliyetlerindeki değişikliklerin,
- Bilim ve teknolojideki ilerlemenin,
- İSG ile ilgili olaylardan alınan derslerin,
- Pazar tercihlerinin, iletişim ve rapor verme düzeninin bilincinde olmalıdır.

2.5.4.6. OHSAS 18001 - İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi Yararları

- Bu yönetim sistemi ile zararlı sonuçlanabilecek olası tehlikelerin önceden tespiti ve gerekli önlemlerin alınması sağlanır.
- Çalışanlar işyerinin olumsuz etkilerinden korunur, rahat ve güvenli bir ortamda çalışmaları sağlanır.
- İş kazaları ve meslek hastalıkları sebebiyle oluşabilecek iş gücü ve iş günü kayıplarının en aza indirgenmesi, dolayısıyla iş veriminde artışın sağlanmasıyla üretimin (ürün ve/veya hizmet) korunması sağlanır.
- Çalışanların memnuniyeti, müşteri memnuniyeti ve üretim maliyetlerinde azalma sağlanır.
- İş kazası ve meslek hastalıklarının yüksek maliyetleri en aza indirilir.

⁸² Özdemir, a.g.k., s.38-45

- Çalışma ortamlarında alınan tedbirlerle, işletmeyi tehlikeye sokabilecek yangın, patlama, makine arızaları ve devre dışı kalmaların ortadan kaldırılması işletme güvenliği sağlar.

- Resmi makamlar önünde, organizasyonun iş güvenliğine karşı duyarlı olduğu kanıtlanır ve yasal ceza riski azaltılır.

- OHSAS 18001, ISO 9001:2000 ve ISO 14001 ile uyumludur, mevcut kalite sistemi OHSAS 18001'i de içererek var olan alt yapı geliştirilir ve daha kapsamlı hale getirilir.

- İsteyen işyerleri, OHSAS 18001'e göre oluşturdukları yönetim sistemini belgelendirebilirler.

- Bu yönetim sistemi, işletmede çalışanların sağlığını dolayısı ile verimliliği ve üretimi de arttıran bir faktördür.⁸³

⁸³ Özkılıç, a.g.k., s.34

Şekil 6: ILO –OSH ve OHSAS 18001 Eşleştirmesi

	ILO-OSH	OHSAS	ILO-OSH Madde Başlığı
1	ILO Tehlikeyi “Tehlike: insanların sağlığına gelebilecek zararlara ve yaralanma” olarak tanımlarken.	OHSAS Madde 3.4. deki tehlike tanımı “tehlike: insanların yaralanması, hastalanması, malın hasar görmesi, işyeri ortamının zarar görmesi veya bunların birlikte gerçekleşmesine sebep olabilecek kaynak veya durum” olarak ifade edilmiştir. Bu tanımın daha kapsamlı olduğu gözükmektedir.	Kapsam
2	İşçi üzerine odaklanırken	Çalışanlara ve diğer ilgili taraflara daha geniş odaklanmıştır.	Kapsam
3	İSG Yönetim Sistemleri Modelleri birbirinin eşdeğeridir.	İSG Yönetim Sistemleri Modelleri birbirinin eşdeğeridir.	Madde 3
4	Madde 3.2.4.’de “İşveren uygun bir sağlık ve güvenlik komisyonunun kurulmasını ve verimli bir şekilde çalışmasını ve milli yasa ve uygulamalara uygun olarak işçi sağlığı ve iş güvenliği temsilcilerinin tanınmasını sağlamalıdır” tavsiyesi vardır. ILO OSH Klavuzundaki bu madde ile Milli yasa ve uygulamaların gerektirmemesi durumunda işverenin bu şartlardan kaçınabileceği anlamı çıkmaktadır.	OHSAS ise kuruluşun bu tür düzenlemeleri dokümanete etmesini ve teşvik etmesini ve daha geniş bir danışmanlar grubunun görüşlerinin alınmasını gerektirir.	3.2. İşçi Katılımı
5	ILO-OSH Klavuzu Madde 3.3.1(h) de önleme ve sağlık programlarının kurulmasını tavsiye eder.	OHSAS dokümanları önleme ve sağlık programlarının kurulmasını kuruluşun risk değerlendirmeleri veya OHSAS yönetim sistemi ve hedeflerin gerektirmesi halinde ister.	3.3. Sorumluluk ve hesap verebilirlik
6	ILO-OSH Klavuz madde 3.3.4’de “Eğitim bütün katılımcılara ücretsiz olarak verilmeli ve mümkünse çalışma saatlerinde yapılmalıdır.” şeklinde geçmektedir.	OHSAS da bu şart yoktur.	3.4. Yeterlilik ve eğitim
7	ILO-OSH Klavuzu tehlikeleri ve riskleri kontrol etmek için önleyici ve koruyucu tedbirlerin alınmasını tavsiye eder. Bunlar 3.10.1(a) Tehlikenin/riskin ortadan kaldırılmasından 3.10.1(d) Kişisel koruyucu teçhizatın(PPE) teminine kadar listelenmiştir.	OHSAS dokümanı bu kadar kesin değildir. Tehlike tanımlama, risk değerlendirme ve risk kontrolü hakkında daha detaylı bilgi vermektedir.	3.10 Tehlike Önleme 3.10.1 Önleme ve Kontrol Tedbirleri
8	ILO-OSH Klavuzu kuruluşun sağlık ve güvenlik şartlarının satın alma ve kiralama şartnamelerine dahil edilmesini ister.	OHSAS Dokümanları ise bu şartların tedarikçiye bildirilmesini talep eder fakat bunun nasıl yapılacağını belirtmez. (OHSAS 18002, Madde 4.3.1d(1)i)	3.10.4. Tedarik
9	ILO-OSH Klavuzu kuruluşun sağlık ve güvenlik şartlarının yüklenicilere uygulanmasını sağlamak için alınması gereken tedbirleri tarif eder.	Bu husus OHSAS Dokümanlarında açık değildir.	3.10.5 Sözleşme
10	ILO-OSH Klavuzu düzeltici ve önleyici tedbirlerin uygulanmadan önce risk değerlendirme süreciyle gözden geçirilmesini gerektirmez.	OHSAS Madde 4.5.2(d)’ de bu öngörülmektedir.	3.12 işle ilgili yaralanmaların, sağlık bozulmalarının hastalıkların, olayların ve bunların güvenlik ve sağlık performansına olan etkilerinin araştırılması
11	ILO-OSH Tetkikçilerin seçiminde danışma yapılmasını tavsiye eder.	Tetkikçilerin tarafsız ve objektif olmasını gerektirir.	3.13. Tetkik

Kaynak: Kurt, a.g.m., s.20

3. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ DÜZENLEMELER VE ÖNEMLİ KURULUŞLAR

3.1. Uluslararası Düzeyde İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Düzenlemeler

3.1.1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda 1948 yılında kabul edilen "İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi"nde klasik hakların yanında ekonomik, sosyal ve kültürel haklara geniş ölçüde yer verilerek devlete bazı görevler yüklenmiştir. Türkiye, Birleşmiş Milletlerin kurucu üyelerinden birisi olarak İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ni ilk onaylayan ülkeler arasında yer almıştır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde her şahsın, sosyal güvenliğe, yine kişinin gerek kendisi, gerekse de ailesi için, yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkânlarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı olduğu belirtilmiştir.⁸⁴

3.1.2. Avrupa Sosyal Şartı ve Avrupa Birliği Direktifleri

Avrupa Sosyal Şartı olarak bilinen İşçilerin Temel Sosyal Haklarına Dair Topluluk Şartı İSG alanında çok önemli gelişmelere katkıda bulunmuştur. Avrupa Sosyal Şartı, uluslar arası sosyal hakların bölgesel düzeyde güvenceye bağlanmasına katkıda bulunan bir insan hakları belgesidir.⁸⁵ Ülkemiz, Avrupa Birliği'ne tam üyelik amacı doğrultusunda, ortaklık çerçevesinin oluşturulduğu 1963 yılından bu yana önemli bir mesafe kat etmiştir. Avrupa Birliği'ne üyelik yolunda, mevzuatımızda önemli değişiklikler yapılırken, bir taraftan da kamu ve özel kesimdeki kuruluşlarda yapısal reformlar uygulamaya konulmaktadır. Ülkemizdeki İSG sistemi, Avrupa Birliği üyelik sürecinde en çok değişikliğe uğrayan alanlardan biridir.⁸⁶

⁸⁴ Devebakan, a.g.k., s.66

⁸⁵ Kırmızı, a.g.k., s. 19

⁸⁶ Yıldız, U.Z., İşveren Dergisi, "Avrupa Birliği'nin 2007-2012 Dönemi İş Sağlığı Ve Güvenliği Stratejik Eylem Programı", Nisan, 2009

http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=1714&id=87 (15.12.09)

İnsan hakları Avrupa Sözleşmesini sosyal ve ekonomik haklar yönünden tamamlayan ve 18 Ekim 1961’de konsey üyesi olan 13 devlet tarafından Torino’da imzalandıktan sonra 26 Şubat 1965’te yürürlüğe giren belge “Avrupa Sosyal Şartı” adını taşımaktadır. Bu anlaşma, çağımızın anlayışına uygun olarak bütün sosyal ve ekonomik hakları 19 madde ve 72 paragraf içinde geniş bir ideal liste olarak sıralamıştır.

Avrupa Sosyal Şartı’nda taraf olan devletler, amaçlar beyannamesinde açıklanan 19 adet hak ve ilkenin etkin biçimde gerçekleştirilmesini izleyecek yasal ve idari önlemler almayı kabul etmişlerdir. Sosyal Şart kapsamında güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları hakkına ilişkin maddeler aşağıda sıralanmıştır.

Madde 1. Herkesin, özgürce edinebildiği bir işle yaşamını sağlama fırsatı olacaktır.

Madde 2. Tüm çalışanların adil çalışma koşullarına sahip olma hakkı vardır.

Madde 3. Tüm çalışanların güvenli ve sağlıklı çalışma koşullarına sahip olma hakkı vardır.

Madde 4. Tüm çalışanların kendileri ve ailelerine yeterli bir yaşam düzeyi sağlamak için adil bir ücret isteme hakkı vardır.

Madde 5. Çocuklar ve gençler uğrayacakları bedensel ve manevi tehlikelere karşı özel koruma hakkına sahiptir.

Madde 8. Çalışan kadınlar analık durumunda ve öteki çalışan kadınlar gerektiğinde, çalışırken özel korunma hakkına sahiptir.

Madde 9. Herkes kişisel ilgi ve yetenekleri uyarınca bir mesleği seçmesine yardımcı olacak uygun mesleki yönlendirme imkanları hakkına sahiptir.

Madde 11. Herkes ulaşılabilir en yüksek sağlık düzeyinden yararlanmasını mümkün kılan her türlü önlemlerden faydalanma hakkına sahiptir.

Madde 12. Tüm çalışanlar ve geçimini temin ettikleri kişiler sosyal güvenlik hakkına sahiptir.

Madde 13. Yeterli kaynaklardan yoksun herkes, sosyal ve sağlık yardımı hakkına sahiptir.

Madde 14. Herkes sosyal refah hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir.

Madde 15. Özürlü kimseler, özürlerinin nedeni ve niteliği ne olursa olsun, mesleki eğitim, rehabilitasyon ve topluma yeniden intibak hakkına sahiptir.

Madde 19. Göçmen işçiler ve aileleri herhangi bir başka vakit tarafın ülkesinde korunma ve yardım hakkına sahiptir.

Avrupa Sosyal Şartı'nın yanı sıra ülkemizde İSG alanındaki mevzuatın bir başka kaynağı ise Avrupa Birliği Direktifleri'dir. Söz konusu Direktifler ve içerikleri şöyledir:

•89/391/EEC. İş yerinde güvenlik, sağlık önlemlerine ilişkin asgari emniyet ve sağlık gereksinimlerini ve bu alandaki iyileştirmelerini teşvik etmek hakkındaki konsey yönergesidir. Bu yönergeye bağlı 17 yavru yönerge mevcuttur.

•80/1107/EEC. İşçilerin, işyerinde kimyasal, fiziksel ve biyolojik maddelere maruz kalma riskinden korunmaları hakkında konsey yönergesidir. Bu yönergeye bağlı 4 yavru yönerge mevcuttur.

•86/188/EEC. İşçilerin işyerinde gürültüye maruz kalma riskinden korunmaları hakkında konsey yönergesidir.

•88/383/EEC. İşyerinde emniyet, hijyen ve sağlık konusundaki bilgilerin iyileştirilmesini sağlayan komisyon kararıdır.

•96/82/EEC. Tehlikeli maddeleri içeren önemli iş kazalarının kontrolü hakkında konsey yönergesidir.

•2003/39/EEC Kimyasalların mesleki maruziyet limit değerleri hakkında konsey yönergesidir.

•94/33/EEC. Genç işçilerin korunması ile ilgili yönergesidir.

•96/29/Eurotom. Çalışanların ve halkın sağlığının iyonize radyasyondan kaynaklanan tehlikelere karşı korunması için temel güvenlik standartları ile ilgili konsey yönergesidir.

•98/37/EEC. Makine Güvenliği ile ilgili konsey yönergesidir.

•89/686/EEC. Kişisel koruyucular ile ilgili konsey yönergesidir.

•95/16/EEC. Asansörler ile ilgili konsey yönergesidir.

•67/548/EEC. Tehlikeli maddelerin sınıflandırılması, ambalajlanması ve etiketlenmesi ile ilgili konsey yönergesidir.

•76/769/EEC. Bazı tehlikeli madde ve karışımların kullanılması ve pazarlamasına yönelik yasaklamalar ile ilgili konsey yönergesidir.⁸⁷

Avrupa Birliği'nin son strateji belgesi, 2007 – 2012 yıllarına ilişkin olarak, 21 Şubat 2007 tarihinde Avrupa Komisyonu tarafından yayımlanmıştır. Belge çerçevesinde, iş kazalarının beş senelik süre sonunda yüzde 25 oranında azaltılması hedeflenmektedir.

⁸⁷ Akkaya. a.g.k., s.118

Komisyon, söz konusu amaca ulaşma konusunda, aşağıdaki yöntemlerin izleneceğini vurgulamaktadır:

- Avrupa Birliği iş sağlığı ve güvenliği mevzuatını tam olarak uygulama,
- Yürürlükteki mevzuatın uygulanması konusunda küçük ve orta ölçekli işletmeleri destekleme,
- Hukukî çerçeveyi işyerlerindeki değişime uygun olarak düzenleyip basitleştirme,
- Ulusal stratejilerin hazırlanmasını ve işletilmesini yaygınlaştırma,
- İşçilerin davranışlarını İSG'ne uygun hareket etmeleri yönünde değiştirme,
- İşverenlerin sağlığı daha ön planda tutan yaklaşımları kabul etmelerini sağlama,
- Yeni potansiyel risklerin tanımlanması ve değerlendirilmesi konusundaki çalışmaları neticelendirme,
- Sürecin izlenmesi metotlarını geliştirme,
- Uluslararası alanda İSG etkinliğini artırma.

2007–2012 eylem programında ise, hazırlanacak düzenlemelerin açık ve basit olması ile firmalar üzerindeki yüklerin azaltılması açıkça ifade edilerek, basitleştirme ve sadeleştirme konusunda önemli bir ilerleme sağlanmaktadır.

Komisyon, uygulama kabiliyetinden yoksun kurallar çıkarmak yerine, uygulamayı temin edecek çeşitli yöntemler önermektedir.

Bu yöntemlere örnek olarak aşağıdaki hususlar sayılmaktadır:

- Risk değerlendirmesini kolaylaştıracak mekanizmaların işlerliğinin sağlanması
- İyi uygulamaların yerel düzeyde paylaşımı,
- Uygulamaya yönelik, basit ve anlaşılır nitelikte broşür ve rehberlerin hazırlanması, mavi ve beyaz yakalı işçilerin eğitilmesi,
- Her işletmenin kolayca ulaşabileceği yüksek kaliteli önleyici hizmet alımının mümkün olması,
- Müfettişlerin, işletmelere karşı öncelikle eğitim, açıklama, ikna ve destekleme yollarını kullanmaları, en son çare olarak cezaî tedbirlere başvurmaları,
- Avrupa Birliği çapında ekonomik teşvik mekanizmalarının işletilmesi.

Programda, yeni gelişen veya artma eğilimindeki riskler hakkında düzenlemeler yapılırken, en son araştırma sonuçlarına dayanılması gereğinden de söz

edilmektedir. Komisyon, araştırmaların öncelikle psikososyal risklere, kas ve iskelet hastalıklarına, tehlikeli maddelere, sonradan gelişen veya çeşitli unsurların birleşmesi ile ortaya çıkan risklere ve nanoteknolojiden kaynaklanan risklere yöneltilmesini tavsiye etmektedir. Özellikle, psikososyal risklerin dikkate alınmasında, DSÖ'nün, 2020 yılında depresyonun çalışamayacak duruma gelmenin en önemli nedeni olacağı yolundaki projeksiyonuna atıfta bulunmaktadır.⁸⁸

İş Kanununun karma niteliği, devletin de bu durumu denetlemesi ve işyerlerini güvenli halde tutmasını gerektirdiğinden işçi - işveren - devlet üçgeninin iş güvenliği konusunu daha önemle ele almaları gerektiği kuşkusuzdur. Gerek Avrupa Birliği normları, gerekse üye devletlerin benzer düzenlemelerinde yapılacak incelemeler, ülkemizin bu konuya daha fazla eğilmesi gerektiği sonucunu ortaya koymaktadır.⁸⁹

3.1.3. İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşme

ILO'nun 22 Haziran 1981 tarihinde yapılan 67. oturumunda "İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşme" kabul edilmiştir. ILO 1981 tarihinde kabul ettiği 155 nolu sözleşme ile, kamu kesimi de dahil olmak üzere ekonomik faaliyetlerin tüm dallarındaki işçileri kapsayacak şekilde taraf devletlerin her birinin ulusal koşul ve uygulamaları ışığında, en büyük işçi ve işveren temsilcilerine de danışarak iş emniyeti, İSG ve çalışma ortamı konularında uyumlu bir ulusal politika oluşturulmasını ve bunun dikkatli olarak denetimini öngörmüştür.⁹⁰

Ülkemizin onayladığı ILO'nun İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşmesi'nin Ulusal Politika Hedefleri ve Ulusal Düzeyde Eylem başlıkları kısımlarında, "Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi"ne ilişkin aşağıdaki ifadeler yer verilmiştir;

- Her üye, ulusal koşullar ve uygulamaya göre ve en fazla temsil kabiliyetine sahip işçi ve işveren kuruluşlarına danışarak İSG ve çalışma ortamına ilişkin tutarlı bir ulusal politika geliştirecek, uygulayacak ve periyodik olarak gözden geçirecektir (md.4/1).

⁸⁸ Yıldız, a.g.k., http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=1714&id=87 (15.12.09)

⁸⁹ Zeytinoğlu, E., "Avrupa Birliğine Girme Aşamasında Türk İş Güvenliği Sistemine Toplu Bakış" <http://www.iticu.edu.tr/kutuphane/dergi/d1/M00008.pdf> (07.05.09)

⁹⁰ Devebakan., a.g.k., s.69

• Bu politikanın amacı, işle bağlantılı olan veya işin yürütümü sırasında ortaya çıkan kaza ve yaralanmaları, çalışma ortamında bulunan tehlike nedenlerini mümkün olduğu ölçüde asgariye indirerek önlemek olacaktır (md.4/2).

• İSG ve çalışma ortamı ile ilgili durum; sorunların tespiti, bunların çözümü için etkin metotların geliştirilmesi, öncelikler ve sonuçların değerlendirilmesi amacıyla, ya top yekûn, ya da belirli alanlar itibariyle belirli aralıklarla gözden geçirilecektir (md.7).⁹¹

• Her üye, yasa veya yönetmelik çıkarmak suretiyle veya ulusal şartlarına ve uygulamasına uygun diğer bir yöntemle, ilgili işçi ve işverenlerin temsilcisi olan kuruluşlara danışarak, sözleşmenin 4. md. etkinlik kazandırmak için gerekli önlemleri alacaktır (md.8.).

• İSG ve çalışmsa ortamına ilişkin ilgili mevzuatın uygulanması için uygun ve yeterli bir denetim sistemi ile güvence altına alınacağı ve yürütme sistemi, mevzuat ihlallerine karşı yeterli cezalar öngörüüleceği belirtilmektedir(md.9/1-2).⁹²

155 Nolu Sözleşme'nin 19. maddesine göre, işletme düzeyinde de İSG ile ilgili bazı faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için düzenlemeler yapılması istenmektedir.

Buna göre işletme düzeyinde aşağıda sıralanan düzenlemeler yapılmalıdır;

• İşçilerin ve işçi temsilcilerinin işverenle İSG alanında işbirliği yapmaları,
• İşletmedeki işçi ve temsilcilerine, iş güvenliği ve işçi sağlığı konusunda yeterli eğitim vermesi,

• İşletmedeki işçi temsilcilerine, İSG'ni sağlamak için yeterli bilgi verilmesi ve ticari sırları açıklamamak şartıyla kendilerini temsil eden kuruluşlarla bu bilgilerin istişare edilmesi.⁹³

3.1.4. İş Sağlığı Hizmetlerine İlişkin 161 Sayılı Sözleşmesi

İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin bir diğer ILO sözleşmesi de 161 sayılı İş Sağlığı Hizmetlerine ilişkin sözleşmedir. Bu sözleşme 13.01.2004 tarihinde ve 25345 sayılı resmi gazetede yayınlanarak hukukumuzda girmiştir.

Bu sözleşmenin ikinci bölümünde yer alan 5. maddede “her işverenin istihdam ettiği işçilerin sağlık ve güvenliği için sorumluluğu saklı kalmak kaydı ile işçilerin İSG konusunda katılımının gerekliliği göz önüne alınarak, iş sağlığı

⁹¹ Karakaş., a.g.k., s.608-610

⁹² Akkaya., a.g.k., s.113

⁹³ Devedbakan., a.g.k., s.69

hizmetleri, işletmedeki iş risklerine uygun ve yeterli olacak şekilde sağlanacaktır” ifadesi yer almaktadır. Bu sözleşme ile özellikle İSG konusunda önemli düzenlemeler yapılmıştır.

Sözleşmesinin 6.maddesinde¹⁸⁸; İş sağlığı hizmetlerinin mevzuat ile toplu sözleşmeler veya ilgili işçiler ve işverenlerin üzerinde anlaştığı başka bir şekilde veya yetkili makamın ilgili işçi ve işverenlerin temsilcisi olan kuruluşlara danışarak belirleyeceği herhangi bir şekilde oluşturulması hükme bağlanmıştır. Aynı şekilde ulusal şartlara ve uygulamaya göre iş sağlığı hizmetlerinin; işletmeler veya ilgili işletme grupları, kamu, sosyal güvenlik kurumları, yetkili makamın görevlendirdiği diğer organlar veya ilgili tarafların bir bileşimi tarafından düzenlenebileceği ilgili sözleşmenin 7.maddesinde belirtilmiştir.⁹⁴

3.2. Uluslararası Düzeyde İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Faaliyet Gösteren Önemli Kuruluşlar

3.2.1. Uluslar Arası Çalışma Örgütü (ILO)

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), yeryüzünde evrensel ve sürekli bir barışın ancak, “sosyal adalet” ilkesinin gerçekleşmesi durumunda mümkün olabileceği inancı ile 1919 yılında sosyal adaleti ve daha iyi yaşama koşullarını sağlamak üzere, hükümet, işveren ve işçi örgütlerini bir araya getirerek ortak hareket etmelerini gerçekleştirmek amacıyla kurulmuştur.

ILO'nun başlıca amacı; kadınların ve erkeklerin, özgürlük, eşitlik, güvenlik ve saygınlık koşullarında insana yakışır ve üretken iş bulma olanaklarını artırmaktır. ILO, bütün faaliyetlerinde uluslararası düzeyde barışın sağlanması ile sosyal adalet arasında bir bağ kurmaktadır. ILO'nun en temel işlevi, evrensellik ve sosyal adalet ilkeleri doğrultusunda uluslararası çalımsa standartları oluşturmaktır.

1919 Versailles Anlaşmasından doğan, *ILO'nun tarihi*; uluslararası düzeyde üç taraflılığın sağlamlaştırıldığı yıllar olan 1919–1943, soğuk savaş ve üçüncü dünyanın ortaya çıktığı 1944–1988 ve yeni bir siyasal coğrafya ile küreselleşmenin belirginleştiği 1989'dan günümüze kadar olan süreç göz önünde tutularak üç temel döneme ayrılabilir. 1919 yılında ILO yarından çoğu Avrupa dışında bulunan, özellikle Latin Amerika ülkeler yanında, Çin, Hindistan, İran, Japonya ve Polonya olmak üzere 43 ülkenin katılımıyla kurulmuştur. 1919–1939 yılları arasında Milliyetler

⁹⁴ Akkaya., a.g.k., s.115

Cemiyeti'ne bağılı özerk bir kuruluş olarak faaliyet gösterecek olan örgüt, Birinci Dünya Savaşı'ndan önce, savaş boyunca ve Rusya'da 1917 devriminden sonra Avrupa'yı sarsan çeşitli sosyal hareketlere yenilikçi bir alternatif olarak görülmüştür.

ILO, genel kurulunun ilk oturumu 1919 yılında Washington'da toplanmış ve 6 sözleşme ve 6 tavsiye kabul edilmiştir. 1944'de Philadelphia'da toplanan Uluslararası Çalışma Konferansı'nda örgütün hedef ve amaçlarını yeni baştan ve daha kesin olarak belirleyen Philadelphia Bildirgesi kabul edilmiştir. Örgütün tüm çalışmalarına yön veren bu bildirmede, sosyal adalet, düşünce ve örgütlenme özgürlüğü yoksulluğun toplumların refahı için bir tehlike oluşturduğu ve dünya barışının gerekliliği üzerinde ağırlıklı olarak durulmuştur. Konferansta ILO'nun hedef ve amaçları yeniden ve daha kesin olarak belirlenmiştir.

Buna göre ILO'nun amaçları aşağıdaki gibidir:

- Tam istihdamın sağlanması ve hayat seviyesinin yükseltilmesi,
- İşçileri, becerilerini ve bilgilerini bütünüyle göstermekten zevk duyacakları işlerde çalıştırmak ve bu sayede ortak refaha en iyi biçimde katkıda bulunmak,
- Bu amaca ulaşmak için, bütün ilgililer hakkında uygun güvencelerle, işçileri mesleklerinde yetiştirmek üzere olanaklar sağlamak ve onların bir yerden diğer bir yere nakillerini ve bu arada gerek kendilerinin ve gerek diğer halkın göçerliliğini kolaylaştırabilecek önlemlere başvurmak,
- Ücretler ve kazançlar, çalışma süreleri ve diğer çalışma koşulları konularında kaydedilen ilerlemelerin sonuçlarından herkese eşit şekilde yararlanma imkanı tanınması, iş sahibi olan ve korunmaya muhtaç olan kimseler asgari yaşam koşulları sağlayacak bir ücret verilmesi,
- Toplu görüşme yapmak hakkının tam olarak tanınması, üretim düzenlemelerinin sürekli iyileştirilmesi ile sosyal ve ekonomik politikanın hazırlanması ve uygulanmasında ortaklaşa hareket etmek için işveren ve işçilerin işbirliği yapması,
- Güvenceye ve eksiksiz tıbbi tedaviye ihtiyaç duyan herkes için temel bir gelir sağlamak amacına yönelik sosyal güvenlik önlemlerinin yaygınlaştırılması,
- Bütün işlerdeki, işçilerin hayat ve sağlıklarının uygun bir biçimde korunması ayrıca çocukların ve annelerin korunması,
- Gıda, barınma, kültür ve dinlenme olanakları bakımından uygun bir düzeye ulaşılması,

- Eğitim ve meslek alanlarında eşit şanslar sağlanması hedeflerine ulaşmak amacıyla çeşitli uluslara yardım görevinin üstlenilmesi.

1946 yılına gelindiğinde ILO, BM ile yapılan bir anlaşma uyarınca ILO Anayasası'nda öngörülen amaçlara ulaşmak için gerekli önlemleri almakla yetkili bir uluslararası uzmanlık kuruluna dönüşmüştür. 1960–1970 yılları arasında ILO'ya özellikle sömürgeci kurtulan, yaklaşık altmış yeni üye devlet katılmıştır. Önemli teknik işbirliği faaliyetlerinde bulunan ILO, bu ülkelerde hem gelişmeye katkıda bulunan, hem yaşam düzeyini yükselten ve hem de çalışma normlarının en iyi biçimde uygulamanın aracı olan bir kurum olarak algılanmıştır.

*ILO, üç yanlılık ilkesine dayanan tek uluslararası örgüttür. Kural koyma etkinliği, insan haklarını tanıma ve çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesine dayanan insani bir idealin sürdürülmesinde rol oynamaktadır. ILO Anayasası'nı hazırlayanlar, Genel Konferans ve Yönetim Konseyi ile çeşitli komisyonlarda uygulanan bu ilkeyi koyarken, çalışma dünyasının sorunlarının düzenlenmesiyle doğrudan ilgisi bulunan ve temelde çıkar çelişkisi ve çatışması içinde olan üretim güçlerinin temsilcilerini hükümet temsilcileriyle bir araya getirmek istemişlerdir. Böylece hükümetin sorumluluk üstlenmelerini sağlama ve çıkarları karşıt olan şeyleri sosyal barış hedefiyle hükümetin işine ve çalışmasına ortak etme amacı gütmüştür.*⁹⁵

3.2.2. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)

I. Dünya Savaşı'nda olduğu gibi II. Dünya Savaşı'ndan hemen sonra da barış ve uluslararası işbirliği konularında çalışmalar başlamıştır. 1945 yılında San Francisco'da toplanan Birleşmiş Milletler (BM) Konferansı'nda, Birleşmiş Milletler Örgütü kurulması kararlaştırılırken, Çin ve Brezilya delegelerinin bir "Uluslar arası Sağlık Örgütü" kurulması amacı ile toplantı düzenlemesi önerisi oy birliği ile kabul edilmiştir. Böylece II. Dünya Savaşı boyunca durmuş olan uluslararası ilişkiler ve halk sağlığı çalışmaları tekrar başlamıştır.

BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi, söz konusu toplantının hazırlanması için Belçikalı Prof. Dr. Rene Sard başkanlığında 15 kişilik bir teknik komite oluşturmuştur. 19–22 Temmuz 1946 tarihlerinde New York'da düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı'nda BM'e üye 51 ülkenin temsilcileri ile FAO, ILO, UNESCO, OIHP, PAHO, Kızılhaç, Dünya işçi Sendikaları Federasyonu ve

⁹⁵ Akkaya, a.g.k., s. 19-23

Rockefeller Vakfı gözlemcileri WHO Anayasası'nı oluşturmuşlar, 1907 Roma Antlaşmasını feshetmişler ve anayasanın en az 26 üye ülke tarafından resmen kabulüne kadar geçecek zaman içinde WHO'nun işlevlerini yerine getirecek bir Ara Komisyon seçmişlerdir. Anayasa 22 Temmuz 1946'da 61 devletin temsilcisi tarafından imzalanmıştır. Genel merkez olarak, New York, Paris ya da Cenevre düşünülmüş ve geçici olarak Cenevre'deki "Milletler Sarayı" binasına yerleşmiştir. 1966 yılına kadar burada çalışmalarını sürdüren WHO daha sonra yine Cenevre'de kendi binasına taşınmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nın temel ilkelerini içeren bölümünde, *WHO'nun amacı*; "tüm insanların mümkün olan en üst sağlık düzeyine ulaşmaları" şeklinde ifade edilir ve bu amacı gerçekleştirmek için örgütün işlevleri sıralanır. Bu işlevlerin *birincisi*; uluslar arası sağlık çalışmalarının yönetimi ve eşgüdümüdür. *İkincisi*; BM ihtisas Kuruluşları, hükümetlere bağlı sağlık yönetimleri, mesleki gruplar ve uygun görülen diğer örgütler ile ilişki kurmak ve devam ettirmektir. İstekleri üzerine hükümetlere sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi konusunda yardımcı olmak ve istekleri üzerine veya kabul edildiği takdirde, hükümetlere uygun teknik ve yardımı acil durumlarda gerekli yardımı sağlamak olarak ifade edilen *üçüncü ve dördüncü* işlevler ise, aynı zamanda uluslar arası kuruluşların önemli bir ilkesi olan "ülkelerin iç işlerine karışmama" için iyi bir örnek oluşturmaktadır.

Anayasa 82 maddeden oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün amaçlarına ulaşmak için yerine getirdiği görevler şunlardır:

- Sağlık alanında uluslar arası nitelik taşıyan çalışmalarda yönetici ve koordinatör sıfatıyla hareket etmek. BM İhtisas Kuruluşları, sağlık idareleri, meslek grupları ve keza uygun örülecek diğer örgütlerle fiili bir iş birliği kurmak ve sürdürmek.

- Hükümetlere, istek üzerine, sağlık hizmetlerin güçlendirilmesi, uygun teknik yardım yapmak ve acil durumlarda, hükümetlerin istekleri ya da kabulleri ile gereken yardımı yapmak.

- BM'in isteği üzerine, manda altındaki ülkeler halkı gibi özelliği olan topluluklara sağlık hizmetleri götürmek ve acil yardımlar yapmak ya da bunların sağlanmasına yardım etmek.

- Epidemiyoloji ve istatistik hizmetleri de dahil olmak üzere gerekli görülecek idari ve teknik hizmetleri kurmak ve sürdürmek.

- Epidemik, andemik vb. hastalıkların ortadan kaldırılması yolundaki çalışmaları teşvik etmek ve geliştirmek.
- Gerektiğinde diğer ihtisas kuruluşları ile işbirliği yaparak kazalardan doğan zararları önleyebilecek önlemlerin alınmasını teşvik etmek.
- Gerektiğinde diğer ihtisas kuruluşları ile işbirliği yaparak, beslenme, mesken, eğlence, ekonomik ve çalışma koşullarının ve çevre sağlığı ile ilgili diğer bütün unsurların iyileştirilmesini kolaylaştırmak.
- Sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan bilim ve meslek konuları arasında işbirliğini kolaylaştırmak.
- Uluslararası sağlık sorunlarına ilişkin sözleşmeler, anlaşmalar ve tüzükler teklif etmek, tavsiyelerde bulunmak ve bunlardan dolayı örgüte düşebilecek ve amacına uygun görevleri yerine getirmek.
- Ana ve çocuk sağlığı ve refahı lehindeki hareketleri geliştirmek, ana ve çocuğun tam bir değişme halinde bulunan bir çevre ile uyumlu halde yaşamaya olan kabiliyetlerini arttırmak.
- Ruh sağlığı alanında özellikle insanlar arasında uyumlu iliksilerin kurulmasına ilişkin her türlü faaliyetleri kolaylaştırmak.
- Sağlık alanında araştırmaları teşvik ve rehberlik etmek.
- Sağlık tıp ve yardımcı personelin öğretim ve yetiştirme normlarının iyileştirilmesini kolaylaştırmak.
- Gerektiğinde diğer ihtisas kuruluşları ile işbirliği yaparak kamu sağlığı, hastane hizmetleri ile sosyal güvenlik de dahil koruyucu ve tedavi edici tıbbi bakıma ilişkin idari ve sosyal teknikleri incelemek ve tanıtmak.
- Sağlık alanında her türlü bilgi sağlamak, tavsiyelerde bulunmak ve yardımlar yapmak.
- Sağlık bakımından aydınlatılmış toplum oluşumuna yardımlar yapmak.
- Teşhis yöntemlerini gerektiği kadar standart hale getirmek.
- Genel olarak örgütün amacına ulaşmak için gereken her önlemi almak.⁹⁶

⁹⁶ Akkaya, a.g.k., s.23-26

3.3. Ulusal Düzeyde İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Düzenlemeler

3.3.1. Anayasa

Devletin iş güvenliğini sağlama ödevinin kaynağı anayasadır. Her şeyden önce, anayasada Türkiye Cumhuriyetinin sosyal bir hukuk devleti olduğu belirtilmiştir (2.md).Sosyal devleti çalışanları ve güçsüzleri koruyan, kişinin önündeki ekonomik ve sosyal engelleri kaldıran, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli koşulları hazırlayan devlettir.⁹⁷

Devletin, İSG alanında araştırma yapmaktan üretim süreçleri konusunda tarafları bilgilendirmeye, ulusal mevzuatı günün gereksinimlerini karşılayacak şekilde güncelleştirmekten insan sağlığını her şeyin üstünde tutarak işyerlerini etkili bir biçimde denetlemesine kadar pek çok sorumluluğu vardır. Sözü edilen sorumluluğun anayasal anlamda güvenceye alınması ise sosyal devlet anlayışını benimsemiş ülkelerin temel amaçlarından birisidir.⁹⁸

Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.(17.md) Devlet çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek ve işsizliği önlemeye elverişli ekonomik ortam yaratmak ve çalışma barışını sağlamak için gerekli tedbirler alır.(49. md)

Kimse yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler ve kadınlar bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar. Dinlenmek çalışanların hakkıdır. Ücretli hafta ve bayram tatili ile ücretli yıllık izin hakları ve şartları kanunla düzenlenir. (50.md)⁹⁹

3.3.2. 4857 Sayılı İş Kanunu

10.06.2003 tarihinde Resmi gazetede yayınlanarak kabul edilen 4857 sayılı İş Kanunu ile yaklaşık otuz yıldır çalışma hayatına yön vermiş olan 1475 sayılı İş Kanunu (İşçi Sağlığı ve İş güvenliği tüzüğü hariç) tamamen yürürlükten kalkmıştır. 4857 sayılı İş Kanunu'nun 9 bölümü, 122 maddesi ve 6 geçici maddesi vardır. Yeni yasa ile çalışma hayatı yeni bir kimlik kazanmıştır.¹⁰⁰

⁹⁷ Kırmızı, a.g.k., s.30

⁹⁸ Devebakan. a.g.k., s, 76

⁹⁹ Karakaş. a.g.k., s. 103-104

¹⁰⁰ Akkaya. a.g.k., s.80

4857 sayılı İş Kanunu, çalışma hayatını yeniden düzenleyen, birçok maddesi ile İSG ile doğrudan ve dolaylı olarak ilgilidir. 1475 sayılı İş Kanunu'na oranla İSG konusunda daha koruyucu ve daha ayrıntılı hükümler taşıyan 4857 sayılı kanun ayrıca "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği" ifadesi yerine " İş Sağlığı ve İş Güvenliği" tanımı kullanılmaktadır.

İSG kavramı, işçi sağlığı ve iş güvenliği kavramından farklı olarak, tehlikelerin önlenmesinin yanında risklerin öngörülmesi, değerlendirilmesi ve bu riskleri tamamen ortadan kaldırabilmesi ya da zararlarını en aza indirebilmek için yapılacak çalışmaları ifade etmektedir. İSG sadece işyerinde değil işyeri dışında da işçinin sağlık ve güvenliğini olumsuz etkileyecek risklere karşı önlem almayı ifade eder. *Evensel anlamda İSG*; henüz bir tehlike oluşmadan, işletmede bir sorun meydana gelmeden, işletmede oluşabilecek tehlikelerin ve risklerin öngörülerek bunların kabul edilebilir olup olmadığına karar verme çalışmalarını ifade etmektedir. Risk değerlendirme tanımı ilk kez 4857 sayılı İş Kanunu'nda yer almıştır.¹⁰¹

4857 sayılı İş Kanunu'nun 1475 sayılı Kanundan bir farkı da işyerlerinde iş kazası ve meslek hastalığı risklerinde işçiler kadar çıraklar ve stajyerlerinde maruz kaldığı belirtilmiş ve bu nedenle konuyla ilişkin AB yönergesinde yer aldığı biçimde bu husustaki hükümlerden onların da yararlanacağı maddeye eklenmiştir (77.md)¹⁰²

4857 sayılı İş Kanununda, İşverenlerin işyerlerinde İSG'nin sağlanması için gerekli her türlü önlemi alması, araç ve gereçleri noksansız bulundurması, işçilerin de İSG konusunda alınan her türlü önleme uymakla yükümlü oldukları hükme bağlanmıştır (md.77)¹⁰³

4857 yeni İş Kanunu İSG hükümleri içinde 1475 sayılı eski iş kanunundan farklı olarak bazı yeni kurullara ve teknik elemanlara da yer verilmiştir. Bunlardan birisi de İş Kanunu'nun 80. Madde'sinde yer alan, İSG konusunda işletme içi denetimle ilgili en önemli organ olan İş Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulu'dur. İşverenler sanayiden sayılan, devamlı olarak en az elli işçi çalıştıran ve altı aydan fazla sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde bir iş sağlığı ve güvenliği kurulu kurmakla yükümlüdür.

¹⁰¹ Özkılıç, a.g.k., s.24

¹⁰² Akkaya.a.g.k., s.81

¹⁰³ Devedbakan. a.g.k., s.78

4857 sayılı yasada ilk kez düzenlenen diğerk bir maddede İş Kanunu'nun 81. maddesidir. Bu maddeye göre “devamlı olarak en az elli işçi çalıştıran işverenler, işçilerin sağlık durumunun ve alınması gereken iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin sağlanması, ilk yardım ve acil tedavi ile koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek üzere işyerindeki işçi sayısına ve işin tehlike derecesine göre bir veya daha fazla işyeri hekimi çalıştırmak ve bir işyeri sağlık birimi oluşturmakla yükümlü tutulmuşlardır.

İşyeri hekimlerinin nitelikleri, sayısı, işe alınmaları, görev, yetki ve sorumlulukları, eğitimleri, çalışma şartları, görevlerini nasıl yürütecekleri ile işyeri sağlık birimleri, Sağlık Bakanlığı ve Türk Tabipleri Birliğinin görüşü alınarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından İşyeri Sağlık Birimleri ve işyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik 16.12.2003 tarihinde çıkarılmış ve açıklanmıştır.

Yeni iş yasasında yer alan İSG ilgili diğerk bir madde de “sanayiden sayılan ve devamlı olarak en az elli işçi çalıştıran, altı aydan fazla sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde; işverenler, işyerinin iş güvenliği önlemlerinin sağlanması, iş kazalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesi için alınacak önlemlerin belirlenmesi ve uygulanmasının izlenmesidir. Ayrıca işyerindeki işçi sayısına, işyerinin niteliğine ve tehlikelilik derecesine göre bir veya daha fazla mühendis veya teknik elemanı görevlendirmekle zorunlu tutulmuşlardır (Madde 82).¹⁰⁴ 4857 sayılı Kanun ile iş sağlığı ve güvenliği konusunda önemli adımlar atılmıştır.

Yeni düzenlemeler, eski İş Kanunumuza oranla;

- Çalışanlarımızı daha koruyucudur.
- Daha ayrıntılıdır ve AB normlarına uygundur.
- İşverenlere; eğitime, bilgilendirme, denetleme ve bildirme yükümlülüğü getirirken işçilere de önlemlere uyma yükümlülüğünü içermekte, ayrıca onlara çalışmama hakkı vermektedir.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurullarını etkinleştirmektedir.
- İşyeri hekimi çalıştırma, iş güvenliği mühendisi veya teknik eleman görevlendirme zorunluluğu getirmektedir.
- Özel risk gruplarına yönelik pek çok koruyucu hüküm içermektedir.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Akkaya.a.g.k., s.81-83

¹⁰⁵ Türkiye İşveren Senikaları Konfearasyonu Görüşü: “İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatında Değişiklikler”, Cilt. 47, Sayı. 7, Nisan, 2004
http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=936&id=54 (15.12.09)

3.3.3. İş Verenlerin ve İşçilerin Yükümlülükleri

Daha önce ifade edildiği gibi İSG'nin sağlanmasında işveren ve çalışanların yükümlülükleri 4857 sayılı İş Kanunu'nun 77. maddesinde net bir şekilde tanımlanmıştır. İşverenlerin işyerlerinde İSG'nin sağlanması için gerekli her türlü önlemi alması, araç ve gereçleri noksansız bulundurması, işçilerin de İSG konusunda alınan her türlü önleme uymakla yükümlü olduğu hükme bağlanmıştır. Buna göre işveren, işyerinde alınan İSG tedbirlerine işçiler tarafından uyulup uyulmadığını sürekli denetleyecektir.

İSG'nin sağlanmasında işveren tarafından koruyucu malzemelerin temin edilmesi yeterli olmamakta, ayrıca çalışanlara bunların nasıl kullanılacağına da öğretilmesi gerekmektedir. Söz konusu maddeye göre işverenler işyerinde alınan İSG önlemlerine uyulup uyulmadığını denetlemekle yükümlüdür. İşverenler ayrıca, işçileri karşı karşıya buldukları mesleki riskler, alınması gerekli tedbirler, yasal hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirmek ve gerekli İSG eğitimini vermek zorundadırlar.

İlgili yasa maddesinde işverenin yükümlülüğü kapsamında yapılacak eğitimin usul ve esasları, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlemiştir. Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında yönetmeliğin 4. maddesi gereğince işverenler, işyerlerinde sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı yaratmak için gerekli önlemleri almak, çalışanlarını hak ve sorumlulukları ve karşı karşıya buldukları mesleki riskler ve bunlardan korunmak için gerekli önlemler hakkında bilgilendirmek konusunda işyerinde İSG eğitim programını hazırlamak, eğitimlerin düzenlenmesini, çalışanların bu programlara katılmasını sağlamak ve uygun araç ve gereç temin etmekle yükümlüdür. Aynı yasa maddesi ile işverenlerin, işyerlerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazı ile ilgili bölge müdürlüğüne bildirmek zorunluluğu getirilmiştir.

İSG sorunlarının çözümünde eğitim öncelikli bir role sahiptir. Zira gerçek anlamda bir İSG'nin sağlanması için İSG bilincinin oluşması ile mümkün olacaktır. İSG'nin sağlanmasında devletin ve işverenin yükümlüklerinin yanında işçilerin de yükümlükleri önem arz etmektedir.

İSG'nin sağlanması konu ile ilgili tüm tarafların sorumluluğundadır. 4857 sayılı yasanın 77. maddesinde, işverenin yanında işçilerinde de İSG konusunda

alınan her türlü önleme uymakla yükümlü olduğu hükme bağlanmıştır. Çalışanların İSG konusundaki sorumluluğuna yönelik bir diğer detaylı düzenleme 4857 sayılı yasaya göre çıkartılan İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği'dir. Söz konusu yönetmeliğin 13. maddesinde; "İşçiler, davranış ve kusurlarından dolayı, kendilerinin ve diğer kişilerin sağlık ve güvenliğinin olumsuz etkilenmemesi için azami dikkati gösterirler ve görevlerini, işveren tarafından kendilerine verilen eğitim ve talimatlar doğrultusunda yaparlar" hükmüne yer verilmiş ve çalışanların da İSG konundaki yükümlülükleri hükme bağlanmıştır.

Buna göre çalışanlar, işveren tarafından kendilerine verilen eğitim ve talimatlar doğrultusunda, aşağıda sıralanan yükümlülüklerle uymak zorundadır;

- Makine, cihaz v.d. ekipmanları doğru şekilde kullanmak,
- Kendilerine verilen kişisel koruyucu donanımı doğru kullanmak ve muhafaza etmek,
- İşyerinde İSG ile ilgili her türlü olumsuz durumu işverene bildirmek,
- İşveren, sağlık ve güvenlik işçi temsilcisi ve diğer çalışanlarla İSG konusunda iş birliği yapmak güvensiz durumlardan kaçınmaktır.¹⁰⁶

3.3.4. İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu'nun oluşumu ve çalışma yöntemleri 07.04.2004 tarih ve 25426 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan, "İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik" ile belirlenmiştir. İSG ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere İSG kurullarının hangi işyerlerinde kurulacağı ve bu kurulların oluşumu, çalışma yöntemleri, görev, yetki ve yükümlülüklerini belirleyen "İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik" 4857 sayılı İş Kanununun 80. maddesinin 3. fıkrasına göre düzenlenmiştir.

28.2.2004 tarihli ve 25387 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan, "Sanayi, Ticaret, Tarım ve Orman İşlerinden Sayılan İşlere İlişkin Yönetmelik" kapsamındaki sanayiden sayılan, devamlı olarak en az 50 işçi çalışan ve altı aydan fazla sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde her işveren iş sağlığı ve güvenliği kurulu (İSGK) kurmakla yükümlüdür. Maddede belirtilen 50 işçi çalıştırma koşulu; hiçbir dönemde 50'den az işçi çalıştırılmaması anlamını taşımaktadır. Buna göre işçi sayısının tespitinde işyerinde çalışan işçilerin tamamı dikkate alınacaktır.

¹⁰⁶ Devebakan.a.g.k., s.83-85

İSGK aşağıda belirtilen kişilerden oluşacaktır;

- İşveren veya işveren vekili, sağlık ve güvenlik işçi temsilcisi.
- İş Kanununun 82. maddesi uyarınca iş güvenliği ile görevli mühendis veya teknik elemanı,
- İş Kanununun 81. maddesi uyarınca görevlendirilen işyeri hekimi,
- İnsan kaynakları, personel, sosyal işler veya idari ve mali işleri yürütmekle görevli bir kişi,
- İşyerinde görevli formen, ustabaşı veya usta, varsa sivil savunma uzmanı,
- 2821 sayılı Sendikalar Kanununun değişik 34. maddesi hükmü uyarınca işyerinde bulunan sendika temsilcilerinin kendi aralarında seçecekleri kişi, işyerinde sendika temsilcisi yoksa o işyerindeki işçilerin yarısından fazlasının katılacağı toplantıda açık oyla seçilecek işçi,

Buna göre İSGK'nun görev ve yetkileri;

- İşyerinin niteliğine uygun bir İSG iç yönetmelik taslağı hazırlamak, işverenin veya işveren vekilinin onayına sunmak ve iç yönetmeliğin uygulanmasını izlemek, izleme sonuçlarını rapor haline getirip alınması gereken tedbirleri belirlemek ve kurul gündemine almak,
- İSG konularında o işyerinde çalışanlara yol göstermek, işyerinde İSG' ne ilişkin tehlikeleri ve önlemleri değerlendirmek, tedbirleri belirlemek, işveren veya işveren vekiline bildirimde bulunmak,
- İşyerinde meydana gelen her iş kazası ve tehlikeli vaka veya meslek hastalığında yahut İSG ile ilgili bir tehlike halinde gerekli araştırma ve incelemeyi yapmak, alınması gereken tedbirleri bir raporla tespit ederek işveren veya işveren vekiline vermek,
- İşyerinde İSG eğitim ve öğretimini planlamak, bu konu ve kurallarla ilgili programları hazırlamak, işveren veya işveren vekilinin onayına sunmak ve bu programların uygulanmasını izlemek,
- Tesislerde yapılacak bakım ve onarım çalışmalarında gerekli güvenlik tedbirlerini planlamak ve bu tedbirlerin uygulamalarını kontrol etmek,
- İşyerinde yangınla, doğal afetlerle, sabotaj ve benzeri ile ilgili tedbirlerin yeterliliğini ve ekiplerin çalışmalarını izlemek,
- İşyerinin sağlık ve güvenlik durumuyla ilgili yıllık bir rapor hazırlamak, o yılki çalışmaları değerlendirmek, elde edilen tecrübeye göre ertesi yılın çalışma

programında yer alacak hususları ve gündemi tespit etmek, işverene teklifte bulunmak, planlanan gündemin yürütülmesini sağlamak ve uygulanmasını değerlendirmek,

• 4857 sayılı İş Kanununun 83. maddesinde belirtilen taleplerin vukuunda acilen toplanmak ve karar vermek, şeklinde sıralanmaktadır.¹⁰⁷

3.3.5. İş Yeri Sağlık Birimi

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) işyeri hekimliğini, “İşçileri, işlerinden ya da işin yapıldığı koşullardan kaynaklanabilecek her türlü zarardan korumak; özellikle işin işçiye uygun hale getirilmesi ve işçilerin fiziksel ve ruhsal uyumuna katkıda bulunmaktır. Ayrıca işçilerin olası en yüksek fiziksel ve ruhsal iyilik durumlarını oluşturmak ve sürdürmede katkıda bulunmak amacıyla kurulan hizmet” biçiminde tanımlamaktadır.

İşyeri hekiminin statüsünü belirleyen yasal düzenlemeler:

• Umumi Hıfzısıhha Yasası (180.md). Bu yasa, devamlı olarak en az 50 işçi çalıştıran işyerlerinde hekim bulundurma zorunluluğu getirmektedir.

• Sosyal Sigortalar Yasası (114.md). Bu yasaya göre işyeri hekimi, koruyucu sağlık hizmetlerine ilaveten, tedavi edici hizmetleri SSK adına yapabilmektedir.

• 4857 sayılı İş Kanununun 81. maddesi,

• Türk Tabipler Birliği Yasası (5.md). Bu yasa hekimlerin atanması ve denetimini tabip odalarının görevi olarak belirlemiştir. ¹⁰⁸

4857 sayılı İş Kanununun 81. maddesinin ikinci fıkrasında “İşyeri hekimlerinin nitelikleri, sayısı, işe alınmaları, görev, yetki ve sorumlulukları, eğitimleri, çalışma şartları, görevlerini nasıl yürütecekleri ile işyeri sağlık birimleri, Sağlık Bakanlığı ve Türk Tabipleri Birliğinin görüşü alınarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından çıkarılacak bir yönetmelikte düzenlenir” hükmüne yer verilmiştir. Söz konusu yönetmelik “İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” ismi ile yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. 4857 sayılı İş Kanununun 81. ve adı geçen yönetmeliğin 5. maddesine göre devamlı olarak en az 50 işçi çalıştıran işyerlerinde işverenler bir veya daha fazla işyeri hekimi çalıştırmak ve bir sağlık birimi kurmak zorundadırlar. İlgili yönetmeliğin 7. maddesine göre sağlık biriminde işyeri hekimi ile birlikte en az

¹⁰⁷ Devabakan.a.g.k., s.86-87

¹⁰⁸ Akkaya. a.g.k, s.27-28

bir işyeri hemşiresi veya sağlık memurunun görevlendirilmesi gerekir. Sağlık biriminde bulunması gereken araç ve gereçler yönetmelikte yer alırken, ilgili yerde görev yapacak işyeri hemşiresi ve sağlık memurunun nitelikleri, görevleri ve eğitimleri yönetmeliğin 27. ile 31. maddeleri arasında düzenlenmiştir.¹⁰⁹

İşyeri sağlık ve güvenlik birimleri ile ortak sağlık ve güvenlik birimleri hakkında yönetmelik 15 Ağustos 2009 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak Resmi yürürlüğe girdi. İşyeri sağlık ve güvenlik birimlerinde bulunması gerekenler, iş kazası bildirim formu, hangi işlerde ne kadar süre işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı çalıştırılacağı, kimlerin sertifika eğitimi verebileceği, kimlerin sertifika alacağı gibi merak edilen birçok konu hükme bağlanmıştır.¹¹⁰

3.3.6. 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu

Ülkemizde işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili pek çok maddenin yer aldığı 1593 sayılı “Umumi Hıfzısıhha Kanunu” 06.05.1930 tarihinde resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Günümüzde halen geçerliliğini koruyan iş sağlığı ile ilgili hükümler Hıfzısıhha Kanununun 173–180 maddelerinde yer almaktadır. Çocuk ve kadın işçilerin korunmasından, işyeri hekimi bulundurulmasına, büyük işyerlerinde revir ve hastane açılmasına ait pek çok kurallar konulmuştur.

1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun iş güvenliği ve iş sağlığı ile ilgili maddeleri aşağıdaki gibidir;

Madde 173. On iki yaşından aşağı bütün çocukların fabrika ve imalâthane gibi her türlü sanat müesseseleriyle maden işlerinde amele ve çırak olarak istihdamı memnudur. On iki yaş ile on altı arasında bulunan kız ve erkek çocuklar günde azami sekiz saatten fazla çalıştırılmaz.

Madde 174. On iki yaş ile on altı yaş arasında bulunan çocukların saat yirmiden sonra gece çalışmaları memnudur.

Madde 175. Bütün amele için gece hizmetleriyle yeraltında icrazı lazım gelen işler 24 saatte sekiz saatten fazla devam edemez.

Madde 176. Mahalli belediyelerince bar, kabare, dans salonları, kahve, gazino ve hamamlarda on sekiz yaşından aşağı çocukların istihdamı men olunur.

Madde 177. Gebe kadınlar doğumlarından evvel üç ay zarfında çocuğunun ve

¹⁰⁹ Devabakan. a.g.k, s. 88-89

¹¹⁰ http://osha.europa.eu/fop/turkey/tr/news/local_news/isyeri-saglik-ve-guvenlik-birimleri-yonetmeliği-yayımlandı (23.12.09)

kendisinin sıhhatine zarar veren ağır hizmetlerde kullanılamaz. Doğurduktan sonra 155 inci maddede tayin edilen muayyen müddet istirahatını mütakıp işe başlayan emzikli kadınlara ilk altı ay zarfında çocuğunu emzirmek üzere mesai zamanlarında yarımşar saatlik iki fasıla verilir.

Madde 178. Her nevi sanat müesseseleri ve maden ocakları ve inşaat yerleri dahilinde veya yakınında ispirtolu meşrubat satışı veya umumi evler açılması memnudur.

Madde 179. Aşağıdaki mevaddı ihtiva eylemek üzere işçilerin sıhhatini korumak için iktisat ve Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletleri tarafından müsteken bir nizamname yapılır.

Madde 180. Devamlı olarak en az elli işçi çalıştıran bütün iş sahipleri, işçilerinin sıhhi ahvaline bakmak üzere, bir veya mütaaddit tabibin sıhhi murakabesini temine ve hastalarını tedaviye mecburdur. Büyük müessesatta veya kaza ihtimali çok olan işlerde tabip daimi olarak iş mahallerinde yahut civarında bulunur. Hastanesi olmayan mahallerde veya şehirler ve kasabalar haricinde bulunan yerlerdeki iş müesseseleri bir hasta odası ve ilk yardım vasıtalarını ihzar ederler. Yüzden beş yüze kadar daimi amelesi olan müesseseler bir revir mahalli ve beş yüzden yukarı amelesi olanlar yüz kişiye bir yatak hesabıyla hastane açmağa mecburdurlar.¹¹¹

3.3.7. 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ve 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu

Devletin insan sağlığını kapsayan sigorta hizmetleri: Sosyal sigortalar kanunu (506 sayılı eski kanun) ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510 sayılı yeni kanun) ile belirlenmiştir.

506 Sayılı SSK'na göre, verilecek olan sağlık hizmetleri ile ilgili maddeler şunlardır:

Madde 1. İş kazalarıyla meslek hastalıkları, hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde bu kanunda yazılı şartlarla sosyal sigorta yardımları sağlanır.

Madde 124. Kurum, sigortalıların sağlık durumlarını kontrol amacıyla, koruyucu hekimlik bakımından gerekli her türlü koruyucu tedbiri alabilir. 506 Sayılı SSK'na göre, sigortanın devreye girdiği dönem, hastalık veya sakatlığın başladığı

¹¹¹ Akkaya, a.g.k., s.84

dönemdir (Madde 1). Sigortalının sağlığı, ancak koruyucu hekimlik hizmeti olarak ele alınabilir (Madde 124). İşletmelerde, çalışanın sağlığının korunması ve geliştirilmesi görevi İş Sağlığı Yönetim Sistemine, başka deyişle işverene yüklenmiştir.

506 Sayılı SSK'na göre prim karşılığı verilmesi gereken hizmetler, Devlet tarafından sigortalı hastalandığında bir yardım mantığıyla yapılmakta olduğundan Birincil Sağlık Hizmetleri, yasalarda ve sistemlerde yeteri kadar vurgulanmamaktadır. Klinik hizmetlerinin SSK hastanelerinde verilmesinden vazgeçilip hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredildikten sonra, yeni bir yasa gereksinmesi duyulmuş ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası yasası çıkarılmıştır.

Yasa çıkarılırken Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın resmi sitesinde aşağıda belirtilen bazı gerekçeler ve uygulamalar ifade edilmiştir:

- Çalışanların primleri işverenleri tarafından, işveren olanların veya zengin olanların primleri kendileri tarafından, yoksul olanların primleri işe devlet tarafından yatırılmak suretiyle tüm vatandaşlarımız sağlık sigortası güvencesine kavuşacaktır.

- Genel sağlık sigortası kapsamında verilecek sağlık hizmetleri ile ödenen prim miktarı arasında bir ilişki olmayacaktır. Özel sigortacılıktan farklı olarak, bir risk hesabı yapılmayacaktır.

- Genel sağlık sigortasında sağlık hizmetleri gerek kamu gerekse özel sektör hastaneleri, laboratuvarları ve tetkik merkezlerinden, aile hekimleri ve birinci basamak olarak tanımlanmış polikliniklerden hizmet alınmak suretiyle sağlanacaktır.

- Sigortalılar, sözleşme imzalayan sağlık hizmeti sunucularından hiçbir bedel ödemeksizin faydalanabileceklerdir. Tasarı ile kamu ve özel ayrımı olmadan, sektörün tamamında rekabet şartlarına dayanan daha kaliteli sağlık hizmet üretilmesi teşvik edilecektir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanımıyla hastanelerde yığılmaların azalacağı, vatandaşlarımızın sağlık hizmetine daha rahat erişerek, daha etkin bir sağlık hizmeti alabileceği düşünülmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, 5510 sayılı yasada, "kişilerin hastalıktan korunması veya sağlıklı olma halinin sürdürülmesi amacıyla, kişiye yönelik olarak finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri" (3.md) olarak tanımlanmaktadır. Bu sağlık hizmetlerinin kapsamı ise; genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş

kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla sağlık hizmetleri olarak belirtilmektedir (63.md).

Yasaya göre kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri yine bu kapsamda değerlendirilmektedir.¹¹²

Tablo 7: 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun Karşılaştırılması

506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu (Madde 11)	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (Madde 13-14)
<p>İş kazası aşağıdaki hal ve durumlardan birinde meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedence veya ruhça arızaya uğratan olaydır:</p> <p>a) sigortalının işyerinde bulunduğu sırada b) işveren tarafından yürütülmekte olan iş dolayısıyla c) sigortalının işveren tarafından görev ile başka bir yere gönderilmesi yüzünden asıl isini yapmaksızın geçen zamanlarda d) emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanda e) sigortalının işverence sağlanan bir taşıtla isin yapıldığı yere toplu olarak götürülüp getirilmeleri sırasında</p>	<p>İş kazası;</p> <p>a) sigortalının işyerinde bulunduğu sırada b) işveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle veya görevi nedeniyle, sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş veya çalışma konusu nedeniyle işyeri dışında, c) bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl isini yapmaksızın geçen zamanlarda d) emziren kadın sigortalının, çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda e) sigortalıların işverence sağlanan bir taşıtla isin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında, meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen özre uğratan olaydır</p>
Meslek Hastalıkları	
<p><i>Meslek hastalığı</i>, sigortalının çalıştırıldığı için niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya isin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleridir.</p>	<p><i>Meslek hastalığı</i>, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özrürlük halleridir.</p>

Kaynak; Akaya, a.g.k, s.89

3.3.8. İş Sağlığı ve Güvenliği Hükümlerine Aykırılık

4857 sayılı İş Kanunu'nda; İSG ile ilgili hükümlere aykırı davranışın cezaları 105. maddede, işin durdurulması veya İşyerinin Kapatılması ile ilgili yaptırım 78. maddede hükme bağlanmıştır. Aşağıda İSG hükümlerine aykırılığın hukuki sonuçları ile ilgili detaylara yer verilecektir.

¹¹² Akkaya, a.g.k, s.87

3.3.9.1. İdari Para Cezaları

4857 sayılı İş Kanununda İlgili Kanunun 78. maddesinin birinci fıkrasında belirtilen tüzük ve yönetmeliklerdeki hükümlere uymayan işveren veya işveren vekiline alınmayan her İSG önemi için Elli Milyon Türk Lirası para cezası verileceği hükme bağlanmıştır. İlgili maddede ayrıca alınmayan önlemler oranında izleyen her ay için de aynı miktar para cezasının uygulanacağı belirtilmiştir. Aşağıda 4857 sayılı İş Kanunu'na göre verilebilecek idari para cezaları aşağıdaki çizelgede gösterilmektedir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanun tasarısı taslağında İSG ile hükümlere aykırılık durumunda uygulanacak idari yatırımlar 35. ve 46. maddeler arasında düzenlenmiştir. Buna göre işyerini bildirme (35.md), genel İSG (36.md), risk değerlendirilmesine ilişkin (37.md), iş kazaları ve meslek hastalıklarına ilişkin kayıt/ bildirim (38.md), bilgilendirme ve katılım ile ilgili (md.39), eğitim ile ilgili (40.md), sağlık gözetimine ilişkin (41.md), risklere karşı özel olarak korumayla ilgili (42.md), İş sağlığı ve güvenliği çalışan temsilcisi ile ilgili (43.md), iş sağlığı ve güvenliği kuruluna ve işyerine izin ve belge almamaya ilişkin (44.md), işin durdurulması ve işyerinin kapatılmasına ilişkin (45.md), kanunda cezası özel olarak belirtilmemiş olan hükümlere (46.md) aykırılık durumunda 77 ile 8.000 YTL arasında değişen para cezalarının verileceği düzenlenmiştir. Söz konusu idari para cezaları gerekçesi belirtilmek suretiyle işyerinin bulunduğu bölge müdürlüğüne verilecek ve söz konusu idari para cezalarına dair kararlar 11.12.1959 ve 7201 sayılı Tebligat kanunu hükümlerine göre tebliğ edilecektir (48/1.md).¹¹³

Tablo 8'da idari para cezalarının hangi durumlarda ne kadar cezalandırıldığı ile ilgili maddeleri ayrıntılı vermektedir.

¹¹³ Devebakan, a.g.k., s.116-117

Tablo 8: İSG Hükümlerine Aykırılık ve Cezaları

İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Hükümlere Aykırı Davranış	4857 İş Kanunu Maddesi	İdari Para Cezası
4857 sayılı İş Kanununun 78. maddesinin birinci fıkrasında belirtilen tüzük ve yönetmeliklerdeki hükümlere uymama. Alınmayan önlemler oranında izleyen her ay için aynı miktar para cezası uygulanır.	105	50
4857 Sayılı İş Kanununun 77. maddesi hükmüne aykırı hareket etmek: İş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için gerekli her türlü önlemi almamak, araç ve gereçleri noksansız bulundurmamak, İSG önlemlerine uyulup uyulmadığını denetlememek, işçileri karşı karşıya buldukları mesleki riskler, alınması gerekli tedbirler, yasal hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirmemek ve gerekli İSG eğitimini vermemek, meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazı ile ilgili bölge müdürlüğüne bildirmemek.	105	500
4857 Sayılı İş Kanununun 78. maddesinin ikinci fıkrasına aykırı olarak; kurma izni ve işletme belgesi almadan bir işyeri açmak.	105	500
4857 Sayılı İş Kanununun 79. maddesi hükmüne aykırı olarak faaliyeti durdurulan işi izin almadan devam ettiren, kapatılan işyerlerini izinsiz açan faaliyeti durdurulan işi izin almadan devam ettirmek.	105	500
4857 Sayılı İş Kanununun 80. maddesinde öngörülen İSG kurullarının kurulması ve çalıştırılması ile ilgili hükümlere aykırı davranan; İSG kurullarınca alınan kararları uygulamamak.	105	500
4857 Sayılı İş Kanununun 81. maddesine aykırı olarak işyeri hekimi çalıştırma ve işyeri sağlık birimi oluşturma yükümlülüğünü yerine getirmemek.	105	500
4857 Sayılı İş Kanununun 82. maddesine aykırı olarak iş güvenliği ile görevli mühendis veya teknik eleman görevlendirme yükümlülüğünü yerine getirmemek	105	500
4857 Sayılı İş Kanununun 85. maddesine aykırı olarak ağır ve tehlikeli işlerde on altı yaşından küçükleri çalıştırmak veya aynı maddede belirtilen yönetmelikte gösterilen yaş kayıtlarına aykırı işçi çalıştırmak.	105	500
4857 Sayılı İş Kanununun 86. maddesi uyarınca işçilere doktor raporu almamak.	105	Her işçi için 100 TL
4857 Sayılı İş Kanununun 87. maddesi gereğince çocuklara doktor raporu almamak.	105	Her Çocuk İçin 100 TL
4857 Sayılı İş Kanununun 88 inci ve 89 uncu maddelerinde öngörülen yönetmeliklerde gösterilen şartlara ve usullere uymamak.	105	500 TL
4857 Sayılı İş Kanununun 92. maddesinin ikinci fıkrasındaki yükümlülüklerini yerine getirmemek (İşverenlerin iş müfettişlerinin İş Kanunundan doğan görevlerini yapmasına engel olması, işverenin iş müfettişleri tarafından çağırıldıklarında gitmemesi, ifade ve bilgi vermemesi veya istediği yeri gezdirmemesi vb.)	107	5000 TL
4857 Sayılı İş Kanununun 96. maddesi yasaklara uymamak (işverenin, bilgilerine başvuru işçilere doğrudan veya dolayısıyla telkinlerde bulunmaları, işçileri gerçeği saklamaya veya değiştirmeye sevk edilmesi ya da zorlanmaları, işçilerin ilgili makamlara başvurması durumunda kötü muamele bulunulması vb. Aynı zamanda işçilerin de çalıştıkları veya ayrıldıkları işyerleriyle işverenleri hakkında gerçeğe uygun olmayan haberler vererek gereksiz işlemlerle uğraştırılmaları veya işverenleri haksız yere kötü duruma düşürmeye kalkışmaları ve iş müfettişlerince kendilerinden sorulan hususlar için doğru olmayan cevaplar vererek denetim ve teftişin yapılmasını güçleştirmek veya yanlış bir sonuca vardırarak gibi kötü niyetli davranışlarda bulunmaları).	107	5000 TL

Kaynak. Devebakan.a.g.k., s. 94-96

3.3.8.2. İş Yerinin Kapatılması veya Durdurulması

İşyerinde işin durdurulması ve işyerinin kapatılması, işverenin İSG mevzuatının kendisine yüklediği yükümlülükleri yerine getirmemesinin hukuki sonuçlarından biridir. 4857 sayılı İş Kanununun 79. maddesinde, “Bir işyerinin tesis ve tertiplerinde, çalışma yöntem ve şekillerinde, makine ve cihazlarında işçilerin yaşamı için tehlikeli olan bir husus tespit edilirse, bu tehlike giderilinceye kadar işyerlerini İSG bakımından denetlemeye yetkili iki müfettiş, bir işçi ve bir işveren temsilcisi ile Bölge Müdüründen oluşan beş kişilik bir komisyon kararıyla, tehlikenin niteliğine göre iş tamamen veya kısmen durdurulur veya işyeri kapatılır” denmektedir. Buna göre işyerinde işçilerin yaşamı açısından bir tehlikenin oluşması durumunda tehlike giderilinceye kadar komisyon kararıyla, tehlikenin niteliğine göre iş tamamen veya kısmen durdurulur veya işyeri kapatılır.¹¹⁴

3.3.9. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanun Tasarısı

Türk çalışma yaşamı ve ulusal mevzuatımızdaki düzenlemelere bakıldığında İSG'nin tüm gelişmelere rağmen istenilen düzeyde olmadığı anlaşılmaktadır. Konu ile ilgili eksiklikler hükümet tarafından da anlaşılmış olduğundan, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı konu ile ilgili tıkanıklığı gidermek için bir İSG Kanunu hazırlama süreci başlatmıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın, “çalışanların sağlık ve güvenliklerinin korunması, mesleki risklerin önlenmesi, risk ve kaza faktörlerinin ortadan kaldırılması ile işyerlerinde sağlık ve güvenlik şartlarının sürekli olarak iyileştirilmesi için alınacak önlemleri ve bu konulardaki görev, yetki, yükümlülük ve sorumlulukları düzenlemek (1.md)” için İş Sağlığı ve Güvenliği Kanun Tasarısı Taslağı hazırladığı ve söz konusu taslağı tarafların görüşlerine sunduğu görülmektedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına göre İSG kanun tasarısı taslağı Sosyal Güvenlik reformu ile sağlanmaya çalışılan tek çatı yaklaşımı ile uyum sağlamaktadır. Bakanlık, iş kazası ve meslek hastalıkları ilgili konularda ise, 2008 yılında yürürlüğe girecek olan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile tam uyumun sağlanacağı düşüncesindedir.¹¹⁵

¹¹⁴ Devebakan.a.g.k.,s.94-96

¹¹⁵ Devebakan.a.g.k., s.108

İSG alanının büyük bir karmaşaya sürüklenmesinin temel nedeni; Bakanlığın düşünmeksizin hazırladığı yönetmelikler ile bunlara ilişkin Danıştay'ın verdiği iptal veya yürütmeyi durdurma kararlarıdır. İş Sağlığı ve Güvenliği tüzüğü'nün yürürlükte olup olmadığına dair tereddüt, bakanlığın teftişini nasıl yapacağını bilmemesi, işverenin de İSG konusunda nasıl önlem alacağını bilmemesi; İSG alanının boşlukta olduğuna işarettir.

Kanun tasarısı taslağında, Kanun hükümlerinin endüstriyel, tarımsal, ticari, idari, eğitsel, kültürel ve benzeri faaliyetlerin yapıldığı, resmi ve özel sektöre ait bütün işyerlerine ve işlere faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanacağı düzenlenmiştir (2.md). Bu yönü ile Kanunun tasarısı taslağının kapsamını belirleyen 2. maddesi “herkesi kapsamına alan tek bir kanun çalışması” olarak adlandırmakta ve söz konusu çalışmanın da Kanun taslağının en belirgin özelliği olduğunu ve bu yöntemle İSG alanında norm birliğine gidildiğini ifade edilmektedir.

Taslağın 5. maddesinde “İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili olarak; ihtiyaç, öncelik, politika ve stratejiler için öneriler geliştirmek, tavsiyelerde bulunmak üzere Bakanlık, sosyal taraflar, ilgili kamu kurumları, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları, ilgili diğer kurum ve kuruluş temsilcilerini bir araya getirmek üzere “Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi” kurulacağı düzenlenmiştir.

Kanun tasarısı taslağı incelendiğinde; işverenin çalışanların sağlığını koruma ve güvenliğini sağlamaya yönelik genel yükümlülükler ve bu konudaki genel prensiplerin “genel hükümler” başlıklı 6., “işverenin genel yükümlülüğü” başlıklı 7., “İSG önlemlerinin Alınmasında Genel Prensipler” başlıklı 8. ve “İşin Özelliğine Göre Uyulması Gereken Sağlık ve Güvenlik Prensipleri” başlıklı 9. maddelerinde düzenlendiği görülmektedir. Kanun tasarısı taslağının 6. maddesinde; işverenin, işle ilgili her konuda çalışanların sağlık ve güvenliğini korumakla yükümlü olduğu, İSG konusunda, bu kanunun 11. maddesinin ikinci fıkrasına göre, işyeri dışındaki uzman kişi veya kuruluşlardan hizmet alması bu konudaki işveren sorumluluğunu ortadan kaldıramayacağı ve çalışanların İSG konusundaki yükümlülüklerinin, işverenin sorumluluğu ilkesini etkilemeyeceği düzenlenmiştir.

Kanun tasarısı taslağının 7. maddesinde, işverenin, çalışanların sağlığını ve güvenliğini korumak için mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dahil gerekli her türlü önlemin alınması, organizasyonun yapılması, araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik önlemlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun sürekli olarak iyileştirilmesi amacıyla yönelik çalışmalar

yapmakla ve işyerinde alınan İSG önlemlerine uyulup uyulmadığını denetlemekle yükümlü olduğu düzenlenmiştir. Aynı maddede İş sağlığı ve güvenliği ile iş hijyeni konusunda alınacak önlemlerin hiç bir şekilde çalışanlara mali yük getirmeyeceği de düzenlenmiştir.

Kanun tasarısı taslağının 8. maddesinde “İş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin alınmasında genel prensipler” aşağıda sıralanmıştır.

- Risklerin önlenmesi,
- Önlenmesi mümkün olmayan risklerin analiz edilmesi,
- Risklerle kaynağında mücadele edilmesi,
- Özellikle monoton ve önceden belirlenmiş iş hızında çalışmayı ve bunların sağlık üzerine olumsuz etkilerini en aza indirecek şekilde işyerinin tasarımı, iş ekipmanları, çalışma şekli ve üretim metotlarının seçimi gibi hususlara özen gösterilerek işin çalışanlara uyumlu hale getirilmesi,
- Teknik gelişmelere uyum sağlanması
- Tehlikeli olanların, tehlikesiz veya daha az tehlikeli olanlarla değiştirilmesi,
- Teknolojinin, iş organizasyonunun, çalışma şartlarının, sosyal ilişkilerin ve çalışma ortamı ile ilgili faktörlerin etkilerini kapsayan genel bir önleme politikasının geliştirilmesi,
- Toplu korunma önlemlerine, kişisel korunma önlemlerine göre öncelik verilmesi,
- Çalışanlara uygun talimatların verilmesi, prensiplerine uymakla yükümlü olduğu düzenlenmiştir;

İşverenin işin özelliğine göre uyulması gereken sağlık ve güvenlik prensipleri Kanun tasarısı taslağının 9. maddesinde düzenlenmiştir. Bu göre işveren, işyerinde yapılan işlerin özelliklerini dikkate alarak;

- Kullanılacak iş ekipmanının, kimyasal madde ve preparatların seçimi, işyerinin tertip ve düzeni gibi konular da dahil çalışanların sağlık ve güvenliği yönünden tüm riskleri değerlendirecektir. Bu değerlendirme sonucuna göre, alınan önleyici tedbirler ile seçilen çalışma şekli ve üretim yöntemlerinin, çalışanların sağlık ve güvenlik yönünden korunma düzeyini yükseltmesi ve işyerinin idari yapılanmasının her kademesinde uygulanabilir olmasını sağlayacaktır.

- Çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden uygunluğunu göz önüne alarak görev verecektir.

- Yeni teknolojilerin planlanması ve uygulanmasında, seçilecek iş ekipmanının, çalışma ortam ve koşullarının çalışanların sağlığı ve güvenliğine etkisi konusunda çalışanlar veya temsilcileri ile istişarede bulunacaktır.

- Hayati ve özel bir tehlike bulunan yerlere yeterli bilgi ve talimat verilenler dışındaki çalışanların girmemesi için gerekli önlemleri alacaktır.

Kanun Tasarısı Taslağının Risk Değerlendirmesi başlıklı *13. maddesinde* işverenin, işyerinde özel risklerden etkilenebilecek çalışanların durumunu da kapsayacak şekilde, sağlık ve güvenlik yönünden, risk değerlendirmesi yapmakla yükümlü olduğu, işverenin, risk değerlendirmesinin sonucuna göre alınması gereken koruyucu önlemlere ve kullanılması gereken koruyucu ekipmana karar vereceği düzenlenmiş ve konu ile ilgili usul ve esasların Bakanlıkça çıkarılacak bir yönetmelikle düzenleneceğinden söz edilmiştir.

İSG Kanunu Tasarısı Taslağının *14. maddesinde* işverene işyerinde meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıklarının kaydını tutmak ve bunlarla ilgili rapor hazırlamak yükümlülüğü düzenlenmiştir. İlgili maddenin b fıkrasında işverenin, meslek hastalıklarını ve üç günden fazla işgünü kaybı ile sonuçlanan iş kazalarını, 31.5.2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda yer alan usul ve esaslara göre üç işgünü içinde işyerinin bağlı bulunduğu Bölge Müdürlüğüne bildirmekle yükümlü olduğu düzenlenmiştir.

Taslağın *23. maddesinde* en az on çalışanın bulunduğu işyerinde işveren, sağlık ve güvenlikle ilgili çalışmalara katılma, çalışmalarını izleme, önlem alınmasını isteme, önerilerde bulunma ve benzeri konularda çalışanları temsil etmeye yetkili, bir veya daha fazla kişinin, İSG çalışan temsilcisi olarak görev yapmasını sağlar düzenlemesine yer verilmiştir. İlgili maddede çalışan sayısına ve işin niteliğine bağlı olarak işyerinde bulunacak İSG çalışan temsilcilerinin sayısı, görevlendirilmesi ya da seçimi, nitelikleri, görev süreleri, görev ve yetki ile ilgili usul ve esasları Bakanlıkça çıkarılacak bir yönetmelikle düzenleneceği belirtilmiştir

Taslağın *24. maddesinde* en az elli çalışanın istihdam edildiği ve altı aydan fazla sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde, her işverenin İş sağlığı ve güvenliği kurulu kurma yükümü düzenlenmiştir. İlgili maddede işverenlerin İSG kurullarınca İSG mevzuatına uygun olarak verilen kararları uygulamakla yükümlü oldukları belirtilmiş ve ilgili kurulların oluşumu, çalışma yöntemleri, ödev, yetki ve yükümlülüklerinin Bakanlıkça hazırlanacak bir yönetmelikte düzenleneceği tasarlanmıştır.

Taslağın “çalışanları bilgilendirilmesi” başlıklı *15. maddesinde* işverenin çalışanları bilgilendirme yükümüne, Çalışanların Görüşlerinin Alınması ve Katılımlarının Sağlanması başlıklı *16. maddesinde* de işverenin, İSG konularında çalışanların veya temsilcilerinin görüşlerini alması, bunlara öneri getirme hakkı tanınması, bu konulardaki görüşmelerde yer almalarını ve katılımlarını sağlaması yükümlülüğü düzenlenmiştir.

Kanun tasarısı taslağında işverenin eğitim verme yükümlülüğü, hali hazırda yürürlükte bulunan “Çalışanları İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine benzer şekilde taslağın Çalışanların Eğitimi başlıklı *17. maddesinde* düzenlenmiştir. Buna göre her işveren, her çalışanın çalıştığı yere ve yaptığı işe özel bilgi ve talimatları da içeren sağlık ve güvenlik eğitimi almasını sağlamak zorundadır. Taslakta ilgili eğitimlerin işe başlamadan önce, çalışma yeri veya iş değişikliğinde, iş ekipmanlarının değişmesi halinde ve yeni teknoloji uygulanması halinde yapılacağı düzenlenmiştir.

Taslağın *18. maddesinde* İSG konusunda çalışanların yükümlülükleri düzenlenmiştir. Buna göre çalışanlar, davranış ve kusurlarından dolayı, kendilerinin ve diğer kişilerin sağlık ve güvenliğinin olumsuz etkilenmemesi için azami dikkati göstermek ve görevlerini, işveren tarafından kendilerine verilen eğitim ve talimatlar doğrultusunda yapmakla sorumlu tutulmaktadır. İlgili maddenin 2. fıkrasına göre çalışanlar ayrıca;

- Makine, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde, taşıma ekipmanı ve diğer üretim araçlarını doğru şekilde kullanmakla,
- Kendilerine sağlanan kişisel koruyucu donanımı doğru kullanmak ve kullanımdan sonra muhafaza edildiği yere geri koymakla,
- İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tesis ve binalardaki güvenlik donanımlarını kurallara uygun olarak kullanmak ve bunları keyfi olarak çıkarmamak ve değiştirmemekle,
- İşyerinde sağlık ve güvenlik için ciddi ve ani bir tehlike ile karşılaştıklarında veya koruma tedbirlerinde bir aksaklık ve eksiklik gördüklerinde, işverene veya İSG çalışan temsilcisine derhal haber vermekle,
- İşyerinde, sağlık ve güvenliğin korunması için teftişe yetkili makam tarafından belirlenen zorunlulukların yerine getirilmesinde, işverenle veya İSG çalışan temsilcisi ile işbirliği yapmakla, İşveren tarafından güvenli çalışma ortam ve

koşullarının sağlanması ve kendi yaptıkları işlerde sağlık ve güvenlik yönünden risklerin önlenmesinde, işveren veya İSG çalışan temsilcisi ile mevzuat uygulamaları doğrultusunda işbirliği yapmakla yükümlü tutulmuştur.

Taslakta sağlık gözetimi kapsamında çalışanların işe girişlerinde sağlık muayeneleri yapılarak, işe uygun olduklarını belirten sağlık raporu alınmasının zorunlu olacağı (20/1.md), işin devamı süresince kontrol muayenelerinin düzenli aralıklarla yapılacağı (20/2.md) ve anılan konulara ilişkin usul ve esasların Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Bakanlık tarafından çıkarılacak bir yönetmelikle düzenleneceği ifade edilmiştir (20/3.md).

Kanun tasarısı taslağının “İşin durdurulması veya işyerinin kapatılması” ile ilgili 27. maddesinde işyeri bina ve eklentilerinde, çalışma yöntem ve şekillerinde, iş ekipmanlarında çalışanların yaşamı için tehlikeli olan bir husus tespit edildiğinde, bu tehlike giderilinceye kadar komisyon kararıyla, tehlikenin niteliğine göre işin tamamen veya kısmen durdurulacağı veya kapatılacağı düzenlenmiştir (27/1.md).

Kanun tasarısı taslağında İSG ile hükümlere aykırılık durumunda uygulanacak idari yatırımlar 35. ve 46. maddeler arasında düzenlenmiştir.¹¹⁶

İSG Kanun taslağı tasarısına yapılan en önemli eleştirilerden birisi; söz konusu kanun tasarısı taslağının görevlerini yönetmeliklere devrettiği eleştirisidir. Ekmekçi kanun tasarısı taslağının hiçbir somut hüküm içermeden konuları yönetmeliklere bıraktığını ifade etmektedir.¹¹⁷ Centel’de bakanlığın İSG ile ilgili yasa çıkarma yerine, ortaya çıkan yargı kararları doğrultusunda gerekli tüzük ve yönetmeliklerde değişikliğe gitmesinin sorunların daha kısa sürede ve doğru biçimde çözmeye yardımcı olacağını düşünmektedir.¹¹⁸

Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği de (TMMOB), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü’ne “İş Sağlığı ve İş Güvenliği Yasa Tasarısı Taslağı” hakkında görüşlerini göndermiştir. TMMOB, iş güvenliği alanının uzmanlık gerektirdiğini ve alanın mühendislik düzeyinde ele alınmasının zorunlu olduğunu ifade ederek, İSG kanun tasarısı taslağının;

• Somut ve etkin kurallar yerine, soyut ve doğrudan uygulama gücü bulunmayan hükümler içermesi,

¹¹⁶ Devedbakan, a.g.k., s.107-117

¹¹⁷ Ekmekçi, Ö. “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Tasarısı Taslağı’nın Değerlendirilmesi”, MESS-Sicil Dergisi, Yıl:2; Sayı:5; Mart 2007, s.19.

¹¹⁸ Centel, T. “2007 Yılı Baharında Türk Çalışma Yaşamını Bekleyen Gelişmeler”, MESS- Sicil Dergisi, Sayı:5, Yıl:2, 2007; s.7.

- Risklerin ve mesleki riskler konusunda standartları belirlememesi,
- İşçi ve işveren kesimlerinin bilgilenmesine ve bilgilendirilmesine yönelik koruyucu hükümler ihtiva etmemesi ve
- Uygulamayı sınırları belirsiz yönetmelikler bırakan bir düzenleme niteliği taşıması, gerekçeleri ile tekrar ele alınması gerektiğini ifade etmiştir.

Çalışmamızın buradan sonraki kısmında ülkemizde tüm eksikliklerine rağmen yine de bir sistem olduğu kabul edilebilecek Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği Sistemine yer verilecektir. Bu kapsamında ülkemizde İSG’nin ulusal düzeyde örgütlenmesi ile ülkemizde İSG konusunda faaliyet gösteren kurum ve kuruluşlar konularına sırasıyla değinilecektir.¹¹⁹

3.4. Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği Sistemine İlişkin Faaliyet Gösteren Kuruluşlar

Ülkemizde Avrupa birliği adaylık sürecinde, İSG alanında mevcut AB direktiflerinin uyumlulaştırılması ve Türk mevzuatına kazandırılması çalışmaları hızla devam etmiş ve söz konusu çalışmalar büyük oranda tamamlanmıştır. Ülkemizde İSG düzeyinin iyileştirilmesi ve yeni düzenlemelerin sahada başarı ve gönüllülükle uygulanması için sosyal tarafların katkı ve desteği büyük önem taşımaktadır.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında; İSG önlemlerinin geliştirilerek İSG’ne ilişkin ölçüm, meslek hastalıklarının ortaya çıkartılması, işyeri hekimliği, danışmanlık, eğitim hizmetleri, meslek hastalıkları hastaneleri, denetim vb. hizmetlerin yeniden yapılandırılarak geliştirilmesi amaç ve politika olarak yer almaktadır. Belirlenen amaca ulaşmak için gerekli hukuki ve kurumsal düzenleme olarak ise İSG mevzuatının, AB ve ILO normları dikkate alınarak yenilenmesi ve sosyal tarafların da yer alacağı “İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi”nin oluşturulması öngörülmektedir. Nitekim ülkemizde İSG konusunda öncelik, ihtiyaç, politika ve strateji belirleyerek, uygulama ve yürütme organları için tavsiye niteliğinde kararlar alacak “İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi”, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın 22.02.2005 tarih ve 755 sayılı onayı ile kurulmuştur. Söz konusu Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi’nin örgütlenme şekli Şekil 7’de şematik olarak gösterilmiştir;

¹¹⁹ Devebakan, a.g.k., s.107-117

Şekil 7: Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi



Kaynak; Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. T.C. Ulusal İş Sağlığı Ve Güvenliği Politika Belgesi (2006–2008), s.4

3.4.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü

Denetim hizmetlerinin bir başka birimde örgütlenmesi nedeniyle Genel Müdürlük, 1983 tarihinde Daire Başkanlığına dönüştürülmüştür. Böylesine önemli bir alanda verilen hizmetin niteliğinin yükseltilmesi ve etkinliğinin artırılması amacıyla İşçi Sağlığı Daire Başkanlığı, 04.10.2000 tarih ve 24190 mükerrer sayılı Resmi Gazete'nin yayımlanan 618 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 20 inci maddesi ile İş Sağlığı Ve Güvenliği Genel Müdürlüğü olarak yeniden teşkilatlandırılmış ve yeni görevlerle güçlendirilmiştir.

İş sağlığı ve güvenliği genel müdürlüğüünün görevler; (3146 sayılı kuruluş kanunu)

- İş sağlığı ve güvenliği konularında, mevzuatın uygulanmasını sağlamak ve mevzuat çalışması yapmak,
- Ulusal politikaları belirlemek ve bu politikalar çerçevesinde programlar hazırlamak,

- Ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği ve koordinasyonu sağlamak,

- Etkin denetim sağlamak amacıyla gerekli önerilerde bulunmak ve sonuçlarını izlemek,

- Standart çalışmaları yapmak, normlar hazırlamak ve geliştirmek, ölçüm değerlendirme, teknik kontrol, eğitim, danışmanlık, uzmanlık ve bunları yapan kişi ve kuruluşları inceleyerek değerlendirmek ve yetki vermek,

- Kişisel koruyucuların ve makine koruyucularının imalatını yapacak kişi ve kuruluşlara yetki vermek, ithal edilecek kişisel koruyucuların ve makine koruyucularının standartlara uygunluğunu ve bu hususlarda usul ve esasları belirlemek,

- İş sağlığı ve güvenliği ile iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi konularında inceleme ve araştırma çalışmalarını planlayıp programlamak ve uygulanmasını sağlamak,

- Faaliyet konuları ile ilgili yayım ve dokümantasyon çalışmaları yapmak ve istatistikleri düzenlemek,

- Mesleki eğitim görenler, rehabilite edilenler, özel risk grupları ve kamu hizmetlerinde çalışanlar da dahil olmak üzere tüm çalışanların iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı korunmaları amacıyla gerekli çalışmaları yaparak tedbirlerin alınmasını sağlamak,

- İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi ve Bölge Laboratuvarlarının çalışmalarını düzenlemek, yönetmek ve denetlemek

- Bakanlıkça verilecek benzeri görevleri yapmak

İş Sağlığı Ve Güvenliği Merkezi Müdürlüğü (İSGÜM) ise, Türk Hükümeti ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) arasında yapılan anlaşmayla Uluslararası Çalışma Koşullarını ve Çevresini İyileştirme Programı (PIACT) çerçevesinde, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğünün alt birimi olarak 1968 yılında kurulmuştur. AB tarafından desteklenen Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliğinin Geliştirilmesi (İSAG) Projesi (2004–2006) ile sanayi yoğunluğu dikkate alınarak Kocaeli Üniversitesinin de katkılarıyla İSGÜM Kocaeli Bölge Laboratuvarı kurulmuştur.

İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi Müdürlüğü (İSGÜM) görevleri ise;

- İş sağlığı ve güvenliği alanında saha ve laboratuvar araştırması yapmak ve

öneriler geliştirmek,

- İş sağlığı ve güvenliği alanında standart ve normlar geliştirmek,
- KOBİ'lere destek olmak,
- Değişik hedef kitleler için iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri planlamak,
- İSG alanında yayın ve dokümantasyon yapmak.

İSGÜM bu temel amaçlarına ulaşmak üzere;

- İSG alanında ölçüm ve analiz hizmetleri verir,
- Ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapar,
- Gereken durumlarda İSG eğitimi ve danışmanlık hizmeti verir,
- İSG konularında istatistikler hazırlar.¹²⁰

3.4.2. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Çalışma Bakanlığının kuruluşu İş Kanunu'nun kabulünden sonra olmuştur. İş Kanunu'nun 142.maddesi uyarınca İktisat Bakanlığı bünyesinde kurulmuş olan İş Dairesi, daha sonra kurulacak olan Çalışma Bakanlığı'nın çekirdeğini oluşturmuştur.¹²¹ 3146 sayılı Kanun'un amaç başlıklı birinci maddesinde Bakanlığı kuruluş amaçı "çalışma hayatını, işçi işveren ilişkilerini düzenlemek, denetlemek ve sosyal güvenlik imkanını sağlamak, bu imkanı yaygınlaştırmak ve geliştirmek, yurt dışında çalışan işçilerin hak ve menfaatlerini korumak ve geliştirmek" olarak tanımlanmıştır.¹²²

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Görevleri;

- Çalışma yaşamını düzenleyici, işçi işveren ilişkilerinde çalışma barışının sağlanmasını kolaylaştırıcı ve koruyucu önlemler almak,
- İş yaşamındaki mevcut ve olası sorunları ve çözüm yollarını araştırmak,
- Ekonominin gerektirdiği insan gücünü sağlamak için gerekli önlemleri araştırmak ve uygulamasının sağlanmasına yardımcı olmak,
- İstihdamı ve tam çalışmayı sağlayacak, çalışanların yaşam düzeyini yükseltecek önlemleri almak,
- İşçi sağlığı ve iş güvenliğini sağlayıcı önlemlerin alınmasını sağlamak,
- Çalışma yaşamını denetlemek,
- Sosyal adalet ve sosyal refahın gerçekteşmesi için gerekli önlemleri almak,

¹²⁰ <http://www.isggm.gov.tr> (12.05.09)

¹²¹ Bilir, a.g.k., s. 18-19

¹²² Kırmızı, a.g.k., s. 44

- Çeşitli fizyolojik, ekonomik ve sosyal risklere karşı sosyal sigorta hizmetlerini uygulamak,
- Sosyal güvenlik olanağını sağlamak, yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi için gerekli tedbirleri almak,
- Yabancı ülkelerde çalışan Türk işçilerin çalışma yaşamı ve sosyal güvenlikle ilgili sorunlarına çözüm yolları aramak, hak ve çıkarlarını korumak ve geliştirmek,
- Çalışma yaşamını geliştirmek için çalışanları koruyucu ve çalışmayı destekleyici önlemleri almak,
- İş istatistiklerini derlemek ve yayınlamaktır.¹²³

3.4.3. İş Teftiş Kurulu

İş denetiminin ana amacı çalışanları korumak, çalışma yaşamı ile ilgili mevzuatın uygulanıp uygulanmadığını izlemek ve denetlemektir. İş denetiminin uluslararası dayanağını, 11.7.1947 tarihli ve 81 sayılı Sanayi ve Ticarette İş Denetimi Uluslar arası Çalışma Örgütü Sözleşmesi oluşturmaktadır. Türkiye, 13.12.1950 tarih ve 5690 sayılı yasayla bu sözleşmeyi onaylayarak yükümlülük altına girmiştir.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki 3146 sayılı Kanununun 13. maddesinde, İş Teftiş Kurulu Başkanlığı, danışma ve denetim birimleri içinde yer almıştır. Yasanın 15. maddesinde, *İş Teftiş Kurulu Başkanlığı'nun görevleri*, çalışma hayatı ile ilgili mevzuatın uygulanmasını denetlemek, iş denetimi ile ilgili mevzuat çalışması yapmak, istatistikleri tutmak, değerlendirmek ve yorumlamak, mevzuatta öngörülen işleri yapmaktır.

İş Teftiş Kurulu ve iş müfettişlerinin görev, yetki ve sorumlulukları ile çalışma yöntemlerin tüzükle düzenleneceği kuralı bulunmaktadır. Buna uygun olarak da; İş Teftiş Tüzüğü 28.8.1979 tarihinde, İş Teftiş Kurulu Yönetmeliği ise, 16.11.1991 tarihinde yürürlüğe konulmuştur.

4857 sayılı İş Yasasının 91. maddesi, iş yaşamı ile ilgili mevzuatın uygulanmasının devlet tarafından izlenip, denetleneceğini, bu ödevin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı ihtiyaca yetecek sayı ve özellikle teftiş ve denetlemeye yetkili İş Müfettişlerince yapılacağı belirtilmiştir.¹²⁴

¹²³ <http://www.csgb.gov.tr> (25.5.09)

¹²⁴ Devebakan, a.g.k., s.123

3.4.4. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi'nin (ÇASGEM) amacı; çalışma hayatı ve sosyal güvenlik konularında ulusal ve uluslar arası düzeyde eğitim, araştırma, inceleme, yayın, dokümantasyon ve danışmanlık faaliyetlerinde bulunmaktır.

ÇASGEM, Bakanlık, bağlı kuruluşlar ile bağlı kuruluşun ilgili kuruluşların personeli ile özel veya kamu sektöründe faaliyet gösteren işyerlerindeki işçi, işveren veya yönetici personelin eğitimlerini sağlamak amacıyla; çalışma hayatı, sosyal güvenlik, işçi işveren ilişkileri, İSG, toplam kalite yönetimi, iş teftişi, istihdam, verimlilik, iş piyasası etütleri, ergonomi, çevre, ilk yardım, iş istatistikleri ile işyeri hekimliği, işyeri hemşiresi ve sağlık memurları, İş Güvenliği ile Görevli Mühendis veya Teknik Elemanlara sertifika programları düzenleyen tek kamu kurumudur.

ÇASGEM'in diğer görevleri aşağıda sıralanmıştır;

- Bakanlık, bağlı kuruluşlar ile bağlı kuruluşun ilgili kuruluşlarının personeli ile özel veya kamu sektöründe faaliyet gösteren işyerlerindeki işçi, işveren veya yönetici personelin eğitimlerini sağlamak amacıyla: çalışma hayatı, sosyal güvenlik, işçi-işveren ilişkileri, İSG, işyeri hekimliği, toplam kalite yönetimi, iş teftişi, istihdam, verimlilik, iş piyasası etütleri, ergonomi, çevre, ilk yardım, iş istatistikleri ve benzeri konularda eğitim programları hazırlamak, seminerler düzenlemek ve bu konular ile ilgili araştırmalar yapmak,

- Çalışma ve Sosyal Güvenlik sorunları üzerine ulusal ve uluslar arası bölge seminerleri düzenlemek ve düzenlenen seminerlere katılmak, Çalışma ve Sosyal Güvenlik konularında araştırma ve incelemeler yapmak ve bu konularda gerekli bilgi ve belgeler toplamak

- İşyerlerinin çalışma konuları ve iş verimi ile ilgili sorunlarını, ilgililerin ve iş sahiplerinin olurlarını incelemek ve bu konularda önerilerde bulunmak.

- Türkçe ve yabancı dillerde amacına uygun derlemeler yapmak ve yayınlarda bulunmak

- Amacına uygun bir şekilde yerli ve yabancı yayın, dokümantasyon, filmler, fotoğraflar ve slaytlar temin ederek, bunlardan yeterince faydalanılmasını sağlamak.¹²⁵

¹²⁵ Devedbakan, a.g.k., s.125

3.4.5. Soysal Güvenlik Kurumu

SSK 1945 yılında İşçi Sigortaları İdaresi adı ile kurulmuştur. 1936 yılında kabul edilen ve 1937 yılında yürürlüğe girmiş olan İş Kanunu'nun 100.maddesi 1 yıl içinde İşçi Sigortaları İdaresi'nin kurulmasına işaret etmiştir, 4792 sayılı yasanın çıkması gecikmesiyle 1964 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile kurumun adı Sosyal Sigortalat Kurumu (SSK) olarak değiştirilmiştir.¹²⁶

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmuş ve Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı tek çatı olarak birleştirilmiştir. SGK, kamu tüzel kişiliğine haiz, idari ve mali açıdan özerk, 5502 sayılı Kanunda hüküm bulunmayan durumlarda özel hukuk hükümlerine tabi olarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ilgili kuruluşu olarak kurulmuştur

(5502/md.1). Kurumun amacı ve görevleri başlıklı 3. maddesine göre SGK'nun görevleri;

- Ulusal kalkınma strateji ve politikaları ile yıllık uygulama programlarını dikkate alarak sosyal güvenlik politikalarını uygulamak, bu politikaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmak.

- Hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişileri hak ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesini kolaylaştırmak.

- Sosyal güvenliğe ilişkin konularda; uluslararası gelişmeleri izlemek, Avrupa Birliği ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapmak, yabancı ülkelerle yapılacak sosyal güvenlik sözleşmelerine ilişkin gerekli çalışmaları yürütmek, usûlüne göre yürürlüğe konulmuş uluslar arası antlaşmaları uygulamak. Sosyal güvenlik alanında, kamu idareleri arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlamak olarak belirlenmiştir.

Müfettişler, sigorta denetmenleri ve kontrol memurları olarak önerilen denetim modelinde, sigorta denetmenleri hariç diğerlerinin Kanun ile yeniden düzenlendiğini ve böylece önerilen modelin büyük ölçüde gerçekleştiği düşünülmektedir. Böylece, özellikle iş kazası ve meslek hastalığı sigortası ile hastalık sigortası kapsamında işyerlerinde İSG önlemlerinin alınıp alınmadığını, bu önlemlerin yeterli olup olmadığını denetleyebilecektir.¹²⁷

¹²⁶ Bilir, a.g.k., s. 20

¹²⁷ Devebakan, a.g.k.,s. 126

3.4.6. Meslek Hastalıkları Hastanesi

SSK 1945 yılında iş kazaları ve meslek hastalığı primi toplayarak bu alanda sosyal güvenlik ihtiyacını karşılamıştır. Bu yıllarda, meslek hastalıkları ile ilgili var olan bilgi eksikliği ve kurumun bu alandaki işlevlerini yerine getirirken diğer devlet hastanelerinden yararlanamaması nedeniyle SSK 1949 yılında ilk hastanesi İstanbul Nişantaşı Meslek Hastalıkları Hastanesi kurmuştur.¹²⁸ Daha sonra 1972 yılında SSK Ulus Hastanesi içinde bir bölümün meslek hastalıklarına ayrılması şeklinde gelişmiştir. 1976 yılında SSK'nın İstanbul Eyüp Hastanesi'nde 30 yataklı ve Ankara Ulus Hastanesinin içinde de 30 yataklı meslek hastalıkları klinikleri oluşturulmuştur. Bir yıl sonra da 1977 yılında Ankara ve İstanbul'da Meslek Hastalıkları Hastanesi kurulmuştur.¹²⁹

Meslek hastalığı hastaneleri, meslek hastalıklarını erken teşhis ve tedavi etmek, meslek hastalığı maluliyet oranlarını hesaplamak, meslek hastalığına yakalananların ölüm nedenlerini araştırmak, periyodik muayeneleri yapmak, işyerlerinde inceleme, araştırma, tarama muayenelerini gerçekleştirmek, işyerlerinde koruyucu hekimlik hizmetlerinin alınmasına yardımcı olmak gibi görevleri vardır.

Türkiye'de SGK Meslek Hastalıkları Hastaneleri, Ankara, İstanbul ve Zonguldak illerinde olmak üzere üç tanedir. Türkiye'de; Sakarya, Bilecik, Çanakkale, Bursa, Edirne, İzmir, Kocaeli, Tekirdağ, Kırklareli ve Yalova İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi'nin; Zonguldak, Bartın ve Karabük, Zonguldak Meslek Hastalıkları Hastanesi'nin; dışındaki iller Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi'nin çalışma bölgesidir.¹³⁰

¹²⁸ <http://www.ankarameslekhastanesi.gov.tr> (25.05.09)

¹²⁹ Bilir, a.g.k., s. 22

¹³⁰ Akkaya, a.g.k, s.33

4. SAĞLIK KURULUŞLARINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

4.1. Sağlık Kuruluşlarının Tanımı, Özellikleri ve Sınıflandırılması

4.1.1. Sağlık Kuruluşlarının Tanımı

Sağlık en temel insan hakkıdır. Sağlığın ırk, din, dil, politik inanç ekonomik ve sosyal durum ayırımı getirilmeksizin doğuştan kazanılan temel bir hak olduğu uluslar arası bir belgede ilk kez 1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün anayasasında yer almıştır. Sağlığın bir hak olması ve yaş, cinsiyet, ekonomik durum gibi herhangi bir etmene bağlı olmaksızın kişiye sağlanması zorunluluğu hükümetlere önemli bir sorumluluk yüklemiştir ve bu sorumluluk 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde "tıbbi bakım alma hakkı" olarak tanımlanmıştır. Hükümetler, kendi halklarının sağlığından sorumludur.

İkinci dünya savaşının hemen ardından sağlığın bir hak olarak kabul edilmesi, hatta daha da ileri gidilerek sağlık hizmeti almanın bir hak olarak kabul edilmesi aslında rastlantısal değildir. Bir yandan savaşın yaşattığı acıları azaltmak zorunluluğu, diğer yandan iki kutuplu dünyada, sosyalist ilkelerin sağlık hizmetlerindeki başarısı merkez kapitalist ülkeleri sağlık hizmetleri ile ilgili kapsamlı önlemler almaya yöneltmiştir.¹³¹

Sağlık kuruluşları, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin bütünü anlamına gelmektedir.¹³² Diğer bir ifadeyle sağlık kuruluşları, insanların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla üretim faktörlerini uyumlu bir şekilde bir araya getirerek, ekonomik mal ve/veya hizmet üretmek ve/veya pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluşlar olarak tanımlanır. Hastaneleri, "kendisine başvuran hasta ve yaralılara (yatan hasta, ayaktan bakım hastaları ve acil hastalar) tanı ve tedavi, sürekli hemşirelik bakımı, yemek ve otelcilik hizmetleri olanakları sağlayarak hastalığı azaltan veya tedavi eden kuruluşlar" olarak tanımlamak mümkündür.¹³³

Hastane yönetimi açısından bakıldığında hastanelerin sadece tıbbi hizmetleri sunan fiziki mekanlar olmadığı, aksine refah düzeyi, tüketim alışkanlıkları, bireylerin eğitim durumu, aile yapısı, sosyal güvenlik, siyasal sistem, sağlık politikaları gibi bir

¹³¹Pala, K., "Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?", Bursa, Şubat 2007, s. 3-4

¹³²Kavuncubaşı, Ş., Kısa, A., "Sağlık Kurumları Yönetimi", Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1429, Eskişehir, 2002, s.26

¹³³Devebakan, a.g.k., s.55

çok bireysel, çevresel ve üst sisteme ait faktörün etkisine açık bir sistem olduğu görülmektedir.¹³⁴

Karlılığın, bir sağlık kuruluşlarının büyümesi, sürekliliğini sağlaması ve kendisinden beklenen sosyal yükümlülükleri yerine getirmesi açılarından önemi büyüktür. Ancak, sağlığın temel bir insan hakkı ve ihtiyaç duyulduğunda mutlaka giderilmesi gereken bir ihtiyaç olması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulması durumunda kar göz ardı edilen bir amaç olmaktadır. Bireyin üretime katılması ve ülke ekonomisine katkı sağlaması büyük ölçüde sağlıklı olması ile mümkün olacaktır. Sağlıksız her bireyin üretken olamadığı ve ülke ekonomisine katkı sağlayamadığı düşünüldüğünde, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyi olmasını sağlayan sağlık işletmelerinin varlığı yaşamsal bir önem taşıyacaktır.¹³⁵

Sağlıklı hayat sürmek her insanın gereksinimidir ve insanların sağlıklı hayat sürmelerinde hastaneler önemli role sahiptir. Nüfus artışı, kentleşme, sanayileşme, sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesi gibi değişik nedenlerle birlikte, kişilerde bilinç seviyesi yükseldikçe hastanelerin bu rolünün daha da artması kaçınılmazdır. Bunun nedeni, en gelişmiş tıbbi teknolojiden ve laboratuvar imkanlarından faydalanarak tedavi olmak, düzenli hemşirelik bakımı almak, ancak hastanelerde sağlanabilmektedir.¹³⁶

Mevzuatımız doğrultusunda sağlık hizmeti sunan kuruluşlarla ilgili tanımlamalar göz önüne alındığında kamuya ait olan; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri, özel dal hastaneleri, SSK Hastaneleri, diğer resmi kurum hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri “sağlık kurumu” olarak ifade edilmektedir. Diğer yandan resmi kurum tabiplikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi, SGK sağlık istasyonu ve dispanserinin kamuya ait olmasına rağmen “sağlık kuruluşu” olarak tanımlandığı görülmektedir. Diğer taraftan özel hastaneler, özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri ve özel polikliniklerin “sağlık kuruluşu” olarak ifade edildiği görülmektedir.¹³⁷

¹³⁴Kurtulmuş, S., Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998, s 232

¹³⁵Devebakan, a.g.k.,s.56

¹³⁶İbicioğlu, H., Can, A.,”Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt.13, Sayı.3, 2008, s.256

¹³⁷Devebakan, a.g.k.,s.56

Tablo 9: Sağlıkta Fiziki Mekan Göstergeleri

	2005	2006	2007	2008 *	AB **
Yatak Sayısı	192.658	196.667	200.633	206.967	-
Yatak Başına Düşen Nüfus	374	371	368	361	174
Yatak Kullanım Oranı (Yüzde)	64.5	64.4	69.1	-	75.8

*DPT tahminidir.

**AB ülkelerine ait olup, verisi bulunan en yakın yıl verilmiştir.

Kaynak; DPT, 2009 Yılı Programı, s.203

Türkiye’de 2003 yılında bin kişiye düşen hekim sayısı 1,4 ve hemşire sayısı ise 1,7’dir (World Health Report,2006). Dünyadaki durum, genel olarak hemşire sayısının hekim sayısının iki katı dolaylarında olduğunu göstermektedir. Hemşire sayısındaki azlık, bir yandan topluma sunulması gereken hemşirelik hizmetlerini sınırlamakta, diğer yandan da özellikle yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin iş yüklerinin çok artmasına yol açacaktır. Türkiye’deki hekimlerin yarısından fazlası ya uzman, ya da asistan olarak görev yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre Türkiye’de 2005 yılında 102.500 hekim bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2005). Bu hekimlerden yaklaşık otuz bininin pratisyen hekim olarak fiilen çalıştığı, elli bininin uzman ve on sekiz bininin asistan olduğu bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı,2007).¹³⁸

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi , “2008 Avrupa’da Sağlık Atlası” yayınından alınan bilgilere göre; doktor sayısı bakımından Arnavutluk ve Bosna-Hersek’in üzerinde, sondan 3. sırada yer alıyoruz. Hemşire sayısı bakımından en sondayız. Yatak sayısı bakımından Andora’dan hemen önce geliyoruz (sondan 2.) Ruh hastaları için yatak bakımından ise sonuncuyuz. Hastanede kalma süresi bakımından Danimarka’dan hemen önce geliyor (sondan 2.)¹³⁹

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007–2013), sağlık hizmetlerinde temel hedef olarak “Sağlık sektöründe kamunun düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirilmesini” ve “Hizmet sunumunda özel kesimin payının artırılmasını” belirlemiş bulunmaktadır. Burada ürkütücü olan, gelecek beş yılda da sağlık sektöründe kamu yerine özel sektör desteklenmesinin sürdürüleceğinin açıklanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektör ağırlığının artmasıyla birlikte, buna koşut olarak tedavi edici hizmetlere verilen ağırlık da artacaktır.¹⁴⁰

¹³⁸Pala, a.g.m., s.34-35

¹³⁹<http://www.toplumsagligi.org/NewsPopUp.aspx?Id=1136> Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi , “2008 Avrupa’da Sağlık Atlası” (17,09,09)

¹⁴⁰Pala, a.g.m., s. 35

DPT 2009 yılı programında yer alan bilgilerde, Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması, aile hekimliği sisteminin hayata geçirilmesi, Genel Sağlık Sigortası sisteminin oluşturulması, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve erişiminin kolaylaştırılması ile kalitesinin artırılmasını amaçlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı sürmektedir. 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık güvencesi olmayan nüfusun sigorta kapsamına alınması ve ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından karşılanması öngörülmektedir. Ancak, geçiş aşamasında yeşil kart sistemi 3 yıl içerisinde Genel Sağlık Sigortası sistemine entegre edilecektir.

Kamu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı 2001 yılında yüzde 3,2 iken, 2007 yılında yüzde 4 olarak gerçekleşmiş olup bu oranın 2008 yılında 3,9 olması beklenmektedir. Bu oran AB ülkelerinde yüzde 6,7, OECD ülkelerinde ise yüzde 6,5'tir. 2000 yılında ilaç ödemelerinin kamu sağlık harcamalarına oranı yüzde 39 iken, 2007 yılında yüzde 41,8 olarak gerçekleşmiştir.

Sağlık kurumlarından verilerin belirlenmiş standartlar doğrultusunda toplanmasını, analizini ve değerlendirilmesini sağlamaya yönelik olarak, e-Sağlık projesi kapsamında, bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde elektronik sağlık kayıtlarının oluşturulması amacıyla günümüz itibarıyla 23 ilimizde Aile Hekimliği Bilgi Sistemi oluşturulmuştur. Karar sürecinde etkili bilgiye dayalı bir sistem kurulabilmesi için elektronik sağlık kaydında toplanan verilerin analiz edilebilmesi ve detaylı raporların alınabilmesi amacıyla karar destek sistemi kurulmuştur. Karar destek sistemi 1 Ocak 2009 tarihinden itibaren tüm devlet hastanelerini kapsayacak şekilde genişleyecektir. Yine bu kapsamda reçete, e-reçete ve diğer işlemlerde kullanılması amacıyla ve sağlık harcamaları denetimi kapsamında Türkiye'deki sağlık kurumlarında çalışan tüm uzman hekim, pratisyen hekim ve diş hekimlerinin kapsandığı Ulusal Doktor Bilgi Bankası oluşturulmuştur.¹⁴¹

4.1.2. Sağlık Kuruluşlarının Özellikleri

Sağlık kuruluşlarında üretimin ve tüketimin aynı anda gerçekleşmesi, müşteriye göre hizmet verilmesini ve müşterin üretim sürecine katılması sonucu doğurmaktadır. Hastanelerde hizmetler, müşterinin (hastanın) tıbbi gereksinimine (hastalık durumuna) göre verilmektedir. Hastalıkların sağlık gereksinimleri farklılık

¹⁴¹ DPT 2009, s.204

gösterdiğinden, verilen hizmetler hastanın durumuna göre farklılaşmaktadır. Hastalık teşhis ve tedavi sürecinin etkili (başarılı) olabilmesi için hastaların bu sürece aktif katılımı büyük önem taşımaktadır.

Hastanelerin çağdaş sağlık kurumları konumuna gelmelerini sağlayan etmenler şu şekilde sıralanabilir:

- Tıp bilimindeki gelişmelere
- Tıbbi teknolojideki gelişim
- Hemşirelik hizmetlerinin meslekleşmesi ve gelişimi
- Tıp eğitimindeki gelişmeler
- Sağlık sigortasının gelişimi
- Devletin rolünün artması¹⁴²
- Sağlık harcamalarının artması
- Sağlık sigortasının yaygınlaşması ve finansman mekanizmalarının gelişmesi
- Sağlık sektöründe rekabetin artması
- Sağlık hizmetlerinin ekonomik içeriği olan bir hizmet olarak görülmeye başlanması
- Sağlık kurumları işletmeciliği ile ilgili birikimin artması.¹⁴³

Sağlık kurumlarının ayırt edici özellikleri şunlardır:

- Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür. Sağlık hizmeti çıktısı paraya çevrilemez, pazarlığı da yapılamaz.
- Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.¹⁴⁴ Sözü edilen kesintisiz hizmetlerin varlığı, sunulan hizmetlerin büyük çoğunluğunun acil ve ertelenemeyecek özellikte olması ile ilgidir.
- Sağlık işletmelerinde hizmet sunumu çok karmaşık olup süreçle değişkendir. Sağlık işletmesinin birçok işletmeden farklı olarak birden fazla amacının olması yapısal karmaşıklığa neden olmakta, bu durum da işletmedeki yönetsel kademe ve birim sayısını artırmaktadır.
- Sağlık işletmelerinde hizmet sunumu sırasında yapılan hatalar insanların sakat kalmasına veya ölmelerine neden olduğundan, sunulan hizmetlerin yanlışlık ve

¹⁴²Kavuncubaşı, Kısa, a.g.k., s. 80-81

¹⁴³İbicioğlu, Can., a.g.m., s. 261

¹⁴⁴Kavuncubaşı, Kısa, a.g.k., s. 80-81

belirsizliklere karşı toleransı dardır. Yapılan hataların çoğunun sonradan düzeltme veya telafi etme şansı olmadığından; yapılan işin ilk seferinde ve her zaman doğru yapılması gerekmektedir.

- Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir. Tıp ve sağlık alanındaki sürekli gelişme, teknolojinin hızla gelişmesi, çağımızda yeni hastalıkların ortaya çıkması ve söz konusu hastalıklara yönelik tanı, teşhis ve tedavideki değişiklikler sağlık işletmelerinde uzmanlaşma düzeyini artıran etmenlerin başında gelmektedir.

- Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir; bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir. Sağlık hizmetlerinin sunumu tam anlamıyla bir ekip ve koordinasyon işi olduğundan herhangi bir kişi veya bölümden kaynaklanan olumsuzluk, sağlık hizmetini ve dolayısıyla sağlık işletmesini olumsuz etkileyecektir.¹⁴⁵

- Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır; bu durum eşgüdümlüme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açmaktadır,

- Sağlık kurumlarında insan kaynaklarının büyük kısmı profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden daha çok mesleki hedeflere önem vermektedir,

- Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde etkililiği yüksek olan yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulmamıştır. Başka bir ifade ile sağlık işletmelerinde hekimler hizmet arzını büyük ölçüde etkilemektedir.

- Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır. Sağlık hizmetlerine nerede, ne zaman ve ne kadar gereksinim duyulacağı kolayca öngörülemez.¹⁴⁶

- Sağlık hizmeti üretimi stoklanamaz, üretildiği anda tüketilmek zorundadır. Ancak hizmetin üretilebileceği mutlaka tüketileceği de anlamına gelmez.

- Hizmet işletmenlerinin çoğu emek yoğun işletmeler olmakla birlikte, sağlık kurumları sermaye yoğun işletmelerdir. Tıp bilimindeki ve tıbbi teknolojideki gelişmeler ve sağlık talebini karşılayabilmek için belli düzeyde tutulmak zorunda olunan kapasite büyük yatırımlar gerektirmektedir.¹⁴⁷

¹⁴⁵Devebakan, a.g.k, s. 72

¹⁴⁶Pala, a.g.m., s. 14-15

¹⁴⁷Kurtulmuş, a.g.k., s. 236

4.1.3. Sağlık Kuruluşlarının Sınıflandırılması

Sağlık işletmelerinin işlevleri, görevleri ve kuruluş amaçları açısından sınıflandırıldığı görülmektedir. Sağlık işletmeleri ayrıca mülkiyet hakkı, verilen sağlık hizmetinin türü, hastaların kalış süresi, büyüklük, eğitim statüsü ve dikey bütünleşme basamakları açısından da sınıflandırılabilir. ¹⁴⁸ Aslında, toplumun tüm üyelerinin gelirlerine bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlandırılması temel insan haklarından olan “yaşama hakkı”nın bir parçası olarak ele alınmalıdır. ¹⁴⁹ Sosyal Devlet ilkesinin bir gereği olarak, devletin temel görevlerinden birisi de vatandaşlarına koruyucu tedavi edici, önleyici sağlık hizmetlerini sunmak ve bu yolla insanların sağlıklı olarak geçirecekleri zamanı uzatmaktır. ¹⁵⁰

Sağlık hizmetleri kavramı, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört ana grupta toplanmaktadır. ¹⁵¹ Ayrıca hastanelerin sınıflandırılması; mülkiyet, eğitim statüsü, hizmet türü, büyüklük, hastaların yatış süresi, akreditasyon ve hizmet basamağı ölçütlere göre de sınıflandırılmaktadır. ¹⁵²

Sağlık işletmelerinin sınıflandırılması verdikleri sağlık hizmetlerinin türüne göre, yataksız veya yataklı şekilde sınıflandırılmasıdır. Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre kurulan aşağıdaki sağlık işletmeleri, yataksız sağlık işletmeleri kapsamında değerlendirilmektedir;

Yataksız sağlık işletmeleri;

- Sağlık Evleri
- Sağlık Ocakları
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezleri
- Dispanserler
- Hıfzısıhha Enstitüleri
- Bölge Laboratuvarları

¹⁴⁸Devebakan, a.g.k., s. 63

¹⁴⁹Kurtulmuş, a.g.k., s. 77

¹⁵⁰Kurtulmuş, a.g.k., s. 85

¹⁵¹Kavuncubaşı, Kısa, a.g.k., s. 26

¹⁵²İbicioğlu, Can., a.g.m., s.257

- Enterobakteri Laboratuvarı
- Özel Muayenehane ve Laboratuvarlar

Yataklı tedavi kurumları olarak isimlendirilen hastanelerin ulusal mevzuatımızdaki bazı düzenlemelerde sınıflandırıldığı görülmektedir.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin değişik 5. maddesinde Sağlık kurumları, işlevlerine göre 5 ayrı grupta sınıflandırılmıştır.

İlçe / belde hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

Gün hastanesi: Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

Genel hastaneler: Her türlü acil vak'a ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

Özel dal hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.¹⁵³

Ülkemizde sağlık hizmetlerine genel bir bakış açısı kazandırması açısından “Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı’ndaki (2007 Yılı Programı) değerlendirmelerden söz etmekte fayda vardır. Söz konusu programda; son yıllarda yürütülen etkili politikalarla sağlık sektöründeki insan gücü ve altyapı konularında gelişme kaydedilmiş olmakla beraber, mevcut durumun henüz ülkenin ihtiyaçlarını karşılar düzeye ulaşamadığı belirtilmektedir. İlgili programda sağlık sektörü ile ilgili hedeflere ulaşılamamış olmasının başlıca nedenleri; fiziki altyapı ve sağlık personelinin yetersizliği ve bölgeler ile il ve ilçe merkezleri arasındaki dengesiz dağılımı, koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli düzeye ulaşmamış olması, hizmete

¹⁵³Devebakan, a.g.k., s. 63

erişim ve finansmana ilişkin sorunlar ile etkili bir sevk zincirinin oluşturulamaması olarak sıralanmaktadır.¹⁵⁴

2002–2007 döneminde yatak kapasitesi yüzde 13,2 artmış olup yatak kapasitesinin yüzde 67’si Sağlık Bakanlığına, yüzde 14,9’u üniversitelere, yüzde 8’i özel sektöre aittir. Diğer taraftan, yatak kapasitesinin ülke genelindeki dağılım sorunları devam etmektedir. İllerin sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesine göre, yatak başına düşen kişi sayısı en gelişmiş olan bölgede 367 iken, en az gelişmiş olan bölgede ise 717’dir. Yatakların bölgeler arasında dengesiz dağılımı, sağlık personelinin de dengesiz dağılımına yol açan faktörlerden biridir.

Sağlık hizmetlerine olan talep her yıl artmakta olup, 2002–2007 döneminde yataklı tedavi kurumlarında yapılan muayene sayısı yüzde 100, sağlık ocaklarındaki muayene sayısı ise yüzde 87,6 artmıştır. Muayene sayısının artışında başta yeşil kartlı hastaların ayakta tedavi ve ilaç masraflarının Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanması, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanarak hizmet sunumundaki farklılıkların azaltılması, özel sektör sağlık hizmetlerinden faydalanmanın kolaylaştırılması, birinci basamakta hizmet sunumunun iyileştirilmesi etkili olmuştur. Bununla beraber aile hekimliği modeline geçilmesi ve etkili bir sevk zincirinin oluşturulması, hastanelerin etkinliğinin artırılması ve maliyetlerin düşürülmesi açısından önem arz etmektedir. Halen 26 ilde uygulanmakta olan aile hekimliği sisteminin, 2009 yılı sonu itibarıyla 59 ile yaygınlaştırılması planlanmaktadır.¹⁵⁵

Koruyucu sağlık hizmetleri; çevreye ve kişiye yönelik hizmetler olarak iki grupta toplanır. Bu hizmetlerin amacı, çevre sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkilerin kişileri etkilemelerini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise hekim, hemşire gibi sağlık meslekleri üyelerinin yürüttüğü ve doğrudan bireylere götürülen hizmetlerdir. Bunlar; bağışıklama, beslenme düzenleme, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ana çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi gibi hizmetlerdir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici hizmetlere göre daha ucuzdur, sağlık hizmeti daha etkindir, daha kolay uygulanır ve ulaşılabilir, fazla personel gereksinimi yoktur, hastanelerin hasta yükünü azaltır, iş gücü kaybını en aza indirir gibi

¹⁵⁴Devebakan, a.g.k., s. 131

¹⁵⁵ DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007–2013), 2009 Yılı Programı, s. 203-204
<http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2009.pdf> (9.10.2009)

özelliklerinden ötürü önemlidir. Koruyucu sağlık hizmetleri sağlık evi, iş yeri reviri, sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler, laboratuvarlar, çevre sağlığı birimleri kurumlarında verilmektedir.¹⁵⁶

Tedavi edici hizmetleri; iki ana grupta toplamak mümkündür. Bunlar; gününbirlik (ayaktan) tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleridir. Ayakta tedavi veya gününbirlik tedavi hizmetleri, hastane gibi yataklı tedavi kurumuna yatışı gerektirmeyen hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili hizmetler içermektedir.

Tedavi hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak da sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflamaya tedavi hizmetleri,

1. Birinci basamak tedavi hizmetleri
2. İkinci basamak tedavi hizmetleri
3. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri

Olarak üç ana gruba ayrılmaktadır. *Birinci basamak sağlık hizmetleri*, daha çok ayaktan gününbirlik (özel muayenehaneler, poliklinikleri, hastane acil servisleri, ayaktan tıp merkezleri, evde bakım kurumları, işyeri revirleri, okul sağlık ve aile planlaması merkezleri) tedavi hizmetleri içermektedir. *İkinci basamak sağlık hizmetleri*, yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsamaktadır. *Üçüncü basamak sağlık hizmetleri*, üniversite hastanesi gibi eğitim hastaneleri tarafından verilen, yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren tedavi hizmetleridir.¹⁵⁷

Rehabilitasyon hizmetleri; hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere mümkün olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılır.

Tıbbi rehabilitasyon: Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir.

Sosyal rehabilitasyon: Sakatlığı veya özrü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsar.

¹⁵⁶ Kavuncubaşı, Kısa, a.g.k., s. 26-28

¹⁵⁷ Kavuncubaşı, Kısa, a.g.k., s. 31

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri; sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir. Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün birçok hastalığın bireylerin yaşam tarzlarından ve alışkanlıklarından kaynaklandığı bilinmektedir.

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlık eğitiminden farklıdır; sağlık eğitimi halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesine yönelik iken, sağlık geliştirilmesi ise birey ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık eğitimi dar kapsamlıdır; birey ve grupları hedef alır: Sağlığın geliştirilmesi ise daha kapsamlıdır; çevreyi, ulusal ve uluslar arası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedeflemektedir.¹⁵⁸

4.2. Sağlık Kuruluşlarında Çalışanların Özellikleri

Hizmet sektörü içinde sağlık sektörü önemli bir yer tutmaktadır. Bir ülkenin sağlık sektörüne ayırdığı pay da bir kalkınmışlık ölçütü olarak değerlendirilmektedir. Sağlık sektöründe ve dolayısı ile sağlık işletmelerinde hizmeti arz eden sağlık çalışanlarının sayısı, çalışma koşulları, ülke genelinde dağılımları ve hasta başına oranları gibi faktörler, sağlık hizmetlerinin sunumunu, etkinliğini ve verimliliğini etkileyecektir. Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve sağlık çalışanlarının mesleki becerilerinin teşhis ve tedavideki önemi, hizmet alan ile hizmeti sunanlar arasındaki etkileşimi diğer sektörler göre daha yoğun kılmaktadır.¹⁵⁹

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2006) dünya nüfusunun %55'inin kentlerde yaşarken, hekimlerin %75'inin, hemşirelerin ise %60'ının kentlerde çalıştığını belirtmektedir. ABD'deki toplam işgücünün %4'ünü hastane sağlık çalışanları oluşturmakta, Avrupa ülkelerinde her iki hekim ve hemşireden birisi, Türkiye'de ise yaklaşık %70'i hastanede çalışmaktadır.¹⁶⁰ ILO alanında çalışanları doktorlar, diğer profesyonel meslekler (diş hekimi, eczacı, psikolog), hemşire, ebe ve sağlık memuru, diğer sağlık elemanları (EEG, EKG, radyoloji, odyoloji teknisyeni) ve diğer çalışanlar (sekreter, diyetisyen, güvenlik görevlileri vb.) olarak sınıflandırmıştır.

¹⁵⁸ Kavuncubaşı, Kısa, a.g.k., s.37-38

¹⁵⁹ Deveci, a.g.k., s.129

¹⁶⁰ Özkan, Ö., Emiroğlu, O., "Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri", C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt. 10(3), 2006, s.43

Şekil 8: Dünya Sağlık Örgütü Sağlık İnsan Gücü

<ul style="list-style-type: none"> • Hekim • Tıbbi yardımcı • Çok görevli sağlık yardımcısı • Diş hekimi • Eczacı • Hemşire • Ebe • Veteriner • Eczacı yardımcısı • Hemşire yardımcısı • Yardımcı ebe • Hemşire ve ebe yardımcısı • Fizyoterapist 	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratuvar teknisyen yardımcısı • Tıp fizikçisi • Radyoloji teknisyeni • Radyoloji teknisyen yardımcısı • Dişçi yardımcısı • Sağlık mühendisi • Çevre sağlığı teknisyeni • Laboratuvar teknisyeni • Hayvan sağlığı yardımcısı • Çevre sağlığı teknisyen yardımcısı 	<ul style="list-style-type: none"> • Diğer sağlık personeli (biyolog, diyetisyen, psikolog) • Diğer teknik personel (EKG teknisyeni, EEG teknisyeni) • Geleneksel hekimlik uygulayıcıları • Diğer yardımcı personel (mikrobist) • Dişçi • Yardımcı ebe- hemşire
--	--	---

Kaynak: Akkaya, a.g.k., s.44

Türkiye’de sağlık çalışanlarının sayısı yaklaşık olarak 370 bindir ve Sağlık Bakanlığı bu işgücünün %56’sını istihdam etmektedir. Sağlık Bakanlığı personelinin %29’u, bir diğer deyişle yaklaşık olarak 15 bin pratisyen hekim, 20 bin hemşire, 11 bin ebe, 10 bin sağlık memuru birincil sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Ülkenin sağlık örgütlenmesinin temelini oluşturan sağlık ocaklarının sayısı 6.276, sağlık evi sayısı 11.747 olarak bildirilmektedir.¹⁶¹

Tablo 10: Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri

	2005	2006	2007*	AB**
Hekim Sayısı	100.800	103.150	105.500	-
Hekim Başına Düşen Nüfus	715	707	700	315
100.000 Kişiye Düşen Tıp Fakültesi Mezun Sayısı	6.1	6	-	9.3
Hemşire Başına Düşen Nüfus	858	843	-	143

*DPT tahminidir.

**AB ülkelerine ait olup, verisi bulunan en yakın yıl verilmiştir.

Kaynak, DPT 2008 Yılı Programı, s.216

Tıp fakültelerinde asistanlar hariç öğretim elemanı başına düşen tıp öğrencisi sayısı ülkemizde 3,4 iken, bu oran Almanya’da 22,5, İtalya’da 11,8, Finlandiya’da 5,1’dir. AB ülkelerinde yüz bin kişiye düşen tıp fakültesi mezun sayısı 9,3 iken, bu rakam ülkemizde 2007 yılında 6,6 olarak gerçekleşmiştir. Aynı hemşirelerde ise, AB ülkelerinde yüz bin kişiye düşen hemşire mezun sayısı 26 iken, ülkemizde bu oran yıllar itibarıyla artış göstermekle beraber sadece 5,6’dır. Hekim açığının artmasını önlemek amacıyla 2008 yılında tıp fakültesi kontenjanları bir önceki yıla göre yüzde 29 hemşirelik kontenjanları ise yüzde 14,8 artırılmıştır.¹⁶²

¹⁶¹ Ergör, A., Kılıç, B., Gürpınar, E., “Sağlık Ocaklarında İş Riskleri”, TTB Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık 2003, s. 44

¹⁶² DPT 2009, s. 204

ABD'deki Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği (OSHA) ve Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH), hastanelerin çalışanlarının sağlığını korumak için değil, daha çok hastayı korumak için oluşturulduğundan, bunun çalışanlar açısından ayrıca bir tehdit oluşturduğunu belirtmiştir.¹⁶³

Sağlık alanındaki çalışmalar İSG açısından ele alındığında, çalışanın sağlığını belirleyen iki temel unsur burada da geçerlidir. Bunlar; çalışanların *kişisel özellikleri* ve *iş yeri ortamındaki faktörlerdir*. Çalışanların bireysel özellikleri olarak yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi dikkat çekmektedir. Çalışanların eğitim düzeyi belirli bir eğitimi tamamlamış oldukları için yüksektir.¹⁶⁴

Sağlık hizmetlerinde çalışmak için belirli eğitimler alarak diploma sahibi olmak koşulu olduğundan, bu sektörde çocuk yaşta çalışan olmaması ile beraber ileri yaşlarda çalışanlar bulunur. Örneğin sanayi iş kolunda 50 yaşın üzerinde çalışan sayısı çok az iken sağlık sektöründe çalışanların pek çoğunun, yasal emeklilik yaşı olan 65 yaşından sonra da aktif olarak çalışmaya devam etmekte olduğu görülür.¹⁶⁵

Hemşirelik, uzun süreli çalışma, aşırı iş yükü, zaman baskısı, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz dinlenme araları, tekdüzelik ve fiziksel olarak kötü iş koşulları (yer, sıcaklık ve ışıklandırma gibi) gibi stresle ilgili risk faktörlerini içermektedir. Tedavi uygulamaları sırasında, hizmet yoğunluğuna göre değişmek üzere uzun süre ayakta kalma, nöbetlerde uykusuzluk, beslenme düzensizlikleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar.¹⁶⁶

Sağlık çalışanlarının meslek riskleri ile karşılaşma olasılığı mesleğine, yaptığı işe, çalıştığı bölüme göre değişiklik göstermektedir. Örneğin; radyoloji ve nükleer tıp bölümlerinde çalışanlar için radyasyon, sterilizasyon ünitelerinde çalışanlar için civa ve glüteraldehid maruziyeti risk oluştururken ameliyathane çalışanları için toksik gazların etkisi olmaktadır. Hemşirelerin ise hastayla daha fazla zaman geçiren ve bakımlarını doğrudan yerine getiren kişi olmaları nedeniyle sağlık riskleri ile karşılaşma olasılıkları diğer sağlık personelinin daha yüksektir.

Sağlık personelinin, istihdam ve ücretlendirme sorunlarının yanında diğer önemli bir konu da çalışma statüleridir. Türkiye çalışma koşullarını, Avrupa Çalışma Süresi Direktifi'ne uygun şekilde düzenlediğinde sağlık çalışanları için haftalık

¹⁶³ Özkan ve Emiroğlu, a.g.m., s. 44

¹⁶⁴ Akkaya, a.g.k., s. 44

¹⁶⁵ Bilir, a.g.k, s. 306

¹⁶⁶ Alçelik, A., Deniz, F., Yeşildal, N., Mayda, A. Ve Şerifi, B., "AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları Ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi", TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Cilt. 4(2), 2005, s.56

normal çalışma süresi 40 saat, nöbet dahil fazla çalışma süresi ise en fazla 8 saat olacaktır.¹⁶⁷

Avrupa’da çalışan kadınların sadece %5’i üst, %10’u orta ve alt kademe yöneticisi iken %85’i sıradan çalışan olarak görev yapmaktadır. Ancak, özellikle kamu yönetiminde üst düzeyde karar verme organlarında yer alan kadınların %13,1 olduğu belirtilmektedir. Bu oranın düşük olmadığı belirtilebilir.¹⁶⁸ Dünyada sağlık sektörü kadın sayısının yoğunluğu fazla olmakla birlikte daha kazançlı olan doktorluk daha çok erkeklerin, daha düşük maaşlı hemşirelik ise daha çok kadınların çalıştığı alanlardır.¹⁶⁹ Sağlık sektöründe kadın çalışan sayısı diğer sektörlerle göre daha fazladır. Hemşirelik ve ebelik en çok kadınların çalıştığı gruplardır. Eczacı, hekim olarak da kadın çalışanlara çok rastlanmaktadır.¹⁷⁰

Sağlık personelinin sağlığı konusu, sağlık politikalarıyla iç içedir. Çünkü koruyucu sağlık hizmetlerinin ağırlık kazandığı bir sosyalleştirme politikası, sağlıkçıların daha çok toplum içerisinde çalıştırılmasını hedefler. Koruyucu sağlık hizmetleri umursamayan, çağdışı (geleneksel) sağlık hizmet modellerinde, hastanecilik uygulamaları daha önem kazanır. O zaman sağlıkçıların önüne, yoğun teknoloji kullanımının getirdiği mesleki sorunlar yığılmaya başlar. Ayrıca sağlık personelinin sağlığı, ülkenin sosyo-ekonomik düzeniyle de yakından ilgilidir. Çünkü halkın geniş kesimlerinin, hizmetlerden yoksun kalması (su, kanalizasyon, sağlıklı konut, eğitim vb), bulaşıcı hastalıkların, en çok görülen hastalıklar sıralamasında öne geçmesine yol açar. Bu durumda, sağlık personelinin karşılaşma olasılığı olan mesleki riskler içerisinde bulaşıcı hastalıkları öne çıkarır.¹⁷¹

4.3. Sağlık Kuruluşlarında İşyeri Ortam Faktörleri

Günümüzde farklı meslek ve farklı görevlerde bulunan sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerini sunarken sağlık ve güvenlik açısından bazı risk ve tehnelere maruz kalmaktadır. Amerikan Çalışma İstatistikleri Bürosu’na göre (Bureau of Labor Statistics- BLS) Amerika’da sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iş kazası ve meslek

¹⁶⁷ Yıldırım,H., “Avrupa Çalışma Süresi Direktifi ve Sağlık Çalışanları:Genel bir Çerçeve”
http://www.sagliksen.org.tr/dosya/Avrupa_c_s_d.doc (4.10.09)

¹⁶⁸ Esin, N., Öztürk, N.,”Çalışma Yaşamı ve Kadın Sağlığı”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Temmuz-Ağustos-Eylül, 2005, s.39

¹⁶⁹ Hıdıroğlu, S., “Sağlık İş Kolunda Çalışan Kadınların Çalışma Yaşamı İle İlgili Sorunlarının Değerlendirilmesi”, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006,s.

¹⁷⁰ Akkaya, a.g.k., s.45

¹⁷¹ Fişek, G., “Sağlık Personelinin Sağlığı”,
http://www.sagliksen.org.tr/article.php?article_id=3023 (4.10.09)

hastalıklarının oranı, ağır sanayide gerçekleşen iş kazası ve meslek hastalıkları oranına eşit ya da daha yüksektir.

Amerika'da hastanelerde tam zamanlı olarak çalışan her 100 sağlık çalışanından 8,8'i, evde bakım hizmetlerinde çalışan her 100 hemşireden 13,5'i iş kazasına/meslek hastalığına yakalanmakta veya işinden uzaklaşmaktadır. Sözü edilen oranların madencilik sektöründe 100 çalışanda 4, inşaat sektöründe 100 çalışanda 7,9 ve üretim sektöründe (sanayi) 100 çalışanda 8,1 olduğu göz önüne alındığında; sağlık çalışanları açısından iş kazaları ve meslek hastalıklarının önemi daha da iyi anlaşılacaktır.¹⁷²

Bu kapsamda sağlık çalışanları da çalışma ortamı, çalışma koşulları ve çalışma ilişkilerinden kaynaklanan AIDS (HIV), Hepatit B (HBV), Tüberküloz ve diğer bulaşıcı hastalıklar gibi biyolojik, aydınlatma, gürültü ve iyonizan radyasyon gibi fiziksel, anestezi maddeleri, civa, farmasötik maddeler, sitotoksik ilaçlar ve sterilize edici maddeler gibi kimyasal, uygun olmayan çalışma ortamı dizaynından kaynaklanan ergonomik, ilaç-alkol madde bağımlılığı, stres, tek başına çalışma ve vardiyalı çalışma gibi psikososyal, düşük ücret, lojman-kreş vb olanaklarının olmayışı vb. sosyal güvenlik ile ilgili pek çok riskle-sağlık sorunu ile karşı karşıyadır.¹⁷³

Sağlık çalışanlarında hepatit B hastalığı sıklığı Dünyada %15–30 iken, Türkiye'de yapılan çalışmalarda hepatit B taşıyıcılığı %3,5–16,2 arasında değişmektedir. Dünyada sağlık çalışanlarında lateks alerjisi sıklığı %7–10, latekse duyarlılık sıklığı %7–10 iken ülkemizde Kıran'ın yaptığı çalışmada (2003) %11,6, Özkan'ın çalışmasında (2005) %13,6 olarak bulunmuştur.¹⁷⁴

ABD'de Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Merkezi (CDC) sağlık çalışanlarındaki tüberküloz sıklığını %13 olarak belirlemiştir Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı bu sağlık sorunları, sadece kendileri için değil aynı zamanda aileleri, çalışma arkadaşları ve hizmet verdiği hastaları için de önemli kabul edildiğinden, hastane sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti almasının zorunluluk olduğu belirtilmektedir.

¹⁷² http://www.nycosh.org/specific_industries/AJIM_lifts_2003.pdf (9.10.09)

Evanoff, B, Wolf, L, Aton, E, Canos, J, Collins, J, "Reduction in Injury Rates in Nursing Personnel Through Introduction of Mechanical Lifts in the Workplace", American Journal of Industrial Medicine, 44; 2003, s.451.

¹⁷³ Çalışkan, D., Akdur, R., "Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kendi Bildirimleri İle Karşılaştıkları Mesleki Riskler", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt. 54, Sayı. 2, 2001, s.136

¹⁷⁴ Özkan, Emiroğlu, a.g.m, s.44

Yeşildal'ın (2005) belirttiğine göre 2001–2002 yıllarında İngiltere'de şiddet sıklığı %46, ABD'de hastane sağlık çalışanlarında ölümcül olmayan şiddete maruz kalma oranı on binde 8,3, Türkiye'de hastanede yapılan çalışmalarda ise yaklaşık olarak %60 bulunmuştur.¹⁷⁵

Literatürde de yerini bulan işten kaynaklanan kas-iskelet sorunları yapılan işe bağlı olarak gelişen ve işin devamı ile yakınmaların arttığı; eklem, kas, tendon ve diğer yumuşak dokularda rahatsızlık, şekil ve/veya fonksiyon bozukluğu ve inatçı ağrı ile karakterize, her zaman fiziksel bulguların eşlik etmediği durum olarak tanımlanmaktadır.¹⁷⁶ Aiken ve arkadaşları (2002) hastanedeki mevcut tehlike ve risklerin önlenememesi nedeniyle, hemşirelerin %88'inin bel yaralanması ve iş stresinin sağlıklarını etkilediği, ülkemizde yapılan çalışmalarda ise hastane sağlık çalışanlarının yarısının bel ağrısı sorunu yaşadığı saptanmıştır.¹⁷⁷ Tablo 11'de Çalışkan ve Akdur'un yaptığı çalışmada hemşirelerin sağlığını olumsuz etkilediği durumlar yukarıda yer verilen bir çok araştırma sonucu ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Tablo 11: Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında Sağlıklarını Olumsuz Etkilediğini Belirttikleri Durumlar

FAKTÖR	KİŞİ	YÜZDE
Enfeksiyonlar	309	72.2
Bulaşıcı Hastalıklar	266	62.1
Stres	250	58.4
Aşırı- Uzun çalışmaya bağlı sorunlar, yorgunluk	189	44.2
Anestezik Gazlar	94	21.9
Kemoterapi	94	21.9
Radyasyon	76	17.8
Güvenlik	72	16.8
Havasızlık ve Gürültü ile ilgili sorunlar	64	14.9
Yanıt vermeyen	25	5.8
TOPLAM	428	

Kaynak; Çalışkan ve Akdur, a.g.m, s.137

Hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre daha stres altındadır çünkü çalışma çevresi ve gelişen teknoloji ile artan iş yükleri vardır. Ayrıca çalışma saatlerinden dolayı uyku problemi yaşamaktadır. Uyku saatleri yaşadığı çevredeki insanların günlük programı ile uyuşmadığı için ses ve gürültüye bağlı sağlıklı uyku

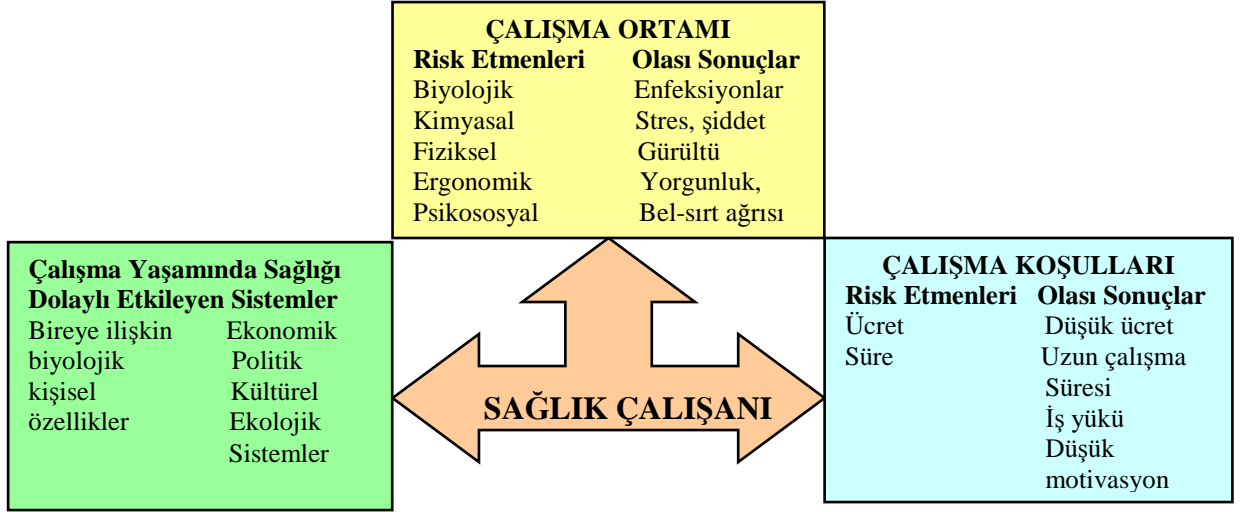
¹⁷⁵ Özkan ve Emiroğlu, a.g.m., s. 44-45

¹⁷⁶ Pınar, R., Sert, H., "Sağlık Çalışanlarında Kas-İskelet Sorunları", Osmangazi Tıp Dergisi, 30(1), 2008, s. 72

¹⁷⁷ Hidroğlu, a.g.k, s.19

uyuyamamaktadırlar. Japonya’da yapılan çalışma sonucuna göre ise hemşirelerin duygusal durumlarının dengesiz olduğu tespit edilmiştir. Bunun en önemli sebeplerinin ise yaşadıkları sağlık problemleri, gece nöbetleri ve düzensiz çalışma hayatları ile beraber aşırı iş yükü olmasıdır. Ayrıca bölümler arası rotasyonun iş kazaları oranını arttırdığı tespit edilmiştir.¹⁷⁸

Şekil 9: Sağlık Çalışanlarının Sağlığını Etkileyen Bileşenler



Kaynak: Ergör ve arkadaşları, a.g.m, s.45 uyarlanmıştır.

Çağımızda sağlık personeli oldukça zor koşullarda çalışmasına karşın geleneksel değerlerin de etkisi ile bir çalışan gibi değil, sanki kendini feda etmeleri gereken ve sorunları yokmuş gibi görülen insanlardır. Oysa sağlık çalışanları da diğer insanlar gibi bir çalışandır. Şekil 9’da ifade edildiği gibi ek olarak da pek çok riske de maruzdurlar. Topluma sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği, önemli ölçüde sağlık çalışanlarının içinde bulunduğu çalışma ve yaşam koşulları ile yakından ilgilidir.¹⁷⁹

Sağlık çalışanları yaptıkları işten kaynaklan bazı biyolojik, kimyasal, fiziksel, psikolojik ve çevresel risklere maruz kalmaktadır. Söz konusu risklere çalışmanın oluşturduğu sorunlar ileri ki başlıklarda yer verilecektir ve tablo 12’de görüldüğü gibi bu risk ve tehlikelerin sağlık çalışanlarının sağlığı açısından teşkil ettiği önem daha iyi anlaşılacaktır.

¹⁷⁸ Suzuki, K., “Mental Health Status, Shift Work, and Occupational Accidents Among Hospital Nursing in Japan”, Journal of Occupational Health, Vol.46, 2004, p.448 and 443

¹⁷⁹ Hidroğlu, a.g.k, s.19

Tablo 12: Sağlık Kuruluşlarında Risk Grupları

RİSK SINIFI	RİSK TANIMI	SAĞLIK KURULUŞLARI İÇİN RİSK ÖRNEKLERİ
FİZİKSEL	Çalışma ortamında doku incinmelerine neden olan ajanlar.	Radyasyon, lazer, gürültü, elektrik, sıcaklık, işyerinde şiddet.
KİMYASAL	Vücut sistemini zehirleyen veya tahriş eden çeşitli kimyasallar, solüsyonlar ve ilaçlar.	Formaldehit, gluteraldehit, tehlikeli ilaçlar (Sitotoksik ajanlar), etilen oksit, kullanılmış anestetik gazlar, pentamidine ribavirin.
BİYOLOJİK	Enfeksiyonlar/biyolojik ajanlar; bakteriler, virüsler, mantarlar, parazitler, bulaşıcı vücut sıvıları	HIV, Hepatit B, Hepatit C virüsleri ve tüberküloz gibi etmenler.
PSİKOLOJİK	Bir kişinin işi veya çalışma ortamı ile ilgili konularda, stres, duygusal zorlanma yaratan durum veya etkenlerle karşı karşıya kalması.	İş stresi, işyerinde şiddet, vardiyalı çalışma, yetersiz personel, ağır iş yükü ve hastaların ortalama iyileşme sürelerinin uzaması.
ERGONOMİK	Çalışma ortamında muhtemel kazalara ve yaralanmalara veya sıkıntıya neden olan faktörler	Çarpma-burkulmaya sebep alanlar, hava kalitesi, kaygan zeminler, çalışmaya engel alanları, geçit yerleri, uygunsuz vücut duruşları (postur bozuklukları), titreşim, çok sıcak ya da çok soğuk hava, devamlı hareket etme veya sürekli bir faaliyet içinde olma, kaldırmalar ve hastaların taşınması

Kaynak; Devebakan, a.g.k, s. 139

4.3.1. Fiziksel Faktörler

Işıklandırma/Aydınlatma: Çalışanların kendilerini rahat ve ışıklı bir ortamda bulmaları ve daha istekli bir şekilde çalışabilmeleri için yeterli ve tatmin edici bir aydınlatma düzeyi tercih edilmelidir. İşyerlerinin aydınlatılmasında güneş ışığından yeterli derecede yararlanılması esas alınarak projelendirme yapılmalıdır. Gün ışığının yetersiz olduğu konumlarda ise direkt aydınlatma yerine yarı indirekt veya indirekt aydınlatma yöntemi uygulanmalı ve aydınlatmanın güneş ışığına yakın ışık veren lambalarla yapılması tercih edilmelidir

Gürültü: Gürültü istenmeyen her türlü ses olarak tanımlanmaktadır. İşgücünün ruhsal ve fiziksel sağlığını bozan gürültü işgücü verimini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastaneler, sessiz-sakin mekân imajına karşılık aslında çok gürültülü olmamakla birlikte, özellikle yemekhane, laboratuvarlar, teknik servis, hasta kayıt birimi ve hemşire odalarında gürültünün, iş üretimini olumsuz etkileyecek düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, hastanelerdeki gürültünün gündüz 40 desibel(dB), gece 35 dB civarında olması önerilmektedir. Hastanelerin büro bölümlerinde ses düzeylerinin 68- 75 dB, teknik serviste 75–85 dB

olduğu kısa süreli olarak 100 dB'e çıktığı, jeneratör çevresinde 110 dB'e ulaştığı bildirilmektedir. Gerek hastalar gerekse çalışanlar için hastanenin en sessiz yerlerinden olması beklenen yoğun bakım ünitesinde yapılan iki ayrı çalışmada, altı yataklı bir yoğun bakım ünitelerinde ses düzeyi 60,3–67,4 dB, pediatrik yoğun bakım ünitelerinde gündüz 61 dB, gece 57 dB bulunmuştur.¹⁸⁰

Hastaların yattıkları bölümde ses düzeyi 35–40 dB aşmamalıdır. Ancak hasta ziyaret saatlerinde, poliklinik saatlerinde oldukça gürültü olabilmektedir. Laboratuarda santrifüj cihazı çalışırken 51–82 dB düzeyinde ses çıkarabilmektedir. Ameliyathanede cerrahi aletlerin çarpışması 78 dB, lazer cihazının çalışması 82 dB, fizik tedavi bölümündeki egzersiz aletleri 70–85 dB düzeyinde gürültüye neden olabilmektedir. Diş hekimlerinin kullandıkları, dakika da 300–400 bin devir hızında dönen elektrikli cihazlar 85-90 dB düzeyinde ses oluşmasına neden olabilmektedir.¹⁸¹

İklimlendirme Sistemleri (sıcaklık, nem, havalandırma): Her türlü binadaki havalandırma sistemlerinin, uygun bir ısı ve nem içerecek şekilde geliştirilmesi gerekir. Hastane ortamlarının havalandırma sistemleri hastaların ve hastane çalışanlarının sağlıklarını korunması ve hastane kaynaklı enfeksiyonları önlenmesi bakımından ayrı bir önem teşkil etmektedir. Hastane ortamlarında tüberküloz gibi belirli hastalıklar sağlık personeline hava yolu ile bulaşma riski taşımaktadır. Bu nedenle hastanelerde oluşturulacak havalandırma sistemleri, mikroorganizmaların biyolojik ve fiziksel özellikleri dikkate alınarak hastane kaynaklı veya mesleki enfeksiyonları önleyecek şekilde yapılmalıdır. Hastanelerde klima tesisatı, odalarda konfor şartlarının sağlanmasının yanı sıra hastane içerisinde mikroorganizmaların, tozların, anestezi gazlarının ve kötü kokuların da en alt seviyelerde olmasını temin etmek için kullanılırlar.

Hastanelerdeki standart odaların dışında daha steril bir ortam gerektiren ameliyathane salonlarında ise enfeksiyon risklerini en alt seviyelerde tutabilmek ve mikroorganizma konsantrasyonunu standartlar ile belirtilen değerlerde tutabilmek için klima sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Hava akımının ortam içindeki hızı, 0,46 m/sn (+/-0,10 m/sn) seçilmelidir.¹⁸² Ameliyathanelerin sıcaklığı 20- 22 C, yoğun bakım bölümlerinin 24-27 C, hasta odaları 22-24 C, olması önerilmektedir.

¹⁸⁰ Parlar, a.g.m., s. 547

¹⁸¹ Akkaya, a.g.k, s.45-46

¹⁸² Parlar, a.g.m., s. 547

Buna karşılık sterilizasyon, çamaşırhane, mutfak gibi bölümlerin sıcaklığı ve nem derecesi rahatsız edecek derece yüksektir.¹⁸³

İyonize Radyasyon: İyonize radyasyon, X ışınları özellikle hekimler, hemşireler ve röntgen teknisyenleri için önemlidir. Doğal radyoaktif maddeler olan radyum, uranyum ve toryum'un ve suni radyoaktif maddeler yani radyoaktif izotopların tıpta kullanımı sağlık çalışanları için risk oluşturmaktadır. Bu maddeler insan vücudu üzerine çok çeşitli etki yapmaktadır.¹⁸⁴ Sağlık kuruluşlarındaki elektrik ve radyasyon konuları da fiziksel faktörler olarak çok önem taşır. Kullanılan çeşitli elektrikli cihazların doğru olarak topraklanması ve yalıtımlarının sağlanması gerekmektedir. Radyasyon maruziyeti radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi bölümlerinde çalışanları için söz konusudur. Bu bölümlerde çalışanların radyasyondan etkilenme düzeyleri sürekli olarak ölçümlerle izlenmelidir.¹⁸⁵

4.3.2. Kimyasal Faktörler

Sağlık çalışanının bakım uygulamaları sırasında karşılaştıkları kimyasal faktörler içinde 1. sırada dezenfektanlar, 2. sırada antiseptikler yer almaktadır. Bunların dışında; anestezi maddeler, latex, civa, glüteraldehid, solvent, inorganik kurşun, farmasötik maddeler ve sitotoksik maddeler de bulunmaktadır. Kimyasal maddelerin etkinliği; konsantrasyonuna, temas süresine, temas yoluna, maddenin fiziksel ve kimyasal özelliklerine bağlıdır. Etkinlik; ortamda diğer fiziksel ve kimyasal ajanların varlığına veya kişinin alkol, sigara, ilaç bağımlılığına göre değişebilmektedir. Kimyasal maddeler, sağlam cilt, solunum sistemi (inhalasyon), ağız (inhalasyon, yutma), göz ve iğne batması gibi çeşitli yollar ile vücuda alınmaktadır. Çalışma ortamında kullanılan bu kimyasal maddeler, sağlık çalışanlarında akut veya kronik etkiler oluşturmaktadır.¹⁸⁶

Deri mesleki hastalıkları, travmalardan sonra en sık bildirilen meslek hastalıklarıdır. Başlangıçta mekanik uygulamaların yol açtığı dermatozlar ön planda iken günümüzde endüstriyel maddelerin yol açtığı dermatozlar önem kazanmıştır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, endüstrideki gelişmelere paralel olarak, organik ve inorganik kimyasallar, deri hastalıklarına yol açan en önemli etkenlerdir. Her yıl çalışma yaşamına giren yüzlerce kimyasal, deride primer irritasyon ve alerjik

¹⁸³ Akkaya, a.g.k, s.46

¹⁸⁴ Parlar, a.g.m., s. 547

¹⁸⁵ Akkaya, a.g.k, s. 46

¹⁸⁶ Parlar, a.g.m, s. 548

duyarlaşmaya yol açmaktadır¹⁸⁷ Sağlık çalışanları sıklıkla bakterilerin, virüslerin ve mantarsal tehlikelerin, radyasyonun ve en çok da kimyasal maddelerin yol açtığı deri problemlerine maruz kalırlar.¹⁸⁸

Günümüzde birçok sağlık işletmesinde özellikle kanserli hastaların tedavilerinde kullanılmak üzere bazı ilaçlar (antineoplastik) hazırlanmaktadır. Söz konusu ilaçlar bir taraftan ilaçları hazırlayan personelin sağlık ve güvenliğini tehlikeye sokmakta, diğer taraftan tüm sağlık çalışanlarının sağlığını için bir risk teşkil etmektedir. Sağlık çalışanlarından özellikle de hemşireler söz konusu kanser tedavisinde kullanılan ilaçların olumsuz etkilerine maruz kalmaktadır.¹⁸⁹

4.3.3. Biyolojik Faktörler

Sağlık çalışanları içinde buldukları çalışma koşulları nedeniyle her gün birçok risk etmeni ile karşılaşmaktadırlar. Sözü edilen risklerden bir tanesi de çalışanların maruz kaldıkları kan ve kan ürünleri, vücut sıvıları, hava ve diğer yöntemlerle çalışanları etkileyen biyolojik risklerdir (AIDS, Hepatit B, Hepatit C vb). Biyolojik riskler içinde enfeksiyon hastalıklarının önemli bir yeri vardır.

Enfeksiyon hastalıklarında gerek hastadan sağlık personeline, gerekse de sağlık personelinden hastaya biyolojik ajanların geçişi söz konusudur. Bu nedenle enfeksiyon hastalıklarına tutulan hastaların yattığı hastaneler ve laboratuvarlar, biyogüvenlik açısından önemlidir.

Tablo 13: Biyolojik Risk Faktörleri

KAN YOLU	HAVA YOLU	FEKAL-ORAL	DERİ YOLU
<ul style="list-style-type: none">• Hepatit B• Hepatit C• HIV•	<ul style="list-style-type: none">• Tbc• Kızamık• Kızamıkçık• Meningokoksik menenjit• İnfluenza• Boğmaca• Kabakulak• Varisella•	<ul style="list-style-type: none">• Helikobakter• Hepatit A• Polio• Salmonella enf.• Şigella enf.	<ul style="list-style-type: none">• Herpetik dolama• Tinea pedis• Siğiller

Kaynak;http://halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/200405/SaglikCalBiyolojikRiskler_AD.pdf (3.11.09)

¹⁸⁷ Arda, F., Özşahin, A., “Mesleki Deri Hastalıkları ve Korunma Yolları”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ocak-Şubat-Mart 2005, s.25

¹⁸⁸ Devebakan, a.g.m, s. 152

¹⁸⁹ Devebakan, a.g.m, s. 151

Adivisory Committee on Immunisation Practices (ACIP) 1997 yılında hazırladıkları raporda sağlık personelinde immunizasyon şemasını geniş çapta ele almışlar ve 3 grupta toplamışlardır.

1.Kuvvetle önerilen immunize edici ajanlar; Sağlık çalışanları için temel olarak uygulanması öngörülen asılardır. Bunlar hepatit B, influenza, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, su çiçeği asıları ve hepatit B, suçiçeği için hiperimmunglobulin uygulanımdır.

2.Özel durumlarda önerilen immunize edici ajanlar; BCG, hepatit A, boğmaca, tifo, çiçek, meningokok asısı ve hepatit A için immunglobulin uygulanımdır.

3.Aşı ile önlenebilen diğer hastalıklar: Hastalık riski toplumdan farklı olmayıp diğer erişkinler gibi asılanması gereken hastalıklar. Difteri, tetanoz ve pnömokok aşılardır.¹⁹⁰ Böylece sağlık personellerinin karşılaşabilecekleri biyolojik ajanları gruplamış oluyoruz.

DSÖ yayınladığı bir raporda tüm dünyada 35 milyon sağlık çalışanına yıllık 3 milyon kan kaynaklı mikrobun bulaştığını (2 milyon Hepatit B, 0,9 milyon Hepatit C ve 170,000 HIV) ve söz konusu mikropların 15,000 sağlık çalışanında Hepatit C, 70,000'inde Hepatit B ve 500'ünde HIV enfeksiyonuna neden olduğunu belirtmektedir. DSÖ aynı raporda sözü edilen enfeksiyonların %90 oranında düşük gelirli ülkelerde gerçekleştiğine dikkat çekmektedir.

Dünyada yaygın bir halk sağlığı sorunu olan Hepatit B enfeksiyonu, kronik hepatit, siroz ve karaciğer kanseri gibi ölümcül hastalıklara neden olması ve HIV'den 100 kat daha fazla bulaşıcı olması bakımından önemli bir hastalık olup, sağlık çalışanları için B tipi hepatite yakalanma sıklığı normal popülasyondan 3–8 kat daha fazladır. Yüksek risk grubunda olup hepatit B aşısı önerilen meslekler ve gruplar aşağıda sıralanmıştır.

Sağlık Personeli

- Doktorlar, diş doktorları ve ağız cerrahları
- Hemşireler
- Diş teknisyen ve hemşireleri
- Laboratuar çalışanları
- Tıp ve hemşirelik öğrencileri

¹⁹⁰ Kartal, Doyuk, E., "Sağlık Personelinde Profilaksi", Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi No.61, Şubat 2008; s.215-216

Sağlık çalışanları açısından biyolojik risk faktörlerinden birisi de; solunum yolu ile maruz kalınan ve çoğunlukla hastane kökenli olan enfeksiyonlardır. Sık karşılaşılan hastane kökenli ve solunum yolu ile bulaşan enfeksiyon etkenleri; influenza, Rubella, Kızamık, Kabakulak, Varisella ve Parvovirüs B₁₉ gibi virüslerle ile Tüberküloz, Boğmaca, Streptokok ve H.Influenzae gibi bakterilerdir. Sözü edilen enfeksiyonlar sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini bozarak iş gücü kayıplarına yol açmasının nedeniyle bir meslek hastalığı olarak da kabul edilebilir.

Hoşoğlu ve arkadaşları tarafından bir üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarında tüberküloz riski ile ilgili yapılan bir araştırmada; sağlık çalışanlarında ortalama tüberküloz gelişme hızı; tüm personel için 100,000’de 200, hekimlerde 100,000’de 127, hemşirelerde 100,000’de 274 ve yardımcı sağlık personeli için 100,000’de 160 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Türkiye’de tüberkülozun 100,000 kişide görülme olasılığının yıllık 40,8 olduğu göz önüne alındığında, sağlık çalışanları tüberküloz oranının yüksek olduğu söylenebilir.¹⁹¹

4.3.4. Ergonomik Faktörler

Ergonomi; kişi ve onun yaptığı işin gerektirdiği fiziksel, ortamsal koşullar arasında en uygun iletişimin sağlanmasını inceleyen bilim dalıdır. Ergonomik araştırmalar, belli bir işin uygun koşullarda emin, güvenli ve verimli yapılabilmesi, işi yapanın en sağlıklı uygun ortamda, uygun vücut postüründe, en az enerji sarfı ve en çok verimle yapılmasını amaçlamaktadır.¹⁹²

Çalışma hayatı ve verimlilik bakımından ergonomik faktörlerin de önemli yeri vardır. Çalışma koşulları bakımından rahat durumda olan çalışanın iş kazasına uğrama riskleri az olmakta ve dolayısıyla iş verimleri daha fazla olmaktadır. İşyerindeki çalışma koşullarının çalışanın niteliklerine uygun hale getirilmesi ve sonuç olarak “iş ve işçi uyumunun” sağlanması olarak ifade edilen ergonomi ilkeleri genel yaşam bakımından da önem taşır. İş kazaları ve meslek hastalıkları ekonomik ve sosyal birer sorun olması sebebiyle; toplumun büyük kesimine dolaylı olarak, çalışma hayatının sosyal taraflarına ise doğrudan sorumluluk yüklemektedir.¹⁹³

¹⁹¹ Devebakan, a.g.k., s.143-146

¹⁹² Özel, N., “Hemşirelerin Çalışma Ortamında Ergonomi Kurallarına Uyumunun Belirlenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2005, s. 12

¹⁹³ Parlar, a.g.m., s. 551

Sağlık çalışanlarında ergonomik faktör olarak karşımıza çıkan kas-iskelet sistemi sorunlarının nedenleri, çalışma ortamından veya yapılan işten kaynaklanabilmektedir.¹⁹⁴ Kas iskelet sistemi sorunları eğilme, yukarı ya da ileriye uzanma, tutma, sarılma/kucaklama, kaldırma, dönme gibi vücut hareket ve fonksiyonları sonucu gelişmektedir. Günlük yaşam içinde zararlı olmayan bu hareket ve fonksiyonlar; işe bağlı olarak zorlayıcı bir şekilde yapıldığında, sık tekrarlandığında, daha da önemlisi, işin yoğunluğuna bağlı olarak hareketler arasında dinlenmeye izin vermeyecek ölçüde hızlı ve seri olarak tekrarlandığında kas iskelet sistemi sorunlarına yol açabilmektedir.

Hemşireler bakım fonksiyonları gereği hastaları kaldırmak, döndürmek, sıkışık mekanlarda vücut postürlerini zorlayarak bakım vermek, uzun süre ayakta kalmak ve bunları her gün defalarca tekrarlamak zorundadırlar.¹⁹⁵ ABD’de yapılan bir araştırmada postoperatif bakım veren hemşirelerin ve geriatri hemşirelerinin sırt ve bel ağrısı çektiği saptanmıştır. Özellikle yatağa bağımlı hastalara bakım veren bir hemşire, çoğu zaman hasta ile beraber düşmekte ve kırık gibi olumsuz komplikasyonlar oluşabilmektedir. Yine hemşireler yatak içinde pozisyon değiştirirken ya da hastaya bazı işlemleri uygularken disk kayması, skolyoz gibi omurga hastalıkları ile karşı karşıyadırlar. Sürekli yanlış hareketler, kaldırmalar, çevirmeler sonucu kalıcı etki yirmi yıl sonra oluşur.¹⁹⁶ Ameliyathane hemşireleri ve diğer çalışanlar açısından uzun süre ayakta kalma, hasta transferi esnasında hastayı kaldırma, malzeme taşıma sırasında ergonomik sorunlar olabilir. Ayrıca, taşıma sırasında taşınanın insan olması daha dikkatli olmayı gerektirmektedir.¹⁹⁷

Çekoslovakya, Belçika ve Fransa’da yapılan değerlendirmelerde dahiliye ve yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelerin, çalışma sürelerinin %60-80’lik bölümünü yürüyerek geçirmekte olduğu ve bu süre içinde bir çalışma gününde 5-7 km. yol yürüdüğü saptanmıştır. Yürünen mesafenin gece çalışmalarında 17 km.’ye kadar artabildiği ifade edilmektedir. Hollanda’da gece vardiyasında çalışan hemşirelerin %30-78’i, gündüz çalışanlarında %5-57’si yeteri kadar dinlememe, yeteri kadar uyuyamama ve yorgun uyanma gibi yakınmalar dile getirmiştir.¹⁹⁸

¹⁹⁴ Parlar, a.g.m., s. 551

¹⁹⁵ Pınar, Sert, a.g.m., s. 72

¹⁹⁶ İnceslesli, A., “ Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını Ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana, 2005, s.27-28

¹⁹⁷ Bilir, a.g.k., s. 309

¹⁹⁸ Bilir, a.g.k., s. 309

NIOSH, sağlık çalışanlarının %8 ile %12'sinin latekse alerjisi olduğunu tahmin etmektedir. Maryland Tıp Fakóltesi alışanlarında Amr ve Bollinger de sağlık çalışanlarından %5 ile %18'inin latekse alerjisi olduğunu ve söz konusu risk etmeninin sağlık alışanlarında mesleki astıma neden olduğunu bildirmektedir.

Kaygan zeminler, hastane kazalarının önemli nedenlerindedir. Hastanelerde ki zemin döşemesi, düz, kaygan ya da parlak olmayan, yürümede zorluk yaratmayan, gürültüyü engelleyici önlemlerle donatılmış yapıda olmalıdır.

Amerikan Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Kurumu (NIOSH) California, Michigan, Massachusetts verilerine dayanarak 1993–1999 yılları arasında sağlık çalışanları arasında %16 oranında (1879 kişide) mesleki astım vakası rapor etmiştir. Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) sıklıkla kullanılan lateks, temizlik ürünleri (dezenfektanlar gibi), formaldehit, hava kalitesi, yapı işlerinden kaynaklanan kimyasallar, sigara, parfüm, tozlar ve küflerin de iş ortamında astıma neden olduğuna dikkat çekmiştir.¹⁹⁹

Birçok ölkede yapılan incelemeler işyerlerinde beslenme olanaklarının sağlanmasının yararlı olduğunu göstermiştir. Yeterli ve dengeli bir beslenme; çalışanın verimini artırır, yapılan üretimi artırır, hastalıkları azaltır, iş kazalarını azaltır, meslek hastalıklarını azaltır, çalışanların sağlığını geliştirir, işe devamsızlığı azaltır, iş yeri psikolojisini ve huzurunu güçlendirir ve çalışanın hastalıklara karşı direncini artırır. Yaşam boyu tüm bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması ve sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi amacıyla beslenme eğitiminin önemi de unutulmamalıdır.²⁰⁰

4.3.5. Psiko-Sosyal Faktörler

4.3.5.1. İş Stresi

Tınar'a göre en genel anlamıyla stres, bireyin içinde bulunduğu çevreden kendine yönelen istemlerle, kendi değerleri, tutumları, ihtiyaçları, yetenekleri ve becerileri arasındaki uyumsuzluktan (denge bozukluğundan) kaynaklanan bedensel, sosyo-psişik bir gerilim durumudur. Cüceloğlu da stresi benzer bir tanımla "bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayret" olarak tanımlamaktadır.

¹⁹⁹ Özel, a.g.k., s. 28

²⁰⁰ Parlar, a.g.m., s. 551-552

İş stresi, bir işin yerine getirilmesinde zorluk yaşanması ile ilgili olup iş doyumunu negatif etkilemektedir. İş stresi;, aşırı iş yükü, işi yapmak, rol belirsizliği ve çatışması için gerekli kaynakların yetersizliği olarak dört boyutta incelenmektedir.

Tablo 14: Stresle Karşılaşan Bireyin Gösterdiği Çeşitli Tepkiler

DUYGUSAL TEPKİLER	Dikkatini toplayamama, kararsızlık, unutkanlık, hassasiyet, korku, bıkkınlık ve tatminsizlik.
FİZYOLOJİK TEPKİLER	Vücudun kan basıncı seviyesinde değişme, nabız ve kalp hızında artış, baş ağrısı, bel ağrısı, ülser ve kalp hastalıkları.
DAVRANIŞSAL TEPKİLER	Saldırganlık, aşırı yemek yeme veya bir şey yemek istememe, alkol, ilaç, sigara vb. zararlı madde kullanımı

Kaynak, Devebakan, a,g,k., s.156

Sağlık çalışanlarında yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara hizmet verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma, sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımı²⁰¹ iletişim yetersizliği, yetki ve sorumluluk dengesizliği, görev tanımlarının yetersiz yapılması, kararlara katılım eksikliği, yükselme imkanlarının yetersizliği, çalışmaların ilgililerce yeterince takdir edilmemesi, iş doyumsuzluğu, hizmet içi eğitim yetersizliği, etkin ekip çalışmasının uygulanamayışı,²⁰² uygun olmayan fiziki çevre, tıp teknolojisindeki gelişmeler, sağlık bakımı vermede yeni düzenlemeler, hastalarla uzun süre temas, karmaşık ilişkiler, insanların sağlık ve iyiliğinden sorumlu olma gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır.²⁰³

4.3.5.2. İşyerinde Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre "Kişinin kendisine ya da başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi ve bunun sonucunda yaralanma, ölüm, psikolojik zarar görme, gelişiminin olumsuz etkilenmesi ya da tükenme durumunun ortaya çıkabilmesidir". ABD İş Sağlığı kaynaklarına göre şiddet, görev sırasında kişilere yöneltilmiş fizik saldırı ya da saldırı tehdidi olarak tanımlanmaktadır. İş yerinde şiddet genel olarak "çalışanların üretimini ya da güvenliğini negatif etkileyen iş ya da iş çevresi ile ilgili

²⁰¹ Devebakan, a.g.k, s.154-155

²⁰² Ergun, G., "Sağlık İşletmelerinde Örgütsel Stresin İş Gücü Performansı ile Etkileşimin İncelenmesi" Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2008,s.59

²⁰³ Parlar, a.g.m, s.552

bir sorun” olarak tanımlanmaktadır.²⁰⁴

Amerikan Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Kurumu (NIOSH) iş yerinde şiddet kavramını, “İş yerinde görevi başında bulunan çalışana karşı doğrudan yapılan fiziksel veya tehdit şeklindeki eylem” olarak tanımlamaktadır.

Şiddet ile ilgili çok sık kullanılan kavramlar aşağıda liste halinde sıralanmıştır;

Saldırı/Atak: Bir kişiye fiziksel olarak yaralamaya kalkışmak ve ya saldırmak veya kişiye zarar vermek (Dövmek, tekmelemek, tokat atmak, bıçaklamak, birini silahla vurma, cinsel saldırı ve ırza tecavüz bu kapsamda değerlendirilir).

Tehdit: Gözdağı vermek veya korku salmak suretiyle fiziksel, cinsel, psikolojik açılardan olumsuz sonuçlara neden olmaktır.

İstismar: Davranışın makul düzeyden ayrılması ve fiziksel ya da psikolojik gücün kötüye kullanılmasıdır. Taciz etmek, zorbalık yapmak ve psikolojik şiddet uygulamak bu kapsamda değerlendirilir.

Taciz: Irk, din, coğrafik bölge, politik görüş, inanç, azınlık grubundan olma gibi unsurlara yönelik istenmeyen davranış veya tavır takınma (sözel veya sözel olmayan, psikolojik veya fiziksel); iş yerinde erkek veya kadın çalışanların saygınlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Cinsel Taciz: Genel olarak istenmeyen cinsel mağduriyet söz konusudur. Cinsel tacize uğrayan kurbanların sessiz kalması veya sakinleşmesi için genelde tehdit söz konusudur.

İş yerinde Psikolojik Taciz: Psikolojik taciz yöntemiyle, zalimce ve kötü niyetli bir şekilde birini küçük düşürmeye çalışmak, mağduru sürekli olumsuz bir şekilde değerlendirmek, mağdur kişi hakkında dedikodu yapmak veya kişi hakkında yanlış bilgi yaymak suretiyle kişiyi sosyal ilişkilerden ve işinden soyutlamaya çalışmak.

Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl acil servislere 100 milyon acil başvuru yapılmakta ve söz konusu başvuruların 3 milyonu şiddetle sonlanmaktadır.²⁰⁵ ABD’de yapılmış bir araştırmada sağlık personelinin şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörlerinde çalışanlara göre 16 kat fazla olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada; pratisyen hekimlerin %67,6,

²⁰⁴ Yeşildal, a.g.m., s.281-282

²⁰⁵ Devedbakan, a.g.k., s.159-160

hemşirelerin %58,4, öğretim üyelerinin %36,7 ve diğer sağlık personelinin ise %32,7 oranında şiddete uğradıkları bulunmuştur.²⁰⁶

Finlandiya’da yapılan bir araştırmaya göre psikiyatri hemşireleri, hapishane gardiyanları ve polis memurlarının şiddete maruz kalma sıralamasında 3. sırayı (500/1000 maruz kişi), doktorlar 4. sırayı (234/1000 maruz kişi), hemşireler 5. sırayı (229/1000 maruz kişi) almışlardır. Sağlık çalışanları içinde en fazla şiddete maruz kalanlar acil servis çalışanlarıdır ve risk faktörlerinin başında madde bağımlılığı ya da psikiyatrik hastalığı olan hastalar gelmektedir.²⁰⁷

4.3.5.3. İş Doyumu

Bireyin işi, yaşamına anlam katan en önemli doyum alanlarından biridir. İş doyumunu; çalışanların iş ve iş yaşamındaki beklentilerine ulaştıkları zaman duydukları olumlu duygusal bir durumdur. İş doyumunu her meslek için önemlidir. Sağlık çalışanların sunduğu hizmet insanı konu alması, çok dikkat ve sürekli çalışmayı gerektirmesi nedeniyle iş doyumunun daha da önemli olduğu açıktır.

Sağlık çalışanları genellikle toplumda sosyal statüsü yüksek kişilerdir ve statüsüne uygun bir yaşam sürmesi gerekmektedir. Oysa sağlık personelinin büyük bölümü için maddi olanaklar bu şekilde yaşam biçimine olanak sağlamamaktadır. Öte yandan özellikle gece çalışması ve vardiyalı çalışma nedeniyle sağlık çalışanları diğer kişilerle sosyal açıdan da ilişki kurmakta ve ilişkilerini sürdürmekte zorluk çekebilirler.²⁰⁸

Probst iş güvencesi, iş doyumunu ve iş güvenliği ilişkisini Şekil11’deki gibi özetlemektedir. Buna göre iş güvencesi ve iş doyumunu arasında kuvvetli pozitif bir korelasyon vardır. İş doyumunu genellikle ilgili bilgi ve motivasyonu etkilemektedir ve iş kazası riskini artırmaktadır. Buna ek olarak Türkiye ’de yapılan çalışmalarda mesleki bilgi ve beceri kullanımının, çalışma süresi, örgüt kültürü ve kuruma bağlılığın mesleki doyumunu etkileyen önemli etmenler olduğu bildirilmiştir.²⁰⁹

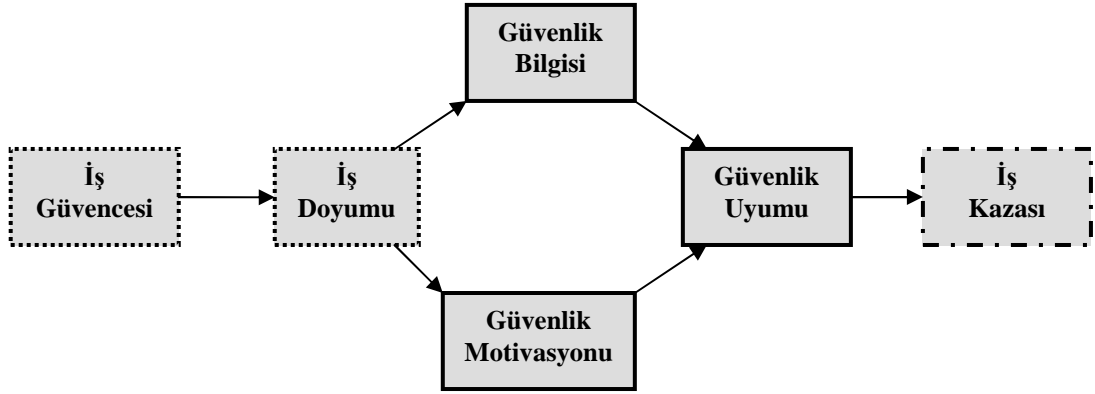
²⁰⁶ Parlar, a.g.m., s.552

²⁰⁷ Yeşildal, a.g.m., s.282

²⁰⁸ Parlar, a.g.m., s.552

²⁰⁹ Demiral, Y., “Sağlık Çalışanlarında İş Gerilimi, İş Doyumu Ve Mesleki Riskler”, TTB Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık 2006, s. 38-39

Şekil 10: İş Güvencesinin İş Doyumu ve Güvenlikle İlişkisi



Kaynak, Demiral, a.g.m., s. 39

Sağlık hizmetlerinin sunumunda en büyük insan gücünü günün 24 saati hizmet vermesi bakımından hemşireler oluşturduğundan, hemşirelerde iş doyumu daha da önem taşımaktadır. Çalışma ortamındaki doyum, çalışanların sadece fiziksel ve zihinsel durumunu değil, aynı zamanda bireysel, fizyolojik ve ruhsal durumunu da etkiler. Çalışma ortamında doyumsuzluk yaşayan birey, olumsuz duygulara yönelecek, bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı bozulacaktır. Bunun sonucunda bireyde işten uzaklaşma, işi terk etme, sık sık iş değiştirme gibi iş doyumsuzluğu ve tükenmişliği yaşayacaktır.²¹⁰

Sağlık çalışanları topluma hizmet vermektedirler ve bu hizmeti verirken kendilerinin ve ailelerinin sağlığı konusunda yeteri kadar zaman ayırmakta zorluk çekebilirler. Karşısına hasta olarak gelmiş bir kişiye istirahat verirken, kendisi aynı şekilde hasta olduğu zamanda çalışmasını sürdürebilir.

Sağlık kuruluşlarında kimi zaman aşırı hasta yükü de çalışan açısından önemli bir psikososyal sorun kaynağıdır. Kısa süre içinde çok sayıda hastanın muayenesini tamamlama durumunda olan hekim, bir yandan aşırı hasta yükünden dolayı sıkıntıya girerken, diğer taraftan hızlı muayene sırasında hastalara yeteri kadar zaman ayıramama nedeni ile hata yapma riski ile karşılaşabilir.

Hastanın her türlü sorumluluğunu taşıyan sağlık çalışanları ölümcül ve kurtarılamayan hastalar karşısındaki çaresizlik, hastanın ölümü durumunda ki üzüntü ve stres psikososyal sorunlara yol açabilir. Öte yandan kırsal alanda çalışmakta olan hekimler mesleki gelişmeleri ve yenilikleri yeterince izleme olanağı bulamayan hekim zaman içinde mesleğe yabancılaşma oluşabilir. Sosyal anlamda yalnızlık ise,

²¹⁰ Parlar, a.g.m, s.552

kırsal alanda görev yapan bir hekim açısından, günlük sosyal ilişkilerinin sürdürülmesinde güçlük yaşayabilir.²¹¹

4.4. Sağlık Kuruluşlarında İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Alınması Gereken Önlemler

4.4.1. Sağlık Kuruluşlarında İş Kazaları

Sağlık sektörü, hasta ve sağlık hizmetlerine gereksinimi olan bireylere hizmet sunma işi olarak kabul edilmektedir. Bu sektörün çalışanları olan sağlık personelleri uzun yıllardır çok ve çeşitli mesleki risklere maruz kalmıştır. Fakat buna rağmen, mesleki kökenli de olsa sağlık personellerinin sağlık sorunları göz ardı edilmiştir. Sağlık kurumları ve özellikle de hastaneler hastalara, ideal hizmet sunmaya programlanmasına rağmen sağlık personelinin, içinde yaşadığı çalışma ortamının iş sağlığı ve iş güvenliği sorunlarına gereken önem verilmemiştir.

Tablo15: Sağlık Çalışanlarının Karşılaştıkları Risk ve Sorunlarının Dağılımı

RİSKLER	n	%
Hasta ya da hasta yakını tarafından yapılan sözlü saldırı/tehdit, fiziksel şiddet	84	58.7
Akut bel, sırt ve boyun ağrısı	74	51.7
Kesici- Delici Alet Yaralanması	71	49.7
Kronik bel, sırt ve boyun ağrısı	56	39.2
Kimyasal katkı yada sıvı madde sıçraması	48	33.6
Düşme- kayma	33	23.1
Çalışma arkadaşlarınız ya da yöneticileriniz tarafından fiziksel ya da sözlü saldırı	25	17.5
Kırık, çıkık ya da sağaltım gerektiren yaralanma	15	3.5

Kaynak; Ergör ve arkadaşları, a.g.m., s.47

Avrupa'da sağlık sektöründeki iş kazaları, tüm Avrupa'da meydana gelen iş kazası ortalamasından %34 daha fazladır. ABD'de sağlık çalışanları iş kazaları nedeniyle 1994 yılında 100 tam gün çalışan işçi başına kaybedilen gün sayısı sağlık sektöründe 8,7 iken diğer sektörlerde 6,1'dir. İş kazası sağlık sektöründe 9,4 iken, madencilik sektöründe 6,3'tür. İş kazaları nedeniyle işçi kaybına oranlarına bakıldığında ise kamyon şoförleri, vasıfsız işçilerden sonra sağlık çalışanları (1000'de 101,8) gelmektedir. 1992 yılında 100 tam gün çalışan başına yaralanma oranları endüstriyel sektörlerde 8,9 olarak saptanırken hastanelerde bu oran 12'dir.²¹²

²¹¹ Bilir, a.g.k., s. 310

²¹² Kutlu, D., "Ameliyathane Çalışanlarının Cerrahi Aletlerle Yaralanma Risk Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon, 2007, s.6

4.4.1.1. Kesici- Delici Alet Yaralanmaları

Kesici ve delici alet denince; elle tutulduğu sırada cildin penetran yaralanmasına neden olabilen tıbbi ya da laboratuvar ekipmanları kastedilmektedir. Bunlar, iğneler, sivri uçlu intravenöz giriş araçları, bistüriler, lansetler, pipet ya da ampullere ait kırık cam parçaları ve enjektörleri içermektedir. Kontaminasyona neden olan sıçrama ise herhangi bir vücut sıvısının bireyin ağızına, kulaklarına, gözlerine ya da cilt bütünlüğünün bozuk olduğu bir bölgesine sıçrama yoluyla bulaşmasıdır²¹³

CDC (Center of Disease Control)'nin tahminlerinde göre hastane çalışanlarında her yıl bin enjektör yaralanması ve günde ortalama 1000 kesici alet yaralanması olmaktadır. Bir hastanede 100 yatak/yıl için ortalama 30 enjektör ve diğer kesici alet yaralanması olmaktadır. Kan ve vücut sıvılarına maruziyet olan bu yaralanmalara en fazla hemşireler %44, hekimler %28 ve teknisyenler %15 maruz kalmaktadır. Perkutan yaralanmaların %32'si tek kullanımlık enjektörlerle, %19'u sütür iğneleriyle ve %12'si kanatlı çelik iğnelerle olmaktadır. Sadece tıbbi personel değil temizlik işçileri ve çamaşırhane personeli de risk altındadır. En önemli risk kanla bulaşan hastalıklardır. Yaralanma sonucu 20 kadar kan yoluyla bulaşan patojene maruziyet olabilmektedir. Yaralanma kadar önemli diğer sorun ise yapılan bir araştırmaya göre bu kazaların %60'ı rapor edilmemesidir.²¹⁴

Sağlam kişiye bulaşan hastalık etkenleri deri yolu, solunum yolu ve diğer yollar ile vücut içine girebilirler. Kan ve vücut sıvıları ile sağlık personeline bulaşması; hastalarda kullanılan enjektör iğnesinin yanlışlıkla kendisine batırılması, kontamine kesici aletlerle yaralanma, sıyrık, kesik, yara nedeniyle sağlamlığı ve bütünlüğü bozulmuş alana kan ve vücut sıvıların sıçraması yolu ile olabilir.

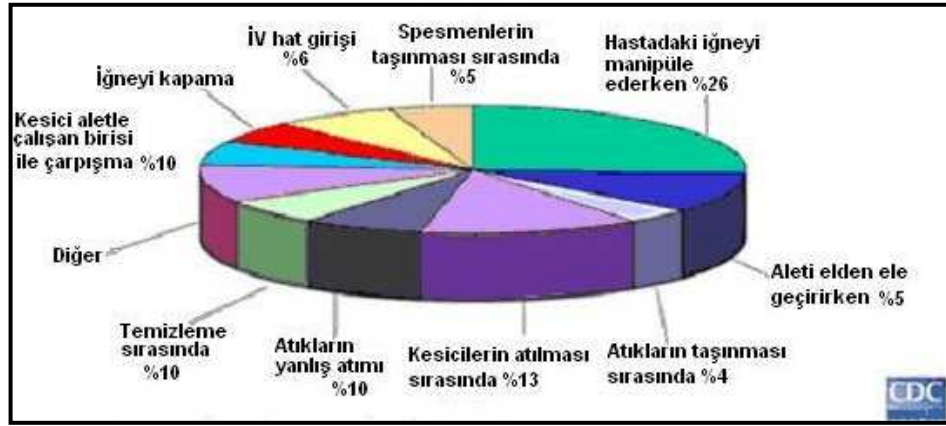
Cerrahi giricimler sırasında yaralanmaların çoğu sütür koyma sırasında olmaktadır. Hemşirelere ve diğer yardımcı sağlık personeli daha çok delici-kesici aletleri cerraha verirken ve alırken yaralanmaktadır. Tüm kan yaralanmalarını %50'si operasyon odasında eldivenin yırtılarak cildin kanla temas etmesi şeklinde olmaktadır.²¹⁵

²¹³ Korkmaz, M., "Sağlık Çalışanlarında Kesici ve Delici Alet Yaralanmaları" Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt. 3, Sayı.9, 2008, s.20

²¹⁴ Yeşildal, a.g.m., s. 283

²¹⁵ Kutlu, a.g.k, s.15

Şekil 11: Kesici ve Batıcı Yaralanmalar İle İlişkili Durumlar



Kaynak; Canada's, National Occupational Health&Safety Resource, 2005

Günlük çalışma ortamında, kan ve kan ürünlerinin yanı sıra, Hepatitli hasta ile karşılaşan sağlık çalışanları, Hepatit B açısından önemli bir risk grubudur. Bulaşma çoğunlukla günlük uygulamalardaki kullanılmış iğnelerin koruyucu kılıflarının tekrar takılması sırasında ele batması, kanla kontamine kesici aletlerle yaralanma, parenteral tedavi, kan alma, atılmış iğnelerin toplanması ve temizlik sırasında olmaktadır.²¹⁶ Enfekte hasta ile karşılaşıldığında, hepatit B bulaşma riski 3 çalışanda 1, hepatit C bulaşma riski 30 çalışanda 1 ve HIV bulaşma riski 300 çalışanda 1dir.²¹⁷

Ege Üniversitesi'nde 240 sağlık personeli üzerinde yapılan çalışmada; hepatit B geçiren sağlık çalışanlarının %59,0'ı bu hastalığı ne zaman geçirdiğini bilmediğini, ancak yapılan testler sonucunda öğrendiğini belirtirken, %33,4'ü meslek yılları içinde, %7,6'sı ise çalışmaya başlamadan önce geçirdiğini belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %80,0'i bu hastalıklar için herhangi bir tarama programı uygulanmadığını, ancak %13,1'i bizzat kendisi başvurarak, %4,3'ü klinik enfeksiyon hemşiresinin denetiminde, %2,6'sı başhemşire denetiminde incelendiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca %4,6'sı Hepatit B %2,9'u Hepatit C için yılda bir kez incelemeye alındıklarını, ancak HIV ve Tetanoz için incelemeye alınmadıklarını belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının mesleki risk oluşturan hastalıklara karşı aşılama durumları incelendiğinde; Hepatit B aşısının %50,4, tetanoz aşısının %30,8

²¹⁶ Türkistanlı, E., Şenuzun, F.E., Karaca, B.S., San, A.T., ve Aydemir, G., "Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bağışıklama Durumu", Ege Tıp Dergisi Cilt. 39 (1), 2000, s. 31

²¹⁷ Yeşildal, a.g.m., s. 283

oranlarında düzenli olarak uygulandığı saptanmıştır. Meslek riski oluşturan hastalıklara karşı bağışıklanmayan sağlık çalışanlarının aşı yaptırmama nedenleri; sağlık çalışanlarının %27,9'u ihmal ve zaman ayıramama, %23,6'sı aşı ücretlerinin karşılanmaması, %21,5'i aşuya gerek duymama nedenleri ile aşılanamadıklarını belirtmişlerdir.²¹⁸

Kutlu'nun Afyon Kocatepe Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi ameliyathane çalışanlarının üzerinde 90 sağlık çalışanları ile yaptığı araştırmada; %75,6'sı meslek yaşamları süresince en az bir kez delici/kesici aletlerle yaralandıkları belirlenmiştir. Doktorların %77,6'sı, hemşirelerin %79,2'si, temizlik personellerinin ise %50,0'si en az bir kez yaralanma yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışma kapsamına alınan her üç meslek mensubunun da yaralanma sonrası durumu rapor etmedikleri belirlenmiştir. Doktorların %91,1'i, hemşirelerin %94,7'si, temizlik personellerinin ise %75'i yaralanma sonrası durumu rapor etmediklerini belirtmişlerdir.

Ameliyathane çalışanlarının %81,1'inin Hepatit-B aşısı yaptırmalarına rağmen meslek grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık saptanmıştır. Bu farklılığın doktorların %91,4'ünün aşı yaptırmış olmasına rağmen hemşirelerin ve temizlik personellerinin %37,5'inin aşı yaptırmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hepatit B aşısı yaptırmayan ameliyathane çalışanı doktorların %40'ı doğal bağışık olduğunu ifade ederken, hemşirelerin %55,6'sı vakit bulamama nedeniyle aşı yaptıramadıklarını, temizlik personellerinin ise %33,3'ü prosedürlerin fazla olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan araştırmalarda da çalışmamızla uyumlu olarak %22,6 oranında ihmal ve zaman ayıramama yer almaktadır²¹⁹

Kesici ve delici alet yaralanmaları ile ilgili farklı araştırmalar Tablo 17'de yer verilmiştir. Görüldüğü üzere kesici ve delici alet yaralanmaları sağlık çalışanları için en sık karşılaşılan iş kazalarıdır. Yapılan diğer bir çalışmada yaşanan kazaların %60'ının rapor edilmediği bildirilmiştir. Yani araştırma sonucu ortaya çıkan değerler aslında tam olarak gerçeği yansıtmadığı, gerçekte sonuçların çıkan rakamlardan daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

²¹⁸ Türkistanlı ve arkadaşları, a.g.m, s. 31

²¹⁹ Kutlu, a.g.k., s. 56 -60

Tablo 16: Sağlık Çalışanlarında Kesici Aletlerle ve Diğer Yaralanmalarla İlgili Yapılan Çalışmalardan Örnekler

ARAŞTIRMACILAR	YIL-YER	ARAŞTIRMA GRUBU VE TİPİ	SONUÇLAR
Memish ZA, Almuneef M, Dillon J	2002 Saudi Arabistan	4 yıllık Sürveyans kayıtları 364 enjektör ve kesici alet yaralanması	✓ Temizlik personeli kaza sıralamasında 3. sırayı almıştır. Yaralanma nedeni en sık aletlerin uygunsuz atılmasıdır. Güvenli olmayan uygulamalara bağlı yaralanmalar neden sıralamasında 3. sırayı almıştır
Talaat M, Kandeel A, El-Shoubary W, Bodenschatz C, Khairy I, Oun S	2003 Mısır	Kesitsel 1485 sağlık çalışanı	✓ Son üç ay içinde %35,6'sı en az bir kez enjektörle yaralanmıştı. Yıllık tahmini sayı çalışan başına yıllık 4,9 enjektör yaralanması. Üç doz HBV aşılı hızı %15,8
Tarantola A, Golliot F, Astagneau P, Fleury L, Brücker G, Bouvet E	2003 Fransa	4 yıllık Sürveyans kayıtları; 7649 kan ve vücut sıvıları ile maruziyet olan kaza	✓ 1995 ve 1998 arasında hemşirelerde kan ve vücut sıvılarıyla temas olan yaralanma hızı 100 hemşire için 10,8'den 7,7'ye inmiştir (P <.001), enjektör yaralanması hızı 1995 de 100 hemşire için 8,9 iken 1998'de 6,3'e inmiştir (P <.001).
Kermode M, Jolley D, Langkham B, Thomas MS, and Crofts N	2005 Hindistan	Kesitsel 7 sağlık biriminde çalışan 266 sağlık çalışanı	✓ Son bir yılda grubun %63'ü en az bir perkütan yaralanma geçirmiş, grubun %73'ü iş yaşamları boyunca en az bir kez perkütan yaralanma geçirdiklerini bildirmişler.
Sencan I, Sahin I, Yildirim M and Yesildal N	2004 Düzce, Türkiye	Kesitsel 278 sağlık çalışanı	✓ Grubun %54,6'sı potansiyel enfeksiyöz maruziyet bildirmiştir. Kesici alet yaralanmaları hemşirelerin %57'sinde ve mukoz membrana sıçramalar hekimlerin %36'sında bildirilmiştir. Ameliyathane kazaların en sık olduğu yerdir (%56). ✓ Sağlık çalışanlarının %51'inde ellerinde sıyrık bulunmuştur. Grubun %16'sının ellerinde sıyrık bulunduğu haberi yoktur.
Azap A, Ergönül Ö, Memikoğlu KO, Yeşilkaya A, Altunsoy A, Bozkurt GY	2005 Ankara, Türkiye	Kesitsel 988 sağlık çalışanı	✓ Grubun %64'ü iş yaşamlarında en az bir kez kan ve vücut sıvılarına maruz kalmıştı (0.85 maruziyet kişi/yıl). Kesici alet yaralanmalarının en sık nedeni %45 ile enjektör kapağının kapatılması idi. ✓ Yaralanan personelin %28'i kişisel koruyucu kullanmıyordu ve %67'si yaralanma sonrası tıbbi bakım aramamıştır.

Kaynak; Yeşildal, a.g.m., s. 284–286

4.4.1.2. Çarpma, Düşme ve Burkulmaya Bağlı Travma

Sağlık çalışanlarında yaygın olarak görülen iş kazalarının bir diğeri ıslak zemin, yüksek basamaklar, zemindeki düzensizlikler gibi ortama ait faktörler kayma, düşme, burkulma, çarpma gibi iş kazalarıdır. Bir işin yapılması sırasında fizik güç kullanılması (hasta tasıma-kaldırma, malzeme kaldırma), uygun olmayan duruş vücutta gerginliğe yol açacak omuz hizasından yükseğe uzanma sonucunda vücudun bükülme veya dönmesi gibi durumlarla hastanelerde sık karşılaşılmaktadır. Özellikle hasta tasıma ve kaldırma eylemleri nedeniyle ortaya çıkan iş kazaları hastanelerde karşılaşılan iş kazalarının üçte birini oluşturmaktadır.²²⁰ Islak zemin, yüksek basamaklar, zemindeki düzensizlikler gibi ortama ait faktörler kayma, düşme, burkulma, çarpma gibi kazalara yol açmaktadır.²²¹

4.4.1.3. Şiddete Maruz Kalma

Sağlık kuruluşlarında yaygın olarak karşılaşılan ve son yıllarda artış gösteren bir başka iş kazası türü ise işyerinde şiddettir. *İşyerinde şiddet*, genel olarak “çalışanların üretimini ya da güvenliğini negatif etkileyen iş ya da iş çevresi ile ilgili bir sorun” olarak tanımlanmaktadır. Avrupa Komisyonu tarafından işe “işle ilgili durumlarda ya da dolaylı olarak güvenlik ve sağlığı olumsuz etkileyen, çalışanın suiistimalini, tehdit edilmesini ya da saldırıyı içeren kazalar olarak kabul edilmektedir.

Sağlık çalışanlarında şiddete uğrama riski, diğer hizmet sektörü meslek gruplarına göre 16 kat fazladır. Aldığı hizmetten memnun olmayan bazı hasta ya da hasta yakınları, özellikle acil servislerde zaman zaman sağlık personeli ile tartışmaya girmekte ve hatta fiziksel saldırıya geçebilmektedir. Finlandiya’da yapılan bir araştırmaya göre hapisane gardiyanları ve polis memurlarının ardından psikiyatri hemşireleri hiddete maruz kalma sıralamasında 3. sırayı, doktorlar ise 4. sırayı almışlardır. Sağlık çalışanları içinde en fazla şiddete maruz kalanlar acil servis çalışanlarıdır ve risk faktörlerinin basında madde bağımlılığı ya da psikiyatrik hastalığı olanlar gelmektedir.²²²

²²⁰ Akkaya, a.g.k., s.49

²²¹ Parlar, a.g.m., s. 551

²²² Akkaya, a.g.k., s. 49

İşyerinde şiddet 4 tipte incelenmektedir:

Tip I: Suça niyet ederek şiddete başvurma (kriminal şiddet).

Tip II: Müşteri/tüketicinin çalışana karşı uyguladığı şiddet.

Tip III: Çalışanın çalışana karşı uyguladığı şiddet.

Tip IV: Ev içi şiddetin işyerine yansımadır.

Sağlık çalışanlarında daha çok Tip II şeklinde olmakla birlikte, her dört tip iş yerinde şiddet olayı bildirilmektedir.

Hastanede şiddet için en sık rapor edilen risk faktörleri: İlaç, alkol ya da şiddet öyküsü olan psikiyatrik hastalık tanısı almış personelle çalışma, yemek ve ziyaret saatlerinde sayıca yetersiz personelin olduğu zamanlar, hastaların taşınması, muayene ya da tetkik için uzun süre bekleme, aşırı kalabalık, konforsuz bekleme odaları, çevresel düzenin yetersiz olması (yetersiz aydınlatma vb.), güvenliğin yetersiz olması, değişken karakterli hastaların bakımı için personelin eğitilmemiş olması, halkın hastanede sınırsız dolaşması, aydınlatılması iyi olmayan koridor, oda, park yerleri ve diğer yerlerdir.²²³

Ayrancı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 1071 sağlık çalışanında şiddete uğrama oranı %50,8 bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre şiddete uğrama oranları değerlendirildiğinde, en sık pratisyen hekimler (%67,6) ve hemşireler (%58,4), en az öğretim üyeleri (%36,7) ve diğerleri (%32,7) olarak sınıflandırılanlar şiddete uğradıklarını belirtmişlerdir. En yüksek şiddete maruz kalınan yerler, %63,1 oranla acil servisler olarak bulunmuştur. Bunu %63,0'lık oranla yataklı servisler izlemiştir.

Çalışmada, diğer kurumlara göre en fazla şiddete maruz kalınan yerler devlet hastaneleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri verilen kurumlar olmuştur. Bunun sebebi ise sağlık kurumlarının ekonomik güçlükler nedeniyle hastalara yetersiz tedavi olanakları sunmaları, daha kalabalık olmaları, sağlık çalışanlarının hastalarına daha az zaman ayırmak zorunda kalmaları gibi nedenlerle çalışma ortamının diğer yerlere göre daha stresli olmasının bir sonucu olabilir. Ayrıca, deneyimli sağlık çalışanı desteğinin yeterli olmaması, çalışanların yalnız bırakılması da şiddeti artıran etkenler olarak düşünülebilir.²²⁴

²²³ Yeşildal, a.g.m., s.296

²²⁴ Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y. ve Kaptanoğlu, C., "Çeşitli Sağlık Kurumlarında Ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı", Anadolu Psikiyatri Dergisi (3), 2002, s. 151-152

Tablo 17: Sağlık Çalışanlarında Şiddetle İlgili Yapılan Çalışmalardan Örnekler

ARAŞTIRMACILAR	YIL-YER	ARAŞTIRMA GRUBU VE TİPİ	SONUÇLAR
Early MR and Williams A	2002 ABD	Kesitsel 195 acil servis hemşiresi	✓Katılımcıların %60'ı hasta tarafından şiddete uğramıştır.
Salim M. Adib SM, Al-Shatti AK, Kamal S,	2002 Kuveyt	Kesitsel 5876 hemşire	✓Son 6 ay içinde grubun %48'i sözel şiddet ve %7'si fiziksel şiddet yaşamıştı. Fizik şiddete uğrayanların %63'ü fiziksel yaralanma bildirmedi.
Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K	2003 Kanada	Kesitsel 6526 Alberta'da, 2648 British Columbia'da Çalışan hemşire	✓Fiziksel şiddetin kaynağı, acil serviste %95,6, psikiyatri servisinde %100 hastalardır. Yoğun bakım biriminde emosyonel suistimalin %56,7'sinden, sözel cinsel tacizin %53,6'sından hastane çalışanlarının sorumlu olduğu bildirilmiştir.
Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, Şerifi BA	2003 Düzce, Türkiye	Kesitsel 79 hemşire	✓Grubun %60,3'ü şiddete maruz kalmıştır. Sözel şiddete maruz kalma %55,8, fiziksel şiddete maruz kalma %1,4'dür
Çalışkan M, Öcal E, Yesildal N, Mayda AS, Şerifi BA	2004 Düzce, Türkiye	Kesitsel 76 araştırma görevlisi	✓Araştırma grubunun %58,3'ü şiddete maruz kaldığını bunların %65,7'sinin sözel şiddet olduğu, %53,1'nde şiddete maruziyetin en sık acilde olduğu %53,3 ile en sık hasta yakınları tarafından uygulandığı, %2,9'unun fiziksel şiddete uğradığı saptanmıştır
Findorff MJ, McGovern PM, Wall M, Gerberich SG, Alexander B	2005 ABD	Kesitsel 1751 sağlık çalışanı	✓Fiziksel şiddet %7,2, fiziksel olmayan şiddet %30,6'dır. ✓Şiddet riski hastayla ilişki arttıkça artmaktadır.
Ayrancı Ü. The Journal of Emergency	2005 Eskişehir, Türkiye	Kesitsel 195 acil servis çalışanı	✓Grupta şiddet hızı %72,3. Verbal emosyonel şiddet %69,5. Özel tehdit %53,2, fizik şiddet hızı %8,5 idi
Medicine, Vol. 28, No. 3, pp. 361–365, 2005			✓Şiddeti yaşayanların %82,1'i 30-39 yaş grubundadır. Hemşirelerin %80,8'i ve hekimlerin %78'i şiddetle karşılaştığını bildirmiştir. Saldırganın %89'u hasta yakınıdır.
Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S	2005 ABD	Kesitsel 171 acil servis hekimi	✓Grubun %75'i sözel şiddete, %28'i fiziksel şiddete maruz kalmıştı, %44'ü geçmişe göre işyerinde kendini daha az güvenli hissediyordu.

Kaynak, Yeşildal, a.g.m., s.292-295

4.4.2. Sağlık Kuruluşlarında Meslek Hastalıkları

Sağlık personeli uzun yıllardır çok ve çeşitli mesleki risklere maruz kalmaktadır. Hızla gelişmekte olan ve sağlıklı ve/veya hasta tüm bireylere hizmet veren sağlık sektörünün topluma daha iyi hizmet götürebilmesi için çalışma ortamlarının güvenliği ve sağlıklı olması ayrı bir önem taşımaktadır. Sağlık hizmeti alacak bireylere, ideal hizmet sunmaya programlanan sağlık personelinin, içinde yaşadığı çalışma ortamının İSG sorunları yeterince ele alınmamıştır.

Sağlık çalışanlarını iş yerinde karşılaştıkları tehlikeler ve meslek risklerine karşı korumak amacıyla, batı ülkelerinde, Meslek Hastalığı ve Güvenliği Komiteleri (MSGK) oluşturulmuştur. İlk olarak 1958 yılında “American Medical Association (AMA) ve “American Hospital Association (AHA), yayınladıkları ortak bildiri ile “hastanelerde, çalışan sağlığı programlarını desteklediklerini; hastanelerin sağlık eğitimi, koruyucu tıp ve iş güvenliği konularında topluma örnek hizmet oluşturmalarını” önermişlerdir. Daha sonra Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH) 1974–1976 yıllarında hastanelerde meslek sağlığı konusunun yürütülmesi için etkin kriterler tanımlamıştır.

4.4.2.1. Enfeksiyona Bağlı Meslek Hastalıkları

Kan yoluyla bulaşan hastalıklar: Hastaların kan veya kanla kontamine vücut sıvılarıyla temas halinde başlıca HIV-AIDS, hepatit B, hepatit C ve hepatit D olmak üzere dört tür viral hastalığın bulaşması söz konusudur. Sağlık personelinin hepatit enfeksiyon sıklığı diğer mesleklere kıyasla en az 3–6 kat fazladır. DSÖ, ülkemizdeki sağlık personeline hepatit B enfeksiyonuna yakalanma riskini %0.6-1.4 olarak belirlemiştir. Sağlık personeline bulaşma açısından en sık karşılaşılan yollar; hastalarda kullanılan iğnelerin ele batması, kanla bulaşmış kesici-delici aletlerle yaralanma veya enfekte kan ya da diğer vücut sıvılarının deriye sıçramasıdır. Hepatit B'nin AIDS'e kıyasla kan yolu ile bulaşması en az 100 kat daha fazladır.

Solunum yoluyla bulaşan hastalıklar: Solunum yoluyla bulaşan hastalıklar; suçiçeği kızamık ve akciğer tüberkülozudur. Bunların içerisinde en riskli olanı, gerek çalışanın hayatını yitirmesi ile sonuçlanması gerekse diğer çalışanlara kolayca bulaşması nedeniyle, tüberkülozdur.¹¹⁹

Sağlık kuruluşunun her bölümünde tüberküloz nedeniyle tedavi edilen hasta sayısının sıklığı hastane çalışanlarında tüberküloza yakalanma riskini artıran bir faktördür.

Şekil 12: Sağlık Görevlilerini Etkileyen Enfeksiyonlar ve Bulaşma Yolları

Enfeksiyon veya Etken	Bulaşma Yolu
Hemorajik ateşler	Kan
Hepatit B, C	Kan
HIV (AIDS)	Kan
Tüberküloz (Akciğer)	Solumum
Suçiçeği, kızamık, kızamıkçık	Solumum (Temas ?)
Meningokok Menenjit	Temas (Solumum ?)
Difteri	Temas/Damlacık
İmpetigo, zona, herpes simpleks, viral konjunktivit	Temas
Hepatit A Poliomyelit Viral Diyareler Dizanteri Salmonellos Kolera	Fekal-oral

Kaynak, İnceseli, a.g.k., s. 19

Sağlık personelinde kan yoluyla bulaşan enfeksiyonların bulaşması en sık; hastalarda kullanılan iğnelerin batması, kanla kontamine kesici aletlerle yaralanma veya enfekte kan ya da vücut sıvılarının mukozaya sıçraması ile olmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada sağlık personelinin %97,4'ünün kesici, delici ve batıcı yaralanmaya maruz kaldığı ve bunların %1,9'unda Hepatit-B enfeksiyonu meydana geldiği saptanmıştır.

ABD'de yılda 16.000 sağlık çalışanı HIV ile enfekte olmuş iğne batmalarına maruz kalmakta, 1.800.000 sağlık çalışanı ise yaralanmaktadır. Her yıl 5000 sağlık çalışanı işyerindeki yaralanmalar nedeniyle Hepatit-B, Hepatit-C ve HIV etkenlerine maruz kalmaktadır.²²⁵ ABD'de 139 kesici ve delici alet yaralanmasının sonucunda %17'sinde bilinen HCV yada HIV pozitif kişilerin kanına maruziyet, %27'sinde şüpheli HCV yada HCV pozitif kişilerin kanına maruziyet olmuştur.²²⁶

Alçelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada grubun %73,5'i Hepatit B'ye karşı aşılı olduğunu bildirmiştir. Sosyal güvencesi olmayan 6 kişiden 4'ü ve SSK'lı olan 12 kişiden 6'sı Hepatit B'ye karşı aşılı olmadığını bildirmiştir.

²²⁵ Parlar, a.g.m., s. 550

²²⁶ Yeşildal, a.g.m., s.292-295

Ankara Tıp Fakültesinde çalışan 500 hemşirede yapılan bir çalışmada orantının %80 olduğu bildirilmiştir. Avustralya'da 261 hemşirede yapılan bu çalışmada bu orantı %96, Suudi Arabistan'da bir üniversite hastanesinde görevli 619 hemşirede yapılan çalışmada ise %79,5 olarak belirtilmiştir.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Uygulama Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada sağlık personelindeki aşılama oranı %62,9 olarak tespit edilmiştir. Kayseri' de yapılan benzer bir çalışmada asistan doktorların %8,7'si, İntern doktorların %20,2'sinin HB aşısı yaptırmamış olduğu görülmüştür.²²⁷

208 sağlık çalışanı üzerinde yapılan diğer bir araştırmada ise Çalışmada, tüm araştırma grubunda HB'ye karşı aşılama oranı %76,0 olarak bulunurken, doktorların %69,4'ü, ebe hemşirelerin %83,0'ü, diğer sağlık çalışanlarının %67,5'inin HB'ye karşı aşılandığı öğrenildi. Çalışmaya katılanların %6,3'ü HB enfeksiyonu geçirdiğini, %91,8'i geçirmediğini, %1,9'u ise bilmediğini ifade etti.²²⁸

Tüberküloz kontrolü açısından önerilen PPD yaptırma oranıtısı %72,7'dir. Grubun % 56,9'unu hemşirelerin oluşturduğu 137 kişilik Göğüs Hastalıkları Hastanesi sağlık personeline yapılan çalışmada periyodik PPD testi yaptırma oranıtısı %45.9dur.²²⁹

4.4.2.2. Fiziksel Etmenlere Bağlı Meslek Hastalıkları

İşçiler her gün yetersiz ya da parıltı ve gölge yapan bir ışık altında çalıştırılırsa, bu kötü koşullar işçilerde göz yorgunluğu ile birlikte baş ağrılarına sinirliliğe neden olur. Kötü ışıklandırmanın getirdiği adeli yorgunluk ile birleşen can sıkıcı durum, hem dikkati dağıtır ve hem de insanı moralman yıpratır ve sinirli kılar. Hava birçok özellikleriyle insan çalışmasını etkiler. Birey, havayı soluklar ve bütünü ile havanın içinde bulunan bir cisim olarak çalışır, dinlenir, hayatını idame ettirecek birtakım davranışlarda bulunur.

Havanın özellikleri ile ilgili şunlar söylenebilir:

- En temiz koşullarda havanın kimyevi kompozisyonu %20,93 oksijen, %79,04 azot, %0,03 karbondioksittir.

²²⁷ Çakmak, A., Öztürk, M., Kişioğlu, A.N., Doğan, M., "Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının Hepatit-B Enfeksiyonuna Karşı Bağışıklanma Durumları", TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık, 2002, s.45

²²⁸ Çakmak ve ark. a.g.m., s.45

²²⁹ Alçelik ve arkadaşları, a.g.m., s.63-64

- Terleme, soluk verme nedeniyle bozulmuş normal bileşimini kaybetmiş hava, insan sağlığını bozar, çalışma gücünü azaltır.

- Hava sıcaklığı insan sağlığı, çalışması ve davranışlarına etki eder.
- Hava basıncı, değişimleri ve cereyanları da insanlar üzerine etkiler yapar.
- Havadaki nem oranı da çalışmaları ve davranışları etkileyen bir diğer

etmendir.²³⁰

Paris'teki hastanelerde toplam 2892 kadın çalışanın %47'si gündüz %37'si de geceleri sıcaktan yakınmışlardır. Aynı kişilerin %26'sı gündüzleri, %46'sı da geceleri soğuktan yakınmışlardır.²³¹

Gürültünün insan sağlığı üzerine etkisini incelersek:

Psikolojik etkileri; davranış bozuklukları, öfkelenme, genel rahatsızlık ve sıkılma duygusu,

Fiziksel etkileri; geçici ve kalıcı duyma hasarları,

Fizyolojik etkileri; yorgunluk, uyku bozuklukları, baş ağrıları, dolaşım semptomları (kan basıncında artış, dolaşım bozuklukları, solunumda hızlanma, kalp atışlarında hızlanma, ani refleksler,

Performans etkisi; iş veriminde azalma, işe verilen dikkatte azalma, konsantrasyon bozuklukları, karşılıklı anlaşma olanaklarında kısıtlılıklar ve hareketlerin engellenmesidir.

Havalandırmanın yetersiz olduğu birimlerde ve yaz aylarında, ter ile sıvı elektrolit kaybına bağlı aşırı yorgunluk, kas krampları, uyku hali görülmektedir. Aşırı soğuk dikkatin azalmasına yol açarken, nemli ortamda ısı düşünce kişide üşüme ürperme meydana gelmektedir.²³²

4.4.2.3. Kimyasal Maddelere Bağlı Meslek Hastalıkları

Enfeksiyon hastalıklarının yanı sıra hastane çalışanlarının sağlıklarını tehdit eden bir başka unsur kimyasal maddelerdir. Bunlar arasında anestezi gazları, ilaçlar, dezenfektan ve antiseptikler maddeler, sterilizasyon malzemeleri ve laboratuvarlarda bulunan çeşitli kimyasal maddeler sayılabilir.

²³⁰ Ergun, a.g.k, s.31

²³¹ Bilir, a.g.k, s. 307

²³² <http://www.norosirurjihemsireleri.org.tr/downloads/5.sunum/18.ppt> (5.11.09)

Kimyasal maddeler, sağlık alışanlarında akut veya kronik etkiler oluşturur. Kimyasal maddelerin etkinliği, konsantrasyonuna, temas suresine, temas yoluna, maddenin fiziksel ve kimyasal özelliklerine bağlıdır. Etkinlik, ortamda diğer fiziksel ve kimyasal ajanların varlığına veya kişinin alkol, sigara, ilaç bağımlılığına gore değişebilmektedir. Kimyasal maddeler, sağlam cilt, solunum sistemi, ağız, göz ve iğne batması gibi çok çeşitli yollardan vucuda girmektedir. Bazı maddelerden absorbe olmadan, cilt ve gözde hasra oluşturabilmektedir.

Hastanelerde yaygın olarak kullanılan kimyasal maddeler şu şekilde sıralanabilir:

Asbestos, pnmokyoz, akciğer kanseri ve mezotelyomaya neden olan asbestosun kullanımı 1970 yılından itibaren kısıtlanmıştır. Günümüzde, teknik elemanların ve bazı özel koşullarda laboratuvar çalışanlarının temas riski bulunmaktadır. Sağlık alışanları için rutin bir risk oluşturmamakla beraber, eski binalardaki bakım onarım işleri sırasında asbestos ile temas olabilir.

İzopropil Alkol, cilt, mukoza, göz için iritandır. Alkol ile ıslanan giysinin uzun süre cilt ile temas etmesine izin verilmemelidir.

Sodyum Hipoklorid, amasır duyunun ana maddesi olarak hastanelerde çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Amonyak ile karışması toksik gaz oluşumuna yol açmaktadır.

İyodin, göz ve mukoza temasında iritasyona neden olmaktadır. İyodin ile yapılacak işlemler sırasında eldiven, gereğinde maske, önlük kullanılmalıdır. Fenol. Oral alım, inhalasyon veya cilt teması ile ciddi yan etkilere yol açmaktadır. Nekroza kadar gidebilen cilt iritasyonu, cilt ve gözde ağır yanık, aritmi, idrarda koyulaşma, solunum güçlüğü, konfüzyon, koma ve ölüme neden olabilir.

Gluteraldahit, ısıya dayanıksız birçok tıbbi malzemenin sterilizasyonunda (soğuk sterilizasyon) kullanılmaktadır. Gluteraldahitin kullanıldığı bölümler; ameliyathane, gastroenteroloji, dializ, patoloji bölümleridir. Bu bölüm çalışanları gluteraldahitin toksik etkisine maruz kalabilmektedirler. Sağlığa etkisi; gözlerde iritasyon, deride yanıklar oluşturmaktadır. Yanlışlıkla solunursa, burun kanamasına, hırıltılı solunuma, öksürük, ve ciğerlerde boğazda hassasiyet yapar. En büyük yan etkilerinden biri de, mesleki astım yapmasıdır.

Etilen Oksit, yanıcı, renksiz ve kokan toksik bir gazdır. Hastanelerde; kumaş ve metal olmayan tüm aletlerin sterilizasyonunda kullanılır. Etilen oksitin yan etkileri; yorgunluk, bulantı, baş ağrısı, bulanık görme, gözlerde ve boğazda yanma, anemi, hafızada zayıflık ve hatta felç gibi durumlara neden olmaktadır.²³³

Cıva, Cıva normal sıcaklık ve basınçta sıvı şekilde olan ve kolaylıkla buharlaşan yegane ağır metaldir. İnorganik cıva normal atmosfer ve ortam koşullarında sıvıdır. Oda sıcaklığının üzerine çıkınca buharlaşmaya başlar. Hastane de, termometre, barometre, flovmetre gibi aletlerde bulunur. Cıva bileşikleri insana deri ve solunum yoluyla girerler. Akut bozukluklar olarak gastroenterit belirtileri, anüriye kadar varan böbrek fonksiyon bozuklukları, cıva buharının solunmasıyla solunum yolu tahrişi (trakeobronşit, bronkopnömi), Ağız mukozası enfeksiyon (stomatit, gingivit, ülserasyon), diş dökülmesi, diürez artışı, albüminüri, eritrositüri görülebilirken, kronik bozukluklar olarak ise Merkezi sinir sistemi (MSS) zararları kronik bozuklukta sıktır. Aşırı irritabilite, titreme, fobiler, ruhsal labilite (eretizm), tutuk ve kekemeli konuşma görülebilir.²³⁴

Sağlık çalışanları, özellikle hemşireler kanser tedavisinde kullanılan antineoplastik ajanlara maruz kalmaktadır. Antineoplastikler karsinojenik, teratojenik ve mutajenik oldukları için mesleki maruziyet önemlidir. 2002–2003 yıllarında Antineoplastik Temas İndeksi (ATİ), idrarda atılan sitotoksiklerin araştırılması ve maruziyeti değerlendirmek üzere gerçekleştirilmiştir.

ATİ hemşirelerin %44,1'inin orta, %41'inin yoğun düzeyde maruz kaldığını ortaya koymuştur. İdrar analizleri herhangi bir kontaminasyon göstermemiştir. Baş ağrısı, saç dökülmesi ve halsizlik en fazla bildirilen yakınmalardır. Kan tetkikleri yüksek monosit (%51,7) ve düşük hemoglobin (%23,3) değerleri ortaya koymuştur. ATİ'ye göre alınması gereken önlemler hemşirelerin ancak %50'si uygun kabin kullanmakta, % 38,2'si eldiven, önlük ve gözlük/cerrahi maske takmaktaydı. Bulgular sitotoksik ilaçlara mesleki olarak maruz kalan hemşirelerin kişisel korunmalarının geliştirilmesi ve biyolojik izlemin desteklenmesinin önemini vurgulamaktadır.²³⁵

²³³ Akkaya, a.g.k, s. 51-53

²³⁴ İlhan, M,N, "Cıva Ve Bileşiklerinin Zararlı Sağlık Etkileri Ve Korunma" , TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ocak-Şubat-Mart, 2004, s. 44-45

²³⁵ Türk, M., Çiçeklioğlu, M., Davas, A., Saçakoğlu, F., "Antineoplastiklerle Çalışan Hemşirelerde Maruziyetin Değerlendirilmesi", TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık, 2006, s. 41

Ülkemizde antineoplastik ilaçların sağlık çalışanları tarafından güvenli kullanılıp kullanılmadığını irdeleyen ve 88 hastanede çalışan 791 hemşire üzerinde 1996 yılında yapılan çalışmada, antineoplastik ilaçların hazırlanmasının %80 oranında hemşireler tarafından yapıldığı ve yine %86,2 oranında da ilaç uygulamasını hemşirelerin üstlendiği saptanmıştır. Bunun yanı sıra aynı çalışmada hemşirelerin tek bir önlem aldıklarını belirtmeleri (%60,5) ve en yaygın olarak da eldiven kullandıkları, dört önlemin bir arada kullanılması (gözlük, eldiven, maske ve önlük) oranının ise %5,4 olduğu saptanmıştır.²³⁶

Yapılan iş sırasında giyilen eldivenlerden dolayı lateks alerjisi görülmekte, termometre ve barometrelerin kullanımı ve sterilizasyonu sırasında kırılması sonucu deri ve solunum maruziyeti yaşanmakta, kullanılan solventler karaciğeri, sinir sistemini etkilemekte ve inorganik kurşun kemik iliğinde etkili olup hemoglobin sentezini engellemektedir. Yapılan bir çalışmada kimyasal maddelere bağlı olarak ortaya çıkan rahatsızlıklara konulan tanılar; psoriasisegzema (%4,9), kronik dermatit (%4,4) ve alerji (%2,9) olarak belirtilmektedir.²³⁷

4.4.2.4. Radyasyona Bağlı Meslek Hastalıkları

Sağlık çalışanları için bir başka risk unsuru ise radyasyondur. Hastanelerde radyasyon kaynakları, ana makinelerden saçılan radyasyon ve beta radyasyon (karbon, iyot, radyum, kobalt, selenyum, krom) ile tedavi edilen hastalardan yayılan radyasyondur. İyonize radyasyon ise hastanelerde röntgen, floroskopi, dermatoloji, anjiyografi, bilgisayarlı tomografi, radyoterapi, nükleer tıp alanlarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte ameliyathane, acil, yoğun bakım üniteleri, sağlık çalışanlarının yanlışlıkla, yeterli ölçüm yapılmadan radyasyona maruz kaldığı birimlerdir.

Ameliyathane ve yoğun bakım ünitelerinde, hastalara film çekilmesi, katater ve drenlerin yerlerinin kontrol edilmesi için floroskopik incelemeler gibi işlemler sıklıkla yapılmaktadır. Bu işlemler sırasında saçılan radyasyon ortamdaki sağlık çalışanlarını etkilemektedir.

Radyasyonun organ ve dokulara etkisi, radyasyonun tipine, enerjisine, vücutta kalış süresine, radyoizotopun biyolojik ve radyoaktif yarı ömrüne bağlıdır.

²³⁶ Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Müdürlüğü, “Antineoplastik (Sitotoksik) İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi”, Ankara, 2004, s.8

²³⁷ Parlar, a.g.m., s. 548

Hücrelere sürekli radyasyon veren internal radyasyon kaynakları çok tehlikelidir. External radyasyon, maruziyet süresine, radyasyonun miktarına, personelin kaynağa olan uzaklığına, koruyucu bariyerlerin tipine bağlı olarak risk taşır.

İyonize radyasyonun gen mutasyonu, kromozomal değişiklikler, metabolik bozukluklar gibi kronik etkileri, radyasyon ile çalışanın korunmasında ki aksaklıklar ile ilişkili olarak meydana gelmektedir. Lazer de hasta ve çalışanlar için ciddi bir termo radyolojik tehlike oluşturmaktadır. Lazer kullanırken yangın çıkma tehlikesi vardır ve havaya yaydığı buharı çalışanların solumasından dolayı akciğerler üzerinde kalıcı hasar meydana getirdiği saptamıştır.²³⁸

Elektromanyetik alan etkisi ile insan vücudunda bazı değişiklikler meydana gelir. Bu değişimler;

- Hücre zarında protein ve iyonların geçişinde değişiklik,
- Kromozom hasarı,
- Hücrelerin, hormonlara ve enzimlere cevabında değişiklik,
- Kimyasal nörotransmitter etkileşim,
- Hücrenin immün yanıtında değişim²³⁹

Radyasyona en fazla maruz kalan kişiler olan radyasyon çalışanlarının, uzunca bir süre içinde aralıklı olarak düşük dozlarla maruz kalması yani kronik olarak ışınlanması sonucu meydana gelebilecek etkiler yıllar sonra ortaya çıkabilmektedir. Kronik olarak ışınlanan kişilerde, yıllar sonra, katarak ve kanser vakaları görülebileceği gibi doğal ömür sürelerinde de bir kısalma söz konusu olabilir. Ayrıca, bu kişilerin kendilerinden sonraki nesillerinde kalıtsal bozukluklara rastlanabilir.²⁴⁰

Uzun süre radyasyona maruz kalan kişilerde derinin rengi koyulaşır, deri kurur, tırnaklar bozulur ve deri üzerinde kılcal damarlar genişler. Daha ilerleyen vakalarda ağrılı yaralar ve deri kanserleri oluşur. Bunların dışında kan bozuklukları, akciğer kanseri, kemik bozuklukları ve göz bozukluklarına neden olmaktadır.²⁴¹

²³⁸ Akkaya, a.g.k., s.53-54

²³⁹ Bilir, a.g.k., s.381

²⁴⁰Eken, A., "İyonize Radyasyona Mesleki Olarak Maruz Kalmanın Toksikolojik Açından Değerlendirilmesi", Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara,2007, s.29-30

²⁴¹ <http://www.norosirujihemsireleri.org.tr/downloads/5.sunum/18.ppt> (5.11.09)

4.4.2.5. Varis ve Kas İskelet Yapılarına Bağlı Meslek Hastalıkları

Toplumun genelini etkileyen varis hastalığı, çalışma koşullarının ağırlığı ve çoğunluğunun kadın olması nedeniyle hemşirelerde daha büyük risk oluşturmaktadır. Varisler özellikle oluşumları sırasında ağırlıdırlar. İleri derecede gelişmiş varislerde hastalar bacaklarında ağırlıktan şikayet ederler. Uzanarak dinlenme, bacağın yukarı kaldırılması ve elastik çorap kullanılması ile bu şikayet ortadan kalkar. Ayak ve ayak bileğinde şişlik, etkilenen venlerin civarındaki deride kaşıntı bulunabilir. Bacakta ağrı, kramplar, yorgunluk ve ağırlık hissi görülebilir.

Araştırmaya katılan 209 hemşire ile yapılan çalışmada; hemşirelerin %72,7'sinin varis yakınmasının olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin 4/5'ünün (%78,9) varis tedavisi görmediği saptanmıştır. Bu sonuç, hemşirelerin varis hastalığını yeterince önemsemediklerini ve kendi sağlıklarına gerekli özeni göstermediklerini düşündürmektedir. Varisin koruyucu tedavisi; varis çorabı giyme, yürüyüş yapma, bacakların elevasyona alınması ve egzersiz yapmayı içermektedir. Herhangi bir varis tedavi yöntemi uygulayan hemşirelerin %27,3'ünün jimnastik tedavisi uyguladığı saptanmıştır. Hemşirelerin %6,7'sinin varisten korunmak amacıyla çorap kullandığı saptanmıştır (Tablo 2). Bu sonuç hemşirelerin iş yoğunluğu nedeniyle kendi sağlıklarını koruyucu faaliyetlere zaman ayırmamalarına bağlanabilir.²⁴²

Erkal ve arkadaşlarının (1999) hastanede çalışan hemşirelerin sağlık durumlarını ve çalışma ortamında sağlığı tehdit eden faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada tanı konan hastalıklar arasında %41'lik oranla varis birinci sırada gelmektedir. Özkan ve Gökdoğan'ın (2001) 363 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı çalışmada, çalışanların maruz kaldıkları hastalıklar arasında varis %16,8'lik oranla ilk sırada yer almaktadır.

İşle ilişkili kas iskelet hastalıkları ağır, tekrarlanan ya da sürekli güç harcanarak yürütülen iş aktivitelerinin yol açtığı, ağırlaştırdığı, başlattığı kas iskelet hastalıklarıdır.²⁴³ Sağlık çalışanlarının sıklıkla maruz kaldıkları mesleki hastalıklar arasında kas iskelet yapılarına ilişkin rahatsızlıklar gelmektedir. Sağlık çalışanlarında sıklıkla bel ağrısı, siyatalji, karpal-tünel, ayak problemleri, varis gibi kas-iskelet sistemi hastalıkları ortaya çıkmaktadır. Kas-iskelet sorunlarının bazıları zaman içinde

²⁴² Özdemir, E., Khorshid, L., "Hemşirelerde Varis Belirti ve Yakınmalarının İncelenmesi", Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Cilt. 22 (1), 2006 , s. 19-35

²⁴³ Karadağ, Ö.K., "İşle İlgili Kas İskelet Hastalıkları", Avrupa İSG Haftası Kapanış Sempozyumu Sunumları http://www.isggm.gov.tr/article.php?article_id=176 (1.12.09)

olunurken bazıları tek bir ağır kaldırma sonucunda meydana gelmektedir. Bundan başka, mesai saatleri dışında yapılan günlük aktiviteler, yaş, cinsiyet, genetik faktörlerde kas-iskelet sistemi sorunlarının meydana gelmesinde rol oynayan faktörlerdir. Bu tür rahatsızlıklar özellikle kat hizmetlilerinde ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte ameliyathane hemşireleri ve diğer çalışanlar açısından uzun süre ayakta kalma, hasta transferi esnasında hastayı kaldırma, malzeme taşıma sırasında ağırlık kaldırma şeklinde ergonomik sorunlar olabilir.²⁴⁴

Verilen hizmet gereği hastanede çalışan hemşirelerin ve yardımcı sağlık personelinin diğer sağlık bakım kurumları ile karşılaştırıldığında kas iskelet hastalıklarına yakalanma oranı 2–5 kat daha yüksektir. Sırt ağrısı nedeniyle birçok hemşirenin işten ayrıldığı ya da iş değiştirdiği bilinmektedir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada hemşirelerin %12’si sırt ağrısı nedeniyle işini bırakmayı düşündüklerini belirtmişlerdir. Omurlara uygulanan güç miktarının güvenlik sınırı 3.4000 newton olmasına rağmen, laboratuvar ortamında yapılan deneysel bir çalışmada, hastayı yatakta kolunun altından tutma ve kaldırma, uyluklarının ve omzunun altından kaldırma ve çekme, çarşafı kullanarak çekme sırasında bu miktarın 3.819 – 6.570 newton arasında değiştiği ve bu işlemlerin yaralanma için yüksek risk oluşturduğu belirtilmektedir.²⁴⁵

Ağır fiziksel şartlar, psikososyal etmenler, kişisel ve fizyolojik etmenler bel ağrısının oluşumunda rol oynamaktadır (ağır fiziksel koşullarda çalışma, ağır kaldırma, işten memnun olmama, dinlenme saatlerinin yetersizliği, stres, fiziksel aktivite yetersizliği sigara kullanımı, hamilelik). Kronik bel ağrısıyla ilişkilendirilen bir diğer faktör iş tatminidir. İş tatmini kronik ağrı geliştirecek akut bel ağrısı hastalarının tanımlanmasında önemli bir faktördür. İş tatmininin fazla olmasının psikolojik baskıyı (stresi), ağrıyı ve sakatlığı azalttığı doğrulanmıştır.²⁴⁶

Manisa’da 272 sağlık çalışanlarının üzerinde yapılmış bir araştırmada, çoğunluğunun kronik bir hastalığı ve egzersiz alışkanlığı olmadığı dikkate alınarak, %50’ sinin sırt ve bel ağrısı tanımladığı görülmüştür.²⁴⁷

²⁴⁴ Akkaya, a.g.k., s.53-55

²⁴⁵ Özel, a.g.k., s.30-31

²⁴⁶ Oğuz, S., Kaptan, H., Büyükpamukçu, M., “Çalışma Yaşamında Bel Ağrısı”, TTB Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi, Nisan- Mayıs-Haziran, 2005, s.45

²⁴⁷ Karadeniz, G., Yanikkerem, E., Sarıcan, E.S., Bülez, A., Arıkan, Ç., ve Esen, A., “Manisa İli Sağlık Çalışanlarında Metabolik Sendrom Riski”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt.2, Sayı.6, 2007, s.18

Tablo 18: Hemşirelerde 12 Aylık Kas İskelet Sistemi Sorunları Prevelansı

Ülke	Kas-iskelet sist. sorunları prevalansı	Kaynak
Japonya	%85.5	Smith, Mihashi, Adachi, Koga & Ishitake, 2006
Kore	%93.6	Smith, Choe, Jeon, Chae, An & Jeong, 2005
Çin	%70	Smith, Wei, Kang, Wang RS, 2004
Amerika	%72.5	Trinkoff, Lipscomb, Geiger-Brown & Brady, 2002
İsveç	%84	Josephson, Lagerström, Hagberg & Hjelm, 1997
İran	%84.4	Choobineh, Rajaeefard & Neghab, 2006
Yunanistan/Hollanda	%75/62	Alexopoulos, Burdorf & Kalokerinou, 2006
Türkiye	%90	Tezel, 2005
Türkiye	%79.8	Pınar & Bahçecik, 2007

Kaynak; Pınar, Sert, a.g.m., s. 73

Sağlık çalışanları arasında özellikle hemşireler hastaların yapamadığı fonksiyonlarında ve onların taşınmasında yardımcı olmak durumundadır. Hemşireler hasta bakımı verme, hastayı kaldırma ve taşımanın yanı sıra çeşitli büyüklük ve ağırlıktaki tıbbi araç-gereçleri taşımak, çeşitli yükseklikteki yatakları yapmak gibi görevleri sürekli yerine getirmektedirler. Bu görevleri yaparken bel kaslarının incinmesi ve zorlanması sonucu bel problemleri ortaya çıkmaktadır. Hemşirelerle yapılan çalışmalarda, hemşirelerin bel problemlerinin ağır fiziksel çalışma gerektiren iş kollarında çalışanlara oranla daha fazla görüldüğü belirlenmiştir.²⁴⁸

Menekşe'nin çalışmasında, ağır bir cisim yerden kaldırırken cismin ağırlık merkezine yaklaştırmaya dikkat edenlerin sosyal fonksiyonlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Ayakta/otururken sırtını dik tutanların, yorgunluk durumu, mental sağlığı ve genel olarak sağlığı algılama düzeylerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Çalışmasında, kas tonüsünü ve eklemlerini korumaya dikkat eden grubun bel ağrısı ve buna benzer fiziksel sorunlarının oranını daha düşük bulmuştur.

Yıpp, hemşirelerde bel ağrısı (iş aktiviteleri, iş stresi ve hareketsiz yaşam) adlı çalışmasında, 6 bölge hastanesinde 144 hemşire üzerinde 12 aylık süreçte bel ağrısı ve nedenlerini sorgulamış, çalışmasının sonunda yeni bel ağrısı çeken hemşirelerin oranının yüksek olduğunu ve bu bel ağrısının ergonomi kurallarını bilmemek ve ekip çalışmasının yeterli olmaması ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir.

Özel'in yaptığı hemşirelerin çalışma ortamında çalışmada (2005) devlet ve özel hastanede çalışan hemşirelerde en sık görülen sağlık sorununun, özel hastane de %64.5, devlet hastanesinde %62.5 oranıyla ortopedik sağlık sorunlarının olduğu saptandı.²⁴⁹

²⁴⁸ Parlar, a.g.m., s. 551

²⁴⁹ Özel, a.g.k., s. 80-83

Tablo 19: Sağlık Çalışanlarında Kas İskelet Yaralanmalarına Bağlı Oluşan Meslek Hastalıkları İle İlgili Çalışmalara Örnekler

ARAŞTIRMACILAR	YIL-YER	GRUBU VE TİPİ	SONUÇLAR
Li J, Wolf L and Evanoff B	2004 ABD	Müdahale 61 yardımcı personel	✓ Hastaların bedensel güç yerine mekanik aletle kaldırılması konusunda 6 aylık müdahaleden sonra kas-iskelet yaralanmaları için RR 0,37'ye inmiştir.
Chhokara R, Engsta C, Millera A, Robinsona D, Tatea RB, Yassia A	2003 Kanada	Müdahale Maliyetle ilgili kayıtlar	✓ Hastaları yataktan kaldırırken manuel yöntem yerine tavana bağlı kaldırıcı ile otomatik olarak kaldırma müdahalesi öncesi 3 yıl ve müdahale sonrası 3 yıl süreyle yaralanma trendlerinde kaybedilen gün sayısında, ödenen tazminat miktarında azalma olmuş ve yaralanma ile ilgili direkt maliyetler düşmüştür
Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, Şerifi BA	2003 Düzce, Türkiye	Kesitsel 79 hemşire	✓ %52,9'unda bel ağrısı, %48,5'inde sırt ağrısı, %38,2'sinde omuz ağrısı, %38,2'sinde boyun ağrısı, %30,8'sinde kol ağrısı, %48,5'inde mide ağrısı, %35,3'ünde varis olduğu bildirilmiştir.

Kaynak; Yeşildal, a.g.m., s.292-295

4.4.2.6. Cilt Problemlerine Bağlı Meslek Hastalıkları

İnsanlar cilt yolu ile devamlı dış dünyayla temas halindedir. Bu nedenle türlü sabunlar, deterjanlar, temizlik malzemeleri, esans, kolonya, parfüm vb. maddeleri, boyalar, türlü ilaçlar birtakım deri hastalıklarına neden olabilirler.²⁵⁰

Hastane çalışanları arasında, mesleki cilt problemleri yaşanması çok rastlanılan bir durumdur. Sık el yıkamaktan dolayı egzama oluşumu, dezenfektan, lastik eldiven ve ilaçlardan özellikle antibiyotiklerden dolayı alerjik cilt rahatsızlıkları sağlık çalışanları arasında yaygın olarak görülmektedir.

Hollanda'da hemşirelerin %30'unda el egzaması görülmektedir. İtalya'da hastaneler üzerinde yapılan bir araştırmada ise sağlık çalışanlarının %21'inin cilt sorunları yaşadığı ortaya çıkmıştır.

Koruyucu olarak kullanılan eldivenlerin pudraları cilt reaksiyonlarına yol açmaktadır. Pudrasız eldivenlerden ise, hassas cilt yapısına sahip olan çalışanlarda yine cilt reaksiyonları olduğu gözlemlenmektedir. Koruyucu olarak kullanılan eldivenlerin, aynı zamanda alerjik reaksiyonlarının olması gibi paradokslar, ilerideki eldiven kullanım çalışmalarını önemli kılmaktadır.²⁵¹

²⁵⁰ Durmuşoğlu, Ö.P., "Türkiye ve Avrupa Birliğinin İşçi Sağlığı ve Güvenliği Yönünden Karşılaştırılması", Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Ocak 2008, s.59

²⁵¹ Akkaya, a.g.k, s.55

Deride irritasyonun düzeyi, kimyasalın özelliği, konsantrasyonu, temas süresi, temas sıklığı, okluzyon, ısı, atopi varlığı, derinin koruyucu tabakasında önceden hasarlanmanın olması gibi pek çok değişkene bağlıdır. Hafif irritan maddelerle, tekrarlayan, uzamış deri teması inflamasyona yol açarken, güçlü irritanlarla temas, bül ve ülserasyonlara varan doku kayıplarına yol açar.²⁵²

672 sağlık çalışanının katıldığı soru-cevap şeklindeki bir çalışmada katılımcıların %25'i lateksle ilişkili şikayetler bildirmiştir. En sık el dermatiti ve ellerde kaşınma (%86,3) şikayetleri bildirilirken, bunu ürtiker (%3,5) ve solunum şikayetleri (%2,9) takip etmiştir. Temas ürtikeri lateks alerjisinin en sık erken ortaya çıkış tablosu olup, doğal lateks proteinine karşı gelişmiş IgE aracılıklı bir reaksiyondur. Semptomlar eldiven giyildikten 10–15 dakika sonra ortaya çıkıp eldivenle temas eden bölgede kızarıklık, kaşıntı, kabarıklık şeklinde kendini gösterir ve hasta tarafından bu reaksiyonların eldiven pudrasına veya sık el yıkamaya bağlı olduğu sanılır.²⁵³

4.4.2.7. Strese Bağlı Meslek Hastalıkları

Son olarak sağlık çalışanlarını mesleki hastalık olarak tehdit eden bir baksa unsur ise strestir. Hemşirelerin bir günlük çalışma süresinde 120–330 kez aynı işlemi tekrarlayarak yapmaları en önemli stres nedenleri arasında gösterilmektedir. Öte yandan sağlık çalışanları, özellikle ülkemizde yoğun çalışma temposunda, eksik personel sayısı ile komplike veya bozuk cihazlar ve eksik malzeme kullanmak zorunda kalmaktadır.

İş yükü ve bürokrasinin giderek arttığı hastanelerde, idareciler uygulamaların kişiselleştirilmemesi gerekmektedir. Bunun sonucunda çalışanlar, kendilerini izole edilmiş, zayıf güçsüz, düş kırıklığı içinde hissetmekte ve kızgınlık duymaktadır. İş stresine bağlı olarak; anksiyete, depresyon iş memnuniyetsizliği, uyumsuz davranış, sigara kullanımı gibi durumlarda artın görülmektedir. Sağlık personelinin uzun süre çalışması, gece çalışması, sık tutulan nöbetler, uzun süre bakılan hastaların ölümü, onların aileleri ile iletişim içerisinde olma vb. gibi olumsuz durumlar sağlık personelinin çeşitli psiko-sosyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır.

²⁵² Arda ve Özşahin, a.g.m, s.25

²⁵³ Kutlu, A., Taşkapan, O., Bozkanat, E., “Sağlık Personelinde Lateks Allerjisi: iki Olgu Üzerine” Toraks Dergisi, Cilt. 8 , Sayı. 3, Eylül 2007, s. 193

Amerika’da, Cronin-Stubbs ve Rooks, 3 hastanedeki yoğun bakım, ameliyathane, normal servis ve psikiyatri bölümlerinde çalışan 296 hemşire üzerinde yapılan bir araştırmanın sonucuna göre, servis ve yoğun bakım bölümlerinde çalışan hemşireler ameliyathane ve psikiyatri de çalışanlara oranla daha fazla mesleki stres yaşamaktadırlar. Tüm hemşirelerde yönetimdekilerin, yaptıkları işe destek olmaması ve anlayışlı davranılmaması birinci derecede stres faktörü olarak bulunmuştur. Aynı zamanda gece çalışması, iş saatlerinin vardiyalı olması, sosyal olarak ailenin ihmal edilmesi, küçük çocukların evde bırakılıp işe gidilmesi stresin derecesini artıran değişkenler olarak bulunmuştur.²⁵⁴

Tanığ “Toplumun hemşirelik mesleği hakkındaki görüş ve düşüncelerinin hemşireler üzerinde ki psikolojik etkileri” adlı araştırmasında; toplum bireylerinin hemşirelerden ruhsal destek beklediklerini ancak hemşirelere gerekli saygıyı göstermediklerini saptamıştır. Bu sonuç hemşirelerde strese zemin hazırlayıcı önemli bir etkidir.²⁵⁵

Vardiya ve nöbet şeklinde çalışma biçimi, çalışan kişinin normal biyolojik, psikolojik, sosyal yaşama şeklini bozan bir durumdur. Vardiya ve nöbet şeklinde çalışmak beden normal, biyolojik ritmi ile çeliştiğinden kronik yorgunluğa ve kişinin aile ve sosyal hayatının zarar görmesine yol açar. Geleneksel olarak çalışma saatleri belirlidir. Dinlenme saatleri akşamları ve hafta sonlarıdır. Hemşireler için ise gece, hafta sonu ve resmi tatillerde çalışma zorunluluğu vardır. Bu durum başlı başına stres kaynağıdır. Bu durum kişilerde kronik yorgunluğun, bitkinliğin ve depresyonun görülmesine yol açar.

Hemşirelerin görev tanımının yapılmamış olması başka bir stres kaynağı olarak değerlendirilebilir. Rolünün ne olduğunu bilmemek yaptığı işin amaçlarını kestirememek, kişide gerginliği ve isteksizliğe neden olmaktadır. Çok fazla sorumluluk yüklemek de kişiyi strese sokabilir. Ayrıca sağlık ekibinin diğer üyelerinin mesleki nitelik taşımayan beklentilerinin olması, rol karmaşası, ekip üyeleri arasında yeterli işbirliği ve iletişimin olmaması da strese neden olabilir. Yine hemşirelik mesleği mensupları arasındaki iletişim eksikliği, örgütlenme yetersizliği de iş ortamında stresi arttıran bir faktör olarak değerlendirilebilir.²⁵⁶

²⁵⁴ Akkaya, a.g.k, s.55

²⁵⁵ Özabacı, M,N., “Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerde Görülen Meslek Hastalıkları ve Nedenlerinin Araştırılması”, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1990, s.21

²⁵⁶ İnceslesli, a.g.k., s. 30-31

Alçelik ve arkadaşlarının AİBÜ Düzce Tıp Fakültesinde (2005) hemşirelerin sağlık sorunlarını incelediği araştırmada, 68 hemşirenin %57,4'ü baş ağrısı, %45,6'sı moral bozukluğu, %44,1'u çabuk sinirlenme, %39,7'si uyku bozukluğu, % 30,9'u mide krampı, %29,4'ü konsantrasyonda güçlük, %23,5'i iş doyumsuzluğu gibi stres belirtileri ifade etmiştir.²⁵⁷ Ergün ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada hemşirelerin iş stresörlerinden bedensel ve ruhsal tepkiler olarak en fazla %93,6'sı yorgunluk ve bitkinlikten, %85,1'i iş stresini eskiye oranla daha fazla hissetmeden, %76,6'sı mizacında sık sık değişmeden, %74,5'i kolayca öfkelenmeden ve %66,0'ı ise baş ağrısından şikayetçi olduğunu belirtmiştir.²⁵⁸

İş geriliminin sonuçları bireyler ve organizasyon açısından değerlendirilmektedir. Bireysel düzeyde ele alındığında yüksek iş geriliminin kaza riskinde artış, tükenmişlik, alkol ve sigara kullanımında artış; koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, mental ve algılanan sağlıkta olumsuz etkilenmelere neden olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde yüksek iş geriliminin organizasyon üzerine etkilerinin incelendiği çalışmalarda; işe devamsızlık, işe giriş çıkış hızlarında artma, iş doyumu ve verimliliğin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir.²⁵⁹

4.4.2. Sağlık Kuruluşlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarına Karşı Alınması Gereken Önlemler

Mesleki hastalıklardan korunma programları, çalışanların sağlıklarını uzun yıllar koruyarak yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır. Etkili korunma programları çok boyutlu bir yaklaşımı gerektirir. Bu nedenle işçi, işveren, sendika temsilcileri, iş güvenliği mühendisleri ve işyeri hekimlerinin ortak yaklaşımı önemlidir.²⁶⁰

Sağlık hizmetlerinde hem çalışan hem de hasta odaklı bir sağlık ve güvenlik yönetimi söz konusudur. McDiarmid'e göre sağlık hizmetlerinde güvenlik yönetiminin önemli bir boyutu bakımın çevresi (hasta odaklı), diğer boyutu ise işin çevresidir (çalışan odaklı). Sağlık hizmetlerinde hasta ve çalışan odaklı güvenlik yönetiminin şekilsel ifadesi Şekil 13'da gösterilmiştir.²⁶¹

²⁵⁷ Alçelik ve arkadaşları, a.g.m., s.60

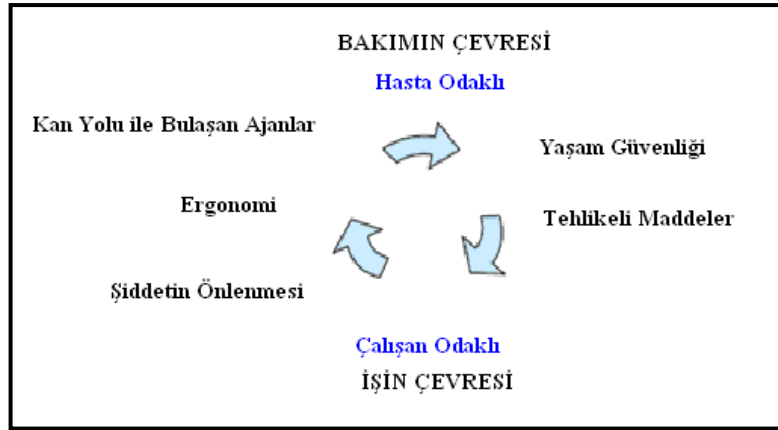
²⁵⁸ İnceseli, a.g.k., s. 81

²⁵⁹ Demiral, a.g.m., s. 38

²⁶⁰ Arda ve Özşahin, a.g.m., s. 29

²⁶¹ Devebakan, a.g.k., s. 138

Şekil 13: Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik Yönetimi



Kaynak; Devedbakan, a.g.k, s. 138

Alınması gereken genel önlemler;

- Sağlığı geliştirme programlarının yapılması
- Sağlık ve güvenlik konuları ile ilgili sağlık eğitimi verilmesi
- Tanımlanmış tehlike ve riskler konusunda bilgilendirilmesi
- Sağlık danışmanlığın verilmesi
- Çalışanların sağlık ve güvenlik standartlarına uyumunun izlenmesi
- İşe giriş muayenelerinin ve periyodik muayenelerin yapılması
- Kemoproflaksi
- Bağışıklama
- Sağlık çalışanlarının kişisel koruyucuları kullanmasının sağlanması
- Sağlık çalışanlarının yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması
- Meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunlarının önlenmesi
- Hastalıkta ve yaralanmada bakım ve tedavisinin yapılması
- Bulaşıcı hastalıklara yönelik surveyansların yapılması
- Rehabilitasyon
- Kayıtlardan, sağlık taramalarından ve araştırma sonuçlarından sağlık çalışanlarının, yönetimin, işverenin ve sendikaların bilgilendirilmesi
- Sağlık çalışanlarının sağlığı ile ilgili tutulan kayıtların sağlık çalışanlarının görebileceği yerlere asılmasıdır.²⁶²

²⁶² Özkan ve Emiroğlu, a.g.m., s. 46

Kesici delici alet yaralanmalarına karşı alınması gereken önlemler;

• Kan ve diğer vücut sıvıları potansiyel infekte olarak kabul edilerek gerekli önlemler alınmalıdır.

• İğne batmasını önlemek için “disposibl” iğneler kullanıldıktan sonra plastik kılıfları tekrar takılmamalı, iğneler enjektörden çıkartılmamalı, eğilip bükülmemelidir.

• Kullanılmış iğne, enjektör, bistüri ucu ve diğer kesici aletler imha edilmek üzere delinmeye dirençli sağlam kutulara konmalıdır. Bu kutular servis içinde kullanıma uygun ve kolay ulaşılabilir yerlerde bulundurulmalıdır.

• Ucu sivri aletler ve onların konulduğu kaplara mümkün olduğu kadar az dokunulmalıdır.

• Teknolojik önlemler; örneğin; yaralanma riski düşük olan daha güvenli bir malzeme kullanmak, kan almada vakumlu tüpler kullanmak.

• Ameliyathane ortamı için cerrahi ekipte iyi bir koordinasyon sağlamak.

• Hastayı bilgilendirmek; özellikle küçük girişimler sırasında hastanın ani hareket yapma olasılığını azaltarak yaralanma riskini düşürür.²⁶³

ANA (American Nurses Association's)'nın 2007 kılavuzuna göre, herhangi bir maruziyet görülmeden önce tüm çalışanların aşağıdaki hizmetlere ulaşabilir durumda olduğundan emin olunmalıdır:

• Hastane çapında acil kesici delici yaralanma risk tanılama ve değerlendirmesi olmalı,

• HIV, Hepatit B ve Hepatit C için güvenilir testler yapılmalı,

• Maruziyet sonrası iki saat içerisinde maruziyet sonrası tedavi ve profilaktik ilaçlara ulaşmak mümkün olmalı,

• Maruziyetten bir yıl sonrasına kadar danışmanlık, eğitim ve izlem testleri yapılmalı,

Eğer bir kesici delici yaralanma gerçekleşmiş ise aşağıdakilerin acilen uygulanması gereklidir:

• Sabun ve su ile yıkama,

• Hemen yöneticiye haber verilmesi ve kurumda kullanılan yaralanma rapor sisteminin başlatılması,

²⁶³ Aygün, P., “Kesici-Delici Alet Yaralanmalarında Korunma Önlemleri”, 5. Ulusal Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kongresi, 2007, s. 387

- Acil olarak güvenilir bir şekilde HIV, Hepatit B ve Hepatit C testlerinin yapılması kaynak hastanın iznine bağlı olarak başlatılabilir,

- Kaynak hasta bilinmiyorsa ya da testler pozitif ise hemen CDC kılavuzlarına uyumlu PEP (post-exposure profilaxy-maruziyet sonrası profilaksi) uygulanması,

Sağlık çalışanları, standart iğne, bisturi ve bunlar gibi kesici delici aletlerin yerine güvenli alternatif araçlar kullanabileceklerinin farkında olmalıdırlar. Hastane yöneticileri, enfeksiyon kontrol yöneticileri ve tüm sağlık çalışanları kesici delici yaralanmaları önleyen ürünlerin kullanımı konusunda daha sıkı bir işbirliği içinde olmalıdırlar. ABD’de serokonversiyon (koruyucu serum verilmesi) hariç, bir iğne batması sonucu sağlık çalışanının kanla geçen hastalıklar ile ilgili yaptıkları testlere harcanan para yaklaşık olarak 3.500 dolardır.²⁶⁴

Atık kovalarının hem enfeksiyon kontrolünde hem de kesici delici alet yaralanmalarında önemi büyüktür. Atık kova çeşitlerini sırlamak gerekirse;

Tıbbi atık, ünitelerden kaynaklanan, patolojik ve patolojik olmayan enfekte, kimyasal, farmasötik atıklar ile kesici/delici malzemeler ile sıkıştırılmış kaplardır.

Enfekte atık, hastanelik etkenleri bulaşmış ve bulaşması muhtemel her türlü; insan doku ve organları, idrar kapları, kan ve plesanta bulaşmış atıklar, bakteri kültürleri, intaniye ve acil servis atıkları, bakteri ve virüs tutucu hava filtreleri, dışkı ve bunlara bulaşmış eşyalardır.

Patojen atık, hastalık yapan etkeni taşıyan atıklardır.

Delici/kesiciler, iğne, bistüri, flakon, enjektör, şırınga, katater uçları, testere, bıçak, kanüller, ampuller, enfekte şişe kırıklarıdır.²⁶⁵

Enfeksiyona bağlı oluşabilecek meslek hastalıklarına karşı önlemler;

- Ülkemizde sağlıklı kişilerde yapılan çalışmalarla asemptomatik HBV taşıyıcılığının %3–8 arasında olduğu belirlenmiştir. Öykü ve fizik muayene ile HIV, HBV ve diğer kanla bulaşan diğer patojenlerle enfekte hastaları ayırt etme olanağı bulunmadığından tüm hastaların kan ve diğer vücut sıvıları potansiyel olarak enfekte kabul edilerek gerekli önlemler alınmalıdır.

- Aşağıdaki işlemler sırasında mutlak suretle eldiven giyilmeli, işlem bittikten veya hasta ile temastan sonra eldiven değiştirilmeli ve eldivenler

²⁶⁴ Korkmaz, a.g.m., s.29-36

²⁶⁵ Özel, a.g.k., s.29

çıkarıldıktan sonra eller yıkanmalıdır.

- ✓ Kan ya da vücut sıvıları veya kontamine yüzeylerle temas riski olduğunda,
- ✓ Her hastanın mukoza veya sağlam olmayan derisiyle temas riski olduğunda,
- ✓ Kan alma, damara girme veya benzeri bir intravasküler işlem sırasında,
- Eğer eller veya diğer cilt yüzeyleri hastanın kan ya da diğer vücut sıvılarıyla kontamine olursa derhal su ve sabunla yıkanmalıdır.

• Yapılan tıbbi bir işlem sırasında kan veya diğer vücut sıvılarının sıçrama olasılığı söz konusuysa (örneğin kemik iliği aspirasyonu, lomber ponksiyon yapılması gibi) ağız, burun ve gözleri korumak amacı ile maske ve gözlük takılmalı, diğer vücut yüzeylerine bulaşmayı önlemek için koruyucu önlük giyilmelidir.

• Eksüdatif deri lezyonları olan sağlık personeli, bu lezyonlar iyileşinceye kadar hastalarla direkt temastan ve hastalarla ilişkisi aletlere dokunmaktan kaçınılmalıdır.

• Beden fonksiyonlarını kontrol edebilen HIV ve/veya HBV enfeksiyonlu hastaların rutin bakımı sırasında eldiven ya da koruyucu önlük giyilmesine gerek yoktur.

• Gebe sağlık personeline HIV ve/vaya HBV bulaşma riski, gebe olmayanlardan daha fazla değildir. Ancak her iki virüsün de perinatal dönemde bebeğe de geçme riski olduğundan, gebe personelin önlemlere özel bir dikkatle uyması ve enfeksiyon saptanmış hastalara hizmet vermemesi sağlanmalıdır.

• İnfeksiyöz diyare, pulmoner tüberküloz tanısı veya şüphesi olması gibi özel izolasyon önlemleri gerektiren haller dışında HIV/HBV enfeksiyonlu hastaların ayrı özel odalarda bulundurulmalarına gerek yoktur. HIV ve diğer enfeksiyonları olan hastalar diğer bir immunosupresif hastayla aynı odada tutulmalıdır.²⁶⁶

HIV: maruziyet sonrası profilaksi “iki saat” içinde başlamalıdır. HIV için uygulanan PEP, dört hafta süren (zidovudin ZDV ve lamivudin 3TC), 3TC ile stavudin (d4T) ya da didanosine (ddl) ve d4T şeklinde planlanan ikili ilaç tedavisi kullanılmalıdır. Çoğu kez maruziyet sonrası geçiş riskini azaltmak amacıyla genişletilmiş bir biçimde üçlü ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Eğer virüsün kaynağı olan hasta bilinmiyor ise ya da PEP için kullanılan ilaçlara dirençli bir hasta söz konusu ise bile direnç olmayabileceği düşünülerek ilaç verilmelidir.

²⁶⁶ Akalın, E., ve Akova, M., “Sağlık Personelinin İşle İlgili Enfeksiyon Hastalıkları Riski”, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, Yıl.1, Sayı.2, Nisan 1991, s.8-9

Hepatit B: eğer birey asılı ise tedaviye gerek yok ancak asılı değilse HBIG verilir ve hemen HB aşılama serisi başlatılmalıdır.

Hepatit C: güncel olarak önerilen bir tedavisi yok ancak, deneysel PEP çalışmaları ile ilgili olarak uzmanlara danışılmalıdır.

Maruziyet ile ilgili bilgiler ayrıntılı bir şekilde kaydedilmelidir.

Maruziyet sonrası altı hafta, üç ay, altı ay ve risk durumuna bağlı olarak bir yıl sonrasında güvenilir maruziyet sonrası testlerinin yapılması gereklidir.²⁶⁷

Sağlık çalışanlarının meslek sağlığını korumak için düzenli ve sürekli çalışacak komiteler kurulmalıdır. Bu komiteler sağlık çalışanının ve hastanın korunması için optimal tıbbi bakımı verecek gerekli bilgi, ekipman ve aletleri sağlamalıdır.

Kimyasal maddelere bağlı oluşabilecek meslek hastalıklarına karşı alınması gereken önlemler; sağlık çalışanlarının kimyasal risklerden korunması için koruyucu önlem kullanma ve uygulama düzeyinde el yıkama her zaman uygulanması gereken önlem olarak saptanmıştır. Koruyucu önlük, maske, yüz koruyucusu, gözlük ve eldiven kullanma, ortamın havalandırılmasına özen gösterme, eskimiş ekipmanların değişimini sağlama, kimyasal maddelerle temas halinde ise cildi bol su ile yıkama diğer önlemler arasında yer almaktadır.

Bunların dışında; çevrenin kontrolü ve biyolojik izlem önem taşımaktadır. Biyolojik izlem; işyeri ortamındaki ve çevredeki toksik ajanlardan korunmada ve toksik ajanların meydana getirdiği hastalıkların önlenmesinde önemlidir. İş ortamında bulunan ve solunabilen havayı kirleten kimyasal maddeleri, endüstriyel hijyen metotları ile ölçülebilir ve kontrol edebiliriz. Ancak, deriden emilen, ağızdan alınan veya iş ile ilgili olmayıp çevreden gelen ve ölçülüp kontrol edilemeyen zararlı ajanların vücuda etkilerini ortaya koyabilmek biyolojik izleme ile mümkün olabilmektedir.²⁶⁸

Antineoplastik ilaçlar, büyük miktarlarda antineoplastik ilaç tedavisi uygulayan 3. basamak Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde, merkezi antineoplastik ilaç hazırlama birimlerinde, tercihen eczacı ya da bu alanda eğitilmiş sağlık personeli tarafından dikey hava akımlı kabinlerde hazırlanmalıdır. Diğer sağlık kurumlarında ise personelin bir siperle korunduğu, havalandırması olan

²⁶⁷ Korkmaz, a.g.m., s.30

²⁶⁸ Parlar, a.g.m., s.548

ve başka bir amaçla kullanılmayan izole bir odada, flakon sulandırılmasında kapalı sistem aygıtları kullanılarak hazırlanmalıdır. İlaç hazırlığında kemoterapi eldiveni, gömleği, yüzü ve gözü koruyacak kemoterapi maskesi ve koruyucu gözlük kullanılmalıdır. İlaç hazırlığında luer-lock enjektörler (kilitli enjektör sistemi) kullanılmalıdır.²⁶⁹

Radyasyona bağlı oluşabilecek meslek hastalıklarına karşı alınması gereken önlemler; radyoaktif maddelerden korunmada; bu maddelerden çıkan radyasyonla teması önlemek, kurşun bariyer kullanma, vücuda giren radyasyon miktarını belirli sürelerle ölçerek belirlemek ve periyodik olarak kan muayeneleri yapmak gereklidir.²⁷⁰

Sağlık çalışanları için alınması gereken genel önlemler;

- İyonlaştırıcı radyasyona maruz kalan bireylerin belli periyotlarda TLD (Termoluminesans Dozimetresi)'ye kaydedilen dozlar düzenli takip edilmelidir.

- İnsanlarda halen radyasyona duyarlılığın eşik bir değeri bilinmediğinden mesleki maruz kalan bireylerin çalışma sürelerince düşük düzey kronik maruz kalmanın kümülatif etkisi olabileceği dikkate alınmalıdır. Bu nedenle bu personellerin biyolojik izlenmeleri gereklidir ve fiziksel dozimetreye paralel olarak sitogenetik analizlerin yapılması gerekli olabilir.

- Maruz grubun antioksidan enzim aktiviteleri yüksek tespit edilmesine rağmen koruyucu önlem olarak bu bireylerin düzenli olarak antioksidan takviyesi alması gerekli olabilir.

- Her ne kadar radyolojide çalışan personelin izin süresi diğer personelden fazla ise de, gerekli görüldüğü takdirde personelin izin kullanarak maruz kalma süresi kısaltılabilir.

- Bu personellerin koruyucu önlemleri (dozimetre takması, kurşun önlük ve eldiven giymesi, maruz kalma sırasında kurşun paravan arkasında durması gibi) alıp almadığı kontrol edilmelidir.

- Yılda en az bir kez hematolojik tetkiklerin yapılmasının yanı sıra, bu tetkiklere ilave olarak MÇ (mikro çekirdek) ve SCE (Kardeş Kromatid Değişim) gibi

²⁶⁹ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü "Antineoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi" Ankara, 2003, s. 5-6

²⁷⁰ Parlar, a.g.m., s.548

sitogenetik testler ile antioksidan sistem parametrelerinin ölçümü rutin olarak belirli aralıklarla yapılabilir.

- Gebeliği düşünen bayan personellerin bu kritik dönemde radyasyon kaynağından uzak tutulmaları ve belirli bir temizlenme süresinden sonra gebe kalmaları önerilmeli, gebe olanların ise mecbur kalmadıkça radyasyona maruz kalmamaları veya maruz kalma dozunun mümkün olduğunca düşük düzeyde tutulması için gerekli önlemlerin alınması gereklidir.²⁷¹

Varisten korunmaya yönelik önlemler;

- Hemşirelerin ailesinde varis öyküsü varsa daha erken dönemde varisten korunmaya yönelik önlemler almaları,

- Gebelik döneminde uygun korunma yöntemleri kullanarak varis oluşumuna karşı önlem almaları,

- Çok uzun sürelerle ayakta veya oturarak aynı pozisyonda kalmamaları,

- Koruyucu amaçlı varis çorabı kullanmaları,

- Kilo almamaları, düzenli egzersiz yapmaları, sigara ve alkol gibi dolaşım sistemine zarar veren alışkanlıklardan uzak durmaları,

- Bacaklarını sık sık elevasyona almaları

- Klinik uygulamalarda bu önlemleri alabilecekleri uygun eğitim ortamlarının oluşturulması önerilmektedir.²⁷²

Kas ve iskelet hastalıklarına karşı alınması gereken önlemler;

Risk değerlendirilirken çalışma ortamında kas-iskelet sorunlarına neden olabilecek riskler, bunların zarar verebilme olasılıkları ve hangi yolla zarar verebilecekleri, alınan önlemlerin yeterli olup olmadığı ve ne gibi önlemler alınabileceği değerlendirilmeli, sonuç yönetime rapor edilmelidir. Bu değerlendirmede bakılan hasta sayısı, bu hastaların bakım özellikleri (yatağa bağımlı hasta vb), hangi tür bakımların/işlerin yapıldığı, bakım verirken uzanma, dönme, eğilme, ağır kaldırma vb hareketlerin ne kadar sıklıkta yapıldığı, ne kadar süre ayakta kalındığı, bakım sırasında kullanılan mekanik araçlar, bunların ağırlık, şekil ve ebatları, çalışma çevresinin vücut postürünü sınırlayıp sınırlamadığı (hasta yataklarının çok sıkışık olması vb), hasta yatakları, malzeme dolapları özetle ünitenin

²⁷¹ Eken, a.g.k., s.145-146

²⁷² Özdemir ve Khorshid, a.g.m., s. 34

mobilya dizaynı, ısısı, nemi ele alınmalıdır. Bu bağlamda yüksek malzeme dolapları bile kas ve tendonların gerilmesine yol açarak risk oluşturabilir.²⁷³

• Bel sağlığını korumak için etkin eğitim programları, işe uyum süresinde başlatılmalı ve aralıklı olarak sürdürülmelidir.

Eğitim programı ise;

- ✓ Çalışma sırasında düzgün duruşu öğretmek,
- ✓ Çalışırken doğru hareketleri ve uygulanabilen egzersizleri öğretmek,
- ✓ Sağlıklı yaşam biçimini geliştirebilecek önerileri kapsamalıdır.²⁷⁴

• Hastanelerde hasta kaldırma, çevirme, taşımaya yarayan aletlerin kullanımı,

• Hemşirelerin hasta bakım aktiviteleri sırasında vücut mekaniği kullanma durumlarının değerlendirilmesine yönelik çalışmaların yapılması,

• Çalışanların iş yeri ortamında karşılaştıkları yaralanma, travma gibi olayları rapor etmeleri için cesaretlendirilmesi önemlidir.²⁷⁵

Strese bağlı oluşabilecek meslek hastalıklarına karşı alınması gereken önlemler; stres yönetimi, stresin olumlu etkilerini bir bakıma desteklemek, olumsuz olan etkilerini ise kontrol altına almaktır. Kısacası olumsuz stresi yaratan faktörleri yok etmek her zaman mümkün olmayacağına göre, kontrol altına alınması, zararlarının azaltılması gerekir Hastalıkların yaklaşık % 75'inin, yönetilmeyen stres nedeniyle meydana geldiği veya kötüleştiği düşünülmektedir. Stres altındayken bağışıklık sistemimiz işlemekte zorlanır ve bu nedenle hastalıklara karşı savunmamız zayıflar.²⁷⁶

Egzersiz; stres kaynaklarının çoğunun etkisiyle boyun, omur ve sırt kaslarında oluşan gerginlik, baş ağrısına neden olmaktadır. Boyun tutulması çok sık rastlanan bir stres belirtisidir. Egzersiz, kasları güçlü bir şekilde kullanması ve derin soluk alıp vermeyi sağlaması bakımından tüm vücudu canlandıran bir tekniktir. Koşma, tenis, bisiklet, jimnastik, aerobik ve yüzme bunlar arasında yer alır. Fiziki egzersizlerin, stres yönetimi bakımından, organizma üzerindeki önemli yararlarından biri de kasları kuvvetlendirmesi, dolaşım istemini düzene sokarak vücudun her noktasına her miktarda oksijen dağılımını saklamasıdır.

²⁷³ Pınar ve Sert, a.g.k., s. 77

²⁷⁴ Oğuz, Kaptan ve Büyükpamukçu, a.g.m., s.47

²⁷⁵ Özel, a.g.k., s.33

²⁷⁶ Ergun, a.g.k., s.67

Gevşeme teknikleri; araştırmalar işletmedeki gevşeme tekniklerinin genel sağlığı, verimli ligi arttırdığı, iş görenin kendisini iyi hissetmesine ve yüksek tansiyonda azalmalara neden olduğunu göstermiştir.

Beslenme, düzenli beslenme sırasında, tuz ve doymuş yağı azaltmak ve bununla birlikte lif ve vitamin bakımından meyve ve sebzeleri tüketmek, izlenecek doğru yoldur. Beslenme düzenindeki bu değişiklik stresin fizyolojik etkileriyle basa çıkmayı ve sağlığı tehdit eden zararlı etkilere karşı dirençli olunmasını sağlar.

Çalışma şartlarının iyileştirilmesi; stres yönetimi bakımından, örgütler ve işletme yöneticileri tarafından alınacak bazı tedbirler, iş görenlerin şikayetlerinin nispeten azalmasına ortam hazırlayabilir. Bu konuda yöneticilerin çalışanların en fazla şikayetçi oldukları ve tatminsizlik duydukları hususları tespit etmelidir. İş görenler tarafından belirtilen şikayet ve hoşnutsuzluklar, önem derecesine göre sıralanarak, çözümlenmesi mümkün olanlar belirli bir çözüme kavuşturulmalıdır.

Örgütsel iklim yaratılması; örgüt ve işletme yöneticilerinin, iş yerinde karşılıklı sevgiye ve saygıya dayalı bir beşeri ilişkiler düzenini kurmaları halinde, çalışma hayatının ve işlerin cazibesi daha da artacaktır. İş görenlerin kendi aralarında samimi arkadaşlık grupları oluşturmaları ve yöneticileriyle iyi işleyen ast- üst ilişkilerine sahip olmaları, gerilim ve sıkıntı duygularını azaltan önemli etkenlerdir. Tepe yöneticiler, üyelerin değer ve isteklerini anlamalı, karar verme ve planlama süreçlerine onların katılımını sağlamalı, üyelerle rahatlıkla iletişim kurabilmelidirler.

İşi yeniden yapılandırma; sürekli tekdüze yapılan ve önemli zihinsel çaba, farklı düşünme gerektirmeyen işler, bir müddet sonra iş görenler için sıkıcı ve çekilmez olmaya baslar. İşin genişletilmesi, zenginleştirilmesi, sosyalleştirilmesi, iş değişimi (rotasyon), değişim yönetimi ve kararlara katılma gibi kesitli örgütsel psikoloji yöntemleri uygulanabilir. Rol belirsizliği, rol çatışması ve kötü ilişkiler gibi gerilim kaynaklarının ortadan kaldırılmasına yönelik çeşitli önlemler uygulanabilir.

Zaman yönetimi; zamanı iyi düzenleyemeyen bir birey kaçınılmaz olarak stres altına girecektir. Zamanın iyi kullanılmasını sağlayan zaman yönetimi teknikleriyle yaşanılan gerginlik ve endişeler dolayısıyla da stres önlenmiş olacaktır. Zaman baskısından kaynaklanan stresin önlenmesi için kullanılan zaman yönetim tekniklerinin öncülerinden olan Alan Lakein'in geliştirdiği tekniğe göre; ne yapılacağına, hangi öncelik sırası içinde yapılacağına ve yapılacak işlerin daha kısa süre içinde nasıl yapılacağına iliksin sistematik bir yöntem geliştirilerek yapılacak işlerin yazılması gerekmektedir. Lakein, listede her bir maddenin önemli, orta

derecede önemli ve önemsiz anlamına gelen bir simge ile işaretlenmesini ve önceliğin önemli işlerin yapılmasına verilmesini önermektedir.²⁷⁷

Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunu oluşturan hemşireler için dikkate alınması gerekenler;

- Hemşirelerin iş streslerinin ve başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi ve bunların ortadan kaldırılması ile olumlu başa çıkma mekanizmalarını destekleyecek programların oluşturulması, uygulanması ve hemşirelerin bu programlara katılımının sağlanması.

- Kurumdaki iş yükü dikkate alınarak personel ve malzeme yetersizliklerinin giderilmesine yönelik planların gerçekleştirilmesi

- Hemşirelerin başarılarının paylaşılarak ödüllendirilmesi ve hemşirelikteki bilimsel gelişimlerin tüm hemşirelere duyurulması

- Kurumlarda ekip çalışması anlayışını geliştirebilmek için özellikle hekim ve hemşirelerin birlikte organize ettikleri eğitim toplantılarının düzenlenmesi.²⁷⁸

Her sağlık kuruluşu, personel sağlığının korunması ve iş güvenliği amacıyla, ulusal/yasal çerçeve içinde kalmak kaydıyla, kendine özgü politikalar üretmeye ve uygulamalar geliştirmeye ihtiyaç duyabilir. NIOSH tarafından önerilen, oluşturulacak programın yürütülmesinde yardımcı olacak bir taslak program aşağıdaki Tablo 20’de özetlenmiştir:

²⁷⁷ Ergun, a.g.k , s.69-78

²⁷⁸ İncesli, a.g.k , s. 87

Tablo 20: NIOSH'a göre Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Örnek Programı

GİRİŞ MUAYENESİ
<p>Kurumda ise yeni başlayan her sağlık personeline tam bir fizik muayene yapılarak detaylı özgeçmiş ve meslek öyküsü kayda geçirilmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none">• Başlangıç laboratuvar incelemeleri olarak önerilenler: Rutin kan testleri, tam idrar analizi, akciğer grafisi, elektro kardiyografi, göz muayenesi, kulak muayenesi
PERİYODİK DEĞERLENDİRME MUAYENELERİ
<p>Periyodik sağlık değerlendirme muayeneleri su kişilere yapılmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herhangi bir tehlikeye maruz kalmış çalışanlar,• Hastalık veya yaralanma nedeniyle izinli/ raporlu olup ise dönen çalışan,• Baska bir bölümde görevlendirilenler/ çalışma koşulları değişenler,• Emekliye ayrılan personel.
SAĞLIK VE GÜVENLİK EĞİTİMİ
<ul style="list-style-type: none">• İşe adapte olmak için başlangıçta verilecek eğitimin yanısıra , bütün çalışanlara, sürekliliği olan ve yetkin kişiler tarafından hazırlanan bir program ile sağlık, güvenlik, çevre bilgileri gibi konular anlatılmalıdır.• Bu program, iş güvenliğini artırmak amacıyla alışkanlıkların düzenlenmesi, hastalık ve yaralanmaların personel sağlığı merkezine bildirilmesi gibi konuları da içermelidir.
BAGIŞIKLAMA
<ul style="list-style-type: none">• Sağlık çalışanları için belirlenmiş olan asılar yapılmalıdır.• Saldın, kaza ile maruz kalma (hastadan veya laboratuvar materyalinden) gibi durumlarda elektif asılama gözönüne alınmalıdır.
GÖREV SIRASINDA GELİŞEN HASTALIK VE YARALANMALARIN BAKIMI
<ul style="list-style-type: none">• Hastane içinde ayrı bir bölümde, çalışanların 24 saat süreyle ulaşabileceği, tıbbi ve psikolojik yardım sağlayan bir servis olmalıdır.• Bütün çalışanlara; ihtiyacı olan tıbbi, cerrahi, psikolojik ve rehabilitasyon hizmetlerinde yeterli kolaylık sağlanmalıdır.• Deneyimli bir konsültan ekibin sürekliliği sağlanmalıdır.• Sağlık çalışanlarının özel doktorları ile irtibat kuracakları bir prosedür tasarlanmalıdır.• Tüm çalışanlar için bakım ve tedavinin sürekliliğini kolaylaştırmak amacıyla, yeterli izlem kriterleri tanımlanıp sürdürülmelidir.• Meslek hastalıkları ve yaralanmalarının tedavisi ve bildirimini yasal çerçeveye uymalıdır.
SAĞLIK DANIŞMANLIĞI
<ul style="list-style-type: none">• Tıbbi, psikolojik ve sosyal danışmanlık hizmeti veren, kolay ulaşılabilir bir program oluşturulmalıdır. Böyle bir program, çeşitli bağımlılık problemlerini (sigara, alkol, uyusturucu vs.) olduğu kadar HIV enfeksiyonu ve HIV epidemisi ile ilişkili sorunları da kapsamalıdır.• Çalışanların, hastane içinde çözümlenemeyecek tetkik ve tedavi sorunları için başvuracakları yerlere yönlendirilmelerini sağlayacak yasal bir sistem olmalıdır.• Psikiyatri bölümü ve sosyal hizmetler servisi bulunmayan kuruluşlarda, konuya yakın kişiler, danışmanlık bölümünde, çalışanlara yardımcı olarak yer almalıdır.
ÇEVRE KONTROLÜ VE SÜRVEYANS
<ul style="list-style-type: none">• Çevre kontrolü ve sürveyans, meslek sağlığı programının bir parçası olmalıdır ve ciddi kazalara müdahale edebilecek bilgi ve becerisi olan bir kişi tarafından yönetilmelidir.• Nükleer tıp ve radyoloji bölümünden ayrı bir kişi sorumlu olmalıdır.• Uygulamalar yasal çerçeve içinde olmalıdır.
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAYIT SİSTEMİ
<ul style="list-style-type: none">• Her çalışanın sağlık ünitesinde kaydı olmalıdır. Kayıtta, bütün muayene ve tetkiklerin sonuçları, geçirdiği hastalık ve yaralanmalara ait bilgiler yer almalıdır.• Yaralanma ve hatalık oranlarını, kazaların oluş seklini, tehlike izlenimlerinin sonuçlarını göstermek ve değerlendirmek için aylık raporlar düzenlenmelidir.• Kayıtlar gizli olmalı, sadece gerekli ve yetkili kişiler tarafından görülebilmelidir.
HASTANE BÖLÜMLERİ ARASINDA KOORDİNASYON
<ul style="list-style-type: none">• Hastanenin tüm birimlerin, in temsil edildiği bir komite, meslek sağlığı programının hastanede uygulanmasına ilişkin politika, direktif ve ihtiyaçları önermelidir.• MSGK ile enfeksiyon komitesi, çalışanların sağlığını ortak bir plan içinde takip etmelidir.• Meslek sağlığı programının bir üyesi, hem MSGK'de hem de enfeksiyon kontrol komitesinde görevlendirilmiş olmalıdır

Kaynak, Akkaya, a.g.k., s.58

4.5. Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Düzenlemeler

4.5.1. Genel Düzenlemeler

4.5.1.1. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Risk Grupları Tebliği

İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin 21. maddesi uyarınca oluşturulan Komisyonun görüşleri doğrultusunda, işyerlerinin iş sağlığı ve güvenliği açısından yer aldığı risk grupları listesi belirlenmiştir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından hazırlanan ve Resmi Gazetede yayınlanan “İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Risk Grupları Listesi Tebliği”nde Risk Grupları listesi sıralanmakta ve hastaneler; tıbbi, cerrahi, diş ve benzeri sağlık hizmetleri, sanatoryumlar, klinikler ve sağlık yurtları ile birlikte 5’inci risk grubu kapsamında sıralanmıştır. Aynı isimli risk grupları tebliği 2005 yılı için yayınlandığında ise, sağlık işletmeleri açısından kapsam daraltılmış ve “Ayakta ve / veya yataklı teşhis ve tedavi yapılan sağlık kuruluşları” yine 5. risk grubunda sıralanmıştır. Anılan tebliğde risk grupları 1 (en az tehlikeli) ile 5 arasında (en çok tehlikeli) bir sınıflandırılmaya tabi tutulmuştur.²⁷⁹

4.5.1.2. Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği

Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği’nin ekinde yer alan Ağır ve Tehlikeli İşlere Ait Çizelge, Hastane, bakteriyoloji ve kimya laboratuvarları, eczacılık (ilaç imali, ham maddesi imali ve benzeri) işler ağır ve tehlikeli işlerden sayılmıştır. Yönetmeliğe göre sağlık işletmelerinde kadınlar çalışabilmektedir. Ancak 18 yaşını doldurmamış kişilerin anılan işletmelerde çalışması yasaklanmıştır.²⁸⁰

Bu yönetmeliğin 5.maddesine göre Sağlık raporu alınmamış herhangi bir işçinin ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılması yasaktır. Ağır ve Tehlikeli işler yönetmeliğinin 6. maddesine “Kadınlar, ay hali günlerinde ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılmazlar. Bu günlerin sayısı 5 gün olarak hesap edilir. Daha fazlası için hekim raporuna göre hareket edilir.”²⁸¹

Buna göre 4857 sayılı İş Kanunu kapsamına giren özel sağlık işletmelerinde çalışan kadın çalışanlar yasal anlamda yönetmelikte kendilerine tanınan bu hakkı

²⁷⁹ Devebakan, a.g.k., s.169

²⁸⁰ Devebakan, a.g.k., s.185

²⁸¹ Karakaş, a.g.k., s. 160-161

kullanabilecekleridir. Ancak hastane yönetimleri ile yapılan görüşmelerde pratikte bu iznin verilmesinin yaygın olmadığı, bazı sağlık işletmelerinde bu durumdaki kadın çalışanlar için idari izinin verildiği şeklinde geribildirimler alınmıştır.²⁸²

4.5.1.3. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

Sağlık çalışanlarının sağlığını korumaya yönelik bir hüküm de Ayakta- Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte bulunmaktadır. İlgilin yönetmeliğin ekinde İl Sağlık Müdürlüğü'nün özel sağlık kuruluşlarını denetlemede kullandıkları form bulunmaktadır. Söz konusu formda tıbbi atıkların kontrolü hizmetlerinin ve sağlık kuruluşunda gerekli hijyenik koşulların sağlanıp sağlanmadığı ile ilgili sorular da bulunmaktadır. Mevzuat ile öngörülen düzenlemenin mevzuata uygun olmaması durumunda eksikliğin giderilmesi için süre verilmekte, eksikliğin devamında ise sağlık kuruluşunun faaliyetleri belli bir süre durdurulmaktadır²⁸³

4.5.1.4. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

Sağlık işletmelerinde çalışanların sağlığını korumaya yönelik değerlendirilebilecek bir düzenleme de Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 127. maddesinde Radyasyon fizikçisinin (Sağlık fizikçisi) görevleri düzenlenmiştir. Buna göre Radyasyon fizikçisi, radyo izotop maddeleri ve iyonize ışın kaynaklarını usulüne uygun olarak depolayacak ve muhafaza edecektir. İlgili maddeye göre radyasyon fizikçisi kaynakların kullanılmaya hazırlanmasını, kullanma ve muhafaza yerlerine nakledilmesi esnasında gerekli koruyucu tedbirleri alması görevlerini yapmak yükümlüdür. Aynı yönetmeliğin 30. maddesinde, “ilçe hastaneleri ve gün hastaneleri hariç, yataklı tedavi kurumlarında, hastane enfeksiyonları ile ilgili sorunları tespit etmek, çözümüne yönelik faaliyetleri düzenleyip yürütmek ve bu kurumlar düzeyinde alınması gereken kararları gerekli yerlere iletmek üzere Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin kurulacağı hükmüne yer verilmektedir. Yönetmeliğin ilgili maddesine göre ilçe hastanelerinde ve gün hastanelerinde ise Enfeksiyon Kontrol Sorumlusu belirlenmelidir.

²⁸² Devedakan, a.g.k., s.185

²⁸³ Devedakan, a.g.k., s. 172-173

4.5.1.5. Özel Hastaneler Yönetmeliği

Sağlık Bakanlığı tarafından çıkartılan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte; “Hastane komplekslerinde hasta güvenliğini, sıhhatini ve huzurunu riske sokacak tarzda yapılaşma veya hizmet sunumu yapılamaz” ifadesine yer verilmiştir. Sağlık işletmelerindeki çoğu risk ve tehlikelere hastalar ile birlikte sağlık çalışanlarının da maruz kaldığı göz önüne alındığında anılan yönetmelikte sağlık çalışanların güvenliklerinin sağlanmasına yönelik bir hükme yer verilmesi kanımızca isabetli olacaktır.

Özel hastaneler, Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin denetim ile ilgili değişik 62'inci maddesine göre denetlenir. İlgili maddede, “özel hastaneler, şikâyet üzerine yapılan inceleme ve soruşturma ile Bakanlıkça Komisyona yaptırılan veya Bakanlık Müfettişleri tarafından yapılan olağan ve olağan dışı denetimler hariç olmak üzere; müdürlük ekipleri tarafından, altı ayda bir rutin olarak denetlenir” hükmüne yer verilmiştir. Sözü edilen denetimde, ilgili hastanede, hasta ve çalışanların risk ve tehlikelere karşı korumaya yönelik radyasyon güvenlik programının olup olmadığı da denetlenmektedir.²⁸⁴

4.5.1.6. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun sağlanması ve sağlık kurumlarının bu hedeflere ulaşmaları için ölçülebilir, karşılaştırılabilir hizmet sunum ölçütlerinin belirlenmesi ve halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması ile buna katkısı olan personelin teşvik edilmesi amacıyla yönelik olarak çıkarılmış bir düzenlemedir. Söz konusu Yönergede kurumun, hastaları, ziyaretçileri ve sağlık çalışanlarını oluşabilecek her türlü saldırılara karşı koruyup koruyamadığını belirlemeye yönelik aşağıdaki soruların sorulduğu görülmektedir;

Hastanede hasta ve çalışanları risk ve tehlikelere karşı korumaya yönelik

- Radyasyon güvenlik programı var mı?
- Kurum, Hastane personelinin güvenliğini sağlamak için gerekli önlemleri alıyor mu?

²⁸⁴ Devebakan, a.g.k., s.183-184

- Kuruma yeni katılan ve/veya görev değişikliği yapılan personel için düzenlenmiş bir oryantasyon eğitimi programı var mı?
- Hastanede, laboratuvarların olası risk ve tehlikelerine karşı, laboratuvar ekibinin ve zaman hastaların güvenliğini sağlamaya yönelik bir düzenleme var mı?
- Hastane yönetimi mevzuat doğrultusunda yönetici personelin görev, yetki ve sorumluluk tanımlarını yaparak bu konuda çalışanların bilgilendiriyor mu?
- Hastane çalışanlar ile hasta ve yakınlarını her türlü zarar ve risklerden koruyacak önlemleri bir plan dâhilinde uyguluyor mu?

İlgili yönergedeki sorulardan anlaşılacağı üzere, kurumsal performansın değerlendirilmesinde hasta ve çalışanların güvenliklerinin sağlanması, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanması da önem arz etmektedir. Sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında dikkat edilecek tedavi ve araştırma amacıyla kullanımında radyasyon güvenliğinin sağlanması, sorunların belirlenmesi ve çözümünün yollarının bulunmasıdır. Sağlık işletmelerinde radyasyon güvenliğinin sağlanması ya da çalışanların radyasyonun olumsuz etkilerinden korunmasına yönelik ulusal mevzuatımızda birçok düzenlemenin olduğu görülmektedir.²⁸⁵

4.5.1.7. Kadın işçilerin Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik

Bu yönetmeliğin amacı, on sekiz yaşını doldurmuş kadın işçilerin gece postalarında çalıştırılmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir. Bu Yönetmelik, 22/5/2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanunu kapsamındaki işyerlerinde 18 yaşını doldurmuş kadın işçilerin gece postalarında çalıştırılmaları ile ilgili koşulları kapsar.

Yönetmelik, 22/5/2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanununun 73. maddesine dayanılarak hazırlanmıştır. Bu yönetmelikte geçen; “Bölge Müdürlüğü: işyerinin bağlı bulunduğu Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Bölge Müdürlüğünü”, “Kadın işçi: Medeni durumuna bakılmaksızın on sekiz yaşını doldurmuş kadın işçileri”, “Gece postası: 4857 sayılı İş Kanununun 69. maddesinde belirtilen gece çalışma sürelerini kapsayan ve yedi buçuk saati geçmeyen çalışma zamanını”, ifade eder.²⁸⁶

²⁸⁵ Devebakan, a.g.k., s. 178-179

²⁸⁶ Akkaya, a.g.k., s.106

Kadın işçilerin, gece postalarında çalıştırılabilmeleri için, işe başlamadan önce işyeri hekimi, işyeri ortak sağlık birimi, işçi sağlığı dispanserleri, bunların bulunmadığı yerlerde sırasıyla en yakın Sosyal Sigortalar Kurumu, sağlık ocağı, Hükümet veya belediye doktorlarına muayene ettirilerek, çalışmalarına engel bir durumun olmadığına dair sağlık raporlarının alınması şarttır. Bu işçilerin muayeneleri her altı ayda bir tekrarlanır.²⁸⁷

4.5.1.8. 4857 Sayılı İş Kanununda Gece süresi ve Gece çalışmaları

Sağlık işletmelerinde 24 saat kesintisiz hizmet sunulmasından dolayı vardiya sistemi ile bazı sağlık çalışanlarının gece de çalışması gerekmektedir. Çalışma hayatında gece süresi ve gece çalışmaları 4857 sayılı iş kanununun 69. maddesinde hükme bağlanmıştır. İlgili kanun maddesinde; gece çalıştırılacak işçilerin sağlık durumlarının gece çalışmasına uygun olduğunun, işe başlamadan önce alınacak sağlık raporu ile belgeleneceği, gece çalıştırılan işçilerin en geç iki yılda bir defa işveren tarafından periyodik sağlık kontrolünden geçirileceği ve işçilerinin sağlık kontrollerinin masraflarının işveren tarafından karşılanacağına yönelik hükümlere yer verilmektedir.

Aynı yasa maddesinde gece çalışması ile ilgili;

- İşçilerin gece çalışmalarının yedi buçuk saati geçemeyeceği,
- Gece çalışması nedeniyle sağlığının bozulduğunu raporla belgeleyen işçiye işverenin, mümkünse gündüz postasında durumuna uygun bir iş vereceği,
- İşverenin gece postalarında çalıştırılacak işçilerin listelerini ve bu işçiler için işe başlamadan önce alınan ve periyodik sağlık raporlarının bir nüshasını ilgili bölge müdürlüğüne vermekle yükümlü olduğu,
- Gece ve gündüz işletilen ve nöbetleşe işçi postaları kullanılan işlerde, bir çalışma haftası gece çalıştırılan işçilerin, ondan sonra gelen ikinci çalışma haftası gündüz çalıştırılmaları suretiyle postaların sıraya konulacağı,
- Postası değiştirilecek işçinin kesintisiz en az on bir saat dinlendirilmeden diğer postada çalıştırılmayacağı, hükümlerine yer verilmiştir.²⁸⁸

²⁸⁷ Karakaş, a.g.k., s.500

²⁸⁸ Devebakan, a.g.k., s.170-171

4.5.1.9. Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik

Bu yönetmeliğin amacı, işyerlerindeki gebe, yeni doğum yapmış veya emziren işçilerin işteki güvenlik ve sağlığının sağlanması ve geliştirilmesini destekleyecek önlemler uygulamak ve bu işçilerin hangi dönemlerde ne gibi işlerde çalıştırılmalarının yasak olduğunu, çalıştırılabileceği işlerde hangi şart ve usullere uyulacağını, emzirme odalarının veya çocuk bakım yurtlarının (kreş) nasıl kurulacağını ve hangi şartları taşıyacağını belirlemektir. Yönetmelik, 22.5.2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanunu kapsamındaki kadın işçi çalıştıran işyerlerine uygulanır. Bu Yönetmelik, 22.5.2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanununun 88. maddesine dayanılarak hazırlanmıştır. 14.07.2004 tarih ve 25522 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.²⁸⁹

4.5.1.10. İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları hakkında Yönetmelik

Bu yönetmelik 16.12.2003 tarih 25318 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. İşyeri sağlık birimlerinin kuruluşu, yaplanması, çalışma usul ve esasları ile işyeri hekiminin nitelikleri, sayısı, işe alınmaları, görev, yetki ve sorumlulukları, eğitimleri ve çalışma şartları ile ilgili usul ve esasları belirler.

Madde 6, çalışanlar ve temsilcileri, sağlıklı bir çalışma ortamının oluşması için bu konuda hazırlanan talimat ve prosedürlere uymak, işyeri sağlık biriminin çalışmalarına destek sağlamak, sağlık muayeneleri, bilgilendirme ve eğitim programlarına katılmak ve gerektiğinde işbirliği yapmakla yükümlüdürler.

Madde 7, sağlık biriminde, en az bir işyeri hekimi ile birlikte en az bir işyeri hemşiresi veya sağlık memuru görevlendirilmesi zorunludur.

Madde 18, işyeri hekimi olarak görevlendirilecek hekimlerin Bakanlıkça verilmiş işyeri hekimliği sertifikasına sahip olmaları gerekir.²⁹⁰

Çalışma Bakanlığı'nın 4. 7. 1980 yılında çıkartmış olduğu ve 17037 sayılı resmi gazetede yayınlanmış "İşyeri Hekiminin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik" ile işyeri hekiminin görevleri 4 ana başlıkta toplanmıştır:

²⁸⁹ Ak aya, a.g.k., s.105

²⁹⁰ Karakaş, a.g.k., s.321-323

- 1- İşyeri hekiminin tıbbi görevleri
- 2- İşyeri hekiminin tıbbi-teknik görevleri
- 3- Kayıt ve istatistik görevleri
- 4- İnceleme-araştırma, işyeri dışı kuruluşlarla ilgili görevler

1-İşyeri hekiminin tıbbi görevleri 10 alt başlıkta toplanır:

- Çalışanların giriş muayenelerinin yapılması: İşe giriş muayeneleri, İş Yasası' nın 79. maddesi ile Ağır ve Tehlikeli İşler Tüzüğü' nün 3. maddesinde belirtildiği üzere işyeri hekimi, İşçi Sağlığı Dispanseri, bunların bulunmadığı yerlerde sırasıyla; en yakın SSK sağlık tesisleri-hekimleri, sağlık ocakları, hükümet veya belediye doktorları tarafından yapılarak, raporlandırılır.

- Periyodik muayenelerinin yapılması: Burada amaç, çalışma ortamının tanımlanmış risklerinin çalışan üzerindeki zararlı etkilerinin, etkene ve çalışma koşullarına özel kanun ve tüzüklerle belirlenmiş, belirli zaman aralıklarında izlenerek muhtemel hastalıkların erken tanısının sağlanmasıdır. Ayrıca gereğinde ek ve tamamlayıcı muayenelerin yapılması

- Özelliği olan işçilere, bu arada ağır ve tehlikeli işlerde çalışanlara, gebe ve emzikli kadınlara, 18 yaşından aşağı gençlere, 2 yaşından küçük çocuğu olan annelere, malul ve arızalılara, alkoliklere, birden fazla iş kazası geçirmiş işçilere Özel bir ilgi ve ihtimam sağlanması.

- Meslek hastalığı dışı, 3 haftadan uzun süren işten uzaklaşmalarla bütün meslek hastalıkları, iş kazaları ve sık tekrarlanan işten uzaklaşmalar halinde işe dönüş muayenelerinin yapılması.

- İşveren tarafından ihtiyaç gösterilen işçilerin muayenelerinin yapılması.
- Gerekli hallerde radyolojik muayenelerin yapılması.
- İşyerinde ilkyardım organizasyonu, acil tedavinin yapılması.
- Koruyucu aşıların yapılması ve izlenmesi.
- Kadın işçilerin, işyerlerindeki çocuk bakım ünitelerindeki çocukların sağlık kontrollerinin yapılması ve bu ünitelerin çalışmalarının denetlenmesi

2-İşyeri hekiminin tıbbi-teknik görevleri 3 bölüm halinde ele alınır:

- İşyeri hijyeni ve güvenliği konularında inceleme ve araştırma yapmak.
- İş ve işçinin birbirine uyumunu sağlamak.
- Sağlık eğitimi vermek.

3-İşyeri hekiminin kayıt ve istatistik görevleri; işçilere sağlık dosyası düzenlenmesini, iş kazası ve meslek hastalığı formlarının doldurulmasını, İSB' nde yapılan işlem ve hasta bakımlarının kaydını, yıllık çalışma raporlarının hazırlanmasını içerir.

4-İşyeri hekiminin inceleme-araştırma ve işyeri dışı kuruluşlarla ilgili görevlerini; uzmanlar ve üniversitelerle işbirliği oluşturur.²⁹¹

4.5.2. Güvenlik Önlemlerine Yönelik Düzenlemeler

4.5.2.1. Güvenlik ve Sağlık İşaretleri Yönetmeliği

İş Yasası'nın 78. maddesi uyarınca ve AB'nin aynı adlı 92/58 Sayılı direktifi esas alınarak çıkarılmıştır (Madde 9). 23.12.2003 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Buna göre işverenler, İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliğinin md.6/C 1 paragrafına göre yapılan risk değerlendirmesi sonuçlarına göre çalışma yöntemleri, iş organizasyonu ve toplu koruma önlemleriyle işyerindeki risklerin giderilemediği ya da yeterince azaltılmadığı durumlarda güvenlik ve sağlık işaretlerini bulundurmamak ve kullanmak zorundadırlar (Madde 5).²⁹²

Bu yönetmelikte geçen; güvenlik ve sağlık işaretleri, yasak işareti, uyarı işareti, emredici işaret, acil çıkış ve ilk yardım işaretleri, bilgilendirme işaretleri, işaret levhası, ek bilgi levhası, güvenlik rengi, sembol veya piktogram, ışıklı işaret, sesli sinyal, sözlü iletişim, el işareti operatör ve işaretçi başlıkları yer alır.²⁹³

4.5.2.2. Koruyucu Donanım Yönetmeliği

Bu yönetmeliğin amacı, insan sağlığı ve güvenliğinin korunması amacıyla kullanılan kişisel koruyucu donanımların imalatı, ithalatı, dağıtımı, piyasaya arzı, hizmete sunumu ve denetimi ile 3.kişilerin can ve mal güvenliğinin tehlikelere karşı korunmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir (Madde 1). Kişisel koruyucu donanımların işyerinde çalışanlar tarafından kullanılması için asgari güvenlik ve sağlık gerekleri hakkında 30 Kasım 1989 tarih ve 89/656 sayılı AB Direktifi'ne göre hazırlanmıştır.203 09.02.2004 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

²⁹¹ Altıntepe, Y., "Küçük Ölçekli İşletmelerden İşyeri Hekimlik Hizmetleri", İÜ. Toplum Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, s. <http://arsiv.mmo.org.tr/pdf/11251.pdf>

²⁹² Akkaya, a.g.k., s.101-102

²⁹³ Karakaş, a.g.k., s. 238-239

4.5.2.3. Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik

Bu yönetmelik de İş Yasası'nın 78. maddesine dayandırılmış ise de, esasen AB'nin “ İşyerinde Kimyasal Maddelerle İlgili Risklerden Çalışanların Sağlık ve Güvenliklerinin Korunması Hakkındaki 98/24 sayılı Direktifi” ile bu direktifin uygulanması amacıyla çıkarılan Mesleki Maruziyet Sınır Değerleri Göstergeleri ile ilgili 91/322 ve 2003/39 sayılı AB Direktifleri göz önünde tutularak hazırlanmıştır (Madde 14). 26.12.2003 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmeliğin amacı, işyerinde bulunan, kullanılan ya da herhangi bir şekilde işlem gören kimyasal maddelerin tehlikelerinden ve zararlı etkilerinden işçilerin sağlığını korumak ve onların güvenli bir ortamda çalışmalarını sağlamak için asgari şartları belirtmektir (Madde 1).²⁹⁴

4.5.2.4. Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik

Bu Yönetmelik Avrupa Birliğinin 18/9/2000 tarihli ve 2000/54/EC sayılı Konsey Direktifi esas alınarak hazırlanmıştır. Bu yönetmelikte belirtilen özel önlemler ile birlikte bu Yönetmelik kapsamına giren işyerlerinde, 9/12/2003 tarihli ve 25311 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği hükümleri de uygulanır.

Biyolojik etkenler: Herhangi bir enfeksiyona, alerjiye veya zehirlenmeye neden olabilen, genetik olarak değiştirilmiş olanlar da dahil mikroorganizmaları, hücre kültürlerini ve insan parazitlerini,

Mikroorganizma: Genetik materyali replikasyon veya aktarma yeteneğinde olan hücresel veya hücresel olmayan mikrobiyolojik varlığı,

Hücre kültürü: Çok hücreli organizmalardan türetilmiş hücrelerin in-vitro olarak geliştirilmesini, Bakanlık: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını ifade eder.

Yönetmelikte biyolojik etkenlere maruziyetin olabileceği işler listesi şu şekilde sıralanmıştır:

- Gıda üretilen fabrikalarda çalışma.
- Tarımda çalışma.
- Hayvanlarla ve/veya hayvan kaynaklı ürünlerle çalışma.

²⁹⁴ Akkaya, a.g.k., s.101-102

- Sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerde, karantina dahil morglarda çalışma.
- Mikrobiyolojik teşhis laboratuvarları dışındaki kliniklerde, veterinerlik ve teşhis laboratuvarlarındaki çalışma.
- Atıkları yok eden fabrikalarda çalışma.
- Kanalizasyon, arıtma tesislerindeki çalışma.

4.5.2.5. Kanserojen ve Mutajen Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik

Çalışanların işte kanserojenler ya da mutajenlere maruziyetleriyle ilgili risklerden korunmasına ilişkin 29.04.2004 tarih ve 2004/37 AB Direktifi'ne göre hazırlanmıştır. İş Kanunu Madde 78'e dayandırılarak oluşturulan bu yönetmelik de risk değerlendirme, kullanımın azaltılması, maruziyetin önlenmesi ve azaltılması, yetkili makamlara bilgi verme, işçilerin kişisel korunmaları, bilgi alma hakları ve eğitimi ile ilgili hususlar yer almaktadır²⁹⁵.

4.5.2.6. Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği

Sağlık işletmelerindeki enfeksiyonlar gerek hasta güvenliği gerekse de sağlık çalışanlarının sağlığı açısından önemli bir risk etmenidir. Söz konusu enfeksiyonların önlenmesinde enfeksiyon kontrol komitelerinin önemi büyüktür. Ülkemizde ilk olarak Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulan Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin 2000 yılına kadar yönergesiz çalıştığını göz önüne alındığında konu ile ilgili yasal yapılanmanın önemi daha da anlaşılacaktır.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği'nin amacı; yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak, konu ile ilgili sorunları tespit etmek, çözümüne yönelik faaliyetleri düzenleyip yürütmek ve yataklı tedavi kurumları düzeyinde alınması gereken kararları gerekli mercilere iletme üzere, enfeksiyon kontrol komitesi teşkili ile bu komitenin çalışma şekline, görev, yetki ve sorumluluklarına ilişkin usûl ve esasları düzenlemek" olarak belirlenmiştir. Bu Yönetmelik; kamu kurum ve kuruluşları ile özel sektöre ait bütün yataklı tedavi kurumlarını ve bu yataklı tedavi kurumlarında görev yapan personeli kapsamı nedeniyle sağlık çalışanlarının sağlığını doğrudan

²⁹⁵ Akkaya, a.g.k., s.103-106

etkileyen bir düzenlemedir. Yönetmelik anılan tüm özel ve kamu sağlık işletmelerinde bir Enfeksiyon Kontrol Komitesinin Teşkil edilmesini zorunlu kılmaktadır.

Enfeksiyon kontrol komitesinin görev, yetki ve sorumlulukları (md.7),

- Bilimsel esaslar çerçevesinde, yataklı tedavi kurumunun özelliklerine ve şartlarına uygun bir enfeksiyon kontrol programı belirleyerek uygulamak,

- Yönetime ve ilgili bölümlere bu konuda öneriler sunmak, görüş bildirmek,

- Güncel ulusal ve uluslararası kılavuzları dikkate alarak yataklı tedavi kurumunda uygulanması gereken enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirmek, bunları gerektiğinde güncellemek,

- Yataklı tedavi kurumunda çalışan personele, bu standartları uygulayabilmeleri için devamlı hizmet içi eğitim verilmesini sağlamak ve uygulamaları denetlemek,

- Yataklı tedavi kurumunun ihtiyaçlarına ve şartlarına uygun bir sürveyans programı geliştirmek ve çalışmalarının sürekliliğini sağlamak,

- Hastane enfeksiyonu yönünden, öncelik taşıyan bölümleri saptayarak ve bulgulara göre harekete geçerek, hastane enfeksiyon kontrol programı için hedefler koymak, her yılın sonunda hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirmek ve yıllık çalışma raporunda bu değerlendirmelere yer vermek,

- Antibiyotik, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçlerin, enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzeme alımlarında, ilgili komisyonlara görüş bildirmek; görev alanı ile ilgili hususlarda, yataklı tedavi kurumunun inşaat ve tadilat kararları ile ilgili olarak gerektiğinde

- Hastalar veya yataklı tedavi kurumu personeli için tehdit oluşturan birenfeksiyon riskinin belirlenmesi durumunda, gerekli incelemeleri yapmak, izolasyon tedbirlerini belirlemek, izlemek ve böyle bir riskin varlığının saptanması durumunda, ilgili bölüme hasta alımının kısıtlanması veya gerektiğinde durdurulması hususunda karar almak,

- Sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini dikkate alarak, antibiyotik kullanım politikalarını belirlemek, uygulanmasını izlemek ve yönlendirmek,

- Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini ve dezenfektanların seçimi ile ilgili standartları belirlemek, standartlara uygun kullanımını denetlemek,

- Üç ayda bir olmak üzere, hastane enfeksiyonu hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporunu hazırlamak ve ilgili bölümlere iletilmek üzere Yönetime bildirmek,

- Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan yıllık faaliyet değerlendirme sonuçlarını Yönetime sunmak,

- Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından iletilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda karar almak ve Yönetime iletmek

Enfeksiyon kontrol komitesi; başhekim yardımcısı veya dekan yardımcısı, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji kliniği veya anabilim dalı temsilcisi, çocuk hastanelerinde çocuk enfeksiyon hastalıkları yan dal uzmanı, çocuk enfeksiyon hastalıkları yan dal uzmanı yoksa çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık dalından, *üniversite hastanelerinde* anabilim dalı veya bilim dalı başkanı ya da yerine görevlendireceği bir uzman, *eğitim hastanelerinde* klinik şefi veya koordinatör şef ya da yerine görevlendireceği bir uzman, diğer *yataklı tedavi kurumlarında* ise, yönetici tarafından görevlendirilecek bir uzman, dahili tıp bilim dallarından tercihen iç hastalıkları uzmanı; cerrahi tıp bilim dallarından tercihen genel cerrahi uzmanı; mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji laboratuvarı temsilcisi, başhemşire veya hemşirelik hizmetleri müdürü, enfeksiyon kontrol hekimi, enfeksiyon kontrol hemşiresi, eczane sorumlusu ve hastane müdüründen oluşmaktadır (md.5).²⁹⁶

4.5.2.7. Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Diyaliz Merkezleri Yönetmeliğinin 16. maddesinde, merkezde çalışan personelin, özel durumlar hariç, 6 ayda bir hepatit B, D, C ile sitomegalovirüs, AIDS ve diğer benzer bulaşıcı hastalıklar taramasından geçirilmesi ve gerektiğinde ilgili personelin koruyucu önlem ve tedavilerinin yaptırılması zorunlu kılınarak, personelin iş sağlığı ve güvenliğine yönelik önlemler hükme bağlanmıştır. Söz konusu yönetmeliğin 7'inci maddesinde de yangına karşı güvenlik tedbirleri bulunmayan binalarda diyaliz merkezi açılmasına izin

²⁹⁶ Devebakan, a.g.k., s. 173-175

verilmeyeceği hükmü bulunmaktadır. Sözü edilen düzenlemenin de hem hasta güvenliği, hem de sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği açısından önemli bir yaptırım aracı olduğu söylenebilir.²⁹⁷

4.5.2.8. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği

Çevre ve Orman Bakanlığı tarafından yayınlanan, “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği”nde (TAKY) gerek çalışanların, hastaların ve genel olarak toplum sağlığını ilgilendiren düzenlemelerin olduğu görülmektedir. Bu yönü ile anılan yönetmeliğin sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliğini sağlamaya yönelik kapsamlı bir düzenleme olduğu söylenebilir. İlgili yönetmeliğin 5’inci maddesinde tıbbi atıkların yönetimine ilişkin, “Tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları ile bu atıkların taşınması ve bertarafından sorumlu belediyelerin/özel sektör firmalarının tıbbi atık yönetimiyle ilgili personelinin periyodik olarak eğitimden ve sağlık kontrolünden geçirilmesi ve tıbbi atık yönetimi kapsamındaki faaliyetlerin bu personel tarafından yapılması esastır” hükmü bulunmaktadır.

Yine ilgili yönetmeliğin 8’inci maddesinde de, tıbbi atık üreticileri, tıbbi atık yönetimiyle görevli personeli periyodik olarak eğitmek veya eğitimini yükümlü kılınmıştır. Yönetimin bir diğer yükümlülüğü ise, konu ile ilgilenen çalışana özel giysi temin etmektir. TAKY’nin 10. maddesinde, atıkları üreten kişi, kurum ve kuruluşlar; atıkların kaynağında ayrı toplanması ve biriktirilmesi, atıkların toplanması ve taşınmasında kullanılacak ekipman ve araçlar, atık miktarları, toplama sıklığı, geçici depolama sistemleri, toplama ekipmanlarının temizliği ve dezenfeksiyonu, kaza anında alınacak önlemler ve yapılacak işlemler, bu atıkların yönetiminden sorumlu personel ve eğitimleri başta olmak üzere detaylı bilgileri içeren Ünite İçi Atık Yönetim Planı’nı hazırlamak ve uygulamak ile yükümlü tutulmuştur.

TAKY’nde tıbbi atıkların kuruluş içinde taşınmasından dolayı sağlık çalışanları ve hastalar açısından doğuracağı risk ve tehlikeleri önlemeye yönelik düzenlemeler bulunmaktadır. İlgili yönetmeliğin 16’ıncı maddesinde, tıbbi atıkların torba içinde, bu iş için eğitilmiş personel tarafından yapılacağı belirtilmiştir. Yönetmeliğin ilgili maddesinde taşıma aracı ile ilgili tanımlayıcı bilgilere yer verilmiştir. Buna göre tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar

²⁹⁷ Devebakan, a.g.k., s.171

turuncu renkli olacak, üzerlerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunacaktır.

TAKY'nin 25. maddesinde; kurum ve kuruluşların, tıbbi atıkların taşınması ile görevli personeli periyodik olarak eğitmek, sağlık kontrolünden geçirmek ve diğer koruyucu tedbirleri almakla yükümlü olduklarına dikkat çekilmiştir. Diğer taraftan 26'ncı maddesinde de; tıbbi atıkları taşımakla görevlendirilen temizlik personelinin çalışma sırasında eldiven, koruyucu gözlük, maske kullanacağı; çizme ve özel koruyucu turuncu renkli elbise giyeceği öngörülmüştür. İlgili yönetmeliğin sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliklerinin sağlanması yönünde değerlendirilebilecek bir hüküm de yönetmeliğin 52. maddesinde bulunmaktadır. İlgili maddede, “Tıbbi atıkların ünite içinde toplanması, taşınması, geçici atık deposuna taşınması ile geçici atık deposu veya konteynerlerin işletilmesinden sorumlu ünite personeli ile bu atıkların geçici atık depolarından alınarak bertaraf sahasına taşınmasından sorumlu belediye personeli, bu işlerin hizmet alımı yoluyla yapılması durumunda ise özel temizlik ve taşıma firmalarının ve personellerinin, tıbbi atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması ve bertaraf sahasına taşınması aşamalarında uyulacak kurallar ve dikkat edilmesi gereken hususlar, bu atıkların yarattığı sağlık riskleri ve neden olabilecekleri yaralanma ve hastalıklar ile bir kaza veya yaralanma anında alınacak tedbirleri içeren bir eğitim programına periyodik olarak tabi tutulması ve bu eğitimin alındığının belgelenmesi zorunludur” hükmüne yer verilmiş ve konu ile ilgili eğitimin önemine dikkat çekilmiştir.²⁹⁸

4.5.2.9. Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Kanunu

2690 Sayılı Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Kanunu'nun 4. maddesi TAEK'nun görev ve yetkilerini düzenlemektedir. İlgili maddede kurumun görevleri, “radyoaktif maddeleri ve radyasyon cihazlarını bulunduran, kullanan, bunları ithal ve ihraç eden, taşıyan, depolayan, ticaretini yapan resmi ve özel kurum, kuruluş ve kişilere ruhsata esas olacak lisans vermek, radyasyon güvenliği bakımından bunları denetlemek; bu görevlerin yerine getirilmesi sırasında sigorta yükümlülüğü koymak; radyasyon güvenliği mevzuatına aykırı hallerde, verilmiş olan lisansı geçici veya sürekli olarak iptal etmek; söz konusu kurum ve kuruluş hakkında, gerekirse kapatma

²⁹⁸ Devedbakan, a.g.k., s.175-177

kararı almak ve genel hukuk esasları dahilinde kanuni kovuşturmaya geçilmesini sağlamak” şeklinde sırlanmaktadır.

TAEK’na bağlı Radyasyon Sağlığı ve Güvenliği Dairesi (RSGD), radyoaktif maddeler, radyasyon üreten ve yayan cihazların bulundurulması, kullanılması, alınması, satılması, depolanması, taşınması, imal, ithal ve ihracatı gibi faaliyetlerde halkın, çalışanların ve çevrenin radyasyondan korunması için, radyoaktif madde güvenlik ve emniyetinin sağlanması, personelin eğitimi ve ülkede güvenlik kültürünün oluşturulması hizmetlerini yürütmek üzere bir takım faaliyetlerde bulunmaktadır. Bu faaliyetlerden bir tanesi de “Tıbbi, endüstriyel ve araştırma amaçlı radyolojik tesislere” lisans vermektir.²⁹⁹

4.5.2.10. Radyasyon Güvenliği Komitesi Çalışma Usul ve Esasları

Türkiye Atom Enerjisi Kurumu tarafından çıkartılan “Radyasyon Güvenliği Komitesi Çalışma Usul ve Esasları”nda İyonlaştırıcı radyasyonun uygulamalarının yapıldığı, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi ve radyoloji gibi en az 2 tanesinin yapıldığı devlet hastaneleri, askeri hastaneler, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde çalışanların, hastaların ve çevrenin radyasyondan korunma ve güvenliğini sağlamak amacıyla "*Radyasyon Güvenliği Komitesi*" kurulması gerektiği ifade edilmektedir.

Buna göre Radyasyon Güvenliği Komitesi aşağıdaki idari gereklilikleri yerine getirmelidir;

- Komite üyeleri; lisans sahibi/sahipleri, radyasyon korunması görevlisi/görevlileri, medikal fizikçiler, hemşire temsilcisi, hastane yönetimi temsilcisi (başhekim, başhekim yardımcısı, başmüdür, başmüdür yardımcısı gibi) en az 4 kişiden oluşması tavsiye edilir.

- Radyasyon kaynağı kullanan her bir birimin (radyasyon onkolojisi, nükleer tıp, genel radyoloji, kardiyojoloji, oral diajnoz vb) temsilcisi bu komitede yer almalıdır.

- Komite yılda en az 2 kere toplanmalıdır.

- Komitenin kimlerden oluştuğu her yıl hastane yönetimi tarafından yayınlanarak, görevi gereği radyasyon kaynağı ile çalışan kişiler ve diğer ilgililere tebliğ edilmelidir.

²⁹⁹ Devebakan, a.g.k., s. 179

- Komite başkanının seçimle göreve gelmesi tavsiye edilmektedir.
- Toplantıların radyasyon korunması görevlisi ve hastane yönetim temsilcisi mutlaka olmak kaydıyla çoğunluk sağlandığı takdirde yapılması tavsiye edilir.

4.5.2.11. Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

İyonlaştırıcı radyasyon ile teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerle bu iş veya işlemlerde çalışan personelin çalışma koşulları ve çalışma saatleri 3153 Sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun465 ve bu Kanuna dayalı olarak çıkarılmış Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi müesseseleri Hakkında Tüzük'te düzenlenmiştir. Bu yönü ile tüzük sağlık çalışanları için sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasında katkıda bulunan önemli yasal düzenlemelerden birisidir.

İlgili tüzüğün özellikle ikinci faslında “Çalışma Tarzına Dair Hükimler” başlıklı 19. ile 24. maddeleri arasında yer almaktadır. Tüzükte;

- Diş muayenehanelerinde diş çekiminde kullanılacak filmin hasta tarafından tutulması(md.19),
- Röntgen ve radyom ile ilgili işlerde sürekli olarak çalışanların günde beş saatten fazla çalışmayacağı(md.21).
- Hastanelerde, röntgen ve radyom ile tam müddetle (günde 5 saat) çalışan kimselerin, hastanenin başka işlerinde kullanılamayacağı ve söz konusu kişilerin gece uykularını ihlâl edecek işin verilmeyeceği (md.22) gibi sağlık çalışanlarının sağlığını ilgilendiren düzenlemeler yer almaktadır.

Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Tüzük'e göre, röntgen ve radyom laboratuvarlarında çalışan bütün uzman ve yardımcı personeller, yılda iki kez kan sayımı ve cilt muayenesi yaptırmak zorundadır. Tüzüğe göre resmî kurumlarda bu muayenelerin yapılıp yapılmadığı, o kurumun yöneticileri tarafından takip edilecektir. Özel işletmelerde ise, muayenelerin yapılmamasından o işletmenin sahipleri sorumlu olacaklardır. Bu muayeneler sonucunda ortaya çıkacak muhtemel sağlık sorunları kaybolana kadar da sağlık çalışanının çalışmasına izin verilmeyeceği de ayrıca zorunlu kılınmaktadır (md.23).³⁰⁰

³⁰⁰ Devedbakan, a.g.k., s.181

4.5.3. Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Düzenlemelerin Değerlendirilmesi ve AB İle Karşılaştırılması

Türkiye çalışma yaşamına ilişkin çağdaş düzenlemeleri Avrupa Konseyi, ILO, Birleşmiş Milletler gibi uluslararası örgütlerin normları kapsamında gerçekleştirirken, AB'ye tam üyelik hedefi çerçevesinde bir aday ülke olarak AB'nin belirlediği normlara uyum konusunda da önemli çabalar sarf etmiştir. AB'ye aday bir ülke olarak Türkiye, adaylık sürecinde AB'nin tam üyelik için belirlediği kriterleri yerine getirmek ve AB'nin mevzuatına uyum sağlamakla yükümlüdür. AB de bu süreçte, aday ülkelere yardım etmektedir. Türkiye'nin bu kapsamda uyum sağlaması gereken alanlardan birisi de AB'nin çalışma normlarıdır.³⁰¹

Ülkemizde İSG ile ilgili uygulamalarda karşılaşılan birçok problem bulunmaktadır. Bunların en önemlileri şu şekilde sıralanabilir;

İşyerinin yapısından kaynaklanan sorunlar, ülkemizde işyerlerinin %90'ında çalışan işçi sayısı 10 kişinin altındadır. Dolayısıyla etkin bir iş güvenliği organizasyonu oluşturmak mümkün değildir.

Yasal düzenlemelerden kaynaklanan sorunlar, bu konuda yeterli yasal düzenleme olmamakla beraber çok dağınık olması büyük önem taşımaktadır. Birçok kanun maddeleri konuyla ilgidir, 29 adet tüzük, 20 adet yönetmelik vardır ve bu durum hukuki açıdan işin içinden çıkılması çok zor olmaktadır.

Eğitimle ilgili sorunlar, bunlar her kademe karşımıza çıkmaktadır. Bütün vatandaşların konuyla ilgili bilgilendirilmesi en önemli noktadır.

Kazalardan sonra ortaya çıkan sorunlar, bu konu özellikle ilk yardım ve tıbbi müdahale eksiklikler şeklinde görülmektedir. Meslek hastanelerinin sayısı ve kalitesi artırılmalıdır. Rehabilitasyon merkezleri kurulmalıdır.

Örgütlenme ve araştırma eksikliklerinden kaynaklanan sorunlar, kanun ve yönetmeliklerin uygulanmasında ortaya çıkan ve genelde denetimden kaynaklanan sorunlardır.³⁰²

Türkiye'nin AB üyesi olmadan AB müktesabatına kendi mevzuatını uydurmak gibi bir zorunluluğu bulunmamaktadır; ancak Türkiye çalışma ve sosyal güvenlik mevzuatlarını AB'ye uyum zorunluluğu dışında çağdaş bir devlet olmanın

³⁰¹ Durmuşoğlu, a.g.k., s.120

³⁰² Yiğit, a.g.k., s. 12-13

gereği olarak ve de onayladığı milletlerarası sözleşmelerin gereğini yerine getirmek maksadı ile yenileme çabaları sergilemektedir.

ILO Sözleşmeleri ve Tavsiye Kararları ile Avrupa Birliği Direktifleri. Bu kapsamda gerçekleştirilen en önemli düzenleme ise 4857 sayılı İş Kanunu'ndaki değişikliklerdir. 4857 sayılı İş Kanunu'nda endüstriyi etkileyecek ve ciddi değişime tabi tutulacak en önemli değişimlerinden birisi İSG alanındaki düzenlemelerde ortaya çıkmıştır. Sağlık kuruluşlarında çalışanların önemli bir kısmının kadınlardan oluşması nedeniyle yeni İş Kanunu'nda kadın çalışanlara ilişkin, İSG kapsamında ele alınabilecek çeşitli değişiklikler yer almaktadır.³⁰³

İş Kanunu'nun 81. maddesinde yer alan iş yeri sağlık birimi bulundurma zorunluluğunun sonucu olarak, çalışanların yaklaşık % 57,2'si işyeri sağlık hizmetleri kapsamı dışında bırakılmıştır. Ağır sağlık riskleriyle yüz yüze olanlar, 50'den az işçi çalıştıran küçük işyerlerinde çalışan işçilerdir. Dolayısıyla İş Kanunu'nda 50'nin üzerinde işçi çalıştıran işyerlerinde çalışan işçilerin bu haktan yararlandırılması buna karşın aynı hatta daha da tehlikeli çalışma ortamında üretimde bulunan işçilerin işyerindeki işçi sayısının 50'den az olması nedeniyle bu haktan yasal olarak yararlanamaması, yaşam hakkının korunması, sağlığın korunup geliştirilmesi ve eşitlik ilkelerine de aykırıdır.³⁰⁴

İSG ile ilgili olarak, "sosyal diyalog" Avrupa Birliği'nin üzerinde önemle durduğu bir kavramdır. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı" İSG Kurulu'nu ulus çapında bir danışmanlık (sosyal diyalog) birim olarak kurulmasını önermektedir. 4857 sayılı İş Kanunu, 50 ve daha fazla işçi çalıştıran işverenlere yasal yükümlülüklerini yerine getirebilmesi için iş sağlığı ve güvenliği kurulu kurma, işyeri hekimi, işyeri hemşiresi ve iş güvenliği uzmanı istihdam zorunluluğu getirmiştir.

Avrupa Birliği örneği ile karşılaştırıldığında İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü siyasi ve yönetsel işlevlerini yerine getirmek için oldukça az sayıda personele sahiptir. Yeniden yapılandırılmış olması nedeniyle İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi ile birlikte İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü kapasitesi halen gelişme aşamasındadır. İş Teftiş Kurulu gibi Çalışma ve Sosyal Güvenlik

³⁰³ Akkaya, a.g.k., s.121-125

³⁰⁴ "4857 Kanununa İlişkin Türk Tabipler Birliğinin Görüş ve Eleştirileri", TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Nisan-Mayıs-Haziran, 2003, s.11-14

Bakanlığı'nın ilgili bölümleri arasında daha yoğun bir işbirliği ve eşgüdüm gereksinim duyulmaktadır.³⁰⁵

2000 Lizbon Doruğu “daha fazla ve daha iyi işler yaratma” amacıyla toplandığında bu amaç Avrupa düzeyinde bir hedef niteliği kazanmıştır. Daha kaliteli iş kavramının temelinde iş sağlığı ve güvenliğinin yatması sağlık ve güvenlik konusuna ayrı bir önem verilmesini gerektirmiştir. Avrupa çapında yapılan anketlerde 1994–1998 arası iş kazaları %10 oranında düşmüş olsa da rakamların halen yüksek olduğu görülmüştür. Aday ülkelerde ise iş kazaları Avrupa Birliği ortalamasının da üzerindedir. Direktiflerin aktarılma hızına karşın devam eden yüksek kaza oranlarının nedenlerinden biri, uygulamada yaşanan sorunlar bir diğeri Birlik Direktiflerinin oluşturmaya çalıştığı koruma anlayışının tam olarak anlaşılması ve etkili şekilde uygulanmamasıdır.³⁰⁶

AB'ye uyum kapsamında İSG'ye yönelik çıkarılan yönetmeliklerin ortak özelliği, AB Ulusal Programı'na uyum ve yasal sürecin bittiği gerekçesiyle aceleyle çıkarılmış olmalarıdır. Bununla birlikte pek çok açıdan AB ile uyum sağlanmış durumdadır; ancak bu durum daha çok yasal düzenlemelerde gerçekleşmiş, uygulamaya pek yansımamıştır.

Diğer yandan AB'ye uyum çerçevesinde sağlık kuruluşlarını ilgilendiren İSG ile ilgili halihazırda henüz çıkarılmamış bazı yönetmelikler de bulunmaktadır. Bunlar; işçilerin eğitim ile ilgili yönetmelik, sağlık ve güvenlik işçi temsilcisi ile ilgili yönetmelik, havalandırma ile ilgili yönetmelik, aydınlatma ile ilgili yönetmelik, tozlu ortamlar ile ilgili yönetmelik, termal konfor şartlarıyla ilgili yönetmelik, yangından korunma ve mücadele ile ilgili yönetmelik, kazan, kompresör ve diğer basınçlı kaplarda güvenlik ile ilgili yönetmelik, el aletleri ile çalışma ile ilgili yönetmelik, elektrik kullanımı ve elektrikli araçlarda güvenlik ile ilgili yönetmelik, çalışma ortamı ölçüm ve analizleri ile ilgili yönetmelik, meslek hastalıkları ve işyerinde oluşabilecek diğer hastalıklar ile ilgili yönetmelik, yorucu, stres yapıcı ve monoton işlerle ilgili yönetmeliktir. Bu yönetmeliklerin çıkarılması halinde AB ile İSG alanındaki uyum tamamlanmış olacaktır.

Türkiye'deki mevzuat incelendiğinde, Türkiye'de sağlık personeline ilişkin gerçekleştirilmiş yasal düzenlemelerin oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Bu

³⁰⁵ Kalyoncu, a.g.k., s.107-109

³⁰⁶ Kalyoncu, G., “Avrupa Birliği Sürecince Türkiye'de İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007, s. 30

durum AB'ye uyum kapsamında gerçekleştirilen düzenlemeler ile de farklılık kazanmış değildir. Başka deyişle AB'ye uyum çalışmaları kapsamında doğrudan sağlık kuruluşu çalışanlarına yönelik herhangi bir düzenleme yapılmamıştır. Bunun temel nedeni ise AB mevzuatında da bütünüyle sağlık kuruluşu çalışanlarına özgü yasal düzenlemelerin bulunmamasıdır.³⁰⁷

4.6. Sağlık Kuruluşlarında İş Kazası Kayıt Sisteminin Önemi

ILO raporuna göre İSG ile ilgili bildirim sistemleri gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda yetersizdir ve kimi örneklerde de giderek kötüleşmektedir. Örneğin, Hindistan'da bildirilen ölümcül iş kazası sayısı 222 iken, çalışan nüfusu Hindistan'daki çalışan nüfusun yaklaşık yüzde 1'i kadar olan Çek Cumhuriyeti'nde bildirilen ölümcül iş kazası sayısı 231'dir.

ILO raporu Hindistan'da meydana gelen ölümcül iş kazası sayısının aslında 40 bin civarında olduğunu belirtmektedir. Rapor, gelişmekte olan kimi ülkelerde çalışma yaşamında meydana gelen hastalık ve kazaların ancak çok küçük bir bölümünün kayda geçtiğini vurgulamaktadır.³⁰⁸

Bir çalışanın üst yöneticisine bildirimini önündeki engeller; ceza almaktan çekinme, mesai isteğinin geri çevrilmesi, performans değerlendirmesinin düşeceği, madde bağımlılık testi isteme olasılığı, azarlanma ve iş kaybı olarak bildirilmiştir. Çalışanın sigortasız olması en önemli engellerdendir. Bazı kurumların iş kazası bildirimlerini daha fazla prim ödememek için engellenmesi ve iş güvenlik anlayışını geliştirmek amacıyla bile olsa iş kazası bildirmeyenlere verilen maddi ödüller ve bürokratik işlemlerin fazla olması önemli engellerden kabul edilmektedir.

Çalışanın sağlık kurumlarına başvurusunun önündeki engeller, çalışanın sağlık sorununun işle bağlantısını kuramaması ve bununla ilgili olarak para ödeyerek sağlık hizmeti almak istememesi, çalışma koşulları nedeniyle sağlık kurumuna başvuru için yeterli zamanının olmaması, sigorta şirketlerine ve işyerlerine haber verileceği için sağlık hizmeti almaktan kaçınma olarak belirtilmiştir.

Sağlık kurumları tarafından iş kazası ve meslek hastalıklarının tanınmasının önündeki engeller, hekimin eğitimsizliği nedeniyle sağlık sorunun işle ilişkisini kuramaması, hekimin bildirimle zaman kaybetmek istememesi, hekimi ya da sağlık

³⁰⁷ Akkaya, a.g.k., s.121-125

³⁰⁸ International Labour Organization. Cenevreden haberler (ILO Cenevre), Uluslararası Çalışma Ofisi, Newsletter, ISSN 1564 510 X, Ankara, 2005 (3), s.7
http://www.ILO.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/newsletr/2005_3.pdf (17.03.09)

kurumlarının bildirim sistemlerini yeterince tanımamasıdır.

Van der Schaaf ve arkadaşlarının literatürdeki bu alandaki çalışmaları değerlendirdikleri makalelerinde bildirim önündeki engelleri dört başlıkta toplamıştır.

- Ceza almaktan korku
- Diğerlerinin tepkisinden utanma
- Yönetimin bu bildirim dikkate alıp düzeltme yapacağına olan inançsızlık
- Riskin kabul edilebilir olması (bazı kazaların işin doğal bir parçası olarak kabul edilmesi, ya da bana bir şey olmaz anlayışı)

- Pratik nedenler (bildirim işlemlerinin bilinmemesi, zaman alıcı olması)

Yapılması gerekenler ise,

• Hastaneler iş kazaları dolayısıyla İSG açısından oldukça riskli ve ihmal edilmiş alanlardır. Bu durumun değiştirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması için var olan yasal düzenlemelerin uygulanması sağlanmalı ve düzenlemelerin kamu personelini de kapsayacak şekilde genişletilmesi gerekmektedir.

• Hastanede aynı işi iki farklı statüde yapan çalışanların olması, çalışma koşullarındaki eşitsizlikler nedeniyle İSG alanında yapılacak müdahaleleri güçleştirdiğinden bu eşitsizlik ortadan kaldırılmalıdır.

• Sağlık çalışanlarının İSG konusunun uzmanlarında kurulan İSG birimlerinde izlenmeli, gerekli önlemler acilen alınmalıdır.

• İş kazalarının kurum bazında büyüklüğüne ve şiddetine bakılmaksızın kayıt ve izlenmesi önlemlerin alınması konusundaki girişimleri arttıracığından bu alanda tüm hastanelerde girişimlerde bulunmalıdır. Kurum bazında uygulanacak bu kayıt ve izlem etkililiği gösterilmiş sürveyans rehberleriyle yapılmalıdır.

• Kurum içinde yürütülmesi tasarlanan bir kayıt sistemin tüm kurulma aşamalarıyla ilgili tüm taraflar dahil edilmelidir.

• Hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği alanlarındaki eğitimlerine lisans düzeyinde başlanmalı ve hizmet içi eğitimlerle izlenmelidir.³⁰⁹

³⁰⁹ Davas Aksan, A., "Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelere Yönelik İş Kazası Kayıt Sisteminin Geliştirilmesi ve İzlenmesi", Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2005, s.118

4.7. Sağlık Kuruluşlarında İş Yeri Hekimi ve Hemşiresinin Sorumlulukları

4.7.1. İşyeri Hekiminin Sorumlulukları

- Çalışanların işe giriş ve periyodik muayenelerini yapar
- İşyerinde ki iş sağlığı ve güvenliği kuruluna katılarak çalışma ortamı ve çalışanların sağlığı gözetimi ile ilgili gerekli açıklamalarda bulunur,
- Danışmanlık yapar ve kurulda alınan kararların uygulanmasını izler,
- Özelliği olan çalışanları; gebe ve emzikli kadınları, on sekiz yaşından küçükleri, iki yaşından küçük çocuğu olan anneleri, meslek hastalığı veya şüphesi tanısı alanları, kronik hastalığı olanları, malul ve özürlüleri, alkolikleri, ilaç veya uyuşturucu bağımlılığı olanları, birden fazla iş kazası geçirmiş olanları yakın takip ve koruma altına alır.
 - Sağlık nedeniyle 3 haftadan uzun veya meslek hastalıkları veya iş kazası nedeniyle sık tekrarlanan işten uzaklaşmalarda, işe dönüş muayenesi yapar
 - Gerekli laboratuvar tetkikleri ve radyolojik muayeneleri yaptırır,
 - İş yerinde ilk yardım ve kurtarma çalışmalarının organizasyonunu yapar, ilgili personelin eğitimini sağlar ve acil tedavi hizmetlerini yürütür,
 - Bulaşıcı hastalıkların kontrolünü sağlayarak yayılmasını önleme ve aşılama çalışmalarını yapar,
 - Gebe ve emzikli kadınların işyerindeki olası sağlık tehlikelerine karşı sağlığını korur, geliştirir ve eğitimlerini sağlar,
 - İşyerinin genel hijyen koşullarını devamlı izleyerek ve denetleyerek işyerindeki bütün birimlerin çalışanların sağlığını koruyup geliştirecek biçimde düzenlenmesi, işin gerektirdiği kaloriyi karşılayacak nitelikte yemek sunulması, içme suyu imkanı sağlanması, soyunma odaları, banyo, lavabo ve tuvaletlerin bakımlı ve temiz olmasını denetler,
 - İş ve çalışanın uyumunu sağlamak için çalışanların sağlığının, yapılan iş ve işlemler ile çalışma ortamında ki çeşitli stres faktörlerinden olumsuz yönde etkilenmesi olasılığına karşı inceleme ve araştırmalar yapar,
 - İş kazasına uğrayan ya da meslek hastalığına tutulan çalışanların rehabilitasyonu konusunda işyerindeki ilgili birimlerle işbirliği içinde çalışır,
 - İşyeri yöneticilerine, iş sağlığı ve güvenliği kurul üyelerine, çalışanlara ve

temsilcilerine genel sağlık konularında eğitim verir ve bu eğitimlerin sürekliliğini sağlar.

- Çalışanların, zamanlarını etkin ve verimli biçimde değerlendirilmeleri için eğitici kültürel ve sportif etkinliklerle zenginleştirilmiş dinlenme imkanı sağlayacak çalışmalar yapar,

- İş yerindeki sağlık gözetimi ile ilgili çalışmaları kaydeder ve yönetmelikte belirtilen örneğe uygun yıllık çalışma raporu hazırlayarak iş sağlığı ve güvenliği kuruluna gönderir.³¹⁰

4.7.2. İşyeri Hemşiresinin Sorumlulukları

İş yeri hemşiresi, çalışanların en önemli savunucusudur. Olası tüm sorunları ustaca belirler ve eylem planları hazırlar. Çalışanların iş kazaları ve meslek hastalıklarından çok daha fazla etkilendiklerini göz önünde bulundurarak, işe alımdan itibaren iş yeri hemşireleri çalışanlardan sorumludurlar.³¹¹

Çalışma ortamı ile üretim sürecinden kaynaklı tehlike ve risklerin belirlenmesi: Çalışma ortamı ve üretim sürecinden kaynaklı tehlike ve risklerin belirlenmesi sağlığı geliştirmede, meslek hastalıkları ve iş kazalarını önlemede ilk yapılacak müdahaleler olarak kabul edilmekte, işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi de mevcut/olası durumların gözlemlenmesinde en uygun kişi olarak görölmektedir. Özellikle iş hijyenistinin bulunmadığı durumlarda çalışma ortamı işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi tarafından değerlendirilmektedir. Çalışma ortamı ile üretim süreci birlikte değerlendirildiği gibi, bazı durumlarda üretim süreci daha ayrıntılı değerlendirilmektedir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi, hemşirelerin ve hekim dışı sağlık çalışanların üretim sürecinin hangi aşamasında bir sağlık ve güvenlik sorunu olduğunu belirlemek için ayrıntılı gözlem yaparak veri toplar. Biyolojik ve ergonomik riskler sağlık çalışanlarının sağlığını genel olarak işin yürütölmesi sırasında tehdit etmektedir. Hemşireler ve laboratuvar çalışanları işlerinin tedavi ve tetkik aşamasında çoğunlukla biyolojik risklerle, hemşireler ve yardımcı sağlık çalışanları ise hastanın taşınması, kaldırılması vb. işlemlerde ergonomik risklerle karşılaşmaktadır. Biyolojik risklerin önlenmesi ya da meslek hastalığı ve iş kazasına

³¹⁰ Seyyar, A., “Ulusal ve Uluslar arası Mevzuat Açısından İş Sağlığı ve Güvenliği Sisteminde İşyeri Hekimliği ve İşyeri Hemşireliği Uygulamaları”

http://www.sosyalsiyaset.com/documents/issagligi_guvenligi.htm (16.03.09)

³¹¹ Tomzyk, D. And friends., “Caring for Those Who Care” The Role of the Occupational Health Nurse in Disaster, AAOH N Journal, June 2008, Vol.56, No.6 , p.244

dönüşmemesi için işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi ekip tarafından daha önceden belirlenmiş standartlara göre eldivenin, kesici-delici-batıcı cisimler için OSHA standartlarına uygun muhafaza kabının, maske, koruyucu önlük, koruyucu giysi vb. malzemenin hastane yönetimi tarafından temin edilmesini sağlamaktadır. Bu malzemeler yeteri kadar temin edildiğinde, hemşire, üretim sürecine bağlı olarak gelişebilecek biyolojik risklerin önlenmesi için sağlık çalışanlarını gözlemleyerek ya da ölçüm araçlarını kullanarak veri toplayıp sorunları saptar. Böylece, hemşirelik ve diğer müdahalelerin yapılması sağlanır.

Sağlık çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi: Sağlık çalışanlarının işe giriş, periyodik ve işe geri dönüş muayenelerinden oluşmakta olup, üçü de birbirine tamamlamaktadır. Hastanede acil, yoğun bakım, ameliyathane vb. birimlerde çalışanların izlemleri diğer sağlık çalışanlarına göre daha sıklıkla yapılmaktadır. İşçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi, diğer sağlık çalışanlarının verilerinden yararlandığı gibi, kendisi veri toplayıp, analiz ederek, ön sağlık değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirmeler hekime zaman kazandırdığı gibi muayeneye daha fazla zaman ayırmasını, risk gruplarının belirlenmesini, hemşirenin önceliklerinin belirlenmesini ve daha iyi bakım vermesini sağlar.

Sağlık eğitimi: Hemşire diğer ekip üyeleri ile birlikte öncelikle sağlığın geliştirilmesi kapsamında stresle baş etme, doğru beslenme, sigarayı bıraktırma, evrensel önlemlere uyum gösterilmesi vb. sağlık eğitimi programlarını yürütür. Bunun yanında, hasta ve ağırlık taşıma teknikleri, koruyucu bel egzersizleri, meslek hastalıkları ve iş kazalarından korunma, acil durumlara hazırlık, kadın sağlık çalışanlarına meme muayenesinin öğretilmesi vb. konular diğer sağlık eğitimi konulardır.

Danışmanlık hizmeti: Hemşire risk grubunda olan meslek hastalığı bulunan ve sakat olan sağlık çalışanlarının uygun bir birimde çalıştırılması, işe uyum sağlaması, sağlık politikaları, yasal düzenlemeler ve özlük hakları ile ilgili bilgilendirilmesi konularında danışmanlık yapar.

Hizmetlerin kayıt edilmesi: İşçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi tüm sağlık ve güvenlik hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesinde bilimsel kanıt kabul edilen kayıtları tutma ve saklama görevini yerine getirir. Bunun için OSHA, sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları, iş kazaları, yaralanmaları, işgünü kayıpları için geliştirilen formları standartlaştırmış; her ülkenin bu formlardan yararlanabileceklerini ve yeni formlar geliştirebileceklerini belirtmiştir. Diğer sağlık

kayıtları ise, sağlık çalışanlarının sağlık muayeneleri, aşı kartları, klinik test sonuçları ve tedavi sonuçları ile ilgili kayıtlardır. Komite tüm bu kayıtları muhafaza ettiği gibi ilgili bilgileri çalışanın kendisine de vermektedir.

Araştırma yapmak: Hemşire komite ekibinin araştırmalarına katıldığı gibi, kendisi de bilimsel araştırmalar yürütebilir. Bu araştırmalar işçi sağlığı ve iş güvenliği düzeyinin belirlenmesinde önemli ölçüt olmakla birlikte, yürütülen hizmetlerin değerlendirmesine ve hemşirenin daha nitelikli bakım sunmasına katkıda bulunmaktadır Hemşire, tüm bu görev ve sorumluluklarını yönetici, koordinatör, danışman, sağlık eğitimcisi ve araştırmacı rolleri ile yerine getirmektedir. Komitede görev yapan hemşirenin yönetici rolü; komite btcesinin planlanması, sağlık ve hemşirelik kayıtlarının tutulması ve saklanması, koordinatör rolü; komite ekibinin koordinasyonu, sağlık çalışanlarına yönelik sağlık eğitimi, hastane yönetimi ile sağlık sendikasının ortak yürüteceği işlerin planlanması ve yürütülmesine önemli bir işleve sahiptir. Danışmanlık rolü ise; hastane sağlık ve güvenlik uygulamalarının geliştirilmesi, politikalarının düzenlenmesi, sağlık çalışanlarının bu politikalara uyum göstermesi, komite toplantılarının yapılması, sağlık çalışanlarının sorunlarının zlmesinde diğer kurumlarla işbirliği kurulması, sağlık çalışanlarının sağlık eğitimi gereksinimlerinin saptanmasında anahtar bir rol oynamaktır.³¹²

³¹² zkan ve Emiroğlu, a.g.m., s.48-50

5. SAĞLIK KURULUŞLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

5.1. Sağlık Kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi Hakkında Temel Kavramlar

5.1.1. Kalite Kavramı

Kalite, sözcük olarak Latince “Qulitas” demektir ve “nasıl oluştuğu” anlamına gelen “Qalis” sözcüğünden türemiştir.³¹³

Amerikan Kalite derneğini kaliteyi bir mal veya hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümü olarak tanımlarken Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu kaliteyi, bir malın ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesi olarak tanımlamaktadır. *Crosby*'e göre ise kalite, bir ürünün gerekliliklerine uygunluk derecesidir. Başka bir tanımlamayı *Juran* yaparken ona göre kalite kullanıma uygunluktur. Japon *Toguchi* göre ise kalite, ürünün sevkiyattan sonra toplumda neden olduğu minimal zarardır. ISO 8402 kalite sözlüğüne bakılırsa kalite, “bir mal veya hizmetin belirlenen ya da olabilecek gereksinimden karşılayabilme yeteneğine dayanan özelliklerin toplamı şeklinde tanımlandığı görülmektedir.³¹⁴

Geleneksel yaklaşıma göre kalite, ürünün üretici tarafından belirlenen bazı standartları taşıması olarak nitelendirilmekte ve üretim faaliyetlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Günümüzde kalite, ürünün müşteri tarafından tercih edilmesini sağlayan tüm özelliklerin birleşimi olarak ele alınmaktadır.

Geleneksel yaklaşımda kalite pahalıdır. Günümüzde ise, bu yaklaşım önemini kaybetmiş, kalitenin maliyet düşürücü ve verimliliği artırıcı rol oynadığı ortaya çıkmıştır. İş hayatındaki en önemli değişimlerden biri kalite anlayışında ortaya çıkmıştır. Rekabet üstünlüğü sağlamak için başlayan yarışta kalitenin oynadığı rolün önemi anlaşılmış, zamanla tüm işletme çalışanlarının gönüllü katılımını sağlamayı gerektiren toplam kalite yönetimi ve sürekli iyileştirme felsefesi ortaya çıkmıştır.³¹⁵

³¹³ Özçelik, H., “İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulaması ve İç Denetim İlişkisi”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2008, s. 3

³¹⁴ Yılmaz, N., “Toplam Kalite Yönetimi ve Örgüt Kültürü”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007, s. 4

³¹⁵ Çatalca, H., “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, İstanbul, 2003, s.3

Kalitenin teknik formasyondaki kişilere göre tanımları şöyle sıralanabilir:

- Kalite müşteri tatminidir,
- Kalite verimlilik,dir,
- Kalite tedbirdir,
- Kalite esnekliktir,
- Kalite etkili olmaktır. İşleri çabuk ve etkili yapmaktır,
- Kalite bir programa uymaktır. İşleri zamanında yapmaktır.
- Kalite yatırımdır. Uzun dönemde bir işi bir defada doğru olarak yapmak, hatayı sonradan düzeltmekten daha ucuzdur,
- Kalite bitirimsiz bir süreçtir,
- Kalite kusursuzluk anlayışına sistemli bir yaklaşımdır.

*Müşteri memnuniyeti açısından kalite; çok çeşitli ihtiyaçlara sahip müşterilerin bu ihtiyaçlarını karşılamak için sahip olunan işletme becerisi olarak tanımlanabilir.*³¹⁶

Sürekli değişen müşteri beklentileri sonucunda, Kalite Güvence Sistemleri müşteriye sunulan hizmet kalitesini garanti altına almaktadır. Müşteri isteklerinin belirlenmesi ve müşterinin sunulan hizmet hakkındaki değerlendirmelerinin tespit edilmesi için müşteri ile satış dışında da çok yakın ve yoğun bir ilişki kurulmalıdır.³¹⁷

5.1.2. Toplam Kalite Yönetimi

Toplam kalite yönetimi (TKY), sürekli iyileştirme (Kaizen) öncelikle sanayi kuruluşları için geliştirilmiş olduğundan ülkemizde daha çok mal üreten işletmeler açısından konu tartışılmıştır.³¹⁸ TKY, klasik anlamdaki yönetim anlayışının alternatifini olarak doğan, gelişen ve gelişimini sürdüren modern ve etkin yönetim anlayışının adıdır. TKY biçiminin, kurum içindeki tüm fonksiyon, faaliyet ve bireyleri kapsadığını belirtir. Toplam terimini en iyi vurgulayan ifade ise “herkesin katılımıdır”.³¹⁹

İkinci Dünya Savaşı sonrası Amerikan Sanayinin gündeminde olan en önemli konu Amerikan mallarına olan büyük talebi karşılayabilmektir. Savaş sonrası Japonya ise oldukça güç durumda olması sayesinde Amerika’da görüşleri fazla itibar

³¹⁶ Ardıç, M., “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Uygulamaları”, Yüksek Lisans Projesi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007 s.6 -12

³¹⁷ Özçelik, a.g.k., s. 3

³¹⁸ Çatalca, a.g.k., s.3

³¹⁹ Ardıç, a.g.k., s.3

görmeyen *Deming* ve *Juran* gibi uzmanlar görüşlerini Japonlara aktarma fırsatını buldular. Bu uzmanların Toplam Kalite Kontrol adını verdikleri bu görüşler Japonlarca benimsenmiş ve geliştirilmiştir. Japonlar kaliteyi müşteriye verilen bir söz olarak tanımlamışlar ve aynı sözün çalışanlar tarafından verilmesi gerektiğini fark etmişlerdir. 1962 yılında *Kaura Ishikawa* işçi eğitimlerini ve kalite kontrol çemberleri faaliyetlerini başlamıştır. Sonuç son derece başarılı olmuş ve Japonlar hızla dünya ticaretindeki yerlerini almaya başlamışlardır. 1960'lı yıllarda optik, 1970'li yıllarda elektronik, 1980'li yıllarda otomotiv sektöründe liderliği ele geçirmişlerdir. Japonların bu başarısı 1980'li yıllarda kaliteyi üretim tabanında yönetim odasına getirmiştir. 1980'li yıllar “Kalite Üstünlüğü ile Rekabet” dönemini açmıştır. Kalite aniden güçlü bir pazarlama silahı haline gelmiş ve üst yönetimler insanların dünyanın her yanında yüksek kaliteli ürünlere daha fazla ödeme yapmaya hazır olduklarını fark etmişlerdir. 1980'li yılların ilk yarısında kalite sistemlerinin belgelendirilmesi İngiltere’de yaygın hale gelmiştir. Uluslararası ticari ilişkilerin giderek artması, 1987’de ISO tarafından ISO 9000 Kalite Güvencesi Standartlarının yayınlanması sonucunu getirmiştir.³²⁰

Toplam kalite yönetiminin amaçları ise:

- Kuruluşların hedef kesimin ihtiyaçlarına daha etkin ve sağlıklı bir biçimde yönelebilmek,
- Kaliteyi yakalamak için çeşitli yaklaşımlardan yararlanarak ürün ve hizmet kalitesinin yanında bütün alanlarda en yüksek kalite performansına erişmek,
- Sürekli geliştirme stratejisini uygulayarak değişen şartlara uyum sağlamak,
- Sıfır hata,sıfır stok, en düşük maliyet, hedef müşteri tatmini (hasta) kriterlerini esas alarak ürün ve hizmet üretimini gerçekleştirmek,
- Problem çözümünde ekip yaklaşımını belirlemek,
- Örgüt içerisinde açık bir iletişim sistemini gerçekleştirerek herkesin katılımını sağlamaktır.³²¹

Toplam kalite yönetiminin herhangi bir kuruluşta başarıyla uygulanabilmesi için Toplam Kalite Yönetiminin aşağıdaki öğelerini kabullenmek ve uygulamak gerekir.

³²⁰ Yılmaz, a.g.k., s.9

³²¹ Ecer, F., Demirel, F., ve Uslu,S., “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma”, s.2 www.skid.org.tr (4.12.09)

TKY ögeleri ise;

Müşteri (hasta) odaklı olmak; Toplam Kalite sürecinde esas amaç hedef müşteri kesiminin gerçek ihtiyaç ve beklentilerini belirlemek, bu istek ve ihtiyaçlara uygun mal ve hizmet üretmektir.

Sürekli gelişim; Toplam Kalite Yönetimi standartları kaldırıp yerine, faaliyetleri sürekli olarak değişen çevre şartlarına göre uyumlaştıran bir ilkeyi benimsemektedir. Sürekli gelişimin temelinde, planlamak, uygulamak, kontrol etmek, devam etmek ve ya değiştirmek gelmektedir. Bu çevrimin tekrarlanması mükemmelliğin hiç bitmeyen anlayışıdır.

Eğitim; Toplam Kalite Yönetiminin uygulanmasında en önemli alanlardan birisi eğitimidir. Eğitim çalışanların tutum ve davranışında olumlu yönde kalıcı değişiklikler yapar. Eğitim yoluyla çalışanların kalite ile ilgili esasları tam olarak öğrenmeleri, öğrendiklerini işlerine yansıtmaları sonucu mükemmelliğe yolculuk başlayabilir.

Tam katılım; Toplam Kalite Yönetimi, katılımcı bir yönetim anlayışıdır. Alınan kararlara, çalışanların katılımı sağlanır. Sadece inanç ve destek yeterli olmayıp tüm kademedeki çalışanların, gelişim-değişme sürecinin aktif birer katılımcısı olmalıdırlar.

Stratejik planlama; başarılı yönetici yarını bugünden tahmin edebilen yöneticidir. Rasyonalist bir planlama süreci, bir kurumun öncelikle kendisine bir misyon seçmesi ve bu misyonu başarmak için stratejik amaçlar belirlemesini kapsamaktadır. Bununla birlikte yapılacak, “güçlü yanlar, zayıf yanlar, fırsatlar ve tehditler” (SWOT) Analizi de kurumu stratejiye götürür.

Yönetimin sorumluluğu; yönetim, kalitenin sağlanmasında ve sistemi geliştirmede önemli rolleri üstlenir. Bu akımdan yönetim güven yaratır, yardım eder ama yargılamaz. Herkesi gelişmeye sevk eder ve çalışanların onur duyabileceği bir ortam yaratmaya çalışır.

Ekip çalışması; Toplam Kalite Yönetimi bir kuruluşla herkesi bir ekibin üyesi olarak görür. Mevcut durumun değerlendirilmesi varsa problemlerin ortaya çıkarılması ve bu problemlerin çözümünün birlikte sağlanması ilkesi esas alınır.

Güvene dayalı örgüt kültürü; akıllı yöneticiler, bütün beyinlerin hiyerarşisinin tepesinde toplanmadığını bilirler. Süreçleri iyileştirecek en uygun kişilerin o süreçlerde çalışanlar olduğunu kabul ederler. Bu çalışanlar bir takım halinde bir araya getirilir ve kendilerine süreçleri iyileştirme görevi verilir. Böylece bu

sorumluluğu benimseyen çalışanlar kendilerine olan güveni tazeleyerek örgüt kültürüyle hareket ederler.

İletişim; iletişim Toplam Kalite Yönetiminin modelinin uygulanmasında temel faktör olduğu gibi aynı zamanda bir sonuçtur. Örgütü rekabete hazırlama için gerekli bilginin tüm bireylere aktarılması iletişimle sağlanır. Örgütte belirlenen hedef ve politikaların ve stratejilerin tüm takım tarafından paylaşılması ve sorumlulukların belirlenmesi ve aynı hedefe yönlendirilmesi, kararlara temel oluşturacak verilerin süratle toplanması ve güvenilirliği, iç ve dış müşteri ihtiyaçlarının saptanması ve ortaklara çözüm bulunması, sürekli iyileştirmeyi mümkün kılacak verimlilik ölçümleri, bir diğer deyişle geri besleme mekanizmasının çalıştırılması ancak etkin bir iletişim modelinin varlığı ile mümkündür.³²²

TKY'nin uygulanmasının sonuçları ve faydaları şöyle özetlenebilir;

- Büyük ölçüde geliştirilmiş ürün veya hizmet,
- Kullanılmamış kaynaklarda önemli azalma,
- Üretimde büyük çapta artış,
- Kar artırımını için fırsat,
- Pazar payında uzun vadede artış,
- Rekabet avantajının desteklenmesi,
- Çalışanların gerçek potansiyelinin ortaya çıkması,
- Motive edilmiş ve memnun işgücü,
- Yönetim ve çalışanlar arasında etkili bir iletişim.³²³

5.1.3. Hizmet Sektöründe Kalite

Hizmet sektörünün hızla gelişip, ekonomide önemli bir paya sahip olması, üretim işletmelerinde uygulanan kalite yönetiminin hizmet işletmelerinde de gündeme gelmesine neden olmuştur. Ancak hizmet işletmelerinde, üretim işletmelerinde olduğu gibi somut bir ürün bulunmadığı için kalitenin farklı bir boyutta ele alınması gerekmektedir. Tüm dünyada ve ülkemizde en hızlı büyüyen sektörlerden birisi hizmet sektöründe toplam kalite kavramının, üretim işletmelerinde olduğu gibi günümüzde artık hizmet işletmeleri için de uygulaması vazgeçilmez haline gelmiştir.

³²² Ecer, F., Demirel Y., ve Uslu, S., “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma”, s.2-3 <http://www.skid.org.tr> (3.12.09)

³²³ Özçelik, a.g.k, s.32

Sağlık hizmetlerinde kalite ve kalite yönetimi kavramlarının açıklık kazanması için önce hizmet sektöründe kalite kavramına açıklık getirmek gerekir. Parasuraman ve Haywood-Farmer ve daha başka yazarlara göre, hizmet kalitesinin başlıca üç özelliği bulunmaktadır.

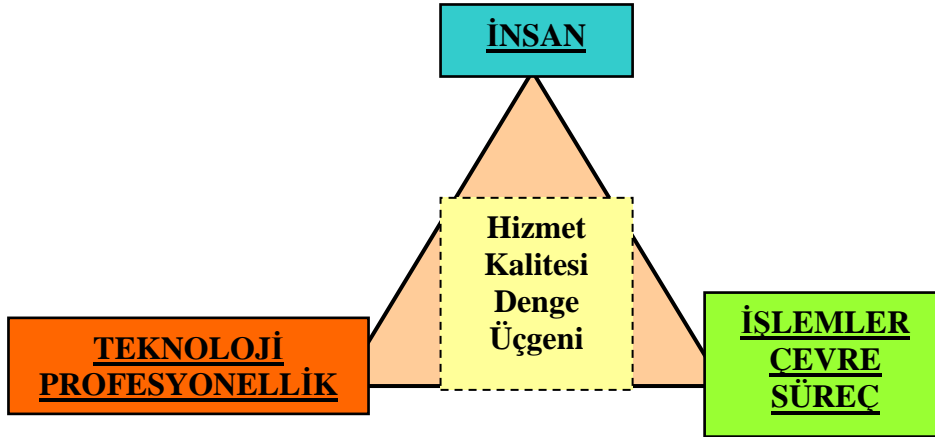
Soyutluk: Hizmetler soyuttur, çünkü ölçülemez, sayılamaz ve test edilemezler. Herhangi bir hizmeti depolamak söz konusu olmadığından, üretim sektöründe yapıldığı gibi son aşamada kalite kontrolü yapmak mümkün değildir.

Heterojenlik: Hizmetler, birbirinden çok farklı ihtiyaçları olan müşteriler içindir. Aynı hastalığa sahip farklı kişilerin, hastane ortamı, tedavi ve bakım konularında farklı beklentilere sahip olacağı ortadadır. Öncelikle sağlık hizmetlerinin arz ve talep arasında eşitsizlik vardır. Sağlık piyasalarında tüketiciler satın alacakları mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesini tayin edemezler.

Bütünlük: Üretim sektöründe olduğu gibi, ürüne fabrikada iken birtakım yöntemlerle kalite kazandırmak ve daha sonra müşteriye sunmak söz konusu değildir. Terinse, hizmet verilirken anda kalite gerçekleşir veya gerçekleşmez.

Hizmetlerdeki kalite için “ Hizmet Kalitesinde Denge Üçgeni”nin göz önünde tutulması gerekir. Bu üçgen eş kenar üçgen olup kenarla üç bileşeni ifade etmektedir.³²⁴

Şekil 14: Hizmet Kalitesi Denge Üçgeni



Kaynak, Ardıç, a.g.k, s.33-34

Hizmet İşletmeleri ile İmalat İşletmelerinin Farkı

• Hizmet fiziksel olarak boyutlandırılmamakta, tanımlanamamakta ve ölçülememektedir. Bu özelliği hizmetin dinamik oluşundan kaynaklanmaktadır.

³²⁴ Ardıç, a.g.k., s.33-34

- Hizmet depolanamaz, saklanamaz, geri kazanım mümkün değildir. Hizmet üretildikçe tüketilir. İmalatta işletmeler ürünlerini depolayabilir.

- Hizmet insan davranışları ile yönlendirilen bir dizi faaliyetten oluşmaktadır. İmalatta ise insan ilişkileri kuruluşların sadece özel departmanların ile yürütülmektedir. Personelin ve müşterinin üretilen malın sunumuna kadar karşılaşma fırsatları yoktur. Hizmette personel ve müşteri sürekli yüz yüzedir.

- Hizmet bir mal gibi test ve muayene tabi tutulamamaktadır. Ancak hizmetin sunum ve kalitesini etkileyen fiziksel koşullar test ve muayene edilebilir.

- Bir mal için söz konusu olan kullanım ömrü hizmet için geçerli değildir. Hizmetin kullanım ömrü değil, sürekliliği olabilir. İmalat işletmelerinde malın kullanım süresi ve dayanıklılığı garantilenmiştir.

- Hizmetin bir zaman boyutu vardır. Bu boyutu hizmetin başlangıç ve bitiş noktası olan zaman dönemi ile tanımlanabilir. İmalat işletmelerinde malın depolanması ve piyasaya sürülmesi ile bu süreç başlatılabilir. Mal satın alınıp tüketilinceye kadar bu süreç sürer.

- Hizmet talebe bağlı olarak anlık ve programlı talebin karşılanması şeklinde sunulmaktadır. Anlık talep acile gelen hasta, programlı talep randevulu gelen hastadır. İmalat işletmelerinde pazara sürekli mal arzı yapılır, ancak arzın miktarı talebe göre azaltılıp çoğaltılabilir.

- Hizmet sektöründe personel yönetimi önemlidir. Çünkü verilen hizmetin kalitesi üzerinde insan faktörünün etkisi fazladır.

- Müşteri hizmeti bu hizmeti veren işletmenin örgütsel hiyerarşisinin alt kademelerinde bulunan personelden almaktadır. Hekimlik, avukatlık, dişçilik gibi hizmetler istisna ederler.

- Hizmet işletmeleri müşteri için verecekleri hizmetin süresini aynı işi yapan diğer hizmet işletmelerinden daha kısa zamanda yapmak zorundadırlar. Yoksa müşteri kısa sürede hizmet alacağı işletmeye yönelir.

Bir Hizmet İşletmesi Olarak Hastanelerin Özellikleri

- Hastaneler hizmet işletmeleri olmalarına rağmen diğer hizmet işletmelerinden farklı olarak, karı ikinci plana atıp, toplumun sağlığının yükseltilmesini ve korunmasını ilk amaç olarak almaktadırlar. Yani, sosyal amaçlar daha ön plandadır. Diğer işletmeler göre daha fazla sosyal sorumluluğa da önem vermelidirler.

- Hastaneler karmaşık yapıda açık-dinamik sistemlerdir. Hastaneler karmaşık yapıya sahiptirler, çünkü çevreleri çok karmaşıktır. Çıkar grupları çok fazladır. Aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma vardır. Farklı yapı ve özellikte personeli bir arada bulundurmaktadır. Buların koordinasyonu zordur. Güç ve statünün aynı kişilerde toplanmadığı tek organizasyondur. Ayrıca kullandıkları teknoloji karmaşıktır.

- Matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır. Bir boyutunda faaliyetlerin fonksiyonel esasa göre gruplandırıldığı, diğer boyutunda ise proje türü gruplandırmanın olduğu bir yapı türüdür. Fonksiyonel ve proje yöneticisi vardır. Matriks yapının bütün özelliklerini taşırlar. Çalışanlarının da matriks kültüre sahip olmaları gerekmektedir

- Hastaneler günde 24 saat hizmet veren organizasyonlardır. Zaman temeline göre bölümlere ayrılabilirler. Tıbbi personeli genellikle vardiya usulüyle çalışmaktadır.

- Personelin önemli bir kısmı bayanlardan oluşur.³²⁵

Ülke ekonomileri içindeki payı ile değerlendirildiğinde hizmet sektörünün payının gelişmiş toplumlarda %50'lere ulaştığı ve bu sektörün büyüme hızına ilişkin oranların bu ülkelerin global yıllık büyüme oranlarından daha fazla olduğu dikkat çekmektedir.³²⁶

5.1.4. Sağlık Kuruluşlarında Kalite

Kalite bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir. Bu tanıma göre sağlık hizmetlerin kalitesi doğru tıbbi faaliyetlerin en iyi sonucu verecek şekilde yerine getirilmesidir.

Birleşik Devletler Tıp Enstitüsü'nün kalite tanımı ise, birey ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin arzulanan sağlık çıktılarına ulaşma ihtimalini artırma ve günün profesyonel bilgi birikimi ile tutarlı olma derecesidir.

Tıbbi kalite güvencesinin öncülerinde Donabedian'a göre tıbbi bakım kalitesi bakım sürecinin bütün safhalarında beklenen kazanç ve kayıp dengelerinin göz

³²⁵ Çatalca, a.g.k., s.32-34

³²⁶ Ardıç, a.g.k., s. 36

önünde aldıktan sonra hasta iyiliğini ifade eden kapsamlı bir ölçüyü arttırması beklenen bakım türüdür.³²⁷

Kalite, sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme hakim kılmanın yolu, farklı paydaş beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesidir. Tedarikçilerin, hastaların ve doktorların farklı beklentileri arasında mutlaka denge kurulmalı ve hesap verebilir niteliklere sahip bir sistem tasarlanmalıdır. Sağlık alanında hastaların bilgi düzeyinin ve beklentilerinin artması TKY konusunun önemini arttıran önemli bir faktörlerden biridir.³²⁸

Sağlıkta kalite, kalite yönetimi anlayışı ile gerçekleştirilebilecek bir hedef olarak değerlendirilmektedir. Kalite yönetimi; organizasyonda liderlik, yönetim, insan, sistem ve ürün kalitesinin bir arada sürekli olarak geliştirilmesini; kalite geliştirme, kalite planlama ve kalite kontrol çalışmalarının yapılmasını ve aynı zamanda kalite güvence sistem standartlarının oluşturulmasını amaçlayan yönetim anlayışı olarak tanımlanabilir. Bunun sağlık sektöründeki karşılığı, özet olarak “hasta mutluluğu” biçiminde tarif edilebilir. Doğru teşhis, doğru tedavi, beklemezsizin ve güler yüzlü hizmet, temiz hastane, ferah bir ortam, uygun fiyat, vb. gibi hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü, sağlıkta kalitenin unsurları olarak değerlendirilebilir.³²⁹

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının boyutları klinik kalite, toplumun sağlık düzeyi ve sistemin bütünlüğüne olan güveni, sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilirlik ve devamlılık, harcamalarının karşılanmasında finans güvenliği, hizmeti seçebilme serbestliği olarak özetlenebilir. Ulusal düzeyde sağlık hizmetleri sunumundan sorumlu devlet görevlileri tarafından sağlık sistemi içinde yer alan hizmet programlarının iyileştirilmesi, yönetilmesi, sağlık politikalarının periyodik olarak makro düzeyde gözden geçirilmesi, ülke içinde hizmet veren sağlık kuruluşlarını düzenli aralıklarla bilgilendirmeleri toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesini sağlar. Sorumluların bu görevlileri yanında, sağlık hizmet görevlilerinin ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması, teşhis ve tedavi olanaklarının sağlanması, halkın sağlık durumunun özenle izlenmesi, hasta haklarına uyulmasını gerçekleştirmek bulunmaktadır.

³²⁷ Çatalca, a.g.k., s.8

³²⁸ Ardiç, a.g.k., s.41

³²⁹ Asunakutlu, T., “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”

<http://www.sobiadacademy.net/sobem/e-kamuyonetim/kamuda-kalite/asuna.pdf> (9.12.09)

Birimlerin proses iyileştirme önerilerini desteklemek, başarılı takımları ödüllendirmek, organizasyonun yapısal gelişimini sağlayacağı gibi personelin bilgi ve becerisinin artmasında da etken olur. Personelin görev tanımları, faaliyetlerle ilgili politika ve prosedürlerin yazılı hale getirilmesi, performans ölçüm kriterleri, izleme, değerlendirmelerin düzenli olarak yapılması başarılı bir yönetim ve kaliteli bir sonuç için önemlidir.³³⁰

James (2002) tarafından yapılan çalışmada Amerikan hastanelerinde bugüne kadar olan kalite yükseltme çabalarının genelde idari ve destek hizmetleri alanlarında yoğunlaştığı, ancak hekimlik hizmetlerinde toplam kalite yönetimi konusunda pek fazla bir girişim olmadığı iddiası yer almaktadır. James'e göre hekimler de toplam kalite yönetimi çabalarının içinde yer almalıdırlar. Ancak, öncelikle "bu nasıl sağlanacaktır" sorusu yanıtlanmalıdır. Hekimlerin hastane hizmetlerinin diğer alanları ile ilgilenim sağlamalarının ilk aşamasında hekimlerin toplam kalite yönetimine ilişkin çeşitli şüphelerini ortadan kaldırmak gerekmektedir. Ayrıca, hekimin klinik hizmetleri ile ilgili doğrudan ilişkili olmayan işlere ayıracağı zaman için az da olsa ücret ödenmelidir. James'e göre, hekimlerin teşhis ve tedavi süreçlerinin istikrarlı bir hale getirilmesi için hekimlerin bu süreçleri tam olarak sahiplenmesi gerekmektedir. Bu önlemler, hastane hizmetlerinde müşteri memnuniyetini sağlamaya yarayan toplam kalite yönetiminin uygulanması için gereken önlemlerdir.

Hasta memnuniyetinin sağlık sisteminin etkinliği üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise Di Paula, Long ve Wiener (2002) hastane deneyiminin hasta ve hizmet sağlayanlar arasında değişik çerçevelerde meydana gelen ilişkilerden etkilendiğini ortaya koymuşlardır. Araştırmacılara göre hasta memnuniyetini yükseltmek için hangi alanlarda odaklanılması gerektiğinin belirlenmesi için hastane ortamının çok iyi tanınması gereklidir. Çünkü çoğu zaman, bir hastanın hastane deneyimi acil serviste başlamakta, ilgili klinikte devam etmekte ve sonrasında da taburcu olma süreci gerçekleşmektedir. Dolayısıyla, acil serviste ve klinik hizmetlerinde hem hekimlerin, hem de hemşirelerin hizmetlerinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkileri ayrı ayrı incelenmiştir. Bulgular, hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin sırasıyla klinikteki hemşire hizmetleri, klinik hekimlik hizmetleri, acil servis hemşire hizmetleri ve acil servis hekimlik hizmetleri olduğunu göstermektedir.

³³⁰ Ardiç, a.g.k., s.41-42

Buradan çıkartılan en önemli sonuç ise hasta memnuniyetini sağlamakta kişisel ilişkilerin düzeyinin ön plana çıktığıdır.³³¹

Sağlık hizmetlerinde TKY uygulamalarının yararları;

- Sağlık hizmetlerinin bütün dünyada ağırlıkla kamu tarafından sunulan hizmetler olması nedeniyle devlet bu konuda etkileyici rol oynamaktadır.
- Müşterilerin ve diğer paydaşların sağlıkta kalite konusunda talepleri söz konusu olmaktadır.
- Hastane yönetimlerinin insiyatifleri neticesinde artan bir ilgi gündeme gelmiştir. Devletin sistemde ağırlıklı olarak hizmet sunucusu biçiminde yer alması, kalite çalışmalarına ilgisini arttırmıştır.³³²

5.1.4.1. Sağlık Kuruluşlarında Kalitenin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi

1910 yılında Flexner tıbbi bakımın yetersizliğinin eğitimden kaynaklandığını görmüş ve bakım dışındaki olaylara yönelmiştir. Örneğin gereksiz cerrahi müdahale, yetersiz hastane imkanları gibi sorunlara eğilmiştir. Daha sonraları Ernest Codman yazdığı kitapta hasta bakımını, teknik hataları, yetersiz cerrahi müdahaleleri, yetersiz alet bakımını incelemiştir.

1913 yılında Franklin Martin'in destek ve ısrarıyla Amerikan Cerrahlar Okulu kurulmuştur ve 1917'de bu okul "Hastanelerde Minimum Standart" ı geliştirmiştir. 1918'de ise geliştirilen bu standardı 692 hastaneden sadece 89'u izlemiştir.

1920–1950 arasında kalite sağlama (kalite güvencesi) faaliyetleri başlamıştır. Hastane organizasyonunu düzeltme, mezuniyet sonrası hekimlerin tıbbi eğitiminin geliştirilmesi gibi nedenlerde bakım ihmal edilmeye başlamıştır.

1940–1950 Lembcke ve asistanları kamu hastanelerinde gereksiz ameliyatları incelemişler. Denetimlerden sonra bu tür ameliyatlarda azalma görülmüştür.

1952 yılında Amerikan Tıp Birliği, Amerikan Hastaneler Birliği, Amerikan Cerrahlar Koleji ve Amerikan Doktorlar Koleji JCAHO'yu (Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organization) kurmuşlardır. Bu kurumun kurulması ile standartlarla ilgili faaliyetler kuruma devredilmiştir.

1952–1965 JCAHO hastanelere sertifika vermeye başlamış ve gücünü

³³¹ Yağcı, İ.M., ve Duman, T., "Hizmet Kalitesi - Müşteri Memnuniyeti İlişkinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması : Devlet, Özel Ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması", Doğu Üniversite Dergisi, Cilt. 7 (2), 2006, s. 221–222

³³² Ardıç, a.g.k., s. 41–43

giderek arttırarak yetki alanı genişlemiştir. 1965 yılından sonra ise bir hastanenin hekimlerinden biri kalite standartlarına aykırı bir müdahale yaptığı için yükümlü tutulmuş, böylece personeli de hasta bakımı ve tedavisini yakından izlemeyi zorunlu kılan kurallar geliştirilmiştir. Zaman içinde hastaneleri denetleyen çeşitli kurumlar ortaya çıkmış, tüm sağlık görevlileri denetlemeye başlamıştır.³³³ ABD öncülüğünde, maliyetleri azaltma gereksinimi ve 1970'lerden itibaren hatalı tedavilere ilişkin şikayetlerin adli davalara dönüşmesi sonucu olmuştur.³³⁴

Türkiye'de ise henüz kalite faaliyetleri hizmet işletmeleri için verilen ISO – 9004-2'sinden öteye gitmemiştir. Kalite sağlama sistemlerinin ortaya çıkması ile denetim gereği de gündeme gelinde hastanelerin sorumlulukları yasalarla ve yönetmeliklerle belirlenmiştir. Sağlık sigortasının gelişmesi, artan mali yükler ve hizmetlerin gittikçe artan kısmının ücretle bağlı olması yasal ortamın değişmesine doktorla birlikte de sorumlu tutulmasına etki etmiştir. Böylece kalite sağlamada sorumluluk hekimlerden hastane yönetimine geçmiştir.

JCAHO 1991 yılında sürekli iyileştirme sürecini sağlık hizmetleri kalitesini iyileştirmede etkili bir yöntem olarak kabul ederek 1 Ocak 1992'de yürürlüğe giren yeni standartlarına eklemiş ve hastane yöneticilerin Sürekli İyileştirme yöntemleri ile ilgili eğitimden geçmelerini standartlarının içine eklemiştir.

1993 yılında yürütülen bir araştırmada, 3303 hastanenin %69'unda TKY ve sürekli iyileştirme bulunmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre;

- TKY uygulanan hastaneler uygulamayanlara göre daha fazla tatmin duymaktadır.
- Yönetim kurulu üyelerinin kalite sorunlarında daha aktif davrandıkları görülmüştür.
- İnsan kaynaklarının geliştirilmesi ve finansal sonuçlar açısından daha olumlu etkiler algıladıkları ortaya çıkmıştır.
- Hastalarla ilgili bazı verilerde istatistiki açıdan anlamlı iyileşmeler saptanmıştır.
- TKY uygulamayan hastanelere göre daha fazla maliyet tasarrufu sağladıkları belirlenmiştir.³³⁵

³³³ Çatalca, a.g.k., s. 25-28

³³⁴ Etöz, D.,S., "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Akreditasyon", Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 2008, s.17

³³⁵ Çatalca, a.g.k., s.25-28

5.1.4.2. Kaliteyi Etkileyen Faktörler

Yeterlilik; kaynaklarla ihtiyaçların uygunluk ilişkisidir. Kaynaklara cevap verebilmesi gerekir. Geniş açıdan ele alınırsa sağlıkta yeterlilik, mevcut hizmetlerle toplum ihtiyaçları arasındaki ilişkidir. Sayısal açıdan yeterli olan dağılım açısından yeterli olmayabilir. Örnek, her bölgeye veya toplumun her kesimine sağlık hizmetleri götürülmemektedir. Yeterlilik toplumun gelişmişlik düzeyi ile ilişkilidir. Gelişmiş ülkelerde dağılım homojendir. Kaynak hizmet için yeterli gelmektedir.

Yeterlilik kişisel ve teknik açıdan da ele alınabilir. Burada kaynakların iyi kullanımını, etkin kullanımını önemlidir. Bu noktada verimlilik ve etkinlik kavramları karşımıza çıkmaktadır.

Verimlilik; bir hastayı tedavi etme ve iyileştirme sürecinde yataklar, birçok malzeme ve tıbbi cihaz kullanılmaktadır. Bunlar ne kadar verimli kullanılmaktadır? İsrarlar nasıl önlenebilir? Hastane yöneticisi tüm bunları düşünebilmeli ve işletmesini mümkün olduğu ölçüde rasyonel çalıştırmalıdır. Verimsizlik kaynak israflarının büyük boyutlara ulaştığı zaman ortaya çıkmaktadır. Sağlıkta verimlilik ise en düşük maliyetlerle belirli bir kalite düzeyinde bakım sağlanmasıdır.

$$\text{Verimlilik} = \frac{\text{çıktı}}{\text{girdi}} * 100$$

Verimlilik türleri ise sermaye verimliliği, iş gücü verimliliği, teknolojinin verimliliği ve malzemenin verimliliğidir. İşletmelerde verimliliği etkileyen faktörler ise, yönetsel beceri, kullanılan teknoloji ve iş görenin becerisidir.

Verimlilik – kalite ilişkisi; sağlık hizmetlerinde kalite, uygulamaların kabul edilmiş standart ve prensiplerle, hastanın ihtiyaçlarına uygunluk ve uygun kaynak kullanımıyla ulaşılabilir sonuçlarla erişme derecesi olarak tanımlanmıştır. Buradaki uygun kaynak kullanımı bir işlem için gerekli doğru kaynağın kullanılmasını ifade eder. Genellikle yöneticiler az kaynak kullanarak veya mevcut kaynaklarını kısıtlayarak sağlanan verimlilik ile kalitenin aynı anda söz konusu olmayacağını savunurlar. Fakat TKY kullanılarak kalite ve verimlilik aynı anda geliştirilebilir.

Verimlilik- karlılık ilişkisi; yüksek karlılık ve yüksek verimlilik işletmenin mali durumunun sağlam ve istikrarlı olduğunu göstermektedir ve bu durumdaki verimlilik düzeyi korunmalıdır. Yüksek karlılık düşük verimlilik durumunda işletmenin karlılığı çok uzun süre devam etmeyebilir, uzun dönemde düşük verimlilik karlılığı düşürecektir. Düşük karlılık yüksek verimlilik durumunda işletme

bir süre sonra kapanma eşiğine gelebilir. Bunu önlemek için işletme karlılığı arttırmanın yollarını aramalıdır.

Etkinlik, amaca ulaşma derecesidir. Hastanelerdeki etkinlik ise hastane hedeflerini gerçekleştirme derecesidir.

$$\text{Etkinlik} = \frac{\text{Ulaşılan durum}}{\text{Amaçlanan durum}} * 100$$

Bir işletmenin etkin olması tek başına yeterli değildir, etkin olmanın yanında verimli de olması gerekir. Verimlilik göz önüne alınmadan ulaşılma istenen amaç maliyetleri yükseltecektir.

Eşitlik; herkesin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanacağını gösterir. Herkes hak ettiği (yani hastalığın gerektirdiği) şekilde ve ölçüde sağlık hizmetlerinden faydalanmalıdır. Sağlık hizmetleri aynı zamanda adil bir şekilde dağıtılmalıdır. İhtiyacı olana ihtiyacı olduğu kadar dağıtmak önemlidir. Eşit sağlık hizmeti dağıtmayı finansal, örgütsel, politik ve kültürel engeller etkileyebilir. Yeterlilikte olduğu gibi eşitlikte de gelişmişlik düzeyi önemli rol oynamaktadır.³³⁶

5.1.4.3. Kalitenin Boyutları

Ulaşılabilirlik; hastalar ihtiyaç duydukları hizmet alabiliyorlar mı? Bakım hizmetlerini toplumun her kesimine yayabiliyor muyuz? Yoksa bu hizmeti almak için bireyler çok fazla zamanlarını harcıyorlar mı? Her ihtiyaç duyan kişi bakım hizmetini istediği yerden ve gecikmeden alabiliyor mu? Toplumun her kesimine ve he bölgeye istenilen düzeyde bakım hizmeti sunulabiliyor mu?

Güvenlik; bina güvenli mi ya da yangına ve diğer felaketlere müsait mi? Herhangi bir tehlike anında hastalar, personel ve ziyaretçiler nasıl davranacaklarını biliyorlar mı? Yangın çıktığında kullanılacak yangın merdiveni veya acil çıkış kapıları mevcut mu? Çeşitli yerlerde acil çıkışlarının nerelere olduğunu gösteren oklar bulunmakta mı? Bina inşa edilirken elektrik donanımı ile ilgili projelere uyulmuş mu? Giriş çıkışlarda kontrol noktaları mevcut mu? Herhangi bir saldırı durumunda nasıl davranılacağını gösteren planlar var mı? Kriz dönemlerinde ne yapılacağını gösteren talimatlar hazırlanmış mı?

Uygunluk; tedavi seçimi hasta için doğru muydu? Seçilen tedaviden başka hasta için saha uygun alternatif tedavi yöntemleri bulunmakta mıdır? Bu tedavi

³³⁶ Çatalca, a.g.k., 12-18

hastada ileride başka sorunlara yol açacak mıdır? Hasta bu konuda bilinçlendirildi mi?

Teknik kalite; seçilen hizmet hastaya ne kadar iyi sunuldu? Sunulan hizmeti daha iyi hale getirmenin yolları var mıydı? Hasta hizmeti alınırken herhangi bir zarara uğradı mı?

Tıbbi etkinlik; hastaya sunulan bakım işe yaradı mı? Bakım sonucunda hastada bir iyileşme ortaya çıktı mı? Hastanın durumunda iyileşme olmasa bile hastalığındaki ilerleme önlenemedi mi? Hasta ağrılarında azalma ortaya çıktı mı? Psikolojik durumunda düzelme oldu mu?

Hasta tatmini; hastaya sunulan bakımdan memnun kaldı mı? Hastanın genel olarak bakım ile ilgili düşünceleri nedir? İleride aynı sağlık kuruluşundan ihtiyacı olduğunda tekrar bakım hizmeti almak ister mi? Çevresine o sağlık kuruluşunu tavsiye eder mi?

5.1.4.4. Akreditasyon

Akreditasyon birçok ülkede ve birçok sektörde topluma sunulan program ve hizmetlerin niteliğini sistematik bir yaklaşımla güvence altına almak için geliştirilen bir yöntemdir.³³⁷ Akreditasyon bir organizasyonun (örneğin bir hastanenin), programın veya grubun standartlar veya kriterler ile uyumunun yetkili bir kuruluş tarafından incelenmesi ve onaylanmasını içeren resmi bir işlemdir.

Sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1951'de ABD'de American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association'ın katılımıyla "Joint Commission on Accreditation of Hospitals" olarak kurulmuştur. Bu müessesenin faaliyetleri 1913'te kurulan American College of Surgeons tarafından 1917 yılında başlatılan hastane standardizasyon programının devamı olarak kabul edilmektedir. 1987 yılında hastaneler dışındaki sağlık kuruluşları için de akreditasyon programları geliştirilince komisyonun ismi "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations" (JCAHO) olarak değiştirildi. 1959 yılında Canadian Medical Association JCAHO'dan çekildi ve Kanada'da ulusal akreditasyon organizasyonu oluşturuldu. Ulusal akreditasyon kuruluşları Avustralya'da 1973 ve Yeni Zelanda'da 1987'de kuruldu. İngiltere'de 1988 yılında

³³⁷ Etöz, a.g.k., s.52

Güneybatı Bölgesel Sağlık Otoritesi tarafından küçük devlet hastanelerini denetlemek üzere Bristol Üniversitesi'nde hastane akreditasyon programı başlatıldı. 1989 yılında da King's Fund Organizational Audit genel hastaneleri değerlendirmek için kuruldu. Dünyadaki en büyük akreditör 1994 yılı içinde 4264 organizasyonu denetleyen JCAHO'dur.

Akreditasyon sistemlerinin karakteristik özellikleri

Akreditasyon ile lisans verme işlevi arasındaki farkın vurgulanması ve akreditasyon tartışmasının ivme kazandığı ülkemizde yol gösterici olması açısından akreditasyon sistemlerinin karakteristik özelliklerinin incelenmesi faydalı olacaktır. Bu özellikler şöyle sıralanabilir:

- Devletten, hizmeti sunanlardan (örneğin hastaneler) ve hizmeti satın alanlardan (örneğin sigorta kuruluşları) bağımsızdırlar.

- Katılım isteğe bağlıdır. Bununla birlikte pratikte özendirici uygulamalar yoluyla doğrudan veya dolaylı olarak sağlık organizasyonları yönlendirilebilmektedir. "Politika sağlık hizmet akreditasyonundan ayrılamaz".

- Akreditasyon yapan ekip genellikle bir doktor, bir hemşire ve bir yöneticiden oluşmaktadır. Ekip üyeleri gönüllü veya yarı zamanlı olarak çalışmaktadır. İstisna olarak JCAHO tam zamanlı elemanlar istihdam etmektedir.

- Koşullu akreditasyon 1 yıl ve tam akreditasyon 3 yıl sürelidir. Ayrıca Kanada'da yeniden ziyaret şartı ile 2 yıllık ve Avustralya'da mükemmel hastaneler için 5 yıllık tam akreditasyon mevcuttur.

- Akreditasyon programları genellikle hastaneler ile başlamakta, daha sonra diğer sağlık servisleri (poliklinikler, aile hekimleri ve bakım evleri gibi) için de programlar geliştirilmektedir.

- Sağlık kuruluşları akreditasyon durumlarını yayınlayarak duyurmak zorundadırlar.

- Akreditasyon kuruluşlarını genellikle sağlık kuruluşları ve tıp çalışanları oluşturur. Bunların yanında Amerika Birleşik Devletleri'nde JCAHO'nun halk arasından seçilmiş üyeleri, Avustralya ve Yeni Zelanda'daki komisyonlarda da sağlık bakanlığından üyeler mevcuttur.

- Bu kuruluşların ana gelir kaynağı akreditasyon servisi için alınan ücretlerdir. Ayrıca eğitim, yayınlar ve danışmanlık aktivitelerinden de gelir elde ederler.

• Akreditasyon kuruluşları standartlarını yayınlar ve belli aralıklarla bu standartları güncelleştirir.³³⁸

Sağlık Bakanlığı Joint Commission International'in (JCI) ile 2001 yılında aralarında memorandum imza etmiştir. Sağlıkta dönüşüm programında bundan esinlenen maddeler vardır. Dokuzuncu maddede bahsi geçen akreditasyon programı uluslar arası birleşik komisyonun standartlarıdır. Sağlık Bakanlığı sağlık sektöründeki bilgi ve deneyimi bir araya getirerek sistemin daha güçlü ve sağlam bir biçimde yapılandırılması için dünyada en çok kabul gören uluslar arası standartlar olan, JCI hasta odaklı ve organizasyonel kriterlerini esas alan bir yaklaşımı mevcuttur.

Sağlık Bakanlığı ile JCI işbirliği yapılarak;

- Ulusal sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması
- Standart geliştirme
- Kalite izleme ve ölçme sistemlerinin geliştirilmesi
- Denetçilerin eğitimi
- Veritabanı oluşturulması için çaba harcanacağını taahhüt etmiştir.³³⁹

Dünyadaki en büyük akreditör (<20.000 sağlık kuruluşu) şu an JCAHO'dur. Hastanelerde akreditasyon sistemi hasta odaklı olarak hastalara yönelik sağlık hizmeti sunumunun kalitesine katkı sağlayacak; sağlık sisteminde sürekli kalite gelişimini teşvik edecek; net standartların sağlanması temelinde hastanelerin objektif, sistematik değerlendirilmesini sağlayacak; hastalar için sağlık hizmetleri çapında tutarlılık ve hakkaniyet yaratacaktır.

Uluslar arası uygulanabilirliğinin temini için, JCI standartları 16 üyeli uluslar arası görev gücü tarafından geliştirilmiştir. Bu ekip 6 majör bölgeyi temsil ediyor: Batı Avrupa, Orta Doğu, Latin ve Merkez Amerika, Asya ve Pasifik Bölge, Kuzey Amerika, Afrika ve Doğu Avrupa ve Afrika'dır. 2007 Yılı itibariyle Türkiye'de sekiz adet özel sağlık kuruluşu akredite olmuştur. Kamuya ait akredite olmuş sağlık kurumu yoktur.

Akreditasyonun yararları ise;

- Hastanelerin sınıflandırılması
- Hastanelerin yeniden yönetimlerinin güçlendirilmesi

³³⁸ Kuş, H., "Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO Standartları", Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Cilt.4, Sayı.2, 2000, s.2-3

³³⁹ Etöz, a.g.k., s.53-54

- Veri toplama gerekliliğinin oluşması, analizi yeniden oluşturulması
- Sağlık çalışanları ve yönetimlerinin kültür değişimlerinin artırma
- Politika belirleyicilerin daha sağlıklı verilere ulaşması
- Güvenilirlik, kalite, verimlilik kapasitesinin artması
- Bakım kalite ve güvenilirliğin görünür ve bilinir hale gelmesi
- Performansın tartışılması
- Tıbbi hata bakım sisteminin kurulması
- Maliyet/kalite analizlerinin merkeze oturması ana amaçları oluşturmaktadır.³⁴⁰

5.1.4.5 Sağlık Kuruluşlarında Kalite Yönetimi Uygulamalarının Çeşitli Ülkelerle Karşılaştırılması

1990'dan beri birçok Avrupa devleti kalite konusundaki ilgisini beş alanda yoğunlaştırmıştır. *Birincisi*, İngiltere, Fransa, İsveç, Hollanda ve Norveç, profesyonellerin ve hastanelerin kalite ve kalite güvencesi konusunda sorumluluk almalarını gerektiren kanunlar çıkartmış ya da düzenlemeler yapmıştır. *İkincisi*, birçok devlet, profesyonel derneklerin ve diğer örgütlerin finansal olarak desteklenmesi ve bağımsız ulusal kalite örgütlerinin kurulması yoluyla kaliteyle ilgili faaliyetleri teşvik etmektedir. Hollanda'daki Ulusal Kalite Güvencesi Örgütü, Belçika, Almanya, İtalya, Fransa ve İspanya'daki bu tür örgütler için bir model teşkil etmiştir. *Üçüncüsü*, devletler, halkın sağlık hizmetlerini eleştirmesine, maksimum bekleme süreleri gibi hizmet garantileri önererek ve hasta haklarını belgeleyerek cevap vermeye çalışmaktadır. *Dördüncüsü*, devletler, örneğin Uluslararası Standartlar Örgütü (International Standards Organization-ISO) normları ya da gönüllü örgütsel denetimler yoluyla, sağlık kuruluşlarının akreditasyonu (ya da sertifikasyonu) ile gittikçe daha fazla ilgilenmektedir. *Beşincisi*, devletler, maliyetleri azaltma ve kaliteyi iyileştirme yaklaşımları olarak TKY ve sürekli kalite iyileştirmeye (SKİ) olan ilgilerini dile getirmektedir.

ABD'de yapılan bir ulusal araştırmada, hastanelerin % 69'u SKİ/TKY çalışmalarına aktif olarak katıldıklarını belirtmişlerdir. 1995 yılında ABD ve Kanada'da yapılan başka bir araştırmada, SKİ uygulayan hastane yöneticilerinin, SKİ'nin geçici bir moda olmadığına ve hastanelerinin yaşaması için gerekli olduğuna

³⁴⁰ Etöz, a.g.k., s. 67-68

inandıkları bulunmuştur. 1998 yılında ABD’de yapılan ulusal hastane kalite iyileştirme araştırmasına göre, araştırmaya katılan 1928 hastanenin % 93’ü SKİ ya da TKY yöntemlerini kullanmaktadır. Sağlık sistemleri bu yöntemlerle parasal tasarruf ve bazı hasta çıktılarında iyileşme sağlamaktadır. Ancak, hastane personelinin sadece % 35’i ve doktorların % 22’si SKİ ya da TKY yöntemleri konusunda eğitilmiştir.

Tayvan’da çeşitli hastaneler, sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek için farklı klinik ve idari departmanlarda SKİ/TKY teorilerini uygulamaktadır. Rusya’da 1993 yılında başlayan sağlık reformu programı, sağlık bakım sisteminin kalitesini ve maliyet-etkililiğini iyileştirme amacını içermektedir. 1995–1996 yıllarında SKİ, kanıta dayalı uygulama rehberleri ve kalite indikatörlerini tanıtmaya çalışmaları yapılmıştır. Finlandiya’da 1990’larda devlet düzenleyici gücünü azaltmış ve sadece sağlık politikası hakkında kaliteyi de içeren öneriler ve rehberler yayınlamıştır. Bu nedenle TKY/SKİ’nin uygulanması belediyelerin sorumluluğu olmuştur. İspanya, İngiltere ve Norveç’te de ulusal TKY programları uygulanmaktadır.

Almanya’da, hastaneler ödemeyi yapan örgütlere –emeklilik fonları ya da hastalık fonları tarafından bu amaçla kurulmuş olan bir kuruluş- performansla ilgili veri hazırlayıp sunmak zorundadır. Bazı hastaneler, ISO standartlarına göre kalite yönetim sistemleri uygulamaktadır. 1994’te vakaya dayalı ya da hizmet başına ödeme şeklindeki finansmanın başlatılmasıyla, bazı prosedürler için kalite rehberleri oluşturulmuştur.

Kore’de, 1997 yılında yapılan bir araştırmaya göre, 400 ya da daha fazla yataklı hastanelerin % 28’inde kalite iyileştirme departmanı bulunmaktadır. Departmanların misyonlarında en çok belirttikleri amaçlar, hasta memnuniyetinin artırılması, tıbbi bakımın değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi; en çok göze çarpan faaliyeti ise performansın izlenmesidir.

Ülkemizde de sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirme çalışmalarına artan bir ilgi vardır. Sağlık Bakanlığına bağlı 32 kurumda TKY çalışmaları sürdürülmekte, 28 kurumda ise TKY uygulamasına yönelik planlama çalışmaları devam etmektedir. Bakanlık kurumlarında yürütülmekte olan bu çalışmalar kapsamında, söz konusu faaliyetlerin desteklenmesi amacıyla, TKY’nin kurum bünyelerine yerleştirilmesi sürecinde yapılacak olan harcamaların döner sermayeden karşılanması uygulaması getirilmiştir. Ayrıca, üst yönetimin TKY konusunda bilgilendirilmesi ve kalite anlayışının geliştirilmesi amacıyla, Bakanlık tarafından bölgesel eğitim toplantıları

başlatılmıştır. Ülkemizde henüz akredite olan bir kamu hastanesi bulunmamakla birlikte bazı kamu hastanelerinin bu yönde çalışmaları devam etmektedir.³⁴¹

5.2. Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı Ve Güvenliği Açısından Toplam Kalite Yönetimi

5.2.1. Sağlık Çalışanlarını Hedef Alan Ulusal Kalite ve Güvenlik Stratejileri

Sağlıkla ilgili meslekler temelde, belirli bir bilgi birikimi ve belirli becerilerin belirli bir yaklaşım temelinde uygulanmasını gerektiren mesleklerdir. Söz konusu bilgi birikimi büyük orada bilimsel bir temele dayanır ve beceriler ise önemli bir eğitim gerektirir. Bu nedenle, sağlıkla ilişkili meslekler ile bir yandan gittikçe artan tıbbi bilgi birikimi ve teknolojiler arasında, diğer yandan da mesleki ve sosyal kurallar arasında bir ilişki vardır.

Sağlık hizmeti alanında çalışanlar, hizmetlerini yoğun bir insan etkileşimi çerçevesinde sunarlar. İşin doğası gereği, sağlık çalışanları ile hasta arasındaki karşılıklı güven oldukça önemli bir unsurdur ve bu nedenle de mesleki bilgiler ve becerilerin hayata geçirilmesi bir dizi mesleki kurala bağlıdır.

Kalite ve güvenlik, sağlık hizmeti için anahtar değerlerden ikisidir ve klasik “zarar vermeme” ve “hayat koruma” ilkeleri, tıp ve hemşirelik meslekleri kadar eskidir. Geleneksel olarak hükümetler, sağlık çalışanlarının kalite ve güvenliğini meslek ve zorunlu eğitime ilişkin düzenleyici çerçeveler yoluyla sağlamaktadır. Ancak, bilgi ve teknolojilerde yaşanan hızlı değişimle birlikte, mesleki kalitenin artık sadece eğitimin tamamlanmasının ardından diploma ve unvan vermekle sağlanamayacağı bir dönem başlamıştır. Sürekli tıp eğitimi, bir kural haline gelmiş ve yeniden onaylama ve yeniden ruhsatlandırma gibi yan mekanizmalar uygulamaya konmuştur. Çalışanların bireysel performanslarının değerlendirilmesi bu mekanizmalar için hayati önem taşır ve bu nedenle ülkeler zorunlu Sürekli Tıp Eğitiminden emsal incelemesi ve bireysel performans değerlendirmesi planlarına kadar çok çeşitli düzenlemeleri hayat geçirmektedir. Bu şekilde, çalışanların çeşitli becerileri daha açık bir şekilde gözler önüne serilmiştir. Birçok Avrupa ülkesi, söz

³⁴¹ Kaya, S., “ Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi: Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt.7, s. 2-8

konusu mesleklerin gerektirdiği yeterlikleri ortaya koymak amacıyla Kanada'nın CanMed modelini kendi ülkelerine uyarlama sürecindedirler.

Son yıllarda tıbbi yayınlarda, özellikle kalite ve güvenlik konuları bağlamında sağlık çalışanlarının yeni rolleri ve mesleki kural ve standartlara ilişkin tartışmalara yer verilmektedir.

Kısmen sağlık işgücü problemleri nedeniyle, ülkeler sağlık sistemlerinde görev alan sağlık çalışanlarının mevcut kombinasyonunun yönelmeleri gereken sağlık hizmeti problemleri için halen uygun olup olmadıkları sorusunu sormaktadır. Doktor asistanlığı (ABD'de doktor gözetiminde tıbbi müdahale yapma yetkisi olan ve teknisyenden daha donanımlı sağlık görevlisi) ve kıdemli klinik hemşireliği gibi bir dizi yeni meslek ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmeti işgücü dâhilindeki söz konusu görev ve mesleki rol ikameleri de belirli bir ülkede sağlık hizmetinin iyileştirilmesine yönelik genel gündemin bir parçasıdır.

Sağlık çalışanlarını hedef alan ulusal kalite ve güvenlik stratejilerinin genel unsurları şöyledir:

Mevzuat ve düzenlemeler

- Çeşitli meslekler ve bu mesleklere ilişkin eğitimler hakkındaki mevzuat ve düzenlemeler (unvanların kullanımı ve ilgili zorunlu eğitimler)
- Sağlık çalışanlarının yeniden ruhsatlandırılması hakkındaki mevzuat ve düzenlemeler (Fiili olarak görev yapan sağlık çalışanlarının gerekli güncel beceri ve yeterliklere sahip olmasını sağlamak)
- Mesleki kural ve standartlar hakkında mevzuat ve yönetmelikler (genellikle, doktorlar, hemşireler ve ilgili sağlık çalışanlarına yönelik ulusal meslek kuruluşları ile yakın işbirliği)
- Mesleğin suiistimali hakkında mevzuat ve düzenlemeler

İzleme ve ölçme

- Ruhsatlı sağlık çalışanlarının toplam sayısının izlenmesi – ulusal meslek kayıtları
- Performans ölçümünü kolaylaştırmaya yardımcı olacak veri toplama uygulamalarının teşvik edilmesi,

Sağlık çalışanlarının bireysel performanslarının ölçülmesinin sağlanması ve iyileştirilmesi

- Emsal incelemesine yönelik mesleki yaklaşımlar ve sistematik öz değerlendirme ve Sürekli Tıbbi Eğitim yoluyla öğrenmenin teşvik edilmesi,
- Çalışma koşullarının hem zamanlama hem de kültür açısından, hatalar ve aksaklıklar kadar olumlu performansların da değerlendirilmesi yoluyla mesleki eğitim kolaylaştıracak şekilde geliştirilmesi.

Sağlık çalışanlarının genel performansının sağlanması ve iyileştirilmesi

- Sağlık hizmetinde yeterli düzeyde insan kaynakları planlaması (sağlıkta işgücü planlaması)
- Çeşitli meslek grupları arasında görev ikamesine yönelik politikaların geliştirilmesi ve yeni politikaların hayata geçirilmesi.³⁴²

5.2.2. Sağlık Kuruluşlarını Hedef Alan Ulusal Kalite ve Güvenlik Stratejileri

En bilinen örneklerini hastanelerin oluşturduğu sağlık kuruluşları, genellikle sağlık çalışanlarının ve teknolojilerin sağladığı girdilerin bir kombinasyonunu gerektiren çok çeşitli sağlık hizmetlerini sunabilmektedir. Hizmetler koruma, tanı, tedavi ve rehabilitasyon gibi temel başlıklar altında toplanabileceği gibi, uzmanlıklar (cerrahi, pediatri, kardiyoloji, vb) ya da ortama (klinik bakım, günlük bakım, ayakta tedavi) göre de sınıflandırılabilir.

Bir sağlık hizmeti olarak modern hastanelerin geçmişi, narkoz ve röntgen gibi teknik ilerlemelerin bakım kuruluşlarında uygulandığı ve buraların sayıları gittikçe artan tıp uzmanları için bir çalışma alanı haline geldiği 19'uncu yüzyıla dayanmaktadır. Bu geçmiş, tanı ve tedavi alanlarının yanı sıra iletişim alanında kaydedilen teknolojik ilerlemelerin yönlendirdiği 21'inci yüzyıla paralellik göstermektedir: Hastane kurumunun ardında yatan mantık bugün de bir değişim içindedir.

Klinik bakım günlük bakıma kaymakta ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesi ülkelerinin birçoğunda ayakta tedavi hizmetleri hastane faaliyetlerinin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Kalite ve güvenlik stratejileri, hastane yapısında meydana gelen değişikliklerle ilişkilidir. Genel olarak, kalite iyileştirmesi çabalarının

³⁴² Aydın, S., Demir, M., Güler, H., Demir, B. Ve Yorgancılar, S., , “Sağlık Sistemi Yaklaşımı ile Kalite ve Güvenlik Stratejileri Geliştirme Kılavuzu”, World Health Organization, T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, Kasım 2008, s. 39-43

büyük bir bölümü bakım sürecinin yeniden yapılandırılması, risk yönetimi ve iletişimin geliştirilmesi hususlarına odaklanmaktadır.

Sağlık çalışanlarına yönelik ulusal stratejiler gibi, sağlık kuruluşlarına yönelik kalite ve güvenlik stratejileri de mevzuat, izleme, bireysel servislerin iyileştirilmesi ve genel sistem iyileştirmesi konularına odaklanır. Bu durum bir dizi kanunun hazırlanması, veri toplama çabaları, teşvik programları ve ulusal düzeyde kurumsal yenilik stratejileri ile sonuçlanmıştır.

Sağlık kuruluşlarını hedef alan ulusal kalite ve güvenlik stratejilerinin genel unsurları aşağıdaki gibidir:

Mevzuat ve düzenlemeler

- Çeşitli sağlık kuruluşları ve ilgili servisler hakkında mevzuat ve düzenlemeler Belirli hizmetleri sunan kuruluşlara (örn; hastaneler, birinci basamak tanı – tedavi merkezleri, akıl sağlığı merkezleri) ilişkin belirli koşulları ortaya koyan mevzuat ve bu kuruluşlar ve ilgili servislerin ruhsatlandırılması.

- Hastalar için risk teşkil eden sağlık hizmetlerinin belirli yönleri hakkında mevzuat ve düzenlemeler (örn; radyoloji, nükleer tıp, insan dokularının tedavisi, hastane atıklarının bertaraf edilmesi, yangın düzenlemeleri, vb).

İzleme ve ölçme

- Hastane performans göstergelerinin kullanılması

Son on yıl içinde, sağlık kuruluşları performans göstergelerinin izlenmesi ve raporlanmasına yönelik olarak bir dizi girişimde bulunulmuştur. Ulusal bir kalite ve güvenlik stratejisi, geçerli bir dizi performans göstergesinin geliştirilmesi ve kullanılmasını desteklemek suretiyle gösterge gündemini belirleyebilir. Göstergelerin kalite ve güvenlik konularıyla sınırlı mı kalacağı yoksa kurumsal performansa ilişkin daha geniş bir bilgi ağına mı dahil edileceği ve hangi göstergelerin kamuya açık hangilerinin temelde dahili öğrenme amaçlı oldukları bu süreçte karar verilmesi gereken önemli hususlardır. Hastanelerde kalite iyileştirmesine yönelik DSÖ Performans Değerlendirme Aracı (PATH) projesi performans göstergelerinin tanımlanmasına ilişkin önkoşullardan biri, ulusal düzeyde standart hale getirilmiş idari ve tıbbi veritabanlarının varlığıdır

- Kurumsal performans göstergeleri gündeminin, daha geniş bir gündem olan elektronik (tıbbi) kayıtlar gündemine bağlanması ve sağlık bakımı bilgilerinin sistematik olarak toplanması.

Kalite ve güvenliğin ölçülmesi, büyük oranda hastane bilgi sistemlerinin kalitesine ve (ulusal) standartlaşma düzeyine bağlıdır. Tıbbi bilgiler açısından uluslar arası karşılaştırmalar yapabilmek için ICD 9 ya da 10 kodlarına gerek duyulmaktadır. Münferit sağlık bakımı hizmetlerinin kalite ve güvenliğinin sağlanması ve iyileştirilmesi

- Akreditasyon ve/ya da sertifikasyon sistemleri

Bu sistemler, ülkelerin birçoğunda sağlık bakımı hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü raporları çok çeşitli programları ayrıntılı olarak ortaya koymaktadır (Shaw 2006). Son yıllarda akreditasyon programları güvenlik konularına daha çok önem vermekte ve halihazırda çeşitli programlar düzenli saha ziyaretleri ile periyodik performans göstergesi raporlarını birleştirmektedir. Ulusal stratejiler, akreditasyon programlarının kullanımını ve programın odak noktasını teşvik edebilir. Hangi akreditasyon modelinin en etkili model olduğu konusunda kesin bulgular olmamakla birlikte hastaneler üzerindeki dış baskının artması ile daha gelişmiş hastane kalite iyileştirme sistemleri ve istenilen çıktılar arasında bir bağlantı olduğu dair bulgular mevcuttur.

- Belirli kalite iyileştirmesi ve güvenlik programlarının teşvik edilmesi

Bu raporun diğer bölümlerinde de ifade edildiği üzere, çeşitli ulusal girişimler başlatılarak kalite ve güvenlik iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Özellikle ABD Sağlık Bakımı Geliştirme Enstitüsü tarafından desteklenen programlar, kalite işbirlikleri ve Hasta Güvenliği İçin Dünya Birliği tarafından yapılan güvenlik girişimleri, yerel düzeyde iyileşme sağlayabilmek için, karşılıklı öğrenme ve hasta yetkilendirmesi yoluyla sağlık kuruluşlarını ortak faaliyetlere dahil etmeyi amaçlamaktadır.

Bir bütün olarak sağlık hizmetlerinin kalite ve güvenliğinin sağlanması;

- Entegre sağlık hizmeti sunum sistemlerinin akreditasyonu ve/ya da sertifikasyonu

Bir dizi servisle ilişki içinde bulunan hastalara sunulacak bakımın kaliteli ve güvenli olmasını sağlamaya yönelik stratejilerden biri de bir dizi servise tek bir entegre sunum sistemi olarak yaklaşmaktır (örn; pratisyen hekim grupları, hastaneler, bakım evleri ve evde bakım servisleri). Nüfus temelli performans göstergelerinin ölçümüyle birlikte, bu düzeyde akreditasyon/sertifikasyon uygulamasına gidilebilir. Avrupa'da, bu yaklaşım henüz yaygın bir uygulama haline gelmemiştir ancak birçok ülke birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenlik değerlendirmesi

amacıyla entegre bir yaklaşım benimsemiştir (örn; Birleşik Krallıktaki birinci basamak sağlık hizmetleri tröstleri)

- Hizmetlerin sunulduğu kurumsal yapılarda yenilik yapılmasını teşvik eden stratejiler

Servisler arasında görev ikamesi (örn; hastaneler ile bakım evleri arasında koğuş transferi) uygulaması faaliyete geçen yeni servislerle birleştirilebilir (örn; inme servisleri ya da diyabet, kalp yetmezliği ve kronik obstrüktif pulmoner hastalık gibi kronik hastalıklar için entegre servisler). Bu servislerin büyük bir bölümünün daha kaliteli hizmetler sundukları ispatlanmıştır ancak mevcut düzenlemeler ve kaynakların mevcut hizmetlere yönlendirilmesi nedeniyle daha büyük bir ilerleme kaydedilmemektedir. Ulusal bir kalite ve güvenlik stratejisi, etkili entegre hizmet sunumu modellerinin geliştirilmesini kolaylaştırmaya yönelik politikalara da yer vermelidir.³⁴³

5.2.3. Tıbbi Ürün ve Teknolojileri Hedef Alan Ulusal Kalite ve Güvenlik Stratejileri

Sağlık sistemi, meslek çalışanları ve örgütleri ile birlikte büyük miktarda tıbbi ürün ve teknolojinin tüketimiyle karakterize edilmektedir. İlaçlar bunların önemli bir kısmını oluşturmaktadır fakat tıbbi cihazlar ve hatta ilgili web siteleri gibi sağlık bilgi ürünleri de bu kısma dahil edilebilir. Ulusal bir kalite ve güvenlik stratejisi aynı zamanda bu ürünlerin kalitesinin temin edilmesini de öngörür. Bu özellikle, uygun kullanılmadığı takdirde hastaların sağlığı için ciddi bir risk oluşturabilecek olan ürünler için geçerlidir. Genelde ilaç piyasası düzenlenir ve izlenir fakat bu tıbbi cihaz, kendi kendine testler ve sağlık bakım enformasyon piyasaları daha az şeffaftır ve politika yapıcılardan daha az dikkat görür.

Mevzuat ve düzenleme

- İlaç, tıbbi cihaz ve spesifik tıbbi bilgi formlarının sağlık hizmet piyasasına girişi konulu mevzuat ve düzenleme.

- Hâlihazırda sağlık hizmeti piyasasında olan ürünlerin bir sağlık tehdidi oluşturması halinde hükümetlere müdahale etme hakkı veren mevzuat ve düzenleme.

³⁴³ Aydın ve arkadaşları, T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, a.g.k., s. 41-43

İzleme ve ölçme

• İlaç ve tıbbi cihazlar gibi spesifik ürünlerin kullanımıyla ilgili muhtemel sorunları işaret eden enformasyon sistemleri.

Genelde ilaçların yan etkilerinin bildirilmesi yerindedir fakat tıbbi cihaz/teknolojilerin başarısızlıklarını bildirim sistemleri daha az yaygındır. Ulusal stratejiler bildirimye yönelik kültür ve iletişim yapılarını uygulatabilir.

Tıbbi ürün ve teknolojilerin kalitesini temin etmek ve iyileştirmek

• Spesifik ürünlerin kullanım ve etkililiğinin değerlendirilmesinin harekete geçirilmesi Spesifik endikasyonlara yönelik yeni ürünler, özellikle de farmasötik ürünler sistematik olarak uygulanmaya başlanmadan önce çok sayıda deney yapılmasına rağmen, bu ürünlerin gerçek yaşamdaki fiili etkileri hakkında daha az şey bilinmektedir. Aynı zamanda toplu finansman kaynaklarından spesifik yeni ürünlerin geri ödenmesi konulu karar alma işi genelde zaman içinde tek bir spesifik anda yapılmış olan teknoloji değerlendirme raporlarına dayalıdır.

Mevcut kanıtları sistematik olarak değerlendiren ulusal organlar (ör. İngiltere’de NICE) bu süreçte çok kullanışlı olabilir. Yeni ürünlerin değerlendirilmesi, kalite ve güvenli kullanımlarını temin etmek amacıyla piyasaya sürülmelerinden sonra da devam etmelidir. Politika yapıcılar gerçek yaşam verilerine dayalı olarak piyasaya girişten belli bir süre sonra uygulanabilecek olan ön-kararlar almayı düşünebilirler, alabilirler. Bu şekilde kalite iyileştirmeye yönelik daha sürekli bir yaklaşım yani yeni bir ürünün daha etkili kullanımı sağlanabilir.

Tıbbi ürün ve teknolojilerin kalite ve güvenliğini temin etmek

• Sağlık hizmeti ürünleri genel ulusal bir yenilik stratejisinin bir parçası olmalıdır. Çoğu ülkede yeni ürünlerin piyasaya sürülmesi o ülke dışından kaynaklıdır. Bunun da sebebi kısmen ilaç ve tıbbi cihazlara yönelik araştırma ve geliştirme sanayisinin gitgide belli coğrafi alanlara kaymış olmasıdır.

Sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliği temin etmek için ulusal yenilik gündeminin yerel sağlık bakım ürünleri ihtiyaçlarını da içermesi tavsiye edilmektedir.³⁴⁴

³⁴⁴ Aydın ve arkadaşları, T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, a.g.k., s. 43-45

5.2.4. Sağlık Kuruluşlarında Kalite Uygulamalarının İş Sağlığı ve Güvenliğine Yansımaları İle İlgili Hastane Örnekleri

5.2.4.1. Özel Hastaneden Bir Uygulama Örneği

Amaç; Tüm kurum personelinin çalışma ortamları ve yaptıkları işlerden dolayı karşılaşılabilecekleri riskleri tanımlamak ve koruyucu önlemler almaktır.

Çalışan güvenliğini ele alan komiteler;

- Tesis Yönetimi ve Risk Komitesi
- Radyasyon Güvenliği Komitesi
- Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve Gıda Denetim Alt Birimi
- Çalışan Memnuniyet Komitesi
- Kalite İyileştirme Kurulu
- Eğitim Kurulu
- Afet ve Yangın Acil Eylem Planı

İş Yeri Sağlık Birimi

• Sağlık çalışanlarının sağlığını geliştiren, koruyan, hastalıklarını önleyen ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini yerine getiren birinci basamak sağlık hizmeti olarak her kurumda İşyeri Sağlık Birimleri kurulmalıdır.

• Hastanemizde hasta ve çalışan sağlığını tehdit eden ve edebilecek tüm durumlar “olay bildirim” nedenidir.

• Bu bildirimler bilgisayar programı üzerinden Yetkilendirilmiş kişiler (Kalite Yönetimi çalışanları) tarafından görülerek analiz edilir.

• Zamanında düzeltici-önleyici faaliyet planlanarak ilgililerle iletişime geçilir, gerekiyorsa eğitimler planlanır

• Kalite dokümanları arasında çalışanlar için risk oluşturabilecek tehlikeler ve yapılması gerekenler prosedür olarak yer almakta, çalışanlarımız okumak üzere erişebilmekte, bu konudaki bilgileri denetimlerde test edilmektedir.

Çalışan Güvenliği Çalışmalarında Esas Alınan İlkeler

Mahremiyet: Sağlık kayıtları için özel bir program kullanılmakta, kayıtlar kilit altında tutulmakta, yetkili kişiler girebilmekte

İş Birliği: İş yeri hekimi ve sağlık memuru çeşitli komitelere dahil edilerek riskler belirlenmekte ve gerekli önlemler alınmakta

Acil ve İlk Yardım: Yangın ve afet durumlarında uygulanmak üzere afet

planları hazırlanmış olup görevli kişiler eğitilmekte ve tatbikatlar yapılmaktadır.

Bilgilendirme- Eğitim: 2 günlük kurumsal oryantasyon eğitimi

Hizmet içi oryantasyon

Klinik oryantasyon değerlendirme formları

Bireysel eğitimler

Kayıt ve İstatistik:

• Çalışanlarımız göreve başlarken ilk muayeneleri ve serolojik testleri mutlaka Kurumumuzda yapılmaktadır.

• Çalışanlardan alınan bilgiler ve muayene sonucu kayıt altına alındıktan sonra düzenli olarak periyodik muayeneler yapılmaktadır.

• Sağlık Biriminin tüm çalışmaları aylık olarak raporlanmakta, muayene olan, uzman hekime sevk edilen, bağışıklama yapılan, istirahat verilen sayıları, aylık işgücü kaybı izlenmekte, beklenmedik sonuçlar analiz edilmektedir.

• Çalışan Memnuniyet Komitesi üyeleri arasında gönüllülerin yanı sıra seçilmiş çalışan temsilcileri de bulunmakta ve öneri / taleplerini dile getirmektedirler.

• Riskli alanlarda (Ameliyathane, Acil Yoğun Bakımlar, MSÜ, Radyoloji, Nükleer Tıp, Laboratuvar, Mutfak-Kafe-Restoran) çalışan veya sağlık durumu özel izlem gerektiren çalışanlarımız daha sık periyotlarla değerlendirilmektedir.

• Özel tetkikleri ve konsültasyonları yaptırılarak sağlık raporlarına işlenmektedir.

Çevre Sağlığı

• Tıbbi atıklar özel eğitilmiş kişiler tarafından taşınmakta ve depolama alanına götürülmektedir.

• Kirli eşyaların taşınmasına özel yapılmış asansörlerimiz ile katlardaki kirli odalarından ve Ameliyathaneden Çamaşırhane ve Tıbbi atık depolama ünitesinin bulunduğu kata direkt olarak özel konteyneri ile gelmektedir.

• Geri dönüşümlü atıklar, evsel atıklar ayrıştırılarak toplanmaktadır,

• Hastanemizde şarj edilebilir piller kullanılmakta, az sayıda olan Pil atıklar Belediyeden alınmış özel kutularda biriktirilerek ilgili firmalara geri verilmektedir.

Beslenme

• Çalışanlarımızın kalori ihtiyacı belirlenerek yemek menüleri oluşturulmakta ve Diyetisyen kontrolünden geçmektedir.

- Yemekler Hastanemiz mutfağında hizmet aldığımız firma tarafından hazırlanmaktadır.

- Sözleşmemiz gereği bu firma çalışanlarının portör muayeneleri Hastanemiz laboratuvarında yapılmakta ve işyeri hekimimiz veya gerekirse uzman hekimlerimiz tarafından değerlendirilmekte, risk saptandığında tam iyileşme kanıtlanana kadar çalışana istirahat verilmektedir.

- Enfeksiyon Kontrol Komitesine bağlı olarak çalışan Enf. Hast. Uzmanı, İşyeri Hekimi, İdari Müdür, Diyetisyen, Enf. Hemşiresinden oluşan ekip şok denetimlerle gıda ile ilgili tüm alanlar ve çalışanları değerlendirmekte, eksik ve hataları raporlayarak en kısa sürede iyileştirilmek üzere ilgili birimlere aksiyon planlamaktadır

- Çalışanlarımızın içtiği su ve suyun temas ettiği damacana, sebil gibi kaplardan belirli aralıklarla numune alınarak Hıfzısıhha Laboratuvar test edilmek üzere gönderilmekte ve sonuçlar kayıt altına alınmaktadır.

- Yenilen yemeklerden mutlaka şahit numune alınmakta ve gereğinde analiz edilmektedir.

Tesis Denetimi;

- Tesisimiz yapım aşamasındayken JCI akreditasyonu için müracaat edilmiş olup tüm alt yapı ve donanımlar JCI standartlarına göre kurulmuştur. Akıllı bina teknolojisine göre kurulmuş olan tesisimizde hasta ve çalışan güvenliğini minimuma indirecek donanımlar bulunmaktadır.

- Elektrik kesintilerinde 2 saat tüm cihazlarımızı çalıştıracak UPS, 10 saniyede devreye giren jeneratör sistemimiz,

- Yangında zehirli gazların kat dışına çıkmasını engelleyen özel kaplarımız,

- Sprinkler sistemimiz,

- Yangında insan sağlığını tehdit edecek gaz çıkarmayan kablo sistemimiz,

- Yedek Oksijen ve su depolarımız,

- Havalandırma ve iklimleme sistemimiz

- Alarm sistemimiz, kamera ve kapalı devre yayın yapan CTV ile hızlı iletişim,

- Özellikli alanlara yetkili kişilerin girişine izin veren çipli kart sistemimiz

- Tesis Güvenliği ve Risk Komitemiz üyeleri belirli periyotlarla tüm tesisi denetlemekte, riskli alanları, eskimiş/değişmesi gereken donanımları saptamaktadır.

- Bu komiteye bağlı olarak çalışan risk ekibi ise risk analizini yaparak öncelikleri belirleyip, ilgili bölümlere aksiyon planlamakta ve sistem üzerinden işin bitirilmesi takip edilmektedir.

- Komite Yangın ve afet tatbikatları planlamakta olağanüstü durumlara karşı ne kadar hazır olduğumuzu test etmektedir. Tatbikat

- Yangın Söndürme ve bina tahliye tatbikatlarına tüm çalışanlarımız katılmakta ve kamera görüntüleri ile çekimler yapılarak izlenmektedir.

- Böylece yinelenen tatbikatlarda nasıl gelişim gösterdiğimizi değerlendirebilmekteyiz.³⁴⁵

5.2.4.2. Devlet Hastanesinde Bir Uygulama rneği

2005 Kasım ayında Kalite temsilcisi görev değişikliği yapılmıştır.

Kalite ekipleri revizyona alınmıştır. Oluşturulan Kalite Ekipleri ise;

Kalite Geliştirme Ekibi (17 Kişi)

Kalibrasyon Ekibi (9 Kişi)

Dokümantasyon Ekibi (7 Kişi)

Halkla İlişkiler Ekibi (10 Kişi)

Eğitim Ekibi (5 Kişi)

İ Tetkik Ekibi (6 Kişi)

Danışmanlık hizmetinin alınması

- Aylık Kalite Konseyi toplantısında bilinçli çalışmak ve süreci hızlandırmak için Danışmanlık hizmeti alınmasına karar verilmiştir.

- Danışman hizmeti alınarak 05.01.2006 tarihinde kalite yolculuğuna başlanmıştır.

Misyon, Vizyon Ve Kalite Politikasının Belirlenmesi

Misyon, Vizyon, Değerler ve Hedefler Bilgi Formu tüm hastane çalışanlarına dağıtılarak gelen formlardaki bilgiler Kalite Konseyi tarafından incelenerek hastaneyi en iyi ifade edeceğine inandıkları misyon, vizyon ve kalite politikası şubat 2006 tarihinde belirlenmiştir. Tüm hastane çalışanlarına belirlenen kalite politikası kartvizit şeklinde dağıtılmış ve muhtelif yerlere pano şeklinde asılmıştır.

Kalite Politikası

³⁴⁵ <http://www.samsun.saglik.gov.tr/ppt/sunu1.ppt> (10.12.09)

- Gelen hastalara mesleki bilgi ve becerileri ile donanmış yüksek motivasyonlu insan gücümüzle güler yüzle, her zaman düzenli ve temiz bir ortamda çağdaş tıbbın bütün imkanlarını sunmak,

- Hasta ve yakınlarının beklentilerini mesleki becerilerin insan sevgisiyle örtüşürerek hasta memnuniyet oranını yükseltmek,

- Toplam kalite yönetim sisteminin temeli olan sürekli iyileştirme ve etkinliği artırma metotlarını kullanarak sağlık sektöründe Güney Marmara bölgesinde her zaman tercih edilen bir hastane olmak

Eğitimler

Çalışanlara ISO kapsamında şu eğitimler verilmiştir.

ISO 9000 Temel Eğitimi

Dokümantasyon Eğitimi

İletişim - Motivasyon Teknikleri

Toplantı Teknikleri

İç Tetkik Eğiti

DÖF Eğitimi

Swot Analizi Eğitimi

Süreç Yönetimi Eğitimi

Laboratuar ve Kalibrasyon Eğitimi

Dokümantasyon ve Kalite Anlayışının Hastaneye Yayılması

- Haftalık Kalite Geliştirme Ekibi ve Dokümantasyon Ekibi tarafından Proseslerin tespitleri yapılmıştır.

- Prosedür, İş Akış Şemaları, Formlar, Talimatlar, Kalite Planları (Kaynak Planı, Kalibrasyon Planı, Bakım Planı, Kalite Sürekli Geliştirme Planı, Kontrol Planı, İç Denetim Planı, Eğitim Planı) Dokümantasyon Ekibi tarafından üzerinde çalışmaya başlanmıştır.

- Organizasyon El Kitabı, Kalite El Kitabı yayımlanarak tüm birim sorumlularına dağıtılmıştır.

- Kalite Hedefleri birim sorumluları ve Kalite Konseyi tarafından belirlenmiş ve 30.03.2006 tarihinde yayınlanmıştır.

- Çalışan memnuniyeti anketi tüm hastane çalışanlarına dağıtılmıştır. Sonuçları Kalite Konseyi toplantısında değerlendirilmiştir.

- Aylık olarak yataklı servis ve poliklinik hasta memnuniyet anketleri

yapılmaya başlanmıştır.

- Kalibrasyon ekibinin yapmış olduğu analizler sonucu hastanedeki kalibre edilecek ve bakım planına dahil edilecek cihaz listesi hazırlanmıştır.

- Kalibrasyon için TSE ile anlaşmış ve 15 gün gibi kısa sürede kalibrasyon süreci Haziran 2006 tarihi itibarıyla tamamlanmıştır.

- Her ay yapılan kalite konseyi toplantılarında;

- ✓ Öneri ve şikayet kutusundan çıkan önerilerin kalite geliştirme ekibi tarafından beyin fırtınası metoduyla yapılan çözüm önerileri,

- ✓ Memnuniyet anket sonuçları (çalışan, yataklı servis, poliklinik, hasta memnuniyet anketleri),

- ✓ Oluşturulan Kalite Çemberlerinin çözüme kavuşturdukları problem önerileri,

- ✓ Sürekli geliştirme planı konuları tartışılarak sonuçları tutanak defterine geçirilmeye başlanmıştır.

- Hastanedeki tüm depolarda yerleşim planı oluşturulmuştur. Stok takip sistemi yeniden gözden geçirilerek, kritik seviye tespiti yapılarak otomasyon sisteminde tanımlanmıştır.

- İç Tetkik Ekibi aldıkları eğitimden sonra “İç Tetkik Soru Listesi” hazırlanmıştır.

- Tüm proses sorumlularına İç Tetkik ekibinin hazırlamış olduğu “Detay Denetim Planı” dağıtılmıştır.

- Eksiklikler saptanmış, saptanılan eksiklikler için sorumlulara 04.06 tarihinde DÖF açılmıştır.

- İlk Yönetim Gözden Geçirme toplantısı yapılmıştır. Toplantıda yapılan ISO çalışmalarının sonuçları görülmüştür ve değerlendirilmiştir.

- Tüm yataklı servislere, poliklinik, yemekhane koridoruna, kalite hedeflerini, memnuniyet anket sonuçlarını kalite haberlerini yayınlamak üzere 37 adet “Kalite Panoları” hazırlanmıştır.

- T.C Sağlık bakanlığının başlattığı ve halen yurt genelinde tüm sağlık kuruluşlarında tamamlamaya çalıştığı “Bebek Dostu Hastane” olma sürecini tamamlamıştır.

- Kadın Doğum Polikliniği ve yataklı servisleri olmak üzere iki adet anne eğitim odası düzenlenmiştir. Gebeler doğum öncesinde poliklinik eğitim odasında,

loğusalar klinik eğitim odasında anne sütü eğitimi verilerek bilgilendirilmeye başlanmıştır.

- Hastanede anne ile bebek aynı odada tutularak, birliktelik sağlanmaktadır.

• TS EN ISO 9001: 2000 belgesi için 27. 06.06 tarihinde başvuru yapılmıştır. TSE den gelen 4 kişilik bir ekibin yaptığı 3 günlük denetimin sonucunda herhangi bir majör ya da minör hata tespit edilmemiştir. Denetimi başarıyla geçilerek, TS EN ISO 9001: 2000 Toplam Kalite Yönetimi Sistemi Belgesi 27.07.06 tarihinde almaya hak kazanmıştır. TSE yetkililerinin gönderdiği belge ve bayrak törenle teslim alınmıştır.

Belgelendirme Sonrası Yapılan Sürekli İyileştirme Çalışmaları

- Alınan belgenin, uzun ir yolculuğun başlangıcı olduğunu görülmüştür.
- Sağlık Bakanlığınca yapılması istenen anketler, 4 aylık periyotlar yerine, daha fazla hastayı değerlendirmek daha fazla veri toplamak amacıyla, aylık periyotlarla değerlendirilmeye başlanmıştır.

- Aylık konsey toplantılarında yapılan değerlendirme neticesinde alınan karar da anket sorularının revizyonu ve daha çabuk veri elde etmek amacıyla Anket Uygulama ve Analiz Ekibini kurulmuştur.

- Başhekim katkıları ile anketleri uygulamak için çağdaş bir yöntem olan el terminal ünitelerinden hastaneye 3 adet kazandırılmıştır.

- Çalışan anketlerini hastane içindeki otomasyon programından yayınlanarak her ay analizlerini daha sağlıklı yapma olanağına kavuşulmuştur.

- Hasta Memnuniyet Anketleri el terminallerinde yapabilmek için Bilgi işlem ünitesi tarafından program yazılmıştır. Artık anketleri haftada 2 gün anket ekibi tarafından yapılıp, aynı gün analizleri sonuçlandırabilmektedir.

- Öneri kutularının sayısı az bulunarak 10 adet daha öneri kutusu yaptırılmış ve ilgili yerlere asılmıştır. Öneri kutularından çıkan öneri, istek ve şikayetler Halkla İlişkiler Ekibinin toplantılarında ele alınıp hasta ya da yakınlarına telefon ile geri dönülerek sorunları çözülme yoluna gidilmektedir.

- Öneri kutularından çıkan sonuçları Halkla İlişkiler Ekibinin toplantılarında değerlendirerek teşekkür edilen çalışanlara öneri kutusundan çıkan teşekkür doğrulanarak üst yönetim tarafından hazırlanan “Teşekkür Belgesi” uygulamasına başlanmıştır. Bu uygulamanın da çalışanların motivasyonunu arttıracığı düşünülmektedir.

- İç Tetkik ekibinin yaptığı toplantılar sonucunda iç tetkik soru listesi, proses

bazlı yapmaya ve yeni soru listesi hazırlanılmasına karar verilmiştir.

- Sağlık Bakanlığının hastaneyi ziyaretinden sonra her hekime bir poliklinik hazırlığına hız verilmiştir. Hekim Seçme Hakkı hastanede uygulamaya başlanmıştır. (Ocak 2007)

- Hasta hakları biriminin yeri hastanene giriş kapısının tam karşısına alınmış ve tüm polikliniklere hasta haklarının yerini gösteren hastane krokileri asılmıştır. Ayrıca tüm yatan hastalara hasta hak ve sorumluluklarını anlatan bilgilendirme amaçlı yatan hastanın el kitabı adı verilen broşür dağıtılmaya başlanmıştır.

- Acil servisi bir proje başlatılarak çalışma alanının genişletilmesi amacıyla bir mimari proje hazırlanmıştır. Bu proje uygun şekilde acil mimarisi revize edilmiş ve acil serviste triyaj uygulamasına geçilmiştir.

- Hastanedeki hizmet alan engelli vatandaşlar düşünülerek onların rahatça kullanabilmeleri için poliklinikler tarafında her katta bir WC, yataklı servislerde de tüm odalardaki banyo ve tuvaletler yeniden düzenlenmiştir.

- Hastanedeki tüm dokümanlar otomasyon sistemi içinde yayınlanması sağlanmıştır.

- Tüm polikliniklerde hastaları bilgilendirmek amaçlı en sık görülen hastalıklar ve hastanede sunulan hizmeti anlatan el broşürleri hazırlamak üzere tıbbi bir komite oluşturulmasına karar verilmiştir.

- Hastanede Kan Merkezi törenle hizmete açılarak hastaların başka merkezlerde kan arama problemi çözülmüştür.

- Laboratuvar ve Radyoloji biriminde sonuç verme süresi hedefler doğrultusunda kısaltılmıştır.

- Semt poliklinikleri açarak hizmeti bizden alan hastaların ayağına götürme çalışmaları süratle devam etmektedir. İki tane açılması planlanan semt polikliniklerinden biri olan Gürsu Semt Polikliniği hizmete açılmıştır.

- Polikliniklerde barkot verme uygulamasına geçerek hastaların bir kuyruk basamağı daha kaldırılmıştır. Ayrıca hasta yatış işlemleri de poliklinikte bitirilmektedir.

- Hastanenin muhtelif yerlerine dekoratif amaçlı tablolar koyarak hastaların hastane psikolojisinden biraz da olsa uzaklaşmaları amaçlanmıştır.³⁴⁶

³⁴⁶ Ardıç, a.g.k., s.64–70

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sağlık çalışanları kendisi başvurmadıkça sürekli bir sağlık hizmeti alamamakta ve çalışma yaşamında sağlıklı olma hakkını sürdürememektedir. Tüm sağlık personeli çalışma ortamında biyolojik, kimyasal, fiziksel, çevresel, psiko-sosyal ve biyomekanik risklerle karşı karşıyadır. Bu nedenle çalışma ortamının sağlık koşullarına uygun hale getirilmesi, bir takım tehlike olasılıklarının ortadan kaldırılması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, fizyolojik özelliklere uygun çalışma düzeni, kullanılan araç ve gerecin işe ve kullanan kişiye uyumunun sağlanması temel amaç olmalıdır.

Sağlık işletmeleri işten kaynaklanan risk ve tehlikeler konusunda en riskli grupta yer almasına rağmen, doğrudan sağlık çalışanlarının İSG'ne yönelik düzenlemeler yok denecek kadar az rastlanmaktadır. Sağlık işletmelerinde çalışanların maruz kalabilecekleri riskler ve tehlikeleri en aza indirilebilmesi açısından, alana özgü düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Bu nedenle sağlık işletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurullarının yapılmasına olanak sağlayacak mevzuat değişikliği derhal yapılmalı ve işyerlerinde kurulan İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları, sağlık işletmelerinde etkili bir sosyal diyalog aracı olarak kullanılmalıdır.

Bilindiği gibi iş kazaları ve meslek hastalıkları alınacak önlemlerle büyük ölçüde engellenebilmektedir. Sağlık işletmeleri yöneticileri, verimliliği sağlamak için, iş kazası ve meslek hastalıklarının olası olumsuz etkilerini öngörmeli ve bu konuda düzeltici faaliyetlerden çok, önleyici faaliyetlere öncelik verip sorunları daha ortaya çıkmadan önlemelidir. Ayrıca yöneticilerin İSG ile ilgili yasal düzenlemeleri hakkında bilgi düzeyleri de araştırılmalıdır ve yeterli bilgi düzeyinde olmayanlar için eğitim desteği sağlanmalıdır.

Sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği yönetim sisteminin kurulması, İSG politikası ve hedeflerinin belirlenmesi, risk değerlendirmesi yapılması, konu ile ilgili iç ve dış denetimlerin yapılması; iş güvenliği kültürünün oluşmasına katkıda bulunacaktır. Günümüzde artık birçok sağlık kuruluşlarında kalite çalışmaları yürütülmektedir. Bu nedenle hastanelerde asgari düzeyde bir kalite kültüründen söz edilebilir. Ancak, bu hastanelerde kalite kültürünün yanında iş güvenliği kültürünün de yaratılması ve yönetilmesi gerekmektedir. Hastane yönetimi, iş yeri sağlık birimi ve kalite yönetimi komiteleri daha sıkı iş birliği içinde olmalıdır.

Türkiye’den yapılan iş kazası bildirimlerinin ILO tahminlerinin 1300 katı az olduğunu göstermektedir. Ülkemizde iş kazaları ve meslek hastalıklarının bildiriminin, bir veri tabanı yardımıyla gerçekleştirildiği bir sistem bulunmadığından konu ile ilgili sağlıklı verilere ulaşmak mümkün olmamaktadır. Başka bir ifade ile ülkemizde sağlık iş kolundaki sağlık çalışanlarının hangi sıklıkla, hangi iş kazaları ve meslek hastalıklarına, riskli davranış ve uygulamalara maruz kaldığı, kaç kişinin iş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle iş göremez hale geldiği ya da sakatlık geçirdiğini tam olarak tespit etme şansı bulunmadığından birçok araştırmada elde edilen bulgular sağlıklı olmamaktadır ve gerçeği yansıtmamaktadır. Bu nedenle İSG ile ilgili ülke genelinde ortak kullanılacak bir veri tabanının oluşturulması İSG alanına önemli katkı sağlayacaktır. Çalışanların yaralanma sonrası yapması gerekenlerle ilgili prosedürler belirlenmeli ve çalışanlar bu konu ile ilgili bilgilendirilmelidir. Sağlık çalışanlarına kaza ve yaralanmalarda bildirim yapılması bilinci hastane yönetimi ve iş yeri sağlık birimi tarafından sağlanmalıdır.

Yapılan çalışmalarda hepatit B geçiren sağlık çalışanlarının birçoğunun bu hastalığı ne zaman geçirdiğini bilmediğini, ancak yapılan testler sonucunda öğrendiğini belirtmiştir. Hastane yöneticileri, enfeksiyon kontrol komiteleri ve tüm sağlık çalışanları kesici delici yaralanmaları önleyen ürünlerin kullanımı konusunda daha sıkı bir işbirliği içinde olmalıdırlar. Sağlık kuruluşlarında iş sağlığı birimi oluşturulmalı, sağlık işletmelerine özgü iş kazaları ve meslek hastalıkları konusunda uzman hekimler ve hemşireler çalıştırılmalıdır. İş yeri sağlık birimleri, çalışanlara yaygın hizmet içi eğitim verilerek sağlıklarını korumak ve sürdürmek için uygun davranışlar kazandırılmalıdır. Çalışanlar periyodik muayene ve izlemlerle meslek hastalıklarından korunmalıdır. Yaralanmaya neden olan aletlerin kurum olanakları doğrultusunda güvenli olan alternatifleri ile değiştirilerek, koruyucu malzemelerin (gözlük, önlük, eldiven vb.) yeterli ve güvenli olanlarının temini sağlanmalıdır. Hepatit B aşısı yaptırmayan personele eğitim verilmeli ve aşılarını yaptırmaları sağlanmalı, aşı yaptıran personelin koruyuculuk düzeyleri kontrol edilmeli, ise yeni başlayan personelin mutlaka serolojik kontrolleri yapılmalıdır. Ayrıca tarama testleri uygulanmayan ve önemli bulaşıcı hastalıklar olan HIV ve tüberkülozda takip edilen enfeksiyon hastalıkları olmalıdır.

Bilindiği gibi sağlık personelinin şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörlerinde çalışanlara göre 16 kat fazla olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin özellikle hastalar tarafından diğer sağlık personeline oranla üç kat daha fazla şiddete

maruz kaldığı belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının mesailerinde şiddete maruz kalması fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlara sebep olmaktadır. Hasta başına düşen sağlık çalışanı sayısının yeteriz olduğu için hasta ve yakınlarına yeterli hizmet verilmemesi nedeniyle sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalması, hizmet süreçlerini doğrudan etkilemektedir. Sağlık işletmeleri yöneticileri, muhtemel şiddet olaylarını önlemek için tüm personele çatışma yönetimi ve iş yerindeki temel şiddet faktörleri konusunda eğitim verilmesini sağlamalıdır. Bu eğitimler çalışanları konu ile ilgili bilinç düzeyini yükseltip davranış değişikliğine neden olacaktır. Ayrıca ihtiyaç duyulan birimlere yeterli personel desteğinin sağlanması gerekir. Sağlık işletmesine girişin kısıtlanması ya da personele bir tehdit olması durumunda güvenlik personelinin haberdar eden bir sistemin geliştirilmesi de işyerinde şiddet olaylarını azaltacaktır.

Çalışmalar sonucunda bel ağrısı çeken hemşirelerin oranının yüksek olduğunu ve bu bel ağrısının ergonomi kurallarını bilmemek ve ekip çalışmasının yeterli olmaması ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Çalışma koşullarının ve ortamın ergonomik normlar ve ergonomik ilkeler göz önünde bulundurularak tasarlanması, iş ortamlarında bel rahatsızlıklarına neden olabilecek risk faktörlerin belirlenmesi, çalışma koşulları ve ortamlarının, çalışanların sağlığının göz önüne alınarak düzenlenmesi, bu amaçla hastanelerde hasta kaldırma, çevirme, taşımaya yarayan aletlerin kullanımı ve hasta bakım aktiviteleri sırasında vücut mekaniği kullanma durumlarının değerlendirilmesine yönelik çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Sağlık çalışanları iş ortamına bağlı, beden ve ruh sağlığı iyi olmayan insanlara hizmet vermesi, düzensiz çalışma hayatı, verilen hizmetin ve emeğin karşılığını alamamak, ağır iş yükü ve sorumluluklar en önemli stres faktörleridir. Ayrıca sağlık çalışanlarında baş ağrısı, moral bozukluğu, çabuk sinirlenme, konsantrasyonda güçlük, uyku bozuklukları, iş doyumsuzluğu gibi strese bağlı belirtiler sık gözlenmektedir. Oysaki geleneksel yaklaşım daha çok biyolojik, kimyasal, fiziksel ve ergonomik risklere yöneliktir. Ancak iş yeri ortamında çalışanı olumsuz yönde etkileyen ve pek çok sağlık sorununa yol açabilen mental ve psikososyal streslere yönelik çalışmalarında yapılması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarına iş stresine neden olan stresörleri tanıma, stresle etkin baş etme yollarını öğrenme ve problem çözme becerilerini geliştirmeye, kendini tanımaya ve olumlu tutumlar geliştirmeye yönelik rehberlik ve danışmanlık programları oluşturması. Her bir serviste sağlık çalışanlarının hizmetin verilmesinde karşılaştıkları güçlükleri ve

buna yönelik planlamaları ifade edecekleri düzenli aralıklarla paylaşım toplantılarının yapılması, çalışanların başarılarının paylaşarak ödüllendirilmesi, kurumlarda ekip çalışması anlayışını geliştirebilmek için özellikle hekim ve hemşirelerin birlikte organize ettikleri eğitim toplantılarının düzenlenmesi, hastane için bölüm değişikliği, rotasyon programlarının mümkün olduğunca gerçekleşmemesine dikkat edilmelidir.

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları ortamın; ışıklandırma, havalandırma, ısıtma vb. fiziksel faktörlerin iyileştirilmesi, koruyucu önlük, maske, yüz koruyucusu, gözlük ve eldiven kullanma, ortamın havalandırılmasına özen gösterme, eskimiş ekipmanların değişimini sağlama, kimyasal maddelerle temas halinde neler yapılması gerektiği, hastane yönetimine, giyim-kuşam yönetmeliği gereği çalışanlara verilecek ayakkabıların, uzun süre ayakta kalma nedeniyle uygun ergonomide olması gerekir. Radyasyon ve anestezi gazlarının etkilerinden korunmak için çalışanların bu ünitelerde dönüşümlü olarak çalıştırılması, tıbbi kontrollerden geçirilmesi gerekmektedir. Radyoaktif maddelerden korunmada bu maddelerden çıkan radyasyonla teması önlemek, kurşun bariyer kullanma, vücuda giren radyasyon miktarını belirli sürelerle ölçerek belirlemek ve periyodik olarak kan muayeneleri yapmak gereklidir

Tüm çalışanlara iş sağlığı ve güvenliği konusunda sürekli eğitim verilerek bilinçlendirilmeli, İSG konusunda söz ve karar sahibi olmaları sağlanmalıdır. Sağlık işletmeleri yönetimi işe yeni başlayan personele işten kaynaklanan risk ve tehlikeler hakkında bilgi vermeden personeli işe başlatmamalıdır. Bu anlamda İSG eğitimlerinin, oryantasyon eğitimleri ile bütünleştirilmesi fayda sağlayacaktır. Ayrıca son zamanlarda büyük önem kazanan akreditasyon çalışmalarında ön plana çıkan hasta güvenliği kavramının yanında çalışan güvenliği kavramının da ön plana çıkması, kuruluşların bu yönde yaptığı çalışmalarla da ön plana çıkması gerekmektedir. Hasta güvenliğinin sorumluları sağlık çalışanları ise, sağlık çalışanlarının güvenliğinden ise devlet ve hastane yönetimi sorumludur. Ruhsal ve fiziksel yönden sağlıklı çalışanlar ile verilen sağlık hizmeti şüphesiz kaliteli olacaktır. Unutulmamalıdır ki kaliteli verilen hizmetler sonucu hasta memnuniyeti de yüksek olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akalın, E., ve Akova, M., “Sağlık Personelinin İşle İlgili İnfeksiyon Hastalıkları Riski”, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, Yıl.1, Sayı.2, Nisan 1991
2. Akkaya, G., “Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma”, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007
3. Alçelik, A., Deniz, F., Yeşildal, N., Mayda, A. Ve Şerifi, B., “AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları Ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Cilt. 4(2), 2005
4. Altuntepe, Y., “Küçük Ölçekli İşletmelerden İşyeri Hekimlik Hizmetleri”, İÜ. Toplum Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi <http://arsiv.mmo.org.tr/pdf/11251.pdf> (13.12.09)
5. Arda, F., Özşahin, A., “Mesleki Deri Hastalıkları ve Korunma Yolları”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ocak-Şubat-Mart 2005
6. Ardiç, M., “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Uygulamaları”, Yüksek Lisans Projesi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007
7. Asunakutlu, T., “Sağlık Hizmetlerinde Kalite” (9.12.09) http://www.sobiadacademy.net/sobem/e-kamuyonetim/kamuda_kalite/asuna.pdf
8. Aydın, S., Demir, M., Güler, H., Demir, B. ve Yorgancılar, S., “Sağlık Sistemi Yaklaşımı ile Kalite ve Güvenlik Stratejileri Geliştirme Kılavuzu”, World Health Organization, T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, Kasım 2008
9. Aygün, P., “Kesici-Delici Alet Yaralanmalarında Korunma Önlemleri”, 5. Ulusal Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kongresi, 2007
10. Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y. ve Kaptanoğlu, C., “Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı”, Anadolu Psikiyatri Dergisi Sayı.3, 2002
11. Berk, M., “İSG’de Yeni Yaklaşım ve Güvenlik Kültürü”, Sağlıklı İşyeri Semineri 2007
12. Bilir, N.-Yıldız, A.N., İş Sağlığı ve Güvenliği, Hacettepe Yayınları, 2004
13. Bilir, N., “İş Sağlığı ve Güvenliğinde Çağdaş Bir Yaklaşım:Risk Değerlendirmesi ve Risk Yönetimi”, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Sayı.25, Ankara, Mayıs-Haziran 2005
14. Centel, T. “2007 Yılı Baharında Türk Çalışma Yaşamını Bekleyen Gelişmeler”, MESS- Sicil Dergisi, Sayı.5, Yıl.2, 2007
15. Cervatoğlu, E., “İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Bir Değerlendirme”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ocak- Şubat-Mart 2003
16. Çağatay, G., Çobanoğlu, Z., “Risk İletişimi ve Risk Yönetimi” Temel Kaynak Dizisi, Ankara, 1997

17. *Çakmak, A., Öztürk, M., Kişioğlu, A.N. ve Doğan, M.*, “Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının Hepatit-B Enfeksiyonuna Karşı Bağışıklanma Durumları”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık, 2002
18. *Çalışkan, D., Akdur, R.*, “Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kendi Bildirimleri İle Karşılaştıkları Mesleki Riskler”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt. 54, Sayı. 2, 2001
19. *Çatalca, H.*, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, İstanbul, 2003
20. *Demiral, Y.*, “Sağlık Çalışanlarında İş Gerilimi, İş Doyumu Ve Mesleki Riskler”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık 2006
21. *Devebakan, N.*, “Özel Sağlık İşletmelerinde İş sağlığı ve Güvenliği”, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2007
22. *Dizdar, E.*, “Kaza Sebeplendirme Yaklaşımları”, TTB Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi, Temmuz 2001
23. *DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007–2013)*, 2009 Yılı Programı, s. 203–204
24. *Ecer, F., Demirel, F., ve Uslu, S.*, “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma” www.skid.org.tr (4.12.09)
25. *Ergör, A., Kılıç, B., Gürpınar, E.*, “Sağlık Ocaklarında İş Riskleri”, TTB Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık 2003
26. *Eken, A.*, “İyonize Radyasyona Mesleki Olarak Maruz Kalmanın Toksikolojik Açısından Değerlendirilmesi”, Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007
27. *Ekmekçi, Ö.* “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Tasarısı Taslağı'nın Değerlendirilmesi”, MESS-Sicil Dergisi, Yıl.2, Sayı.5; Mart 2007
28. *Ergun, G.*, “Sağlık İşletmelerinde Örgütsel Stresin İş Gücü Performansı ile Etkileşimin İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2008
29. *Esin, N., Öztürk, N.*, “Çalışma Yaşamı ve Kadın Sağlığı”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Temmuz-Ağustos-Eylül, 2005
30. *Etöz, D.S.*, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Akreditasyon”, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 2008
31. *Evanoff, B, Wolf, L, Aton, E, Canos, J, Collins, J.*, “Reduction in Injury Rates in Nursing Personnel Through Introduction of Mechanical Lifts in the Workplace”, American Journal of Industrial Medicine, 44, 2003
http://www.nycosh.org/specific_industries/AJIM_lifts_2003.pdf (9.10.09)
32. *Evcil, E.D., Bilir, N.*, Dünya Sağlık Örgütü'nün “21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” Kavramının İş Sağlığına Yansıması, Sağlık ve Toplum, Sayı.2, Nisan-Haziran 1999

33. *Fişek, G.*, “Sağlık Personelinin Sağlığı”
http://www.sagliksen.org.tr/article.php?article_id=3023 (4.10.09)
34. *Hidroğlu, S.*, “Sağlık İş Kolunda Çalışan Kadınların Çalışma Yaşamı İle İlgili Sorunlarının Değerlendirilmesi”, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006
35. *Durmuşoğlu, Ö.P.*, “Türkiye ve Avrupa Birliğinin İşçi Sağlığı ve Güvenliği Yönünden Karşılaştırılması”, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Ocak 2008
36. *Davas Aksan, A.*, “Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelere Yönelik İş Kazası Kayıt Sisteminin Geliştirilmesi ve İzlenmesi”, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2005
37. *İbicioğlu, H., Can, A.*, “Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt.13, Sayı.3, 2008
38. *İlhan, M.N.*, “Civa ve Bileşiklerinin Zararlı Sağlık Etkileri ve Korunma”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ocak-Şubat-Mart, 2004
39. *İMO* (İstanbul Mühendisler Odası) “İş Sağlığı ve Güvenliği Raporu”,
<http://www.tmmob.org.tr/docs/2009/imoisgraporu090310.doc> (17.03.09)
40. *İncesli, A.*, “Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana, 2005
41. *International Labour Organization.* Cenevreden haberler (ILO Cenevre), Uluslararası Çalışma Ofisi, Newsletter, ISSN 1564 510 X, Cilt.3, Ankara, 2005 (17.03.09)
http://www.ILO.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/newsletr/2005_3.pdf
42. *Kalyoncu, G.*, “Avrupa Birliği Sürecince Türkiye’de İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007
43. *Karadeniz, G., Yanikkerem, E., Sarıcan, E.S., Bülez, A., Arıkan, Ç., ve Esen, A.*, “Manisa İli Sağlık Çalışanlarında Metabolik Sendrom Riski”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt.2, Sayı.6, 2007
44. *Karakaş, İ.*, İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatı Uygulama Rehberi, Ankara, 2007
45. *Karahocagil, M.K.*, “Sağlık Çalışanları Açısından İnfeksiyon Hastalıkları Riski ve Korunma” http://www.sagliksen.org.tr/article.php?article_id=3033 (3.11.09)
46. *Kartal, Doyuk, E.*, “Sağlık Personelinde Profilaksi”, Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi No.61, Şubat 2008
47. *Kavuncubaşı, Ş., Kısa, A.*, “Sağlık Kurumları Yönetimi”, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1429, Eskişehir, 2002
48. *Kırmızı, B.*, “Türk İş Hukukunda İş Güvenliği ve İş Sağlığı”, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Projesi, İstanbul, 2005

49. *Korkmaz, M.*, “Sağlık Çalışanlarında Kesici ve Delici Alet Yaralanmaları” Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt. 3, Sayı.9, 2008
50. *Kurt, M., Özdemir, K.*, ”İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetim Sistemleri” TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık, 2003
51. *Kurtulmuş, S.*, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998
52. *Kutlu, A., Taşkapın, O., Bozkanat, E.*, “Sağlık Personelinde Lateks Allerjisi: iki Olgu Üzerine” Toraks Dergisi, Cilt. 8, Sayı. 3, Eylül 2007
53. *Kutlu, D.*, “Ameliyathane Çalışanlarının Cerrahi Aletlerle Yaralanma Risk Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon, 2007
54. *Kuş, H.*, “Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO Standartları”, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Cilt.4, Sayı.2, 2000
55. *Lale. S.*, “Sosyal Güvenlik Sistemimizde İş Kazası Ve Meslek Hastalığı Sigortası” Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007
56. *Oğuz, S., Kaptan, H., Büyükpamukçu, M.*, “Çalışma Yaşamında Bel Ağrısı”, TTB Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi, Nisan- Mayıs-Haziran, 2005
57. *Özçelik, H.*, “İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulaması ve İç Denetim İlişkisi”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2008
58. *Özdemir, E., Khorshid, L.*, “Hemşirelerde Varis Belirti ve Yakınmalarının İncelenmesi”, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Cilt. 22 (1), 2006
59. *Özdemir, K.*, “İş Sağlığı ve Güvenliği İçin Web Tabanlı Performans Yönetim Bilgi Sistemi”, Doktora Tezi, Gazî Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2006
60. *Özel, N.*, “Hemşirelerin Çalışma Ortamında Ergonomi Kurallarına Uyumunun Belirlenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2005
61. *Özkan, Ö., Emiroğlu, O.*, “Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri”, C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt. 10(3), 2006
62. *Özkılıç, Ö.*, “İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Metodolojileri”, TISK Yayınları, Ankara, 2005
63. *Pala, K.*, ”Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?”, Bursa, Şubat 2007, s. 3-4
64. *Pala, K.*, “Türkiye’de İş Sağlığında Durum”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Sayı.3, Temmuz 2000
65. *Pala, K.*, “İSG Politikası ve Güvenlik Kültürü”, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Sayı.2, Mayıs-Haziran 2005,
66. *Parlar,S.*, “Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı” TAF Preventive Medicine Bulletin, Sayı 7(6), İzmir, 2008

67. *Pekşen, Y., Canbaz, S.*, “İş Sağlığı ve Güvenliği Politikası ve Güvenlik Kültüründe Sosyal Diyalogun Rolü” İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Sayı.25, Mayıs-Haziran 2005
68. *Pınar, R., Sert, H.*, “Sağlık Çalışanlarında Kas-İskelet Sorunları”, Osmangazi Tıp Dergisi, Cilt. 30(1), 2008
69. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü “Antineoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi” Ankara, 2003,
70. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Müdürlüğü, “Antineoplastik (Sitotoksik) İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi”, Ankara, 2004
71. *Seyyar, A.*, “Ulusal ve Uluslar arası Mevzuat Açısından İş Sağlığı ve Güvenliği Sisteminde İşyeri Hekimliği ve İşyeri Hemşireliği Uygulamaları” http://www.sosyalsiyaset.com/documents/issagligi_guvenligi.htm (16.03.09)
72. *Suzuki, K.*, “Mental Health Status, Shift Work, and Occupational Accidents Among Hospital Nursing in Japan”, Journal of Occupational Health, Vol.46, 2004
73. *Şerifoğlu, U.K., Süngür, E.*, “İşletmelerde Sağlık ve Güvenlik Kültürü Oluşturulması;Tepe Yönetimin Rolü ve Kurum İletişim Olanaklarının Kullanımı”, Yönetim Dergisi, Yıl.18, Sayı.58, Ekim 2007
74. *Tınar, M.Y.*, Çalışma Psikolojisi, İzmir, 1996
75. *Tomzyk, D. and friends.*, “Caring for Those Who Care” The Role of the Occupational Health Nurse in Disaster, AAOH N Journal, June 2008, Vol.56, No.6
76. *Turan, A., Müezzinoğlu, A.*, “Risk Değerlendirme Yöntemleri”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ocak-Şubat-Mart, 2006
77. *Türk, M., Çiçeklioğlu, M., Davas, A., Saçakoğlu, F.*, “Antineoplastiklerle Çalışan Hemşirelerde Maruziyetin Değerlendirilmesi”, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık, 2006
78. Türk Tabipleri Birliği, “4857 Sayılı İş Kanunu’na İlişkin Türk Tabipleri Birliğinin Görüş Ve Önerileri”, TTB Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi, Nisan-Mayıs-Haziran, 2003
79. *Türkistanlı, E., Şenuzun, F.E., Karaca, B.S., San, A.T., ve Aydemir, G.*, “Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bağışıklama Durumu”, Ege Tıp Dergisi Cilt. 39 (1), 2000
80. Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu Görüşü: “İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatında Değişiklikler”, Cilt. 47, Sayı. 7, Nisan, 2004
81. *Yağcı, İ.M., ve Duman, T.*, “Hizmet Kalitesi - Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması : Devlet, Özel Ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması”, Doğu Üniversite Dergisi, Cilt. 7 (2), 2006
82. *Yılmaz, N.*, “Toplam Kalite Yönetimi ve Örgüt Kültürü”,Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007

83. *Yardım, N., Çipil, Z., Vardır, C., Mollahalloğlu, S.*, “Türkiye İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları: 2000-2005 Yılları Ölüm Hızları”, *Dicle Tıp Dergisi*, Cilt. 34, Sayı.4, 2007
84. *Yeşildal, N.*, “Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi” *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, Sayı. 4(5), Düzce, 2005
85. *Yıldırım, H.*, “Avrupa Çalışma Süresi Direktifi ve Sağlık Çalışanları: Genel bir Çerçeve” http://www.sagliksen.org.tr/dosya/Avrupa_c_s_d.doc (4.10.09)
86. *Yıldız, U.Z.*, “Avrupa Birliği’nin 2007-2012 Dönemi İş Sağlığı Ve Güvenliği Stratejik Eylem Programı”, *İşveren Dergisi*, Nisan, 2009
87. *Yiğit, A.*, *İş Sağlığı ve Güvenliği*, Bursa, 2008
88. *Zeytinoğlu, E.*, “Avrupa Birliğine Girme Aşamasında Türk İş Güvenliği Sistemine Toplu Bakış”
89. <http://www.iticu.edu.tr/kutuphane/dergi/d1/M00008.pdf> (07.05.09)
90. http://www.sosyalsiyaset.com/documents/issagligi_guvenligi.htm (16.03.09)
91. <http://osha.europa.eu/fop/turkey/tr/statistics> (17.03.09)
92. http://www.ILO.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/newsletr/2005_3.pdf (17.03.09)
93. <http://www.isggm.gov.tr> (12.05.09)
94. www.sgk.gov.tr (27.12.09)
95. <http://www.csgb.gov.tr> (25.5.09)
96. <http://www.ankarameslek Hastanesi.gov.tr> (25.05.09)
97. <http://www.toplumsagligi.org/NewsPopUp.aspx?Id=1136> *Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi*, “2008 Avrupa’da Sağlık Atlası” (17.09.09)
98. <http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2009.pdf> (9.10.2009)
99. <http://osha.europa.eu/fop/turkey/tr/statistics> (13.10.09)
100. <http://www.norosirurjihemsireleri.org.tr/downloads/5.sunum/18.ppt> (5.11.09)
101. http://www.isggm.gov.tr/article.php?article_id=176 (1.12.09)
102. <http://www.samsun.saglik.gov.tr/ppt/sunu1.ppt> (10.12.09)
103. http://osha.europa.eu/fop/turkey/tr/news/local_news/isyeri-saglik-ve-guvenlik-birimleri-yonetmeligi-yayimlandi (23.12.09)

ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Eskişehir doğumluyum. İlköğretimi Çanakkale ve Bursa'da tamamladıktan sonra liseyi 1998–2001 yılları arasında Antalya Murat Paşa Lisesi'nde tamamladım. 2005 yılında Koç Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü'nde mezun olduktan sonra 2007 – 2009 yılında Beykent Üniversitesi “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi” bölümünde yüksek lisans eğitimimi tamamladım. Özel bir hastanede 2 yıl servis hemşiresi ve 2 yıl yoğun bakım hemşiresi olarak toplam 4 yıl çalıştıktan sonra görevimden ayrıldım. Şu an bir ilaç firmasına bağlı olarak “Hasta Destek ve Eğitim Hemşiresi” olarak görev yapmaktayım.

Ayça ÖCAL