

SES EĞİTİMCİLER EĞİTİMİ PROGRAMI

EĞİTİM NOTLARI: 3

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI



SAĞLIK TEHLİKELER
TEKNOLOJİK İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİLİKLERİ
DİŞ
DENEYİM FİZİKSEL TEHLİKELER

SES
Yayınları

Aralık 2016
Ankara

SES Eğitimciler Eğitimi Programı
Eğitim Notları: 3
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI

SES Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Adına Sahibi: Gönül Erden | Sorumlu Yazı İşleri Müdürü : Fikret ÇALAĞAN
Yönetim ve Yazışma Adresi : Necatibey Cad. No:82/4 Kızılay/Ankara | Tel: (0312) 232 62 22 pbx | Faks: (0312) 230 21 93
web: www.ses.org.tr | E-mail: ses@ses.org.tr | SES'imiz Dergisi Ücretsiz Ektir.

Tasarım ve Teknik Hazırlık : Roka Reklam www.rokareklam.net | Basım Adedi: 1000 | Baskı: Eflal Matbaası | Basım Tarihi: Aralık 2016

Editör

Meral Türk

Yayına Hazırlayanlar

Meral Türk

Aslı Davas

Mehmet Zencir

Menderes Tutuş

Coşkun Canıvar

Aralık - 2016

Ankara - İstanbul





Tıbbın devrimci geleneğinin izinde ortaya çıkan bu çalışmayı, yine bu geleneğin en çalışkan ve yaratıcı militanlarından birine -Ata Soyer'e- adıyoruz. Mücadelenin politik bilgisiyle mücadelenin bilimsel bilgisini birleştiren kolektif çalışmanın en güzel örneklerinden birini verdi. Sevgiyle anıyoruz.

İçindekiler

Sunuş	5
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI STRATEJİK BİR MÜCADELE ALANIDIR.....	7
SES Eğitim Komisyonu SÇS Modülü Grubu	
İŞÇİ SINIFI TARİHİ	21
Menderes Tutuş	
SAĞLIK HİZMET ÜRETİMİNDE PSİKOSOSYAL TEHLİKELER	35
Aslı Davas	
SAĞLIK HİZMET ÜRETİMİNDE BİYOLOJİK TEHLİKELER	59
Aslı Davas	
SAĞLIK HİZMET ÜRETİMİNDE ERGONOMİK TEHLİKELER	79
Mehmet Zencir	
SAĞLIK HİZMET ÜRETİMİNDE KİMYASAL TEHLİKELER	111
Meral Türk	
SAĞLIK HİZMET ÜRETİMİNDE FİZİKSEL TEHLİKELER	123
Meral Türk	
SAĞLIK HİZMET ÜRETİMİNDE RİSK DEĞERLENDİRMESİ	135
Meral Türk	
KATILIMCI RİSK DEĞERLENDİRMESİ: SOBANE STRATEJİSİ	139
Meral Türk, Jacques Malchaire	
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURULU.....	173
ÜRETİM İLİŞKİLERİNİN DIŞ TEKNİSYENLERİNDE YARATTIĞI SAĞLIK RİSKLERİ VE MESLEK HASTALIKLARI	177
Coşkun Canıvar	
ÇAPA İŞÇİ SAĞLIĞI MÜCADELE DENEYİMİ	185
Çapa İşçi Sağlığı Meclisi	

SUNUŞ

SES SENDİKA OKULUNUN AÇILIŞINA ADIM ADIM İLERLİYOR

Sendika okulu inşası-temel atma töreni bitti, artık binayı yükseltmek gerekiyor.

Sendika işçi sınıfının okuludur. “Sendika Okulu” tanımlaması bu işlevinin altını çizmek ve eğitimi kurumsal bir içeriğe kavuşturmaktadır.

SES kurumsal bir eğitim için 8. Olağan Genel Kurulunda “Eğitimsiciler Eğitimi” kararını alarak güçlü bir adım attı. 8.Olağan Genel Kurul’da (25-27 Nisan 2014) alınan karara istinaden başlatılan Eğitimsiciler Eğitimi Programı’nın üzerinde iki yıldan fazla bir süre geçti. Bu süre içinde **1.Grup (Ayşenur Şimşek)**, **2. Grup (Aziz Yural)** ve **3. Grup (Eyüp Ergen)** grupları eğitimin birinci bölümünü tamamladılar. Bu arada üç grupla ortak beş günlük Yaz Kampı (25-30 Eylül 2016) yapıldı. Okul programının ilk adımları bu kampa atıldı.4 Aralık 2016 tarihinde Okul Hazırlık toplantısı yapıldı. Birinci dönemi tamamlayan ve bundan sonra devam edeceğini beyan eden 3 gruptan toplam 75 arkadaşımız üzerinde bir yıllık planlama çıkarıldı. Altı modül başlığında yürütülecek çalışmalar okulu kurumsal bir kimliğe kavuşturacaktır.

Bu aşamaya gelene kadar eğitim sürecine çok ciddi emek harlandı. Harcanan bu emeklerin yazıya dökülmesi önemliydi. Ayrıca kurumsal bir kazanım ve geleceğe aktarım olsun diye “eğitim

notları “ adı altında yapılan eğitimlerin kitaplaştırılması hedeflendi. İlk kitap olarak Hakan Ataman “Eğitimcinin El Kitabı” basıldı. İkinci kitap ise Veysi Ülgen’in hazırladığı “SES/KESK Tarihi” adıyla basıldı. Üçüncü kitap “Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği” oldu. Bu kitabın editörlüğünü yapan başta Meral Türk Hocam olmak üzere, eğitimlere katılarak destek veren ve hiç bir zaman emeklerini esirgemeyen Mehmet Zencir, Aslı Davas, Çoşkun Canıvar ve Menderes Tutuş’a çok teşekkür ediyor ellerine sağlık diyoruz. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı (SÇS) Sağlık ve Sosyal Hizmet emekçilerinin yaşamsal bir sorunu olmakla birlikte yeni dönem açısından mücadele dinamiklerini de barındırmaktadır.

SÇS, yaşamsal ve birebir yaşananlardan yola çıkan bir modül olmasından kaynaklı eğitim gruplarının eğitime motivasyonu açısından önemli bir işlev görmüştür. Bu nedenledir ki eğitim çalışmasının yapılandırmasında temel saç ayağı işlevini görmüştür. Eğitim notlarının basılması bu işlevini süreklileştirecektir. Başta SES üye ve yöneticileri olmak üzere tüm sağlık ve sosyal hizmet emekçilerin başucu kitabı olacağına inanıyoruz.

Eğitim programına başlarken beklentilerimiz ve algımız ile şimdiki arasında ciddi farklılıklar olduğunu ifade edebiliriz. Belirlediğimiz ilkelerden de ifade edildiği gibi bu süreç karşılıklı olarak öğrenme sürecidir. Hem eğitim komisyonunda hem de eğitime katılanlarda bu öğrenme süreçleri gelişmektedir. Bir yol olarak ifade edeceğimiz bu programa başladık, hep birlikte tamamlamak üzereyiz. Okulu kurumsallaştırarak hep birlikte önemli bir çalışmayı başarmış olacağız. Okulu sürekli bir yapı olarak sürdürmek hepimizin önünde bir görev olarak durmaktadır.

Bu süreci birlikte bu güne getirirken emeğini esirgemeyen eğitimcilere ve genel merkez çalışanlarımıza içten çabaları için teşekkür ederiz. En çok da bu programa katılım sağlayarak emek katan 3 grubun katılımcılarına teşekkür ederiz.

Hepimize kolay gelsin...

Fikret Çalağan

Genel Örgütlenme, Eğitim,
Basın- Yayın ve Sosyal İşler Sekreteri

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI STRATEJİK BİR MÜCADELE ALANIDIR...

SES Eğitim Komisyonu SÇS Modülü Grubu

Toplumsal muhalefet bağlamında ve buradan hareketle sağlık muhalefeti özelinde düşünüldüğünde sağlık çalışanlarının sağlık muhalefesindeki yerinin mevcut toplum dinamikleri açısından merkezi konumda olduğunu söyleyebiliriz. Şöyle ki toplumsal muhalefetin, sağlık alanındaki tartışmaları ağırlıklı olarak ‘sağlık profesyonellerine’ bırakmış olması veya bu alandaki mücadele argümanlarının ve pratiklerinin üretilmesini ‘sağlık profesyonellerinin’ sendikalarından, meslek odalarından veya derneklerinden beklemesi sağlık çalışanlarını bu anlamda merkezi bir konumda bırakmıştır. Kuşkusuz bu, tüm toplumun ve toplumsal muhalefet kesimlerinin ‘sağlık algısı’ ile doğrudan ilişkili olup toplumsal muhalefet stratejilerinin en kritik meselelerinden birisi olmakla beraber bu yazının gündemi dışındadır. Ancak toplumun sağlık algısının bir sonucu olarak sağlık çalışanlarının sağlık muhalefesinde merkezi bir konuma itilmesinin yanı sıra, sağlık sermayesinin bu alandaki tahakküm kurma mekanizması olarak en önemli uygulamalarını sağlık emek gücünün kontrolü üzerinde planlaması sağlık çalışanlarının merkezi konumunda önemli bir etkidir. Bu etken sağlık çalışanlarının mücadele sürecinin de en önemli belirleyici unsurlarındandır. Sermayenin ve devletin sağlık alanındaki uygulamaları hayata geçirmek için üzerine en fazla yoğunlaştığı alan sağlık emek gücünün kontrolüdür. Toplam kalite yönetim-

lerinden performans sistemine kadar bu alanda birçok uygulama buna örnek gösterilebilir. Tam da bu nedenle sağlık emekçilerinin mücadelesi sağlık emek gücü üzerindeki sermaye baskısı ve kontrolünü kırmak açısından kritiktir. Özetle sağlık emekçilerinin mücadele stratejilerinin en önemli gündemlerini sağlık emekçilerinin örgütlenmesi, emeğin üzerindeki sermaye tahakkümünün kırılması oluşturmaktadır. Saldırının geldiği yerden verilecek karşılık mücadelenin ana stratejisi olmak durumundadır.

Sağlık emekçilerinin doğrudan emek gücü üzerindeki kontrole karşı işyerleri üzerinden yükselteceği mücadeleler bağlamında düşünüldüğünde sağlık çalışanlarının sağlığı meselesi de en stratejik alanlardan birisidir. Peki neden?

Sağlıkta metalaşmanın gereği olarak hayata geçirilen tüm uygulamalar, Türkiye özelinde sağlıkta dönüşüm programının sonucu gerçekleşen tüm düzenlemeler sağlık çalışanlarının sağlığını doğrudan etkilemektedir. Kışkırtılmış sağlık talebinin sonucu artan sağlıkta şiddetten, 'yalın üretim sistemi' düzenlemelerinin bir sonucu artmış radyasyon riskine, 'toplam kalite yönetim' politikalarının sonucu artan kimyasal risklerden, performans sistemiyle körüklenen üretim baskısının oluşturduğu sistematik mobbinge kadar bu alanda çok sayıda örnek verilebilir. Sağlıktaki fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikososyal ve ergonomi başlıklarıyla gruplandırılan tüm tehlike ve risk etmenleri mevcut sağlık politikalarından doğrudan etkilenmektedir. Sağlık hizmetinin niteliksizleşmesinden ücret mücadelesine kadar her başlık aynı zamanda sağlık çalışanlarının sağlığının da belirleyicisidir. O nedenle sağlık çalışanlarının sağlığı, sağlık emekçilerinin mücadelesinde merkezi bir konumdadır. Sağlık çalışanlarının sağlığı meselesi merkezi olmasıyla beraber mücadelenin her aşamasında ön açıcı konumdadır. Sağlık politikalarının deşifre edilerek olumsuz sonuçlarının kanıtlarıyla ve somut yaşanmış örnekleriyle bilimsel olarak da ortaya koyulabildiği çok sayıda veri sunmaktadır. Bu anlamda sağlık emekçilerinin somut sorunlar üzerinden gündelik mesleki pratikleri tartışarak örgütlenmesini kolaylaştıran bir mücadele alanıdır. Hasta başına üç dakika ayırabilen yoğun stres al-

tında çalışan hekimle, şiddete maruz kalan hemşire, aşırı tomografi istemi sonucu radyasyona maruz kalan teknikerle, tek başına hasta kaldırmak zorunda olup bel ağrıları yaşayan hasta bakıcı, ortaya çıkan sağlık problemlerinin kaynağının sağlık politikaları olduğunu yaşayarak görmektedir. Bu anlamda sağlıkçılar arasındaki hiyerarşinin ve dağınık örgütlenmelerin aşılmasında sağlık çalışanlarının sağlığı birleştirici rol oynamaktadır.

Sağlığı ve tıbbı metalaştırarak kâr alanlarını çoğaltan sermaye güçleri ile toplumsal sağlık hakkı için mücadele eden emek/halk güçleri arasındaki kavgaanın şiddetlendiği bir süreçten geçiyoruz. Emegin değersizleştirilmesi ve güvencesiz işçilik üzerine kurulu tarihin en saldırgan ve yayılcı neoliberal sermaye mantığının stratejik planı, güvencesizliği yerleşik bir kapitalist sistem haline dönüştürmektir. Sağlık emeğinin güvencesizleştirilerek değersizleştirilmesi, güvencesizliğin yerleşik toplumsal bir sistem haline getirilmesinde kaldıraç noktalarından biridir. Dev ilaç ve tıbbi cihaz tekellerinin sermaye birikimi stratejileri, açlığı ve obeziteyi aynı stratejinin birbirini tümleyen iki saldırı politikası olarak insanlığın başına bela eden gıda tekelleri, kapitalizmin ruhsal/zihinsel hastalık üreten psiko-politik ekonomisi, kışkırtılmış medyatik/kozmetik sağlık hizmetleri bu saldırganlığın ileri temel çatışma alanlarını oluşturuyor. Ancak herkes şunun çok iyi farkında ki sağlık ve sosyal hizmet emekçilerini ölümcül çalışma ve yaşam koşullarına mahkum eden bu neoliberal sağlık politikaları, toplumsal tıp pratiklerini ve sağlık emekçilerini teslim almadan uygulanamaz. Toplumsal sağlığı, toplumsal kurtuluşun itici mücadele gücü haline getiren sürükleyici halka tam da bu noktada ortaya çıkıyor. “Sağlık Çalışanlarının Sağlığı” mücadelesi toplumsal kurtuluş hareketlerinin ileri çatışma hattıdır. Bu bakımdan sağlığın metalaştırılması, emeğin güvencesizleştirilmesi, tıbbın vasıf-sızlaştırılması ve halkın sağlık hakkından yoksun bırakılmasına karşı sağlık emekçilerinin verdiği mücadele, sadece emekçilerin bireysel sorunlarının çözümünde değil, yeni bir toplumsal inşanın da belirleyici stratejik alanlarından biridir.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI MÜCADELESİ İŞÇİ DENETİMİ VE ÖZYÖNETİMİ ÜZERİNDEN SİYASALLAŞTIRILMALIDIR...

Sermaye birikiminin ve kapitalizmin tarihi aynı zamanda sermayenin emek üzerindeki egemenliğini sürdürme ve geliştirme tarihidir. Taylorizm, fabrikalardaki emek denetimi için emeğin örgütlenme biçimleri üzerine denetim kurma politikaları içeriyordu. Fordizm ise üretim sürecini denetlemenin tek başına iş gücünü denetlemek anlamına gelmediğinden hareketle, montaj sanayiinde geliştirdiği bant sistemi ile beraber aynı zamanda emek denetiminin işyeri bazlı politikaların ötesinde işçinin fabrika dışındaki tüm sosyal hayatının da bu denetim sürecine dahil edildiği uygulamaları ortaya çıkardı. Sermaye, Fordizm sonrası geliştirilen esnek çalışma modelleri ile emek üzerindeki denetimini giderek arttırmanın yollarını aramaya devam etmektedir. Bu süreçte emeğin üzerindeki denetim de işyerine özgü politikaların ötesine geçip emekçilerin tüm sosyal hayatına doğru kapsamını genişletmiştir. Tam da bu bağlamda sermayenin emek üzerindeki denetimine karşı işçi kontrolü ve işçi özyönetimi kavramları ve pratik deneyimleri stratejik bir mücadele hattı konumundadır. İşçi denetimi ve özyönetimi mevcut kapitalist sistemde sermaye tahakkümünü kırarak örgütlenmenin zeminini ve yöntemini oluşturmakla beraber, aynı zamanda yeni toplumsal düzenin inşası için de oldukça belirleyici bir konumdadır. İşçi denetimi ve özyönetim mücadelesini sadece çalışma yaşamının işyeriyle sınırlı süreçleri olarak değerlendirmemek gerekir. Carmen Siriani'nin 'İşçi Denetimi ve Sosyalist Demokrasi' isimli çalışmasından bir alıntı yapacak olursak; "Sosyalist dönüşümün demokratik kazanımları bütünleştirilecek ve genişletilecekse, bunlar insanların sosyal tüketim için mal ve hizmet üretmeleri ile aynı anda kendilerini ürettikleri ve çoğalttıkları günlük yaşamdan ayrı tutulamaz. İşyerindeki hükümlerlik ilişkileri, kaçınılmaz olarak sosyal yaşamın öteki alanlarına da yayılır ve sonuçta yönetimin demokratik temellerinin altı oyulur." (*) Bu perspektiften bakıldığında, bugün dünyanın her köşesindeki tüm halkların özgürlük, emek, barış ve demokrasi mücadelesi işçi denetimi ve özyönetimi ile aynı bağlamda değerlendirilmelidir.

İşçi denetimi ve özyönetimi örneklerine bakıldığında Paris Komünü, Rus Sovyetleri, İtalya işçi konseyleri, İspanya iç savaşında özyönetim deneyimleri, Cezayir ve Yugoslavya'da özyönetim ve çok daha yakın tarihte Güney Amerika fabrika işgalleri gibi özyönetim süreçlerine yönelik pek çok tarihsel birikim söz konusudur. Yine yaşadığımız coğrafyanın tarihinde Alpagut işgali, Günterm işçi denetimi, Yeniçeltek madeni ve Aşkale özyönetim deneyimleri bu örnekler arasında sayılabileceği gibi Rojava kantonları da daha geniş perspektifte bir toplumsal yönetim biçimi olarak özyönetim girişimleri arasındadır. Kuşkusuz bu girişimler kendi aralarında ciddi farklılıklar içermektedir. Ancak işçi sınıfı tarihi açısından bakıldığında işçi denetimi ve özyönetimi sınıf mücadelelerinin yoğunlaştığı ve kapitalizme alternatifin somutlaştığı süreçlerdir.

Sağlık çalışanlarının yürüttüğü emek mücadelesini de kuşkusuz aynı bağlamda değerlendirmek gerekir. Sağlık endüstrisinin sağlık emek gücü üzerinde kurmaya çalıştığı denetim karşısında gösterilecek direnç, sağlık emekçilerinin mücadele hattının gücünü ve yapısını belirleyecektir. Sağlık çalışanlarının sağlığı konusu, işyerlerinde işçi denetimini hayata geçirme anlamında çok sayıda olanak sunmaktadır. Mevcut yasal düzenlemeler gereği oluşturulması gereken 'iş sağlığı ve güvenliği birimleri' ve 'iş sağlığı ve güvenliği (İSİG)' kurulları, yapılması gereken 'risk değerlendirmeleri' ve 'iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri' işçi denetimin hayata geçirilmesi için olanaklar sunmaktadır. Çalışma hayatının her anı ve her uygulaması çalışan sağlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen çok sayıda etmenle dolu olması nedeniyle sağlık çalışanlarının sağlığı meselesi bir mücadele gündemi olarak alındığında, çalışma hayatının her anı aynı zamanda bir mücadele sürecine dönüşmektedir. Mevcut yasal düzenlemeler değerlendirilerek bu süreç aktif bir şekilde örgütlenme zemini haline getirilebilir. Yasal düzenlemeler çerçevesinden bakıldığında 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve ilgili yönetmelikler işçi sağlığı hizmetlerine çalışanların katılımını sağlayacak zeminler sunmaktadır. İşçi sağlığı ve güvenliği birimlerinin yapılandırılması, İSİG kurulları, risk değerlendirmeleri/önlemlerin belirlenmesi ve İSİG eğitimleri mücadele alanlarına dönüştürülebilir.

Yazının bundan sonraki kısmında SES olarak sağlık alanında SÇS ile ilgili kısa durum tespitimiz ve SÇS alanında yaptığımız güncel çalışmalara yer vereceğiz.

SAĞLIK ALANINDA SÇS HİZMETLERİNİN MEVCUT DURUMU İLE İLGİLİ KISA SAPTAMALAR

- Sağlık alanında İşçi Sağlığı ve Güvenliği (İSG) hizmetleri parçalanmıştır. Asıl işveren, alt işveren ayrımı üzerinden hizmet parçalı olarak, çok sayıda eşgüdüm içinde çalışmayan İSG hizmet birimleri tarafından yürütölmektedir.
- Tehlike sınıfında ayrımcılık söz konusudur. Hastaneler çok tehlikeli olmasına karşın, aynı hastanede hizmet üreten taşeronlar tehlikeli-az tehlikeli olarak ele alınmaktadır. Bu durum riski en fazla olan temizlik işçileri gibi grupların gerekli sürede ve içerikte İSG hizmetleri almasına engel olmaktadır.
- İSG birimlerinin yapılandırılmasında ve mevzuata uygun işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı, işyeri hemşiresi ve tıbbi sekreter bulundurulmasında ciddi sorunlar vardır. Birim daha çok bazı sağlık emekçilerinin ek olarak görevlendirilmesi ile faaliyet yürötmektedir. Tam gün esaslı çalışma söz konusu değildir. Hastanelerde çok sayıda birim vardır. Alt işverene (taşerona) bağlı işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri genellikle Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri (OSGB) tarafından yürötmektedir. Bu hizmetlerin izlenmesi, denetlenmesinde ciddi sorunlar vardır.
- İSİG kurulları çoğu hastanede oluşturulmamıştır. Oluşturulan yerlerde de mevzuat (yönetmelik) göz önünde bulundurulmamıştır. İSİG kurulları ile ilgili mevzuat sanayiye göre düzenlenmiştir, sağlık alanı için kurul açısından kritik olan radyasyon güvenliği, enfeksiyon kontrol, eğitim, tesis güvenliği, hasta güvenliği, beyaz kod komiteleri gibi yapılar kurulda yer almamaktadır. İSİG kurulları işçi

katılımı açısından antidemokratiktir. Çalışan temsilciliği sadece yetkili sendikalara daraltılmıştır. Sendikanın yanı sıra meslek örgütleri ve derneklere de yer verilmemiştir. İSG kurulları bileşenleri içerisinde yer alan formen, usta-başı veya usta ile ilgili hangi çalışanlara yer verileceği belirsizdir. Mevcut İSİG kuruluna sağlık emekçileri adına katılım için yapılması zorunlu olan seçimler yapılmamaktadır. İSİG kurulları periyodik olarak toplanması ve toplantı sonuçlarının paylaşımı konusunda ciddi sorunlar vardır. Taşeronla bağlı İSİG kurulları hastane yönetimlerince izlenmemekte ve denetlenmemektedir.

- SÇS kapsamında en riskli grup olan öğrenci ve stajyerlere yönelik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Staj öncesi bilgilendirme ve aşı ile ilgili ciddi sorunlar vardır.
- SÇS kapsamında gerçekleştirilen risk değerlendirme çalışmaları yetersizdir. Çoğu hastanede risk değerlendirmeleri yapılmamıştır. Yapılanların ise göstermelik yapıldığı bilinmektedir. Bu risk değerlendirmeleri çok kısa sürede tamamlanan, çalışanların katılımına izin vermeyen ve ölçümlerin oldukça sınırlı olduğu çalışmalardır. Risk değerlendirme raporları sağlık çalışanlarıyla ve sendikalarla paylaşılmamaktadır. Risk değerlendirmelerine sendika işyeri temsilcilerinin de katılımı sağlanmamaktadır. Risk değerlendirmesi yapan iş güvenliği uzmanlarının sağlık hizmet işkolu ile ilgili bilgi ve deneyimlerini sınırlıdır. Risk değerlendirme sonucu alınacak önlemler eğitim ve KKD ile sınırlı kaldığı da dikkat çekmektedir. Tehlikeli olan çalışma ortamı, malzeme ve aktivitelerin ortadan kaldırılması, mühendislik önlemleri ve idari önlemlere yer verilmemektedir.
- Kişisel Koruyucu Donanım (KKD) uygun sayıda ve nitelikte değildir. Genellikle tek tip, ucuz ve niteliksiz eldiven, maske, önlük vb. KKD kullanılmaktadır. Yapılan işe göre özgülleşmiş KKD sağlanmamaktadır.

- İş kazası bildirimlerinde ciddi sorunlar vardır. Özellikle kamu sağlık çalışanlarının iş kazalarının bildiriminde sorunlar yaşanmaktadır. Benzer şekilde taşeronla bağlı çalışanlar ise görmezden gelinmekte, acil servisler ya da polikliniklerce atlanmaktadır. Özellikle kesici-delici alet yararlanmaları ve kontamine sıçramaların bildirimi ihmal edilmektedir. Benzer durum kayma, düşme, yanık, kas-iskelet sistemi yararlanmaları vb. için de geçerlidir. Bildirim sürecinde karakola gitme vb. caydırıcı uygulamalara da rastlanmaktadır. Bildirimi yapılan iş kazalarında da kazaya yol açan olayların incelenmekte ve kök neden analizleri yapılmamaktadır. Sağlık çalışanlarının bildirim yapmasını özendirici uygulamalar ve eğitimler oldukça sınırlıdır. Ramak kala olayların bildiriminin ise hemen hemen hiç yapılmadığı söylenebilir.
- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet hala iş kazası olarak ele alınmamaktadır. Şiddete yönelik çalışmalar beyaz kod ile sınırlı tutulmaktadır. Şiddetin nedenleri arasında mevcut sağlık ortamıyla ve SÇS kapsamında alınması gereken önlemler değerlendirilmemektedir. Şiddete uğrayan sağlık emekçisine yönelik surveyans çalışmaları oldukça sınırlıdır.
- Her kurumun kendi koşullarına özelleştirilmiş bilimsel ve geçerli bir surveyans programı yoktur. Tıbbi surveyans çalışmaları çoğunlukla radyoloji çalışanları ile sınırlıdır. Diğer sağlık emekçileri için nasıl bir tıbbi surveyans yapılacağı belirsizdir. surveyans çalışmaları ile ilgili ödemeler çoğunlukla SGK kapsamında yürütülmekte ve sağlık çalışanlarının katkı payı ödemeleri varlığını sürdürmektedir.
- SÇS kapsamında aşı takvimi sağlık çalışanlarının başvurusuna dayalı yürütülmektedir. İSG birimlerinin tüm çalışanların gerekli aşıları yapılması konusunda motivasyonu çok yetersizdir.
- Yapılan İSG eğitimleri süre ve içerik açısından sorunlara sahiptir. Bu bağlamda şu sorunlar dikkati çekmektedir:

Yıllık zorunlu sürelerin (hastaneler için yılda 16 saat) tamamlanmaması; eğitimin içeriğinin sağlık alanına özgü olmaması; ön test ve son test yapılması; yüzyüze yapılması (sanal ortamda yapılması);mesai saatleri içinde gerçekleştirilmemesi; büyük gruplarla eğitimin yapılması;tek güne sıkıştırılması; birimlere ve meslek gruplarına göre özgülendirilmemesi ve yetişkin öğrenme ilkelerine dikkat edilmemesi. Yine hiç eğitimlere başlamayan hastaneler de vardır.

- İSG hizmetleri toplumsal cinsiyeti gözetken tarzda yürütülmemektedir.
- Hala kamu sağlık çalışanlarının iş kazası ve meslek hastalıkları ile ilgili primleri ödenmemektedir.

GÜNCEL SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI ÇALIŞMALARIMIZ

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası başta Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi olmak üzere kuruluşundan bu yana SÇS çalışmalarına destek vermektedir. Kongre desteğinin yanısıra konu ile ilgili bir komisyon çalışmalarını halen sürdürmekte, zaman zaman SÇS ile ilgili basın açıklamaları ve işyerlerine özel çalışmaları da yürütmektedir. SES 2015-2017 dönemi SÇS stratejik bir mücadele alanı olarak ele almış, konu ile ilgili çalışmalarını yoğunlaştırmıştır.

SÇS çalışmaları sadece ilgili komisyon değil genel olarak sendika merkez yönetim kurulu (SES-MYK) düzeyinde ele alınmaya başlamış, sağlık politikaları ve eğitim komisyonları çalışmalara destek vermiş ve Toplu İş Sözleşmesi (TİS) sekreteryasında TİS bağlamında SÇS gündeme getirilmiştir.

Sendikamızın 'sağlık politikaları komisyonu' 2014 yılında yaptığı toplantı da SÇS çalışmalarını stratejik bir mücadele alanı olarak değerlendirmiş ve şu önerilerde bulunmuştur: *"İşçi sağlığı ve güvenliği birimlerinin kurulması mücadelesi ikinci temel gündem olarak ele alınmalıdır. İşyerlerindeki işçi sağlığı güvenliği*

birimlerinin (istihdam modeli ayırımı ve tehlike sınıfı yapılmaksızın) tekleşmesi için mücadele; olmayan yerlerde kurulması için baskı unsuru olma; birim çalışanlarının güvenceli istihdam edilen kamu çalışanları olması; OSGB'lerden hizmet satın almaya karşı çıkılması; işçi sağlığı ve güvenliği kurullarının işlevselleştirilmesi, demokratikleştirilmesi ve bu kurullarda yer alınmaya çalışılması; çalışma koşullarının sağlık çalışanlarının sağlığı bağlamında dile getirilmesine yönelik faaliyetler öncelenmelidir. Sağlık çalışanlarının sağlığı mücadelesinin işçi denetimi ve özyönetim başlığında siyasallaştırılması da önemli yer tutmaktadır."Yine sağlık politikaları komisyonu 2015 yılı başında yaptığı toplantı da SÇS çalışmalarını SES mücadelesindeki yeri ile ilgili ayrıntılı rapor sunmuştur. Bu raporda şu başlıklara yer verilmiştir:

a) İşçi Sağlığı ve Güvenliği (İSG) hizmetleri işyerindeki tüm sağlık emekçilerini kapsamalıdır.

- Yerinde sağlık ve güvenlik hizmetleri anlayışı öne çıkartılmalıdır.
- Her sağlık ve sosyal hizmet kurumunda İşçi Sağlığı ve Güvenliği Birimleri (İSGB) kurulmalıdır. Dışarıdan, Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimlerinden (OSGB) hizmet satın alınması red edilmeli, buna karşı mücadele edilmelidir.
- Kamuda kurulacak İSGB için personel dağılım cetvelinden sağlık kurumunun çalışan sayısına göre kadro belirlenmeli ve bu çalışanlar güvenceli 4a kadrosunda istihdam edilmelidir.

b) İSG Kurullarının demokratikleştirilmesi hedeflenmelidir.

- Sanayideki fabrikalara göre şekillendirilen bu kurullar sağlık ve sosyal hizmet kurumlarının özellikleri dikkate alınarak yeniden yapılandırılmalıdır.
- Kurula sadece yetkili sendika değil, tüm sendikalar ve sağlık alnına özgü meslek örgütü (TTB, TDH, TEB) ve derneklerin (THD, psikologlar derneği vb.) katılımı sağlanmalıdır.

- Sağlık hizmetleri açısından özellik taşıyan birim ve komitelerin (enfeksiyon kontrol, radyasyon güvenlik, tesis güvenliği, hasta güvenliği vb.) temsilcileri kurulda yer almalıdır.
- Çalışan temsilcisi seçimlerinin demokratik koşullarda gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır.
- Hastanede tüm çalışanları kapsayan hizmet verilmesi esas olarak kabul edildiği için tek bir İSG kurulu yapılandırılmalıdır.

c) Risk Değerlendirme sürecine sağlık emekçilerinin ve sendikaların aktif katılımı sağlanmalıdır. Sağlık emekçilerinin çalışma ortamı ve emek süreci ile ilgili risk değerlendirmelerini yapar hale getirilmesi için çalışmalar yürütülmelidir.

d) İSG hizmetlerinde işverene düşen sorumlulukların yerine getirilmesi (tüm koruyucu önlemler, tıbbi sürveyans, ortam ölçümleri, eğitimler vb.) sağlanmalı ve süreç işyeri temsilcileri tarafından izlenmelidir.

e) Tehlike ve risklerin saptanması ve önlem alınması yaklaşımı esas alınmalıdır. Bu amaçla SÇS kapsamında tehlike kaynakları ve ortaya çıkaracak riskler belirlenmeli ve bunlara yönelik işveren tarafından alınması gereken önlemlerin (mühendislik, idari önlemler, kişisel koruyucu donanım ve eğitim) netleştirilmesine yönelik materyaller hazırlanmalıdır. SÇS önlemleri KKD ve eğitime daraltılmamalı, mühendislik ve idari önlemlere öncelik verilmelidir.

f) SDP ile kapitalistleşen tıbbi hizmetlerin sağlık emekçilerinin sağlık ve güvenliğine etkisi bağlamında işyeri ortamı ve emek süreçleri ayrıntılı değerlendirilmelidir.

SES-MYK ile konu ile ilgili 25-26 Nisan 2015 tarihinde Toplu İş Sözleşmesi (TİS) Kurultayı'nda SÇS ile ilgili bir atölye çalışması yapılmıştır. Bu atölye çalışmasına 15 sağlık ve sosyal hizmet çalışanı katılmış, karar önerileri kurultay sekreteryasına iletilmiştir. TİS kurultayı kitapçığında atölye sonuçlarına ve SÇS ile ilgili sloganlara ve taleplere (Tablo-1) yer verilmiştir. SÇS bağlamında dört slogan belirlenmiştir:

- Çalışma ortamları bizi öldürüyor.
- İş kazası yoktur, alınmayan önlemler sonucu yaşanan “cinayetler” vardır.
- Çalışan sağlığı önlemlerinin alınması “maliyet” değildir.
- İnsan hayatı üzerine kar-zarar hesabı yapılamaz.

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Toplu İş Sözleşmesi Talepleri

1. Sağlık ve sosyal hizmetlerle ilgili işyerlerinin tehlike sınıflandırılmasında en üst düzey tehlike durumu gözetilerek, tüm işyeri bu tehlike sınıfında kabul edilsin; hastanelerde üretilen tüm hizmetler çok tehlikeli olarak kabul edilsin ve işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri bu kapsamda yürütülsün.

2. Sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının sağlığı ve güvenliği kapsamında tehlike kaynakları ve riskler belirlensin. Risk değerlendirme (RD) sürecinde sağlık emekçilerinin ve sendikaların katılımı sağlansın. Sağlık ve sosyal hizmet emekçileri çalışma ortamı ve emek süreci ile ilgili risk değerlendirmeleri için gerekli eğitimleri alabilsin.

3. İşçi Sağlığı ve Güvenliği Kurulları demokratikleştirilsin; bu kurullara sendikalar ve meslek örgütlerinin katılımını sağlansın; özellikle sağlık hizmetleri açısından riskli birim ve komitelerin (enfeksiyon kontrol, radyasyon güvenliği, tesis güvenliği, hasta güvenliği vb.) bu kurullarda yer alması sağlansın. Kurullarda kadınlara mutlaka yer verilsin. İşçi sağlığı ve güvenliği ile alınması gereken önlemler toplumsal cinsiyet bakışı ile değerlendirilebilsin ve kadına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ivedilikle oluşturulsun.

4. İşyerlerinde kurulacak İşçi Sağlığı ve Güvenliği Birimleri için Personel Dağılım Cetveli'nden kadro istihdam edilsin ve yerinde sağlık ve güvenlik hizmetleri anlayışı öne çıkartılsın. Dışarıdan hizmet satın alınmasın.

5. İşverenin, İSG biriminin yapılandırılması; risk değerlendirmelerinin yapılması; İSG eğitimlerinin tamamlanması; işe giriş ve periyodik muayenelerin yapılması; uygun işe yerleştirme; işyeri ortam ölçümlerinin yapılması; iş kazası, meslek hastalığı bildirimlerinin ve kök neden analizlerinin yapılması; tüm İSG önlemlerinin alınması; tıbbi izleme ve tedavi edici hizmetlerin sağlanması vb. konularda sorumluluklarını hızla yerine getirmesi için gerekli düzenlemeler yapılsın. İşverenin bu sorumlulukları yerine getirip getirmediği denetlensin.

6. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği ile ilgili tüm KKD (önlük, maske, gözlük, ayakkabı vb.) işveren tarafından sağlansın; KKD çalışılan birime ve yapılan aktivite ile uygun nitelikte olması sağlansın.

7. Başta 112 acil sağlık hizmetlerinde yaşanan trafik kazaları sonucu ortaya çıkan trafik cezalarının şoför olarak çalışanlara ödetilmesi olmak üzere, iş nedeni ile meydana gelen hasar ve zararların çalışanlar tarafından karşılanması yönteminden vazgeçilsin ve zararların işveren tarafından karşılanması için gerekli düzenlemeler yapılsın.

8. Tüm sağlık emekçileri için eşit yaklaşım öne çıkartılsın. Eşit işe eşit ücret uygulansın, çalışma sürelerinde ve sosyal haklarda eşitlik sağlansın, tüm sosyal haklar herhangi bir kısıtlama olmaksızın güvence altına alınsın ve barınma, ulaşım, eğitim, çocuk bakımı vb. hizmetler eksiksiz olarak düzenlensin.

9. Performansa dayalı esnekleştirilmiş ve güvencesiz çalıştırma kaldırılsın, artan üretim hızı ve iş yoğunluğu karşısında çalışanların korunacağı önlemler alınsın ve sistematik mobbinge dönüşen üretim baskısı ortadan kaldırılsın. Bu kapsamda; görev tanımına uygun istihdam sağlansın; uygun sayı ve nitelikte kadrolu istihdam sağlansın, ilgili alanda eğitim sürecini tamamlayanların eğitimlerini tamamladıkları alanda istihdamı sağlansın ve mekan güvenesi sağlansın.

10. Özel sağlık ve bakım/rehabilitasyon sektöründe çalışma koşulları düzeltilsin.

11. Sosyal hizmetlerde özellikle evde hizmet verilmesi durumunda çalışan güvenliğinin sağlanması için gerekli düzenlemeler yapılsın. Sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının yoğun şekilde yaşadığı tükenmişlik sendromunun azaltılması için en az yılda bir kez çalışanlara yardımcı olacak hizmetler planlansın, ayrıca motivasyonu artırmak için ikramiye verilsin.

TİS kurultayı sonrası SES-MYK SÇS'nin Toplu İş Sözleşmesi mücadele programının temel bir başlığı haline getirilmesi ile tüm örgüt olarak buna sahip çıkılarak yol alınabileceği tespiti yapmıştır. Bu amaçla Eğitimciler Eğitimi Programında SÇS başlığına da yer verilmesi kararlaştırılmıştır. Yine ciddi yapısal eksiklikler içerse ve işvereni kollayan tarzda kaleme alınsa da mevzuatın getirdiği bazı olumlulukların hareket alanımızı güçlendirdiği tespiti yapılmıştır. SÇS çalışmalarının işyeri çalışmasına dayanması, yakıcı ve güncel sorunları içermesi özellikleri ile yeni bir mücadele dinamiğini içinde barındırdığı ve sağlık çalışanları ile teması ve

örgütlülüğümüzü güçlendireceği tespiti yapılmıştır. Bu mücadelenin somut kazanımları sağlama potansiyelinden yararlanılmasına dikkat çekilmiştir.

(*) Siriani, C. (1990) 'İşçi Denetimi ve Sosyalist Demokrasi Sovyet Deneyimi', Belge Yayınları, Birinci Baskı Temmuz 1990, Sayfa:15.

Not: Bu yazının bir kısmı TTB tarafından çıkartılan Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisinde yayınlanmıştır.

SES Eğitimciler Komisyonu, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanlarının Sağlığı Modülü üyeleri (2016) Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışmaları. TTB-Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2016; 60-61: 17-25.

İŞÇİ SINIFI TARİHİ

Menderes Tutuş

Dünden yarına

İşçi sınıfı hareketinin militan bilimsel tarihi, “sıradan insanların” bilimsel kolektif üretkenliğe etkin biçimde nasıl katkıda bulunduğu sayısız örnekleriyle doludur. Sıradan insanları tarihsel özneye dönüştüren olmazsa olmaz tek bir koşul vardır. Ancak bir devrimci sürecin, bir devrimci hareketin içinde kurban direnişçiye, mağdur özneye, sıradan etkinlik ve tutkular bilimsel yaratıcılığa dönüşüyor. Daha da önemlisi, evrimci süreçlerde bilimsel bilginin ve mücadelenin politik bilgisinin üretilmesi konjonktürel olarak iç içe geçiyor. “Sıradan” emekçi insanlar bu süreçteki kurucu rolünün belki de hiç farkına varmıyor. Zaten sorun da bu değil mi? Defrutum atölyelerinde zehirli kurşunlara onlarca kurban veren metal işçilerinin Hippokrates’in bu konudaki bilimsel tezlerinden haberleri bile yoktu. “On binlerce yıllık maden ve metal işçiliğinin toz, is ve dumanının arasından geriye baktığımızda, kirli madencilerin ve ter döken demircilerin insanın konforuna ve metal işlerinin ilerlemesine yapmış oldukları katkıları görmezden gelinemez.” Dahası “işçi sağlığı hareketi ve işçi sağlığı bilimi” bizzat bu sürecin ürünüdür. Dahiyane bilimcilerin, emektar hekimlerin ve sağlıkçıların hareketin tarihindeki yeri asla unutulmaz. Ne var ki yaratıcı emeğiyle hayatta kalma mücadelesi veren insanların; yani avcı-toplayıcılar, çiftçiler, denizciler,

madenciler, demirciler ve şifacıların bilimsel tıp çalışmalarındaki rolünü de ancak her türden egemen sınıf seçkinleri ve tarihçileri yadsıyabilir. Kaldı ki eski toplumların “halk” bilgeliği ve kültürü, sonraki dönemlerde hemen vazgeçilerek, yerini daha kesin bilimsel bilgiye bırakacak türden düşük nitelikli bir bilgi değildi. Bugün, bilim dediğimiz şey halktan ve zanaattan, yani emekten türetilen bilgilerin birikimi üzerinde yükselmektedir.

Patojenlere karşı hareket başlıyor

“Hastalığın” ve “emeğin” tarihinin çok eskilere gittiği bilinir. İşçi sağlığı tarihini yerleşik yaşama geçişle ele almak, hareketin ve mücadelenin izini sürmek bakımından elverişli bir başlangıç noktası olacaktır. Hareketli göçebe topluluklardan yerleşik insan toplumlarına geçişte “toplumsal yaşam”, “toplumsal emek” ve “toplumsal hastalık” olgularının izlerine de rastlıyoruz. Buna şakayla, “ilk büyük tarihsel hatamız toprağa yerleşmekti” de diyebiliriz. Doğanın yıkım gücü karşısında tarım devrimiyle ayakta kalmayı başardık; ama çok ağır bedeller ödedik. Tarımsal üretim, tarımsal emek ve tarımsal toplumla birlikte yerleşik ortak yaşamdan ve çalışmadan doğan hastalıklar da “kolektif emeğin” (dönemin “işçi sınıfı”nın) başına musallat oldu. Deyim yerindeyse o gün bugündür insan toplumlarının tarihi, doğal, toplumsal, politik patojenlere karşı bir “içsavaş” tarihidir. Patojen deyip geçmeyin, sadece zararlı mikroorganizmalardan ibaret değil ki; sömürücü sınıfları, sömürgeciliği, sermayeyi, kapitalizmi, emperyalizmi, ırkçılığı, cinsiyetçiliği, ekolojik yağmacılığı, dinsel gericiliği ve faşizmi de yabana atmamak lazım.

Özet

Tarihsel olarak, *üretim, emek, hastalık ve bilim (tıp)* arasındaki ilişki ve çelişkileri araştırıyoruz. İşçi sağlığı hareketi ve işçi sağlığı biliminin oluşumunda sınıf savaşmalarının izini sürüyoruz.

‘Çıplak ayaklı işçiler’ sadece kurban mıydı?

MÖ 3000 yıllık bir tarihe, Mezopotamya, Mısır, Anadolu, Hindistan, Çin, Roma ve Yunan uygarlıklarına uzandığımızda büyük yerleşim yerlerinin, tarımsal sulama sistemlerinin ve bunlardan kaynaklanan zoognostik hastalıkların (difteri, kabakulak, suçiçeği, grip) izlerine rastlarız. Uçsuz bucaksız sulak tarımsal alanları uygarlıkların beşiğine dönüştüren çıplak ayaklı işçiler, şistozoma kan parazitinin yol açtığı şiş karın salgınlarına çok kurban verdiler. Türkçe’de “ısıtmak” sözcüğünden türeyen sıtma ateşini Yunanlıların da bildiğini Hippokrates’in çalışmalarından anlıyoruz. Ne var ki anofel plasmodium parazitinin yol açtığı ateş ve titreme nöbetlerini kötü havaya (bataklık gazlarına) bağlıyorlardı. Eski Yunanca’da mal kötü, airia hava demektir. Sıtmaya “malarya” denmesinin sebebi de budur. Sorun şu ki çıplak ayaklı işçiler sadece birer şistozomiyaza kurbanı, hekimler de soyut hakikatlerin, kişisel çıkar ve tutkuların peşinde koşan bilimciler miydi? Tarihsel kayıtlarımız arasında onları harekete geçiren bilimsel/sınıfsal motivasyon bulunmuyor diye işçi sağlığı-sınıf hareketi diyalektiğini yok mu sayacağız?

Zoraki reformist

Hammurabi’nin vakti zamanında “ilerici” bir “devlet adamı” olduğuna kuşku yok. Ama ya onu “reformlar” yapmaya mecbur bırakan halk kargaşa hareketlerine ne demeli?

Babil kralı Hammurabi’yi (MÖ 1792-1750) unutulmaz kılan efsanevi yasalar (Hammurabi Kanunları), işçi sağlığına ilişkin tıbbi çalışmalar ve sınıfsal gerilimlerin izini Mezopotamya uygarlıklarına dek sürmemize olanak sağlıyor. Kendisi bir “devlet adamı” olarak isyan bastırma ve sömürgeci fetih hareketleriyle de ünlüdür. Polis teşkilatı ve askeri kuvvetlere dayanarak krallığı genişletip yeniden yapılandırdı. Yol, polis, haberleşme sistemi kurdu; askeriyeyi güçlendirdi. Ona tüm “reformist-ilerici” ününü kazandıran şey, çok-etnili ve çok-sınıflı Babil dünyasında, fiilen isyanlardan, savaşlardan, sınıf savaşımından ve sömürgeci fe-

ti hareketlerinden çıkardığı dersleri yasallaştırarak sistemi dayanıklı ve sürekli kılan idarecilik hüneleridir.

Yasalar taş sütun üzerine çivi yazısıyla Akatça yazılmış 282 maddeden oluşuyor. “Göze göz, dişe diş” kısas hukukunu temel alır. Toprak sahiplerinin, köle sahiplerinin, tüccarların ve müteahhitlerin mülkiyet haklarını koruyan sınıfsal egemenlik ilişkilerini tümüyle yansıtır. Cinsiyetçidir. Emeğin tarihsel bir kazanımı olarak asgari ücret ilkin bu yasalarda kendini gösterir. Bir kısmı sözleşmeler ve hizmet karşılığında ödenecek ücretlerle ilgilidir. Çalışma yaşamını düzenleyen yasa maddeleri önemli yer tutar. İsyankâr kölelerin cezalandırılmasına ilişkin son derece ayrıntılı hükümler bulunur.

Özet

Demek ki *çağın emek hareketi*, işçi sağlığı, çalışma yaşamının düzenlenmesi ve isyanlarla idarecilerin başını bir hayli ağrıtmış.

Örnek yasa maddeleri:

Kaçak köleyi saklayan öldürülsün. Krala yönelik komplocuların toplandığı meyhanenin sahibi öldürülsün. Ameliyatta hastanın ölümüne neden olan hekimin ve hastanın gözünü kör eden hekimin parmakları kesilsin. Hekim tedavi sırasında özgür bir insanın kemiklerine zarar vermişse beş gümüş şekel, özgürleşmiş bir köleye zarar vermişse üç gümüş şekel, köleye zarar vermişse iki gümüş şekel ceza ödesin. Çöken binanın sahibi ölmüşse, müteahhit ölüm cezasına çarptırılsın. Bina sahibinin kölesi ölmüşse, müteahhit aynı değerde bir köleyi bina sahibine versin. Bir tapınakta ya da kralın hazinesinde hırsızlık yapan öldürülsün...

Piramit yapı işçilerine Firavunluk sökmez!

Eski Mısır uygarlığında inşaat işlerinden beli bükülen piramit işçilerinin grev, isyan ve toplumsal kargaşa hareketlerine firavun dayanmazdı.

Piramit yapı işçileri, ustabaşı ve zanaatkârlara ilişkin kayıtlardan işçi sağlığı ve isyanlar arasında doğrudan bağlantılar kurabiliyoruz. Aslında anlatılanlar tipik bir iktidar çürümesi ve işçi mücadelesi öyküsüdür. İşçiler ağır çalışma koşulları, ücretlerin ödenmemesi ve açlık karşısında harekete geçiyor. Eski Mısır 100 bin inşaat işçisinden oluşan dev bir sınıf ordusuna da sahipti. Bu kadar büyük bir işçi topluluğunu barındıran kalabalık işçi kamplarında, dizanteri, kolera ve tifoyla mücadele büyük tıbbi ustalık gerektiren meşakkatli işti. İdareciler turp, sarmısak ve soğanla hastalıkları def etme niyetindeydi. Pratik tıp bilgilerinin yetersiz kaldığı yerlerde ise son sözü isyanlar söylüyordu. Sıradan halk kuvvetli bir “politik” güce dönüşmüştü. Deyim yerindeyse “grev” yaparak ve genellikle toplumsal kargaşa yaratarak hakları uğruna savaşıyorlardı.

Turin Papirüsü MÖ 1155’te “harem halkının” ayaklanarak III. Ramses’i öldürme girişiminde bulunduğunu kayıtlara geçirmiş. Papirüs, Deir el Medine’de Amennakhte tarafından yazılmış. Geçenlerde firavunun mumyasında yapılan CT taraması, firavunun boğazından ölümcül bir kesik almış olduğunu gün ışığına çıkardı. İşte Yevmiye Grevi de tam iktidar çatışmaların, isyanların ve sınıf savaşımının şiddetlendiği bir dönemde örgütleniyor. Grev tam olarak III. Ramses’in hükümranlığının 29. yılının ikinci ayının 21. günü yaşanmıştır. İktidar döneminde savaflara ve inşaat faaliyetlerine ağırlık veren III. Ramses’in bir “politik cinayete” kurban gitmesi pek de yabana atılır bir iddia değildir.

Tıp bilgilerinin yer aldığı papirüslerden en önemlileri, ilaç reçetelerinin ve sağlık öğütlerinin verildiği Edwin Smith (MÖ 17. yy.), cerrahi tedavilerin anlatıldığı Ebers (MÖ 16. yy.), kırık-çıkık tedavilerinin ele alındığı Hearts (MÖ 16. yy.) papirüsleridir. Tıp çalışmalarının giderek yapı işçilerinin sağlık sorunlarına odaklandığını rahatlıkla görüyoruz. Kırık-çıkık, omurga, eklem, kemik hastalıkları ve travmatolojik sorunlar ön plana çıkıyor. Bu hastalıklar kadınlarda da görülüyor. Kadınlara yönelik araştırmalar son derece yetersiz olmasına karşın, hastalık bulgularından ve tepki biçimlerinden kadın işçilerin, hatta kadın işçi militanlığının izlerini sürebiliriz (...)

Antik Yunan isyanlarında proleter damar yolları

Her ne kadar Antik Yunan ve Roma uygarlıklarında kurşun zehirlenmeleri karşısında tüm sınıflar eşitmiş gibi görünse de hiç kurşun yiyenle kurşun yapan bir olur mu?

Hippokrates (MÖ 460-375) bilimsel tıbbın kurucu öncüleri arasında gösterilir. Aslında “mektepli tıbbın” desek daha doğru olur. Dehası, bilimsel otoritesi, yaratıcılığı ve çalışkanlığı kuşku götürmez. Salgın Hastalıklar adlı çalışmalarından anlıyoruz ki dülgerler, kunduracılar, tabakhaneciler, çırpıcılar, bağcılar, bahçıvanlar, maden işçileri, taş yontucuları, ilkokul öğretmenleri, meyhaneciler, aşçılar, seyisler, sporcular, çeşitli muhtemelen kamuda çalışan köleler ve dahi özgür ve köle kadınlar Hippokrates’in hastaları arasında yer almıştır. Unutmayalım ki kendisi her ne kadar okul-kurucu olsa da hekimlikte gezginlik geleneğinin de sürdürücülerindendir. Öğütler kitabında “yabancı ve yoksul hastanın özel bir dikkatle tedavi edilmesini” öğütler. “Havalara Dair, Sulara Dair ve Yerlere Dair” adlı çalışmasında ekosisteme, halkın yaşam tarzına ve halkın sağlığına ilişkin parlak değerlendirmeler bulunur. Tam bir halkın sağlık bilimcisi gibi değerlendirmeler yapar. Çalışmalarında riskli ağır çalışma koşulları; kaza, erken ölümler, beslenme rejimi, kadınların birden çok evlenmesi, hünerli (vasıflı) emeğin sorunları, zanaat sağlığı, işçi sağlığı, iş hijyeni kavramlarını görebiliriz.

Antik Yunan ve Roma’da kurşun zehirlenmesi yaygın görüldü; hem egemen sınıflar hem maden işçileri sayısız kurbanlar verdi; en azından bulunan diş ve kemiklerdeki yüksek kurşun oranı bunu gösteriyor. Peki bu her iki karşıt sınıf arasında kurşun zehirlenmeleri karşısındaki “eşitlik” nasıl sağlanıyor? Bunun ilginç bir öyküsü var:

İşçiler kurşun yapar, soylular kurşun içerdi

Şaraplar çok sert olduğundan tatlandırmak ve ömrünü uzatmak için defrutum ilave edilirdi. Defrutum, kurşun bir kapta, üzüm suyu ve bazı baharatların kaynatılması ile elde edilen koyu kıvamlı, pekmezimsi bir madde idi. Bu işlem sırasında açığa çıkan “kurşun asetat” şaraba şeker tadı kazandırır. Şu kadim şarap

kültürüne bakın ki nasıl bir sınıfsal savaşımın izlerini taşıyor: İşçiler kurşun yapar, soylular kurşun içerdi...

Hippokrates madenlerdeki kurşun zehirlenmesi üzerinde durmuş; Romalı Pliny (MS 23-77) kurşun ve kükürdün zehirli etkileri üzerinde çalışarak ilk mesleksel korunma aracı olan deri maskesini yapmıştır.

“Gladyatörlerin hekimi” olarak bir müddet için memleketi Bergama’ya döndüğünde Galenos (MÖ 129-200) kemikler, sinirler, kaslar ve liflerle ilgili pratik cerrahi bilgilerde epey ustalaştı. Her ne kadar “sarayların hekimi” olarak Roma’ya gittiğinde “utandırıcı” cerrahlık geçmişinden kurtulmaya çalışsa da tıbbın bu büyük öncüsünün, rahatlıkla, arenalarda “işyeri hekimi” olarak çalıştığını söyleyebiliriz. Kaldı ki usta hekimin araştırma konuları arasında zaten hastalıklarda çevre faktörü, kurşun zehirlenmelerinin patolojisi ve bakır ocaklarındaki asit buharlarının zararları da bulunuyordu.

Özet

Nasıl oluyor da hekimlik gibi egemen sınıfların hizmetindeki bir meslek, işçi sınıfının ve halkın sağlık sorunlarıyla bu denli uğraşmıştır? Bu salt “tıbbi etik”le ya da “iyi yürekli hekimler”le açıklanabilir mi? Uygarlıklar kuran ve uygarlıklar yıkan isyanlar, savaşlar ve sınıf savaşları sadece arka planı oluşturan etkisiz bir fon muydu? Tıp bilimi, hekimlik mesleği ve hekimler üzerinde sadece idarecilerin mi yaptırım gücü vardı? Öyleyse Aristonikos İsyanı’na (MÖ 132) ne demeli? Galenos dahil büyük hekimler yetiştiren Bergama’nın ünlü bir tıp merkezi olduğu zamanlarda patlak veren isyanın sürükleyici gücü, kim ne derse desin kır yoksulları ve köleler değil miydi?

Özetin özeti

Kır yoksulları, köleler, Kymeli Blossios’un komünalist fikirleri ve Güneş Ülkesinin Yurttaşları ütopyası, egemenler-

arası iktidar çatışması olarak başlayan isyana “proleter bir damar yolu” kazandırmıştır.

‘Kalbim yeniden çiçek açtı’¹

Rönesans ve Reform hareketleri (16-18. yüzyıl) bilimsel ve dinsel devrim hareketleri olarak bilinir. Hiç bilimsel devrim olur da işçi sınıfı ve tıp biliminin devrimci geleneği bundan geri kalır mı? Rönesans’la başlayan devrimci süreçte bilimsel devrimlerin proleter-halkçı kanadı yeni bir mevzi kazanıyor: Paracelsus, Agricola ve Ramazzini ile birlikte işçi sağlığı çalışmaları, bilimsel tıp ve hekimlik mesleği toplumsal bir hareket çizgisine dönüşüyor.

Paracelsus (1493-1541) hünerli emeğin (zanaatkâr-işçi) yöntemlerini bilgiye ulaşmanın en ideal yolu olarak görüyordu. Ona göre doğrudan doğanın nesnelere ile çalışan zanaatkâr, hem ruhsal hem de entelektüel olarak akademisyenden üstündür. Paracelsus doğa bilgisinin önemli bir bölümünü maden işçilerinden öğrenmişti. Daha çocukken, Avusturya/Villach yakınlarındaki bir madende çalışmaya başladı. İlk gençlik yıllarında Schwaz yakınlarında Fugger madenlerinde çalıştı. Gezgın doktorluk yaptığı yıllarda, ara sıra yine madenlerde çalıştı. Büyük Doktorluk Kitabı adlı çalışmasında Schwaz’da bir maden eritme tesisinde yaptığı işçiliğin deneyimlerine yer verir. Danimarka, İsveç ve Macaristan gezilerinde bu ülkelerin madenlerine dair bilgiler topladı. Ancak özellikle bir eseri var ki meslek hastalıkları ve işçi sağlığı alanında çığır-açıcıdır: Madenci Hastalığı ve Diğer Madenci Hastalıkları Üzerine. Bu kitap (1533 ya da 1534) tıp literatüründe bir meslek hastalığını tanıyan ve onu sistematik biçimde ele alan ilk bilimsel çalışma olarak gösterilir.

Paracelsuscu tıbbın ayırt edici özelliği metalleri ilaç gibi kullanabilmesiydi. Geleneksel tıp uygulamaları neredeyse tamamen bitkilerden elde edilen ilaçların kullanımına dayalıydı. Tıbbı kimyasal yöntemleri ya da ilaç bilimine metalik özelliklerde mad-

1 Annales Okulu’nun usta tarihçisi *Lucien Febvre*, “Rönesans” kavramının “yeniden doğuş” anlamına geldiğini söyler: “*Kalbim yeniden çiçek açtı.*”

deleri sunan ilk kişi olmamasına karşın, “şıfalı bitki” ve “metal” savunucuları arasındaki çekişmede, ikinci grubun başını çektiği kesindir. Madenlerde ve maden eritme tesislerinde öğrendiği metalürjik süreçler, Paracelsus’un tıbbi teorilerine temel olan simya bilgisini geliştirdi.

Paracelsus’a göre, simyanın doğru hedefi, baz metalleri altına değil, faydalı ilaçlara dönüştürmektir. Geleneksel doktorların tarifleri tuhaf bileşenleri karmaşık karışımlara dönüştürüyorken, Paracelsus bunun tam tersi bir yaklaşımda ısrarlıydı: Madde simya yöntemleri aracılığıyla, tıbbi açıdan aktif tek bir bileşenin kalacağı, en basit haline -cevhere- indirgenmeliydi. Benzer şeylerin tedavi edici olduğuna inanan Homeopatik ilkeye (“like cures like”)² göre, kurşun madencilerinin mustarip olduğu tüm hastalıkları etkin bir biçimde tedavi edecek ilaç kurşunun indirgenmesiyle, gümüş madencilerininki gümüşün indirgenmesiyle ve diğerlerinin de benzer şekilde tedavi edilebilirdi. (Clifford D’Oconner, Halkın Bilim Tarihi)

16. yüzyılın devrimci süreci Paracelsus’tan sonra ikinci bir ustayı daha tarih sahnesine çıkartıyordu. Georg Bauer, namı diğer Georgius Agricola (1494-1555) “De Re Metallica” (Metaller Üzerine, 1556) adlı eseriyle en büyük bilimsel klasikler arasında haklı bir nam saldı. Neden bu kadar geç bir tarihte yayımlandığını sorarsanız: Metalciler işçi ya da en hallicesinden zanaatkârdı. Yazı yazmayı bilmiyorlardı ya da bunu önemsemiyorlardı; eğitlimli ise metalurjiyle hiç ilgilenmiyorlardı. Halihazırda akademisyenlik yapan Agricola, aynı zamanda bir hekim olarak zamanının önemli bir kısmını madenleri ve dökümcüleri ziyaret ederek ve madenci halkın içindeki en bilgili olanlarla görüşerek geçiriyordu. Bir işyeri hekimi gibi çalışır, özellikle Silezyalı maden işçilerinin meslek hastalıklarına ilişkin koruyucu pratik önlemler geliştirdi. Çekoslovakya’da madencileri kırıp geçiren meslek hastalıklarıyla karşılaştı, bu hastalıkları tedavi etmek için mineralleri ve bunların saflaştırılmış ürünlerini kullandı. Bu yeni bir gelişmeydi, çünkü Galenosu gelenek madensel ilaçların kullanımını reddediyordu.

2 “Homeopathy” ya da “like cures like” hastalıkların, bu hastalığın semptomlarına neden olan zararlı maddeler kullanılarak tedavi edilmesidir.

'Hastalarınıza mesleğini sorun'

İşçi sağlığı biliminin ve tıbbın toplumsal hareketinin adeta bir parolasına dönüşen bu ünlü söz Bernardino Ramazzini'ye (1633-1714) aittir. İşçi Hastalıkları adlı anıtsal eseri işçi sağlığı biliminin kurucu metni, kendisi de kurucusu kabul edilir. Kitap 1700'de İtalya'da Modena komün kentinde, 1713'de Padua'da basılır. Bilimsel araştırmalarının temelini "iş, çalışma, çalışma koşulları ve hastalıklar" arasındaki ilişkiler oluşturur; emeği ve hastalığı toplumsal bütünlüğü içinde ele alır. İşyeri hekimliği ve işyerlerinde koruyucu güvenlik çalışmaları, meslek hastalıklarına karşı mücadeleye ciddi katkılar sundu. Çalışmalarında madenciler, taş-ocağı işçileri, kimyagerler, tekstil işçileri, camcılar, ressam, mezar kazıcıları, ebe, süt annelerini içeren 50'den fazla iş kolunda çalışan işçilerde görülen hastalıkları ayrıntılı olarak tanımlamıştır. Solunum hastalıkları, astım, öksürük, deri hastalıkları, bakteriyel ve parazitik hastalık riskleri, cıva, kurşun ve antimom zehirlenmeleri, silikozis ve konyozlar üzerine özel olarak durmuştur. İşçi kadınların meslek hastalıkları üzerine çalışmalarının ayrı bir kıymeti vardır. Ergonominin de kurucusu kabul edilir. Felsefe ve tıpla ilişkili olarak Padua Üniversitesi'ndeki çalışmalarını hiç saymıyoruz bile.

Proleter uygarlığa doğru

Sanayi devrimi diyelim ki fabrika sistemi uygarlıkta köklü bir sıçramanın simgesiydi. Ne var ki uygarlık sıçraması, varlığını borçlu olduğu işçi sınıfı, ezilen halklar ve toplumsal gruplar için sistematik yıkım demektir. Örneğin fabrika bacalarının her daim tüter olması, varlığını en çok da, skrotum (testis) kanserine mütemadiyen kurban verdiğimiz baca temizleyicilerine borçludur.

Üstelik yıllarca "cinsel ilişki hastalığı" diye uyutulmuştuk. Burada hemen İngiliz cerrah Percival Pott'u minnetle analım: Küçük çocuk işçilerin ölümcül daracak fabrika bacalarına girmeye zorlandığı 1775'lerde testis kanserini "ilk tanımlanan mesleksi kanser" olarak günışığına çıkardı. Kaldı ki yaklaşık yüz yıl sonra

ve 20. yüzyılın başlarında bile aynı illet, tekstil, petro-kimya ve kok kömürü işçilerinin başına da musallat olacaktı; bronşial kanser, akciğer, larinks ve özefagus kanserleri de cabası.

Percival Pott'u ve bilimsel tıbbi işçi sınıfı hareketinin kurucu bir öznesi olarak yeniden inşa eden sayısız sağlık proleterini minnetle analım; ama tüm bunların gerçekleşmesinin altyapısını oluşturan devrimci süreci de unutmayalım. Çok geçmedi ki üç yıl sonra (1778) "Baca Temizleme Yasası" çıkarmaya mecbur kaldılar. Baca temizliğinde çocuk işçilik yasaklandı. Dönem, emektar işçi sınıfı tarihçisi Hobsbawm'ın dediği gibi "halk ajitasyonları" dönemiymiş. Henüz modern işçi sınıfı hareketi sistemin korkutucu "hayaleti" haline gelmemişti; ama halk kargaşa hareketleri sistemin kendine bir çekidüzen vermesine yetmişti.

Bizzat kendi eserleri olan uygarlığın en dip köşelerine itilen işçi sınıfının eril katmanları ve onlardan daha ucuza mal edilen kadınlar ve çocuklar, "kapitalist iş ve meslek hastalıkları"na zaten uzun süre katlanamazdı. Yeni kapitalist yaşam ve çalışma disiplini proleter/toplumsal sağlık için açık bir tehditti; ama proleter sağlık hareketi de zaten ne için vardı. Düşük ücretler, sefalet dolu yaşam ve çalışma koşulları, uzun çalışma saatleri, havasız ve her türlü sağlık koşullarından uzak fabrika sistemi değişecekti; bunun başka bir yolu yoktu.

Devrimci proletarya daha ne kadar ekonomik, siyasal ve toplumsal haklardan yoksun bırakılabilirdi. Tek düzelik, yabancılaşma ve çürüme ancak örgütsüz halk katmanları için açık tehlikeydi. Göç, nüfus artışı, toplumsal parçalanma, toplumsal çürüme, sağlıksız koşullarda barınma, yetersiz beslenme, uzun süre çalışma, aşırı yorgunluk, olumsuz çevre koşulları, salgın hastalıklar, işcinayetleri, ağır ve tehlikeli işlerde özellikle kadınların ve çocukların çalıştırılması ve elbette meslek hastalıkları; kısacası proleter sağlığı tehdit eden tüm sistemsel saldırganlık ve kapitalist çalışma disiplini, işçi sınıfı hareketinin proleter bir uygarlığı inşasında sadece mücadele koşullarıydı o kadar.

Bu şartlarda Çıracılık Sağlığı ve Ahlakı Yasası, Sağlık ve Ahlakın Korunması Yasası'nın çıkarılması 1802'yi bulmuştu. Bunda doktor Thomas Percival'ın çabaları çok kıymetlidir. Çalışma saa-

ti 12 saatle sınırlandırılırken, çıraklar için eğitim, sağlık ve moral bakım hizmetleri zorunlu hale getirilmişti. Devrimin öngünlerinde (1847) artık On Saat Yasası da kazanılmıştı. Robert Owen ve parlamenter reformlarda Sir Robert Peel, Michael Sadler adlarını saygıyla analım. Daha yüzyılın başlarında “on saat ütopyası”nı kuran Robert Owen’ın hayali gerçek olmuştu. Bununla da kalmamış 1 Mayıs hareketiyle sekiz saatlik işgünü evrensel bir kazanıma dönüşmüştü. Fabrika Yasası’yla (1833) artık 9 yaşından küçüklerin çalışma yasağı, 18 yaşından küçüklerin günde 12, haftada 69 saatten fazla ve gece çalıştırılmasının yasaklanması gündemdedi. Yine 1842’de 10 yaşından küçük çocukların ve kadınların madende çalışma yasağı getirildi. Tehlikeli meslek hastalıklarının bildirimi zorunluluğu ise yüzyılın sonunu (1895) buldu. İngiltere Sağlık ve Ahlakın Korunması Kanunu (1802), Fabrikalar Kanunu (1833), Almanya (1849), İsviçre (1840), Fransa (1841), ABD (1877) işçi sağlığı ve iş güvenliği yasalarıyla tüm Avrupa’yı ve ABD’yi saran devrimci dalga artık meyvelerini veriyordu.

20. yüzyılın başlarında mücadelenin ve bilimsel bilginin eril tarihinin burçlarına kadın militanlığının bayrağını diken Alice Hamilton’ın hakkı ödenmez. Bir militan bilimci, meslek hastalıkları ustası ve toksikoloji çalışmalarında öncüdür.

Neredeyse tüm 20. yüzyıl boyunca mesane kanseri illetine ağır kayıplar veren İngiliz işçi sınıfının “kanser fabrikalarına” (örneğin IPCA boya fabrikası) karşı mücadelesi dillere destandır. Kimya-boya sanayi, boyar madde ve sentetik renk sanayi, yine petrokimya sanayi işçi sınıfı birer kurbandan direnişçiye dönüştüler. Övünülesi sanayi devriminin madencilik, tekstil, keçe, karton, fren, çimento, izolasyon, kimya, demir-çelik, enerji, gemi yapımı, ulaşım, boya, doğrama, dekorasyon, ipekli dokuma ve dana nice sanayi hamlelerinin her biri ölümcül asbest kullanımı üzerine yükselmiştir. O ne denli yükseldiyse, işçi sınıfı, asbestoz, pnömokonyoz, akciğer tüberkülozu, akciğer tuberosklerozisinin pençelerinde yataklara düştü. Avrupa proletaryasının 150 yıllık doğrulma mücadelesi, tüm Avrupa kapitalizminde asbestin yasaklanması mücadelesidir: Danimarka’da 1986 yılında, İtalya’da 1992’de, Fransa’da 1997’de, Belçika’da 1998’de ve tüm Avrupa Birliği ülkelerinde 2005 yılında asbest kullanımı yasaklanmıştır. Ahşap, deri

ve ayakkabı işçilerinde görülen sinüs kanseri ve nazal kanserler, kesme, parlatma ve kumlama işlemlerinin kabus dolu sonuçları arasındadır. Sermaye iktidarları bunları mesleksel kanserler olarak tanımakta (İngiltere-1969, Belçika-1976, Fransa-1981'de ve Almanya-1987 tanımak zorunda kaldı) çekingen davranırsa da tüm üretimin kanserojen maddelerden arındırılması proleter bir görev olarak önümüzde durmaktadır.

(...)

Sürecek.

Kaynaklar

- Bonnard, A. (2004) Antik Yunan Uygarlığı, 2. Cilt, Evrensel, İstanbul
- Yıldırım, C. (1999) Bilimin Öncüleri, TÜBİTAK, Ankara
- Conner, C. (2013) Halkın Bilim Tarihi: Madenciler, Ebeler ve “Basit Tarmirciler”, TÜBİTAK, Ankara
- Ronan, CA. (2003) Bilim Tarihi: Dünya Kültürlerinde Bilimin Tarihi ve Gelişmesi, TÜBİTAK, Ankara
- Hobsbawm, E. Üçleme: Devrim-Sermaye-İmparatorluk Çağı.
- Diamond, J. (2010) Tüfek, Mikrop ve Çelik, TÜBİTAK, Ankara
- Bernal, JD. (2008) Tarihte Bilim, 2 cilt, Evrensel, İstanbul
- Mengeot, MA. (2012) Mesleksel Kanserler, Çeviri Editörü Meral Türk, TTB
- Fara, P. (2012) Bilim: Dört Bin Yıllık Bir Tarih, Metis, İstanbul

SAĞLIK HİZMET ÜRETİMİNDE PSİKOSOSYAL TEHLİKELER

Doç. Dr. Aslı Davas

Bölümün Amacı: Sağlık kurumlarında psikososyal tehlikelerle ilgili çalışma koşullarını, sağlığa etkilerini ve önleme/korunma yollarını ortaya koymak

“Samsun’da göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi hastanesi’nde görev yapan Op. Dr. Kamil Furtun, hastanede bir kişinin silahlı saldırısı sonucu hayatını kaybetti.”

“Çekirge’de evde bakım hizmetleri biriminde çalışan D.T isimli hemşire intihara kalkıştı. Yakınlarının anlattıklarına göre hemşirenin üzerinde hastane yöneticileri tarafından uygulandığı öne sürülen ciddi bir baskı vardı. Kendi ifadesiyle ‘Aşağılanmaktan, horlanmaktan, sürgünden, haksızlığa uğramaktan bıktım. Dayanamadım...’

“Cizre’de çatışmalarda yaralanan bir kadına yardım etmeye çalışırken ateşli silahla yaşamını kaybeden Aziz Yural, ölümünden 11 gün sonra toprağa verildi”

“22 Kasım günü Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi’ni (SABİM) arayan ve Acil Servisle Üroloji Servisi arasında oyalanan bir vatandaşın şikayeti üzerine rutin uygulama gereği savunma verdikten sonra yaşamını sonlandıran genç doktorun son mesajını gönderdiği kardeşi NE, şunları söyledi: “... Kendisini göremez hale

geldik. Uykusunda bile hastalarını sayıklıyordu. Ablamın psikolojik sorunu yoktu ve tedavi de görmedi. Çalışma şartları ağırdı, onu bunalttı. Çok üzgünüz.”

Yukarıdaki dört olay psikososyal tehlikelerin önlem alınmazsa sağlık çalışanları açısından yaşamsal sonuçlarını ortaya koyan örnekler. Ne yazık ki hiç biri tekil örnekler değil. Savaş, şiddet, mobing ve iş stresi sağlık çalışanlarının neredeyse en önemli riskleri haline gelmiştir.

Güvenlik, su, beslenme ve barınma gibi temel ihtiyaçların karşılanması, ait olma, sosyal adalet, kendine değer verme, benlik saygısı, öz-yeterlilik, başarı ya da özerklik insani temel gereksinimlerdir. Bu gereksinimler karşılanmadığında psikolojik stres için risk faktörü olabilirler, karşılandıklarında ise hem psikolojik hem de örgütsel iyilik hali sağlanır.

Yüzyılın son çeyreğinde çalışma yaşamında olan gelişmelerse dünyada ve Türkiye’de sağlık kurumlarında bu insani gereksinimlerin karşılanmasını tehdit eder boyuta ulaşmıştır. Yanı başımızdaki savaş ve ülke içindeki çatışmalar çalışma ortamında güvenliği ortadan kaldırmıştır. Son 15 yıla damgasını vuran Türkiye’deki özelleştirme ve ticarileşme girişimleri sağlık emek gücü üzerindeki denetimi arttırmıştır.

Alt işveren aracılı ya da 4-B, 4-C gibi sözleşmeli çalışma yaygın istihdam biçimleri haline gelmiş, çalışanlar güvenceli çalışsalar kabul etmeyecekleri uygulamalara rıza göstermek zorunda kalmışlardır. Özel sektörde hem hemşireler hem de hekimler için sigortasız çalışmadan, hastanede çalışan bir hekimin Bağ-Kur’lu çalıştırılması gibi geniş bir yelpazede güvencesiz çalışma biçimleri denenmektedir. Çalışma saatleri kamuda özellikle asistan hekimlerde dramatik boyutlara ulaşmıştır. Daha sık özel sektörde olmak üzere tüm hemşirelerin çalışma koşulları çok ağırlaşmış, görev tanımları içinde olmayan birçok işi yapar hale gelmişlerdir. Performansa bağlı uygulamalar çalışanlar arasında rekabeti arttırmış, artan emek denetiminin çalışan üzerindeki baskısını azaltmada en etkili araç olan ekip çalışmasına zarar vererek, önemli bir dayanışma ve stresten korunma olanağı yok olmak üzeredir.

İş yerlerinde psikososyal tehlikeler

Psikososyal tehlikelerin çalışan sağlığı ve işin yürütülmesi üzerine etkisi genellikle küçümsenmekte ve işyerlerinde ilgi görmemektedir. Oysa bu tehlikelerin çalışan ve çalışma ortamlarına olumsuz etkileri birçok araştırmada ortaya konmuştur. Hem uluslararası hem de ulusal mevzuat gereği işveren ve yöneticiler, psikososyal tehlikeleri saptamak, izlemek ve gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

Sağlık kurumlarında yürütülen birçok araştırmada iş stresiyle ilgili bulunan etmenler Tablo1'de özetlenmiştir.

Sağlık çalışanları yaptıkları işin doğası gereği stres ve baskı altında çalışmaktadır. Çalışma saatleri birçok sektöre göre daha uzundur. Yapılan işin insan sağlığıyla ilgili olması ve performans baskısı nedeniyle çalışanların artan iş yüklerine itirazını güçleştirmektedir. Gece çalışma sirkadyen ritmi bozarak, melatonin üretimini azaltıp, serotonin seviyelerinin düşmesine neden olarak depresyona neden olmaktadır. Aynı işi yapan hemşirelerin ve temizlik çalışanlarının istihdam tipine göre farklı ücretlendirilmeleri adalet duygusunu olumsuz etkilemekte, güven sorunları yaşanmaktadır. Çoğunluğu alt işverene bağlı istihdam edilen temizlik çalışanları kurumsal aidiyet konusunda sorun yaşamakta, her an işten çıkarılma korkusuyla görev tanımları içinde olmayan birçok işi yapmak zorunda kalmaktadır. Benzer şekilde hekim hiyerarşisinin en alt kademesinde yer alan asistan hekimlerin nöbet ertesi çalışma izinlerinin olmaması ya da kullanımına izin verilmemesi ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır.

İşin Doğasından Kaynaklananlar	Çalışma Koşulları ile ilişkili olanlar	Örgütsel etmenler ve kariyer olanakları	Çalışma Ortamı	Kişilerarası İlişkiler	Bireysel Özellikler
<ul style="list-style-type: none"> - Acil durumdaki hastalar, - Ağrılı hastayı göğüsleme, - Ölen hastaların duygusal yükü, - Fiziksel ve sosyal travmalı hastalarla baş etme - Duygusal emek 	<ul style="list-style-type: none"> - Alt işverenle çalışma - Perfor mansa bağlı ücretlendirme, - Aynı işe farklı istihdam tipleri - Eşit işe eşit ücret olmaması - Çalışan sayısının yetersiz olması - Kurumların küçültülmesi, - Maliyet kısıtlamaları - Vardiyalı çalışma, - Fazla mesai, - Ağır iş yükü, 	<ul style="list-style-type: none"> - Hiyerarşik yapıda örgüt kültürü, - İSG kültürünün olmaması - Toplam kalite uygulamaları, - Zaman baskısıyla çalışma, - Yalnız çalışma, - Görev tanımlarının olmaması, - Yeteneğe uygun olmayan işler - İş ile ilgili karar sürecine katılmama - İşte yükselme olanaklarının olmaması, - İşte kendini geliştirme olanaklarının olmaması - Ekip çalışmasının desteklenmemesi, - Amir, meslektaş destek mekanizmalarının eksikliği, - Görev, çalışma saatleri vb. koşullarla ilgili adaletsiz dağılımlar, - Ödüllendirme ve teşvik mekanizmalarının yokluğu/yetersizliği 	<ul style="list-style-type: none"> - Yetersiz donanım ve ekipman - Gün ışığına erişememe, - Aydınlatma, - Gürültü, - İç ortam hava kirliliği, - Dar mekanlarda çalışma, - Ortamdaki kötü kokular 	<ul style="list-style-type: none"> - İletişim sorunları - Ekip içi sorunlar - Yöneticilerle sorunlar - Mobbing, - İşyerinde şiddet 	<ul style="list-style-type: none"> - Cinsiyet, - Yaş, - Medeni durum - Küçük çocuk varlığı - Göçmenlik, - İş dışı yaşamda çalışma/ sorunlar, - Ev/iş yaşamı çatışması - Kadınlara sosyal destek eksikliği, - Kişilik tipi

Duygusal emek

Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi ve ticarileşmesiyle, hastanın müşteriye dönüştürüldüğü süreçte uygulamaya konan toplam kalite uygulamaları ve performansa bağlı ücretlendirme hasta-sağlık çalışanı ilişkisini de değiştirmiştir. Hizmet kalitesi objektif sağlık göstergeleriyle değil sadece hasta memnuniyetini değerlendiren anket sonuçlarıyla ve toplam kalite yönetimiyle denetlenmektedir. Sağlık bakım hizmeti ise, evdeki işin devamı gibi kabul edilip, hala yoğunluklu olarak kadınlar tarafından sunulmaktadır. Bu nedenle, kadın sağlık çalışanlarının duygusal emek yükü artmaktadır. Duygusal emek, hastaya tedavi sırasında işin doğa-

linda verilen psikososyal destekten, 36 saat aralıksız çalışmadan sonra, ilacının hastanede bulunmadığını ya da o işlemin artık sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmadığını, bunu kabul etmek istemeyen bir hastaya “gülümseyerek” anlatma zorunluluğu olarak tanımlanabilir. Ayrıca, bedensel tahakküm özellikle özel hastanelerde olmak üzere kapıda, danışmalarda genç ve güzel kadınların çalıştırılması gibi uygulamalarla yaygınlaşmaktadır. Birçok araştırmada, hem hemşirelerin hem de kadın hekimlerin mesleki gerekliliğin ötesinde yoğun duygusal emek kullanımı sonucu kendilerine ve işlerine yabancılaşarak stres, depresyon, tükenmişlik gibi sorunları daha sık yaşadıkları gösterilmiştir.

Psikososyal tehlikelerle çalışmanın sonuçları

Psikososyal tehlikelerin sonuçları bir anda ortaya çıkmamakta; birçok farklı etmen bir arada etki göstermekte, uzun ve karmaşık bir süreçte gerçekleşmektedir. Örneğin fazla mesai yapan bir çalışanın, ev ya da ev dışı sosyal desteği olmadığına kişide ilk önce stres artışı görülmekte bu zamanla tükenmişliğe neden olmaktadır. Bu durum, çalışanda kas iskelet, sindirim, ya da kardiyovasküler sistemiyle ilgili yakınma ve hastalıklardan, depresyona hatta intihara kadar giden bir zorlanmaya neden olabilmektedir. Psikososyal tehlikelerin çalışanın sağlığı ve işle ilişkili sonuçları Tablo 2’de özetlenmiştir.

Ölçülmesi çok zor olan bu tehlikeler iş kazalarını da arttırmaktadır. İş kazalarının nedenleri araştırılırken, eskiden çalışanın kazaya yatkınlığı ve dikkatsizliğine vurgu yapılırken, günümüzde araştırmalar çalışana bağlı hataların iş kazalarında oynadığı rolün oldukça sınırlı olduğunu göstermektedir. İş stresinin psikolojik ve fiziksel sonuçları anlık dikkat dağılma olasılığını arttırmakta, karar vermede hatalara ya da rutin faaliyetlerde bozulmalara neden olmaktadır.

Sağlık çalışanlarında psikososyal tehlikelerle en sık anılan iş stresi, tükenmişlik, intiharlar, mobing ve şiddet birbiriyle bağlantılıdır ve aşağıda kısaca özetlenecektir. Bu olgular, sadece çalışma-

nın kişisel sorunlarıyla değil çalışma koşullarıyla ilişkilidir. Hasta çoğunlukla çalışan değil işyeridir.

Tablo 2. Psikososyal Tehlikelerin Sonuçları Sağlıkla İlişkili Sonuçlar

İş Kazaları	Şiddet ve diğer işle ilişkili sonuçlar
Davranış bozuklukları ve sağlık şikayetlerinin artması	Sigara, alkol, madde kullanımında artış Kötü beslenme Uyku bozuklukları Baş ağrıları Eklem vb. ağrılar Bağışıklığın baskılanması Kardiyovasküler: Hipertansiyon, hiperlipidemi, obezite, kalp krizi
Fiziksel Sağlığın Bozulması	Kas iskelet sistemi hastalıkları GIS: Peptik ülser, Migren Depresyon, Anksiyete,
Akıl Sağlığının Bozulması	Travma sonrası stres bozukluğu Tükenmişlik, İntihar İş doyumunu azalır Örgütsel bağlılıkta azalma Üretkenlikte azalma
Akıl Sağlığının Bozulması	Verimsiz çalışma İşe devamsızlık, sık rapor alma İstifalar ve erken emekliliğin artması Artan iş kazaları ve işe devamsızlık nedeniyle ortaya çıkan maliyetler

İş stresi tanımı

NIOSH (ABD Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü) iş stresini işin gerektirdiği şartların çalışanın beceri, kaynak ve ihtiyaçlarıyla örtüşmediği zaman ortaya çıkan, zarar veren duygusal ya da fiziksel yanıt olarak tanımlar. Yani kişinin bilgi ve becerileriyle uyumlu olmayan baş edemeyeceği kadar çok iş baskısı ve talepleriyle karşılaştığında verdiği yanıttır. İş stresini açıklamaya odaklanan farklı yaklaşımlar mevcuttur.

Karasek ve arkadaşları tarafından geliştirilen iş yükü-iş kontrolü modelinde, işyükü arttıkça stres artar ama çalışan çalışma

koşulları hakkında söz sahibiyse örneğin nöbet tarihlerine, izin tarihlerine karar veriyorsa strese daha dirençli olur. Çalışanlar becerileri olmayan bir işi yapmak zorunda kaldıklarında ise daha çok strese girerler. Bir diğer modelde, Siegrist iyi maaş, kıdem, sosyal destek mekanizmalarının fazla olması gibi ödüllerin çalışanın strese dayanıklılığını arttırdığına vurgu yapar. Örgütsel adaletsizlik modelinde de çalışanlar arasında hakkaniyetsiz uygulamaların (nöbet sayısının eşit olmaması, eşit işe farklı ücret vb.) strese yol açtığını iddia edilir.

Avrupa'da iş stresinin en yüksek bulunduğu iki sektör eğitim ve sağlık hizmetleridir. Avrupa Birliği Çalışma Koşulları araştırmalarına göre işe devamsızlık yapanların %60'ında iş stresi yüksek saptanmıştır. NEXT araştırmasında hemşirelerin %15,6'sı kariyer olanaklarının yeterli olmaması, çalışma saatlerinin güçlüğü, düşük ücretler, fiziksel ve ruhsal gerginliğin fazla olması gibi nedenlerle işi bırakmak istediklerini belirtmişlerdir.

İşe bağlı stresin işverene ve kamu hizmetlerine maliyeti yüksektir. Avrupa'da işe bağlı depresyonun yılda 617 milyar avroya (işe devamsızlık nedeniyle 272 milyar, üretkenlik kaybı 242 milyar, sağlık harcamaları için 63 milyar ve maluliyet nedeniyle sosyal güvenlik harcamaları 39 milyar) mal olduğu tahmin edilmektedir.

İş stresinin toplumsal cinsiyet boyutu

Kadın ve erkekler strese farklı yanıt verirler, farklı baş etme yöntemleri kullanırlar. 2010'da ABD'de yapılan "Amerika'da Stres" çalışmasında benzer stres düzeyine sahip kadın ve erkeklerde, kadınların duygusal ve fiziksel yakınmalarının daha fazla olduğu görülmüştür. UÇÖ'ne göre kadın istihdamının erkeklerden %26 daha düşük olması, daha çok ücretsiz aile işçisi olarak istihdam edilmesi, kadınların karşılığı ödenmeyen ev, çocuk ve hasta bakımı gibi işlerde ikinci bir mesai yapması strese dayanıklılıklarını azaltmaktadır. Ev ve iş yaşamını dengelemedeki zorluklar özellikle gelirin düşük, sosyal destek mekanizmalarının zayıf olması durumunda stres, depresyon ve bitkinlik olasılığını artmaktadır.

Tükenmişlik

Tükenmişlik, iş stresinin kronikleşmesiyle gelişen, daha ileri bir boyutu olarak kabul edilmektedir. Maslach tarafından "iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansımaları ile oluşan bir sendrom" olarak tanımlanmıştır. Çalışanların iş ve sosyal yaşamlarında ilişkilerinde sorunlara neden olan, özsaygı yitimi, kronik yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının gelişimi ile birlikte seyreden fiziksel, duygusal ve entelektüel tükenmeyle sonuçlanan bir durumdur. Maslach tarafından sağlık çalışanları için geliştirilen üç boyutlu bir ölçekte çalışma ortamlarında saptanabilir. Tükenmişliğin saptanması, izlenmesi ve önlenmesi sonuçları nedeniyle önemlidir.

Türkiye'de bir sendika tarafından yedi coğrafi bölge ve onbir ilde yürütülen bir araştırmada sağlık çalışanlarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları açısından orta, kişisel başarı alt boyutu açısından ise yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı gösterilmiştir. İzmir'de bir üniversite hastanesinde yürütülen araştırmada ise asistan hekimlerin %30,9'unun, hemşirelerin 27,7'sinin ve uzman hekimlerin %23,4'ünün duygusal olarak tükenmiş olduğu saptanmıştır.

Literatürde tükenmişlikle ilişkili bulunan sağlık sorunları bitkinlik hissinden, yüksek tansiyon, kolesterol ve sindirim sistemi rahatsızlıkları gibi geniş bir yelpazede değişmektedir. Anksiyete, huzursuzluk, tedirginlik, güçsüzlük, enerji kaybı, çaresizlik, depresyon tükenmişlik sonucu ortaya çıkan psikolojik sorunlardır.

Sağlık çalışanlarında tükenmişlik arttıkça kafein, alkol ve sigara tüketiminin arttığı, uyku ve gevşeme için ilaçların alımında ve haftalık ağrı kesici ilaç kullanımında artışlar olduğu araştırmalarda gösterilmektedir.

Hemşirelerde, asistan ve intörn hekimlerde tükenmişlik yaşayanlarda intihar düşüncesine daha sık rastlanmaktadır.

Sağlık çalışanlarında intiharlar

Çalışma yaşamında intiharlar son 30 yılda çalışılmaya başlanan yeni bir başlıktır. İntiharların işle ilişkisi kolay kurulamamakta, çoğunlukla kişinin özel yaşantısındaki sıkıntılarıyla nedenselleştirilmektedir. Türkiye’de bu konu ancak bir asistan hekimin işle ilgili not bırakarak hastanede intihar etmesiyle sağlık çalışanlarının çalışma koşullarıyla ilişkilendirilmeye başlanmıştır.

Japonya’da çalışan bir işçinin 1991 yılı Ağustos’unda intihar etmesi üzerine ailesi dava açmış ve uzun çalışma saatleri ile intihar arasındaki ilişki mahkeme kararıyla yasal olarak kabul edilmiştir. Karojizatsu olarak adlandırılan bu durum, işçinin dört haftadan daha fazla ardı ardına ortalama 65 saatin üzerinde ya da sekiz hafta ardı ardına ortalama 60 saatten fazla aşırı-yoğun-hızlı çalışması sonucunda, muhakeme yeteneğini kaybetmesi ve genellikle depresyona girmesini takiben ortaya çıkan intihar/intihar girişimi olarak tanımlanmaktadır. Japon Sağlık Bakanlığı’na göre karoji-satsu için tazminat başvuruları 1997’de ikiye 2011 yılında 66’ya yükselmiştir.

Tehlikeli kabul edilen bu çalışma süreleri Türkiye’de sağlık çalışanlarının azımsanmayacak bir bölümünün rutin çalışma saatleridir. Yaşar ve arkadaşları hemşirelerde yürüttükleri araştırmalarında; hemşirelerin görev süresi, eğitim durumu, duygusal şiddete maruz kalma durumu, çalıştığı birim ve yaş değişkenleri ile intihar olasılığı puanları arasında anlamlı bir farklılık saptamışlardır. İngiltere ve ABD’de kadın hemşirelerde intihar sıklığının normal popülasyona ve diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar yayınlanmaktadır. ABD’de ulusal kayıtlara dayalı araştırmalarda intiharın en sık görüldüğü meslek gruplarından birinin hekimler olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmalarda hekimlerde depresyonun daha sık görülmesine rağmen, damgalanma, mesleki kariyerin olumsuz etkilenmesi endişesinin hastalığın tedavisinde gecikmelere neden olduğuna da dikkat çekilmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu 2011 yılı verilerine göre 74 hekim intihar etmiştir.

Hasta ve yakınlarından şiddet

İşyerinde şiddet toplumsal şiddetten bağımsız olarak ele alınmaz. İş yerinde şiddetin savaş ve çatışma ortamlarında, çevresel felaket, aşırı yoksulluk varlığında, işsizliğin, yoksulluğun, eğitimsizliğin yüksek olduğu ülke ve bölgelerde, ekonomik ve cinsiyete bağlı eşitsizliklerin fazla olduğu ülkelerde, ekonomik krizlerde arttığı gösterilmiştir.

Sağlık kurumlarında şiddet hem bir psikososyal tehlike olarak kabul edilmekte hem de psikososyal tehlikelerin varlığı şiddete neden olmaktadır. İş stresi ve tükenmişliğin çalışanların toleransını azalttığı ve hasta çalışan ilişkisini zedelediği düşünülmektedir. Psikososyal tehlikelerin yoğun olduğu işyerlerinde hizmet alanların memnuniyeti ve tatmini de doğal olarak düşmektedir. Sağlık politikalarında yapılan ve hastaları olumsuz etkileyen her değişikliğin etkisini ise sorumlulukları olmasa dahi sağlık çalışanları göğüslemek zorunda kalmaktadır.

Dünyada sağlık çalışanları arasında şiddet bildirim oranları %36-95 arasında değişmektedir. Bu oran Bulgaristan'da %75,8'ken Avustralya'da %67,2'dir. Ölümle sonuçlanan işyeri şiddet vakaları son 10 yılda tüm sektörlerde azalırken sağlıkta değişmemiştir. ABD Hastalık Kontrol Merkezi 2013 verilerine göre hastanelerde ateşli silah yaralanmaları 2000-2005 arası yılda ortalama dokuzdan 2006-2011 yılları arasında yılda ortalama 17'ye çıkmıştır.

Türkiye'de çeşitli araştırmalarda sağlık çalışanları tarafından bildirilen şiddete maruz kalma oranları %49-91 arasında değişmektedir. Sağlık kurumlarından günde ortalama 30 Beyaz Kod bildirim yapılmaktadır.

İşyerinde şiddet iş kazası olarak kabul edilmelidir. Uluslararası Çalışma Örgütü iş kazasını "bir ya da birden fazla çalışanda yaralanmaya, hastalığa ya da ölüme neden olan, işten ya da iş ile ilgili olan bir nedenden kaynaklanan, şiddet davranışlarını da içeren beklenmeyen ve planlanmamış olay" olarak tanımlamaktadır. Türkiye'de de iş kazası tanımı işyerinde çalışanın işle ilgili görevini yerine getirirken gerçekleşen ve çalışanı beden ve ruhen özre

uğratan olay olarak kabul edilir. Buna göre şiddet vakaları iş kazası olarak kabul edilmeli ve Sosyal Güvenlik Kurumu'na bildirilmelidir. Şiddetin iş kazası olarak kabul edilmemesi işverenin güvenli çalışma ortamı sağlamadaki sorumluluğunu gizlenmesine neden olmaktadır. Türkiye'de çıkarılan tebliğ ve yönetmeliklerde çalışma ortam ve koşullarında iyileştirmelere de yer verilmesine rağmen, hukuki anlaşmazlık durumlarında Bakanlık sorumluluğunu ücretsiz avukat sağlamakla sınırlamıştır.

Şiddet en sık acil servisler, birinci basamak, evde bakım hizmetleri, psikiyatri klinikleri, bekleme salonları ve hastanedeki tüm dar alanlarda gerçekleşmekte ve en fazla hemşireleri ve asistan hekimleri etkilemektedir. 2013 yılında Türkiye genelinde yapılan bir araştırmada fiziksel şiddet haftalık 40 saatin üstünde çalışanların %15,5'inde bildirilirken, altında çalışanlarda %7,5'tir. Nöbetli çalışanlarda iki kat fazla saptanmıştır. Sözleşmeli çalışanlar şiddete daha fazla maruz kalmaktadır. Yılda 11 ve üzeri şiddet maruziyeti sözleşmeli çalışanlarda %20,6, kadrolu çalışanlarda %11'dir.

Kadınlar şiddete erkeklerden daha sık maruz kalmaktadır. Türkiye'de kadın sağlık çalışanlarının ve hemşirelerin daha çok şiddet görme nedenleri arasında kültürel olarak kadından itaat beklenmesi, küçük fiziksel yapıya sahip olmaları, hasta/yakınları ile daha yakın temas içinde olmaları, hastanın hastaneye yatışından taburculuğuna kadar her süreçte rol almaları, hastanın gergin ve stresli olduğu anlarda ilk karşılayan meslek grubu olması gösterilmektedir.

Şiddetle mücadelede politik kararlılık önem taşımaktadır. Yasa koyucu işyerlerindeki psikososyal tehlikeleri önleyici müdahalelerin yanında sağlık çalışanına yönelik şiddeti caydırıcı cezalar koymalıdır. Son 20 yılda birçok ülke iş kanununa, işçi sağlığı ve güvenliğiyle ilgili yasal düzenlemelere, ceza kanununa işverenin güvenli çalışma ortamı sağlama yükümlülüğüne de vurgu yapan, şiddet uygulayanları caydırıcı yasalar eklemiştir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı bu konudabirçok önlem almaktadır. Bunlara örnek olarak 1111 Beyaz Kod uygulaması, Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği, Hastane Kalite Standartları, Şid-

dete Sıfır Tolerans Kampanyası verilebilir. Ama Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla birlikte yukarıda da bahsedilen kök nedenler çözümediği, için bu önlemler yeterli olmamakta, yıllar içinde şiddet başvuruları artmaktadır.

Lipscomb ve Borwegen, şiddetle mücadelenin yetersiz olmasını hasta sağlığının çalışandan daha öncelikli kabul edilmesi, işçi sağlığı uygulamalarının sağlık alanında yeni olması, sağlık çalışanlarının bağımsız çalıştığına dair yanlış algı, sağlık kurumlarının daha çok kadınlar çalıştığı için güvenli yerler olduğuna dair inanç, sağlık sektöründe sendikalılık oranlarının düşük olması gibi nedenlerle açıklamıştır. Sağlık kurumlarında şiddet ancak toplumsal, kurumsal, sağlık çalışanlarına yönelik müdahalelerle önlenabilir.

Şiddeti önlemede toplumsal önlemler; sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale gelmesi, cepten ödemenin kaldırılması, basamaklı sevk sistemi, sağlık çalışanlarında farklı istihdam tipleriyle güvencesiz çalışmanın, performansa bağlı ödemenin ve aynı işe farklı ücret uygulamalarının kaldırılması ve kadının toplumsal statüsünün arttırıcı önlemler olarak sıralanabilir. Şiddetle ilgili haklar yasalaşmalı, topluma duyurulmalı ve cezalandırmada tolerans gösterilmemelidir.

Sağlık çalışanlarının eğitiminde eşitlikçi hasta-sağlık çalışanı ilişkisini geliştirecek müdahalelerde bulunmak, sağlık kurumlarında toplum katılımını, hastaların sağlık kurumlarında güçlenmesini sağlayacak kurullar vb. oluşturmak özellikle Avrupa'da etkinliği gösterilmiş müdahalelerdendir.

Mekânsal olarak kurumlarda alınabilecek önlemler, girişler ve otoparklarda aydınlatma ve kontroller, çalışma alanlarının genişletilmesi, gerektiğinde bariyer kullanımı, bekleme alanlarının konforlu hale getirilmesi, hasta mahremiyetine uygun yerleşim planları, tedavi alanlarına hasta yakını alınmaması, tedavi alanlarının iki çıkışının olması, uygun yönlendirme ve bilgilendirme levhaları olarak sıralanabilir.

Özellikle acil servislerde çalışan sayısı ve nöbet dağılımlarının yasalara uygun ve hakkaniyetli düzenlenmesi, çalışanlara zor

hastayla baş etme, iletişim becerileri, öfke kontrolü vb. eğitimlerin düzenli verilmesi önerilen önlemlerdendir.

Şiddet gören çalışanların hizmetten çekilme hakkını kullanabilmesi, işverence psikolojik destek sağlanması ve uygun işe dönüş mekanizmaları da rehabilitasyon için önemlidir.

Psikolojik taciz – mobing

Çalışma Bakanlığı tarafından yayınlanan Psikolojik Tacizle Mücadele Rehberi’nde “İşyerlerinde bir veya birden fazla kişi tarafından diğer kişi ya da kişilere yönelik gerçekleştirilen, belirli bir süre sistematik biçimde devam eden, yıldırma, pasifize etme veya işten uzaklaştırmayı amaçlayan; mağdur ya da mağdurların kişilik değerlerine, mesleki durumlarına, sosyal ilişkilerine veya sağlıklarına zarar veren; kötü niyetli, kasıtlı, olumsuz tutum ve davranışlar bütünü” olarak tanımlanmaktadır. Üstler tarafından astlarına uygulanabileceği gibi, astları tarafından üstlerine de uygulanabilir ya da eşitler arasında da gerçekleşebilir. Kişiye yönelik olumsuz tutum ve davranışlar gizli veya açık olabilir.

Hiyerarşik yapıdaki kurumlarda daha sık görülür. Sağlık kurumlarında oldukça sık bildirilmektedir. İsveç 1993 yılında yasalarına iş yerinde yıldırma ve mobingi suç kabul eden yasalar ekleyen ilk ülkedir. Türkiye’de de 2011 yılında yasal olarak suç kabul edilmiştir.

Psikososyal tehlikelerle ilgili uluslararası ve ulusal mevzuat

Psikososyal tehlikelerden korunmanın en önemli mekanizmalarından biri bu konuda yasal zorunlulukların olması, uygulamalarının denetlenmesidir. UÇÖ’nün temel çalışma koşullarıyla ilgili belirlediği standartlar gibi uluslararası antlaşmalar, bölgesel kuruluşlar tarafından yayınlanan bildirimler, direktifler; ulusal iş, İSG yasaları, düzenlemeleri; sendikalarla yapılan toplu sözleşme anlaşmaları temel çerçeveyi belirler.

1. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ve UÇÖ (Uluslararası Çalışma Örgütü) 2008-2017 dönemi “Çalışanların Sağlığı İçin Küresel Eylem Planı”

2. Avrupa Birliği (AB) nin 1989 yılında yürürlüğe giren psikosozal riskleri önlemeye yönelik yasal düzenlemeler ve risk analizleriyle ilgili 89/131 numaralı yönergesi
3. Çalışma süreleri, işin organizasyonu ve işin yürütülüş biçiminin çalışanın fiziksel ve ruhsal özelliklerine uygun olması gerekliliğine vurgu yapan UÇÖ'nün İş Sağlığı ve Güvenliği Sözleşmesi'nin 155 ve 164 no'lu maddeleri
4. UÇÖ (No:194) 2010 yılında güncellediği meslek hastalıkları listesine travma sonrası stres bozukluğunu ve işle ilişkili olduğu gösterilmiş ruh sağlığı sorunlarını dahil etmiştir.
5. 4857 sayılı İş Kanununun "Eşit davranma ilkesi" başlıklı beşinci maddesi, "Çalışma koşullarında değişiklik ve iş sözleşmesinin feshi" başlıklı 22 nci maddesi, "İşçinin haklı nedenle derhal fesih hakkı" başlıklı 24 üncü maddesi, "İşverenin haklı nedenle derhal fesih hakkı" başlıklı 25 inci maddesi
6. 6331 sayılı kanunun "Risklerden korunma ilkeleri" başlıklı 5. maddesindeki "İşin kişilere uygun hale getirilmesi için işyerlerinin tasarımı ile iş ekipmanı, çalışma şekli ve üretim metotlarının seçiminde özen göstermek, özellikle tekdüze çalışma ve üretim temposunun sağlık ve güvenliğe olumsuz etkilerini önlemek, önlenemiyor ise en aza indirmek" benti
7. 6331 sayılı kanuna bağlı Risk Değerlendirmesi Yönetmeliğinde psikosozal tehlikeler bölümü
8. 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun "davranış ve işbirliği" başlıklı sekizinci maddesi; amirlerin hakkaniyet ve eşitlik esasına dayanarak memurlarına davranmasıyla ilişkili 10 uncu maddesi
9. 27.06.2015 tarihli "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik" 'tepsikosozal risklerle ilgili alınması gereken önlemlere yer verilmiştir.
10. Beyaz Kod, hizmetten çekilme ve ücretsiz avukat sağlama gibi haklara yer veren yasal düzenlemelerin yer aldı-

ğı Çalışan Güvenliğı Genelgesi; Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Genelgesi ile Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik

11. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Beyaz Kod Birimi Çalışan Hakları ve Güvenliğı Rehberi
12. İşyerinde psikolojik tacizle mücadelenin öncelikle işverenin sorumluluğunda olduğunu belirten, Çalışma ve Sosyal Güvenlik İletişim Merkezi olan ALO 170 üzerinden psikologlar vasıtasıyla çalışanlara yardım ve destek sağlanmasını hükme bağlayan 2011/2 sayılı İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesi Genelgesi

Korunma ve Müdahaleler

Sağlık çalışanlarında psikososyal tehlikelerin önlenmesiyle ilgili önlemler; ulusal, kurumsal ve bireye yönelik olarak sınıflandırılabilir.

Ulusal

Bu tehlikelerle mücadelede politika yapıcıların kararlılığı, iş yasasıyla ilgili düzenlemelerin çalışanın lehine çıkarılması ve iş müfettişleri tarafından denetlenmesi en önemli basamaktır. Yasaların sadece varlığı değil denetlenmesi konusunda ulusal, bölgesel ya da il düzeyinde Çalışma ve Sağlık Bakanlıkları'nın sıkı bir işbirliği içinde olması, uygun işe yerleştirme, risk değerlendirme, işyeri düzeyinde alınması gereken önlemler, şiddet bildirimleri gibi birçok başlıkta izlem yapmaları gerekmektedir.

Ulusal Meslek hastalıkları listesine işe bağlı psikolojik yakınlama ve hastalıklar eklenmelidir.

Psikososyal tehlikelerin önlenmesinde en önemli başlıklar; iş güvencesi, hasta/çalışan sayısı, çalışma süreleridir. Bu üç başlık ne kamu ne de özel sağlık sektöründe denetlenmemektedir. Aynı

iş yapan hemşire, hekim, temizlik personeli, laboratuvar teknisyeni aynı işyerinde sözleşmeli ya da kadrolu olarak keyfi biçimde görevlendirilmekte, ücret, sosyal haklar vb. gibi birçok konuda adaletsizliklere maruz kalmaktadır. Sağlık kurumlarının kapasitesinin üzerinde hasta kabulü denetlenmeli; çalışan başına düşen hasta sayısına çalışılan bölüm göz önünde bulundurularak sınırlama getirilmelidir. Asistanların nöbet sayısı sınırlandırılmalı, nöbet ertesi izinleri verilmeli, hemşirelerin yasal sınırın üzerinde artı çalıştırılmasına izin verilmemelidir.

Görev tanımları dışında en sık çalıştırılanlar alt işverene bağlı çalıştırılan temizlik işçileri, sözleşmeli hemşireler ve asistan hekimlerdir. Bu konuda yasal zorunlulukların kapsamı genişletilmeli, yöneticilerin keyfi uygulamalarına bırakılmamalıdır.

Şiddet ve mobing konusunda politik kararlılık güçlendirilmeli, şiddete tolerans gösterilmemeli, hastalara sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve hastayla ilgili sorumluluklarının sınırını anlatan bilgilendirme kampanyaları yapılmalıdır.

Psikososyal tehlikelerden korunmanın en önemli bileşeni sendikalarlardır. Çalışan ve işveren arasındaki güç dengesizliği önündeki tek koruyucu mekanizmadır. Tüm çalışanların ortak sorunu olan istihdam, maaş, izin, işçi sağlığı ve güvenliği, sosyal haklar gibi başlıklarla ilgili savunuculukta en etkili araçtır. Sendikalılığın yüksek olduğu işyerlerinde psikososyal tehlikeler daha az görülmektedir. Çalışanların sendikalı olması teşvik edilmelidir.

Kurumsal

Psikososyal tehlikelerin bertaraf edildiği bir çalışma ortamı morali yükseltir, ekip çalışmasını ve iletişimi iyileştirir. İşten ayrılmalar, erken emeklilikler azalır, bunlar için ödenen tazminatlar, yeni çalışan yetiştirmek amacıyla yapılan eğitimler ve oryantasyon süresi için harcanan maliyetler ortadan kalkar. İş stresine karşı önlem alan işyerlerinde işe devamsızlık hızları düşüktür.

İş stresi ve sonuçları ne çalışanlar ne de işveren tarafından yeterince bilinmemektedir. Bu nedenle hem işverenlere hem de

çalışanlara bu konuda bilgi verilmesi, farkındalığın arttırılması önemlidir.

Uluslararası çalışma örgütü tarafından iş stresini önlemede işyeri düzeyinde alınması gereken genel önlemler Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. UÇÖ tarafından Önerilen İş Stresinden Korunmada Alınması Gereken Genel Önlemler

Kontrol	Çalışan sayısının yeterli olması Çalışanlara işlerini nasıl yapacakları ve düzenleyecekleri konusunda söz hakkı tanımak
İş yükü	Nöbet, çalışma saatlerinin periyodik olarak gözden geçirilmesi ve işin tamamlanması için makul süreler belirlenmesi Çalışma saatlerinin öngörülebilir ve kabul edilebilir şekilde düzenlenmesi
Sosyal destek	Çalışanlar arasında sosyal ilişkinin gelişmesine olanak tanıma Psikolojik ve fiziksel şiddetten arınmış bir işyeri sağlama İşyerinde psikolojik ve fiziksel şiddetin önlenmesi İşçiler, şefler ve yöneticiler arasında destekleyici ilişkiler olduğundan emin olma Şefin diğer işçiler için sorumluluk alabildiği ve uygun bir iletişimin sağlandığı bir altyapı oluşturmak Çalışanları ev ve işin çelişen yanlarıyla ilgili tartışma konusunda cesaretlendirmek İşin olumlu ve yararlı yönlerini vurgulayarak motivasyonu güçlendirmek
Uygun işe yerleştirme	Çalışanları psikolojik ve fiziksel becerilerine uygun işe yerleştirme Görevlendirmeleri tecrübe ve yeteneğe göre yapma Becerilerin uygun değerlendirildiğinden emin olma
Eğitim	İşçinin becerisi ve işin gerektirdikleri arasındaki uyumu geliştirecek eğitimler verme Psikososyal tehlikeler, iş stresi ve baş etme yöntemleriyle ilgili eğitimler verme
Şeffaflık ve adalet	Görev tanımlarının iyi yapılması Rol çatışması ve belirsizliğini ortadan kaldıracak şekilde görevlendirme yapma İş güvencesi sağlama ve yapılabiliriyorsa kapsamını genişletme Yapılan işe uygun ve yeterli ücretlendirme İşle ilgili şikâyetlerin şeffaf ve adil prosedürlerle yapılması
Fiziksel çalışma koşulları	Uygun aydınlatma, donanım, hava kalitesi ve gürültü seviyeleri Tehlikeli maddelere maruziyetin önlenmesi Stresi arttıran ergonomik koşullar konusunda farkında olmak

Kaynak: UÇÖ, 2012

Çalışan sağlığı güvenliği birimlerinin psikososyal tehlikelerle ilgili sorumlulukları;

1. İşyeri İşçi Sağlığı ve Güvenliği Kurulu'nda psikososyal tehlikeler ve sonuçlarıyla ilgili bir eğitim yapılmalı; çalışan ve işveren temsilcilerinin bu konuyla ilgili alınacak her önlemin hem çalışan hem de iş açısından önemini anlaması sağlanmalı; alınacak önlemlerle ilgili mutlaka yazılı onay alınmalıdır. Her toplantıda bu konu ayrıca gündeme alınmalı, hem sorunlar hem de çözüm önerileri tartışılmalıdır.
2. İşe giriş muayenelerinde çalışanın sağlığına uygun işte çalıştırıldığından emin olunmalıdır. Çalışanın fiziksel ve ruhsal kapasitesinin üzerinde çalışıldığı düşünülen durumlar işçi sağlığı ve güvenliği kurullarında ele alınmalı ve yeniden değerlendirilmesi sağlanmalıdır. İşyerinde ruhsal sağlık sorunları olan kişiler düzenli olarak izlenmeli, gerektiğinde psikologlardan destek almalı, bölüm değişikliği gündeme getirilebilmelidir.
3. Risk değerlendirmesinde psikososyal tehlikeler mutlaka ayrı bir başlık olarak değerlendirilmelidir. Değerlendirmeyi yapan ekipte sadece mühendis, hekim ya da hemşire değil, çalışan ve işveren temsilcilerinin Risk Değerlendirme Yönetmeliği'nde de belirtildiği üzere mutlaka bulunması ve görüşlerinin alınması gerekmektedir.

Risk değerlendirmesinde kullanılacak az sayıda Türkçe kaynak bulunmaktadır. Bunlardan biri psikososyal tehlikeleri; yetersiz düzenleme yapılmış işler, dağılımı yetersiz iş organizasyonu, dağılımı yetersiz sosyal koşullar ve yetersiz biçimde organize edilmiş iş ve çalışma ortamı koşulları başlıklarında değerlendiren ISSA (2009)'nın hazırladığı Tehlike Değerlendirmesi – Genel Kılavuz'udur.

AB İşçi Sağlığı ve Güvenliği İdaresi'nin hazırladığı rehberde, risk değerlendirmesinde; psikososyal destek, örgüt kültürü, iyi yöneticilik, nezaket ve saygı, psikolojik işyükü, gelişme ve kariyer olanakları, tanınma ve ödüllendirme,

katılım ve etki, iş yükü yönetimi, örgütsel bağlılık, şiddet, yıldırma ve tacizden psikolojik korunma, fiziksel iş güvenliği, çalışanlar tarafından bildirilen stres yapan tüm başlıkların ele alınmasını önerilmektedir.

Ayrıca çalışanlara belirli aralıklarla uygulanabilecek geçerliliği ve güvenilirliği çalışılmış iş stresi ve tükenmişlik ölçekleri vardır. Bazı işverenler ya da sendikalar bu anketleri çalışanlara belirli periyotlarla uygulamakta ve stresi arttıran etmenleri çalışanların yanıtlarıyla değerlendirmektedir.

4. Çalışan sağlığı birimleri ruh sağlığı sorunu olan, şiddet, yıldırma ya da cinsel taciz vb. sorunlar yaşayan çalışanlar için psikolojik danışmanlık hizmeti sunmalı ya da uygun bir sevk olanağı planlanmalıdır. Bu çalışanların işe dönüş ve uyumu için programlar geliştirmek de işverenin görevlerindedir.

Tablo 4. Risk Değerlendirmesinde Sağlık Kurumlarında Sorgulanması Gereken Bazı Başlıklar

1. Bir ayda ortalama
- Ayaktan hasta sayısı, yatan hasta sayısı, yoğun bakım hasta sayısı, acil hasta sayısı, evde bakım hastası sayısı, alan çalışması sayısı
2. Bir ayda ortalama çalışan
- ebe, hemşire, hekim, sağlık teknisyeni, temizlik personeli sayısı
3. Nöbet/çalışan sayısı (hekim, ebe, hemşire ve diğer ayrı olarak)
4. İzinlerde çalışan sayıları (hekim, ebe, hemşire ve diğer ayrı olarak)
5. Aylık ortalama çalışma süreleri (hekim, ebe, hemşire ve diğer ayrı olarak)
6. Nöbet tarihleri için çalışanların görüşü alınıyor mu?
7. İzin tarihlerine çalışan karar verebiliyor mu?
8. Çalışanların işyükü bireysel düzeyde düzenli olarak kontrol ediliyor mu?
9. Son bir yılda rapor vb. nedenlerle işe gelmeyen gün/kişi sayısı
10. Son bir yılda işten ayrılan, emekli olan, işe başlayan kişi sayısı
11. Yazılı görev tanımları varlığı
12. Görev tanımları hazırlanırken çalışanın görüşleri alınmış mı?
13. Tek başına çalışma zorunluluğu olan kişi sayısı
14. Yıllık şiddet/Beyaz Kod vaka sayısı ve yerleri

15. Beyaz koda yanıt planı var mı?
16. Son bir yılda Beyaz Kod ya da şiddet sonrası hizmetten çekilme hakkını kullanan çalışan sayısı
17. Güvenlik kamerası, güvenlik elemanı, kaçış için ayrı çıkış varlığı
18. Şiddetin sık görüldüğü yer, zaman kişi özellikleri
19. Yıldırma ile ilgili başvuru ya da dava varlığı
20. Farklı din, etnik köken, cinsel yönelim vb. çalışan kişi sayısı
21. Kadın çalışanların işyerinde taciz vb. sorunları rahatlıkla iletebilecekleri belirli birim/kişi varlığı
22. Çalışanlar arası sorun varlığı
23. Yöneticilerle sorun varlığı
24. Son bir yılda tüm çalışanların katıldığı bölüm toplantı sayısı
25. Ev/iş yaşamını uyumlulaştırma için herhangi program/müdahale varlığı (kreş vb.)
26. Gece nöbetlerde eve gidiş ve dönüşler için güvenli ulaşım varlığı

Bireye yönelik önlemler

Çalışma ortamında bireyi korumaya yönelik zaman yönetimi; nefes ve gevşeme egzersizleri, yoga, kognitif ve davranışçı teknikler gibi stresle baş etme teknikleri; stres yönetimi; iletişim becerileri, zor hastayla çalışma teknikleri gibi başlıklarda eğitim verilmesi önerilmektedir. Awa ve arkadaşları tarafından yazılan bir derlemede kişiye yönelik olarak yapılan bu müdahalelerin etkisinin kısa süreli ve geçici olduğu saptanırken, işin yapılış biçimini ya da zamanını değiştirme gibi işle ilgili müdahalelerle birlikte yapıldıklarında bu eğitimlerin etkisinin daha uzun süreli ve etkili olduğu saptanmıştır.

Sendikaların rolü

İş güvencesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri, sendikaların varlık nedenlerindedir. İşyerinde çalışanların psikolojik iyilik haliyle ilgili önemli sorumlulukları vardır. Psikososyal sağlık ve güvenlik önlemleriyle ilgili izlem ve savunuculuk yapmak bunlardan birisidir. İşyeri sendika temsilcileri çalıştıkları kurumlarda hem risk değerlendirmesinde

sorumluluk olarak hem de kendilerine gelen başvuruları kaydedip, izleyip, değerlendirerek konuyu sendikanın tüm kurullarına taşımaktadır.

İkinci olarak iş stresi, tükenmişlik ya da başka nedenlerle ruh sağlığı sorunları olan çalışanlara işyeri tarafından destek verilmesi için girişimlerde bulunmalıdır.

Sendikalar iş stresi, tükenmişlik, mobing ve şiddetle ilgili bağımsız araştırmalar yürütüp, sonuçlarına göre ulusal, işyeri ve çalışan düzeyinde çözüm önerileri geliştirmeli ve çalışanlar için gerekli müdahalelerin politikalarda yer alması için çaba harcamalıdır.

Tablo 5. Psikososyal Tehlikelerle İlgili Sendikaların Bazı Sorumlulukları

Toplu sözleşmelerde
<ul style="list-style-type: none">- Çalışanların işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden faydalanmasının sağlanması- Çalışanların işçi sağlığı iş güvenliği kurullarında temsiliyetinin artırılması- Çalışılan birime göre (cerrahi, dahili, yoğun bakım, acil, servis vb.) hasta/çalışan sayılarına zorunlu standartlar getirilmesi- Nöbet sayısı üst sınırı- Gece çalışma üst sınırı- Nöbet ertesi izinlerin kullanımı- Ev-iş yaşamını uyumlulaştırıcı sadece kadın değil erkek çalışanlar için de zorunlu kreş- Cinsiyet, din, dil, etnik köken, cinsel yönelim vb. gibi ayrımcılık olasılıklarına karşı garanti- Eşit işe eşit ücret (cinsiyete duyarlı)- Güvenceli sözleşme- Aynı işe birden fazla istihdam tipinin kaldırılması- Performansa bağlı ödemelere karşı duruş
İşe girişlerde
<ul style="list-style-type: none">- Çalışanın becerilerine uygun işe yerleştirilmesi konusunda destek- Akıl sağlığı sorunu olanların hak kaybına ve mobinge uğramaması için takip
Kurumda
<ul style="list-style-type: none">- Risk değerlendirmelerine aktif katılım- İşçi Sağlığı Güvenliği Kurullarında psikososyal risklerin sunumu ve çözüm önerilerinin izlenmesi- Şiddet ve yıldırma sorunu yaşayan çalışanlara destek programı- İş arkadaşları ya da yöneticilerle sorun yaşayan çalışanlara hukuki destek birimi

Kaynaklar

1. Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, ve ark. (2005).AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 4: 55-66
2. Arnetz BB. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today- Social Science and Medicine 52 203±213.
3. Awa W.L., Plaumann M, Walter U. (2010) Burnout prevention: A review of intervention programs. Patient Education and Counseling 78 :184–190
4. Can SS, Güngör B, Rustem AŞKIN R, Hekim İntiharları. Kriz Dergisi 21 (1-2-3): 33-39
5. ÇSGB (2014) İşyerlerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) Bilgilendirme Rehberi. https://www.cs.gb.gov.tr/media/2053/mobbing_2014.pdf Erişim 18/09/2016
6. Cox, T., Griffith, A., Rial-Gonzalez, E. (2000) Research on Work-related Stress, EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, , Erişim Tarihi: 03/06/2015. 1-167. <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203/view>
7. Demiral, Y. (2004). Psikososyal Tehlikeler. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. Ekim-Kasım :22-26.
8. Davas A, Gülüm EMEK, Feminist Politika Sayı 22
9. ESENER- European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (2011) Yeni Ortaya Çıkan ve Acil Önlem Gerektiren Riskler Hakkında Avrupa İşletmeler Araştırması. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, (11) 49, 38-50.
10. European Agency for Safety and Health at Work. (2009). Mental Health Promotion in The Health Care Sector Erişim Tarihi: 07/06/2015. :<https://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact46>
11. European Commission Directorate, (2011) Occupational health and safety risks in the health care sector Luxembourg: Publications Office of the European Union
12. European Agency for Safety and Health at Work (2014) Tanja de Jong, Ellen Bos (TNO) Karolina Pawłowska-Cyprysiak, Katarzyna Hildt-Ciupińska, Marzena Malińska (CIOP) Georgiana Nicolescu, Alina Trifu (INCDPM) Current and emerging issues in the health care sector, including home and community care European Risk Observatory Report Luxembourg: Publications Office of the European Union

13. Hawton K, Simkin S, Rue J, Haw C, Barbour F, Clements A, Sakarovitch C, Deeks J (2002) Suicide in female nurses in England and Wales *Psychological Medicine*, 32: 239–250.
14. HSE Health and Safety Executive (2010). What Are Psychosocial Risk Factors? <http://www.hse.gov.uk/msd/mac/psychosocial> Erişim tarihi : 20.02.2013
15. HSE, Working together to reduce stress at work A guide for employees Erişim tarihi: 19/09/2016file:///C:/Users/PC1/Desktop/HSE%20How%20to%20tackle%20work-related%20stress%20(indg430).pdf
16. Gold KJ, Sen A, Schwenk TL (2012) Details on suicide among US physicians: data From the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry*. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.08.005
17. Graversgaard, J. (2004) Key role of labour inspection: How to inspect psycho-social problems in the workplace? In: Iavicoli, S., ed. *Stress at work in enlarging Europe*. National Institute for Occupational Safety and Prevention, 65–76, Rome.
18. Kaya E, Tekin A (2013) Duygusal Emek Kavramı Çerçevesinde Sağlıkta Yeniden Yapılanma Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Yıl: 5 Sayı: 8
19. KESK (2016) Mobbing, <http://egitimsen.org.tr/wp-content/uploads/2016/02/Mobbing.pdf>
20. Lennart, L. (2011). *Psychosocial Factors, Stress and Health in Theories of Job Stress*, Hurrell, Jr., Joseph J., Levi, Lennart, Murphy, Lawrence R., Sauter, Steven L., Editor, *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*, Jeanne Mager Stellman, Editor-in-Chief. International Labor Organization, Geneva. © 2011
21. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) (2008) *Exposure to Stress Occupational Hazards in Hospitals*. DHHS (NIOSH) Publication No. 2008–136
22. OSHA, (2013), *Facts About Hospital Worker Safety* Erişim Tarihi: 4/01/2015 https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.2_Factbook_508.pdf
23. Ogan H, Sağlık Çalışanlarının Sağlık Çalışma Grubu,
24. ORCAB (2012) Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik, Bakım Kalitesi ve Örgütsel Kültür: Çalışan Sağlığı Birimlerinin Rolü
25. Irwin R, (2014) *Violence against healthcare workers in complex security environments* SIPRI: November 1-20

26. Özkan Ö (2015) Karojizatsu: Fazla Aşırı Yoğun Çalışmaya Bağlı İntihar .<http://www.halkinsagligi.org/karojizatsu-fazla-asiri-yogun-calismaya-bagli-intihar-ozlem-ozkan/?print=print> Erişim: 19/09/2016
27. Özkan, Ö., Emiroğlu, ON. (2006) Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 10(3): 43-50
28. Özkaplan N, Duygusal Emek ve Kadın İşi/Erkek İşi Çalışma ve Toplum, 2009/2: 19-21
29. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C (2015) Preventing occupational stress in healthcare workers (Review). The Cochrane Collaboration Issue 4
30. Schernhammer ES, Colditz G (2004) Suicide rates among physicians: a quantitative And gender assessment(meta-analysis). Am J Psychiatry, 161: 2295-2302
31. Tunç P, Gitmez A, Krespi Boothby MR (2014) An investigation of emotional labor strategies on the basis of empathy among nurses working at intensive care and in patient units Anadolu Psikiyatri Derg. ; 15(1): 45-54
32. TBMM (2013) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf> Erişim tarihi:19/09/2016.
33. Türk M, Davas A.(2015). Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Sağlığı içinde Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı. Ed. Kayahan Pala, Palme Yayıncılık, Ankara.
34. Ünsal Atan Ş, Dönmez S.(2011) Workplace Violence Against Nurses. J ForMed. 2011; 25(1): 71-80
35. Van Der Heijden F1, Dillingh G, Bakker A, Prins J. (2008) Suicide although among medical residents with burnout. Arch Suicide Res. ;12(4):344-6. doi: 10.1080/13811110802325349.
36. Yaşar H, Akduman B, Akduman GG, Doğan B, Cantürk G. (2007). Adli Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Çalışma Koşulları, İşyerinde Duygusal ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumu Ve İntihar Olasılığı İlişkisinin İncelenmesi. Tıp Dergisi; 21(1): 1-9
37. Yüçetürk E. (2012). Elif İşyerlerindeki Yıldırma Eylemlerini Önlenmede Sendikaların Rolü: Nitel Bir Araştırma. Çalışma ve Toplum, 4:41-7

SAĞLIK HİZMET ÜRETİMİNDE BİYOLOJİK TEHLİKELER

Doç. Dr. Aslı Davas

Bölümün Amacı: Sağlık kurumunda/alanda biyolojik tehlikelerle ilgili çalışma koşullarını, sağlığa etkilerini ve önleme/korunma yollarını ortaya koymak

Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla (SDP) özelden kamu eliyle hizmet satın almanın yaygınlaşması, kamu ve özel tüm sağlık kurumlarının birbiriyle rekabet eden konuma gelmesi, kamu sağlık kurumlarının temel olarak döner sermaye gelirleriyle işletilmesi, çalışan ücretlerinin performansa dayalı olarak belirlenmesi gibi politika ve uygulamalar sağlık kurumlarını daha çok hizmet satma yolunda güdülemektedir. Kişi başına düşen hekime müracaat sayısı 2002'de 3,1'den 2014'de 8,3'e yükselmiştir ve bu müracaatların %66'sı hastanelerde gerçekleşmiştir. Yapılan ameliyat sayısı 2002'den 2014'e özel sektörde 7,2 kat, kamuda da 2,4 kat artmıştır. Buna bağlı olarak yatak doluluk oranları da artmıştır. Bu dönemde çalışan sayılarında benzer artışlar gözlenmemiş toplam hekim sayısında bir buçuk kat, hemşire sayısında da iki katlık bir artış gerçekleşmiştir. Çalışan sayısına oranla yapılan iş miktarının artmış olması, birim zamanda yapılan iş miktarını ve hızlı çalışmayı artmıştır. Tüm bu gelişmeler sağlık çalışanları açısından iş kazası ve meslek hastalıkları riskini arttırmıştır. Buna ek olarak küreselleşme, ve ekolojik dengesizlik mikroorganizmaların yeryüzündeki dağılımı ve formlarını değiştirme hızını arttırmış, SARS,

domuz gribi, ebola gibi salgınlar pandemik düzeyde etkili olmuş, sağlık çalışanları açısından biyolojik tehlikeler daha riskli ve kontrol edilmesi güç hale gelmiştir.

Avrupa'da sağlık sektöründeki iş kazaları tüm sektörlerin ortalamasından %34 daha fazladır ve en önemli risk biyolojik tehlikelerdir. Her yıl bir milyon iğne batma yaralanması gerçekleşmekte, 100 yatağa 12-30 iğne batma yaralanması düşmektedir. ABD'de HIV enfeksiyonu olan 1000 sağlık çalışanı bulunmakta ve her yıl 35 yeni vaka eklenmektedir. HIV pozitifleşmektedir. Biyolojik riskler sağlık çalışanlarını öldürmektedir. Kırım Kongo Kanamalı Ateş nedeniyle altı sağlık çalışanı Türkiye'de yaşamını kaybetmiştir. İzmir'de tüberküloz hastalığı riskinin göğüs hastalıkları çalışanlarında, diğer bölümlere göre 6,37 kat, hemşirelerin doktorlara göre 2,63 kat daha fazla risk altında olduğu saptanmıştır.

Sağlık çalışanları tüm dünyada çalışan nüfusun %12'sini oluşturmaktadır ve işçi sağlığı hem hükümetlerce hem de kurumsal düzeyde sağlık sektörünün temiz ve tehlikesiz olduğuna olan yanlış inanış nedeniyle ihmal edilmiştir. Oysa birçok sağlık çalışanınun yaşamı ve kariyeri biyolojik ve kimyasal tehlikeler nedeniyle sonlanmıştır.

Sendikalar işçi sağlığı hizmetlerinin gereği gibi uygulanmasının teminatıdır. Güvencesizliğin bu derece arttığı bir ortamda çalışanlar tehlikede olduğunu bilse bile uygun olmayan işlemleri karşı çıkmadan yapmak zorunda kalmaktadır. Hastanelerdeki iş cinayetlerini önlemek için, risklerin belirlenmesinden, çalışanların riskler konusunda farkındalığını arttırmaya, önlemlerin alınması için baskı oluşturmaya ve takibine kadar birçok alanda sendikalara önemli roller düşmektedir. Sendika temsilcileri işçi sağlığı alanında bilgi sahibi olmalı ve savunuculuk rollerini iyi bir şekilde yerine getirmelidir.

En önemli tehlikeler ve bulaş yolları

Sağlık çalışanları iş yerlerinde kan, hava, fekal/oral ve temas yoluyla birçok riske maruz kalmaktadır.

Hepatit B (HBV), Hepatit C (HCV), HIV Hepatit C sağlık çalışanlarının iğne batma yaralanmalarıyla maruz kaldıkları virüslerin en tehlikelilerindedir. Sfiliz, sıtma, brusella, herpes, KKKA, Creutsfeld Jacobs, kan yoluyla bulaştığı bilinen diğer önemli enfeksiyonlardır. Bulaşlı bir hastadan bir iğne batma yaralanması sonrası sağlık çalışanına bulaş riski Hepatit B için %3–10, Hepatit C için %3, HIV içinse %0.3'tür. İşçi sağlığı önlemlerinin yokluğu bu riski çok arttırabilir. Örneğin HIV bulaş riski derin bir yara, arter ya da ven girişi için kullanılan branül/iğne ve üzerinde görünür miktarda kan varlığında, hastanın viral yükünün fazla olduğu durumlarda %5'e çıkabilir. Hava yoluyla tüberküloz, meningokoksik menenjit, influenza, SARS, boğmaca, kızamık, kızamıkçık bulaşabilir. Tüberküloz için topluma atfedilen risk %5-6, pnömokok enfeksiyonları için %14'tür. Son yıllarda domuz gribi, kızamık salgınlarında çok fazla sayıda sağlık çalışanı etkilenmiştir.

Temas yoluyla herpetik dolama, tinea pedis, siğiller, bit, uyuz sağlık çalışanlarında bulaşı en sık görülen hastalıklarındandır. Oldukça azalmakla birlikte helikobakter pylori, hepatit A, polio, salmonella ve shigella enfeksiyonlarına mesleki maruziyet gösterilmiştir.

Riskli kişiler, işlemler, yerler

Sağlık kurumlarında çalışan herkes ve hastalar biyolojik riskler açısından risk altındadır. Tüm bölümlerin de risk değerlendirmesinde ele alınması gerekmektedir. Kanlı evraklarla elini kesen tıbbi sekreterler, lavabo değiştirirken borusuna kaçan iğneyle yaralanan teknik servis çalışanları gibi birçok vakaya rastlanmaktadır. Tablo 1'de sağlık kurumlarında biyolojik tehlikeler açısından riskli çalışanlar, yerler ve işlemler sunulmaktadır

Yaralanmalar en sık enjektör/branül uçlarının kapatılması sırasında gerçekleşmektedir. Arteriyel, venöz kan alma, sütür atma, cerrahi aletin ameliyat sırasında elden ele geçirilmesi, enjektörlerin, kesici delici aletlerin sarı kesici delici alet kutularına değil

kırmızı tıbbi atık, mavi ambalaj ya da siyah evsel atık kutularına atılması, bulaşlı tıbbi araç gerecin hasta yatağında, tedavi tepsi-sinde unutulması iş kazaları açısından en önemli işlemlerdir.

Kan ve vücut sıvılarının sıçraması da sağlık kurumlarında dikkat edilmesi ve incelenmesi gereken iş kazalarındandır. Biyopsi, ameliyat, laboratuvar işlemleri sırasında maske, gözlük ya da yüz siperliği kullanılmaması nedeniyle özellikle yüze, göze sıçramalarda maruziyet sonrası tedavi işlemleri tamamlanmalıdır.

Tablo 1. Sağlık Kurumlarında Biyolojik Tehlikeler Açısından En Riskli Çalışanlar, Yerler ve İşlemler

Çalışan	Çalışma yeri	Yapılan işlem
Hemşire ve ebe	Ameliyathaneler	Muayene
Hekim	Acil Servisler	Venöz, arteriyel kan alma
Sağlık Teknisyenleri	Yoğun bakım birimleri	Vücut sıvısı örneği alma Cerrahi işlemler
Acil Tıp Teknisyenleri	Kan/örnek toplama merkezleri	Enjeksiyon
Tıbbi atık işçileri	Laboratuvarlar	Yara pansumanı
Temizlik işçileri	Diyaliz birimleri	Sağlık çalışanına bağımlı hastaların tedavi işlemleri
Teknisyenler	Patoloji	Tıbbi atık toplama
Sekreterler ve büro çalışanları	Anatomi	Çöp toplama
	Adli tıp	Bulaşlı alanların ve araçların temizliği, tamiri, dezenfeksiyonu işlemleri
	Kan bankaları	
	Sterilizasyon ve çamaşırhane birimleri	

Yasal mevzuat

Biyolojik risklerle ilgili sağlık kurumlarının uygulaması gerekenler farklı mevzuatlarda yer almaktadır. Mevzuatlar sendika temsilcileri tarafından iyi bilinmeli, çalışanlara hakları hatırlatılmalıdır.

28678 sayılı Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik hem risk değerlendirmesinin hangi tehlike gruplarına göre yapılacağını hem de alınacak önlemleri ele alan en kapsamlı yönetmeliktir. Bu yönetmelikte biyolojik etmenler dört grupta sınıflandırılmıştır. Grup 1, insanda hastalığa yol açma ihtimali bulunmayan biyolojik etkenler olarak sınıflandırılırken; Grup 2 insanda hastalığa neden olabilen, çalışanlara zarar verebilecek, ancak topluma yayılma olasılığı olmayan, genellikle etkili korunma veya tedavi imkânı bulunan biyolojik etkenler; Grup 3 insanda ağır hastalıklara neden olan, çalışanlar için ciddi tehlike oluşturan, topluma yayılma riski bulunabilen ancak genellikle etkili korunma veya tedavi imkânı olan biyolojik etkenler ve Grup 4’de insanda ağır hastalıklara neden olan, çalışanlar için ciddi tehlike oluşturan, topluma yayılma riski yüksek olan ancak etkili korunma ve tedavi yöntemi bulunmayan biyolojik etkenler olarak sınıflandırılmıştır. Risk değerlendirmesinde tüm bu mikroorganizmaların ve bunlarla çalışanların isimlerinin listelenmesi, belli bir süre boyunca kayıtlarının tutulması, periyodik muayene ve tetkiklerinin yapılması, havalandırma gibi mühendislik önlemlerinden uygun kişisel koruyucuların sağlanması ve verilmesi gereken eğitimlere kadar sağlık kurumlarına düşen sorumluluklar tanımlamıştır.

*28512 Sayılı Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği’*nde çalışma ortamında bulunan biyolojik ve benzeri tehlike kaynaklarının neden olduğu tehlikeler ile ilgili işyerinde daha önce kontrol, ölçüm, inceleme ve araştırma çalışması yapılmamış ise risk değerlendirmesi çalışmalarında kullanılmak üzere; bu tehlikelerin, nitelik ve niceliklerini ve çalışanların bunlara maruziyet seviyelerini belirlemek amacıyla gerekli bütün kontrol, ölçüm, inceleme ve araştırmalar yapılması gerektiğine dair bir madde vardır.

*Sağlık Hizmet Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik’*te bağışıklama, iş kazası izlemi, kişisel koruyucu kullanımı, çalışanların periyodik muayeneleriyle ilgili maddeler yer almakta, Hastane Kalite Standartları Rehberi’nde bu başlıklar hastanelerin kalite puanlamasında önemli bir yer tutmaktadır.

Meslek Hastalıkları Listesinde D grubu mesleki bulaşıcı hastalıklar bölümüdür. Hepatit B, HCV, HIV, tüberküloz, brusella gibi birçok etken sağlık çalışanları için meslek hastalığı olarak kabul edilmiş ve yükümlülük süreleriyle birlikte yer almıştır.

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği tüm sağlık kurumlarında tıbbi, kesici delici, tehlikeli atıkların toplanma esaslarını belirler. Sağlık çalışanları açısından en önemli yönetmeliklerden biridir. Sağlık kurumları tıbbi ve kesici delici atıkların toplanması ve bertarafı için gerekli sayıda ve kalitede malzemeyi sağlamakla ve uygun periyodlarla toplamakla yükümlüdür.

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa göre 657'ye bağlı devlet memurlarının, stajyer çalışanları da dahil olmak üzere tüm iş kazaları Sosyal Güvenlik Kurumu'na bildirilmelidir.

Umumi Hıfzısıhha Kanununda sağlık kurumlarında alınması gereken hijyen önlemleri için maddeler bulunmaktadır.

Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu donanımlarının özellikleri, temini, kullanımıyla ilgili yükümlülükleri içerir.

Ayrıca Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, 30.5.2007 tarihli, 26537 sayılı Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği ve 28790 sayılı Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği biyolojik risklerle ilgili maddeler içermektedir.

İşçi Sağlığı ve Güvenliği Birimleri

Sağlık kurumlarında biyolojik tehlikeler açısından birincil sorumlu işçi sağlığı ve güvenliği birimleridir. Bu birimin Enfeksiyon Kontrol, Laboratuvar Güvenliği ve Akreditasyon Birimleriyle koordineli çalışması gerekmektedir.

Tablo 2. Sağlık Kurumlarında İşçi Sağlığı ve Güvenliği Birimlerinin Biyolojik Riskler Açısından Görevleri

İşe giriş ve periyodik muayeneler	İş kazası kaydı ve incelenmesi
Periyodik tetkikler	İş kazası sonrası tıbbi izlem protokolleri
Bağışıklama	Kişisel koruyucular ve korumalı malzemeler
Risk değerlendirmesi	Tıbbi atık yönetiminin izlenmesi
Çalışma ortam gözetimi	Çalışanların eğitimi

İşe giriş ve periyodik muayeneler

6331 sayılı yasaya göre tüm sağlık çalışanlarının işe giriş, periyodik ve işe dönüş muayenelerinin ve tetkiklerinin ücretsiz olarak yapılması gerekmektedir. Hastaneler yasaya göre çok tehlikeli gruptadır ve periyodik muayenelerin her sene yapılması gerekmektedir. Temizlik çalışanlarının neredeyse tamamıysa taşeron şirket aracılığıyla çalışmaktadır. Yasal bir açıklık nedeniyle de az tehlikeli iş grubunda değerlendirilmekte ve beş yılda bir periyodik muayene zorunluluğu bulunmaktadır. Oysa sağlık kurumlarında çalışan herkes sağlık çalışanı olarak kabul edilmelidir. Türkiye’de yapılan araştırmalar da kesici delici alet yaralanmaları açısından en riskli gruplardan birinin hemşirelerden sonra tıbbi atık ve temizlik işçileri olduğunu göstermektedir.

İşe ilk girişte meslek hastalığı listesinde de yer alan HBV, HCV, HIV’le ilgili serolojik tetkikler istenmeli, çalışanın işe sağlıklı başladığı belgelenmelidir. Hastalık Kontrol Merkezi sağlık çalışanlarına işe girişte tüberküloz tarama testinin de yapılmasını önermektedir. İşe giriş ve periyodik tetkiklerin maliyetleri işveren tarafından karşılanmalıdır.

Çalışanlara gerekli aşilar işe girişte ücretsiz olarak yapılmalıdır. Periyodik muayenelerde çalışandan tüm bulaş yolları göz önünde bulundurularak bir yıllık öykü alınmalı ve kaydedilmelidir. Hepatit B açısından beş yılda bir periyodik muayenelerde serolojik kontrol yapılması gerekmektedir.

Aktif enfeksiyonu olan çalışanların akut dönemde istirahatları sağlanmalı, tam tedavi oluncaya kadar uygun işlere yerleştirilmelidir.

Bağışıklama

İşe giriş ve periyodik muayenelerde bağışıklama bilgisi alınmalı, aşılar tamamlanmadan kişi işe başlatılmamalıdır. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık çalışanları için önerdiği bağışıklama takvimi DSÖ'nün mutlaka yapılmasını önerdiği tüm aşıları içermektedir.

Tablo 3. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Çalışanları için Aşı Takvimi

AŞILAR	AŞININ YAPILACAĞI KİŞİLER	AŞILAMA
Hepatit B	<ul style="list-style-type: none"> - Tıp hemşirelik/ebelik fak., SMYO öğrencileri - Hasta ve hasta çıkartılmasına temasta olan tüm sağlık çalışanları - Hastanede çalışan temizlik elemanları - UMKE personeli(sivil savunma) - Acil sağlık hizmetleri ve acil sağlık araçlarındaki görevli personeller 	<ul style="list-style-type: none"> - Aşı öncesi serolojik inceleme önerilir - 0. -1.-6. Aylarda toplam 3 doz şeklinde yapılır. - 0. -1.-6.aşı şemasında aksama olması durumunda + 1. ve 2. doz arası en az 1 ay + 2. ve 3 doz arasında en az 2 ay + 1. doz ve 3. Doz arasında en az 4 ay olmalıdır. - Anti HBs en az 10 mIU/mL ise aşılama gerekli değil - Anti HBs 6 doz aşılamadan sonra halen negatif ise kişi hep B açısından yanıtız kabul edilir ve riskli temas sonrası profilakside HBİg uygulanmalıdır.
Td	<ul style="list-style-type: none"> - Tıp hemşirelik/ebelik fak., SMYO öğrencileri - Tüm sağlık çalışanları - hastanede çalışan temizlik elemanları - UMKE personeli(sivil savunma) - Acil sağlık hizmetleri ve acil sağlık araçlarındaki görevli personeller 	<ul style="list-style-type: none"> - Daha önce aşılanma durumu kayıt altında olmayan tüm sağlık çalışanlarının 3 doz Td aşısı ile aşılanması gerekmektedir. - 0.-1.-7. Aylarda olmak üzere 3 doz aşı yapılır. Primer serisi tamamlanan tüm sağlık çalışanlarına 10 yılda bir Td aşısı yapılmalıdır.
Hepatit A	<ul style="list-style-type: none"> - Tıp hemşirelik/ebelik fak., SMYO öğrencileri - Alt bakımı veren servis çalışanları (pediatri servisleri, çocuk enfeksiyon, yetişkin yoğun bakım vs.) bu bölümlerde çalışan temizlik personeli - Fekal materyal ile çalışan laboratuvar çalışanları - Acil sağlık hizmetleri ve acil sağlık araçlarındaki görevli personeller - UMKE çalışanları 	<ul style="list-style-type: none"> - 6 ay ara ile 2 doz aşı 0. - 6. Aylarda - Aşılama öncesi seroloji düzeyine bakılmamalıdır. - Gebelikte yapılmamalıdır.

KKK	<ul style="list-style-type: none"> - Tıp hemşirelik/ebelik fak., SMYO öğrencileri - Tüm sağlık çalışanları - hastanede çalışan temizlik elemanları - UMKE personeli(sivil savunma) - Acil sağlık hizmetleri ve acil sağlık araçlarındaki görevli personeller 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 ay ara ile iki doz aşı uygulanır. - KKK hastalığını geçirdiklerine dair kaydı olanlar ve laboratuvar sonuçları olanlara aşı yapmaya gerek yoktur.
Grip	<ul style="list-style-type: none"> - Tıp hemşirelik/ebelik fak., SMYO öğrencileri - Tüm sağlık çalışanları - hastanede çalışan temizlik elemanları - UMKE personeli(sivil savunma) - Acil sağlık hizmetleri ve acil sağlık araçlarındaki görevli personeller - çalışan temizlik elemanları, UMKE personeli ve acil sağlık araçlarındaki görevli personeller 	<ul style="list-style-type: none"> - Her yıl 1 doz aşı uygulanması yapılır.
Meningokok	Laboratuvar ortamlarında meningokok ile karşılaşma ihtimali bulunan mikrobiyoloji çalışanları için gereklidir.	<ul style="list-style-type: none"> - 55 yaş ve altına konjuge meningokok aşısı iki ay arayla 2 doz uygulanır. - 55 yaş üzerine polisakkarit meningokok aşısı tek uygulanır. - Temasın devam etmesi durumunda her iki aşı da 5 yılda bir tekrarlanır.
Suçiçeği	<ul style="list-style-type: none"> - Tıp Fak. öğrencileri - Hemşirelik/ebelik Fak. öğrencileri - SMY okul öğrencileri - Tüm sağlık çalışanları - hastanede çalışan temizlik elemanları - UMKE personeli(sivil savunma) - Acil sağlık hizmetleri ve acil sağlık araçlarındaki görevli personeller 	<ul style="list-style-type: none"> - Suçiçeği geçirdiğine dair öyküsü bulunmayan veya aşı kaydı olmayan kişilerin antikor düzeyi değerlendirilmelidir. - 4 hafta ara ile 2 doz şeklinde uygulanır.

Aşıların sağlık çalışanlarına ücretsiz sağlanması gerekmektedir. Kamu kurumları Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2009/17 no.lu genelgesine göre bildirimde bulunarak sağlık müdürlüklerinden bu aşıları ücretsiz alabilmektedir.

Türkiye'de yapılan bir araştırmada, KKK (Kızamık Kabakulak Kızamıkçık) aşısı için serolojik tarama yapmadan, su çiçeği içinse seroloji bakılarak aşı uygulanmasının maliyet etkin olduğu gösterilmiştir.

Araştırmalara göre tıbbi atık ve temizlik işçilerinin aşılanma oranları düşüktür. Sağlık Bakanlığı tüm sağlık çalışanlarını Aralık 1996'dan itibaren Hepatit B aşılanma profilaksisine dahil etmesine rağmen, yapılan çalışmalarda temizlik çalışanlarında aşılanma

oranlarının (%23,1-64) hala çok düşük düzeylerde olduğu görülmüştür.

İş kazası kayıt sistemi ve kaza sonrası önlemler

Kesici delici yaralanmalar, kan ve vücut sıvılarının sıçraması gibi biyolojik tehlikelerle ilgili tüm ramak kala ve iş kazaları işçi sağlığı ve güvenliği birimlerinde kaydedilmeli, üç iş günü içinde Sosyal Güvenlik Kurumu'na bildirilmelidir. HBV, HCV, HIV gibi enfeksiyonlarının meslek hastalığı olarak kabulü için kazaların mutlaka kaydı olması gerekmektedir. Bulaşlı yaralanmalar için bir maruziyet sonrası kontrol planı hazırlanmalı ve tüm çalışanlara eğitimlerle duyurulmalıdır. Tüm çalışanlar iş kazası sonrası 24 saat boyunca tedavi edilebilmelidir. Kanla bulaşlı ya da kesici delici aletlerle yaralanma sonrası hastanın ve çalışanın serolojik kontrolleri yapılmalı gereğinde çalışana aşı ve immuglobulin uygulanmalıdır. Enfeksiyonun pencere dönemi göz önünde bulundurularak çalışan bir, üç ve altıncı aylarda serolojik olarak izlenmelidir.

Ramak kala ve iş kazaları periyodik olarak analiz edilmeli, tehlike ve kazalar açısından riskli kişi, yer, zaman, işlemler belirlenmeli gerekli önlemlerin alınabilmesi için girişimde bulunulmalıdır.

Kişisel koruyucu donanım (KKD)

İşverenler çalışanlara kişisel koruyucuları ücretsiz, uygun boyutta, sayıda ve kalitede sağlamak zorundadır. CE belgesinin olmasına dikkat edilmeli ve ilgili TSE standartlarını karşıladığından emin olunmalıdır. Kişisel koruyucular her zaman ulaşılabilir olmalı, çalışanlara imza karşılığı teslim edilmelidir. 6331'e göre çalışanların da kendilerini, iş arkadaşlarını ve hastaları korumak için kişisel koruyucuları her zaman kullanma sorumluluğu bulunmaktadır.

Sağlık çalışanları tüm hastaları enfekte kabul etmeli, kan alma, sütür atma, biyopsi vb. gibi tüm girişimsel işlemlerde eldiven, maske, gözlük ve önlük kullanılmalıdır.

Lateks alerjisi olan çalışanlar için nitril eldiven ve tüberkülozlu hastalarla çalışırken kullanılması gereken özel maske, bulunmadığı durumlarda N95 maske sağlanmalıdır.

NIOSH, CDC, DSÖ gibi işçi sağlığıyla ilgili kurumlar mali sıkıntılar olmadığı sürece tüm girişimsel işlemlerde korumalı branül, enjektör gibi araç gereçlerin kullanılmasını tavsiye etmektedir. Maliyet sıkıntısı olduğu durumlarda ise enfeksiyonu bilinen hastalar için her sağlık biriminde belli miktarda bu koruyucu branül ve enjektörlerin bulundurulmasını ve kullanılmasını tavsiye etmektedir. Otomatik olarak kapanan, iğne ucunun çekildiği "pasif" olarak adlandırılan kesici delicilerin kullanılmaya başlanmasından sonra kesici delici alet yaralanmaları on binde 5,2'den 0,06'ya düşmüştür. İğnesiz ya da korumalı iğneli iv sistemlerin kullanılmaya başlamasından sonra da kazalarda %62-88 azalma olmuştur.

Tıbbi atık yönetimi

Sağlık kurumlarında her gün üretilen, kesici delici, kan ve vücut sıvılarıyla bulaşlı, enfeksiyöz, patolojik, sitotoksik, genotoksik, kimyasal ve radyoaktif atıklar tıbbi atık olarak tanımlanmakta ve Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre hastanedeki tüm atıkların yaklaşık %10-25'ini oluşturmaktadır. Tıbbi Atık Yönetmeliğinin 10. Maddesi gereği işverenler;

"Her bir birimde 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 zorundadır. Yönetmelikte tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçların turuncu renkli olması, üzerlerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunması tavsiye edilmektedir."

Atıkları bu konuda özel eğitim almış, uygun kalınlıkta turuncu bir tulum, eldiven, maske, gözlük ve çizmelerden oluşan kişisel koruyucuları sağlanmış çalışanlarca toplanması gerekmektedir. Tıbbi atık işçilerinin evsel atık işçilerine göre Hepatit B açısından altı kat daha riskli olduğunu gösteren bir araştırma mevcuttur. ABD’de her yıl tıbbi atığa bağlı 162-321 Hepatit B vakası görülmektedir. 1992’de Fransa’da mesleki hastalık tanısı alan sekiz HIV vakasının ikisi çöp toplama işçisidir.

Atıklarla ilgili en önemli yaralanma nedenlerinden biri atıkların sağlık çalışanları tarafından doğru kutuya atılmamasıdır. Tüm sağlık kurumlarında yönetmeliğe uygun şekilde evsel atıklar siyah torbalarla, ambalaj atıkları mavi torbalarla, tıbbi atıklar kırmızı torbalarla, kesici deliciler sarı kalın plastikten yapılmış kutularla ve tehlikeli atıklar mavi bidonlarla toplanır. Tıbbi atıkların kaynağında ayrıştırılmasından atık ya da temizlik işçileri değil başta doktor, hemşire, ebe, veteriner, diş hekimi, laboratuvar teknik elemanı olmak üzere ilgili sağlık personeli sorumludur.

Tedavi tepsilerine küçük boy kesici delici atık kutularının eklenmesi kaynağında ayrıştırma açısından en önemli önlemlerden birisidir.

Tıbbi atık çalışanları en sık kesici delicilerin, delinmez sarı plastik ya da kartondan yapılan kutulara değil, evsel (siyah), tıbbi (kırmızı), ambalaj (mavi) atıkların toplandığı poşetlere atılmasıyla yaralanır. Bunun en önemli nedenleri; kesicilere dirençli atık kutularının olmaması ya da sayısının yetersiz olması, kutuların fazla atık oluşturduğu, tıbbi işlemin yapıldığı noktaya yerleştirilmemiş olması, hekim, hemşire vb. sağlık çalışanlarının bu konuda yeterli eğitimlerinin olmaması olarak sıralanabilir.

Tıbbi atık çalışanlarının işçi sağlığı riskleri nedeniyle %5 te olsa daha fazla ücretlerinin olması, özel eğitim alma zorunlulukları, kullanmaları gereken kişisel koruyucu donanımların (KKD)’lerin fazla olması gibi maliyetler gerekçesiyle kurumlar sadece denetimlerde “var” diye gösterebilecekleri sayıda tıbbi atık çalışanı görevlendirebilmektedir. Bu durum tıbbi atık çalışanlarının iş yükünün çok fazla olmasına; yetişemedikleri durumlarda da tıbbi

ve tehlikeli atıkları genel temizlikle görevlendirilmiş, bu alanda eğitim almamış çalışanlar tarafından toplanmasına neden olmaktadır. Manyele ve ark. Afrika'da yaptıkları birçok çalışmada kurumda yatak/çalışan, hasta/çalışan sayılarının tıbbi atıkla ilgili işçi sağlığı sorunlarını arttırdığını, çalışan başına hasta yükü arttıkça tıbbi atık yönetimine önem verilmediğini göstermişlerdir

İzolasyon önlemleri ve izolasyon odaları

İzolasyon önlemleri hem hastadan hastaya mikroorganizma bulaşını önlemek, hem de hastadan sağlık çalışanına ve ziyaretçilere mikroorganizma bulaşını önlemek açısından çok önemlidir. Standart önlemler ve bulaş yollarına yönelik izolasyon önlemleri olarak temel olarak iki başlıkta incelenir. Tüm çalışanların standart önlemlere uyması; eğitimler vererek, ortama poster ve uyarılar asılarak; ücretsiz, yeterli sayıda ve nitelikte KKD, sabun, el dezenfektanı, kağıt havlu sağlanarak teşvik edilmelidir.

Kurumlarda özellikli ve riski yüksek hastalar için mutlaka izolasyon odası ve ekstra sağlık çalışanı için düzenleme yapılmalıdır.

Bulaşma yoluna yönelik izolasyon yöntemleriyse temas, damlacık ve solunum olarak sınıflandırılmaktadır. Temel ilke bu hastaların diğerlerinden ayrı tutulması ve çalışanların ekstra koruyucu önlem almasıdır. Temas izolasyonu önlemlerinde eldiven, önlük, yüz siperliği kullanımı daha ön plandayken; damlacık önlemlerinde kaynak ve duyarlı kişi arasında yaklaşık bir metreden fazla mesafe sağlanması, çalışanın ve hastanın maske kullanımı, hastanın oda dışına çıkarılmamasına dikkat edilmelidir. Solunum izolasyonu daha güçtür. Pozitif basınçlı odalar ve saatte >12 hava değişimi sağlanmalıdır. Dış ortamdan oda içine hava akımını önlemek için odanın izolasyonu iyi yapılmış olmalıdır. Bu tür durumlarda N95 maskesi takmalıdır.

Eğitim

Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğe göre çok tehlikeli olarak kabul

edilen sağlık kurumlarında her çalışana yılda 16 saat eğitim verilmesi zorunludur. Literatürde önerilen eğitim başlıkları el yıka ma ve dezenfeksiyon, enfeksiyon bulaş yolları, standart kurallara uymanın önemi, mesleki hastalık ve yaralanmaların bildirim ve kaydının önemi, tüberküloz kontrolü, çalışan sağlık taramaları ve bağışıklama, tıbbi atık yönetimidir. Eğitimlere katılan çalışanlar ücretli izinli sayılmalı, eğitimlerin amacına uygun nitelikte olduğu kontrol edilmeli ve tam katılımları sağlanmalıdır.

Risk değerlendirmesi

Biyolojik risklerin kontrolünde en önemli araçlardan biri risk değerlendirilmesidir. Risk değerlendirilmesinde sadece yönetimin değil çalışanların katılımı sağlanmalıdır. Sendika temsilcisi risk değerlendirme ekibi içinde yer alabilir.

Risk değerlendirmesi kurum bazında yapılmalı. Her kurum için biyolojik etkenlerin yönetmeliğe uygun olarak sınıflaması yapılmalı, bulaş riskinin yüksek olduğu çalışma alanları, olası bulaş yolları, bulaşa neden olabilecek işlemler ve risk altındaki kişiler belirlenmelidir.

Gezilen her bir birim için, çalışma ortamının genel havalandırma durumu (açık havaya erişim durumu, hepafiltre, negatif basınç varlığı), tüm çalışanların bağışıklama durumu, kaç tane kesici delici aletle ya da bulaşlı iş kazası gerçekleştiği, kaza sonrası yazılı maruziyet planı varlığı, uygun kişisel koruyucular ve yıllık tüketim miktarları değerlendirilmelidir(European Agency for Safety and Health at Work, 2014; European Commission Directorate, 2011).

Dezenfeksiyon, sterilizasyon prosedürleri, uygunluğu, yapan personelin eğitimi kaydedilmelidir. Tıbbi atık işlemleri gözden geçirilmeli, kutu sayısı, kaliteleri, yerlerinin uygunluğu, tepsilerde tıbbi atık kutusu varlığı raporlanmalıdır. İzolasyon odasının varlığı, odada yeterli kişisel koruyucu bulunma durumu, korumalı enjektör vb. sağlanması gözden geçirilmelidir.

Tablo 4. Risk Değerlendirmesinde Biyolojik Tehlikelerin Değerlendirmesi için Örnek Liste

Tehlikeler	Durum
Bölümdeki hemşire, doktor ve diğer çalışan başına düşen ayakta ya da yatan hasta sayıları	
Bölümün havalandırması nasıl?	
Pencereler doğrudan açık havaya açılıyor mu?	
Hepa filtre mevcut mu?	
Tüberküloz vb. hastaların yatış ihtimali varsa negatif basınçlı oda mevcut mu?	
Riski yüksek hastalar için izolasyon odası var mı?	
İzolasyon odasına ayrılacak hemşire, çalışan mevcut mu?	
İzolasyon odası için ayrı kişisel koruyucular mevcut mu?	
Riskli hastalarda kullanılmak üzere koruyuculu branül, enjektör, vb. mevcut mu ve ulaşılabilir mi?	
Kesici delici, tıbbi, evsel ve ambalaj atık kovalarının sayısı yeterli mi?	
Atık kutuları uygun yerlerde mi?	
Kutuların etrafında yerde kesici delici atıklar mevcut mu?	
Tedavi tepsilerinde kesici delici atık kutusu mevcut mu?	
Tıbbi atıklar ne sıklıkta toplanıyor?	
Tıbbi atık toplama sıklığı çalışanlar için yeterli mi?	
Çalışanların tıbbi atık yönetimiyle ilgili eğitimleri var mı?	
Hangi kişisel koruyucular kullanılıyor?	
KKD yeterli miktarda mı?	
KKD boyutları ve niteliği uygun mu?	
Kesici delici aletle iş kazası sayısı	
Kan ve vücut sıvısına maruziyet sayısı	
Kaza sonrası maruziyet için yazılı prosedür var mı?	
Kaza sonrası maruziyet planı uygulanıyor mu?	
Çalışanların bağışıklama durumu	
Sterilizasyon, dezenfeksiyon işlemleri kim tarafından yapılıyor?	
Sterilizasyon, dezenfeksiyon işlemleri yeterli mi?	

İşçi sağlığı önlem hiyerarşisine göre kesici delici alet yaralanmalarını azaltmak için öneriler

1. Gereksiz işlemleri engelle, tehlikeli maddeyi/aracı tehlikesizle değiştir

- a. Gereksiz yatışların önlenmesi,
 - b. Gereksiz tahlillerin istenmemesi
 - c. Eğer tedavi oral yapılabilirse enjeksiyon ya da damar yolunun kesinlikle açılmaması,
2. Çalışanları bağışıklıkla, dirençli hale getir
 3. Mühendislik kontrolleri
 - a. Korunmalı/güvenli kesici delici aletlerin kullanılması
 - b. Tepsilere tıbbi atık kutusu
 - c. Uygun tedavi arabaları
 4. İdari önlemler
 - a. Kurum politikasının belirlenmesi ve çalışanlara duyurulması
 - b. Kurumun işçi sağlığı ve güvenliği için kaynak ayırması
 - c. İşçi sağlığı ve güvenliği biriminin olması
 - d. Çalışan sayısı ve iş yükünün düzenlenmesi
 - e. Eğitimler
 - f. Maruziyet kontrol planları
 5. İşyeri kontrolleri
 - a. Evrensel önlemlere uyumun izlenmesi
 - b. Tıbbi atık yönetimi ve denetimi
 - c. KKD'lerin sağlanması
 - d. Kişisel koruyucu kullanımı

Sendika Temsilcileri neler yapabilir?

Sendikalar kurumsal olarak şubelerinin bulunduğu hastanelerle ilgili bilgi sahibi olmalı, temsilcilerini hastanedeki riskler ve alınabilecek önlemlerle ilgili hem hukuki hem eğitim hem de teknik olarak desteklemelidir.

Birimlerdeki temsilciler, çalışanların bu konudaki sorunlarını sadece genel düzeyde değil bireysel düzeyde takip edebilmelidir. Kurum içinde temsilciler bu konuda yetkin ve güvenilir öncüler olmalıdır.

1. Risk değerlendirmesine katılmalı ve rapora çalışanların görüşlerinin yansıtılmasını sağlamalıdır. Ayrıca risk değerlendirmesinde önerilen önlemlerin uygun tarihte ve şekilde uygulanmasını takip etmeli, gerekirse işçi sağlığı ve güvenliği kurullarında uyarılarda bulunmalıdır.
2. Risk değerlendirmesinde çalışan sayıları açısından sorun olan bölümleri izleme almalı, koşulların düzeltilmesi için girişimlerde bulunulmalıdır.
3. Hastanede bağışıklamayla ilgili durumu takip edebilmeli, gerektiğinde işverene ücretsiz bağışıklama zorunluluğunun hatırlatmalıdır.
4. İş kazalarının gerçek nedenlerinin ortaya çıkarılması ve nlenbilmesi için gerekli müdahalelerin yapılıp yapılmadığını takip etmeli ve iş kazası geçirenlere destek olmalıdır.
5. İş kazası bildirimlerinin Sosyal Güvenlik Kurumları'na yapılmasını talep etmelidir. İş kazası sonrası çalışana ücretsiz olarak hem serolojik kontrollerin yapılmasını hem de gerekli tedavinin sağlanmasını takip etmelidir.
6. Kurum içinde kişiisel koruyucular uygun boyutta, sayıda ve nitelikte sağlanıyor mu, sağlanamadığı dönemler var mı; KKD'ların seçiminde cinsiyete bağlı ayrımcılık mevcut mu gibi soruların yanıtlarını araştırmalıdır.
7. Özellikle tıbbi atık ve temizlik çalışanlarının güvencesiz çalışmaya bağlı olarak işçi sağlığı ve güvenliği açısından ihmal edilmiş oldukları bilinmektedir. Yönetim karşısında desteklenmeleri ve diğer çalışanların da bu konudaki sıkıntılarda dayanışma içinde olmasının sağlanması konusunda girişimlerde bulunmasını sağlamak önemlidir.
8. Riskli durumlarda izolasyon odalarının kullanılıp, kullanılmama gerekçelerini iyi takip etmelidir. Riskli bölüm ve durumlarda korumalı enjektör, branül vb. sağlanıp sağlanmadığını takip etmelidir.

Kaynaklar

1. Balcı E., Horoz D., Gün İ., Öztürk Y., (2005) Temizlik işinde çalışan kişilerin temizlik ve sağlık davranışının değerlendirilmesi, *Erciyes Tıp Dergisi*, 27: 158-166.
2. Carpenter, LM., Swerdlow. AJ., Fear, NT.(1997) Mortality of Doctors in Different Specialties:Findings From a Cohort of 20000 NHS Hospital Consultants. *Occup Environ Med* 54(6):388-95.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings, 2005. *MMWR* 2005;54(No. RR-17):
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2005) Updated US Public Health Service Guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR. Morb Mortal Wkly Rep* 2005; 54(RR9):1-24
5. Centers for Disease Control and Prevention, (2013). Guidance for evaluating Health-care Personnel for Hepatitis B virüs Protection and for Administring Postexposure Management. *MMRW*; 62(RR10);1-19.
6. Dokuzoğuz B. (2014). Sağlık Çalışanlarında Güncel Aşı Önerileri. *ANKEM Derg*; 28(Ek 2):199-206
7. Ersoy S, Çetinkaya F., Alp E., (2014) Hastane temizlik çalışanlarının hastane enfeksiyonları ve korunma ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*; 23: 1-9
8. European Agency for Safety and Health at Work. (2014).Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care. *European Risk Observatory Report Luxembourg: Publications Office of the European Union.*
9. European Commission Directorate, (2011) Occupational health and safety risks in the healthcare sector Luxembourg: Publications Office of the European Union, Erişim Tarihi04/01/2015 http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/INSHT%20en%20Europa/destacados_Documentacion/Ficheros/GuiaUE%20SectorSanitario%202011.en.Pdf
10. Ivens U.I., Ebbehøj N., Poulsen O.M., Skov T. (1997) Season, equipment, and job function related to gastrointestinal problems in waste collectors, *Occupational and Environmental Medicine*;54:861-867

11. İzgi M.C., Öztürk Türkmen H. (2012) Akdeniz Üniversitesi'nde taşeron sağlık işçilerinin işçi sağlığı ve iş güvenliği durum tespiti, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(3):160-172.
12. Kılıncı O., Uçan E.S., Çakan A., et al.(2000). İzmir'de Sağlık Çalışanları Arasında Tüberküloz Hastalığı Riski: Tüberküloz Meslek Hastalığı Olarak Kabul Edilebilir mi? *Toraks Dergisi*; 1(1): 19-24.
13. Kıran, S.(2003) Sağlık Çalışanlarında Mesleki Etkenlerle Karşılaşma Düzeyleri ve Hastalık-Yakınma İlişkinin Değerlendirilmesi. Doktora. İzmir: 9 Eylül Üniversitesi
14. Manyele, S.V. (2004) Effects of Improper Hospital Waste Management on Occupational Health and Safety. *African Newsletter on Occupational Health and Safety* 14, 30-33.
15. OSHA, (2013), Facts About Hospital Worker Safety Erişim Tarihi:4/01/2015 https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.2_Factbook_508.pdf
16. Ream P.S.F., Tipple A.F.V., Salgado T.A., Souza A.C.S., Souza S.M.B., Galdino-Júnior H., Alves S.B. (2015): Hospital Housekeepers: Victims of ineffective Hospital Waste Management, *Archives of Environmental & Occupational Health*, <http://dx.doi.org/10.1080/1938244.2015.1089827>
17. SB, 2014, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014, http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf
18. Sepkowitz, K., Eisenberg, L.(2005) Occupational Deaths among Healthcare Workers *Emerging Infectious Diseases* 11(7): 1003-1008
19. Türk M, Davas A.(2015). Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Sağlığı içinde Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı. Ed. Kayahan Pala, Palme Yayıncılık, Ankara.
20. WHO, (2005). WHO recommendations for routine immunization, Erişim Tarihi: 31/05/2015.http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/2015
21. WHO, (2014) Safe management of wastes from health-care activities, Chartier Y. ve ark et al. (2nd eds) WHO Library Cataloguing-in-Publication Data ISBN 978 92 4 154856 4
22. Wilburn S, Eijkemans G (2004). Preventing Needlestick Injuries among Healthcare Workers: A WHO-ICN Collaboration. *Int J Occup Environ Health* 2004;10:451-456.
23. Zencir M. (2014) Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Örneği. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi* Cilt 14, Sayı 51-52.

SAĞLIK HİZMET ÜRETİMİNDE ERGONOMİK TEHLİKELER

Prof. Dr. Mehmet Zencir

Bölümün amacı: Sağlık hizmet üretimi sırasında karşı karşıya kaldığımız ergonomik tehlikelerin ne olduğunu, sağlığa etkilerini ve önleme/korunma yollarını ortaya koymak

1. Ergonomi

Ergonomi insan-makine-çevre ilişkileri ele alarak insan organizmasının özelliklerini ve yeteneklerini araştırarak **işin insana göre ayarlanmasına/uydurulmasına/uygun hale getirilmesine** yönelik çalışmaları kapsar. Sadece çalışma yaşamı ile de ilgili değildir. Yaşamın inşa uygun hale getirilmesi şeklinde özetlenebilir.

İşin insana göre ayarlanması/uydurulması/uygun hale getirilmesi şu bileşenleri kapsar:

- a) Çalışma ortamının olumsuz fizik koşullarını ortadan kaldırma
- b) Emek/iş sürecini insanın bedensel ve mental yeteneklerine uygun hale getirme
- c) Araç ve gereç tasarımını, kullanımını daha elverişli hale getirme
- d) İşyeri ortamını insana uygun hale getirme

e) Çalışma koşulları, saatleri ve biçimini insana uygun hale getirme

f) İş temposu, çalışma süreleri ve monoton çalışmaya bağlı oluşabilecek zorlanmaları engellenme veya en aza indirme

g) İş ve diğer etkinlikler sırasında yaşama ve çalışma kalitesini yükseltecek tasarım ve düzeltmeler yapma

h) Bütün bu etkinlikler sırasında güvenliği ve sağlığı tehlikeye düşürecek tehlikeleri ortadan kaldırmaya yönelik önlemler alma.

Çalışma yaşamında ergonominin iki temel amacından bahsedilir: Çalışanın sağlığını korumak, verimliliğini artırmak. Verimlilik artışı kapitalist bir toplumda artı-değerin maksimize edilmesi çabaları olması nedeniyle çalışanın sağlığını koruma hedefini esas almak ve buradan konuyu derinleştirmek daha yararlı olacaktır.

Günümüzde kas-iskelet sistemi bozuklukları yaygınlaşıyor. Bu artış, emek gücünün yaşlanması, sedanter çalışma ve yaşam biçimleri, bilgisayar kullanımı, stres ve emek gücünün artan farklılaşmasına bağlıyor.

2. Ergonomik tehlikeler

Sağlık hizmet üretiminde ergonomik tehlikelerle çok sık karşılaşırız. **Ergonomik tehlikeler** kısaca iki başlıkta ele alınabilir: 1. **Aktiviteler**, 2. **İş çevresi**

2.1. Aktiviteler:

Sağlıkla ilgili işyerlerinde ergonomik tehlike oluşturacak aktiviteler diğer iş kollarınıninkine benzerdir. Bu aktiviteler hastane örnekleri ile Tablo-1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Sağlık İşkolunda Ergonomik Tehlike Olan Aktiviteler ve Hastane Örnekleri

Aktiviteler	Hastane örnekleri
<ul style="list-style-type: none">▪ Ağırılık kaldırma, indirme, taşıma, çevirme, uzanma ve dönme gibi aktiviteler▪ Tekrarlayıcı ve zorlayıcı hareketler▪ Boyun, bel ve vücudun yanlış pozisyonda kullanımı▪ Uzun süreli aynı pozisyonda çalışma▪ Uzun süre ayakta kalma▪ Aşırı güç-kuvvet uygulama▪ Sıkışma	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Hasta taşınması, çevrilmesi, kaldırılması, banyo yaptırılması, uygun pozisyon verilmesi, hareket ettirilmesi</i>▪ <i>Tansiyon ölçümü, enjeksiyon,</i>▪ <i>Girişimsel tanı yöntemleri</i>▪ <i>Ameliyatlar, laporoskopi</i>▪ <i>Laboratuvar çalışmaları, mikroskop kullanımı</i>▪ <i>Diş hekimliği uygulamaları</i>▪ <i>Depolama</i>▪ <i>Yer temizliği</i>▪ <i>Taş kırma vb.</i>

Bu aktiviteler, hastane hizmet üretiminde tüm birimlerde, tüm sağlık çalışanları tarafından sıklıkları değişmekle birlikte her gün yapılan aktivitelerdir.

Kaldırma-taşıma

Özellikle vardiyada 20'den fazla kaldırma aktivitesi ciddi ergonomik tehlikeler arasında kabul ediliyor. Tek başına, bilinci kapalı ve dengesini sağlayamayan hastaları kaldırma; düşen bir hastayı tutma çabası; kilolu hasta; fiziksel kapasitenin üzerinde iş istemleri; taşıma mesafesi veya taşınan hastanın personelden uzak olması ve vücut mekaniği ve uygun kaldırma teknikleri ile ilgili alınan eğitimin yetersizliği kaldırma işlerinde tehlikelere yol açan aktiviteler olarak sıralanabilir.

Tekrarlayıcı hareketler

İş sırasında aynı ya da benzer hareketlerin sık aralıklarla tekrarlanmasıdır. Örnek olarak:

- 2 saatten daha fazla süre hiç ara vermeden dakikada 2'den daha fazla kere el ile bir butona dokunmak;
- Klavye üzerinde gün içerisinde 4 saatten fazla ara vermeden veri girmek.

Sürekli tekrarlayan işlerde, kasların dinlenmesi için yeterli aralar verilmezse kas ve iskelet sisteminde ağrılar ve rahatsızlıklar kaçınılmazdır.

Uygunsuz Duruşlar

Doğal olmayan duruşlar kas ve eklemlere baskı yaparak vücudun fiziksel sınırlarını zorlar. Örnek olarak şunlar verilebilir:

- Gün içerisinde 2 saatten fazla sürekli eller ile omuz ve baş hizasının üzerinde çalışmak
- Gün içerisinde 2 saatten fazla diz çökerek çalışmak
- Gün içerisinde 2 saatten fazla beli bükerek veya eğerek çalışmak
- Ayaklarına destek vermeden oturmak...

Statik Duruş

Sağlık emekçisinin aynı pozisyonda uzun süre durarak çalışması gereken duruşlardır. Statik duruşlarda kan akışı sınırlanır, kaslarda yorgunluk ve zedelenmeler oluşur. Mikroskop kullanımı, diş hekimliği girişimleri, ameliyat pozisyonları, endoskopi işlemleri, bilgisayar kullanımı, lab. işlemleri,

Aşırı Güç Kullanımı

Güç kasa uygulanan kuvvetin büyüklüğünü belirtir. Aşırı güce örnekler şunlar verilebilir:

- Hasta ya da ağır bir yükü kaldırmak
- Az bir kuvvet gerektirmesine rağmen bir kalemin üzerine bastırmak
- Bir bilgisayar faresini tutmak ve aşağı hareket ettirmek

- Klavyede veri girerken tuşlara vururcasına klavyeyi kullanmak
- Tansiyon ölçmek...

Sıkışma

Yumuşak dokunun, kemik ile sert veya keskin bir nesne arasında sıkışmasıdır. Kavramadan ya da el aletlerinin köşeleri ile temastan kaynaklanan sıkışma, kan akışını ve sinir iletimini azaltır, tendonlara ve tendon kılıflarına zarar verebilir. Sıkışmalar ergonomik düzenlemelerle önlenir.

Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada hemşire ve teknisyenler hastane ortamında yaşadıkları riskli durumlar arasında ergonomik tehlikelerin sıklığını daha az ifade ederken (uzun süre ayakta kalma %3.3, ağır kaldırma %4.2), tek tek riskli durumlar ile maruziyet sıklığı sorgulandığında sürekli ayakta kalma (%86,5) ilk sıraya yükselmekte, ağır kaldırma (%31,9)'da ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Ege ve Dokuz Eylül Yoğun Bakım Ünitesi hemşirelerinde ergonomik faktörlerin incelendiği çalışmada beden mekanikleri ile çeşitli sorunlar saptanmıştır (Tablo-2).

Tablo 2. Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinde Beden Mekanikleri ile İlgili Sorunlar, Ege ve Dokuz Eylül Üniversite Hastaneleri (İlçe, 2007)

Pozisyonlar	Doğru pozisyon		Yanlış pozisyon	
Ayakta duruş	Dik duruş	% 62,7	Kambur duruş	% 37,3
Yürüyüş	Dik adım	% 74,1	Kambur yürüyüş	% 25,9
Yerden kaldırma	Diz kırarak eğilme	% 58,2	Diz kırmadan eğilme	% 41,8
Ayakta çalışma	Tam önde kavrama	% 77,6	Önde, yanda kavrama	% 22,4
Taşıma	Bel dik taşıma	% 67,7	Bel eğik taşıma	% 28,9
Oturma	Dik oturma	% 71,1	Eğik oturma	% 28,9
Hastayı çekme	Hastaya yaklaşıp	% 46, 3	Hastadan uzak	% 53,7

Hastanelerin en yoğun çalışılan birimlerinden olan ameliyathanelerde ergonomik tehlikeye yol açan hareketler (**aktiviteler**) olarak şunlara yer verilmiştir:

- Hastanın sedyeden ameliyat yatağına alınması,
- Ameliyat yatağında hastaya pozisyon verilmesi,
- Deri hazırlığı için baş, kol, bacakların kaldırılması,
- Uzun süre ayakta kalma ve
- Aletlerin taşınması, kaldırılması, itilmesi ve sürüklenmesi.

2.2. İş çevresi:

İş çevresi çalışma ortamının tasarımı, fiziksel koşulları, iş akışı ve donanımı (araç, gereç, alet, makine) olarak tanımlanabilir (Tablo-3).

İş çevresi ile ilgili Alp ve ark. tarafından Isparta Devlet Hastanesi'nde hastane malzemelerinin sağlık çalışanlarının postürüne etkileri çalışmasında sadece bankaların tamamının ergonomik olarak uygun olduğu, buna karşın diğer malzemelerde (dolap, hareket alanı, masa, sandalye, bilgisayar) ergonomik uygunsuzluğun %12-65 arasında değiştiği gösterilmiştir.

Ülkemizde kamu hastanelerinin mimari, işlevsellik ve iş akışı açılarından oldukça yetersiz olduğu biliniyor. Günlük gereksinimleri karşılamak için plansız onarımlar, yapım aşamasında öngörüsüzlük, birimlerin ve çalışanların fikrinin alınmaması bu sorunları daha da katmerleştiriyor. Dar koridorlar, üretilen hizmete yetecek alan ve hacime sahip olmayan mekanlar, penceresiz odalar ergonomik tehlikelere yol açan mimari sorunlara örnek olarak verilebilir.

İş akışı da iş çevresi kapsamında değerlendirilebilir. Hastanelerde yapılan birçok işlemde iş akışı ile ilgili düzenleme olmadığını biliyoruz. İşlemlerde işin gerektirdiği şekilde değil, mevcut mekan ve donanımın elverdiği şekilde iş akışı düzenlenmektedir. Bu durum yapılan birçok işlemin ergonomik tehlikelerinin daha da artmasına yol açmaktadır.

Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından 2015 yılında yapılan “Sağlık Çalışanları; Çalışma Koşulları Ve Mesleki Risk Değerlendirme Anketi” çalışmasında katılımcıların yüzde 48’i çalışma alanlarının ergonomik olmadığını belirtmiştir. Bu çalışmada işyerlerinin gürültülü olduğu, ışığın olmadığı, dosyanın korunmadığı, enjektörün atılması için ergonomik düzenlemelerin olmadığı, havalandırmanın kötü olduğu, soğuk ve sıcaklık ayarlamalarının sorunlu olduğu, özetle hiçbir koşulun ergonomik olmadığı ifade edildiği bildirilmiştir.

Tablo 3. Ergonomik Tehlikelerle İlgili İş Çevresi (Çalışma Ortamı) Faktörleri ve Hastane Örnekleri

İş çevresi	Hastane örnekleri
<ul style="list-style-type: none"> • Odaların ve çalışma ortamının tasarımı • Mimari • Kalabalık çalışma ortamı • Kaygan ve ıslak zeminler • Düzgün olmayan döşeme yüzeyi • Tıkanık ve dar geçitler • Malzeme ve ekipman • Teknoloji donanım • Sabit ve taşınabilir aletler • Vibrasyon (titreşim) • Termal konfor: Isı, nem, havalandırma • Aydınlatma • Gürültü 	<ul style="list-style-type: none"> İş akışına yönelik düzenlemeler İlaç hazırlama birimleri Dinlenme yerleri Ameliyathane masası Poliklinikler Yataklar, yataklar arası mesafe Kablolar Koridorlar Kaldırma taşıma malzemeleri Asansörler Hastane iklimlendirmesi Taş kırma Cerrahi setler Oksijen tüpleri Portabl röntgen cihazları Monitörler Defibrilatör

3. Ergonomik Tehlikeleri Artıran Faktörler

Ergonomik tehlikelerin artışına neden olan faktörler de önemlidir. Bunları üç başlıkta ele alabiliriz:

1. Psikososyal tehlikeler
2. Hasta ile ilgili faktörler
3. Sağlık çalışanı ile ilgili faktörler

3.1. Hastalarla ilgili faktörler:

Hastaların özellikleri ergonomik tehlikeleri artıran faktörler arasındadır. Hastanın klinik tanısı, engellilik durumu ve başvuru koşulları ergonomik tehlikeleri etkiler. Özellikle bağımlı hastalar, bilinci kapalı hastalar, engelli hastalar, ajite hastalar, dengesini sağlayamayan hastalar, düşme riski taşıyan hastalar, kilolu hasta ve acil başvuru hastaları ergonomik açıdan olumsuz sonuçlara eğilimi artırır.

Nörolojik, geriatrik hastaların çoğu giyinme, banyo, tuvalet gibi öz bakım ve yemek yeme günlük yaşam aktivitelerinde bağımlıdır. Hemşire, fizyoterapist, hasta bakımının ağır kaldırmasına, kas iskelet sisteminin yaralanmasına yol açabilir

3.2. Çalışma Ortamı ile ilgili faktörler

Çalışma ortamı ve çalışmanın organizasyonuna bağlı psiko-sosyal etkenler ergonomik tehlikelerin artışına yol açarlar. Bunlar şu şekilde özetlenebilir:

- Ağır iş yükü
- İş baskısı
- Zaman baskısı
- Uzun çalışma süreleri (aşırı çalışma)
- Çalışan sayısının eksikliği
- İş üzerindeki kontrolünün olmaması
- Görev tanımında belirsizlik
- Uygun niteliğe sahip olunmayan işlerde çalışma
- Vardiya düzensizlikleri
- Monoton iş
- Zaman baskısı
- Yeterli dinlenme molalarının verilmemesi

- Yetersiz iş arkadaşı ve amir desteği (sosyal izolasyon)
- Kaldırma, taşıma, vücut mekaniği kullanımı ilgili eğitim almama

Psikososyal etkenler doğrudan ya da sonuçları (motivasyon eksikliği, iş stresi ve iş memnuniyetsizliği) aracılığıyla ergonomik tehlikeleri artırıcı rol oynarlar.

Ege (EÜH) ve Dokuz Eylül (DEÜH) Yoğun Bakım Ünitesi hemşirelerinde ergonomik faktörleri inceleyen çalışmada psikososyal faktörler olarak hasta başına düşen hemşire sayısı, gece ve gündüz bakım verilen hasta sayısı, vardiya, yardımsız çalışma, vb. ele alınmıştır. Yoğun bakım ünitelerinin (YBÜ) sadece ikisinde hasta başına düşen hemşire sayısının birin altında olduğu, diğer tüm YBÜ'lerinde bu sayının birin üzerinde olduğu gösterilmiştir. Yine YBÜ hemşirelerinin takip ettiği hasta sayısının gündüz $3,6\pm 1,5$ ve gece $4,56\pm 1,85$ olduğu gösterilmiştir (minimum 2, maksimum 12). DEÜH tüm YBÜ hemşireler 12 saatlik vardiya şeklinde çalışırken EÜH üçte ikisi 16 saatlik, geri kalanların yaklaşık yarısı 12 saatlik, diğer yarısı ise 8 saatlik vardiya şeklinde çalıştığı saptanmıştır. Mekanik zorlanmaya yol açacak bazı bakım uygulamalarında tek başına çalışma %1.7 ile %71.6 arasında değişmektedir. En az tek başına kalınan uygulamalar transport, alt bezi değişimi, çarşaf değişimi, banyo, mobilizasyon ve pozisyon verme iken daha çok tek başına yapılan bakım uygulamaları sürgü verme, aktif-pasif egzersizler, bası yarası bakımı, monitör-perfüzör taşıma, üriner kateter bakımındır. Bu çalışma, hemşire sayısının ve olanakların daha az olduğu bilinen devlet ve özel hastanelerde ergonomik tehlikelerle maruziyetin çok daha fazla yaşandığını akla getiriyor.

3.3. Sağlık çalışanı ile ilgili faktörler:

Sağlık çalışanlarına ait bazı özellikler de ergonomik tehlikelerin artışında rol oynar. Bunlar şu şekilde özetlenebilir:

- Yaşın ilerlemesi
- Aşırı kilo

- Sırt, bel ve karın kaslarının gücü (güçsüzlüğü)
- Daha önceden bir kas-iskelet sistemi problemi geçirmiş olma
- Kronik hastalık öyküsü (Hipertansiyon, Diyabetes Mellitus)
- Görme bozukluğu
- Vitamin B-6 eksikliği
- Gebelik
- Kondisyon yetersizliği
- Sigara içme
- Psikosomatik yakınmalara sahip olma.

Tüm tehlikelerde olduğu gibi kadın olma, toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle artırıcı role sahiptir. Kadınının çalışma yaşamı dışında yaptıkları (özellikle ev içi üretim, çocuk-yaşlı-hasta bakımı) ergonomik tehlikelerin sayısını ve ciddiyetini artırıcı rol oynar. Ev içindeki çalışma, sağlık alanında çalışma ve dinlenme zamanı iç içe geçmiştir. Yaşlı, hasta ve bebek bakımı sırasında kadınlar çoğunlukla uygun olmayan postürde, ağır kaldırma, itme-çekme, uzun süre ayakta kalma gibi ergonomik olarak uygun olmayan biçimlerde çalışırlar. Üstelik ergonomik olmayan araç-gereçler (tezgah, dolap yükseklikleri vs.) ve evin iç ortam koşullarına (aydınlatma, ısı, havalanma, gürültü, kimyasal maruziyetler) kontrolsüzce maruz kalırlar. Bu ergonomik tehlikelere yoğun hastane çalışması eklenmesi ile kas-iskelet sistemi ile ilgili sorunların daha sık ve daha komplike görülmesine yol açar.

Sağlık örgütleri, hasta taşıma görevleri ile ilgili yaralanmaları azaltmak için çalışırken birçok sorunla karşılaşılıyor. Bunlar:

- Uygun sayıda ve tipte hasta kaldırma aygıtlarının eksikliği
- Doğrudan bakım verenlerin yetersizliği (kaldırma ve transfer işlerinde aksaklıklara yol açar)
- Tesis tasarım sorunları (kaldırma ve transfer görevlerde uygun ergonomik çözümler sağlamadan ödün verme)

- Kaldırma cihazları kullanımını desteklemede hastaların ya da ailelerin isteksizliği
- Bakım verenlerin biyomekanik konusunda yetersiz eğitimleri
- Hastaların durumları hakkında iletişim eksikliği (spesifik kaldırma/transer stratejileri gereksinimleri)
- Daha üst düzey bakım gerektiren hastalar
- Kilolu hasta sayısının artması (standart kaldırma cihazları kullanma yeteneğini etkiliyor)

4. Ergonomik Tehlikelere Bağlı İşçi Sağlığı Sorunları

Bu yazıda ergonomik tehlikelerin sadece kas-iskelet sistemine ait olumsuz sonuçlara yer verilmiştir. Tüm tehlike ve risklerde olduğu gibi ergonomik tehlikelerde işle ilgili sağlık/hastalık sorunları, meslek hastalıkları ve iş kazalarına yol açarlar. İşçi sağlığı mevzuatında işle ilgili hastalıklar ve meslek hastalıklarında ayırım vardır. Bilimsel olarak meslek hastalığı çalışma ortamındaki sağlık sakıncaları belirlenmiş etmenlerin çalışanlarla teması sonucu ortaya çıkan her hastalık ya da sağlık sorunları meslekle/işle ilgili hastalıklar olarak ele alınır. Meslek hastalıkları kendine özgü bir klinik tablo ile ortaya çıkar, hastalık deneysel olarak da oluşturulabilir ve bir veya birden fazla hastalık etkeni veya metabolizminin biyolojik ortamda bulunuşu ile kendini gösterir. Hastalığın insidansı o meslek çalışanlarında yüksektir. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) kanununun madde 14 göre ise “sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütümü yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürllülük halleri” olarak kabul ediliyor. İşin yürütüm şartları, işin niteliği ve sigortalı olmanın altı çiziliyor. Henüz hastalık tablosu oluşturmayan sorunlar ve işle ilgili hastalıklar kapsama alınmıyor.

İşle ilgili hastalıkları, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şu şekilde ele almaktadır: Yalnızca bilinen ve kabul edilen meslek hastalık-

ları değil, fakat oluşmasında ve gelişmesinde çalışma ortamı ve çalışma şeklinin, diğer sebepler arasında önemli bir faktör olduğu hastalıklardır. Kısaca çalışma koşulları nedeniyle doğal seyri değişen hastalıklardır. İşle ilgili hastalık/sağlık sorunlarında temel etken işyeri dışındadır. İşe girmeden önce var olan veya çalışırken ortaya çıkan herhangi bir sistemik hastalık yapılan iş nedeniyle daha ağır seyredebilir... Farklı nedenlerle ortaya çıkabilecek hastalıkların çalışma ortamındaki etmenler ve/veya koşullar nedeniyle gelişimin hızlanması şeklinde ele alınıyor.

Türkiye’de ergonomik tehlikelere bağlı meslek hastalıkları E grubunda, fiziksel etmenlerle olan meslek hastalıkları arasında yer alıyor. Bunlar arasında kas-iskelet sistemi ile ilgili olanlar şunlardır (Tablo-4):

Tablo 4. Ergonomik Tehlikelere Bağlı Kas-İskelet Sistemi ile İlgili Meslek Hastalıkları (Türkiye)

E.4	Hava basıncındaki değişimlerle olan hastalıklar
E.5	Titreşim sonucu kemik-eklem arızaları
E.6.a	Sürekli lokal baskı sonucu artiküler bursaların hastalıkları
E.6.b	Aşırı yüklenme sonucu tendon kılıfı ve periost hastalıkları
E.6.c	Maden ocağı ve benzeri yerlerde meniskus zararları
E.6.d	Fazla zorlanma sonucu vertebra prosesusları yırtılması
E.6.e	Sürekli lokal baskı sonucu sinir felçleri
E.6.f	Kas krampları

Mesleksel kas-iskelet sistemi hastalıkları klinik olarak üç evreye ayrılmaktadır:

- **Erken Evre:** Çalışırken hasta olan yerde ağrı ve yorulma olur. Dinlenince geçer. Performansı etkilemez.
- **Orta Evre:** Ağrı ve yorulma işin başlangıcında hemen ortaya çıkar, gece boyu sürer. Tekrarlayan işlerde performans azalması olur.
- **İleri Evre:** Ağrı dinlenmekle geçmez, uykuya engel olabilir. Performans azalması belirgindir.

Meslek hastalıkları listesinde kas ve iskelet sistemi hastalıkları yer almasına rağmen istatistikler incelendiğinde çok nadir olarak bu hastalıkların tanısının konulduğunu söyleyebiliriz. Bu nedenle işle ilgili hastalıklar-sağlık sorunları daha çok önem kazanmaktadır. Bunlar arasında en sık görülenler şunlardır:

- Bel, sırt, boyun ağrısı
- Yorgunluk
- Kas zorlanması, incinmesi,
- Boyun tutulması,
- Damar Hastalıkları (Varis)
- Fıtıklar (Bel ve Boyun Fıtığı)
- Burkulmalar
- Karpal Tünel sendromu
- Tendinit, tenosinovit
- Postür bozuklukları
- Düşmeler
- Yaralanma vb.

Mesleksel kas iskelet sistemi hastalıkları vücut bölgelerine göre de ele alınmaktadır.

1. Omuz-Boyun Hastalıkları: Rotator cuff hastalığı, biceps tendinitis, servikal spondilozis, omuz-akromioklavikular eklem osteoartriti, servikal radikulopati, torasik outlet sendromu, servikobrakial ağrı sendromu, vb.

2. Üst ekstremitte hastalıkları: El-kol titreşimine bağlı hastalık, kol, dirsek ve bilekte tendinit, sinir sıkışmasına bağlı tablolar, karpal tünel sendromu vb.

3. Bel ve alt ekstremitte hastalıkları: Bel ağrısı, disk hernisi vb.

5. ERGONOMİK TEHLİKELERE BAĞLI SORUNLARIN YAYGINLIĞI

(İşe Bağlı Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları-İBKSH)

Sağlık işkolunda en fazla hemşireler, diş hekimleri ve fizyoterapistler risk altındadır. Bu hastalıklar boyun, omuz, sırt, bel, kalça, bacak, diz, ayak, el ve el bilekleri olmak üzere vücudun birçok bölümünü etkileyebilir; en fazla etkilenen vücut bölümleri, boyun, omuz ve beldir. Mesleki bel ağrısı en sıklıkla elle taşıma işleri olarak da adlandırılan ağırlık kaldırma, indirme, taşıma öne eğilme ve dönme gibi fiziksel aktivitelerle çalışılanlarda görülür. Bu bağlamda sağlık sektöründe çalışanlar (*hastaneler ve yaşlı bakım evleri gibi*) yüksek risk altındadır. Sağlık çalışanlarının en büyük ergonomik riski bel yaralanmalarıdır. Çoğu bel yaralanmaları, tekrarlayan yaralanmalar şeklinde gerçekleşir; tek bir yaralanmaya bağlı değildir. Sağlık çalışanlarında birikimsel travma (bel yaralanmaları ve karpal tünel sendromunda gibi) riski yüksektir. National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) raporuna göre bel ağrısı sıklığının ağır sanayi işçisi ve ağır vasıta şoförlerinden sonra hemşirelerde görüldüğü belirtilmiştir.

Hemşirelerle yapılan çeşitli çalışmalar ergonomik tehlikelere bağlı kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları sıklığı oldukça yüksek olduğu gösterilmiştir. Bel ağrısı %40-86 ve varis %16,3- 72,7 arasında değişmektedir. Bu durum metodolojik farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Pamukkale Üniversite Hastanesi hemşire ve teknisyenleri işe bağlı olarak geliştiğini düşündükleri hastalıklar arasında varis %38,8 ve diskal herni %16,3 sıklıkta yer almıştır. Ege ve DEÜ YBÜ çalışan hemşirelerde kas iskelet sistemi hastalığı prevalansı %20'dir. Hastalıklara göre incelendiğinde %28.0 ile bel fıtığı ilk sırayı alırken, bunu myalji-siyatik-boyun ağrısı (%12) ve boyun fıtığı (%12) izlemektedir. Cornell Kas-iskelet Rahatsızlıkları Skalası ile tespit edilen vücudun bölgelerine göre son bir haftada ağrı görülme prevalansı ise en sık bel ağrısı olup %71.1'dir. Bunu ayak (%55.7), sırt (%54.7), boyun (%54.2), omuz (%41.8) ve baldır (%40.3) izlemektedir.

Kas-iskelet sistemi ile ilgili rahatsızlıkların sık görülmesi hekimler için de geçerlidir. Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve

Uygulama Hastanesi dahili ve cerrahi bölüm asistan hekimlerinde son üç ayda bel ağrısı prevalansı %50.2 olarak saptanmıştır. Cerrahi branşlarda çalışanlarda, sigara kullananlarda, düzenli egzersiz yapmayanlarda, haftalık çalışma süresi ve aylık tutulan nöbet sayısı fazla olanlarda son üç aylık bel ağrısı sıklığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

İşe bağlı kas iskelet sistemi hastalıkları (İBKSH), kas-iskelet sistemi ile sınırlı kalmaz. Ağrı ve yorgunluk, dikkat azalması, hata yapma ve yaralanma oranının artması, tükenmişliği artırma, hasta bakımında hataların oluşmasına yol açar. Üretkenlikte azalma ve iş gücü kaybı da peşinden gelir. İBKSH'ya bağlı bölgelere göre belirti ve yakınmalar Tablo-5'te özetlenmiştir.

Tablo 5. İBKSH ile İlgili Sık Görülen Belirtiler/Yakınmalar

BÖLGELER	BELİRTİLER/YAKINMALAR
<i>Bel ve boyun</i>	Sızlayıcı ağrı, sertlik
<i>Omuzlar:</i>	Ağrı, sertlik, mobilite/hareket kaybı
<i>Kol ve bacaklar</i>	Sızlayıcı ağrı, uyuşma
<i>Dirsek ve dizler</i>	Ağrı , şişlik, sertlik
<i>El ve bilekler</i>	Ağrı , şişlik, uyuşma
<i>Parmaklar</i>	Ağrı, kuvvet veya mobilite/hareket kaybı
<i>Başparmak</i>	Kaidesinde/dibinde ağrı
<i>Ayaklar ve ayak parmakları</i>	Uyuşma, sertlik, yanma hissi

6. ERGONOMİK TEHLİKELERİN ERKEN SAPTANMASI

Periyodik muayene, risk değerlendirmesi ve iş kazası ve ramak kala olayların kök neden analizleri ile ergonomik tehlikelerin erken saptanması mümkündür.

6.1.Periyodik muayeneler: İşçi Sağlığı ve Güvenliği Birimi (İSGB) tarafından yapılacak periyodik muayenelerde kas-iskelet sistemi ile ilgili rahatsızlıkların ve bu rahatsızlıklarının işle ilgisi özellikle not edilmelidir. Periyodik muayenelere ergonomik risk-

leri ortaya koyan tarama araçları (ölçekler, anketler), muayeneler ve tetkikler eklenmelidir. Belirtisi ve bulgusu olan sağlık çalışanları tanı ve tedavi açısından yönlendirilmelidir. Sağlık çalışanının özellikleri göz önünde bulundurularak bu rahatsızlıkların daha da kötüleşmesine yol açacak işlerde görevlendirilmesinin önüne geçilmelidir. Uygun işe yerleştirme sorumluluğu akılda tutulmalıdır.

6.2. Risk değerlendirme: Ergonomik açıdan yapılacak risk değerlendirmelerinde şu faktörlerin dikkate alınması önerilmektedir:

- İş/görev ile aktivitelerin sıklığı ve süresi (*Ağırlık kaldırma, indirme, taşıma, çevirme, uzanma ve dönme gibi aktiviteler; tekrarlayıcı ve zorlayıcı hareketler; boyun, bel ve vücudun yanlış pozisyonda kullanımı; uzun süreli aynı pozisyonda çalışma; uzun süre ayakta kalma; aşırı güç-kuvvet uygulama*)
- İş çevresi (*İşyeri zemini, malzeme yerleşimi, odaların ve çalışma ortamının tasarımı, teknoloji donanım, sabit ve taşınabilir aletler, vibrasyon, termal konfor: Isı, nem, havalandırma, aydınlatma, gürültü*)
- İş organizasyonu (*Vardiya organizasyonu, iş akışı, yalnız çalışma gibi*)
- Ofislerin ergonomik tasarımı (*özellikle oturma açısından sandalye ve masalar*)
- Biyomekanik, hasta kaldırma ve taşıma ile eğitim alma durumu
- Yardımcı araç kullanımı (*kaldırma, taşıma, banyo yaptırma vb. için*)
- Hastanın özellikleri (*Ağırlık ve boy, hastanın anlama ve işbirliği konusundaki yeteneği ve gönüllüğü, transfer veya yeni pozisyon verme seçeneklerini etkileyen herhangi bir tıbbi durum*)
- Sağlık çalışanının özellikler (*Yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, egzersiz durumu, kas-iskelet sistemi rahatsızlığı öyküsü vb.*)

6.3. Kök neden analizleri: İş kazası ya da ramak kala olayların neden kaynaklandığının saptanması ve önlemlerin belirlenmesi çalışmaları özel önem arz eder. Sorunun birim ve hastane gündeminde tutulmasını, üzerine gidilmesini sağlar. Daha büyük sağlık sorunları yaşanmadan önlemlerin alınmasını sağlar.

7. ERGONOMİK TEHLİKELERE YÖNELİK ÖNLEM ALINMASI

Önlemlerde temel hedef tehlikeli olan işin/işlemin ortadan kaldırılması, yok edilmesidir. Bu gerçekleştirilemiyorsa daha az tehlikeli olanla değiştirilebilir, izole edilmeye çalışılır.

Genellikle önlemler üç kategoride ele alınır. Birincisi mühendislik önlemleri olup donanım değişiklikleri, iş yapılma biçimini değiştirme, tehlikeyi izole eden yaklaşımlar örnek olarak verilebilir. İdari önlemler ise işyerinde yapılacak düzenlemeleri kapsar. Bunlara örnek politika belirleme, işin nasıl yapılacağı ile ilgili prosedürler hazırlama, çalışma organizasyonu, vardiya düzenlenmesi, davranışsal önlemler olarak da bilinen eğitim de bu kapsamda değerlendirilir. Üçüncü grup ise sağlık çalışanının kullanacağı donanımları içeren kişisel koruyucu donanımlar (KKD)'dir.

Ergonomik tehlikeleri azaltmada en iyi yaklaşım hala elle kaldırmayı ve aşağıda (yere yakın) taşıma işlemlerini en aza indiren iş çevresi, çalışma yöntemleri ve donanım ile ilgili düzenlemelerdir. En etkin önlemlerin işyeri bazlı mühendislik önlemleri (hasta kaldırma ekipmanları ve yardımcı aygıtlar -tavan asansörleri gibi kullanımı ve hasta değerlendirme protokolleri kanıta dayalı olarak da gösterilmiştir. Ergonomik tehlikelere yönelik önlemler konusunda oldukça kapsamlı bir derleme Audrey Nelson ve Andrea S. Baptiste tarafından yapılan "Güvenli Hasta Kaldırma ve Hareket İçin Kanıta Dayalı Pratikler" isimli çalışmadır. Bu derlemede yazarlar 130'dan fazla çalışmayı incelemiş, yaralanmaları azaltma da en etkin olan yaklaşımları belirlemeye çalışmıştır. Elde edilen bulgular vücut mekanikleri, güvenli kaldırma teknikleri eğitimi, kemer kullanımı, manuel kaldırma işlemleri gibi hala en yaygın olarak kullanılan ve geniş kabul gören stratejilerin kal-

dırmaya bağlı yaralanmaları azaltmada başarılı olmadığını göstermiştir. Bu derlemede köklü paradigma değişimine gereksinim olduğu vurgulanmıştır. Önerilen paradigma değişimi tehlikeyi ortadan kaldırmaya ve en aza indirmeye çalışan düzenlemelerin yaşama geçirilmesidir, yani işçi sağlığında ilk öncelik olarak bilinen mühendislik önlemleri ergonomik tehlikeler için de geçerlidir. Bu çalışma mühendislik önlemleri ile kaynakta riskleri azaltmanın oldukça etkili olduğunu; işyerinde kaldırma aygıtlarının yaygın kullanımı, birimlerdeki hasta bakımı ile ilgili ergonomik düzenlemeler ve cihazlar geliştirilmesinin daha kalıcı çözümler olduğunu da ortaya koymuştur.

7.1.Mühendislik önlemleri

Ergonomik tehlikelere yönelik mühendislik önlemleri işyeri plan ve donanımının başlangıçta düzenlenmesi, çalışma ortamı ve donanım tasarımının geliştirilmesi, gerekli donanım ve aksesuarların sağlanması yaşama geçirmeye çalışan önlemler olarak tanımlanabilir. Hastanelere özelleşmiş örnekler Tablo-6: sunulmuştur.

Tablo 6. Ergonomik Tehlike ve Risklere Yönelik Mühendislik Önlemlerine Örnekler

- İş istasyonları, alet ve ekipmanlarının tasarımı veya yeniden tasarımı
- İş yaparken kullanılan alet ve ekipmanların ergonomi prensiplerine göre tasarlanmış olması
- Boyları ayarlanabilir çalışma alanları
- Mekanik/askılı kaldırma cihazları
- Lateral taşıma sistemleri
- Rollbord (mekanik hasta transfer sistemi)
- Hastanın oturur ya da ayakta duruma getirilmesini sağlayan tekerlekli sandalyeler.
- Ekstremitayı kaldırmada yardımcı araç
- Yüksekliği ayarlanabilir elektrikli yataklar
- Oturma taburesi, ayak taburesi (ergonomik tabureler)
- Yorgunluk giderici paspas (üzerinde küçük hava yastıkları içerir)
- Ergonomik teknolojik tasarımlar (laporoskopi)
- Otomatik ekartörler
- Ayarlanabilir banyo teknesi
- Hastanın kaydırılmasını sağlayan örtüler
- Hastanın altına konan kayabilir tahtalar (silindirler)
- Pürüzsüz zeminler
- Kabloların toplanması, duvar kenarına monte edilmesi...
- Çevre/iklimlendirme sistemleri (aydınlatma, gürültü, klima ve havalandırma sistemleri, ortam ısısı ve nem, renk)
- Koridor ve ara geçitlerin sürekli açık tutulması, uygun genişlikte olması
- Özellikle ıslak zeminlerin kaymayan materyalle döşenmesi
- Döşemedeki seviye farkları çukurlar hemen giderilmesi

Rollbord ameliyathane ve servislerde hastayı yataktan sedyeye veya sedyeden yatağa almak üzere tasarlanmıştır. Aracın üzerinde bulunan özel iç kumaş kaplama malzemesi dönen malzemedir. Araç yatakla sedye arasına konulduğunda hasta hareket ettirmeden sedyeden yatağa alınabilir.

Hastaya pozisyon verirken hastanın ağırlığını göz önünde tutarak yardım alınmalıdır. Hastanın ağırlığı semifowler pozisyon-

da 30 kg, lateral pozisyonda 70 kg, litotomi pozisyonunda ise 65 kg üzerinde ise yardımcı alet kullanılmalı veya en az üç kişiyle pozisyon verilmelidir.

Ege ve Dokuz Eylül Yoğun Bakım Ünitesi hemşirelerinde ergonomik faktörlerin incelendiği çalışmada (İlçe, 2007) mühendislik önlemlerine de yer verilmiştir. DEÜH-YBÜ tüm hasta yatakları ayarlanabilir iken EÜH-YBÜ yarısı (%51,6) ayarlanabilir olduğu saptanmıştır. YBÜ bakıma yardımcı araç ve gereç kullanımı incelendiğinde transfer sandalyesi/sedyesi %33,7, tekerlekli ilaç arabası %24,2, yatakta baş yıkama küveti %13,0 en sık kullanılırken banyo arabası, elektronik kaydırma tahtası, pozisyon/ elevasyon yastığı, pansuman-bakım-çarşaf arabası, yıkama bonesi, portatif basamak kullanımı oldukça düşüktür.

7.2.İdari önlemler:

Mühendislik önlemlerinin ardından ikinci grup önlem paketi idari önlemlerdir. Güvenli transfer algoritmaları, güvenli ekipman ve teknik seçimini yapabilen sağlık çalışanı eğitimi ve gereken sayıda çalışan ile hasta taşıma işinin sağlanması en önemli idari önlemler arasındadır. Gereksiz kaldırma işlemlerinin yok edilmesini hedefleyen “no lift” politikasının tüm birimlerde yaşama geçirilmesi de etkin idari önlemler arasındadır.

Gereksiz kaldırma işlemlerinin yok edilmesi -“no lift”- politikası yaklaşımı şu bileşenleri içerir:

- Transfer ekipmanları kullanılarak hasta kaldırma sırasında ters pozisyonların en aza indirilmesi,
- Ekipmanın uygun kullanılması konusunda sağlık çalışanının eğitimi/yeniden eğitimi,
- Her yerde ekipman kullanılan bir iş çevresinin teşvik edilmesi ve güçlendirilmesi,
- Tüm yaklaşımlara çalışanların katılımı
- Kazaların araştırılması, izlenmesi ve değerlendirilmesi...

Daha fazla dinlenme araları, iş rotasyonları ve vardiya uzunluklarının düzenlenmesini sağlamak için işlerin ve prosedürlerin değiştirilmesi/modifiye edilmesi de idari önlemler arasında yer alır. Ergonomik tehlikelere yönelik idari önlemler ayrıntılı şekilde Tablo-7'da ele alınmıştır.

Tablo 7. Ergonomik Tehlikelere Yönelik İdari Önlemler

- Politika ve prosedürler
 - Güvenli çalışma prosedürleri (birime özgün)
 - Günlük kaldırma sayısı sınırlandırılması...
- İşyerinde ergonomik tasarımların yaşama geçirilmesi:
 - Kaldırma zorunluluğunu önleyecek düzeneklerin sağlanması
 - Hasta yatak sayılarının klinikteki oda büyüklüklerine göre belirlenmesi
 - Alet ve ekipmanların düzenli periyodik bakımları
 - Zeminlerin ıslak olmamasının sağlanması
- Davranışsal önlemler olarak da bilinen eğitimlerin gerçekleştirilmesi
 - Hasta taşıma eğitimi (doğru vücut mekanikleri, uygun kaldırma teknikleri)
 - Uygun pozisyon eğitimleri
 - Germe egzersizleri eğitimi
- Çalışma ortamının organizasyonu
- Yeterli sayıda ve nitelikte personelin sağlanması
- Çalışan rotasyonu, iş rotasyonları, daha fazla iş çeşitliliği, artırılmış dinlenme araları
- Tıbbi surveyans:
 - Ergonomi ile ilgili belirti ve bulguların erken raporlanması-bildirilmesi
 - Ergonomik sorunu olanlarının izlenmesi, uygun işe yerleştirilmesi
- KKD sağlanması (Destekleyici ayakkabı, kemer gibi)

Ergonomi eğitimi: Çalışanların ve ergonomi ekibinin uygun ve güvenli iş davranışları geliştirmek ve ergonomi bilinci oluşturmak için yapılacak ergonomi eğitiminin kapsamının sağlık sektörüne özgün olması önemlidir. Mevcut eğitim programları her hastanenin koşulları ve olanaklarını da gözeterek şekilde revize edilmelidir. Eğitimin kapsamında genellikle şunlara yer verilmesi önerilir:

- Korunma ve ergonomi
- Ergonomik riskler ve çözümleri
- Doğru vücut mekaniklerinin kullanımı
- Egzersizler ve fiziksel aktivite
- Sağlıklı yaşam biçimi geliştirme
- Kas iskelet hastalıkları risk etkenleri, erken tanı ve tedavi

Ergonomi eğitimi kapsamında mutlaka elle taşıma işleri yönetmeliği (28717 sayılı ve 24 Temmuz 2013 tarihli) göz önünde bulundurulmalıdır.

7.3.Ergonomik Tehlikelere Yönelik Kişisel Koruyucu Donanımlar:

Bu kapsamda KKD'ler oldukça sınırlıdır. En önemlisi destekleyici ayakkabı giyilmesidir. Destekleyici ayakkabı şu niteliklere sahip olmalıdır:

- Ayağa iyi oturan ve destekleyen
- Önü kapalı ve parmakların hareketine izin verecek genişlikte
- Tabanı şok emici ve esnek yapıda
- Topuk yüksekliği en az 5 cm olan ortopedik ayakkabılar.

Çok yüksek topuklu veya düz tabanlı ayakkabılar giyilmemelidir. Kemer, diz koruyucular ve titreşim eldivenleri KKD olarak önerilmektedir.

8. SAĞLIK İŞKOLUNDA ERGONOMİK YARALANMALARI ÖNLEMENE YÖNELİK PROGRAMLAR

İşçi yaralanmalarını tespit etme ve yaralanmaları azaltma için Yaralanmaları Önleme ve Ergonomi Programları kapsamında çeşitli yaklaşımlar uygulanmaktadır.

8.1.Proaktif yaklaşım:

Kazaları, yaralanmaları işin yapıldığı yerde önlemek. Bu yaklaşım şu çalışmalarını içeriyor:

- Tasarımlarda ergonomi (Hastane ve kliniklerin yapılanma sürecinde NIOSH kılavuzu standartlarının temel alınması)
- Güvenli hasta kaldırma programı
- Düşme ve kayma önleme programı (NIOSH tarafından sağlık çalışanlarının kayma, tökezleme ve düşmenin önlenmesi ile ilgili yayınlar esas alınmıştır)
- Ofis ergonomisi

Çalışma ortamına yönelik tasarımlar beş başlıkta ele alınmaktadır: Antropometrik, Fizyolojik, Psikolojik, Enformatik ve Güvenlik ölçütleri (Tablo-8).

8.2. İşte çalışanların korunması

Kaza azaltma strateji grupları: (Düşmenin sık olduğu birimlerde, birim yöneticileri ve çalışanlarla işbirliği içinde düşmeye yol açan sorunların tespiti ve çözüm önerilerinin geliştirilmesini içerir. Bu uygulama ile yaralanmaların önlenmesi yönetimine katılım, kazaların araştırılması ve yaralanan işçilerin işe dönüşleri arttığı gösterilmiştir.

Ergonomik Değerlendirme/İş koçluğu/Tasarım

Ergonomik değerlendirmeler bir çalışma bölgesinin fiziksel işleri ((önemli kaldırma veya itme/çekme aktiviteleri gerektiren işler veya iş görevleri veya kas ve eklemleri gerginlik yaratan tekrarlayan ters duruşlar gibi) özgün bir endişe taşıyorsa yapılır. İş koçluğu, bir işçi yaralandığı zaman ve işe geri dönüşte yaralı işçinin yeniden yararlanma endişesi ortaya çıktığında devreye girer.

Fiziksel ve Mental Taleplerin Analizi:

Hem yaralı işçilerin işe geri dönüşlerin hazırlanmasında hem de işe yeni alınacak işçilerin yeteneklerinin değerlendirilmesinde yapılacak iş ile ilgili fiziksel ve mental gerekliliklerin belirlenmesini içerir.

Tablo 8. Çalışma Ortamı ile İlgili Ergonomik Tasarımlar

Ölçütler	İçerik
<i>Antropometrik ölçütler:</i>	Çalışma yeri donanımının insanın vücut ölçülerine göre ayarlanması ile ilgili düzenlemeler <ul style="list-style-type: none">• Elle kullanılan araç ve gereçler, elin statik ve dinamik ölçülerine, tutma ve kavrama özelliğine uygun tasarlanması• Üzerinde çalışılan yüzeyin yüksekliğinin dirsek yüksekliğinde olmasına özen gösterilmesi (hem oturarak çalışma için, hem de ayakta çalışma için geçerli)• Ayakta çalışırken, postürün öne doğru eğilmemesi için ayaklara serbest bir alanın bırakılması• Oturarak çalışmada sandalyenin yüksekliği alt bacak uzunluğunda, derinliği üst bacak uzunluğunda olması ve arkalığı bel çukurunu kavraması; ayaklar ve dizler için serbest bir alan (<i>dizlerin ve ayakların küçük hareketleri için gerekli boşluk</i>) bulunması• Sandalyelerin ayarlanabilir olması
<i>Fizyolojik ölçütler:</i>	Çalışma yöntemlerinden ve çevresel koşullardan kaynaklanan zorlanmanın en aza indirilmesi ile ilgili düzenlemeler <ul style="list-style-type: none">• Çalışma yöntemin değiştirilmesi• Kullanılan araç ve gereçlerin tasarımı, çalışma yerinin yerleşimi, çalışma yöntemleri ve çalışma yerinin aydınlatma düzeyi elverişsiz vücut duruşuna neden olmaması• Değişimli çalışma, yani zaman zaman oturarak, zaman zaman ayakta çalışma• Tekrarlı kaldırma işlerinde “maksimum kaldırılabilir yük” erkekler için 22, kadınlar için 16 kilogramı geçmemesi
<i>Psikolojik ölçütler</i>	Çalışanın motivasyonunu artıracak bir çalışma ortamı ile ilgili düzenlemeler
<i>Enformatik ölçütler</i>	İnsanın duyu organlarıyla, örneğin gözü, kulağı ile aldığı bilgilerin doğru ve kolay algılanabilmesi için gerekli düzenlemeler
<i>Güvenlik ölçütleri</i>	İş kazalarını ve meslek hastalıklarını önlemeye yönelik tüm tasarım ilkeleri

9. ERGONOMİK TEHLİKELERLE İLGİLİ SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE SENDİKA AKTİVİSTLERİ OLARAK NELER YAPABİLİRİZ?

Çalışanlar olarak sağlık çalışanlarının sağlığı konusunda bir yandan işverenin yapması gereken sorumlukların yaşama geçirilmesi konusunda çalışmalar yaparken, öte yandan sağlık çalışanları olarak ergonomik tehlikelere karşı öz yeterliliklerimizi (öz gücümüzü) artırmayı da önümüze koyan çalışmalar içerisinde olmalıyız. Tüm tehlikelerde olduğu gibi ergonomik tehlikelerde de mühendislik önlemleri ile çalışma ortamının güvenli hale getirilmesi ilk sırayı alıyor. Bu açıdan işyerindeki (hastane) tüm birimlerin ergonomik tehlikeler açısından risk değerlendirmelerinin yapılması, birimlerdeki tehlikelerin saptanması ve önlemlerin yaşama geçirilmesi önemlidir. Bu süreç işverenin tekeline bırakılmamalıdır. Tüm çalışanlar birimlerinin risk değerlendirmesine katılmalı ve çalışmalarını zora sokan ergonomik tehlikelerin not edilmesini ve bunlara yönelik önlemler konusunda çözüm önerilerini paylaşmalıdır. Bu risk değerlendirmeleri hiç yapılmamış ya da çalışanların katılımına izin verilmeden baştan savama, özensiz yapılmış olabilir. Eğer birimizde risk değerlendirmesi yapıldığı söyleniyorsa, biriminize ait bu raporu isteme, gerçeği yansıtmıyorsa itirazlarınızı yazılı olarak işveren, İSGB ve işçi sağlığı ve güvenliği kurullarına bildiriniz. Bu işlemi sendika aracılığı ile yapmak süreci daha da güçlendirecektir. Yine risk değerlendirilmesinde alınacak önlemler ve bunların hangi sürede yaşama geçirileceği de yer alır. Bu açıdan önlemlerin yaşama geçirilip geçirilmediğinin sendika aktivistleri tarafından izlenmesi önemlidir. Risk değerlendirme raporunun İSİG kurullarında görüşülmesi ve karara bağlanması da önemlidir. Bu açıdan da takip ihmal edilmemelidir.

Hastane yönetiminin konu ile ilgili yasa ve yönetmelikte yer alan gereklilikleri yerine getirmesi zorunludur. Bu nedenle bu konudaki mevzuatın sendika aktivistlerince bilinmesi önemlidir. Ergonomi konusunda özel olarak hazırlanmış bir düzenleme olmamasına rağmen aşağıda isimleri belirtilen yönetmeliklerde ergonomi ilkelerine ilişkin düzenlemeler yer almaktadır:

- İş sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği - 09.12.2003/25311 Resmi Gazete
- Elle Taşıma İşleri Yönetmeliği - 11.02.2004/25370 Resmi Gazete
- Ekranlı Araçlarla Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik -23.12.2003 / 25325 Resmi Gazete
- Titreşim Yönetmeliği - 23.12.2003 / 25325 Resmi Gazete
- Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliği - 09.02.2004/25-368 Resmi Gazete
- Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik 11.02.2004 / 25370 Resmi Gazete
- İş Donanımının Kullanımında Sağlık ve Güvenlik Şartları Yönetmeliği -11.02.2004 / 25370 Resmi Gazete
- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri ile İlgili Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik - 07.04.2004 /25426 Resmi Gazete
- Yapı İşlerinde Sağlık ve Güvenlik Yönetmeliği - 23.12.20-03/25325 Resmi Gazete

Risk değerlendirmesinde yer alacak olan çalışma organizasyonları ile ilgili öneriler de *(uygun sayıda ve nitelikte çalışan, iş rotasyonları, dinlenme araları, gün içindeki kaldırma işlem sayısının en aza indirilmesi, işyeri politikasının belirlenmesi, prosedürler hazırlanması gibi)* gündemde tutulmalıdır. Sık sık işverene hatırlatılmalıdır.

Çalışanlar ve sendika aktivistleri olarak yapılacaklar arasında önemli bir başlıkta iş kazaları, ramak kala olay bildirimlerinin yapılmasını teşvik etmektir. Sadece bildirim yeterli değildir. Bildirim sonrası İSGB tarafından kök-neden analizi çalışmasının yapıp yapılmadığı da izlenmelidir. Bu bildirimlerin amacı sorunun neden kaynaklandığının araştırılmasıdır. İSGB'nin birime gelerek olayı incelemesi, gerekli önlemlerin alınıp alınmadığı saptaması, gerekli önlemlerin alınması için işvereni uyarması beklenmektedir. Kök neden analizi çalışmalarında İSG çalışanlarının

tarafsız tutumu, sağlık çalışanlarının sureci izlemelerine bağlıdır. İş kazalarının nedenleri olarak genellikle eğilim, çalışanın guensiz davranışlarına atfetmektir (dikkatsizlik, acelecilik, özensizlik vb.). Guensiz ortam (kaldırma araçlarının olmaması, donanım ve malzeme eksikliği, konu ile ilgili eğitim yapılmaması, yetersiz sayıda personel vb.) genellikle unutulur ya da görmezden gelir. Mevcut guensiz ortam değiştirilemez anlayışı yaygındır. Sağlık çalışanının mevcut çalışma koşullarında iş kazası ya da ramak kala olaya maruz kalmaması için yapacakları ön plana çıkartılır. Unutulmaması gereken guensiz davranışlar, genellikle guensiz ortamlara bağlıdır. İş evresinin duzenlenmemesi yanında, işverenin (hastane yönetiminin) yapılması zorunlu olan idari önlemleri almaması sıklıkla guensiz davranışı doğurur. alışan sayısının azlığı, uygun nitelikte kişinin çalıştırılmaması, herhangi bir uyum eğitimi verilmeden yapılan gevlendirmeler, fazla mesailer, sık tutulan nöbetler, sürekli gece vardiyası, yalnız çalışma, dinlenme surelerinin azlığı, iş yükünün yoğunluğu, yardımcı araç sağlanmaması gibi çalışma organizasyonu ile ilgili sorunların iş kazaları ve ramak kala olaylarının kök neden analizinde raporlanması çok önemlidir. Bu inceleme raporlarının İSG kurullarında görüşülmesi, mevcut sorunların kaldırılmasında işverenin yükümlülükleri hatırlatılmalıdır. Yine ramak kala olay, iş kazası sonrası İSGB tarafından çalışanın tıbbi açıdan izlenmesi, gerekli ise çalışma yerinin değiştirilmesi (*uygun işe yerleştirme*) sorumluluğu hatırlatılmalıdır. İSGB'ne iş kazası sonrası risk analizini tekrarlaması gerekliliği de hatırlatılmalıdır.

Bildirimler SGK'da toplandığı, iş kazalarının fazla olduğu işyerlerine müfettiş gönderilerek incelemeler yaptırıldığı, bu nedenle işverenlerin iş kazaları bildirimlerinden genellikle kaçtığı da bilinmelidir.

Özetle bir iş kazası ya da ramak kala olay gerçekleştiğinde sağlık çalışanı ve sendika aktivistleri tarafından şunlar yapılmalıdır:

- Belgelendirme, tutanak tutma
- İSG birimine bildirimini yapma

- Bildirimi SGK'ya gönderilip gönderilmediğini kontrol etme
- İSG tarafından iş kazası (ramak kala olay) kök neden analizinin yapılmasını sağlama ve hazırlanan raporu isteme, raporun tarafsızlığı konusunda inceleme, önerilen önlemlerin takipçisi olma
- İş kazası sonrası risk değerlendirilmesinin tekrar yapılması gerektiğinin hatırlatılması ve yapılacak risk değerlendirmesine katılma
- İş kazası ya da ramak kala olayların İSG kurulunun gündemine girmesini sağlama
- Sağlık açısından tıbbi izlemin (tanı ve tedavi süreci, esenlendirme) yapılması
- Gerekiyorsa uygun işe yerleştirme talebinin yapılması

Sağlık çalışanlarının işverenin baskısı nedeni ile sessiz kalacağı göz önünde bulundurulmalı, iş kazasının tutanak altına alınması ve İSGB bildirilmesi sonrası sendika aktivistlerinin ön plana geçmesi, süreci takip etmesi zorunludur.

Ergonomi konusunda yapılacak eğitimlerde içerik ve biçim açısından izlenmelidir. İçerik açısından eğitimin hastaneye özgü olması, sadece işçinin yapacaklarına daraltılmaması, işverenin sorumluluklarına da yer verilmesi ve davranış değişikliğini hedeflemesi önemlidir. Bu eğitimlerin mesai gün ve saatlerinde olması, uygun sürede olması (*kısa sürede yoğunlaştırılmış değil*), katılımcı sayısının az olması, yetişkin öğrenme ilkelerinin gözetilmesi, sağlık iş koluna özgü olması, ön test ve son test yapılmasına dikkat edilmelidir. Bu tarz yapılmayan eğitimler ile ilgili tespitler yapılarak işveren uyarılmalıdır. Hastanelerde işlerin yarım kalacağı, hastanın işlerinin aksayacağı vb. nedenlerle eğitimler geçiştirildiği, özen gösterilmediği, çalışanın katılmış gibi gösterildiği, internet ortamında sanal olarak yapıldığı ya da hiç yapılmadığı bilinmektedir. Burada unutulmaması gereken işverenin eğitimde geçen süreleri gelire dönüştürme, üretimi kesintisiz sürdürme

niyeti yanında eğitimler birlikte işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili sorunlar, çözüm önerileri ve işveren yükümlülüklerinin (yasal) bilinir hale gelmesidir. Bu durum sağlık çalışanlarının iSG ile ilgili taleplerinin artmasını da gündeme getirdiği için işveren bu eğitimlerden kaçma ya da içeriğine müdahale etmek isteyecektir. Bu nedenle işveren işçinin, sağlık çalışanın sorumluluklarını ve KKD öne çıkararak, işverenin sorumluluklarını, daha maliyetli olan mühendislik ve idari önlemleri görünmez kılan tarz eğitimleri tercih edecektir. Bu açıdan eğitimin biçimi yanında içeriği de önem kazanmaktadır. Sendika aktivistlerinin sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği konusunda birikimlerini artırması, bazı aktivistlerin işçi sağlığı ve güvenliğine yoğunlaşmaları bu konuda mücadeleyi daha da güçlendirecektir.

Ergonomik tehlike ve riskler ele alınırken (diğer SÇS konularında olduğu gibi) sorunlar sadece teknik boyutla değerlendirilmemeli, emek sömürsü bağlamında işverenin işçilik maliyetlerini ve İSG harcamalarını azaltmaya yönelik yaklaşımları-girişimleri deşifre edilmeli, engellenmeye çalışılmalıdır. Yine Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın dayattığı SÇS'ni tehdit eden çalışma biçimlerinin deşifre edilmesi, konunun siyasal gerçekliği ile ele alınması da sağlanmalıdır. Tüm bunların yanında emeğin denetimi bağlamında sağlık çalışanları kendi emek süreçleri ile ilgili kararlara katılımı zorlamalı, emeğin haklarını SÇS bağlamında en üst düzeye çıkarmaya çalışılmalıdır. Bu kapsamda yapılacak çalışmaları üyelerle yapılacak toplantılarda paylaşmaya özen gösterilmelidir.

Kaynaklar

- Ayanoğlu C. (2007) İşyerinde Ergonomi ve Stres, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Özel Sayı: Yüku Hafiflet, Mesleki Kas İskelet Sistemi Hastalıkları, 7 (34): 29-36
- Babayiğit MA, Kurt M (2013) Hastane Ergonomisi, İstanbul Med J 2013; 14: 153-9
- Başer A. (2015) Dünya'da Ve Türkiye'de Hemşirelerin Karşılaştıkları Riskler Ve Maruziyetleri, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 5. Ulusal Kongresi, 24 – 25 Ekim 2015, Ankara, s: 100-108.
- Bayhan, S. (2005) Ankara Üniversitesi Cebeci Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin ve Tıp Fakültesi Hemşirelerinin Mesleki Riskleri Konusunda Bilgi Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bilir N (2007) Mesleki Kas İskelet Sistemi Hastalıkları, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Özel Sayı: Yüku Hafiflet, Mesleki Kas İskelet Sistemi Hastalıkları, 7 (34): 10-13
- E-Fact 18 (...) Risk assesment in health care, European Agency for Safety and Health at Work - <http://osha.europa.eu>
- Erdoğdu D. (2014) Sağlık Çalışanlarında Kas İskelet Sistemi Bozuklukları, Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları-Meslek Hastalıkları Sempozyumu, 18-19 Ekim 2014, İstanbul
- Erkan S. (2014) Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşire Ve Teknisyenlerin Mesleki Risk Algısının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Ergonomics For Healthcare Workers, <http://www.protempersonnel.com/study%20guides/ergonomicsstudyguide.pdf>, erişim tarihi: 20 Mart 2015.
- Güler Ç, Acar Vaizoğlu S, Tekbaş ÖF. (2000) Temel Ergonomi Kavramları, TTB-Meslek Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 1 (3): 22-26.
- Günay EE. (...) Sağlık Kurumlarında Ergonomi sunumu, <https://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=429>, erişim tarihi: 30 Mart 2016
- Hıdıroğlu S. (2015) Sağlık Çalışanları; Çalışma Koşulları ve Mesleki Risk Değerlendirme Anketi, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 5. Ulusal Kongresi, 24 – 25 Ekim 2015, Ankara, s: 88-94.
- İlçe A. (2007) Yoğun Bakım Ünitelerinde Ergonomik Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2007

- İncir G. (1992) Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Ergonomik Yaklaşım. Milli Produktivite Merkezi, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi, 26-29 Kasım 1992, Kongre Kitapçığı, s: 89-92
- Marnie M. (2012) The *Other* 21st Century HealthCare Issue: An Ergonomic Approach to Addressing Workplace Injuries. Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care, pp79-82:
- Meslek Hastalıkları Rehberi (2011) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Ankara, www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/.../Meslek-Hastaliklari-Kitabi
- Nelson A, Baptiste A. (2004) Evidence-Based Practices for Safe Patient Handling and Movement, *Online Journal of Nursing Issues*, <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/Number3September30/EvidenceBasedPractices.aspx>
- Occupational Safety Handbook Of Occupational Hazards And Controls For Medical And Surgical Staff, Government Of Alberta, 2011, Canada, work.alberta.ca/documents/OHS-WSA-handbook-medical-surgical-staff.pdf
- Önal B. (2007) Kas İskelet Sistemi Hastalıklarının Ülkemizdeki Durumu ve İlgili Yasal Düzenlemeler, *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, Özel Sayı: Yüğü Hafiflet, Mesleki Kas İskelet Sistemi Hastalıkları, 7 (34): 15-19.
- Önder ÖR, Ağırbaş İ, Yenimahalleli Yaşar G, Aksoy A. (2011) Ankara Numune ve Eğitim araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Geçirdikleri İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Yönünden Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 10(1):31-44.
- Ören S. (1994) Hemşirelerin Çalışma Koşullarından Kaynaklanan Sorunları ve Mesleki Risklerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara.
- Özcan E, Kesiktaş N. (2007) Mesleki Kas İskelet Hastalıklarından Korunma Ve Ergonomi, *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, Özel Sayı: Yüğü Hafiflet, Mesleki Kas İskelet Sistemi Hastalıkları, 7 (34): 6-9.
- Özkan Ö. (2005) Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri İle Risk Algularının Saptanması, Doktora Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara.

- Özkan Ö, Emiroğlu ON. (2006) Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri, C.. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10:43-51.
- Pınar R. (2008) Hastanelerde alışan Türk hemşirelerinde kas-iskelet rahatsızlıkları, Türkiye Klinikleri, 2010, 30, 1869-1875.
- Sağlık alışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi, 26-29 Kasım 1992, Kongre Kitapçığı.
- Taşcıoğlu İ. (2007) Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanesinde İş ve alışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- TTB. (2014) Sağlık alışanlarının Ameliyathanede Karşılaştıkları Riskler Ve Korunma Yolları, TTB yayınları, Ankara, s: 9-19
- Urgan U, Hamzaoğlu O. (2016) Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde alışan Asistanlar Arasında Bel Ağrısı Sıklığı Ve Bel Ağrısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi,
- Valerie Beecher (2005) It's broke, so let's fix it: *Anatomy of an Injury, Fallacy of Body Mechanics, Ergonomics – Employee Health* Danielle Wheeler-Vickery, PT *Acute Rehabilitation* SUNY Upstate Medical University
- Work Safe Alberta (2010a) There's Only One Right Way to Lift, Right? BCL006-Back Care/Lifting
- Work Safe Alberta (2009) No Unsafe Lift Workbook.
- Yapıcı G. (2011) Ayakta alışma ve Sağlık Etkileri, İn Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 18(3): 194-198.

SAĞLIK HİZMET ÜRETİMİNDE KİMYASAL TEHLİKELER

Prof. Dr. Meral Türk

Bölümün Amacı: Sağlık kurumunda/alanda kimyasal maddelerle ilgili çalışma koşullarını, sağlığa etkilerini ve önleme/korunma yollarını ortaya koymak

Sağlık çalışanları ister birinci basamak sağlık kurumları ister hastanede olsun aynen fabrikalarda olduğu gibi çok sayıda kimyasal tehlike ile karşı karşıyadır. Bu karşılaşma tedavi, tetkik, herhangi bir girişime hazırlık ya da genel hijyen koşullarını sağlama sırasında olabilir.

Sağlık kurumlarında genel temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri sırasında kullanılan katı, sıvı ve gazlar (formaldehit gibi); kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar (sitotoksik/antineoplastik/sitostatik), tıbbi alanlarda kullanılan gazlar (Nitröz oksit, uçucu halojenhidrokarbonlar, eter ve kloroform, oksijen, etilen oksit gibi) sağlık kurumlarında en fazla karşılaştığımız kimyasallardır.

Kimyasallar özelliklerine göre (parlayıcı, patlayıcı ...) ciddi iş kazalarına yol açabilecekleri gibi uzun süre maruz kalma sonucu birikici etki ile yıllar sonra ortaya çıkabilecek meslek hastalıklarına yol açabilir.

Kimyasallara solunum, deri ve bazen de sindirim yoluyla maruz kalınabilir.

Maruz kalındığında oluşacak olumsuz sağlık etkileri sinir sistemi, akciğerler, karaciğer, böbrek ya da mesane üzerinde ken-

dini gösterebilir. Hafif bir iritasyondan, allerjiden, kansere, mutajen ya da üreme sağlığı üzerine etki ederek düşüklere, doğacak bebekte malformasyonlara kadar giden sağlık etkileri görülebilir.

Sağlık kurumlarında en sık karşılaşılabileceğimiz birkaç kimyasal üzerinden sağlık etkilerini gözden geçirelim:

Formaldehit; Hematopoetik sistem, akciğer ve burun kaviteleri dahil çeşitli organ ve sistemlerde kanser riskini artırdığına ilişkin çalışmalar vardır.

Anestezik gazlar; bazı inhalasyon anestezikleri hepatit, baş ağrısı, mide bulantısı, göz, deri ve solunum sisteminde iritasyon, uyku hali, yorgunluk ve sinirlilik durumu yaratabilir.

Antineoplastik (sitotoksik, sitostatik) ilaçlar; kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar kanser, mutajenite ve üreme sağlığına olumsuz etkiler yapabilmektedir.

Dezenfektanlar; göz, burun, boğaz iritasyonundan mesleki astıma dek giden solunum sistemi hastalıklarına yol açabilirler.

Bu tehlikelerin farkında olunarak zararların önlenmesi için atılması gereken adımlar aşağıda sıralanmıştır.

Bu adımları katılımcı yöntemler kullanarak ele almak benimlenen, kalıcı ve uygun yaklaşımlarda bulunmak açısından önemlidir.

Kullanılabilecek katılımcı yöntemler: Risk değerlendirme yöntemleri, çıplak ayaklı araştırmada kullanılan haritalama teknikleri, küçük grup tartışmaları, katılımcı risk değerlendirme yaklaşımı (SOBANE stratejisi)

Kim / Kimlerle: Sendika temsilcisi + risk değerlendirme ekibi + çalışanlar

Ele alınacak noktalar:

- Çalışma şeklinin tanımlanması
 - krokiler
 - kimyasal maddelerin kullanıldığı yerler
 - laboratuvar/ameliyathane/depoların yerleşim planları
 - Maruz kalanların belirlenmesi

Öncelikle her sağlık çalışanı rutinde yaptığı işlerin bir dökümünü çıkartmalıdır. Bu dökümde yapılan iş, yapıldığı yer, gerçekleştirildiği süre ve iş gerçekleştirilirken etkilenebilecek tüm kişilere ait bilgiler yer almalıdır.

Örneğin laboratuvarlarda çalışanlar hemen hemen tüm diğer bölümlerde de kullanılan dezenfektanların yanısıra, boyalar, reaktifler, tampon sıvılar, besiyerleri, çeşitli gazlara maruz kalmakta; anatomi ve patoloji laboratuvarlarında formaldehit gibi kanserojen, mutajen, üremeye toksik kimyasallar grubundan maddeler kullanılmaktadır.

Ameliyathanelerde anestezi gazları ön planda etkili olan kimyasallardandır.

Sterilizasyon ünitesi olan kurumlarda giderek daha az olmak üzere etilen oksit, hidrojen peroksit, parlayıcı/patlayıcı gazlar, dezenfektanlar kullanılmaktadır.

Yukarıda saydığımız bölümlerde çalışan tüm hemşire, teknisyen, temizlik personeli ve hekimler kullanılan kimyasallara maruz kalabilmektedir.

Bazı özellikli ilaçlar (örneğin antikanser ilaçlar) da zararlı etkileri olan kimyasallar grubunda yer almaktadır.

- Kimyasal maddelerin envanterinin çıkarılması
 - Malzeme Güvenlik Bilgi Formlarının elde edilmesi
 - Kimyasal maddeye ilişkin Risk (R) ve Güvenlik (S) cümlelerinin araştırılması
 - Her bir maddeye ilişkin ayrıntılı bilgi toplanması (depolanma, taşınma şekli, yangına yol açma, parlama, patlama özellikleri...)
 - Her bir maddeye maruz kalma yolları
 - Her bir maddenin sağlığa zararları
 - Korunma yolları

Kullanılan her kimyasalın satın alma aşamasında o maddeye ait özelliklerin belirtildiği Malzeme Güvenlik Bilgi Formlarının (MGBF) da Türkçe olarak verilmesi gerekmektedir. MGBF maddelere ilişkin özellikler konusunda bilgi verir.

Kimyasal maddeler kişi üzerinde aşındırıcı, tahriş edici, zehirli, duyarlılaştırıcı, kanserojen, mutajen, teratojenik etki yapabilir. Ortama yayıldıklarında yangın, patlama gibi kazalara yol açabilir. Kimyasal atıklar çevre açısından da zehirli etkiye sahip olabilir.

Kullandığımız bu maddeler vücuda farklı şekilde girebilirler. Bu yollar solunum yolu, deri/mukoza ve ağız yolu olabilir. Korunma açısından maruz kalınan yola uygun önlem almak gerekir.



Kimyasal maddelerin kutularının, şişelerinin üzerindeki semboller üzerinden hangi tehlike sınıfına ait olduklarını anlayabiliriz. Şişe ya da kutular üzerinde mutlaka Türkçe etiketler bulunmalıdır. Eğer bir kimyasal maddeyi kendi şişesinden, kutusundan daha farklı bir kaba aktarıyorsanız, o şişenin, kabın üzerine de gerekli bilgileri barındıran bir etiketi mutlaka yapıştırın.

Yukarıdaki şema Laboratuvar Güvenliği Rehberi'nden alınmıştır.

Semboller dışında yazılı olan R (Risk) ve S (Güvenlik) cümleleri de maddenin sağlık ve çevreye vereceği zararlar ve dikkat edilmesi gereken özellikleri konusunda fikir verir.

- Maddelerin depolanması

Kimyasal maddeler kurumlar içinde ana depolarda ya da daha az miktarlarda birim/servis içinde de bulundurulmaktadır. Kimyasal maddelerin geçimsiz olma özellikleri vardır; o nedenle hangi maddelerin yan yana depolanabileceği konusunda geçimsizlik tablolarına bakmak gerekir ve bu özelliklere ilişkin hazırlanacak şemalar depolarda asılı olmalıdır. Depoların havalandırması ve fiziksel koşulları, ısı kaynaklarından uzaklığı, topraklamanın varlığı gözden geçirilmelidir.

- Maruziyetin önlenmesi
 - Genel koruyucu önlemler
 - Havalandırma
 - Aspirasyon sistemleri
 - Bireysel korunma
 - Kişisel koruyucu donanımlar
 - Hijyen

Örneğin oksijen tüpleri metan, asetilen, propan gibi yanıcı gazlardan uzakta, serin, kuru bir ortamda saklanmalıdır. Tüplerin devrilmeyecek şekilde zincirle sabitlenmesi gerekmektedir.

Kimyasalların bulunduğu dolaplara yiyecek içecek konmamalıdır. Buldukları kapların sızdırmazlığı kontrol edilmelidir.

Kimyasal tehlikelerden zarar görülmemesi için diğer risklerde olduğu gibi kontrol hiyerarşisine uymak gereklidir.

Öncelikle mümkünse tehlikeli olan maddeyi kullanmayarak risk tamamen ortadan kaldırılmalıdır. Bunu sağlayamıyorsa daha az tehlikeli olanla değiştirilmesi düşünülebilir. İki aşama da gerçekleştirilemiyorsa mühendislik önlemleri, yönetsel önlemler ve beraberinde kişisel koruyucu donanımlar kullanılabilir.

Kimyasalların zararlarını önlemede mühendislik önlemi olarak çeker ocak kullanımı, havalandırma sistemleri, ventile edilen saklama dolapları sayılabilir.

Kişisel koruyucu donanım olarak gözlük, yüz siperliği, eldiven, önlük ve maskeler kullanılabilir. Asit, kostik, alkollerle çalışırken nitril; Peroksitler, aşındırıcı asitler (nitrik asit, sülfirik asit, hidroklorik asit vb.) kuvvetli bazlar, alkoller, aldehitler, ketonlar, esterlerle çalışırken butil; Alkol, organik asit ve alkalilere karşı neopren eldiven kullanılması önerilir.

Lateks eldivenler ve içindeki pudra lateks allerjisine neden olabilir. Lateks allerjisi olan sağlık çalışanlarının lateks içermeyen pudrasız eldiven kullanması önerilir.

Ayrıca temizlik ve dezenfeksiyon için kullanılan antiseptik ve dezenfektanlar da mesleki dermatozlara yol açabilmektedir. Kimyasallarla çalışırken dermatit gibi olumsuz sağlık etkilerinden korunmak için;

1. Gereğinden fazla ellerinizi yıkamayın
2. Tahriş etmeyen ve yeteri kadar sabun kullanın
3. Kuru cilde sabun sürmeyin
4. Ellerinizi iyice durulayıp, kurutun
5. El yumuşatıcı, nemlendiricileri sık kullanın fakat sürdüğünden belli bir zaman sonra eldiven giyin
6. Uygun işe uygun eldiven kullanın
7. Lateks içermeyen eldivenler allerji riskini düşürür

8. Eldiven giymeden önce ellerinizin kuru ve herhangi bir tahriş edici madde ile bulaşmış olmadığından emin olun
9. Temas allerjisi yapacak maddelerden uzak durun.

Maske seçiminde toz halindeki yada aerosol formundaki kimyasallardan korunmak için N95 gibi partikül filtreli maskeler; kimyasal gaz ve buharlara karşı kimyasal kartuşlu maskeler uygundur.

- Ortam değerlendirmesi
 - Ortam ölçümleri

Kimyasal maddeler çalışılan ortamda havaya yayılabilir. Solunum yoluyla maruz kalınan bazı kimyasal maddelerin ortam havasında bulunmasına izin verilen değerler vardır. Ortam havasında kimyasalın bu sınır değerleri aşp aşmadığını değerlendirmek açısından ortam havasının örnek alınarak ya da daha doğru olan bireysel ölçüm cihazları aracılığı ile kişinin maruz kaldığı düzeylerin belirlenmesi gereklidir. Ortam ölçümleri çoğu zaman gelişmiş laboratuvarlarda gerçekleştirilebilmektedir. Bu laboratuvarlarda genellikle endüstride en fazla kullanılan kimyasallara ilişkin analizler yapılabilmektedir; bu nedenle sağlık kurumlarında kullanılan anestezi gazları gibi kimyasalların ölçümünü yapabilmek zordur. Patoloji, anatomi gibi laboratuvarlarda kullanılan formaldehid ölçümü yaptırılabilir.

Gazlar dışında antikanser ilaçların hazırlandığı ortamlarda (biyogüvenlik kabinleri) partikül ölçümleri yaptırılarak bu ilaçların ortama yayılıp yayılmadığı kontrol edilebilir. Filtre kontrolleri de düzenli aralıklarla yapılmalı ve sonuçlar da kabinler üzerinde ya da görülebilecek yerlerde gösterilmelidir.

- Sağlık Gözetimi
 - Periyodik muayeneler + tetkikler
 - Biyolojik izlem: Kan, idrar tetkikleri

Kimyasal maddelere tehlikeli düzeylerde maruz kalınıp kalınmadığını değerlendirmenin bir yolu da biyolojik ve tıbbi gözetim sonuçlarını elde etmektir. Peryodik olarak yapılan muayeneler sırasında, fizik muayenenin yanı sıra, çalışılan maddenin verebileceği sağlık zararlarını gösterebilecek kan ve idrar tetkikleri de yapılarak kişinin sağlık durumu izlenmelidir.

- Atık yönetimi

Biyolojik izlem emilen kimyasalın çalışanın doku, dışkı, idrar ya da kanında, solunum havasında maddenin kendisinin ya da metabolitinin araştırılmasıdır. Her kimyasalın bu şekilde ölçülebilen bir metaboliti olmayabilir; ya da aynı metabolit başka bir madde ya da besin alımıyla da ortaya çıkabileceği için her zaman kesin doğru yol gösterici olmayabilir.

- Atık yönetimi

Tanı, tedavi hizmetleri verilirken ya da temizlik, dezenfeksiyon işlemleri sırasında ortaya çıkan kimyasal atıklar tehlikeli veya tehlikesiz olabilir. Kullanılan maddelerin üzerindeki simgelere göre patlayıcı, oksitleyici, tutuşabilen, tahriş edici, zararlı, toksik, kanserojen, korozif, enfekte edici, teratojenik, mutajenik özelliği olanlar özel işleme tabi tutularak uzaklaştırılmalıdır.

Sağlık kurumlarında genel temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri sırasında kullanılan katı, sıvı ve gazlar (formaldehit gibi); kanser tedavisinde kullanılan ilaçların flakonları (sitotoksik/antineoplastik/sitostatik), bu ilaçların hazırlanması, uygulanması sırasında kullanılan koruyucu donanım ve ekipmanlar, süresi dolmuş ya da bozulmuş ilaçlar sağlık kurumlarında en fazla karşılaştığımız kimyasal atıklardır. Bunların yanı sıra termometre, tansiyon ölçme aleti ve radyasyondan korunma amaçlı paneller gibi alet ve ekipmanların içinde veya bünyesinde bulunan cıva, kadmiyum, kurşun, film banyo suları, tıbbi alanlarda kullanılan gazlar (Nitroz oksit, uçucu halojenhidrokarbonlar, eter ve kloroform, oksijen,

etilen oksit gibi) içinde bulunduran silindirleri, kartuşları ve kutuları, piller, aküler, floresan lambalar, kartuş ve tonerler, bilgisayar, monitör ve parçaları, kablo yalıtım malzemeleri elektrikli ve elektronik ekipman makine -ekipman parçaları, yağ – yakıt filtreleri, hava filtreleri, anestezi gaz ambalajı, entübasyon tüpü, kontamine ambalajlar da tehlikeli atıklar içinde sayılmaktadır.

Tehlikeli atıklar sağlam, sızmaya dayanıklı mavi atık varillerinde diğer atıklardan ayrı olarak biriktirilmelidir. Varillerin üzerinde atığın toplanmaya başlandığı tarihte atık ile ilgili bilgilerin yer aldığı etiket bulunmalıdır. Atıklar katı, sıvı, gaz özelliklerine ve türlerine göre ayrı varillerde biriktirilmelidir. Atık varilleri 2/3 oranında doldurulmalı, kelepçeleri kapalı tutulmalıdır. Tehlikeli atıklar toplanırken toplayan çalışanın eldiven, maske ve koruyucu giysi gibi kişisel koruyucu donanımlarının bulunması şarttır.

- Mevzuat, eğitim, bilgilendirme

Kimyasalların nasıl ele alınacağı Tehlikeli Maddelerin Ve Müstahzarların Sınıflandırılması, Ambalajlanması Ve Etiketlenmesi Hakkında Yönetmelik ile belirlenmiştir (Resmi Gazete, 2013b)

Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik'te (Resmi Gazete 2013) "İşveren, işyerinde tehlikeli kimyasal madde bulunup bulunmadığını tespit etmek ve tehlikeli kimyasal madde bulunması halinde, çalışanların sağlık ve güvenliği yönünden olumsuz etkilerini belirlemek üzere, 29/12/2012 tarihli ve 28512 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği hükümlerine uygun şekilde risk değerlendirmesi yapmakla yükümlüdür" denmektedir.

Kanserojen veya Mutajen Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete 2013) amacını çalışanların kanserojen veya mutajen maddelere maruziyetinden kaynaklanabilecek sağlık ve güvenlik risklerinden korunması için bu maddelere maruziyetin önlenmesi ve sınır

değerler de dâhil olmak üzere asgari gerekliliklerin belirlenmesi şeklinde tanımlanmıştır. Aynı yönetmelikte çalışanların eğitimi ve bilgilendirilmesi başlığı altında eğitimlerin kapsamını aşağıdaki gibi sıralamıştır:

- a) Risk değerlendirmesi sonucunda elde edilen bilgileri.
- b) İşyerinde bulunan veya ortaya çıkabilecek tehlikeli kimyasal maddelerle ilgili bu maddelerin tanınması, sağlık ve güvenlik riskleri, meslek hastalıkları, mesleki maruziyet sınır değerleri ve diğer yasal düzenlemeler hakkında bilgileri.
- c) Çalışanların kendilerini ve diğer çalışanları tehlikeye atmamaları için gerekli önlemleri ve yapılması gerekenleri.
- ç) Tehlikeli kimyasal maddeler için tedarikçiden sağlanan Türkçe malzeme güvenlik bilgi formları hakkındaki bilgileri.
- d) Tehlikeli kimyasal madde bulunan bölümler, kaplar, boru tesisatı ve benzeri tesisatla ilgili mevzuata uygun olarak etiketleme/kilitleme ile ilgili bilgileri.

(2) Tehlikeli kimyasallarla yapılan çalışmalarda çalışanlara veya temsilcilerine verilecek eğitim ve bilgiler, yapılan risk değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan riskin derecesi ve özelliğine bağlı olarak, sözlü talimat ve yazılı bilgilerle desteklenmiş eğitim şeklinde olur. Bu bilgiler değişen şartlara göre güncellenir.

Söz konusu yönetmeliğin Ek 1’inde kimyasal maddelere ilişkin mesleki maruziyet sınır değerleri de verilmiştir.

Tehlikeli ve Çok Tehlikeli işyeri grubunda yer alan sağlık kurumlarında sırasıyla yılda 12 ve 16 saatlik zorunlu eğitim konuları içinde kimyasal risk etmenleri de bulunmaktadır.

Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete 2013) “Kişisel koruyucu donanımlar, işveren tarafından ücretsiz verilir, imalatçı tarafından sağlanacak kullanım kılavuzuna uygun olarak bakım, onarım ve periyodik kontrolleri yapılır, ihtiyaç duyulan parçaları değiştirir-

lır, hijyenik şartlarda muhafaza edilir ve kullanıma hazır bulundurulur.” demektedir.

- ISIG Kurulu’nun rolü

Çalışma ortamında kimyasallarla ilgili yaşamı tehdit edebilecek yoğun bir maruziyet yaşandığında çalışan temsilcisine ve acilen kurula haber verilmelidir. Kurul, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 13 üncü maddesinde belirtilen **çalışmaktan kaçınma hakkı taleplerinde süre** dikkate alınmaksızın **acilen toplanır**. Toplantıda alınan karar çalışan ve çalışan temsilcisine yazılı olarak tebliğ edilir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik Madde 8’de belirtildiği gibi kurulun görevi işçi sağlığı ve güvenliği konularında o işyerinde çalışanlara yol göstermek, işyerinde işçi sağlığı ve güvenliğine ilişkin tehlikeleri ve önlemleri değerlendirmek, tedbirleri belirlemek, işveren veya işveren vekiline bildirimde bulunmaktır. Dolayısıyla kimyasallarla çalışırken maruz kaldığımız tehlike ve alınması gereken güvenlik önlemleri açısından kurumumuzdaki durum konusunda iş sağlığı ve güvenliği kurulu çalışanların da bilgilendirilmesini sağlamak zorundadır.

Kaynaklar

- Aydın S, Başaran N. (2012) Formaldehite Maruziyetin Toksikolojik Açıdan Değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri Eczacılık Bilimleri Dergisi » - Cilt 1 » Sayı 2
- Beşer A.(2012) Sağlık Çalışanlarının Sağlık Riskleri Ve Yönetimi, DEUHYO ED, 5 (1), 39-44
- Eraydın D. (2009) Ameliyathane Ve Derlenme Ünitesi Personelinde Genotoksik Maruziyet Riskinin Mikroçekirdek Yöntemi İle Değerlendirilmesi, T. C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Farmasötik Toksikoloji Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Tez Danışmanı Prof. Dr. Sema BURGAZ), Ankara
- Kürkçü, E.A. Arslan Tatar, Ç.P. Babaarslan, E. İlik, Ö. Şentürk, F. Tiryaki, B.Yaşaroğlu, C. B. (2011)
- Kimyasalları Depolama Rehberi http://www.isgum.gov.tr/rsm/file/isg-doc/IG7-kimyasal_depolama_rehberi.pdf ,Erişim tarihi 5 Haziran 2015
- Laboratuvar Güvenliği Rehberi (2014) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı, Ed. Abacıoğlu H., Sönmez C., Sağlık Bakanlığı Yayın No: 937, Ankara
- Resmi Gazete. (2013b) *Tehlikeli Maddelerin Ve Müstahzarların Sınıflandırılması, Ambalajlanması Ve Etiketlenmesi Hakkında Yönetmelik*, 11 Aralık 2013, Sayı 28848, Mükerrer
- TTB Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu (2014) Sağlık Çalışanları için İşçi Sağlığı ve Güvenliği Kitabı, editör: Oğan H, Ankara
- Türk, M., Çiçeklioğlu, M., Davas, A., Saçaklıoğlu, F. (2006) Antineoplastiklerle Çalışan Hemşirelerde Maruziyetin Değerlendirilmesi. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi.; 28: 41-48

SAĞLIK HİZMET ÜRETİMİNDE FİZİKSEL TEHLİKELER

Prof. Dr. Meral Türk

Bölümün Amacı: Sağlık kurumunda/alanda fiziksel etmenlerle ilgili çalışma koşullarını, sağlığa etkilerini ve önleme/korunma yollarını ortaya koymak

İşçi sağlığında fiziksel etmenler dediğimizde elektrik, gürültü, zararlı ışınlar, titreşim, yüksek/düşük ısı (termal konfor), ıstık, nem gibi zararlı etmenler anlaşılır. Sağlık alanında da endüstriyel alanlarda olduğu gibi fiziksel etmenlere maruz kalınmaktadır. Sağlık çalışanlarının en fazla maruz kaldığı fiziksel etmenler arasında elektrik, gürültü, yüksek/düşük ısı, aydınlatma ve radyasyonu sayabiliriz.

Zararlı fiziksel etmenler özelliklerine göre ciddi iş kazalarına (akustik travma, elektrik çarpması, yanıklar, yüksek doz radyasyona maruz kalma gibi) yol açabilecekleri gibi uzun süre maruz kalma sonucu yıllar sonra ortaya çıkabilecek işitme kaybından, kanserlere dek uzanan meslek hastalıklarına yol açabilir. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı fiziksel etmenlere ilişkin tanımlamalar aşağıda verilmiştir:

Gürültü: İnsanı rahatsız eden, istenmeyen ses olarak tanımlanır. Ölçüm birimi desibeldir (dB). Endüstride izin verilen sınır değerler yönetmeliklerle belirlenmiştir. Sağlık kurumlarında ise farklı yerlere göre izin verilen değerler 25-45 dB arası değişmek-

tedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre; gündüz 35 dB(A), gece 30 dB(A)'i geçmemesi, Çevre Koruma Birliği rehberleri gündüz 45 dB(A)'yü, gece 35 dB(A)'yü geçmemesi gerektiğini belirtilmektedir.

Sağlık kurumlarında gürültüye en fazla maruz kalınan yerler yoğun bakım üniteleri, ameliyathane, sterilizasyon birimleri, laboratuvarlar, teknik bakım onarım birimleri, çamaşırhane, genel poliklinik alanlarıdır. Ayrıca taş kırma, ortopedik müdahalelerde kullanılan aletler gürültü kaynağı olabilmektedir.

Çalışma ortamında işitme kaybının en önemli nedeni olan gürültüye maruz kalma, çalışmada, baş ağrısı, kan basıncının yükselmesi, anksiyete, irritabilite, dikkati toplama da zorlanma yarattığı için iş stresinin artmasına yol açmaktadır.

Elektrik: Elektrik enerjisi kullanım kolaylığı, rahatlığı ve kalitesi ile tüm üretim ve hizmet sektörünün temel girdisi haline gelmiştir. Sağlık kurumları da, kullanılan çok sayıda elektrikli alet ve aydınlatma açısından, elektrik işlerinde bakım, onarım, iç tesislerdeki güvenlik ve patlayıcı ortamların varlığı, topraklama tesisatı, elektrik tesisatının düzenli kontrolünün yapılması gereken çalışma alanlarıdır.

Isı: Yüksek ısı kişiyi hem fiziksel hem de kardiyovasküler açıdan zorladığı için tehlikeli olabilir. Uzun süren ameliyatlar sırasında aşırı enerji harcanmasına yol açan derecelere maruz kalılabilmektedir. Hastanelerde genellikle önerilen 22 °C çok sıkı giyinilmemiş, ayakta, efor gerektirmeyen işler yapılırken önerilen ısıdır. Önlük, diğer kişisel koruyucu ekipmanların kullanıldığı koşullarda ısıya karşı dayanma da azalabilmektedir. Merkezi klimatizasyon farklı alanlarda ısı ayarlamasının değiştirilebilmesine de olanak sağlamamaktadır. Klimalarla ilgili son çıkan lejyonella yönetmeliği incelenerek gereken ölçümlerin yapıp yapılmadığı ve önlemlerin alınıp alınmadığı iş sağlığı ve güvenliği kurullarında da izlenmelidir.

Radyasyon: Radyasyon madde üzerinde oluşturdukları etkilere göre, iyonlaştırıcı olan ve olmayan olmak üzere ikiye ayrılır.

Tıpta kullanılan röntgen cihazlarında elde edilen X ışınları iyonlaştırıcı radyasyon kapsamında yer alır. Röntgen ışınları da

denen X ışınları canlı hücreleri etkileyerek, kromozomların yapısındaki DNA molekülünde, genetik mutasyona veya ölüme götürebilecek zararlara yol açabilir. Radyasyon yanıklara, çeşitli kanserlere ve genetik bozukluklara neden olabilmektedir. Üreme, hematopoetik sistem ve gastrointestinal sistem epitel hücreleri radyasyona daha duyarlı olan hücrelerdir. Tıpta iyonlaştırıcı radyasyon kullanılan başlıca bölümler Radyoloji, Nükleer Tıp, Radyasyon Onkolojisi, Kardiyoloji, Ortopedi, Beyin Cerrahisi, Genel Cerrahi, Gastroenteroloji, Ağrı Klinikleri, Üroloji bölümleridir. Nükleer Tıp'ta ise, hastaya sindirim, solunum veya damar yoluyla radyofarmasötik verilerek hastadan yayılan ışınlar gama kamera ile algılanarak görüntüye çevrilir. Radyasyon Onkolojisinde ise kanser hücrelerini yok etmede veya ilerlemeyi yavaşlatmak amacıyla ilgili bölgeye yüksek doz radyasyon uygulanır.

Bu tehlikelerin farkında olunarak zararların önlenmesi için atılması gereken adımlar aşağıda sıralanmıştır.

Bu adımları katılımcı yöntemler kullanarak ele almak benimsenen, kalıcı ve uygun yaklaşımlarda bulunmak açısından önemlidir.

Kullanılabilecek katılımcı yöntemler: Risk değerlendirme yöntemleri, çıplak ayaklı araştırmada kullanılan haritalama teknikleri, küçük grup tartışmaları, katılımcı risk değerlendirme yaklaşımı (SOBANE stratejisi)

Kim / Kimlerle: Sendika temsilcisi + risk değerlendirme ekibi + çalışanlar

Ele alınacak noktalar:

- Çalışma şeklinin tanımlanması
 - gürültü açısından gürültü haritasının çıkarılması
 - yoğun bakım/laboratuvar/ameliyathane yerleşim planları
 - radyasyon açısından gözetimli-denetimli alanların belirlenmesi
 - Risklere maruz kalanların belirlenmesi

Gürültü açısından; öncelikle ortamda gürültü çıkaran alet / işlemlerin bir dökümü çıkartılmalıdır. Bu dökümde yapılan iş, yapıldığı yer, gerçekleştirildiği süre ve iş gerçekleştirilirken etkilenebilecek tüm kişilere ait bilgiler yer almalı ve krokiler üzerinde gösterilmelidir.

Gürültülü olarak bildirilen yerlerde (yoğun bakım, tamir bakım atölyeleri, ortopedi, sterilizasyon...) ölçümler yapılarak gürültü düzeyleri belirlenmelidir. Herbir gürültünün mümkünse özelliği not edilmelidir (sürekli, kesik ...). En basit şekli ile, gürültü düzeyini, bir metre uzaktan anlaşılabilir şekilde konuşmak için gereken ses düzeyi üzerinden değerlendirip olası riski ortaya koyabiliriz.

Konuşma sesi	Duyuma hissi	dB(A) üzerinden ses düzeyi
Fısıltı	Çok sakin	<30
Normal ses	Yeterince sakin	50
Yüksek ses	Tahammül edilebilir	70
Çok yüksek ses	Rahatsız edici	85
Bagırma	Az tahammül edilebilir	90
Çılgılık gibi	Tahammül edilemez	100
Duyulması mümkün olmayan	Acı verecek düzey	120

Yoğun bakımlara ilişkin yapılan bir çalışmada en yüksek gürültü kaynaklarının hemşire deskindeki çalışanların konuşmaları (84.1 dB(A) ve perfüzör alarmı (83.2 dB(A)) olduğu belirlenmiştir (Kol E, İlaslan E, İnce S, 2015). Bu kaynakları pulse oksimetre alarmı, nebulizatör, monitor alarmı, telefon zili, infüzyon pompa cihaz ve ventilatör alarmı izlemiştir (83.2 – 75 dB(A) arası)

Radyasyon açısından;

Radyasyon alanı olarak tanımlanan alanlar, yıllık iyonlaştırıcı radyasyon etkileniminin 1 mSv değerini geçme olasılığı bulunan alanlardır. Bu alanlarda ikiye ayrılır: Denetimli ve Gözetimli alanlar

a. Denetimli Alanlar: Özel çalışma kuralları olan, burada çalışanlar açısından özel çalışma kuralları gerektiren, giriş - çıkışlarının özel denetime bağlı olduğu ve radyasyon görevlileri için ardışık beş yılın ortalama yıllık doz sınırlarının 3/10'undan fazla radyasyon dozu ile karşılaşabileceği alanlardır. Bu alanların girişlerinde radyasyon uyarı levhaları bulunması zorunludur: Gözetimli Alanlar Radyasyon görevlileri için yıllık doz sınırlarının 1/20'sinin aşılma olasılığı olup, 3/10'unun aşılması beklenmeyen, kişisel doz ölçümünü gerektirmeyen, fakat çevresel radyasyonun izlenmesi gereken alanlardır.

- Maruziyetin önlenmesi ve korunma
 - Genel koruyucu önlemler
 - Bireysel korunma

Gürültü açısından; Ameliyathanelerde ya da yoğun bakımlarda kullanılan alet ya da cihazlardan kaynaklanan gürültü söz konusu ise; öncelikle, kullanım rehberlerini inceleyip, ses düzeyinin ayarlanabilir olup olmadığı değerlendirilebilir. Ayarlama yapılırken alarm düzeyini özellikle yaşamsal önemi olan sinyal seslerini düşürmemeye dikkat edilmelidir. Tekerlekli taşıma arabaları, sedyeler, taburelerin düzenli bakımı ile rahatsız edici gıcırdamaya, sürtünme sesleri yok edilebilir. Yeni alınan araç gereçlerde mümkün olan en sessiz çalışanın tercih edilmesi de bir kriter olarak konmalıdır. Ameliyat masalarının, çöp kovalarının hijyenik özelliklerini koruyacak şekilde metal olmayan materyalden seçilmesi de düşünülebilir.

Eğer tüm önlemlere rağmen gürültü 80 dB 'in üzerinde kalıyorsa, o zaman kulak tıkacı / kulaklık gibi kişisel koruyucu donanımlara başvurulmalıdır. Bu donanımların kişinin kulak yapısına uygun, temizliği kolay yapılabilen, kullanılmaya başlamadan önce eğitimi ve alışma süresi göz önünde bulundurulacak şekilde uygulamaya konması gereklidir. Bu alanlarda çalışan personelin de yıllık odyometrik testleri ihmal edilmemelidir. Yüksek gürültü gibi görünmeyen fakat sürekli farklı frekanslarda sese maruz

kalan telefon santrali çalışanları da işitmenin korunması programı içinde periyodik olarak odiyometrik testlerle takip edilmelidir.

Radyasyon açısından;

- ✓ Tüm uygulamalar sırasında kurallara uyularak, kişisel koruyucu donanımlar (kurşun önlük, tiroid koruyucu, kurşun gözlük, kurşun kolluk, etek) takılarak çalışmalıdır.
- ✓ Yetkisiz kişilerin radyasyon alanlarına girmesi, çalışması engellenmelidir.
- ✓ Radyasyona maruz kalınan işlerde çalışanlara radyasyondan korunma eğitimi verilmelidir.
- ✓ Radyasyona maruz kalınan işlerde çalışanların periyodik kontrolleri (genel fizik muayene, kan kontrolleri, katarakt muayenesi) yapılmalıdır.
- ✓ Radyasyona maruz kalınan işlerde çalışanların kişisel dozimetre taşımaları sağlanmalı ve sonuçlarının kayıtları tutularak izlenmelidir.

Sayılan önlemlerin hepsi Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği'nde (2000'de çıkan 2010'da değişiklik yapılan) aşağıya aktarılan şekilde belirtilmektedir:

“Kişisel dozimetre zorunluluğu Madde 21 - (Değişik: RG-3/6/2010-27600) Çalışma Koşulu A durumunda görev yapan kişilerin, kişisel dozimetre kullanması zorunludur. Dozimetri hizmeti, Kurum ve Kurum tarafından uygun görülen kuruluşlar tarafından verilir ve dozimetrik değerlendirme sonuçları merkezi doz kayıt sistemine işlenir. Dozimetri hizmeti verecek kuruluşların uygunluk ölçütleri ile çalışma usul ve esasları Kurum tarafından belirlenir.

Koruyucu giysi ve teçhizat Madde 22 - Yapılan işin niteliğine uygun koruyucu giysi ve teçhizat kullanılır.

Tıbbi gözetim MADDE 23 – (Değişik:RG-3/6/2010-27600) Çalışma koşulu A'da (izin verilen doz düzeyinin 3/10'unu aşma

olasılığı bulunan) çalışan radyasyon görevlilerinin sağlık durumlarının yapacakları göreve uygunluğunu belirlemek amacıyla işe başlamadan önce ve çalıştığı süre boyunca yılda en az bir kez tıbbi muayeneleri yaptırılır.

.....

Radyasyon alanlarının izlenmesi Madde 16 - Radyasyon alanlarının izlenmesinde uygun radyasyon ölçüm cihazları ve dozimetreler kullanılır. Radyasyon alanlarının radyasyon/radyoaktivite düzeyi ölçümleri Kurum tarafından belirtilen sıklık ve yöntemlere uygun olarak yapılır.

Denetimli alanlarda bulunması gereken uyarı levhaları

- I. Radyasyon alanı olduğunu gösteren temel radyasyon simgeleri,
- II. Radyasyondan etkilenme tehlikesinin büyüklüğünü ve özelliklerini anlaşılabilir şekilde göstermek üzere gerekli bilgi, simge ve renkleri taşıyan işaretler,
- III. Denetimli alanlar içinde radyasyon ve bulaş tehlikesi bulunan bölgelerde geçirilecek sürenin sınırlandırılması ile koruyucu giysi ve araçlar kullanılması gerekliliğini gösteren uyarı ve işaretler.

Hamile radyasyon görevlileri için doz sınırları

Madde 12 - (Başlığı ile birlikte değişik: RG-29/9/2004-25598) Hamileliği belirlenmiş kadın çalışan, çalışma şartlarının yeniden düzenlenebilmesi amacıyla yönetimi haberdar eder. Hamileliğin bildirilmesi kadın çalışanın çalışmasına engel teşkil etmez, gerekiyorsa çalışma koşulları yeniden düzenlenir. Bu nedenle, doğacak çocuğun alacağı dozun mümkün olduğu kadar düşük düzeyde tutulması sağlanır ve toplum için belirlenen doz sınırlarına uyulur. Emzirme dönemindeki kadın çalışanlar, radyoaktif kontaminasyon riski taşıyan işlerde çalıştırılmaz.

Öğrenciler

Madde 17 - 16-18 yaşları arasındaki öğrenci ve stajyerlere sadece gözetimli alanlarda eğitim izni verilebilir.

Nükleer Tıp Laboratuvarı'nda TAEK tarafından önerilen çalışma kuralları içinde çalışanların dozimetre değerlerinin kaydedilmesi, radyoaktif atık kaydının tutulması, görevli olmayanların giriş çıkışlarının yasaklanması, radyoaktif maddelerle çalışırken uygun koşulların sağlanması (masa üzerine emici kağıt yayılması, kenarlı küvetlerle çalışılması, kağıt havlu kullanılması gibi), kişisel koruyucu donanımların kullanılması (laboratuar önlüğü, lastik eldiven, kurşun önlük gibi), çalışılan ortamda yiyecek, içecek bulundurulmaması, ellerde yara bulunması durumunda çalışılmaması, çalışılan ortam dışındaki yerlerin kontamine edilmemesi yer almaktadır.

- Ortam değerlendirmesi

Gürültü açısından;

Gürültü ölçümleri ölçümün amacına, türüne, moduna, konumuna, gürültü türüne ve gürültü kaynağına bağlı olarak değişim gösterir. Ölçümler birkaç değişik noktada yapılmalıdır. Gün içerisinde ve hafta sonları etkileyen faktörler nedeniyle değişiklik gösterebilir. Ölçüm yapacakların yeterlik/ön yeterlik belgesi olması gerekmektedir. Hastanenin ölçüm yapılacak bölümleri ve her bir bölümde çalışan sayıları belirlenir. Yapılan ölçümler yerleşim planı üzerinde gösterilir.

Gürültü ölçümü çalışanın kulak hizasında, çalışanların işlerini yaparken durdukları alanlarda ve çalışma süreleri göz önünde bulundurulurken yapılır. Ölçüm cihazlarının da IEC 60651/804 standardına uygun olması gerekmektedir.

Radyasyon açısından;

Radyasyon kaynakları bulunan yerlerde radyasyon düzeyi düzenli olarak izlenmeli, radyoaktif bulaşmayı önleyici düzenlemeler yapılmalıdır.

Nükleer Tıp laboratuvarları radyasyon monitörü ile sürekli izlenmelidir.

Atıkların uzaklaştırılmasına ilişkin kurallar “Radyoaktif Madde Kullanımından Oluşan Atıklara İlişkin Yönetmelik” te (Resmi Gazete Tarih/Sayı 02.09.2004 / 25571) tanımlanmıştır.

Ayrıca tüm radyasyon kaynağı bulunan alanlara ilişkin olağandışı durumlara yönelik acil durum planlarının hazırlanması gerekmektedir.

- Sağlık Gözetimi
 - Peryodik muayeneler + tetkikler
 - Biyolojik izlem: Kan, idrar tetkikleri

Gürültü açısından;

Gürültülü olarak belirlenen alanlarda çalışanların, kişisel koruyucu donanım kullansalar bile, düzenli olarak işitme testinin yapılması gereklidir. Gürültünün işitmeye zararı dışında, uyku düzeninin bozulması, stres, konsantrasyon bozukluğu, baş ağrısı, sinirlilik, yorgunluk, kalp atışları ve dolaşımının etkilenmesi, kan şekeri düzeyini etkileme gibi durumlar periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır.

Radyasyon açısından;

Radyasyonla çalışanların kişisel olarak maruz kaldıkları doz dozimetreler aracılığı ile izlenmeli, kişilere bildirim yapılmalı, risk değerlendirmeleri uygun periyotlarda tekrarlanmalıdır. Radyasyon çalışanları için, etkin doz herhangi bir yılda 50 mSv’i, ardışık beş yılın ortalaması ise 20 mSv’i geçmemelidir. Radyasyon çalışanlarının A ve B şeklinde değerlendirilen çalışma koşullarına göre yıllık izin verilen doz düzeyinin 3/10’ünü aşma olasılığı bulunan Çalışma Koşulu A durumunda görev yapan kişilerin, kişisel dozimetre kullanması zorunludur.

İşe giriş muayenesinden sonra denetimli alanlarda çalışanların yılda bir kez yapılan periyodik sağlık muayenelerinde hematolojik, dermatolojik açıdan tetkik ve değerlendirmeleri yapılır. Ayrıca göz hastalıkları hekimi tarafından katarakt yönünden muayene edilir.

- Mevzuat, eğitim, bilgilendirme

Gürültü açısından çalışanlara işitmenin sağlığı, alarm yönetimi konusunda eğitim verilmesi uygun olacaktır.

Çalışanların gürültü ile ilgili risklerden korunmalarına dair yönetmelik (Sayı : 28721) 28 Temmuz 2013 'te Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Yönetmelikte maruziyet eylem değerleri ve maruziyet sınır değerleri, maruziyetin belirlenmesi, risklerin değerlendirilmesi, maruziyetin önlenmesi ve azaltılması, kişisel korunma, maruziyetin sınırlandırılması, çalışanların bilgilendirilmesi ve eğitimi, sağlık gözetiminin nasıl yapılacağı ayrı maddelerde açıklanmıştır.

Radyasyon açısından;

2690 sayılı "Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK), Kanunu" 4-d Maddesi gereğince, RADYASYON GÜVENLİĞİ KOMİTESİ kurulması gerekmektedir. Komitenin görevi "İyonlaştırıcı Radyasyon Cihazları, radyoaktif maddeler ve benzeri radyasyon kaynakları kullanılarak yapılan çalışmalarda iyonlaştırıcı radyasyonların zararlarına karşı korunmayı sağlayıcı ilkelerin, önlemlerin ve hukuki sorumluluk sınırlarını saptamaktır." TAEK hastanelerde de Radyasyon Güvenliği Komitelerinin kurulmasını önermektedir. Ayrıca her hastanenin "Hastane Radyasyon Güvenlik Komitesi Kuruluş ve Çalışma Esasları Hakkında Yönerge" sinin de bulunması gerekmektedir. Yönerge, radyasyon güvenliğinin sağlanması konusunda yapılması gerekenleri sıralamak amacıyla hazırlanmaktadır.

Çalışma ortamında fiziksel etkenlerle özellikle radyasyonla ilgili yaşamı tehdit edebilecek yoğun bir maruziyet yaşandığında çalışan temsilcisine ve acilen kurula haber verilmelidir. Kurul, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 13 üncü maddesinde belirtilen **çalışmaktan kaçınma hakkı taleplerinde** süre dikkate alınmaksızın **acilen toplanır**. Toplantıda alınan karar çalışan ve çalışan temsilcisine yazılı olarak tebliğ edilir.

Sağlık kurumlarında İSİG kurullarında Radyasyon Güvenlik Komitesi'nin bir temsilcisinin bulunması bu açıdan önemlidir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik Madde 8'de belirtildiği gibi kurulun görevi işçi sağlığı ve güvenliği konularında o işyerinde çalışanlara yol göstermek, işyerinde işçi sağlığı ve güvenliğine ilişkin tehlikeleri ve önlemleri değerlendirmek, tedbirleri belirlemek, işveren veya işveren vekiline bildirimde bulunmaktır. Dolayısıyla fiziksel etkenlerle çalışırken maruz kaldığımız tehlike ve alınması gereken güvenlik önlemleri açısından kurumumuzdaki durum konusunda iş sağlığı ve güvenliği kurulu çalışanların da bilgilendirilmesini sağlamak zorundadır.

Kaynaklar

- Berglund B, Lindvall T, Schwela DH. (1999) Guidelines for Community Noise. Geneva: World Health Organization; [<http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/a68672.pdf>].
- EPA 550/9-74-004,1974,U.S. Environmental Protection Agency. (The Noise Pollution Clearing House (NPC) Online Library.). Condensed version of EPA levels document. <http://www.nonoise.org/library/levels/levels.htm>. Accessed May 2014.
- Malchaire J, brochure SOBANE-Bruit, www.deparisnet.be/Bruit/bruit.htm, erişim tarihi 10.08.2016
- Stafford A, Haverland A, Bridges E. (2015) Noise in the ICU, Critical Analysis, Critical Care, AJN, May 2014 - Volume 114 - Issue 5 - p 57-63, doi: 10.1097/01.NAJ.0000446780.99522.90
- Kol E, İlaslan E, İnce S. (2015) Yoğun Bakım Ünitelerinde Gürültü Kaynakları ve Gürültü Düzeyleri, J Turk Soc Intens Care, 13:122-8
- Türkiye Atom Enerjisi Kurumu, Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 24.3.2000 Resmi Gazete Sayısı: 23999, <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.5272&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Radyasyon%20G%C3%BCvenli%C4%9Fi%20Y%C3%B6netmeli%C4%9Fi>
- Türkiye Atom Enerjisi Kurumu, Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, 3 Haziran 2010, Sayı: 27600, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/06/20100603-15.htm>
- Çalışanların gürültü ile ilgili risklerden korunmalarına dair yönetmelik (Sayı : 28721), Resmi Gazete, 28 Temmuz 2013

SAĞLIK HİZMET ÜRETİMİNDE RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Prof. Dr. Meral Türk

Sağlık kurumlarında risk değerlendirmesi, iş kazası ya da meslek hastalıklarına yol açabilecek risklerin belirlenmesi ve önceliklendirmesi şeklinde hastanelerde iki yılda bir yapılması gereken bir değerlendirmedir. Her bir tehlikeden ortaya çıkacak riskin olma olasılığı ve yaratacağı sağlık sorunu üzerinden puanlanarak sıralanmasına dayandığı için risk değerlendirmesi bir anlamda indirgemeci bir yaklaşımdır. Oluşacak sağlık sonuçlarının puanlanması, önceliklendirilmesi, riski puan düzeyinde algılamaya yöneltilir. Risk değerlendirmesini çalışma ortamında yaşanabilecek olumsuzlukları tartışmaya açmak, mevcut durumu saptamak, alınması gereken önlemleri tartışmak için bir araç olarak değerlendirdiğimizde sendika açısından bir önleme fırsatına dönüştürmek mümkündür.

Risk değerlendirmesinin nasıl yapılacağı, ne zamanlar tekrarlanacağı Risk Değerlendirme Yönetmeliği'nde tanımlanmıştır. Risk değerlendirme ekibinde çalışan temsilcisi, eski çalışanların bulunması gerekmekte ve ekip halinde yapılması belirtilmektedir.

İşçi sağlığı açısından risk değerlendirmesi yeni ortaya çıkan bir zorunluluk değildir. Daha önce İş Kanunu'na bağlı çıkarılan bir çok yönetmelikte her risk grubunun (kimyasallarla çalışma, gü-rültü yönetmeliği gibi) nasıl ele alınacağı, hangi önlemlerin alınması gerektiği mevzuat içinde geçmekteydi. 6331 sayılı İş Sağlığı

ve Güvenliği Kanunu ve ona bağlı çıkan Risk Değerlendirme Yönetmeliği, risk değerlendirme yaklaşıminin amacını, ne zaman, hangi sıklıkta, kimler tarafından yapılacağını, adımlarını ve hangi başlıkları kapsayacağını belirtmiştir.

Risk değerlendirmesinde tüm riskler (kimyasal, fiziksel, ergonomik, psikososyal ve biyolojik) iş akışında yer alan her iş başlığında tek tek ele alınıp varlıkları sorgulanarak gerçekleştirilir. Risk değerlendirmesi aynı zamanda farklı iş gerçekleştiren çalışanlar üzerinden de yapılabilir. Örneğin bir hemşirenin yaptığı işler sırasında karşılaştığı riskler ve /veya tedavi hizmeti verirken ya da kan alırken karşılaştığı riskler belirlenir;

Sağlık kurumunun hiçbir riskini atlamamak için, yapılması gereken kurumu daha küçük çalışma ünitelerine, birimlere bölmektir. Örneğin kadın doğum servisinin risk değerlendirmesini yaparken, doğumhanede, ameliyathanede, serviste, laboratuvarında, muayene odalarında, varsa ultrasonografi odasında, idari birimlerde karşılaşılan tüm riskler tek tek sorgulanmalıdır. Saydığımız tüm alanlardaki risklerin belirlenmesinin ardından ekip tarafından olasılık ve şiddet puanları üzerinden risk skorları hesaplanır. Alınması gereken önlemler belirlenir. Önlemlerin ne zamana dek, kimler tarafından gerçekleştirileceği de eylem planı yapılarak netleştirilir.

Alınması önerilen önlemleri gerçekleştirmek işverenin (başhekim/sorumlu müdür/rektör...) sorumluluğundadır. Teknik konularda iş güvenliği uzmanları, sağlık etkileri konusunda işyeri hekimleri danışmanlık yapabilir. Önlemler konusunda ekip içinde çalışanların (çalışan temsilcisi, eski çalışanlar) mutlaka önerileri ilk sırada değerlendirilmelidir.

Risk değerlendirmenin yasal olarak ekip halinde yapılması gerekmektedir. Hizmetin öncelik taşıması, korunmanın çoğunlukla arka plana atılması nedeniyle ekibin toplanarak risk değerlendirmesini gerçekleştirilmesine çaba sarfedilmemekte ve iş güvenliği uzmanlarına devredilmektedir. Katılmadığımız risk değerlendirmelerinin altına katılmış gibi imza atmak risk değerlendirmenin

gerçekten önlemenin bir aracı olarak kullanılmasının önünde bir engeldir, yapılmaması gerekir.

Risk değerlendirmesi çalışma ortamımızdaki tüm risklerin ortaya konması, önlemlerin belirlenmesi ve yazılı olarak belgelenmesi açısından önemli bir araçtır. Bu aracı iyi kullanabilmek, çalışanların ortamlarındaki riskleri farkedebilmelerine, ortaya çıkma olasılıkları ve olumsuz sağlık etkileri konusunda fikir sahibi olabilmelerine bağlıdır. O nedenle sağlık çalışanlarının maruz kaldığı riskler konusunda bilgi sahibi olmak, mevzuatı bilmek ve bizim ortamımız için nelerin geçerli olduğunu en iyi çalışanın bildiğini ortaya koymak gerekir. alışan kendini koruyabilecek önlemleri de önerebilecek bilgiye nereden ulaşabileceğini, hangi bilgi kaynaklarının uygun olduğunu bilmeli, kurumunda bulunmasını talep edebilmelidir.

Kaynaklar

- Curaba S, Jarlaud Y, Curaba S. (2005) Evaluation des risques, AFNOR
- ÇSGB. (2007). *Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında Risk Değerlendirme Rehberi*. İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü Yayın 144
- ÇSGB. (2015a). *Ofisler için kontrol listesi*. Erişim tarihi 8.Mart.2015, www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=rdr
- ÇSGB. (2015b). *Laboratuvarlar için kontrol listesi*. Erişim tarihi 8.Mart.2015, www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=rdr
- Estry-Behar, M. (2002). *Risques professionnels et santé des médecins* *Guide des Risques Professionnels du Personnel des Services de Soins*. Paris: Collection Abreges-Masson
- Estry-Behar, M. (1991). *Guide des Risques Professionnels du Personnel des Services de Soins*. Paris: Lamarre
- European Commission Directorate, (2011) Occupational health and safety risks in the health care sector. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- European Agency for Safety and Health at Work. (2014) Current and emerging issues in the health care sector, including home and community care. *European Risk Observatory Report* Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Kara, Y. (2014). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Risk değerlendirme-si*, http://csg.thsk.saglik.gov.tr/dosya/1/Birinci_Basamak_Saglik_Hizmetlerinde_Risk_Degerlendirmesi_Calistay_Raporu.pdf, Erişim tarihi 3 Mart 2015
- Koltan, A. Orhon, Y. Yılmaz, S. Altay, M. Yılmaz, S. Çay, İ. (2010). Risk değerlendirmede kullanılan L tip karar matrisi yönteminin işçi sağlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *MSG* 38, 38-43

KATILIMCI RİSK DEĞERLENDİRMESİ: SOBANE STRATEJİSİ

Prof. Dr. Meral Türk, Prof. Dr. Jacques Malchaire

Katılımcı Risk Değerlendirmesi olarak tanımlayabileceğimiz SOBANE stratejisi, çalışma ortamında iyilik halinin sağlanması ve sürdürülmesinde en önemli katkının işçi tarafından sağlanacağını savunur. Yapılan işi en iyi o işi gerçekleştirenin bildiği, dolayısıyla herhangi bir riskin nasıl önleneneğine ilişkin öneriyi de yalnızca işçinin verebileceğini düşünerek işçi tarafından yönlendirilen bir yaklaşımdır. Bu durumda işçi artık esas aktördür sadece önlemin öznesi değildir.

Sıklıkla kullanılan risk değerlendirme teknikleri öncelikli olarak niceliklendirmeye ilgilidir, yani ölçüp sayılara dönüştürmek amaç haline gelir; oysa korunma, neden ve nasılların ve durumu iyileştirmek için nasıl değiştirilmesi gerektiği ile ilgilidir. SOBANE stratejisinde tercih alışıl gelmiş risk değerlendirmelelerinden farklı olarak önlemeye verilmiştir. Ayrıca, ölçümler, uzun süren, sıklıkla temsiliyeti az olan ve pahalı işlemlerdir. Aslında SOBANE stratejisindeki yaklaşımla düşünüldüğünde, çoğunlukla basit çözümler işe yarayabilir ve uzun bir zaman ve maliyet gerektirmez.

SOBANE stratejisi, birbirini izleyen dört düzeyden oluşur, *Saptama, Gözlem, Analiz ve Bilirkişilik*.

1. Aşama, Saptama:

Burada söz konusu olan *temel sorunların* tanımlanması ve belirgin olan sorunların (yerdeki çukurlar, dezenfektanların azı açık olarak bulundurulması, pencereden ışık yansıyan bilgisayar ekranı...) düzeltilmesidir.

- Saptama işi işçi sağlığı ve güvenliği alanında özel bir eğitimi olmayan ya da çok az olan fakat yaptıkları işe hakim olan çalışanlar tarafından gerçekleştirilir. Bu kişiler, uzun süredir o bölümde çalışan bir hemşire, teknisyen olabilir. Başlangıçta işyeri hekimi ya da iş güvenliği uzmanından destek alınabilir.
- Yapılacak olan küçük bir grup oluşturup çevredeki başlıca risk faktörleri konusunda kafa yormaktır. Grubun koordinatörü belirlenir. Riskli durumların adını koyar koymaz, hemen yapılabilecek iyileştirme ve önleme eylemleri araştırılır ve daha ayrıntılı inceleme gerektirenler belirlenir.
- Saptama aşamasını tamamlamak için koordinatör olarak grubu toplamış olan hemşire ya da teknisyen hemen yapılacak çözümlerin işleme konması, derinleşme gerektiren noktalarda incelemenin (düzey 2, Gözlem) devamını koordine eder.
- Koordinatör olan hemşire ya da teknisyenin kullanabileceği kılavuz aşağıda sunulan Déparis görüşme kılavuzudur.

2. Aşama, Gözlem:

- Riskleri saptama konusunda çalışmış olan grup (tercihan aynı) hemen gerçekleştirilemeyecek olan önlemleri tanımlamak ve hangisi için daha ileri teknik desteğin gerektiğini belirlemek için çalışma koşullarını daha ayrıntılı olarak gözlemler. Eğer grup tekrar toplanamadıysa, koordinatör Gözlem'i kendi başına temel olarak diğer hemşire, laborant ya da teknisyenlerden gerekli bilgileri toplayarak gerçekleştirir.

3. Aşama, Analiz:

- *Saptama* ve *Gözlem* aşamaları sonrası risk hala kabul edilebilir bir değere indirilemedi ya da riskli durum sürüyorsa, çözümlerin aranmasında ya da bileşenlerin *Analiz*'inde daha ileri gitmek gerekir.
- Bu derinleşme, gerekli yetkinlik, teknik ve araçlara sahip işçi sağlığı ve güvenliği alanında uzmanlaşmış kişilerin desteği ile gerçekleştirilmelidir.
- *Analiz*, aşamasında ölçümler gerekebilir; ölçümler sorunların tanımlanması, nedenlerin araştırılması, çözümlerin optimizasyonu amacıyla yapılır. Bu aşamanın önemli noktası, genelde dışarıdan, giderilemeyen (artık) sorunla ilgili alanda yeterli eğitimi olan işçi sağlığı ve güvenliği uzmanlarından yardım alınmasıdır.
- İş güvenliği uzmanı ve koordinatör, daha önceki aşamalarda gerçekleştirilmiş çalışmalardan yola çıkarlar. İlk iş *Saptama* ve özellikle *Gözlem*'in sonuçlarını gözden geçirmektir. Daha sonra, önceden belirlenen maddelerin *Analiz*'i gerçekleştirilir. Daha önceki aşamalarda yer alanlarla ve özellikle koordinatör ile *Analiz* sonuçları tartışılır. Daha karmaşık ve hassas ölçümler için bir uzmana (*Bilirkişilik*) başvurulup başvurulmayacağına karar verilir.

4. Aşama, Bilirkişilik

- Bu 4. aşamadaki inceleme, Bilirkişilik, konunun uzmanı kişilerin yardımıyla hastane/sağlık kurumu grubu ve işçi sağlığı ve güvenliği danışmanları tarafından gerçekleştirilir. Bu aşama, daha karmaşık durumları ilgilendirir ve özel ölçümler gerektirebilir.

Sendika çalışması olarak en fazla faydalanabileceğimiz ilk risk saptama aşamasının çalışanlarla birlikte gerçekleştirilmesidir. Bu aşamada kullanabileceğimiz Deparis kılavuzu aşağıda tanıtılmıştır.

Déparis Görüşme Kılavuzu (Katılımcı Risk Saptaması)

Déparis görüşme kılavuzu (Katılımcı risk saptama), hergün yaptıkları ve sadece kendilerinin bildiği işler konusunda en objektif değerlendirmeyi yapmak için çalışanlar ve teknik kadro tarafından, kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Böylece onlar, sadece görüş bildirmek ya da sorulara yanıt vermek için değil, hastane/sağlık kurumu ve kendileri için, işi en iyi koşullarda gerçekleştirmeyi sağlayacak pratik ayrıntıları tartışmak için eylemin tam merkezinde bulunur.

Kılavuz, iş durumunun 18 yüzünü ele alan 18 başlık şeklinde hazırlanmıştır :




1. Çalışma yerleri ve alanları
2. İşin organizasyonu
3. İş kazaları
4. Yangın ve elektrik riskleri
5. Kumanda ve işaretler
6. İş araç gereçleri, makinalar
7. Çalışma pozisyonları
8. Efor ve elle çalışma
9. Aydınlatma
10. Gürültü
11. Ortam havasının hijyeni
12. Ortam ısısı
13. Titreşimler
14. Özerklik ve bireysel sorumluluklar
15. İşin kapsamı
16. Zaman çatışması
17. Personelin kendi içinde ve hiyerarşi ile iş ilişkileri
18. Psikososyal çevre

Bu başlıkların sırası, genel incelemeden özele, güvenlikten (n°3 ve 4) önce genel düzenlemeleri (n° 1 ve 2) ve doğrudan çalışma alanlarında olup biteni (araç gereç, duruş şekilleri....) (n°5'ten 8'e) tartışacak şekilde düzenlenmiştir.

Sıklıkla ilk bakışta ele alınan ortama ilişkin etmenler,(n°9'dan 13'e) bilinçli olarak listenin sonuna yerleştirilmiştir çünkü genelde alışkanlık hep bu riskleri öncelikle ele almak şeklindedir.

Psiko-organizasyonel etmenler (n°14'ten 18'e) iki önemli nedene dayanarak son sıralarda yer almıştır ; birinci neden, bu konuların genelde üzerine gitmekten kaçınılan konular olduğunu biliyoruz ; ikinci neden olarak, toplantının biraz ilerlemesi ve rahat konuşulabilecek bir güven ortamının oluşmasına fırsat tanımamız sayılabilir.

Déparis kılavuzu, her başlık için tartışılacak bir dizi konu sunar ve böylece bir kaç kelimedede herkes dilediği şekilde bir çerçeve çizebilir. Anahtar kelimeler, daha kalın yazılmış olanlar, tartışmayı yönlendirmeye yararken, öneriler, daha küçük karakterle yazılmış olanlar, daha somut ve daha uygun olan iyileştirme eylemlerini araştırmaya yardımcı olacaktır.

BAŞLIK	
Tartışılacaklar	Kim yapabilir, <u>somut ne</u> yapabilir ve ne zaman ?
Çalışma alanları: yeterince geniş,	
Ayrıntılı incelenecek yönler	  

Bu bölüm çerçevesinde, başlık Déparis koordinatörünün (yukarıya bakınız) işin gerçekleştiği ortamı iyileştirmek için somut olarak ne yapılabileceğini saptadığı alanı kapsar.

Aynı zamanda, tartışmanın açığa çıkarmaya çalıştığı:

- Bu iyileştirme önlemlerini (**ne**) somutlaştırmada, **kimin** uygun olduğu ve hangi süre içinde bunların gerçekleştirilebileceği (**ne zaman**);

- Bu önlemlerin ekonomik boyutu: Bu zor ve her zaman güvenilir olmasa da, katılımcılar önerdikleri çözümlerin maliyeti üzerinde ve bunların ürünün kalitesi ve üretim üzerindeki etkisini de düşünmeye davet edilmelidir. Böylece, hızlı bir şekilde üç kriter konusunda bir yargıya varmaları beklenir : doğrudan maliyet, işin kalitesi ve üretim ve bunları ifade şekli :

- Hiç maliyet yok (0): önlemler doğrudan alınabilir ;
- Az maliyetli (€): yakın bir gelecekte şu anki bütçeler bu önlemlerin alınmasına olanak sağlayabilir ;
- Orta derecede maliyetli (€€): özel bir bütçe öngörülmesi ve önlemler orta vadede gerçekleştirilebilir ;
- Çok maliyetli (€€€): önlemler ancak uzun vadede yapılabilecek yatırımlar gerektirmektedir.

Her başlığın üçüncü bölümünde, Déparis koordinatörü daha derin inceleme gerektiren yönlerle ilgili tartışmalar sırasında, önerilen çözümler konusunda son noktayı koyar (Gözlem aşamasında). Örnek verecek olursak:

- Kimyasal maddelerin kullanım sorunlarının, daha derinlemesine ve sistematik şekilde gözden geçirilmesi;
- Duruş şekillerinin (özel bir sandalyenin seçilmesi gibi) ve çalışma alanlarının, genel durumunun gözden geçirilmesi;
- Sorumluluk paylaşımının gözden geçirilmesi ve her çalışanın iş kapsamının en iyi şekilde dönüştürülmesi ;

Nihayet, incelemeyi yapan grubun tamamı, değişikliklerin gerçekleştirilmesindeki öncelikler konusunda kaba bir yargıya (son gösterge) varır. Değerlendirme tahmini, üç düzeyli renkli ve gülümseme şekillerinden oluşan bir gösterimle gerçekleştirilir :

- ☹ Kırmızı ışık: olumsuz durum, iyileştirme gerekli;

- ☹ Turuncu ışık: sıradan ve ortalama durum, mümkünse iyileştirilmeli;
- ☺ Yeşil ışık: tamamen memnuniyet verici durum.

Deneyimler gereksiz tartışmalara ve kutuplaşmalara neden olduğunu gösterdiği için, bilinçli olarak sayısal skorlama sisteminin kaçınılmış ve ikili (2 düzey : iyi ve kötü, yasal ya da değil...) yaklaşımdan farklı ya da gereksiz ayrıntıya düşmemek (3'ten fazla düzey) için üç düzeyli bir sistem tercih edilmiştir.

18 başlık üzerinden, sonuçlar iki tabloda özetlenebilir :

- **Genel tablo** 18 başlık için yarguları gösterir : bu tablo iş durumunun genel bir görünüşünü verir ve mevcut durum ile önceki durumun veya aynı işletmenin, farklı iş durumlarının, farklı iş ekipleri tarafından, hızlı ve görsel bir karşılaştırmasına olanak sağlar;
- Kim, ne yapıyor, hangi süre içinde belirlenmesi sürecindeki tartışmada, öngörülmüş olan tamamlayıcı inceleme ve eylemlerin ve ilgili mali etkilerin verildiği bir **özet tablo**. Bu tablo kısa, orta ve uzun vadede iş durumu için yapılacak eylem planına götürür.

TARTIŞMA SIRASINDA HANGİ YÖNLER ELE ALINACAK?

1. İşyerleri ve Çalışma alanları

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- Atölyeler, bürolar ve çalışma alanları
- Ulaşım yolları
- Çalışma alanlarına girişler
- Kalabalık
- Yerleştirme alanları
- Teknik ve günlük bakım
- Atıklar
- Yerler
- Sosyal alanlar
- Acil çıkışlar

2. İşin organizasyonu

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- İşin organizasyonu
- Çalışma koşulları
- Bölümlere gereç sağlanması
- Komşu bölümlerden bağımsızlık
- Etkileşimler ve iletişim
- İletişim olanakları

3. İş kazaları

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- İş giysileri ve kişisel koruyucu donanımlar (KKD)
- Yüksekten düşmeler
- Ayaküstü düşmeler
- Eşya düşmesi ya da sıçraması
- Mekanik riskler
- Kaza durumunda prosedürler
- İş kazalarının analizi
- İlk yardım

4. Elektrik ve yangın riskleri

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

Elektrik riski

- Genel elektrik tesisatı
- Malzeme
- Donanım

Yangın ve patlama riski

- Yanıcı ve patlayıcı maddeler
- Kaynaklar
- Savaşım olanakları
- Mekanların, merdivenlerin bölümlere ayrılması
- İç müdahale ekibi
- Yangın durumunda talimatlar
- Sinyalizasyon

5. Kumanda ve işaretler

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- İş emirleri
- İşaretler ve kumandalar
- Yerleştirilmesi
- Özellikleri
- Güç

6. İş araç-gereci, makinalar

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- Malzeme, araçlar ve makinalar
- Uygunluk
- Bakım
- Boyut ve şekilleri
- Çalışana adapte edilmiş ve güvenli
- Çalışanların eğitimi

7. Çalışma pozisyonları

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- Aynı hareketlerin tekrarı
- Çalışma pozisyonları
- Çalışma yüksekliği
- Oturarak ya da oturarak/ayakta çalışma
- Ayakta çalışma
- Destekler

8. Güç harcama ve El ile çalışma

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- Hareketler ve güç harcama
- El ile güç harcama
- Yükler
 - ◊ Hafif ve dengeli
 - ◊ Tutması kolay
 - ◊ Doğru yükseklikte
 - ◊ Gövdenin eğilmesi veya bükülmesi
 - ◊ Kısa mesafelerde taşıma
- Mekanik destekler
- eğitim
- Gün sonunda yorgunluk

9. Aydınlatma

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- Mekanlarda ve işin kendisinde aydınlatma
- Gün ışığı ve dış görünüm
- İş üzerine gölge düşmemesi
- Yansıma ve parlama olmaması
- Aydınlatmanın özdeşliği
- Lambalar
- Bilgisayar ekranında çalışma

10. Gürültü

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- Atölyelerde
 - ◊ Konuşma kolaylığı
 - ◊ Kişisel koruyucu donanımlar
- Bürolarda
 - ◊ Rahatsızlık ya da dağınıklık olmaması
- İş mekanlarının yerleşimi
- İletişim olanakları
- Makineler veya gürültülü gürültülü tesisatlar
- Delikler, çukurlar

11. Ortam havasının hijyeni

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- Kimyasal ve biyolojik riskler
- Eğitim
- Prosedürler
- Etiketleme
- Stoklar
- Tozlar, talaş, yağ, duman...
- Kimyasal ve biyolojik atıklar
- Sinyalizasyon
- Kollektif korunma
- KKD
- Risk grubundaki personel
- Aşılama
- Hijyen
- Havanın yenilenmesi
- Sigara tiryakileri

12. Sıcak ortamlar

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- Sıcaklık
- Nem
- Hava akımı olmaması
- Soğuk kaynakları, ısı veya nem
- İş giysileri
- Koruyucu giysiler
- İçecekler

13. Titreşim

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- Taşıma aygıtları
- Titreşimli makinalar
- Aletler, fitiller, diskler
- Eğitim

14. Özerklik ve bireysel sorumluluklar

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- Emirler ve beklentiler
- İnsiyatif derecesi
- Özerklik
- İletişim özgürlüğü
- Dikkat düzeyi
- Kararlar
- Sorumluluklar
- Hatalar

15. İşin kapsamı

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- İşe ilgi
- Yetkinlikler
- Bilgi ve eğitimler
- Duygusal yük

16. Zaman çatışmaları

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- Saatlar ve çalışma programı
- İş ritmi
- Grubun özerkliği
- İş kesintileri
- Molalar

17. Personel içinde ve hiyerarşi ile ilişkiler

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- İş sırasında iletişim
- İşin dağıtımı
- Çalışanlar arasında yardımlaşma
- İş için diyalog
- Hiyerarşi
- Hiyerarşi ile ilişkiler
- Çalışanların önerileri ve eleştirileri
- Değerlendirmeler

18. Psikososyal çevre

Sayılanlara ilişkin kim somut olarak ne ve ne zaman yapabilir

- Ödüller
- Ayrımcılık
- İstihdam
- Ücretler
- İşletme konseyi ve ISIG Kurulu
- Psikososyal riskler
- İşletmede yaşam koşulları

GÖRÜŞME KILAVUZU

<i>Mekanlar ve çalışma alanları</i>	
<p>Tartışılacaklar</p> <p>Atölyeler, bürolar ve çalışma alanları</p> <ul style="list-style-type: none">✧ Orta büyüklükte ve kimse izole değil <p>Ulaşım yolları (kişiler ve araçlar için)</p> <ul style="list-style-type: none">✧ Yeterince geniş, çizgilerle iyi sınırlanmış✧ Eşya, kasa, paletler yığılmamış...✧ Görüş alanı iyi <p>Çalışma alanlarına erişim</p> <ul style="list-style-type: none">✧ Kolay, doğrudan ve yeterli genişlikte (> 80 cm) <p>Kalabalık: yerleştirme ve düzen uygun</p> <p>Yerleştirme alanları</p> <ul style="list-style-type: none">✧ Yeterli (klasörler, dolaplar...) ve kolayca erişilebilir <p>Teknik ve günlük bakım</p> <ul style="list-style-type: none">✧ Mekanlar düzenli ve iyi şekilde bakılıyor, ortam hoş <p>Atıklar</p> <ul style="list-style-type: none">✧ Ayrıştırma ve atılması düzgün✧ Yeterli sayıda ve uygun konteyner <p>Zemin</p> <ul style="list-style-type: none">✧ İyi durumda, sağlam, kaymaz <p>Sosyal mekanlar</p> <ul style="list-style-type: none">✧ Duşlar, tuvaletler, vestiyerler, yemekhane...✧ Yeterli büyüklükte, rahat ve iyi donanımlı <p>Acil çıkışlar</p> <ul style="list-style-type: none">✧ Serbest, görünür yerde✧ Uygun işaretlerle yönlendirme	<p>Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?</p>
<p>Daha ayrıntılı incelenecek yönler:</p>	<p>☹</p> <p>☺</p> <p>☺</p>

<i>İşin organizasyonu</i>	
<p>Tartışılacaklar</p> <p>İşin organizasyonu</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Açık ve memnuniyet verici ✧ Güvenli çalışmayı sağlıyor ✧ Alan ve zaman olarak memnun edici planlama ✧ Açık ve bilinen iş prosedürleri <p>Çalışma koşulları</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Yer, araç-gereç, stoklar, beklenmeyen durumlar, dış istekler, zaman... ✧ Kaliteli bir iş yapmaya ve normal iş prosedürlerini uygulamaya olanak sağlıyor <p>İstasyonların araç-gereç tedariki</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Çok büyük ya da küçük olmayan tampon stoklar <p>Komşu istasyonlarla bağımsızlık</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Ne çok fazla ne çok az <p>Etkileşim ve iletişim farklı istasyonların çalışanları arasında kolay ve özgür</p> <p>İletişim olanakları</p> <p>Sesli, telefon, bilgisayar ... uygun ve hoş</p>	<p>Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?</p>
<p>Daha ayrıntılı incelenecek yönler:</p>	<p>☹</p> <p>☺</p> <p>☺</p>

İş kazaları	
Tartışılacaklar	Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?
<p>İş giysileri ve Kişisel Koruyucu Donanımlar (KKD)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Adapte edilmiş, mevcut, kullanılan, bakımlı, yerleştirilmiş ... ✧ Tehlikeli maddeler: maskeler, gözlükler, eldivenler ✧ Makinalar : gözlükler (sıçrama), eldivenler ✧ Yüksekte çalışma: kask, güvenlik kemerleri... 	
<p>Yüksekten düşme : vücut koruyucu, zincirler, yüksekte çalışma ekipmanlarının bakımı, insan kaldırma...</p> <p>Ayaküstü düşme: zeminin durumu, düzen, temizlik...</p> <p>Düşme ya da eşya sıçraması</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Operasyonların güvenliği, aletlerin ve malzemenin yerleştirilmesi... 	
<p>Mekanik riskler:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Çarpma, sürüklenme, ezilme, kesi, batma, yanık... güvenliğin olmaması ya da işe yaramaması, makara koruyucu, iğnelerin kullanımı, kesiciler, ısı kaynakları 	
<p>Kaza durumunda prosedürler</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Açık, bilinen ve uygulanan <p>İş kazalarının analizi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Sistematik, tam, yararlı <p>İlk yardım: acil mekanlar, ilk yardım kutuları, ilk yardım ekibi....iyi lokalize ve uygun</p>	
<p>Daha ayrıntılı incelenecek yönler:</p>	<p>☹</p> <p>☺</p> <p>☺</p>

<i>Elektrik ve yangın riskleri</i>	
Tartışılacaklar	Kim <u>somut</u> olarak ne yapabilir ne zaman ?
<p>Elektrik riskleri</p> <p>Genel elektrik tesisatı</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Diferansiyel, sigorta telleri, topraklama, sinyalizasyon, korunma <p>Malzeme : teller, kablolar, uzatmalar, toprak hatlar ...</p> <p>Ekipman : bağlantılar, acil durdurma düğmeleri, topraklama, bakım, batarya...</p>	
<p>Yangın ve patlama riski</p> <p>Yanıcı ve patlayıcı maddeler</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Miktar, stok, havalandırma, tedarik edilmesi... <p>Kaynaklar</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Çıplak ateş, ısı kaynakları veya kıvılcımlar (statik elektrik...), sinyalizasyon <p>Mücadele olanakları</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Otomatik saptama ve söndürme, yangın söndürücüler, boşaltıcılar, yangın sınırları....sinyalizasyon <p>Mekanların, bölünmesi, merdivenler</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Teknik kılıflar, yangın durdurucu kapılar (durumu, kalabalık), açıklıkların kapatılması (kablolar, kanalizasyon...) ... <p>İçerden müdahale ekibi : eğitilmiş, mevcut</p> <p>Yangın durumunda talimatlar</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Boşaltma planları, uyarı, alarm, acil çıkış yolları, buluşma noktaları, boşaltma testleri... <p>Sinyalizasyon:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Stok alanları, mücadele olanakları, acil çıkış ve aydınlatma, katlara göre planlar ... 	
Daha ayrıntılı incelenecek yönler:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<i>Kumandalar ve işaretler</i>	
<p>Tartışılacaklar</p> <p>İş emirleri : bordrolar, listeler....net</p> <p>İşaretler (ekranlar, lambalar...) ve kumandalar</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Butonlar, kollar, pedallar....sağlam durumda <p>Yerleşimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Çalışanın yanında ve karşısında, ne çok yüksek ne çok alçak ✧ Kumanda tablosu üzerine iyi yerleştirilmiş (butonların sayı ve rengi, lambalar...) ✧ Acil durdurma sistemleri (butonlar, kablolar...) mevcut ve kolay erişilebilir <p>Özellikleri</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Standartlara uygunluk. Soldan sağa dönen işneler, yeşil = çalıştırma....kırmızı = durdurma, kumandaların yönü... ✧ Uygun düzeyde ses veya ışıklı uyarı ✧ Boy, şekil ve boyutlar (butonlar, ışıklandırma...) <p>Güç</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Parmak veya ayakla fazla bastırma gerekmemesi ... 	<p>Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?</p>
Daha ayrıntılı incelenecek yönler:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

İş malzemesi, araç-gereç, makinalar

Tartışılacaklar

Malzeme, araç-gereç ve makinalar

- ✧ Çekiçler, penseler.....sabit makinalar, taşınabilirler, kaldıraçlar...
- ✧ Net bir şekilde sınıflandırılmış (envanter)

Tüm operasyonlar için **Uygun**

- ✧ Güvenli bir alana tecrit edilmiş (tehlikeli makinalar)

Bakım

- ✧ İyi durumda
- ✧ Düzenli bakım, yıllık ileri kontrol
- ✧ Sorun olduğunda açığa alınır (kordonlar yıprandığında, çatlak, yırtık, yıpranmış olduğunda...)
- ✧ İş istasyonlarının çevresinde kolay erişilebilen yerlerde ihtiyaca göre yerleştirilmiş ve temizlenen

Boyut ve şekil

- ✧ Güvenli bir şekilde kolay tutulabilir
- ✧ El veya kollarla yorulmadan kullanılabilir
- ✧ Kollar düz veya kıvrık, çok uzun ya da kısa, çok kalın ya da ince, çok kabarık ya da pürüzsüz

Çalışana adapte edilmiş ve güvenli

- ✧ Yaralayabilecek parça yok
- ✧ Çok ağır değil, vibrasyon yok
- ✧ Sol elini kullananlara adapte edilmiş

Çalışanların eğitimi

- ✧ Makina ve malzemelerin en güvenli ve etkin kullanımı

Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?




Daha ayrıntılı incelenecek yönler:



Çalışma pozisyonları	
<p>Tartışılacaklar</p> <p>Aynı hareketlerin tekrarı: sürekli değil</p> <p>Çalışma pozisyonları: rahat</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Sırt dik, eğilmiyor, bükülmüyor ✧ Baş dik, eğilmiyor, gerilmiyor, dönmüyor ✧ Omuzlar düşük, yukarı çekilmiyor ✧ Kollar vücudun yanında, açılmıyor ya da kaldırılmıyor ✧ Eller normal pozisyonda, kıvrık değil ✧ Ayaklar yere ya da ayaklığın üzerine basıyor ✧ Dizüstü ya da çömelmiş yapılan iş yok ✧ Varsa dizlik, köpükten yastıklar....mevcut ✧ Rahatsız tekrarlanan ya da uzun süren pozisyon yok <p>Çalışma yükseklikleri: (masalar, bürolar, etajerler, makina- aletler...) ideal pozisyona olanak sağlıyor</p> <p>Oturur ya da oturur/ayakta çalışma</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Tercihan ✧ Kaliteli sandalyeler, rahat ve sağlam ✧ İş masasına veya yüksekliği ayarlanabilir kolluklara dayanan önkollar ✧ İş masasının altında bacakların rahatsız olmaması <p>Eğer ayakta ise</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Hareketlerde rahatsızlık yok ✧ Diz ya da kolların uygun yükseklikteki yüzeylere mümkün olduğunca rahat bir şekilde dayanması <p>Destekler</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Platformlar... yüksekte çalışma için mevcut. ✧ Sağlam, dengeli, güvenli kullanımı kolay (düşmeler) 	<p>Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?</p>
Daha ayrıntılı incelenecek yönler:	<input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☺

Güç sarfederek ve elle yapılan işler

<p>Tartışılacaklar</p> <p>Hareketler ve güç sarfı</p> <ul style="list-style-type: none">◇ Ani değil ve önemsiz◇ Hızlı ve tekrarlayan yer değişikliği gerekmiyor <p>Ellerle güç sarfetme</p> <ul style="list-style-type: none">◇ Orta düzeyde, bilekten bükme yok◇ Elin tabanı ile vurma yok <p>Yükler</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Hafif ve dengeli (sıvılar, torbaların boyu...)▪ Ayuçla tutması rahat, kesici, kaygan, aşırı sıcak ya da soğuk kenarlar yok ...▪ Uygun yükseklikte tutuluyor ve kemer hizasına bırakılıyor▪ Gövdenin eğilmesi bükülmesi gerekmiyor▪ Sadece kısa mesafe taşıma gerekiyor <p>Mekanik destekler: uygun şekilde</p> <ul style="list-style-type: none">◇ Palanga, çekmekten ziyade itilen el arabaları...ağır ya da dengesiz yükler için◇ Yürüyen merdiven, halı...sık taşımalar için◇ Kaliteli, iyi yerleştirilmiş ve hızlı kullanılabilen <p>Eğitim: istasyona adapte edilmiş elle yapılan işlere ilişkin eğitim</p> <p>Gün sonu yorgunluk: Kabul edilebilir</p>	<p>Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?</p>
<p>Daha ayrıntılı incelenecek yönler:</p>	<p>☹</p> <p>☺</p> <p>☺</p>

<i>Aydınlatma</i>	
<p>Tartışılacaklar</p> <p>Mekanların ve işin aydınlatması</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ İşin ayrıntılarını görmek için ne çok, ne çok az yeterli, fakat çok önemli değil <p>Gün ışığı ve dışarısının görüntüsü: memnun edici</p> <p>İşin üzerine gölge düşmüyor</p> <p>Yansıma ya da parlama yok</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Masaların üzerinde, metalik ya da cam yüzeylerde, plastik örtülerde, pencere-lerde, ekranlarda... ✧ Özellikle güneşten, perdelerle pencerelerden, panjur ya da storlar ✧ Işık kaynaklarından doğrudan görüş yok <p>Aydınlatmanın standart olması</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Çalışma alanları ve geçişler (merdiven-ler....) ✧ Lambalar ✧ Temiz, düzenli temizlenen ✧ Lamba veya bozuk tüplerin hızlıca değiştirilmesi <p>Bilgisayar ekranında çalışma</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Çalışan pencereye ya da önemli bir ışık kaynağına ne sırtını ne yüzünü dönmüş durumda 	<p>Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?</p>
Daha ayrıntılı incelenecek yönler:	<div style="text-align: right;">    </div>

<i>Gürültü</i>	
<p>Tartışılacaklar</p> <p>Atölyelerde</p> <p>Aralarında konuşma kolay 1 m mesafeden</p> <p>KKD: (buşonlar, kasklar,...)</p> <p>✧ Gerektiğinde mevcut ve kullanılabilir</p> <p>Bürolarda</p> <p>Rahatsızlık veya dikkat dağınıklığı yok (trafik,telefon, klimalar, fotokopi makinaları, sohbetler...)</p> <p>İş istasyonlarının yerleşimi</p> <p>✧ Gürültü kaynaklarından mümkün olduğunca uzakta</p> <p>İletişim olanakları</p> <p>✧ Ortam gürültüsünü dikkate alarak</p> <p>Gürültülü makinalar ya da düzenekler</p> <p>✧ İyi bakılan, kaplanmış</p> <p>Delikler, çukurlar</p> <p>✧ Mekanlar arasındaki duvarlarda, kapıların altındaki açıklıklar</p>	<p>Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?</p>
<p>Daha ayrıntılı incelenecek yönler:</p>	<p>☹</p> <p>☺</p> <p>☺</p>

Ortam havasının hijyeni

Kimyasal (katı, sıvı veya gaz) ve biyolojik riskler (bakteriler, virus, vücut sıvıları...)

Tartışılacaklar

Kimyasal ve biyolojik riskler

- ✧ Mevcut malzemelerin güncel envanteri
- ✧ Riskler konusunda dokümanlar mevcut

Eğitim prosedürler ve risklere ilişkin

Prosedürler : uyuluyor

- ✧ Kullanım : net ve uyulan (karışımlar, miktarlar)
- ✧ Kaza durumunda (dökülme, sıçrama...)

Etiketleme: uygun kaplar, etiketlenmiş

Stoklar

- ✧ Toksik maddeler, korozif, yanabilir, biyolojik...uygun alanlarda, tecrit ederek ve gösterilerek depolanmış

Tozlar, talaş, yağ, duman...

- ✧ Uzaklaştırılmış (ventilasyon, aspirasyon...) süspansiyon veya eritilmiş olarak değil

Kimyasal ve biyolojik atıklar

- ✧ Uygun kaplarda bilinen bir prosedüre uygun kontrollü şekilde uzaklaştırılmış (çöp kutuları)

Sinyalizasyon

- ✧ Uygun ve uyulan, sigara yasağı, riskli mekanlar...

Ortak korunma

- ✧ Duşlar, lavabolar, göz duşları...iyi yerleştirilmiş ve sağlam durumda

KKD: eldivenler, maskeler, gözlükler, giysiler....

- ✧ Uygun mevcut ve kullanılıyor

Yüksek risk grubundaki personel :kadınlar, gebeler ya da emzirenler, genç çalışanlar....., sağlık izlemi

Aşılar düzenli

Hijyen

- ✧ Çalışılan yerde kimse yemiyor
- ✧ Mantar ya da küf yok

Havanın yenilenmesi yeterli

- ✧ Hava taze, soluması hoş, kokusuz

Duman

- ✧ Yerleşimi iyi ve havalandırılan sigara içme alanları

Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?

Daha ayrıntılı incelenecek yönler:



<i>Sıcak ortamlar</i>	
<p>Tartışılacaklar</p> <p>Sıcaklık</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Ne çok sıcak veya soğuk, önemli değişiklik yok <p>Nem ne çok kuru veya nemli</p> <p>Hava akımı yok: pencere ya da kapılardan</p> <p>Isı veya soğuk, nem kaynakları</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Su, buhar, makinalar, güneş engellenmiş... <p>İş giysileri</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Rahat, mavi, ışın geçirmez, laboratuvar önlükleri... <p>Koruyucu giysiler</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Gerekliyse (tecrit edici, su geçirmez, ışın geçirmez...) ◇ Kaliteli, uygun ve rahat <p>İçecekler: çok sıcak ve soğuk olduğunda kullanılabilir</p>	<p>Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?</p>
<p>Daha ayrıntılı incelenecek yönler:</p>	<p>☹</p> <p>☺</p> <p>☺</p>

<i>Vibrasyon</i>	
<p>Tartışılacaklar</p> <p>Taşıma araçları (el arabaları, asansörler...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Gerçekleştirilecek iş için uygun ✧ Zemin, ulaşım yolları, lastikler, süspansiyonlar, sandalyeler sağlam <p>Titreşim yapan makinalar (diskler, delici, oyucular...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Gerçekleştirilecek iş için uygun ✧ Çok ağır değil ve vibrasyonsuz ✧ Sağlam ve düzenli bakım görüyor <p>Araç-gereçler, fitiller, diskler...: uygun ve sağlam</p> <p>Eğitim</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Araçlar, arabalar, makinalar ve titreşimli aletler iyi kullanılıyor ✧ Doğru çalışma pozisyonları, güç, bir ya da iki elle çalışma.... 	<p>Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?</p>
<p>Daha ayrıntılı incelenecek yönler:</p>	<p>☹</p> <p>☺</p> <p>☺</p>

Özerklik ve kişisel sorumluluklar	
<p>Tartışılacaklar</p> <p>Emirler ve beklentiler: çelişki yok</p> <p>İnsiyatif düzeyi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Herkes çalışma şeklini, ekibin çalışma düzenini bozmadan düzenleyebilir <p>Özerklik</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Herkes işini aksatmadan iş istasyonundan ayrılabilir ve kısa bir dinlenme arası alabilir (tuvalet, birşeyler içme) <p>Temas özgürlüğü</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Herkes çevre ve dış hizmetlerle gerekli gördüğü ilişkileri kendi başına kurabilir <p>Dikkat düzeyi: duruma göre</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Yürütülecek eylemlerin ciddiyetine göre ✧ Olayların öngörülemeyen özelliğine göre <p>Kararlar</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Seçenek sayısı sınırlı ✧ Bilgi edinmek mümkün ✧ Alması zor değil ✧ Gereken reaksiyon hızı normal <p>Sorumluluklar</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Herkes kendisine düşeni bilir ve gerekeni yapar ✧ Ne çok ağır ne çok hafif <p>Hatalar</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Yapılan hataları herkes kendisi düzeltir 	<p>Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?</p>
<p>Daha ayrıntılı incelenecek yönler:</p>	<p>☹</p> <p>☺</p> <p>☺</p>
İşin kapsamı	

<p>Tartışılacaklar</p> <p>İşe ilgi : ilginç ve değişik</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Hazırlık işleri, kalite kontrol, rötuş, bakım... <p>Yetkinlikler</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Herkesin işi mesleki yeteneğine ve konumuna uygun ◇ Yeteneklerini kullanmaya ve geliştirmeye olanak sağlıyor <p>Bilgi ve eğitim</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Herkes (gençler, geçici işçiler, daha eskiler) ◇ Herkesin işine özgü ◇ Prosedürler, riskler ve önleme konusunda ◇ İşe girişte, periyodik olarak <p>Duygusal yük: çok ağır değil</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Büyük hatalar, çevre (hastaneler) 	<p>Kim <u>somut</u> olarak ne yapabilir ne zaman ?</p>
<p>Daha ayrıntılı incelenecek yönler:</p>	<p>☹</p> <p>☺</p> <p>☺</p>

<i>Zaman çatışmaları</i>	
<p>Tartışılacaklar</p> <p>Çalışma saatleri ve iş programı</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Yeterince önceden haberdar ✧ İsteddiği şekilde iş gününü planlama olanağı var ✧ Tanımlanmış çerçevede esneklik <p>Çalışma ritmi: aşım değil</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Geciken iş hızlıca karşılanabilir <p>Grubun özerkliği : aşağıda sayılanlar için kendi kendine organize olabiliyor</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Saatler ve tatiller ✧ Görev dağılımı, aralar, rotasyonlar ✧ Üretim gecikmeleri için telafi mümkün ✧ Ek saatler (fazla mesai) ✧ İş düşüş ve çıkmaları (kısmi işsizlik...) ✧ Fazla mesai veya son dakika işi <p>İş kesintileri</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Beklenmedik değişiklik az <p>Dinlenme araları</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Sık ve kısa ✧ İşin ağırlığına, pozisyonların zorluğuna, tekrarlayıcılığına ve zihinsel yorgunluğa göre ayarlanıyor. 	<p>Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?</p>
<p>Daha ayrıntılı incelenecek yönler:</p>	<p>☹</p> <p>☺</p> <p>☺</p>

<i>Personelin kendi içinde ve hiyerarşi ile iş ilişkileri</i>	
<p>Tartışılacaklar</p> <p>İş sırasında iletişim</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Her zaman mümkün, iş konusunda olduğu kadar başka konularda da ✧ İşin organizasyonu ve alanlar birbirini görmeye olanak sağlıyor <p>Görev dağılımı: grubun içinde eşit</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Herkes kendi işini ve rolünü biliyor <p>Çalışanlar arasında yardımlaşma (işle ilgili sorunlar konusunda)</p> <p>İş için diyalog: düzenli</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Personel, hizmetler ve hiyerarşi arasında ✧ Görev dağılımı, planlanması ve tanımlanması için ✧ Sorunları çözmek için <p>Hiyerarşi: tanınıyor, olumlu karşılanıyor ve saygı duyuluyor</p> <p>Hiyerarşi ile ilişkiler</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Anlaşma, güven, işbirliği ve olumlu sosyal ortam ✧ Gergin ilişkiler, çıkar çatışmaları yok... ✧ İşle ya da personelle ilgili sorunlarda destek ✧ Delegasyon... <p>Çalışanların eleştiri ve önerileri</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Cesaretlendirici, dinleniyor ve yeterince dikkate alınıyor ✧ Sorunlar bildiriliyor. <p>Değerlendirmeler</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Herkes işinin nasıl değerlendirildiğini biliyor ✧ Ne zaman ve nasıl kontrol edildiğini ✧ Kriterleri ve sonuçları biliyor ✧ Herkes kendi değerlendirmesinin sonuçları konusunda bilgilendiriliyor ✧ Herkesin işi yeterince takdir ediliyor 	<p>Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?</p>
<p>Daha ayrıntılı incelenecek yönler:</p>	<p>☹</p> <p>☺</p> <p>☺</p>

<i>Psikososyal çevre</i>	
<p>Tartışılacaklar</p> <p>İkramiyeler: mümkün</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Objektif ve net kriterlere göre ✧ Herkes tarafından bilinen ve onaylanan ✧ Değerlendirmeler ve performans temelinde <p>Ayrımcılık : hiç yok</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Ne yaştan ne cinsiyetten ya da kökenden ✧ Ne taahhüt, ne ikramiyeler için <p>İstihdam</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Sabit ✧ İşletmenin bütünlüğüne ve geleceğine güven ✧ İşe gelemeyenlerin yerini alacakların sorunları, geçici işçiler iyi karşılanıyor <p>Ücretler</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Yetkinliklere ve gerçekleştirilen işe uygun <p>İşletme konseyi ve İSİGK : memnun edici</p> <p>Psikososyal sorunlar</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Memnuniyetsizlik, stres, taciz, kişisel sorunlar... ✧ Karşılama prosedür ve yapıları mevcut ve uygulanıyor ✧ Bilgi veriliyor ✧ Önleyici eylemler yürütülüyor <p>İşletmedeki yaşam koşulları</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Kişisel ve mesleki gelişime olanak sağlıyor ✧ Memnun edici bir özel yaşamla uyumlu (aile...) ✧ Bütün çalışanlar genel olarak memnun 	<p>Kim somut olarak ne yapabilir ne zaman ?</p>
Daha ayrıntılı incelenecek yönler:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Bilanço:

Buraya, kutuları yeşil ☺, sarı ☹ veya kırmızıya ☹ boyayarak başlıklara ilişkin genel değerlendirmeleri aktarın

Çalışma durumu:			
1. Mekanlar ve çalışma alanları	☺	☹	☹
2. İşin organizasyonu	☺	☹	☹
3. İş kazaları	☺	☹	☹
4. Elektrik ve yangın riskleri	☺	☹	☹
5. Kumandalar ve işaretler	☺	☹	☹
6. İş malzeme, araç-gereç, makinalar	☺	☹	☹
7. Çalışma pozisyonları	☺	☹	☹
8. Güç ve elle yapılan işler	☺	☹	☹
9. Aydınlatma	☺	☹	☹
10. Gürültü	☺	☹	☹
11. Ortam havasının hijyeni	☺	☹	☹
12. Sıcak ortamlar	☺	☹	☹
13. Titreşim	☺	☹	☹
14. Özerklik ve bireysel sorumluluklar	☺	☹	☹
15. İşin kapsamı	☺	☹	☹
16. Zaman çatışmaları	☺	☹	☹
17. Personel arasındaki ve hiyerarşi ile iş ilişkileri	☺	☹	☹
18. Psikososyal çevre	☺	☹	☹

İyileştirme önerileri ve gerçekleştirilecek tamamlayıcı incelemelerin envanteri

Buraya 18 başlığın sağ kadranında belirtilen hemen yapılması olası olmayan somut eylemleri yazınız. Aynı şekilde 18 başlığın alt kadranında belirtilmiş olan ayrıntılı Gözlem ile derinleştirilecek yönleri de ekleyiniz.

N°	Kim?	Ne yapıyor ve nasıl?	Maliyet	Ne zaman?	
				Öngörülmüş	Gerçekleştirilmiş

Kaynak

Malchaire J. (2010) Mesleki Risklerin Katılımcı Yönetimi SOBANE Stratejisi, çev. Türk M, http://www.deparisnet.be/sobane/Turque/SOBANE_Stratejisi_Deparis_Gorusme_Kilavuzu.pdf

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURULU

Elli ve daha fazla çalışanı olan ve altı aydan fazla sürecek iş yapılacak her işyerinde işveren iş sağlığı ve güvenliği kurulu kurmak zorundadır.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik Madde 8'de belirtildiği gibi kurulun görevi İş sağlığı ve güvenliği konularında o işyerinde çalışanlara yol göstermek, İşyerinde iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin tehlikeleri ve önlemleri değerlendirmek, tedbirleri belirlemek, işveren veya işveren vekiline bildirimde bulunmaktır.

İşyerinde meydana gelen her iş kazası ve işyerinde meydana gelen ancak iş kazası olarak değerlendirilmeyen işyeri ya da iş ekipmanının zarara uğratma potansiyeli olan olayları veya meslek hastalığında yahut iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bir tehlike halinde gerekli araştırma ve incelemeyi yapmak, alınması gereken tedbirleri bir raporla tespit ederek işveren veya işveren vekiline vermekle yükümlüdür.

Kurulun diğer görevleri:

İşyerinde iş sağlığı ve güvenliği eğitim ve öğretimini planlamak, bu konu ve kurullarla ilgili programları hazırlamak, işveren veya işveren vekilinin onayına sunmak ve bu programların uygulanmasını izlemek ve eksiklik görülmesi halinde geri bildirimde bulunmak

İşyerinin iş sağlığı ve güvenliği durumuyla ilgili yıllık bir rapor hazırlamak, o yılki çalışmalarını değerlendirmek, elde edilen tecrübeye göre ertesi yılın çalışma programında yer alacak hususları değerlendirerek belirlemek ve işverene teklifte bulunmak

İşyerinde yapılacak bakım ve onarım çalışmalarında gerekli güvenlik tedbirlerini planlamak ve bu tedbirlerin uygulamalarını kontrol etmek

İşyerinde yangın, doğal afet, sabotaj ve benzeri tehlikeler için alınan tedbirlerin yeterliliğini ve ekiplerin çalışmalarını izlemek

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 13 üncü maddesinde belirtilen çalışmaktan kaçınma hakkı talepleri ile ilgili acilen toplanarak karar vermek

İşyerinde teknoloji, iş organizasyonu, çalışma şartları, sosyal ilişkiler ve çalışma ortamı ile ilgili faktörlerin etkilerini kapsayan tutarlı ve genel bir önleme politikası geliştirmeye yönelik çalışmalar yapmaktır

Kurulda bulunması gereken kişiler:

- İşveren veya işveren vekili,
- İş güvenliği uzmanı, (İşveren tarafından atanır.)
- İşyeri hekimi, (İşveren tarafından atanır.)
- İnsan kaynakları, personel, sosyal işler veya idari ve mali işleri yürütmekle görevli bir kişi, (İşveren tarafından atanır.)
- Bulunması halinde sivil savunma uzmanı, (İşveren tarafından atanır.)
- Bulunması halinde formen, ustabaşı veya usta, (Çalışanların oyları ile seçilir.)
- Çalışan temsilcisi, işyerinde birden çok çalışan temsilcisi olması halinde baş temsilci.

Ayrıca, taşeron işletme varsa, iş sağlığı ve güvenliği kurulları aşağıdaki şekilde kurulur:

- Eğer işveren ve taşeronda ayrı ayrı 50 veya daha fazla çalışan varsa kurul ayrı ayrı kurulur, kararlar işverenin koordinasyonunda sağlanır.
- Eğer işveren 50 den fazla çalışana sahip, taşeron değilse kurulu işveren kurar, taşerondan bir yetkili temsilci bulunur.
- Eğer tam tersi taşeronun 50 den fazla çalışanı varsa taşeron kurulu kurar, işveren yetkili bir temsilci atar.
- Eğer toplam çalışan sayısı 50 den fazla oluyorsa kurul işveren ve taşeron birlikte kurar, atamalar ortak karar ile atanır.

İsg kuruluna katılacak kişilere eğitim verilmelidir. Eğitim konuları yönetmeliğin 7.maddesinde yazmaktadır.

İSG kurulu toplanma süreleri

- Az Tehlikeli Sınıfta yer alan işyerlerinde en geç 3 ayda bir
- Tehlikeli Sınıfta yer alan işyerlerinde ise en geç 2 ayda bir
- Çok Tehlikeli Sınıfta yer alan işyerlerinde ise en geç ayda bir toplanmalıdır.

Bunlar en geç toplanma süreleri, buradan farklı olarak toplanma gereken durumlar yine yönetmelikte ayrıntılı belirtilmiştir, kısaca eğer kaza, meslek hastalığı, acil durum, işçi şikayetinde acil durum gibi hallerde kurul toplanmak zorundadır.

Kurul sekreterliğini tam zamanlı çalışan iş güvenliği uzmanı yapar; eger yok ise, personel ve idari işler sorumlusu sekreteryayı üstlenebilir.

Kurul toplanmadan 48 saat önce kurul üyelerine toplantı yeri, günü ve saati belirtilerek çağrıda bulunulmalıdır.

Toplantı yapıldıktan sonra kararlar yazılır ve tüm üyeler tarafından imzalanır.

Kurul üyelerinin, bu yönetmelikle kendilerine verilen görevleri yapmalarından dolayı hakları kısıtlanamaz, kötü davranış ve muameleyle maruz kalamazlar.

Kaynak

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130118-3.htm

ÜRETİM İLİŞKİLERİNİN DIŞ TEKNİSYENLERİNDE YARATTIĞI SAĞLIK RİSKLERİ VE MESLEK HASTALIKLARI

Dr. Coşkun Canıvar
İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi Üyesi

Giriş

Diş teknisyenliği birçok sağlık riskinin bulunduğu, çok çeşitli ve bazen ölümcül seyredebilen meslek hastalıklarının görüldüğü yasal olarak 'ağır ve tehlikeli işler' kapsamında yer alan bir meslektir. Diş protezi üretimi sırasında tehlikeli kimyasal maddeler, ağır metaller içeren alaşımlar kullanılmaktadır ve bu nedenle diş protez laboratuvarlarında çalışma ortamı, başta solunum sistemi olmak üzere birçok sistemi etkileyen sağlık risklerini barındırmaktadır. Bu sağlık risklerinin hastalığa dönüşümünde çalışma koşullarının önemi büyüktür. Mesleğe başlama yaşı, günlük ve haftalık çalışma süreleri, meslekte çalışma süresi, kişisel ve genel koruyucu önlemlerin alınması, kullanılan malzeme içerikleri gibi birçok başlık meslek hastalıklarının ortaya çıkmasında belirleyici unsurlardır.

Türkiye'de 20 binin üzerinde diş teknisyeni ve 2 binin üzerinde özel laboratuvar bulunduğu tahmin edilmektedir. Mevcut rakamlar tahminlere dayanmaktadır çünkü bu laboratuvarların önemli bir kısmı ruhsatsızdır ve çalışanların da önemli bir kısmı belgesiz çalışmaktadır. İlgili dernek ve oda başkanları ve diş teknisyenle-

ri ile yaptığımız görüşmelerde sadece İstanbul'da 1500 civarında özel laboratuvar bulunduğu ve 7-8 bin civarında dış teknisyenin çalıştığı belirtilmektedir. İstanbul'daki bu laboratuvarlardan sadece 300 kadarının ruhsatlı olduğu diğer laboratuvarların birçoğunun adresinin dahi bilinmediği ifade edilmektedir. Yine ilgili çevrelerce basına yapılmış açıklamalarda Ankara'da bulunan 400-500 civarındaki laboratuvarın yarısının ruhsatsız olduğu belirtilmektedir. 2011 yılının sonu itibariyle 4 dış teknisyeni (bilinen) silikozis nedeniyle hayatını kaybetmiştir. 53 yaşındaki Muammer Tatar ve 43 yaşındaki Adem Kılıç İstanbul'da, 19 yaşındaki Ömer Faruk Büyük Kırıkhan'da ve 24 yaşındaki Ali Kalkan İskenderun'da silikozis nedeniyle hayatını kaybeden dış teknisyenleridir. Aynı dönemde ilgili dernek yöneticilerince yapılan basın açıklamalarında onlarca dış teknisyenin solunum yetmezliği tablosunda ölümü beklediğinden bahsedildiği dikkate alınırca bu alanda meslek hastalığına bağlı ölüm sayısı çok daha fazladır. Hastalık görülme sıklığına baktığımızda pnömokonyoz (toza bağlı akciğer hastalıkları) ve diğer meslek hastalıklarına yakalanan binlerce dış teknisyeni bulunduğunu söylemek mümkündür.

'Kamu İhale Yasası' dış teknisyenlerinin çalışma koşullarını nasıl etkiledi?

Türkiye'de kamu ihale yasaının dış protez üretimiyle ilgili hususları 2011 yılında yürürlüğe girmiş olup, kamu hastanelerinin ve Ağız Dış Sağlığı Merkezleri'nin özel laboratuvarlardan ihale usulü protez alımını başlatmıştır. Böylece alanında tekelleşmiş firmalar çok düşük fiyatlarla ihalelere girmekte ve düşük fiyata ürün ortaya çıkarma adına 'merdiven altı' diye tabir edilen çok kötü koşullarda, günde 13-14 saate varan çalışma sürelerinde, gerekli koruyucu önlemler alınmadan, güvencesiz, belgesiz işçi çalıştıran laboratuvarlarda protez üretimi yaptırmaktadırlar. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir ayağını oluşturan sağlık hizmetlerinin taşeronlaştırılması ağız dış sağlığı hizmetleri alanında kendini 'İhale Yasası' ile göstermiştir. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile aynı birlikte yer alan kamu hastaneleri tek bir

firmaya protez başına çok düşük ücretlerle ihale vermektedir. Hastanelerin protez başına ihale bedeli olarak verdikleri ücret SGK'dan protez başına aldıkları ödemeden daha düşük olmakta ve böylece kar amaçlı şirket gibi yönetilen hastaneler için rant alanı oluşturulmaktadır. İlgili dernek yöneticilerinin basın demeçleri ve oda yöneticileri ile yaptığımız görüşmelerde vurgulandığı üzere, hastanelerin diş protezi konusunda ihale usulü hizmet alması özel laboratuvarlardaki zaten kötü olan çalışma koşullarını daha da sağlıksız hale getirmiştir. Kapasitesinin çok üzerinde bir ihaleyi kazanan laboratuvar işleri yetiştirme amacıyla 5 ila 10 kişinin çalıştığı küçük laboratuvarlara üretim yaptırmaktadır. Bu uygulama ile diş teknisyenleri bir gündeki kron üretim sayısı 4-5 kat artarken günlük çalışma süreleri 16 saate kadar uzamaktadır. Örneğin bir diş teknisyeni günde 10 ila 15 kron üretmesi gerekirken bu laboratuvarların çalışma koşullarında günde 90-100 civarında kron üretmek zorunda bırakılmaktadırlar. Aksi takdirde ihale süresince işi yetiştiremeyen laboratuvar mali krizle, diş teknisyenleri de işsizlikle karşı karşıya kalmaktadır.

Diş teknisyenleri ölürken devlet ne yapıyor?

2011 yılı sonunda 4 diş teknisyenin hayatını kaybetmesi sonucu İstanbul İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi'nin düzenlediği 'Çalışırken Hastalanıyoruz' temalı çalıştay ve yapılan basın açıklamalarıyla olay gündeme getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı olayın gündeme gelmesi nedeniyle denetimleri sıkılaştırma kararı almıştır. İlgili dernek yöneticilerinin basın açıklamaları, oda yöneticileri ve emekli diş teknisyenleriyle yaptığımız görüşmeler, yapmış olduğumuz laboratuvar ziyaretleri açıkça göstermektedir ki ruhsatlı laboratuvarlar da dahil olmak üzere diş teknisyenlerinin büyük çoğunluğu yüksek sağlık riskleri barındıran ortamlarda çalışmaya devam etmektedirler. 5 ila 10 kişinin çalıştığı küçük laboratuvarlarda çoğu zaman işletme sahipleri de diş protez üretiminde çalışmaktadırlar. Hem işveren hem işçi konumunda çalışan bu insanlar, devletin denetleme mekanizmasının ceza kesme uygulamalarına dönüştüğünü belirtmektedirler. Devlet kayıt dışı

olarak çalışan binlerce laboratuvarı görmezden gelirken, ruhsatlı laboratuvarların işçi sağlığını tehdit eden koşullarını da ceza keserek düzeltmeyi amaçlamaktadır. Kesilen cezalar işyerinin iflas ederek kapanmasına ya da ayakta kalmak için işçilerin hayatına malolan mali kısıtlamalar uygulamasına neden olmaktadır. Yirmi yılın üzerinde dış teknisyenliği yapmış ve silikozis hastalığına yakalanmış emekli bir işçinin ifadesine göre bazı çalışanlar nefes darlığı, kanlı balgam gibi şikayetleri olmasına rağmen meslek hastalığı tanısı konulduğunda işsiz kalma endişesiyle doktora dahi başvurmadan çekinerek çalışmaya devam etmektedirler. Devletin ceza keserek mali zarar oluşturma üzerinden ticari bir mantıkla uyguladığı denetleme mekanizması, çalışma ortamını güvenli hale getirmek bir yana koşulların daha da bozulmasına neden olmaktadır.

Piyasa ekonomisi, dış teknisyenlerinin meslek hastalıklarını ne oranda etkiliyor?

Konuyla ilgili dünya genelinde yapılmış çalışmalara bakıldığında dış teknisyenlerinde pnömokonyoz görülme oranları açısından çok farklı rakamlar ortaya çıkmaktadır. Bu farklılıklar, çalışmalara alınan dış teknisyenlerinin çalışma ortamları, maruziyet süresi, maruziyet tipi, çalışmaya başlama yaşı ve tanı kriterleri gibi birçok değişkenin olmasından kaynaklanmaktadır. Ancak tüm çalışmalarda ortak olarak maruziyet süresinde artışla pnömokonyoz sıklığında artış olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde 2008 yılında Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesinde, 'Dış Teknisyenlerinde Mesleki Maruziyet ve Pnömokonyoz Riski' adlı çalışmada konu birçok yönden ayrıntılı olarak incelenmiştir. Bu çalışmaya 120 dış teknisyeni (63'ü resmi laboratuvarlarda 57'si özel laboratuvarlarda) ve kontrol grubu olarak demografik özellikleri benzer olan 32 maruz kalmayan kişi alınmış. Ortalama maruziyet süresi 16 yıl olan 120 dış teknisyeninde pnömokonyoz prevalansı %31,4 olarak saptanmış. Yani 3 dış teknisyeninden birisinde toza bağlı akciğer hastalığı görülmüştür. Ancak daha dikkat çekici olan, özel laboratuvarlarda çalışanlar ile resmi kurumda çalışanlar arasında

görülen hastalığa yakalanma oranları farklıdır. Resmi laboratuvar çalışanlarında ortalama maruziyet süresi 15 yıl olup hastalık görülme prevalansı % 11.9 iken özel laboratuvarlarda çalışan dış teknisyenlerinde ortalama maruziyet süresi 18 yıl olup hastalık görülme oranı %50.9 saptanmış. Mesleki maruziyet süreleri arasında 3 yıl gibi bir fark var iken hastalık görülme oranları arasında 5 kata yakın fark saptanmış. Özel laboratuvar çalışanlarında 5 kat fazla akciğer hastalığı görülmesinin sebepleri de aynı çalışma içerisinde net bir şekilde ortaya koyulmuş. Resmi laboratuvar çalışanlar günde ortalama 8 saat ve haftada 5 gün olmak üzere haftalık çalışma süresi 40 saat iken özel laboratuvar çalışanları günde ortalama 11,5 saat haftada 6 gün olmak üzere haftalık çalışma süresi ortalama 72 saattir. Özel laboratuvarlar neredeyse 2 kat fazla çalışıldığı yani 2 kat fazla mesleki maruziyet süresi olduğu görülmektedir. Resmi ve özel laboratuvarların koruyucu önlemler açısından kıyaslandığında da kişisel ve genel koruyucu önlemler açısından özel laboratuvarların oldukça yetersiz olduğu ortaya konmuştur. Çalışmada, koruyucu önlemler dış teknisyenlerinin bireysel olarak kullandığı maske ve vakumlu masayı ifade eden 'kişisel koruyucu önlem' ve laboratuvar ortamının havalandırmasını sağlayan genel havalandırma sistemini ifade eden 'genel koruyucu önlem olarak iki grupta değerlendiriliyor. Özel laboratuvarlarda dış teknisyenlerinin %73'ü hiçbir koruyucu önlem kullanmıyorken resmi laboratuvarlarda %39'unun kişisel koruyucuları kullanmadığı saptanmış. Genel koruyucu önlem açısından resmi laboratuvarların tümünde havalandırma sistemi varken özel laboratuvarların hiçbirinde havalandırma sistemi olmadığı öğrenilmiş. Pnömonokonyoz gelişiminde önemli bir risk faktörü de mesleğe başlama yaşı olup birçok özel laboratuvarda zanaat öğretme ve meslek sahibi yapma amaçlı çocuk işçilerin çok erken yaşlarda başlamak üzere çalıştırıldığı görülmektedir.

Dış teknisyenlerinin çalışma ortamlarının barındırdığı sağlık riskleri ve ortaya çıkan meslek hastalıkları, yapılmış bilimsel çalışmalar ve çalışma koşullarının gözlemlenmesi çerçevesinde değerlendirildiğinde, mevcut üretim ilişkilerinin işçi sağlığını ne düzeyde tehdit ettiğinin çarpıcı sonuçlarıyla doludur. Artı değer

üretimiyle sermaye birikimi temelinde örgütlenmiş kapitalist sistemin üretim ilişkilerinin, dış teknisyenliği mesleğinin her basamağında sağlık risklerini hangi uygulamalarla arttırdığı açıkça ortadadır. Çocuk yaşlarda başlayan, günde 12 saatin üzerinde, haftada 6 gün, emek yoğun bir şekilde, kişisel ve genel koruyucu önlemler alınmadan, düşük ücretlerle, güvencesiz çalıştırılma vs. Üretim araçlarını elinde bulunduranlar açısından baktığımızda, bahsedilen koşulların her biri karı maksimize etme yönteminin bir aracını oluşturmaktadır. Mevcut sistemde devletin oynadığı rol çok daha vahim bir duruma işaret etmektedir. Bir mesleği tehlikeli işler kapsamına alıp, günlük çalışma saatlerini 7,5 saat ile sınırlandırıp, denetleme amaçlı tüm valiliklere genelge gönderip aynı zamanda mevcut çalışma koşullarının daha da kötüleşerek devam etmesine neden olan bir yasal düzenleme yapmak (Kamu İhale Yasası), bu alanda meydana gelen işçi ölümlerinden ve meslek hastalıklarından devletin doğrudan sorumlu olduğunun göstergesidir. Yaşanılan süreçte devlet tüm kurumlarıyla kapitalizmin vahşi uygulamalarını hayata geçirme ve meşrulaştırma görevini üstlenmiş durumdadır. Devlet bu görevini esnek, güvencesiz ve taşeron çalışma koşullarının hızla yayılmasına zemin hazırlayarak hemen hemen birçok iş kolunda yerine getirmektedir.

Diş teknisyenlerinin sağlığı ve iş güvenliği için çözümü nerede aramak lazım?

Diş protez üretim sürecinde meslek hastalıkları ve işçi ölümlerinin önüne geçmek için ülke genelinde üretim yapan tüm laboratuvarlar belirlenmelidir. Yukarıda paylaşılan çalışmanın verileri dikkate alındığında ülke genelinde 20 binin üzerinde diş teknisyeninin çalıştığı kabul edilirse en az 5 binin üzerinde işçide meslek hastalığı bulunmaktadır. Ülke genelindeki tüm diş teknisyenlerinin sağlık taramasından geçirilerek ilgili meslek hastalıkları uzmanlarınca değerlendirilmesi gerekmektedir. Kamuda çalışan diş teknisyenlerinde görülen hastalık oranları özelde çalışanlara kıyasla 5 kat düşük olsa dahi oldukça yüksek olup bu alanda da ciddi denetleme ve maruziyet kontrolü programlarına ihtiyaç var-

dır. Toza bağlı meslek hastalıklarının tedavisi olmayıp en önemli nokta erken tanı ve maruziyetin sonlandırılmasıdır. Meslek hastalığı tanısı alan işçilerin malulen emekliliği sağlanarak mesleki maruziyet durdurulmalıdır. Diş protez üretimi alanında iş güvenliği uzmanları, işyeri hekimleri veya iş müfettişleri tarafından, alınması gereken birçok önlem alt alta sıralanabilir ancak benzer bir çok iş kolunda olduğu gibi bu alanda da en önemlisi, güvencesiz, esnek ve taşeron çalışma koşullarının önüne geçilmesidir. Küçük laboratuvarlarda bazılarının hem işveren hem işçi konumunda olduğu ancak büyük çoğunluğunun belgesiz ve güvencesiz çalıştığı bilinen diş teknisyenlerinin mevcut çalışma koşullarına boyun eğmemesi oldukça önem taşımaktadır. Mevcut kapitalist üretim ilişkilerinin yarattığı ekonomi-politik sistem ve toplumsal yapıya bakıldığında, işçi sağlığı ve iş güvenliği konusundaki sorunların konunun uzmanlarına, iş yeri sahiplerine veya mevcut devlet yapılanmasına tek yönlü bir şekilde bırakılarak çözülemeyeceği açıkça görülmekte olup işçi sınıfının kendi hayatı ve sağlığı için inisiyatif alması ve işin 'öznesi' olarak sınıf bilinci temelinde tüm iş kollarında mücadeleyi sahiplenmesi gerekmektedir. Mevcut durumun önüne geçmek için örgütlü mücadelenin ne denli gerekli ve hayati olduğu diş teknisyenlerinin yaşadığı durum özelinde bir kez daha kendini göstermektedir.

Kaynaklar

- Solunum Sistemi ve Hastalıkları (Özlü-Metintaş-Karadağ-Kaya) Cilt 2, Asbest Dışı Pnömonyozlar – Dr. İbrahim Akkurt)
- Diş Teknisyenlerinde Mesleki Maruziyet ve Pnömonyoz Riski – Dr. Senem Karabıyık (Uzmanlık Tezi-2008)
- Mesleki ve Çevresel Akciğer Hastalıklarını Değerlendirme Formu – Türk Toraks Derneği
- Diş Teknisyenlerinin Riskleri – Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 42. Sayı, Çalışma Dünyası: Diş Laboratuvar Teknisyenleri Sf:45 , Çeviri: Dr. Ercan Duman
- 07/12/2005 tarihinde resmi gazetede yayınlanan ‘Diş Protez Laboratuvarları Yönetmeliği’
- 23.03.2009 da Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nden diş protez laboratuvarları denetlemeleri hususunda valilik genelgesi

ÇAPA İŞÇİ SAĞLIĞI MÜCADELE DENEYİMİ

ÇAPA İşçi Sağlığı Meclisi

Sağlık emekçilerinin büyük kısmı 'çok tehlikeli işyerleri' kapsamında yer alan hastanelerde çalışmaktadırlar. Bu çok tehlikeli işyerlerinden birisi olan İstanbul Tıp Fakültesi (ÇAPA) Hastanesi'nin sağlık çalışanları 'ÇAPA İşçi Sağlığı Meclisi' olarak son iki yılda yürüttüğümüz işçi sağlığı mücadelesini ve hastanede sağlığımızı tehdit eden uygulamaları raporlandırdık. Kuşkusuz sağlık iş kolunun barındırdığı tehlike ve risklerin boyutu göz önüne alındığında yürüttüğümüz bu mücadele mütevazı kalacaktır. Ancak işçi sağlığı mücadelesinde kazanıma götürecek en önemli tutumun, emekçilerin kendi işyerlerinde kendi sağlıklarına örgütlü olarak sahip çıkması olduğundan hareketle bu çalışmaların değerli olduğunu düşünüyoruz.

İstanbul Tıp Fakültesi işçi sağlığı mücadelesinin Zafer Açıkgozoğlu iş cinayeti sonrası şekillendiğini söyleyebiliriz. Zafer Açıkgozoğlu arkadaşımız daha 28 yaşındayken 'ölmek istemiyorum' diyerek Çapa'da iş cinayetinde can verdi. Arkadaşımız iki yıl önce hiçbir güvenlik önlemi alınmadan ve kendi iş tanımının tamamen dışında olan kanalizasyon taşkınına zorla müdahale ettirildi. Zafer Açıkgozoğlu tıkalı kanalizasyonun kapağını açmasıyla birlikte lağım suları içerisinde kaldı. Sonrasında bulantı, ishal, karın ağrısı gibi şikayetleri ortaya çıkmış ve acil servise başvurmuştu. Zafer arkadaşımız şikayetleri gerilememesi üzerine on gün

içerisinde üçüncü kez başvurduğu acil serviste bilinci kapanması sonrası karaciğer yetmezliği tanısıyla yoğun bakıma alındı ve iki gün içerisinde karaciğer nakli gerçekleştirildi. Yoğun bakımda yapılan tetkiklerinde Hepatit B virüsü saptandı. Ameliyattan sonra konuştuğumuzda Zafer bizlere lağım suyu maruziyetinden birkaç ay önce tıbbi atık toplama esnasında eline iğne battığını anlattı. Kanalizasyondan bulaşma ihtimali olmayan Hepatit B virüsünün bu iğne batmasıyla bulaşmış olma ihtimali var. Bu bulaşa bağlı gerçekleşmiş olabilecek karaciğer hasarı, lağım suyu maruziyeti sonrası gelişen ishalle karaciğer yetmezliğine kadar ilerledi. Nakilden aylar sonra organ reddi gelişmesi üzerine Zafer arkadaşımız ikinci kez nakil programına alındı ancak 17.08.2014 tarihinde hayatını kaybetti.

Zafer Açıkgözoğu'nun ölümüyle sonuçlanan bu süreçle ilgili suç duyurusunda bulunularak iş kazası tespit davası açıldı. Atlas şirketi ve hastane yönetimi tarafından Zafer arkadaşımıza ve ailesine dava açmaması yönünde telkinlerde bulunulduğu biliniyor. Ancak Zafer'in işçi arkadaşlarının çabasıyla aileyle defalarca görüşülerek bu davaların açılması sağlandı. Bu iş cinayetinin üzerinin kapatılmasının önüne geçildi. Zafer'in hastalanmasından hayatını kaybettiği güne kadar ve sonrasındaki süreçte hastane içerisinde defalarca basın açıklamaları ve protesto yürüyüşleri yapılarak yazılı ve görsel basında bu iş cinayeti gündeme taşındı. Konuyla ilgili TBMM'ne milletvekilleri tarafında defalarca soru önergeleri verildi. Yine bu iş cinayetiyle ilgili İstanbul Tabip Odası aracılığıyla TBMM Başkanlığı'na dilekçe ile soruşturma talebinde bulunuldu. Zafer'in dava süreci işçi arkadaşları tarafından yakından takip edilmeye devam ediyor.

Zafer Açıkgözoğlu arkadaşımızın çok ciddi tıbbi sorunlarla uğraştığı bu süreçte, çalışırken sağlığımızdan olmamak için neler yapabileceğimizi planlamak üzere hastane sağlık çalışanları olarak bir araya geldik. İşçi sınıfı olarak iş yerlerinde, emek sürecine müdahale ederek, emeğin üzerindeki işçi denetimini arttırarak bu ölümleri azaltabileceğimiz noktadan hareketle özellikle taşeron çalıştırılan işçi arkadaşlarla çalışma planladık. Biyolojik etmenlere

karşı özellikle iğne batmalarını önlemek, yüksekte çalışılan cam silme, klima bakımı gibi işlerin güvenlik önlemleri olmadan yapılmasını önlemek, 'iş sağlığı ve güvenliği' eğitimlerinin nitelikli olarak verilmesini sağlamak, risk değerlendirmelerinin konunun uzmanlarınca ve sendikal katılım sağlanarak yapılması, 'iş sağlığı ve güvenliği' kurullarının düzenli ve çalışan temsilcileri katılımıyla işlevsel hale getirilmesi gibi birçok başlıkta mücadele yürüttük. Bu alanda yapılan tüm çalışmaları yaptığımız yürüyüşler ve basın açıklamalarıyla hastane içinde ve dışında sağlık emekçilerinin ve kamuoyunun gündemine taşıyarak görünür kıldık.

İğne batmasına bağlı iş kazalarını önlemek için her servisten bir işçi arkadaşımızla temasa geçtik. Yaşanan tüm iğne batmalarını olay yerinin fotoğraflarını da içeren tutanaklarla belgeledik. Tespit edebildiğimiz kadarıyla sadece 2015 yılı ilk 2 ayında 10 temizlik işçisi iğne batması ve cam kesimine bağlı iş kazası yaşanmıştır. İstanbul Tıp Fakültesinde 370 temizlik işçisi çalışmaktadır. Temizlik işçilerinde 2 ayda en az 10 iş kazası yaşanıyor olması, 5 bine yakın sağlık çalışanın bulunduğu İstanbul Tıp Fakültesi'nde her yıl yüzlerce benzeri iş kazası yaşandığına işaret etmektedir. Hastane yönetimine ve şirkete iş kazası bildirimleri yapmaları için tutanakları ilettik. İş kazası bildirimleri yapılmayan durumları Sosyal Güvenlik Kurumuna kendimiz bildirdik. Bu konuda tüm çalışanları kapsayan nitelikli işçi sağlığı eğitimleri talep ettik. Hastanede bu süreçlerin takibi için iş yeri hekiminin düzenli çalışması gerektiğini yönetime bildirdik. Niteliksiz ve göstermelik olarak yapılan işçi sağlığı eğitimlerine itiraz ettik. Bunun üzerine arkadaşlarımıza açılan idari soruşturmaları protesto eylemleri düzenledik. Bu konuda arkadaşlarımıza verilen cezaları idari mahkemeye taşıyarak iptalini sağladık.

Cam silme, klima temizliği gibi yüksekte çalışma gerektiren işlere yönelik alınması gereken iş güvenliği önlemleri alınmaması nedeniyle bu alanda çalışan arkadaşlar ölüm tehlikesiyle karşı karşıya çalışmaktaydı. Nitekim 2012 yılında Serkan Burucu, İTF Cerrahi Bilimler Monoblok binasında klima bakımı esnasında hiçbir güvenlik önlemi olmadığı için 6. kattan düşerek hayatını kay-

betmiştir. Cam önlerinde güvenlik kemerinin takılacağı uygun alanlar bulunmamaktadır. Çoğu zaman güvenlik kemeri olmadan cam silmek zorunda bırakılan temizlik işçileri kemer verildiğinde de takılmasının hiç uygun olmadığı kalorifer borularına bağlayarak yüksekte çalışmaktadırlar. Bu süreçte yine çalışma şartlarının fotoğraflarını içeren tutanakları hastane yönetimine ilettik.

Hastanede yaşanan birçok iş kazası sürecine müdahil olduk. Örneğin, temizlik işçisi olarak taşeron şirket bünyesinde çalıştırılan Çiçek Demir bahçe temizliğinde görevlendirilmiştir. Kronik eklem hastalıkları olan Çiçek Demir bu şartlarda çalışmakta zorlandığını belirterek bina içi görevine tekrar dönmek istemiştir. Ancak hastane insan kaynakları süreç yöneticisi olarak görevli öğretim üyesi tarafından 'bahçe temizliğinde kadın gözüne ihtiyaç var' gibi bir gerekçeyle bu talep kabul edilmemiştir. Bahçe temizliği görevinin ikinci haftasında Çiçek Demir düşerek burnunu kırmıştır. Kadını aşağılayan bu cinsiyetçi yaklaşım bir mobbing uygulaması olduğu gibi yaşanan iş kazasının da temel sebebidir. İlgili öğretim üyesi hakkında suç duyurusunda bulunulmuştur. Bir diğer örnek; hastanede yemek dağıtım görevinde çalışan yemekhane işçisi A.D. Kalp Damar Cerrahisi servisinde üzerine dolap devrilmesi sonucu kalçası kırılmıştır. Aynı bölümün servisine yatırılarak tedavi altına alınan A.D. ile ilgili işçi arkadaşlarının müdahil olmasıyla olaydan 20 gün sonra iş kazası bildirim yapılmıştır. İş tanımlarının belirsiz olması işçi sağlığı açısından en ciddi risk faktörleri arasındadır. Yoğun bakımda çalışan hasta bakıcı işçilerin görev tanımlamaları dışında olan tıbbi işlemlerin yaptırılmasına karşı tutanak tutarak hastane yönetime bildirdik. Bu konuda ilgili yoğun bakımda teftiş yapılarak bu işlerin yaptırılması engellenmiş oldu.

Bir diğer örnek radyasyon riskiyle ilgiliydi. İstanbul Tıp Fakültesi Kan Merkezi'nde çalışan 13 kadın hemşireden 4'ü düşük yaptı, 2'sinde ise anomali saptanması nedeniyle gebelik erken sonlandırıldı. Kan ışınlama cihazının bulunduğu merkezde çalışan hemşirelerden ikisinin radyasyon dozimetrisinde çok yüksek değerlerde radyasyon saptandı. Radyasyon maruziyeti açı-

sından kan analizleri gönderildi. Beyin Cerrahisinde radyasyon yayan skopi cihazı ve tomografi bulunan ameliyathanede çalışan 4 hemşire düşük yaptı. Bu konu hastane radyasyon kontrol komitesine iletmek üzere sendika temsilcisi arkadaşımız aracılığıyla iş sağlığı ve güvenliği kurulunun gündemine taşındı. TBMM Başkanlığı'na İstanbul Tabip Odası aracılığıyla verdiğimiz dilekçede radyasyon başlığına ayrı bir yer vererek hastanenin iş müfettişleri ve konunun uzmanları aracılığıyla radyasyon güvenliği açısından teftiş edilmesini talep ettik.

Bu süreç sonunda hastanenin tüm çalışanlarına nitelik olarak halen yetersiz olsa da düzenli işçi sağlığı eğitimleri verilmeye başlandı. Yaşanılan iş kazaları taşeron şirket tarafından bildirilmeye başlandı. İş kazası sonrası gerekli takiplerin yapılmasını sağladık. Cam silme için uygun önlemlerin alınmadığı binalarda camların dışarıdan silinmesi hastane yönetimi tarafından durduruldu. Zafer Açıkgözoğlu iş cinayeti sonrası yapılan basın açıklamaları, meclise verilen soru önergeleri ve yine TBMM başkanlığına verilen dilekçe sonrası İstanbul Tıp Fakültesi'nde işçi sağlığı ile ilgili iki farklı teftiş yapılmasını sağlamış olduk. Kuşkusuz bu çalışmalar çok ciddi risk etmenlerinin olduğu sağlık iş kolunda sekiz bin sağlık çalışanın bulunduğu bir hastanede yetersiz kalmaktadır. Ancak yapılan çalışmalar işçi sağlığı konusunun tüm hastane çalışanlarının gündemine girmesini ve hastane yönetiminin de bu konuda yasa ve yönetmeliklere uygun hareket etmek zorunda kalmasını sağlandı. İşçi sağlığı taleplerinin tümünü emeğin diğer gündemleriyle beraber aynı zamanda bir örgütlenme süreci olarak gördük. Nitekim Ocak 2015'te bu mücadelenin öncülerinden olan beş işçi arkadaşımız hastane yönetimi tarafından işten atıldılar. Tüm bu mücadele sürecinde sıkı temas içinde olduğumuz hastane içinden ve dışından sağlık emekçilerinin, sendikaların, meslek örgütlerinin ve emek mücadelesi yürüten tüm kesimlerin katılımıyla çok etkili bir direniş gerçekleştirerek arkadaşlarımızın kısa sürede işe geri alınmalarını sağladık.






İşçi sağlığı meselesi, kapitalist sistemin insanlık dışı uygulamalarının tümünü gözler önüne sermesi ve emek sömürüsü-

nü tüm yönleriyle görünür kılması nedeniyle işçi sınıfı için çok önemli bir mücadele gündemi durumundadır. Emek-sermaye çelişkisinin uzlaşmaz olduğunu bütün çıplaklığıyla gözler önüne sermektedir. Aynı zamanda işçi sınıfı için kelimenin tam anlamıyla 'hayati' olan bir mücadele sürecidir. İşçi sağlığı mücadelesini 'tehlikeyi' merkeze alan ve emek süreci üzerindeki işçi denetimini arttırarak 'önlemeyi' hedefleyen bir yaklaşım üzerinden yürütmeye çalışıyoruz. Çapa'da yürüttüğümüz mücadelenin tüm eksikliklerine rağmen yöntem olarak değerli ve kritik olduğunu düşünüyoruz.





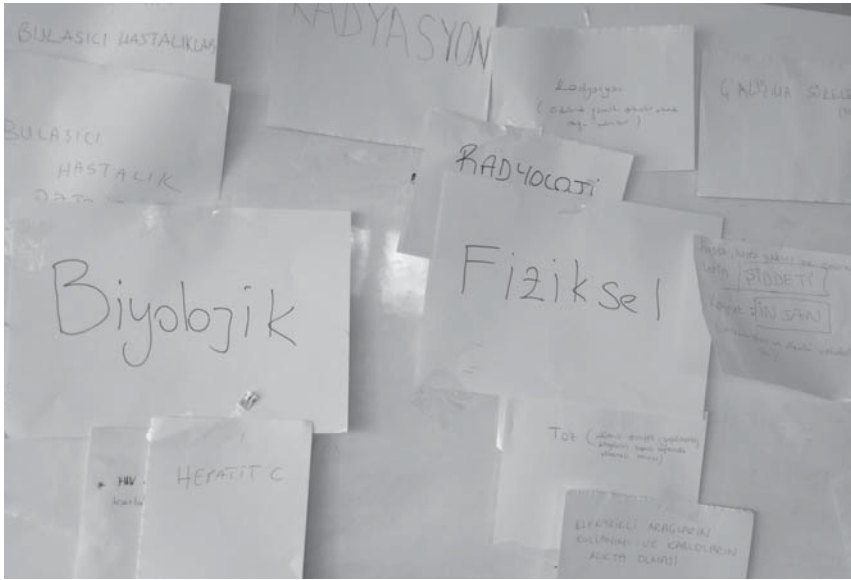


1. GÜN		SES, SÇS EGITİMİ	
10 ⁰⁰ - 10 ³⁰	TANISMA, BEKLENTİLER, AÖH		
10 ³⁰ - 11 ³⁰	EMEK MÜCADELESİNDE İŞÇİ SAĞLIĞI (Mendires Tutuş)		
11 ³⁰ - 11 ⁴⁵	ARA		
11 ⁴⁵ - 12 ⁰⁵	GRUP GALIŞMASI (OLGU)ÇAL.		
12 ⁴⁵ - 14 ⁰⁰	YEMEK		
14 ⁰⁰ - 14 ⁴⁰	KİMYASAL RİSKLER (Grup Sunumu) → Meral TÜRK		
14 ⁴⁰ - 14 ⁵⁰	ARA		
14 ⁵⁰ - 15 ³⁰	BIYOLOJİK RİSKLER (Gr. Sunumu) → Asli DAVAS		
15 ³⁰ - 15 ⁴⁵	ARA		
15 ⁴⁵ - 16 ²⁵	ERGONOMİK RİSKLER (Grup Sunumu) → Mehmet ZENCİR		
16 ²⁵ - 16 ³⁵	ARA		
16 ³⁵ - 17 ¹⁵	FİZİKSEL RİSKLER (Grup Sunumu) → Asli DAVAS		
18 ¹⁵ - 18 ³⁰	GÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ		















**SAĞLIK HİZMETİ PSİKOSOSYAL
ERGONOMİK TEHLİKELER DİŞ
SOBANE STRATEJİSİ SAĞLIK RİS
ÇAPA İŞÇİ SAĞLIĞI MÜCADELE**

ISBN 978-975-92449-7-2

Sağlık ve Sosyal Hizmetler Emekçileri Sendikası
Necatibey Caddesi No: 82/4 Kızılay - ANKARA
Ses@ses.org.tr - Tel: 0312 232 61 22