

Akdeniz Üniversitesi'nde taşeron sağlık işçilerinin işçi sağlığı ve iş güvenliği durum tespiti

Mustafa Cumhur İzgi^a, Hafize Öztürk Türkmen^b

Özet

Amaç: Neoliberal politikaların Türkiye'deki yansımalarından biri olan Sağlıkta Dönüşüm Projesi taşeronlaşmayı içeren bir programdır. Sağlıkta taşeronlaşma, çalışanın sağlığını ve ürettiği hizmetin niteliği nedeniyle toplum sağlığını etkilemektedir. Çalışmanın amacı, bir üniversite hastanesinde taşeronlaşma sonrası çalışanların işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından durumlarını değerlendirmek, konuya yönelik farkındalık yaratmak ve geniş çaplı çalışmaların planlanıp gerekli önlemlerin alınmasına katkı sağlamaktır. **Yöntem:** Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde taşeron olarak çalışan 1175 işçiden, meslek grupları temel alınarak tanımlayıcı araştırmanın 153 kişilik örneği belirlenmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden 128 çalışana iki bölümden oluşan anket uygulanmıştır. Anketin ilk bölümünde sosyodemografik veriler ve araştırmaya ilişkin açık uçlu sorular, ikinci bölümünde ise beşli Likert tipi soru kökleri yer almaktadır. **Bulgular:** Katılımcıların %62.5'i iş öncesi sağlık risk eğitimi almadığını, %82.8'i riskler konusunda işveren tarafından bilgilendirilmediğini, %85.2'si aşı yapılmadığını, %57.0'si koruyucu donanımın yetersiz olduğunu, %73.4'ü yaptıkları işin sağlık riski yarattığını, %71.1'i taşeron çalışmanın sağlığı olumsuz etkilediğini, %94.6'sı kadrolu çalışmanın güvenceli olduğunu belirtmişlerdir. **Sonuç:** Çalışma ortamının sağlık risklerinden arındırılması, iş güvencesinin sağlanması ve sağlık hizmet üretiminde insan haklarının yaşama geçirilmesi için taşeronlaşmaya son verilmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: Taşeronlaşma, sağlık hakkı, işçi sağlığı, iş güvenliği

Due diligence of occupational health and safety of subcontractor health workers in Akdeniz University

Abstract

Objective: The Health Transformation Project, one of the outcomes of neo-liberal policies, includes subcontracting in the health sector affects the health of individual workers, and due to the quality of the service it produces, it also affects the health of the community. The purpose of the present study is to evaluate the effect of subcontracting on health and safety of workers in university hospitals that serve as centers of science, education and research, and further to raise awareness of the effects of subcontracting, to plan large scale studies and consider the precautions that need to be taken. **Methods:** The sample group of the quantitative research was determined by considering work groups as a basis and choosing 153

^aÖğr.Gör.Dr. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

^bYrd.Doç.Dr. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar: Mustafa Cumhur İzgi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Morfoloji B Blok, Antalya. Tel: 0(533) 778 21 29, E-posta: cizgi@akdeniz.edu.tr

Bu araştırma sonuçlarının kısa bir özeti yazarlarca 2-4 Aralık 2011 tarihinde Ankara'da yapılan 4. Ulusal İşçi Sağlığı ve Güvenliği Kongresinde sunulmuştur.

Geliş tarihi: 12 Nisan 2012, Kabul tarihi: 18 Kasım 2012

workers from 1175 subcontractors working in Akdeniz University Hospital. The survey consisting of 2 sections were applied to 128 workers who agreed to participate in the research. In the first section of the survey there are open-ended questions related to research and socio demographic data, in the second section there are five-point Likert type questions. **Results:** 62.5% of the participants stated that they had not had any health risk education before they started to work, 82.8% stated that they were not informed by the employer about the potential risks, 85.2% stated that no vaccination was provided, 57.0% stated that the protective equipment was not sufficient, 73.4% stated that the job they perform has a health risk, 71.1% stated that working for a subcontractor effects their health negatively, 94.6% stated that working as a permanent staff member is secure. **Conclusions:** Subcontracting should be ended in order to remove health risks from working environment, to provide safety at work, and to actualize human rights in health services.

Key Words: Subcontracting, health right, health and safety at work

Giriş

İkinci Dünya Savaşı sonrası yükselen sosyal devlet anlayışından kurtulmak isteyen ve önündeki engelleri temizleyerek sermayenin sıkışıklığını ortadan kaldırmaya yönelik yenedünya düzeni, özellikle 80'li yıllardan sonra tek kutuplu yapısı ile öncelikle çalışma yaşamı ve çalışana yönelik politikalar oluşturmaya başlamıştır. Ekonomik durgunluk nedeniyle işini kaybeden çalışanlara bağlı olarak ortaya çıkan iş gücü açığı, güvencesiz çalıştırma biçimleri ile kapatılmaya başlanmış, ayrıca ortaya konan ekonomik göstergelerle çalışanlar böylesi çalışma koşullarına 'ikna' edilmiştir.

Dış kaynaktan yararlanmak olarak ifade edilen taşeronlaşma ile maliyet tasarrufu sağlanarak, kısıtlı kaynakların hizmetin temel hedeflerine yönlendirilebilmesinin sağlanabileceği, hizmet alımı ile günümüzde hızlı yaşanan teknolojik değişimin yarattığı yatırım maliyetinden kurumların korunması yanında söz konusu teknolojinin takip edilebilmesinin olanaklı olabileceği iddia edilmektedir.¹ Erken 70'li yıllardan itibaren çalışma yaşamında gelişmiş ve gelişmiş ülkelerde çalışma organizasyonunda büyük değişiklikler yaşanmıştır. Bu değişimlerin birisi dış kaynak kullanımıdır. İkinci değişim çalışmanın eve transferidir. Bu değişimler tarihsel olarak iş güvenliği ve iş sağlığı problemleri ile ilgili olmuştur. Geçici çalışma gibi koşullu çalışma düzenlemelerinin

işçilerin sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu dile getirilmektedir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği uygulama programları ve mevzuat çoğu ülkede görece güvenli işçiler için tasarlanmıştır. Bunlarda büyük işyerleri doğrudan tek bir işveren tarafından istihdam edilmiştir. Taşeronlaşma, emeğin kiralanması ve ev tabanlı çalışma gibi modeller bu yasaların içeriğinde ve uygulamalarında ciddi değişikliklere neden olarak maliyet tasarrufu temelinde işçi sağlığı ve iş güvenliğine olumsuz etki yaratmıştır.²

Öte yandan günümüzde, sermayenin küreselleşmesini güçlendirmek ve evrensel anlamda bir tüketim toplumu yaratmak amacına dönük olarak, ideolojik ve kültürel boyutları da etkileyen bir süreç yaşanmaktadır. Bunun ekonomik açıdan anlamı ise üretim süreçlerinin parçalanması, ulusal sınırların dışına taşarak sınırsızlaşması olarak ifade edilebilir. Böylece yüksek teknolojiye sahip merkez ülkeler kendilerine küresel pazarlar yaratarak hem kârlarını artırmakta, hem de çevre ülkelerin ekonomileri üzerindeki etkilerini artırmakta ve merkez-çevre bağımlılığı güçlenmektedir. Bu durum uluslararası rekabeti kızıştırılmaktadır. Rekabete ayak uydurmanın ilk seçeneği emeğin ucuza mal edilerek etkililik ve verimliliğin sağlanması olarak görülmektedir. Bunun sonucu olarak işgücü piyasalarının kapitalist küreselleşmeye hız

kazandırmak üzere iş tanımı, iş güvencesi, çalışma saatleri, ücretler, vb. esnetilerek yeniden düzenlenmesi sürecinde “esnek istihdam” denilen olgu ortaya çıkmaktadır. Alt sözleşme ilişkileri, taşeronlaşma gibi kapsamı, içeriği açısından yenilenmiş esnek üretim örgütlenmeleriyle büyük şirketlerin üretim sürecinin bazı aşamalarını taşerona devretmesi, emek piyasasında ikili bir yapının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.³

Böylece küreselleşmenin yaygınlaştırdığı taşeronluk; bir firmanın çalışanlarının bir başka firmanın (ana firmanın) üretim mekânında onun işinin bir kısmını yapması olarak tanımlanabilmektedir. Bu durumda çalışanlar açısından fiili olarak ana firmanın kadrolu işçileriyle aynı işi yapmasına karşın yasal olarak farklı bir firmaya bağlı konum yaratılmaktadır². Görüldüğü gibi taşeron ilişki, fason ilişkinin özel bir hali olarak üretimin eklentileri olan mal ve hizmetlerin alt firmanın ve/veya ana firmanın içinde başka bir firmaya yaptırılması olarak değerlendirilmektedir.⁴

Taşeronlaştırma üretimin basamaksal ve bölgesel olarak parçalanmasına ve işgücünün düşük maliyetle kullanılmasına olanak sağlamaktadır. Taşeronlaştırma yoluyla büyük firmaların daha önce yürüttükleri işleri, sendikasız ve güvencesiz işçiyle çalışan “küçük çaplı firmalara” devretmeleri gündeme getirilmiştir. Nitekim gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde sendikalı işçi sayısı giderek azalmış ve 1990’lı yılların sonuna gelindiğinde çalışanların %20’den fazlasının sendikalı olduğu ülke neredeyse parmakla gösterilecek kadar azalmıştır.⁵ Kavuncubaşı yaşanan dönüşümü çalışan açısından “Taşeronlaşma sürecinin mağdurları ilk başta taşeron firmaların çalışanlarıdır. Taşeronlaşma, ucuz insan gücü (emek) yaratılması ve sürdürülmesidir. Taşeron firma çalışanları, kamusal bir görev yapmakla birlikte, düşük ücretlerle, iş güvencesinden yoksun, örgütlenme ve sendikal haklardan mahrum biçimde çalıştırılmaktadır. İşsizlik oranının yüksek olduğu bir ülkede asgari ücretle çalışacak insan bulmak son derece kolaydır. Taşeron firmalar, kazançlarını maksimize

etmek için, yasal görünse de etik olmayan yolları kullanabilmektedirler.” şeklinde özetlemektedir.⁶

Konu ile ilgili bilimsel araştırma verileri olmamakla birlikte genel olarak bakıldığında bazı firmaların kendi kapasitelerinin ve öngörülen iş alanlarının dışında da taşeron çalıştırabildikleri gözlemlenmektedir. Bu durum da zaman zaman işin ehli şirket ve kişiler taşeron olarak çalıştırılırken kimi zaman da bu alanda tecrübesiz ve yeterince eğitilmiş olmayan şirket ve kişiler çalıştırılabilmekte ve üretim süreçlerinde kötü sonuçlarla karşılaşılabilir.

Taşeron çalışma da içinde olmak üzere bir bütün olarak esnek üretim sistemlerinin çalışanlar üzerinde yarattığı sonuçlar araştırmalara konu olmuştur. Karasek modeline göre yapılan araştırmalarda çalışanların %27’si (Türkiye’de %50’ye yakın) yaptıkları işin fiziksel ve psikolojik sağlıklarını olumsuz etkilediğini dile getirmişlerdir ve stresli çalışma, haftalık çalışma sürelerinin uzunluğu ve iş memnuniyetsizliğinde artış görülmüştür.⁷ Benzer olarak 2005 yılında Türkiye’yi de kapsayacak şekilde Avrupa Birliği coğrafyasında yapılan bir çalışma, yeni teknoloji kullanımı, işsizlik düzeyinin yüksekliği, işsizlik korkusu, insan kaynakları yönetiminde performans sistemi gibi değişiklikler, artan rekabet ortamı gibi nedenlerle çalışanların iş yoğunluğunun arttığını ortaya çıkarmıştır.⁷ 1999-2001 arasında Finlandiya’da dört büyük imalat sektöründe (tıbbi cihaz, kamyon, traktör, robot üretimi) yapılan araştırmada, iş alanının genişlemesi, sorumluluk artışı, taşeron uygulaması, yeni teknoloji kullanımı, denetçi azlığı, zaman sıkıntısı gibi nedenlerle çalışanların mental zorlanma ve stres yaşadıkları, taşeron uygulamasına geçilen yerlerde yakınmaların daha fazla olduğu, yönetime karşı güvensizlik ve iş doyumsuzluğu geliştiği saptanmıştır.⁷

Quinlan ve Bohle’nin taşeronluğun işçi sağlığı ve iş güvenliği (İSİG) üzerine etkilerini incelemek için konu ile ilgili yapılmış araştırmalar üzerinde bir çalışma yapmışlardır. Çalışma kapsamında ulaştıkları 176 çalışmanın 28’inin ele aldıkları konu ile ilgili olduklarını

belirttikleri bu çalışmada, altı araştırmanın ise sağlık sektörüne yönelik olduğunu ifade etmektedirler. Sonuç olarak taşeron çalışmanın İSİG üzerinde negatif etkileri olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak artmış iş yoğunluğu, İSİG’de verilen tavizler, düşük eğitim, düşük denetim, çok sayıda işverenin olduğu iş yerlerinde çalışanlar arası yetersiz iletişim, yetersiz personel, kolektif sorunları dile getirmede azalmış kapasite, çalışanlar için daha az düzenleyici koruma gibi faktörler tespit edilmiştir.²

Konuyla ilgili araştırmalar, taşeron çalışmanın en temel öğeleri olan geçici çalışma, esnek çalışma saatleri ve güvencesiz çalışmanın öteki sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörü çalışanlarında da sağlığı olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu bağlamda sürekli çalışanlara oranla geçici işçilerde psikolojik sağlığın bozulma riskinin, iş memnuniyetsizliğinin, işyeri ortamının olumsuz koşullarından etkilenme, iş kazaları ve mortalitenin daha yüksek olduğu, geçici işçilerde stres, halsizlik/yorgunluk, sırt ağrısı gibi yakınmaların daha fazla görüldüğü dile getirilmektedir. Esnek çalışma saatleri ve birden fazla işte çalışmanın iş verimliliğinde düşme, uyum güçlüğü, iritabilite, yorgunluk, anksiyete, baş ağrısı, uyku bozukluğu, kardiyovasküler ve sindirim sistemi hastalıkları ile iş kazalarında artışa yola açtığı belirtilmektedir.⁸ Janssen tarafından 2004 yılında yapılan ve aralarında sağlık çalışanlarının da yer aldığı bir araştırmada esnek çalışma saatlerinin çalışanların sağlığını olumsuz etkilediği; işçilerin çalışma saatleri üzerindeki belirleyiciliği azaldıkça olumsuz sağlık etkilerinin arttığı gösterilmiştir. Ferrie (2005) ve Lau (2008)’nin araştırmalarında iş güvencesinden yoksun çalışmanın sağlığa, özellikle algılanan sağlığa zarar verdiği, psikiyatrik morbidite ve bazı kas-iskelet sistemi hastalıklarında artışa yol açtığı gösterilmiştir. Boya ve arkadaşları tarafından 2008’de yapılan araştırmada İzmir’de 11 özel sağlık kuruluşunda çalışan 462 hemşirede algılanan iş güvencesizliği yüksek olanların algılanan anksiyete ve depresyon varlığının da yüksek olduğu saptanmıştır.⁸ Danimarka’da 3727

katılımcıyla yapılan ve 1995-2000 yılları arasında sağlıktaki değişmeyi değerlendiren bir çalışmada iş güvencesizliğinin kadınlarda sağlık için risk oluşturduğu ve bu durumdan en çok 50 yaş altı kadınların etkilendiği belirlenmiştir.⁸ Yapılan araştırmalar, geçici çalışma ve iş güvencesinden yoksun çalışmanın kadınların sağlığını erkeklere oranla daha kötü etkilediğini ortaya koymaktadır.⁸

Standart olmayan istihdam biçimlerinin özellikle hekimler ve yardımcı sağlık personelinin sağlığını nasıl etkilediğine ilişkin çalışmalar yetersiz olmakla birlikte sağlık sektöründeki temizlik çalışanları için birtakım sonuçlar bulunmaktadır. Sağlık kuruluşlarında çalışan temizlik görevlileri, öteki sektörlerdeki temizlik görevlilerinin çoklu ergonomik ve kimyasal kaynaklı iş kazaları için taşıdığı artmış risklere ek olarak sağlık sektörüne özgü mesleki risklere maruz kalmaktadır. Bunlar arasında tıbbi atıkların temizlenmesi sırasında yaşamı tehdit eden etkenlerle karşılaşma, öteki iş alanlarında kullanılanlardan daha güçlü ve farklı bileşenler içeren temizlik sıvılarıyla çalışmaktan kaynaklı hastalık riskleri sayılabilir. Alamgir’in sağlık sektöründe çalışan temizlik işçilerinin mesleki yaralanmalarını bir yıl süreyle izlemeye dayalı çalışmasında yıllık insidans hızının 100 kişide yılda 32.1 iken, diğer sağlık çalışanlarında 13.0 olarak bulunmuştur.⁸ Taşeron firmalardaki sağlık çalışanlarının enfeksiyon hastalıklarına yakalanma risklerinin daha fazla olduğu dile getirilmekte; bunun nedenleri arasında düşük eğitim düzeyi, riskli işlerin yaptırılması, yoğun çalışma temposu, sağlık hizmet işleyişine ilişkin genel bilgilerinin eksikliği, düzensiz işe giriş muayenesi, uyum eğitimi verilmeyişi sayılmaktadır.⁹

Taşeron çalışmayı sadece istihdam modeli olarak ele almak, işçilerin mal ve hizmet üretimi ile birlikte yönetimle ve birbirleriyle olan toplumsal ilişkileri de ürettiklerini göz ardı etmeyi getirir. Bu nedenle taşeronlaşma emek süreci örgütlenmesi olarak ele alınmalıdır.

Devletin her türlü üretimden elini çekmesi ile başlayan süreç, sonunda sağlık gibi yaşamsal hizmet sektörüne de

ulaşmıştır. Doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, yaşlılık sürecinde artan kronik hastalık yükleri, bireylerin bilgiye ulaşımının kolaylaşması ve sağlıkları hakkında daha çok bilgilenmesine bağlı olarak sağlık hizmeti kullanımının artması sağlık hizmetlerine olan talebi önemli ölçüde artırmıştır. Talebe yönelik bu artışla birlikte sağlık hizmeti sunumunda ileri teknoloji kullanımının yoğunlaşması sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Sağlık Bakanlığı yetkililerince yapılan açıklamalarda dış kaynaktan yararlanmanın kurumların finansal risklerini azalttığı, verimliliği, hizmet kalitesini ve sürekliliğini artırdığı, rekabetçi avantaj sağladığı belirtilmektedir⁶. Son resmi rakamlara göre Sağlık Bakanlığı bünyesinde 118 bin sağlık çalışanı yapılan ihaleler sonucunda taşeron şirketler aracılığı ile çalıştırılmaktadır.⁶ Üniversite hastaneleri de eklendiğinde kamu sağlık kurumlarında çalışan taşeron sağlık işçisi sayısının 150 bini bulduğu belirtilmektedir.⁶

Son yıllarda gerek kamuda gerekse özel sektörde sağlık alanında verilen hizmetlerin önemli bir bölümünün taşeron şirketler aracılığı ile sağlandığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın kadrolu personel sayısı 1994 yılında 228.000 iken 2011 yılında 358.000'e yükselmiş olmasına karşın hizmet alımı ile çalıştırılan personel sayısı ise aynı yıllar göz önüne alındığında 7.000'den 120.000'e çıkmıştır.¹⁰ İlgili kaynaklara göre; çalışanların belirttiği temel sorunlardan biri de "iş güvencesi"dir.^{11,12} Taşeronlaştırma sonucu çalışan sağlık çalışanlarının işten atılmalarının, son sekiz yılda, hiç olmadığı kadar arttığı bildirilmektedir.⁶ Sağlığın "fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" olarak tanımlandığı göz önüne alınırsa çalışma hayatındaki bu dönüşümün çalışanın sağlığını olumsuz etkileyeceği düşünülebilir.

Bu çalışmada da taşeronlaşmanın sağlık çalışanın sağlığına ve iş güvenliğine etkisinin çalışanlarca nasıl algılandığının değerlendirilmesi ile durum tespiti yapılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın amacına yönelik tanımlayıcı nitelikte bir çalışma yapılması

planlanmıştır. Yapılan alanyazın taramasında taşeronlaşma sonrası çalışanların İŞİG açısından durumlarının değerlendirilmesi ile ilgili geliştirilmiş bir ölçek bulunamaması nedeniyle bu araştırma için araştırmacılar tarafından yeni bir anket hazırlanmıştır. Bu süreçte taslak olarak hazırlanan anket soruları Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesine gönderilerek soruların anlam ve yapı yönünden değerlendirilmesi istenmiştir. Ayrıca ek soru önerileri de alınmıştır. Bu şekilde uzman görüşü alınarak anketin son şekli verilmiştir. Standart ölçek geliştirme çalışması olmaması nedeniyle farklı uzmanlara gönderilmemiştir.

İki bölümden oluşan anketin birinci bölümünü sosyodemografik özelliklere yönelik sorular ile araştırmanın amacına yönelik açık uçlu sorular oluşturmuştur. Çalışanlara açık uçlu sorular kapsamında hastanede çalışmanın getirdiği sağlık riskleri konusunda aldıkları eğitimlerin onların çalışma yaşamında nasıl değişiklikler yaptığı, işe başlamadan önce yapılan aşılar, yaşanan iş kazasını yönetime ve işyeri sağlık birimine bildiren bildirmeme ve nedenleri, iş kazası sonrası yaşanan sorunlar ve çözüm yolları ve çalışılan bölümün yarattığı sağlık risklerinin neler olduğu sorulmuştur. İkinci bölümde ise işçi sağlığının korunması ve iş güvenliğinin sürdürülmesi ile ilgili çalışanların olumlu ve olumsuz tutumlarını değerlendirdiği düşünülen toplam 22 maddeden oluşan, katılımcıların her bir maddeyi "hiç katılmıyorum", "katılmıyorum", "kararsızım", "katılıyorum", "tamamen katılıyorum" şeklinde derecelendireceği ve 1-5 arası bir puanlamanın yapıldığı beşli Likert tipi anket soruları hazırlanmıştır. Anketteki olumlu ve olumsuz tutumu değerlendirdiği düşünülen maddelerin eşit sayıda olmasına özen gösterilmiştir. "Hastanede çalışmak benim sağlığım ile ilgili herhangi bir risk oluşturmaz" maddesi olumsuz tutumu; "Çalışma sürecinde sağlığımı korumak için gerekli koruyucu malzeme işveren tarafından temin edilmektedir" maddesi ise olumlu tutumu yansıttığı düşünülen maddelere örnek olarak verilebilir. Ayrıca anket kapsamında

çalışanların iş kazası algılarının ve buna göre iş kazası sayılarının belirlenebilmesi amacıyla sorular da oluşturulmuştur.

Tıp fakülteleri bilimin, eğitimin ve araştırmanın merkezi konumunda olmaları nedeniyle hem sağlık alanına hem de topluma karşı sorumluluk taşıyan kurumlardır. Bu araştırmanın amacı ve işlevi göz önünde bulundurularak çalışmanın Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde (AÜH) gerçekleştirilmesinin uygun olacağı düşünülmüş ve AÜH Başhekimliğinden gerekli izin alınmıştır.

AÜH'de yapılan hizmet alımı ihaleleri kapsamında üniversitenin rektörlük, dekanlık gibi hastane dışı

birimlerinde de hizmet veren personel bulunmaktadır. Ancak çalışmanın evrenini sadece AÜH'de taşeron olarak çalışan 1175 işçi oluşturmuştur.

Bir evren oranının, belirlenen bir kesinlikle tahmini için hazırlanmış tablolardan örnek büyüklüğü hesaplanmıştır. Bu tablolarda öngörülen evren oranının %50, güven düzeyini %95 ve kesinlik düzeyindeki sapmayı %8 kabul ettiğimizde örnek büyüklüğü 150 kişi olarak bulunmuştur.¹³ Tablo 1'de taşeron olarak çalışan işçilerin meslek gruplarına göre dağılımı ve her meslek grubundan belirlenen örnek büyüklüğü sayıları belirtilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışmaya katılanların meslek gruplarına göre dağılımı

Meslek Grubu	Sayı	Örneğe Alınanlar		Katılım	Ulaşma Oranı
		n	%		
Sağlık Meslekleri	168	23	13.7	20	86.9
<i>Hemşire</i>	<i>103</i>	<i>14</i>	<i>16.5</i>	<i>14</i>	<i>100.0</i>
<i>Sağlık Teknisyeni</i>	<i>16</i>	<i>2</i>	<i>12.5</i>	<i>2</i>	<i>100.0</i>
<i>Sağlık Teknikeri</i>	<i>29</i>	<i>4</i>	<i>13.8</i>	<i>1</i>	<i>25.0</i>
<i>Biyolog-Kimyager</i>	<i>20</i>	<i>3</i>	<i>15.0</i>	<i>3</i>	<i>100.0</i>
Temizlik	650	83	12.8	63	75.9
Danışma	45	6	13.3	6	100.0
Bilgisayar	246	32	13.0	31	96.8
Teknik	66	9	13.6	8	88.8
Toplam	1175	153		128	83.6

Taşeron işçiler, AÜH bünyesinde çalışma alanına göre bölüm koordinatörlüklerine ayrılmıştır ve çalışmaları bu koordinatörlüklerce denetlenmektedir. Her bölüm koordinatörlüğünden temin edilen çalışan listesinden rastgele yöntemle çalışmaya katılması istenecek çalışanlar belirlenmiştir. Belirlenen söz konusu isimlere ulaşılmış, araştırmacılar tarafından yüz yüze yöntemle çalışmanın amacı anlatılmış, sonuçların

sadece bu çalışma için kullanılacağı, başka kişi ve kuruma verilmeyeceği, çalışma sonuçlarının açıklanmasında isim kullanılmayacağı, zaten anketlerin herhangi bir yerinde isimlerini yazmayacakları belirtilmiştir. Katılımcıların ölçeği yanıtlamayı kabul etmeleri onam olarak kabul edilmiş, ayrıca yazılı onam alınmamıştır. Ayrıca ölçeğin amacını açıklayan yönerge de ölçeğin başlangıç bölümüne eklenmiştir.

Katılımcılardan anket formlarını yanıtladıktan sonra, kendilerine formlarla birlikte verilen zarflara koyarak zarfı yapıştırdıktan sonra teslim etmeleri istenmiş ve yanıtlar bu şartlarda toplanmıştır. Böylece hem katılımcının mahremiyeti hem de araştırmanın güvenilirliği korunmaya çalışılmıştır.

Örnek seçimi kapsamında belirlenen 150 çalışana ulaşılmış ancak 128 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Böylece çalışmaya katılım %85.3 olarak tespit edilmiştir.

Çalışma ile elde edilen veriler SPSS istatistik programının 17.0 versiyonu ile frekans ve yüzdeler üzerinden değerlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırmada çalışmaya katılmayı kabul eden işçilerin sosyodemografik özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Taşeron çalışmanın çalışanın sağlığına etkisinin değerlendirilebilmesi amacıyla kurgulanmış anketin açık uçlu sorular bölümünün yanıtları değerlendirildiğinde 80 çalışanın (%62.5) AÜH’de çalışmaya başlamadan önce hastanede çalışmanın yaratabileceği sağlık riskleri hakkında herhangi bir eğitim almadıklarını belirttikleri tespit edilmiştir. Hastanede çalışmaya başladıktan sonra ise çalıştıkları bölümlere göre o bölümün getirebileceği sağlık riskleri hakkında da 70 işçi (%54.7) herhangi bir bilgilendirme yapılmadığını belirtmiştir. AÜH’de sürdürülen çalışma yaşamı içinde yapılmakta olan işin kendilerine sağlık riski yaratıp yaratmadığı sorusuna ise 94 çalışan (%73.4) olumlu yanıt vermişlerdir. Çalışanların tanımladıkları sağlık riskleri arasında 61 işçi (%47.7) ile en çok algılanan risk bulaşıcı hastalıklar ve enfeksiyondur. Bulaşıcı hastalıklara yönelik risk algısının yüksek olmasına karşın hastanede çalışmaya başlamadan önce çalışacak kişiye aşı uygulamasının olmadığı 109 çalışan (%85.2) tarafından belirtilmiştir. Hastanede çalışmanın sağlık riski yarattığına yönelik yüksek algıya karşın, 38 çalışan (%29.7) çalışanları kapsayan işyeri hekimliği hizmeti olmasına karşın işyeri hekiminin bulunmadığını veya işyeri hekiminin varlığı hakkında herhangi bir bilgisinin olmadığını

ifade etmektedir. AÜH’de sürdürülen çalışma hayatı süresince 44 işçi (%34.4) iş kazası geçirdiğini; kullanılmış iğne ucu batmasının ise en sık karşılaştıkları iş kazası olduğunu (%57.4) belirtmişlerdir.

Çalışanlardan 97 kişi (%75.7) AÜH’deki çalışma hayatı sonrası sağlık durumlarını orta ve daha kötü olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3,5,6).

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Cinsiyet	n	%
Kadın	92	71.9
Erkek	36	28.1
Meslek Grubu		
Temizlik- Ev İdaresi	63	49.2
Bilgisayar İşlemleri	31	24.2
Sağlık Meslekleri	20	15.6
<i>Hemşire</i>	14	10.9
<i>Biyolog-Kimyager</i>	3	2.3
<i>Sağlık Teknikeri</i>	2	1.6
<i>Sağlık Teknisyeni</i>	1	0.8
Teknik Personel	8	6.3
Danışma Hizmetleri	6	4.7
Çalışma Süresi		
1 Yıldan Az	15	11.7
1 (Dahil) - 5 Yıl	45	35.2
6 - 10 Yıl	43	33.6
11 Yıl ve Üzeri	25	19.5
Öğrenim Durumu		
İlkokul	34	26.6
Ortaokul	16	12.5
Lise	25	19.5
Yüksekokul/Üniversite	52	40.6
Yanıtlamayan	1	0.8

Tablo 3. Karşılaşılan İş Kazası Dağılımı

İş kazası çeşidi*	n	%
Kullanılmış enjektör ucu batması	31	57.4
Travma	16	29.6
Kimyasallarla ilgili	6	11.1
Yanık	1	0.2

*Bir kişide birden fazla kez kaza olmuş olabilir

Tablo 4. İş Kazalarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	İş Kazası Geçiren	İş kazası Geçirmeyen	Yanıt Vermeyen
Danışma Hizmetleri	0 (%0.0)	6	0
Teknik Hizmetler	1 (%2.2)	7	0
Bilgisayar İşlemleri	0 (%0.0)	30	1
Temizlik-Ev İdaresi	35 (%79.5)	28	0
Sağlık Meslekleri	8 (%18.1)	12	0

Çalışma kapsamında araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan ve katılımcıların İSİG konularındaki düşünce ve algılarını sorgulayan Likert tipi anket sorularına verilen yanıtların frekanslarının dağılımı ise Tablo 7'da gösterilmiştir. Çalışanların %70.3'ü hastanede çalışmanın kendi sağlıkları açısından risk oluşturmadığına ve %82.8'i söz konusu riskler hakkında işveren tarafından bilgilendirildiklerine olumsuz yanıt vermişlerdir.

Çalışanların %64.9'u bu riskleri kendi çabaları ile öğrendiklerini belirtirken, %85.2'si risklerle ilgili eğitimlerin belli aralıklarla sürdürülmesi, %83.6'sı işyeri

hekimince işyeri sağlığına yönelik eğitim verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Tablo 5. Katılımcıların Tanımladıkları Sağlık Riski

Tanımlanan risk	n	%
Bulaşıcı hastalıklar ve enfeksiyon	61	47.6
İskelet sistemi sorunları	12	0.9
Psikolojik sorunlar	10	0.8
Kronik yorgunluk	8	0.6
Radyasyon	8	0.6
Kimyasal madde riski	7	0.5
Varis	4	0.3
Güvenlik	2	0.2
Diğer (grip, böcek sokması, egzoz dumanı)	4	0.3

Çalışanların %74.3'ü işyerleri için işyeri hekiminin gereksizliğine, %81.3'ü ise işyeri hekimince periyodik muayenelerinin yapıldığına olumsuz cevap vermişlerdir.

Çalışanların %61.7'si hastanede çalışmanın sağlık risklerini bildiklerini, %72.6'sı da koruyucu malzemenin sağlıklarını korumak için gerekli olduğuna inandıklarını ifade etmelerine karşın %74.7'si sağlığı koruyucu malzeme kullanmaktan hoşlanmadığını ve bununla birlikte %57'si temin edilen koruyucu malzemenin yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılanların %71.1'i taşeron çalışmanın sağlıkları için olumsuz etkisi olmadığını olumsuz yanıt verirken %96.1 oranında devlet kadrosuna geçmenin kendilerine güven vereceğini ifade etmişlerdir (Tablo 7).

Tablo 6. Katılımcıların yanıtlarının frekans dağılımı

	Sayı	%
İş öncesi sağlık risk eğitimi alma		
Evet	48	37.5
Hayır	80	62.5
Bölümün yarattığı risk ile ilgili bilgilendirilme		
Evet	55	43.0
Hayır	70	54.7
Yanıtlamayan	3	2.3
İşe başlamadan önce aşı yapımı		
Evet	19	14.8
Hayır	109	85.2
İşyeri hekimi		
Var	90	70.3
Yok	22	17.2
Bilmiyorum	16	12.5
Yapılan işin sağlık riski yaratması		
Evet	94	73.4
Hayır	13	10.2
Yanıtlamayan	21	16.4
İş kazası geçirme		
Evet	44	34.4
<i>Bildirilen</i>	35	27.3
<i>Bildirilmeyen</i>	9	7.1
Hayır	83	64.8
Yanıtlamayan	1	0.8
Algılanan sağlık durumu		
Çok iyi	3	2.3
İyi	28	21.9
Orta	67	52.3
Kötü	19	14.8
Çok kötü	11	8.6
Toplam	128	100

Tartışma

AÜH'de hizmet alımı yöntemi ile taşeronlaşma 1993 yılında temizlik işleri ile başlamış; daha sonra bilgisayar hizmetleri, teknik servis, danışma hizmetleri ve sağlık meslekleri grubu ile genişlemiştir.

Kurumdaki taşeronlaşmanın seyri, genel olarak diğer tüm kurumlarda yaşananlara paralellik göstermektedir.

Bu çalışma özelinde en temel sorunlardan olarak çalışanların %80 den fazlasının herhangi bir İSİG hizmeti almadığının tespit edilmesidir. Genel olarak Avrupa ölçeğinde İSİG hizmetlerinin gerekliliği konusunda genel bir uzlaşma sağlanmış olmasına ve yasal prosedürlerin oluşturulmasına karşın hastane sektörüne özgü düzenlemeler bulunmamaktadır. Avrupa ülkelerinin üçte ikisinde sağlık kurumlarında İSİG hizmetleri zorunlu olmasına karşın çok azı uygulamaya geçirilmekte ve uygulamada büyük farklılıklar göze çarpmaktadır. Örneğin Fransa'da hastaneler için özel hiçbir düzenleme yoktur ve kamu hastanelerinde acil dışında yalnızca koruyucu hizmetler verilmektedir. Almanya'da 20 işçinin üzerindeki işletmelerde iş güvenliği ile ilgili bir personel görevlendirme zorunluluğu olmakla birlikte mesleki bir riske maruziyet söz konusu değilse tıbbi izlem gerekmemektedir. İngiltere'de 1974 tarihli İSİG Yasasına göre işveren hastaneler de içinde olmak üzere çalışanların sağlık ve güvenliğini korumak için olanaklar ölçüsünde gerekenleri yapmak zorundadır, ancak işyerinde hekim ya da sağlıkçı bulundurma zorunluluğu yoktur. Bu örnekler içinde görece olumlu bir istisna oluşturan İsveç'te ise sağlık personeli için iş sağlığı eğitimi verilmektedir ve kamu hastanelerinin tamamında çalışanlar işçi sağlığı birimine erişebilmektedir.¹⁴ Bu örnekler bizim çalışmamızda elde edilen bulguları destekler niteliktedir.

Taşeronlaşmanın sağlık üzerine etkilerine ilişkin diğer önemli bir konu başlığı ise iş kazalarıdır. Araştırmamızda 44 çalışan (%34.4) iş kazası geçirdiğini belirtmektedir. Ayrıca iş kazası geçirenlerin %79.5'ini Temizlik - Ev İdaresi bölümü gibi öğrenim durumu daha düşük çalışanlar oluşturmaktadır (Tablo 4). Ancak bu bulgu, 2009 yılında 1000 sigortalı işçi başına 62 olarak açıklanan Türkiye İstatistik Kurumu verileriyle örtüşmemektedir.¹⁵ Söz konusu çelişki, taşeronlaşmanın iş kazalarını artırdığı ancak iş kazalarının gerçek sayıları ile bildirilmediği ve özellikle sağlık

kurumlarındaki taşeron çalışmada iş kazası geçiren çalışanın rutin sağlık hizmeti alımı içinde değerlendirildiği biçiminde açıklanabilir. Nitekim çalışmamızda en sık görülen iş kazası olarak “kullanılmış enjektör ucu batması” ile karşılaşan çalışanın poliklinik hizmeti içinde kontrollerinin ve tedavisinin yapıldığı, herhangi bir bulaşıcı hastalığın gelişmediği belirtilmektedir. İşverenler çalışanların sağlığı ve güvenliği için toplu korumayı sağlayacak teknik ve organizasyonel önlemleri almakla yükümlüdürler. Eğer alınan kontrol önlemleri ile tehlikeleri ortadan kaldırılamıyorsa kişisel koruyucu donanımlar temin edilerek kullanılması sağlanmalıdır. Yasal olarak da tüm bu sorumluluk işverene yüklenmiştir.¹⁶ Çalışmamızda da çalışanların %72.6’sı koruyucu donanımın sağlıklarını korumak için gerekli olduğunu, %77.4’ü de koruyucu donanımla çalışma ile ilgili sorunları olmadığını belirtmelerine karşın %57 çalışan koruyucu donanımın yeterli olarak sağlanmadığını ifade etmektedir.

Araştırmamızda çalışanların %82.8’i işveren tarafından çalışma riskleri ile ilgili bilgilendirilmediğini, %81.3’ünün de işyeri hekimi tarafından periyodik muayenelerinin yapılmadığını belirtmektedirler. Yine çalışanların büyük çoğunluğu hem iş riskleri, hem de yasal hakları hakkında bilgilendirme eğitimlerinin yapılması gerektiğini ifade etmekte, %71.1’i ise taşeron çalışmanın sağlıkları açısından risk oluşturduğuna vurgu yapmaktadırlar. Bu bulgular 3. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi Sonuç Bildirgesinde dile getirilen her çalışanın işyeri hekimi ile buluşmasının sağlanması gerektiği ve çalışanların çalışma koşullarından kaynaklanan her türlü riski bilme hakkına sahip olduğu görüşüne aykırılık oluşturmaktadır.¹⁷

İşverenin İSİG kapsamındaki yasal sorumluluğu içinde işyeri hekimi bulundurma da yer almaktadır. AÜH’de söz konusu sorumluluk yerine getirilmekle birlikte işlerlik kazanmadığı görülmekte; çalışanlarca gereksinim olarak belirtilmesine karşın işçilerin periyodik muayeneleri, eğitimleri, aşılmalari gibi

çalışmaların yeterli yapılmadığı araştırmamızda da tespit edilmektedir.

Taşeronlaşmanın yarattığı tüm olumsuzluklar kaçınılmaz olarak çalışanların kendi sağlık algılarını da etkilemektedir. Çalışmaya katılanların %74.7’sinin “[b]u işyerinde çalışmaya başladıktan sonra sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna orta, kötü ve çok kötü yanıtlarını vermesi AÜH’deki taşeronlaşmanın sağlık algısı üzerindeki etkilerinin alanyazın bulgularıyla paralellliğini göz önüne sermektedir.

Demiral iş güvencesi kaybının çalışma yaşamında çalışanın psikososyal etkilenmesini artırdığını belirtmektedir.¹⁸ Ayrıca Dağdelen’in çalışmasında da benzer sonuç alınmıştır. Bizim çalışmamızda da 10 çalışanın psikolojik sorunları ve 8 çalışanın da kronik yorgunluğu “çalışmanın yarattığı sağlık riski” olarak değerlendirmesi literatür çalışmalarıyla uyumlu olduğunu göstermektedir.¹⁹

AÜH’de temizlik işlerinde çalışan taşeron işçiler, altışar aylık periyotlarla performans değerlendirmelerine tabii tutulmakta; değerlendirme sonucuna göre bazı çalışanlar hastabakıcılık görevlerini de yürütmeye başlamaktadırlar. Ancak 13 Ocak 1983 tarih 17927 sayılı Mükerrer Resmi Gazetede yayınlanmış olan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin 135. maddesinde hastane hizmetlileri, hastanenin temizliği, hastaların laboratuvar vesair yerlere götürülüp getirilmesiyle ilgili her türlü hizmetleri yapan yardımcı hizmetler sınıfı personel olarak tanımlanmıştır ve görevlerinin tanımlanması ile ilgili paragrafta ise bu çalışanların bizzat hasta bakımı ve hemşirelik hizmetleriyle ilgili olmamaları belirtilmiştir. Bu yasal düzenlemeye karşın taşeron çalışanların kurum içi performans değerlendirmesi ile hasta bakıcılık görevini üstlenmeleri hem niteliksel hem de yasal açıdan sorun yaratabilecektir.²⁰ Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde %40.6’sının üniversite/yüksek okul mezunu olduğu görülmektedir ki; bu bulgu yapılan

Tablo 7. Katılımcıların İSİG konularındaki düşünce ve algılarını sorgulayan Likert Anketinin yanıtlarının dağılımı (%)

Soru Kökü	1*	2*	3*	4*	5*
Hastanede çalışmak benim sağlığım ile ilgili her hangi bir risk oluşturmaz	41.4	28.9	13.3	10.2	6.3
Hastanede çalışmanın getirdiği sağlık riskleri konusunda işveren (taşeron) tarafından bilgilendirildim	54.7	28.1	3.1	7.0	7.0
Hastanede çalışmanın risklerini kendi çabamla öğrendim	9.4	19.5	6.3	38.3	26.6
Hastanede çalışmanın getirdiği riskler ile ilgili eğitimler belli aralıklarla tekrarlanmalıdır	4.7	9.4	0.8	43	42.2
Çalışanlar yasal hakları konusunda bilgilendirilmelidir	0.8	3.1	1.6	29.7	64.8
İşyerimizde işyeri hekimine gerek yoktur	43.8	30.5	9.4	5.5	10.9
İşyeri hekimi tarafından periyodik muayenelerimiz yapılıyor	54.7	26.6	7.0	8.6	3.1
İşyeri hekimi tarafından işyeri sağlığına yönelik eğitimler verilmelidir	3.1	6.3	7.0	36.7	46.9
Koruyucu malzemelerin sağlığımı korumak için gerekli olduğuna inanıyorum	9.4	11.7	6.3	35.9	36.7
Temin edilen koruyucu malzeme yeterlidir	25.0	32.0	18.0	18.8	6.3
Taşeron çalışmanın sağlığım için olumsuz etkisi yoktur	43.0	28.1	14.8	10.2	3.9
Devlet kadrosuna geçmek bana güven verir	0.0	5.5	0.0	18.8	75.8
Hastanede çalışmak kendi sağlığım açısından beni tedirgin eder	6.3	27.3	13.3	35.2	18.0
Hastanede çalışmak çalıştığım kurumdan sağlık hizmeti almamı kolaylaştırmamaktadır	8.6	30.5	8.6	35.9	16.4
Sağlığı koruyucu malzeme kullanmaktan hoşlanmam	34.4	43.0	4.7	10.2	7.8
Herhangi bir sorunda doktora gitmek için izin almakta zorlanıyorum	12.5	32.0	14.8	22.7	18.0
Çalışma sürecinde sağlığımı korumak için gerekli koruyucu malzeme işveren tarafından temin edilmektedir	23.4	22.7	14.8	26.6	12.5
Sağlık riskleri konusunda eğitim verilmesi gerektiğini düşünüyorum	0.0	3.9	0.0	39.8	56.3
Çalışma ortamında yaşadığımız sağlık sorunlarında sağlık hizmetine kolaylıkla ulaşıyoruz	15.6	21.9	15.6	34.4	12.5
Hastanede çalışmak bana güven verir	10.9	9.4	34.4	33.6	11.7
Hastanede çalışmanın sağlık (hastalık) risklerini biliyorum	8.6	14.8	14.8	36.7	25.0
Sağlığı koruyucu malzeme kullandığımda daha yavaş iş yapıyorum	22.7	33.6	21.9	14.1	7.8

*1 Hiç katılmıyorum, *2 Katılmıyorum, *3 Kararsızım, *4 Katılıyorum, *5 Tamamen katılıyorum

işin niteliği gereği eğitim düzeyi yüksek elemana gereksinim duyulmasından çok işsizliğin yaygınlaşması ve giderek yüksek eğitilmiş kesimi de etkilemeye başlamasının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Sosyodemografik özellikler bağlamındaki bulgulardan bir diğeri de

çalışmaya katılanların %72'sinin kadın olmasıdır ve en fazla kadın işçinin hizmet ve doküman sanayi sektöründe olduğunu dile getiren SSK 2006 yılı kayıtlarıyla uyumludur.²¹ Yaşanan ekonomik krizler nedeniyle ailelerin yoksullaşması, sosyal korumanın azalması, sendikasızlaşma ile

birlikte gerçek ücretlerin gerilemesi ve güvencelerin yitirilmesi, kısaca yaşamak ve geçinmek için gerekli gelirden yoksunluk kadınları enformel ekonomide çalışmaya zorlayan etkenlerdir. Ayrıca geleneksel olarak kadınların formel ekonomideki en büyük işvereni olan devletin özelleştirmeler nedeniyle küçülmesi de kadınları enformel ekonomiye yönelten bir başka etkidir.²² İstihdam politikalarının cinsiyete dayalı ayrımcılığı içermesi de kadınların bazı sektörlerde yoğunlaşmasına yol açan etkenlerden biri olarak bilinmektedir.²³

AÜH'de taşeronlaşmanın çalışanların sağlıklarını ve iş güvenliğini nasıl etkilediği hakkında durum tespiti amacıyla yapılan bu çalışmanın temel sınırlılığını taşeron çalışmanın neden olduğu iş güvencesinin olmamasının yarattığı çekinceler oluşturmuştur. Örnek grup içinde olup yanıt vermekten çekinen çalışanlarda bu faktörün etkili olduğu onlarla yapılan görüşmelerde ortaya çıkmıştır.

Diğer bir sınırlılık ise çalışmanın modeline ilişkindir. Likert tipi anket soruları ile yapılan çalışmalarda; kişinin verili seçeneklerden kendisine en yakın seçeneği belirlemek zorunda kalması gerçek görüşünün tam olarak yansıtılmasını zorlaştıracağından çalışmayı sınırlamaktadır. Sorun soru köklerinde açık uçlu soruların farklı söylemlerle sorulması ve çözümlenmesi ile aşılmaya çalışılmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Taşeronlaşma ve taşeron çalışma ile ilgili değerlendirmelerde postmodern anlayışın ürünü olarak çalışma yaşamındaki hak mücadelesini parçalamaya yönelik anlayıştan kaçınmak ve konuyu düşük ücret, ağır çalışma koşulları, güvencesizlik, İSİG gibi tüm bileşenleriyle bir bütün olarak ele almak gereklidir.

Sağlık hizmetlerinde yoğunlaşan taşeronlaşma da, yine bütüncül yaklaşılması gereken sağlık hizmetlerini hem taşeron çalışanın sağlığı hem de verdiği hizmet bağlamlarında olumsuz etkilemektedir. Söz konusu olumsuzlukların ortadan kaldırılabilmesi için çalışanlar iş ortamının yarattığı sağlık riskleri konusunda bilgilendirilme, eğitim alma taleplerini açıkça dile getirmişlerdir. Bunun sağlanması için

düzenli eğitimlerin planlanması, işyeri hekimliğinin aktif, koruyucu hekimliği önceleyen, nitelikli, ulaşılabilir hale getirilmesi önemlidir. İşyeri hekiminin de işveren, yasalar aracılığı ile devlet gibi herhangi bir yapının baskısı altında kalmadan mesleğini sürdürmesi, bilimsel bilgiye dayanan özgür kararlar alma hakkının korunması gereklidir.

İş ortamındaki kaçınılmaz zararların önüne geçilebilmesi için de kişisel koruyucu donanımın yeterliliğinin sağlanması üzerinde durulması gereken başka bir noktadır. Her türlü koruma önlemine karşın yine de gerçekleşen iş kazaları ile ilgili uygulanacak protokolün belirlenmesi, iş kazalarının düzenli olarak kayıt altına alınmasının ve iş kazası geçiren çalışanın sağlık kontrollerinin yapılmasının sağlanması gereklidir.

Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak bir insan hakkıdır. Oysa günümüzde taşeron çalışanlar kamusal alanda kamusal bir görev yapmalarına karşın düşük ücretle, iş güvencesinden, örgütlenme ve sendikal haklardan yoksun olarak çalışmaktadırlar. Bu emek gücünü kiralayan olarak taşeronlaşmanın, emek gücünü kullanan bireyin sömürsünü sağlık alanında da sağlıksızlık koşullarını oluşturarak sürdürmesine neden olmaktadır. Zorunlu olarak kabul ettirilen taşeronlaşmanın ortadan kaldırılarak insan haklarının egemen olduğu çalışma ortamına sahip toplum için mücadele etmek gerekliliği açıktır.

Teşekkür

Çalışmanın anketinin oluşturulmasında önerileri ve düzeltmeleri ile uzman görüşünden yararlandığımız Doç.Dr. İlker Belek'e, çalışmanın istatistiklerinin yapılmasındaki katkıları nedeniyle Öğr.Gör. Mustafa Çoban'a, anketi çalışanlara ulaştırmamızda bize verdiği destek için Dev. Sağlık İş Sendikası Antalya Şube Başkanı Bekir Çivi'ye, çalışanların listelerine ve kendilerine ulaşmamızdaki yardımları için AÜH bölüm koordinatörlerine ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm çalışanlara teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Kavuncubaşı Ş. Kamudan özele hastanelerde dışarıdan hizmet alımı. Hospital News 2010;(73):7-19.
2. Quinlan M, Bohle P. Globalization, neoliberalism and health. Under pressure, out of control or home alone? Reviewing research and policy debates on the occupational health and safety effects of outsourcing and home-based work International Journal of Health Services. 2008;38(3):489-524.
3. İltan MÖ. Esnek istihdam koşullarında eğitim-istihdam ilişkisinin çözümlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Ocak 2008. Available at: <http://acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/4521/5019.pdf?show> Accessed March 2, 2012.
4. Güler Müftüoğlu B. Firmalar arası değişim ilişkisi: fasonlaşma ve taşeronlaşma. Toplum ve Hekim, 2008;23(4):243-53.
5. Uyanık Y. Neoliberal küreselleşme sürecinde işgücü piyasaları. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2008; 10 (2):209-24.
6. Uğur AA. Dışarıdan hizmet alımının sağlık hizmetlerine etkisi. Available at: <http://www.devsaglikis.org.tr/index.php?bolum=yazioku&no=1456> Accessed March 2, 2012.
7. Belek İ. Esnek üretim derin sömürü. Yazılama Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, 2011;167-70.
8. Tüzün H. Daha esnek istihdam daha az sağlık: Taşeronlaşmanın çalışanların sağlığına, sağlık çalışanlarına ve sağlık hizmetlerine etkileri. Toplum ve Hekim, 2008; 23(5):322-31.
9. Ergönül Ö. Taşeron firmalarda çalışan sağlık çalışanlarının enfeksiyon riskleri ve korunma yolları, Toplum ve Hekim, 2008;23(5):338-51.
10. Özkal Sayan İ, Küçük A. Türkiye’de kamu personeli istihdamında dönüşüm: sağlık bakanlığı örneği. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 2012;67(1), s.171-203.
11. Zengingönül O. İş güvencesine istihdam açısından bir yaklaşım. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2004;6(1):328-45.
12. Yılmaz F. Küreselleşme sürecinde gelişmekte olan ülkelerde ve Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2009;6(1):45-72.
13. WHO. Sağlık araştırmalarında örnek büyüklüğünün belirlenmesi. 1993. Lwanga SK. Lemeshows. Çev: Hayran O. İstanbul. Marmara Üniversitesi Yayın No: 522.
14. Burgmeier A, Türk M, Gonzalez M, Gehanno JF. Sağlık kurumlarında işçi sağlığı hizmetleri: bazı Avrupa ülkelerinden örnekler. Çalışan sağlığı birimlerinin organizasyonu, işlevleri ve finansmanı çalıştay sözel sunumu. 13-15 Eylül 2012, Antalya.
15. İş kazaları sıklık ve ağırlık hızları Available at: http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=3&ust_id=1 Accessed March 16, 2012.
16. Taşyürek M. Kişisel koruyucu donanımlar. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Ocak-Mart 2007;(29):18-26.
17. Available at: <http://www.ttb.org.tr/MSG/dergi/ocak01/7.htm> Accessed March 13, 2012.
18. Demiral Y. Çalışma yaşamında psikososyal etmenler. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2004;(20):22-6.
19. Dağdelen M. Üretim ve hizmet sektöründe çalışan işçilerde ruhsal sağlık düzeyi. Ruhsal belirti dağılımı. Algılanan sağlık. İş doyumu. Yaşam doyumu ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Available at: <http://www.belgeler.com/blg/117d/uret-im-ve-hizmet-sektorunde-calisanicilerde-ruhsal-saglik-duzeyi-ruhsal-belirti-dagilimi-algilanan-saglik-is-doyumu-yasam-doyumu-ve-sosyodemografik-ozelliklerinin-karsilastirilmesi-the-comparison-of-mental-health-level-distribution-of-mental-signs-perceived-health-occupational-satisfaction> Accessed March 13, 2012.
20. Available at: http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17927_1.pdf&main=http://www.re

- smigazete.gov.tr/arsiv/17927_1.pdf
Accessed March 13, 2012.
21. SSK 2006 İstatistik Yıllığı. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı SSK Genel Müdürlüğü. 2006, Ankara.
22. Erdut T. İşgücü piyasasında enformelleşme ve kadın işgücü. Çalışma ve Toplum 2005;(3):11-49.
23. Çağlayan Ç. Etiler N. Türkiye’de kadın işçilerin mesleki sağlığı. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2009;(33):24-32.