**TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKASINDA ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN YERİ VE ÖNEMİ**

**ROLE AND IMPORTANCE OF EMPLOYEE SAFETY IN HEALTH CARE POLICIES IN TURKEY**

***İhsan EKEN[[1]](#footnote-1)\****

***Mehmet Burhanettin COŞKUN[[2]](#footnote-2)\*\****

**Öz**

 Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 56. Maddesine göre herkes sağlıklı yaşam hakkına sahiptir. Devlet bunu sağlamak amacıyla özel ve kamu sağlık kurumlarından yararlanarak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler ve denetimlerini sağlar. Kuşkusuz, sağlık hizmetlerinin odak noktasında ise sağlık hizmet sunucuları olarak sağlık çalışanları bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının güvenli bir ortamda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması sağlık politikasının temel hedeflerinden biri olarak ifade edilmektedir. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının hizmet sunum süreci içerisinde, işin niteliğinden ya da çalışma ortamından kaynaklanan riskler ile sözlü veya fiziki şiddet olaylarını içeren çeşitli güvenlik sorunlarıyla karşı karşıya kaldığı gözlenmektedir. Bu sorunların son dönemlerde özellikle daha fazla boyutlarda oluştuğu, ölüm ile neticelenen şiddet ve saldırı olaylarının yaşandığı görülmektedir.

 Belirtilen hususlar çerçevesinde araştırmanın konusu Türkiye’de uygulanan sağlık politikasında, çalışan güvenliğine verilen yer ve önemin tespitini yapmaktır. Çalışma ile sağlık çalışanlarının hizmet sunumu esnasında karşılaşabileceği güvenlik sorunları ve bunları önlemeye yönelik alınmış olan tedbirler ele alınarak bu hususta oluşturulan mevzuat çalışmaları ve uygulamaların yeterliliğinin irdelenmesi amaçlanmaktadır.Özellikle son dönemde kamuoyunda “Sağlıkta Şiddet Yasası” olarak ifade edilen düzenlemeler ile sağlık çalışanlarının güvenliğine ilişkin yasal düzenlemelerin güncellenmesi ve cezai yaptırımların arttırılması konusunda çalışmaların olduğu bilinmektedir. Yapılan bu düzenlemelerin gerekliliğini kabul etmekle birlikte sorunun çok boyutlu olarak ele alınması gerekmektedir. Toplumsal bilinç ve beklentilerin yönlendirilmesi, çalışma alanlarının fiziksel şartları ile diğer çalışma şartlarının düzenlenmesi, vatandaş ve çalışanlar arasında doğru iletişim kanallarının oluşturulması, etkin ve bilinçli güvenlik hizmetinin sağlanması gibi birçok faktörün birlikte değerlendirilmesiyle sonuca ulaşılabileceği düşünülmektedir. Bildiride betimsel araştırma yöntemleri kullanılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Türkiye Sağlık Politikası, Sağlıkta Şiddet, Çalışan Güvenliği, Kamu Yönetimi, Çalışan Hakları.

**Abstract**

According to the 56th article of the Turkish Republic Constitution, everyone has the right to a healthy life. In order to achieve this, the State utilizes private and public health institutions to regulate the health organizations by planning and service from a single source and to provide their controls. Undoubtedly, health care providers are the focus of health services. Ensuring health workers to work in a safe environment with high motivation is expressed as one of the main objectives of healthpolicy. However, it is observed that health workers face various security problems including the risks arising from the nature of the work or the working environment and verbal or physical violence during the service delivery process. It is seen that these problems have occurred in recent times especially in much more dimensions, and there have been violence and attack incidents that resulted in death.

The subject of research in the framework of theaforementione dissues in the health policies implemented in Turkey, is the place given to employee safety and make the determination of significance. The aim of the study is to examine the safety issues and the measures taken to prevent the health care workers in the provision of services and to examine the adequacy of the legislation studies and practices. Inparticular, it is known that there are some recent studies on the updating of legal regulations related to the security of health workers and increasing the penalties with the regulations that is known as the Law on Violence in Health Although accepting the necessity of these arrangements, the problem should be dealt with in multidimensional manner. It can be concluded by evaluating many factors such as directing social consciousness and expectations, physical conditions of working areas and other working conditions, establishing correct communication channels between citizens and employees, providing effective and conscious security services. Descriptive research methods were used in thereport.

**Key Words:** Turkey Health Policy, Violence in Health, Employee Safety.

**1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI**

Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal bakımdan tam bir iyilik/sağlamlık hali olarak ifade edilmektedir (WHO, 1948). Sağlık hizmetleri ise, kamu kurumları ya da özel kuruluşlar tarafından sunulan koruyucu, geliştirici, rehabilite edici veya teşhis, tedavi ve hasta bakımına ilişkin tüm süreçler olarak tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından hükümetlerin, toplumlarının sağlığı açısından sorumlu oldukları; bu sorumluluğu ancak yeterli sağlık ve sosyal önlemlerin alınması yoluyla yerine getirebilecekleri belirtilmiştir (WHO, 1948). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 56. Maddesine göre herkes sağlıklı yaşam hakkına sahiptir. Devlet bunu sağlamak amacıyla özel ve kamu sağlık kurumlarından yararlanarak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler ve denetimlerini sağlar.

Kuşkusuz, sağlık hizmetlerinin odak noktasında sağlık çalışanları bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının güvenli bir ortamda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması sağlık politikasının temel hedeflerinden biri olarak ifade edilmektedir. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının hizmet sunum süreci içerisinde, işin niteliğinden ya da çalışma ortamından kaynaklanan riskler ile farklı nitelikte şiddet olaylarını içeren çeşitli güvenlik sorunlarıyla karşı karşıya kaldığı gözlenmektedir.

Farklı dallarda, emek yoğunluklu olarak sunulan sağlık hizmetleri, çalışma ortamı açısından çok riskli/tehlikeli kategoride kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin güvenli bir ortamda, etkili, verimli ve kaliteli olarak sunulması, çalışanların güven içinde hissetmelerini, hizmet kapasitesi ve performanslarında artışı sağlayacaktır (Gürer, 2018: 13). Sağlık çalışanlarının içinde bulunduğu çalışma ortamındaki riskler sunulan hizmetin niteliğini etkilemekte, bu durum hizmetten faydalanan yurttaşları da doğrudan ilgilendirmektedir (Saygun, 2012: 373). Bununla birlikte başta şiddet olmak üzere çalışma ortamından kaynaklı risk ve tehlikelere karşı yaşanan maruziyetler ve bunlara karşı önlem alma zorunluluğu, sağlık kurum ve kuruluşları açısından bir takım mali etkilere yol açmaktadır (TBMM, 2013: 140).

**2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KAVRAMI VE**

 **KAPSAMI**

Güvenlik,*“Toplum yaşamında yasal düzenin aksamadan yürütülmesi, kişilerin korkusuzca yaşayabilmesi durumu”* olarak tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr, 2019). Kuşkusuz bu çerçevede çalışan güvenliği kavramı da, yasal düzen içerisinde çalışanların korkusuz ve risksiz ya da risklerin en aza indirildiği bir ortamda görevlerini yapabilmesi olarak tanımlanabilir. Literatürde, zaman zaman, çalışan sağlığı ve çalışan güvenliği kavramları farklı iki alan olarak ifade edilmekteyse de; çalışan güvenliği kavramının, çalışan sağlığı kavramını kapsayıcı bir kavram olduğu düşünülmektedir. Gerek ülkemizdeki yasal mevzuatta gerekse uluslararası mevzuatta konunun bu şekilde ele alındığı görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından yapılan genel tanımlamalar doğrultusunda çalışan güvenliği; fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak çalışanların iyilik hallerini en üst düzeye taşımak, bunun sürdürülebilirliğini sağlamak, çalışanları, çalışma koşullarından kaynaklanabilecek risk ve tehlikelerden korumak, çalışan ve işin birbirine uygun ve uyumlu olmasını sağlamak olarak özetlenebilir. Amerikan Ulusal Mesleki/İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü (NIOSH- National Institute for Occupational Safety and Health) sağlık çalışanları açısından güvenli ve sağlıklı bir ortamı, *“işin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik tehlike ve risklerin, bunlara bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu”* şeklinde tanımlamaktadır (NIOSH and HDSDTT, 1988). NIOSH tarafından yapılan bu tanımlamadan da faydalanılarak sağlık çalışanlarının güvenliğini tehdit eden, çalışma ortamlarında oluşabilecek tehlike ve riskler fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psiko-sosyal olmak üzere beş ayrı kategoride ele alınabilir (NIOSH and HDSDTT, 1988; Saygun, 2012: 374; Gürer, 2018: 10).

**2.1. Çalışan Güvenliğini Tehdit Eden Fiziksel Tehlike ve Riskler ile**

**Alınabilecek Önlemler**

Fiziksel tehlike ve riskler, ultraviyole ışınları, laser, ultrason cihazları, bilgisayar ekranları gibi radyasyon kaynaklarına maruz kalma,ı slak zeminlerde kayma ve düşme, gürültüye maruz kalma, yeterli ve uygun araçlarla havalandırılmayan, iklimlendirmesi yapılmayan, aydınlatılmayan ortamlara maruz kalma gibi etkenler doğrultusunda oluşan iş kazaları ve meslek hastalıkları şeklinde sıralanabilir (Gürer, 2018: 11; Devebakan ve Paşalı, 2015: 126; Saygun, 2012: 375; Meydanlıoğlu, 2013: 193; Parlar, 2008: 549-550).

Belirtilen bu risk ve tehlikelere karşı çalışma alanlarında zeminin sıvı temasına karşı kaymayı önleyici malzemeden yapılması, ıslak bırakılmaması, radyasyon alanları için gerekli kurşunlama ve koruyucu ekipmanların kullanılması, çalışanların radyasyon maruziyeti açısından takibinin yapılması, ameliyathane, yoğun bakımlar ve diğer tüm ortamların özelliğine göre, enfeksiyonu önleyici araçlarla gerekli biçimde havalandırılması, aydınlatması, ısı ve ses izolasyonlarının yapılması gerekmektedir (Gürer, 2018: 11)

**2.2. Çalışan Güvenliğini Tehdit Eden Kimyasal Tehlike ve Riskler ile**

**Alınabilecek Önlemler**

Dezenfeksiyon ve sterilizasyon için kullanılan çeşitli kimyasallar, laboratuvarlarda bulunan asit ve alkali maddeler, boyalar ve uçucu organik çözücüler, alerjik ve toksik etki yapan formaldehit, etilen oksit gibi maddeler, kanser ilaçları, anestezik ilaçlar gibi maddeler çalışanlar için kimyasal tehlike ve risk oluşturabilir (Devebakan ve Paşalı, 2015: 126; Gürer, 2018: 11; Meydanlıoğlu, 2013: 193; Parlar, 2008: 548).

Buna karşı, kullanılan maddelerin kolay anlaşılır biçimde bilgilendirme ve kullanma talimatlarının hazırlanması, kullanımları veya kullanımlarından sonra oluşabilecek olumsuz durumlarda yapılması gerekenlere ilişkin belirli periyotlarla eğitimlerin verilmesi, rutin olarak el yıkama, koruyucu önlük, maske, gözlük, eldiven kullanma ve ortam havalandırması yapılması, oluşabilecek maruziyetlerde takip ve kayıt altına alma işlemlerinin eksiksiz yapılması, çalışanların kimyasal ilaç kullanımı sonrası gözlem ve tetkiklerinin yapılması gibi önlemler alınabilir(Gürer, 2018: 11; Parlar, 2008: 548-549).

**2.3. Çalışan Güvenliğini Tehdit Eden Biyolojik Tehlike ve Riskler ile**

 **Alınabilecek Önlemler**

Tüm sağlık çalışma alanlarında görülebilen ve enfeksiyondan ölüme kadar geniş bir aralıkta ciddi tehlikeler yaratabilen HIV (Human Immunodeficiency Virus), Hepatit B, Hepatit C, SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome),Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi, Tüberküloz, İnfluenza, Suçiçeği, Kızamık, Boğmaca gibi hastalıklara yol açan patojenlerin; çoğunlukla kesici ve delici aletlerle yaralanmalar olmak üzere kan, diğer sıvılar veya hava yolu ile sağlık çalışanlarına bulaşma riskleri bulunmaktadır (Gürer, 2018: 11-12; Altıok vd., 2009: 71; Devebakan ve Paşalı, 2015: 126-127; Saygun, 2012: 376-377; Meydanlıoğlu, 2013: 193; Parlar, 2008: 550).

Sağlık çalışanları tarafından önceden belirlenen evrensel kurallara tam riayet edilmesi ve uygulamada dikkatli davranılması, biyolojik ajanlara karşı denetim ve kontrol yapılması, çalışanların periyodik olarak tetkiklerinin yapılması ve aşılanmaları, bulaşma riskine karşı koruyucu donanım kullanılması, bulaşma olması durumunda uygun tedavi, raporlama ve takibin yapılması, tıbbi cihazlar ile yaralanma veya iğne batmalarına karşı emniyet sistemine sahip ürün kullanılması, tek kullanımlık malzemelerle işlem yapılması, kan alma işleminde vakum kullanılması, delici kesici aletlerin delinmez atık kutularına doğrudan atılması,t ıbbi atıkların toplanması, depolanması, teslimi esnasında uygun kutuların kullanılması ve bertarafının uygun şekilde yapılması, sürekli eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarının yapılması gibi önlemler alınabilir (Gürer, 2018: 11-12; Altıok vd., 2009: 78; Parlar, 2008: 550; Kuruüzüm vd., 2008: 65).

**2.4. Çalışan Güvenliğini Tehdit Eden Ergonomik Tehlike ve Riskler ile**

 **Alınabilecek Önlemler**

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamından veya yaptıkları işten kaynaklı bir diğer risk sebebi ergonomik faktörlerdir. Kayma, düşme, burkulma, çarpma, ağırlık kaldırma, pozisyon verme ve taşıma (hastalar veya tıbbi cihazlar gibi), sürekli öne eğilerek çalışma, çalışırken vücudun yanlış pozisyonlarda kullanılması, hizmet esnasında uygun olmayan tıbbi ekipman kullanılması, uzun süre ayakta durma, vardiyalı çalışma ve sekiz saatten uzun çalışma gibi nedenlerle kas iskelet sistemi sorunları baş gösterebilmekte, sakatlığa varan durumlarla veya iş kazaları ile sonuçlanabilmektedir (Saygun, 2012: 377; Devebakan ve Paşalı, 2015: 126; Gürer, 2018: 12; Aksakal vd., 2009: 44; Parlar, 2008: 551).Ergonomik risk ve tehlikelere karşı, gerek farkındalık ve bilinçlendirme gerekse de hasta taşıma ve tedavi esnasında uygun duruş teknikleri ve uygun ekipman ve araçların kullanılması konusunda sürekli eğitimler verilmesi, sağlık kontrollerinin rutin bir şekilde yapılması, çalışanların gözlem ve takiplerinin yapılması, vakaların kayıt altına alınması gibi önlemler alınabilir (Aksakal vd., 2009: 45; Gürer, 2018: 12-13).

**2.5. Çalışan Güvenliğini Tehdit Eden Psikolojik ve Sosyal Tehlike ve**

**Riskler ile Alınabilecek Önlemler**

Hizmet verilen vatandaşın sağlık sorunlarından dolayı stresli olması, ağır ve ölümcül nitelikli hastaların tedavisinin çalışanların omzuna bindirdiği sorumluluk hissi, hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma, uzun çalışma sürelerinin olması, hizmetin kesintisiz olma zorunluluğundan ötürü gece de çalışılması, gerek ücret gerekse personel eksikliğinden dolayı çok çalışmak zorunda kalınması, psikolojik, sözel, fiziksel ve cinsel olarak şiddete uğrama riski gibi birçok psikolojik ve toplumsal risk ve tehlikeler bulunmaktadır. Bu durum çalışanlarda gerginliğe, yorgunluk ve uykusuzluğa bağlı kazalara, malpraktise, yaralama ve yaralanmalara, odaklaşamamaktan kaynaklı problem çözememeye, iletişim sorunlarına, çalışanlarda ciddi kronik hastalıkların ortaya çıkmasına, iş doyumsuzluğu, duygu durum bozukluğu, tükenmişlik, kendini ait hissedememe, işe gecikme veya mazeret üreterek gelmeme, işi bırakma, güven duygusunu yitirme, aile içi problemler yaşama gibi çok sayıda sağlık ve güvenlik sorununu doğurabilmektedir (Saygun, 2012: 378; Devebakan ve Paşalı, 2015: 126; Gürer, 2018: 12; Meydanlıoğlu; Parlar, 2008: 552; Adaş vd., 2008; Coşkun Us ve Erdem, 2016: 21-22).

Kuşkusuz psikolojik ve sosyal risk ve tehlikeler açısından en fazla öne çıkan konu şiddet konusudur. Bu nedenle şiddet konusuna ayrıca değinmekte fayda vardır.

**2.5.1. Şiddet**

Şiddet, bir başkasına karşı tehdit oluşturan; fiziksel ya da ruhsal olarak zarar veren davranışlar olarak ifade edilmektedir (Kocacık, 2001: 2). Çalışma ortamında şiddet kavramı, *“İş yerinde görevi başında bulunan çalışana karşı doğrudan yapılan fiziksel veya tehdit şeklindeki eylem”* olarak tanımlanmaktadır (NIOSH, 2002: 1). Sağlık hizmetlerinde yaşanan şiddet; hastanın, yakınlarının ya da üçüncü kişiler tarafından, sağlık çalışanına risk ya da tehdit oluşturabilecek şekilde sözlü, fiziksel ya da cinsel saldırıda bulunulması olarak ifade edilebilir (Annagür, 2010: 162; Serin vd., 2015: 110). Çalışanların birbirlerine sistemli bir şekilde, etik dışı ve düşmanca tavırlarla tutum ve davranış sergileme yoluyla uyguladıkları psikolojik şiddet, bir başka şiddet türü olarak dile getirilebilir (Saygun, 2012: 379). Nitekim, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti; “*Kişinin kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanması*” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 1998).

**2.5.1.1.Şiddetin Nedenleri**

Curbow, sağlık işyerlerinde karşılaşılan şiddetin nedenlerini taraflar arasındaki etkileşim, örgütsel faktörler, çevresel faktörler ve toplumsal faktörler olarak dört kategoride ele alırken (Curbow, 2002); Uluslararası Çalışma Örgütü bu sebepleri kurumsal, toplumsal ve kişisel olmak üzere üç farklı düzeyde ele almaktadır (ILO, 2003).

Dünyada yaşanan küresel ve bölgesel ölçekli çatışma ve savaşlar, etnik veya dinsel temelli gerilimler, gelir dağılımında yaşanan adaletsizlik, işsizlik, yoksulluk, eğitimsizlik, göç ve buna bağlı oluşan kentsel sorunlar (Adaş vd., 2008), şiddetin bir problem çözme aracı olarak kabul edilmesi (Özcan ve Yavuz, 2017: 68), ateşli silahlara erişme ve sahip olmanın kolay olması (NIOSH, 2002: 4)toplumların sosyal ve kültürel yapısı gibi etmenler şiddetin sosyolojik temelleri olarak ön plana çıkmaktadır(Kaya Çabuk, 2006: 116).Diğer taraftan, vatandaşların hangi sağlık hizmetlerinden nasıl ve ne koşullarda faydalanacağını bilmemesi şeklinde ifade edilebilecek olan “sağlık okur yazarlığı”nın yeterli düzeyde olmaması (İlhan vd., 2015: 20- 21; Annagür, 2010: 166), şiddet olaylarının sağlık çalışanlarının saygınlığını zedeleyen ve olumsuz algı oluşturacak şekilde yayınlanması, bazı TV dizilerinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin özendirilmesi, tedavi kaynaklı olumsuzlukların yeterince irdelenmeden doğrudan sağlık çalışanının hatası olarak sunulması (Özcan ve Yavuz, 2017: 71-72; İlhan vd., 2015: 25; Solmaz ve Duğan, 2018: 190-193; Adaş vd., 2008) gibi diğer toplumsal nedenler de dikkat çekmektedir.

Personel yetersizliği, iş yükünün fazlalığı, uzun mesai saatlerinin varlığı, farklı istihdam ve ücretlendirme biçimleri, döner sermaye ve geçici görevlendirmelerde adaletsizlik, performans sisteminin getirdiği olumsuzluklar, acil veya psikiyatri gibi riskli birimlerde daha az deneyimli personel çalıştırılması (Annagür, 2010: 166; Elbek ve Adaş, 2012: 38-48; Özcan ve Yavuz, 2017: 72), acillerde triaj sisteminin oluşturulmaması ya da işlevselleştirilmemesi, hastane içerisinde uzun kuyrukların oluşması, randevuların gecikmesi, boş yatak bulunamaması, konforun sağlanamaması, hastane içerisinde her türlü serbest dolaşımın sınırsız olması, hastalara yeterli düzeyde bekleme, bilgilendirme, danışma, psikolojik destek ve gerekli yerlerde fiziksel mekân ortamının yaratılmaması, yeterli düzeyde güvenlik personelinin olmaması, hastane içerisinde yeterli aydınlatma sağlanmaması, personelin tek çalıştırılması (Solmaz ve Duğan, 2018: 190-193; Elbek ve Adaş, 2012: 38-48; NIOSH, 2002: 4; Adaş vd., 2008), liyakat ilkesine yeterince önem verilmeden yapılan yönetici atamaları nedeniyle idarecilerin beklentileri karşılayamaması, kendilerini çalışanlardan soyutlamaları, politika üreticilerin ve idarecilerin çalışan güvenliği konusunda talepleri karşılamaması veya geciktirmesi (Elbek ve Adaş, 2012: 38-48; Adaş vd., 2008), kimi politikacıların basın veya geniş kitlelere hitaben hekimleri suçlayıcı ifade ve söylemlerde bulunmaları (Özcan ve Yavuz, 2017: 71-72); başta “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olmak üzere sağlık politikalarında işletmecilik anlayışının ön plana çıkarılarak çalışanın ikinci planda tutulması (İlhan vd., 2015: 12; Işıkçı Mamur, 2016: 746) gibi nedenler kurumsal ve politik sebepler kategorisini oluşturmaktadır.

Tedavi süreçlerinden aşırı beklenti içerisinde olunması, hasta ve yakınlarının aşırı panik ve stresli olmaları, taraflar arasında karşılıklı empati yoksunluğu, hukuken veya tıbben uygun olmayan taleplerde bulunulması (Coşkun Us ve Erdem, 2016: 20; Adaş vd., 2008), hasta ve yakınlarının çok beklediğini-bekletildiğini, azarlandığını, ilgisiz bırakıldığını, hakarete uğradığını, mağdur edildiğini, hakkının yenildiğini düşünmesi (Uludağ ve Zengin, 2016: 84),kimi sağlık çalışanlarının vatandaşlara, mesai arkadaşlarına veya emri altındakilere takındığı olumsuz ve baskıcı tutum, kimi sağlık çalışanlarının yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaması, sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları ve riskler, etkili iletişim, mesleki deontoloji, öfke kontrolü, kriz yönetimi gibi konularda eğitimsiz olması, başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanları arasında birbirini kötüleyen yorumlar yapılması (Seyran vd., 2018: 26; Elbek ve Adaş, 2012: 38-48; Özcan ve Yavuz, 2017: 72; ATO, 2011: s. 24, Adaş vd., 2008), kimi hizmet alanların veya yakınlarının uçucu-uyuşturucu madde veya alkol bağımlısı olması, şiddet öyküsü ya da belirli psikotik tanısı olması(NİOSH, 2002: 4) gibi nedenlerde kişisel nedenler arasında gösterilebilir.

**2.5.1.2. Şiddetin Niteliği**

Genel itibariyle sağlık hizmet sunumunda görülen şiddet olaylarının kişisel veya statüsel farklılıklardan etkilenmeyecek şekilde yaygın olduğu söylenmektedir (Elbek ve Adaş, 2012: 39). Nitekim Sağlık-Sen tarafından 2013 yılında, 25 ilden 1300 sağlık çalışanının katılımı ile yapılan *“Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması”* sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının yüzde 86.89’unun mesleki yaşamları süresince en az bir defa şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır (İlhan vd., 2015: 8). Bununla birlikte istatistiki olarak çok anlamlı olmasa da hasta ve yakınları ile doğrudan temas halinde ve savunmasız olan hekim ve hemşirelere, cinsiyet olarak da kadınlara yönelik şiddet eylemi sayısının biraz öne çıktığı ifade edilmektedir (Annagür, 2010: 166).Genel olarak en çok hasta yakınlarının daha sonra da hasta olarak başvuranların şiddet uyguladıkları; şiddet uygulayanların daha çok 15-30 yaş aralığında, cinsiyet olarak erkek; alkol veya başka bir madde kullanma oranı yüksek; sosyal, ekonomik ve eğitim açısından düşük düzeye sahip kişiler olduğu ifade edilmektedir. Uygulanan şiddet türünde ise sözel/psikolojik şiddetin çok yaygın olduğu, bunu fiziksel şiddet ve daha sonrasında da cinsel şiddetin takip ettiği söylenmektedir. Şiddet olaylarının daha çok acil ve psikiyatri servislerinde, bekleme odalarında ve yaşlı bakım servislerinde olduğu, kurumların organizasyonel yetersizliklerinin en önemli şiddet sebebi olarak ortaya çıktığı, ifade edilmektedir(Keser Özcan ve Bilgin, 2011: 1454; Annagür, 2010: 164-165; İlhan vd., 2015: 8; NIOSH, 2002: 2-3). Şiddet olaylarının bildirim sürecinde eksiklikler ve engeller olması, şiddet tanımı konusunda bilgisiz olunması ve daha çok fiziksel şiddet olaylarının bildirilmesi, şiddete maruz kalmanın yapılan işin doğası gibi algılanması ve kabul görmesi, yöneticilere ve adalet mekanizmasına olan güvensizlik, yasal mevzuatın yetersiz olduğu inancı, kurum içi yapılan şiddette ayıplanma, ceza alma veya işten atılma korkusundan dolayı tüm şiddet olayları bildirilmemektedir (Annagür, 2010: 163; Serin vd., 2015: 112;İlhan vd., 2015: 8; Solmaz ve Duğan, 2018: 189).

Sağlık Bakanlığından elde edilen verilere göre, 2013 yılı içerisinde 3.558’i fiziksel ve 7.157’si sözel olmak üzere 10.715 şiddet olayı bildirimi gerçekleşmiş iken; 2018 yılı içerisinde ise 3.729’u fiziksel, 12.249 sözel olmak üzere toplam 15.978 şiddet olayı bildirilmiştir. Şiddet sayısının toplam hekime müracaat sayısına oranına bakıldığında 2013 yılında yüzbinde 1,63 olan oranın 2015 yılında yüzbinde 2,04’e yükseldiği ancak daha sonra yıl bazında periyodik olarak düşerek 2018’de yüzbinde 1,70 olarak gerçekleştiği görülmektedir (CİMER, 2019).

**2.5.1.3. Şiddeti Önlemek İçin Alınması Gereken Önlemler**

Anayasa’ya göre (md. 49), *“Devlet, çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek, işsizliği önlemeye elverişli ekonomik ortam yaratmak ve çalışma barışını sağlamak için gerekli tedbirleri alır.”* Kuşkusuz, çalışma alanında ortaya çıkabilecek şiddet olayları ve diğer risk ve tehlikeleri önlemek de bu kapsamda değerlendirilmelidir. Bununla birlikte, devletin sorumluluğu sivil toplumun sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır. Başta sağlık çalışma alanı olmak üzere şiddetin toplumsal ve iş hayatından çıkarılması için sivil toplum örgütleri dâhil herkesin bu sürecin bir paydaşı olması gerekmektedir.

Sağlık kurum/kuruluşlarında şiddet, genel olarak şiddeti doğuran nedenlerin ortadan kaldırılması veya en aza indirilmesi ile açıklanabilecek olan risk yönetimi ve şiddetin oluşması ve sonrasındaki süreci yönetmek olarak açıklanabilen kriz yönetiminin bir arada ele alınmasıyla önlenebilir. Bu çerçevede yapılacakları, politika düzeyinde ve yönetsel düzeyde sorumluluklar ile çalışanlara ve vatandaşlara düşen sorumluluklar şeklinde dört farklı başlıkta ele almak mümkündür.

Politika düzeyinde; çalışan sağlığı ve güvenliğine ilişkin mevzuat çalışmalarının bütüncülleştirilmesi, şiddete karşı sert cezai tedbirlerin düzenlenmesi, sağlık okuryazarlığının arttırılması, personel sayısının arttırılması ve ülke düzeyinde adil dağılımın sağlanması, medya ve diğer kitle iletişim araçlarında sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz dil kullanmaktan kaçınılması, sağlık çalışanlarının hedef gösterilmemesi, eğitim müfredatlarına etkili iletişim, kriz yönetimi gibi konularda dersler eklenmesi, personel istihdam statülerinin denkleştirilmesi, performans sisteminin yaşanan olumsuzluklar göz önünde bulundurularak yeniden düzenlenmesi veya tamamen kaldırılması, vatandaş memnuniyetinin yanında çalışan memnuniyetinin de göz önünde bulundurulması, şiddetin bildirimi, takibi ve hukuksal desteğin sağlanması gibi çalışmalar yapılabilir.

Yönetsel düzeyde, personelin kurum içerisinde adil dağılımının sağlanması, personelin tek çalıştırılmaması, hasta bekleme süresini en aza indirmek için planlama yapılması, acil çağrı, alarm ve izleme sistemlerinin geliştirilmesi, silahlı kişilerin çalışma alanlarına girişinin önlenmesi için metal dedektörlerin takılması, kamera sisteminin oluşturulması, kamera ve koridorların iyi aydınlatılması, geceleri otoparka erişimde eskort sağlanması, ziyaretçi ve hastalara yardımcı olabilmek için bekleme alanlarının doğru tasarlanması, saldırı riskini en aza indirmek için triaj alanı ve diğer kamu alanlarının doğru tasarlanması (personel tuvaletleri ve acil çıkışların oluşturulması, kapalı hemşire istasyonlarının kurulması, silah olarak kullanımını en aza indirmek için mobilya ve diğer nesneleri düzenlemesi gibi),kart kontrollü erişim ile hastanelerde serbest dolaşımın engellenmesi, şiddet tehdidi durumunda güvenlik personelini uyarmak için bir sistem geliştirilmesi, tüm çalışanlara saldırıları tanıma ve yönetme, çatışmaları çözme ve tehlike farkındalığını koruma eğitimi verilmesi gerekmektedir (NIOSH, 2002: 6).

Çalışanların, empati kurarak hastayı ve yakınlarını anlama, doğru bilgilendirme ve doğru iletişim kurma, tıbbi müdahale öncesinde hastanın rızasını eksiksiz alma, şiddeti, öncesinde iyi gözlemleyerek sezebilme ve şiddetle başa çıkabilmeyi öğrenme, çalışma arkadaşlarına saygı duyma, bilgi ve donanım yönünden sürekli gelişim gösterme sorumlulukları vardır(Annagür, 2010: 167).Vatandaşların da sağlık hizmetinden nasıl faydalanacağını öğrenmesi, sağlık çalışanlarına karşı empati kurması ve onlara saygı duyması, kendisinin dışında başka hastaların da olabileceğini idrak etmesi, haksız beklenti ve taleplerden uzak durması, çalışanlarla doğru iletişim kurabilmesi gerekmektedir.

**3. TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKASINDA ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNE**

**İLİŞKİN YAPILAN DÜZENLEMELER VE BUNLARIN ETKİNLİĞİ**

Politika, bir görüşe göre *“çatışma ve iktidar kavgası”* olarak ifade edilmekte iken; diğer bir görüşe göre *“toplumun bütün üyelerinin yararına olabilecek bir düzen yaratma aracı”*dır (Kapani, 2014: 18). İlk tanım daha çok siyasi partiler ve büyük kitlesel örgütler açısından kullanılmasına karşın, ikinci tanım ise devlet dâhil tüm örgütsel yapılanmalar için geçerlidir (Öztekin, 2003: 1). İkinci anlamıyla politikanın amacı öncelikle toplumda bütünlüğü sağlamak, bireysel çıkarların aksine, *“genel yararı”* ve *“toplumun ortak iyiliğini”* gerçekleştirmektir (Kapani, 2014: 18).Sağlık politikası, bu genel yarar çerçevesinde, sağlık hizmet sunumuna ilişkin uygulamalara dair yöntem ve yaklaşımları içeren birbiriyle bağlantılı kararlar ağıdır. Sağlık politikası, sağlık kurumları, sağlık hizmetleri, finansman düzenlemeleri, bunları etkileyen kamu, özel ve gönüllü örgütler ile çevresel ve sosyo-ekonomik etken ve eylemleri içermektedir (Atabey,2012:22). Bu çerçevede çalışan sağlığı ve güvenliğine ilişkin çalışmalar da bu politikanın bir parçasıdır.

Dünyada çalışan sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına ilişkin politikaların geçmişi Uluslararası Çalışma Örgütü’nün (International Labour Organziation-ILO) 1950’li yıllarda sağlık çalışanlarının *“sağlıklı olma, sağlıklı ve güvenli ortamda çalışma”* hakkını düzenlemesi ve bunun ancak sağlık tesislerinde buna ilişkin birimlerin kurulmasıyla sağlanabileceği kararına dayandırılmaktadır. Ülkemizde ise konu ilk olarak 1989 yılında Türk Tabipler Birliği’nin talep ve beklentileri ile tartışılmaya başlanmış, ilerleyen dönemlerde mevzuat ve uygulamalar yönünde çeşitli tavsiyeler sunulmasına ve pilot uygulamalar başlatılmasına karşın netice alınamamıştır (Meydanlıoğlu, 2013: 195).

Türkiye sağlık politikasında çalışan güvenliğine ilişkin en somut düzenleme, 29 Nisan 2009 tarih ve 27214 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan *“Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”*dir. Tebliğin 15. ve 18. maddeleriyle çalışan güvenliğinin sağlanması, çalışanların kesici delici alet yaralanması, kan ve vücut sıvılarıyla bulaş, radyasyon ve kemoterapi ilaçlarına maruz kalma gibi risk ve tehlikeler ile fiziksel şiddet ve cinsel tacizden korunması amacıyla alınması gereken önlemler ve bu durumlara maruz kalma halinde yapılacaklar düzenlenerek, takip ve sorumluluğu kurumlara verilmiştir.

Bu Tebliğ 06 Nisan 2011 tarih ve 27897 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren *“Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*” ile kaldırılmıştır. Söz konusu yönetmelik ile kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin ve bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esaslar düzenlenmiştir.

Yönetmelikte, çalışan güvenliği uygulamaları olarak; çalışan güvenliği programının hazırlanması, çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması, engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması, çalışanların kişisel koruyucu önlemler almasının sağlanması, çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması hususları yer almaktadır. Hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamaları çerçevesinde ise; enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, laboratuvar güvenliği, radyasyon güvenliği, mavi kod, pembe kod, beyaz kod olmak üzere renkli kod uygulaması,hasta düşmeleri, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas, cerrahi, ilaç ve transfüzyon güvenliği konuları, bildirim ve güvenlik raporlama sisteminin kurulması, bildirimi yapılan olaylar ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulamaya konulması, tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi, hasta güvenliği komitesi ve çalışan güvenliği komitesi kurulması, gerekli tedbirlerin alınması, uygulamanın takibi ve değerlendirilmesi istenmekte ve kurumun en üst amiri sorumlu tutulmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ise hizmet kalite standartlarını esas alarak, sağlık kurumlarını, görevlendireceği denetçi/değerlendiriciler yoluyla her yıl periyodik olarak denetlemektedir. Sağlık kurumları, *“İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Risk Grupları Tebliği”*ne göre çok riskli grupta yer almakta, çalışanlar görevleri sırasında, birçok mesleki risk ve tehlike ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu doğrultuda, Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında yayımlanan ve dönem dönem güncellenen *“Sağlıkta Kalite Standartları”* rehberleri ile çalışan hakları ve güvenliği kapsamında birçok konu başlığının yılda en az bir kez denetime tabi tutulması, güvenli hizmet sunumu açısından önem arz etmektedir.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 14 Mayıs 2012 tarihinde yayımlanan 23 nolu *“Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi”* ile çalışan güvenliğine ilişkin yönetmelik ve diğer mevzuatlarla belirlenmiş hususlara birtakım açıklamalar getirilmiştir. Genelge ile sağlık kurumlarının, hizmet kalite standartları kapsamında çalışma alanı riskleri ve şiddet yönünden risk değerlendirmelerini yeniden yapmaları, riskin yüksek olduğu yerlerde hizmet sunum süreçleri, personel sayısı ve fiziki alanın yeterliliğini gözden geçirmeleri, fiziki mekânların tam zamanlı olarak yeterli aydınlatılması ve havalandırılmasının sağlanması, personele alternatif çıkış yolları oluşturulması, riskli alan bekleme bölümlerinde güvenlik personeli sayısının arttırılması, hastanelerin güvenlik kameraları ile sürekli gözlenerek gereken durumlarda hemen müdahale edilmesi, iletişim becerileri ve sorunlu hasta/hasta yakınlarını tanıma ve çatışma yönetimi hakkında eğitim almış kişilerin bekleme alanlarında *“sorun çözücü”* olarak görevlendirilmesi, çalışanlara iletişim becerileri, öfke kontrolü, öfkeli hasta ve hasta yakınları ile iletişim, şiddet davranışlarına karşı tedbir alma konularında eğitim verilmesi, hasta ve hasta yakınlarına başvuru ve tedavi süreçleri hakkında bilgi vermek amacıyla *“hasta bilgilendirme alanları”* oluşturulması, personel şiddete uğradığında görevden çekilme hakkı olduğu, bunun hizmette aksamaya yol açacağı, sağlık çalışanına yönelik şiddet davranışlarının mutlaka yargılanacağı ve cezalandırılacağı konusunda (pano/afiş/broşürler gibi vasıtlarla) vatandaşların bilgilendirilmesinin sağlanması istenmiştir.

Genelge ile hastane ve ağız diş sağlığı merkezlerinde ve bunların koordinasyonunu sağlamak üzere il sağlık müdürlüklerinde *“Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimleri”*nin oluşturulması istenmiş; hizmet sunumu esnasında şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının *“hizmetten çekilme hakkı”* ve bu hakkı kullanabilme koşullarına vurgu yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları riskine karşı oluşturulan erken uyarı sistemi olan *“Beyaz Kod”* uygulaması (Alo 113 ve [www.beyazkod.saglik.gov.tr](http://www.beyazkod.saglik.gov.tr) internet sitesi) ve başvuru süreci tanıtılmış; etkin bir şekilde yürütülmesinin sağlanması ve şiddet olaylarına ilişkin analizler yapılarak gereken tedbirlerin alınması istenmiştir. Beyaz Kod uygulaması ile şiddet vakalarının kayıt ve istatistikleri yapılmaya başlanmış, 2015 sonundan bu yana sağlıkta şiddet olaylarını kök nedenleri ile analiz etmek ve hukuki yardım süreçlerini bütünüyle elektronik sistem üzerinden takip ve koordine etmek mümkün olmuştur.

Yine Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan 2016/3 sayılı *“Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi”* ile de Beyaz Kod başvurusuna ilişkin tüm süreç ve detaylar açıklanmıştır. Telefon ve internet sitesinin yanı sıra çalışan hakları ve güvenliği birimlerine başvuru yapma yolu açılmış; her ilde *“İl Beyaz Kod Koordinatörlüğü”* kurulması ve kurumda görevli bir avukatın koordinatör olarak görevlendirilmesi istenmiştir. Söz konusu Genelge ile Sağlık Bakanlığında görev yaparken şiddete maruz kalan hangi statüdeki çalışanlara ne şekilde hukuki yardım yapılacağı hususları maddeler halinde açık bir şekilde açıklanmıştır. Bu kapsamda stajyer ve intörnlerin hukuki yardım kapsamı dışında tutulması birçok çevre tarafından eleştirilmektedir. Diğer taraftan Beyaz Kod uygulaması da şiddeti önleyemediği yalnızca, şiddet olayı gerçekleştikten sonra hukuksal destek sağlamaya yaradığı şeklinde eleştirilere konu olmaktadır (Özcan ve Yavuz, 2017: 69).

11.10 2011 tarih ve 663 sayılı *“Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”*de (md. 54) Bakanlık ve bağlı kuruluşları ile devlet ve vakıf üniversitelerinde sağlık hizmet sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemler ve davalarda personelin talebi üzerine ilgisine göre Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca ve üniversitelerce kendi personellerine hukukî yardım yapılacağı ifade edilmektedir. Bu doğrultuda 28 Nisan 2012 tarih ve 28277 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan *“Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”* ile gerekli açıklamalar yapılmıştır. Buna göre Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında görev yapan personele veya bunların vefatı halinde kanuni mirasçılarına hukuki yardımda bulunulabilmesi için; sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin gerçekleştirilmiş olması; ilgilinin veya kanuni mirasçılarının talepte bulunması ve ilgili personelin soruşturma safhasında şüpheli, kovuşturma safhasında ise sanık durumunda bulunmaması gerekmektedir. Personelin, olayda hem mağdur hem de şüpheli veya sanık durumunda olması halinde mağdur sıfatıyla hukuki yardım yapılmaktadır.

Sağlık çalışanlarının uğradığı şiddet olaylarına ilişkin bir takım cezai düzenlemeler de bulunmaktadır. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa göre (**Ek Madde 12)**özel ve kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevi sırasında veya görevi nedeniyle işlenen kasten yaralama suçu 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu’nun *“Tutuklama nedenleri”* başlıklı 100. maddesinin üçüncü fıkrası kapsamında tutuklama nedeni varsayılan suçlar kapsamında değerlendirilmekte olup; takibi şikâyete bağlı suçlar kapsamından çıkarılmıştır. 2018 yılında yapılan düzenleme ile de **(Ek fıkra:15/11/2018-7151/21 md.)** kamu ve özel **s**ağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle kasten işlenen suçlardan şüpheli olanların, kolluk görevlilerince yakalanıp gerekli işlemleri yapıldıktan sonra Cumhuriyet Başsavcılığına sevk edileceği ve Cumhuriyet Savcısı tarafından adli işlemlerin tamamlanacağı; soruşturma esnasında, müşteki, mağdur ya da tanık durumunda bulunan sağlık çalışanının ifadelerinin kolluk tarafından işyerlerinde alınacağı hükme bağlanmıştır. İçişleri Bakanlığı’nın 2012/22 sayılı *“Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi”*nde de; yerine getirdikleri **kamu görevi nedeniyle** sağlık çalışanlarına karşı; yaralama (TCK Madde 86-87), tehdit (TCK Madde 106) ve hakaret (TCK Madde 125) fiillerinin işlenmesi halinde, **mağdur kişinin şikâyeti aranmaksızın**, sağlık kurumlarında görevli olan "hastane polisleri" başta olmak üzere yetkili kolluk kuvvetlerince doğrudan işlem tesis edilmesi, ilgili Cumhuriyet Savcısına bilgi verilerek, talimatları doğrultusunda soruşturma işlemlerine başlanması talimatı verilmiştir.

Kuşkusuz yapılan düzenlemeler değerli olmak ile birlikte, cezai müeyyidelerin hafif olması, ertelenmesi ya da ceza alan kişilerin medyada yeterince yer almaması gibi sebeplerle yeterince etkili olmadığı anlaşılmaktadır. Ankara il merkezinde bulunan kimi sağlık kurumlarına başvuran 18 yaş ve üstü kişilerin sağlık çalışanlarına ilişkin şiddet algılarının değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların yüzde 70 civarında bir kesiminin sağlık çalışanlarına şiddet uygulayan kişilere herhangi bir cezai işlem uygulanmadığını düşündüğünü ortaya koymaktadır (İlhan vd., 2013: 9). Konuya ilişkin basında bizzat Sağlık Bakanı Sn. Fahrettin KOCA’nın ifadeleriyle, ilerleyen dönemde içerisinde sağlık çalışanlarına şiddet suçunun da bulunduğu birtakım suçlara ceza ötelemesi ya da paraya çevrilmesi şeklindeki düzenleme yerine mahkûmiyet uygulanması şeklinde bir düzenleme yapılması için Adalet Bakanlığının bir hazırlık içerisinde olduğu dile getirilmektedir (www.ensonhaber.com, 2019; www.memurlar.net, 2019). Kuşkusuz belirtilen nedenlerle verilen cezaların medyada yer alması da ciddi anlamda bir caydırıcılık oluşturacaktır.

Diğer taraftan155 Nolu İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin ILO Sözleşmesi,161 Nolu Sağlık Hizmetlerine İlişkin ILO Sözleşmesi, 187 Nolu İş Sağlığı ve Güvenliğini Geliştirme Çerçeve Sözleşmesi, AB Hastane ve Sağlık Sektöründe Kesici ve Delici Yaralanmaların Önlenmesi İçin Çerçeve Sözleşmesi,6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, *Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği,* Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Risk Grupları Tebliği, İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesi konulu Başbakanlık Genelgesi gibi birçok ulusal ve uluslararası mevzuat ile de sağlık çalışanlarının güvenliğine ilişkin çeşitli düzenlemeler bulunmaktadır.

Mevzuat düzenlemeleri dışında T.B.M.M., Sağlık Bakanlığı, sendikalar ve meslek odaları gibi sivil toplum kuruluşları tarafından çeşitli araştırma, sempozyum ve kampanyalar ile sağlık çalışma alanında görülen şiddete ilişkin çalışmalar yapıldığı gözlenmektedir. Bu çerçevede 2013 yılında TBMM Meclis Araştırması Komisyonu çalışmaları neticesinde konuya ilişkin bir rapor hazırlanmıştır. Raporda, her yönüyle sağlıkta şiddetin araştırılması, şiddeti ortaya çıkaran nedenler ve alınabilecek öncelikli önlemlere ilişkin öneriler geniş biçimde dile getirilmiştir (TBMM, 2013). Günümüze kadar raporda ifade edilen öneriler doğrultusunda birçok düzenlemenin gerçekleştirildiği ve bu anlamda raporun bu konuda bir yol gösterici olarak değerlendirilebileceği ifade edilebilir.

Diğer taraftan Sağlık Bakanlığı tarafından da toplumsal farkındalığı arttırmaya yönelik birtakım faaliyetlerin yürütüldüğü görülmektedir. Bu çerçevede çeşitli sivil toplum örgütlerinin de katılımı ile 2011 yılında *“Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans Sempozyumu”* gerçekleştirilmiş ve ulusal düzeyde *“Şiddete Sıfır Tolerans”* kampanyası başlatılmıştır. Hasta ve hekim arasındaki iletişimi güçlendirmek maksadıyla 2009 yılından itibaren 14 Mart Tıp Bayramı kapsamında *“Sevgi En İyi İlaçtır”* kampanyası düzenlenmiş, spot filmler ve gazete ilanlarıyla bu desteklenmiştir. Çalışan güvenliği ve Beyaz Kod uygulamalarını anlatmak ve eğitim vermek amacıyla 2010 yılından itibaren sağlık çalışanlarına yönelik “*Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumları”* düzenlenmiştir (TBMM, 2013: 182).Beyaz Kod uygulamasının kamu ve özel bütün sağlık kuruluşlarını kapsaması, uygulamaların standardize edilmesi amacı ile Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, İçişleri, Yüksek Öğretim Kurulu ve Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği temsilcilerinden oluşan *“Beyaz Kod Değerlendirme Kurulu”* oluşturulmuştur (CİMER, 2019). İlgili kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri, sivil toplum örgütleri, akademisyenler, hukukçular ve şiddet mağdurlarının katılımıyla 2016 yılında *“Sağlıkta Şiddet Eylem Planı Güncelleme Çalıştayı”* yapılmıştır. Çalıştayda, sağlık tesislerinin işletmecilik süreçleri ve fiziki şartları, iletişim, özel güvenlik çalışanları, polis, beyaz kod işleyişi ve yargılama boyutlarının şiddete etkisinin irdelendiği çalıştay grupları oluşturulmuş ve yapılan değerlendirmeler neticesinde *“Sağlıkta Şiddete Sıfır Tolerans Acil Eylem Planı”* oluşturulmuştur. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından 2018 yılı sonunda çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin görev tanımları revize edilerek etkinliğinin arttırılması ve çalışanlara yol göstermesi amacı ile *“Çalışan Hakları ve Güvenliği Uygulamaları Rehberi”* hazırlanmıştır. Rehber ile mevzuat ve prosedür özet haline getirilerek ulaşılabilir ve etkin bir kaynak sağlandığı ifade edilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

**4. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında yayımlanan Sağlıkta Dönüşüm Programının on bir temel bileşeninden biri *“Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü”* olarak açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 32-33). Kuşkusuz bu durum en başta güvenli bir çalışma ortamının sağlanması ile mümkün olacaktır. Buna karşın, politika düzeyinde diğer bileşenlere daha fazla ağırlık verilirken bu konunun uzun bir süre ihmal edildiği görülmektedir. Sağlık hizmet sunumunda çalışanların riskli bir iş yaptıkları ve sağlık tesislerinin iş sağlığı ve güvenliği açısından genel itibariyle çok riskli grupta olduğu hususu geç fark edilmiş bir durumdur. Ancak, Dünya örneklerinin çok gerisinde başlanmasına rağmen, özellikle son on yılda mevzuat düzeyinde ciddi gelişmeler sağlandığı, yapılan düzenlemeler ve çalışmalar ile konunun önemsendiği görülmektedir.

Sağlık tesislerinde çalışan güvenliğini tehdit eden fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikolojik ve sosyal kaynaklı risk ve tehditlerin önlenmesi, uygulamalarda kalite ve standardizasyon sağlanmasına yönelik olarak oluşturulan sağlıkta kalite standartları ve bu çerçevede yapılan kalite denetimleri, çalışanlara kurumlarında destek sunmak amacıyla oluşturulan çalışan hakları ve güvenliği birimleri, şiddete maruz kalma durumunda başvurulacak olan beyaz kod gibi bildirim mekanizmaları, çalışanlara gerektiğinde hizmetten çekilme hakkı verilmesi, talebi halinde hukuki yardım sağlanması, cezai uygulamaların giderek ağırlaştırılması, eğitimler ve farkındalık çalışmaları ile konunun güncel tutulması sağlık politikasında konuya verilen öneme örnek gösterilebilir.

Bununla birlikte sağlık hizmet alanında çalışan güvenliğine tehdit ve risk oluşturan nedenlerin bir kısmının halen varlığını sürdürdüğü görülmektedir. Hasta sayısı nüfus artışına bağlı olarak giderek artarken, sağlık çalışanları ve sağlık tesisi sayısındaki artışın görece az olması, sağlık personelinin ülke, il ve tesis düzeyinde dengeli ve adaletli dağılmaması, nöbet sistemi veya performans sisteminden kaynaklı daha çok hasta bakma gerekliliği/isteği gibi nedenlerle hastaya yeterli vakit ayrılamaması, sağlık tesislerindeki fiziksel yetersizlikler, çalışanlardaki eğitim ve iletişim eksikliği, uygulamalarda standart davranışlardan kaçınma, koruyucu ekipman kullanmama, hijyen, aşı gibi koruyucu önlemler almama, tıbbi malzeme ile yaralanma veya şiddet gibi durumlarda çeşitli gerekçelerle bildirim yapmama, vatandaşlarda sağlık okuryazarlığı oranının hala çok yüksek olmaması, şiddetin toplumda hala bir sorun çözme aracı olarak görülmesi, medya ve kimi siyasetçiler tarafından oluşturulan olumsuz dil gibi sebepler sağlık çalışanlarının karşılaşabilecekleri şiddet ve diğer çalışan güvenliği risk faktörlerini yüksek tutmaktadır.

Bu doğrultuda, sorunların çözümüne nedensellik çerçevesinde yaklaşmak, eksik kalan hususların giderilmesinde çalışanları her noktada sürecin bir parçası haline getirmek, çalışanlara yönelik sürekli eğitimler ve vatandaşlara yönelik sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi çalışmaları yapmak önem arz etmektedir. Çalışanların, çalışma ortamından kaynaklı risklere karşı korunmada belirlenmiş standartlar çerçevesinde hareket etmesi ve koruyucu ekipman kullanımına riayet etmekte hassas davranmalarının sağlanması gerekmektedir. Şiddet konusu tek bir sebebe dayanmayan ve yalnız güvenlik önlemleri ile önlenebilir bir durum olmayıp, bütüncül olarak ele alınmalıdır. Şiddeti önleme, bir sağlık politikası unsuru olmakla birlikte daha öncelikli olarak çok boyutlu olarak ele alınan bir devlet politikası olmalıdır. Şiddetin toplumsal dayanakları olan yoksulluk, işsizlik, göç gibi olguların üzerinde durulması (Kaya Çabuk, 2006: 116); toplumsal yapının aileden devlete kadar tüm birimlerde demokratikleştirilmesi, hukukun üstünlüğü ve adaletin topluma hâkim kılınması, sorunların çözümünde barışçıl ve uzlaşmacı bir yaklaşım sergilenmesi, otoriter veya geleneksel toplum yapısının dönüştürülmesi, bireyin kendini tanıma, iletişim becerileri geliştirme, empati kurma, çatışma çözme gibi konularda gerekirse bir uzman desteği ile kendini geliştirmesi önem arz etmektedir(Kocacık, 2001: 6).

**KAYNAKÇA**

Adaş, E. B.–Elbek, O.–Bakır, K. (2008), “Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı”<http://www.ttb.org.tr/siddet/images/file/gaziantepsiddet.pdf>,(Erişim Tarihi: 20.02.2019)

Aksakal, F. N.–İlhan, M. N.–Yüksel, H.–Kurtcebe, Ö.–Bumin, M.A. (2009).“Bir Üniversite Hastanesinde Hemşire, Sağlık Memuru ve Hastabakıcılarda Bel Ağrısı Sıklığı ve Etkileyen Faktörler”, Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Nisan-Mayıs-Haziran Sayısı, 38-46.

Altıok, M.–Kuyurtar, F.–Karaçorlu, S.–Ersöz, G.– Erdoğan, S. (2009).“Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınan Önlemler”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3), 70-79.

ATO, (2011), *“Hekimlere ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Raporu”,*<http://static.ato.org.tr/fs/4f50993567cde95526000000/mucize_rapor.pdf>, (Erişim Tarihi: 24.02.2019)

Annagür, B. (2010). “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(2), 161-173.

Atabey Ertürk, S. (2012). Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Politikaları, Sağlık Sistemindeki Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası, 1. Basım, Ankara: Gazi Kitabevi.

CİMER (2019), T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER)’ ne 03.03.2019 tarihinde yapmış olduğum 1900578585 sayılı başvuruya 08.03.2019 tarihinde Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Dairesi Başkanlığı cevabı.

Coşkun Us, N.-Erdem, R. (2016).“Şiddet ve Sağlık”, 10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 1-3 Aralık, Ankara.

Curbow, B. (2002).“Origins of Violence at Work”. WorkplaceViolence in theHealthSector. (Ed.) Carry L Cooper andNaomiSwanson.State of the Art, WHO.

Devebakan, N.–Paşalı, N. (2015).“Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Standartlarının Çalışan Güvenliği Açısından Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi: İzmir İlinde Bir Araştırma”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 18(2): 123-142.

Elbek, O.–Adaş, E. B. (2012).*“Şiddetin Gölgesinde Hekimlik”*<http://www.saglikcalisanisagligi.org/dosyalar/siddetingolgesindehekimlik.pdf>, (Erişim Tarihi: 20.02.2019.

Gürer, A. (2018).“Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Güvenliği”, Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi2(1), 9-14.

ILO (2003), *“ILO FactSheetWorkplaceViolence in Health Services”*<http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_161953.pdf>, (Erişim Tarihi: 20.02.2019)

Işıkçı Mamur, Y. (2016).“Bir Kamu Politikası Analizi: Sağlık Politikasında Dönüşüm”, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 9(46): 731-748.

İlhan, M. N.-Çakır, M.-Tunca, M. Z.-Avcı, E.-Çetin, E.-Aydemir, Ö.-Tezel, A.-Bumin, M. A. (2013).“Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar”, Gazi MedicalJournal, 24, 5-10.

İlhan, M. N.–Yılmaz, D. – Barkan, O. B.–Toksoy, N.–Uysaler, Y. Z. (2015).“Sağlıkta Şiddet Nasıl Biter”, Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü Analiz Dergisi, 1-38.

Kapani, M. (2014). Politika Bilimine Giriş, 34. Basım, Ankara: Bilgi Yayınevi.

Kaya Çabuk, N. (2006).“Şiddetin Sosyal Dinamikleri: Yoksulluk, İşsizlik ve Göç”, Toplumsal Bir Sorun Olarak “ŞİDDET” Sempozyumu, 20-21 Mayıs, Ankara.

Keser Özcan, N.–Bilgin, H. (2011).“Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme”, Türkiye Klinikleri JournalMedicalSciences, 31(6): 1442-1456.

*“Koca: Sağlıkta şiddete yönelik kanun düzenlemesi geliyor”*başlıklı haber,<https://www.ensonhaber.com/koca-saglikta-siddete-yonelik-kanun-duzenlemesi-geliyor.html>, (Erişim Tarihi: 18.02.2019)

Kocacık, Faruk (2001), “Şiddet Olgusu Üzerine”, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2(1): 1-7

Kuruüzüm, Z.–Elmalı, Z.– Günay, S.– Gündüz, Ş.– Yapan, Z. (2008), “Sağlık Çalışanlarında Kan ve Beden Sıvılarıyla Oluşan Mesleksel Yaralanmalar: Bir Anket Çalışması”, Mikrobiyoloji Bülteni, 42(1): 61-69.

Meydanlıoğlu, A. (2013).“Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği”, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3): 192-199.

NIOSH andHealthDivision of Standards Development andTechnology Transfer (September 1988), “GuidelinesforProtectingtheSafetyandHealth of HealthCareWorkers”, U.S. Department of Healthand Human Services, PublicHealth Service, CentersforDisease Control, Publication No. 88-119.<https://www.cdc.gov/niosh/docs/88-119/default.html>, (Erişim Tarihi: 10.02.2019)

NIOSH (April 2002), “Violence, OccupationalHazards in Hospitals”, Department of Healthand Human Services, CentersforDisease Control andPrevention, DHHS (NIOSH) Publication No. 2002-101. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/default.html>, (Erişim Tarihi: 09.02.2019)

Özcan, F.–Yavuz, E. (2017).“Türkiye’de Sağlık Çalışanları Şiddet Tehdidi Altında”, TheJournal of TurkishFamilyPhysician, 8(3): 66-74.

Öztekin, A. (2003). Siyaset Bilimine Giriş, 4. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Parlar, S. (2008).“Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı”, TAF PreventiveMedicineBulletin, 7(6): 547-554.

*“Sağlık Bakanı Koca: Performansa göre ödeme amacından uzaklaştı”*başlıklı haber, <https://www.memurlar.net/haber/815727/saglik-bakani-koca-performansa-gore-odeme-amacindan-uzaklasti.html>, (Erişim Tarihi: 15.03.2019)

Sağlık Bakanlığı, (2003), *“Sağlıkta Dönüşüm Programı”*[https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html](https://www.saglik.gov.tr/TR%2C11415/saglikta-donusum-programi.html), (Erişim Tarihi: 12.03.2019)

Sağlık Bakanlığı, (2018), *“Çalışan Hakları ve Güvenliği Uygulamaları Rehberi”* [https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28684,calisan-haklari-ve-guvenligi-uygulamalari-rehberipdf.pdf?0](https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28684%2Ccalisan-haklari-ve-guvenligi-uygulamalari-rehberipdf.pdf?0), (Erişim Tarihi: 12.03.2019)

Saygun, M. (2012).“Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları”, TAF PreventiveMedicineBulletin, 11(4): 373-382.

Serin, H.–Serin, S.– Bakacak, M.–Ölmez, S. (2015).“Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet”, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 24(3): 109-113.

Seyran, F.–Gözlü, M.–Ready, N. F. (2018).“İş Yerinde Fiziksel Şiddete Maruz Kalmış Sağlık Personelinin Şiddet Algısı ve Boyutu Üzerine Nitel Bir Araştırma”, Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi, 2(1): 8-29

Solmaz, B.–Duğan, Ö. (2018).“Sağlık Çalışanı ile Hasta ve Yakınları Arasında Yaşanan Şiddetin Nedenlerinden “İletişim” Üzerine Bir İnceleme”, AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18(2): 185-206.

Türk Dil Kurumu (2019), *“Güncel Türkçe Sözlüğü”,*<http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c5c7458334279.68272608> , (Erişim Tarihi: 07.02.2019).

T.B.M.M. (2013), *“Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu”*,<https://www.tbmm.gov.tr/arastirma_komisyonlari/saglik_calisanlari/docs/ss454.pdf>, (Erişim Tarihi: 20.02.2019)

Uludağ, A.–Zengin, N. (2016).“Sağlıkta Şiddete Hasta Şikâyetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği”, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 16(3): 71-86.

WHO (1948), *“Constitution of the World HealthOrganization”*<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>, (Erişim Tarihi: 07.02.2019)

WHO (1998), World HealthOrganization: ViolenceandHealth: Task Force on ViolenceandHealth, Cenevre.

1. \* Dr. Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi. E-posta: ihsan\_eken@mynet.com; ihsan.eken@saglik.gov.tr [↑](#footnote-ref-1)
2. \*\* Doç. Dr., Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, E-posta: burhanettincoskun@osmaniye.edu.tr , mbcoskun94@gmail.com [↑](#footnote-ref-2)