



HİZMET SATIN ALMAYA DAYALI İŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİ UYGULAYAN BİR ÜLKE ÖRNEĞİ: HOLLANDA

Dr. Meral TÜRK
Doç., Ege Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Wim VAN WEELEN
İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Uzmanı, FNV

Avrupa Birliği'nde (AB), işçilerin işçi sağlığı hizmetlerine (İSH) erişimi %5-96 arasında değişmektedir. Erişim oranı işçilerin yaşadığı ülkenin işçi sağlığı hizmetlerinin organizasyonuna ve çalıştıkları işletmenin büyüklüğüne bağlı olarak değişmektedir. Hollanda işçi sağlığı hizmetlerinin verilmesinin zorunlu tutulduğu Avrupa ülkelerinden biridir. İş sağlığı ve güvenliği (İSIG) yasal çerçeve olarak 17 Kasım 1980'de yürürlüğe giren yasal çerçeveye (ARBO-wet) dayanır. ARBO-wet'in uygulanma süreci aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir; ilk olarak özel sektörde uygulanmaya başlanmış, kamuda uygulanmasına 1985'te geçilmiştir. Avrupa Birliği Çerçeve Direktifi (89/391/EEC) Hollanda devleti tarafından "Çalışma Şartları Kanunu" içine yerleştirilmiş ve 1996'dan itibaren, Hollanda'daki işverenlere "belgelendirilmiş" işçi sağlığı hizmetini sağlama zorunluluğu getirilmiştir (1). Tüm işyerleri (işverenler) işyerinin büyüklüğüne bakılmaksızın bu zorunluluğu yerine getirmek zorundadır. İşveren, doğrudan işyerinde sağlık ve güvenlik hizmeti veren bir birim kurabileceği gibi dışarıdan aynı hizmeti veren bir "belgelendirilmiş" kuruluştan hizmet alabilmektedir.

Hollanda işçi sağlığı hizmetleri kapsayıcılık açısından oldukça yüksek oranlara sahiptir: 100 işçiden fazla işçisi olan işyerlerinin %96'sı ve küçük ve orta ölçekli işletmelerin %91'inde bu hizmetler sağlanmaktadır (1).

Hollanda'da İşletmelerde İSIG Hizmetlerinin Organizasyonunun Temel Özellikleri

• Tüm işletmeler mesleki risklerden korunma ve önlemeye ilişkin etkinliklerde bulunmak zorundadır.

• İşverenler ve çalışanlar sağlık ve güvenlik hizmetlerinin organizasyonundan sorumludur. İşletme içinde, sağlık ve güvenlik uzmanlarına gerekli olan başvuruyu yapmak için uygun olan politikada uzlaşmak zorundadırlar.

• İki uygulama / model

1a. İşletme içinde İSIG hizmetini organize etmek.

1b. Dışarıdan hizmet satın almak

2. İşyerine özel uygulama

• İşletmelerin %90'ı dışarıdan hizmet satın almaktadır.

Her iki durumda da yapılması zorunlu olan:

• Hastalığa bağlı devamsızlık ve hasta işçilerin işyeri hekimi tarafından yönlendirilmesine ilişkin politikanın belirlenmesi

• İşe giriş muayenesi

• İşyeri hekimi tarafından periyodik kontrollerin yapılması

• Sertifikalı bir uzman tarafından risk değerlendirilmesinin incelenmesi

İşyerine özel uygulama ("Standart beden" yerine daha çok "ölçüye göre")



• İşletmeye en iyi uyan İSİG etkinliklerinin düzenlenmesi: KOBİ'ler risk değerlendirmesini değerlendirebilecek ve diğer zorunlu etkinlikleri (hasta işçileri yönlendirmek) yapacak sadece bir uzman ile sözleşme yapabilirler (çoğunlukla bir işyeri hekimi); Bu düzenleme maliyeti düşürür.

• 25 işçiden az olan işletmelerde, işveren ya da temsilcisi önleyici (sağlıkçı) işçinin görevlerini üstlenebilir (önleyici işçi zorunlu uzmandan farklı bir kişidir!).

• Önleyici işçinin sahip olması gereken bilgi düzeyi risk değerlendirmesinde saptanan risklere bağlıdır.

• Bu düzenleme ancak işçi konseyi ya da sendikalarla uzlaşma sonucu seçilebilir.

İSİG hizmetlerinin belgelendirilmesi karmaşık bir süreçtir:

• Belgelendirilecek İSİG hizmetleri sözleşmeli olarak 4 sertifikalı uzmana sahip olmalıdır:

1. İşyeri hekimi
2. İş hijyenisti
3. İş güvenliği uzmanı
4. İş & örgütlenme uzmanı

• Resmi bir enstitü (SBCA) sertifika başvuru sürecini belirlemektedir.

• Bu enstitüde, sosyal tarafların önemli bir rolü vardır.

• Enstitü Akreditasyon Kurulu (RvA) tarafından denetlenir. RvA Sosyal İşler Bakanlığı'na bağlıdır.

• Sertifika başvuruları Sosyal İşler Bakanlığı tarafından atanan Sertifika Kurulları tarafından değerlendirilir. Sertifika Kurulları İSİG hizmetlerini sertifikalandırır veya reddedebilir.

Sertifika başvuruları ve prosedüre bazı örnekler:

• Değerlendirme İSİG hizmetlerinin ISO 9001:2000'e uyumu üzerinden yapılır.

• Şikayet bildirimine ilişkin bir prosedür olmalıdır.

• Mesleki bağımsızlık güvence altına alınmalıdır.

• Çalışanın başvurusu üzerine şirket değiştirilebilmelidir.

• İSİG hizmetleri kişisel bilgilerin gizliliğini korumalıdır.

• İSİG şirketi 4 çeşit uzmanı çalıştırmalıdır.

• İSİG şirketleri meslek hastalıklarını resmi olarak belirlenmiş enstitüye bildirmelidir.

• İSİG ni ilgilendiren tüm öneriler aynı zamanda İşçi Konseyi/Sendikalarına gönderilir.

Önleyici hizmetlerde çalışmak zorunda olan 4 uzmanın sertifikasyonu:

• Sertifikasyon Çalışma Koşulları Düzenlemeleri (Çalışma Koşulları Yasası'nın bir bölümü) içinde tanımlanmıştır.

• Tüm uzmanlar resmi olarak gerekli diploma ve niteliklere sahip olmalıdır.

Hollanda, iş sağlığı hizmetlerini dışarıdan satın alma uygulamasını uzun yıllardır uygulayan bir ülkedir. Bu uygulamanın çalışanlar gözüyle nasıl değerlendirildiğini görmek açısından;

Hollanda İşçi Sendikaları Konfederasyonu'nda (FNV Vakcentrale'da) iş sağlığı ve güvenliği uzmanı Wim van Veelen ile birlikte aşağıdaki makale derlenmiştir.

Hollanda aile hekimliği sistemini uzun süredir uygulayan bir ülkedir. İşçi sağlığı hizmetlerinde koruyucu ve tedavi edici hizmetler ayrılmış durumdadır. Bunun uygulamasının nasıl gerçekleştiğini örneklemek açısından ilk olarak Hollanda'da hastalanan bir işçinin ne yaptığı ele alınacaktır.

Hollanda'da sabah uyandığında kendini hasta hisseden bir işçi patronunu arar ve kendini hasta hissettiğini söyler. Hastalığının nedeni sorulduğunda işçinin sessizliğini koruma ve cevap vermeme hakkı vardır. Patronunu aradıktan sonra, çalışan koruyucu hizmet birimini de arar. Böylece hastalık nedeniyle devamsızlığı kaydedilmiş olur. Birkaç gün sonra, hasta olan işçi koruyucu hizmet biriminden ofise, işyeri hekimi ile görüşmeye davet eden bir mektup alır. Hala hasta ise, işçi işyeri hekimine gider ve görüşür. Hasta olan işçi ile işyeri hekimi sağlık durumunu değerlendirirler ve tedavi planı yaparlar. İşyeri hekimi reçete yazamaz. Eğer ilaç ihtiyacı varsa, işçinin aile hekimine gitmesi gerekir, fakat çoğunlukla kısa süreli sorunlarda buna ihtiyaç kalmaz. Çoğu işyeri hekimi koruyucu hizmet biriminin bir çalışanı olarak görev yapar. Koruyucu iş sağlığı servisi, işveren tarafından finanse edildiği ve sözleşme yapıldığı için, çoğu zaman işçinin mümkün olduğunca kısa sürede işyerine dönmelerini sağlamak ister. Bu süreçte işyeri hekimi aktif olarak mesleki sağlık açısından bir sorgulama yapmaz.



İşçi Sağlığı Hizmetlerinin Organizasyonu

İşçi sağlığı hizmetleri, koruyucu hizmetler anlamına gelen “Arbodiensten”, temel olarak belgelendirilmiş bir hizmet olmak zorundadır. Son yıllarda hızlı bir şekilde kapsayıcılık artırılmış ve şu anda hemen hemen tüm işçiler kapsama alınmıştır (2). İşçi başına koruyucu işçi sağlığı hizmeti için 2001’de 127 euro harcanmıştır. 2008’de de ortalama harcama benzer şekildedir. Hizmet, yaklaşık yarısı (%47) medikal veya paramedikal mesleklerden, %15’i farklı alanlardan çalışma koşulları konusunda uzman danışmanlar ve toplamın %38’i de idari ve diğer personel tarafından verilmektedir. Son yıllarda, bu hizmetlerde çalışan uzman sayısı da hızla artış göstermiştir. 100.000 işçi başına düşen iş sağlığı ve güvenliği alanında çalışan uzman sayısı 93 civarındadır.

Hollanda’da işletmeler, iş sağlığı hizmetlerini çoğunlukla dışarıdan, büyük iş sağlığı hizmeti satan şirketlerden almaktadır. Koruyucu hizmet pazarında beş büyük hizmet şirketinin hakimiyeti söz konusudur. Bu beş hizmet şirketi işletmelerin %90’ına hizmet vermektedir. Belgelendirme ise (sertifikasyon prosedürleri üzerinden) daha dar bir grubun, iki sertifikasyon şirketinin (Lloyd’s ve DNV) kontrolündedir. Bu bir şekilde, kalite temelli ayrıntılı prosedürlerle belgelemeye dayanan zengin bir pazar ile sistemi kullananların artan memnuniyetsizliği arasındaki çelişkiyi açıklamaktadır. Büyük işletmeler, kendi işyerlerinde işçi sağlığı hizmetlerini organize etmektedir. Eksik personel ihtiyacı, iş sağlığı yönetim sistemindeki boşluklar “üçüncü taraf” olarak adlandırılabilir sertifikasyon kurumları tarafından doldurulmaktadır. Bu kurumlar geniş bir alanı kapsayan personel belgelendirmesi yapmaktadır: ilkyardım sertifikası, forklift kullanma ehliyeti gibi yüksek riskli işlere ilişkin yetkinlikler veya çevre veya çalışanlar için tehlikelere maruz kalınan işlerde çalışanlara ilişkin yetkinlikler (örneğin pestisid kullanma sertifikası) gibi... Yönetim sistemlerine ilişkin sertifikalar ISO standartlarına dayanır. Taşeron şirketler için özel bir belgelendirme mevcuttur- VCA (Altişverenler İçin Güvenlik Sertifikası). Hollanda şirketlerinin %37’sinin bir veya daha fazla sertifikasının olduğu tahmin edilmektedir. Özellikle, %64’ünün en az

bir sertifikası olan inşaat sektöründe yüksek oranda görülen altişveren bağlantısı net olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşımların sonucu altişveren bağlantısının kurulduğu koşullarda alıcı firmalara sorumluluklarından vazgeçme fırsatı doğmaktadır. Korunmanın, önlemenin gerçekten sağlanıp sağlanmadığına, öne sürülen altişveren koşullarının ne kadar iş sağlığı güvenliği ile bağdaştığına bakmaksızın sadece firmanın sertifikası olup olmadığına bakılması yeterli görülmektedir.

Görüldüğü gibi Hollanda’da işçi sağlığı hizmetlerinin organizasyonu oldukça karmaşıktır. Hollanda, uygulamada yaşanan sorunları değerlendirmek üzere önleyici hizmetlere ilişkin şikayetlerin yapılacağı bir büro kurmuş olan tek Avrupa ülkesidir. Şu ana dek şikayetlerin hiç de az olmadığı görülmekte ve araştırmaların sonuçları endişe verici olarak değerlendirilmektedir. Uygulamada, Hollanda’da işçi sağlığı hizmetleri (Arbodiensten) önlemeye katkıda bulunan fakat aslında bireysel sağlık ve kontrol hizmetinde uzmanlaşmış merkezlerce verilmektedir. İSİG hizmeti verenlerle yapılan sözleşmelerin %90’ından fazlası tamamen ya da çoğunlukla hastalığa bağlı devamsızlığı önlemeye yönelik çalışmalara odaklanmaktadır. Çalışanların bireysel sağlık sorunlarının işyerindeki çalışma koşullarını iyileştirmeyi amaçlayan önleyici bir yaklaşımla ele alınması çok nadirdir (3).

Kapsayıcılık için çaba sarfedilmiş olsa da hizmetlerin niteliği açısından resim pek pembe görünmemektedir. Hollanda, Avrupa içinde en fazla iş stresi, hastalığa bağlı işe devamsızlık ve işe bağlı engellilik oranlarına sahip ülkedir. Bu nedenle şu soru akla gelmektedir: Bu iş sağlığı hizmet birimleri gerçekten çalışanların sağlık ve iyilik halini iyileştirmeye çalışan birimler midir? Son 15 yıldır, Hollanda’da emek pazarından işgöremezlik ya da engellilik nedeniyle dışlanmış olan çok sayıda çalışan bu konuda bir tartışma yürütmektedir (4). İş sağlığı alanında hükümet politikalarının dayandığı nokta sosyal güvenlik üzerindeki maliyet baskısını hafifletmek olmuştur. Bu amaçla: çalışanları maliyetin bir kısmını omuzlamaya zorlamak, maliyet yükünü sigorta sistemlerine paylaşdırmak, işe devamsızlığı azaltmak için finansal müdahaleler, iş sağlığı profesyonellerinin bu konuya öncelikli olarak odaklanmalarını



sağlamak gibi denemelerde bulunulmuş; fakat bu politikalar istenilen sonucu vermemiştir. Hem işçiler hem koruyucu personel için durum giderek zorlaşmaktadır.

Hastalığa bağlı devamsızlık ve işgöremezlik düzeyleri 2000'den 2005 yılına artış göstermiştir. 2005'ten sonra, hastalığa bağlı devamsızlık yavaş yavaş düşmeye başlamıştır. Bu düşüş devamsızlık kayıtlarının daha sıkı tutulmasına ve iş güvencesizliğine bağlı olabilir. İşçiler tamamen iyileşmeden işe erken dönmektedirler. İşçilerin koruyucu hizmetlere olan güveni raporlu olan işçilere yapılan tıbbi kontroller nedeniyle azalmıştır. Hastalanan ya da yaralanan işçilerin işe hızlıca dönmelerini sağlama işyeri koşullarının iyileştirilmesinden daha önde gelmektedir. Sistemin bu yön değişimi koruyucu hizmetlerin etkinlik ve kontrol kriterlerinin geliştirilmesi sırasındaki başarısızlık ile daha da kötüleşmiştir. Korunma giderek daha da çökmüştür...

Hizmetler genellikle koruyucu hizmet şirketi ile yapılan sözleşme doğrultusunda işveren tarafından belirlenmektedir. Hizmetlerin kalite kontrolü de özelleştirilmiş ve sertifikalandırma prosedürleri sosyal partnerlerin dolaylı olarak az bir etki gösterebildikleri bir sürece dayandırılmıştır. Sertifikasyon, birimin gerekli yetkinliğe sahip olması veya iş prosedürlerinin net tanımlanması gibi bazı konularda olumlu etki gösterse de, müşteri memnuniyeti gibi bir değerlendirmeye dayandığında başarısız olmaktadır. Koruyucu hizmetler için "müşteri" düşüncesinin varlığı sağlık ve güvenlik kavramına uygun düşmemektedir. İş sıklıkla birbiri ile çelişen istemlerin var olduğu bir alandır: işverenin kısa vadeli hedeflerince yönlendirilen istemlerine karşı işçinin ve sendikalarının çalışma ortamına ilişkin sağlık politikalarını önceleyen daha kapsayıcı istemleri.

Üçüncü taraf sertifikasyon uygulaması, işverenin istemlerine yeterlilik veren ve korunma uzmanlarını bağımsızlıklarından uzaklaştıran bir uygulamadır. Bu değerlendirme 2003'te Hollandalı araştırmacılar tarafından ortaya konmuştur: "müşteri (çoğunlukla işveren) istemleri ile mesleki sorumluluk arasındaki hassas denge bazı kalite sistemlerindeki müşterinin koşulsuz baskın rolü tarafından bozulmaktadır. FNV'ye göre, işçi sağlığı hizmetleri- müşteri ilişkisi, görüşlerdeki farklılık

mesleksi dürüstlük ile çatışmaya girdiği anda sonlandırılmalıdır (5). İşleyen süreç, kamusal denetimin (kamusal otoriteler tarafından) ve sosyal kontrolün (sendikalar tarafından) çatışmaları sadece sözleşmeler üzerinden çözmeye çalışan Hollanda sisteminde başarılmasının zorluğunu ortaya koymaktadır.

Hollanda'da Meslek Hastalıkları

Son yıllarda yılda 6.000 civarında olan meslek hastalığı bildirimleri, 2008'de 6.952 rakamına ulaşmıştır. İnşaat sektörü bildirim açısından ön sıralarda gelmektedir. Bu inşaat sektöründe işçi sağlığı ve güvenliği açısından toplu girişimlerde bulunulması ve etkili bir özgün ve yönetsel altyapının gerçekleştirilmesine bağlanmaktadır (6).

2008'de işitme sorunları 2.290 tanı (%33) ile en fazla bildirilen meslek hastalığıdır. Tanıların %42'si de duruş ve kas iskelet sistemi bozukluklarına aittir. Son iki yılda, bu sorunlarda %30'luk bir artış olmuştur. Bildiren sorunlarda vücut bölgesi oranlarında da farklılık vardır: bel ve alt ekstremitelere ait sorunlar daha fazladır. İş kaynaklı psikolojik sorunlardan 1.170'i tükenmişlik ve aşırı yüklenme olarak kaydedilmiştir. En fazla psikolojik sorunların uzun süreli işe devamsızlığa neden olan sorunlar olduğu ortaya konmuştur. İş kaynaklı deri hastalıkları ise toplamın %2.7'sini oluşturmaktadır. Deri hastalıklarının içinde de çoğunluğu kontak dermatit oluşturmaktadır. Mesleksi solunum sistemi hastalıklarının (%1.8) son yıllardaki oranı benzer seyretmiştir. Çözücülere bağlı Organik Beyin Sendromu ise 2000 yılından 2008'e kadar anlamlı bir düşüş göstermiş, 50'den beşe inmiştir. Toplamda işe bağlı kanser olgusu 16 olgudur (7).

FNV, meslek hastalıklarının bildirimini düşük olarak değerlendirmekte ve bunun "müşteri" (firma) nin çıkarlarını işyeri sağlık politikasının üstünde tutan sistemin eğilimine bağlamaktadır. 2000'de, koruyucu firmaların yarısından azı en az bir meslek hastalığı bildirmiş ve 2001'de bildiren doktor sayısı ile toplam bildirilen hastalık sayısı yine düşük seyretmiştir. 2000'de yapılan bir çalışma, doktorların meslek hastalıklarını tanıma prosedürleri konusunda gelişme kaydetmeme nedenlerini ortaya koymuştur. Çalışmaya katılan doktorların yarıya yakını bildirim çok zaman alıcı olduğunu belirtmişlerdir (829 doktordan 359'u- %43.3). Ne-



denler hakkında bilgi verilmediği koşulları (%41) dışında tutarsak en sık verilen yanıt bu olmuştur.

İşyeri hekimlerinin dörtte birinden azı (%22.9), bildirim işverene yönelik bir yasal sorunu engellemek için yaptıklarını ifade etmişlerdir. Doktorların beşte biri (%22.9) bildirim kriterleri konusunda fazla bilgileri olmadığını ya da doktorun çalıştığı koruyucu hizmet biriminde genel olarak meslek hastalığı bildirim yapılmadığını belirtmişlerdir (%19.9) (7).

Hollanda sisteminde, sosyal güvenlik herhangi bir hastalığa bağlı işgöremezlik durumunu meslek hastalığından kaynaklanan işgöremezlikten farklı tutmadığı için, doğrudan meslek hastalığı bildirim olmadığı için mağdur olma durumu söz konusu olmaz. Koruyucu, önleyici politika bakışıyla, hastalıkların bildirimini az olması işyeri sağlık sorunları açısından durumun değerlendirilmesi ve önceliklerin belirlenmesi ile çelişmektedir. Hollanda'da bu alandaki kamusal sorumluluğun kalkması ve alanın piyasa seçeneği tarafından doldurulması oldukça olumsuz sonuçlar yaratmıştır.

FNV'nin hizmet satın almaya dayalı sisteme ilişkin eleştirileri sendikal bakış açısıyla Hollanda sisteminin olumsuz yönleri:

1. İşyeri hekimi ticari bir ortamda ve özel sektörle çalışıyor: çoğu "negatif" verileri bildirdiğinde sözleşmelerinin sonlandırılmasından çekiniyor.

2. Aynı şekilde iş hijyenistleri ve güvenlik uzmanları da "müşteri" kaybetmekten çekiniyor.

3. İSİG şirketleri İş Müfettişliği tarafından denetlenmiyor.

4. İSİG şirketleri yeterince bağımsız değiller.

5. Önleyici etkinliklere yeterince dikkat çekilmiyor, çabaların çoğu hastalanmış işçilerin yönlendirilmesine gidiyor.

6. Duruma göre yaklaşımda, bir uzman "her şeyi" yapıyor (becerikli adam).

7. İSİG şirketleri çalışanları ve temsilcilerini yeterince bilgilendirmiyor.

8. Hastalığa bağlı devamsızlığın "demedikaliyasyonu"na ihtiyaç var.

9. Büyük İSİG şirketleri sigorta şirketleri ile bağlantıda. Bu şirketler işyerini güvenli hale getirmekten ziyade sigorta satmakla daha ilgililer.

10. İşverenler İSİG şirketlerinin arkasına saklanarak kendi sorumluluklarından kaçmış oluyorlar.

İSİG hizmetlerinin yeniden

organizasyonuna ilişkin FNV'nin önerileri:

İşyeri hekimi için yeni (ve farklı) bir konuma ihtiyaç var.

Uzun yıllardır işyeri hekimi sendikaların ilgi odağındadır. Örneğin, FNV işçilerin işyeri hekiminden şikayetlerini bildirebilecekleri ulusal bir telefon hattı açmıştır. Bu konuda toplanan veri oldukça önemli olup işyeri hekimlerinin çalışmaları konusunda olumlu bir izlenim vermektedir. Şikayetlerin çoğu kişisel verilerin gizliliği ve doktorların bunları ele alış şekli konusundadır. İşyeri hekimleri, ticari baskı nedeniyle, tıbbi açıdan objektif ve bağımsız davranmanın olanaksız olduğunu kabul etmektedirler.

2008'de, FNV konuyu, sosyal, ekonomik konularda Hükümetin en önemli danışma kurulu olan Hollanda Sosyal Ekonomik Konseyi'nin gündemine getirmiştir. Burada konu işveren federasyonları ile tartışılmış, çok sayıda uzman FNV'nin eleştirilerini desteklemiştir. FNV'ye göre Hollanda'da işyeri hekimi hem hekim hem ticari danışman olarak çalışmaktadır. İşyeri hekiminin temel görevleri:

- Danışmanlık ve hastalık durumunda işe dönen işçileri yönlendirmek,
 - Peryodik sağlık kontroller (Hollanda'da hiç bir zaman tam olarak yapılamayan bir görev),
 - İşletmelere, risk değerlendirmesi, etkin işe devamsızlığı azaltma politikası gibi çeşitli organizasyonel ve yönetsel konularda danışmanlık vermek.
- Çoğu Avrupa ülkesinde "işletmelere risk değerlendirme ve sağlık yönetimi alanında organizasyonel danışmanlık" ve "işçi/hasta danışmanlığı" gibi farklı işler iki farklı hekim tarafından yapılmaktadır. Hollanda'da her iki işi de aynı hekim yapmaktadır.

İşyeri hekiminin işletmelerde yaptıkları işleri işveren sözleşme üzerinden ödemektedir. İşyeri hekimi için serbest piyasada bir iş sözleşmesi, işyeri hekiminin işini "internet-muayenesi" şeklinde ve sınırlı sözleşmeler üzerinden yapması demektir. Bu işyeri hekiminin Tabipler Birliği tarafından verilen mesleki kılavuzlara uygun çalışmaması anlamına gelmektedir. İşyeri hekimlerinin yapması gereken işler sözleşmesinin çerçevesi ile sınırlanmıştır. Burada da işyeri gezileri neredeyse hiç yer almamaktadır. Bu da işyerinde hastalığa yol açacak etmenlerin kimse tarafından ele alınmamasına yol



açmaktadır. Meslek hastalığına yakalanan ya da yakınması olan işçi iyileştiğinde geri dönecek fakat tekrar hastalanma riski yüksek olacaktır. Eğer işçi geri dönmezse, işveren yeni birisini bulacak ve onu aynı şekilde yüksek riskli ya da hastalık yaratan etmenlerin bulunduğu ortama koyacaktır.

Bu durumda ek çalışmalar işverenin istemediği ek harcamalar demektir. Burada hekimin gıyeceği doktor önlüğü değil, pahalı bir işadamı kıyafetine daha çok benzeyecektir. Tüm etkinliklerde (bireysel düzeyde ve kurumsal düzeyde) ödeyen taraf (işveren) doktorlar üzerinde işverenin istekleri doğrultusunda hareket etmesi için baskı uygulayabilir. Bu istekler hasta işçiyi işyerine mümkün olduğunca kısa sürede geri döndürmektir. Kurumsal düzeyde ise; işverenin tepkisi “beni bu kadar çok sağlık ve güvenlik sorunları ile meşgul etme; zaten bu sorunları çözmek çok fazla paraya malolacak” şeklindedir.

Başka bir sorun da şirketlerin işyeri hekimleri tarafından verilen koruyucu ya da düzenleyici önerilere uyma zorunluluğunun olmamasıdır. İşyeri hekimlerinin önerileri yasalar tarafından güçlendirilmemiştir. Önerilerin gerçekleştirilmediği şirketlerin başına hiçbir şey gelmemekte, böylece işveren bu koruyucu önlemlere parasını harcamadığıyla kalmaktadır.

Hollanda’da, bir çalışan hastalandığında, aile hekimi çalışana/hastaya evde istirahat etmesini önerirken, işyeri hekimi “işe gidebilecek kadar sağlıklı” ilan edebilir. Tükenmişlik veya strese bağlı psikososyal hastalık varlığında, sıklıkla bu farklı öneriler gündeme gelir. Aynı zamanda tanılar da farklı olabilir: aile hekimi böyle bir durumda hastaya depresyon tanısı koyarken, işyeri hekimi hastanın kronik bir motivasyon eksikliği olduğu kanısına varabilir (8).

Fransa ve Finlandiya gibi ülkelerde çalışanlar önleyici bir “kontrol/muayene” den geçirilirken (9), Hollanda’da bu söz konusu değildir. Yasalar çalışanların “periyodik muayeneden” geçirilmesi gerektiğini söyleseler de, uygulamada bu muayeneler düzgün bir şekilde gerçekleştirilmemektedir. İşgücünü göreceli sağlıklı tutacak ulusal önlemler ne yazık ki yoktur.

İşverenler işe devamsızlık hızını mümkün olduğunca düşük tutmaya çalışmaktadır. Önleyici hizmetler ile olan temas tamamen buna

odaklanmıştır. Eğer önleyici hizmetler (yani işyeri hekimi) bu isteği yerine getiremezse, işveren diğer bir hizmet şirketini seçebilir. Sözleşmelerin çoğunda Sağlık ve Güvenlik Yasası’na uyum, meslek hastalıklarını bildirme, risk değerlendirmeye dayanan zorunluluklar konusunda hiçbir şey belirtilmemektedir. Bu yönde Hollanda sisteminde ciddi boşluklar vardır.

Çok sayıda çalışma İşyeri Hekimleri Hollanda Federasyonu’nun özel verileri kapsamında çok sayıda şikayet olduğunu ortaya koymuştur (10). İşyeri hekimleri, zorunlu olmasına rağmen işverenle yaptıkları sözleşmenin sonlandırılmasından korkarak meslek hastalıklarını bildirmemektedir.

Hollanda’da yılda yaklaşık 25.000 çalışan meslek hastalığına yakalanmakta, fakat sadece 6.000’i işyeri hekimleri tarafından bildirilmektedir. FNV Sendikası bu değerlendirmeler ışığında, işyeri hekimlerine ilişkin aşağıdaki sonuçları çıkarmaktadır:

- 1) İşyeri hekimlerinin deneyimleri konularından dolayı tıbbi olarak nesnel karar alamadıklarını göstermektedir.
- 2) “Hekim” ve “işletme danışmanı” rolünün aynı kişi tarafından gerçekleştirilmesi zordur.
- 3) İşçi bakış açısı ile müşteri-işyeri hekimi ilişkisi gibi görülen bağlantılar ticari baskı tarafından tehdit edilmektedir.
- 4) Bizzat işyeri hekimleri piyasa kurallarına göre çalışmanın profesyonellik ve nesnellik açısından uyumsuz olduğunu belirtmektedirler.
- 5) Çok sayıda işyerinde işçilerin işyeri hekimlerine rahatça ulaşmaları mümkün olmamaktadır. Sıklıkla, bir “ara kademe yönetici” işyeri hekimini görüp göremeyeceğine karar vermektedir.

İşyeri hekimine yeni bir konum;

Son yıllarda, sosyal güvenlik yasalarında değişiklikler sonucu, işyeri hekimleri daha büyük bir sorumluluk altına girdiler. İşyeri hekimi ve aldığı kararlar işçilerin geleceği (ekonomik açıdan) üzerinde önemli bir etkisi olabilir. Uzun bir hastalık döneminden sonra işçinin başka bir işe geçmesine karar verilebilir. Eğer dönüş bir meslek hastalığı nedeniyle mümkün değilse, işyeri hekiminin hazırladığı dosya, raporlar ve tanısı işçinin mahkemeye gitmesini, davayı kazanmasını sağlayabilir ve işvereni verdiği zararı ödemeye mahkum edebilir.

Bu nedenle, sendikalar işyeri hekiminin yeni bir



konum kazanması gerektiğini düşünmektedir: “İşvereniden bağımsız bir işyeri hekimi”.

FNV'nin görüşü işyeri hekiminin bu “ikili-görev”i yerine getiremeyeceği şeklindedir. İşyeri hekiminin çalışan üzerine odaklanan çalışması ile işletmeye karşı olan danışman rolü birbirinden ayrılmalıdır. İşyeri hekiminin ilk görevi, diğer hekimlerinki ile aynıdır: hasta işçiyi iyileştirmek. Bu görevini yaparken işyeri hekimi bağımsız ve nesnel davranmalıdır. Oysa, işyeri hekimi şimdi piyasanın yükünü omuzlarında taşımakta, sözleşmesinin iptal edilmesi tehdidini üzerinde hissetmektedir. İşveren eğer işyeri hekiminden memnun kalmazsa kolayca değiştirebilir. Böyle bir görev ticari bir sözleşmenin gölgesinde gerçekleştirilemez.

İşyeri hekimi danışman, sağlık&güvenlik hekimi tıbbi bakım veren rolünde;

Şu anda, hasta olan işçi aile hekimine işiyle ilgili sorularında yönelmektedir. Aile hekimlerinin çoğu sık karşılaştıkları soruları yanıtlayabilmektedir. Almanya'da şu anki uygulama bu şekildedir. Daha karmaşık sorular geldiğinde ya da hastalığın işe bağlı nedenlerden kaynaklandığı düşünüldüğünde, hasta işçinin işyeri hekimini görmesi gerekebilir. Bu durumda, aile hekimi işyeri hekimine yönlendirir. Hasta işçi işyeri hekimi ile birlikte çalıştığı yer gezilerek gerekli önlemler alınabilir.

Bu noktada, işyeri hekimi internet ya da e-posta aracılığı ile değil, doğrudan işyerini gezerek gerçek koruyucu hizmeti vermiş olur. Bu koşullarda aile hekimi ile işyeri hekiminin iyi bir işbirliğine ihtiyaç vardır.

Yukarıda tanımlanan yeni “Sağlık ve Güvenlik Doktoru” aile hekiminin yakınında yerleşebilir. İşçi aile hekiminin yakınındaki bir işyeri hekimini seçebilir. Böylece işe bağlı sorunların önlenmesi ve tedavi hizmeti de mevcut sağlık sigortaları tarafından karşılanabilir.

İhmal durumunda, eğer iş kazaları ve hastalıklar ortaya çıkarsa, sorumlu işverenlerden daha yüksek ödemeler istenmelidir.

Kısaca, Sağlık&Güvenlik Doktoru tarafından yapılacak temel işler:

- İşçilerin periyodik kontrollerini yapmak,
- Hastalığa bağlı işe devamsızlık olduğunda danışmanlık ve yönlendirme,

- Konsültasyon ihtiyacı olan işçiyeye konsültasyon yapmak,
- İşyerine yeniden entegre olması için destek olmak,
- Meslek hastalıklarını bildirmek.

Danışman olarak işyeri hekimi;

S&G Doktorunun bireysel destek yönünde aktif olduğu yerde, işyeri hekimi işletmelerdeki sağlık politikasına ilişkin aktivitelere yoğunlaşabilir. Bu işverenle yapılan bir sözleşme üzerinden yapılabilir. İşveren işyeri hekiminin ücretini öder. İşyeri hekimi işletmeye uygun sağlık politikasını uygulamak için örgütsel bir danışman gibi çalışır. Böylece şu konulara odaklanabilir:

- Risk değerlendirmesi ile ilgili etkinlikler,
- Önleyici politikalar konusunda danışmanlık,
- Sağlık gözetim politikaları konusunda öneriler,
- İşçi yeni bir işe girecekse fizik muayenesi.

İşveren için FNV'nin önerileri önemli avantajlar taşımaktadır:

- Bağımsız S&G Doktorları,
- S&G Doktorları ile hasta/işçi arasında daha iyi bir ilişki,
- İşsiz olup işe yeni başlayan genç çalışanların S&G Doktoruna rahat erişimi,
- S&G Doktorunun seçiminde özgürlük.

Son Sözler..

Görüldüğü gibi Hollanda'da iş sağlığı ve güvenliği açısından hedef iş sağlığı ve güvenliği hizmetinin asgari maliyetle gerçekleştirilmesi ve aynı zamanda hastalanma oranının düşürülmesidir. Bir işyeri hekimi, bu beklentiyi karşılamadığında, işverenler gözlerini kırpmadan onu görevinden alıp, yerine, bu zor görevde kendini ispatlamaya hazır başka bir hekimi getirebilme özgürlüğüne sahiptir. İşyeri hekimleri çalışanların çalışma ortamlarını hemen hemen hiç görmemekte, dışarıdan hizmet veren bir hekim olduğu için çalışanların yaptıkları iş ile sağlıkları arasındaki ilişki hakkında bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, sürekliliğini yitirmektedir. Bu hizmetin verildiği yerlerde dahi, işyeri hekiminin sık sık değişmesinden dolayı, çalışanların hekimleriyle sağlıklı bir güven ilişkisi kurmaları zorlaşmaktadır.



Hem aile hekimleri hem de işyeri hekimleri iş koşullarının sağlığa etkileri üzerinde yeterince durmadıkları ve iyi bir işbirliği yapmadıkları için iş kaynaklı birçok sağlık sorunu saptanamamakta ve sağlıkçılar birbirlerinin deneyimlerinden yeterince faydalanamamaktadır. Oysa bu alanda tüm sağlıkçıların işbirliği içinde çalışması, işyeri hekimliğinin sağlık hizmetleri zincirindeki önemini kanıtlayacaktır. Aksi takdirde işyeri hekimi sağlıktan soyutlanmış durumdadır. İşyeri hekimlerinin önerileri yeterince kapsamlı bir yetki zeminine desteklenmemektedir. Çalışanların söz hakkıyla da gereğince baskı uygulanamamaktadır. Bunların sonucunda sağlık hizmetlerine en çok ihtiyaç duyulan işletmelerde hiçbir şey yapılmamaktadır. İş sağlığı ve güvenliği konusunda 'hiçbir şeyin mümkün olmadığı' ve işyeri temsilciliğinin yönetim tarafından ciddiye alınmadığı işletmelerde, iş sağlığı ve güvenliği hakkında alınan kararlarda işyeri temsilciliğine çoğunlukla danışılmamakta; öneriler işçi konseyine ulaşmamaktadır. Hollanda İşçi Sendikaları Konfederasyonu'nun (FNV'nin) da gözlemlediği gibi, bu tür – 'istemeyen' – işletmelerde, iş sağlığı ve güvenliği göz ardı edilmektedir.

Müdahale edilmediği takdirde, Hollanda'da işçi sağlığı ve iş güvenliğinde beklenen sorunlar:

- Yeterli işyeri hekimlerinin olmaması,
- İyi bir eğitim almamış işyeri hekimlerinin çoğalması,
- Hasta işçi, çalışma yeri ve işyeri hekimi arasındaki mesafeyi arttıracak olan araçların çoğalması,
- İş sağlığı konusunda hizmet bekleyen, ancak alamayan ve kendine özgü şikayetleri olan grupların oluşması,
- İşyeri hekimliğinde sürekliliğin azalması ve bunun sonucunda hasta çalışan ile hekim arasındaki güven ilişkisinin yıkılması,
- Sorunları işyerine gelmeden, kendi "firmalarından" çözümlenmeye çalışan işyeri hekimlerinin çoğalması,

- Gelecekte oluşabilecek iş hastalıkları ve risk grupları hakkında bilginin azalması,

- Hastalanma oranının zamanla artması ve maliyetinin yükselmesi.

Tüm bu nedenlerden dolayı köklü bir tartışmanın başlatılması ve gerekli alanlarda işyeri sağlık hizmetlerinin yapısının gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. De Valk M. M. A., Oostrom C, Schrijvers A. J. P; An assessment of Occupational Health Care in the Netherlands (1996–2005), *Occupational Medicine* 2006;56:475–479.
2. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Arbobalans 2002, Arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland, The Hague, 2002.
3. Popma J, Schaapman M, Wilthagen T, The Netherlands: Implementation within Wider Regulation Reform : D. Walters (ed.), *Regulating Health and Safety Management in European Union. A Study of the Dynamics of Change*, Bruxelles.
4. Geurts, Kompier & Gründemann, "The Dutch disease? Sickness absence and work disability in the Netherlands", *International Social Security Review*, vol. 53, no. 4, 2000, pp. 79-103.
5. Van Dijk F, Hulshof C, Verbeek J, Good occupational health practice : concepts and criteria : Finnish Institute of Occupational Health, *Good Occupational Health Practice and Evaluation of Occupational Health Services*, Helsinki, 1999, pp. 22-23.
6. Statistics on Occupational Diseases 2009, Netherlands Center for Occupational Diseases (NCvB), The Coronel Institute for Occupational Environmental Health AMC UvA.
7. Occupational Health/Eastern Europe, <http://www.phc-amsterdam.nl/index.php?hid=4&mid=25&lang=en&PHPSESSID=b98880d2d3adced7f6a67d7da0b5097d>.
7. Netherlands Centrum voor Beroepsziekten (NCB), *Signaleringsrapport Beroepsziekten 2001*, Amsterdam, 2001.
8. Popma J, Schaapman M, Leerzame schadeclaims, *Sinheizer Institute Amsterdam*, 2008.
9. Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2004:5, *Occupational Safety and Health in Finland*, Ministry of Social Affairs and Health, Tampere 2004. ●