



MUZAFFER AKSOY MESLEK HASTALIKLARI SEMPOZYUMU DEĞERLENDİRMESİ*

Dr. Celal EMİROĞLU
Sempozyum Sekreteri

● Tanı sistemlerinin geliştirilmesi, yasal düzenlemelerde çağdaş anlamda gelişme sağlanması, istatistik verilerin öneminin kavranması ve düzenli tutulması yönünde ilerleme amacına yönelik olarak düzenlenen Sempozyum; bu alanda etkin olması gereken; bakanlıklar, SSK, işverenler, sendikalar, üniversitelerde meslek örgütlerini sorunlarının çözümü için biraraya getirmeyi hedefledi.

Dünyada ve Türkiye’de verili durumun kıyaslanması, meslek hastalıkları tanısının önündeki engellerin aşılması, Meslek Hastalıkları Hastane’lerinin sorunlarının belirlenmesi ve çözüm yollarının tartışılması da hedefler arasındaydı.

● Organizasyonu TTB, sekreteryaya çalışmaları ATO İşyeri Hekimliği ve İşçi Sağlığı Komisyonu tarafından yürütülen Ankara’da 13-14 Nisan 2002 tarihlerinde yapılan Muzaffer Aksoy Meslek Hastalıkları Sempozyumu uzun bir çalışma sonucunda dört ayrı konfederasyon (Türk-İş, Hak-İş, DİSK ve KESK) ve iki meslek örgütünün (TMMOB ve Türk Tabipleri Birliği) katılımıyla gerçekleştirildi.

● Sempozyum Sekreteri’nin sunumu ile açılış; TTB (Merkez Konseyi Başkanı Füsün Sayek), TMMOB (Genel Başkan Kaya Güvenç), Türk-İş (Genel Eğitim Sekreteri Salih Kılıç), Hak-İş (Genel Başkan Salim Uslu), DİSK (Yönetim Kurulu üyesi Ali Şahin) ve KESK (Genel Başkan Sami Evren) adına yapılan konuşmalardan sonra, Çalışma ve S.G. Bakanı Yaşar Okuyan’ın konuşmaları ile tamamlandı.

● Dr. Haldun SİRER ve Dr. Engin TONGUÇ’un tarihi belge niteliğinde verdiği "Meslek Hastalıkları Konusunda Neredeyiz? Nerede Olmalıyız?" konulu

konferans ilgiyle izlendi.

Bu oturumda; "işçi sağlığı ve meslek hastalığı nedir ve bugünkü duruma gelinceye kadar nelerin yapıldığı ve nelerin yapılması gerektiği" konuşmacılar tarafından birlikte sunu yapılarak paylaşıldı.

İnsanlığın kendisini mutlu edecek atomu parçalaması, sanayi devrimini gerçekleştirmesi paradoxal şekilde kendisini yapay bir cehennemde bulmasıyla birleşmiş: İş kazaları, meslek hastalıkları ve çevre felaketleri çalışanları ve tüm insanlığı tehdit eder hale gelmiştir. Mesleki zehirlenmeler günümüzde Koler, Veba, Tifo gibi epidemilerle yarışmaktadır (!). Bu "çağdaş" epidemilere cevap veremeyen, adeta şaşırarak sağlık sistemleri yeni organizasyonlar aramaya başlamışlardır: İşçi Sağlığı Enstitüleri.

Enstitülerin ihtiyaç üzerinden tanımı yapılırken 1950’lerde DSÖ’nün klasik işçi sağlığı tanımı da değişmiştir. Artık sadece işçilerin/çalışanların iyilik halini değil, yaşadıkları ortam ile eş ve çocukları, sosyoekonomik durumları da tanım içine dahil edilmiştir. Sadece çalışanın içinde olduğu işliğı değil endüstrinin kirlettiği yakın ve uzak çevre de değerlendirilmeye girmiştir.

İş kazaları ve meslek hastalığında "malûliyet" tanımını gündemi kızıştırırken çalışanların sağlığı konusu daha da derinleşmiş ve "sağlıklı işçiler", "sağlıklı emek", "sağlıklı işyerleri", "kaliteli üretim" tanımlarıyla bütünleşmiştir. Bu geniş ve kapsayıcı söylemler içinde işçi sağlığı ve iş güvenliği tartışmalarına multidisipliner yaklaşımlar egemen olmuştur. Disiplinler içinde hizmetin bir ayağını oluşturan hekimler ise; uzmanlar (iş sağlığı), sertifikalı olanlar, yine ihtiyaç üzere kendini bu alanda bulanlarla beraber akade-



mik kadrodan oluşmuştur. Hizmet verilen organizasyon basamağı ise; birinci basamakta işyeri hekimlikleri, işyeri ortak sağlık birimleri denilen işyeri-işçi sağlığı dispanserleri ve daha büyük kuruluşlar olan enstitülerden üniversitelerdeki işçi sağlığı bilim dalına kadar uzanıyor.

İşçi sağlığı ve onun ana ögesi olan meslek hastalıkları tartışmaları bu alanın son derece özellikli bir alan olduğunu önümüze koyarken hizmetin sunulduğu biçiminin de basamaklandırılmasını kabul eden sağlık hizmeti ihtiyacı kaçınılmaz hale gelmiştir.

Sadece meslek hastalığı tanısında değil aynı zamanda "malûllük" değerlendirmesinde eksper olacak yapılanmalar gerekli hale gelirken, aslında daha çok da bu ihtiyaçtan yola çıkarak ülkemizde SSK Meslek Hastalıkları Hastaneleri kurulmuştur. İşçi Sağlığı Enstitüsü kurma gibi bir görevi olmayan sigortalar böyle bir zorunluluktan dolayı, tazminatlar ile uğraşırken direnç göstermesine karşın kendisini meslek hastalıkları hastaneleri içinde buldu.

Tüm dünyada iş kazaları ve meslek hastalıkları uygarlığın ölçütü olarak alınırken hizmet basamakları çok dağınıktır. Karmaşık bir sistem vardır. Bizde hizmet basamaklarının yetersizliği kadar aralarında koordinasyon da yoktur. Yine SSK'nın, Çalışma Bakanlığı'nın, sendikaların, işverenlerinde alana yaklaşımdaki farklılıklar işçi sağlığı hizmetlerini sönmüştür. Meslek hastalıkları konusunda neredeyiz? Sorusunun cevabı da buradadır.

Bugüne gelene kadar, daha 10.Tıp Kongresinde yine bugünleri de gören tanımlar yapılmıştır. Ancak öncü diyebileceğimiz sınırlı sayıda kişilerin dışında işçi sağlığıyla ilgilenen olmamıştır.

Kadro yok, kalıcı politika yok, direnç çok. Öncülerin yapmış olduğu pilot çalışmalardan ise yararlanan olmadığı gibi kalıcı kurumsal politikalar haline getirecek bir irade de olmamıştır. Çalışmalar kendi dar alanında sınırlı kalmıştır. Örneğin; Zonguldak yöresindeki solunum sistemiyle ilgili meslek hastalıkları dışında değerlendirme yapılmamıştır, geri kalan bölgeler ve iş kollarına yönelinmemiştir. İş kazalarında da durum aynıdır. İşçi sağlığı hizmetlerinin kurulamadığının tipik göstergesidir bu uygulamalar.

Tespit edilmeyen meslek hastalıkları ve iş kazalarından artan fonlar ise yasa dışı olarak başka fonlara aktarılmıştır.

Pnömonyozlar dışında diğer iş kollarında meslek hastalığı tanısı konulamamasının nedeni alt ya-

pı eksikliği kadar yetişmiş kadronun da olmamasıydı. Ama bunu hiçbir zaman SSK yönetimi ve bürokratları anlamadı. Genel anlayış; hastalık sigortası ve tedavi hizmetleriyle uğraşmaktı. Koruyucu sağlık hizmetlerini görevleri dışında görüyorlardı.

Öyle ki; 1972 yılında işçi sağlığı hizmet raporu ILO'ya gönderilince alaycı karşılanmış: Az sayıda meslek hastalığı raporları karşısında ILO, "Bu sağlıklı, güvenli çalışma ortamını nasıl yarattınız" diyebilmiştir, haklı olarak.

1970 yılı başında gelişme gayreti veren İSGÜM ise işyerlerinde sağlık taraması yapmak istediği halde kadrosunda hekimi yoktu. SSK'dan hekim isteyerek bağlantı kurmaya çalışırken, aslında bu bağlantı/ilişkilendirme üzerinden işçi sağlığına koruyucu sağlık hizmetleri getirilmek isteniyordu. "SSK Sağlık Hizmetlerinin İş Hekimliğine Göre Geliştirilmesi Projesi" hazırlandı. SSK bu projeye sıcak bakmadığı gibi içini boşalttı. Bu dirence karşı pozitif baskı unsurları da o dönemde gündeme geldi: İş kazaları ve meslek hastalıkları (sınırlı sayıda tespit edilmesine rağmen) basının dikkatini çekmişti, bazı sendikalar konuya sınırlı da olsa ilgi duydu ve TTB'de aynı yıllarda diğer bir baskı unsuru oldu. Ve SSK bu projeye ilgilenmek zorunda kaldı. SSK 13 bin yataktan 10-15 tane siyle, ikibin hekimden bir tanesini, o da sınırlı zamanda bu işe ayırdı.

Sınırlı da olsa bu olanaklarla işe başlandı. Ortaya korkunç bir tablo çıktı. Pilot bölgelerde yapılan çalışmaların SSK birinci basamak hekimlerine ve işyeri hekimlerine yönelerek yaygınlaştırılması gerekiyordu. Son derece özel olan bu alana yönelik hekim eğitimi de bir ihtiyaçtı. SSK bu hekimlerin eğitimini de üstlenmedi.

Aynı yıllarda Bakanlık ikiye bölündü. SSK Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nda kalırken, İSGÜM ile İş Güvenliği Müfettişleri Örgütü Çalışma Bakanlığı'nda kaldı. Sınırlı ve uzak kurulan ilişkiler de aksadı. Var olan meslek hastalıklarıyla ilgili birimler ile genel sağlık hizmeti veren hastane birimlerinin içiçe geçmesi sakıncalar yaratırken, bakanlıkların da ayrılması ve iç organizasyonların değişmesi iyiden iyiye karışıklık yarattı.

Engellemelerle dar alanlara sıkışmış Meslek Hastalıkları Hastaneleri 1982'ye gelindiğinde sınırlı imkanlarıyla istatistikleri değiştirecek yeni veriler ortaya çıkarttı. Pnömonyozların yanında ve onları gerilerde bırakacak kimyasalların oluşturduğu hasta-



liklar tespit edildi. Ne yazık ki ulaşılan her alanda meslek hastalığı tespit ediliyordu.

Bugün Türkiye'de ne kadar meslek hastalığı var? Sorusunun yanıtını ise kimse bilemez. Çünkü ulaşılamayan o kadar çok işlik var ki!

Tüm bunlara rağmen sendikaların, meslek örgütlerinin içinde bulunduğu organizasyonlar önemlidir. Bu koşulların sürekliliği ise istenendir. Diğer bir yanımız ise kaygı: Acaba işçi sağlığına bu kadar da olsa ilgi sürecek mi?!

Bugüne kadar kişilerin çabalarıyla götürülen, kurumsallaşmayan, kalıcı-sürekli politikaları olmayan bir tarz devam mı edecek? Yoksa kalıcı politikaların oluşmasının baskı unsuru olacak güçlerin yetersiz olduğu ortamda işçi sağlığı yine mi kişilerin niyetleriyle sürüklenecek?

Biz hekimlerin örgütümüzle beraber ne yapacağımız ise belli: Sağlığın bozulduğu, hastalığın ve sağlık probleminin olduğu alanların üzerine gitmeye devam edeceğiz. Varlığımız bunu gerektiriyor.

● Birinci gün yapılan "Dünyada ve Türkiye'de Meslek Hastalıkları" konulu paneli izleyen sayısının azımsanmayacak boyutlarda oluşu ve soru-katkılarla 4 saatlik panel süresi 5 saate uzamış olmasına karşın bu katılımın düşmemiş olması meslek hastalıkları vurgusu konusunda gereksinme ve önemsemeyi göstermektedir. Bu panelde dünyadaki verili durum ile Türkiye'deki verili (!) durum kıyaslanarak yapılan varsayımsal projeksiyonlar meslek hastalıkları sorununun ne kadar sahipsiz olduğunu ortaya koyuyordu.

Ancak konuşmacılar, aynı önemsemenin, bu hastalıklardan doğrudan canı yanan işçiler ve ailelerinde görülmediğini belirttiler. Bu bakımdan bir yandan işyeri hekimlerinin bulgularını işçilerle paylaşması, öte yandan işçilerin de meslek hastalıkları konusunda bilinçlendirilmesi gerektiği üzerinde duruldu.

Toplantıya katılan işçi temsilcileri, işyeri hekimlerinin iş güvencelerinin olmayışına sığınarak ya da çeşitli korkuların etkisi altında, etik kurallara sığmayacak biçimde, işlerinin gereğini yerine getirmediklerinden yakındılar. Başka bir yakınma da, Meslek Hastalıkları Hastaneleri yetkililerinden geldi: Onlar da işyeri hekimlerinin, meslek hastalıklarından kuşulanma ve bunları meslek hastalıkları hastanelerine sevk etme konusunda pek de istekli davranmadıklarını belirttiler. Öte yandan işyeri hekimlerinin, meslek hastalıkları alanında etkin olabilmesi için eğitimlerinin güçlendirilmesi gerektiği üzerinde duruldu; bu alanda daha derinlemesine ve üniversite

düzeyinde katılımlarla zenginleştirilmiş toplantılar yapılması gereği ortaya çıktı.

Son zamanlarda Meslek Hastalıkları Hastanesi gezici ekiplerinin işyeri gezileri yapmaması, meslek hastalıkları ile ilgili saha çalışmalarından vazgeçmesi; hastane polikliniklerinde mesleksi yakınmaların üzerinde durulmaması; yeni yeni hastaların bulunmasında, yalnızca "sevk" edilenlerle sınırlı kalınması da başka bir eleştiri konusudur. Meslek Hastalıkları Hastanelerinin, Türkiye'de görülebilecek tüm meslek hastalıkları ile ilgili tanı koyabilecek laboratuvar olanaklarına sahip olmasına karşın, yine ve yıllardır hep aynı meslek hastalıklarının teşhis edilmesinin kabul edilebilir olmadığı da yöneltlen eleştiriler arasındaydı. Bu bakımdan, hem araştırmacıların, hem işyeri hekimlerinin, meslek hastalıklarının tanı olanaklarından yararlanabilmeleri ve bu olanakların ülkemizde gizli kalmış meslek hastalıklarının ortaya çıkarılmasında yararlanması gerektiği vurgulandı.

Meslek hastalıklarının gizli kalmasının ya da geç teşhis edilmesinin yol açtığı büyük zararlar da konuşmacılar tarafından örnekler ve istatistiklerle ortaya konuldu. Malûliyetlere yol açan ve geri dönüşü olmayan meslek hastalıkları, ülkenin insanını ve ekonomisini büyük ölçüde etkilemektedir. Hele, kısıtlı istihdam ortamının işçilerin, meslek hastalığının ilerleyeceği biline biline çalışma ortamına iade edilmesi kabul edilmesi olanaksız bir olgudur. Sosyal endikasyonla tıbbi endikasyon arasına sıkışan hekimlerin, bu açmazdan kurtarılması için mutlaka önlemler alınması gerekmektedir.

Ayrıca kamu çalışanlarının, esnaf-sanatkarların ve tarım çalışanlarının sağlık-güvenlik sorunları ile ilgilenilmesi gerektiği; bu kesimlerin yasal yollardan meslek hastalıklarına karşı korunmalarının geliştirilmesi gerektiği vurgulandı.

Ülkemizde meslek hastalıkları alanında yayın-kütüphane, alan araştırması- kayıt- istatistik çalışmalarının sınırlı olduğu; bunun hem bulunduğumuz düzeyin bir ifadesi ve hem de gelişme olanaklarımızın sınırlarını vermesi bakımından önemli bir ipucu olduğu üzerinde duruldu; varolan çalışmaların desteklenerek, yenilerinin özendirilmesi gerektiğinin yaşamsal önemi belirtildi.

● Akademik düzlemde yapılan bu panelden sonra, işçi-işveren örgütleri, Çalışma ve S.G.Bakanlığı SSKB ve TTB temsilcilerinin katılımı ile gerçekleştirilen "Meslek Hastalığı Tanı Sistemlerinin Geliştirilmesi Gereklidir?" konulu panel konunun bütünlüklü ele alınmasını sağladı.



Türkiye'de bilimsel öngörülere göre her yıl en az 40.000 yeni meslek hastalığı olgusu tanısı konması beklenirken, bu sayının 1.000'in altında olması, ülkemizdeki meslek hastalıkları ile ilgili temel sorunun meslek hastalıklarının saptanamaması olduğunu göstermektedir. Meslek hastalıklarının saptanması amacıyla:

1- Meslek hastalığı kavramı yerine, daha geniş bir değerlendirmeye olanak sağlamak üzere ilgili hastalık kavramı benimsenmeli,

2- Halen İstanbul, Ankara ve Zonguldak'ta faaliyet gösteren meslek hastalıkları hastaneleri bina, donanım ve insan gücü açısından desteklenmeli,

3- Çalışanların bölgesel dağılımı gözetilerek ivedi olarak yeni meslek hastalıkları hastaneleri açılmalı

4- SSK hastanelerinde meslek hastalığı kuşkusuz duyulan her hastayı değerlendirmek üzere "Meslek Hastalıkları Değerlendirme Kurulu" kurulmalı,

5- İşyeri hekimlerinin meslek hastalığı ön tanısı ile sevk ettiği her olgunun Meslek Hastalıkları Hastanesi'nde değerlendirilmesi sağlanmalı

6- Meslek hastalıkları uzmanlığı teşvik edilmeli ve işyeri hekimleri ile SSK Hastaneleri'nde çalışan hekimlere yönelik olarak meslek hastalıkları ile ilgili mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimi etkinlikleri düzenlenmelidir.

Her iki panel birlikte değerlendirildiğinde:

1- Meslek hastalıkları tanısının önündeki engeller belirlenerek, aşılması yöntemleriyle ilgili tartışmalarda belirli bir olgunluk sağlandı.

2- Bakanlık ve SSKB yetkilileri tarafından; SSKB'na bağlı çalışan Meslek Hastalıkları Hastanelerinin sorunları ve çözüm önerilerinin süratle ele alınması gereken konular arasında olduğu kabul edildi.

3- Çalışma ve SG Bakanlığı adına İş Sağlığı ve İş Güvenliği Genel Müdürü Vedat Reha Mert; yasal düzenlemelerin hazırlanması, HESME projesi, Ulusal İSİG Meclisi, İl laboratuvarları ile destek hizmeti konusunda çalışmalar başlatıldığını ve destek beklediklerini belirtti.

4- SSKB adına Daire Başkanı Gökhan Yıldırım Kaya; Meslek Hastalıkları Hastanelerine işlerlik kazandırılması, hekimlere yönelik standart eğitim modeli oluşturulması konularında çalışmalar başlattıklarını, konu ile ilgili üniversiteler ve meslek örgütlerinden destek beklediklerini belirtti.

● Grup çalışmalarında 4 ayrı konu ile ilgili tartışmalardan sonra grup moderatörlerinin sunumu yapıldı.

Birinci Grupta; "Meslek Hastalıkları Tanımı ve Meslek Hastalıkları Listesinin Güncellenmesi" konusu iki başlıkta ele alınmıştır.

İlk olarak "Meslek Hastalıkları"nın tanımı (definition) ele alındı. İlgili mevzuata (506 sayılı SSK yasasının 11/b maddesi) göre meslek hastalığı, sigortalının; işin niteliğine göre (işyerinde olan bir nedenle), yinelenen (tekrarlanan) bir nedenle, işin yürütüm koşulları yüzünden ileri gelen geçici ya da sürekli bedensel veya ruhsal hastalık, sakatlık ya arıza durumlarına denir.

"Meslek hastalığı" terimi yerine "meslek hastalığı ve/veya işle ilgili hastalık" adlandırılması uygun görülmüştür. Kişilerin kimi kez, gerçekte meslekleri olmayan işleri de yapmak durumunda kaldıkları olgusu, bu genişletici terimi önermenin gerekçesidir.

Tanımda yer alan "Sigortalının" öznesi son derece yetersiz görülmüş, Anayasa'da yapılan değişikliklerde de (md. 51 vd.) sendikal örgütlenme hakkının kapsamı genişletilirken "işçiler" yerine "çalışanlar" değerlendirmesi yapıldığına işaret edilmiştir. Dolayısıyla, meslek hastalıklarının öznesi salt sigortalılar değil, "tüm çalışanlar" olmalıdır. Bu hak tanımını sağlayacak gerekli hukuksal düzenlemeler, SSK Yasası'nın 11/b maddesinden başlanarak yapılmalıdır.

SSK Yasası md. 11/b metninde yer alan "işyerinde bulunan bir etmenle" nitelemesi, günün koşullarında yeterli görülmemiştir. Çünkü esnek üretim gereği, insanların evlerine de iş verilebilmekte, klasik işyeri tanımı genişlemiş bulunmaktadır. Bu yüzden, ".. işyerinde.." yerine, "işin görüldüğü yerlerde" betimlemesi gerekli bulunmuştur.

".. ilgili etmenle yinelenen (tekrarlayan) karşılaşma" olgusu yerine, kimi kez tek bir karşılaşmada bile meslek hastalığı oluşabileceğinden, -örn. meslek bulaşıcı hastalıklar- ".. ilgili etmenle karşılaşma.." biçiminde düzeltme öngörülmüştür.

Meslek hastalıklarının oluşumundan sorumlu yeni etkenler tanımlanmaktadır. Bunların çalışanlar üzerindeki etkileri tümüyle incelenmiş değildir. Dolayısıyla doğrudan bir doz-yanıt ilişkisi kurulması çok zordur. Ayrıca bireysel tepkiler de çok değişik olabilmektedir. Bu yüzden, SSK Sağlık İşlemleri Tüzüğü'nde yer verilen "maruziyet süresi" bilimsel olmayıp kaldırılmalıdır. Bu bağlamda, "yükümlülük süresi" için de net ve bilimsel kuluçka sürelerinden söz etmek olanak dışıdır. Bireysel yanıt farklılıkları bu ölçüt için de geçerlidir. Dolayısıyla bu süre de tanımlanmalıdır. Asıl olan, etken ya da etkenlerle meslek hastalığı arasında neden-sonuç ilişkisinin (causality) ku-



rulabilmesidir. Bu başarıldığında; öznenin, yinelelen karşılaşmanın, maruziyet süresinin, yükümlülük süresinin, MAK değerlerin doğrudan bir önemi kalmamaktadır. Nedensel ilişkilendirmenin yapılabilmesi için, çalışma ortamında ve çalışanların biyolojik materyallerinde ölçümler yapılabilmesine elverecek bir işleyiş ve teknik donanım gereksinim vardır.

Yürürlükteki SSK Sağlık İşlemleri Tüzüğü'nde meslek hastalıkları 5 ana kümeye ayrılmıştır. Benimsenen Liste Yöntemi uygun görülmemiştir. Hızla gelişen üretim teknolojileri karşısında ortaya çıkması kaçınılmaz olan yepyeni patolojilerin, değişimi oldukça zor bir hukuk metni olan Tüzükle dondurulması uygun değildir. Her ne denli SSK Yüksek Sağlık Kurulu eliyle Liste'ye yeni meslek hastalıklarının eklenmesi ilgili mevzuatta olanaklı kılınmışsa da, pratikte bu süreç çok yavaş yürümektedir.

Gerek ILO'nun önerileri, gerekse birçok Avrupa ülkesinde Liste yöntemi terkedilmiştir.

Bu bakımdan, meslek hastalıklarını ve oluşum koşullarını yukarıda özetlediğimiz kapsamda tanımlayan çok kısa bir hukuk metni (yasa, tüzük ya da yönetmelik) yeterli olacaktır. Meslek hastalığı sayılabilecek patolojik durumlar ise, bilimsel metinler olarak Rehberler biçiminde yayınlanmalıdır. İlgili tıp uzmanlık dernekleri gerekli tüm teknik ayrıntıları içeren standart tanı, sağaltım ve izlem rehberleri (guides) hazırlamalı, bu rehberler gereken sıklıkla rahatlıkla yenilenebilmeli ve bir bakanlık genelgesi ekinde yürürlüğe konulmalıdır. Değinen rehberler, meslek hastalığı tanısı koymak, sağaltmak ve izlemek yükümünde olanlar için yol gösterici bilimsel ve bağlayıcı nitelikte metinler olmalıdır.

Bu çerçevede bir stratejinin izlenmesi, ülkede tek bir sağlık sistemini ve tek bir sosyal güvenlik yapılanmasını gerekli kılmaktadır.

Ayrıca, meslek hastalığı bildirimini düzenleyen 506 sayılı yasanın 28. maddesindeki düzenlemeye göre, işyeri hekimi meslek hastalığı kuşkusunu işverene iletmekte, işveren de 48 saat içinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın en yakın birimine bildirmektedir. Bu süre yararsız ve anlamsız olduğu gibi, meslek hastalığını örtme çabalarına da açıktır. Bu gerekçelerle, işyeri hekimi meslek hastalığı kuşkusunu derhal en yakın SSK ya da Meslek Hastalıkları Hastanesine bildirebilmeli ve işverene bilgi sunmalıdır.

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları'nın kararlarının işçi için olduğu gibi işveren için de bağlayıcılığı benimsenmelidir. Bu durum, meslek hastalıkları-

nın oluşumu ve tanısının konulması sürecine ciddi katkı sağlayacaktır.

İkinci grupta; "Çalışma Ortamında Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Organizasyonu" konusu tartışıldı.

Uzlaşa sağlanan konular:

1- Her çalışan işyeri sağlık hizmeti alabilmeli ve bu hizmet devlet tarafından verilmeli,

2- Multidisipliner yapılanmaya gidilmesi gereken iş sağlığı hizmetinde; disiplinlerin görev tanımı yapılmalı,

3-Organizasyonda lokal koşullar ve yerleşim merkezlerine yakınlık dikkate alınarak; organize sanayi bölgeleri, işyeri ortak sağlık birimi ve işçi sağlığı panserleri ile ilgili yapılanmalar netleştirilmeli,

4- Disiplinlerin bilgi eksikliklerini giderici çalışmalar sürekli kılınmalı,

5- İş sağlığı hizmetlerinin finansmanı işverenler katkısı ve SSK primleriyle karşılanmalıdır.

"Meslek Hastalıkları Sorunu ve Sendikal Görevler" konusunun tartışıldığı üçüncü çalışma grubunda meslek hastalıkları, "geniş anlamıyla işçi sağlığı alanında sendikalara ne tür sorumluluklar / görevler yüklenmektedir ve sendikalardan beklentiler nelerdir?" gibi çözüm önerileri öncelendi.

Çalışanların örgütlü gücü olan sendikaların "İşçi Sağlığı İş Güvenliği" alanında önemli bir taraf olduğu tespitinden hareketle sendikaların önemli görevler üstlenmesi gerektiği dile getirildi. Mevcut durumun değerlendirilmesinde ise sendikaların kendilerinden beklenen görevleri yerine getirmediği/getiremediği tüm katılımcı sendika temsilcileri tarafından kabul edildi.

1980'li yıllar ile birlikte yaşama geçirilen ekonomik politikalar (serbest piyasa ekonomisi, özelleştirmeler, esnek üretim organizasyonu vb.), yaşanan ve yaşanmakta olan siyasal süreç (12 Eylül ve sonrası) ile işsizlik ileri boyutlara ulaşmış, reel ücretlerde ciddi düşüşler yaşanırken sendikasılaştırma politikaları egemen olmuştur. Tüm yaşananlar sonucu sendikalar ayakta kalma/yok olma mücadelesinde işçi sağlığı ile ilgili görevlerini ihmal etmişler yerine getirememişlerdir. İşçi sağlığı gündemden düşmüş geri planda kalmıştır. Reel ücretlerin korunması ve örgütlenme çalışmaları sendikaların mücadelesine damgasını vurmuştur. Yapılan bu saptamalar ışığında:

1- Çalışanların sağlığını kimler, hangi etkenler bozmaktadır,

2- Toplu İş Sözleşmelerinde işçi sağlığında daha



etkin nasıl olunur,

3- Çalışanların işçi sağlığı alanındaki eğitimlerinde sendikalar nasıl bir sorumluluk üstlenmelidir.

4- Çalışanların sağlığını kimler, hangi etkenler bozmaktadır gibi ana başlıklar tartışıldı ve görevler çıkarılmaya çalışıldı.

İSİG ile ilgili maddelerin ücretler kadar önemli olduğu belirlenmesi yapılarak, Toplu İş Sözleşmelerinde belli standartların oluşturulması için bir çalışma yapılması ve iş kolları düzeyinde oluşturulacak standartların işyerlerine uyarlanması esnasında zenginleştirilmesi ilkesi benimsendi. Bu çalışmalar esnasında TMMOB ve TTB ile işbirliği ve meslek birliklerinin desteğinin alınması konusunda hemfikirlik oluştu.

Çalışma ortamlarındaki çeşitli zararlı fiziksel, kimyasal etkenlerden, çalışanların aldıkları ücretlere kadar bir dizi etkenin çalışanların sağlığını bozduğu saptaması yapıldı ve esas olarak çalışma ortamlarının sağlıklı olması konusunda sorumluluğun işverenlerde olduğu, sendikalar ve işyeri temsilcilerinin de duyarlı davranması belirlenmesi yapıldı.

Çalışanlara verilecek eğitimlerin belli standartlarda olması (Erişkin eğitim tekniklerinin uygulanması, yasak savar özellikte olmaması vb.) benimsendi ve buradan hareketle hem sendikalarda hem de işyerlerinde verilecek eğitimlerin önemi vurgulandı. İşyerlerinde verilen eğitimlerde işyeri hekimi ve İşyeri Sağlık Birimi ile işbirliğinin yapılması benimsendi. İşyerlerinde "Sağlıklı İşçi" yetiştirilmesine ayrı bir önem ve vurgu yapıldı.

Çalışanların bilme, bilgilenme hakkı noktasında her çalışanın işe başlamadan önce hangi koşullarda çalışacağı, çalışma ortamında sağlığını etkileyebilecek risk etmenleri konusunda bilgilenme hakkını kullanması ve bunu işverenden talep etmesinin önemli tüm katılımcılardan destek gördü.

Sendikaların işçi sağlığı alanındaki çalışmalarında yalnız bırakılmamaları, meslek birliklerinin işbirliği ve desteğinin sürdürülmesi, bu bağlamda genel merkezler düzeyinde işbirliği ile birlikte illerde de işbirliğine gidilmesi benimsendi.

Dördüncü grupta; "Meslek Hastalıklarında Kayıt Tutma, Veri Toplama ve İstatistiki Değerlendirme Yöntemleri" tartışıldı.

İşyerlerinde iki tip veri tabanı kullanılmalıdır:

1- İşyeri hasta takip programı veri tabanı: Bu veri tabanı ile işyeri sağlık birimine hasta olarak gelen

işçilerin sağlık ve hastalık durumlarının takip edilmesi amaçlanmalıdır. Bu veri tabanındaki bilgiler deontolojik olarak sadece hekimin kullanımına açık olmalıdır,

2- İş sağlığı yönetim sistemi veri tabanı: Bu veri tabanında bulunması gereken parametreler şunlar olmalıdır,

3- Çalışanın sağlık parametreleri,

4- Çalışanın sosyal parametreleri,

5- İşyerindeki çalışma ortamlarının bütün çevresel özellikleri,

6- İşyerindeki çalışma ortamının ergonomik özellikleri,

7- İşyerindeki sağlık riskleri ve parametreleri,

8- İşyerinin yönetsel parametreleri,

9- Çalışanların yıl sonu performans ve sağlık durumunu gösteren parametreler.

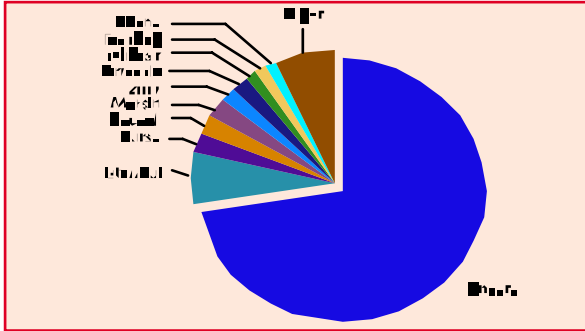
● Sempozyuma kayıtsız katılımcıların yanısıra 212 katılımcı kayıt yaptırarak katıldı (Tablo-1, Grafik-1). Yazılı ve sözlü bildiri kabul edilmeyen sempozyuma katılım için ücret alınmadı.

Katılımcıların illere göre dağılımı Tablo-1'de incelendiğinde; en fazla 154 kişiyle (%72.6) Ankara'dan, 13 kişiyle (%6.1) İstanbul'dan katılım olduğu gözlemlenmektedir. Bursa, Kocaeli, Mersin, İzmir, Kırıkkale, Balıkesir, Tekirdağ, Adana, Antalya, Batman, Bilecik, Bolu, Çankırı, Denizli, Edirne, Eskişehir, Mardin, Sivas ve Zonguldak illerinden gelen toplam 45 kişi sempozyuma katılmıştır.

Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı incelendiğinde (Tablo-2, Grafik-2); en fazla katılımcı grubunun 123 kişiyle (%58) tıp doktorları olduğu, daha sonra sırası ile 33 kişi (%15.6) işçi ve sendika-

Tablo-1: Katılımcıların illere göre dağılımı

Katıldığı il oran	Katılımcı sayısı	% oran
1. Ankara	154	72.64
2. İstanbul	13	6.13
3. Bursa	5	2.36
4. Kocaeli	5	2.36
5. Mersin	5	2.36
6. İzmir	4	1.89
7. Kırıkkale	4	1.89
8. Balıkesir	3	1.42
9. Tekirdağ	3	1.42
10. Adana	2	0.94
11. Diğer	14	6.60
Toplam	212	100.00

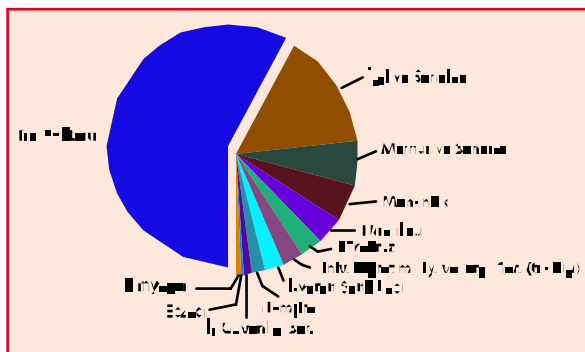
Grafik-1: Katılımcıların illere göre dağılımı

ci, 12 kişi (%5.7) memur ve sendikacı, 11 (%5.2) mühendis, 8 (%3.8) hukukçu, 6 (%2.8) bürokrat ve 6 (%2.8) tıp dışı üniversite öğretim veya araştırma görevlisinin sempozyuma katıldığı belirlenmiştir. Ayrıca değişik meslek gruplarından oluşan 13 kişinin de sempozyum katılımcıları arasında olduğu gözlenmiştir.

Sempozyuma katılan 123 tıp doktorunun branşlarına dağılımı (Tablo-3, Grafik-3) incelendiğinde; işyeri hekimi 57 kişinin (%46.3) ilk sırada olduğu,

Tablo-2: Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı

Katılımcının mesleği	Katılımcı sayısı	% oran
Tıp Doktoru	123	58.02
İşçi ve sendikacı	33	15.57
Memur ve sendikacı	12	5.66
Mühendis	11	5.19
Hukukçu	8	3.77
Bürokrat	6	2.83
Ün.Öğretim Üy. ve Ar.Gör. (Tıp dışı)	6	2.83
İşveren ve sendikacı	5	2.36
Hemşire	4	1.89
İş Güvenliği Sorumlusu	2	0.94
Eczacı	1	0.47
Kimyager	1	0.47
Toplam	212	100.00

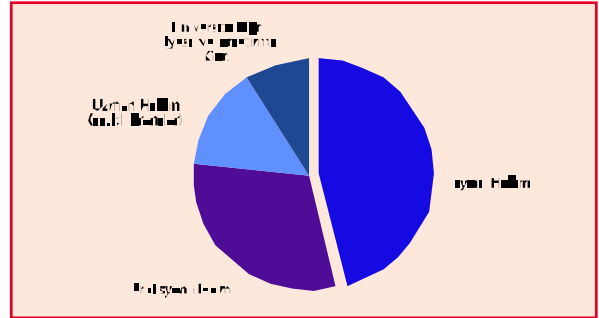
Grafik -2: Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı

daha sonra sırasıyla 37 pratisyen hekim (%30,1), çeşitli branşlardan 18 uzman hekim (%14.6) ve üniversite öğretim üyesi ve araştırma görevlisi 11 kişinin (%8,9) katıldığı belirlenmiştir.

Sempozyum; bu alanda etkin olması gereken Çalışma ve S.G.Bakanlığı ve SSK Başkanlığı, işçi ve işveren sendikaları, üniversiteler ve meslek örgütleri-

Tablo-3: Tıp doktorlarının branşlarına göre dağılımı

Kongreye katılan tıp doktorları	Katılımcı sayısı	% Oran
İşyeri Hekimi	57	46.34
Pratisyen Hekim	37	30.08
Uzman Hekim (çeşitli branşlar)	18	14.63
Üniversite öğretim üyesi ve Araştırma görevlisi	11	8.94
Toplam	123	100.00

Grafik -3: Tıp doktorlarının branşlarına göre dağılımı

ni sorunun çözümüne yönelik bir araya getirdi.

Çalışma ve S.G. Bakanlığı ve SSK Başkanlığı üst düzeyde katılım sağlarken, kurumsal yapıları içerisinde katılımı teşvik etmedikleri gözlemlendi.

Meslek hastalıklarının birincil mağduru olan işçi ve memur sendikalarından katılım beklenen düzeyde (%21.2) gerçekleşemedi.

En fazla katılımcının başta işyeri hekimleri olmak üzere tıp doktorlarından oluşması (%62) dikkat çekiciydi.

Sempozyum amaç ve hedeflerine uygun olarak tamamlandı ve dilek ve önerilerle kapatıldı.

*Bu değerlendirmeye katkı sunanlar: Dr. Levent Koşar, Prof. Dr. Gürhan Fişek, Yrd. Doç. Dr. Kayıhan Pala, Prof. Dr. Ahmet Saltık, Dr. Sedat Abbasoğlu, Prof. Dr. Hilmi Sabuncu, Dr. Cenap Yıldırım. ●