

DERLEME**MESLEK HASTALIKLARININ TESBİT EDİLEMESİNİN NEDENLERİ VE DOĞURDUĞU SONUÇLAR***Ö.Kaan KARADAĞ*, İbrahim AKKURT*, Nihat ERSOY****GİRİŞ**

Meslek hastalıklarının erkenden tespiti, yeni meslek hastalıklarının ortaya çıkmasını engelleyeceği gibi, hastanın yaşamını tehdit edici ortamdan erkenden izolasyonunu ve kişinin daha fazla zarar görmeden erken tedavisinin de sağlanmasına olanak sağlayacaktır. Bu durum tedavi maliyetlerinin düşürülmesi, hastalığın gelişimine neden olan işyeri koşullarından sorumlu kişi ve kurumların eğitilmesi ve bunlara yönelik yasal yaptırımların getirilmesi için de gereklidir. Türkiye'de gerek işveren gerek işçi sendikaları; gerekse de akademik ve bilimsel çevrenin konuya hakettiği ilgiyi gösterdiği söylenemez. Ancak varolan durumdan işçiden sonra en fazla zararı gören Sosyal Sigortalar Kurumunun da halen bir tepki vermemesi ve bu konuda zaman kaybetmeden gerekli düzenlemelere gitmemesi de anlaşılabilir gibi değildir. Bu yazıda meslek hastalıklarının tespit edilememesinin ve/veya ettirilmemesinin nedenlerine kısaca değinilecek ve bunun doğurduğu sonuçlar irdelenmeye çalışılacaktır.

MESLEK HASTALIKLARININ DÜNYADA VE ÜLKEMİZDEKİ GENEL DURUMU

Meslek hastalıkları, işyeri ortamında bulunan faktörlerin etkisiyle meydana gelen hastalıkların genel adıdır. En temel özelliklerinden biri alınacak güvenlik önlemleriyle kesin korunulması mümkün hastalıklar olmasıdır (Bilir N., 1995). Çalışma hayatındaki birçok konu gibi meslek hastalıklarında da temel değerlendirme kaynağımız SSK istatistikleridir. Bu istatistiklerin sadece SSK kapsamında sigortalı olanlar için hazırlandığı, örneğin Bağ-Kur, Emekli Sandığı kapsamındaki çalışanların ve sigortasız işçilerin durumlarının bu istatistiklerde yer almadığı da unutulmamalıdır. Ayrıca, işverenlerin ödedikleri primin artmaması için çoğunlukla meslek hastalıkları ve iş kazaları ile ilgili

bildirimde bulunmamaları; işçilerin öncelikli istemlerinin sağlıklı iş ortamından çok işsiz kalmamak olması nedeniyle şikayette bulunmamaları bu istatistiklere yaklaşırken çok daha kuşkucu olmamızı gerektirmektedir.

1987-1992 yılları arasında yapılan SSK istatistiklerinde (Tablo 1); kömür madencililiği ve dokuma sanayinde tespit edilen meslek hastalıklarının bu süre içerisinde arttığı görülmektedir. Ancak ağaç ve mamülleri, ecza ve kimyevi madde sanayi, elektrikli makine ve cihaz malzemeleri sanayi, makine imalatı ve tamirata sanayi gibi alanlarda tespit edilen meslek hastalıklarının ise düştüğü görülmektedir. Aynı tabloya ekli olan son iki satırda görülen bir yıllık patlamalarda yüksek olasılıkla anlık ilgilenmeleri tanımlanmaktadır. Bu artışın gayretli bir işyeri hekimi, Çalışma Bakanlığı ilgili birimleri veya üniversitelerin birkaç işyerini kapsayan çalışmalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. İleri sürülen bu görüş istatistiki değerlendirme tekniklerinden uzak diye eleştirilebilir. Ancak ülkemizde birkaç işkolunda iş güvenliği kurallarına uyulmamaya başlandığı için yıllar içinde meslek hastalıklarında artış görüldüğünü, diğer birkaçında ise bunun tersinin yaşandığını savlamak tekniklere uygun olsa bile bizce olanaklı görülmemektedir.

Üçüncü dünya ülkelerine yatırım yapan şirketlerin kazancı şimdiye kadar daha çok ucuz iş gücüyle ve son zamanlarda ek olarak çevre duyarlılığı olmadan yatırım yapmanın düşük maliyeti ile tartışıldı. Geri bırakılmış ülkelere "lütfedilen" işkolları incelenecek olursa yatırım yapılan ülkenin geleceğine ve insanının sağlığına ayrıca bir saldırı da gözden kaçmamalıdır. Uluslararası sermaye kuruluşlarının ödemek zorunda kalacakları yüksek tazminatları düşünerek ve meslek hastalıkları-iş kazalarının tespiti konusunda geri bırakılmış ülkelerdeki duyarsızlığı değerlendirilerek iş kazaları meslek hastalıkları açısından riskli olan işkollarını gelişmiş ülkelere geri bırakılmış ülkelere kaydırıldığı görülmektedir. Dokuma işkolu, kim-

* SSK Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi

Tablo 1: Türkiye'de Bazı İşkollarına Göre Meslek Hastalıklarının, 1987-1992 Yılları İçinde Dağılımı

		1987	1988	1989	1990	1991	1992
Kömür Madenciligi	İşçi Sayısı	67,470	72,625	98,178	86,234	106,231	105,574
	M.H. Sayısı	94	53	79	498	500	554
	10.000'de	13.93	7.29	8.04	57.74	47.06	52.47
Dokuma Sanayi	İşçi Sayısı	200,909	225,668	193,430	214,063	190,518	216,828
	M.H. Sayısı	3	7	8	21	25	33
	10.000'de	0.15	0.31	0.41	0.98	1.31	1.52
Ağaç ve Kiy. Mad. San.	İşçi Sayısı	36,794	41,982	45,180	45,829	62,947	54,120
	M.H. Sayısı	10	10	12	7	7	5
	10.000'de	2.71	2.31	2.62	1.50	1.11	0.92
Ecza ve Kiy. Madde San.	İşçi Sayısı	58,158	63,462	62,064	65,692	53,385	58,251
	M.H. Sayısı	96	121	150	75	58	54
	10.000'de	16.50	19.06	24.16	11.41	10.86	9.27
Elekt.Mak. ve Cihaz Malz.San.	İşçi Sayısı	45,373	44,675	44,048	52,479	50,671	49,657
	M.H. Sayısı	96	107	132	52	44	42
	10.000'de	21.15	23.95	29.96	9.90	8.68	8.41
Mak.İm.ve Tamirat Sanayi	İşçi Sayısı	90,666	107,446	104,136	115,045	103,889	105,397
	M.H. Sayısı	96	72	89	28	34	35
	10.000'de	10.58	6.70	8.51	2.43	3.27	3.32
Hukuk Tic.ve Tekn.Hizm.	İşçi Sayısı	136,152	173,545	192,833	202,786	221,212	237,183
	M.H.Sayı	3	1	1	11	1	4
	10.000'de	0.22	0.04	0.05	0.05	0.04	0.16
Ardiye ve Antrepolar	İşçi Sayısı	12,840	13,884	14,853	17,823	17,303	17,317
	M.H.Sayı	12	5	6	4	2	0
	10.000'de	9.31	3.60	4.03	2.24	1.15	0

yasal madde üretimi, metalden eşya imalatı ve akü imalatı gibi ülkemizde hızla gelişen işkolları meslek hastalıkları ve iş kazaları açısından yüksek riskli kabul edilmektedir. Örnek olarak Kuzey ABD'nde 1973 yılında Merchan'ın yaptığı çalışmada dokuma sanayinin en az etkilenen bölümlerinde çalışan işçiler içinde dahi % 2 sadece Bisinosis prevalansı tespit edilmiştir. İşçinin çalıştığı bölüme göre bu oran % 38'e kadar tırmanmaktadır. Ülkemizde ise tablo 2 incelenecek olursa 1996 yılında 455.937 dokuma işçisinde toplam meslek hastalığı vakası sadece 22'dir.

Başka bir örnek vermek gerekirse Emil J. Bandana'nın çalışmasında tüm erişkin astım vakalarının % 2'si ile % 15'inin işyeri ortamıyla ve ortamdaki tetikleyici ajanlarla ilgili olduğu açığa çıkmıştır (Bandana E.J., 1997). Gerek Bisinosis ve mesleki astım ve gerekse tek tek diğer meslek hastalıkları ile ilgili net sayılara ulaşmak bugünkü SSK istatistikleriyle mümkün değildir. Ancak 1977-1992 yılları arasında yapılan 1992'den sonra bırakılan, hastalıklar bazındaki istatistikler ipucu verebilir. 1992 yılında rastlanan Bisinosis ve astım vakaları sayısı sıfırdır. Bu on beş yıl boyunca tespit edilen toplam Bisinosis vakası 22 ve toplam mesleki astım vakası 35'tir (Ercan C., SSK İstatistik Yıllıkları).

Genel durum tespiti açısından belirtmeliyiz ki Polonya'da 1987 yılında 9.845 meslek hastalığına rastlanmış (milyonda 783), 1978 yılında Yugoslavya'da meslek hastalıkları sıklığı % 0.1 olarak bildirilmiştir (Indulski J., Kowaski Z., Baranski B., 1990, Aktuğ G., 1984). Türkiye'de her yıl 1.200 dolaylarında meslek hastalığı tanısı konduğu ve bu sayının Almanya'da 40.000 ABD'nde 400.000 dolayında olduğu ülkemizdeki klasik referans kitaplara da geçen bir bilgidir (Bilir N., 1996). Örnek olarak verilen tüm değerlerin ülkemizden çok daha iyi iş sağlığı koşullarına sahip ülkelere ait olduğu dikkate alınacak olursa sorunun ne kadar büyük ve acil çözümlenmesi gereken bir sorun olduğu belirginleşmektedir.

MESLEK HASTALIKLARININ TESPİT EDİLEMESİNİN BAŞLICA NEDENLERİ

Meslek hastalıklarının saptanması, iş güvenliği kurallarının, kuralları uygulayacak sorumluların ve uygulanmasını denetleyen mekanizmaların tanımlanarak, kurallara uyulmaması durumunda yaptırımların belirlenmesi gibi doğrudan meslek hastalıkları ile ilgili hukuki mevzuat sanılanın aksine ülkemizde işçi lehinedir. Ancak, birçok alanda olduğu gibi iş sağlığı konusunda da hukuki mev-

Tablo 2: Türkiye'de 1996 Yılında SSK'na Bildirilenle Sınırlı Olmak Üzere Dokuma Sanayinde ve Tüm İş Kolları Toplamında Meslek Hastalıkları Sayısı ve Sıklığı (SSK Yıllığı, 1996)

	Sigortalı İşçi Sayısı	Tespit Edilen Meslek Hast.	(Milyonda)
Dokuma Sanayi	277,913	3	10.7
Giyim ve Hazır Dok.San.	278,024	19	68.3
Toplam Dok. San.	555,937	22	39.5
Toplam Sigortalı	4,624,330	1.115	241

zuat çeşitli etkenler nedeniyle pratiğe yeterince yansımakta, kağıt üstünde tozlu raflarda beklemektedir. Bu etkenlerin hekimlikle ilgili olan ve bizce temel oluşturanları şunlardır:

- 1) Klasik tıp eğitimi sırasında meslek hastalıklarına çok az yer verilmesi,
- 2) Hekimlerin çoğunun bir hastada meslek hastalığı tespit etse bile idari anlamda ne önereceğini bilmemesi,
- 3) İşyeri hekimlerinin temel kavramlar dışında meslek hastalıkları konusunda yeterince bilgilendirilmeksizin sertifikalandırılması,
- 4) Meslek hastalıkları uzmanlığının halen temel uzmanlık dalı olarak tanımlanmamış olması,
- 5) Meslek hastalıkları konusunun üniversiteler ve diğer araştırma kurumlarında yeterli ilgiyi görmemesi,
- 6) Meslek hastalıkları hastanelerinin yeterince tanınmaması,
- 7) Geçen zaman içinde bu hastanelerin birer eğitim ve araştırma enstitüsüne dönüştürülmemesi, bu hastanelerin çalıştırılmaması için her türlü girişimin meşru kılınması,
- 8) İş güvenliği kural, yönetmelik, yönerge ve kanunların uygulanmasını denetleyecek etkin mekanizmalarının işletilememiş olması,
- 9) Ülkemizde denetim mekanizmasında yeterince eleman olmaması, özellikle de hekim eleman olmaması.

Sayılan ve ayrıntılandırılırsa daha da uzayabilecek olan bu listedeki nedenlerle çalışma çağındaki insanlarımız aslında mesleğinden kaynaklanan ancak meslek hastalığı olarak tanı almayan hastalıklar sonucu ölmekte veya iş göremez düzeyde malul olmaktadır.

MESLEK HASTALIKLARININ TESPİT EDİLEMESİNİN GENEL SONUÇLARI

Özellikle çalışan nüfusun uğradığı erken ölüm ve maluliyetlerin ekonomik ve sosyal çöküntüye olan etkisini hatırlatmak bile gereksizdir. Ancak güncelliği açısından sadece sigorta kurumu için bu çökertici etkiyi şöyle tanımlayabiliriz.

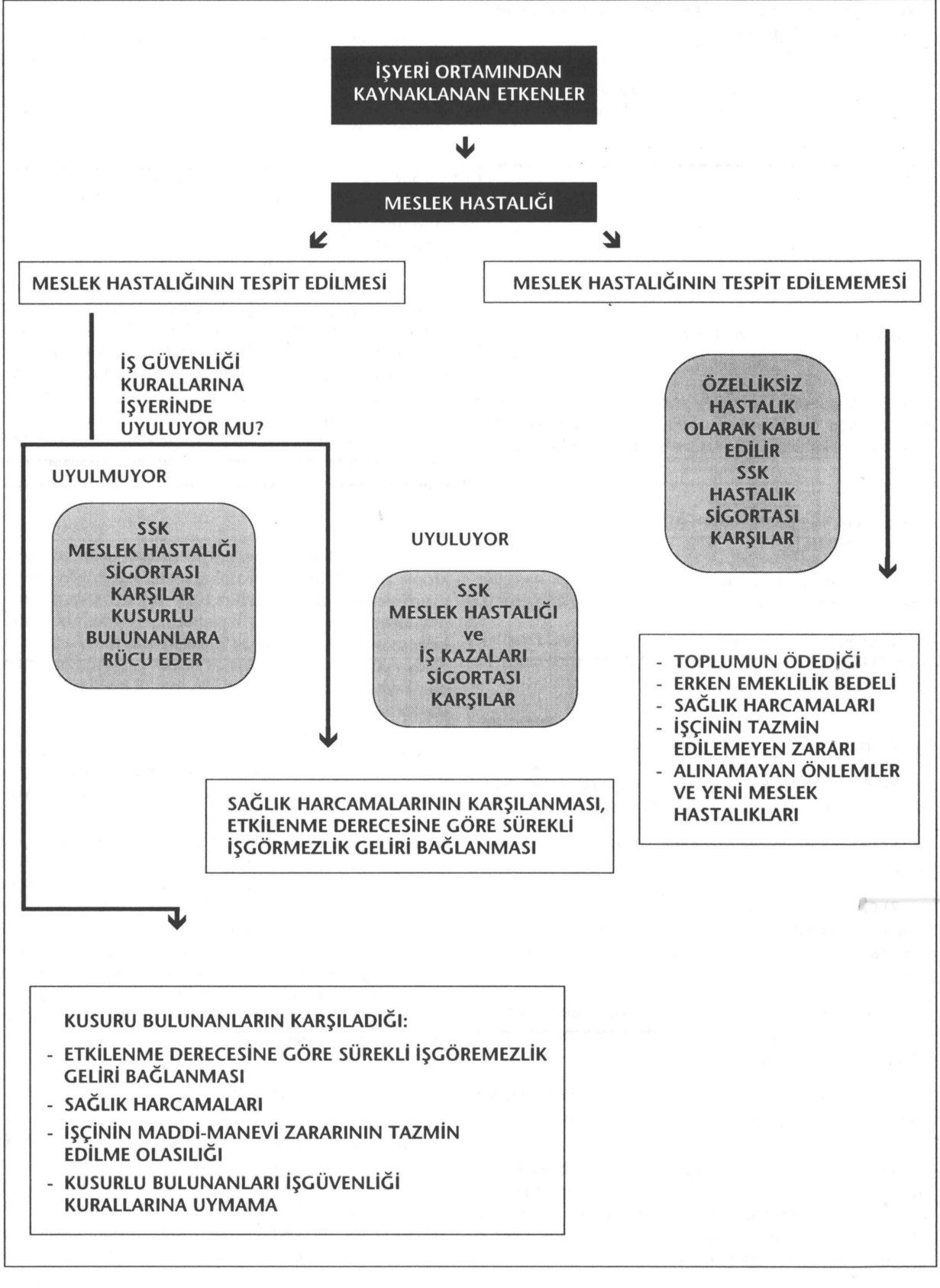
SSK 6 ayrı sigorta dalında çalışmalarını sürdürmektedir. Bu dallar arasında en eski ve temel olduğunu düşündüğümüz sigortacılık alanı iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortasıdır. SSK bu sigortayı, işin risk derecesine göre işverenin ödediği primlerle karşılar. İşin risk derecesi işverenin işle ilgili iş güvenliği kurallarına, periyodik muayene ve işe giriş muayeneleri kurallarına uyacağı ön şartıyla hesaplanır. Her sigorta kurumu gibi SSK da, sayılan şartlara uyulmaması durumunda sigortalının uğradığı zararı sorumlusuna ödetir. İş güvenliği kurallarına uyulmayan bir işyerinde meslek hastalığına yakalanan işçinin tüm sağlık ve maluliyet harcamaları işverene rücu edilir. Ancak bunun için ön şart hastalığın meslek hastalığı tanımını almış olmasıdır. Yakalanamayan meslek hastalıkları normal hastalıklar gibi değerlendirilerek SSK tarafından karşılanmaktadır.

Örneğin; Bisinosis nedeniyle ortaya çıkan amfizem, kronik bronşit veya kimyasal etkenler nedeniyle gelişen astım vakalarında işverenin tüm sağlık harcamalarını, maluliyet harcamalarını karşılaması gerekirken bu hastalıklar meslek hastalığı olarak tanı alamazsa tüm harcamalar SSK'ya yüklenmektedir. Ayrıca işçinin çalıştırıldığı ortamdan kaynaklanan hastalıkları için maddi manevi tazminat davası açabilme hakkı da ortadan kalkmaktadır. İstatistiklere dökülmeyen bu rakamlar kurum harcamalarında bizce dikkate değer bir ağırlığı oluşturmaktadır. İsrarla tekrarlamak istiyoruz ki uygunsuz iş koşullarının sorumluları hakkında yasal işlem yapılması, bunların önlem alınmasının sağlanması ve neden oldukları kayıpların ödettilmesi meslek hastalıklarının tespitiyle mümkündür. Şekil 1'de iş ortamından kaynaklanan bir hastalığın meslek hastalığı olarak tanınması veya tanınmaması durumundaki genel seyri verilmiştir. Maalesef halen ülkemizde meslek hastalıklarının tespit edilememesi ve/veya ettirilmemesinin (diyagramın sağ tarafında görüldüğü gibi) doğurduğu maddi ve manevi sorumluluk da SSK'ya dolayısıyla işçiye yükletilmektedir. Bugünkü SSK çıkmasının fark edilemeyen, önemli hem de çok önemli nedenlerinden biri de bizce budur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık hizmetlerini yürüten hekimlerin meslek hastalıklarını tanıması ve tespiti, tıp fakültesi eğitiminde, pratisyen hekimlerin sürekli tıp eğitimi çalışmalarında, işyeri hekimlerinin A-B-C tipi kurslarında bu konulara yer verilmesiyle mümkündür. Çarpıcı bir örnek olarak ülkemizde var olan meslek hastalıkları

Şekil 1: İş Ortamından Kaynaklanan Bir Hastalığın Genel Seyri



hastanelerinin yoğunlukla karşılaştığı pnömokonyoz ve kurşun zehirlenmesi vakaları klasik tıp eğitimimizde hiç değişim "anılmaktadır". Büyük olasılıkla meslek hastalıkları hastanelerinin bu vakalardaki görece yoğunluğu sözü edilen "anıma" dolayısıyladır.

Ülkemizde işyeri hekimliği sertifika programları başlangıç aşamasında çok iyi niyetle ve zaman içinde bu eğitimin bu konuda kurulacak işçi sağlığı-meslek hastalıkları enstitülerince verilmesi için ilk adım olarak başlatılmış çalışmalar. Ancak bugünkü pratik uygulama bizce kesinlikle onaylanamayacak biçime dönüşmüş, bir haftalık eğitimle geçiştirilerek birçok ilde yeterli zaman ayıramayacağı bilinen hekimlere işyeri hekimliği onayı verilmiştir. Ülkemizde şu an kabaca ellinin üstünde işçi çalıştıran 15 bin işyeri, buna karşılık 17.000 işyeri hekimi bulunduğu da düşünülürse bu yanıltan en kısa zamanda dönülerek işyeri hekimliği sertifika programları hekimin işyerini, işyeri koşullarını ve meslek hastalıklarını tanımlayabileceği düzeyde yeniden gözden geçirilmeli ve kalıcı bilimsel esaslara uygun hale getirilmelidir. Ayrıca bugüne kadar sertifika alan hekimlere yönelik işyeri hekimliği sürekli eğitim çalışmaları da hızla yaygınlaştırılmalı, bu eğitime katılmayanlara, bu eğitimlerden sonra yapılacak ciddi sınavları başaramayanlara ve iş yeri hekimliğini fiilen yapmayanlara gerekli yaptırımların yasal-profesyonel tıbbi organizasyonlarımızca yerine getirilmesi bu konuda giderek artan ve zaman içinde haklılık kazanacağı şüphe götürmeyecek olan eleştirilerin bir an önce çözüme bağlanmasının gerekli ve kaçınılmaz olduğuna inanıyoruz.

İşyeri hekimliği başlı başına bir hekimlik uğraşı olarak kabul edilmeli part-time çalışma sistemi kaldırılmalı veya işyeri koşullarına işçi sayılarına göre ciddi düzenlemelere gidilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmeti ve daha fazlası olan işyeri hekimliği, sertifikalı ve istekli hekimlerin temel uğraş alanı olarak belirlenmelidir. SSK bünyesinde çalışan uzman ve pratisyen hekimler başta olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan tüm hekimlerin meslek hastalıkları ve ilgili mevzuatı öğrenmelerine yönelik eğitimler sürekli tıp eğitimi içerisine alınmalıdır. Meslek hastalıkları uzmanlığı zaman kaybedilmeden uzmanlık dalı haline getirilmeli ve yeterli uzman yetiştirilmesi için üniversiteler ve bu konuda gerekli alt yapıları olan genel meslek hastalıkları hastanelerine gerekli işlerlik kazandırılmalıdır. Üniversitelerde iş sağlığı-meslek hastalıkları eğitimi akademik örgütlenmesi oluşturulmalıdır. Genel tıp nosyonu çerçevesinde işçi sağlığı açısından denetleyici görevini en iyi yürütebilecek kişiler hekimler olduğundan Çalışma Bakanlığı İş Teftiş Müfettişliğinde hekim müfettişlerin istihdamı zorlanmalıdır. Meslek Hastalıkları Hastanelerine sevkler ne yazık ki doğrudan işyeri hekiminden kabul

edilmemektedir. Meslek hastalığı ihtimali düşünülen hastalar herhangi bir SSK sağlık kurumu aracılığıyla sevk edilebilmektedir. İşçinin kişisel talebi ile SSK Bölge Müdürlükleri de meslek hastalığı araştırılması isteğiyle hastanelerimize sevk yapabilmektedir.

Meslek hastalıkları hastaneleri hekimlerimiz tarafından yeterince kullanılmamaktadır. Çünkü hekimlerimiz Ramazzini'nin çalışan insanın sorgulanmasına eklediği temel soruyu: "Mesleğiniz Nedir?" sorusunu sormamaktadır. Hekim, endüstrileşen (özellikle bizimki gibi çarpık endüstrileşen) bir ülkede "Mesleğin ne?" temel sorusunu yöneltmeyi bilmelidir. Gereğinde ayrıntılı mesleki anamnez alabilmelidir. Kişinin eski çalışma alanları, maruz olduğu ortam kimyasalları, çalıştığı işyerinde aynı hastalığa yakalananların olup olmadığı, etkenlere maruziyet süresi mesleki anamnezin önemli sorularıdır. Sadece mesleğin ne sorusu ve mesleki anamnez bile her hekimin en az yılda bir hastasında meslek hastalığından şüphelenmesi sonucunu doğuracaktır. **Çünkü çalışanın var olduğu tüm alanlar meslek hastalıklarının da var olduğu alanlardır.**

KAYNAKLAR

Aktuğ G., (1984), Ankara meslek hastalıkları verilerine göre meslek hastalıklarının istatistiki analizi, H.Ü. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü Sağlık İstatistikleri Programı Bilim Uzmanlığı Tezi.

Bandana E.J., (1997), Occupational Asthma. RT International, Fall, 87.

Bilir N., (1996), Meslek Hastalıkları: Temel İç Hastalıkları. Cilt: 2 Güneş Kitabevi.

Bilir N., (1995), Prof. Dr.; İş Sağlığı: Editör Prof. Dr. M. Bertan, Doç. Dr. Ç. Güler, Halk Sağlığı Temel Bilgiler.

Erkan C., İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları A.Ü. Tıp Fakültesi yayınlarından sayı 441, sayfa 154.

İndülski J., Kowaski Z., Baranski B., (1990), The relationship between exposure monitoring and health status in the occupational setting. An information system on exposure levels and occupational diseases. Polish Journal of occ. Med. Vol. 3 Number 1.

SSK İstatistik Yıllıkları; 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992.

SSK İstatistik Yıllıkları; 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992.

SSK İstatistik Yıllığı; (1996).