



İŞYERİ HEKİMLİĞİ BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLİĞİDİR

Dr. Ekrem KUTBAY* Dr. Muzaffer ESKİOCAK**,
Dr. Ersin YARIŞ*

Günümüzde işçi sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar, toplum sağlığı içinde önemli bir yer tutmaktadır. Bunun işçilerden kaynaklanan başlıca üç nedeni olabilir. İlk neden, işçilerin toplumun nicel olarak çok büyük bir kesimini oluşturmalarıdır. İkinci neden ise işçilerin sağlık açısından toplumdaki en büyük risk guruplarından birisi, belki de en önemlisi olmalıdır. İş kazalarının sıklığı, meslek hastalıklarının ciddiyeti, bunlara bağlı olarak gelişen işgücü kayıplarını, sakatlıkları ve ölümleri gösteren istatistikler bu gerçeği tüm açıklığı ile ortaya koymaktadır. Üçüncü ve çok daha belirleyici neden ise işçilerin aynı zamanda en örgütlü toplumsal güçlerden birisi belki de en güçlüsü olmasıdır. Bu örgütlenmenin getirdiği toplumsal baskının doğal sonucu işçi sağlığına daha fazla önem verilmesi olabilmektedir.

İşçi sağlığının korunması ve geliştirilmesi çerçevesinde gerçekleştirilebilecek örgütlenmelerin olmazsa olmazı işyeri hekimleridir. Bu saptama, işyeri hekimliğini bir kurum olarak öncelerken, söz konusu örgütlenmenin Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve İş Güvenliği Müfettişliği, İş Güvenliği ve İşçi Sağlığı Kurulu, sendika, işveren gibi diğer birimleriyle arasında olması gereken doğal ve zorunlu ilişkileri dışlamamaktadır.

"İşyeri hekimliği" ülkemizin sağlık gündemine giderek ağırlığını koymaktadır. Aslında işyeri hekimliğinin şu aşamada "kurumsallaşma" sıkıntılarını yaşamakta olduğunu rahatlıkla söylebiliriz. Oysa "İşyeri hekimliği" bir "kurum" olarak ülkemizin mevzuatındaki yerini -içi pek doldurulmamakla birlikte- çok daha önceden almıştır. Buna karşın tam anlamıyla yaşama geçirilmesi yakın zamanda olanaklı gibi görünmemektedir. İşyeri hekimliği ile ilgili ola-

rak yaşanan sıkıntılardan, yasal boşluklardan, belirsizliklerden kaynaklanan tartışmalar, bu "kurum"un çok önemli bir yönünü adeta gizlemektedir:

"İşyeri hekimliği aslında birinci basamak sağlık hizmeti veren bir kurumdur, bir birimdir, bir örgütlenmedir." Bu düşünceyi yaşanan gerçekliğe dayanarak "geçerli" görmeyenler, "işyeri hekimliği böylesi bir örgütlenme olmalıdır" şeklindeki bir iddiaya, öneriye -belki de bir dileğe- sanırsız itiraz etmeyeceklerdir.

"İşyeri hekimliği niçin birinci basamak sağlık hizmetidir?" sorusunu tartışmadan önce, "birinci basamak sağlık hizmeti" kavramının nasıl ortaya çıktığını ve geliştiğini irdelemek gerekir.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki yıllarda sağlık hizmetlerinin kırsal kesime ulaşmadığını gören ülkeler belirli bölgelere sağlık hizmetini götürmek amacıyla "yerel sağlık hizmetleri" (local health service) modelini oluşturmuşlar ve uygulamaya koymuşlardır. Ancak bu model yeterli para ve insan gücü sağlan(a)madığı için başarılı olamamıştır. Başarısızlığın bir diğer nedeni ise kırsal bölgelerden kentsel alanlara "göç" olabilir. 1960'lı yıllarda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), "yerel sağlık hizmetleri" yerine "temel sağlık hizmetleri" (basic health service)'ni önermiştir. Bu model, sağlığın birçok alanıyla ilgilendiği ve onları içerdiği halde sağlık eğitimi, beslenme ve çevre sağlığı gibi çok önemli hizmetleri "ilgi alanı" dışına çıkardığı için başarısız olmuştur. Bu modellerin az gelişmiş ülkelerdeki başarısızlığında az gelişmiş ülkelerin, gelişmiş ülkeleri taklit yoluna gitmeleri de önemli bir etkidir. Çünkü az gelişmiş ülkeler bu modelleri yaşama geçirebilecek yeterli ekonomik kaynaklara sahip değillerdi (1).

1975 yılında DSÖ, ülke düzeyinde "birinci basamak sağlık hizmeti"ne (primary health care) öncelik verilmesini önermiştir. Birinci basamak sağlık

(*) Samsun-Sinop Tabip Odası İşyeri Hekimliği Komisyonu Üyesi.

(**) Halk Sağlığı Uzmanı.

hizmeti bir toplumdaki tüm bireylerin ve ailelerin kolayca erişebilecekleri ve yararlanabilecekleri şekilde planlanan, düzenlenen bir sağlık hizmeti modelidir ve bu hizmet, ülkenin sağlık sisteminin çerçevesinde oluşturulmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında sunulması gereken "hizmetler" arasında uygun beslenmenin gerçekleştirilmesi, çevrenin sağlıklı duruma getirilmesi, aile planlamasını da içeren ana ve çocuk sağlığının korunması, önemli bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamanın sağlanması, yerel olarak sık görülen hastalıkların saptanması ve uygun biçimde tedavisi, ilk yardım hizmetlerinin sunulması, belirgin sağlık sorunlarının kontrol ve önlenmesine karşı eğitim çalışmalarının yürütülmesi sayılabilir (1).

Birinci basamak sağlık hizmetinin uygulanması sırasında ön plana çıkan beş temel yöntem ve/veya amaç vardır (1):

1) Bireye, aileye ve topluma birinci basamak sağlık hizmetinin yürütülmesinde sorumluluk vermek (aktif toplumsal katılım demek de olanaklıdır) ve bu hizmetin, ulusal sağlık sisteminin diğer düzeyde hizmet üreten kuruluşları tarafından desteklenmesini sağlamak.

2) Bireylerin, ailelerin sağlıkla ilgili gereksinimlerinin saptanması (planlama), saptanan gereksinimlerin nasıl karşılanabileceği (organizasyon) konularında toplumun aktif katılımını sağlamak.

3) Ulusal ve toplumsal "maddi" kaynakların "rasyonel biçimde" kullanılmasını sağlamak.

4) Basit -ama yeterli- ve olabildiğince düşük maliyetle erişilebilecek teknolojilerden yararlanmak.

5) Diğer kamu sektörlerinin birinci basamak sağlık hizmetine katkısını sağlamak.

Bilindiği gibi ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası" tarafından düzenlenmiş ve hizmetin yürütülmesinden sağlık ocakları -yasa ile yükümlü kılınmışlardır. Birinci basamak sağlık hizmeti vermekle görevlendirilen sağlık ocakları örgütlenmesi ile işyerlerinde kurulması öngörülen sağlık birimleri karşılaştırıldığında ilke, amaç, kapsam, kadro, yöntem ve organizasyon açılarından önemli benzerliklerin bulunduğu görülebilir. Bu benzerliklerin irdelerken öncelikle "işyeri hekimi"nin tanımına değinmek istiyoruz.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nun 1959 yılında yayınladığı 112 numaralı bildirisinde (2) işyeri hekiminin görevi şöyle tanımlanmaktadır:

"İşçiyi, işten ya da işin yürütüldüğü koşullardan kaynaklanan ve sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek etkenlere karşı korumak;

İşi işçiye uygun hale getirerek ya da işçiyi uygun işe yerleştirerek, işçinin işi ile fiziksel ve ruhsal tam uyum halinde olmasını sağlamak;

İşçinin fiziksel ve ruhsal iyilik halini, ulaşılabilir en üst düzeyde korumak ve geliştirmek;

amacıyla işyerinde ya da yakınında örgütlenecek hizmetleri yürütmek."

Bu tanım işyeri hekiminin, iş ortamındaki koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlü olduğunu açıkça göstermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin analizi yapıldığında, "koruyucu hekimlik" çalışmalarının ağırlıklı bir yeri olduğu görülmektedir. Bu kapsam ortaklığı, işyeri hekimliğinin birinci basamak hekimliği ile örtüştüğü belki de en önemli görev alanıdır.

ILO'nun tanımında dikkat çeken bir diğer nokta ise DSÖ'nün sağlık tanımını dikkate almasıdır. DSÖ'ne göre sağlık, "hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir". Bu amaçla, işçinin işiyle "fiziksel ve ruhsal tam uyumunu" sağlamakla işyeri hekimi görevli kılınmıştır. "Tam uyum" ise bir sonraki maddede değinilen "işçinin fiziksel ve ruhsal tam iyilik halinin", yani sağlığının mutlak ön koşuludur.

ILO işyeri hekiminin görevlerini belirlerken oldukça geniş bir ifade kullanmıştır. Kapsamı daraltmayan bu yaklaşım, özellikle tanımın son sözcüklerinde kendini açıkça hissettirmektedir. Genel olarak "hizmetler"den ve "hizmetlerin örgütlenmesi"nden söz edilmekte; bu örgütlenmenin işyeri yakınında olabileceği de kabul edilmektedir. Bu "ifade tarzı"asında işyeri hekimine çok geniş bir etkinlik ve görev alanı bırakılmaktadır. Amaca uygun olarak gerçekleştirilecek her türlü hizmet, bu hizmeti yürütmek için getirilecek her türlü örgütlenme konusunda işyeri hekimi özgür bırakılmaktadır.

Benzer bir "özgürlük" temelde sağlık ocağı hekimleri için de vardır. Sağlık ocakları eğitim hizmetinden koruyucu hekimliğe, ana çocuk sağlığı hizmetlerinden poliklinik hizmetlerine kadar geniş bir yelpazede hizmet vermektedir. Günümüzde poliklinik hizmetleri giderek ağırlık kazanıyor olsa da bu saptama temelde halen geçerlidir. İşyeri hekiminin de benzer bir yazgıyı paylaşmaya başladığı ve ondan da neredeyse yalnızca "hızlandırılmış" poliklinik hizmeti vermesinin beklendiği üzücü bir gerçektir.

Sağlık ocağı hekimleri ile işyeri hekimlerinin görev alanlarındaki bazı kesişimlere değinecek olursak:

* İşyeri hekimi, sağlık ocaklarındaki "çevre sağlığı hizmetleri"ne benzer biçimde işçilerin kullandığı yemekhane, kantin, kreş, emzirme odaları gibi bi-

rimleri denetlemeli, bu birimlerin azami ölçüde sağlıklı olması için çaba göstermelidir.

* İşyerlerinde yer alan gebe işçilerin ve emziren annelerin sağlıklarının korunması da işyeri hekiminin sorumluluğundadır. Bu hizmet ana-çocuk sağlığı hizmetlerinden farklı bir şey değildir.

* İşyerlerindeki sağlık birimlerinde kayıtların düzgün tutulması, istatistiksel çalışmaların yapılması gerektiği, yasa ve yönetmeliklerde yer almaktadır. Bunlardan periyodik muayene kayıtlarının, muayene kayıtlarının, iş kazalarına ve meslek hastalıklarına ait kayıtların retrospektif ve prospektif bilimsel çalışmalarda önemli kaynaklar olacağı dikkate alınmalıdır.

* İşyeri hekimi gerçekleştirdiği "birincil koruma"nın yanı sıra, periyodik muayeneler ve taramalar yoluyla meslek hastalıkları yönünden "ikincil koruma"yı da sağlamak ve yürütmekle yükümlüdür. İşçilerin önemli bir bölümünün çalıştıkları iş itibarıyla meslek hastalıkları riski altında buldukları, bu riskin çoğu kez gerçekleştiği ve azımsanmayacak sayıda işçinin meslek hastalıklarına maruz kaldığı dikkate alınır, ikincil korumanın komplikasyonları ve zamansız ölümleri önleme açısından ne kadar önemli olduğu ortaya çıkar (3). Hastalanan işçilerin gösterdiği belirtilerden ve dile getirdikleri yakınmalardan yola çıkarak üretim evresindeki sağlığı bozan etmenlerin ortaya konulabilmesi gerçekte "toplumsal düzeyde erken tanı"dan başka bir şey değildir.

* İşyeri hekiminin önemli bir görevi de işçi sağlığı ve iş güvenliği eğitimidir. Bu eğitim çalışmaları işyeri yöneticilerini, işçileri, "işçi sağlığı ve iş güvenliği kurulu" üyelerini işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda bilgilendirmeyi amaçlamaktadır.

İşyeri hekiminin, yürüttüğü hizmetin gereği olarak işyeri çevresinde bazı "örgütlenmelere" gidebileceği ya da var olan örgütlenmelerle işbirliği yapabileceği hem ILO'nun tanımından hem de ülkemizde konuyla ilgili mevcut mevzuattan anlaşılmaktadır. Bu tür örgütlenmelerin, sağlık hizmetlerinin başarısı açısından önemli bir parametre olan "toplum katılımı"nın sağlanması yönüyle özellikle değerli olduğuna inanıyoruz. Sağlık ocaklarının işleyişinde yer alan ve birinci basamak sağlık hizmeti sunulmasının doğal gereği olan "toplum katılımı"na sağlayan "sağlık ocağı sağlık kurulları"nın bir benzeri, işyeri hekimleri için "işçi sağlığı ve iş güvenliği kurulu"dur. Bu kurulda üretimi gerçekleştiren bütün unsurların temsil edilmesi, sağlık hizmetinin planlanmasından yürütülmesine kadar işyeri hekimi ile sorumluluğu paylaşması kurulun değerini arttırmakta, aynı zamanda işyerinde "iletişim kanallarının açık tutulmasını" sağlamaktadır.

Hem "işçi sağlığı ve iş güvenliği kurulunun" işlerliği açısından hem de işçilere sunmayı planladığı sağlık hizmetinin başarısı açısından işyeri hekimi işyerinin bulunduğu bölgenin özelliklerini iyi bilmeli, o bölgenin toplumsal, ekonomik ve sosyal dinamiklerini dikkate almalıdır. İşyerinde çalışan işçilerin aile yapısı, nüfus durumu, dil, etnik ayrımlar, gelenekler ve alışkanlıklar hekim için önemlidir. Dikkat edilirse burada sözü edilen özellikler aynı zamanda, birinci basamak sağlık hizmeti veren bir hekimin kurması gereken "toplumsal iletişimin" zeminini oluşturan kriterlerdir.

İşçi sağlığı hizmetinin gereği olan örgütlenmelerden bir tanesi de işyerinde kurulacak sağlık biriminin personel örgütlenmesi olmalıdır. İşyerlerinde kurulması gereken sağlık birimlerini ele aldığımızda sağlık ocaklarıyla önemli yapısal benzerlikler gösterdiğini görüyoruz. Bu benzerliklerden ilki "istihdam edilmesi gereken personel" ile ilgili olmaktadır. İşyerinde işçi sağlığı hizmetlerinin yürütülebilmesi için -aynen sağlık ocağında olduğu gibi- bir ekip çalışmasına gereksinim vardır. Bu ekibe hekim, sağlık memuru, hemşire ve hatta psikolog yer almaktadır. Bu ekip, model olarak Türk Tabipleri Birliği'nin birinci basamak sağlık örgütlenmesi şeklinde da yer almaktadır.

Sağlık ocağı yapılanmasını incelediğimizde en üstte pratisyen hekimlerin yer aldığını, ayrıca hizmetin gerektirdiği diğer sağlık personelinin (yardımcı sağlık personeli) de sağlık ocağı bünyesinde istihdam edildiğini görüyoruz. Her ne kadar zaman içinde bu personel "piramiti"nde bazı olumsuz değişikliklere tanık olduysak da, "birinci basamak sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğu ilkesi"nin her zaman geçerliliğini koruduğunu rahatça söyleyebiliriz.

İşyeri hekiminin birincil görevi işyerlerinde tedavi hizmetleriyle uğraşmak değildir. Fakat temel sağlık hizmetlerinin ve sevk zincirinin yeterince gelişmediği bizim gibi ülkelerde tedavi hizmetleri çoğu zaman ön plana geçmektedir. İşyeri yönetimleri de işyeri hekiminin "tedavi edici misyonu"nu daha fazla önemser gibi görünmektedirler. İşveren için işgücü kaybının en alt düzeyde tutulması ve üretimin aksamaması ilk koşuldur ve bu bir noktaya kadar da kabul edilebilir bir yaklaşımdır. İşyerlerinin yöneticileri işyeri hekimini, işçilerin Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'na ait hastanelere sevk edilmesini ve başvurusunu olabildiğince engelleyen bir kişi olarak görme eğilimindedirler. Bu noktada SSK hastanelerine başvuran işçilerin kendilerinden bağımsız, tümüyle hastane işleyişine bağlı nedenlerle gereğinden fazla zaman yitirdiklerinin de vurgulanması gerekir. Oysa iş yerlerindeki sağlık sorunlarının büyük çoğunluğu koruyucu önlemlerin alınmaması sonucunda gelişmektedir. İşyerlerinde

hekimin temel görevi üretim alanına uygun koruyucu önlemlerin alınmasıdır. Bu konuda işyeri yönetimlerini ikna etmek ise en az işyeri hekimi kadar o işyerinde örgütlenmiş sendikalara da düşmektedir.

Ne yazık ki sendikalar da işyeri hekimliğini yeterince anlayamamış durumdadırlar. İşyeri hekiminin tedavi edici sağlık hizmetleri yönüne ağırlık vermesi konusunda çaba gösteren ve işyeri yöneticileriyle bu bağlamda paralellik gösteren sendikacı örnekleri azımsanmayacak kadar fazladır. İşyeri hekimliği konusunda yerel Tabip Odası'nın onayı geciktğinde, oda yöneticilerine onayın bir an önce verilmesi için baskı yapmaya gelen sendikacıların çoğu kez öne sürdükleri gerekçe "işçilere yazılan reçetelerin onay olmadığı için SSK tarafından kabul edilmemesi" olmaktadır. Sendikacının bile beklentisi "tedavi edici hekimlik" olursa işyeri yöneticisinin benzer talebini pek de fazla yadırgamamak gerekir.

İşyeri hekiminin işyerinde uygulamakla yükümlü olduğu görevlerin sağlık ocağında verilen birinci basamak sağlık hizmetleriyle benzer ve çoğu zaman aynı olduğunu kanıtlamak, sergilemek, bu konuda işyeri yöneticilerini, sendikacıları ve işçileri ikna etmek işyeri hekimlerinin, yerel Tabip Odaları'nın ve Türk Tabipleri Birliği'nin görev ve sorumlulukları arasındadır. Ancak burada sözü edilen görevli ve sorumluların performanslarının yeterli olduğunu söyleyebilmekten ne yazık ki çok uzağız. "Performans"taki düşüklüğün birçok nedeni olabilir; bunlardan bazıları suçu "hafifleten" unsurlar, gerekçeler olarak da kabul edilebilir. Ancak sorumluluğumuzu tümüyle ortadan kaldırmaz.

Hekim örgütünün -yerel ve ulusal düzeyde- hareket alanını kısıtlayan yasal ve hukuksal boşlukların olduğu bir gerçektir. Ancak bunun ötesinde işçi sağlığı ve işgüvenliğine TTB'nın verdiği "gecikmiş önemi" yeterli bulmak mümkün değildir. "İşyeri hekimliği kurslarının" niteliği, ciddiyeti yalnızca he-

kimler arasında değil, bu kursu tamamlamış hekimleri istihdam edecek işyeri yöneticileri arasında bile tartışılmaktadır. Böylesi tartışmaların yapılageldiği bir ortamda işyeri hekiminin "birinci basamak sağlık hizmeti"verdiğini kanıtlaması ve bu konuda ilgili çevreleri ikna etmesi kolay değildir. Bu noktada hemen sorulması gereken bir diğer soru ise şudur:

"İşyeri hekimleri birinci basamak sağlık hizmeti vermeleri gerektiğine, verdiklerine ya da verebileceklerine inanıyorlar mı?"

Çoğunluk için bu soruya gönül rahatlığı ile evet diyebilmek kolay değildir. İşyeri hekimliği sertifikası taşıyan ve/veya işyeri hekimi olarak çalışan hekimlerin bu işi temelde "ek iş" olarak gördüklerini, işyeri hekimliğini "ek gelir getirecek yeni bir istihdam alanı" olarak gördüklerini düşünüyoruz. Bu anlamda ön plana çıkan, işyeri hekimliğinin nasıl uygulandığı, nasıl uygulanması gerektiği değil, yerel tabip odasında onayın bir an önce alınması olmaktadır. Böylesi bir ortamda işi asıl zorlaşanlar ise -her zaman olduğu gibi- doğru olduğuna inandığı gibi, birinci basamak sağlık hizmeti niteliğinde işyeri hekimliği hizmeti sunmak isteyen hekimler olmaktadır.

Bu yazının sorumluluğunu taşıyan bizler, işyeri hekiminin kendi biriminde koruyucu -dolayısıyla birinci basamak- sağlık hizmetlerini, bir ekip çalışması halinde, "işin değil insanın önemli olduğunu bilerek" yürüten ve birinci basamak sağlık örgütlenmesi içinde yer alması gereken bir hekim olduğuna inanıyoruz.

KAYNAKLAR

- 1) Rahmi Dirican: Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) Dersleri; Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 1990.
- 2) İş Hekimliği Ders Notları; TTB Yayınları, Ankara, Ekim 1983.
- 3) A. Gürhan Fişek, Bülent Piyal: İşçi Sağlığı Kılavuzu, TTB Yayınları, Ankara, 1988.