

**İSTANBUL'DA ORTAK SAĞLIK VE
GÜVENLİK BİRİMLERİNE BAĞLI ÇALIŞAN
İŞYERİ HEKİMLERİNİN
ÇALIŞMA YAŞAMI**

ARAŞTIRMA RAPORU-2025



**İSTANBUL
TABİP ODASI**

İstanbul'da Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimlerine Bağlı Çalışan
İşyeri Hekimlerinin Çalışma Yaşamı
Araştırma Raporu

Araştırma Yürütücüsü
Doç. Dr. Özlem Özkan

Sayfa Düzeni ve Kapak Tasarımı:
Alaattin Timur

İstanbul'da Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimlerine Bağlı Çalışan İşyeri Hekimlerinin Çalışma Yaşamı

ARAŞTIRMA RAPORU

Araştırma Yürütücüsü

Doç. Dr. Özlem Özkan

Araştırmaya Katkı Veren /Destekleyen

İTO İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Komisyonu
OSGB Çalışma Grubu

Dr. Nazmi Algan

Dr. Güven Erbaş

Dr. Celal Mestçioğlu

Dr. Ertuğrul Oruç

Dr. Osman Öztürk

Dr. Mustafa Sülkü

ÖNSÖZ	7
KISALTMALAR	9
ÖZET	11
1. GİRİŞ	13
2. AMAÇ	17
3. YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Birinci Aşaması: Kantitatif Veriler	17
3.1.1. Araştırma Tekniği	17
3.1.2. Araştırmanın Evreni ve Örneği	17
3.1.3. Veri Toplama	18
3.1.4. Veri Analizi	20
3.2. Araştırmanın İkinci Aşaması: Kalitatif Veriler	21
3.2.1. Araştırma Tekniği	21
3.2.2. Araştırmanın Örneği	21
3.2.3. Veri Toplama	21
3.2.4. Veri Analizi	23
3.3. Etik Boyut	23
4. BULGULAR	25
4.1. Kantitatif Veriler	25
4.1.1. İşyeri Hekimlerinin Bireysel ve Çalışma Yaşamına Ait Bazı Tanımlayıcı Özellikleri	25
4.1.2. İşyeri Hekimlerinin Çalışma Koşulları	29
4.1.3. İşyeri Hekimlerinin Özlük/Sosyal Hakları	36
4.1.4. İşyeri Hekimlerinin Çalışma İlişkileri	37
4.1.5. İşyeri Hekimlerinin Çalışma Ortamı	39
4.1.6. İşyeri Hekimlerinin Mesleki Uygulamaları	39
4.1.7. İşyeri Hekimlerinin OSGB dışında ve OSGB'ye Bağlı Çalışmaya Yönelik Görüş ve Önerileri	46
4.1.8. İşyeri Hekimlerinin Çalışma Yaşamının Bazı Özelliklerine Göre OSGB'ye Bağlı Çalışması	48
4.1.9. İşyeri Hekimlerinin TTB ve İTO'ya Yönelik Beklenti ve Önerileri	52
4.2. Kalitatif Veriler	53
Tema 1: Hekimlik Uygulamaları	57
Tema 2: İstihdam Koşulları	68
Tema 3: OSGB Sistemi	78
Tema 4: OSGB'ye Bağlı İşyeri Hekimi Olarak Çalışmak	82
Tema 5: Çalışma İlişkileri	88
Tema 6: Çalışma Ortamı	93
Tema 7: Örgütlenme	96
5. SONUÇLAR	99
6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	104
7. KAYNAKLAR	105

ÖNSÖZ

Bugün bize belki çok doğal gelse de işçilere yönelik işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin sunulması için işyerlerinde hekimlerin istihdam edilmesi işçi sınıfı mücadelelerinin tarihsel bir kazanımıdır. Kapitalizmin erken dönemlerinde işçilerin sıklıkla maruz kaldıkları iş kazalarından, meslek hastalıklarından kısaca iş cinayetlerinden koruyacak bir mekanizma bulunmuyordu. İşçi sınıfının çalışma koşullarında iyileştirme sağlamak amacıyla sendika ve parti düzeyinde örgütlenmeye başlamasıyla beraber, işçi sağlığı ve iş güvenliğine dair talepleri de oluşmaya başladı. Patronlar için ciddi bir gider kalemi olan işçi sağlığı ve iş güvenliğine dair bu talepler, işçi sınıfının diğer talepleri gibi on yıllara yayılan mücadeleler sonucunda kazanıldı. İşyeri hekimliğinin -ve elbette iş yerini denetlemek üzere ortaya çıkan diğer mesleklerin- kendine has ayrı bir uzmanlık/branşı olarak gelişimini işçi sınıfının mücadelelerine borçluyuz. Dolayısıyla işyeri hekimliğinin doğuş amacı; özünde tek amacı kâr etmek olan, insan sağlığını kâr etmek uğruna hiçe saymaya eğilimli kapitalist üretim sürecini işçilerin sağlığını korumak için düzenlemek ve disipline etmektir. Yani, işyeri hekimliği, işin doğası gereği patronla karşıt bir pozisyonadadır.

Bu bilinçle, Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve İstanbul Tabip Odası, işyeri hekimliği alanına büyük önem vermişlerdir. Uzun yıllar işyeri hekimlerinin sertifikasyonu, çalışacakları iş yerlerinin, iş sözleşmelerinin ve asgari ücret tarifelerinin belirlenmesi TTB ile tabip odalarının yetki ve sorumluluğundaydı. Patronlar, hekimlerin emeğini ucuzlatmak istiyor ve üretim hattını istedikleri gibi düzenlemede hiçbir engelle karşılaşmak istemiyordu. Sermaye dostu hükümetler, TTB-tabip odalarının bu yetkilerine son vermekten hiç vazgeçmedi. Nihayetinde, 01.01.2013 tarihinde yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile TTB-tabip odalarının işyeri hekimliği alanına dair yukarıda saydığımız yetkileri elinden alındı.

Bu kanunla TTB-tabip odalarının sadece yetkileri kısıtlanmadı, aynı zamanda işyeri hekimleri de ciddi bir özlük hakkı kaybına uğramış oldu. Kanunda tanımlanan ve bu bilimsel araştırmanın esas konusunu oluşturan, adlarına OSGB (Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi) denen, esasında işyeri hekimlerine görece düşük ücretlerle, pek çok özlük hakkından yoksun şekilde taşeron çalışmayı dayatan firmalar kuruldu. Böylece işyeri hekimliği ve tüm işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri OSGB'ler üzerinden kâr sağlanan bir alana dönüşmüş oldu. Başta söylediğimiz gibi, böylesi düzenlemelerle kaybeden yalnızca TTB-tabip odaları ve işyeri hekimleri olmadı. Esas kaybeden işçi sağlığı alanı; kazanan ise patronlar oldu.

İstanbul Tabip Odası olarak 6331 sayılı Kanun'un yasalaşmasından itibaren işyeri hekimlerine ve dolayısıyla işçi sağlığı alanına ciddi zararlar getireceğini çok sayıda broşür, dergi, toplantı, çalıştay, sempozyum ve kongrede dile getirdik. Taleplerimiz doğrultusunda Kanun'un değiştirilmesi için mücadele ettik, hâlâ da mücadele etmeye devam ediyoruz. 6331 sayılı Kanun'un getirdiği en can alıcı uygulamalardan biri olan OSGB'lere odaklanan bu araştırma, mücadelemizin bir parçası olarak gündeme geldi ve vücut buldu.

Bugün Türkiye, meydana gelen tüm iş cinayetlerinde, resmî kayıtlar aksini söylese de meslek hastalıkları sayılarında da dünyada en üst sıralarda yer almakta. Yalnızca bu istatistikler bile işçi sağlığının bu ülkede nasıl hiçe sayıldığını kanıtlamaya yeter. Ama yalnızca mevcut karamsar tabloyu ortaya koymakla yetinemeyiz, buradan çıkış yolunu da arayıp bulmamız gerekir. Çözümü ve çıkış yolunu patronların vicdanına bırakamayız. Tarih bize bunu öğretmiş olmalı. Nihai çözüm esas öznenin, yani işçi sınıfının, sınıf mücadelecisi sendikalarda örgütlenmesi, üretimden gelen gücüyle geçmişte nasıl kazanım elde ettiyse yine aynı şekilde kazanımlar elde etmesi. Hatta daha ileri giderek işçi sınıfının çıkarlarını ikirciksiz savunacak politikalar izleyen işçi sınıfı partileri kurması, geliştirmesi. Biz İstanbul Tabip Odası olarak işçilerin ölmemesi, sakatlanmaması, meslek hastalıklarına maruz kalmaması için çalışmaya; işyeri hekimliğinin olması gereken itibarına ve TTB-tabip odalarının yetkilerine tekrar sahip olabil-

mesi için mücadeleye devam edeceğiz. İşyeri hekimi meslektaşlarımıza, bu mücadelede daha güçlü olmak için tabip odalarına üye olmaları, sahip çıkmaları ve aktif çalışma yürütmeleri çağrısını yapmak isteriz. Daha güçlü meslek odası, hekimlerin her bakımdan daha güçlü olması anlamına gelecektir.

İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu olarak, başta bu bilimsel araştırmayı yürüten ve raporlandıran Doç. Dr. Özlem Özkan'a, süreçte her türlü desteği veren İşçi Sağlığı İşyeri Hekimliği Komisyonumuzun yürütmesine ve üyelerine, başta Duygu Dağdeviren ve Alaattin Timur olmak üzere, çalışmada emeği geçen İstanbul Tabip Odası emekçilerine ve son olarak çalışmaya gönüllü olarak katılarak, tecrübelerini bizlerle paylaşan değerli meslektaşlarımıza teşekkürü borç biliriz.

Dr. Ertuğrul Oruç

İstanbul Tabip Odası
Yönetim Kurulu adına

KISALTMALAR

(Alfabetik Sırayla)

AHESEN	- Aile Hekimliği Çalışanları Sendikası
ASM	- Aile Sağlığı Merkezi
BDS	- Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Birlik ve Dayanışma Sendikası
DSP	- Diğer Sağlık Personeli
ÇSGB	- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
GATA	- Gülhane Askeri Tıp Akademisi
İK	- İnsan Kaynakları
ILO	- Uluslararası Çalışma Örgütü
İSG	- İş Sağlığı ve Güvenliği
İTO	- İstanbul Tabip Odası
KHK	- Kanun Hükmünde Kararname
KDV	- Katma Değer Vergisi
KKE	- Kişisel Koruyucu Ekipman
KVKK	- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu
OSGB	- Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi
SES	- Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası
SGK	- Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	- Statistical Package for the Social Sciences
TMMOB	- Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği
TSM	- Toplum Sağlığı Merkezi
TTB	- Türk Tabipleri Birliği

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, İstanbul'daki Ortak Sağlık Güvenlik Birim (OSGB)'lerine bağlı iş yerlerinde çalışan işyeri hekimlerinin mevcut çalışma koşullarını, çalışma ilişkilerini, özlük/sosyal haklarını ve mevcut işyeri hekimliği uygulamalarını belirlemektir. Ek olarak, işyeri hekimi olarak çalışmanın anlamını, çalışma yaşamlarına yönelik deneyimlerini, bakış açılarını, anlayışlarını, algılarını ve duygularını derinlemesine ve onların perspektifinden değerlendirmektir.

Yöntem: Araştırmanın birinci aşaması kesitsel, ikinci aşaması, fenomenolojik araştırma tekniğinden oluşmaktadır. Araştırmanın evreni İstanbul'da toplam 532 OSGB'ye bağlı iş yerlerinde çalışan 2534 işyeri hekimidir. Araştırma örneği, olasılıklı örnekleme tekniği kullanılarak seçilen 254 OSGB'ye bağlı iş yerlerinde çalışan 334 işyeri hekimidir. Veriler, açık ve kapalı uçlu 72 sorudan oluşan soru formuyla, 28 Temmuz 2023-5 Ocak 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki kare önemlilik testi, iki değişken arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü ise Phi ve Cramer's V katsayısı kullanılmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasındaki örnek ise amaçlı örnekleme tekniklerinden maksimum çeşitlilik örneklemesiyle seçilen altı farklı konumdaki otuz işyeri hekimidir. Veriler, yarı yapılandırılmış bir soru formuyla, 16 Şubat-04 Nisan 2024 tarihleri arasında derinlemesine görüşmelerle toplanmıştır. Toplam dokuz odak grup, iki bireysel derinlemesine görüşme yapılmıştır. Kalitatif veriler, tematik içerik analiziyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada, 211 OSGB'ye bağlı 5870 iş yerinde çalışan 334 işyeri hekimi mevcuttur. İşyeri hekimlerinin dörtte biri kadın, yarıdan fazlası (%60,2) 49 yaş ve üzerindedir. Altı farklı konumda çalışan işyeri hekimleri içinde, en fazla paya (%28,4), emekli olup, aynı zamanda OSGB'ye bağlı çalışan işyeri hekimleridir. Yarıya yakını (%47,3) 10 yıl ve üzerinde işyeri hekimi olarak çalışırken, yine yarıya yakını (%41,6), OSGB sistemi uygulanmadan önce de işyeri hekimliği yapmıştır. Yarıdan fazlası (%53) yarı-kısmi zamanlı olarak çalışmakta, %38,6'sı günde dörtten fazla işyerine hizmet vermektedir. İşyerlerinin onda birinde iş yeri sağlık birimi bulunmamaktadır. İşyeri hekimlerinin en fazla "tamamıyla" yapabildiği mesleki uygulamalar; işe giriş muayenesi (%89,5), poliklinik (%89,5), danışmanlık-rehberlik (%85) ve periyodik muayene (%81,7)'dir. Hekimlerin %54,8'i OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmaktan memnun olup, uzman hekimlerde (%64,6; $p=0.019$; $\Phi=-0.129$), geçmişte OSGB'ye bağlı çalışmayanlarda (%68,5; $p=0.002$; $\Phi=0.170$) ve mevcut OSGB'de çalışma süresi uzun olanlarda ($p=0.000$; Cramer'sV=0.232) memnuniyet düzeyi daha yüksektir. Hekimlerin %56'sı OSGB sistemini olumlu olduğu kadar olumsuz olarak da değerlendirmiştir. Bu, aynı zamanda özel sağlık sektöründe hekim olarak çalışanlarda (%64,5) ve klinik-muayenehane-sağlık merkezi-OSGB sahiplerinde (%63,3) en yüksektir. Olumsuz bulanlar en fazla; sadece işyeri hekimi olanlar (%33,9; $p=0.024$; Cramer'sV=0.176), kanun hükmünde kararnamelerle kamudan ihraç edilenler (%44,4; $p=0.023$; $\Phi=0.140$), geçmişte başka bir OSGB'de (%29,3; $p=0.004$; $\Phi=0.180$) ve 2-5 arasında OSGB'de çalışan işyeri hekimleridir (%31,4; $p=0.034$; $\Phi=0.142$). Bunların yanında çalışmada, toplam yedi tema, 36 alt tema ya da kategori elde edilmiştir. Yedi tema sırasıyla; hekimlik uygulamaları, istihdam koşulları, OSGB sistemi, OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmak, çalışma ilişkileri, çalışma ortamı ve örgütlenmedir. Temaların ve alt temaların sıralaması hekimlerin konumuna göre farklılık göstermektedir.

Anahtar sözcükler: İşyeri hekimi, ortak sağlık ve güvenlik birimi, işçi sağlığı, iş güvenliği, çalışma yaşamı

1. GİRİŞ

Kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarıyla kapitalist ülke gözetmeksizin sermaye sınıfının sınırsız sömürü ve tahakküm olanakları daha da genişlemiştir. Bu neoliberal ekonomi politikaların başlangıcından itibaren, yapısal uyum politikalarının gereği olarak, emeği, emekçileri gözetken kurumsal düzenlemeler, ücretler, sosyal politikalar, sosyal güvenlik, kamusal varlıklar, kamusal hizmetler ve kurumları ulusal/uluslararası sermaye sınıfı lehine ya da emekçiler aleyhine yeniden düzenlenmiştir (Boratav 2023). Kayıt dışı ekonominin büyümesine imkân tanınarak, sermaye üzerindeki istihdam maliyetinin ve vergi yükünün en aza indirilmesi, devletin kamusal olarak sunduğu sosyal hizmetlerin özel sektöre devredilmesi, emekçilerin ücretinin giderek düşürülmesi, esnek, kuralsız, güvencesiz, sağlıksız ve güvensiz çalışma ortamında çalıştırılması bu köklü düzenlemelerin bazılarıdır. Türkiye’de ise cumhuriyet tarihinin beşte birinden daha uzun bir süredir iktidarda olan AKP ile kapitalizmin neoliberal ekonomi-politikaları ve düzenlemeleri büyük bir ivme kazanmıştır (Müftüoğlu 2023). Örneğin, 1971 yılında çıkarılan 1475 sayılı İş Kanunu yerine, Haziran 2003 yılındaki 4857 sayılı İş Kanunu ile gerek işçilerin çalışma yaşamı gerekse işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri yapısal olarak değişmiştir. Bu yasa, işçilerin iş güvencesini ortadan kaldırmış, geçici çalışma, belirli ya da belirsiz süreli sözleşmeli çalışma, taşeronluk gibi esnek çalışma biçimlerinin tümüyle çalışma yaşamına geçirilmesinin önünü açmış, işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden yararlanmak için ise belli koşulları gerektirmiştir (Müftüoğlu 2023, Pala 2009). Bu tarihten itibaren bugüne değin devam eden genelde işçi sağlığı ve güvenliği, özelde işyeri hekimlerinin çalışma yaşamını düzenleyen öncelikle 2013 yılında yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu olmak üzere, bununla ilgili mevzuatların özü ya da ortak özelliği, sermayeye kaynak aktarmak, onlara yeni sermaye birikimi alanlarının önünü açmak olmuştur. Dolayısıyla, başta yasal olmak üzere, böylesi köklü ve yapısal düzenlemelerde sermaye sınıfının ya da patronların bu konudaki taleplerini beraberinde kârlarını maksimize etmeleri esas alınmıştır. Bir başka ifadeyle, bu talep, işçi sağlığı ve güvenliğinin Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği (TMMOB)’nin inisiyatifiyle yürütülen işyeri hekimlerinin, iş güvenliği uzmanlarının meslek içi eğitimleri, sertifikaları dâhil bu alanda ne varsa, sermayenin yeni artı değer üretme ya da sermaye birikimi haline dönüştürmesi için sunulmuştur (Pala 2009, Koşar 2012, Zencir 2019). Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi (OSGB)’nin sistem olarak uygulanmaya başlaması da böylesi sürecin bir parçasıdır. 2000’li yıllarda gündeme gelmeye başlayıp, 13 yıl sonra OSGB’lerin sistem olarak yaşama geçirilmesi sadece yasal düzenlemelerle değil, beraberinde örneğin, MATRA gibi bazı uluslararası projelerle (Emiroğlu ve Koşar 2012, Sezgin 2022), Avrupa Birliği’ne uyum süreciyle, OSGB uygulamasını destekleyen akademik ve bilimsel bilgilerin üretilmesiyle de sağlanmıştır.

İşçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin dışarıdan (harici) hizmet satın alınması ya da taşeronlaşma modeli olan OSGB kavramı, ülkemizde ilk olarak 2001 yılında sekizinci 5 yıllık kalkınma planında küçük ve orta ölçekli işletmeler için “ortak sağlık güvenlik birimleri” ve “ortak sağlık birimi” olarak iki farklı ifade şeklinde kullanılmıştır (DPT 2001). İki yıl sonra ise 4857 sayılı

İş Kanunu'nda ilk kez: "İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini vermek üzere, gerekli donanım ve personele sahip olan Bakanlıkça yetkilendirilen kamu kurum ve kuruluşları ile Türk Ticaret Kanunu hükümlerine göre faaliyet gösteren şirketlerce kurulan ve işletilen müesseseler" şeklinde tanımlanmıştır (RG 2003). Daha sonra devam eden ilgili mevzuatlarda gerek OSGB'nin tanımı, görevleri, çalışma esasları gerekse iş yeri hekiminin görevleri ve çalışma yaşamıyla ilgili kriterleri ve özellikleri sürekli değişim göstermişti. Örneğin, OSGB, 6331 sayılı Kanun'unda da tanımlandıktan sonra (RG 2012), en son daha az değişikliklerle bu kanun kapsamında aynı yıl çıkarılan yönetmeliğe göre: "Kamu kurum ve kuruluşları, organize sanayi bölgeleri ile 13/1/2011 tarihli ve 6102 sayılı Türk Ticaret Kanununa göre faaliyet gösteren şirketler tarafından, iş yerlerine iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini sunmak üzere kurulan gerekli donanım ve personele sahip olan ve Bakanlıkça yetkilendirilen birim" olarak tanımlanmıştır (ÇSGB 2012).

Böylece 2001 yılından itibaren, gündeme gelen OSGB'ler, 2013 yılından önce işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerini "danışmanlık" şeklinde yürütürken, bu tarihten itibaren bir sistem olarak uygulanmaya başladığından, sayıları da hızla artmaya başlamıştır. Örneğin, 2013 yılının Kasım ayında 1087 olan sayısı, 2015 yılında 1995, 2016 yılında 2170, 2019 yılında 2531, 2024 yılında ise 2547'ye yükselmiştir (Atalay 2014, Karagöz 2019, İSG-KATİP 2024). Diğer bir ifadeyle, 2013-2024 yılları arasında OSGB sayısı iki kattan daha fazla artış göstermiştir. 2013 yılında itibaren mevcut OSGB'lerin en fazla bulunduğu il İstanbul'dur. Örneğin, 2013 yılının Kasım ayında toplam OSGB sayısının 281'i (%25,8), İstanbul'da iken, şu anda 648'i (%25,9) İstanbul'dadır (Atalay 2014, İSG-KATİP 2024). Başka bir ifadeyle her dört OSGB'den birisi İstanbul'dadır. Ülke genelinde OSGB sayısındaki hızlı artışa rağmen, OSGB sayılarına göre işyeri hekimi sayısı daha az artış göstermiştir. Örneğin, ülke genelinde OSGB'ye bağlı çalışan işyeri hekimi sayısı 2013 yılının Kasım ayında 2622 iken, 2016 yılında 3427, üç yıl sonra 3078'dir (Atalay 2014, Çelgin 2017, Karagöz 2019).

2013 yılından itibaren, işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri, patron ya da işverenler tarafından işyeri hekimleri başta olmak üzere, bu alanda hizmet sunacak kişileri kendi bünyesinde istihdam etmek yerine, OSGB'lerden bu hizmeti satın alarak sunulmaya başlanmıştır. Hatta, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile işçi sağlığı ve güvenliği hizmeti sunulması gereken işyerleri kapsamı genişletildiğinden, piyasadaki pay daha da büyümüştür. OSGB sayısının artmaya devam etmesinin önemli bir nedeni de budur. Ticari bir işletme olduğu için OSGB'lerin patronlarının temel gayesi de "kâr" elde etmek olup, işyerlerindeki işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerini satın alabilmek için sayıları giderek artan OSGB'ler birbirleriyle yarış dolayısıyla rekabet halindedir. Hatta kısa bir süre içinde hastane zincirleri gibi büyük sermaye grupları da OSGB'ler ile piyasaya hızla girmeye başlamış ve mevcut rekabet daha da sertleşmiştir. Her ne kadar, iktidar ve onun taraftarları, özellikle 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile daha önceki döneme göre, işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin kapsamının çok geniş olacağı, OSGB'lerin meslek hastalıkları ve iş kazalarıyla onlara bağlı yaralanma, ölüm ve iş günü kayıplarının azalacağı iddiasında bulunsa da özellikle son yıllarda OSGB'lerin etkinliğine yönelik sayıları az da olsa yürütülen bilimsel çalışmalarla bu iddialar çürütülmüştür. Örneğin, hem araştırmanın kendisi hem de konuyla ilgili yürütülen mevcut araştırmaların analizinde; OSGB'lerin işverenin yükünü hafifleten yapılar olduğu ve tamamen özel sektörün eline bırakıldığı, özellikle ekonomik olarak sıkıntılı süreçlerde işçi sağlığı ve güvenliğinde kolay ödün verildiği, bunların da sistemin işleyişinde olumsuzluğa yol açtığı ve işçi sağlığı ve güvenliğinde hedeflenen amaca ulaşmada uygun bir model olmadığı saptanmıştır (Sezgin 2022). Bir araştırmada, OSGB'ye bağlı çalışan işyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanlarının %82,9'u OSGB'ler arasındaki rekabetin yüksek olduğunu, yarıya yakını kâr amaçlı kuruluşlar olması nedeniyle, işverenlerin çıkarını gözettiğini, tüm bunların işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerini olumsuz etkilediğini ve niteliğini bozduğunu belirtmiştir (Aydın 2019). Diğer araştırmada, işyeri hekimlerinin büyük bir çoğunluğu (%81) OSGB'lerin aşırı derecede kâr elde etme çabası içinde olup, OSGB ve firmalar arasındaki ticari ilişkiye bağlı olması nedeniyle (%83,8) görev ve yetkilerini yerine getirmediklerini önemli bir sorun olarak görmüş, buna yönelik en fazla ileri sürülen öneri ise OSGB'lerde ticari rekabet olmaması için düzenleme ve denetim yapılması (%91,9) olmuştur (Akel ve ark. 2024). Başka bir araştırmada ise işyeri hekimleri rehberlik, işçi sağlığı ve güvenliği eğitimlerini yerine getirememelerinin (%57,5, %76,3) önemli bir nedenini OSGB'lerin ticari ve maliyet kaygılarına bağlı

olarak işveren yanlısı tutum içinde olduklarını ifade etmiştir (Çeçen 2019). Böyle olmasına karşın, OSGB'lerin devletin yetkili organları tarafından denetimin yapılmaması ya da olması gerektiği gibi yapılmaması araştırmalarda sıklıkla ifade edilen diğer sorunlar arasındadır (Baki 2023, Barkın 2019).

Prekaryal istihdam daha önceden işçilerin sadece istihdam biçimini ifade ederken, bugün emekçiler için; iş güvencesizliği, özlük haklarının yetersiz olması, düşük ücret, geçici ya da sözleşmesiz çalışması, birden fazla yarı zamanlı işte çalışmak zorunda kalınması, tazminatların alınamaması, öngörülemeyen ve plansız işlerle karşılaşılması, adaletsiz ve otoriter muamelelere maruz kalınması gibi son derece olumsuz çalışma koşullarını ifade etmektedir (Koseoglu et al. 2022). OSGB'lerin taşeron-fason altsözleşme ilişkilerine sahip olması, beraberinde ticari bir şirket olması, piyasa ve rekabet koşullarında yer alması, beklendiği gibi, işçilerin sağlığı ve güvenliğini, bu hizmeti veren hekimler dâhil tüm çalışanları da olumsuz etkilemektedir. İstihdam, iş güvencesi, ücret, özlük hakları, çalışma ortamı, çalışma koşulları, çalışma ilişkileri, işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri, hekimlik uygulamaları, mesleki bağımsızlık ve etik bu sorun alanlarından bazılarıdır (TTB 2018, Güven 2023, Aksungur 2018, Gül 2017, Günay 2018, Bektaş 2021, Aydın 2019, Çeçen 2019, Çelgin 2017). Bu alanların da giderek olumsuzlaşması, beraberinde emek üretkenliğinin ve maliyet stratejisinin önemli bir aracı olarak despotik denetimler (Zencir 2019), OSGB'lere bağlı çalışan işyeri hekimlerinin aslında prekaryal çalışma koşullarıyla karşı karşıya kaldığını göstermektedir. Örneğin, yarısından fazla işyeri hekiminin OSGB'ye bağlı çalıştığı bir araştırmada, yine işyeri hekimlerinin yarısından fazlası çalışma saatleri dışında ve fazla çalıştığını (Barkın 2019, Baki 2023), öğle tatili ve dinlenme saatlerinde bile sıklıkla çalışmak zorunda kaldığını (İzmir Tabip Odası 2021) belirtmiştir. Büyük bir çoğunluğu OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışanların yarıdan fazlası (%60) aşırı yoğun çalıştığını (Erdoğan ve Genç 2023), özellikle aynı anda çok sayıda farklı işyerlerinde çalışanların neredeyse tamamı zaman baskısı ve işi yetiştirme kaygısıyla mola ve öğle arası vermeksizin çalıştığını dile getirmiştir (Güven 2023, TTB 2018, Çeçen 2019, Aydın 2019).

Aşırı-fazla-yoğun çalışmayla beraber, yasal yıllık izinlerin tamamının ya da bir kısmının kullanımında güçlüklerle karşılaşıldığı ve özellikle izne ayrılırken yerlerine başka hekim bulmak zorunda kalmanın psikolojik baskıya yol açtığı (İzmir Tabip Odası 2021, TTB 2018, Barkın 2019, Baki 2023), hatta tanımlı eğitim izinlerini kullanmada bile zorlandıkları saptanmıştır (Akel ve ark. 2022). Bilimsel araştırmalarla da gösterilen çalışma koşullarıyla ilgili bir başka sorun alanı, şehirlerarası ulaşım da dâhil olmak üzere, özellikle büyük kentlerde işyeri hekimlerinin zamanının önemli bir bölümünün yolda ve trafikte geçmesi ve bu sürenin çalışma saatinden kabul edilmemesidir (Çeçen 2019, İzmir Tabip Odası 2021, Akel ve ark. 2022, TTB 2018, Güven 2023, Barkın 2019, Aksungur 2018). Örneğin, aynı lokasyonda çalışan işyeri hekimlerinin bile iş yerleri arasındaki ulaşım için harcadıkları süre günde ortalama iki saattir ve günde iki saat ve üzerinde de araç kullanmaktadır (İzmir Tabip Odası 2021, TTB 2018).

OSGB'lere bağlı çalışan işyeri hekimlerinin karşı karşıya kaldığı diğer bir sorun istihdam veya iş güvencesizliğiyle gelir güvencesizliğidir. OSGB ile ayrı bir sözleşme yoksa, belirsiz süreli iş sözleşmesi yapıldıysa, sözleşmelerde kanuna aykırı ve etik dışı maddeler yer aldıysa, olumsuz çalışma koşullarının varlığı ve Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile kamu görevinden çıkarılmış ise iş güvencesizliği kaygısı artırmıştır (İzmir Tabip Odası 2021, Bektaş 2021, Barkın 2019, Aydın 2019, TTB 2018, Güven 2023, Günay 2018). Bir araştırmada ise hekimlerin yarıdan fazlası görevlerini etkin bir şekilde yerine getirilebilmek için yapılması gerekenlerden ilkinin iş güvencesinin sağlanması, ikincisinin ise maaşlarının devlet tarafından oluşturulan bir fondan ödenmesi gerektiğini önermiştir (Çeçen 2019).

Konuyla ilgili tüm araştırmalarda işyeri hekimlerinin büyük bir çoğunluğu tarafından düşük, düzensiz, gecikmeli, gerek aynı OSGB içindeki gerekse OSGB'ler arasındaki ücret eşitsizlikleri, ücretlerin bir kısmının elden verilmesi, fazla mesai ücretlerinin ödenmemesi, ücretin OSGB patronundan alınması, sosyal güvenlik primlerinin düzensiz ve eksik yatırılması ilk sırada ve öncelikli sorunlar arasında olduğu gösterilmiştir. İşyeri hekimleri, ücretlerinin devlet tarafından ödenerek gelir güvencesinin sağlanacağı ve TTB asgari ücret tarifesine uyulduğunda ise

eşitsizliklerin azalacağı önerisinde bulunmuştur. Böyle bir durumun sadece işyeri hekimlerinin özlük haklarını değil, aynı zamanda sağlıklarını, mesleki uygulamalarını, işçilerin sağlığını ve güvenliğini de etkilemektedir. Örneğin, işyeri hekimlerinin istihdam sözleşmelerinin kolayca sonlandırılabilmesi kaygısı, bu konuda yöneticilerin baskısı ya da denetimi iş stresini artırmakta ve mesleki bağımsızlık açısından tehdit oluşturmaktadır (Gökçen ve ark. 2021). Oysa Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nın 1985 yılında kabul ettiği, Türkiye'nin ise yirmi yıl sonra imzaladığı 161 No'lu "Sağlık Hizmetlerine İlişkin Sözleşmesi"nin 10. maddesinde işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerini sunanların tam bir mesleki bağımsızlığa sahip olarak çalışması hükmü bulunmaktadır (ILO 2005).

Gerek iş güvencesi gerekse ücretle ilgili bu sorunların nedenlerinde ilk sıralarda OSGB'lerin ticari bir kurum olarak işletme olduğu, temel hedeflerinin bu piyasa içinde kâr elde etme güdüsü olduğu, KHK ve güvenlik soruşturmaları nedeniyle işsiz hekimlerin varlığının, emeklilerin, kamuda ve özel sağlık sektöründe yarı zamanlı olarak ayrıca işyeri hekimliği yapmasının, diplomanın ya da sertifikanın kiralanmasının ücreti baskılayan faktörler olarak ele alınmıştır (Aksungur 2018, Güven 2023, Erdoğan ve Genç, 2023, Çakır 2015, Aydın 2019, Barkın 2019, İzmir Tabip Odası 2021, Baki 2023, Akel ve ark. 2022, Bektaş, 2021, Yılmaz 2019, Çeçen 2019, Gökçen ve ark. 2021). Nitekim, iki çalışmada işyeri hekimleri OSGB'lerde belge kiralama, hizmet vermek-sizin fatura kesme, eğitim verilmeksizin eğitim katılım formunu imzalatma gibi meslek etiği dışındaki uygulamalarla karşılaştığını ifade etmiştir (Aydın 2019, Güven 2023).

İşyeri hekimlerinin OSGB'lere bağlı çalışmadan kaynaklı tanımladığı önemli sorun alanlarından birisi de işçi sağlığı ve güvenliğine yönelik hekimlik uygulamalarıdır. Yürütülen araştırmalarda, genel olarak işyeri hekimlerinin yarısı ve daha fazlası işyerinde zamanının önemli bir bölümünü reçete yazma, poliklinik hizmetleri ve işe giriş uygulamalarıyla geçtiğini (Çakır 2015, Bektaş 2021, Güven 2023), diğer görevlerini yerine getirmede güçlük yaşadığını belirtmiştir. Örneğin, bir çalışmada mevzuat kapsamında belirlenmiş hekimlik uygulamaların %83,9'u kısmen ya da kesinlikle, diğer çalışmada ise %42,8'i sorun yaşadığını (Barkın 2019, Baki 2023) belirtirken, diğer bir çalışmada %94,6'sı görev tanımında belirsizlikler olduğundan yakınmıştır (Akel ve ark. 2024). Başka bir araştırmada ise işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri içinde rahatlıkla yaptıkları hiçbir hizmet olmadığı, çoğunu idare eder düzeyde yaptıkları belirlenmiştir (TTB 2018). İşyeri hekimleri bunların gerekçelerini; iş yerlerinin patronları, yöneticileri (TTB 2018, Bektaş 2021), mevzuata göre işçi başına ayrılan sürelerin yetersiz olması (%63,7) (Çakır 2015), işçi sirkülasyonunun yüksek olması (%48,3) (Çeçen 2019) verdikleri kimi tıbbi kararlara uyulmaması (Bektaş 2021, Çakır 2015) ve OSGB ve firmalar arasındaki ticari ilişkiler (Akel ve ark. 2022) olarak tarif etmiştir. Hem mesleki uygulamalarını yerine getirememe hem de kendi sağlığı ve güvenliği açısından iş yerlerindeki çalışma ortamlarında iş yeri sağlık birimi ya da revir bulunmaması ya da bulunsada yetersiz olması bir başka gerekçedir (Aksungur 2018, Çakır 2015, Barkın 2019, Baki 2023, Akel ve ark. 2022, TTB 2018, Güven 2023).

Sistematik bir incelemede, işyeri hekimlerinin çalışma koşullarını ortaya koyan bilimsel araştırma sayısının halen yeterli olmadığı saptanmıştır (Eisch et al. 2022). Paralel olarak genelde ülkemizde, özelde İstanbul'da önceki yıllara göre OSGB'lere bağlı çalışan işyeri hekimi sayısı giderek değişim gösterirken, OSGB'lere bağlı çalışan işyeri hekimlerin çalışma yaşamının durumunu ortaya koyan bilimsel araştırma ve mezuniyet sonrası tez sayısı da benzer durumdadır. Türkiye'de 2013-2024 yılları arasında bilimsel araştırma ve mezuniyet sonrası tezler incelendiğinde, çalışma sayısının 40'a yakın olduğu, bunların da çoğunlukla ya doğrudan OSGB'lere bağlı olmadığı ya da OSGB'ler ile birlikte farklı biçimlerde de çalışan işyeri hekimlerine odaklı olduğu görülmektedir. Ayrıca, OSGB'ye bağlı işyeri hekimlerinin çalışma yaşamını ortaya koyan sınırlı sayıdaki mevcut araştırmalar ise evrene genellenebilir özellik taşımamaktadır.

2. AMAÇ

Bu çalışmanın ilk amacı, İstanbul'daki OSGB'lere bağlı iş yerlerinde çalışan işyeri hekimlerinin mevcut çalışma koşullarını (toplam çalışma saati, iş yeri sayısı, istihdam biçimi, çalışma ritmi, yoğunluğu, iş sözleşmesi vb.) çalışma ilişkilerini (patron/işveren, müdür, insan kaynakları yöneticisi, işçi, sendika, iş güvenliği uzmanı, diğer sağlık emekçileri vb.), özlük/sosyal haklarını (ücret, izin, sosyal güvence, iş yerlerine ulaşım vb.), hekimlik uygulamalarını (işe giriş muayenesi, periyodik muayene, işe geri dönüş muayenesi, genel hijyen denetimi, içme-kullanma suyu analizi, risk değerlendirmesi vb.) ve bunların işyeri hekimlerinin bazı sosyo demografik özellikleriyle ilişkisini incelemektedir. İkinci amacı ise OSGB'lere bağlı iş yerlerinde işyeri hekimi olarak çalışmanın anlamını, çalışma yaşamlarına yönelik deneyimlerini, bakış açılarını, anlayışlarını, algılarını ve duygularını derinlemesine, kapsamlı ve ayrıntılı olarak onların perspektifinden değerlendirmektir.

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI

3.1.1. Araştırma Tekniği

Araştırma, iki farklı araştırma tekniği ile yürütülmüştür. Birinci aşamada kesitsel araştırma tekniği kullanılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Evreni ve Örneği

Araştırmanın evreni, İstanbul'da OSGB'lere bağlı iş yerlerinde işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yerine getirmek için istihdam olan işyeri hekimleridir. Bu işyeri hekimlerinin İstanbul Tabip Odası (İTO)'na üye olmayanların verisinin bulunmaması, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ile İTO'daki son iki yılın verilerinin birbiriyle tutarlı olmaması araştırma evreninin gerçek sayısının ve özelliklerinin bilinmesinin önüne geçmiştir. Bu nedenle, araştırmanın amacı kapsamında ÇSGB'den; İstanbul'daki toplam OSGB sayısı, bu OSGB'lere bağlı iş yerlerinde çalışan toplam işyeri hekimi sayısı, her bir OSGB'ye bağlı sadece işyeri hekimi, OSGB sahibi, emekli, kamuda ya da özel sektörde çalışıp, aynı zamanda işyeri hekimlerinin sayıları yazılı olarak talep edilmiştir (İTO 2023a). Ancak, ÇSGB tarafından sadece toplam OSGB sayısı, her bir OSGB'deki hekim ve OSGB sahibi/gerçek ortağı olan işyeri hekimlerinin sayısı verilmiştir (ÇSGB 2023a). Bunun üzerine, ÇSGB'deki ilgili kişilerle yapılan yüz yüze görüşmeler sonucunda mevcut olduğu öğrenilen her bir OSGB bünyesindeki işyeri hekiminin cinsiyeti, yaşı ve kamu ya da özel sektörde çalışıp çalışmadığı verileri, ayrıca yazılı olarak talep edilmiş ve elde edilmiştir (İTO 2023b, ÇSGB 2023b). Bu verilere göre; 2023 yılının Haziran ayında İstanbul'da toplam 532 OSGB ve ona bağlı iş yerlerinde çalışan 2534 işyeri hekimi bulunmaktadır. Hekimlerin %21,6'sı kadın, yaş ortalaması 50.75±12.226 olup, en küçük yaş 25, en büyük yaş ise 91'dir. OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmakla birlikte, %6,1'i aynı zamanda kamuda çalışmakta, %5,6'sı ise OSGB'nin sahibi ya da gerçek ortağıdır (ÇSGB 2023a, ÇSGB 2023b).

Araştırmanın evreni ve bazı özellikleri bilgisi elde edildikten sonra, araştırma örneği seçilmiştir. Araştırma örneğinin evreni temsil edebilmesi için örnek büyüklüğü hesaplanırken, aşağıda da görüldüğü gibi, evrendeki birey sayısı (N) bilindiği durumda olan formül kullanılmıştır. Güven aralığı ise %95'tir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2019). Araştırma örneği sayısının hesaplanması şu şekildedir:

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

n =Örneğe alınacak kişi sayısı

N =Evrendeki kişi sayısı (bu araştırmada=2534)

p =İncelenecek durumun/olayın görülme sıklığı (en büyük örnek büyüklüğüne ulaşmak için bu araştırmada=0.5)

q =İncelenecek durumun/olayın görülmemesi sıklığı (bu araştırmada $1-p$ olmak üzere=0.5)

t =Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer. Bir başka ifadeyle, kabul edilen anlamlılık düzeyi ya da tip 1 (alfa) hata düzeyi (Bu araştırmada %5'e karşılık gelen değer=1.96)

d =Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen +,- sapmadır. Ya da kabul edilen örneklem hatası (Bu araştırmada=0.05)

Formül kullanılarak yapılan bu hesaplama sonucunda, örnek büyüklüğü, "254 OSGB'ye bağlı iş yerlerinde çalışan 334 işyeri hekimi" olarak belirlenmiştir.

ÇSGB'den gelen verilerde (ÇSGB 2023b), araştırma evreni, OSGB'lerin isimleri olmaksızın verilen kodlara göre bünyelerinde çalışan her bir işyeri hekiminin cinsiyeti, yaşı ve kamu ve özel sağlık sektöründe çalışma durumu Excel tablosunda listelenmiştir. Bu listeden olasılıklı örnekleme tekniklerinden basit sistematik örnekleme tekniği kullanılarak, araştırma evreni sayısı araştırma örneği sayısına bölünerek (2534/334=7.6), listedeki her sekiz hekimden birisi araştırma örneğine seçilmiştir. Bu işlem, 334 hekim sayısına ulaşıncaya kadar devam etmiştir. İlk sayı için, listeden herhangi bir sayı belirlenip, daha sonra sekiz hekimden birisi örneğe alınmıştır.

3.1.3. Veri Toplama

İlk olarak, ilgili literatürlerden de yararlanılarak "İstanbul'da Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimlerinde Çalışan İşyeri Hekimlerinin Çalışma Yaşamının Değerlendirilmesi" başlıklı soru formu geliştirilmiştir (Barkın 2019, TTB 2018, Gökgöz ve ark. 2019, Eisch et al. 2022, Aksungur 2018, Ayoglu ve ark. 2005, Altınkurt 2019, ÇSGB 2014, Çakır 2015, İzmir Tabip Odası 2021). Yapılandırılmış soru formunun birinci bölümü, işyeri hekimlerinin mesleki ve tanımlayıcı özelliklerini içeren 22 (yaş, cinsiyet, medeni durum, uzmanlık alanı, İTO ve sendika üyelik durumu, toplam iş yeri hekimi olarak çalışma süresi vb.) ikinci bölümü, çalışma koşullarını içeren 23 (aylık çalışma saati, istihdam biçimi, sözleşme özellikleri, bireysel sözleşmeyle çalışma durumu, fazla çalışma süresi, OSGB'ye bağlı çalıştığı iş yerlerinin sayısı, tehlike tipi, işçi sayısı vb.) üçüncü bölümü, özlük/sosyal haklarını içeren 17 (iş yerlerine ulaşım biçimi, OSGB'nin sağladığı özlük/sosyal haklar, aylık ücretinin verilme biçimi, düzenliliği, izinlerini kullanma durumu vb.) dördüncü bölümü, çalışma ilişkileri içeren iki (OSGB ve ona bağlı iş yerinin sahipleri, vekilleri, ortakları, müdürleri, iş güvenliği uzmanları, diğer sağlık emekçileri, işçiler, işçi temsilcileri vb.), beşinci bölümü, işçi sağlığı ve güvenliği odaklı mesleki uygulamalarını ve önerilerini içeren sekiz (işe giriş, periyodik, işe dönüş muayeneleri, sağlık ve güvenlik eğitimi, risk değerlendirmesi, meslek hastalığı ve iş kazası ön tanısı/tanısı koyma genel hijyen denetimi vb.) açık ve kapalı uçlu toplam 72 sorudan oluşmaktadır.

Soru formunda yer alan; iş yerleri tehlike sınıfı, iş kolları ve hekimlerin görevleri ve yetkileri ilgili mevzuatlara göre gruplandırılmıştır. Örneğin, iş yerlerinin tehlike sınıfı; "az tehlikeli", "tehlikeli" ve "çok tehlikeli" olmak üzere üç grup (ÇSGB 2009), iş kolları ise 20 grup (ÇSGB 2012) olarak ele alınmıştır. Hekimlerin görevleri ve yetkileri ise ilgili yönetmeliğin 9. maddesinden yararlanılarak tanımlanmıştır (ÇSGB 2013).

Soru formu hazırlandıktan sonra, uzman görüşü alınarak soru formu düzenlenmiştir. Daha sonra, 3-9 Temmuz 2023 tarihleri arasında soruların araştırmanın amacına uygunluğu, soruların anlaşılabilirliği ve alan için geçerliliği için araştırmanın yürütücüsü tarafından Kocaeli ve Eskişehir tabip odaları üyesi ve OSGB'lere bağlı iş yerlerinde ikisi kadın olmak üzere toplam beş işyeri hekimiyle yüz yüze görüşülmüştür. Bu ön uygulama sonunda, soru formunda yeniden düzenlemeler yapılarak, son hali verilmiştir.

ÇSGB'den OSGB isimleri, hekimlerin yaşları, cinsiyetleri ve kamuda/özelde çalışma durumları verileri elde edildiği halde, OSGB iletişim adresleri, hekimlerin isimleri ve iletişim bilgileri elde edilememiştir. Bu nedenle, araştırma örneği kapsamındaki 254 OSGB'ye bağlı iş yerlerinde çalışan 334 işyeri hekiminden veri toplamak amacıyla OSGB'lerin iletişim bilgileri sırasıyla şu şekilde elde edilmiştir:

1. İlk olarak, Google arama motorundan OSGB'lerin adresini ve/veya iletişim bilgilerini öğrenmek.
2. İkinci olarak, her bir OSGB'nin sahibi, ortağı, müdürü, insan kaynakları (İK) ya da finans yöneticisinden herhangi birisine telefon edilip araştırmanın önemi, amacı ve hedefleri açıklanarak, bünyelerinde çalışan hekimlerin adı-soyadı ve/veya telefon numarası ve veya/e-posta adresini talep etmek. Hemen ardından, bu konuda hem kurumsal olarak OSGB'ye hem de bünyelerindeki hekimlere iletilmek üzere bir e-posta ile araştırmaya yönelik bilgilendirme yazısı göndermek. İlk telefon aramasında ilgililere ya da ilgililerin hekimlere kısa sürede ulaşamaması, iş yoğunlukları, yıllık izinde olmaları, ayrıca, hekimlerin nadiren OSGB'ye geliyor olmaları vb. gerekçeleriyle her bir OSGB bu konuda 4-6 kez telefonla aranmış, 2-4 kez e-posta gönderilmiştir.
3. 2. maddede ifade edilen iletişim sonucunda, işyeri hekim(ler)inin sadece adı-soyadı ve/veya e-posta adresi verildiyse hekimin telefon numarasını elde etmek ya da hiçbir iletişim bilgisi verilmediyse, İTO veri tabanından iletişim bilgileri için tarama yapmak.
4. İTO'ya kayıt ya da herhangi bir belge istemek için başvuran ve araştırma kapsamındaki işyeri hekimlerinden bilgi almak.
5. OSGB bünyesindeki hekimin sadece e-posta adresi verildiyse ve bu hekimin iletişim bilgileri İTO veri tabanında da bulunmuyorsa, bu hekimlere araştırmaya katılmaları için e-posta yazmak.
6. OSGB'den adı ve soyadı verilen ve İTO veri tabanında telefon numarası ya da e-posta adresi bulunmayan hekimlerin İTO İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Komisyonu üyelerinin yer aldığı WhatsApp gruplarında olup olmadığını araştırmak.

OSGB'lerin ilgilileriyle yapılan görüşmeler ve yazışmalar sonucunda; hiç iletişim kurulamayan OSGB (n=17), iletişim kurulduğu halde bu araştırmaya katılmayı reddeden OSGB (n=44), OSGB sahibi, ortağı ve/veya yöneticisinin bünyelerindeki işyeri hekimlerine talebimizi ilettiği halde, bu konuda hekimlerden herhangi bir geri bildirimde bulunmadığını ifade eden OSGB (n=55) olmak üzere, toplam 116 OSGB olmuştur. Bu durumda, İTO veri tabanından 61 OSGB bünyesinde çalışan işyeri hekimlerinin iletişim bilgileri, İTO'ya üyelik ya da belge almak için gelenlerden altısının iletişim bilgileri elde edilmiştir. Böyle olunca, ulaşılamayan 49 OSGB ve ona bağlı 68 işyeri hekimini yedek listeden tekrar seçilmiştir.

OSGB'ler ile yapılan görüşmeler sonucunda, bu çalışmaya katılmayı reddettiğini ifade eden OSGB sahibi/gerçek ortağı ve/veya yöneticisinin ret gerekçeleri; ÇSGB'nin bu konuda OSGB'leri bilgilendirmemeleri, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında hekimlerin iletişim bilgilerini vermek istememeleri, İTO'dan gelecek herhangi bir talebi kabul etmek istememeleri, TTB'nin belirlediği işyeri hekimi asgari ücret tarifesini yüksek bulmaları, danıştıkları hukuk bürolarının hekimlerin bu çalışmaya katılmalarını uygun görmemesi, yoğun olmaları, bir OSGB'de ise toplam iki hekimin OSGB sahibi ve gerçek ortağı olmasıdır.

12 Temmuz 2023 tarihinde araştırmanın yürütücüsü tarafından araştırmanın amacı, soru formu, soruların özellikleri, soru formunda kullanılan temel kavramlar, bazı tıbbi terminolojiler konusunda dört kadın anketörün her birine (biri doktoralı, biri doktora öğrencisi, biri yüksek lisans mezunu, biri lisans mezunu) iki saatlik anketör eğitimi yapılmıştır.

Araştırma örneği kapsamındaki işyeri hekimleri için ayrıca, OSGB'ye bağlı iş yerlerinde en az bir aydır çalışıyor olması, iş yerlerine en az üç kez ziyaret etmiş olması kriteri de alınmıştır. Görüşmeler işyeri hekimlerinin uygun gördüğü ortamda (iş yeri, OSGB, İTO vb.) yüz yüze planlanmış; fakat hekimlerin birden fazla kurumda çalışmaları, OSGB'lere bağlı iş yeri sayısının faz-

la olması, iş yoğunlukları, çalışma yaşamlarındaki düzensizlikler, COVID pandemisinde başlayan çevrim içi görüşme alışkanlıklarını devam ettirme isteği vb. nedenlerle gerçekleşmemiştir. Araştırmanın verileri, 28 Temmuz 2023-5 Ocak 2024 tarihleri arasında öğretim üyesi araştırma yürütücüsü de dâhil olmak üzere beş kişi tarafından toplanmıştır.

Araştırma yürütücüsü ve bir anketör öncelikle hekimlerle ilk telefon ya da yüz yüze görüşmesinde araştırma konusunda bilgi vererek, sözel olarak araştırmaya katılımları konusunda izin almıştır. Bu görüşmede, araştırmaya katılmayı kabul edip, hemen soru formunu doldurmak isteyenlerden veri toplanmıştır. Katılmayı kabul edip, görüşmeyi daha sonra yapacaklarını belirten hekimlere bu konuda e-posta ya da WhatsApp ile bu araştırmayla ilgili bilgilendirme yazısı gönderilmiştir. Bu hekimlerle araştırma yürütücüsünün yaptığı program doğrultusunda tüm anketörler görüşmelerini yapmıştır.

Veri toplama sürecinde toplam 444 işyeri hekimine ulaşılmıştır. İş yoğunluğu (18 hekim), İTO'ya karşı olumsuz yaklaşım (11 hekim), güvensizlik (on hekim), kendisinin ya da yakınının ciddi sağlık sorunu bulunması (dokuz hekim) ve yurt dışına göç edecek olması (beş hekim) gerekçeleriyle 76'sı (%5,8) araştırmaya katılmayı reddetmiştir. İlk görüşmede 29 işyeri hekimini araştırmaya katılmayı kabul edip, olumlu yaklaşmıştır. Hatta on biriyle soru formunu uygulamak için planlama da yapılmıştır. Ancak, daha sonra, farklı zamanlarda dört kez arandığı, WhatsApp ya da e-posta yoluyla mesaj yazıldığı halde, yanıt alınamamış, bu hekimlerden bazıları telefonunu meşgule almış ya da engellemiştir. Beş işyeri hekimini (ikisi kadın) ise soru formunu doldururken, görüşmeyi yarıda bırakmıştır. Bunlar sonucunda, 42 OSGB'den toplam 110 hekime ulaşamadığı, araştırma katılmayı reddettiği ya da görüşmeyi tamamlamadığı için onlar yerine araştırma örneğindeki yedek listeden yeniden seçim yapılmıştır.

Sonuç olarak, 35 hekimin birden fazla OSGB'ye bağlı çalışması nedeniyle, araştırma örneğine giren **254 OSGB yerine, 211 OSGB ve onlara bağlı iş yerlerinde çalışan 334 işyeri hekimine** ulaşılmıştır.

Araştırma örneğindeki 334 hekimin %76,6'sı telefon (256 hekim), %16,5'i (55 hekim) çevrim içi (zoom) görüntülü, %2,7'si (dokuz hekim) WhatsApp görüntülü, %3,3'ü (11 hekim) İTO'da yüz yüze, %0,9'u (üç hekim) ile önemli sağlık sorunları olduğundan, e-posta adresi üzerinden görüşme yapılmıştır. Görüşmeler haftanın yedi günü, saat 7.00-22.30 saatleri arasında yapılmıştır. Görüşülen hekimlerin sadece %9'undan ilk görüşme planı gününde yapılırken, %82'si üçüncü görüşme planında yapılabilmektedir. En kısa görüşme 18 dakika, en uzun görüşme ise 1 saat 40 dakika sürmüştür.

3.1.4. Veri Analizi

Veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 21.0 programında analiz edilmiştir. Analizde, tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, aritmetik ortalama, medyan, tepe değeri ve standart sapma kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü ise Phi (Φ) ile Cramer's V katsayısıyla belirlenmiştir. Ki kare önemlilik testlerinde %95 güven aralığında ve $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Hekimlerin hizmet verdiği her bir iş yerinin sağlık birimi/reviri, bu birimin bağımsız tuvaleti ve lavabosu, muayene için gelenlerin bekleme yeri olup olmadığı sorulmuş ve veri analizinde hekimlerin yanıtları yedi gruba ayrılmıştır. Bunlar; "hiç yok", "tümünde var", "bir iş yeri var ve onda da var", "bir iş yeri var ve onda da yok", "bazısında var, bazısında yok", "büyük bir çoğunluğunda var", "büyük bir çoğunluğunda yok" şeklindedir. "Bazısında var, bazısında yok" seçeneği, çalışma ortamı özelliklerinden her bir iş yerinin yine her birinin varlığı ya da yokluğu eşit ya da birisi %60'dan daha az ise yanıt bu şekilde kodlanmıştır. "Büyük bir çoğunluğunda var ya da yok" seçeneği ise çalışma ortamı özelliklerinden her bir iş yerinin yine her birinin varlığı ya da yokluğu eşit ya da birisi %60'dan fazla az ise yanıt bu şekilde kodlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI

3.2.1. Araştırma Tekniği

Araştırmanın ikinci aşaması, kalitatif verilerin elde edileceği fenomenolojik araştırma tekniğidir.

3.2.2. Araştırmanın Örneği

Araştırmanın ilk aşamasında kullanılan soru formundaki bir sorunun yanıtına göre işyeri hekimleri altı grupta sınıflandırılmıştır. Bunlar;

1. Sadece OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanlar,
2. Hem kamuda hekim olarak hem de OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde ayda maksimum 30 saat işyeri hekimi olarak çalışanlar,
3. Emekli olup, aynı zamanda OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanlar,
4. Özel sağlık sektöründe çalışıp/nöbet tutmakta olup, aynı zamanda OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanlar,
5. Muayenehane/özel tıp merkezi/özel sağlık merkezi sahibi olup, aynı zamanda OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanlar,
6. OSGB sahibi ve/veya gerçek ortağı olup, aynı zamanda OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanlardır.

Dolayısıyla, araştırmanın ikinci aşamasında araştırmanın örneğini, araştırmanın birinci aşamasına katılan, bu aşamaya da katılmaya gönüllü olan bu altı gruptaki işyeri hekimleri oluşturmuştur. Bu altı grubun her birisi aynı zamanda odak gruptur. Amaçlı örneklem tekniğinden maksimum çeşitlilik örneklemesi kullanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek 2005). Bu nedenle her bir odak grubu işyeri hekiminin; cinsiyeti (kadın/erkek), istihdam biçimi (tam zamanlı/yarı zamanlı), uzmanlık durumu, (uzman/pratisyen), iş yeri tehlike grupları (az tehlikeli/tehlikeli/çok tehlikeli), KHK'li olması, işyeri hekimliğinde çalışma süresi, bireysel sözleşmeli işyeri hekimi olarak çalışması, İTO üyesi ve sendika üyesi olması özellikleri dikkate alınarak oluşturulmuştur.

3.2.3. Veri Toplama

OSGB'lere bağlı iş yerlerinde işyeri hekimi olarak çalışmanın anlamını, çalışma yaşamlarına yönelik deneyimlerini, bakış açılarını, anlayışlarını, algılarını ve duygularını derinlemesine, kapsamlı ve ayrıntılı olarak onların perspektifinden değerlendirebilmek amacıyla yürütülen bu ikinci aşama için, bazı literatürlerden de yararlanılarak sonda sorular hariç, açık uçlu toplam sekiz sorudan oluşan yarı yapılandırılmış bir soru formu hazırlanmıştır (Aydın 2019, Barkın 2019, Akel et al. 2024, Aksungur 2018). Uzman görüşü alındıktan sonra, bu araştırmanın yürütücüsü tarafından 6-7 Şubat 2023 tarihleri arasında soruların araştırmanın amacına uygunluğu, soruların anlaşılabilirliği ve alan için geçerliliği için OSGB'ye bağlı iş yerlerinde çalışan birisi kadın olmak üzere, iki işyeri hekimiyle bireysel derinlemesine yüz yüze görüşme yapılmıştır. Bu ön uygulama sonunda, soru formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Veriler 16 Şubat-04 Nisan 2024 tarihleri arasında nitel araştırma görüşme tekniklerinde deneyimli olan araştırma yürütücüsü tarafından toplanmıştır. Aynı zamanda, her bir odak grup görüşmesine araştırmacı dışında anketörlerden birisi gözlemci olarak katılmıştır. Görüşmeler, işyeri hekimlerinin talepleri doğrultusunda onların uygun bulduğu gün ve saatlerde İTO'nun Çağaloğlu ya da Kadıköy bürosunda gizliliğin sağlanabildiği bir ortamda gerçekleşmiştir. Görüşmelerden önce ortam, odak grup görüşmesi için uygun hale getirilmiştir.

Hekimlerin mevcut konumlarına göre yapılan toplam altı gruptan her biri için en az üç kişiden oluşan iki odak grubu oluşturulması planlanmasına karşın, hekimlerin yoğun çalışmaları, böyle bir çalışmaya gönüllü olmamaları vb. nedeniyle bu amaç gerçekleştirilememiştir. Ya da yine bu

nedenlerle, tüm odak gruplar için 3-5 hekimin bir araya gelebileceği ortak bir mekân, gün ve saat programlanamamıştır. Bu nedenle odak grupları şu şekilde oluşturulmuştur:

1) Sadece OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanlardan birisi üç, diğeri iki kişiden oluşan iki odak gruptur. Ayrıca, bir hekimle onun özel koşulları nedeniyle, bireysel derinlemesine görüşme yapılmıştır.

2) Hem kamuda hekim olarak hem de OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde ayda maksimum 30 saat işyeri hekimi olarak çalışanlardan dört kişilik ve iki kişilik iki odak gruptur.

3) Emekli olup, aynı zamanda OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanlardan üç kişilik ve iki kişilik iki odak gruptur.

4) Özel sağlık sektöründe çalışıp/nöbet tutan hekim olup, aynı zamanda OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanlardan üç kişilik bir odak grup ve bir hekimle onun özel koşulları nedeniyle, bireysel derinlemesine görüşme yapılmıştır.

5) Muayenehane/özel tıp merkezi/özel sağlık merkezi sahibi olup, aynı zamanda OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanlardan dört hekimle bir odak gruptur.

6) OSGB sahibi ve/veya gerçek ortağı olup, aynı zamanda OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanların olduğu grupta beş hekimden oluşan bir odak gruptur.

Sonuç olarak, toplam **dokuz odak grup görüşmesi** (toplam 28 hekim), **iki bireysel derinlemesine görüşme olmak üzere, toplam 30 işyeri hekimiyle** derinlemesine görüşülmüştür. Odak gruplar en az iki, en fazla beş kişiden oluşmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Odak grup ve bireysel derinlemesine görüşmeler ve özellikleri

Araştırma örneği	Odak grup ve bireysel derinlemesine görüşmeler	Hekimlerin özellikleri
1. Sadece OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanlardır.	1. Odak Grup: Üç hekim 2. Odak Grup: İki hekim Bireysel: Bir hekim	Altı hekim: İki kadın, biri uzman, biri İran uyruklu, ikisi KHK'li ve biri İTO üyesi değildir. İkisi kısa sürede göç etmeyi düşünmektedir. Biri SES üyesi, ikisi tam zamanlı, ikisi çok tehlike iş yerlerinde çalışmaktadır.
2. Hem kamuda hekim olarak hem de OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde ayda maksimum 30 saat işyeri hekimi olarak çalışanlardır.	1. Odak Grup: Dört hekim 2. Odak Grup: İki hekim	Altı hekim: İki kadın, biri uzman, biri asistan, bir doktoralı, bir yüksek lisans mezunu ve biri İTO üyesi değildir. Üçü ASM'de, birisi TSM'de, ikisi hastanede, biri SGK'de çalışmaktadır. Biri SES, biri Sağlık-Sen üyesidir. Biri aynı zamanda bireysel sözleşmeli olarak işyeri hekimliği yapmaktadır.
3. Emekli olup, OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanlardır.	1. Odak Grup: Üç hekim 2. Odak Grup: İki hekim	Beş hekim: Biri kadın, biri KHK'li, ikisi tam zamanlı, üçü çok tehlikeli iş yerlerinde çalışmaktadır. İkisi bireysel sözleşmeli olarak işyeri hekimliği yapmaktadır.
4. Özel sağlık sektöründe çalışıp/nöbet tutan hekim olup, aynı zamanda OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanlardır.	Odak Grup: Üç hekim Bireysel: Bir hekim	Dört hekim: Biri kadın, biri KHK'li, ikisi emekli, biri sendikalı, üçü tam zamanlı çalışıp, biri çok tehlikeli, diğerleri az tehlikeli ve tehlikeli iş yerlerinde çalışmaktadır.
5. Muayenehane/özel tıp merkezi/özel sağlık merkezi sahibi olup, OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanlardır.	Odak Grup: Dört hekim	Dört hekim: İki kadın, üçü uzman olup, biri tam zamanlı ve biri çok tehlikeli iş yerlerinde çalışmaktadır.
6. OSGB sahibi/gerçek ortağı olup, aynı zamanda OSGB'ye bağlı iş yer(ler)inde işyeri hekimi olarak çalışanlardır.	Odak Grup: Beş hekim	Beş hekim: Biri kadın, biri uzman, biri doktoralı olup, biri İTO üyesi değildir. Biri 41 yıllık, bir üç yıllık hekim, bir tam zamanlı ve ikisi çok tehlikeli iş yerlerinde çalışan işyeri hekimidir.

Bu görüşmelerin beşi İTO'nun Cağaloğlu merkez bürosunda, geri kalanı Kadıköy bürosunda yapılmıştır. Odak grup görüşmeleri ortalama 2 saat 27 dakika 71 saniye (maksimum=3 saat 2 dakika 17 saniye, minimum= 1 saat 8 dakikada 46 saniye), bireysel derinlemesine görüşmeler ise ortalama 1 saat 17 dakika 14 saniye sürmüştür. Görüşmeler, görüntüsüz dijital ses kayıt cihazıyla kayıt edilerek yapılmıştır. Görüşmelere verilerin doygunluk düzeyine erişilmesi değerlendirilerek devam edilmiştir. Bunun yanında, sonda sorular (sonra ne oldu? başka? ne gibi vb.) kullanılmıştır. Soruların odaklı olmasına özen gösterilmiştir. İşyeri hekimlerini yönlendirmekten ve çok boyutlu soru sormaktan kaçınılmıştır.

3.2.4. Veri Analizi

Kalitatif veriler, kodlamaya dayalı tematik içerik analiziyle değerlendirilmiştir. Bunun için ilk olarak, tüm görüşmeler bittikten sonra, görüşmelerin ses kayıtları bu alanda deneyimli anketör tarafından dinlenip, doğrudan alıntılanarak, kelime-kelime ve hiçbir müdahalede bulunulmadan bilgisayarda Word programında yazılmıştır. Her bir odak grup ve bireysel görüşmeler için ayrı Word dosyası oluşturulmuştur. Yaklaşık toplam 495 sayfayı bulan bu metinler, araştırmacı ve bu anketör dışında başkalarıyla hiçbir şekilde paylaşılmamıştır. Görüşmeleri de yürüten araştırma yürütücüsü tarafından bu ses kayıtları dinlenerek, yazılı metinler kontrol edilmiştir. Bu kontrollerde; hekimlerin konuşmalarının kelimesi kelimesine, onların dilinden ve lehçesinden yazılıp yazılmadığına, görüşmelerdeki sessizlik, cevap verirken duraklama ya da bazı duygu durumlarına (örneğin, gülüşmeler, öfke ifadeleri, kızgınlık vb.) yer verilip verilmediğine bakılmıştır.

Metin içindeki bu ifade ve cümlelerin hangi işyeri hekimine ait olduğunu belirlemede onların gizliliğini sağlamak amacıyla isimleri yerine her bir hekime K1, K2 biçiminde kodlar verilmiştir. Tekrar tekrar okunan metinlerde araştırmanın amacına ve sorularına göre, gerektiğinde hekimlerin cümleleri veya ifadeleri birleştirilmiş, fazlalıklar not edilmiştir. Satır satır okunan verilerden anlamlı cümle ya da ifadelerin altı çizilmiştir.

Yazılı metinlerdeki kodlama; araştırmanın amacı, soruları ve konuyla ilgili kuramsal bilgiler temel alınarak yapılmıştır. Ayrıca kodlamada, katılımcıların ifade ya da cümlelerin kavramsal olarak ne anlama geldiği dikkate alınmıştır. Bu yazılı dokümanların tekrar tekrar okunması, ilginç ve farklı bölümlerin vurgulanmasıyla ilk açık kodlar ve notlar belirlenmiştir. Verilerin güvenilirliği için araştırma yürütücüsü ve bu alanda deneyimli bir anketör, iki farklı kod listesi oluşturmuştur. Bu kod listeleri, benzerlikleri ve farklılıkları açısından karşılaştırılarak, kodlar gözden geçirilmiştir. Ortak özellik taşıyan kodlar bir araya getirilerek aynı kategoriler altında toplanmıştır. Kategoriler arasındaki ilişkiler, bağlantılar ve kavramsal benzerlikler dikkate alınarak alt temalar ve onlar arasındaki ilişkiler incelenerek temalar geliştirilmiş ve adlandırılmıştır. Özellikle kategori, alt tema ve temaların belirlenmesinde bu alanda uzman ve benzer araştırmalar yürütmüş iki öğretim üyesiyle tartışılarak bazı temalar birleştirilmiş, ifadeleri değiştirilmiş ya da yeni temalar da oluşturulmuştur. Daha sonra, katılımcıların ifadeleri/cümleleri ve onların formüle edilmiş anlamları doğrudan uygun temalar içerisine yerleştirilmiştir.

3.3. Etik Boyut

Araştırmanın her iki aşamasında da işyeri hekimleri araştırmaya gönüllü olarak katılmıştır. Araştırma öncesinde çalışmanın amacı, önemi ve tasarımı konusunda bilgilendirilip, sözlü ya da yazılı onamları alınmıştır. Ayrıca ses kayıtları öncesinde de sözlü onamları alınmış, çoğunun talebi üzerine odak grup görüşmeleri süresince isimleriyle hitap edilmemiştir.

4. BULGULAR

4.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI: KANTİTATİF VERİLER

4.1.1. İşyeri Hekimlerinin Bireysel ve Çalışma Yaşamına Ait Bazı Tanımlayıcı Özellikleri

Mevcut üç yüz otuz dört işyeri hekiminin dörtte biri (%24) kadın, yaklaşık beşte biri (%19,2) 26-38 yaş grubunda, yarıdan fazlası (%60,2) 49 yaş ve üzerindedir (ortalama=50.56±11.57, ortalanca=52, tepe değeri=55, en küçük değer=26, en büyük değer=82). Araştırma evrenindeki hekimlerin yaşlarıyla (yaş ortalaması=50.75±12.226), kadınların payı (%21,6) araştırma örneğiyle benzerdir. Hekimlerin büyük bir çoğunluğu evli ve çocuk sahibi (%74,6, %76,6) olup, yaklaşık yarısının (%49,6) iki, beşte birinin (%21,1) üç ve daha fazla sayıda çocuğu bulunmaktadır. (Tablo 2). Bu araştırma sırasında, gebe olan herhangi bir kadın işyeri hekimi bulunmamaktadır.

Araştırma kapsamındaki işyeri hekimleri 51 farklı tıp fakültesinden mezun olmuştur. İlk altı sıradaki tıp fakültesi; Cerrahpaşa, İstanbul (Çapa), Trakya, Uludağ, Ege ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) olup (%18,3, %12,9, %7,5, %6, %5,1, %5,1), %1,8'i de yurt dışındaki tıp fakültelerinden mezundur. Bu fakültelerden mezun olduktan sonra, üçte birinden daha fazlası (%39,8) başka bir lisans ya da lisansüstü eğitim almış ve mezun olmuştur. Bu eğitimin neredeyse tamamı (%96,2) lisansüstü eğitimidir. Hekimlerin %29,6'sı (n=99) uzman ya da yan dal uzmanıdır. Beş hekim de uzmanlık eğitimine devam etmektedir. İlk altı uzmanlık alanı sırasıyla; aile hekimliği, genel cerrahi, dahiliye, anestezi ve reanimasyon, kadın hastalıkları ve doğum ile pediatri dir (%23,1, %12,5, %8,6 %7,7, %6,7 %5,6). Hekimlerin birisi profesör, ikisi doçent, yedisi doktor (PhD) ve yirmisi de bilim uzmanı akademik unvanlarına sahiptir (Tablo 2). İş sağlığında bir, halk sağlığında ise iki hekim yüksek lisans ve/veya doktora eğitimini tamamlamıştır.

Hekimlerin yarıya yakını (%42,5) tıbbi olarak tanınmış ve ilaç kullanmayı gerektiren herhangi bir kronik hastalığa sahiptir ve üçte biri (%30,9) komorbittir. Hipertansiyon, diyabetes mellitus ve her ikisi birlikte en sık görülen kronik hastalıklardır (Tablo 2).

Hekimlerin mezuniyetinden bugüne, %38,6'sının 30 yıldan daha fazla bir süre, %37,1'inin ise 16-29 yıl geçmiştir (ortalama=24.90±11.63, ortalanca=26, tepe değeri=32, en küçük değer=1, en büyük değer=58). Buna karşın, hekim olarak %24,2'si ise 30-36 yıl arası, %11,4'ü 8 yıl ve altında toplam çalışma süresine sahiptir (ortalama=24.28±11.68, ortalanca=25, tepe değeri=29, en küçük değer=1, en büyük değer=58). Otuz hekim, mezun olduktan sonra belirli süre meslek dışı işler yaptığı, kadınlar gebeliğe ve doğuma bağlı ücretsiz izin kullandığı için tıp fakültesinden mezuniyet yılıyla, toplam çalışma süreleri birbirinden farklılık göstermiştir (Tablo 3). Büyük bir çoğunluğu (%92,2) İTO üyesi olmasına karşın, sadece %13,8'i sendikalıdır. Sendika üyesi olanların %26,1'i sendikasının adını bilmezken, %26,1'i Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES), %8,7'si Aile Hekimliği Çalışanları Sendikası (AHESSEN), %8,7'si de Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Birlik ve Dayanışma Sendikası (BDS) üyesidir. Hekimlerin %5,4'ü KHK ile kamu görevinden ihraç edilmiştir. Her yirmi hekimden birisi (%5,7) işyeri hekimliğine bağlı hastalığı ya da sağlık sorunu olduğunu ifade etmiştir (Tablo 3). Bu hastalıkların sekizi (%42,1) kas iskelet sistemi hastalıkları, dördü stres (%21) ve üçü anksiyetedir (%15,8).

Tablo 2. İşyeri hekimlerinin bazı tanımlayıcı özellikleri (n=334)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%	Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet			Tıp fak. sonrası tamamlanmış eğitim tipi (n=133)		
Kadın	80	24,0	Tıpta uzmanlık	96	72,2
Erkek	254	76,0	Yan dal	3	2,2
Yaş grupları			Doktora	7	5,3
26-38	64	19,2	Bilim uzmanı*	22	16,5
39-48	69	20,6	Lisans ya da ön lisans	5	3,8
49-54	64	19,2	Uzmanlık alanları (n=104)**		
55-59	65	19,5	Aile hekimi	24	23,1
60-82	72	21,5	Genel cerrahi	13	12,5
Medeni durum			Dahiliye	9	8,6
Bekar	85	25,4	Anestezi ve reanimasyon	8	7,7
Evli	249	74,6	Kadın hastalıkları ve doğum	7	6,7
Çocuğu olması			Pediyatri	6	5,6
Evet	256	76,6	Acil tıp	5	4,8
Hayır	78	23,4	Üroloji	4	3,8
Çocuk sayısı (n=256)			Nöroloji	3	2,9
1	75	29,3	Diğer***	25	24,3
2	127	49,6	Akademik unvan (n=131)****		
≥ 3	54	21,1	Profesör Dr.	1	0,8
Mezun olunan tıp fakültesi			Doçent Dr.	2	1,5
Cerrahpaşa Tıp Fak.	61	18,3	Doktor (PhD)	7	5,3
İstanbul (Çapa) Tıp Fak.	43	12,9	Bilim uzmanı	20	15,3
Trakya Üniv. Tıp Fak.	25	7,5	Tıpta uzman-yan dal uzmanı	96	73,3
Uludağ Üniv. Tıp Fak.	20	6,0	Asistan	5	3,8
Ege Üniv. Tıp Fak.	17	5,1	Kronik hastalık durumu		
GATA	17	5,1	Evet	142	42,5
Atatürk Üniv. Tıp Fak.	15	4,5	Hayır	192	57,5
Öndokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak.	12	3,6	Kronik hastalıklar (n=142)		
Ankara Üniv. Tıp Fak.	11	3,3	Hipertansiyon (HT)	38	26,8
Çukurova Üniv. Tıp Fak.	11	3,3	Diyabetes mellitus (DM)	11	7,7
Erciyes Üniv. Tıp Fak.	11	3,3	HT ve DM	13	9,1
Hacettepe Üniv. Tıp Fak.	8	2,4	HT ve diğer hastalıklar	21	14,8
Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak.	7	2,1	Kalp damar hastalıkları	7	5,0
Gazi Üniv. Tıp Fak.	6	1,8	DM ve diğer hastalıklar	5	3,5
Yurt dışındaki Tıp Fak.	6	1,8	Migren	5	3,5
Diğer tıp fakülteleri	64	19,0	Akut gastrit ve reflü	5	3,5
Tıp fak. sonrası lisans ve üstü eğitimi tamamlama			Astım	4	2,8
Evet	133	39,8	İnsülin direnci	4	2,8
Hayır	201	60,2	Diğer hastalık*****	29	20,5

* Bir hekim iki farklı alanda bilim uzmanlığı yapmıştır.

** Bir hekim anestezi ve pediatri olmak üzere iki uzmanlık yapmıştır.

*** Diğer uzmanlık alanları: Halk sağlığı, radyasyon onkolojisi, patoloji, ortopedi, KBB, göz, göğüs hastalıkları, FTR, radyoloji, su altı hekimliği ve hiperbarik, göğüs kalp ve damar cerrahi, enfeksiyon hastalıkları, dermatoloji, biyokimya, adli tıp, beyin cerrahi, endokrinoloji.

**** Bir hekim tıpta uzmanken, aynı zamanda doktora, dört uzman hekim ise yüksek lisans yapmıştır.

***** Diğer hastalık: Anksiyete, depresyon, alerjik dermatit, dikkat eksikliği, hipertorid, hipotroid, ankiloz spondilit, romatoid artrit, işitme kaybı, kan ser, bel fıtığı, myastenia gravis.

Tablo 3. İşyeri hekimlerinin çalışma yaşamına ait bazı özellikleri (n=334)

Çalışma Yaşamı Özellikleri	Sayı	%
Tıp. Fak mezuniyetinden bugüne geçen süre (yıl)		
≤ 8	37	11,1
9-15	44	13,2
16-22	54	16,2
23-29	70	20,9
30-36	83	24,8
≥37	46	13,8
Meslekte toplam çalışma süresi (yıl)		
≤ 8	38	11,4
9-15	48	14,4
16-22	58	17,4
23-29	65	19,4
30-36	81	24,2
≥37	44	13,2
İTO üyeliği		
Evet	308	92,2
Hayır	26	7,8
Sendika üyeliği		
Evet	46	13,8
Hayır	288	86,2
Üye olunan sendika (n=46)		
Adını bilmiyor	12	26,1
SES	12	26,1
AHESEN	4	8,7
BDS	4	8,7
Hekim Birliği	3	6,6
Sağlık-Sen	2	4,3
Türk Sağlık-Sen	2	4,3
Hekim-Sen	2	4,3
Diğer sendika*	5	10,9
KHK ile kamu görevinden ihraç		
Evet	18	5,4
Hayır	316	94,6
İşyeri hekimliğine bağlı hastalık		
Evet	19	5,7
Hayır	315	94,3

* Diğer sendika: Sine-Sen, Dev Sağlık-İş, Genel Sağlık-İş, Enerji-Sen, Tabip-Sen

Hekimlerin yarısından fazlası (%54,2) eğitimini tamamlayıp, ÇSGB'nin yaptığı/yaptırdığı işyeri hekimliği sertifika sınavından başarılı olarak, yarıya yakını ise (%45,5) TTB'nin işyeri hekimliği A tipi kursunu tamamlayıp, sınavlarından da başarılı olarak işyeri hekimliği yapmaya yetkinlik kazanmıştır. Paralel olarak, yaklaşık yarısı (%45,5) ilk sertifikasını TTB'den almıştır. Hekimlerin %44'ü ise ilk sertifikasını OSGB sistemi uygulanmaya başladıktan sonra almıştır. Yarısından fazlası (%61,7) aldığı sertifika eğitiminin niteliğini "iyi" ya da "çok iyi" olarak değerlendirmiştir. Hekimlerin sadece %23,1'i son beş yılda işyeri hekimliği, işçi sağlığı ve güvenliğiyle ilgili herhangi bir bilimsel toplantıya, kursa ya da meslek içi eğitime katılabilmektedir. Bu faaliyetlerin yaklaşık yarısına bir kez katılmış olup, beşte biri bunu TTB ve tabip odalarından, altıda biri ise çalıştığı kurumdaki almıştır (Tablo 4).

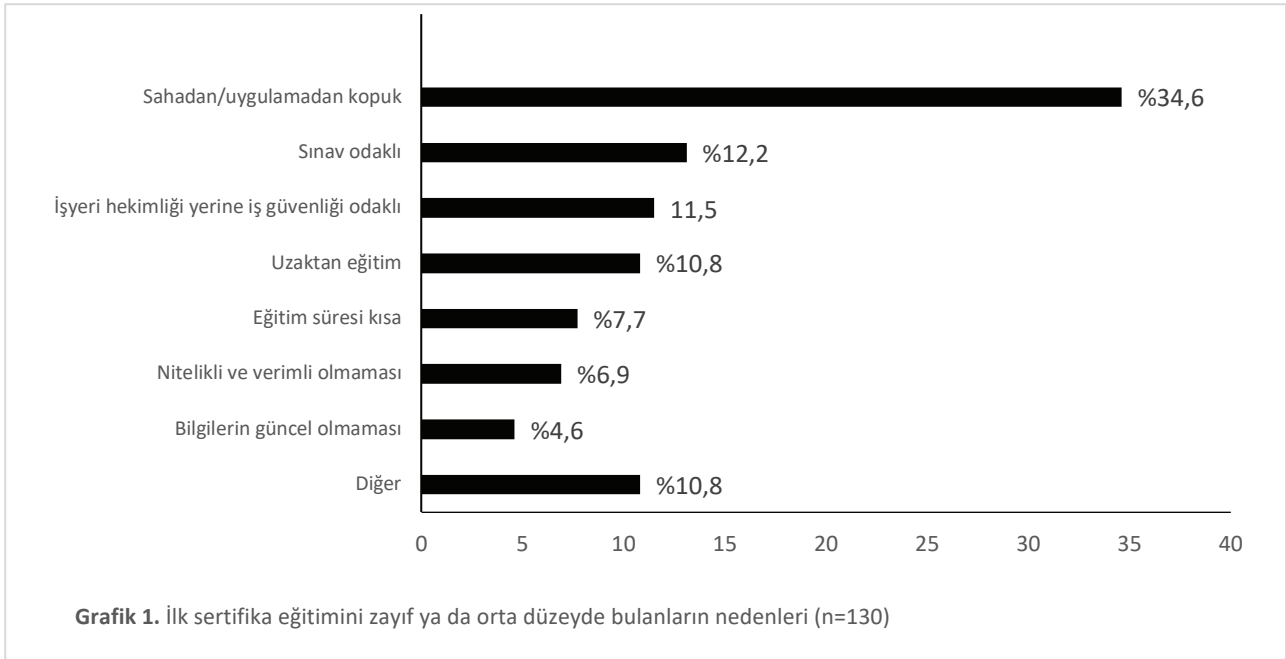
Tablo 4. İşyeri hekimlerinin sertifika ve meslek içi eğitim faaliyetleri durumu (n=334)

Sertifika ve Eğitim Faaliyetleri	Sayı	%	Sertifika ve Eğitim Faaliyetleri	Sayı	%
İşyeri hekimi olarak mesleğe giriş			Son beş yılda eğitim, bilimsel toplantı ve kursa katılım		
Eğitimi tamamlayıp, ÇSGB'nin yaptığı/ yaptırdığı işyeri hekimliği sertifika sınavından başarılı olmak	181	54,2	Evet	77	23,1
TTB'nin kursunu tamamlayıp, sınavında başarılı olmak	152	45,5	Hayır	257	76,9
İş ve meslek hast. yan dal uzmanı	1	0,3	Faaliyetlerin sayısı (n=77)		
İlk sertifikanın alındığı kurum			1	38	49,3
TTB	152	45,5	2	21	27,3
Özel öğretim kurumu	125	37,4	≥3	18	23,4
ÇSGB	53	15,9	Faaliyetlerin kurumları (n=103)*		
Üniversite	4	1,2	TTB ve tabip odaları	26	25,2
İlk sertifikadan bugüne geçen süre (yıl)			Çalıştığı kurum	18	17,5
≤6	68	20,4	Özel kurumlar	15	14,6
7-11	95	28,4	İşyeri Hekimleri Derneği	13	12,6
12-24	83	24,9	Bilimsel toplantılar	13	12,6
≥25	88	26,3	ÇSGB	10	9,7
İlk sertifika eğitiminin niteliği			Belediye ve OSGB	8	7,8
Hatırlamıyor	13	3,9			
Zayıf	37	11,1			
Orta	78	23,3			
İyi	161	48,2			
Çok iyi	45	13,5			

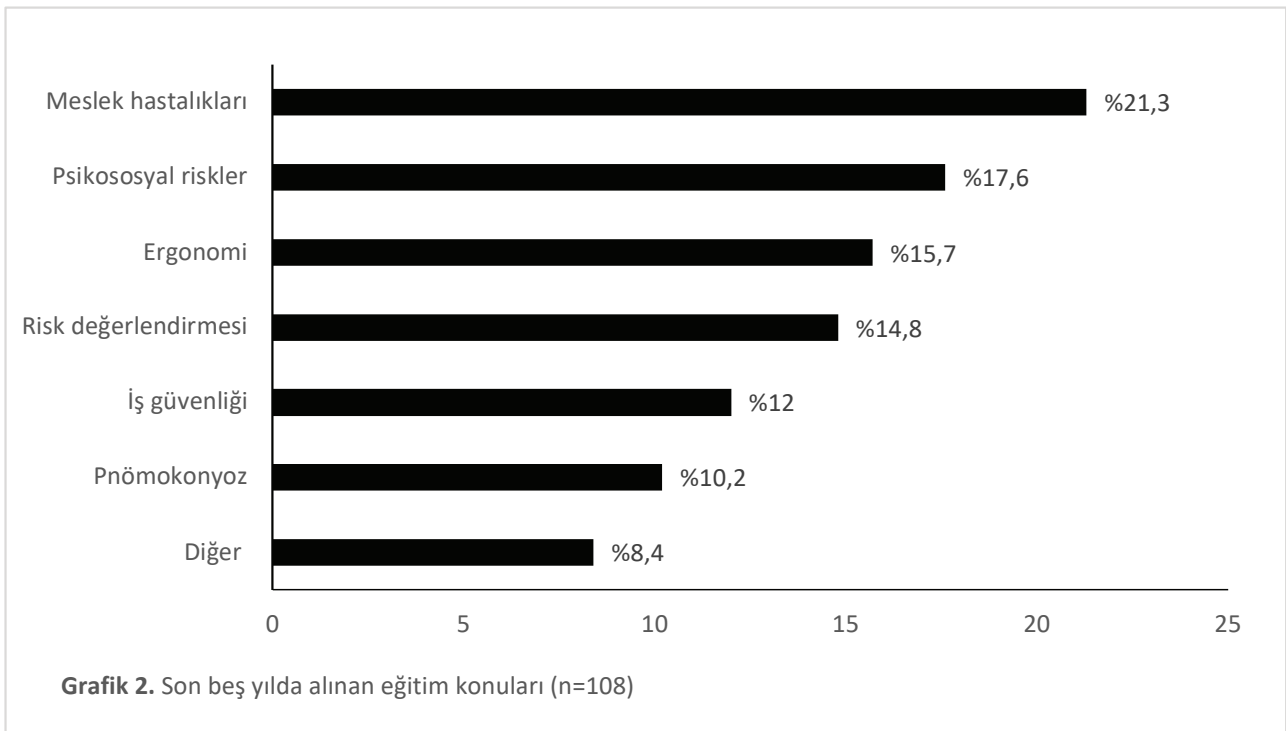
* Hekimler bu soruya birden fazla yanıt verdiği için "n" artmıştır.

İlk alınan sertifika eğitimini orta ve zayıf olarak nitelendirenlerin ilk beş gerekçesi; eğitim kurumlarının sahadan ya da işyeri hekimliği uygulamalarından kopuk, sınav odaklı, işyeri hekimliği yerine iş güvenliği ağırlıklı olması, uzaktan eğitim ile yürütülmesi ve eğitim süresinin kısa olmasıdır (%34,6, %12,2, %10,8, %10, %7,7) (Grafik 1).

Hekimlerin son beş yılda işyeri hekimliği, işçi sağlığı ve güvenliğiyle ilgili katıldığı beş eğitim/kurs ya da bilimsel toplantı konusu; meslek hastalıkları, psikososyal riskler, ergonomi, risk analizi ve iş güvenliği (%21,3, %17,6, %15,7, %14,8, %12)'dir (Grafik 2).



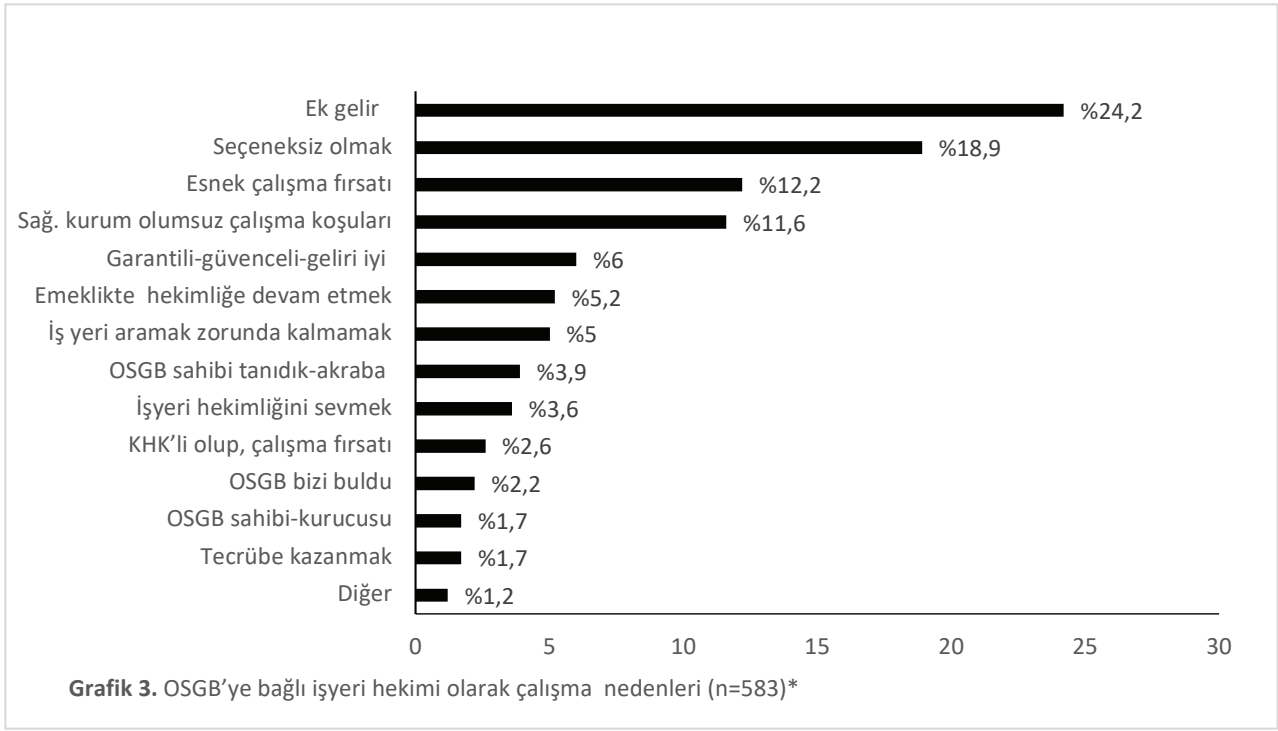
Diğer nedenler: Ticari, denetimin olmaması, teknolojinin kullanılmaması, eğiticilerin niteliksiz olması, işçi sağlığı ve güvenliği standartlarına uygun olmaması.



Diğer konular: Yüksekten düşme, mesleki solunum hastalıkları, iş kazaları ve odyometri.

4.1.2. İşyeri Hekimlerinin Çalışma Koşulları

Hekimlerin yarıya yakını (%47,3) 10 yıl ve üzerinde işyeri hekimliği yapmaktadır. Ya da üçte birine yakını (%27,8) 14 yıl ve üzerinde işyeri hekimi olarak çalışmaktadır (ortalama=10.81±8.64, ortanca=9, tepe değeri=10, en küçük değeri=4 ay, en büyük değeri=41 yıl) (Tablo 5). Hekimlerin bu zamana değin OSGB'ye bağlı iş yerlerinde işyeri hekimliği yapmasının ilk altı gerekçesi sırasıyla; ek gelir sağlaması, işyeri hekimliğinde artık başka bir istihdam biçimi olmadığını düşünmesi, seçeneksiz kalmaları, esnek çalışma fırsatı sunması, önceki/mevcut sağlık kurumlarının olumsuz çalışma koşulları (şiddet, ağır-yoğun-fazla çalışma, nöbet vb.), OSGB'nin garantili, güvenceli ve geliri iyi bir iş için aracı kurum olması ve emekli oldukları halde, halen çalışma şansı tanımasıdır (%24,2, %18,9, %12,2, %11,6, %6,0, %5,2) (Grafik 3).



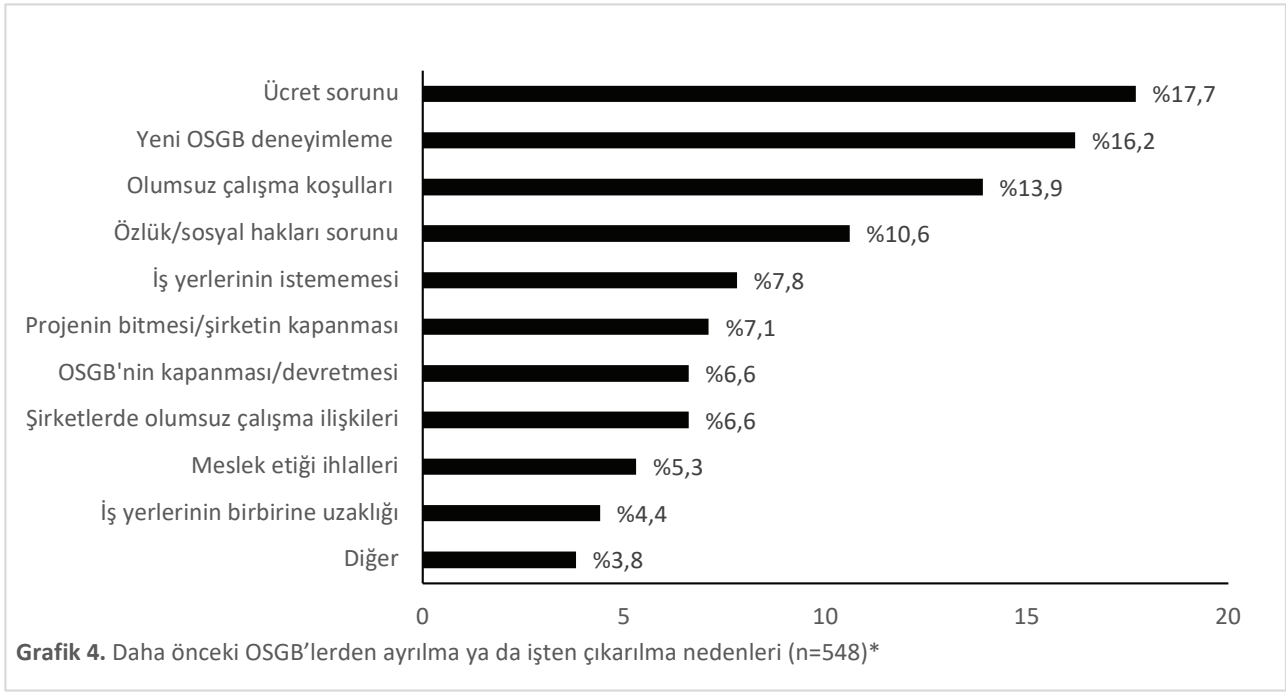
* Diğer nedenler: Denklik alamamak, saygı görmek, OSGB'nin araç temin etmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine katkı, hekimin sağlık sorunları.

** İşyeri hekimleri soruya birden fazla yanıt verdiği için "n" artmıştır.

Hekimlerin yarıya yakını (%41,6), OSGB sistemi uygulanmadan önce işyeri hekimliği yapmıştır. Büyük bir çoğunluğu ise (%72,5) şu anki OSGB'den önce başka bir OSGB'ye bağlı olarak da çalışmıştır. Onların da yaklaşık yarısı (%44,3) üç ve daha fazla sayıda, yaklaşık üçte biri ise (%28,5) bir OSGB'ye bağlı çalışmıştır (Tablo 5). Daha önce başka bir OSGB'ye bağlı olarak çalışanların, işten ayrılma ya da çıkarılmasının ilk dört gerekçesi sırasıyla; düşük, eşitsiz ve zamanında ödenmeyen ücret, yeni bir OSGB deneyimleme isteği, mobbing ya da baskıya maruz kalma, ağır ve düzensiz çalışma gibi olumsuz çalışma koşulları, özlük/sosyal hakların hiç ya da yetersiz olması olarak açıklanmıştır (%17,7, %16,2, %13,9, %10,6) (Grafik 4). Bu bulgu, Grafik 3'ün bulgusuyla beraber değerlendirildiğinde; ilk sıradaki ücret ya da ek gelir gerekçesi OSGB'ye bağlı çalışma nedeni olurken, aynı zamanda daha sonra OSGB'den ayrılma nedeni de olmuştur. Yine, hekimlerin OSGB'lere bağlı işyeri hekimliği yapmayı esnek çalışma, garantili ve güvenceli bir iş olarak görürken, projenin bitmesi, şirketlerin kapanması OSGB'lerin kapanması ya da devretmesi gibi esnek istihdama bağlı işsizlik de hekimlerin daha sonra OSGB'den ayrılma ya da işten çıkarılma gerekçesi olmuştur. Bu veriler de hekimlerin OSGB'ye bağlı çalışmayla ücret, garantili ve güvenceli ilgili olumlu beklentilerinin çalışmaya başlamalarıyla beraber, öyle olmadığını deneyimlediklerini göstermektedir.

İşyeri hekimliği dışında şu anda çalışılan kurumlara bakıldığında; yarısı (%50,6) OSGB dışında hekimlik yapmazken, üçte biri OSGB ile beraber özel sağlık sektöründe (%32,3) çalışmaktadır. Araştırma evreninde hekimlerin %6,1'i OSGB yanında kamuda çalışırken, araştırma örneğinde bu, yaklaşık üç kat daha fazladır (%17,1). Araştırma örneğinde kamuda çalışanların %61,4'ü (35 hekim) ASM'lerde aile hekimidir (Tablo 5).

Hekimlerin mevcut konumuna ya da statüsüne bakıldığında; en fazla paya sahip ilk grup (%28,4), emekli olup, aynı zamanda OSGB'ye bağlı işyeri hekimliği yapanlardır. Emeklilik maaşları ve OSGB'den aldıkları ücret yanında, bireysel olarak işyeri hekimliği yapanlar da en fazla bu gruptadır (%38,5). Dolayısıyla, %38,5'i üç gelire sahiptir. Bu durum, hekimlerin emekli olduğunda emekli maaşı yanında, başka bir gelire ihtiyaç duyduğunu da göstermektedir.



* Diğer nedenler: Şehir değiştirme, devlete geçme, OSGB sahibi olma, eğitim, emekli olma.

** Daha önceki OSGB'lerden ayrılan/işten çıkarılan hekim sayısı 242 olduğu halde, soruya birden fazla yanıt verenler olduğundan, "n" artmıştır.

İkincisi, "karma grup" olup (%18,5), OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmalarının yanında, emekli, OSGB sahibi/gerçek ortağı, bir ya da birden fazla sağlık ya da sağlık dışı özel sektörde çalışan/nöbet tutanlardır (Tablo 5). Ayrıca, %28,2'si de bireysel olarak işyeri hekimliği yapmaktadır. Bir başka ifadeyle, üç ve daha fazla gelire sahiplerdir. Üçüncüsü, sadece OSGB'ye bağlı olarak işyeri hekimi olarak çalışıp, hekimlik ya da hekimlik dışı başka gelir getirici iş yapmayan gruptur (%17,1) (Tablo 5). KHK ile kamudan ihraç edilenler (on sekiz hekim, %5,4), gençler ya da yeni mezunlar (beş yıl altı mezuniyet yılı olan hekim sayısı=18; %45,4), yurt dışına göç etmeyi düşünen ve/veya bu konuda resmi prosedürleri yerine getirenler (dokuz hekim; %2,7) büyük bir çoğunluğu üçüncü gruptadır. Dördüncüsü, kamuda hekimlik yapıp (%61'i aile hekimi) ayda 30 saat OSGB'ye bağlı iş yerlerinde işyeri hekimliği yapanlardır (%17,1). Altıncısı ise klinik-muayenehane-sağlık merkezi-OSGB sahibi olup, aynı zamanda OSGB'ye bağlı işyeri hekimliği yapsa da patron ya da işveren konumundadır. Bu grup, araştırma evreninde %5,6 iken, araştırma örneğinde %9'dur (Tablo 5). Bunların yanında, %11,7'sinin de bireysel sözleşmeli olarak işyeri hekimliği yaptığı göz önüne alındığında, bu çalışma, hekimlerin büyük bir çoğunluğunun meslekleri üzerinden, çoklu işlere sahip olduğu, dolayısıyla birden fazla gelirleri olduğunu göstermektedir.

Araştırma sırasında her on hekimden birisi ikiden fazla (2-5) OSGB'ye bağlı olarak çalışmaktadır (ortalama=1.15±0.53, ortanca=1.00, tepe değeri=1, en küçük değer=1, en büyük değer=5). Tüm OSGB'lerin patronları/işverenleri ya da gerçek ortaklarının üçte biri iki ya da üç kişidir. Hekimlerin bağlı oldukları mevcut OSGB'de çalışma süresi en fazla 2-5 yıl arasında (%35,9) olup, %33,8'i ise 1 yıl ve altında çalışmaktadır (ortalama=3.91±3.90, ortanca=3, tepe değeri=12, en küçük değer=1 ay, en büyük değer=30 yıl). Hekimlerin %35,1'inin 16'dan fazla, %33,2'sinin ise 5-15 arası iş yeri bulunmaktadır. Ancak, iş yeri sayısı 140'ı bulan işyeri hekimi de mevcuttur (ortalama=17.59±22.21, ortanca=9, tepe değeri=1, en küçük değer=1, en büyük değer=140) (Tablo 5).

İşyeri hekimlerinin %47,6'sı İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) KATİP dışında, OSGB ile ayrı bir iş sözleşmesi yapmadığını, %4,5'i sözleşme yapıp yapmadığını bilmediğini ya da hatırlamadığını ifade etmiştir. Oysa OSGB ile ayrıca yapılan/yapılacak sözleşme, işyeri hekimlerinin özlük/sosyal haklarını ve istihdam özelliklerini doğrudan etkileme potansiyeline sahiptir. Hekimlerin yarısından fazlası (%53) yarı-kısmi zamanlı çalışmaktadır. Hekimlerin %26,9'unun İstanbul dışında da OSGB'ye bağlı iş yerleri bulunmakta olup, ilçeleri dâhil Kocaeli ve Tekirdağ en sık gidilen illerdir (%56,7, %24,4) (Tablo 5).

Tablo 5. İşyeri hekimlerinin çalışma koşullarının bazı özellikleri (n=334)

Çalışma Koşulları	Sayı	%	Çalışma Koşulları	Sayı	%
İşyeri hekimi olarak toplam çalışma süresi (yıl)			Mevcut OSGB sayısı		
≤1	33	9,9	1	299	89,5
2-5	73	21,8	2-5	35	10,5
6-9	70	21,0	Mevcut OSGB'nin sahibi/gerçek ortağı		
10-13	65	19,5	Bir kişi	209	62,6
≥14	93	27,8	İki kişi	72	21,6
OSGB sisteminden önce işyeri hekimi olarak çalışma			3 kişi	3	8,8
Evet	139	41,6	Mevcut OSGB'de çalışma süresi (yıl)		
Hayır	195	58,4	≤1	113	33,8
Daha önce OSGB'ye bağlı çalışma			2-5	120	35,9
Evet	242	72,5	≥ 6	101	30,3
Hayır	92	27,5	Mevcut OSGB'ye bağlı iş yeri		
Daha önce çalışılan OSGB sayısı (n=242)			1-4	106	31,7
1	69	28,5	5-15	111	33,2
2	61	25,2	≥16	117	35,1
≥3	112	46,3	Çalışma biçimi		
OSGB ile beraber şu anda çalışılan kurum			Tam zamanlı	157	47,0
Sadece OSGB'ye bağlı çalışıyor*	169	50,6	Yarı-kısmi zamanlı	177	53,0
Kamu ve OSGB'ye bağlı çalışıyor	57	17,1	İSG-KATİP dışında iş sözleşmesi		
Özel sektör ve OSGB'ye bağlı çalışıyor	108	32,3	İş sözleşmesi yok	159	47,6
İşyeri hekiminin mevcut konumu			Belirsiz süreli	115	34,4
Sadece OSGB'ye bağlı çalışan	59	17,7	Belirli süreli	22	6,6
Emekli ve OSGB'ye bağlı çalışan	95	28,4	OSGB sahibi-gerçek ortağı****	23	6,9
Özel sektörde ve OSGB'ye bağlı çalışan	31	9,3	Bilmiyor-hatırlamıyor	15	4,5
Kamuda ve OSGB'ye bağlı çalışan	57	17,1	İstanbul ili dışında işyeri hekimliği yapma		
Klinik-muayenehane-sağlık merkezi-OSGB sahibi ve OSGB'ye bağlı çalışan**	30	9,0	Hayır	244	73,1
Karma***	62	18,5	Evet	90	26,9
Bu konumda çalışma süresi (yıl)			İstanbul ili dışına gidilen yerler		
≤1	88	26,3	Kocaeli ve ilçeleri	51	56,7
2-5	117	35,0	Tekirdağ ve ilçeleri	22	24,4
6-9	66	19,8	İzmir	3	3,3
≥10	63	18,9	Diğer*****	14	15,6
Bireysel sözleşmeli işyeri hekimi					
Evet	39	11,7			
Hayır	295	88,3			

* Bu grup içinde, OSGB dışında herhangi bir kurumda çalışmayan, başta sadece OSGB'de çalışanlar olmak üzere, bazı OSGB sahipleri ve bazı emekliler de bulunmaktadır.

** On hekim hem OSGB sahibi hem de işyeri hekimi olarak çalışmaktadır.

*** Karma: Emekli olup, bir ya da birden fazla sağlık ya da sağlık dışı özel sektörde çalışmasının yanında, özel sağlık merkezi-klinik sahibi, ortağı ve OSGB'ye bağlı işyeri hekimi.

**** Bu grupta hem sadece OSGB sahibi-gerçek ortağı hem de mevcut konumu karma grupta olanlar bulunmaktadır.

***** Diğer iller: Adana, Ankara, Antalya, Bursa, Çanakkale, Edirne, Eskişehir, Muğla, Sakarya ve Yalova.

Bu araştırmada, 211 OSGB'ye bağlı olarak iş yeri hekimliği yapan 334 hekim, toplam 5870 iş yerine hizmet vermektedir. Hekimlerin tümü hizmet verdikleri toplam iş yeri sayısını bilirken, her on bir hekimden birisi tehlikeli, her on hekimden birisi az tehlikeli ve yine her on hekimden birisi çok tehlikeli iş yerleri sayısını bilememiş ya da tahmin edememiştir. Böyle olunca, işyeri hekimleri toplam 5870 iş yeri olduğunu ifade etse de bu bilinmeyen yanıtlar nedeniyle, tehlike sınıflarına göre toplam iş yeri sayısı 4312'ye düşmüştür.

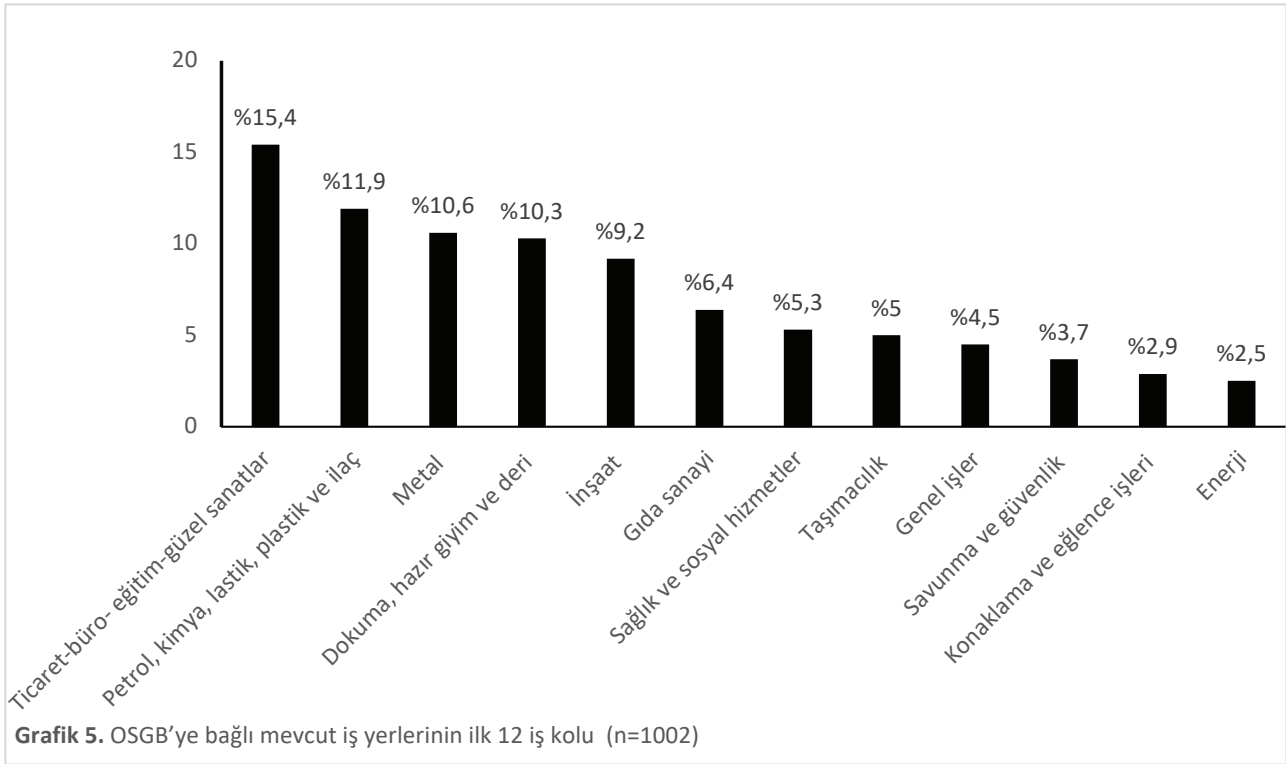
Tehlike sınıflarına göre işyeri hekimlerinin hizmet verdiği toplam 4312 iş yerinin %17,6'sı çok tehlikeli (n=776), %41,1'i tehlikeli (n=1734), geri kalanı ise (%41,3) az tehlikeli iş yerleridir. Hekimlerin iş yerlerinin tehlike sınıflarına göre işçi sayısını bilme durumu ise; her üç hekimden daha fazlası (%32,9, %31,4) az tehlikeli ve tehlikeli, her beş hekimden daha fazlası (%21,6) çok tehlikeli iş yerlerindeki işçi sayısını bilememiş ya da hatırlayamamıştır. Tehlike sınıflarına göre iş yeri büyüklüğü her üç tehlike sınıfında da en fazla işçi sayısı sırasıyla; 50-249 (%32,2, %43,7, %36,4), az tehlikeli ve tehlikeli sınıfta 250-499 (%19,1, %20,3), çok tehlikeli sınıfta ise 10-49 arası işçi çalıştıran iş yerlerindedir (%21,8) (Tablo 6).

Tablo 6. OSGB'ye bağlı iş yerlerinin tehlike sınıflarına göre bazı özellikleri

İş yerlerinin Özellikleri	Az tehlikeli		Tehlikeli		Çok tehlikeli	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tehlike sınıfı						
Bilmiyor	34	10,2	37	11,1	34	10,2
Tehlike sınıfında olmayan iş yeri	72	21,6	101	30,2	152	45,5
İşyeri tehlike sınıfını biliyor	228	68,3	196	58,7	148	44,3
İşyeri sayısı (n=4312)*	1802	41,3	1734	41,1	776	17,6
Toplam işçi sayısı						
Bilmiyor	110	32,9	105	31,4	72	21,6
Tehlike sınıfında olmayan iş yeri	72	21,6	101	31,4	152	45,5
İşçi sayısını biliyor	152	45,5	128	38,3	110	32,9
Toplam	334	100,0	334	100,0	334	100,0
İş yeri büyüklüğü (işçi sayısı)						
<10	5	3,3	1	0,8	9	8,2
10-49	15	9,9	19	14,8	24	21,8
50-249	49	32,2	56	43,7	40	36,4
250-499	29	19,1	26	20,3	15	13,6
500-749	18	11,8	12	9,4	6	5,5
750-999	6	3,9	6	4,7	8	7,3
1000-1499	15	9,9	5	3,9	4	3,6
1500-1999	7	4,6	2	1,6	1	0,9
≥ 2000	8	5,3	1	0,8	3	2,7
Toplam	152	44,9	128	38,0	110	28,2

* Satır yüzdesi alınmıştır.

Bu iş yerlerinin iş kollarına göre dağılımı incelendiğinde; ilk 12 iş kolu (n=877; %87,6) sırasıyla; ticaret-büro-eğitim-güzel sanatlar (%15,4), petrol-kimya-lastik-plastik-ilaç (%11,9), metal (%10,9), dokuma-hazır giyim-deri (%10,3) ve inşaat (%9,2) (Grafik 5). Özetle, bu araştırmadaki işyeri hekimleri en fazla az tehlikeli, 50-249 arasında işçi çalıştıran ve ticaret-büro-eğitim-güzel sanatlar iş kolundaki iş yerlerine hizmet sunmaktadır (Tablo 6, Grafik 5).



Her on altı hekimden daha fazlası (%16,5) hafta sonu ya da mesai saati sonrası, yaklaşık olarak her iki hekimden birisi hafta içi beş gün çalışmaktadır (ortalama=3.78±1.57, ortanca=5, tepe değeri=5, en küçük değer=1, en büyük değer=7). Hekimlerin OSGB'de aylık maksimum ve minimum çalışma saatleri birbirine benzerdir. Maksimum aylık çalışma saati; ortalama 117.74±68.06, ortanca=140, tepe değeri=30, en küçük 8=1, en büyük değer=220, minimum aylık çalışma saati; ortalama=115.37±67.33, ortanca=140.0, tepe değeri=30, en küçük değer=8, en büyük değer=220'dir. Aylık maksimum çalışma saati bakımından; hekimlerin %30,2'si 140-180 saat, aylık minimum çalışma saati bakımından; %33,9'u 135-180 saat çalışmaktadır. OSGB yanında, bireysel sözleşmeyle çalışan otuz dokuz hekimin büyük bir çoğunluğu (%69,2) ayda 32 saatin altında çalışmaktadır (ortalama=29.6±27.8, ortanca=20.0, tepe değeri=1, en küçük değer=1, en büyük değer=15). Bunların yanında, yaklaşık her on hekimden birisi (%9,9) fazla mesai yapmakta olup, yaklaşık yarısı ayda 2-5 saat daha fazla çalışmaktadır. Fazla mesaide en fazla yapılan işlerin yarısından fazlası (%54,5) işçilere yönelik eğitim ve diğer hekimlik uygulamalarıdır (Tablo 7).

OSGB'ye bağlı iş yerlerinde hekimlerin günlük olarak en fazla hizmet verdiği iş yerlerinin %17,7'si üç, %38,6'sı dörtten fazladır (ortalama=3.66±3.52, ortanca=3, tepe değeri=1, en küçük değer=1, en büyük değer=30). Günlük olarak en az az hizmet verilen iş yerlerinin %57,8'i bir, %28,4'ü ikidir (ortalama=1.76±1.39, ortanca=1, tepe değeri=1, en küçük değer=1, en büyük değer=10). OSGB'ye bağlı çalışmanın yanında, otuz dokuz hekimin büyük bir bölümü ise (%64,1) bir işyerine hizmet vermektedir (Tablo 7).

İşyeri hekimleri, iş yerlerine en fazla kendi ve OSGB'nin araçlarıyla ulaşmaktadır. İlki ikincisinden yaklaşık iki kat daha fazladır (%51,5, %26,3). Kendi aracını kullanan (n=188) ve yakıtı OSGB tarafından karşılanmayan doksan yedi hekimin yaklaşık olarak beşte biri (%19,6) aylık kaç depo benzin harcadığını bilmezken, yaklaşık üçte biri bir depo, %27,8'i ise üç depodan fazla benzin harcamaktadır. Bu da onların cepten yaptığı harcamaya işaret etmektedir. Hekimler iş yerlerine ulaşabilmek için bir günde maksimum süre açısından; %53,2'si 2-3 saat (ortalama=2.09±1.29, ortanca=2, tepe değeri=2, en küçük değer=15 dakika, en büyük değer=7 saat), minimum süre açısından; %67,6'sı 1-2 saat zamanını yolda ve trafikte geçirmektedir (ortalama=1.23±0.85, ortanca=1, tepe değeri=1, en küçük değer=10 dakika, en büyük değer=5 saat) (Tablo 7).

Tablo 7. İşyeri hekimlerinin çalışma koşullarının diğer özellikleri (n=334)

Çalışma Koşulları	Sayı	%	Çalışma Koşulları	Sayı	%
Bireysel sözleşmeli işyeri hekimi (n=39)			Fazla çalışma		
Aylık çalışma saati			Hayır	301	90,1
1-10	13	33,3	Evet	33	9,9
12-32	14	35,9	Aylık fazla çalışma saati		
35-115	12	30,8	2-5	16	48,5
Günlük hizmet verilen iş yeri			6-10	5	6,1
1	25	64,1	≥10	12	36,4
2-12	14	35,9	Fazla çalışmayla yapılan işler		
OSGB'ye bağlı işyeri hekimi			Eğitim	8	24,2
Aylık maksimum çalışma saati			Danışmanlık	6	18,2
8-30	85	25,4	Denetim	3	9,1
32-132	76	22,8	Diğer hekimlik uygulamaları	10	30,3
140-182	101	30,2	Hepsi	6	18,2
183-220	72	21,6	İşyerine ulaşma biçimi		
Aylık minimum çalışma saati			Sadece kendi aracı	172	51,5
8-30	88	26,3	Sadece OSGB aracı	88	26,3
32-132	76	22,7	Sadece toplu taşıma	25	7,5
135-180	110	33,9	İşyeri servisi	10	3,0
185-220	60	18,0	Karma*	32	9,6
Günlük maksimum hizmet verilen iş yeri			Diğer**	7	2,1
1	83	24,8	Aylık benzin harcaması (n=97)		
2	63	18,9	Bilmiyor	19	19,6
3	59	17,7	1 depo	29	29,9
4-5	70	20,9	2 depo	22	22,7
≥ 6	59	17,7	3-8 depo	27	27,8
Günlük minimum hizmet verilen iş yeri			Bir günde yolda geçen maksimum süre (saat)		
1	193	57,8	<1	35	10,5
2	95	28,4	1	66	19,8
≥ 3	46	13,8	2	101	30,2
Çalışma günleri			3	77	23,0
Hafta içi	237	70,9	4-7	55	16,5
Hafta sonu	32	9,6	Bir günde yolda geçen minimum süre (saat)		
Mesai saati sonrası	23	6,9	<1	73	21,9
Değişiyor	42	12,6	1	132	39,5
Haftalık çalışılan gün sayısı			2	94	28,1
1	48	14,4	3-5	35	10,5
2	40	12,0			
3	37	11,1			
4	33	9,9			
5	166	49,7			
6-7	10	2,9			

* Karma: Kendi aracı, OSGB'nin aracı ve toplu taşıma.

** Diğer: Yürüyerek ve motor.

4.1.3. İşyeri Hekimlerinin Özlük/Sosyal Hakları

OSGB'nin dışında, başka kurumlarda da hekim olarak çalışılmasına bağlı olarak, işyeri hekimlerinin 2-4 arasında değişen işi ve beraberinde geliri bulunmaktadır. Yarıdan fazlasının (%56,6) iki, beşte birinin (%21,5) üç geliri bulunmaktadır. Her on bir hekimden birisi, OSGB'den aldığı aylık ücretini söylemek istememiştir. 2023 yılında yürütülen bu araştırmaya göre, ücretini ifade edenlerin %27,8'i 36-60 bin, %19,8'i 11-35 bin TL arası aylık ücret almaktadır (ortalama=41.69±25.12, ortanca=50.00, tepe değeri=50.00, en küçük değer=3.00, en büyük değer=100.00). Sağlık sorunu nedeniyle rapor alanların onda biri ücretinin kesildiğini ifade etmiştir. Hekimlerin yarıya yakını (%49,4) şu anda ve daha önceki OSGB'lerden aldıkları ücretlerle ilgili herhangi sorun yaşamazken, %50,6'sı ise ücretlerinin taahhüt edildiği gibi artmadığını, gecikme ya da ödeme tarihlerinde düzensizlikler olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, fazla mesai yapan otuz üç hekimin yarıdan fazlası (%51,5) fazla mesai ücretinin ya hiç ödenmediğini ya da eksik ödendiğini belirtmiştir (Tablo 8).

Araştırmada, veri toplarken, işyeri hekimlerinin ücretinin nasıl ödendiği sorusu, yanıt vermekte zorlandıkları ya da yanıt vermek istemedikleri en önemli sorulardan birisi olmuştur. Üç hekimden birisi ise ücretinin bir bölümünün banka hesabına yatarken, bir bölümünün elden verildiğini belirtmiştir. Ancak, veri toplama sırasındaki anketör geri bildirimlerinden, hekimlerin aylık ücretinin bir bölümünün elden verilmesinin daha yüksek düzeyde olduğu tahmin edilmektedir.

Tablo 8. İşyeri hekimlerinin ücretiyle ilgili özellikleri (n=334)

Ücret ile ilgili özellikler	Sayı	%	Ücret ile ilgili özellikler	Sayı	%
Hekim olarak çalışmaya bağlı gelir sayısı			Ücretin düzensizliği/gecikmesi/artmaması		
1	62	18,6	Hiç yaşamadı	165	49,4
2	189	56,6	Önceden yaşadı, şimdi yaşamıyor	106	31,7
3	72	21,5	Önceden yaşamadı, şimdi yaşıyor	51	15,3
4	11	3,3	Hep yaşıyor	12	3,6
OSGB'den alınan maaş (TL)			Ücretin ödeme biçimi		
≤10 bin	58	17,3	Banka hesabına yatırıyor	218	65,3
11-35 bin	66	19,8	Bir kısmı banka hesabına -bir kısmı elden veriliyor	113	33,8
36-60 bin	93	27,8	Söylemek istemedi	3	0,9
≥ 61 bin	80	2,0	Fazla mesai ücreti (n=33)		
Söylemek istemedi	37	11,1	Tam ödeniyor	16	48,5
Ücretin alındığı gün			Hiç ödenmiyor	10	30,3
Ayın ilk beş günü	81	24,2	Eksik ödeniyor	7	21,2
Ayın ilk 10 günü	79	23,7	Raporlu olduğunda ücret kesintisi		
Ayın ilk 15 günü	75	22,4	Evet	34	10,2
Ayın ilk 20 günü	30	9,0	Hayır	112	33,5
Ayın son haftası	17	5,1	Rapor almadı	188	56,3
Süresi değişiyor	39	11,7			
İki farklı zamanda	13	3,9			

Daha önce OSGB'ye bağlı olarak çalışıp ayrılan ya da işten çıkarılan iki yüz kırk iki hekimin sadece %37'si özlük/sosyal haklarını alabildiğini ifade etmiştir. En fazla alınan üç özlük/sosyal hak ise sırasıyla; yıllık izin, ek ödeme ve kıdem tazminatıdır (%38,7, %18,8, %16,8). Şu anki OSGB'de hekimlerin neredeyse tamamı (%97) resmi izinleri kullanma konusunda herhangi bir sorun yaşamazken, her altı hekimden birisi (%15,6) yıllık izinlerin yarısını kullanabilme, izin almada zorlanma, iznini kullanamama gibi sorunlar yaşamaktadır. Hekimlerin beşte biri (%20,7), bunların dışında başka bir özlük/sosyal hakkının bulunmadığını belirtmiştir. Hakları olduğunu ifade edenler ise OSGB'den ve/veya ona bağlı iş yerleri tarafından en fazla sağlanan beş olanağı şu şekilde sıralamıştır; düzensiz verilse de Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE), öğle yemeği, araç,

bilgisayar ve yakıt desteği (%78,5, %52,1, %43,4, %41,3, %39,2)'dir. Sadece ya da başka ulaşım biçimleriyle beraber, kendi aracını kullanan hekimlerin (n=206) yaklaşık yarısı (%48,5) OSGB'den herhangi bir destek almazken, %35'i sadece yakıt desteği almaktadır (Tablo 9).

Tablo 9. Hekimlerin diğer özlük/sosyal hakları (n=334)

Özlük/Sosyal Haklar	Sayı	%	Özlük/Sosyal Haklar	Sayı	%
Önceki OSGB'den			OSGB ve/veya işyerlerinde diğer özlük/sosyal haklar		
Ayrılmada/çıkarılmada sağlanan hakları (n=273)*			Var	265	79,3
Hak talep etmedi	73	26,7	Yok	69	20,7
Hiçbir hak alamadı	87	31,9	OSGB ve/veya işyerlerinde alınan diğer özlük/sosyal haklar (n=265)		
Haklarını aldı	101	37,0	Cep telefonu	50	18,9
Diğer**	12	4,4	Araç	115	43,4
İşten ayrılmada/çıkarılmada sağlanan haklar (n=101)			Yakıt desteği	104	39,2
Yıllık izin	39	38,7	Bilgisayar	138	41,3
Ek ödeme	19	18,8	Öğle yemeği	113	52,1
Kıdem tazminatı	17	16,8	Yemek kartı	50	18,9
İhbar tazminatı	10	9,9	Promosyon	15	5,7
Fazla mesai ücreti	9	8,9	İkramiye	13	4,9
Diğer***	7	6,9	İnternet bağlantısı	91	34,3
Mevcut OSGB			Kredi kartı	8	3,0
Yıllık izin kullanma			KKE	208	78,5
Tümünü kullanıyor	211	63,1	Diğer****	13	4,9
Yarısını kullanıyor	21	6,3	Kendi aracını kullananlara sağlanan haklar (n=200)*****		
Kullanmıyor	21	6,3	Hakları yok	97	48,5
İhtiyacı kadar kullanıyor	33	9,9	Sadece yakıt	72	36,0
İzin almada zorlanıyor	10	3,0	Yakıt ve bakımı	10	5,0
Bir yıldan az çalıştığı için izin alamadı	38	11,4	Yakıt-bakım-sigorta-kasko-lastik	14	7,0
Resmi tatilde izin kullanma			Yakıt-bakım-kasko	3	1,5
Evet	324	97,0	Diğer*****	4	2,0
Hayır	10	3,0			

* Daha önceden OSGB'de çalışan 242 hekim olmasına karşın, birden fazla OSGB'den ayrıldığından/çıkarıldığından, ayrıca birden fazla yanıt verenler olduğundan, "n" artmıştır.

** Diğer: Bazı OSGB'den aldım, bazısından almadım, hatırlamıyorum.

*** Diğer özlük/sosyal haklar: Kıdem tazminatı, ihbar tazminatı, ek ödeme.

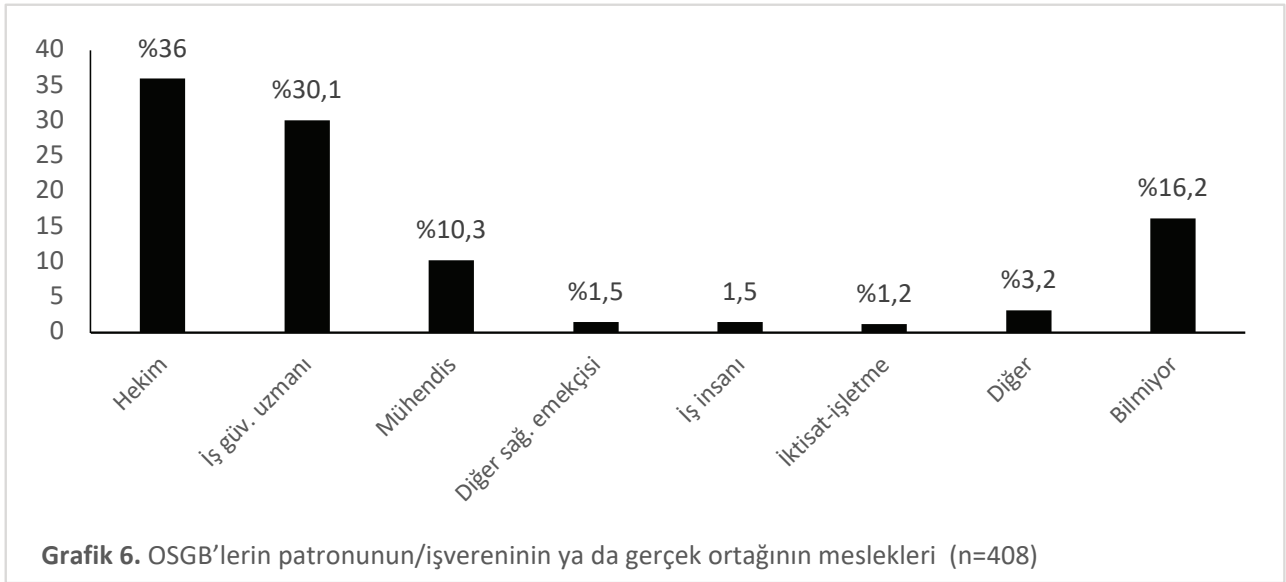
**** Diğer özlük/sosyal haklar: Otopark ücreti, alışveriş çeki, tamamlayıcı sigorta, abonman-bilet.

***** Dört hekim birden fazla yanıt vermiştir.

***** Diğer: Araçla beraber şoför, yıpranma payı.

4.1.4. İşyeri Hekimlerinin Çalışma İlişkileri

Hekimlerin %16,2'si çalıştığı OSGB'nin patronu/işvereni ya da gerçek ortağının mesleğini bilmemektedir. OSGB patronu/işvereni ya da gerçek ortağının sayısı artıkça, hekimlerin onların mesleğini bilememesi artmıştır. OSGB patron/işveren ya da gerçek ortağının mesleğini bilenlere göre en sık karşılaşılan üç meslek; hekim, iş güvenliği uzmanı ve mühendistir (%36, %30,1, %10,3) (Grafik 6).



Diğer meslekler: Mimar, öğretmen, muhasebeci, sosyal hizmet uzmanı, müteahhit, müfettiş, serbest meslek sahibi.

Hekimler işyeri hekimliği yaparken, en fazla meslektaşları, daha sonra iş yeri patronları/ işverenleriyle iletişimi olmadığını (%33,2, %27,5) ifade etmiştir. İş güvenliği uzmanları, işçiler, iş yerlerindeki yöneticiler/müdürler ve diğer sağlık emekçileri en fazla olumlu iletişimi olan kişilerdir (%94, %91,9, %78,4, %74,5). Buna karşın, iş yerlerinin ve OSGB'nin İK yöneticileri ise en fazla olumsuz iletişimleri olan meslek grubudur. Beklendiği gibi, hekimler OSGB'lerden çok onlara bağlı iş yerlerinde bulunduklarından çalışma ilişkilerini o açıdan değerlendirmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. İşyeri hekimlerinin OSGB ve bağlı iş yer(ler)indeki çalışma ilişkileri (n=334)

Çalışma İlişkileri	Olumlu		Olumsuz		Ne olumlu ne olumsuz		İletişim olmuyor		Bu kişiler yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OSGB patronu/işvereni	248	74,3	8	2,4	24	7,2	54	16,1	-	-
İşyeri patronu/işvereni	201	60,2	15	4,5	26	7,8	92	27,5	-	-
İşyeri patron/işveren vekili	180	53,9	4	1,2	29	8,7	41	12,3	80	23,9
OSGB yöneticisi/müdürü	248	74,2	11	3,3	30	9,0	19	5,7	26	7,8
İşyeri yöneticisi/müdürü	262	78,4	13	3,9	34	10,2	21	6,3	4	1,2
OSGB İK yöneticisi	203	60,8	20	6,0	18	5,4	21	6,3	72	21,6
İşyeri İK yöneticisi	244	73,0	20	6,0	32	9,6	16	4,8	22	6,6
İş güvenliği uzmanı	314	94,0	8	2,4	9	2,7	3	0,9	-	-
Meslektaşları	194	58,1	4	1,2	3	0,9	111	33,2	22	5,6
Diğer sağlık emekçileri	249	74,5	2	0,6	14	4,2	28	8,4	41	12,3
İSG kurulu üyeleri	243	72,7	8	2,4	47	14,1	31	9,3	5	1,5
İşçiler	307	91,9	3	0,9	18	5,4	6	1,8	-	-
İşçi temsilcileri	187	56,0	4	1,2	35	10,5	44	13,2	64	19,1
Sendika yöneticileri	93	27,8	9	2,7	15	4,5	60	18,0	157	47,0

*OSGB sahibi/işvereni ya da gerçek ortağı; bir işyeri hekimin kardeşi, biri yakın akrabası, yedi hekimin yakın arkadaşı ve iki kadın hekimin eşidir.

4.1.5. İşyeri Hekimlerinin Çalışma Ortamı

Ücretin ödenme biçiminden sonra, özellikle iş yeri sayısı fazla olan hekimlerin yanıt vermekte zorlandığı diğer soru, iş yeri sağlık birimi, muayene, iş güvenliği uzmanı odaları vb. çalışma ortamıyla ilgilidir. Tablo 11, bu araştırmadaki üç yüz otuz dört hekimin toplam 4312 iş yerinin özelliklerini yansıtmaktadır. Hekimler, hizmet verdikleri tüm iş yerlerinin büyük bir çoğunluğunda (%82,9) muayene için bekleme yerinin, yarıya yakınında iş yeri sağlık birimine ait lavabo ve tuvaletin (%46,7, %47,6) olmadığını, onda birinde (%10,4) ise iş yeri sağlık biriminin hiç bulunmadığını belirtmiştir. İş güvenliği uzmanlarının tüm iş yerlerinde sadece %18,6'sında ayrı bir odası vardır (Tablo 11).

Tablo 11. Hekimlerin iş yerlerinin çalışma ortamının özellikleri (n=334)

Çalışma Ortamı	Hiç yok	Tümünde var	Bazısında var bazısında yok*	Bir iş yeri var ve onda da var	Bir iş yeri var ve onda da yok	Büyük çoğunluğunda var**	Büyük çoğunluğunda yok**
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
İş yeri sağlık birimi	33(9,9)	62(18,6)	62(18,6)	40(12,0)	2(0,5)	30(9,0)	105(31,4)
İş yeri sağlık biriminin ayrı lavabosu	136(40,7)	19(5,7)	32(9,6)	21(6,3)	20(6,0)	6(1,8)	100(29,9)
İş yeri sağlık biriminin ayrı tuvaleti	139(41,6)	18(5,4)	31(9,3)	21(6,3)	20(6,0)	5(1,5)	100(29,9)
Ayrı iş güvenliği uzmanı odası	116(34,7)	32(9,6)	33(9,9)	30(9,0)	12(3,6)	21(6,3)	90(9,0)
Muayene için bekleme yeri	249(74,5)	6(1,8)	5(1,5)	13(3,9)	28(8,4)	3(0,9)	30(9,0)

* İş yerlerinin bazısında var, bazısında yok: Çalışma ortamı özelliklerinden her bir iş yerinin çalışma yine her birinin varlığı ya da yokluğu eşit ya da birisi %60'dan daha az ise yanıt bu şekilde kodlanmıştır.

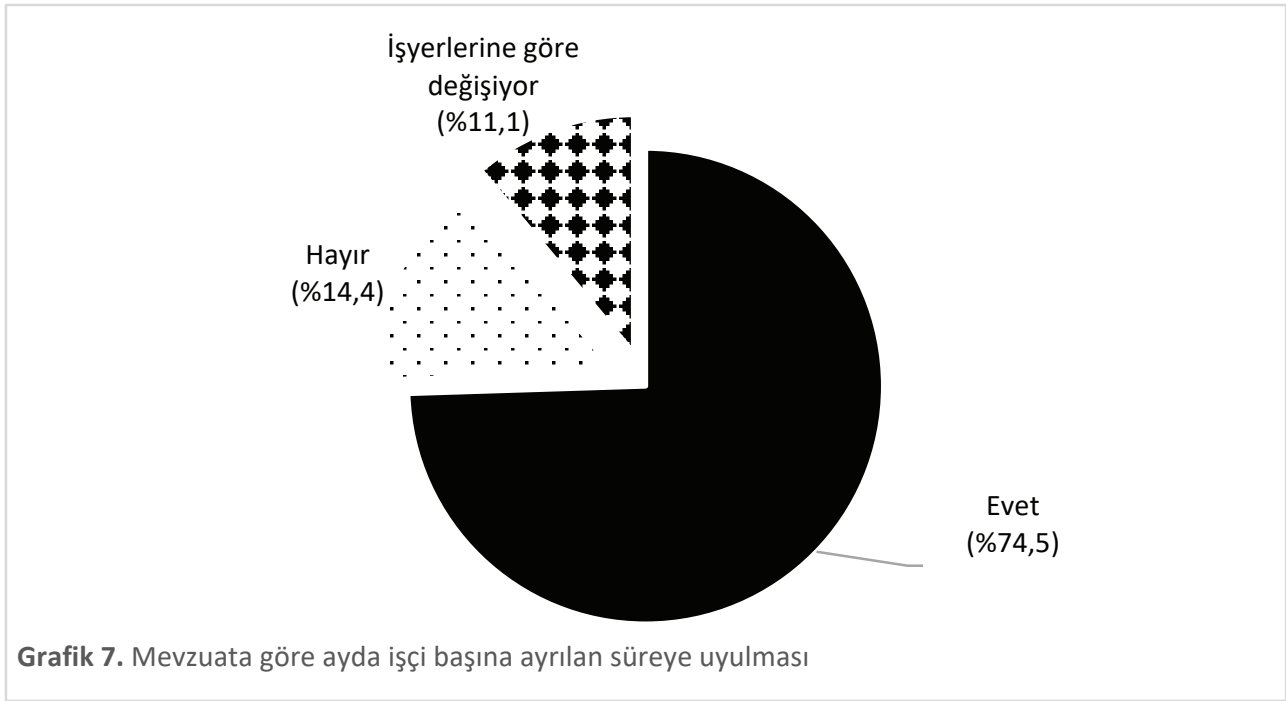
** Büyük bir çoğunluğunda var ya da yok: Hekimin her bir iş yerinin çalışma ortamı özelliklerinden yine her birinin varlığı ya da yokluğu eşit ya da birisi %60'dan fazla ise yanıt bu şekilde kodlanmıştır.

4.1.6. İşyeri Hekimlerinin Mesleki Uygulamaları

İşyeri hekimlerinin yarıdan fazlası, iş yerleri hangi tehlike sınıfında olursa olsun, mevcut yasal düzenlemede tanımlanmış olan işçi başına ayrılan süreleri yeterli bulmaktadır. Bu, az tehlikeli iş yerlerinde işçi başına beş dakikalık süre için %56,6, tehlikeli iş yerlerinde 10 dakikalık süre için %55,1 ve çok tehlikeli iş yerlerinde 15 dakikalık süre için %51,5'dir (Tablo 12). Hekimlerin önemli bir bölümü (%74,5) ise mevcut iş yerlerinde bu süreye uyabildiklerini ve herhangi bir engelle karşılaşmadıklarını belirtmiştir (Grafik 7).

Tablo 12. İşyerlerinin tehlike sınıfına göre hekimlerin işçi başına ayrılan zamanı yeterli bulma durumu (n=334)

Yeterli bulma	Az tehlikeli (5 dakika)		Tehlike (10 dakika)		Çok tehlikeli (15 dakika)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yeterli	189	56,6	184	55,1	172	51,5
Yetersiz ve artırılmalı	125	37,4	132	39,5	143	42,8
Böyle bir kriter olmamalı	6	1,8	4	1,2	5	1,5
İş kollarına ve hekimlerin istihdamına göre farklılık gösterir	14	4,2	14	4,2	14	4,2



İşyeri hekimlerinin en fazla “tamamen-tümüyle” yaptıkları mesleki uygulamaları sırasıyla; işe giriş muayenesi (%89,5), poliklinik (%89,5), danışmanlık-rehberlik (%85), periyodik muayene (%81,7) ve işvereni bilgilendirmek/öneride bulunmaktır (%71,9). Hekimlerin %30,2’si iş yerlerindeki işçilerde meslek hastalığı, %23,7’si iş kazası, %16,2’si gebesi, %10,4’ü ise ilk ve acil yardımı gerektiren herhangi bir durum olmadığını belirtmiştir. Hekimlerin neredeyse tamamı (%99,4), iş yerlerinde işyeri hekimliği, işçi sağlığı ve güvenliğiyle ilgili herhangi bir bilimsel araştırma yürütmemiş ya da araştırmaya katılmamıştır. Solunum fonksiyon testi, içme ve kullanma suyunun analizi, işitme testleri ile ilk yardım eğitimi dışarıdan en fazla satın alınan (%93,7, %93,1, %95,8, %24,3), aşı ve gebe takibi ise en fazla sevk edilen hizmetlerdir (%65,2). Üç hekim, bazı sağlık hizmetlerini okul hemşiresiyle birlikte yaparken, risk değerlendirmesi, sağlık ve güvenlik eğitimi, iş yeri hijyen denetimi ise en fazla iş güvenliği uzmanlarıyla birlikte yapmaktadır (%41,3, %36,8, %35,6). Bu üç hizmetin sadece iş güvenliği uzmanları tarafından yapılması ise %18,9, %24 ve %15,9’dur (Tablo 13).

Tablo 13. İşyeri hekimliği hizmetlerini yerine getirme (n=334)

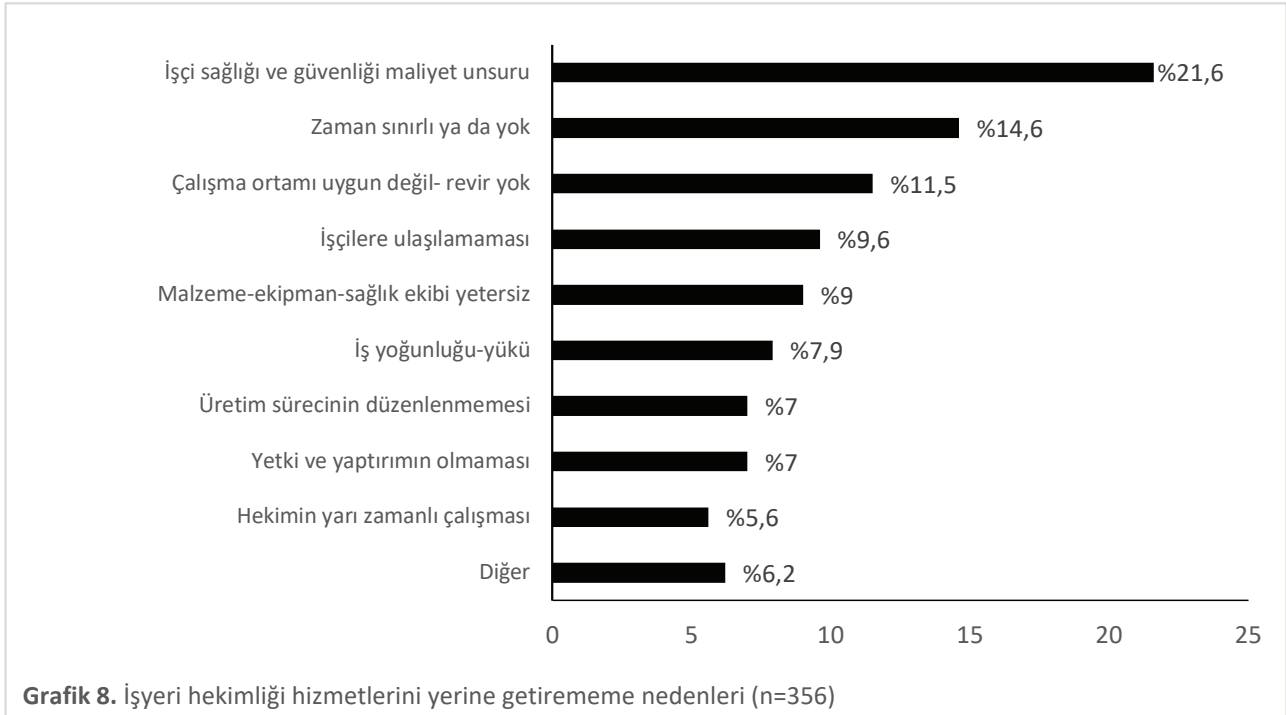
Mesleki uygulamalar	Yapıyor		Yapamıyor/Yapmıyor			
	Tümüyle	Kısmen	İSG uzmanı ya da diğer sağlık emekçisi yapıyor	Başka kuruma sevk ya da denetim	Hiç yapmıyor	Olmadı
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
İşe giriş muayenesi	299(89,5)	23(6,9)	-	12(3,6)	-	-
Periyodik muayene	273(81,7)	51(15,3)	-	10(3,0)	-	-
Meslek hastalığı tanısı koyma/ ön tanıyla sevk	145(43,4)	56(16,8)	-	32(9,6)	-	101(30,2)
İş kazası tanısı koyma/ müdahale/sevk	199(59,5)	33(9,9)	13(3,9)	10(3,0)	-	79(23,7)

İş kazası ve meslek hastalığında işe geri dönüşte sağlık gözetimi	190(56,9)	69(20,6)	22(6,6)	-	-	53(15,9)
Diğer sağlık gözetimlerini yapmak	236(70,7)	74(22,1)	24(7,2)	-	-	-
İlk ve acil yardım	150(4,9)	58(17,4)	58(17,4)	33(9,9)	-	35(10,4)
İlk yardım eğitimi	165(49,4)	26(7,8)	62(18,5)	81(24,3)	-	-
Sağlık ve güvenlik eğitimi	119(35,6)	19(5,7)	186(55,7)	10 (3,0)		-
Risk değerlendirmesi	87(26,0)	19(5,7)	218(65,3)	10(3,0)		
Genel hijyen denetimi	118(35,3)	19(5,7)	187(56,0)	10(3,0)		-
Danışmanlık ve rehberlik	284(85,0)	35(10,5)		-	15(4,5)	-
Poliklinik hizmeti	299(89,5)	27(8,1)		-	8(8,4)	-
Pansuman	102(30,5)	56(16,8)	158(47,3)	-	-	18(5,4)
Enjeksiyon	55(16,4)	43(12,9)	204(61,1)	12(3,6)	-	20 (6,0)
Gebe takibi	48(14,4)	44(13,2)	86(25,7)	102(30,5)	-	54(16,2)
Aşı	44(13,2)	22(6,6)	50(15,0)	218(65,2)	-	
Solunum fonksiyon testi	13(3,9)	8(2,4)		313(93,7)	-	-
İçme ve kullanma suyu analizi	14(4,2)	-	9(2,7)	311(93,1)	-	
İşitme testleri	14(4,2)	-		320(95,8)	-	-
Patronu/işvereni bilgilendirmek ve öneride bulunmak	240(71,9)	78(23,3)	-	-	16(4,8)	
İlgili birimlerle ve kişilerle iş birliği	244(73,0)	83(24,9)	-	-	7(2,1)	-
İşçi sağlığı ve güvenli konusunda araştırma(lar) yürütmek ya da katılmak	-	2(0,6)	-	-	332(99,4)	-
Kayıt ve istatistik	181(54,2)	45(13,5)	108(32,3)	-	-	
Yıllık çalışma planı yapmak	168(50,3)	53(15,9)	113(33,8)	-	-	-

Tablo 13’de belirtilen işyeri hekimliği uygulamalarından herhangi birisini yerine getirememeye nedenleriyle ilgili soruya 162 hekim yanıt vermiştir. Buna göre, ilk neden; patronların/işverenlerin hem işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerini hem de işyeri hekimini maliyet unsuru olarak görmesi ya da iş kaybına yol açtığını düşünmesidir. İkinci neden; poliklinik ve reçete yazma odaklı çalışılması, özellikle yöneticilerin gereksiz talepleri ya da meslek dışı işlerin olması, günün önemli bölümünün yolda ve trafikte geçmesi faktörlerine bağlı olarak zamanın kalmaması ya da olsa da yetmemesidir. Üçüncü neden; iş yeri sağlık birimi dâhil çalışma ortamının uygun olmaması, dördüncü neden; işçilerde istihdam sirkülasyonun ya da işe giriş ve çıkışların hızlı olması (örneğin, göçmen işçilerin varlığı, inşaat gibi bazı iş kollarında üretimin belirli evrelerinde işçi değişimi, sıklıkla işten çıkmaları/çıkarılmaları vb.) ve bundan hekimin haberdar olmaması gibi faktörlere bağlı özellikle periyodik muayenelerde işçilere ulaşamamasıdır. Beşinci neden ise malzeme ya da ekipman ile sağlık ekibine bağlı eksikliklerdir (Grafik 8). Örneğin, az tehlikeli iş kollarında hekim dışındaki sağlık emekçisi çalıştırma zorunluluğunun olmaması, mevcut olanların sıklıkla değiştirilmesi en fazla ifade edilen gerekçeler olmuştur.

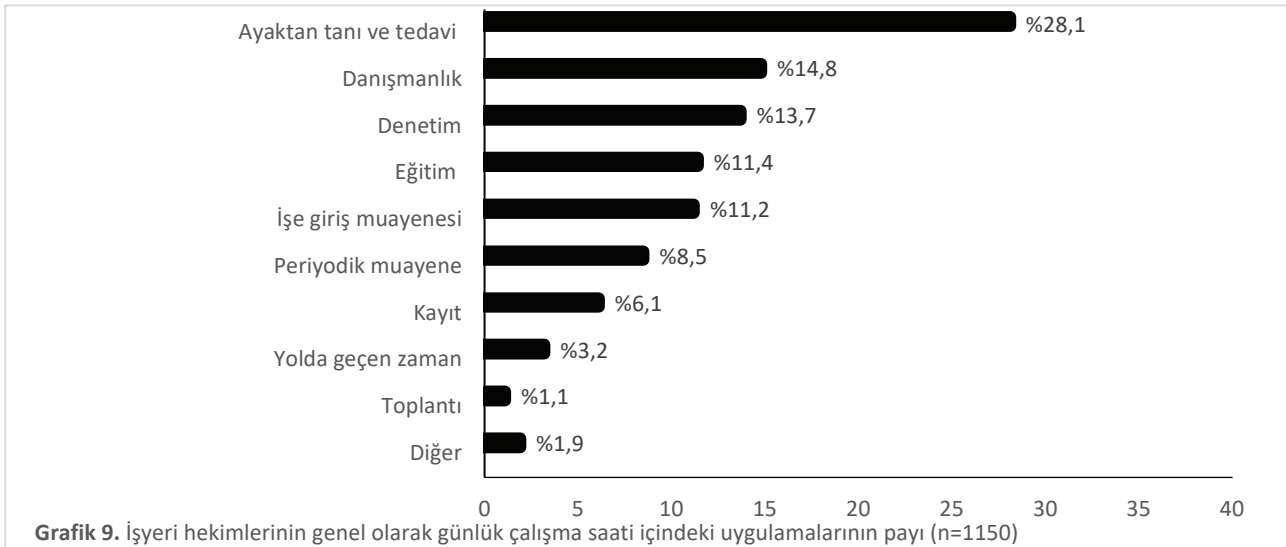
Hekimlerin bir gününü genel olarak hangi mesleki uygulamalarla geçirdiği sorgulandığında, on biri iş yerlerinin özelliklerine göre çok değişiklik gösterdiği için bu soruyu yanıtsız bırakmıştır.

Soruya yanıt veren 323 işyeri hekimi, bir iş gününün en fazla zamanlarını alan ilk yedi sıradaki mesleki uygulamayı; ayakta tanı ve tedavi hizmetleri (onların ifadesiyle muayene, poliklinik, reçete yazma) (%28,1), danışmanlık (%14,8), denetim (%13,7), eğitim, (%11,4), işe giriş muayenesi (%11,2), periyodik muayene (%8,5) ve kayıt (%6,1) olarak belirtmiştir. Sekizinci sırada ise zamanın yolda ve trafikte harcanmasıdır (Grafik 9).



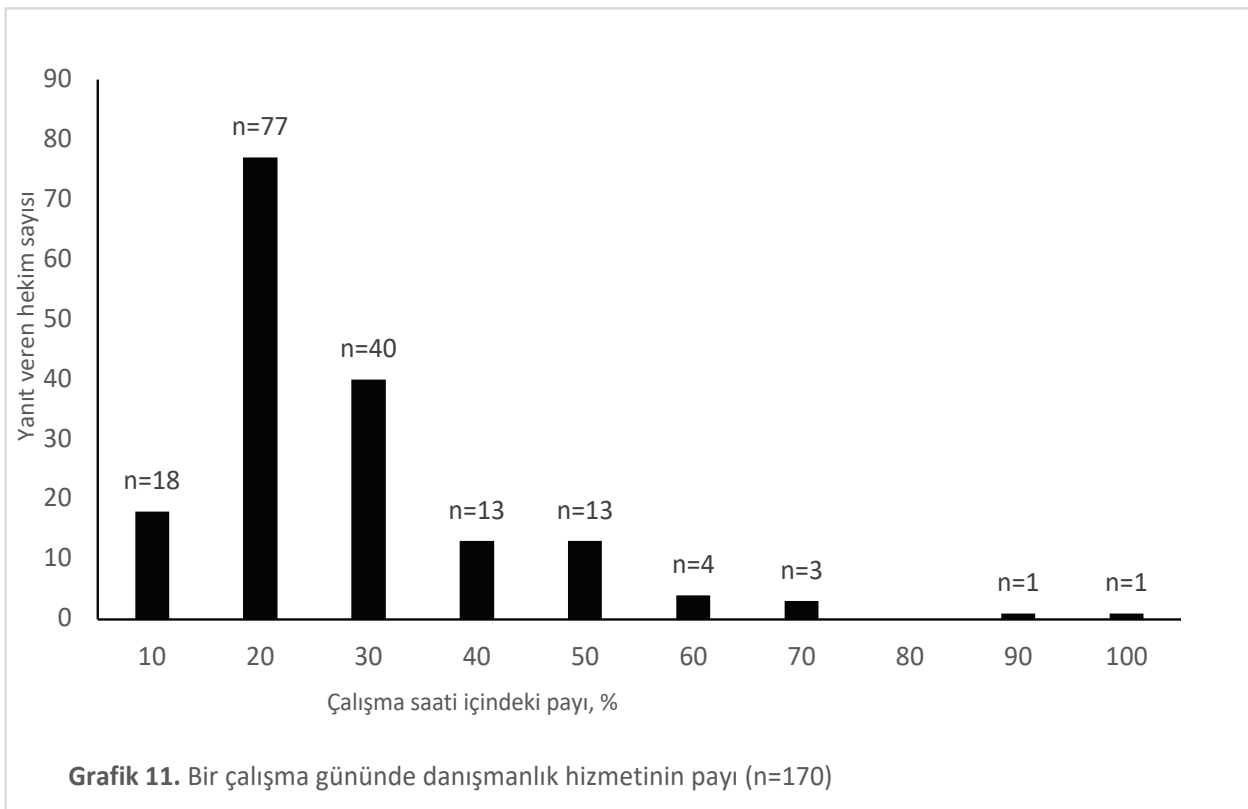
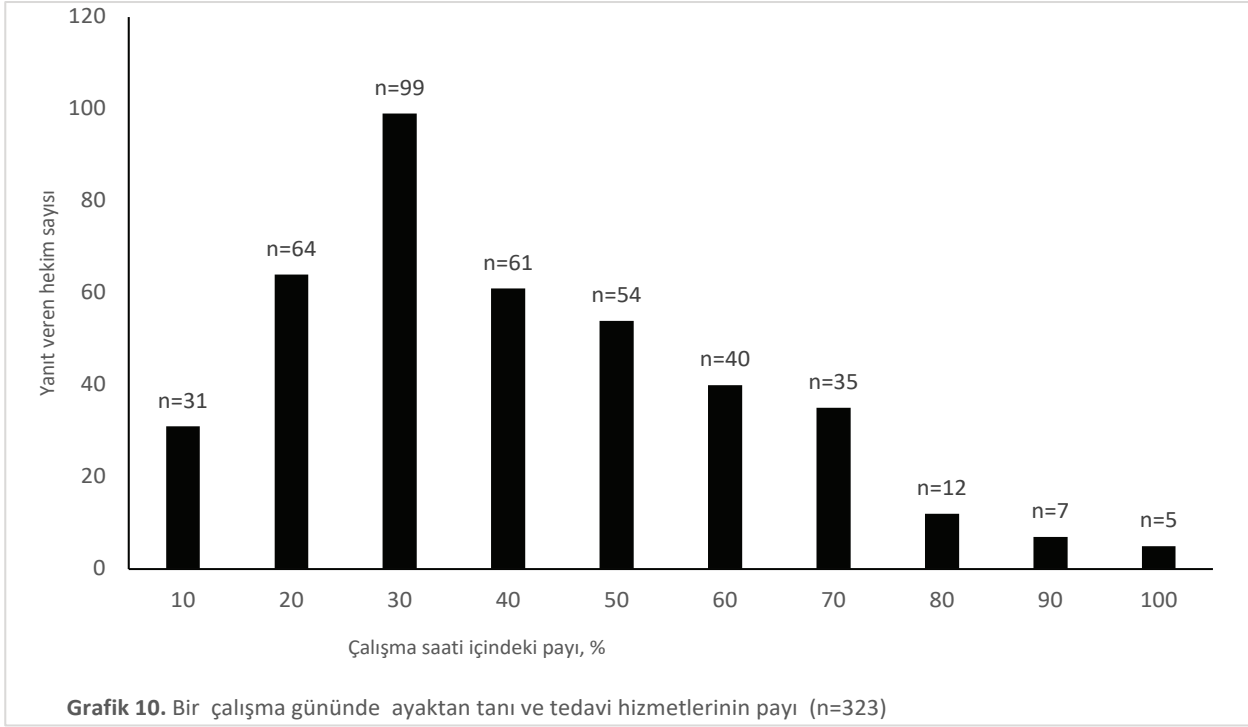
* Birden fazla yanıt veren olduğundan, "n" artmıştır.

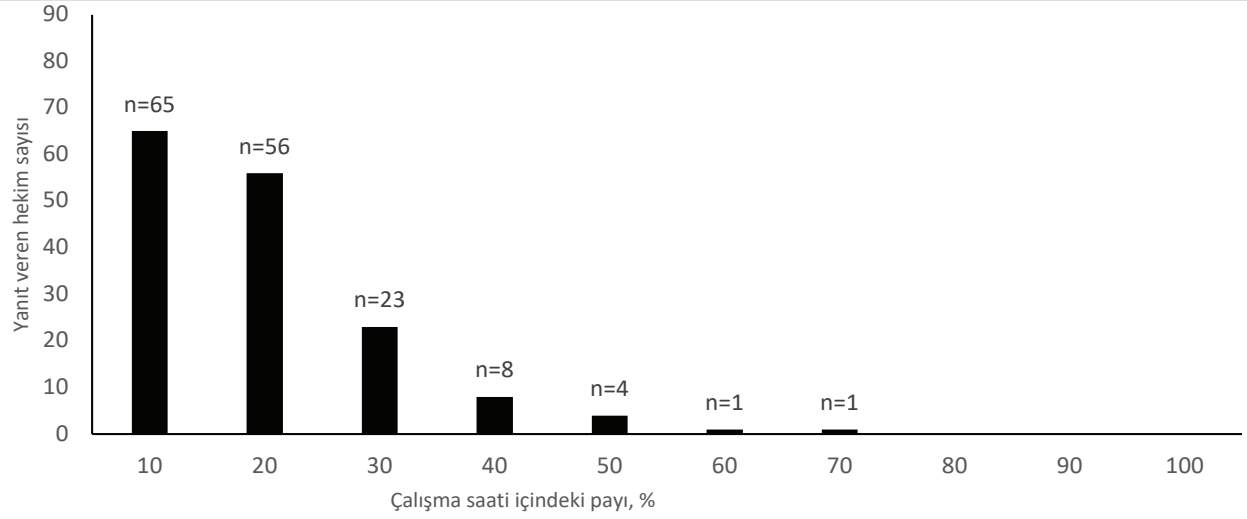
Diğer: Evden çalışma, işçilerin işini kaybetme korkusu, mevzuat yetersiz, hizmetlerin satın alınması, kayıt sisteminin olmaması ya da ulaşamaması.



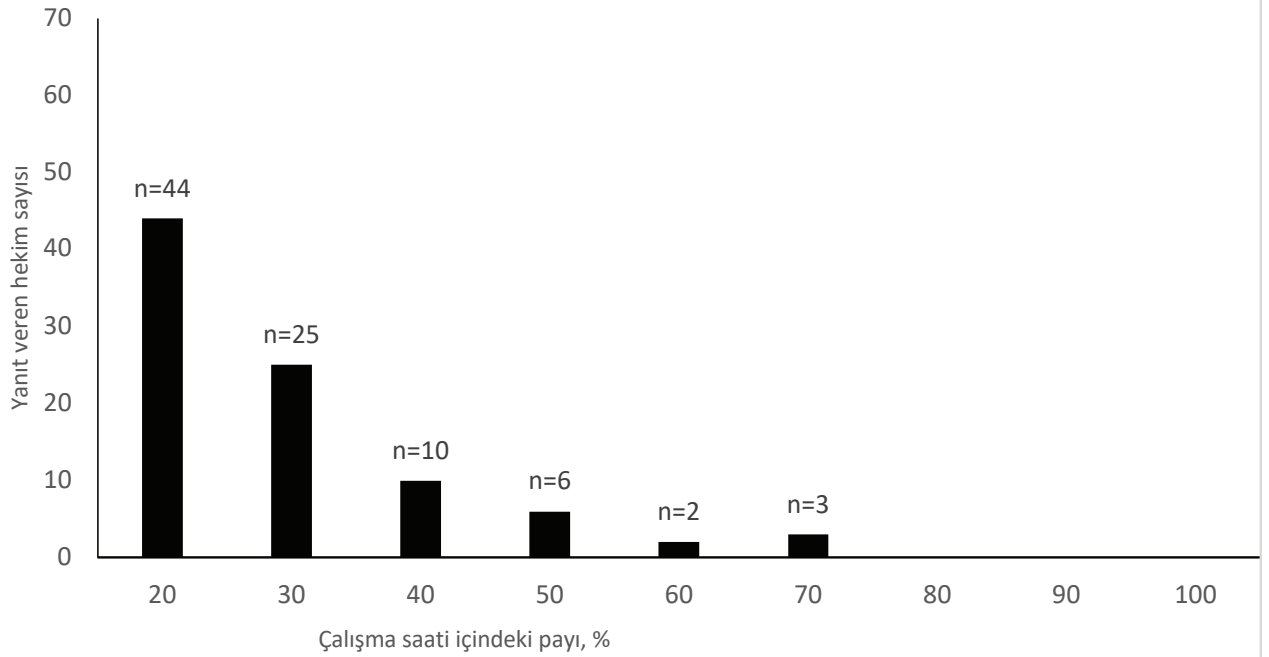
İlk altı sıradaki hekimlik uygulamalarının (Grafik 9) her birisinin bir çalışma günü içindeki payı incelendiğinde; gününü ayakta tanı tedavi hizmetleriyle geçirdiğini belirten hekimlerin %30,6'sı (n=99) gününün üçte birini, %19,8'i (n=64) beşte birini, %18,8'i (n=61), yarıya yakını, %16,7'si (n=54) ise yarısını bu uygulamayla geçirmektedir (Grafik 10). İkinci sırada yer alan ve gününü danışmanlık hizmetleriyle geçirdiğini belirten hekimlerin %45,3'ü (n=77) gününün beşte birini, %23,5'i (n=40) üçte birini, %5,9'u (n=18) onda birini bu müdahale oluşturmaktadır (Grafik 11). Üçüncü sırada yer alan ve gününü iş yerinin denetimiyle geçirdiğini belirten hekimlerin %41,1'i (n=65) gününün onda birini, %35,4'ü (n=56) beşte birini, %14,6'sı üçte birini bu uygulamayı

yerine getirmiştir (Grafik 12). Dördüncü sırada yer alan ve gününü işçilerin eğitimiyle geçirdiğini belirten hekimlerin %33,6'sı (n=44) gününün beşte birini, %23'ü (n=25) üçte birini, %7,6'sı yarıya yakını bu hekimlik göreviyle geçirmektedir (Grafik 13). Beşinci sırada yer alan ve gününü işçilerin işe giriş muayeneleriyle geçirdiğini belirten hekimlerin %32,6'sı (n=42) gününün üçte birini, %29,5'i (n=38) beşte birini, %13,2'si (n=17) onda birini bu muayeneyi yapmaktadır (Grafik 14). Altıncı sırada yer alan ve gününü işçilerin periyodik muayeneleriyle geçirdiğini belirten hekimlerin %35,6'sı (n=35) gününü üçte birini, %22,2'si (n=22) beşte birini, %16,3'ü (n=16) ise onda birini bu uygulamayı yapmaktadır (Grafik 15).

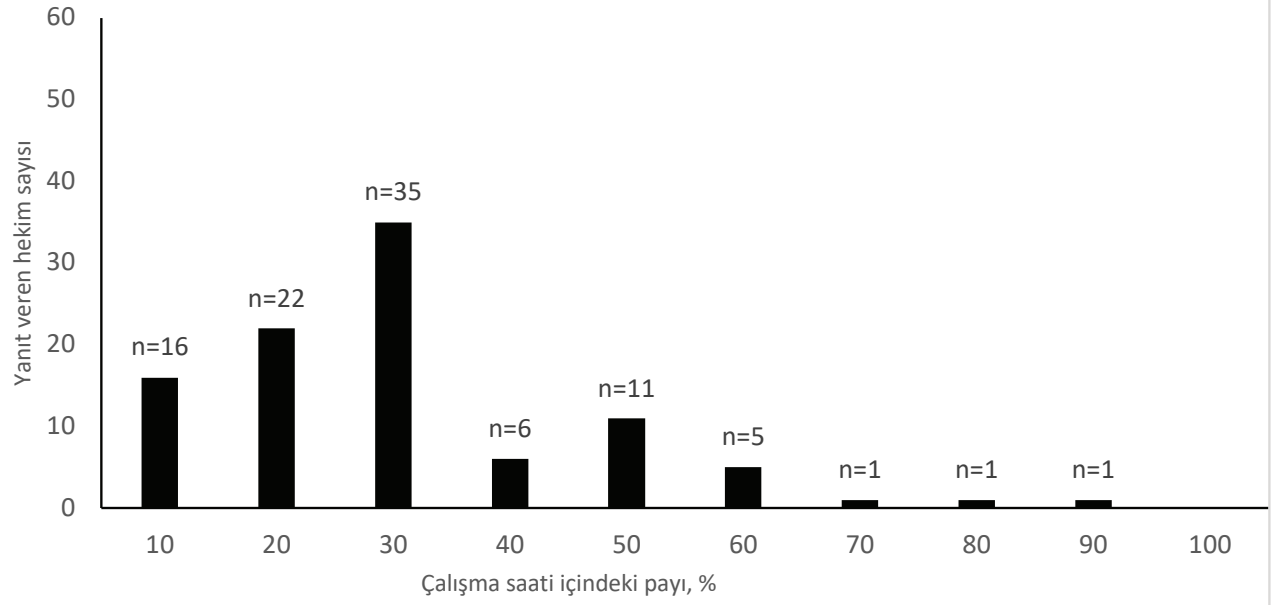




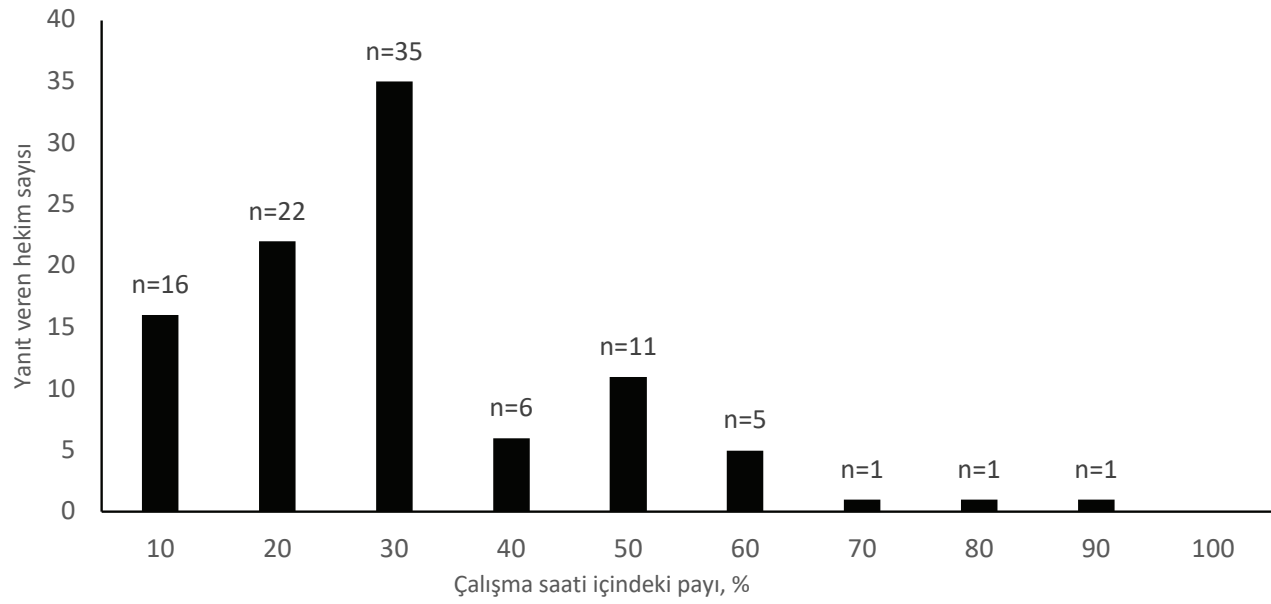
Grafik 12. Bir çalışma gününde denetim hizmetinin payı (n=158)



Grafik 13. Bir çalışma gününde eğitim vermenin payı (n=131)



Grafik 14. Bir çalışma gününde işe giriş muayenesinin payı (n=129)



Grafik 15. Bir çalışma gününde periyodik muayenenin payı (n=98)

4.1.7. İşyeri Hekimlerinin OSGB Dışında ve OSGB'ye Bağlı Çalışmaya Yönelik Görüş ve Önerileri

OSGB Dışı İşyeri Hekimliği

OSGB dışı işyeri hekimliği, OSGB sistemi uygulanmadan önce kamuda ya da özel sektörde aracı ve şu anda bireysel sözleşmeli de çalışan işyeri hekimliği hizmetlerini ifade etmektedir. Bu araştırmada, gerek OSGB sistemi öncesi işyeri hekimliği yapan 139 hekimin gerekse şu anda OSGB yanında, bireysel sözleşmeyle çalışan 39 hekimin (yirmi yedisi OSGB sistemi öncesinde de bireysel sözleşmeli çalışmıştır) büyük bir çoğunluğu (%80,1) işyeri hekimi olarak çalışmaktan memnun ya da çok memnun olduğunu belirtmiştir. Memnun olanların ilk beş gerekçesi sırasıyla; ücretin tatminkâr olması ve TTB asgari ücret tarifesinin uygulanmasının ücret eşitliği bakımından pozitif etkisi, özlük/sosyal hakların yeterli olması, mesleki bağımsızlık, iş güvencesine sahip olma ve hekimlik yapabilmektir (%20,9, %18, %15, %14,6, %12,6). Memnun olmadığını belirtenlerin (%19,9) ilk dört gerekçesi ise memnun olanların gerekçelerinin sıralaması değişse de çok benzerlik göstermektedir; Ücretle ilgili sorunların bugünden farksız olması, hekimlik yapamaması ve olumsuz çalışma koşullarıdır (%31,5, %20,4, %16,7). Koruyucu sağlık hizmetlerinin olmaması, sadece memnuniyetsizlik gerekçesidir (Tablo 14).

Tablo 14. İşyeri hekimlerinin OSGB dışı çalışmaya yönelik memnun olma durumları

Görüşler	Sayı	%
İşyeri hekimliği yapmaktan memnun olma (n=121)		
Çok memnun	12	9,9
Memnun	85	70,2
Memnun değil	22	18,2
Hiç memnun değil	2	1,7
Memnun olma nedenleri (n=206)		
Ücret tatminkâr ve TTB asgari ücret tarifesinin uygulanması	43	20,9
Özlük/sosyal haklar avantajlı	37	18,0
Mesleki bağımsızlık	31	15,0
İş güvencesi	30	14,6
Hekimlik yapabilme	26	12,6
Olumlu çalışma koşulları	16	7,8
Kuruma ait hissetme	10	4,8
Diğer nedenler*	13	6,3
Memnun olmama nedenleri (n=54)		
Ücretle ilgili sorunların devam etmesi	17	31,5
Hekimlik yapamamak	11	20,4
Olumsuz çalışma koşulları	9	16,7
Koruyucu sağlık hizmetlerinin olmaması	7	12,9
Diğer nedenler**	10	18,5

* Diğer nedenler: Olumlu çalışma ilişkileri, sağlık ekibinin olması, işçilere ulaşabilme.

** Diğer nedenler: Taleplerin dikkate alınmaması, mesleki tatminsizlik, sağlık ekibinin yetersiz olması.

Kişisel deneyim olarak OSGB'ye bağlı işyeri hekimliği yapmaktan şu anda memnun olanların payı %54,8 (n=183 hekim)'dir (Tablo 15). Bu, OSGB sistemi öncesi ve bugün bireysel sözleşmeli çalışan işyeri hekimlerinin memnun olma durumundan oldukça düşüktür. Memnun olanların ilk beş gerekçesi sırasıyla; olumlu çalışma koşulları (daha önceki çalışma kurumlarına göre stresin, şiddetin, iş yoğunluğunun, nöbetin, gece çalışmasının, iş yükünün vb. olmaması), ücret (ek gelir olanağı sağlaması ve miktarının yeterli olması), esnek çalışma, emekli olunmasına karşın, halen çalışma imkânı tanınması ve olumlu çalışma ilişkileri (iş yeriyle ilgili önerilerinin dikkate alınması, kararlara katılması vb.)'dir (%20,5 %11,6, %11, %6,6, %6,6) (Tablo 15). Yine sıralama değişse de bu gerekçeler, aynı zamanda OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışma nedeniyle

paralellik göstermektedir (Grafik 3). Ayrıca, bu çalışmada, hekimlerin yaklaşık yarısının (%49,4) hekim olarak OSGB yanında, başka bir kurumda çalıştığı da dikkate alınırsa (Tablo 4), OSGB'ye bağlı işyeri hekimliği yapmanın "ek gelir" olarak görülme gerekçesinin üst sıralarda olmasını kısmen de olsa açıklamaktadır.

OSGB'ye bağlı çalışmaktan memnuniyetsiz olanların payı daha düşük olmasına karşın (%45,2), memnuniyetsizlik gerekçeleri daha fazladır. Ücret, her ikisinde de ilk sıralardaki ortak özeldir. Memnuniyetsiz olanların ilk beş gerekçesi sırasıyla; ücretin eşitsiz ve yetersiz olup, bir bölümünün elden verilmesi, OSGB'nin ticari ve taşeron olması nedeniyle emeklerini sömürmesi, özellikle sadece reçete yazmaktan diğer hekimlik görevlerini yapamama ya da üst yöneticilerin özel hizmet talebi gibi hekimlik dışı işler yapmak durumunda kalma, değer ve saygı görmeme, patron-işveren ya da yöneticinin baskısına maruz kalma şeklindedir (%14,4, %8,5, %8, %7,5, %6,4) (Tablo 15). Bu gerekçeler; hemen hemen daha önce çalışılan OSGB'de yaşanan ve bununla beraber, ayrılma gerekçesi olan ya da (Grafik 4, Tablo 7) hekimlik işlevlerini yerine getirememeye nedenleri olan (Tablo 13) sorunlardır. Bunların dışında, hekimlerin diplomasını-sertifikasını kiralaması, hekim olmayanların hekim gibi çalıştırılması gibi etik dışı uygulamalar düşük paya sahip olsa da işyeri hekimlerinin memnuniyetsizlik gerekçeleri arasındadır (Tablo 15).

İşyeri hekimlerine kişisel deneyimlerinin dışında, işyeri hekimliği, işçi sağlığı ve güvenliği açısından bir sistem olarak OSGB uygulamasına yönelik görüşleri sorgulandığında; yarıdan fazlası (%56) olumlu-avantajlı olduğu kadar, olumsuz- dezavantajlı bir sistem ya da uygulama olduğunu belirtirken, yaklaşık dörtte biri (%24,8) ise sadece olumsuz-dezavantajlı olduğunu ifade etmiştir (Tablo 15). Bir başka ifadeyle işyeri hekimleri, OSGB'den kişisel deneyim olarak daha yüksek düzeyde memnuniyet duyarken, sistem olarak daha düşük düzeyde dezavantajlı olarak görmüştür (Tablo 15).

Tablo 15. İşyeri hekimlerinin OSGB'ye bağlı çalışmaya yönelik görüşleri

Görüşler	Sayı	(%)
Kişisel deneyim olarak işyeri hekimi olmaktan memnuniyet		
Çok memnun	18	5,4
Memnun	165	49,4
Memnun değil	132	39,5
Hiç memnun değil	19	5,7
Memnuniyet nedenleri (n=482)		
Olumlu çalışma koşulları	99	20,5
Ücretin yeterli olması ve ek gelir sağlaması	56	11,6
Esnek çalışma imkânı	53	11,0
Emekli olanların çalışmaya devam edebilmesi	32	6,6
Olumlu çalışma ilişkileri	32	6,6
Saygı ve itibar görme	29	6,0
Bürokratik ve muhasebe işleriyle uğraşmama	26	5,4
İş aramak için firmalara başvurmama	24	5,0
Hekimlik yapabilme	22	4,6
Mesleki tatmin	19	3,9
OSGB ve iş yerlerinin kurumsal olması	17	3,6
Bazı özlük/sosyal hakların olması	17	3,6
İş güvenliği uzmanıyla birlikte çalışma	15	3,1
Sosyal çevre	13	2,7
Diğer nedenler*	28	5,8

Memnuniyetsizlik nedenleri (n=702)		
Ücretin eşitsiz, az ve elden verilmesi	101	14,4
OSGB'nin emek sömürüsü	59	8,5
OSGB'lerin ve iş yerlerinin denetimsizliği	56	8,0
Hekimlik yapılamaması-meslek dışı işler	53	7,5
Değer ya da saygı görmeme, itibar kaybı	45	6,4
Patron-işveren/yönetici baskısı	42	6,0
İş güvencesizliği	38	5,4
OSGB ve iş yerlerinin kurumsal olmaması	38	5,4
Yolda geçen sürenin fazla olması-araba kullanmak	35	5,0
Mesleki bağımsızlığın ortadan kalkması	33	4,7
Birden fazla işte çalışmaya bağlı zamansızlık	29	4,1
Çalışma ortamının olumsuzluğu (iş yeri sağlık biriminin olmaması)	29	4,1
Özlük/sosyal hakların az ya da hiç olmaması	28	4,0
İşçi sağlığı ve güvenliğinin göz ardı edilmesi	23	3,3
Yetkinin olmayıp, sorumluluğun çok olması	22	3,1
Etik dışı uygulamalar	20	2,8
Mesleki tatminsizlik	18	2,6
KHK'li olmaya bağlı çalışmada seçeneksizlik	18	2,6
Diğer nedenler**	15	2,1
OSGB sistemi-uygulaması hakkındaki genel görüş		
Avantajlı-olumlu	64	19,2
Dezavantajlı-olumsuz	83	24,8
Hem olumlu-avantajlı hem olumsuz-dezavantajlı	187	56,0

* Diğer nedenler: OSGB sahibi yakın akraba-arkadaş-tanıdık, mobil hizmet, OSGB'ye bağlı firmaları kendisini seçmesi, gelecek için iyi bir tecrübe, işyeri hekimliğinin öneminin anlaşılması, iş güvencesinin olması, KHK'li olduğu halde çalışabilme imkânı.

** Diğer nedenler: Hekimlerin birbiriyle olan ilişkisinin zedelenmesi, emeklilikte kesinti olması, iş güvenliği uzmanlarının ve sağlık emekçilerinin sık değiştirilmesi, OSGB sahibi ya da yöneticisinin hekim olmaması, OSGB'nin hekimlerin iş yerlerini değiştirmesi, mevzuatın yetersizliği, ekipman yetersizliği, yarı-kısmi zamanlı çalışma, işçilerin işten ayrılması/çıkarılması sirkülasyonun hızlı olması ve göçmen işçilerin çalışmasına bağlı işçilere ulaşamama, izinlerin kullanılmaması, mobil olmak, kadın hekimlere ayrımcılık.

4.1.8. İşyeri Hekimlerinin Çalışma Yaşamının Bazı Özelliklerine Göre OSGB'ye Bağlı Çalışması

OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmaktan, pratisyen hekimlerin memnuniyeti ya da memnuniyetsizliği benzer düzeydeyken (%50,6, %49,4), uzman hekimlerin memnuniyeti yaklaşık iki kat daha yüksektir (%64,6, %35,4). Bu istatistiki olarak önemli olup ($p=0.019$), uzman olup olmayla OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmaktan memnun olma durumu arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur ($\Phi=-0.129$). OSGB sisteminden/uygulamasından daha önceden işyeri hekimliği yapanlarla yapmayanların şu anda OSGB'ye bağlı olarak çalışmaktan memnuniyet durumu birbirine benzer olduğundan, aralarında istatistiki bir fark bulunmamıştır ($p=0.193$). Geçmişte OSGB'ye bağlı çalışmayanların şu an OSGB'ye bağlı olarak çalışmaktan memnun olma durumu çalışmayanlara göre yaklaşık 1.4 kat daha yüksektir. Ya da geçmişte OSGB'ye bağlı olarak çalışmayanlar iki kat daha memnundur. Bu durum istatistiki olarak önemli olmakla beraber, iki değişken arasındaki ilişki, pozitif yönde zayıf düzeydedir ($p=0.002$, $\Phi=0.170$). Şu anda çalışılan OSGB sayısı arttıkça memnuniyetsizlik, OSGB'de çalışılan süresi arttıkça memnuniyet düzeyi artmaktadır. Örneğin aynı OSGB'de 6 yıl ve üzerinde çalışanların memnun olma düzeyi %72,3'e kadar yükselmiştir. Bunlar istatistiki olarak da anlamlı olurken, pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p=0.042$, $\Phi=0.121$; $p=0.000$, Cramer'sV=0.232) (Tablo 16).

Hekimlerin OSGB dışında başka bir kurumda çalışma durumlarına göre memnuniyet durumu birbirine benzerdir ve bu iki değişken arasında istatistiki bir fark bulunmamıştır. Örneğin, memnuniyet sadece OSGB'ye bağlı çalışanlarda %52,7, beraberinde kamuda çalışanlarda %57,9, özel sektörde çalışanlarda ise %59,2'dir ($p=0.721$). Hekimlerin mevcut konumlarına göre OSGB'ye bağlı olarak çalışmaktan memnun olma durumu ise; klinik-muayenehane-sağlık merkezi-OSGB sahipleri ya da patronlar en yüksek iken (%66,7), sadece OSGB'ye bağlı olarak çalışanlar ise en

düşüktür (%45,8). Buna karşın, bu iki değişken arasında istatistiki bir fark elde edilememiştir ($p=0.505$). Mevcut işyeri hekimlerin sadece %5,4'ü KHK ile kamudan ihraç edilmesine karşın, OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmaktan memnuniyetsizliği memnun olanlardan 2.6 kat daha yüksek olup (%72,2, %27,8), bu istatistiki olarak da önemlidir. Bu iki değişken arasında da zayıf pozitif ilişki bulunmuştur ($p=0.034$, $\Phi=0.130$). OSGB'ye bağlı tam zamanlı ve yarı-kısmi zamanlı çalışmakla memnun olma durumu benzer olup, bu iki değişken arasında istatistiki bir fark saptanamamıştır. Örneğin, memnuniyet tam zamanlı çalışanlarda %57,5, yarı zamanlı çalışanlarda %52,5'tir ($p=0.381$) (Tablo 16).

Tablo 16. İşyeri hekimlerinin çalışma yaşamlarıyla ilgili bazı özelliklere göre OSGB'ye bağlı çalışmaktan memnun olma

Çalışma yaşamı özellikleri	Memnun olma				Toplam		test	p
	Evet		Hayır					
	n	%	n	%	n	%		
Uzman olma*							$\chi^2=5.518$ $\Phi=-0.129$	0.019
Evet	64	64,6	35	35,4	99	29,6		
Hayır	119	50,6	116	49,4	235	70,4		
OSGB sistemi öncesi işyeri hekimi olma							$\chi^2=1.697$ $\Phi=-0.71$	0.193
Evet	82	59,0	57	41,0	139	41,6		
Hayır	101	51,8	94	48,2	195	58,4		
Geçmişte başka bir OSGB’de çalışma							$\chi^2=9.604$ $\Phi=0.170$	0.002
Evet	120	49,6	122	50,4	242	72,5		
Hayır	63	68,5	29	31,5	92	27,5		
Şu an çalışılan OSGB sayısı							$\chi^2=4.152^{**}$ $\Phi=0.121$	0.042
1	170	56,9	129	43,1	299	89,5		
2-5	13	37,1	22	62,9	35	10,5		
Bu OSGB’de çalışma süresi (yıl)							$\chi^2=17.999$ Cramer's V=0.232	0.000
≤1	52	46,0	61	54,0	113	33,8		
2-5	58	48,3	62	51,7	120	35,9		
≥6	73	72,3	28	27,7	101	35,9		
Şu an hekim olarak çalışılan kurum							$\chi^2=0.655$	0.721
Sadece OSGB	89	52,7	80	47,3	169	50,6		
Kamu ve OSGB	33	57,9	24	42,1	57	17,1		
Özel sektör ve OSGB	61	59,2	47	40,8	108	32,3		
İşyeri hekiminin mevcut konumu							$\chi^2=4.318$	0.505
Sadece OSGB’ye bağlı çalışan	27	45,8	32	54,2	59	17,7		
Emekli ve OSGB’ye bağlı çalışan	50	52,6	45	47,4	95	28,4		
Özel sağlık sektöründe ve OSGB’ye bağlı çalışan	17	54,8	14	42,5	31	9,3		
Kamuda ve OSGB’ye bağlı çalışan	33	57,9	24	42,1	57	17,1		
Klinik-muayenehane-sağlık merkezi-OSGB sa- hibi ve OSGB’ye bağlı çalışan	20	66,7	10	33,3	30	9,0		
Karma***	36	58,1	26	41,9	62	18,6		
KHK ile kamudan ihraç							$\chi^2=4511^{**}$ $\Phi=0.130$	0.034
Evet	5	27,8	13	72,2	18	5,4		
Hayır	178	56,3	138	43,7	316	43,7		
Çalışma biçimi							$\chi^2=0.768$	0.381
Tam zamanlı	90	57,3	67	42,7	157	47,0		
Kısmi zamanlı	93	52,5	84	47,5	177	53,0		
TOPLAM	183	54,8	151	45,2	334	100,0		

* Önemlilik testinde beş asistan hekim, uzman olmayan seçeneğe eklenmiştir.

** Yates düzeltmesi yapılmıştır.

*** OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmalarının yanında, emekli, OSGB sahibi/gerçek ortağı, bir ya da birden fazla sağlık ya da sağlık dışı özel sektörde çalışan/nöbet tutanlardır.

Beklendiği gibi, bu zamana değin OSGB'lerde ücretle ilgili hiç sorun yaşamayanlarda (gecikme, düzensizlik, artış olmaması gibi) memnuniyet düzeyi daha yüksekken, daha önceden ve şu anda ücrete bağlı sorunlar yaşayanlarda oldukça düşüktür (%58,2, %16,7). Bu istatistiki olarak önemli olurken, ilişki, zayıf pozitif ilişkidir ($p=0.049$, Cramer'sV=0.154). Yine beklendiği gibi, ücretlerinin bir bölümünü elden alanlarda, özlük/sosyal haklara sahip olmayanlarda memnuniyetsizlik daha yüksek (%52,2, %43,4) olup, bu değişkenler arasında istatistiki olarak fark önemli bulunmamıştır ($p=0.070$, $p=0.192$) (Tablo 17).

Tablo 17. İşyeri hekimlerinin ücret ve özlük haklarına göre OSGB'ye bağlı çalışmaktan memnun olma durumu

Çalışma yaşamı özellikleri	Memnun olma				Toplam		test	p
	Evet		Hayır					
	n	%	n	%	n	%		
Ücret ödenme biçimi (n=331)*							χ²=3.292	0.070
Banka hesabına yatırıyor	127	58,3	91	41,7	218	65,9		
Bir kısmı elden veriliyor	54	47,8	59	52,2	113	34,1		
Ücret düzensizliği/gecikmesi/artmaması							χ²=7.878 Cramer'sV=0.154	0.049
Hiç yaşanmadı	96	58,2	69	41,8	165	49,4		
Önceden yaşanmadı, şimdi yaşanıyor	27	52,9	24	47,1	51	15,3		
Önceden yaşandı, şimdi yaşanmıyor	58	54,7	48	45,3	106	31,7		
Önceden de şimdi de yaşıyor	2	16,7	10	83,3	12	3,6		
Gelir sayısı							χ²=0.392	0.828
1	32	51,6	30	48,4	62	18,6		
2	106	56,1	83	43,9	189	56,6		
3-4	45	54,2	38	45,8	83	24,8		
Özlük/sosyal haklar							χ²=1.703	0.192
Var	150	56,6	115	43,4	265	79,3		
Hiç yok	33	47,8	36	52,2	79	20,7		
TOPLAM	183	54,8	151	45,2	334	100,0		

* "Söylemek istemeyen" seçeneğine üç kişi yanıt verdiğiinden, analizde çıkarılmıştır.

İşyeri hekimlerinin hangi çalışma yaşamı özellikleri olursa olsun, genel olarak OSGB'nin sistem olarak uygulanmasına yönelik yaklaşımlarında yarıdan fazlası uygulamanın olumlu-avantajlı olduğu kadar olumsuz-dezavantajlı olduğu yönündedir. Olumsuz-dezavantajlı bulanlar en fazla sırasıyla; KHK ile kamudan ihraç edilenler (%44,4, $p=0.023$), sadece OSGB'ye bağlı çalışan işyeri hekimleri (%33,9, $p=0.024$), çalıştıkları OSGB sayısı 2-5 olanlar (%31,4, $p=0.034$), geçmişte başka bir OSGB'de çalışanlardır (%29,3, $p=0.004$). Bu iki grup, diğer işyeri hekimlerine göre geliri daha düşüktür. Sistemin olumlu-avantajlı olduğu kadar, olumsuz-dezavantajlı olduğunu en fazla düşünenler ise; hem özel sağlık sektöründe hem de OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olanlar (%64,5), klinik-muayenehane-sağlık merkezi-OSGB sahipleri ya da patronlardır (%63,3). OSGB sistemine yönelik görüşlerle pratisyen/uzman olma, geçmişte başka bir OSGB'de çalışma/çalışmama, çalışılan OSGB sayısı, hekimlerin mevcut konumu ve KHK ile kamu görevinden çıkarılma durumu arasında istatistiki bir fark olup, bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki elde edilmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. İşyeri hekimlerinin çalışma yaşamının bazı özelliklerine göre OSGB sistemi-uygulamasına yönelik görüşleri

Çalışma yaşamı özellikleri	OSGB Sistemi-Uygulamasına Yönelik Görüşler								test	p
	Memnun olma									
	Olumlu-Avantajlı		Olumsuz-Dezavantajlı		Hem Olumlu Hem Olumsuz		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Uzman olma*									χ²=8.378 Φ=0.158	0.015
Evet	25	25,3	15	15,1	59	59,6	99	29,6		
Hayır	39	16,6	68	28,9	128	54,5	235	70,4		
OSGB sistemi öncesi işyeri hekimi olma									χ²=1.862	0.394
Evet	31	22,3	31	22,3	77	55,4	139	41,6		
Hayır	33	16,9	52	26,7	110	56,4	195	58,4		
Geçmişte başka bir OSGB’de çalışma									χ²=10.841 Φ=0.180	0.004
Evet	40	16,5	71	29,3	131	54,2	242	72,5		
Hayır	24	26,1	12	13,0	56	60,9	92	27,5		
Şu an çalışılan OSGB sayısı									χ²=6.766 Φ=0.142	0.034
1	63	21,1	72	24,1	164	54,8	299	89,5		
2-5	1	2,9	11	31,4	23	65,7	35	10,5		
Bu OSGB’de çalışma süresi (yıl)									3.951	0.413
≤1	22	19,5	29	25,7	62	54,8	113	33,8		
2-5	19	15,8	35	29,2	66	55,0	120	35,9		
≥6	23	22,8	19	18,9	59	58,3	101	35,9		
Şu an hekim olarak çalışılan kurum									χ²=7.927	0.094
Sadece OSGB	34	20,1	51	30,2	84	49,7	169	50,6		
Kamu ve OSGB	13	22,8	9	15,8	35	61,4	57	17,1		
Özel sektör ve OSGB	17	15,7	23	21,3	68	63,0	108	32,3		
İşyeri hekimin mevcut konumu									χ²=20.643 Cramer'sV= 0.176	0.024
Sadece OSGB'ye bağlı çalışan	4	6,8	20	33,9	35	59,3	59	17,7		
Emekli ve OSGB'ye bağlı çalışan	27	28,4	28	29,5	40	42,1	95	28,4		
Özel sağlık sektöründe ve OSGB'ye bağlı çalışan	4	12,9	7	22,6	20	64,5	31	9,3		
Kamuda ve OSGB'ye bağlı çalışan	13	22,8	9	15,8	35	61,4	57	17,1		
Klinik-muayenehane-sağlık merkezi-OSGB sahibi ve OSGB'ye bağlı çalışan	6	20,0	5	16,7	19	63,3	30	9,0		
Karma**	10	16,1	14	22,6	38	61,3	62	18,6		
KHK ile kamudan ihraç										
Evet	-	-	8	44,4	10	55,6	18	5,4		
Hayır	64	20,3	75	23,7	177	56,0	316	94,6		
Çalışma biçimi									χ²=4.892	0.087
Tam zamanlı	37	23,6	41	26,1	79	50,3	157	47,0		
Yarı zamanlı	27	15,3	42	23,7	108	61,0	177	53,0		
TOPLAM	64	19,2	83	24,8	187	56,0	334	100,0		

* Analizde beş asistan hekim, uzman olmayan seçeneğe eklenmiştir.

** OSGB’ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmalarının yanında, emekli, OSGB sahibi/gerçek ortağı, bir ya da birden fazla sağlık ya da sağlık dışı özel sektörde çalışan/nöbet tutanlardır.

*** Fisher’Exact testi yapılmıştır.

OSGB'nin sistem olarak uygulanmasını olumsuz-dezavantajlı bulanlar en fazla sırasıyla; OSG-B'den çalışmaktan memnun olmayanlar (%42,4, p=0.000), ücretlerinin bir kısmı elden ödenenler (%32,7, p=0.032), özlük/sosyal hakları bulunmayanlar %29, p=0.582) ve sadece bir geliri olanlar, başka bir ifadeyle sadece işyeri hekimliğine bağlı geliri olanlardır (%29, p=0.026). Sistemin en fazla olumlu-avantajları olduğu kadar olumsuz-dezavantajlı olduğunu en fazla düşünenler ise; daha önce de şu anda da ücretinde gecikme-düzensizlik-artış olmaması gibi sorun yaşayanlar (%66,7), sadece bir geliri olanlarla 3-4 arası geliri olanlardır (%64,5, %61,4). Tablo 19'da yer alan tüm bağımsız değişkenlerle, OSGB sistemine yönelik görüşler arasında istatistiki bir fark bulunup, pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 19. İşyeri hekimlerinin ücret, özlük/sosyal haklar ve OSGB'den memnun olma ile OSGB sistemi-uygulamasına yönelik görüşleri

Çalışma yaşamı özellikleri	OSGB Sistemi-Uygulamasına Yönelik Görüşler								test	p
	Memnun olma									
	Olumlu-Avantajlı		Olumsuz-Dezavantajlı		Hem Olumlu Hem Olumsuz		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ücret ödenme biçimi (n=331)*									χ²= 6.915 Cramer'sV= 0.145	0.032
Banka hesabına yatırıyor	47	21,6	44	20,2	127	58,2	218	65,9		
Bir kısmı elden veriliyor	17	15,0	37	32,7	59	52,2	113	34,1		
Ücret düzensizliği/gecikmesi/artmaması									4.143**	0.660
Hiç yaşanmadı	37	22,4	35	21,2	93	56,4	165	49,4		
Önceden yaşanmadı, şimdi yaşıyor	9	17,6	14	27,4	28	55,0	51	15,3		
Önceden yaşandı, şimdi yaşanmıyor	17	16,0	31	29,2	58	54,8	106	31,7		
Önceden de şimdi de yaşıyor	1	8,3	3	25,0	8	66,7	12	3,6		
Gelir sayısı									χ²=11.027 Cramer'sV= 0.128	0.026
1	4	6,5	18	29,0	40	64,5	62	18,6		
2	46	24,3	47	24,9	96	50,8	189	56,6		
3-4	14	16,0	18	20,6	51	61,4	83	24,8		
Özlük/sosyal haklar									χ²=1.082	0.582
Var	53	20,0	63	23,8	149	56,2	265	79,3		
Hiç yok	11	15,9	20	29,0	38	55,1	79	20,7		
OSGB'den memnun olma									χ²=73.363 Cramer'sV= 0.469	0.000
Evet	60	32,8	19	10,4	104	56,8	183	54,8		
Hayır	4	2,6	64	42,4	83	55,0	151	45,2		

* "Söylemek istemeyen" seçeneğine üç kişi yanıt verdiğinden, analizde çıkarılmıştır.

** Fisher'Exact testi yapılmıştır.

4.1.9. İşyeri Hekimlerinin TTB ve İTO'ya Yönelik Beklenti ve Önerileri

Hekimlerin %15,6'sı (n=52) araştırma konusuyla ilgili İTO ve TTB'ye yönelik herhangi bir görüş, beklenti ve öneri bildirmek istememiştir. Bildirenlerin (n=282) beklenti ve önerisinde birinci sırada (%13,4), OSGB'lere bağlı çalışan işyeri hekimleri arasındaki ücret eşitsizliğini gidermek,

hak edilen ücreti alabilmek için TTB asgari ücret tarifesinin uygulanması için özelde İTO'nun, genelde TTB'nin mücadele etmesidir. İkinci sırada (%9,8), bu araştırmada olduğu gibi, İTO'nun işyeri hekimleriyle temas etmesini sağlayacak bilimsel araştırmalar yürütmeye devam etmesidir. Üçüncü sırada (%7,9) İTO'nun olumlu ve etik çalışma koşulları için mücadele etmesidir. Dördüncü sırada (%6,8), İTO'nun işyeri hekimlerinden kopuk olmaması, mevcut iletişimini güçlendirmesi için iş yeri ziyaretleri yapması, sosyal aktiviteler düzenlemesi ve hekimlerle birlikte çalışmalar yürütmesidir. Beşinci sırada (%6,6), OSGB'lerin denetlenmesi gerektiği ve bu ekibin içinde de İTO ve TTB üyelerinden birisinin olmasıdır. OSGB'nin kaldırılmasıyla ilgili öneri ise sekizinci sırada, işyeri hekimlerinin diploma-sertifika kiralaması, hekimin yerine başka mesleklerin görevlendirmesi gibi etik dışı uygulamaların önlenmesi için mekanizmalar kurmalı önerisi ise en alt sıralarda yer almaktadır (%5,7, %3,6) (Tablo 20).

Tablo 20. İşyeri hekimlerinin TTB ve İTO'ya yönelik beklenti ve önerileri (n=722)*

Beklenti ve Öneriler	Sayı	%
TTB'nin asgari ücret tarifesinin yaşama geçirilmesi için mücadele etmeli	105	13,4
Bu araştırma gibi, başka bilimsel araştırmalara devam etmeli	71	9,8
Olumlu ve etik çalışma koşulları için mücadele etmeli	64	7,9
İşyeri hekimleriyle iletişimini güçlendirmeli	49	6,8
İşyeri hekimlerinin istihdamının ve ücretinin kamusal olması için mücadele etmeli	49	6,8
OSGB denetlenmeli ve bu ekipte TTB/İTO üyelerinden birisi olmalı	47	6,6
Düzenli olarak meslek içi eğitim ve aktif katılımlı bilimsel toplantılar yapmalı	45	6,2
OSGB sisteminin kaldırılması için mücadele etmeli	41	5,7
Ulaşılabilir olmalı	36	5,0
Hekimlerin özlük hakları ve mesleki bağımsızlığı için mücadele etmeli	36	5,0
İşyeri hekimliği ve işçi sağlığıyla ilgili güncel bilgilerden haberdar etmeli	36	4,9
İşyeri hekimleri için interaktif online platform kurmalı, web sitesini düzenlemeli	35	4,8
Etik dışı uygulamaların önlenmesi için mekanizmalar kurmalı	26	3,6
KHK konusunda olduğu gibi, mücadelesine ve dayanışmasına devam etmeli	25	3,5
50'den az işçi çalıştıran iş yerlerinin işçi sağlığına önem vermesi için baskı kurmalı	9	1,2
Umutsuzum, ne önersem hayata geçmez	12	1,7
Diğer**	43	6,0

* Bu soruya birden fazla yanıt verildiğinden, "n" artmıştır.

** Diğer öneri ve beklentiler: Yolda geçen sürenin çalışma saatinden sayılması, hekimin ayrı muayene odası olmasının sağlanması, işçilerin mevcut ve önceki sağlık durumu için devletin, bakanlığın veri tabanlarının kullanılabilmesi, sorunların patron/işverenler ve devlet tarafından bilinmesinin sağlanması, işyeri hekimliğinin ayrı uzmanlık alanı olması, mesleki ve sendikal örgütlenmenin bir arada sürdürülmesi, OSGB'de adres değişikliği olduğunda harç alınmaması, firmaların ve OSGB'nin hekime özel sigorta yaptırması, emeklilerin maaşında kesinti yapılmaması ya da ek ödeme alması için mücadele etmesi, TTB'nin daha makul asgari ücret belirlemesi, hükümet ile birlikte çalışılması.

4.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI: KALİTATİF VERİLER

Nitel veriler için araştırma kapsamına gönüllü olarak katılan otuz işyeri hekiminin bireysel ve çalışma yaşamına ait özellikleri, araştırma örneğiyle benzer özellikler göstermektedir (Tablo 2, Tablo 21). Otuz işyeri hekiminin üçte biri kadın, yaklaşık yarısı 26-48 yaş grubunda, yarıdan fazlası evli ve çocuğu olup, beşte biri tıpta uzmanlığını almış, on üçte biri de KHK ile kamudaki görevinden çıkarılmıştır. Onda biri İTO üyesi değildir. Yarısı OSGB sistemi öncesi işyeri hekimi olarak, yarıdan fazlası ise bundan önce başka bir OSGB'ye bağlı olarak çalışmıştır. Beşte birinin 16 ve üzerinde iş yeri bulunmakta olup, aynı zamanda bireysel sözleşmeli işyeri hekimliği yapmaktadır (Tablo 21).

Tablo 21. Nitel veriler için araştırma kapsamına giren işyeri hekimlerinin bazı tanımlayıcı özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%	Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet			KHK ile kamudan ihraç		
Kadın	9	30,0	Evet	4	13,3
Erkek	21	70,0	Hayır	26	86,7
Yaş grupları			OSGB öncesi işyeri hekimi olma		
26-38	8	26,6	Evet	15	50,0
39-48	6	20,0	Hayır	15	50,0
49-54	5	16,7	Daha önce OSGB'ye bağlı çalışma		
55-59	5	16,7	Evet	20	66,7
60-82	6	20,0	Hayır	10	33,3
Medeni durum			Şu anda çalışılan OSGB sayısı		
Bekar	13	43,3	1	23	76,7
Evli	17	56,7	2-5	7	23,3
Çocuğu olma			Mevcut OSGB'de çalışma süresi		
Evet	18	60,0	≤1 yıl	10	33,3
Hayır	12	40,0	2-5 yıl	9	30,0
Akademik unvan			≥6 yıl	11	36,7
Tıpta uzman	6	20,0	Çalışma biçimi		
Doktora	1	3,3	Tam zamanlı	10	33,3
Bilim uzmanı	1	3,3	Yarı-kısmi zamanlı	20	66,7
Asistan	1	3,3	OSGB'ye bağlı iş yeri sayısı		
Pratisyen hekim	21	70,0	1-4	10	33,3
İTO üyesi			5-15	14	46,7
Hayır	3	10,0	≥16	6	20,0
Evet	27	80,0	İstanbul dışı illerde çalışma		
Sendika üyesi			Evet	7	23,3
Evet	6	20,0	Hayır	23	76,7
Hayır	24	80,0	Bireysel sözleşmeli işyeri hekimi		
			Evet	6	20,0
			Hayır	24	80,0

Araştırmanın bu aşamasında, verilerin elde edildiği otuz işyeri hekiminin kodları tablo 22'de, elde edilen toplam yedi tema, 36 alt tema ya da kategori ise tablo 23'de gösterilmiştir.

Tablo 23'te de görüldüğü gibi, en fazla üzerinde konuşulan ve tartışılan konular bakımından bu yedi tema sırasıyla; hekimlik uygulamaları, istihdam koşulları, OSGB sistemi, OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmak, çalışma ilişkileri, çalışma ortamı ve örgütlenmedir. Ancak bu sıralama, hekimlerin mevcut konumuna göre farklılık göstermektedir. Bir başka ifadeyle, hekimlerin mevcut konumu değiştiğinde, temaların sıralaması da değişmektedir. Örneğin, sadece işyeri hekimlerinde ilk üç sıralama geçerli iken; OSGB sahibi olanlarda hekimlik uygulamaları,

istihdam koşulları ve çalışma ilişkileri; muayenehanesi-kliniği olanlarda hekimlik uygulaması, OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmak ve istihdam koşulları; kamuda çalışanlarda hekimlik uygulamaları, OSGB sistemi ve istihdam koşulları; emeklilerde hekimlik uygulamaları, istihdam koşulları ve OSGB sistemi; özelde çalışanlarda ise istihdam koşulları, hekimlik uygulamaları ve OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmaktır. Tablo 23'te yer alan bu yedi temayı ve her bir tema içindeki alt temaları, sırasıyla ayrıntılı olarak ele almak gerekirse:

Tablo 22. Otuz işyeri hekiminin kodları

Kodlar	Özellikler	Kodlar	Özellikler
K1	Kadın, 10 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi, bilim uzmanı (doktora öğrencisi) tam zamanlı, üç tehlike grubunda iş yerleri var	K16	Erkek, 7 yıllık işyeri hekimi, uzman, İTO üyesi, yarı zamanlı, tehlikeli grupta iş yerleri var.
K2	Erkek, 11 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi değil, yarı zamanlı, tehlikeli ve çok tehlikeli grupta iş yerleri var	K17	Kadın, 4 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi değil, sendika üyesi, yarı zamanlı, az tehlikeli grupta iş yerleri var.
K3	Erkek, 41 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi, tam zamanlı, üç tehlike grubunda iş yerleri var	K18	Erkek, 11 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi, sendika üyesi, yarı zamanlı, üç tehlikeli grupta iş yerleri var.
K4	Erkek, 18 yıllık işyeri hekimi, uzman, İTO üyesi, yarı zamanlı, az tehlikeli grubunda iş yerleri var	K19	Erkek, 5 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi, yarı zamanlı, iki OSGB'ye bağlı çalışıyor, az tehlikeli ve tehlikeli grupta iş yerleri var.
K5	Erkek, 10 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi, tam zamanlı, az tehlikeli ve tehlikeli grupta iş yerleri var	K20	Erkek, 23 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi, yarı zamanlı, bireysel sözleşmeli işyeri hekimi, az tehlikeli grupta iş yerleri var.
K6	Kadın, 7 yıllık işyeri hekimi, uzman, İTO üyesi, yarı zamanlı, az tehlikeli ve tehlikeli grupta iş yerleri var	K21	Erkek, 26 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi, tam zamanlı, az tehlikeli ve tehlikeli grupta iş yerleri var
K7	Kadın, 3 yıllık işyeri hekimi, uzman, İTO üyesi yarı zamanlı, az tehlikeli ve tehlikeli grupta iş yerleri var	K22	Kadın, 10 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi, sendika üyesi, tam zamanlı, çok tehlikeli grupta iş yerleri var
K8	Erkek, 4 aydır işyeri hekimi, uzman, İTO üyesi, yarı zamanlı, üç tehlikeli grupta iş yerleri var	K23	Erkek, 2 yıldır işyeri hekimliği yapıyor, İTO üyesi, yarı zamanlı, tehlikeli grupta iş yerleri var.
K9	Erkek, 3 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi, tam zamanlı, üç tehlikeli grupta iş yerleri var	K24	Erkek, 7 yıldır işyeri hekimi, İTO üyesi, KHK'li, yarı zamanlı, az tehlikeli grupta iş yerleri var.
K10	Erkek, 20 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi yarı zamanlı, bireysel sözleşmeli işyeri hekimi, üç tehlikeli grupta iş yerleri var.	K25	Kadın, 3 yıldır işyeri hekimi, İTO üyesi, yarı zamanlı, iki OSGB'ye bağlı çalışıyor, az tehlikeli ve tehlikeli grupta iş yerleri var.
K11	Erkek, 10 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi, KHK'li yarı zamanlı, sendikalı, az tehlikeli ve tehlikeli grupta iş yerleri var	K26	Erkek, 1 yıl 8 aydır işyeri hekimi, İTO üyesi değil, tehlikeli ve çok tehlikeli grupta iş yerleri var.
K12	Erkek, 23 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi, yarı zamanlı, bireysel sözleşmeli işyeri hekimi, iki OSGB'ye bağlı çalışıyor, az tehlikeli ve tehlikeli grupta iş yerleri var	K27	Erkek, 6 yıldır işyeri hekimi, İTO üyesi, sendika üyesi, KHK'li, tam zamanlı, bireysel sözleşmeli işyeri hekimi, az tehlikeli ve tehlikeli grupta iş yerleri var.
K13	Kadın, 28 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi, tam zamanlı, tehlikeli ve çok tehlikeli grupta iş yerleri var	K28	Erkek, 6 yıldır işyeri hekimi, İTO üyesi, KHK'li, tam zamanlı, üç tehlike grupta iş yerleri var.
K14	Erkek, 20 yıllık işyeri hekimi, İTO üyesi, tam zamanlı, tehlikeli ve çok tehlikeli grupta iş yerleri var	K29	Erkek, 12 yıllık işyeri hekimi, uzman, İTO üyesi, tam zamanlı, iki OSGB'ye bağlı çalışıyor, tehlikeli ve çok tehlikeli grupta iş yerleri var.
K15	Kadın, 13 yıllık işyeri hekimi, doktoralı, İTO üyesi, sendika üyesi, yarı zamanlı, tehlikeli grupta iş yerleri var	K30	Kadın, 20 yıllık işyeri hekimi, uzman, İTO üyesi, yarı zamanlı, bireysel sözleşmeli işyeri hekimi, tehlikeli grupta iş yerleri var.

Tablo 23. Araştırmadaki temalar ve alt temalar

TEMALAR	ALT TEMALAR
HEKİMLİK UYGULAMALARI	Sağlık Gözetimi
	Ayaktan Tanı ve Tedavi Hizmetleri
	Eğitim
	İşçinin Sağlık Kayıtları
	Denetim
	Meslek Hastalıkları ve İş Kazaları
	Sevk
	Danışmanlık
	Risk Değerlendirmesi
İSTİHDAM KOŞULLARI	Ücret
	Çalışma Biçimi
	Özlük/Sosyal Haklar
	Çalışma Süresi
	Hekimlik Dışı İşler
	İşten Çıkarılma
	Diploma-Sertifika Kiralama
	İşyerlerine Gidil(e)memesi
OSGB SİSTEMİ	İşçi Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri
	Kâr ve Rekabet
	Ekip
	Mevzuat
OSGB'YE BAĞLI İŞYERİ HEKİMİ OLARAK ÇALIŞMAK	Mesleki Saygınlık
	Mesleki Bağımsızlık
	İki ya da Üç Farklı Hekimlik Yapmak
	İşyeri Hekimliğinin Anlamı
ÇALIŞMA İLİŞKİLERİ	Patronlarla/İşverenlerle İlişkiler
	Yöneticilerle İlişkiler
	OSGB'ye Bağlı Çalışanlarla İlişkiler
	İşçilerle İlişkiler
	Devletle İlişkiler
	İSG Kuruluyula İlişkiler
ÇALIŞMA ORTAMI	Ulaşım
	Sağlıklı ve Güvenli Çalışma Ortamı
	İş yeri Sağlık Birimi
ÖRGÜTLENME	TTB-İTO
	Hekimlerin Sendikalaşması
	OSGB'ler Arası Örgütlenme

Tablo 23'te de görüldüğü gibi, en fazla üzerinde konuşulan ve tartışılan konular bakımından bu yedi tema sırasıyla; hekimlik uygulamaları, istihdam koşulları, OSGB sistemi, OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmak, çalışma ilişkileri, çalışma ortamı ve örgütlenmedir. Ancak bu sıralama, hekimlerin mevcut konumuna/statüsüne göre farklılık göstermektedir. Bir başka ifadeyle, hekimlerin mevcut konumu değiştikçe, temaların sıralaması da değişmektedir. Örneğin, *sadece işyeri hekimlerinde* ilk üç sıralama geçerli iken; *OSGB sahibi olanlarda* hekimlik uygulamaları, istihdam koşulları ve çalışma ilişkileri; *muayenehanesi-kliniği olanlarda* hekimlik uygulaması, OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmak ve istihdam koşulları; *kamuda çalışanlarda* hekimlik uygulamaları, OSGB sistemi ve istihdam koşulları; emeklilerde hekimlik uygulamaları, istihdam

koşulları ve OSGB sistemi; *özelde çalışanlarda* ise istihdam koşulları, hekimlik uygulamaları ve OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmaktır. Tablo 23'te yer alan bu yedi temayı ve her bir tema içindeki alt temaları, sırasıyla ayrıntılı olarak ele almak gerekirse:

TEMA 1: HEKİMLİK UYGULAMALARI

"Hekimlik uygulamaları", işyeri hekimlerinin üzerinde en çok tartıştığı, görüş bildirdiği ya da sorun olarak gördüğü ilk temadır. Toplam yedi tema içinde en fazla alt teması (dokuz alt tema) bulunmaktadır. Bunun yanında büyük oranda gençlerden oluşan sadece işyeri hekimleri ve yine büyük oranda 60 yaş üzeri emeklilerden oluşan hekimler tarafından en fazla dile getirilen temadır. "Hekimlik uygulamaları" temasının alt temaları sırasıyla; sağlık gözetimi, büyük bir bölümü reçete yazma, daha az bölümü poliklinik hizmetleri olarak ele alınan ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri, eğitim, sağlık kayıtları, denetim, meslek hastalıkları ve iş kazaları, sevk, danışmanlık, son olarak risk değerlendirmesidir (Tablo 23). Diğer bir ifadeyle, işyeri hekimliğinin bu dokuz uygulaması ele alınmıştır. Hekimlik uygulamalarının sıralaması değişse de araştırmanın ilk aşamasında yerine getirilen ve getirilemeyen mesleki uygulamaların verisiyle paralellik göstermektedir (Tablo 13). Bu tema altındaki alt temalar sırasıyla şu şekildedir:

Sağlık Gözetimi

Altı farklı odak gruptaki işyeri hekimlerinin her biri "sağlık gözetimi" alt temasıyla ilgili en az üç kez görüş bildirmiştir. Bu görüşler, işyeri hekimlerinin tamamıyla kendi deneyimleri üzerinden gündeme getirilmiştir. Sağlık gözetimi alt teması kapsamında; işe giriş muayenesi, periyodik muayene, rutin tetkikler, gebe takibi, işe geri dönüş muayenesi ve aşı üzerinde durulan konular olup, son üçü ise üzerinde en az durulan konulardır. Gebe takibi konusunda toplam iki hekim görüş bildirmiş olup (biris emekli, birisi sadece işyeri hekimi), bu takibi yapamadıkları için sevk ettiklerini ifade etmiştir. Zaten, araştırmanın ilk aşamasında da gebe takibi en fazla sevk edilen hizmetler olarak tarif edilmiş ve çok az sayıda hekim kısmen takip yapabildiklerini belirtmiştir (Tablo 13). Araştırmanın bu aşamasında, bir hekim gebe takibiyle ilgili görüşünü şu şekilde açıklamıştır:

"Gebe takiplerini sadece kaydediyoruz, takibini yapamıyoruz. Aile hekimleri yaptığı için, işin açıkçası çok fazla üzerinde durmuyorum. Eğer problem varsa ona yönlendiriyorum..." (K14)

Gebe takibi konusunda görüş bildiren iki hekimden farklı yine birisi emekli, diğeri sadece işyeri hekimi, işe geri dönüş muayenesinin öneminden ve bu muayeneyi nasıl yaptığından bahsetmiştir. Araştırmanın ilk aşamasında hekimlerin neredeyse tamamı işe geri dönüş muayenesini yaptığını açıklarken (Tablo 13), bu aşamada bu kadar az sayıda görüş bildirenin olması beklenmeyen bir durum olmuştur. Buna yönelik bir hekimin görüşü:

"...ben, önemli önemsiz, her iş kazasında hepsinde tamamında işe dönüş muayenesi yapıyorum. Vaktimi alıyor mu alıyor ama bir yandan poliklinik de yapıyorum yani ..." (K13)

İki hekim (biris emekli, birisi sadece işyeri hekimi) bazı iş yerlerinde tetanoz dışında herhangi bir aşının yapılmadığını dile getirmiştir. Nitekim araştırmanın ilk aşamasında da tıpkı gebe takibinde olduğu gibi, aşı da en fazla sevk edilen hizmetler olarak belirtilmiştir (Tablo 13). Araştırmanın bu aşamasında, iki hekim de işçilere tetanoz aşısının rutin yapılmadığını belirtmiş olup, birisi görüşünü şu şekilde açıklamıştır:

"Aşılarla ilgili riskli bölgeler için işte metalle kesme doğrama lehim gibi iş yerlerindeki işçilere tetanoz aşısı yaptık. Büyük oranda istemeyene yapmıyoruz, not alıyoruz. Ama benim istediğim, firmanın bütün işçilerine yaptırmaktı. Ancak bu, çok fazla talep edilmiyor istenmiyor özünde..." (K14)

İşe giriş, periyodik muayene ve işçilerin rutin tetkiklerin yapılmasına yönelik yirmi sekiz hekim görüş bildirmiş olup, en fazla karşılaştıkları güçlükler (yirmi sekiz hekim), daha sonra, bunların işçi sağlığı açısından önemi üzerinde durulurken, sadece sekiz hekim önerilerini paylaşmıştır. Karşılaştıkları ilk güçlük ya da en fazla dile getirilen güçlük (on altı hekim), "yaptırım ya da yetki yetersizliği"dir. İşe giriş muayenesi yaptırılmadan işçilerin işe başlatılması ya da yönetici-

lerin/patronların hekimden işçileri yüz yüze görmeden bile rutin tetkiklerinin yapılmasını istemesi, hekimin işçiye çalışamaz raporu verdiği halde, işçilerin çalıştırılması ve hekimin bunları tespit-öneri defterine yazma dışında başka bir müdahalede bulunamaması yaptırım ya da yetki yetersizliğine yönelik açıklamalardır. Bu güçlük, araştırmanın birinci aşamasında ise işyeri hekimliği hizmetlerinin yerine getirilememe gerekçesi olarak yedinci (Grafik 8), OSGB'ye bağlı çalışmaktan memnuniyetsizlik nedenleri içinde on beşinci sıradadır (Tablo 15). Araştırmanın bu aşamasında hekimlerin bu konudaki bazı ifadeleri şu şekildedir:

"Periyodik ve işe giriş muayenelerini yapmadığımızda bir iki kez yöneticilere söylüyoruz. Yine olmuyorsa, sonrasında artık tespit-öneri defterine yazalım, beyan edelim ve hani yapacak bir şey yok diyoruz. Tespit ve öneri defteri, adı üstünde sadece bilgi yani. Aslına bakarsanız sadece öneride bulunabiliyorsunuz. Onu da resmi yollardan yaptıktan sonra, sorumluluğu üstünden atmış oluyorsun. Kabul ama, iş çözülüyor mu? Yok, orası öyle kalıyor..." (K25)

"...Yapamıyorsunuz da bir yere kadar diyorsunuz. İşte bir yere kadar uyarıyorsunuz. Fakat ondan sonrası gelmiyor işte. Bir şirkette mesela tahlilleri bir türlü yaptırtamıyorum." (K10)

"...Şantiyenin ortasına koymuşlar bir tane revir. Şimdi oraya getiriyorlar Ağrı'dan mesela çalışanın birinin akrabası, orada çalışanın bir tanıdığı falan... Memleketinden gelip, otobüsten buraya iner inmez işçiye bana getiriyorlar. Eee tamam getir muayene edeyim o zaman; şu tahlilleri yaptır önceden yazmışım zaten. Tahlilleri de hemen yanda konteyner var onları da gezici şeyle ayarlamışlar. Yani tetkikler de onlardan. Kanını alıyorlar, röntgenini çekiyorlar. Eeeee sonuçlar çıksın öyle göreyim o zaman diyorum. Sonuçlar çıktığında, hocam onlar ne zaman çıkar kim bilir demeye başlarlar. Ne zaman çıkarsa o zaman getirin işçiye derim. Hocam, adamın işe başlaması lazım, nerede kalacak? Şantiyede, şaysız kalamaz bilmem ne gibi bahaneler söyleyip dururlar. Ben de çalışır oluru vermiyorum. Ama, maalesef, raporu dikkate bile almadan, adamı alıp tünele sokuyorlar, çalıştırıyorlar." (K13)

"Ben diyorum tetkiksiz, tahlilsiz hiçbir kişiye bakmam. Benim istediğim tahliller bunlar, yaptıracaksınız. Böyle olursa ben onay vereceğim diyorum. Böyle söylediğim halde, geçen gün o şirketin patronu, dolaylı yerden, yani iş güvenliği uzmanına söyleyerek kişiyi görmeden tahlil olmadan ne olur bana bir imza atın çok acil demiş. Ben de yok dedim. Mesela, bana bu tür cüretler oluyor. Yani patron, parasını ben veriyorum karşılığında bunları istiyorum diye ısrar ediyor... İstedigi şeyi dedim hayatta yapmam, hayatta yapmam, yapmam... Bayağı sıkıntı yarattı bu durumum." (K10)

İkinci güçlük, "zaman yetersizliği"dir. On üç hekim bu konuda görüşünü açıklamıştır. İşyeri hekimlerinin günlük iş yeri sayısının fazlalığı, iş yerlerine yarım saatlik bile atamanın olması, tehlike gruplarına göre ayrılan sürenin yetmemesi, yarı zamanlı ya da gezici çalışma zaman yetersizliğinin gerekçeleridir. Bu bulguyu destekler biçimde, araştırmanın birinci aşamasında hekimlik yapılamamasının nedenleri arasında bu sorun ikinci sırada yer almıştır (Grafik 8). Araştırmanın ikinci aşamasında hekimler konuya yönelik düşüncelerini şu şekilde dile getirmiştir:

"Bir kere; işe girişlerde, periyodik muayenelerde kişilerle ve onların sorunlarıyla tam anlamıyla ilgilenemiyoruz. Yeterli zamanı da hiç ayıramıyoruz. Ayda kırk-elli firmaya giden bir hekim nasıl ilgilenir? Mümkün değil. Bize, az zamanda çok iş yükleniyor. Mesela kişi geliyor, tahlillerini göstermek istiyor. Fakat zaman olmuyor ki bakmaya, yok. Oradan hemen başka firmaya gitmek zorundasın. Oraya hemen iki üç saat ayırmak zorundasınız ki bizim bir günde dört-beş firma gezmemiz bekleniyor ... Çok olumsuz etkisi var böyle çalışmanın çok. Şimdi biz işçilerden duyuyoruz: Yaa sizi göremiyoruz ki diyorlar. Yani tahliller yapılıyor ama biz size yorumlatamıyoruz ki doğru düzgün diyorlar. Haklılar yani." (K24)

"...ben kendi adıma gezici işyeri hekimiyim. Orada sabit duran hekim arkadaşlarımın işe girişleri yapıp takip etmesi daha olası. Çünkü sekiz-beş oradalar ve çalışanlara da hakim olabiliyor. Ama kendi adıma, gezici hekim olmam dolayısıyla tabi ki benim sağlamam gerekiyor ama verilen süre kapsamında bunu yetiştirecek durumun olmuyor." (K26)

"Benden beklenen şey işe giriş muayeneleri. Ama beş dakikada yapamam. Zaten hiçbir şey ifade etmiyor bu. Hatta on dakikada bence tehlikeli sınıf için çok yetersiz oluyor. Süreler yetersiz olduğu için de verdiğimiz hizmetin kalitesi düşük oluyor, mesleki tatmin de olmuyor." (K17)

Üçüncü güçlük, iş yerlerinde özellikle inşaat gibi geçici ve güvencesiz iş yerlerinde "işçilerin işe giriş ve çıkış sirkülasyonunun fazla olması ve bu nedenle işçilere ulaşılamaması"dır. Araştırmanın birinci aşamasında da bu gerekçe, hekimlik yapılamamasının dördüncü nedeni olarak gösterilmiştir (Grafik 8). Buna yönelik görüş bildiren dokuz hekimden bazılarının ifadeleri aşağıdaki gibidir:

"Beş yıldır gittiğim fabrika. Personel oraya bir giriyor yirmi-otuz sene çıkmıyor. Ama mesela o kurumda çok fazla bir sirkülasyon olmadığı için personel bana çok adapte. Orda mesela işe giriş muayenelerini, periyodik muayenelerini yerine getirebiliyorum. Ama başka iş yerleri de var. En zor yanı sürekli sirkülasyon olması. Mesela ben şu anda oradan geliyorum buraya. Bitiremedim muayeneleri.... Yani hızlanmak zorunda kalıyorum. Bu sefer işimin kalitesi düşüyor. Haliyle mesleki tatminsizlik çok oluyor." (K19)

"İnşaat, tersane, kafe ve restoranlarda da çok hızlı işçi girişi, çıkışı oluyor. İnşaat firmalarında hizmet verdiğim yerler oldu. Onlar zaten bir inşaat başladığı zaman şey oluyor, işte çimento dökenler bir aylığına gelip çalışıyor. Alçı yapanlar bir aylığına gidip geliyor. İşçiler hızlıca işe giriş yapıyor işini yapıp gidiyor. Yarı zamanlı çalıştığımızdan, bu işçileri bırakın işe giriş ve periyodik muayenelerini yapmayı görmüyoruz bile gerçekten." (K8)

Dördüncü güçlük, patronların/işverenlerin ya da onların temsilcilerinin işe giriş muayenesini, periyodik muayenesini ve rutin tetkikleri maliyeti artırdığı kaygısı taşıması nedeniyle, olması gerektiği gibi yapılamamasıdır. Hatta, hekimlerin üçte biri bazı iş yerlerinde işe giriş muayenesinin harcama bedelinin işçilere ödetildiğini, işçilerin de işe girme umuduyla buna sessiz kaldıklarını ifade etmektedir. Bunun yanında, üç hekim bir işçiye tetkik yapıp, onun tetkiklerinin diğer işçilere de yapılmış gibi gösterildiğine tanıklık ettiğine değinmiştir. Hekimler, sağlık gözetiminde bu tür etik dışı uygulamaların kendileri üzerinde baskıya yol açtığını ifade ederek, bu durumu şu şekilde açıklamışlardır:

"Akaryakıt satış istasyonları çok tehlikeli biliyorsunuz. Orada mesela, belli tetkikler istemek zorundayız. İşitme testinden tutun, civa düzeyi, kurşun düzeyi, idrar tahlilleri gibi. Mesela deniyordu ki (iş yerindeki yöneticisini kast ederek) bu çok maliyetli bunu çıkaralım... Tabi, bunu çıkaralım. Bu kurşun düzeyi olmasa da olur. İşitme testini yapmasak mı ya da böbrek fonksiyonları önemli değil gibi önerilerde bulunurlar. Nasıl önemli değil, senin paran gidecek diye kabul edilecek bir şey mi bu?" (K24)

".. Maalesef, üzülerek söylüyorum, işe giriş muayenelerinin parası işçilere ödetiliyor. Bunun için işçiler, bin beş yüze yakın ödemeler yapıyor...İş giriş muayenelerini işçi ödediği için, işçiye yük binmesin diye az tetkik istiyorum.... Az tetkik isteyeceğim diye kendimi paralıyorum... Daha fazla dayanamadım. Yöneticilere işe giriş tetkikleriyle ilgili ödemeleri işyerinin yapması gerektiğini anlattım. Anlattım ama bir sürü gerekçe söylediler. Bakın dedim, yasa 6331'e madde 15 açıkçası işe giriş periyodik muayene ... işveren öder diyor. Ama bakarız dediler ve kabul ettiremedim bir türlü." (K14)

"Diyorlar ki (iş yerindeki patronu ve yöneticileri kast ederek) hocam, parasız bir şey varsa söyle, paralıysa hiç söyleme diyorlar falan filan..." (K10)

"Bir tane EKG çekiliyor tek işçiye, bütün işçilere o EKG yazıldığını gördüm. Kopyala, yapıştır yani. Bir güvenilir ortam da yok... Bana kaşelerin olduğu rapor getiriliyor. Dedim ki işçiye, hani üzerine böyle bir şeyler takıldı mı EKG çekildi mi anlamında soruyorum. Yok diyor işçi. Bu tarz şeyler de var hani." (K26)

Beşinci güçlük, işe giriş ile periyodik muayene ve işçilerin rutin tetkiklerine yönelik uygulamaların iş yerlerine göre büyük farklılıklar göstermesi ve bunun da kendilerini oldukça zorlamasıdır. Bir hekim bu durumu şöyle açıklamıştır:

"Yer yer değişiyor yani. Bazı kurumlar var gerçekten çok güzel çalışıyorlar. Bire bir biz ne dersek önerilerimizi yerine getiriyorlar. Gerçekten, özellikle yabancı kökenli bir firmayla çalışıyorum şu anda. Ne dersek gerçekten birkaç hafta içinde kesinlikle oluyor. Mesela, ama bazı kurumlar da var ki aradan bir buçuk sene geçiyor; hala hiçbir eylem yok, işe giriş yok, periyodik yok." (K25)

Az sayıda hekim, ekipte öncelikle işyeri hemşiresi olmak üzere, diğer sağlık emekçilerinin olmamasını (hem mevzuata hem de hekimlerin ifadesine göre diğer sağlık personeli-DSP), işçilerin vardiyalı çalışmasını ve bazı hekimlerin işe giriş ve periyodik muayenelerini çalışanları görmeden, muayene etmeden, sadece kayıtlar üzerinden yapmalarının beklenmesini diğer güçlükler olarak ele almıştır. Bunlara yönelik bazı görüşler şu şekildedir:

"Özellikle DSP olmaması çok büyük sıkıntı. Bazı kurumlar da var ki periyodik muayeneler için personel bile göndermiyor...." (K15)

"(bazı meslektaşlarını kast ederek) diğer taraftan, dosyaları götürüp elden imzalayanlar oluyor. İşçiye hiç görmeden sadece ek iki formunu dolduranlar oluyor. Bunu da yapamayız artık." (K14)

İfade edilen bu güçlüklerin tersine, yalnızca dört hekim toplam altı iş yerinde bazen kendi tutumları, bazen uluslararası şirketlerin olması bazen de iş yerlerinin politikası gereği, işe giriş

ve periyodik muayenelerini dilediği gibi yapabildiğini, herhangi bir engelleyici durumla karşılaşmadığını belirtmiştir. Örneğin:

"Daha ayrıntılı tahlil yaptırmak durumunda, engel olan ve kısıtlama koymak isteyen firmalar oluyormuş, duyuyorum hani. Bu iş yerimde tahlil konusunda çok karışma olmadı. Dediğim gibi, bir iki şey eksik kalabilir, ama talep edersek, genel olarak eksiklerimiz gideriliyor." (K22)

"Kârı odaklayıp, tetkiklerden tasarruf eden iki iş yerim var. Diğerlerinde pek de öyle bir engellemeyle karşılaşılıyor. Çünkü izah ediyorum kendimi... Kendileri zaten bizden önce yaptırıyor. Bizim bir şey söylememize bile gerek yok. Onlar diyorlar ki bugün buraya ekip gelecek şu tetkikleri yapılacak diyorlar ve yapılıyor..." (K30)

Daha önceden de belirtildiği gibi, sağlık gözetimine yönelik sadece sekiz hekim öneride bulunmuştur. Bu öneriler; sağlık taramalarına, iş kollarına göre tetkiklere standart getirilmesi, tetkiklerin onaylanmış laboratuvarlarda yapılması ve bu kurumların denetlenmesi şeklindedir. Tehlike gruplarına göre işçilere ayrılan sürelerin artırılması konusunda fikir ayrılıkları olmuştur. Bazı hekimler tüm tehlike gruplarıdaki, bazıları ise sadece az tehlikeli ve tehlikeli gruplardaki iş yerinde çalışan işçi başına ayrılan sürenin artırılması gerektiğini ileri sürmüştür.

Ayaktan Tanı ve Tedavi Hizmetleri

Bu alt temada, her bir hekim üçten fazla görüş bildirmiş olup, bunların büyük bir bölümü reçete yazılması, daha azı ise poliklinik hizmetlerinden ibarettir. Bu iki hizmet olarak tanımlanan ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri, araştırmanın ilk aşamasında da tüm hekimlerin bir gününün en büyük bölümünü oluşturduğu için birinci sırada (Grafik 9, Grafik 10), buna bağlı olarak, diğer mesleki uygulamalarını yerine getirememesinde ikinci neden olarak gösterilmesi bulgusuyla paralellik göstermektedir (Grafik 8).

Reçete yazılmasıyla ilgili en fazla dile getirilen sorun; işçilerin, iş yeri sahipleri ve yöneticilerinin akılcı olmayan ilaç kullanımının bir aşaması olan "uygun olmayan reçete talepleri"dir. OSGB sahibi dışındaki toplam yirmi hekim bu konuda görüş bildirirken, duygularını da (kızgınlık, öfke, hayal kırıklığı, şaşkınlık) en fazla dile getirdikleri konu olmuştur.

Hekimler; yeşil reçeteli ilaçların, hormon ilaçların (hormonoterapi), antibiyotiğin, erkekler için oral kontraseptiflerin, muayene bile olmadan sadece işçilerin, yöneticilerin ve patronların değil, aynı zamanda aileleri hatta komşuları ve evcil hayvanları için de reçete talepleri olduğunu vurgulamıştır. Hatta, bu taleplerin etik dışı yaklaşımlar olduğu konusunda ortaklaşmışlardır. Hekimler, bu durumu şu şekilde açıklamıştır:

"Annesini ya da herhangi bir yakını arayıp, ilaç ihtiyacını soruyor yanımızda. Komşusuna da ilaç yazmamızı istiyorlar yani. Buna bile meslek hayatımda şahit oldum." (K8)

"Görmeden, muayene etmeden sadece çalışanlar değil, çalışanların yakınlarına ya da işverenin karısına, çocuğuna ilaç yazmamız isteniyor. Maalesef talepler oluyor... ama kesinlikle yazmıyorum." (K24)

"Bir gün ne oldu biliyor musunuz? Oral kontraseptif yazdırmak istiyor adam kendisine. Yaaaaa, siz, dedim çılgın mısınız?...Yani başka bir hasta, pediyatrik şurup, augmentin süspansiyon yazdırmak istiyor. Hani, zaten, antibiyotik asla yazmam talimatla, siparişle. Ama, yani ne taleplerle karşılaşılıyor. Bu da işin zor bir yanı. Diyor ki, sizden önceki doktorumuz yazıyordu. Ben bilemem o benim meslektaşım, öyle uygun görmüştür, öyle yazmıştır. Ben yazmıyorum diyorum." (K19)

"Adam bana diyor ki doktor, ben bu ilacı çiçeğim için kullanacağım, kendim kullanmayacağım yani. Başka biri geliyor mesela köpeği için antibiyotik istiyor. O kadar garip şeylerle karşılaşılıyorsun ki. Bir yerden sonra, üzerimde bir ağırlık yapıyor, çok kötü psikolojik olarak. Hep can sıkıyor, çok..." (K12)

"Hekim gruplarında da konuşulan bir konu bu. Kedisi, kuşu için de reçete yazdırmak isteyen oluyor. Hani bir antibiyotik yazdırayım bu ona iyi geliyor falan diye." (K22)

"...Hatta bana bir kere kedisine şurup, başka bir hayvanın da epilepsisi varmış; ona da reçete yazmamı istedi. Mesela bunlarla çok sık karşılaşılıyorum." (K7)

"Bunun gibi talepler, işveren, işveren vekili, kalfa, mühendis, herkes tarafından söyleniyor bize... Yani bu ilaç isteklerinin statüsü, mesleği de yok. Çalıştığım yerlerde gördüğüm kadarıyla, herkes için normal olmuş bu ..." (K26)

Reçete yazılmasıyla ilgili dile getirilen ikinci konu, hekimlik uygulamaları içinde zamanı en fazla alan uygulama olmasıdır. Araştırmamızın ilk bölümünde, bu durum, hekimlerin diğer mesleki uygulamaları yerine getirememenin ilk gerekçesi olarak tarif edilirken (Grafik 8), burada bir sorun olarak tarif edilmemiş, sadece bir durum saptaması olarak ele alınmıştır. Bir hekim bunu şu şekilde açıklamıştır:

"Poliklinik yapıyoruz tabii. Onların işte ilaç almasını sağlıyorum. Dolayısıyla poliklinik, reçete ağırlıklı oluyor insan. Öbürleri de diyor ki ya bu doktor iyiymiş diyor. Benim iş yüküm çok artıyor ve zaman da velhasıl bununla geçiyor..." (K3)

İşçilerin, yöneticilerin ve işverenlerin reçete taleplerinin iş kollarına ve bazı sektörlerle göre farklılık gösterdiği üzerinde de konuşulmuştur. Bu konuda, özelde çalışıp, işyeri hekimi olanlar hiç görüş bildirmezken, sadece işyeri hekimi olanların tümü görüş bildirmiştir. Beyaz yakalı işçilerle işe giriş-çıkış sirkülasyonlarının yüksek olmadığı iş yerlerindeki işçilerde daha fazla reçete yazılması talebi olurken, inşaat gibi geçici, güvencesiz ve işe giriş-çıkış sirkülasyonları yüksek olan yerlerdeki işçilerin değil talebi, bu hizmete erişiminin dâhi mümkün olmadığı söylenmiştir. Dolayısıyla, bu talebin yüksek olduğu iş yerlerindeki hekimler daha çok bununla zaman harcamaktadır. Konuyla ilgili hekim ifadeleri şu şekildedir:

"Evet, beyaz yakalıların çok reçete istekleri oluyor. Evet, elbette yapıyoruz...Çünkü kapıdan girdiğinde senden ona teşhis koymayı bekleyen bir insan yok orda. Ben her hafta beyaz yakalı bir üst düzey yöneticisine reçete yazıyorum. Ve adam bu ilaçlarla nasıl hala yaşıyor bilmiyorum yani." (K7)

"İnşaat firmalarında hizmet verdiğim yerler oldu. Her işçi grubu işini yapıp, hemen gidiyor. Hiç reçeteden falan haberi yok onların zaten. Öyle talepleri de olmuyor. Ama sabit, düzenli bir yerde çalışanların sürekli ilaç ihtiyacı oluyor." (K9)

"İşyerinde göçmenler gibi sirkülasyonu yüksek işçilerde ilaca erişimleri her zaman mümkün olmuyor. Başka bir arkadaşın üzerine ben ilaç yazıyorum. Benden geliyorlar, rica ediyorlar ve durumuna bakıyorum. Tedavi olması gerekiyor çünkü." (K16)

Reçete yazılmasıyla ilgili dile getirilen üçüncü konu, "uzaktan reçete yazılması talebi"dir. Bu konuda hekimlerin yarısı görüş bildirmiş olup, bunun özellikle COVID-19 pandemisiyle birlikte olağan talep haline geldiği konusunda ortaklaşmıştır. Hekimlerin bazıları kesinlikle uzaktan reçete yazmadığını, bazıları yazmak durumunda kaldığını, bazıları daha önceden yazarken şimdi yazmadığını, bazıları ise uzaktan reçete yazılmasını desteklediğini belirtmektedir. Dolayısıyla, reçetenin uzaktan yazılmasıyla ilgili bir fikir birliği olmadığı gibi, fikir ayrılıkları da ortaya çıkmıştır. Örneğin:

"Mesela baştan koydum ben tahakkümü. Şimdi kimse benden onu isteyemiyor isteseler de yapmıyorum." (K11)

"Ben uzaktan reçete yazmaya karşı değilim, yazıyorum. Kırmamaya çalışıyorum, illaki gel, yüzünü göreyim yapmıyorum." (K20)

Dördüncü konu ise reçete yazılmasının işyeri hekiminin görevi ve yetkisi kapsamında olup olmadığıyla ilgili tartışmadır. Hekimlerin on ikisi bu konuda görüş bildirmiş olup, birisi sadece raporlulara reçete yazılmasını talep ederken, diğerleri böyle bir görevinin hiç olmaması gerektiği konusunda uzlaşmıştır.

"Hekimler sadece raporu olanlara reçete yazmalı. TTB mi olur, İTO mu olur bu konuda girişimde bulunmalı." (K8)

"Normalde reçete yazma, mevzuatta tanımlanmış bir görev değil. Ama buna rağmen, yapmak zorunda kalıyoruz. Çünkü iş yerleri hizmet alıyoruz diyorlar OSGB'den. Hizmet alıyorsak, eğer doktor da geliyorsa buraya biz de bu hizmeti bekliyoruz diyorlar." (K24)

"Benim en kızdığım, iş yerlerinde reçete yazma olayı. Her gittiğim firmada ilk kavga ettiğim konudur. Halbuki mevzuatta öyle bir şey yok. Görev yok, öyle bir görev tanımı yok yani. Reçete yazma ya da tedavi edici hizmetlerle ilgili öyle bir görevi yok işyeri hekiminin." (K12)

Hekimlerin çoğu, işçilerin, yöneticilerin ve iş yerlerindeki patronların bu uygun olmayan reçete taleplerini karşılamadıkları durumda, "kötü ve istenmeyen hekim" olarak görüldüklerini, bu

nedenle kendilerini baskı altında hissettiklerini, hatta iş sözleşmesinin fesih edilmesiyle tehdit edildiklerinin altını çizmiştir. Örneğin:

*"Yani memnuniyetin büyük ölçüde yani yüzde yetmiş beşi belki de reçeteden geçiyor. Reçete yazmazsanız tercih edilme-
meyen, kötü hekim oluyorsunuz." (K10)*

*"Bu reddediş, zaman zaman bir tepkisellik yaratıyor. İyi hekim, kötü hekim algısı oluyor ya da kötü hekimlik kriteri
olmuş. Senden önceki hekim yazıyordu ama böyle yapıyordu gibi itirazlarla sık karşılaşıyoruz. Tabi yazmayınca o
zaman da kötü hekim oluyoruz. Ama ben, ne olursa olsun mevzuata aykırı hareket etmek istemiyorum." (K24)*

*"Reçete yazmadığımızda, kötü hekim oluyoruz, sözleşmesi feshedilecek hekim oluyoruz. Benim bir firmam, hocam
yazma sen çok yazıyorsun, hekimsin, kendini ezdirme diye arkamda duruyor. En sevdiğim yan bu. Tabi her firma
böyle olur mu? Asla böyle değil." (K28)*

*"Şunu mesela, iş yerleri de OSGB'ler de reçete yazmayan doktorla çalışmak istemiyorlar. Artık istihdamda da kriter
olmuş." (K8)*

Bu alt temada, reçete talebinden daha az değinilen konu, "poliklinik ve muayene"dir. Bu konuda görüş bildiren on iki hekim, reçete yazılması gibi, poliklinik yapma ve muayenenin de en fazla zamanlarını aldıklarını belirtmiştir. Şöyle ki:

"Mesaim, işçileri ve diğer çalışanları genelde poliklinikte muayene etmekle geçiyor." (K30)

*"Poliklinik de yapıyorum. Yani şimdi ben poliklinik yapma zorunluluğu olmadığını biliyorum ama poliklinik yapmanın
avantajlarını da yaşıyorum. Çünkü benden gizledikleri hastalığı, ilaç yazmaya geldiklerinde fark ediyorum mesela."
(K13)*

İş yerlerinde işçilerin, iş yeri sahipleri ve yöneticilerinin "uygun olmayan reçete talepleri" ve buna yönelik hekimlerin karşılaştıkları güçlükler, çok farklı boyutlarıyla önemli bir sorun alanı olarak tanımlanırken, sadece dört hekim öneride bulunmuştur. Bu öneriler de reçete sisteminin mevzuatta düzenlenmesi, bu konuda hem mevzuatta hem uygulamada tarafların hekimlerin görev ve yetkilerinin netleştirilmesidir. İki hekim bunu şöyle açıklamıştır:

*"...poliklinik hizmetinin ne kadar verileceği, reçete yazılıp yazılmayacağı net şekilde kanunen ayrımının yapılması
lazım." (K28)*

*"Önerim, ama tabii ki bu biraz uç bi şey olabilir. Hatta hekimler açısından da çok radikal bi şey olabilir. İşyeri he-
kimliği sisteminde reçete yazma işini tamamen kapatılması lazım. Poliklinik hizmeti verilecekse o firmaya özel bir
reçete yazma yetkisi tanımlanabilir." (K9)*

Eğitim

Üçüncü alt tema "eğitim"dir. Bu konuda muayenehanesi-kliniği olan hekimlerden sadece ikisi, diğer gruplardan ise tümü görüş bildirmiştir. Eğitim alt temasında işyeri hekimleri en fazla işçi sağlığı ve güvenliği eğitimlerini, kendi meslek içi eğitimlerini, son olarak, az da olsa mezuniyet öncesi eğitimlerini ele almıştır. İşçi sağlığı ve güvenliği eğitiminin ilk sırada ele alınması, araştırmanın birinci aşamasında, bir günde en fazla yerine getirilen hekimlik uygulamaları içinde dördüncü sırada yer alması (Grafik 9, Grafik 13) verileriyle benzerlik göstermektedir. Mezuniyet öncesi eğitim ise araştırmanın birinci aşamasında yer almayan bir bulgudur.

Yirmi bir hekim işçi sağlığı ve güvenliği eğitiminin işyeri hekimliği için tartışılmaz derecede önemli olduğunu ve birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında hekimlerin de önemli işlevlerinden biri olması gerektiğini belirtmiştir. Diğer hekimlik uygulamalarında olduğu gibi, işçi sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin de iş yerlerine göre büyük farklılıklar gösterdiği vurgulanmıştır. Örneğin, bazı iş yerlerinde çevrim içi, bazılarında yüz yüze ya da bazılarında buna önem verilip, desteklenirken, diğerlerinde engellerin çıkarılması, bazılarında iş güvenliği uzmanlarıyla, bazılarında sadece kendilerinin eğitim vermesi bu farklılardan öne çıkanlardır. Paralel olarak, hekimler az sayıda iş yerinde işçi sağlığı ve güvenliği eğitimini istedikleri gibi yaparken, çoğunlukla yapamadıklarını ya da yapsalar bile bu eğitimleri yetersiz gördüklerini açıklamıştır. İşyerlerinde uygun mekânların oluşturulmaması, onlara destek verecek diğer sağlık emekçisi-
nin verilmemesi/olmaması, iş yerlerinin patronlarının ve yöneticilerinin eğitimin üretimi sek-
teye uğrattığını düşünmesi ve evrak üzerinde yapıldı olarak göstermesi işçi sağlığı ve güvenliği

eğitimleri yapamamasında ya da yetersiz olmasında ileri sürdükleri nedenlerdir. Konuyla ilgili hekim ifadeleri şöyledir:

"Kâğıt üzerinde yapıyorum. (İşçileri kast ederek) her rutinimde değişik saatlerde geliyorlar. Nasıl onları toplayayım? Bir de ben oradan çıktım öbür lokasyona geçtim. Yöneticilere bana eğitim yapabilmem için yer ve zaman ayarlayın dedim bir türlü ayarlamadılar. İki kere söyledim. Sonra siz bilirsiniz yani. Ben hazırım, nasıl olsa vaktimi size satıyorum. Ayarlayın yapayım dedim eğitimi." (K13)

"Üretimi durduramıyorsun eğitimi nasıl vereceksin, soruyorum mesela. Eeeee, mevzuat diyor ki adamın yemek saatini, dinlenme saatini alamazsın diyor. Eeeee, buyur eğitimi ver. Bu konuda işveren de katı, üretimi durdurmuyor. Bazen böyle, mesela bu eğitim de benim için çok çok önemli. Sonra bir yerden sonra ya diyorsun zaten istediğin kadar anlat, karşıdakinin anladığı kadarı oluyor. Öyle olunca bu sefer kendine fren koyuyorsun...Eeeee mutsuz da oluyorsun bu durumdan çok." (K12)

"Eğitim verirken bile anlıyorsun, hiç kimse sahiplenmemiş bunu... Sadece devlet böyle bir mecburiyet getirdi az tehlikeli iş yerlerinde. Hadi yapalım. Evrak üzerinde olsun ama içi boş. Biz de işte o yüzden istediğimiz kadar hizmet vermeye gidiyoruz. Hani canla başla. Ancak gittiğinizde ya eğitimi dinlemezler ya da insanları organize edemezsiniz. Çünkü o değer yok. Çünkü iş kaçıyor orada. İşveren ayrı bir özen istemiyor çünkü işim aksamam diye bakıyor..." (K17)

Bunların dışında, işçi sağlığı ve güvenliği eğitimi için iş kolu temelinde mevcut literatürlerin eksik olduğundan ya da onlara ulaşmada güçlük yaşadıklarından, standart eğitim materyalleri bulunmadığından da bahsedilmiş, hatta bu konuda dört hekim bilimsel ve kanıta dayalı işyeri hekimliği yapması için İTO tarafından standartlaştırılmış rehberlerin hazırlanması önerisinde bulunmuştur. Konuya yönelik hekim görüşleri:

"Kimya iş yerlerinde eğitim vereceğiz. Ama elindeki materyal buna uygun değil. Sağı solu kurcaladım. Yaaaa, kimya ölçekli iş yerinde iş güvenliği işçi sağlığıyla ilgili makaleler var. Ama sonuç olarak işçiye sunum yapacaksın onun anlayacağı dilde ve onun anlayacağı görsellerle bunu sunabilmen lazım. Hiçbir şey yok. İnşaatta olması lazım falan. Onlarda da yok. En tehlikeli iş yerlerindeki işçiler için hekimin işçiye uyararak üzere yani onun sağlığının korunmasını sağlamak üzere standart ve işçinin anlayabileceği şekilde bilgi aktaracağı bir eğitim materyali hiçbir şekilde oluşturulmamış bence..." (K11)

"İTO, işçi sağlığı ve güvenliği, işyeri hekimliğiyle ilgili bizlere yasal dayanaklar da oluşturacak kılavuzlar, dokümanlar hazırlamalı. Mesela mesleki standartları için kitapçıklar hazırlasınlar bize. Özellikle yeni işyeri hekimliğine başlayanlar da kullansın." (K25)

Diğer eğitim konusu, hekimlerin "meslek içi eğitimi"dir. On beş hekim bu konuda görüş bildirmiştir. Ancak, araştırmanın ilk aşamasında hekimlerin son beş yılda yaklaşık beşte birinin işçi sağlığı ve güvenliğiyle ilgili herhangi bir bilimsel toplantıya, kursa ya da meslek içi eğitime katıldığı düşünülürse (Grafik 2), bu iki bulgu birbiriyle paralellik göstermektedir. On beş hekimin üzerinde önemle durduğu konular; meslek içi eğitimlerinin önemi ve iş kollarına göre gerekli olan eğitim konularıdır. İlk yardım, ergonomi, iş kazaları ve meslek hastalıkları sıklıkla talep edilen eğitim konularıdır. Bu eğitim konuları, aynı zamanda araştırmanın birinci bölümünde hekimlerin son beş yılda katıldığı eğitim/kurs ya da bilimsel toplantı konuları olduğundan (Grafik 2), hekimlerin gereksinim duyduğu meslek içi temel eğitim konuları hakkında önemli bir ipucudur. Bunun dışında hekimler, özellikle 2013 yılı sonrasında mevzuat değişikliklerine de bağlı olarak, hak ettikleri meslek içi eğitimlerini alamadıklarını, bunun finansman boyutu da dâhil olmak üzere, kişisel sorumlulukları haline getirildiğinden yakınmışlardır. Özellikle, bu konuda genç hekimler daha fazla görüş bildirmiştir. Görüş bildirenlerin çoğu, şu anda aldığı meslek içi eğitimlerin çok yetersiz olduğunu, hiç süreklilik göstermediğini belirtip, 6331 sayılı Kanun'dan önce eğitimlerinin tabip odaları tarafından yapıldığında eksiklikleri de olsa faydasının eşsiz olduğunu belirtmiştir. Bunlardan yola çıkarak bir hekim, TTB ve ÇSGB eşgüdümünde, tümü ise TTB'ye yasal yetkisi geri verilerek, işyeri hekimliği eğitimlerinin onun ve tabip odaları tarafından hekimlerin ve alanın gereksinimlerine uygun olarak, sık aralıklarla ve süreklilik içinde verilmesi gerektiğini önermiştir. Bunlara yönelik hekimlerin ifadeleri şöyledir:

"Şu anda meslek içi eğitimimiz hiç yok doğrusu. Çok kötü ama maalesef.Tabipler Odası'nın işyeri hekimi sertifikasını programına katılmıştım doksanlı yıllarda. Bakın halen hatırlıyorum. Harika bir şey yani. O kadar da keyifle geçmişti ki. Hem tatil yapmıştım hem eğitim. Kesinlikle, kesinlikle hizmet içi eğitimlerimizi tekrar odalarımız tarafından verilmeli. Görüyoruz değil mi şu anda olanı." (K12)

"Meslek eğitimimiz, aslında eğitimsizliğimiz ile tam bir kör noktaya bırakılıyor... Burada çok büyük bir boşluk var. Çok önemli bir boşluk eğitim boşluğu. Sanırım meslek içi eğitimi çok yetersiz olan az sayıda meslek grubundan

biriyiz. Şimdikiler ise tam gecekondü şeklinde. Meslek içi eğitimi olmayan hiçbir sağlık hizmeti gerçek bir sağlık hizmeti değildir, kamusal sağlık hizmeti değildir. Meslek içi eğitimimiz yok. Özendirici bir şey yok denetleyici bir şey yok yenileyici hiçbir şey yok.” (K11)

“Meslek içi eğitimlerimizi desteklemek için tabip odaları bunun tek yeri. Yani bunun devletle de ilgisi yok. Başka bir üniversitemiz de yok. Hani hiçbirimizin ortak eğitim aldığı bir yer de yok. Bizi bir yere getirecek tek yer Odamız. O anlamda işyeri hekimleri adına bu konuda odalarımızdan talebimiz var yani.” (K1)

Bunun yanında, meslek içi eğitimlerinin kamusal olarak bedelinin karşılanması gerektiği, iki hekim ise bu alanda uzmanlaşmanın olmasının zorunluluk olduğunu ileri sürmüştür. İki hekimin bunlara yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Doğru, biz hep eğitim veren kişiler gibi kendimizi görmekten...Meslek içi eğitimimizde yok denecek kadar kötü. Evet yani ...Ama bunun harcamasını da neden kendi cebimizden karşılayalım. Kamusal bir hizmet veriyoruz. Bunu devlet mi karşılar, iş yerleri, OSGB’ler mi bilemem.” (K21)

“Şimdi, tabi ki yani diğer alanlarda nasıl uzmanlaşıyorsak işyeri hekimliğinde de bir uzmanlık olması gerekli bence. Yani mesela bir tersane doktoru bambaşka bir şey. Kimyasal fabrikasında çalışıyorsan ben oraya gittiğimde onu bilemem ki. O depoya gireceksen tulumla gireceksin vs. Onun şeyini bilemem ki yani. Bir kimyasal fabrikada çalışan doktorun şeyini bilemem...” (K21)

Özellikle genç işyeri hekimleri; mevzuatı takip edebilmek, mesleki uygulamaları bilimsel temele ve etik değerlere dayandırmak, güncel bilgileri takip edebilmek için gerek meslek içi gerekse işçi sağlığı ve güvenliği eğitimleri için dikkat çekici bir öneride bulunmuştur. O da işyeri hekimleri için ya TTB ya da İTO düzeyinde işçi sağlığı ve güvenliğiyle ilgili uluslararası ve ulusal düzeyde güncel literatürün, uzmanlık, yüksek lisans, doktora tezlerin, bilimsel araştırmaların, kitapların, bu alandaki kongreler dâhil, önemli bilimsel toplantıların içeriklerinin bulunduğu ve sürekli güncellenen, “online kütüphane” kurulmasıdır. Bir hekim bu konudaki görüşlerini şu şekilde açıklamıştır:

“Meslek içi eğitim yok, bizim güncel literatürü, yenilikleri takip edebileceğimiz bir platform yok. Bunun eksikliğini ben de hissediyorum. Mesela yönetmelik değişikliklerini, tedavi protokol değişikliklerini, iş yerinde denetim listesi değişikliklerini aktif takip yapabileceğimiz paylaşım yapılan bir yer ben bulamadım. Bilimsel yeniliklerin paylaşıldığı bir platform da eksik. Çok eksik var. Bu konuda, TTB ya da İTO online kütüphane kurarak hem işçiler hem de bizler için gerçekten yararlı bir şeyler yapabilir...” (K28)

İşyeri hekimliğiyle ilgili olarak dört hekim (ikisi OSGB sahibi, ikisi sadece işyeri hekimi) “mezuniyet öncesi eğitim”leri üzerinde durmuştur. OSGB sahipleri mezuniyet öncesi eğitimde İK, ekonomi, yönetim gibi derslerin yer alması gerektiğini, sadece işyeri hekimi olan genç hekimler ise mezuniyet öncesi eğitimlerinin işyeri hekimliği yapmaya yeterli olduğunu, bununla beraber, meslek hastalıkları, iş kazaları, iş hukuku gibi derslere daha fazla yer verilmesi, işyeri hekimliği stajlarının da olması gerektiği konusunda öneri sunmuştur. Bir hekim düşüncesini şu şekilde belirtmiştir:

“...İnsan ilişkilerini bilecek, yönetimi bilecek. Kesinlikle, kesinlikle. O yüzden diyorum, onu diyorum yani tıp fakültelerine kesinlikle bir ticaret hukuku dersi, işletme, ekonomi, iletişim dersleri, ne bileyim yani ast üst yöneticilik dersi kesinlikle konmalı...” (K2)

Sağlık Kayıtları

“Sağlık kayıtları” alt temasında on sekiz hekim görüş bildirirken (biri OSGB, üçü muayenehane-kinik sahibi), özel sağlık kurumlarında çalışıp, işyeri hekimi olanlar hiç görüş bildirmemiştir. Oysa, araştırmanın ilk aşamasında hekimlerin yarısından fazlası sağlık kayıtları ve istatistikleri tümüyle ya da kısmen kendisinin yaptığını (Tablo 13), bir çalışma gününde sağlık kayıtları tutmanın zamanı alan yedinci sıradaki mesleki uygulama olduğunu belirtmiştir (Grafik 9).

Sağlık kayıtlarına yönelik görüş bildirenlerin üzerinde durduğu iki temel konu, işçilerin sağlık kayıtlarının tutulması ve işçilerin sağlık verilerinin bulunduğu e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi ve Medula Hekim gibi veri tabanlarına erişimleriyle ilgilidir. Kayıt tutma konusunda görüş bildiren on yedi hekim yıllık değerlendirme raporu (Ek-2), yıllık çalışma planı, işe giriş muayenesi, periyodik muayene, ağır ve tehlikeli işlerde çalışabilir formları etrafında konuşmuştur. Bunların

el ile mi yoksa elektronik ortamda mı tutulduğu, veri güvenliğinin nasıl sağlandığı, DSP'nin bu konudaki görevinin ve desteğinin olup olmadığı konularında birbirinden bilgi almayı tercih ederek görüşmeyi sürdürmüştür. Bu görüşmelerde yine bu uygulamaların iş yerlerine göre büyük farklılıklar gösterdiği ancak, tüm işyeri hekimleri, çoğu iş yerinde işçilerin mevcut sağlık verilerinin gizliliğinin korunamadığı konusunda ortaklaşmıştır. Örneğin, bir hekim bu durumu şöyle açıklamıştır:

"...Bu konuda vaziyet çok kötü. Bütün hastanın kullandığı ilaçlar, tanıları, özel durumu, cinsel tercihi, cinsel yönelimi, HIV pozitif olup olmaması ve benzeri çok özel durumlar çarşaf çarşaf İK'nin elinde geziyor. Üstelik de onlara vermemek için çok direniyorum." (K20)

"Deftere, neyse işte yazıyorsunuz. Bunun saklı kalması gerekiyor. Ama saklı kalmıyor. Oradaki üst düzey yöneticiler istediği zaman işçinin dosyasına açıp bakabiliyorlar..." (K16)

e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi ve Medula Hekim veri tabanlarından işçilerin sağlık verilerine erişim konusunda OSGB sahipleriyle muayenehane-klinik sahipleri herhangi bir görüş beyan etmemiştir. Görüş bildiren on yedi hekim ise birbirine zıt iki görüşü tartışmıştır. İlki, hastanın sözel beyanını test etmek, gereksiz ilaç yazmamak, geçmiş sağlık öyküsünü bilerek ona uygun işte çalışmasına katkıda bulunmak gibi gerekçelerle, tıpkı sağlık kurumlarında olduğu gibi, burada da işçilerin e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi ve Medula Hekim veri tabanlarından sağlık verilerine erişimlerinin daha yararlı olacağı yönündedir. İkincisi ise ilkinin tersine, bu veri tabanlarına ulaşmanın iş yükü getirmesi, işçilerin onay vermeden sağlık verilerine ulaşılmasının etik olmaması nedenleriyle, bu veri tabanlarına ulaşmak istemedikleri yönündedir. Bu konuda iki hekim düşüncesini şu şekilde açıklamıştır:

"Şimdi söylemek istediğim şu: e-nabız bizim sağlıklı karar verebilmemiz için olmazsa olmaz bir şey, bir lüks değil. Ben e-Nabız'dan hastanenin bütün tanılarını görebilmeliyim geçmişe dair. Hastanede gördüğüm o şeyi, burada yine kamu ödevi üstleniyor, niye göremeyeyim?" (K19)

"e-Nabız'a giremiyorum ama girmek de istemem açıkçası. Çok vakit kaybı benim için. Neden ben e-Nabızla uğraşayım ki? Ben, iş yerinde olan şeylerden sorumluyum. ... Bir de o angaryayı yüklenemem açıkçası. Gerek de yok bence. Her gelenin e-Nabız'ını kontrol etmek de ayrı bir iş yükü. Dedektif değilim, yani işçi isterse beyan eder, beyan ederse bilirim ...İşçinin e-Nabız verilerine girmek etik de değil bana göre." (K13)

Denetim

Denetim alt temasında yirmi beş hekim, en fazla ÇSGB'nin OSGB'leri ve iş yerlerini denetlemesi, daha sonra kendi saha denetimi konusunda fikir beyan etmiştir. ÇSGB'nin denetimi konusunda az sayıda mevcut soruna, daha çok önerilere odaklanılmıştır. 6331 sayılı Kanun'dan sonra, başkanlığın denetimlerinin giderek azaldığı, etkili bir denetim olmadığı ve denetimciler arasında hekim bulunmadığı ele alınan başlıca sorunlardır. Nitekim, OSGB ve iş yerlerinin denetlenmesi, araştırmanın ilk aşamasında hekimlerin OSGB'ye bağlı çalışmaktan memnuniyetsizlik duymalarının üçüncü gerekçesi olarak bulunmuştur (Tablo 15). Araştırmanın bu aşamasında, konuyla ilgili iki hekim mevcut sorunu şu şekilde ifade etmiştir:

"...Bir sağlık denetiminden geçiyor muyuz? Sağlık bakış açısıyla geçiyor muyuz iş sağlığında? Böyle bir denetim yok ki. Gerçek bir denetim olsa ciddiye alırsınız. Hekim yoksa şu yoktur. Diyorum ki Çalışma Bakanlığı'nın yaptığı denetim gerçek bir denetim değil ki. Bir iş sağlığı denetimi de değil. Ne yapıyor? İş sağlığına bir fayda mı sağlıyor? Aslında denetleme problemi var. Gerçek anlamda yokluğu var." (K15)

"Bakanlığın denetimleri çok zayıf. Sadece çok tehlikeli iş yerlerine yönelik denetim var. Onun dışında bütün denetimleri şeye bırakmışlar, OSGB'lerin insafına bırakmışlar. Oysa, Çalışma Bakanlığı'nın temel işlerinden birisi bu olmalı..." OSGB'ler kamu şeyinin denetçisinin ittirmesi olmadan, himayesi olmadan kesinlikle tarafsızca denetlenmeli." (K19)

Genelde devletin, özelde ÇSGB'nin OSGB'leri ve iş yerlerini nasıl denetlemesi gerektiği konusunda öneriler sunulmuştur. Örneğin, denetleyiciler arasında hekim olması, denetleyen kurumlar arasında TTB ya da İstanbul'da İTO temsilcilerinin ya da ilgili demokratik kitle örgütü ve işçi temsilcilerinin olması, denetimlerde para ve OSGB ya da işyeri kapatma cezalarının artırılması, denetimlerin habersiz yapılması, sürekliliğinin olması, denetimle beraber danışmanlık hizmetinin verilmesi şeklindedir. İki hekim, devletin ve ÇSGB'nin denetimde temel sorumluluk almasına itiraz etmiş ve onların yerine, özerk kuruluşların bu denetimleri yapması konusunda görüş bil-

dirmiştir. OSGB ve iş yerlerinin denetimlerine yönelik önerilerde hekim görüşleri şu şekildedir:

".....gerçek anlamda işe yarayan bir denetim, eksiklerimiz neyse de tespit etsin. Biz de kendimizi, tamam bize ceza verecek hali yok ama en azından tespit etmiş olur. Yani, Çalışma Bakanlığı'nın müfettişi de geldiğinde, TTB de denetime geldiğinde ne yapmış diye bir baksın. Hani öyle fasulyeden bir gönül alma denetimi değil, geçerliliği olan bir denetim olsun. Gerekirse puan versinler, eksiklerimizi tespit etsinler." (K13)

"...bu denetimlere gelen ekibin içerisinde ben şimdiye kadar hiçbir hekimle karşılaşmadım. Bilmiyorum siz karşılaştınız mı? Bu denetimlerin içerisinde mutlaka hekimler de dâhil olmalı. Çünkü bir hekimin yaptığı şeyi hekimden başka kim denetleyebilir ki zaten." (K25)

Araştırmanın birinci aşamasında, saha denetimi işyeri hekiminin günlük çalışma saati içinde en fazla zamanı alan üçüncü uygulama olduğu bulgusuna (Grafik 9) paralel olarak, bu aşamada da on iki hekim bu konuya yönelik görüş bildirmiştir. Büyük bir çoğunluğu saha denetiminin önemine dikkat çekip, iş yerlerinde mevzuata uygun denetim yapabildiğini, üç hekim bu konuda sorun saptadığı halde, çözülmediği için yetkisiz olduklarını ve bu nedenle denetimleri anlamlı bulmadığını, iki hekim ise kendileri işçi konumundayken, patronunun iş yerlerinin hekimler tarafından denetlenmesinin gerçek anlamda mümkün olamayacağını belirtmiştir. Şöyle ki:

"Saha denetimi yapıyoruz. Onu ayda bir defa yapıyorum. Hijyen denetimi falan yapmamız lazım. Orada yemekhane var. İş güvenliği uzmanı kendi denetimini yapıyor zaten. Onun iş güvenliğiyle ilgili yapması gerekenleri kendi yapıyor ama ben hijyen olarak bakıyorum. İşte orada yemekhane var dediğim gibi. Yemeği dağıtan personel falan var. Onu ayda bir defa görüyorum..." (K6)

"Denetimim sırasında işçi beni görünce mesela hemen kulaklığını daha çok takıyor, konuşuyoruz. İşte maskesini daha dikkatli takıyor. Tabii ki yüzde yüz uyum olmuyor. Denetimler bunları iyileştiren bir şey. Bunu rahatlıkla orada yapabiliyorum." (K19)

"...Bizim yetkimiz yok. Anlatabiliyor muyum? Artı, şey, iş ilişkimiz o (patronunu kast ediyor) bizim faturamızı kesen adam. Faturamızı kesen adamı, biz ne kadar gerçekçi denetleyebiliriz ki. Ya da eksiklik olduğunda bildirebiliriz ki." (K18)

Meslek Hastalıkları ve İş Kazaları

Meslek hastalıkları ve iş kazaları alt temasıyla ilgili yirmi bir hekim, genelde Türkiye'deki işçi sağlığı ve güvenliği politikalarına, özelde OSGB sisteminin yol açtığı meslek hastalıkları ve iş kazaları sorunlarına yoğunlaşmıştır. Böyle bir yaklaşım, az sayıda tema ve alt temada ortaya çıkmıştır. Hekimlere göre, Türkiye'deki işçi sağlığı ve güvenliği politikalarına yönelik sorunlar; koruyucu ve önleyici hizmetlerin olmaması, tanımlı meslek hastalık sayısının sınırlılığı ya da mevzuatta çok az hastalığın meslek hastalığı olarak kabul edilmesi, göçmen ve sigortasız işçilerin meslek hastalıkları ve iş kazalarına maruz kaldığında sağlık hizmetinden yararlanamaması, iş yerlerinin iş kazalarını meslek hastalıklarından daha fazla önemsenmesidir. OSGB sisteminin yol açtığı sorunlar; meslek hastalığı tanısını koymanın zorlukları ve olanaksızlıkları, bildirimlerinin yapılamaması ve bu konularda bildirim yapılacağı zaman, patron ve yöneticilerin baskısı olarak tarif edilmiştir. Hekimlerin bu konuya yönelik düşünceleri şöyledir:

"...Tabii bazı firmalar, meslek hastalığı olayını karıştırma hocam, bu tür konulara girme hocam, biz izin vermiyoruz diyen firmalar var. Bazı firmalar da sorun etmedi, gönderdi." (K27)

"İşte biz eksik olduğunda, Bakanlığa bildirmemiz lazım ya. Bildiren var mı? Yani herhangi bir eksiği işveren yerine getirmediğinde Bakanlığa bildiren kişi var mı gerçekten? Yani ne işyeri hekimi ne de iş güvenliği uzmanının bildirmediğini sanıyorum." (K8)

"..iş güvenliği uzmanı arıyor beni, diyor ki iş kazası oldu. Hemen dedim tutanak tutuyoruz. Tutanağı tuttuk ama iş yeri bildirmemiş onu. Kişi hak mahrumiyeti yaşadı. Özellikle uyarmamıza rağmen, deftere de yazmışsınız hani üç iş günü içinde. Buna rağmen, hiçbir şey olmamış. Evet onu da yaşadık..." (K24)

Ayrıca, bazı hekimlerin gezici ve yarı zamanlı çalışmalarına bağlı, meslek hastalıkları ve iş kazalarını göremediğini ve izleyemediğini belirtmesi, araştırmanın ilk aşamasında her üç hekimden birisinin iş yerindeyken meslek hastalığı, yaklaşık her dört hekimden birisinin iş kazasını görmediği bulgusunu desteklemektedir. Bir hekim görüşünü şu şekilde açıklamıştır.

"İş yerlerine gelince, çünkü zaten saatlik olarak da siz orayı benimseyemiyorsunuz, insanları tanıyamıyorsunuz. Oranın risklerini veya meslek hastalığı açısından olabilecek riskleri çok da değerlendiremiyorsunuz. Zaten orada çok kısıtlı

bir süre kalınca... Bir de ben meslek hastalıklarına yeterli ölçüde tanık olmadığımı da düşünüyorum. Yani bu kadar yıldır çalıştığım halde, iki tane üç tane falan gördüm." (K22)

Beş hekim önlem alınmadığı için karşılaştığı iş kazalarının kendisini nasıl etkilediğine değinmiştir. Örneğin:

"Tersanelerde her türlü riskli, ölümlü kazalar olabiliyor. Orası da çok sıkıntılı ve gerekli önlemler de alınıyor mu? Hayır. Yıllarca acilde çalıştım ve çok farklı vakalarla karşılaştım. Ama burada, iş yerlerimizde sapasağlam insan gelip, durduk yere hiç nedensiz, önlem alınmadığı için yüksekte düşüp ölüyor. Çok farklı bir olay. Bu sizin psikolojinizi bozuyor..." (K22)

Sevk

"Sevk" alt temasında muayenehanesi-kliniği olan hekimlerle, kamuda çalışıp işyeri hekimi olanlar görüş bildirmemiştir. Görüş bildiren dokuz hekim (dördü sadece işyeri hekimi) sevk edilecek kurumlarla bağlantısız olduklarından gerek periyodik muayeneler sonucunda gerek ileri tetkik gereken durumlarda gerekse meslek hastalıkları sevklerinde karşı karşıya kaldıkları engellerden bahsetmiştir. Bazı hekimlerin konuya yönelik görüşleri:

"Periyodiklerde, özellikle fabrikalarda, çok tehlikelilerde sevk çok yapıyoruz. Bu durumda niye bu kadar çok insan bir anda sevke gitti deyip bana itirazlar gelebiliyor. Böyle şeylerle uğraşıyoruz." (K1)

"...çeşitli tetkiklerin alınması lazım. İş kollarına göre tetkikler gelmesi gerekiyor. Bunları siz şeyden talep edemiyorsunuz. Sevk zinciri vasıtasıyla bir yerden talep edebiliyorsunuz. Hiçbir bağı yok sevk zinciriyle. Bağımız yok yani. Bu çok ciddi bir problem... Burada çok büyük bir boşluk var o da sevk zinciri boşluğu." (K11)

"Mesela ben şunu da yaşıyorum işyeri hekimliğinde. Bizim bir sevk sistemimiz yok. Bu yüzden sağlık sisteminin çok dışında kalıyoruz. Bununla ilgili iki açıdan da problem yaşıyorum hem işyeri hekimi olarak hem hekim olarak..." (K25)

"Çok sorun yaşıyorum ben de. Grafide bir kitle görünüyor. Yani standart taramada diyorum ki bunu göğüs hastalıkları uzmanının görmesi lazım. İşçi, hocam randevu alamıyorum diyor. Yani şimdi ben de sevk edemiyorum. Dedim ki randevu alman lazım ben de sevk edemiyorum, acilden de gönderemiyorum seni. Muhatap bulamıyoruz hastanelerde." (K26)

"Meslek hastalığı ön tanısıyla sevk etmek isterken, siz ama şimdi işçi giderse iş verimliliği düşer, bant yavaşlar, üretim yavaşlar gibi engellerle karşılaşıyorsunuz yani..." (K30)

Danışmanlık

Yirmi hekim danışmanlık hizmetini, çevrim içi, telefon ve/veya yüz yüze verdiğini, özellikle COVID-19 pandemisiyle birlikte çevrim içi danışmanlık talebinin arttığını belirtmiştir. Yüz yüze danışmanlığın daha çok poliklinik hizmetleri, saha denetimleri sırasında ve telefon ile arandıklarında olduğunu ifade etmiştir. Araştırmanın birinci aşamasında da bir günde en fazla yapılan hekimlik uygulamaları içinde üçüncü sırada (Tablo 13), bir gününün genel olarak en fazla yerine getirilen mesleki uygulamalar içinde ikinci sırada olup, gününü danışmanlık hizmetleriyle geçirdiğini belirten her iki hekimden birisi gününün beşte birini, yaklaşık her dört hekimden birisi üçte birini danışmanlık vererek geçirdiğini belirtmiştir (Grafik 10). Ancak, araştırmanın bu aşamasında, yirmi hekim konuyla ilgili görüş bildirse de konu üzerinde daha az konuşmuştur. Ve tamamen danışmanlık hizmetini nasıl verdiklerine, danışmanlık talep edilen konulara odaklanmışlardır. Tahlillerin sonuçları, ilaç kullanımı, sağlık şikayetleri ve herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle başvuracakları hekim ya da sağlık kurumu hekimlerden sıklıkla danışmanlık talep edilen konular olmuştur. Danışmanlık hizmetlerine yönelik hekim görüşleri şöyledir:

"...bir tahlilim vardı, bakar mısınız? Doktor soran oluyor. Böyle bir sorun var, hangi hekime gitmeliyim? Var mı tanıdığınız bir doktor, ona gideyim gibi. Kıymetli buluyorum yani yaptığımız işi. Belki prosedür olarak tam hakkını vermiyoruz ama çalışan açısından kıymetli buluyorum. Ben herhalde onlara da yardımcı oluyorum. Ben de keyif alıyorum ama." (K1)

"Bulduğum süre içinde etkili iletişimi önemsiyorum ben. Bana ulaşsınlar, konuşsunlar. Çünkü çok enteresan bir şekilde iş yerlerinde sadece fiziksel değil, mesleki tükenmişlik gibi görünmeyen daha farklı sorunların çalışanları etkilediğini düşünüyorum." (K15)

Bunların dışında, bir hekim telefon ile danışmanlığın etkin olmadığı üzerinde durmuştur. Bunu da şu şekilde açıklamıştır:

“... telefonla danışmanlık yapmamızı talep edenler var. Ben de yapıyorum ama bu bir hizmet değil. Kişiyi görmeden olmuyor ...” (K27)

Risk Değerlendirmesi

Bu konuda birisi OSGB sahibi, diğeri sadece işyeri hekimi risk analizlerine doğrudan katıldığını şu şekilde ifade etmiştir:

“Risk analizlerinde, hep rol alırım. Bunu biraz da şeyden anladım buluyorum. Nasıl diyeyim? İşçi sağlığına olan hassasiyetle ilgili bir arka planla ilgili biraz da. Nasıl bu kadar ilgisiz olmak doğru gelmiyor o anlamda. Risk analizine doktorların çoğu katılmıyor, iş güvenliği uzmanları da ezberlemiş. Ben yaparım dediğimde şaşırıyor herkes bu nedenle. Klinik hizmetine odaklı bir genel işyeri hekimi popülasyonumuz var. Yani çokça rastladığınız bir durum.” (K4)

“Önce bizden sorumlu iş yerindeki yönetici kimse bazen işveren bazen İK müdürü, onlarla oturur risk analizlerini gözden geçiririz... Sağlık taramaları şu sıklıkla yapılır, tuvalet banyolar şöyle temizlenir, ortam ölçümü şu sıklıkla yapılır, hastalığı olan, gebeliği olanlar işyeri hekimine haber verilir. Bunları risk analizini evrak dokümantasyona dökme işini yapıyoruz. Bunun bir işyeri hekiminin işi olarak düşünüyorum.” (K28)

Özetle, iş yeri hekimlerinin en fazla üzerinde durduğu hekimlik uygulamaları teması yine en fazla ilk beş alt tema olan sağlık gözetimi (işe giriş muayenesi, periyodik muayene, rutin tetkikler, gebe takibi, işe geri dönüş muayenesi ve aşı), ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri (büyük oranda reçete yazılması, daha az poliklinik hizmetleri), eğitim (en fazla işçi sağlığı ve güvenliği eğitimleri, daha sonra kendi meslek içi eğitimleri, daha az mezuniyet öncesi eğitim), işçinin sağlık kayıtları ve denetim olarak ele alınmıştır. Bu tema ve alt temaların ele alınma sıklığı, hekimlerin mevcut konumlarına, mesleki uygulamaların yerine getirilme biçimi ise iş yerlerine göre farklılıklar göstermiştir. Hekimler, büyük oranda, mesleki uygulamaları yerine getirirken, karşılaştıkları sorun ve engellere odaklanmış, öneriler daha az dile getirilmiştir. Çok az sayıda iş yerleri de olsa özellikle uluslararası olanlarda işyeri hekimliği uygulamalarının daha kabul edilebilir düzeyde olduğu ifade edilmiştir. Az sayıda belirtilen önerilerde de devlet, ÇSGB, TTB ve İTO özellikle sorumlu tutulan kurumlar olup, onlardan beklentiler dile getirilmiştir.

TEMA 2: İSTİHDAM KOŞULLARI

“İstihdam koşulları”, işyeri hekimlerinin üzerinde en çok tartıştığı, görüş bildirdiği ya da sorun olarak gördüğü ikinci temadır. OSGB sahiplerinde, özelde çalışıp OSGB’lerdeki işyeri hekimlerinde ve sadece OSGB’lerdeki işyeri hekimlerinde birinci tema, emekli olup, OSGB’lerdeki işyeri hekimlerinde ikinci, diğer işyeri hekimi gruplarında ise üçüncü sıradaki temadır.

Bu tema kapsamındaki alt temalar ise sırasıyla; ücret, çalışma biçimi, özlük/sosyal haklar, çalışma süresi, hekimlik dışı işler, işten çıkarılma, diploma-sertifika kiralama ve iş yerlerine gidil(e)memesidir (Tablo 23). Bir başka ifadeyle, işyeri hekimleri istihdam koşulları teması altında sadece bu konuları dile getirmiştir. Her bir alt tema ayrıntılı olarak sırasıyla incelenecek olursa:

Ücret

İşyeri hekimlerinin mevcut konumları ne olursa olsun, OSGB’den aldıkları “ücret” hepsinin görüş bildirdiği ve sorunlarında ortaklaşıldığı ve istihdam koşulları temasında en büyük paya sahip birinci sıradaki alt temadır. Nitekim, bu bulguyu destekler biçimde araştırmanın birinci aşamasında da “ücret”, işyeri hekimlerinin OSGB’ye bağlı ya da OSGB dışında bireysel çalışmaktan hem memnun olmada hem de olmamada (Tablo 13, Tablo 14) ve daha önce başka bir OSGB’de çalışıp, ayrılanlarda da (Grafik 4) birinci sıradaki faktör olarak bulunmuştur.

Hekimler, hem kendi geçmiş ve/veya bugünkü OSGB’ye bağlı deneyimlerinden hem de meslektaşlarıyla olan gözlemlerinden ve bilgilerinden yola çıkarak, OSGB’lerden aldıkları “ücret” konusunda görüş bildirmiştir. Ücret ile ilgili daha çok mevcut sorunlara odaklanılsa da kısmen bu sorunların nedenlerine ve çözümlerine yönelik görüşler de beyan edilmiş ve öneriler dile getirilmiştir. Ücretin düşük olması ya da taahhüt edilen artışın yapılmaması, işyeri hekimleri arasında giderek artan ücret eşitsizliği, ücretin zamanında ödenmemesi, özellikle işten ayrılma aşamasında verilmemesi ya da çok geç verilmesi, ücretin bir kısmının banka hesabına yatırılır-

ken, diğer kısmının elden verilmesi ve ücretten kesintilerin yapılması (örneğin, emekli olup çalışanlarda, işe geç kalındığında vb.) üzerinde yoğunlaşılacak sorunlar olmuştur. OSGB sahiplerinin çoğu hekimlere hak ettikleri ücreti olmasa da düşük de olmayan ücret verdiklerini belirtmiştir. Ücrete bağlı bu sorunlara yönelik hekimlerin bazı ifadeleri şu şekildedir:

"Şu anda emin değilim ama sanırım Tabip Odası işveren olarak bizi belirlenen ücretin altında işyeri hekimi çalıştırdığımız için etik kurula falan da sevk edebilir mi? Öyle bir işlemi bile yapabilir. Atabilirler bile bizi Oda üyeliğinden. Çünkü ben onun belirlemiş olduğu ücretin altında doktor çalıştırıp, sömüren bir patronum şu anda Tabip Odası'nın gözünde. Bir ara bakmıştım çünkü asgari ücret tarifesine..." (K5)

"İşte, OSGB uygulaması, ücretleri çok düşürüyor. Ücretlerimiz arasındaki farklar uçurum gibi. Ama ilginç tarafı şöyle; OSGB olmadan da firma size iş teklif ettiğinde OSGB'den daha yüksek bir teklif vermiyor. Garip olan bu. Bu da şimdi şaşırtıyor tabi ki bizleri." (K30)

"Bir diğer sorun da maaşın elden verilmesi. Eeee tabi ki o çoğunlukla yani yüzde doksan dokuz- doksan beş diyelim hadi. Evet bunların bir kısmı da asgari ücret olarak banka hesaplarımıza yatırılıyor. Asgari ücret olarak mesela şu an çalıştığım yerde biraz daha yüksek asgari ücretin üç katı yatırılıyor ama çoğunlukla asgari ücret veya biraz bir tık üstü yatırılıyor. Kalanı elden veriliyor..." (K27)

"Yani, bir hâkim emekli oluyor avukatlık yapıyor ama onun maaşından kesinti yapılmıyor. Biz emekli doktorlar için hiç öyle değil. Bu insan haklarına da aykırı. Tabipler Odası, insan hakları derneklerine bu konuda başvursa yeridir..." (K21)

"...OSGB sahibi ve karısı, maaşımız için ayağına gitmenizi istiyor. Ben onlar için çalıştığım Anadolu yakasındaki o inşaatçıdan kalkıp, Avrupa yakasının en ucuna her ay elden alacağım parayı karısının elinden almak için ofisine gidecektim. Ofisine gittim üç kere ama dördüncüde artık isyan ettim, birbirimize girdik. Ondan sonra artık benimle yollarını ayırdılar yani..." (K30)

".... OSGB'de mesela dört sene çalıştım bir gram zam yapmamıştır. En son dokuz bin lira alıyordum. Ayrıldığımda ki piyasa otuz bindeydi..." (K13)

Sadece işyeri hekimi olarak çalışanların tümü, bu sorunların her birisi için en fazla görüş bildirirken, muayenehane-klinik ve OSGB sahibi olup, işyeri hekimliği yapanlar ise en az görüş bildirenlerdir. Bu bulgu, ücrete bağlı ifade edilen sorunlara sadece işyeri hekimlerinin daha fazla maruz kaldığını, muayenehane-klinik ve OSGB sahibi olup, iş yeri hekimliği yapanların daha az maruz kaldığını ya da bu iki grubun birden fazla geliri olmasına bağlı olarak, bunları daha az sorun olarak gördüğüne işaret edebilir. Bunların yanında, OSGB dışında da hekimlik yapan sekiz hekim (dördü kamuda çalışan hekim, üçü emekli ve biri OSGB sahibi) gerek kendisi gerekse kendisi dışındaki hekimlerin mevcut ücretlerinin iyi olduğunu bir hekim ise ücretinin düzenli verildiğini belirtmiştir. Bu konudaki görüşler:

"...çok şikayetçi değilim ücretimden şimdilik. Nispeten kötünün iyisi diyelim. Ama sonuçta, ücretim Tabip Odası'nın belirlediği ücret değil. Yine de piyasaya göre, çoğuna göre iyi sayılır..." (K13)

"Bu arada hekimlerin şey kısmında sıkıntı yok, onu da söylemek lazım arkadaşlar. Yani şimdi çok net söyleyeyim, işyeri hekiminin ücreti sağlık ocağı hekimi ücretinin yüzde onun üstüdür. Çalışma koşullarından söz etmiyorum. Sadece para olarak bakarsanız, çalışan işyeri hekimi yüksek ücret alıyor. Fiilen çalışanın şu an düşük ücreti çok derdi de olduğunu düşünmüyorum..." (K18)

"...Evet, benim öz fikrimi soruyorsanız ben neticede devlet çalışanıyım. Bunları çok fazla düşünmüyorum şu an için. Çok da fazla umurumda değil. Ama benim şansım iyi bir OSGB firmasında çalışıyorum bana göre. Hiçbir pazarlık yapmadım şu ana kadar ücret konusunda. Ama onların da beni istismar etmediklerini düşünüyorum. Yani pandemi döneminde neredeyse bir yıl hiç iş yerlerime gitmedim; ama, ücretimi düzenli aldım. O bakımdan bana dürüstçe yaklaştılar." (K16)

Bunların dışında bir hekim de hangi koşullarda iyi ücret alınabildiğine yönelik görüşünü açıklamıştır:

"İki türlü çok para veriyor OSGB'ler. Ya iyi hekime değerini vermeye çalışıyor ki kaçırmasın elinden. Ya da her istediğini yapıp, başını sallayan bir hekim olsun ben onu besleyeyim firmayı da kaçırmayayım. Öyle yani..." (K13)

Ücretle ilgili sorunların nedenleri; sadece işyeri hekimleri ve kamuda çalışanların tümü, emeklilerin büyük bir çoğunluğu ve OSGB sahibi bir hekim tarafından belirtilmiştir. Bu nedenler sırasıyla; işyeri hekimliğinin gelir getirici ek bir iş olarak düşünülmesi, OSGB sahibinin ve/veya yöneticisinin işyeri hekiminin akrabası-tanıdığı-yakını-arkadaşı olması, OSGB sahiplerinin ekonomik olarak zorda olduklarını düşünmesi, bazı hekimlerin diplomasını-sertifikasını kiraya vermesi, hekimlerin genç olmasına bağlı olarak pazarlık gücünün zayıf olması, hekimlerin iş yerine git(e)memesi, hekimlerin birlikte/ortak hareket edememesi, OSGB'ler ve firmalar arasında rekabet olmasıdır. Ayrıca, OSGB sahiplerinin büyük bir çoğunluğuna göre, OSGB'nin kazanamaması ya da kâr edememesi, fatura/vergi sorunlarıdır. KHK ile kamudan ihraç edilen hekimlere göre ise çalışabilecekleri neredeyse tek alanın bu olması ifade edilen diğer nedenlerdir. OSGB sahiplerinin belirttiği nedenler dışında ifade edilen tüm nedenler, mevcut teorik bilgilerle uyumlu olarak, işyeri hekimlerinin ücretlerini düşürme mekanizması olarak da görülmüştür. Ücret sorunların nedenlerine yönelik hekim görüşleri:

"Emekli olup, sadece evde canım sıkılmasın, psikolojim bozulmasın diye işyeri hekimliği yapan bir kesim var. Ya da işte yeni atanıp da TUS'u kazanana kadar işyeri hekimliği yapanlar da var. Öğrenciyken aldığın, atıyorum beş bin lira şimdi sana piyasada atıyorum yüz yirmi bin ya da yetmiş-seksen binden çok iyi bir para geliyor. Bir de sana gelmene gerek yok sadece kaşele denirse...İşte bu tarz meslektaşlarımız ücret skalasını maalesef çok düşürüyor... Ücreti belirleyen şey, hekimin o esnada işe ihtiyacı olup olmadığı, hekimin işyeri hekimine ek iş olarak mı ya da meslek olarak mı baktığı. Çünkü görüşmeye giden hekim işi reddedip etmeme aslında ona kalmış. Eğer ihtiyacı varsa, kabul ediyor çoğu zaman. Bilgisi yoksa maaş skalası nedir ne değildir diye üstünde durmuyor bile. Hele bu konuda hiçbir bilgisi, araştırması yoksa hemen her ücreti kabul ediyor." (K27)

"...OSGB'lerde bunlar küçük işletme olduğu için aynı zamanda aile işletmesi ve mutlaka yakınlarından birisi yönetici. Bu tür işletmelerde ücretimiz gerçekten düşük oluyor. Bir de ücreti düşüren faktörlerden bir tanesi OSGB sahipleri ya da yöneticileri arkadaş ya da yakınınız ise. Ya da onlar kanalıyla işe giriyorsak tipik. Ben böyle bir ilişkiyi kesmek için dört yıl uğraştım. Ve nihayet bıraktım. Arkadaşlarım olduğu için hakikaten piyasa koşullarından çok kötü ücret veriyorlardı..." (K11)

"Fena bir ciromuz yok ama kârlılığımız hiç yok. Bunun çözülmesi lazım. Hülle mi yapacağız artık? Ben diyorum ya, doktor alamıyorum. Alsam maaşını ödeyecek bir bütçem yok şu anda. Şu bardak şuraya kadar doluyken, üstünü ben cebimden dolduracağım... Şu anda artık zarar etmemeye başladım." (K5)

"OSGB sahiplerinde, yöneticilerinde öyle iğrenç bir yaklaşım var ki. Siz maaşla ilgili gittiğinizde, biz zarar ediyoruz, ölüyoruz, perişanız gibi konuşuyorlar sürekli. Dilenci gibiler gerçekten. OSGB patronlarının çoğunda bu yaklaşım var. Ölüyorlar açlıktan. Görüşmeye gittiğinizde neredeyse siz para vereceksiniz onlara..." (K27)

"...diploma kiralamalarla sadece ücret skalamız ciddi anlamda düşmüyor, aslında, hizmetin kalitesi de çok azalıyor..." (K25)

"...Dolayısıyla bireysel sözleşme yaptığınız için genç bir doktorun işverenle pazarlık gücü de tırnak içinde daha zayıf kalıyor. İşte o da yine bireyselliğe dönüyor..." (K26)

"...OSGB'ler bunu kullandılar, suiistimal ettiler. Bana elin mahkûm senin, başka yerde çalışamazsın çünkü seni almıyorlar ki. Sen kimsin bana muhtaçsın bak. KHK'li olmam nedeniyle kullanıldım, bu noktada kullanıldık. Biz kullanıldık suiistimal ediyoruz halen de öyle..." (K24)

Neredeyse tüm hekimler ücretle ilgili sorunların çözümünde iki öneride ortaklaşmıştır. İlki mevcut sistemin tersine, işyeri hekimlerinin ücretlerinin devlet tarafından verilmesi, ikincisi ise TTB asgari ücret tarifesinin yasal güvence altına alınması ve bu ücret tarifesini de tüm OSGB'lerin zorunlu olarak kullanmasıdır. Böyle olduğu durumda, hekim ücretleri denetlenebilir olacağından, ücretle ilgili pek çok sorunun ortadan kalkacağı varsayılmıştır. Bu öneriler, araştırmanın ilk aşamasındaki önerilerle uyumludur. Bir başka ifadeyle, işyeri hekimlerinin TTB ve İTO'dan ilk beklentisi ya da önerisiyle aynıdır (Tablo 20). Araştırmanın bu aşamasında konuyla ilgili hekim görüşleri şöyledir:

"...bizim ücretimizi işveren vermemeli. En büyük problemimiz bu. Bizim işverenle ticari bağıımızı bir an önce kopartmamız lazım. Ne olduğunun bir önemi yok. Bu, bugün olur, yarın olur. Bizim illiyet bağıımızı kopartmamız lazım... Sonuçta, burada bir kamusal bir fonun bir şekilde burada devreye girmesi gerekir." (K2)

"Biz Çalışma Bakanlığı'na bağlı olup, ücretlerimizi Bakanlık üzerinden almamız lazım. Çalışma Bakanlığı bize diyecek ki bir çalışan başına size 300 lira vereceğim diyecek. Biz işimize gelirse çalışırız, işimize gelmezse çalışmayız."

Tüm Türkiye’de sabit bir fiyat olmuş olacak. Tehlike sınıfına göre, saatine göre neyse. Sabit bir fiyat olacak ve biz ücretimizi işverenden değil de devletten aldığımız için işverenin bize direktifi, emri ya da herhangi zorunluluğu olmayacak.” (K8)

“TTB’nin asgari ücret tarifesinin söylenmesi fark ediyor yani. Bir farkındalık oluşturuyor. Şimdi onun ne kadar altında olduğunu konuşuyoruz en azından. Tabi ki onu çoğumuz alamıyoruz ama ona ne kadar yaklaşabildiğimizi konuşuyoruz.... Bu yüzden, TTB’nin asgari ücret tarifesinin bir yaptırım zorlayıcı güç olması için yasal olarak kesinlikle güvence altına alınmalı.” (K14)

“...Evet, evet keşke, Tabip Odası’nın ücretleri uygulanmadığında cezai yaptırımlar olsa. En ufak bir şeyde, ihmalde OSGB’lere yaptırımlar olsa. Mesela, böyle kendimce hayal kuruyorum.” (K24)

“Tabipler Birliği’nin asgari ücret tarifi konusunda yaptığını ben takdir ediyorum. Baskı yaratıyor ve kesinlikle bir faydası var. Yeni kurumsal iş yerlerine başvurduğumda ben bile söylüyorum. Tabipler Birliği asgari ücret tarifesini istiyorum en asgariyi. Bizler Tabipler Birliği’ne bakar, ne kadar eksik alıyorum daha fazla nasıl alabilirim diye. Kesinlikle güzel uygulama, adalet denge belirliyor. O tarife olmasa belki ben şu an çok daha az maaş almak durumunda kalabilirim. Tabipler Birliği, Çalışma Bakanlığıyla ilgili yazışmalar, baskılar yapılarak, organizasyonlar sağlanarak, yasal olarak da zorunlu hale gelmesini mutlaka sağlamalı. Bu şekilde OSGB’ler de artık belli fiyatın üstünde yarışmaya başlar.” (K28)

Bunların dışında, araştırmanın ilk bölümünde işyeri hekimlerinin OSGB’den ücretinin nasıl ödendiği sorusu, hekimlerin yanıt vermekte zorlandığı ya da yanıt vermek istemediği en önemli sorulardan birisi iken (Tablo 8), araştırmanın bu aşamasında yapılan derinlemesine görüşmelerle hem bu sorun hem de hekimlere göre ücrete bağlı sorunların çeşitliliği, nedenleri ve çözüm önerileri görüşme tekniğine bağlı olarak açık ve ayrıntılı olarak yanıtlanmıştır.

Çalışma Biçimi

İstihdam koşulları teması altında ikinci sırada yer alan alt tema “çalışma biçimi” dir. OSGB’ye bağlı işyeri hekimi olarak mevcut çalışma biçimi hekimler tarafından sırasıyla; uzaktan (telefon, çevrim içi, e-posta), mobil/gezici çalışma, tam zamanlı/yarı zamanlı çalışma ve bir günde çok sayıda iş yerine gitme konuları olarak ele alınmıştır. İlk iki çalışma biçimi, araştırmanın ilk aşamasında mevcut olmayan bulgudur. OSGB ve muayenehane-klinik sahibi olup işyeri hekimlerinin tümü, kamuda ve özelde çalışıp, işyeri hekimlerinin birisi hariç tümü, sadece işyeri hekimlerinin yarısı uzaktan ve mobil/gezici olarak da çalıştığını ifade etmiştir. Danışmanlık, işçi sağlığı ve güvenliği eğitimi, bazı formların doldurulması ya da imzalanması, muayene, tetkik, tedavi ve reçete yazma gibi hekimlik uygulamaları bazı iş yerlerinde uzaktan çalışmayla yürütülmektedir. Örneğin:

“...İlaç dışında online hizmet çok fazla sunduğumuzu söyleyemem. Ama şöyle söyleyeyim; rutin denetimler öncesinde iş sağlığı açısından formlarını falan dolduruyorum online olarak.” (K23)

“...Bazı çalıştığım şirket, bir tanesi hibrit çalışıyor, haftada iki gün. Dolayısıyla, sabahdan öğlene kadar bazı günler evde kalabiliyorum. Ama bilgisayarımı açıyorum. Online danışmanlık yapıyoruz. Sağlıkla ilgili her konuda sorular sorarlar.” (K20)

Kamuda çalışıp işyeri hekimi olanlardan ikisi ise işyeri hekimliğinde uzaktan çalışmayı desteklediğini belirtmiştir. Şöyle ki:

“Telefon aracılığıyla işçiler, yöneticiler, işverenler beni arıyorlar. En çok kullandığımız şey bu. Beni arayıp konuşuyorlar. Doktorum size bir şey sorabilir miyiz diye. Daha çok sağlıkla ilgili danışmanlıklarını bu şekilde alıyorlar. Öyle bir çalışma saati sınırı da koymadım. Çünkü, böyle bir hizmeti sonuna kadar destekliyorum.” (K15)

Özelde çalışıp, işyeri hekimi olan bir hekim ise daha önceden bu şekilde çalıştığını, ancak şu anda telefon ya da çevrim içi gibi uzaktan çalışmayı tercih etmediğini söylemiştir. Örneğin;

“Online hizmet çok karmaşa getiriyor. Çünkü geçmişte ben bunu yaşadım. Reçete talepleri çok oluyor. Uzaktan muayene, görüntülü, medikal tedavi bunlar suistimal ediliyor yani. Çünkü biz her zaman müsait olamıyoruz. Ben özelde acilde çalıştığımından, çok yoğun bir mesaim var. O yüzden, mümkün mertebe ben yüz yüze gelmekten yanayım. Geçmişte yaşadıklarımından dolayı, tecrübelerim yüz yüze çalışmanın daha avantajlı olduğunu söylüyorum.” (K24)

Mobil-gezici hizmet ise bir OSGB sahibi, üç muayenehane-klinik sahibi, bir özelde çalışan, bir emekli ve bir sadece işyeri hekiminin bazı iş yerlerindeki çalışma biçimidir. Böyle olmasına

karşın, her bir işyeri hekimi grubunda, bu şekilde çalışmaya olumlu anlam yüklenildiği gibi, tersi durum da söz konusu olmuştur. Dolayısıyla, bir fikir birliği olmadığı gibi, üzerinden farklı görüşler olduğundan, tartışılan bir konu olmuştur. Şöyle ki:

"İşveren olarak da mobil hizmeti ben bir ara düşündüm. Sonra bir baktık efektif değil yani. Ben de dışarıdan hizmet almayı tercih ediyorum. Sevmiyorum yani. Her yeni bir iş, yeni bir bela, yeni bir sorun üretiyor ..." (K2)

"...Bence OSGB'ler birlikte, işte bölge halinde bu şeyi kurarlarsa, böyle bir sistem hem mobil sistem hem laboratuvar hem diğer eğitim şeylerini kurarlarsa o zaman biz mobil hizmet sunarak da biraz daha rahat ederiz." (K3)

"Mobil olmak kısmı hoşuma gidiyor. Bir de tabii bu yapıyla da ilgili. Sürekli kapalı ortamda çalıştığımızdan belki biz o yüzden böyleyiz." (K7)"

"Çantanız sırtınızda ve geziyorsunuz. Negatif bir cümle olarak söylemiyorum ben bunu. Bu durumdan çok mutluyum. Hiçbir çalıştığım hastanenin ameliyathanelerinin de penceresi yoktu. Yıllarca ben güneş ışığı görmeden çalıştım. O yüzden sokakta gezmek beni çok mutlu ediyor. Ben bunu ilk OSGB'ye görüşmeye gittiğimde de söyledim. Ben gezici hizmet istiyorum dedim." (K6)

"Yani şimdi gezici olması dezavantaj ama idare ediyoruz. Ama tabi gezici çalışıyorum. Yani aynı firmanın lokasyonlar arasında dolaşıyorum aslında. Tek firmayla muhatap olmama rağmen, bu bir avantaj tek firma olması ama gezici mi gezici." (K13)

Çalışma biçimi üzerinde durulan ikinci konu, tam zamanlı ve yarı zamanlı çalışmaya dair hekimlerin yaklaşımıdır. Hekimlerin yarısı yarı zamanlı çalışmasına karşın (Tablo 5), buna yönelik görüşlerini kendi çalışma biçimlerinden bağımsız olarak ele almıştır. Mobil/gezici çalışma da olduğu gibi, tam zamanlı ya da yarı zamanlı çalışma biçimi de hekimlerin mevcut konumlarına göre değişiklik göstermeyip, avantajlı olduğu kadar, dezavantajlı olarak değerlendirilmiştir. Nitekim, araştırmanın ilk aşamasında, hekimlik uygulamalarının yerine getirilememesinde yarı zamanlı çalışma son sıralardaki nedenler arasında yer almıştır (Grafik 8). Araştırmanın ikinci aşamasında, üzerinde ortaklaşılan nokta, hekimlerin önemli bir bölümünün çalışma biçiminin hangisi olursa olsun, kamusal ve güvenceli istihdama dayalı olması önerileri öne çıkmıştır. Böyle olunca, gerek ücret gerekse çalışma biçimi alt temasında gelir ve istihdam güvencesi yani, kamusal ve güvenceli istihdam ve ücret temel taleplerden birisi olarak dile getirilmiştir. Bu konuya yönelik hekim görüşleri şu şekildedir:

"OSGB'lerde hekimlerin istihdamın güvenceye kavuşturulması lazım. Yani piyasaya maruz bırakılmaması lazım. İnı bütün şey kamusal olacak yani. Devlet eliyle tam zamanlı istihdam olmalı." (K11)

"... Özellikle kısmi zamanlı zamanlıysanız, bu daha da rahatsız edici... Yaptıklarınız pek görünmüyor veya görünmek istenmiyor veya çok umursanmıyor. Sizi kimse adamdan saymıyor, kimse dinlemiyor." Yani şöyle bir şey de var. Bizim yaptığımız iş, şey yani iş ortamının sürekli takibini gerektiriyor. Ancak iş ortamının sürekli takibi istenir bir şey değil." (K10)"

"Kişisel düşüncem o kadar ağır iş kollarından buraya gelince, yarı zamanlının daha özgür olduğunu düşünüyorum. Özellikle tam zamanlı olup, çok iş yeriniz varsa tam bir tutsaklık. Çünkü tam zamanlı sizi kukla gibi oynatabilir, parayı ben veriyorum, bunu yapmak zorundasın denir. Yarı zamanlı ben şimdi hemen çekip gidebilirim şeyinde bulunabiliyorum. Benim kurallarım daha geçerli olabiliyor... Tam zamanlıya geçemiyorum bu nedenlerden dolayı. Keşke tek bir lokasyon tam zamanlıya geçebilsem, öyle dua ediyorum öyle diliyorum..." (K24)

"Tam zamanlı tek bir yerde mi çalışmak yoksa yarı zamanlı işte mobil birkaç yerde mi çalışmak hangisi daha avantajlı sorusuna şöyle yanıt vermek isterim. Tam zamanlı çalıştığımda, yarın hizmetim bir anda bitirilerek bir sebep sunulmadan yeni bir iş arayışına sürüklenmek zorunda kalabilirim gibi geliyor sanki. Ama mobil olduğunda, kısmi zamanlı çalışıldığında bu risk daha az olabilir gibi. Ama onun da başka sakıncaları çok, emin de olamadım..." (K25)

Çalışma biçiminde ele alınan üçüncü ve son konu ise işyeri hekimlerin aynı günde çok sayıda iş yerine gitmeye dayalı çalışmasıdır. Bu konuda muayenehane-klinik sahibi olanlar hiç görüş bildirmezken, diğer işyeri hekimlerinin tümü böyle bir çalışmanın yorucu, zamanın büyük bir bölümünün yolda geçmesi, iş yerlerine zaman ayıramamaya yol açması, iş yerlerine yetişememe kaygısı, eksik hizmet verme, işlerin aksaması gibi gerekçelerle olumsuzluğu konusunda ortaklaşmıştır. Araştırmanın ilk bölümünde, tablo 5'de belirtildiği gibi, hekimlerin üçte birinden fazlasının 5-15, yine üçte birinden daha fazlasının 16 ve üzeri iş yerinin olması, tablo 7'de de belirtildiği gibi, günlük en fazla hizmet verilen iş yeri sayısı (hekimlerin üçte birinden daha

fazlası günde dört iş yerinden daha fazla işyerine gitmekte), bir günde iş yerlerine ulaşmak için en fazla geçen süre (üçte birinden daha fazlası 3 saatten fazla) bulgularıyla buradaki bulgular paralellik göstermektedir. Bazı hekimler bu konuya yönelik görüşlerini şöyle belirtmiştir:

"Çok bölünmek bence bir problem hekimlik açısından da. Yani bir gün içerisinde, tamam şu an ben senelerdir burada olduğum için konumumdan dolayı da lokasyonu seçtim, güzel bir sistem kurdum. Ama yeni başlayan bir hekim arkadaşım için böyle olmuyor. Bir gün oraya, bir gün buraya gidiyor. Bu gerçekten yorucu ve yıpratıcı bir şey." (K1)

"Mesela gideceğim yerler birbirinden o kadar çok uzak mesafelerde. Kartal'a gidiyorum, Pendik'e gidiyorum aynı zamanda Arnavutköy'e gidiyorum. İşte Hadımköy'e gidiyorum. Yani yetişemezsiniz, mümkün değil ve aynı anda size birden fazla şey yüklüyorlar..." (K19)

Sadece işyeri hekimi ve OSGB sahibi olan iki hekim bu sorunlara yönelik çözümlerini ise şu şekilde dile getirmiştir:

"Halbuki eğer bu sistem devlet tarafından dizayn edilse, o zaman ben kendi bölgeme yakın yere, yani Esenyurt'a, Beylikdüzü'ne, Avcılar'a, Çatalca'ya gideceğim. Yani benim gibi, o bölgede oturan doktorlardan bahsediyorum. O alanlara biz gideceğiz yani. Oradaki fabrikalara, iş yerlerine. Böyle de sorunlar olmayacak." (K29)

"Bence OSGB'lerin bölgesi olsun. Her birimiz yakın olan bu bölgelere devlet tarafından atanalım. Evet, herkes payını da alır. O zaman biraz daha rahat, biraz daha güçlü oluruz. Ben öyle düşünüyorum. O zaman çalışanlar da daha az yorulur. Maliyet de düşer..." (K3)

Özlük/Sosyal Haklar

Çalışma biçimi temasının üçüncü sıradaki alt teması "özlük/sosyal haklar"dır. Muayenehane-klinik sahibi hekimlerin tümü, kamuda çalışanların üçü bu konuda görüş bildirmemiştir. Buna karşılık, OSGB sahipleriyle, sadece işyeri hekimi olanların tümü, özelde çalışanlar ve emekliler birer eksik sayıyla toplam yirmi iki hekim bu alt temayı gündemine almıştır. Bu bulguyu destekler biçimde, araştırmanın ilk aşamasında, özlük/sosyal haklar OSGB dışında işyeri hekimliği yapanların memnun olmasında ikinci sıradayken (Tablo 14), OSGB'ye bağlı çalışma açısından diğer hakların gerisinde kalmıştır. Örneğin, daha önce başka bir OSGB'de çalışanlarda ayrılma gerekçelerinden dördüncü nedeni olup (Grafik 4), mevcut OSGB'de çalışanların beşte birinin herhangi bir özlük/ sosyal hakkı bulunmamakta (Tablo 9), OSGB'ye çalışmaktan memnun olmama gerekçelerinde alt sıralarda (Tablo 15), TTB ve İTO'dan beklenti ve öneriler içinde ise onuncu sıradadır (Tablo 20).

Özlük/sosyal hakları sırasıyla; yıllık izinlerin alması, SGK priminin ödenmesi, kıdem ve ihbar tazminatının verilmesi, yemek ücretinin alınması, çalışan emeklilere kesintinin yapılmaması, KKE'nin temin edilmesi, yeşil pasaport ve tamamlayıcı sigortanın yapılması olarak ele alınmıştır. Temel vurgu, bu hakların alınmamasına yönelik olmakla beraber, bu hakların nasıl elde edilmesi ve bunun için neler yapılması gerektiği konusunda da görüş bildirenler olmuştur. Araştırmanın ilk bölümünde özlük/sosyal haklarda hekimlerin büyük bir çoğunluğu yıllık izni alınabilen bir hak olarak ifade edip, sorun olarak görmezken, burada tersine, ilk sıradaki sorunlar arasında yer almıştır. Bunun yanında, yine ilk aşamada özlük/sosyal haklar arasında ikramiye verilmesi, promosyon alınması, ek ödemelerin verilmesi ve internet bağlantısının sağlanması gibi olanaklar burada belirtilmemiştir. Görüş bildiren bazı hekimler ise konuyu şu şekilde ele almıştır:

"Hekimin sosyal haklarına yönelik talepleri ki yüzde doksan dokuz karşılanmıyor çok net ifade ediyorum. Bugün kaç tane hekim özlük haklarını alıyordur. Çok azı kesinlikle." (K12)

"Son dokuz seneye kadar bayram tatilleri ve bazı uzun hafta sonları dediğimiz böyle, Perşembe ya da Cuma'dan, onun haricinde tatil yapmadım..." (K5)

"OSGB benim hekimim bir izne ayrıldı doğum iznine ayrıldı, evlilik iznine fark etmez bir izne ayrıldı. Diyor ki yerine kim gelecek? Bu süreçte yoksa ben sana ücret ödemem gibi bir anlayış söz konusu. Yasal hakkımızı kullanırken bile problem yaşıyoruz. Bu böyle birkaç günse yıllık izinse falan tolere edilebiliyor ama atıyorum, gebelik, doğum izni gibi bir şeyse mümkün değil siz o süreçte OSGB'den maaş almanız mümkün olmuyor ya da işinize son veriliyor. İşte hizmet verilen iş yeri kabul ederse hekimimizi seviyoruz ayrılınsın. Ama biz ücretini öderiz. Derse ki ben hiç böyle bir şeyle de karşılaşmadım. Ancak o zaman bu haklarınızdan yararlanabiliyorsunuz." (K25)

"TTB ya da İTO size özel sigorta yapıyor mu? Yapmıyor. Avukatlar kendilerine ortak sağlık, özel sigorta yaptı. Gidiyorsunuz, bir özel hastanede opere oluyorsunuz. Ücretini baro ödüyor. Hadi buyurun, bir baro kadar olamadınız. Kaç yıllık örgütsünüz. Önce bunları bir yapmak lazım. Ondan sonra yavaş yavaş diğerlerine el atmak lazım. Ben avukat kadar kendimi değerli hissedemiyorum." (K20)

İzinler konusunda, muayenehane-klinik sahibi, kamuda ve özelde çalışıp, işyeri hekimi olanlar herhangi bir görüş bildirmemiştir. Bu durum, onların özlük/sosyal haklarını OSGB'ler dışında çalıştıkları diğer kurum(lar)dan karşıladıklarını düşündürmektedir.

OSGB sahipleri izinli olan hekimin yerine, başka bir atama yapılıp yapılmadığı konusunda farklı uygulamaları dile getirip tartışmıştır. Örneğin:

"Bir geçici ara çözüm olmalı. Bakın, izin zamanları bile sorun. Ben on senedir bu işi yapıyorum. Hiçbir zaman izin alan, izne giden doktorun yerine başka atama yapmadım. Ben gittim. Benim yerime kimseyi göndermedim. Bak, onu yapan insanlar da var. Tanıdığımız bir arkadaş mesela. Cebine üç beş lirayı verip. Ama ben hiçbir zaman öyle bir şey yapmadım. Hiç kimseyi kendi yerime göndermedim. Bu sorunun çözülmesi lazım. İzin zamanı, ben kimseyi atayamıyorum. Yasak, kural dışı, evet. Ama ne yapayım?... Ben gidiyorum ya adamın yerine. Şimdi teknik olarak bakıldığı zaman İSG kâtibi, benim hiçbir personelim on senedir izin kullanmamış. Çünkü izin kullandığı zaman hizmette devamlılık esastır. Yerine kimse atanmamış, o ay oraya hizmet verilmemiş. Bu da suç." (K5)

"Bir dakika, bir dakika. Şimdi bizim bir iki yerde böyle doktor atadığımız var. Hani ama çünkü vaktimiz var. Fakat mesela biz arkadaşlar tatile gidiyorlar. Normalde yerine birini atamazlar... Mesela ben bir ay izin verebiliyorum. Bu durumda kendi kaşemle çalışıyorum. Her zaman değil." (K4)

Beklenildiği gibi, SGK priminin düşük yatırılması sorunu sadece işyeri hekimlerinin tümünün ifade ettiği bir konu olup, bir hekim görüşünü şu şekilde dile getirmiştir:

"SGK primlerimiz asgari ücretten yatıyor. Bu, tabi, bayağı bir problem." (K28)

"Yani şu an ben iki OSGB ile çalışıyorum... Örneğin, piyasada bu fiyat kırımını sağlamak için çoğu OSGB size; hocam, evet maaşınız bu ama biliyorsunuz biz SGK'yi bu ücretten yapmayacağız. Kimse yapmıyor zaten gibi yaklaşımlar oluyor. Yani diyorum ya bu çok normalleşmiş bir şey." (K25)

OSGB sahipleri kıdem ya da ihbar tazminatlarını sorun olarak görmeyip, bu ücretleri verdiğinde ise ekonomik olarak zorda kalacağını belirtmektedir. Bir emekli hekim, emekli maaşı olduğundan, bunu önemsemeden işten ayrılması gerekiyorsa ayrılabilirdiğini, sadece işyeri hekimi olanlar ise bu ücretleri almakta ne kadar zorlandıklarını hatta hukuksal olarak açtığı davalar sonucunda aldığını ifade etmektedir. Örneğin:

"Ve biz her çıkana tazminat verdiğimiz için iki yakamız bir araya gelmedi." (K3)

"Şimdi biz bırakıp gidiyoruz biz zaten emekliyiz. Eğer emekli olmasak o kadar bırakamayacağız tazminatımız bilmem neyimiz. Emekliliğimiz gecikmesin bilmem ne diye belki de katlanacağız değil mi? Allah'tan kamudan emekliyim de..." (K13)

Yemekle ilgili konularda sadece işyeri hekimlerinin tümü, özelde çalışan bir işyeri hekimi ve bir OSGB sahibi görüş bildirmiştir. Tıpkı diğer özlük/sosyal haklarda olduğu gibi, burada da OSGB'ler arasındaki farklı uygulamalara dikkat çekilmiştir. Bazı OSGB'lerde yemek kartı verildiği, bazılarında yemek ücreti verildiği, bazılarında hiç birisinin olmadığı ancak, iş yerlerine gittiklerinde koşullar uygunsa ögle yemeği yedikleri belirtilmiştir.

"Yani şartları tamamıyla en başta konuşmak lazım. Yemek kartları mesela bende yok. Ben talep etmedim, almadım yani. O tamamen öznel bir şey. Ama, çalışan diğer doktor arkadaşlarımda var mesela. Böyle anlaşmalar değişiyor. Yine skala çok geniş çok fazla var artı eksi işte." (K26)

"Ya onlarda ne çıkar hocam, şöyle söyleyeyim. Ya bana ...vermiyorlar. Ya da yemek vermiyorlar. Bunları söyleyeceklerdi bana. Ben söyleyeyim. Bizim doktor arkadaşlarımız şu anda bu hikâye var. Duyuyoruz çünkü. Hem iyi ücret hem de iyi sosyal olanaklar mümkün olmuyor tabii." (K2)

Çalışma Süresi

Bu konuda toplam yirmi bir hekim (dört hekim OSGB sahibi, beş hekim kamuda çalışan, beşi sadece işyeri hekimi) görüş bildirmiştir. On işyeri hekimi (üçü sadece işyeri hekimi, ikisi kamu,

birisi OSGB, birisi muayenehane-klinik sahibi] çalışma süresi bakımından fazla, yoğun ve düzensiz çalıştığını, bunun şantiyelerde, ataması olmadığı halde OSGB ile sözleşmesinde bulunmayan iş yerlerine görevlendirilmesi şeklinde daha yaygın olduğunu ifade etmiştir. İki hekimin bunlarla ilgili ifadeleri şöyledir:

"O da ben size şöyle söylüyorum, otuz saat resmi olarak gösteriyor ama öyle olmadığını biliyorsunuz. Çok daha uzun süre oluyor....Hekime gidilmesi gereken rota firmalar olduğundan, daha fazla verilmeye çalışıyor. Haliyle o atama dakikaları üzerinden iş yapamıyorsunuz. ... Arkadaşımın firması olmasına rağmen, bazı küçük firmalar akşam on sekize kadar falan gitmem gerekiyor. Yani işyeri hekimliğinde bu kadar zaman dilimini kolay kolay birçok yerde ayırmıyoruz." (K9)

"OSGB'ler bu süre aşımını çok kullanıyorlar. Ekstra mesaiyle beraber OSGB'ler bunu doktordan istiyor. Özellikle inşaat şantiyelerinde ekstra atamalarla gönderebiliyorlar. Geçerken, oraya da üç saat, buraya da iki saat uğrayıver tarzı oluyor artık sıklıkla." (K26)

Ayrıca, sadece işyeri hekimi olan üç kişi telefonla yapılan danışmanlık hizmetlerinin ve evrak işlerinin çalışma süresinden sayılmadığını, sadece işyeri hekimleri dışındaki dört hekim ise iş yerlerin de mevcut atanmış sürelerden daha az bulunduklarını belirtmiştir. Bunların dışında, kamuda çalışan bir işyeri hekimi, herhangi bir iş yerine yapılan yarım saatlik atamanın işçi sağlığı ve hekim açısından yararı olmayacağına dikkat çekmiştir. Bunlara yönelik sırasıyla hekim ifadeleri şöyledir:

"Evet, günde üç ya da dört saat kalacaksa doktor dört saat kalmıyor yani. Ben gittiğim yerde onu söylerim bana normalde dışarıdayken ulaşabiliyor musunuz ulaşıyorsunuz. Eeeee peki ben buradayken boşu boşuna dört saat niye kalayım?" (K21)

"Şimdi burada iş yeri sahipleri şey bekliyor. O sürenin tamamını iş yerinde, mesela diyelim ki evet işçi sayısına göre saat hesaplamalar falan bilginiz var. İşveren o hesaplanan saate göre burada olacağını diyor. Dört saatim de benim trafikte geçiyor. Yani ben o zaman nasıl dolduracağım o saati? Yani o zaman yüz seksen saat çalışmak için üç yüz elli saat çalışmak zorundayım. Yani böyle yapmak zorundayım ki o yüz seksen saati işverenlerin istediği durumda dolurayım diye. Ama işverenler, özellikle güvenlik uzmanları için mesela şunu düşünmüyor, bu adam ofisinde de arka planda çalışıyor. İşte ona birtakım evraklar hazırlıyor, dosya hazırlıyor, biliyorsunuz. OSGB içinde dosyaları vardır bazen. Onlar sayılmıyor, diyor ben senin burada olduğunu görürüm, benim gözümün önünde olduğunu sayarım." (K29)

"Telefon görüşmeleri, evrak işleri çalışma süresinden sayılmaz. İş kanununa göre, bu bir çalışma süresidir ama hiç öyle kabul edilmiyor... Çoğunda mesai dışı oluyor. Biz de istemeden de olsa alıştık galiba." (K28)

"Yani mesela ben otuz saat atanıyorum. Yarım saatimi ayırıyorum bir iş yerine. Çok az bir zamanımı ayırıyorum oraya esasında. Ama baktığınızda yüz işçi bakıyorum. Az değil ki." (K18)

"Şaka gibi yani. Yarım saat deniyor, meslektaşımız da çalışıyor. Yani bence asıl buradaki sorun, hekim yarım saat gidince bir işe yarar mı yaramaz mı? Yaramaz tabi, hekime de çalışanlara da. Yani hekim bir şekilde maddi ya da manevi zorbalığa uğruyor aslında...Bir hekim yarım saatliğine bir kuruma göndermek, hekim gibi en yüksek puanlarla fakülte kazanmış, inanılmaz zorlukla okulu bitirmiş, değerli bir mesleki grubunu yarım saatliğine bir yere gönderilmesi bir çeşit mesleki zorbalıktır." (K15)

Hekimlik Dışı İşler

Bu konuda muayenehane-klinik sahibi hekimler hiç görüş bildirmezken, en fazla emekliler (bir hekim hariç hepsi), sadece işyeri hekimleri (bir hekim hariç hepsi) özelde çalışan bir hekim görüş bildirmiştir. Burada iki temel görüş ortaya çıkmıştır: İlki, hekimlik dışı işler talep edilse de hiç yapmayanlar, ikincisi yapılırsa da bunu eleştirenlerdir. Üç emekli, bir kamuda çalışan ve sadece işyeri hekimi olanlardan bazıları işyeri hekimi olarak çok deneyimli olduğunu, bazıları ise bu konuda mücadele ettiği için, OSGB'ler ve/veya iş yerleri hekimlerden kendi meslekleri dışında işler talep etmesine karşın, yapmadığını belirtmiştir. Örneğin:

"...Araç kullanan bir hekim olunca, ben sana şirketin arabasını tahsis ediyorum. Kendi işini yaparken, o ara arkadaşları da oraya bırak, şuraya bırak şeklinde çok teklif yapıldığını duyuyorum. Ben böyle bir şeye izin vermem zaten. İzin vermem böyle bir şeye, öyle şey mi olur." (K12)

"Mesleğin dışındaki işler bence tecrübesizlikten kaynaklanan şeyler. Firmalar da söylemesi ayıp bu konuda artık kışkırtıcı oluyorlar. Kime dış geçirirlerse onunla uğraşıyorlardır. Hatta, kime ne teklif edeceklerini biliyorlar. Benim için böyle bir sorun olamaz. İstediler yapmadık, dik durduk..." (K13)

"Yani şöyle yine azıcık kavgalarla, gürültülerle bu işin üstesinden geldiğimi düşünüyorum. Çoğu bana da yaptırmaya çalıştı. Ama benimkisi firma bazlı değil, şantiye olduğu için daha çok şantiyede evrak işleriyle illaki bir teknikerimiz ilgileniyor hepsiyle. O yüzden sürekli özele gitmeyeyim, enjeksiyon için şimdi para vermeyeyim, ya bana biraz destek olun gibi çok şeyle karşılaşıyorsunuz. Hocam beni ne olur alın diye. Bunlarla çok karşılaşıyorum ben. Ama bu konuda çok duygusal olmamak gerekiyor yani, ne gerekiyorsa o yani." (K26)

Hekimlerin yarıdan fazlası (beşi sadece işyeri hekimi), eleştirdikleri halde, yapmak durumunda kaldığı hekimlik dışı işleri; araba kullanmak ya da şoförlük yapmak, arabanın benzini gibi bazı harcamaların fatura ya da fişlerini toplamak, bunları listelemek, hekimliğin görevi dışındaki kayıtları tutmak, ecza dolabını ya da ilk yardım çantasını kontrol etmek/düzenlemek, özellikle az tehlikeli iş yerlerinde hekim dışındaki sağlık emekçilerinin çalıştırılma zorunluluğu olmadığı için onların görevlerini (enjeksiyon gibi) yerine getirmek, işçilerin ve ailelerinin hekimlik dışı konulardaki taleplerine telefonla yanıt vermektir. Hekimlik dışı işler, araştırmanın ilk aşamasında işyeri hekimlerinin görevlerini yerine getirememelerinde ikinci nedendir (Grafik 8). Bunun yanında, OSGB'ye bağlı çalışmaktan bürokratik ve muhasebe gibi hekimlik dışı işleri yapmaması açısından memnuniyette yedinci sırada, hekimlik dışı işleri yapma açısından ise memnuniyetsizlikte dördüncü sıradadır (Tablo 15). Şoförlük yapılması en sık dile getirilen hekimlik dışı iş olup, genç hekimlerin ifadelerine göre iş başvurularında araba kullanmayı bilmenin işe alınma kriterine dönüştüğünü söylemiştir. Bazı hekimlerin bu konudaki düşünceleri şu şekildedir:

"Benim işyeri hekimliği harici yaptığım iş şoförlük oluyor. Yani bir firmadan firmaya direksiyon sallamak. Kesinlikle şoförlük yapıyoruz. Firmadan firmaya kendi arabamızla mesaimiz çoğu şoförlükle geçiyor evet. Bu tipik bir şey hekimlik dışı iş ve işyeri hekimliğinin tipik sorunu. Yani bir hekimin hekimlik niteliğini değil de şoförlük niteliğini sorguluyor. Bu görev, aslında firmanın büyüklüğü ve küçüklüğüyle de çok ilgili." (K28)

"Gezici hekimlikte bir tanesi de bizi baya şoför gibi kullanıyorlar. Artık, işe girerken mesela araç kullanmayı bilmek bir sorumluluk evet. Hatta bizim bir arkadaş şey derdi ki ben karşının taksisiyim, Anadolu'nun taksicisiyim bir de Avrupa'nın taksisi gibi bir yaklaşım vardı. Taksi şoförlüğü var bizde gezici hekimliğinde işinin yüzde elli-altmış aslında taksi şoförüsün." (K27)

Hekimlik dışı diğer işlere yönelik hekim görüşleri ise:

"Bir de bu az tehlikeli iş yerlerinde bu DSP'ler çalışmıyor ya zorunlu değil ya. Onların da görevini biz yapıyoruz. Mesela damar yolu açma, enjeksiyon, aşı yapma. Aslında su analizi de hekimin işi değil, çevre sağlığı teknikerinin işi. O da bizim. Bunun yanında, bizlerin bazı görevleri de iş güvenliği uzmanına ve diğer sağlık emekçilerine devrediliyor yani." (K24)

"Özel sektöre geçtiğiniz anda zaten işyeri hekimliği bazında hekimlik dışında dediğim gibi birçok işi yapmaya hazır olmak gerekiyor. DSP'nin işini de yapmaya hazır olmak gerekiyor, bir muhasebecinin işini de aslında yapmaya. İlk yardım çantalarını aylık olarak denetleyin, malzeme eksikliği var mı yok mu bakın diyorlar. Yani şimdi ben buraya haftada atıyorum bir kez geliyorum. Siz benim burada geçirdiğim iki üç saatimi gerçekten bunun için mi harcamak istiyorsunuz diyorum..." (K25)

İşten Çıkarılma

Hekimlerin büyük bir çoğunluğu (on sekiz hekim) ya geçmiş OSGB deneyimlerinden ya da mevcut OSGB'de gerekçeleriyle birlikte işten çıkarılma kaygısından bahsetmiştir. Çünkü araştırmanın ilk aşamasında da saptandığı gibi, hekimlerin yüzde yetmişinden fazlasının daha önceki OSGB'sinden ayrılma ya da işten çıkarılma öyküsü (Grafik 4) olmuştur. Araştırmanın bu aşamasında, sadece işyeri hekimlerinin tümü, her bir farklı gruptaki hekimlerin yarısı işten çıkarıldığını ya da şu anda böyle bir kaygıyı taşıdığını ifade etmiştir. İşçilere meslek hastalığı tanısı koymak, iş güvenliği ya da çalışma ortamı ölçümleriyle ilgili olumsuz sonuçları bildirmek, meslek etiği dışı taleplere karşı durmak ve uzaktan reçete yazmamak işten çıkarılma nedenleri ya da riski olarak gösterilmiştir. Bu konuyla ilgili hekimlerin ifadeleri şu şekildedir:

"Ara beni. Gece ara, orada ara, burada ara. Maalesef bu ister istemez kendimizden verdiğimiz bir taviz olarak ben kendi adıma yorumluyorum. Ve maalesef biz de hayatta kalabilmek için, işimizi kaybetmemek için, piyasaya uyum sağlayabilmek için bunlara rıza gösteriyoruz." (K19)

"KHK'li olduğum için kesinlikle ben işimi kaybedeceğim diye daha çok korkuyorum. Daha çok yüzleşmek zorundayım. İlaç yazma baskım daha çok oluyor. Çünkü işimi kaybedersem, başka bir iş yeri beni kabul etmeyebilir. Ki başvurduğum iş yerlerinde daha çok ret alıyorum." (K28)

"Yani etik gelmeyen hiçbir şeye çalışmada mecbur kalmak adına olur demedim şimdiye kadar. Dolayısıyla, hep ya işten çıkarıldım ya ben bırakıp gittim. Onun için çok OSGB değiştirdim açıkçası...Öyle oluyor OSGB'ye ya başka doktor bul diyorlar. O kadar. Sizin baştan artık hevesiniz kırılıyor. Yani buraya emek versen mi yoksa hiç uğraşmasam mı diye... Yine çok fazla damarlarına bastığınızda sizi değiştiriyorlar... Bir de yani elli tane firmaya gidiyorsanız artık uğraşmaktan da yoruluyorsunuz..." (K13)

"Yaaa oradaki yönetici benim için demiş ki bu yaşlı, olgun, tecrübeli değil. Bana biraz daha yaşlı olsun, varsa tecrübelisini gönderin. Böyle seçiyorlar bizleri... Herhangi bir nesne, eşya gibi. OSGB'ye öyle birini gönderin diyorlar, onlar da gönderiyor. Öyle bir yaklaşım. Pinpon topu gibi. Sen bir de yeni başlamışsan bazen farkında bile olmuyorsun niçin, nereye gönderildiğini. Firma şunu diyebilir biz bu doktoru sevmedik bu kadar. Biz bu doktorun usulünü, konuşmasını, giyimini beğenmedik diye... Bu kadar esnek bir yaklaşım var. Benim başıma da geldi bunlar hani.." (K27)

Bunların dışında, farklı gruplardaki beş hekim iş güvencesi için tıpkı ücrette olduğu gibi, kamusal istihdamda da dikkat çekmiştir. Araştırmanın birinci aşamasında saptandığı gibi, iş güvencesi OSGB'ye bağlı çalışan işyeri hekimlerinin memnuniyetsizliğinde yedinci (Tablo 15), OSGB dışında bireysel sözleşmeyle işyeri hekimliği yapanların memnuniyetinde dördüncü sıradadır (Tablo 14). Araştırmanın bu aşamasında bir hekimin bu konuya yönelik görüşü:

"İş kaybetme korkusu olursa, insanlar sesini çıkaramaz. Sesini çıkaramayınca da ya kazaya kurban gider artık. Ya da başka bir şey olur...O nedenle, kamusal iş güvencesi elzem hepimiz için." (K30)

Diploma-Sertifika Kiralama

Diploma-sertifika kiralamaya dayalı çalışma, her bir farklı gruptaki hekimin (toplam on yedi) üzerinde durduğu, bundan rahatsız olduğu, hem önemli bir etik sorun olarak gördüğü hem de patronlar için ücreti düşürme mekanizması olarak kullanıldığı için eleştirilmiştir. Nitekim, diploma-sertifika kiralamaya dayalı çalışma, araştırmanın ilk bölümünde de sayısal olarak fazla olmasa da işyeri hekimlerinin OSGB'ye bağlı çalışmadan memnuniyetsizlik nedenleri arasında olup (Tablo 15), İTO'dan beklentilerinde diploma-sertifika kiralamaasının önlenmesine yönelik mekanizma kurulmasıyla ilgili öneriler (Tablo 20) arasında yer almaktadır. Araştırmanın bu aşamasında işyeri hekimleri, bu konuya yönelik yaklaşımlarını şu şekilde dile getirmiştir:

"Hiç aktif sahada çalışmadığı halde, üç kuruşa evet deyip, e-imzanı verip böyle ilkel olmayan, diplomasını kiralayan özellikle emekli, ya da hiç işe gitmeyen arkadaşlarımız var. Veya özel hastanede çalışıp, diplomasını kiralayıp hiç gitmeyenler var. Onlar meslekte kaliteyi, ücreti, güveni her şeyi çok düşürüyor. Ama burada işveren ve OSGB'ler kârlı çıkıyor." (K18)

"...Yani mesela diyelim ki elli saatlik hizmet verilmesi gereken yere, hekime deniyor ki muhtemelen, sen buraya ayda, on saatini ayır. O zaman tabii ki daha çok hani... Hekim uğramamış oluyor. Bu durumda tabii bir diploma kiralatmış olması da gerekiyor. Derin konu, bir o kadar da meslek etiği açısından sorunlu." (K4)

Sadece üç hekim (biri muayene-klinik sahibi, ikisi sadece işyeri hekimi) diploma-sertifika kiralarak, çalışma biçimine çözüm olarak, işyeri hekimliği ikinci bir iş olarak yapıyorsa ücret düzenlemesinin yapılması, SGK denetimi ve bu konuya yönelik ÇSGB'nin ya da İTO'nun bir bildirim sistemi kurmasını önermiştir.

İşyerlerine Gidil(e)memesi

Kamuda çalışıp, işyeri hekimi olanlar bu konuya yönelik herhangi bir görüş bildirmezken, diğer gruplardaki toplam on bir hekim, iş yerlerine gidilememesinin bir nedenini kendileri, önemli bir kısmı ise beraberinde, iş yeri sahibi/patronu ya da yöneticisi olarak görmektedir. İşyeri sahiplerinin/patronlarının ya da yöneticilerinin işçi sağlığı ve güvenliğine önem vermemesi, üretimi kesintiye uğrattığını ve iş kaybına yol açtığını düşünmesi işverenlere ve yöneticilere ait nedenin en büyük payını oluşturmaktadır. Bu bulgu, araştırmanın ilk aşamasında, işyeri hekimlerinin görevlerini yerine getirememesinin de ilk nedeni olarak gösterilmiştir (Grafik 8). Hekimlerin iş yerlerine gidil(e)memesine yönelik görüşleri aşağıdaki gibidir:

"Mesela kapıyı çaldığın zaman kapıyı açan kişi Allah Allah niye geldiniz, nerden çıktınız gibi bakıyor mesela. İçeriye sokmayı da istemiyorlar. Ne varsa bilmiyorum...Ya bilmiyorum işte, yani gidemiyoruz bazı yerlere. Dışarıdan işe giren var mı, yeni işe giren var mı, ilaç isteyen var mı falan diyoruz. Yok yok falan deniyor hemen, biz de çıkıyoruz mesela. Toplam üç ya da dört dakika kalıyoruz. ...Yani, sürekli bir rahatsızlık kaynağı olarak görülen birisiniz." (K10)

"Tabi bu firmaların da çoğu aslında altyapı tam oturmadiğı için, sistem içerisinde görünmesini istediğı için hekimin de çok fazla görünmesini arzu etmiyor. Yani, işverenin de bu anlamda talebi olabilir. İllaki hekim demiyor yani. Öyle olunca, ücretler dibe vuruyor doğal olarak." (K4)

"Yani ben bir örnek vereyim size. Bir iş yerine neredeyse zorla geliyorum. Onun dışında da gittiğim iş yerine yaklaşıırken on-on beş dakika önce telefon ediyorum geliyorum diye. Gelme hocam diyorlar bu aralar çok yoğunuz. Bir iki ayda bir gittiğim bir yer burası. Yani, şey mi yapıyorsunuz bomba mı imha ediyorsunuz ... bütün hikâye şu: iş sürekli akış halinde diye ayaklarının altına dolaşmamızı istemiyorlar. ...Aynı zamanda üretimi sekteye de uğratan kişiler olarak gözüküyoruz onların gözünde." (K11)

Özetle, düşük ücretin yanında, esnek ücret ödeme mekanizması ya da gelir güvencesizliği, uzak-tan, mobil, gezici, düzensiz ve diploma-sertifika kiralamaya dayalı esnek çalışma, yok denecek kadar ya da oldukça kısıtlı özlük/sosyal hakların varlığı, geçici çalışma, iş güvencesizliği, fonksiyonel esnekliğe bağlı hekimlik dışı işlerle karşı karşıya kalma gibi bulgular, işyeri hekimlerinin "prekaryal istihdam koşulları içinde çalıştığı bulgusunu desteklemektedir. Böyle bir çalışma koşulu, beraberinde mesleğin niteliksizleşmesi açısından da önemli bir risk faktörüdür. Nitekim araştırmanın birinci aşamasında, olumlu çalışma koşulları, OSGB dışında bireysel sözleşmeyle çalışan işyeri hekimlerinin memnuniyetinde altıncı (Tablo 14), OSGB'ye bağlı çalışmada ise birinci sırada (Tablo 15) ifade edilmiştir.

TEMA 3: OSGB SİSTEMİ

"OSGB sistemi" üçüncü tema olup, toplam otuz hekim de buna yönelik görüşünü açıklamıştır. Tema kapsamında sırasıyla; işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri, kâr ve rekabet, ekip ile mevzuat olmak üzere dört alt tema öne çıkmıştır (Tablo 23). Bir başka ifadeyle, işyeri hekimleri OSGB sistemini bu dört başlık etrafında değerlendirmiştir. Her bir alt temayı sırasıyla ayrıntılı olarak ele almak gerekirse:

İşçi Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri

OSGB sahibi olanlardan bir, emekli olanlardan iki eksik dışında geri kalan yirmi yedi hekim, OSGB sistemini ele alırken, işçi sağlığı ve güvenliği hakkındaki düşüncelerini dile getirmiştir. Gerekçeleri farklı da olsa tüm hekimler, temelde maliyet kaygıları nedeniyle OSGB sisteminin işçiyi, işçi sağlığı ve güvenliğini merkezine almadığı, önemsemediği ya da görmezden geldiği konusunda ortak görüştedirler. Ancak bu görüş, araştırmanın birinci aşamasında OSGB'ye bağlı çalışmaktan memnuniyetsizlikte alt sıralarda yer almıştır (Tablo 15). Bu konuyla ilgili hekim görüşleri:

"OSGB ve de firmaların patronlarına da zaten bu iş angarya yani. Bu iş çok gereksiz bir iş onlara göre. Bütün patronlar, istisnasız maliyet görüyor. İşçinin sağlığını ya da iş güvenliğini hiçbir dertleri yok. Türkiye'deki yüzde doksan dokuz diyeyim bence. Bu şekilde yani..." (K8)

"...kapıda Jaguar durur, işte patron araba koleksiyonu yapmaktadır, Jaguarı ya da Mercedesi çok sevmektedir. Sevgilisi vardır, ona her türlü maddi yatırımı yapar. Amaaaa asansör çalışmaz, işçiler balyaları, kumaşları sırtlarında taşıyarak üç beş, on beş merdiven çıkar. Hiç kimse de bir şey diyemez buna. Akrabalarını bile SGK'siz çalıştırırlar... Ne işçi sağlığı ne güvenlik ne işin sağlığı..." (K30)

"Akaryakıt verilen yerde işçilerin lastik ayakkabıları yok geçirgen, iletken, yalıtkan. Yok bunu görme biz alamıyoruz çok pahalı bunlar diyor genelde işverenler. Bunları bizim de görmezlikten gelmenizi istiyorlar..." (K24)

İki hekim, bu görüşlerin tersine, uluslararası firmaların asla kendi ülkelerinin standartlarında olmasa da Türkiye'deki iş yerlerinde yerli firmalara göre, daha fazla işçi sağlığı ve güvenliği hizmeti sunduğundan bahsederek, başka bir tartışma başlatmıştır. Şöyle ki:

"Ben bu şirketin mesela yurt dışı versiyonunu da gördüm. Gözlemleme şansına sahip oldum... Çok ciddi bir ergonomi önlemleri var çalışma koşullarında. Yani bütün masalar iniyor çıkıyor, koltuklar hepsinin seviyesi değişken. Aynı şirketin Türkiye'deki firmasında yani sahipleri aynı ama böyle bir bütçeyi bize vermiyor...Gerçi, bizim ülkenin firmalarından daha iyi tabi ama. Belli bir süre sonra da iş sağlığında bize benziyorlar maalesef." (K15)

"...iş güvenliği ve işçi sağlığı açısından dediklerimizi yapıyorlar. Çünkü uluslararası firmalar. Aşı kampanyası sürekli. Onlar biliyor mesela bana diyor; Kanseri haftası geliyor, işte bir eğitim verelim. Ben çok şanslı bir yerdeyim." (K4)

Hekimlerin büyük bir çoğunluğu, OSGB sisteminin işçiyi, işçi sağlığı ve güvenliğini merkezine almadığı, önemsemediği ya da görmezden geldiğini konusunda patronları sorumlu tutarken, bu konuda dört hekim meslektaşlarını, üç hekim ise işçileri sorumlu tutup, onların da işçi sağlığı ve güvenliğini önemsemediklerini belirtmiştir. Hekimlerin bu konudaki bazı görüşleri şöyledir:

"...(iş yerine gitmeyip, kâğıt üstünde çalışan hekimleri, diplomasını kiralayanları kast ederek) Ama benim üzüldüğüm kısım şu. Peki o zaman iş sağlığını, daha doğrusu işçi sağlığını kim koruyacak? Ya da kim düşünecek?..." (K4)

"Şirketlerde yaşanan büyük sorunlar kayıt altına alınmıyor. Çok fazla insan sigortasız çalıştırılıyor. Bu konular da çok iyi soruşturulmalı ve denetlenmeli." (K19)

"...işçi sağlığı adına gerçekten bir şeyler yaptığınızda masraf çıkarıyorsunuz ya da iş çıkarıyorsunuz anlamına geliyor işverenler için. Ama yine de mücadele veriyorsunuz. Sonra, işçi sağlığına çok fazla önem vermeyen ya da bu alanı hiç bilmeyen başka bir hekim geliyor yerinize..." (K13)

"...Bu bakış açısı da işçilerde de var ama. Önerilerimizi gereksiz görüyorlar. Tabii maske takmıyorlar. Hocam, bize bir şey olmaz diyor, geçiyor, gidiyor. O bilinç oluşmamış. Kim bilir ne zaman oluşur." (K8)

"İşçi, işyeri hekimi olduğunu biliyor ama işyeri hekimi hiç gelmediğinde sorun etmiyor, talep de etmiyor. Bunun talep edilmesi gereken bir şey olduğunu bilmiyor. Diyor ki sizden önce hiç doktor gelmiyordu, siz geliyorsunuz yani. O kadar..." (K27)

"Bilinçsiz ve en ucuz işçi Türkiye'de. Olmaz bana bir şey diyorlar. Evet, şimdi kanser olmayacak ama yirmi sene sonra olacaktır yani. Ben hiç görmeyeceğim onu. Ama vicdanen dedim, ben bunların suç ortağı olmayayım. İki defa, üç defa yazdım deftere. Sonra OSGB'ye: abi, yerimi değiştir. Öyle oldu, yerime başka doktor gönderdiler. Ama ne yazık ki başka doktor gidip benim gibi hassasiyet göstermemişti. Göstermeyebiliyor. Haaaaa niye göstermiyor, ben onu da suçlamıyorum..." (K29)

Bu yaklaşımlara ek olarak, on bir hekim ilk temanın sağlık gözetimi alt temasında bunları yerine getirememeye gerekçelerinde de belirtildiği gibi, işçilerin sigortasız çalışması, işe giriş ve çıkışlarının çok hızlı olması, kayıt dışı çalışma, geçici işler gibi nedenlerle işçilere ulaşılmadığından, bu hizmetlerin verilemediği üzerinde durmuştur. Bir hekim durumunu şu şekilde özetlemiştir:

"Adamlar iki ayda bir işçi değiştirirlerdi. Şimdi o çevrede bir dolu böyle firma var. O işçiler sürekli o firmalar arasında gezer sürekli. Bir bakarsın, altı ay sonra adam geri gelir. Sonra bir ay sonra gider, bir daha altı ay sonra gelir. Emme basma tulumba gibi birileri gidiyor, birileri geliyor. Neden? Kıdem tazminatı ödememek için iki-üç ay çalıştırırlar, işten çıkarırlar. Hepsi asgari ücretle çalışıyorlar zaten. Adamlar sürekli bir sirkülasyon halindedir üç-beş firmanın arasında. Bu işçiler bazen bizi göremez bile. Sürekli gelir, gider." (K6)

Hekimlerin büyük bir çoğunluğu da böyle bir anlayışın sonucunda işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yerine getirmede güçlük yaşadığını, hizmetin kalitesizleştiğini, mesleki doyumsuzluk yaşadığını ifade etmiştir. Bunun da meslek etiği ve vicdani açıdan kendilerini ağır bir yükke karşı karşıya bıraktığından bahsetmiştir. Bu bulgudan farklı olarak, araştırmanın birinci aşamasında, iş doyumu ya da mesleki tatmin OSGB'ye bağlı çalışmaktan memnun olmada ya da memnuniyetsizlikte alt sıralarda yer almıştır (Tablo 15).

Kâr ve Rekabet

İşçi sağlığı ve güvenliği alt temasından sonra, yirmi hekim OSGB sistemini öncelikle en fazla kâr, daha sonra rekabet ve onlarla doğrudan ilişkili olan ya da onları açıklayan "sömürü, pazar, ticaret, maliyet, işletme, taşeron" kavramlarıyla OSGB sistemini ya da uygulamasını tanımlamıştır. Dolayısıyla, hekimler, OSGB'lerin temel amacının "kâr" olduğu ve işyeri hekimlerinin de bunu sağlayan mekanizmalardan birisi olduğu, "kâr"ın olduğu yerde emek gücü sömürü olduğu için, hekimlerin de buna maruz kaldığını, öte yandan, sunduğu sağlık hizmetiyle de işçilerin hastaneye gitmesini engelleyerek, işçinin patrona maliyetini düşürdüğünü vurgulamıştır.

Araştırmanın birinci aşamasında da işyeri hekimleri birinci sırada patronların maliyet kaygısı nedeniyle işçi sağlığı ve güvenliği hizmetini yerine getiremediğini (Grafik 8), kişisel deneyim olarak OSGB'ye bağlı olarak çalışmaktan memnuniyetsizlikte OSGB'nin ticari ve taşeron olması nedeniyle "emek sömürüsü yapması" ikinci sırada yer almıştır (Tablo 15). Araştırmanın bu aşamasında bazı işyeri hekimleri konuyla ilgili görüşlerini şu şekilde özetlemiştir:

"OSGB'ler kapitalist bir sistemde para kazanmak amacıyla kurulmuştur. Temel amacı budur. Ah seni rahat ettireyim, mutlu edeyim, seni besleyeyim falan diye olabilir mi? Böyle bir amacı yok zaten... Maksimum sömürebildiğin kadar, sömür inancıyla yönetilen kuruluşlar bunlar. Bu kuruluşların herhangi bir iyilik getireceğini düşünmüyorum... Onlar hangi işi yaparsa yapsın, hep para kazanacak. O, kasap da olsa kazanacak. Onlar farklı, küçük bir grup ama..." (K15)

"OSGB'ler de firmalar da sadece para derdinde. O bana kaç para kazandırır devamlılık mı olur mu? Bu hekim bana kaç para kazandırır? Bir de her firmanın her dediğini yapar mı? Beni zor durumda bırakıp ikide bir uğraştırır mı? İlk önce buna bakıyor OSGB..." (K13)

"Yani şöyle OSGB'nin temel mantığı kâr. Doğal olarak hekime kâr üzerinden bakabiliyor. Orada bir hekim olarak görmüyor yani. Yani kurumsal yaklaşanlar dışında, çoğu OSGB'ler hep böyle bir amaç içinde." (K27)

"OSGB, ticari amaçla kurulmuş ticari bir kuruluştur. Nihai amacı kârdır. OSGB sisteminin en büyük sorunu biraz fazla ticarileşmiş olmasıdır. Kanunda belirtilen bir kamu hizmetidir aslında bence onu ticari aracı kurumların konulması çok saçma olabilir. Paraya dökülüyor. Rekabetten dolayı fiyatlar düşüyor. Başka ticari endişeler geliyor. Kalitesi düşüyor. OSGB olunca, kâr marjları, dükkân, vergi giderleri gibi fazladan giderler ortaya çıkıyor..." (K28)

"Yoksa bu sömürü düzeniyle bir şekilde biz de işçiler gibi şirketlere bağlı olarak çalışıp sömürüleceğiz.... Mutlaka zaten para amaçlı ve tamamen finans odaklı bir sistem." (K20)

"... Ortada inanılmaz bir rekabet var OSGB'ler açısından. Dolayısıyla sürekli bir fiyat kırma, düşürme var. Bunda, tecrübesiz, yeni mezun ya da yeni eleman fark etmiyor. İş güvenliği uzmanından tutun da hekimlere kadar böyle. Ne kadar yeni varsa toplayayım o şekilde hizmet vereyim şeklinde tutumları var." (K26)

"Şimdi işveren açısından en değerli orada kişi işyeri hekimi. Çünkü çalışanın azami sürede iş yerinde kalmasını sağlıyor. Yani işte hastaneye gitmesinin önünün şeyi. Tabii ki bu maliyet önemli. Böyle olunca, maliyetleri engelliyor, düşürüyor. Hekim onun (patronları kast ederek) için bu açıdan çok değerli." (K18)

"OSGB'ler arası rekabetler sebebiyle daha ucuza satılıyor emeğimiz. Ve bu sebeple yaptığımız işin niteliği de motivasyonumuz da düşüyor." (K9)

"...OSGB'lerin çoğunluğu küçük aile işletmesi gibi aslında. Baba OSGB sahibi, kızı yönetici ya da oğlu İK'ci. Böyle devam eden akrabalık ilişkileri. Bu ilişkiler de sömürü mekanizmasını kurmuş tabii." (K23)

"...Tam bir taşeron sistemi olan OSGB, bize aracılık eden ama aslında taşere eden. Hadi diyelim ki bizi pazarlayan diyelim ama o kadar da şey yapmayalım yani. İşte bizi prezante eden..." (K30)

"OSGB komisyoncu. Hani yaptığı aslında temelde çok istisnai olarak böyle hassas çalışanları, müstesna tutarsak, çoğunun yaptığı şey şu, ben şirketi ayarlıyorum, hekimlerin bu konuda elini zayıflatıyorlar... OSGB tabii bu işten kâr ediyor. Hani bu şeye benziyor, sağlık turizmine. Sabiha Gökçen'den iniyorsun, taksi diyor ki, abi seni nereye götürüyüm? Taksicilerin ayağına düşmüş ya sağlık turizmi. OSGB'ler de öyle bir şey olmuş." (K19)

Sadece bir hekim, OSGB sisteminin işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerini özel sektöre devrederek, devletin tümüyle bu alandan çekilmesinin mekanizması olduğunu belirtmiştir. Örneğin:

"Ben, aslında, OSGB'lerin devletin iş güvenliği ve sağlığı konusunda uğraşmayayım, özel sektör kendi kendine çözsun gibi bir kurum olduğunu düşünüyorum. İlk işyeri hekimliğine başladığımızda, bu konuda pek de bilgimiz olmadığına sömürüldüğümüzü fark etmedik. Hepimizin gözü, sonradan açılıyor; öğreniyoruz. OSGB aslında kâr amacı güden bir kurum da olduğundan, kendisiyle çalışanlarına da değer vermeyen bir kuruma dönüşmüş oluyor. Genel olarak yaptığı şey şu: en ucuza hizmet vereyim ki ben tercih edileyim. Bu süreçte işte mümkün olduğunca diğer harcamaları da kısıyım, çok temel bir işletme haline dönüşeyim ve işte piyasanın talebini karşılayayım. Aslında yaptıkları şey bu. Ve burada çalışan memnuniyeti çıkar mı hiç." (K25)

Hekimlerin büyük bir çoğunluğu OSGB'yi ekonomi politiğin kavramlarını kullanarak değerlendirenken, üç hekim bu sistemi, aynı zamanda "siyasi" ya da siyaset ile ilişkilendirilmiş yapılar olarak da ele almıştır. Şöyle ki:

"OSGB diyor ki, şirketleri ben ayarlıyorum. Piyasayı da kızıdırıyorlar. Neden? Büyük OSGB'ler siyasiler. Yani o yönü var. Mesela büyük şirket on tane şirket grubu bir tane de OSGB'yi kurmuş. Patronlar oturuyorlar siyasilerle masaya. Daha rahat bir şeyleri yönlendiriyorlar. Bu konuyu çözmek zor bir şey yani..." (K19)

"... Pek çok milletvekili, müsteşar gibi pek çok siyasetçinin de OSGB sahibi olduğunu duyuyoruz..." (K30)

"...bilhassa güç odaklarına yakın kişiler büyük gelirler elde ettiler burada. Çok çok büyük gelirler elde ettiler. Mesela, ben belediye başkan adayını, belediye başkanı oldu mu sonradan bilmiyorum ama adaylığını biliyorum. Mesela, ben

ülkenin çok büyük yerlerindekiilerin oğullarını biliyorum. Yani bu patron kesimi aslında bu işin kaymağını onlar yiyor..." (K29)

Sonuç olarak, bir hekim OSGB sistemini değerlendirirken, mevcut durumu şu cümleyle özetlemiştir:

"Ben şuna üzülüyorum kendimle ilgili mesela. Bu mesleği icra ederken, ciddi ciddi bir problem yaşamadım. Ama genel anlamda düşündüğün zaman, OSGB'lerin dibine kadar bozuk olduğunu düşünüyorum..." (K12)

Ekip

İşyeri hekimleri OSGB sistemini değerlendirirken, üçüncü alt tema "ekip"tir. Bu konuda, sadece işyeri hekimlerinin tümü, emeklilerden üçü, OSGB sahiplerinden bir eksik olmak üzere on yedi hekim görüş bildirmiştir. İşçi sağlığı ve güvenliği sağlık ekibi konusunda görüş bildiren tüm hekimler, iş güvenliği uzmanı ve işyeri hemşiresi olmak üzere, ekip üyelerinin önemine ve onların çalışma yaşamındaki sorunlarına değinerek ortaklık sağlamıştır. Buna paralel olarak, araştırmanın birinci aşamasında işyeri hekimleri OSGB'ye bağlı çalışmaktan memnun olma gerekçelerinden birisini iş güvenliği uzmanlarıyla birlikte çalışma olarak göstermiştir (Tablo 15). Ayrıca, işyeri hekimliği hizmetlerini yerine getirememeye gerekçelerinden dördüncü sırada tanımlamıştır (Grafik 8). Yine, birinci temanın sağlık gözetimi alt temasında da bu emekçiler olmadığı için işe giriş ve periyodik muayeneleri yapmakta zorlandıklarını belirtmişlerdir. Bu konuda, görüşlerini bildiren bazı hekimlerin ifadeleri:

"Hemşirelerin ciddi bir sorunu olduğunu düşünüyorum. En değersizleştirilen şey hemşireler. İşçi sağlığıyla ilgili mevzuatlarda tek bir görevleri yok.... DSP diye diğer sağlık personeli diye bir kavram var. Adı bile kötü. Ama olsun, bir ara vardı, biz işverene diyorduk ki bu zorunlu. Bazı iş yerlerinde işe giriş ve periyodik muayeneleri hemşireyle birlikte yapıyoruz. Onların çok önemi olduğunu düşünüyorum açıkçası. Çok yararlı bizim açımızdan, çok kolaylaştırıcı da aynı zamanda." (K4)

"İş güvenliği uzmanlarının devreye girmesiyle iş yükümüz azaldı. Hakikaten orası hammaliye işi. Bizden almış oldular. OSGB'de iş güvenliği uzmanıyla birlikte istişare etmek de daha rahat." (K3)

"...şantiyelerde gezici hekim olduğum için DSP'nin olmadığı bölgelerde de teknikerimiz evrak işleriyle ilgileniyor. DSP olan yerlerde onlar sağlık taramaları ve evraklarla en azından sahaya daha çok hakim olmamı sağlıyorlar sağ olsunlar...Zaten bu ekip işi yani tek başınıza bir şey yapamıyorsunuz. İş güvenliği uzmanınız, DSP'niz işte hemşireniz, teknikeriniz hepsi beraber çalışıyor..." (K26)

Bu alt temada ikinci olarak gündeme gelen konu, iş güvenliği uzmanı, hemşire, teknisyen ve başka ülkelerde herhangi bir sağlık programında okumuş kişilerin hekim olarak çalıştırılmasıdır. Bu durum, bazı hekimler tarafından "merdiven altı hekimlik" olarak da tanımlanmıştır Böyle bir sorun, araştırmanın birinci aşamasında OSGB'ye bağlı çalışmaktan memnuniyetsizlikte alt sıralarda yer alırken (Tablo 15), bu alt temada öne çıkan bir konu olmuştur. Hekim olmayanlar hekim olarak çalıştırılmış ya da ikâme edilmiştir. Bir başka ifadeyle, pahalı olan emek gücü, daha ucuz olan ile değiştirilerek, patronlar için önemli bir emek maliyeti stratejisi kullanılmıştır. Konuya yönelik hekim görüşleri şu şekildedir:

"Hekim kaşesini satıyor. Hemşire, iş güvenliği uzmanı hekim gibi dolaşıyor. Hekimin çoğu işini yapıyorlar ve firma da onları hekim gibi sunuyor. Tabii, yani, şimdi şöyle siz doksan bin lira hekime vereceğinize, otuz bin lira bu kişilere verirsiniz, işte maliyeti düşer de düşer. Ben, mesela, müşterilerimize de şunu diyorum bana da diplomamı sor, Tabipler Odası belgemi iste. Yani ben kaşeyi basıyorsam lütfen nüfus belgenizi verin deyin." (K21)

"Bir de doktor olmayanların doktor gibi takılması en büyük sorun bence bu. Burada işveren de para kazanıyor. Adam geliyor, işçi benim başım ağrıyor diye doktor olmayan kişi tedavi veriyor. Niye? Doktorun kaşesi orada. Sistemden ilacı yazıyor, çok saçma. Bunun sertifikasını ve e-imzasını veren doktorun kabahati artık. Onun da bir cezai işlem alması lazım." (K28)

"... OSGB'ler arası rekabetler sebebiyle, hekim olmayan kişilere gidiyor onlara hekimlik yaptırtıyor maalesef." (K9)

Mevzuat

On beş hekim OSGB sistemiyle ilgili mevzuattan bahsetmiştir. İlk kez, sadece işyeri hekimi olanlar temalar ve alt temalar içinde en az sayıda (bir kişi) görüş bildirmiştir. Görüş bildiren hekimlerin yarısı 6331 sayılı Kanun'un eksiklikleri olsa da onun öneminden, geri kalanı ise

işçi sağlığı ve güvenliğinde hiçbir iyileşmeyi sağlamadığından, başka ülkelerden kopyalanmış mevzuat olduğundan, firmalara yönelik ödül-ceza mekanizmasını kurmadığından, az tehlikeli iş yerlerinde işyeri hemşiresi de dahil sağlık ekibi çalışma zorunluluğunu getirmedeğinden söz ederek, olumsuz yönlerine dikkat çekmiştir. Hekimlerin bu konudaki bazı görüşleri şöyledir:

"Yasa hekim şunu şunu yapar diyor en azından. Önceden bu kadar da değildi. Eskiden umurlarında değildi. Sen hasta bak git diye bakılıyordu. Şimdi mevzuat yetersiz de olsa belli şeyler yapmak zorundasın. Eskiden bakıp geçiliyordu. Şimdi yaaa bir de şey varmış gürültü ölçümü yaptırmak gerekiyormuş diyor yasa. 6331 ile beraber bence bir kere yasayı yeterli bulmuyorum bir sürü sorun olduğunu düşünüyorum. Fakat bu yasayla beraber çok şey değişti. İş güvenliği anlamında, sağlık gözetimi anlamında çok şey öğrendik." (K14)

"6331 ile tüm tehlikeli ve çok tehlikeli iş yerlerinin içine girince, bunu maliyet olarak gördü işveren. İşveren sendikaları çok bastırdı bununla ilgili. Ondan sonra bizim dakikalarımız eridi, eridi, eridi. İlk böyle değildi. Şimdi beş dakika atanıyorlar bu tehlikelilere." (K18)

İşyeri hekimleri araştırmanın birinci aşamasında OSGB konusunda görüş bildirirken, yaklaşık sadece beşte birisi bu sistemi olumsuz bulduğunu, yarıdan fazlası da hem olumlu hem de olumsuz bulduğunu belirtmiştir (Tablo 15). Ancak araştırmanın bu aşamasında, gerek diğer temalarda gerekse bu üçüncü temada, OSGB sistemi gerekçeleriyle birlikte önemli ölçüde ayrıntılı olarak eleştirilmiştir.

OSGB teması ve onun alt temalarında ifade edilen bazı sorunlarda; yedi işyeri hekimi, bu sistemin tamamıyla kaldırılarak devlet eliyle sürdürülmesi, on bir hekim mevzuat temelinde düzenlemeler yapılması, üç işyeri hekimi, başta hekim olmayanların hekim olarak çalıştırılması olmak üzere etik dışı uygulamalar için bildirim ve denetim mekanizmalarının kurulması, altı hekim, denetimler sonucunda OSGB'lere yönelik-ödül ya da cezanın uygulanması, iki işyeri hekimi ise işverenlere sorumluluk verilmesi önerilerinde bulunmuştur. Hekimlerin bazı görüşleri şöyledir:

"Bence bu iş böyle devam edecek. O düzen, çünkü o düzeni değiştirmemiz mümkün değil bizim. Her türlü şey var. Herkes kendini korumaya çalışıyor. İşyeri hekimi, işçi, patron, OSGB. Benim hissettiğim şey bu yani. Tabii, hangi sağlık meslek grubu olursanız olun, merkezde siz yoksunuz. Merkezde diğerleri var. Köklü öneriler olmadan çözülmez hiçbir sorun." (K7)

"OSGB'ler kaldırılmalı ve devlet ayağında yürütülmeli. Aracı kurumlarla uğraşmamalıyız. Devlet eliyle olmuyorsa biz birebir firmalarla anlaşmalıyız." (K17)

TEMA 4: OSGB'YE BAĞLI İŞYERİ HEKİMİ OLARAK ÇALIŞMAK

Dördüncü temada üzerinde en fazla konuşulan konular bakımından sırasıyla; mesleki saygınlık ya da itibar, mesleki bağımsızlık, iki ya da üç farklı hekimlik yapmak ve işyeri hekimliğinin anlamı olmak üzere dört alt tema ortaya çıkmıştır (Tablo 23). Her farklı gruptan tüm hekimler en az iki kez bu konularda düşüncelerini beyan etmiş olup, çoğu noktada da ortaklaşmıştır. Aşağıdaki alt temalarda da ifade edildiği gibi, ortaklaşılacak temel nokta; OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmanın olumsuz niteliklere sahip olmasıdır. Bu nitelikleme, daha önceden sağlık ocağı deneyimi olanlarda ve OSGB öncesi işyeri hekimliği yapanlarda, OSGB öncesi işyeri hekimliği uygulamalarının önemli eksiklikleri olmakla beraber, şimdiki uygulamanın daha kötü bir noktada olduğu şeklindedir. Diğer taraftan, özellikle genç hekimler ise daha önceki hastane, özellikle acil servislerindeki şiddete maruz kalma, yoğun çalışma gibi koşullara göre OSGB'ye bağlı işyeri hekimliğinin daha iyi olduğunu, ancak özünde işçiler ve hekimler açısından önemli sorunlara sahip olduğunu düşünmektedir. Her bir alt tema sırasıyla ayrıntılı olarak incelenecek olursa:

Mesleki Saygınlık ya da İtibar

OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmada üzerinde en fazla durulan ilk konu ya da alt tema "mesleki saygınlık ya da mesleki itibar"dır. Benzer bir biçimde, araştırmanın birinci aşamasında da OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmaktan memnun olanlarda "saygı ve itibar görme" altıncı sırada yer almıştır (Tablo 15). Araştırmanın bu bölümünde, yirmi bir hekim (en fazla muayenehane-klinik sahibi, emekli ve sadece işyeri hekimi olanlar) bu konuda görüş bildirmiştir. Beş hekim mesleki olarak OSGB ve iş yerlerinde saygı, değer ve itibar gördüğünü, on altısı ise tersini düşünmüştür. Olumlu düşünenlerden emekliler ve kamuda çalışanlar bu durumu kendi

tutumlarıyla, mesleki duruşlarıyla, uzun süredir işyeri hekimi olarak ya da bazı işyerlerinde yine uzun süredir çalışmalarıyla ilişkilendirmiştir. Buna karşın, sadece işyeri hekimi olan iki hekim ise önceki çalışma yeri olan kamudaki acil servislerin olumsuz çalışma koşullarıyla karşılaştırarak, OSGB'ye bağlı çalışmayı daha olumlu bulmuştur. İki hekim durumunu şu şekilde açıklamıştır:

"Acilde daha bir kavga, gürültü, yoğunluk oluyor. Seni herkes bilgisiz bir doktor olarak görüyor. Ama tabi ki iş yerinde hastaya hastalığı ya da poliklinik yaptığım dönemde daha fazla bilgi verebildiğim için yani saygıyı OSGB'de, iş yerlerinde daha çok görüyorum. Yani şunu gördüm nöroloji uzmanı nörolog ya da beyin cerrahı uzmanı olmuş o hekimden rapor almış ve onunla alakalı bir soruyu gelip işyeri hekimi olarak bana sorabiliyor. Kesinlikle, bulunduğunuz ortam açısından mı bilmiyorum ama, ben acilde görmediğim saygıyı iş yerlerinde görüyorum." (K26)

"...ben bu OSGB'lerle de sözleşme yaparken, çok ilkeli hareket ediyorum. Doğal olarak da bana karşı saygılılar. Ama şunu fark ediyorum; yirmi yıldır bağımsız çalıştığım iki firmam çok daha fazla saygılı... Hatta, "(bireysel sözleşmeli çalışmaya atıfta bulunarak) şunu gördüm bağımsız çalıştığım ve özellikle uluslararası şirketlerin saygıları istekleri talepleri daha üst düzeyde bu da beni mutlu ediyor." (K12)

OSGB'de işyeri hekimi olarak çalışmanın mesleki olarak saygın ya da itibarlı olmadığını düşünen on bir hekim bunu "saygısızlık, değersizlik, gereksizlik ya da fazlalık" kavramlarıyla açıklamıştır. Yine bu bulguya benzer bir biçimde, araştırmanın birinci aşamasında OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmaktan memnun olmayanlarda "değersizlik, itibar kaybı ve saygı görememe" beşinci sırada gelmiştir (Tablo 15). Araştırmanın bu aşamasında, hekimler, saygısızlığa OSGB ve daha çok iş yerlerinde (daha çok patronlar, müdürler, İK yöneticileri tarafından) maruz kaldığını ifade etmiştir. Değersizliğe ise yine OSGB ve daha az ve yetersiz zaman geçirdikleri iş yerlerinde, az tehlikeli iş yeri gruplarında ve özellikle beyaz yakalı işçiler tarafından maruz kaldığını belirtmiştir. Buna yönelik bazı hekimlerin ifadeleri şöyledir:

"Şimdi bu sağlık ortamında kendini orada değerli görme şansın yok zaten. Nefes alamıyorsun, tuvalete gidemiyorsun, arkadaşına bir söz söylemiyorsun. Beş para etmiyoruz. Bir de duyuyoruz gençlerden. Seni her işte kullanıyorsa angaryada kullanıyorsa, yeri gelir İK uzmanı gibi davranıyorsa, yeri gelir temizlikçi gibi davranıyorsa o zaman kendini daha kötü hisseder insan..." (K14)

"Sıvacı, o patronun, yöneticinin nezdinde daha değerli. Çünkü o eğer işine beş gün gelmezse...O bina yarım kalacak. Ama hekimi işten kovdu. İstemedi. Gelmesin. Hiçbir şey olmayacak. Bir işyeri hekimi hiçbir zaman, bunu mesela bizim hanım bana söyler. İşyeri hekimi hiçbir zaman bir doktor edasıyla, doktor itibarıyla çalışmıyor yani. Anlatabildim mi?... Hiçbir zaman onu hissetmedim..." (K29)

"İşçi geliyor, üretiyor, bir ürün elde ediyor, bir şey yaratıyor. Siz onu alıp satıyorsunuz oradan kâr elde ediyorsunuz. Sonra, hem zenginleşiyorsunuz ya da yaşamınızı idame ettiriyorsunuz. Hekimi sadece paraya bir değirmen olarak görüyor birçok iş yeri sahibi. Hekim de o işçinin makine başında durması kadar sağlıklı kılar. Ama bu bile bir değer değil. Öyle bir bakış açısı yok. Hekim gereksiz yere orada para kazanan bir birey pozisyonunda herkesin gözünde. Yani bu pozisyonda olunca, hekimin saygı görmesi mümkün mü? Hiç değil, bu hikâye aslında." (K23)

"Bizim yaptığımız üç şey var: İşe giriş muayenesi yapmak, tahlilleri geliyor ve siz işçi çalışabilir ya da çalışamaz diyorsunuz. İkincisi, reçete yazmak. Üçüncüsü, ziyaret defterlerini imzalamak. Yaaaa, biz hekimiz be. Bunun için bir tane tıbbi sekreter bile bunları yapar. Ama bir şey söyleyeyim mi kesinlikle firmaların vermediği değeri de OSGB'nin tavrı belirliyor zaten." (K11)

"Yani bir yığın iş yapıyor görünüyoruz. Yapsak da bunlar sonuca geliyor. Bazen şöyle düşünüyorum. Olmasaydık hiçbir şey değişmezdi. Daha yani ne iş sağlığı daha kötü olurdu, ne iş güvenliği daha kötü olurdu. Yani bizim varlığımız çok büyük bir fark yaratmadı. Yani bilmiyorum çok kabaca gördüğüm bunlar." (K4)

"..yine çok tehlikeli bir yerde çok daha kıymetlisiniz. Ama az tehlikeli gidince tamamen fazlalıksınız. Gözünün içine bakıyorlar git diye. Ya da yine mi geldi duygusu oluşuyor ben de." (K17)

"Biz gereksiz eleman gibi görünüyoruz bazı yerlerde. Şimdiki gittiğim yerlerde değil. Ne istediğin tetkikleri yaptırırlar ne de işçileri çağırırlar. Dedim ki bugün geleceğim, bu işçi lütfen burada olsun. Vardiyasını falan ayarlayın ona göre. Çünkü benim de geleceğim gün belli, ayda bir defa geliyor. Hiçbir zaman o işçi oraya çağırılmaz. Dediğim gibi, bu zaten sen gereksiz birisin." (K6)

Dört hekim, genelde hekimler değer kaybettiği için, paralelinde işyeri hekimlerinin de değersizleştiğine atıfta bulunmuştur. Şöyle ki:

"...Hekim olarak saygınlığımızı kaybettikten sonra, işyeri hekimi olarak da zaten saygın değiliz... İşyeri hekimi olunca seni pamuklara sarmıyorlar... Hekim olarak saygın olmadığın bir ülkede hekimlik yapmaya çalışıyorsunuz..." (K7)

"(bireysel olarak işyeri hekimi olarak çalışmayı kast ederek) Kendine yakışır bir ortamda yürütebiliyor işyeri hekimi. Gerekli değeri de görüyor. Ama OSGB uygulamalarında şu anda öyle bir şey yok. Şu andaki işyeri hekimi olarak biz de bunu kabullenmişiz artık." (K29)

İki hekim (biris emekli, diğeri sadece işyeri hekimi), maruz kaldıkları saygısızlığı, değersizliği ve itibarsızlığı önlemek için merdiven altı ya da gayri resmi yapılan hekimlik uygulamalarının denetim altına alınmasını, bir hekim bu uygulamalara dönük şikâyet mekanizmalarının kurulmasını önermiştir. Burada ÇSGB'yi olduğu kadar, TTB ve İTO'yu da sorumlu kılmıştır. Örneğin:

"...Merdiven altı hekimler temizlensin, saygınlık kazanalım. Bunun çok yolu var gerçekten. Çalışma Bakanlığı'nın, Tabipler Birliği'nin ve İstanbul Tabip Odası'nın sorumluluğu çok olmalı bu konuda. Önleyici mekanizmalar olmalı mutlaka." (K22)

Mesleki Bağımsızlık

Bu konuda, toplam on sekiz hekim (sadece işyeri hekimlerinin, özelde çalışanların ve muayenehane-klinik sahiplerinin tümü) görüşünü ifade etmiş olup, hepsi OSGB'ye bağlı olarak çalışmanın ve oradan ücret almanın mesleki bağımsızlığı kaybettirdiği konusunda fikir birliği içinde olmuştur. Nitekim, mesleki bağımsızlık, araştırmanın birinci aşamasında, OSGB dışında bireysel sözleşmeli olarak işyeri hekimi yapanların memnun olma gerekçesinde üçüncü (Tablo 14), OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmaktan memnun olmayanlarda ve İTO'dan beklenti ya da önerilerde ise onuncu sırada yer almıştır (Tablo 15, Tablo 20).

Araştırmanın bu aşamasında hekimlerin tümü hem OSGB'ler hem de çalıştıkları iş yerleri tarafından mesleki bağımsızlıkların kaybını; işçilere verdikleri rapora müdahale edilmesiyle, işsizlik tehdidiyle, birinci temada belirtildiği gibi, patronların, yöneticilerin ve işçilerin uygun olmayan reçete taleplerini yerine getirme baskısıyla, ikinci temada belirtildiği gibi, özellikle genç hekimlerin meslek dışı işleri yapmaya mecbur bırakılmasıyla açıklamıştır. Buna yönelik bazı hekimlerin açıklamaları şu şekildedir:

"...Nasıl ki biz doktorlar boyun eğmek zorunda kalıyoruz. Bir şeyde bence patronlar da sistemin kölesi... Asla bağımsız olduğumuzu düşünmüyorum. Mesela, yani işveren baskısı oluyor. Şimdi yalan yok. Atıyorum, adamın epilepsisi var; gece çalışamaz bu adam ağır işte çalışamaz ya epilepsi krizi geçirirse diyoruz. İşveren de yaaaa sen de çok zora koşuyorsun arkadaş, böyle de olmaz ki diyor. Bunu dikkate almazsan, durum ciddileşiyor." (K24)

"Yani şöyle oluyor; daha çok ben OSGB üzerinden çalıştığım için sonuçta bizim bir patronumuz var illaki bir patron baskısı görüyorsunuz. Yani ben bu ilacı yazmam dediğiniz zaman biraz kavgalar çıkabiliyor tam bir özerklik olmuyor o konuda. Hastanede daha özerk olduğumuzu söyleyebilirim." (K26)

Hekimlerin tümü, ücretleri ve istihdamları açısından OSGB'ye ve onların sözleşmeli olduğu şirketlerde çalışmalarını da mesleki bağımsızlıkları önündeki en önemli faktörlerden birisi olarak tanımlamıştır. Bu konudaki hekim görüşleri şu şöyledir:

"Size para veren adamı siz bakanlığa şikâyet edebilir misiniz? Sana emeğinin karşılığını bile vermeyen patron, seni de satın almış oluyor da ondan. Sorun orada başlıyor..." (K4)

"Kurbanlık koyunun kesiminde, kasabın bıçağını yalaması gibi. Denetleyen kişi denetlediği yerden maaş alır mı? Biz o konumdayız. Biz patronlardan maaş alıyoruz. Böyle koşullarda mesleki olarak bağımsız nasıl olunur büyük soru işareti." (K10)

"Mesleki bağımsızlık açısından kesinlikle bir sorun görüyorum. Bağımsız olarak hizmet veremiyorum. Maaşınızı almadığınız bir yerde bağımsız ve özerk hekim olamıyorsunuz. Olunamaz." (K28)

Bu nedenle, sekiz hekim mesleki bağımsızlık için de tıpkı istihdam koşulları temasında olduğu gibi, ücretini ve istihdamını devlet tarafından olması gerektiğini, bu konuda İTO'nun mücadele etmesi gerektiği bu oluncaya kadar da ÇSGB'nin etkin denetim yapmaya devam etmesi gerektiği önerisinde bulunmuştur. Bu konuda üç hekimin açıklaması şöyledir:

"Doktor ve iş güvenlik uzmanı ile iş yeri sahibinin arasındaki bu işçi patron sözleşmesinin ortadan kalkması lazım. Yani bu şart. Bu yapılırsa evet bu iş düzene girecek. Yapılmazsa girmez. Mesela ben örnekler veriyorum size, aile hekimi gibi devletten maaşlı da olabilir. Bu durumda, işyeri hekiminin garantisi vardır hayatında, geleceğe de garantisi vardır. Kaygısı olmazsa yani, bunu demek istiyorum. O zaman alacak kararlarına çok daha inançlı, daha ne diyeyim daha objektif olur. Ve iyi kararlar verebilir." (K29)

"İşveren bize ücret ödemesin. Bize ücret ödediği zaman bizi satın almış sanıyor. Biz onun çalışanı olmuş oluyoruz. O yüzden, ona başkaldıramamış oluyoruz. Biz bu adamlara para veriyoruz. O zaman her istediğimi yaptırabilirim diye düşünüyor işveren kesinlikle." (K8)

"Paramı o (OSGB'yi kast ederek) vermemeli. Asıl yapılması gereken, düzeltilmesi gereken şey bu.... Bizim bir yaptırım gücümüzün olması lazım. Yaptırım gücümüzün olması için de parayı veren kişi şirket olmamalı. Daha doğrusu şirket doktora para ödediğini düşünmemeli." (K6)

İki ya da Üç Farklı Hekimlik Yapmak

Araştırmanın birinci aşamasında, OSGB dışında hekimlerin yarıya yakını kamuda ya da özel sektörde hekim olarak çalışırken, her on hekimden birisi de OSGB dışında bireysel sözleşmeli işyeri hekimi olarak çalıştığı belirlenmiştir. Dolayısıyla, işyeri hekimi olarak çalışmalarının yanında, bazıları aile hekimi, bazıları hastanede uzman hekim bazıları ise muayenehane-klinik sahibi, bunlarla beraber, özel sağlık kurumunda nöbet tutanlar da bulunmaktadır. Hatta, birden fazla kurumda hekimlik yapmalarının ya da yapmak durumunda kalmalarının OSGB'ye bağlı çalışmaktan memnuniyetsizlik gerekçeleri arasında sıralanmıştır (Tablo 15).

Araştırmanın bu ikinci aşamasında farklı kurumlarda hekimlik yapan on hekim (üçü kamuda çalışıyor, üçü klinik-muayenehane sahibi, geri kalanı özel sektörde çalışıyor) aynı anda iki ya da üç farklı hekimlik yapmaya yönelik görüşlerini açıklamıştır. Kamuda çalışan bir hekim aynı zamanda işyeri hekimliği yapmaktan memnun olduğunu ifade ederken, diğerleri bunun tersine mesleki kimlik karmaşası yaşadığını, aynı anda farklı daha fazla mesleki bilgiyi edinmek zorunda kaldığını, hizmet verdikleri kesimler arasındaki sosyo ekonomik ve kültürel eşitsizliklerin kendilerini zorladığını dile getirmiştir. Hekimlerin bu konudaki ifadeleri:

"Yani gidip dolgu botoks bir şey yaparken, bir taraftan da işçiyle uğraşıyorsun ya da patronla.... Onlarla (işçileri kast ediyor) da siz diye konuşuyorsun. Şaşkına dönüyorlar... Bana rol karmaşası oluyor. Bazen kendimi gerçekten kötü hissediyorum. Ama hani bir yerde bir noktada tabii devam ediyoruz. Hani bir tane daha iş yeri sana verelim dedikleri zaman ben duruyorum yani. Bu rol karmaşaları canımı çok sıkıyor..." (K7)

"...Şimdi burada tabii ki biz bir kimlik karmaşası yaşayabiliyoruz. Ben sadece reçete yazan bir hekim miyim? Yoksa muayene eden ve gerçek tedavi düzenlemeye çalışan bir hekim miyim?.. Öte taraftan, siyahla beyaz gibi bir şey. Bir tarafta çok üst segment bir topluma hitap ediyorsun. Bir tarafta yani...yani konteynerde gecesini geçiren insanlara hizmet ediyorsun." (K9)

"Şimdi, orada bu tür insanlarla (işçileri kast ederek) birlikteyiz. Sonra kendi merkezimize gidiyoruz. Bambaşka bir hasta kategorisi. İki farklı yerde hekimlik yapmak; yani tahterevallı gibi. Böyle yani aslan terbiyecisi gibi yani kısacası. Tabi ama toplumun genellikle sosyolojik yapısını biliyorsunuz, onu nasıl özümseyebileceğinizi ve nasıl göğüsleyebileceğinizi biliyorsunuz zaten..." (K23)

"Aile hekimi olarak bu kadar yoğun çalışıp, günde yüz hasta bakarak, bir de üstüne gidip otuz altı tane iş yerine tek tek dolaşmak, onların o kaprislerini çekmek filan. Yani bunu keyfe yapmak benim açımdan mümkün değil." (K18)

"OSGB dışında, özel hastanede nöbet tutuyorum, acilde aktif çalışıyorum. Yorgunluk, tükenmişlik, karmaşa kelimeleri bile şu anımı açıklayamaz ki." (K24)

İşyeri Hekimliğinin Anlamı

Bu alt temada her bir işyeri hekimi açısından OSGB'ye bağlı çalışmanın ne ifade ettiği, nasıl algılandığı ve işyeri hekimliğinin nasıl tarif edildiği ortaya koyulmuştur. Tüm işyeri hekimleri en az iki kez bu alt temada fikrini beyan etmiştir. İşyeri hekimliğinin anlamı, "işyeri hekimliği yapma nedeni", "yakın gelecekte işyeri hekimliği yapmaya devam etme düşüncesi" ve "işyeri hekimliğini tarif etme" olarak ele alınmıştır.

"İşyeri hekimliği yapma nedeni" konusunda yirmi yedi hekim görüş bildirmiş olup, bu durumu iki ile üç nedenle açıklamıştır. Muayenehane-klinik sahipleri, emekliler, özel ve kamu kurumlarında hekimlik yapıp, aynı zamanda işyeri hekimliği yapan on yedi hekim, tahmin edilebileceği gibi, nedenini "ekonomik, ek gelir ya da maddi katkı" olarak belirtmiştir. Bu bulgu, araştırmanın ilk aşamasındaki OSGB'ye bağlı çalışma ve ayrılma (Grafik 3, Grafik 4), yine OSGB'ye bağlı çalışmayla OSGB dışında bireysel sözleşmeli çalışmadan memnun olma ya da olmama nedenleriyle paralellik göstermektedir (Tablo 14, Tablo 15). Bazı hekimlerin buna yönelik görüşleri:

"Şimdi yine konu şeye geliyor, maddiyata geliyor. İşyeri hekiminden bugün iki yüz- iki yüz elli bin TL bir gelir sağlayabilmiş olsak ne muayenehane açarız ne nöbet tutarız. Hiçbir şey yapmayız kesinlikle. Ben bir aylık bir rutin giderimi bir kenarda bırakarak diğer işlerimi yapıyorum. O para da gidecek olsa ben çocuğuma çocuğuma ne alacağım? Çocuk özel okulda okuyor, eşimin arabası var, kredi borcu var, dünya kadar. Yani ben bugün hiç para harcamasam, evim kirası şunu bunu falan filan rutin harcamam elli-altmış bin lira. İşyeri hekimliğinden bu parayı garanti alıp, ondan sonra ticari kaygılara dönüyorsunuz..." (K9)

"İki farklı hekimlik yapmamızın sebebinin altında maddi kaygılarımız yatıyor. Kendimizi bir şekilde garantide görmeyi istiyoruz. Çünkü bu garantiyi bize sağlayan bir devlet yok, bir özel hastane yok, bir Tabipler Birliği yok. Benim kiramı ödemiyorlar....Şu an hastanelerde mesela acilde çalışan pratisyenlerin en büyük şeyi işyeri hekimi olmak. Çünkü hem kazancı onlara fazla geliyor. Bizim de tek kaygımız her insan gibi, şu an bu ülkede yaşayan her insan kadar şunu hissediyoruz yani. Canliliğimi sürdürmeliyim. Çoluğuma çocuğuma bakmalıyım. Ne bileyim, paramı kazanmalıyım. Yatırım yapabilmeliyim. Ki bunları yapamayacağımızı bildiğimiz halde. Ya uğraş bu yönde. O yüzden, o başta anlattığınız hem emekli hem işyeri hekimliği yapıyor hem özele girmiş, bu dört-beş tane işi var. Bu kişiyi artık anlıyorum yani... Bundan belki on sene önce bu bizi... Ay ne kadar aç gözlüydü. Aç gözlü derdim." (K7)

"Hobi ve sistemi tanımak için başlamıştım işyeri hekimliğine. Zaten benim başladığım dönemde işyeri hekimliğinden çok aman aman paralar kazanılmıyordu. Ama artık günümüzü düşünürsek, artık tercih değil, mecburiyetlere yaklaşmaya başladık. Benim çalıştığım esas temel işim, artık hani dediğiniz gibi değer kaybında. Ve artık bu ikinci iş zaruri olmaya başladı. Hani tercih biraz zaruriyete döndü." (K17)

"...bir yatırımımız yok sadece emekli maaşımıza dayalı olarak yaşayacak olsak ben kirayı vermek de zorlanacağım. Faturalarımı bile ödeyemem. O yüzden zaten çalışmak zorundayım..." (K22)

Dört hekim belirttiği nedenlere ek olarak, KHK ile kamudan ihraç edilmesi nedeniyle, başka bir kurumda çalışmadığı için "zorunluluk ya da seçeneksizlik" olduğu için işyeri hekimi olarak çalıştığını dile getirmiştir. Nitekim araştırma örneğinde toplam on sekiz KHK'li olmasına karşın, OSGB'ye bağlı çalışma nedenleri içinde bu altıncı sırada yer almıştır (Grafik 3). Araştırmanın ikinci aşamasında buna yönelik hekim görüşleri şu şekildedir:

"KHK'lı olunca, işyeri hekimliğinden başka tutacak bir dalım kalmadı. Bir OSGB'de çalışan arkadaşıma dedim ki ya bana iş çıkartın yani çok az iş var elimde... Sağ olsun, buldu çalışabileceğim bir OSGB..." (K11)

"KHK'li olduğumuz için mesela kurumsal firmalar kesinlikle kabul etmiyor. Kurumsal olmayan firmalarda çalışabiliyorsak çalışabiliyoruz. KHK olmasaydı özel sektörde çalışmayı ya da işyeri hekimliği yapmayı düşünür müydüm? Asla düşünmezdim. Bu kadar da kötü olduğunu bilmiyordum. Özel sektörün çok kan emici olduğunu biliyordum ama deneyimlemek çok farklıymış. Bu çarkın içine girince o kadar iyi anladım..." (K24)

Sadece işyeri hekimi olanların dördü, daha önce acilde çalışmak gibi olumsuz çalışma koşullarına atıfta bulunarak, işyeri hekimliği yapmanın o çalışma koşullarından daha rahat ve esnek olduğu için tercih ettiğini belirtmiştir. Bu konuya yönelik fikir beyan etme, beklenenden daha az olmuştur. Çünkü, araştırmanın ilk aşamasında her on bir hekimden birisi böyle bir sorundan yakınıp, OSGB'ye bağlı çalışmaya başlamış, her on üç hekimden birisi de yine aynı nedenle daha önce başka bir OSGB'den ayrılmıştır (Grafik 3, Grafik 4). Bu konudaki hekim ifadeleri şöyledir:

"Hastanelerde bütün sorumluluk size ait, tek muhatap sizsiniz. Ama işyeri hekimliğinde daha çok sözleşme bazlı şey olduğu için ikinci bir muhatap daha oluyor. Yani hastaneyle iş yerini kıyaslıyorum da bireysel düşüncem açıkçası daha avantajlı görüyorum işyeri hekimliğini. Mental açıdan kafa daha rahat oluyor... Daha stabil, daha insani ilişkilerle konuşma yoluyla çözülebilecek bir ortam." (K26)

"Bir kere hastanelere göre uzun saatler yok, nöbetler yok, malpraktis durum riskiniz çok düşük. Burada çok bir şeyimiz yok hukuki sorumluluğumuz yok. Asıl hekime yönelik şiddet yok. Gittiğiniz yerlerde çay, kahveniz hazır, hocam buyurun gibi bir yaklaşım da var." (K27)

Bunların yanında, iki hekim OSGB'nin işyeri hekiminin akrabasının, yakının ve arkadaşının olması, dört hekim işyeri hekimliğini sevmesi, ikisi kamuda, ikisi sadece işyeri hekimi olanlar şu anda işyeri hekimliğini geleceğe yatırım olarak görüp, emeklilikte çalışmaya devam edilecek bir iş olması nedeniyle tercih etmiştir. Tüm bu gerekçeler, araştırmanın ilk aşamasında da OSGB'ye bağlı çalışma nedenleri arasında sayılmıştır (Grafik 3). Bir hekim durumunu şu şekilde açıklamıştır:

"...Tabii benim yeğenimin firması. Hem onların acil ihtiyacı ve destek olmak için hem benim de ihtiyacım var..." (K8)

"... Zaten istek üzerine yaptığım bir şey. Zorunluluk değil... Ayrıca emekliliğe yatırım..." (K16)

İşyeri hekimliğinin anlamı konusunda diğer bir boyut, "yakın gelecekte işyeri hekimliği yapmaya devam etme düşüncesi" ile ilgilidir. İki hekim geleceğini öngöremediğini, dördü gelecekte devam edeceğini, yirmi dört hekim ise devam etmeyi "asla" düşünmediğini söylemiştir. Bunlara yönelik bazı hekim görüşleri:

"...gerçekten nerede olacağımı asla öngöremiyorum. Hani çok iyi bir firmada mı çalışırım, hala aynı şekilde işte böyle birkaç ufak firmada mobil mi çalışırım ya da beş yıl sonra acaba işyeri hekimliği bu şekilde devam edecek mi yoksa tamamen kaldırılıp başka bir şey mi gelecek? Nereye nasıl tutunacağız hiç öngöremediğim bir konu. Bu tabii insanda bir strese, kaygıya neden oluyor yani. Çünkü geleceksizlik var burada... Ama şunu biliyorum: kötü firmalarla da uzun süre çalışmak istemiyorum açıkçası. Çünkü kendi sorumluluklarımı yerine getirmemiş oluyorum. Bu da bende hem mesleki tatminimi zayıflatıyor hem de hukuki anlamda da problem oluşturulabilecek durumlar." (K25)

"Ben çalışkan bir insanım. Çalışmayı seviyorum. Giderken zevk alıyorum... Dolayısıyla, benim için gelecek için pozitif bir karar olarak bakıyorum." (K16)

"...Fakat dediğim gibi, yapılacak bir iş değil yani. Şimdi olsa yapmazdım. Ya da yapar, iki sene sonra bırakırdım." (K3)

"...Yani ben gerçekten ekonomik olarak bir toparlandığımızda hiçbirimizin işyeri hekimi olarak bir daha bu masada oturacağını sanmıyorum. Yapmayacağız yani bunu." (K7)

Devam etmeyeceğini belirten ve sadece işyeri hekimliği yapan iki hekim diğer gerekçelerine ek olarak, göç etmeyi düşündüğünü de ifade etmiştir. Şöyle ki:

"Şu anda (gideceği ülkenin ismini vererek) gitmek üzere olduğum için düşünmüyorum. Mesela bugün kalkıp da piyangodan para çıksa, gel bana OSGB kuralım dese birisi kurar mıyım? Hayır kurmam. Çünkü o kadar çok telefonu ben açmam yani. Günde yüz tane telefon gelecek hakikaten dayanamam." (K30)

"Şu (gideceği ülkenin ismini vererek) işi bir belli olsun da... Eğer yurtdışına gitmek olmazsa, gidemezsem burada kalırsam hedefim, amacım kamuya dönebilmek. Acil hekimi olarak devam etmek istemiyorum. İşyeri hekimliğinden de çok korkuyorum. Bakmayın bir ip eksik sadece boynumda...Ben kesinlikle işyeri hekimliğinde çalışmak istemiyorum naçizane, samimi söylersek..." (K24)

İşyeri hekimliğinin anlamı konusunda, işyeri hekimlerinden bir kelime, sözcük, kavram ya da bir cümleyle kendi durumlarını tarif etmeleri istenmiştir. Birinci temanın "reçete yazma" alt temasından sonra, hekimlerin konuyla ilgili duygularını en fazla ifade ettiği diğer alt tema bu olmuştur. Şekilde de görüldüğü gibi, sadece beş hekim, işyeri hekimi olarak kendisinin "çözümücü, tutarlı, dengeli ve uyumlu" olduğuna vurgu yaparak "düz çizgi" olduğunu, işyeri hekimliğiyle ilgili halen umudunu koruduğuna vurgu yaparak "gökyüzü", şu anda işyeri hekimi olarak çalışmaktan memnun ve rahat olduğuna vurgu yaparak da "lord" gibi olumlu kavramlar kullanmıştır.

Hekimlerin çoğunluğu işyeri hekimliğini tarif ederken ya da tanımlarken, büyük oranda "negatif ya da olumsuz kavramlar ve ifadeler kullanmıştır. Böyle bir ifade ya da kavram kullanımı, özellikle sadece işyeri hekimi olanlarda daha yaygındır. OSGB'ye bağlı işyeri hekimliğine yönelik negatif ya da olumsuz kavram ve ifadelerden bazıları; OSGB'nin gayri resmi pazarlamacısı, gereksiz eleman, reçete doktoru, sermayenin kölesi, resepsiyonist, yetkisiz kaşe memurudur. Ayrıca, "çerç" ifadesi; bir günde çok sayıda iş yerini ziyaret etmeyi, "konsomasyon ya da konsomatris"; OSGB sahibinin firmalarla sözleşme yaparken kurmak zorunda olunan istenmeyen ve zorunlu ilişkileri, "dış kapının dış mandalı"; işyeri hekiminin diğer hekimlik alanları içindeki işlevsizliğini ve değersizliğini, "bakkal, bakkal işleten, reçete doktoru, toplu reçete doktoru"; işyerlerinde sürekli artan reçete yazdırma talebinin işyeri hekimliğinin tek işine dönüşmesini tanımlamada kullanılmıştır. Ek olarak, "pinpon topu" ifadesi, sık sık değiştirilen işyerlerine, "herhangi bir nesne, eşya" ifadesi ise istihdam sözleşmesinin güvencesizliği ya da iş sözleşmesinin feshedilme riskini açıklamada ifade edilmiştir. Bu olumsuz ya da negatif algının ya da hissedişin hem OSGB hem de iş yerlerindeki patronların, vekillerinin, yöneticilerin ve zaman zaman işçilerin ilişkilerinin yol açtığı vurgusu da yapılmıştır (Şekil 1).

İşyeri hekimlerinin birinci temada temel işyeri hekimliği uygulamalarını yerine getirememe-

si, ikinci temadaki prekaryal istihdam koşulları, üçüncü temada OSGB sisteminin işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri yerine kârı merkezine alması, hekim ve iş güvenliği odaklı olup, diğer emekçilerinin ekte yer alamaması gibi mevcut bulgular dikkate alındığında, hekimlerin işyeri hekimliğini gelecekte yapmayı düşünmemesi, işyeri hekimliğini tarif ederken neredeyse tüm hekimlerin negatif ya da olumsuz kavramlar ve ifadelerle nitelenmesi beklenen bir durumdur. Bu durum ya da sonuç, işyeri hekimlerinin sadece emek süreci içindeki nesnel konumunu değil, beraberinde statüsünde, meslek algısında da “proleterleşme ya da işçileşme” sürecinin önemli göstergesidir.

Hekimlerin konumları	Olumsuz ifadeler	Olumlu ifadeler
OSGB sahibi ve işyeri hekimi	* OSGB’nin gayri resmi pazarlamacısı * OSGB’nin pazarlama yüzü * Firmalarda konsomasyon yapan/Konsomatris * Garson * Hekim mi? işçi mi	* Çözümcü * Uyumlu
Muayenehane-klinik sahibi ve işyeri hekimi	* Herkesin dışladığı bir nokta * Bakkal işleten * Keyfe keder gibi işler * Dış kapının dış mandalı	* Gereksiz eleman * Çerçi
Emekli ve işyeri hekimi	* Cambaz	* Manav
Kamuda çalışan ve işyeri hekimi	* Tiyatro oynamak * İşe giriş doktoru * Sahiplerini zenginleştiren işçi	* Reçete doktoru * Toplu reçete doktoru
Özel sağlık sektöründe çalışan ve işyeri hekimi	* Para kazandıran * Sermayenin kölesi	* Lord gibi
Sadece işyeri hekimi	* Doktor edasıyla çalışamayan * Doktor itibarıyla çalışamayan * OSGB’ye para kazandıran ama en çok baskı altında * OSGB gecekondü, ben de gecekondüde yaşayan birisi * Resepsyonist * Yetkisiz kaşe memuru * Müteahhidin işçisi * İşçinin taşeronu * Bakkal * Herhangi bir nesne, eşya	* Zanaatkar * Serbest muhasebeci * Çalışan köle * Danışman * Fabrikatörün işçisi * Pinpon topu

Şekil 1. İşyeri hekimliğinin tarifi

TEMA 5: ÇALIŞMA İLİŞKİLERİ

Beşinci sıradaki tema, “çalışma ilişkileri” olup, en fazla sırasıyla OSGB sahipleri, sadece işyeri hekimleri, emekliler, özelde çalışanlar, muayenehanesi-kliniği olanlar ve kamuda çalışanlar bu konuda görüş bildirmiştir. Bu tema içinde yine sırasıyla; OSGB ya da iş yerlerindeki patronlar ya da patron vekilleri, yöneticiler (müdürler ve İK yöneticileri), OSGB’ye bağlı çalışan emekçiler (hekim, iş güvenliği uzmanı ve diğer emekçiler), iş yerlerindeki işçiler, devlet ve İSG kurulu üyeleriyle ilişkiler olmak üzere altı alt tema belirlenmiştir. Bir başka ifadeyle, işyeri hekimleri, bu altı kategorideki kişiler ve devlet ile çalışma ilişkilerini ele almıştır. Araştırmanın birinci aşamasında, az da olsa hekimler İSG kurulu üyeleriyle, işçi temsilcileri ve sendika yöneticileriyle çalışma ilişkilerine değinmiş olsa da araştırmanın bu ikinci aşamasında İSG kurulu üyeleriyle ilişkiye bir hekim görüş bildirirken, sendika yöneticileriyle ilişkiler konusunda herhangi bir görüş bildirilmemiştir.

İşyerlerindeki ve OSGB’lerdeki patronlarla ilişkileri; sadece işyeri hekimleri, OSGB sahipleri ve emekliler, yöneticilerle ilişkileri; emekliler, sadece işyeri hekimleri ve özelde çalışanlar, OSGB’ye bağlı çalışanlarla ilişkileri; OSGB sahipleri ve emekliler, işçilerle ilişkileri ise; sadece işyeri hekimleri ve emekliler, devletle ilişkileri; sadece OSGB sahipleri, İSG kuruluyla ilişkileri ise özelde de çalışan bir işyeri hekimi ağırlıklı olarak dile getirmiştir. Belirlenen alt temalar sırasıyla şu şekildedir:

OSGB'lerdeki ya da İş Yerlerindeki Patronlarla İlişkiler

Araştırmanın ilk aşamasında her altı işyeri hekiminden birisi, OSGB'lerdeki patronlarının mesleğini bilmediklerini ifade etmelerine karşın, bu aşamada, OSGB'lerdeki patronlarla ilişkiler, iş yerlerindeki patronlarla ilişkilerden daha fazla tartışılmıştır. Bunun bir nedeni, araştırmanın ilk aşamasında da belirlendiği gibi, yaklaşık olarak her dört hekimin iş yerlerindeki patronlarla iletişiminin olmadığını belirtmesi (Tablo 10), odak gruplara da bu hekimlerin dâhil olmuş olması olabilir.

OSGB'nin patronları ya da gerçek ortakları konusunda bugün ve yakın geçmişte doğrudan iletişimi olan yirmi altı hekim görüş bildirmiştir. Bu görüşler, hekimlerin kendi deneyimlerine dayalıdır. Burada OSGB sahibinin hekim olup olmamasına odaklanılmış, on bir hekim OSGB patronunun hekim olmasının avantajından, üç hekim dezavantajından, iki hekim ise deontolojik olarak olumlu yönlerinin olmasının yanında, diğer ilişkiler bakımından olumsuz yönlerine dikkat çekmiştir. Bunlar yapılırken, bazı hekimler hekim olmayan OSGB sahiplerinden şikâyet etmiştir. Bu bulguların tersine, araştırmanın ilk aşamasında işyeri hekimlerinin büyük bir çoğunluğu OSGB patronuyla çalışma ilişkilerini olumlu olarak tanımlamıştır (Tablo 10). Bu farklılık, araştırmanın ikinci aşamasında, verilerin derinlemesine görüşmelerle ayrıntılı olarak ortaya konmasına bağlı ortaya çıkmış olabilir. Buna yönelik hekim görüşleri şu şekildedir:

"Doğru kararlar almak için ve doğru şeyleri yapmak için OSGB sahibinin meslektaşımız olması gerekir. Ama öyle değil yani. Lise mezunu bile olmayan insanlar şu anda OSGB'lerin başındalar ve çoğu sahte imza ve kaşe kullanıyorlar. OSGB'ler sürekli kapanıp açılıyor ve isim değiştiriyorlar. Tabi tabi her şeyden kaçmak için işin her türlü üç kağıdını yapan insanlar var. Yani ben de işin içerisine girince zamanla onların öyle olduğunu anladım." (K23)

"OSGB patronunun hekim olmasıyla diğer meslek grubundan olması çok fark ediyor. Yani hekim olursa, daha rahat oluyoruz, konuşuyoruz. Çünkü anlıyoruz birbirimizi zaten. Hekim olan arkadaşlar, hocam ne diyorsan diye fikrini de alıyor. Mobing yemiyoruz. Hadi idare edelim olmuyor. Bu laf, genelde hekim olmayan gruptan geliyor yani çalıştığım tecrübe ettiğim OSGB'lerde..." (K26)

"...Bana patron şöyle dedi: siz gidin yapın, kaşe vurmayın. Sizden sonra gelen doktor kaşe vuracak, kendisi de doktor bu arada. Ama doktor bozuntusu diyorum ona yaa..." (K27)

"...Hekimin olup olmaması çok fark etmiyor. Sadece şöyle bir şey var hekim sonuç olarak meslektaş ve tıp etiğine hakim. O yüzden, şeyi olmuyor yani deontoloji açısından değerlendirme yapabiliyor. Ve böyle bir tartışmaya girdiğiniz zaman çok uzatmıyor. O yüzden rahat oluyorsunuz, rahat tartışabiliyorsunuz." (K11)

"..yani işte OSGB sahipleri genelde ilk görüşmelerde hep kendilerini çok nezih, çok tatlı, kaliteli, çalışanının hakkını, hukukunu koruyan, dediğim gibi, daha önce işte hep biz farklıyız, biz farklıyız şeklinde başlar. OSGB sahibinin umursamazlıkları olabilir, ulaşamamak, telefonlara çıkmamak bazen. Bazen de firmanın sahibi aşırı derecede kaba saba aşırı derecede artık böyle tamahkar biri olmayabiliyor. Onlardan bir an önce kaçtık, kaçıyoruz hemen zaten." (K30)

Bunların yanında, dört hekim OSGB'lerin çoğunun patronu, gerçek ortağı, yöneticileri bazen de çalışanları birbiriyle aynı aileden, akraba ya da tanıdık olduğu için, bunun çalışma ilişkileri açısından zorluklarından ve karmaşıklığından bahsetmiştir. Nitekim, bu araştırmada üç yüz otuz dört hekim, iki yüz on bir OSGB'ye bağlı olarak çalışıp, on OSGB sahibi ve çalışanları arasında da yakın akraba ilişkileri bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Hekimler bu konuyla ilgili görüşlerini şöyle belirtmiştir:

"Adam kayırmacılık da olabiliyor. Bazen onu da gördük. Mesela, hemşirenin maaşının tıkr tıkr yatması saati saatine, sizinkinin geciktirilmesi. Çünkü o hemşirenin bir şekilde patronla eski ahab, uzaktan akraba olması gibi. Evet yani, o zaman insan sinirleniyor." (K30)

"Mesela bizim gördüğümüz OSGB patronlarında karı-koca, baba-oğul var. Küçük işletme olduğu için o patriyarkal ilişkilerin hepsinin olduğunu öyle görüyorum ben. Hani çalıştığı hizmet verdiği yerler de yine aynı şekilde. Oraya da uzanıyor ilişki. Aile içerisinde yaşanan bu problem oraya yansıyor ve OSGB'nin de problemi oluyor vallahi." (K26)

İki OSGB sahibi ise gerçek ortağıyla yaşadığı güçlüklerden bahsediyor. Örneğin bir hekim bu durumu şu şekilde açıklıyor:

"Ben ortaklığı abimle de yaptım. Ortaklığı evliliğe benzetiyorum. Yani taviz vermediğiniz sürece ortak olamazsınız. İmkânsız. Bir adamla kafanızın uyması, çok parası olması ortak olduğunuz anlamına gelmiyor. Kâr etmeye başladığın

anda, gerçek ortaklar ortaya çıkıyor. Siz para kazanıyorsunuz, birisi üflüyor. Ahmet araba aldı. Sen niye almıyorsun? O zaman ortağımız sen niye almıyorsun diye başlıyor. Kasaya on lira fazla giriyor ya, hemen beş-beş bölüşelim denmeye başlıyor yine. Bu gemi hep düz gitmeyecek. Fırtınaya girdiğimizde de geminin bir tane bir yeri yırtılacak, kırılacak, dökülecek. Gerçek ortalık o zaman çıkıyor ortaya yani. Sebat edebilmek.” (K2)

İşyerlerindeki patronlarla doğrudan teması olup, çalışma ilişkilerine yönelik, on yedi hekim görüşü bildirmiştir. Sadece üç hekim olumlu çalışma ilişkileri içinde olduğunu ifade etmiştir. Oysa araştırmanın birinci aşamasında hekimlerin yarısından fazlası iş yerlerinin patronlarıyla çalışma ilişkilerinin olumlu olduğunu belirtmiştir (Tablo 10). Araştırmanın bu aşamasında bu patronlarla olumlu çalışma ilişkisini olduğunu söyleyen bir hekim görüşünü şu şekilde belirtmiştir:

“Hastane sahibi ticari bir kaygıyla hastaneyi yönetiyorsa bu sefer alttaki doktor ve hasta hiçbir doğru bir hizmet alamıyor. OSGB’de de benzer bir mantık var. Şu anda benim çalışmış olduğum OSGB’nin sahibi iş güvenliği uzmanı. Hani bir doktorun neye ihtiyacı olur onu bilir. Yani hocam sen çalışmak istemiyorsan bırakalım firmayı gitsin falan filan der. Hani bu rahatlık dahi bir güç veriyor...” (K9)

Olumsuz ilişkileri olduğunu belirten işyeri hekimleri ise iş yerlerinin patronlarının onlara karşı, saygısız, cinsiyete ve etnik kimliklerine yönelik ayrımcı ve baskıcı oldukları, birinci tema olan hekimlik uygulamalarında da bahsedildiği gibi, kendileri ve ailesi için uygun olmayan reçete talepleri ve onun sonucunda sözlü tartışmalara girdiklerinden bahsetmiştir. Araştırmanın birinci aşamasında OSGB’ye bağlı çalışmaktan memnun olmamada patron ve yönetici baskısı ise altıncı sıradadır (Tablo 15). Hekimlerin bu konulara yönelik ifadeleri:

“...ben inşaat sektöründe çalışmak istemiyorum mesela. Çünkü gerçekten oraya gittiğimizde işverenler de dâhil, oradaki işte davranış skalası bir kadının olabileceği bir ortam olmuyor gerçekten. Veya siz oraya gittiğinizde bir uzaylı içeri girmiş gibi bir bakış var.... Şunu da yaşadığım oldu bu arada. Muhafazakâr mesela, firmalarda da kadın işyeri hekimi diye arayanlar oluyor. Çünkü kadın çalışanlar erkek bir hekime muayene olmak istemeyebiliyor hala günümüzde bile. Bazı firmalar diyor ben erkek istiyorum çünkü ortamım böyle. Bazısı da diyor ben kadın istiyorum çünkü ortamım böyle. Çünkü değişebiliyor durum. Kesinlikle yine cinsiyete işin ucunun bir şekilde tutunduğun düşünüyorum.” (K25)

“Düşünüyorum, ilk mesleğe başladığımda tecrübesiz yıllarımda (hem ilaç yazdırmayı kast ediyor) hem de daha fazla evrak dokümantasyonları hızlı halletme, bazen işte imzalamam gereken kaşeli şeyleri imza atmam yönünde baskılar vardı. Gençlerde kesinlikle işveren ve OSGB baskısı oluyor bu konuda. Ben şimdi son birkaç yıldır artık bunu kırmaya başladım.” (K28)

“Yani, firmaların sahipleri devletin bana koyduğu yasaların ötesini taşımaya çalışıyor beni. Ben dibine kadar hissediyorum işin gerçeği. Bir de işlerine geldiği zaman patron gibi net. Doktorluğu tamamen unutturdular bana. Tamamen bir yönetici, sert, kötü bir yöneticiliğe zorluyorlar. Yani bunlar da bize patronculuk hissettiriyorlar. Anlatabiliyor muyum?” (K2)

Yöneticilerle İlişkiler

Yirmi hekim (büyük bir çoğunluğu emekliler ve sadece işyeri hekimi olanlar ve özelde çalışanlar) yöneticiler olarak en fazla iş yerlerindeki İK yöneticileriyle, daha sonra, OSGB’nin müdürleriyle olan çalışma ilişkilerini değerlendirmiştir. Diğer yandan, OSGB’lerin İK yöneticileriyle ve iş yerlerindeki müdürlerle olan ilişkilere ise hiç değinilmemiştir. Oysa, araştırmanın birinci aşamasında, hekimler, her ikisiyle de büyük oranda olumlu ilişkileri olduğunu beşte biri ise OSGB’lerde İK yöneticilerinin bulunmadığını belirtmiştir (Tablo 10).

Hekimlerin birden fazla iş yerleri olduğu için bazı hekimler bir iş yerinde yöneticilerle olumlu ilişkiden bahsederken, diğerlerinde tersi bir durum olmuştur. Örneğin, beş hekim yöneticilerle olumlu ilişkileri olduğunu ifade ederken, bu hekimlerden ikisi aynı zamanda başka iş yerlerinde olumsuz deneyimleri olduğuna değinmiştir. Olumlu görüşü olanların gerekçeleri; İK yöneticilerinin hekimlerin çalışma ilişkileri ve koşullarını düzenlediğini, iş birliği içinde çalıştıklarını ve gerektiği konularda hekimlerin görüşlerini almalarıdır. Buna yönelik bir hekim görüşünü şu şekilde ifade etmiştir.

“Ben, avantajının şu olduğunu düşünüyorum; işverenle bir problem yaşadığınız zaman araya koyabileceğiniz bir kişi İK. Açıkçası o iyi bir durum oluyor ve sorunları da çözüyor. Fabrikadaysanız işte hocam biz şu departmana üç kişi alacağız ama ya da işte engelli kadrosuna şunları alacağız almayı düşünüyoruz. Pardon, tetkiklerini inceler misiniz, engelli raporuna bakar mısınız? Burada çalışmaya hiç uygun değilse, biz çağırmayalım derler. Biz de tamam gelsin bir görelim deriz.” (K25)

Araştırmanın ilk aşamasındaki bulguya paralel olarak (Tablo 10), hekimlerin yarısı, iş yerlerindeki İK yöneticileriyle daha çok olumsuz ilişkiler içinde olduklarını ifade etmiştir. Gerekçeleri ise; başka bir hekimin işçiye verdiği sağlık raporlarının doğruluğunu kendilerinin değerlendirmesini talep etmesi, işçilere reçete yazılması konusunda ısrarcı davranması, işçilerin her türlü sağlık verisini almak istemesi, hekimlere emredici davranması, işe geliş gidiş saatlerini takip etmesi ve bu konuda baskı kurması şeklindedir. Bunlara yönelik hekimlerin açıklamaları şu şekildedir:

"İK'cılardan şikayetçiyim. Çünkü İK'cıların doktorlarla bir sağlık çalışanı gibi iletişim kurmak yerine, herhangi bir çalışan gibi iletişim kuruyor. Yani, emredici, nerdeyse kendilerini işveren gibi görüyor. Kendilerini bulunduğu yapının üst yerinde görüyo. Bire bir bu tür şeylerle muhatap olmamız gibi bir durum söz konusu..." (K12)

"İK'ların çok ciddi şeyi oldu patrondan çok patroncu, kraldan çok kralcı bir yaklaşımları oluyor açıkçası. Tecrübeli olmayan hekimler biraz söz söylemede ben de başta öyleydim biraz çekiniyoruz açıkçası hani sorun, sıkıntı olmasın diye..." (K27)

"Hekim muayenedeyken içeri giren İK uzmanları var, çok uzattın artık son ver diyen İK uzmanları var. Geç geliyorsun erken gidiyorsun diyenleri de var bizlere." (K14)

"Benim de insan kaynaklarıyla yani İK ile sorunum oldu. İK değişti önceden yine kendini bilen insanlardı. Bizim de şimdi yaşımız olduğu için evladımız yaşında insanlar, daha da küçük belki. Gelmiş belki yeni işe başlamış beni takip etme derdine düştü, saatimi. Kadın güvenlikçiye doktor hanımın geliş saatini not al bana söyle bakalım bugün kaçta geldi kaçta gitti diye demiş." (K22)

OSGB müdürleriyle çalışma ilişkilerini değerlendiren dokuz hekim olup, biri muayenehane-klinik sahibi, diğeri OSGB sahibidir. Bir hekim dışında sekizi, OSGB müdürlerinin kendilerine mobbing uygulaması, iş yerlerinin hekimlik algısını dayatması, hekimlerin sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı önerilerini görmezden gelmesi, iletişimlerinde emredici olması gibi nedenlerden müdürlerle çalışma ilişkilerinin olumsuz olduğu görüşündedir. Bununla ilgili üç hekimin ifadesi şöyledir:

"Bilmediği konularda çok agresif yöneticiler. Yani her şeyi bilmek istiyorlar. O zaman yapın diyorum. Ama herkesin alanı ve yeteneği farklı, yapamıyor tabi." (K14)

"Genç olunca, yöneticiler işin çözülmesi adına hem evrak dokümantasyona kaşe imza olarak hem poliklinik reçete yazdırması adına bir ufak mobbing uyguluyorlar." (K28)

"...Personel müdürü dedi ki benim dediğimi yapmayan personelle ben çalışmam. Ben de dedim ki hiçbir doktor sizin dediğinizi yapmaz. O yüzden dedi ki biz böyle biriyle çalışmak istemeyiz. Ben de dedim ki beni tehlikeye sokacak biriyle ben çalışmak istemem." (K21)

OSGB'ye Bağlı Çalışan Emekçilerle İlişkiler

Toplam on üç hekim (OSGB sahiplerinin tümü, emeklilerin beşi), OSGB'ye bağlı çalışan emekçilerle ilişkilerini değerlendirmiştir. Özelde çalışanlar bu konuda hiç görüş beyan etmemiştir. Görüş bildirenler, en fazla meslektaşları, daha sonra iş güvenliği uzmanları, en son olarak işyeri hemşireleriyle iletişimleri üzerine konuşmuştur. Sadece iki hekim diğer emekçilerden teknisyenden bahsetmiştir. İş güvenliği uzmanları ve genelde diğer sağlık emekçileri özelde hemşirelerle en fazla iletişimleri üzerinde durmaları bulgusu, araştırmanın birinci aşamasındaki çalışma ilişkileri verisiyle de (Tablo 10) paralellik göstermektedir.

Araştırmanın ilk aşamasında her yaklaşık her dört hekimden birisi OSGB'de tek hekim çalıştığını, üçte biri meslektaşlarıyla iletişimi olmadığını, olanlar da çalışma ilişkilerinin olumlu olduğunu belirtmiştir. Oysa araştırmanın bu aşamasında, hekimler meslektaşlarıyla iletişimlerine odaklanmıştır. Meslektaşlarıyla ilişkilerini değerlendiren OSGB sahipleri meslektaşları tarafından bu konuları nedeniyle dışlandıklarını, diğer hekimler ise meslektaşlarının çalışma ve hekimlik etiğine uymadığını ifade etmiştir. Ayrıca, İstanbul'da OSGB'ye bağlı çalışan işyeri hekimlerinin kurduğu WhatsApp grubuna OSGB sahibi oldukları için tümü bu gruba alınmama-ları konusu üzerine de epey konuşmuş ve tartışmıştır. Şöyle ki:

"Üç hekimle bir araya geldiğimde, dünyanın en kıymetli şeyi. En azından ben kendi çerçevemde böyle görüyorum. Ama OSGB sisteminde bu hiç imkân dahilinde değil ki." (K12)

"Devletin nezdinde bir ticari işletmeyiz ama meslektaşlarımız nezdinde onların üzerinden para kazanan bir sömür-geniz yani. Bu da beni dehşet rahatsız ediyor. Kimle konuşsak adam aynı şeyi söylüyor. Benim üzerimde para ka-zanıyor sun... Bak aynı yerdeyiz ya. Sen de doktorsun, ben de doktorum. Ya bak sen burada taviz verdiğin anda beni yok edecekler. Aynı yerdeyiz, aynı taraftayız. Ben tesadüfen işverenim. Ben sadece senden on dakika önce ticareti öğrendim. Bu kadar. Bizim meslek erbaplarımız gerçekten çok kaprisli insanlar. Bu da beni çok yoruyor ve çok üzü-yor. Çünkü ben bir meslektaşım la oturup para muhabbeti yapmayı sevmiyorum." (K2)

"[İşyeri hekimleri WhatsApp grubuna alınmalarına yönelik] Diplomamızı verdik, hekim olduğumuzu kanıtladık. WhatsApp grubuna alınmadım. Alınmama nedenim de OSGB sahibi olmam. Gruba da alınabilmek için Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne girmesi gibi o kadar çok kriterler koymuşlar ki. Grupta hiç kimse OSGB'de çalışmıyor mu? Tabii o nasıl bir soru dedi bana. Dedim yani OSGB'ye bu kadar düşmansanız, OSGB'de çalışmamalısınız. Çünkü siz de paranızı bu sistemden kazanıyorsunuz. Bu düzen bu şekilde kurgulanmış. Düzen yanlış olabilir, bizim sorunlarımız olabilir, onların sorunları olabilir ama böyle bir ayırışmayla, bizi gruba bile almamanızla çok bir yere varamayız diye düşü-nüyorum. Bence bu önemli bir problem... Bir sürü başka grup var bilgi paylaşımının yapıldığı... Birlikte tartışalım, biz de bu tarafını anlatalım. Onlar da bize sorunlarını anlatsınlar. Çünkü onların ticari tarafla hiçbir ilgisi yok. Yani eğer ortada bir sorun da varsa, o hekim arkadaşlarının da yaşadığı sorunlar varsa bizler de orada olmalıyız ki, bu tarafı da aktaralım." (K1)

"Hekimler kendileri evet şikâyet ediyorlar bazı şeylerden. Ama ben de pek çok meslektaşımın davranışından şikayet-çiyim. Meslek etiğine uymadıklarını düşünüyorum ama bu başka bir konu tabi." (K30)

Üçüncü temanın "ekip" alt temasında görüş bildiren tüm hekimlerin iş güvenliği uzmanı ve iş-yeri hemşiresinin önemi ve çalışma yaşamındaki sorunları konusunda fikir birliğine varılmıştır. Birinci temada işçi sağlığı hizmetlerinin yerine getirilmesi için hekim dışı sağlık emekçilerinin olması gerektiği bulgusunda da olduğu gibi, bu alt temada da on iki hekim iki meslek grubuyla olan olumlu çalışma ilişkilerinde ortaklaşmıştır. Bunlara yönelik bazı hekim ifadeleri:

"..teşvik-i mesai arkadaşlarımız iş güvenliği uzmanı arkadaşlarımız. Ben onlara çok saygı duyuyorum, seviyorum. Onlarla da sürekli iletişim halindeyiz. Ben onlara sürekli bir şey anlatmak, onlara kazandırmak istiyorum. Onlar da bana bir şey kazandırmak istiyorlar. Sürekli birbirimizden bir bilgi alışverişi yapmaya çalışıyoruz..." (K30)

"Şu an daha da iyice işverenlik yapmadığım için, en işveren olduğumuz dönemde de hiç eleman değişmedi açıkçası. Hep aynı ekiple devam ediyoruz. Bu işin yürümesini ve sürmesini bütün ekip istediği için genellikle toplantılar ya-parak çözüyoruz işleri. Memnunum gerçekten hepsinden..." (K5)

"İşe giriş ve periyodik muayeneyi birlikte yapıyoruz. Onların çok önemi olduğunu düşünüyorum açıkçası. Çok yararlı bizim açımızdan, çok kolaylaştırıcı da aynı zamanda. Uyum içinde de çalışıyoruz." (K4)

İşçilerle İlişkiler

Araştırmanın ilk aşamasında hekimler en fazla işçilerle pozitif ilişkileri olduğunu belirtirken, araştırmanın ikinci aşamasında bu konuda sadece altı hekim görüş bildirmişti. Bu görüşler, araştırmanın birinci aşamasındaki pozitif çalışma ilişkilerini destekler biçimdedir. Pozitif iliş-kiyi de fırsat buldukça onların sağlık alanında ihtiyaç duydukları konulara yönelik danışmanlık yaptıkları, gerektiğinde sohbet ettikleri, işçilerin kendilerine saygı duydukları ve sağlık ku-rumlarında olduğu gibi, işçiler tarafından şiddete maruz kalmadıkları yönündedir. Bir hekimin konuya yönelik görüşü şöyledir.

"Genelde benim işçilerle aram iyi açıkçası. Çünkü bizim bazen maalesef hekimlerde ego yaklaşımı olabiliyor. Kendini revire sıkıştırıp, işçiyle iletişimi üstten yaklaşımı olabiliyor. Ben genelde işçilerle iyi bir iletişim kurmaya çalışıyo-rum, Sıcak bir iletişim ve genelde onlara yardımcı olmak açısından veya mesela çıkıyorum kapıdan gitmiş döndürü-yor beni geri dönüyorum veya başka bir durum talebi oluyor. Sağlık sorunlarını, aile durumlarını her şeyleriyle ilgili anlatabiliyorlar." (K27)

Devletle İlişkiler

Devletle ilişkiler boyutu sadece iki OSGB sahibi ve bir özelde çalışan hekim tarafından ele alın-mıştır. Devletin OSGB'lere yüklediği vergilerden, buna bağlı ödeme güçlüklerinden, devletin po-litikaları gereği bu yükten kurtulmanın imkânsızlığından bahsedilmiştir. Bir hekim durumunu şu şekilde özetlemiştir:

"Sen KDV (Katma Değer Vergisi)'ni ver. KDV'sinin benimle alakası yok ki, onunla senin aranda. Niye benden alıyorsun? KDV zaten en büyük saçmalık. Ben daha tahsil etmemişim. Benim bazı majör firmalarım, kurumsal yapısı gereği üç

ay sonra ödüyor faturasını. Üç ay geriden geliyor... Fatura kestiğin anda devlet vergiyi yüklüyor zaten. Bakmıyor hiç... Bu yükten de ancak Türkiye Cumhuriyeti devletle devlet babayla çıkılır. Baba inanmazsa biz bu ekip çöp olacağız yani. Çöpe doğru gidiyoruz yani. Bu devletçiliğimden değil, ben öyle bir şey değilim yani. Gerçek, realite bunu getiriyor, benim gözümde." (K2)

"Şimdi devlette didişmenin, zorlamanın bir anlamı yok. Bu bizler aleyhine oluyor hep." (K21)

İSG Kurulu Üyeleriyle İlişkiler

Bu konuda sadece bir hekim görüş bildirmiş olup, o da şu şekildedir:

"İSG kurul toplantılarımız oluyor üç ayda bir. Katılıyorum sadece bir kere online olarak katılmak durumunda kalmıştım. İş güvenliği uzmanıyla birlikte hareket ediyoruz. Hatta, onunla aynı gün gitmeye çalışıyoruz. Üç ayda bir İSG kurul toplantımız oluyor. Genelde de olumlu bir havada geçiyor." (K24)

Özet olarak, çalışma ilişkileri temasında hekimler, OSGB ve iş yerlerinin patronları, İK yöneticileri, müdürleri, meslektaşları ve devlet ile çalışma ilişkilerini büyük oranda olumsuz, OSGB'ye bağlı çalışanlardan iş güvenliği uzmanları, hemşireler ve işçilerle ilişkileri konusunda az sayıda görüş bildiren hekim ise olumlu olarak tanımlamıştır. Bu bulguyu destekler biçimde, araştırmanın birinci aşamasında, daha önceki OSGB'den ayrılma nedenleri içinde olumsuz çalışma ilişkileri yedinci (Grafik 4), mevcut OSGB'ye bağlı olarak çalışanlarda olumlu çalışma ilişkilerine bağlı memnuniyette beşinci sıradadır (Tablo 15).

TEMA 6: ÇALIŞMA ORTAMI

Altıncı sırada yirmi sekiz hekimin görüş bildirdiği "çalışma ortamı" teması yer almaktadır. Ulaşım, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı, iş yeri sağlık birimi, hekimlerin ifadesiyle muayene odası ya da revir olmak üzere üç alt tema elde edilmiştir (Tablo 23). Farklı statüdeki tüm hekimler konuyla ilgili konuşur ve tartışırken, OSGB sahiplerinden sadece üçü bu konuda görüş bildirmiştir. Görüş bildiren hekim sayısı fazla olmasına karşın, diğer temalara göre beklenenin tersine üzerinde daha az konuşulan bir konu olmuştur. Bu temada, hekimler ağırlıklı olarak, ulaşım alt temasına odaklanmıştır. Çalışma ortamı temasının alt temaları ayrı ayrı ele alınacak olursa:

Ulaşım

Birinci sıradaki "ulaşım" alt teması konusunda yirmi beş hekim görüşünü açıklamıştır. Çalışma ortamı temasından farklı olarak, sadece OSGB sahipleri değil, muayenehane-klinik sahiplerinin bazıları görüş bildirirken, diğer gruptaki hekimlerin tümü "ulaşım" alt teması üzerine düşünce dile getirmiştir. Bu konuda toplam yirmi iki hekim, tercih ettikleri ulaşım aracıyla ilgili birbirleriyle bilgi paylaşımı yapmıştır. Büyük çoğunluğu kendi arabasını, bir hekim motorunu, biri toplu ulaşım aracını, biri iş yerinin servisini, geri kalanı ise OSGB'nin aracı ve farklı ulaşım araçlarını aynı anda kullandığını ifade etmiştir. OSGB'nin aracıyla gidenlerin önemli bir bölümü aracı kendi kullandığını ve genellikle yanında iş güvenliği uzmanının da bulunduğunu belirtmiştir. İfade edilen ulaşım araçları, araştırmanın ilk aşamasındaki bulgularla (Tablo 7) benzerlik göstermektedir. İkinci üzerinde durulan konu, ulaşımına bağlı sorunlar ve ulaşım ile ilgili talep ettikleri haklardır. OSGB sahipleri bu konuda ya herhangi bir sorun tanımlamamakta ya da bünyelerinde çalışan hekimlere ulaşım ile ilgili gerekli destekleri sağladıklarını açıklarken, diğer gruptaki hekimler öyle olmadığına dair tartışma yürütmüştür.

Bir günün önemli bir bölümünün yolda geçmesinden OSGB sahibi dışındaki tüm hekimler yakınıdır. İş yeri sayısının fazlalığı, onların birbirine uzaklığı ve İstanbul'daki trafik yoğunluğu bunun nedenleri arasında gösterilmiştir. Hekimler ifade etmese de araştırmanın ilk aşamasında belirlendiği gibi, her dört hekimden birisinin başta Kocaeli ve Tekirdağ olmak üzere farklı illerde ve ilçelerde iş yerlerinin olması da (Tablo 5) bu uzaklığı etkileyen diğer faktördür. Ayrıca, araştırmanın birinci aşamasında bir çalışma gününün onda birinin yolda geçen sürenin oluşturduğu (Grafik 8), iş yerlerinin birbirine uzaklığı önceki OSGB'den ayrılma nedenleri arasında (Grafik 4), yolda geçen süre ve araba kullanma mevcut OSGB'ye bağlı çalışmaktan memnuniyetsizlik gerekçesi olarak gösterilmiştir (Tablo 15). Araştırmanın bu aşamasında bir günün önemli bir bölümünün yolda geçmesi üzerine bir hekimin görüşleri şu şekildedir:

"Trafik tabii. İstanbul'da çok fazla. Mesela gideceğim iş yerleri çok uzak mesafelerde. Kartal'a gidiyorum, Pendik'e gidiyorum aynı zamanda Arnavutköy'e gidiyorum. İşte Hadımköy'e gidiyorum. Ne yapıyorum? Kartal tarafında bir işim varsa, akşam saat on bir gibi hiçbir trafik kalmadığı bir anda oradaki bir akrabama gidip, kalıyorum. Bu olamıyorsa, yani şu sıkıntıyı yaşıyoruz mesela. Oraya dört saat ayırmamız gerekiyorsa oraya üç saat ayırabiliyoruz..." (K19)

Ancak, işyeri hekimliği dışında, kamuda ve özelde çalışan, dolayısıyla iki işi olan hekim, iş yerlerini birbirine yakın seçtiğinden, böyle bir sorun yaşamadığını belirtmiştir. Diğer bir sorun, yolda geçen sürenin çalışma saatinden sayılmaması ve ücretlendirilmemesidir. Burada da OSGB sahipleri dışında tüm hekimler görüş bildirmiştir. Bir hekim bu konuda hem sorununu hem de çözümü şu şekilde açıklamıştır:

"Ben tam zamanlı işyeri hekimiyim. Ama benim atamam yüz seksen saat civarlarında kalıyor. Çünkü o kalan süreyi ben yolda geçirmek zorundayım ve hani bu benim çalışma süremden sayılmıyor. Ve mesela bununla ilgili maddi kayba uğruyorum aslında. Bu konuda da ben kesinlikle bir düzenleme olması gerektiğini düşünüyorum. Yolda geçen sürenin bizim mola süremizden alınmaması gerektiğini ben bir dönem, ilk başladığım dönem özellikle öğle aramı yolda geçiriyordum. Yemek yemek yerine, yolda gidip diğer firmama hizmet vermeye çalışıyordum saatlerine yetişebilmek için mesela. Hiç insancıl bir yaklaşım olmuyor bence." (K25)

Son gündeme alınan konu ise ulaşımaya yönelik haklar konusundaki sorunlar ve taleplerdir. Ulaşım temasında OSGB sahiplerinin görüş bildirdiği tek konu bu olmuştur. O da çalışanlarının bu konudaki haklarla ilgili sorun tanımlasalar da aslında onları karşıladıkları yönündedir. Şöyle ki:

"Bana araba vermiyorlar. Yani beni evden almıyorlar. Beni bir yere götürmüyorlar. Kendi arabamı kullanıyorum, araba bozuluyor, karşılanmıyor gibi. Bunları söyleyeceklerdir. Bana da genelde bunu söylüyorlar... Ben de duyuyorum. Hem iyi ücret hem de iyi sosyal olanaklar mümkün olmuyor tabii." (K2)

OSGB sahipleri dışında, kamuda çalışan bir hekim ulaşım ile ilgili herhangi bir talepte bulunmadığını belirtirken, emekli olan bir hekim, OSGB'nin aracı olduğundan benzin parası sorunu olmadığını belirtmiştir. Bunun dışında yirmi hekim, kendi arabasını kullandığı halde, benzin ücretinin OSGB tarafından hiç ödenmediğini ya da çok az bir kısmının ödendiğini, arabayla ilgili kasko, bakım, yıpranma payı, sigorta, köprü geçiş ücretleri gibi harcamaların karşılanmadığı üzerinde durmuş ve fikir birliğine de varmıştır. Bu veriler, araştırmanın ilk aşamasındaki verilerle paralellik göstermekte olup (Tablo 9), hekimlerin beşte birinin ayda iki depo, dörtte birinin üç depodan fazla benzin harcadığı dikkate alınırsa (Tablo 7), hekimler için bu önemli bir harcamadır. Ulaşım ile ilgili sorunlar bu şekilde olunca, talepler de bu sorunların giderilmesi yönünde olmuştur. Hekimlerin bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

"...OSGB'de dört sene çalıştım ve hiç yakıt param ödenmemiştir. Şu anda ben kendi aracım ile gidiyorum. Yakıt anlaşmalıyım ama tabi ki yakıtı belirliyoruz bir miktar ödeme yapıyorlar. Yakıt parası, araba masrafı bunlar baş ağrıtırıcı şeyler." (K13)

"Kendi arabamla dolanıyorum, araba ücreti verilmiyor. Kimi arkadaşım araç talep etti ve talebi de karşılanmayınca işten çıktı. Kimi arkadaşım araç şeyini bile kilometresine kadar hesaplanıp bilgi veriyor. Kilometre şu kadar, o zaman sana şu kadar benzin parası bu şekil çok yanlış bir anlayış var ortada yani." (K28)

"OSGB müdürü, biz sizin artık geceleyin yaptığınız HGS (Hızlı Geçiş Sistemi'ni kast ediyor) geçişlerini ödemeyeceğiz dedi... Siz, hocam, geceleyin nereye gidiyorsunuz? Ben gün içerisinde üç kere beş kere köprüden mi geçmişim? Hadi geçtim. Sen kaç liranın hesabını yapıyorsun? Ne anlatıyorsun?... Çok kötü hocam. Ama her halükârda oraya gideceğim ve bir kere köprü geçişim olmuş örneğin. Ama diyor ki saatlere bakıyor, Dedektif Gadget gibi. Ve diyor, saat on birde geçmiş hoca, Allah bilir nereye gitti? Ya bu kadar yakıyor mu bu araba? Hani gezmeye mi gittiniz? Bu çok rahatsız edici, iğrenç bir diyalog. Tamam benim HGS'leri falan ödemeyin. İstemiyorum dedim. Ama işe girerken, sen hocam etin kemiğin bizim, biz sana yakıtını da veririz diyorlar." (K20)

Sağlıklı ve Güvenli Çalışma Ortamı

Farklı gruplardan sadece on üç hekim işçilerin ve kendi çalışma ortamının değerlendirmesini yapmıştır. Araştırmanın iki aşamasında da işyeri hekimleri, beklenenin tersine çalışma ortamı konusunda daha az veri sunmuştur. Bunun bir nedeni, işyeri hekimlerinin yarıya yakınının kısmi-yarı zamanlı çalışmaları, iş yerleri sayısının fazla olması (Tablo 5), bazılarının gezici hekimlik yapması gibi çalışma koşullarına bağlı olabilir. Diğer nedeni ise "çalışma ortamı" başlığının ayrıca daha ayrıntılı ele alınması ihtiyacı olabilir.

Üç hekim, bazı iş yerlerinin sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı amacıyla önlemler aldığını ya da bu konuda yöneticilerle çatışma pahasına mücadele ettiklerinde önlemlerin alınabildiğini belirtmiştir. Bir hekimin görüşü şöyledir:

"Uluslararası bir firmam var. Ofis ortamları güzel, havalandırmaları güzel, sandalyeleri ayarlı falan. Türkiye şartları için oldukça iyi. Gerçi, firmanın şimdi Almanya'daki durumunu görmedim ama..." (K16)

On hekim iş yerlerinin çalışma ortamlarının sağlıklı ve güvenli olmadığını hem de bu konudaki görev ve yetkilerinin bildirim ile sınırlı olduğunu, çalışma ortamının risklerine dair uyarılarda bulunsalar da özellikle yöneticiler tarafından dikkate alınmadığını belirtmiştir. Ayrıca, yönetmeliğe göre, az tehlikeli olarak görülen iş yerlerinin aslında öyle olmadığını da altını çizmişlerdir. Şöyle ki:

"...el yıkama sabunu örneği gönderdiler bana. Çevre uzmanı uygun demiş, iş güvenliği uzmanımız da uygun demiş. Ben baktım içinde on bir tane parametre var, iki tane gliserinle ilgili ... hepsi problemlidir. Ondan sonra dedim incele-mem lazım. Tabi sonra baktım sabunun uygun olmadığını, toksik ve alerjen olduğunu bütün ayrıntılarıyla yazdım. AB verilerinden yirmi altı tane alerjenden altı tanesi burada. Bunu dikkate alırlar mı, yoksa sessiz sedasız kullanacaklar mı büyük soru işareti..." (K14)

"İkinci, üçüncü kez şey hala yapılmazsa bu sefer ihbar edeceksin bakanlığa ya da yetkili mercilere. Şu elektrik pano-sunun önünde şöyle var. Buradan şuna sızdırma ihtimali var. İçine adam düşme ihtimali var falan filan neyse. Onları söyleyeceksin. Bizim olayımız burada kısıtlı yani. El, kol bağlı. Sadece uyarı yapmakla görevliyiz. Eeeee ama havai fişek fabrikası patladı, ne oldu? Kadını içeri attılar. Ve yazmış yani, uyarısını yapmış yani, görevini yapmış..." (K5)

"Görmezlikten geliyorduk bazı şeyleri. Mecburen görmezlikten geliyorduk. Ve bu hoş bir şey değildi yani. Ben, sırf bunun için iş yerinden ayrıldığım olmuştur yani. Tabii, mesela bir defa demişim, iki defa demişim, mesela toz boya deneyin diye. Ama kimse dikkate bile almamıştır. En sonunda ben baktım, vicdanım el vermiyor dedim ve ayrıldım oradan." (K28)

"Katering nasıl az tehlikeli anlamıyorum? Kaynar kazan orada, kızgın yağ orada, bıçak kesme orada, yük taşıma orada, kara kazan dedikleri bir şey var, kazan kaldırma orada, her şey orada benim işte ifadeye gittiğim dediğimiz şeyler hep orada." (K2)

"Bir keresinde dediler ki bir mimarlık ofisine gideceksin... Burada tamam ikinci katta ofis var. Onun altında birileri kesim yapıyor. Onun altında birileri boya yapıyor. Mimarlık diye alındığı için doğal olarak orası tehlikeli sınıfta kal-mış. Ve burası deli gibi kimyasalın olduğu, boyanın yapıldığı, kesim marangoz atölyesinin olduğu bir yer. Ve insanlar yalın ayak boya yapılan yerin yanında soba yakıyorlardı. İş güvenliği uzmanları gözlerini kapatıyorlardı. Ben bunu görmek istemiyorum diye." (K6)

İş yeri Sağlık Birimi

İş yeri sağlık birimi hakkında sadece OSGB sahipleri görüş bildirmezken, muayenehanesi-kliniği olanlarla sadece işyeri hekimi olanların tümü, diğerlerinin bazıları görüş bildirmiştir. Toplam on dokuz hekim mevcut durumu dile getirmiş ve tartışmıştır. İş yeri sağlık birimi, çalışma ortamı teması içinde hekim sayısı olarak fazla görünse de kelime sayısı olarak daha az üzerinde durulan alt tema olmuştur. Bu alt temada, hekimler, sadece iş yeri sağlık biriminin mevcut durumunu değil, aynı zamanda, ilgili mevzuatlarda bu birimin olması gerektiği konusunun olup olmadığını da tartışmıştır.

Araştırmanın bu aşamasında, iki hekim dışında tüm hekimler ya hiç iş yeri sağlık biriminin olmadığını ya da olanlar da penceresinin bulunmadığı, tıbbi donanımının yetersiz olduğu, gün ışığı almadığı gibi olumsuz fiziki koşullar üzerinde durmuştur. Hekimler, iş yeri sağlık birimi olmadığı durumda muayene, eğitim dâhil diğer hekimlik girişimleri için iş yerinin yemekhanesini, bahçesini, toplantı, iş güvenliği uzmanı, muhasebe ve İK yöneticisinin odalarını, gezici araçları ya da uygun bulunduğu ve her zaman değişen farklı odaları kullanmak durumunda kaldıklarını dile getirmiştir. Özellikle, inşaat şantiyelerinde, bu koşulların daha da olumsuzlaştırıldığını açıklamışlardır. Böyle bir sorunun, özellikle işçinin mahremiyetini ihlâl ettiğinin altını çizmişlerdir. Bu veriler, araştırmanın ilk aşamasındaki verileri desteklemektedir. Örneğin, her on hekimden birisi, iş yerlerinde bu birimin bulunmadığını belirtirken, her on sekizde bir hekim ise tüm iş yerlerinde olduğunu ifade etmiştir. İş yeri sağlık biriminin olduğunu söyleyenlerin de yarıya yakınının ayrı bir tuvaleti ve lavabosu bulunmadığı söylemiştir (Tablo 11). Ayrıca, he-

kimlik uygulamalarının yerine getirilememesinde de üçüncü sıradaki neden olarak gösterilmiş (Grafik 8), mevcut OSGB'ye bağlı iş yerlerinde de bu olumsuzlukların memnuniyetsizliğe yol açtığı dile getirilmiştir (Tablo 15). Hekimlerin iş yeri sağlık birimine yönelik görüşleri şu şekildedir:

"...Kocaman bir toplantı odası var. Öğleden sonra gittiğimiz için toplantı olmuyor. Biz de bu toplantı odasında oturuyoruz iş güvenliği uzmanıyla birlikte. Muayeneleri de orada yapıyorum, eğitimi de orada veriyoruz... Başka bir iş yerinde insan kaynaklarının odasının yanında bir tane yuvarlak masa var. Kız şurada oturuyor. Biz burada iş güvenliğiyle beraber oturuyoruz. İşe giriş muayenesi yapıyoruz burada. Mahremiyet hak getire zaten..." (K6)

"Şimdi, bazı iş yerleri var ki sizin bir oda bir masa bile bulmanız imkânsız. Bazı yerler var benim gittiğim inşaat şantiyelerinde ayakta dikilecek yer bile bulamıyorsunuz. Bu durumda, hiç istenmiyorsunuz falan oralarda olmayı..." (K10)

"...Muayene odam var neyse ki.... Benim tek bir sorunum dışa açık penceresi yok..." (K14)

"...birinci basamak hekimliği yapar OSGB hekimi. Birinci basamak, ikinci basamak değil ki. Her hastalığa bakar. Tek bir hastalık grubuna bakmıyor ki. Hani nerede? Hani nerede? İçerideki muayene edilenin mahremiyeti nerede? Mahremiyet sağlanacak ortam gerektirir. O da yok, yok..." (K15)

"...Bakıyorsunuz işçi haklarından bahsediyorsunuz çalışma ortamında sizin sağladığınız koşullardan bahsediyorsunuz. Sonra gidiyorsunuz iş yerine, muayene masasının üzerinde onlarca dikilmemiş ya da defosu olmuş elbise konmuş. Toz, kir, pas içerisinde orada duruyor. Ben gittiğim yerlerde bunları yasaklamama rağmen, dinlemiyorlar..." (K23)

TEMA 7: ÖRGÜTLENME

Yirmi altı hekim yedinci sırada bulunan "Örgütlenme" temasını sırasıyla; TTB ve İTO, hekimlerin sendikalaşması ve OSGB'ler arası örgütlenme olmak üzere üç alt tema olarak ele almıştır (Tablo 23). Muayenehane-klinik sahibi hekimlerle, özelde çalışan hekimler bu konu hakkında daha az söz söylemiştir. Her bir alt temayı ayrıntılarıyla incelemek gerekirse:

TTB ve İTO

TTB ve İTO konusunda görüş bildiren hekimlerin (yirmi bir hekim) yarısı, TTB ve İTO'nun sağlık ve meslek politikalarını destekleyip, meslek örgütü olarak kesinlikle halen önemli olduğunu belirtirken, yarısı hem destekleyip hem eleştirmiş, beşi hem desteklemediğini hem de beraberinde eleştirdiğini belirtmiştir. Özellikle, TTB ve İTO'yu desteklemeyen ve beraberinde eleştirenlerin ortak noktası, hekimin özlük haklarından çok siyasi konularla ilgilenmesine yöneliktir. Bu farklı görüşler hekimler tarafından şu şekilde açıklanmıştır:

"Doktorlar saldırıya uğradığı zaman Tabipler Odası onların yanında yeterince durmuyor da desteklemiyor da. Yani Tabipler Odası ne demesi lazım? Kardeşim, sen bir saldırıya uğradın, gel ben sana avukat vereceğim. Hekimlerin bir araya gelememesinin, İTO ile birlikte hareket edememesinin de bu noktada hataları ve eksikleri olduğunu kesinlikle düşünüyorum. Meslek örgütü inisiyatifsiz olduğu için bu tür uygulamaları da inisiyatifsizleştirildiği için bir şey yapamıyor. Siyasi duruşu da bu tavrı hemen almasını engellemiyor değil hani." (K29)

"Kim koyacak işyeri hekimliği için mesleki minimal standartları? Sağlık Bakanı diyor ki ben koymam. Çalışma Bakanını diyor ki benim işim değil. Tabip Odası diyor ki zaten benden alındı, artık karışamıyorum. İşyeri hekimlerinin bir mesleki örgütü burada aktif olarak rol oynuyor mu? Oynamıyor mu? Şahsi görüşüm oynamıyor." (K15)

"Yani iyi demokrat çalışan tabipler hala var ve iyi ki burası var. Burası, toplumun da bizlerin de hepimizin nefes aldığı yerler. Ben buraya gelince temiz hava aldığımı düşünüyorum... Onun için lazım buralar. Tabi şöyle bir şey söyleyeyim bu kadar alçakça bir düzen ya da düzensizliğin içerisinde düzene karşı ayakta durmak da her baba yiğidin harcı değil. Biz doktorlar, aklımızı ilk defa buralarda doğru kullanıyoruz şükür. Eksiklikleri var mıdır Tabip Odası'nın vallahi bir gram kadar umurumda değil. Eksik olsun ama var olsun. Haaaaa eksikliğini tamamlarsa daha mükemmel olur..." (K23)

Hekimlerin büyük bir kısmı (yirmi bir hekim) örgütlenme için olumlu ve yapıcı öneriler verirken, beşi eleştirmekle beraber, örgütlenme konusunda karamsar olduğunun altını çizmiştir. Olumlu ve yapıcı görüş bildirenler, ilk olarak, örgütlenmenin başlangıç noktası olan işyeri hekimlerinin bir araya gelmesi, önemi ve İTO'nun bu konuda yapması gerekenlere yöneliktir. Örneğin, iki hekim bu konudaki görüşünü şu şekilde dile getirmiştir:

"Medyanın ve iktidarın tabip Odası üzerindeki baskıcı söylemleri hekimleri uzak tutuyor. Bütün hikâye bu. Ama ne olursa olsun, mikro ölçekte işyeri hekimleriyle Oda nasıl buluşur, nasıl bir araya gelir düşünmemiz, yöntem bulma-

mız gerekir. Bu işin siyasetle ilgisi yok değil ama siyasetten bağımsız da değil. Değer yargılarımızı bir kenara koyup konuşmamız, düzenli olarak bir araya gelmemiz lazım. Aynı dünya görüşünde olmamız gerekmiyor ama temeli insansa işçiyse ondan yana düşünüyorsan ve düzgün maaş alıp düzgün geçinmek istiyorsan ortak değerimiz bu. Başka bir şey aramaya gerek yok..." (K14)

"...OSG sahipleriyle biz hekimlerin bir araya gelmesini İTO sağlar. Çünkü işveren ile kutuplaştık, birbirimizle kutuplaştık. Sadece kendi aramızda kurduğumuz WhatsApp gruplarındaki yazışmalarla birbirimizin iş hayatından, mesleki pratiklerinden haberdar oluyoruz. Daha fazlasını ancak Odamız düzenleyebilir..." (K13)

İTO'nun sosyal ya da kültürel aktiviteler düzenlemesi, WhatsApp grupları kurması, çevrim içi etkinlikler yapması, "işyeri hekimleri buluşmaları" gerçekleştirmesi ve bu ortamlarda düzenli aralıklarla işyeri hekimlerinin özlük hakları temelinde tartışmalar yürütmesi hekimlerin bir araya gelmesinin araçları olarak tarif edilmiştir. Ayrıca, İTO'nun işyeri hekimiyle ilk temasında, iş yeri ve OSGB ziyaretinin önemi vurgulanmıştır. Bunlara yönelik bazı hekim ifadeleri:

"Kurumsal olarak bizleri bir araya getirmede tamamen TTB kesinlikle bu işin ana eksenlerinden biri olması lazım. İTO, işyeri hekimleri buluşmaları düzenleyerek, birbirimize dokunmamızı, anlamamızı sağlar kesinlikle. Çünkü işyeri hekimlerinin ortak bir alanı yok. Hastane gibi bir yerde değilsin sen çünkü..." (K27)

"İTO'nun bizlerle teması gerçekten çok önemli. Her birimizi hatırları sormak için iş yerlerimizi ya da OSGB'lerimizi ziyaret etmekle işe başlayabilirler. Ama öyle seçim zamanları değil, sürekli ve düzenli temas olmalı. Bunu düşünmesi lazım..." (K20)

Üçüncü öneri, işyeri hekimlerinin birbirleriyle, İTO'nun iş yeri hekimleriyle dayanışmasını kurmak, daha önce kurulan dayanışmaları güçlendirmektir. Örneğin, hekimlerin birbiriyle dayanışması için ailesinin ve yakınlarının sağlık sorunları için başvurabileceği sağlık kurumları, hekim isimleri konusunda paylaşım yapılabilecek iletişim ağlarının kurulması önerilmiştir.

Dördüncü öneri, özellikle genç işyeri hekimlerinin büyük bir çoğunluğu tarafından İTO'nun "mentorluk" mekanizmasını kurmasına yöneliktir. Diğer bir ifadeyle, bu alanda deneyimli işyeri hekimlerinin genç ve yeni iş yeri hekimi olanlara bu mekanizma aracılığıyla rehberlik ve danışmanlık yapması talep edilmiştir. Örneğin:

"Mesela, mentorluk sistemleri var. İTO'nun hepimizi kapsayacak WhatsApp gibi bir grup kurması ve yeni işyeri hekimliğine başlayan, işyeri hekimliği sertifikası alan herkes o WhatsApp grubuna otomatik dâhil edilsin. İstiyorsa kabul etsin. Orada da mentorlar olsun. Mesela ben diyelim ki, ergonomi konusunda çok iyiyim. Ergonomi mentoruyum. Ergonomi ile ilgili bana bir şey danışacak olan kişi bana ulaşabilsin, saatlerim belli olsun. Ben kime ulaşabileceğimi o platformdan bilebileyim. Yani bu şekilde birbirimize temas ettiğimizde kişi olarak da temas ediyoruz. Fikir olarak da temas ediyoruz. Ve böyle olunca daha dayanışmamız da artar, birlikteliğimiz de artar. Birbirimize dokunmuş da oluruz." (K1)

Beşinci öneri, işyeri hekimlerini hukuki olarak koruyacak standart iş sözleşmesinin hazırlanması, iş sözleşmesi yapma, sözleşmenin feshi, çalışma yaşamından kaynaklı işveren-yönetici ve hekim sorunları, işten çıkarılma, işçilere çalışamaz raporu gibi konularda, İTO'nun işyeri hekimleri için düzenli hukuki danışmanlık hizmeti vermesidir. Hatta bazı hekimler, diledikleri gibi bu hizmeti alabilmek için gerekirse küçük miktarda maddi katkı sağlayabileceklerini de belirtmiştir. Bir hekimin görüşü şöyledir:

"Sözleşme nasıl okunur, nasıl imzalanır neleri talep ederiz, istifa ya da işten çıkarılma sürecinde nasıl hareket etmemiz gerektiğini hiç bilmiyoruz mesela. Tabip Odası'nın bizlere bu gibi konularda sürekli bir hukuki danışmanlık sunmasını isterim. Her ihtiyacım olduğunda avukatla konuşabilmeliyim, görüşebilmeliyim." (K28)

Altıncı öneri, TTB ve İTO'nun hekimlerin haklarını alabilmesi için iktidarlar üzerinde baskı kurmaktan hiç bıkmıp usanmadan mücadelesine devam etmesidir. Bir hekimin ifadesi:

"Mesela bana göre özlük haklarımız, yeşil pasaport verilmesi, standart ücret tarifesi gibi aslında bütün haklarımız konusunda bakanlığın yapabileceği şeyler var ama yapmıyor. O zaman, TTB, tabip odalarımız, bizler sürekli ama sürekli baskı kuracağız, yaptıracağız sonunda." (K19)

Diğer öneriler ise; İTO'nun üye sayısını artırması, İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Komisyonu'nun daha aktif çalışması İTO'nun hekimler için sağladığı kazanımları daha görünür kılması, onla-

rı doğrudan hekimlerle paylaşması, işyeri hekimlerine yönelik online bülten çıkarması, gerek işyeri hekimlerinin hakları gerekse işçilerin sağlığı için TTB'nin ÇSGB ve Sağlık Bakanlığı ile birlikte çalışmasıdır.

Hekimlerin Sendikalaşması

Büyük bir çoğunluğu sadece işyeri hekimleri olmak üzere, her üç hekimden birisi işyeri hekimlerinin sendikalaşması üzerine görüş bildirmiştir. Görüş bildiren işyeri hekimlerin üçü de halen sendika üyesidir. Yoğunlaştıkları konu, TTB'nin alternatifi olarak görülmeyen ama işyeri hekimin ve işçinin emeğinin hakkını savunan sendikaya üye olunmasının önemi ve gerekliliğidir. Sendikalı bir hekim ile sendikalı olmayan hekimin buna yönelik ifadeleri şöyledir:

"İşyeri hekimlerinin dernek durumu var ama çok kapsayıcılığı, fonksiyonu yok... Sendikalı olursa, işyeri hekimleri kesinlikle daha güvenceli görür kendini. Sendika tarafından en azından haklarımı savunması bile çok önemlidir." (K27)

"Sendikalı olsam işyeri hekimi olarak kesinlikle daha güvenceli görürüm kendimi. Sendika tarafından en azından haklarımı savunması belli kriterlerimle oluşturulması, bizim de mazeret olarak sendikal kararları öne sürmemiz bize kuvvet katacaktır diye düşünüyorum...." (K28)

Ayrıca, sendikalı bir hekim de sendikalaşmanın üzerinde dururken, OSGB'nin taşeron şirket, hekimlerin de bu taşeronun işçileri olduğundan, sendikalaşmanın güçlüklerine işaret etmiştir. Şöyle ki:

"...çok sayıda küçük iş yerleri oluşan bir sistem olduğu için toplu sözleşme düzeninin içine alınabilmek imkânı çok zayıf. Bu düzleme ilişkin özel bir sözleşme düzeninin kurulması gerekiyor. Eğer böyle gidecekse yani bu iş kamulaştırılmayacaksa piyasa sistemiyle gidecekse o zaman mesela bizim çalıştığımız iş yerlerindeki toplu iş sözleşmelerinden faydalanabilmemiz gerekiyor. Yani, alt işverenin altındaki işverenler olarak asıl işverenin imzaladığı toplu iş sözleşmesinin içine konulması lazım....." (K11)

OSGB'ler Arası Örgütlenme

OSGB'ler arasındaki örgütlenmeye bir OSGB sahibi dikkat çekerken, diğeri buna tümüyle katıldığını belirtmiştir. Bu hekimin konuya yönelik açıklamaları şu şekildedir:

"En azından OSGB'ler arasında yardımlaşmak, iletişim sağlamak, birleşmek lazım bence yani. Bende malzeme açığı, personel açığı olur, müşteri fazlası olur. Ne bileyim yani. Laboratuvar kurmak isterim. Birinin vardır mesela. Yani bir iletişim ağı olmalı.... Yani, mesela, işte diyelim ki o tarafta kimin şeyi varsa beraber çalışmak, oturup konuşabiliriz yani. Bu tarafta sizin varsa veya benim bölgemde, ben yapabilirim. Sizde mesela mobil hizmet varsa ben hizmet alırım. Ya da ilk yardım eğitimi ya da hijyen raporu veriyorsanız ya da başka eğitimler onu ben satın alırım yani. Böyle birliktelikler olursa hem de daha güçlü oluruz. Personel için mesela arkadaş dedi ki, benim mesela doktor açığım var. O mesela o doktoru ben alabilirim yani. Yeter ki işte böyle üst seviyede anlaşma sağlansın. Olabilir yani hepsi de. Bu da hem maliyeti düşürür hem de gücü artırır..." (K3)

5. SONUÇLAR

5.1. Araştırmanın birinci aşamasındaki kantitatif verilerin sonuçları;

- Bu araştırmada; 211 OSGB ve onlara bağlı 5870 iş yerinde çalışan 334 işyeri hekimi bulunmaktadır.
- İşyeri hekimlerinin dörtte biri kadın, yarıdan fazlası 49 yaş ve üzerinde, her üç hekimden birisi uzman ya da yan dal uzmanıdır. Aile hekimliği, genel cerrahi, dahiliye, anestezi ve reanimasyon ilk dört uzmanlık alanıdır. Hekimlerin birisi profesör, ikisi doçent unvanını almıştır. Yarıya yakını tıbbi olarak tanılanmış ve ilaç kullanmayı gerektiren herhangi bir kronik hastalığa sahip olup, hipertansiyon, diyabetes mellitus en sık görülen hastalıklardır. Her on üç hekimden birisi İTO üyesi değilken, her yedi hekimden birisi sendika üyesidir. On sekiz hekim KHK ile kamu görevinden ihraç edilmiştir. Hekimlerin yarıya yakını ilk işyeri hekimliği sertifikasını OSGB sistemi uygulanmaya başladıktan sonra (2013 yılından sonra) almıştır. Yaklaşık dörtte biri, son beş yıl içinde işyeri hekimliği, işçi sağlığı ve güvenliğiyle ilgili eğitim, bilimsel toplantı ya da kursa katılmıştır.
- Hekimlerin dörtte bir 30-36 yıl, on birde biri sekiz yılın altında toplam çalışma süresine sahiptir. Buna karşın, yarıya yakını 10 yıldan daha fazla süredir işyeri hekimliği yapmaktadır. Yine yarıya yakını OSGB sistemi uygulanmadan önce, büyük bir çoğunluğu ise daha önceden OSGB'ye bağlı iş yerlerinde işyeri hekimi olarak çalışmıştır. İlk sıradaki ücret, maddi katkı ya da ek gelir gerekçesi hem OSGB'ye bağlı çalışma hem de OSGB'den ayrılma nedenidir.
- Yarısı OSGB dışında hekimlik yapmazken, üçte biri OSGB ile beraber özel sağlık sektöründe, yaklaşık altıda biri kamuda çalışmaktadır. Hekimlerin mevcut konumu ya da statüsü açısından; en fazla paya sahip ilk grup (%28,4), emekli olup, aynı zamanda OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olanlardır. Emeklilik maaşları ve OSGB'den aldıkları ücret yanında, bireysel olarak işyeri hekimliği yaparak üç farklı geliri olanlar da en fazla bu gruptadır. İkincisi, OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmalarının yanında, emekli, OSGB sahibi/gerçek ortağı, bir ya da birden fazla sağlık ya da sağlık dışı özel sektörde çalışan/nöbet tutan "karma grup"-tur. Bu grubun yaklaşık üçte biri beraberinde bireysel olarak işyeri hekimliği yapmaktadır. Üçüncüsü, sadece OSGB'ye bağlı olarak işyeri hekimi olarak çalışıp, hekimlik ya da hekimlik dışı başka gelir getirici iş yapmayan gruptur. KHK ile kamudan ihraç edilenler, gençler ya da yeni mezunlar, yurt dışına göç etmeyi düşünen ve/veya bu konuda resmi prosedürleri yerine getirenler bu gruptadır. Dördüncüsü, kamuda hekimlik yapanlar, altıncısı ise klinik-muayenehane-sağlık merkezi-OSGB sahibi olanlardır.
- Her on hekimden birisi 2-5 OSGB'ye bağlı olarak çalışmaktadır. Hekimlerin bağlı oldukları mevcut OSGB'de çalışma süresi en fazla 2-5 yıl arasında olup, üçte biri ise 1 yılın altında, yarıdan biraz fazlası yarı-kısmi zamanlı çalışmaktadır. Yarıya yakınının İSG-KATİP dışında, OSGB ile ayrı bir iş sözleşmesi bulunmamaktadır.

- Her on bir hekimden birisi tehlikeli, her on hekimden birisi az tehlikeli ve yine her on hekimden birisi çok tehlikeli iş yerleri sayısını, her üç hekimden daha fazlası az tehlikeli ve tehlikeli, her beş hekimden daha fazlası çok tehlikeli iş yerlerindeki işçi sayısını bilememiş ya da hatırlayamamıştır. Hizmet verilen iş yerlerinin yarıya yakını tehlikeli, yine yarıya yakını az tehlikelidir. Her üç tehlike grubundaki iş yerlerinde en fazla 50-249 işçi çalışmaktadır. İş yerlerinin ilk beş iş kolu; ticaret-büro-eğitim-güzel sanatlar, petrol-kimya-lastik-plastik-ilaç, metal, dokuma-hazır giyim-deri ve inşaatıdır. Hekimlerin üçte birinin 16'dan fazla, yine üçte birinin ise 5-15 arası iş yeri bulunmaktadır. Üçte birinden daha fazlası günde dörtten fazla iş yerine gitmektedir. Her on altı hekimden daha fazlası hafta sonu ya da mesai saati sonrası, üçte biri aylık maksimum 140-180 saat çalışmakta, yaklaşık her on hekimden birisi fazla mesai yapmaktadır.
- OSGB dışında, başka kurumlarda da hekim olarak çalışılmasına bağlı olarak, işyeri hekimlerinin 2-4 arasında değişen farklı işi ve geliri bulunmaktadır. Yarıdan fazlasının iki, beşte birinin üç geliri bulunmaktadır. Her on bir hekimden birisi, OSGB'den aldığı aylık ücretini söylemek istememiştir. Ücretini ifade edenlerin 2023 yılında yaklaşık üçte biri 36-60 bin, beşte biri 11-35 bin TL arası aylık ücret almaktadır. Hekimlerin yarısının ücretleri taahhüt edildiği gibi artmamış, gecikme ya da ödeme tarihlerinde düzensizlik olmuştur. Ayrıca, fazla mesai yapan hekimlerin yarısının fazla mesai ücreti ya hiç ödenmemiş ya da eksik ödenmiştir.
- İşyeri hekimleri, iş yerlerine en fazla kendisinin ve OSGB'nin araçlarıyla ulaşmaktadır. İş yerlerine ulaşılabilme için günde yarıdan biraz fazlası 2-3 saatini yolda ve trafikte geçirmektedir. Daha önce OSGB'ye bağlı olarak çalışıp ayrılan ya da işten çıkarılan 242 hekimin üçte birinden fazlası özlük/sosyal haklarını alabilmiştir. En fazla alınan üç özlük/sosyal hak; yıllık izin, ek ödeme ve kıdem tazminatıdır. Şu anki OSGB'ye bağlı çalışan her altı işyeri hekiminden birisi yıllık izin almada zorlanma, iznini kullanamama gibi sorunlar yaşamaktadır. OSGB ve/veya ona bağlı iş yerleri tarafından en fazla sağlanan beş olanak düzensiz verilse de KKE, öğle yemeği, araç, bilgisayar ve yakıt desteğidir. Hekimlerin sadece üçte biri aracına yakıt desteği almaktadır.
- Tüm OSGB'lerin patronları/işverenleri ya da gerçek ortaklarının üçte biri iki ya da üç kişi olup, ilk üç meslek, hekim, iş güvenliği uzmanı ve mühendistir. İşyeri hekimleri en fazla meslektaşları, daha sonra iş yeri patronları/ işverenleri ile iletişimi olmadığını ifade etmiştir. İş güvenliği uzmanları, işçiler, iş yerlerindeki yöneticiler/müdürler ve diğer sağlık emekçileri en fazla olumlu, iş yerlerinin ve OSGB'nin İK yöneticileri ise en fazla olumsuz iletişimleri olan kişilerdir.
- Hekimler, hizmet verdikleri tüm iş yerlerinin büyük bir çoğunluğunda muayene için beklemelerinin, yarıya yakınında iş yeri sağlık birimine ait ayrı bir lavabo ve tuvaletin olmadığını, onda birinde ise iş yeri sağlık biriminin hiç bulunmadığını belirtmiştir. İş güvenliği uzmanlarının tüm iş yerlerinin sadece beşte birinde ayrı bir iş güvenliği odası vardır.
- Gerek OSGB sistemi öncesi işyeri hekimliği yapanların gerekse şu anda OSGB yanında, bireysel sözleşmeyle çalışanların büyük bir çoğunluğu işyeri hekimi olarak çalışmaktan memnun ya da çok memnundur. Memnun olanlarla olmayanların gerekçeleri; ücret, çalışma koşulları, özlük/sosyal haklar, mesleki bağımsızlık, iş güvencesi üzerinedir. Şu anda OSGB'ye bağlı çalışanların ise yarıdan biraz fazlası memnundur. Yine çalışma koşulları, ücret, emekli olunmasına karşın, halen çalışma imkânı tanınması ve olumlu çalışma ilişkileri memnuniyeti etkileyen faktörlerdir. Memnun olmayanların gerekçeleri ise sırasıyla; ücret sorunları, OSGB'nin ticari ve taşeron olması nedeniyle emeklerini sömürmesi, özellikle sadece reçete yazmaktan diğer hekimlik görevlerini yapamama ya da hekimlik dışı işler yapmak durumunda kalma, değer ve saygı görmeme, patron/işveren ya da yöneticinin baskısına maruz kalmaktır.
- OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmak; uzman hekimlerde, geçmişte OSGB'ye bağlı çalışmayanlarda, daha az sayıda OSGB'ye bağlı çalışanlarda ve çalışılan süre uzun olanlarda da memnuniyet düzeyi daha yüksek olup, bu istatistiki olarak da önemlidir. Memnuniyet

düzeyi, klinik-muayenehane-sağlık merkezi-OSGB sahiplerinde/patronlarda en yüksek iken, sadece OSGB'ye bağlı çalışanlarda en düşüktür. Tam zamanlı ve kısmi-yarı zamanlı çalışanlarda memnuniyet düzeyi benzerdir.

- İşyeri hekimleri kişisel deneyimleri dışında, OSGB sistemini ya da uygulamasını işçi sağlığı ve güvenliğiyle işyeri hekimliği açısından değerlendirdiğinde; yarından biraz fazlası olumlu-avantajlı olduğu kadar, olumsuz-dezavantajlı, yaklaşık dörtte biri sadece olumsuz-dezavantajlı, yaklaşık beşte biri ise sadece olumlu-avantajlı olduğunu düşünmektedir. Bunların gerekçeleri OSGB'deki kişisel deneyimlerine dayalı memnun olma ve olmama gerekçeleriyle hemen hemen aynıdır. Sadece olumsuz-dezavantajlı bulanlarda OSGB'nin kâr odaklı, ticari, taşeron ve rekabetçi bir sistem olduğu vurgusu daha öne çıkmıştır. Sistemin olumlu-avantajları olduğu kadar, olumsuz-dezavantajları da olduğunu en fazla düşünenler; hem özel sağlık sektöründe hem de OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olanlar, klinik-muayenehane-sağlık merkezi-OSGB sahipleri/patronlar olup, bunlar da istatistiki olarak da önemlidir. Ayrıca, daha önce de şu anda da ücretinde gecikme-düzensizlik-artış olmaması gibi sorun yaşayanlar, sadece bir geliri olanlarla 3-4 arası geliri olanlar da bu şekilde düşünmektedir. OSGB sistemini olumsuz-dezavantajlı değerlendirenler ise en fazla; Pratisyen hekimler, KHK ile kamudan ihraç edilenler, sadece OSGB'ye bağlı çalışanlar, 2-5 OSGB'de ve geçmişte başka bir OSGB deneyimi olanlar, OSGB'ye bağlı çalışmaktan memnun olmayanlar, ücretlerinin bir kısmı elden ödenenler, sadece bir gelire sahip olanlardır ve bunlar istatistiki olarak da önemlidir.
- İşyeri hekimlerinin yarından fazlası, iş yerleri hangi tehlike sınıfında olursa olsun, yasal düzenlemede tanımlanmış olan işçi başına ayrılan süreleri yeterli bulmakta olup, büyük bir çoğunluğu mevcut iş yerlerinde bu süreye uyabildiklerini ve herhangi bir engelle karşılaşmadıklarını belirtmiştir. İşyeri hekimlerinin "tümüyle-tamamıyla" en fazla yaptıkları mesleki uygulamaları sırasıyla; işe giriş muayenesi, poliklinik, danışmanlık-rehberlik, periyodik muayene ve işvereni bilgilendirmek ya da öneride bulunmaktır. Hekimlerin üçte biri iş yerlerindeki işçilerde meslek hastalığı, dörtte biri iş kazası, altıda biri gebe olan, onda biri ise ilk ve acil yardımı gerektiren herhangi bir durum olmadığını ifade etmiştir. Solunum fonksiyon testi, içme ve kullanma suyu analizi, işitme testleriyle ilk yardım eğitimi dışarıdan en fazla satın alınan, aşı ve gebe takibi ise en fazla sevk edilen hizmetlerdir. Yasal çerçevede tanımlanan mesleki uygulamalardan herhangi birisini yerine getirememelerinin ilk nedeni; patronların/işverenlerin hem işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerini hem de işyeri hekimini maliyet unsuru olarak görmesi ya da iş kaybına yol açtığını düşünmesidir. İkincisi; poliklinik ve reçete yazma odaklı çalışılması, özellikle yöneticilerin gereksiz talepleri ya da meslek dışı işlerin olması, günün önemli bölümünün yolda ve trafikte geçmesi faktörlerine bağlı olarak zamanın kalmaması ya da olsa da yetmemesidir. Üçüncüsü, iş yeri sağlık birimi dâhil çalışma ortamının uygun olmaması, dördüncüsü, işçilerde istihdam sirkülasyonunun hızlı olması ve bundan hekimin haberdar olamaması gibi faktörlere bağlı özellikle periyodik muayenelerde işçilere ulaşamamasıdır.
- İşyeri hekimlerinin bir günü en fazla sırasıyla; ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri ya da onların ifadesiyle muayene, poliklinik, reçete yazma, danışmanlık, denetim, eğitim, işe giriş, periyodik muayene, kayıt ve yolda/trafikte geçmektedir.
- İşyeri hekimlerinin TTB ve İTO'ya yönelik ilk dört önerisi ya da beklentisi; OSGB'lere bağlı çalışan işyeri hekimleri arasındaki ücret eşitsizliğini gidermesi, hak edilen ücreti alabilmeleri için mücadele etmesidir. İkinci öneri, bu çalışmada olduğu gibi, İTO'nun işyeri hekimleriyle temas etmesini sağlayacak bilimsel araştırmalara devam etmesidir. Üçüncü öneri İTO'nun olumlu ve etik çalışma koşulları için mücadele etmesidir. Dördüncü öneri, İTO'nun işyeri hekimlerinden kopuk olmaması, mevcut iletişimini güçlendirmesi için iş yeri ziyaretleri yapması, sosyal aktiviteler düzenlemesi ve hekimlerle birlikte çalışmalar yürütmesidir.

5.2. Araştırmanın ikinci aşamasındaki kalitatif verilerin sonuçları;

- En fazla üzerinde konuşulan ve tartışılan konular bakımından toplam yedi tema, 36 alt tema ya da kategori elde edilmiştir. Bu yedi tema sırasıyla; hekimlik uygulamaları, istihdam koşulları, OSGB sistemi, OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmak, çalışma ilişkileri, çalışma ortamı ve örgütlenmedir. Ancak bu sıralama, hekimlerin mevcut konumuna ya da statüsüne göre farklılık göstermektedir. Tema ve alt temalar; daha çok hekimlerin mevcut deneyimlerini birbiriyle paylaşma, karşı karşıya kaldıkları güçlükler, daha az düzeyde bunların nedenleri ve çözüm önerileri etrafında tartışılmıştır.
- Hekimlik uygulamaları teması, en fazla gençlerden oluşan sadece işyeri hekimleri ve yine büyük oranda 60 yaş üzeri emekliler tarafından ele alınmıştır. Bu temanın sırasıyla alt temaları; sağlık gözetimi, büyük bir bölümü reçete yazma, daha az bölümü poliklinik hizmetleri olarak ele alınan ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri, eğitim, sağlık kayıtları, denetim, meslek hastalıkları ve iş kazaları, sevk, danışmanlık ve risk değerlendirmesidir. Reçete yazılmasıyla ilgili en fazla dile getirilen sorun; işçilerin, iş yeri sahipleri ve yöneticilerinin uygun olmayan reçete talepleridir.
- İstihdam koşulları temasının alt temaları sırasıyla; ücret, çalışma biçimi, özlük/sosyal hakları, çalışma süresi, hekimlik dışı işler, işten çıkarılma, diploma-sertifika kiralama ve iş yerlerine gidil(e)memesidir. Bir başka ifadeyle, işyeri hekimleri istihdam koşulları teması altında sadece bu konuları dile getirmiştir. Ücret, işyeri hekimlerinin mevcut konumları ne olursa olsun, hepsinin görüş bildirdiği ve sorunlarında ortaklaştığı alt temadır. Bu tema altında, düşük ücretin yanında, esnek ücret ödeme mekanizması ya da gelir güvencesizliği, uzaktan, mobil, gezici, düzensiz ve diploma-sertifika kiralamaya dayalı esnek çalışma, yok denecek kadar ya da oldukça kısıtlı özlük/sosyal hakların varlığı, geçici çalışma, iş güvencesizliği, fonksiyonel esnekliğe bağlı hekimlik dışı işlerle karşı karşıya kalma gibi bulgular, prekaryal istihdam koşullarına işaret etmektedir.
- OSGB sistemi teması kapsamında sırasıyla; işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri, kâr ve rekabet, ekip ile mevzuat olmak üzere dört alt tema yer almaktadır. Gerekçeleri farklı da olsa tüm hekimler, temelde maliyet kaygıları nedeniyle OSGB sisteminin işçiyi, işçi sağlığı ve güvenliğini merkezine almadığı, önemsemediği ya da görmezden geldiği konusunda ortak görüştedir. OSGB sistemi; kâr, rekabet sömürü, pazar, ticaret, maliyet, işletme, taşeron kavramlarıyla tanımlanmıştır. Dolayısıyla, hekimler, OSGB'lerin temel amacının "kâr" olduğu ve işyeri hekimlerinin de bunu sağlayan mekanizmalardan birisi olduğu, "kâr"ın olduğu yerde emek gücü sömürü olduğu için, hekimlerin de buna maruz kaldığını, öte yandan, sunduğu sağlık hizmetiyle de işçilerin hastaneye gitmesini engelleyerek, işçinin patrona maliyetini düşürdüğünü vurgulanmıştır.
- OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmak teması kapsamında; mesleki saygınlık ya da itibar, mesleki bağımsızlık, iki ya da üç farklı hekimlik yapmak ve işyeri hekimliğinin anlamı olmak üzere dört alt tema ortaya çıkmıştır. OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmak daha çok olumsuz nitelemelerle tarif edilmiştir. Bu niteleme, daha önceden sağlık ocağı deneyimi olanlar ve OSGB öncesi işyeri hekimliği yapanlar tarafından önceki işyeri hekimliği uygulamalarının önemli eksiklikleri olmakla beraber, şimdiki uygulamanın daha kötü bir noktada olduğu belirtilmiştir. Özellikle genç hekimler, daha önceki hastane, özellikle acil servislerindeki şiddete maruz kalma, yoğun çalışma gibi koşullara göre OSGB'ye bağlı işyeri hekimliğinin daha iyi olduğunu, ancak özünde işçiler ve hekimler açısından önemli sorunlara sahip olduğunu vurgulamıştır. Çok azı OSGB ve iş yerlerinde saygı, değer ve itibar gördüklerini, geri kalanı ise saygısızlık, değersizlik, gereksizlik ya da fazlalık kavramlarıyla durumlarını açıklamıştır. Hepsi OSGB'ye bağlı olarak çalışırken, ücretlerinin patronları/işverenleri tarafından verilmesinin mesleki bağımsızlığı kaybettirdiği konusunda fikir birliği içinde olmuştur. Hekimler, hem OSGB'ler hem de çalıştıkları iş yerleri tarafından mesleki bağımsızlıkların kaybını; işçilere verdikleri rapora müdahale edilmesiyle, işsizlik tehdidiyle, birinci temada belirtildiği gibi, patronların, yöneticilerin ve işçilerin uygun olmayan reçete taleplerini yerine getirme baskısıyla, ikinci temada belirtildiği gibi, özellikle genç hekimle-

rin meslek dışı işleri yapmaya mecbur bırakılmasıyla açıklamıştır. Farklı kurumlarda hekim olarak çalışanlar ya da aynı anda iki ya da üç farklı hekimlik yapanlar; mesleki kimlik kar- maşası yaşamak, aynı anda ve farklı alanlarda daha fazla mesleki bilgiyi edinmek zorunda kalmak, hizmet verdikleri kesimler arasındaki sosyo ekonomik ve kültürel eşitsizliklerle karşı karşıya kalmak gibi güçlüklerden bahsetmiştir. OSGB'ye bağlı işyeri hekimi olarak çalışmasının ilk nedenini ekonomik, ek gelir ya da maddi katkı olmuştur. Gelecekte işyeri hekimliğini yapmak isteyip istemeleri konusunda çoğunluğu devam etmeyeceğini belirtmiş- tir. İşyeri hekimliğinin anlamı konusunda sadece beş hekim işyeri hekimi olarak "çözüm- çü, tutarlı, dengeli ve uyumlu" olduğuna vurgu yaparak "düz çizgi" olduğunu, işyeri hekimliğiyle ilgili halen umudunu koruduğuna vurgu yaparak "gökyüzü", şu anda işyeri hekimi olarak çalışmaktan memnun ve rahat olduğuna vurgu yaparak da "lord" gibi olumlu kavramlar kullanmıştır. Çoğunluğu işyeri hekimliğini tarif ederken ya da tanımlarken, büyük oranda "negatif ya da olumsuz kavramlar ve ifadeler kullanmıştır. Negatif ya da olumsuz kavram ve ifadelerden bazıları; OSGB'nin gayri resmi pazarlamacısı, gereksiz eleman, reçete doktoru, sermayenin kölesi, resepsiyonist, yetkisiz kaşe memurudur. "çerçi" "dış kapının dış mandalı", "bakkal, bakkal işleten, "reçete doktoru, toplu reçete doktoru" şeklindedir.

- Çalışma ilişkileri temasında sırasıyla; OSGB ya da iş yerlerindeki patronlar ya da patron vekilleri, yöneticiler (müdürler ve İK yöneticileri), OSGB'ye bağlı çalışan emekçiler (hekim, iş güvenliği uzmanı ve diğer emekçiler), iş yerlerindeki işçiler, devlet ve İSG kurulu üyele- riyle ilişkiler olmak üzere altı alt tema belirlenmiştir. OSGB'lerin patronlarıyla ilişkiler, iş yerlerinin patronlarıyla ilişkilerinden daha fazla tartışılmıştır. OSGB sahibinin hekim olup olmamasına odaklanılmış, on bir hekim OSGB patronunun hekim olmasının avantajından, üç hekim dezavantajından, iki hekim ise deontolojik olarak olumlu yönlerinin olmasının ya- nında, diğer ilişkiler bakımından olumsuz yönlerine dikkat çekmiştir. Bunlar yapılırken, bazı hekimler hekim olmayan OSGB sahiplerinden şikâyet etmiştir. Sadece üç hekim, iş yerlerinin patronlarıyla olumlu çalışma ilişkileri içinde olduğunu ifade etmiştir. Olumsuz ilişkileri olduğunu belirten işyeri hekimleri ise iş yerlerinin patronlarının onlara karşı, saygısız, cin- siyete ve etnik kimliklerine yönelik ayrımcı ve baskıcı oldukları, birinci tema olan hekimlik uygulamalarında da bahsedildiği gibi, kendileri ve ailesi için uygun olmayan reçete talepleri ve onun sonucunda sözlü tartışmalara girdiklerinden bahsetmiştir. Büyük bir çoğunluğu emekliler ve sadece işyeri hekimi olanlar ve özelde çalışanlar en fazla iş yerlerindeki İK yö- neticileriyle, daha sonra, OSGB'deki müdürleriyle olan çalışma ilişkilerini değerlendirmiştir. Hekimlerin yarısı, iş yerlerindeki İK yöneticileriyle daha çok olumsuz ilişkiler içinde olduk- larını belirtmiştir. Gerekçeleri ise; başka bir hekimin işçiye verdiği sağlık raporlarının doğ- ruluğunu kendilerinin değerlendirmesini talep etmesi, işçilere reçete yazılması konusunda ısrarcı davranması, işçilerin her türlü sağlık verisini almak istemesi, hekimlere emredici davranması, işe geliş gidiş saatlerini takip etmesi ve bu konuda baskı kurması şeklindedir. Bir hekim dışında sekizi, OSGB müdürlerinin kendilerine mobbing uygulaması, iş yerleri- nin hekimlik algısını dayatması, hekimlerin sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı önerilerini görmezden gelmesi, iletişimlerinde emredici olması gibi nedenlerden müdürlerle çalışma ilişkilerinin olumsuz olduğu görüşündedir. Ekip alt temasında görüş bildiren tüm hekimleri, iş güvenliği uzmanı ve işyeri hemşiresinin önemi ve çalışma yaşamındaki sorunları konusun- da fikir birliği içinde olmuş, on iki hekim ise bu iki meslek grubuyla olan olumlu çalışma ilişkilerinde ortaklaşmıştır.
- Çalışma ortamı temasında; ulaşım, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı, iş yeri sağlık birimi olmak üzere üç alt tema elde edilmiştir. Görüş bildiren hekim sayısı fazla olmasına karşın, diğer temalara göre daha az konuşulan bir konudur. Ağırlıklı olarak, ulaşım alt temasına odaklanılmıştır. Büyük çoğunluğu kendi arabasını kullanırken, OSGB'nin aracıyla gidenlerin önemli bir bölümü aracı kendi kullandığını belirtmiştir. İş yeri sayısının fazlalığı, onların birbirine uzaklığı ve İstanbul trafiğinin kalabalıklığı gibi nedenlerle günün önemli bir bö- lümünün yolda geçtiğinden yakınmışlardır. Diğer bir sorun, yolda geçen sürenin çalışma saatinden sayılmaması ve ücretlendirilmemesidir. On hekim iş yerlerinin çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli olmadığını hem de bu konudaki görev ve yetkilerinin bildirim ile sınırlı olduğunu, çalışma ortamının risklerine dair uyarılarda bulunsalar da özellikle yöneticiler

tarafından dikkate alınmadığını belirtmiştir. İş yeri sağlık birimi alt temasında, hekimler, sadece iş yeri sağlık biriminin mevcut durumunu değil, aynı zamanda, ilgili mevzuatlarda bu birimin olması gerektiği konusunun olup olmadığını tartışmıştır. Ayrıca, işyeri hekimlerinin büyük bir çoğunluğu ya iş yeri sağlık biriminin hiç olmadığını ya da olanların da penceresinin bulunmadığını, tıbbi donanımının yetersiz olduğunu, gün ışığı almadığı gibi olumsuz fiziki koşullara sahip olduğunu ifade etmiştir. Hekimler, iş yeri sağlık birimi olmadığında hekimlik girişimleri için iş yerinin yemekhanesini, bahçesini, toplantı, iş güvenliği uzmanı, muhasebe ve İK yönetici odalarını, gezici araçları ya da uygun bulduğu ve her zaman değişen farklı odaları kullanmak durumunda kaldıklarını dile getirmiştir. Böyle bir sorunun, özellikle işçinin mahremiyetini ihlâl ettiğinin altı çizilmiştir.

- Örgütlenme temasında sırasıyla; TTB ve İTO, hekimlerin sendikalaşması ve OSGB'ler arası örgütlenme olmak üzere, üç alt tema elde edilmiştir. İşyeri hekimlerin bir bölümü, TTB ve İTO'nun sağlık ve meslek politikalarını destekleyip, meslek örgütü olarak kesinlikle halen önemli olduğunu belirtirken, yarısı hem destekleyip hem eleştirmiş, çok azı desteklemeyip, beraberinde eleştirmiştir. Özellikle TTB ve İTO'yu desteklemeyen ve beraberinde eleştirenlerin ortak noktası, hekimin özlük haklarından çok, siyasi konularla ilgilenmesine yöneliktir. Hekimlerin büyük bir kısmı örgütlenme için olumlu ve yapıcı öneriler verirken, çok azı eleştirmekle beraber, örgütlenme konusunda karamsar olduğunun altını çizmiştir. Olumlu ve yapıcı görüş bildirenler, ilk olarak, örgütlenmenin başlangıç noktası olan işyeri hekimlerinin bir araya gelmesi, bunun kendileri açısından önemi ve İTO'nun bu konudaki sorumluluğuna yöneliktir. İTO'nun sosyal ya da kültürel aktiviteler düzenleyerek, işyeri hekimlerinin özlük hakları temelinde WhatsApp grupları kurarak ve "işyeri hekimleri buluşmaları" düzenleyerek bir araya gelinmesini sağlamaya yöneliktir. Büyük bir çoğunluğu sadece işyeri hekimleri olmak üzere, her üç hekimden birisi işyeri hekimlerinin sendikalaşması üzerine görüş bildirmiştir. Yoğunlaştıkları konu, TTB'nin alternatifi olarak görülmeyen ama işyeri hekimin ve işçinin emeğinin hakkını savunan sendikaya üye olunmasının önemi ve gerekliliğidir.

6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

İşçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin taşeronlaşmasının bir başka adı olan OSGB uygulaması yaygın olarak uygulanmaya başladığından bugüne, on yıldan fazla bir süre geçmesine karşın, bu konudaki bilimsel araştırma, yüksek lisans ve doktora tezi sayısı oldukça sınırlıdır. Bu araştırmanın güçlü yanlarından ilki, bu eksikliğin giderilmesine katkıda bulunmasıdır. İkinci güçlü yanı, bu araştırmanın ilk bölümünün örneğinin olasılıklı örneklem tekniğine dayalı olarak seçilmesi nedeniyle, verilerin evrene (İstanbul'a) genellenebilir olmasıdır. Üçüncü güçlü yanı, bu araştırmanın kurumsal olarak, bir başka ifadeyle, İTO tarafından yürütülmesidir. Meslek örgütleri tarafından yürütülen bilimsel araştırmaların bir yararı; üyeleriyle farklı bir iletişim yolunu denemesi, üyesi olmayanlarla temas etmesi, diğer yararı ise ortaya çıkan bilimsel sonuçların meslek politikalarının, sağlık alanında sağlık politikalarının oluşturulmasında ve geliştirilmesinde doğrudan kullanılmasıdır.

Bu araştırmanın güçlü yanları yanında, bazı sınırlılıkları da mevcuttur. Araştırmanın ilk aşamasının verilerinin yüz yüze bireysel görüşme tekniğiyle yapılması planlansa da hekimlerin birden fazla işte çalışmaları, OSGB'lere bağlı iş yeri sayısının fazla olması, iş yoğunlukları, çalışma yaşamının düzensizlikleri, COVID sürecine bağlı olarak çevrim içi alışkanlıklarını devam ettirme istekleri vb. nedenlerle gerçekleşmemiştir. Bu nedenle, az sayıda yüz yüze görüşme tekniği olmak üzere, birden fazla görüşme tekniği (telefon, görüntülü çevrim içi, WhatsApp görüntülü, görüntüsüz telefon, yüz yüze) kullanılmak zorunda kalınmıştır. Bu durum, veri kalitesini ve araştırma sonuçlarını etkilemiş olabilir.

7. KAYNAKLAR

- Akel N, Gök-Metin Z, Hoşgönül E, Yıldız AN.** (2024) İşyeri hekimlerinin eğitimleri, nitelikleri, görev, yetki ve sorumlulukları: Modifiye e-Delphi analizi çalışması. Dergi Park Akademik, 9(1):71-76.
- Aksungur AH.** (2018) Bir serbest piyasa deneyimi olarak; Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Nisan-Eylül, 68-69:44-48.
- Altınkurt M.** (2019) 6331 sayılı kanun çerçevesinde işyeri hekiminin sorumlulukları ve yükümlülükleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, yüksek lisans tezi.
- Atalay Ö.** (2014) Ortak sağlık ve güvenlik birimlerinin özellikleri ve Türkiye’de işverenlerin İSG hizmet modeli tercihlerinin incelenmesi. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, yüksek lisans tezi.
- Aydın F.** (2019) Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği örgütlenmesinde ortak sağlık birimlerinin yeri: Muğla Örneği. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, yüksek lisans tezi.
- Ayoglu FM, Kıran S, Şahin Z, Kayınova A.** (2005) Zonguldak ilinde işyeri hekimliği uygulamaları. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Nisan-Haziran, s: 29-35.
- Baki S.** (2023) Ankara ilinde görev yapan işyeri hekimlerinin genel sağlık durumları ve ilişkili etmenler. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, doktora tezi.
- Barkın N.** (2019) İşyeri hekimleri derneği üyelerinin çalışma koşulları ve iş stresi düzeyi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi.
- Bektaş S.** (2021) İşyeri hekimleri ve iş sağlığı ve güvenliği uzmanlarının psikososyal riskleri: Kopenhag psikososyal risk değerlendirme ölçeği ile karma yöntem araştırması. İstanbul Bilgi Üniversitesi yüksek lisans tezi.
- Boratav K.** (2023) 1970’lerden 2000’li yıllara dünyada ekonomi ve siyaset. Toplum ve Hekim, 38(2):85-88.
- Çakır M.** (2015) Ankara’da aktif olarak çalışan işyeri hekimlerinin uygulamaları ve iş doyumları. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, uzmanlık tezi.
- Çeçen A.** (2019) İş sağlığı ve güvenliği çalışanlarının çalışma koşullarının ve sorunlarının saptanması. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi.
- Çelgin D.** (2017) Ortak sağlık güvenlik birimlerinde hizmet sunan ve bu birimlerde hizmet alan tarafların iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri konusunda bilgi durumu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi.
- ÇSGB.** (2023a) İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü’nün 18.05.2023 tarihli 253863 sayılı yazısı.
- ÇSGB.** (2023b) İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü’nün 10.07. 2023 tarihli E-92097133-263417 sayılı yazısı.
- ÇSGB.** (2014) İşyeri hekimi ve diğer sağlık personelinin görev, yetki, sorumluluk ve eğitimleri hakkında yönetmelik.
- ÇSGB.** (2013) İşyeri hekimi ve diğer sağlık personelinin görev, yetki, sorumluluk ve eğitimleri hakkında yönetmelik. 20 Temmuz 2013, RG sayısı:28713.
- ÇSGB.** (2012) İş kolları yönetmeliği. 19 Aralık 2012, RG sayısı: 28502.
- ÇSGB.** (2012) İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri. Resmî Gazete Tarihi: 29.12.2012, Sayısı: 28512.
- ÇSGB.** (2009) İşyeri sağlık ve güvenlik birimleri ile ortak sağlık ve güvenlik birimleri hakkında yönetmelik. 18 Ağustos 2009, RG sayısı: 27320.
- Devlet Planlama Teşkilatı-DPT-** (2001). İş gücü piyasası özel ihtisas komisyonu raporu. Çalışma hayatı alt komisyon raporu. Sekizinci beş yıllık kalkınma planı. PT: 2643-K: 651. S:76, 90.
- Eisch E, Kuper P, Lindert L, Choi KEA.** (2022) Working conditions of occupational physicians—A scoping review. International Journal of Environmental Research Public Health, 19(10): 6222. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106222>
- Emiroğlu C, Koşar L.** (2012) “İş sağlığı ve güvenliği kanunu” üzerine. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ocak-Şubat, s.2-15.
- Erdoğan E, Genç KG.** (2023) İş sağlığı ve güvenliği profesyonellerinin temel sorunları. Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi, 25 (1):57-93.
- Gökçen T, Erden O, Kılıç B, Biter N, Davas A.** (2021) COVID-19 salgınında işyeri hekimlerinin yaşadıkları sorunlar. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Temmuz-Kasım, s.33-40.

- Gökgöz G, Ertuğrul-Uyar R, Yıldız AN.** (2019) İşyeri hekimlerinin ileri mesleki eğitim ihtiyaçları. *STED*, 28(2):77-86.
- Gül D.** (2017) Türkiye’de iş sağlığı güvenliği mevzuatları çerçevesinde ortak sağlık ve güvenlik birimlerinin (OSGB) karşılaştıkları sorunlar ve çözüm önerileri. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, yüksek lisans tezi.*
- Günay Z.** (2018) İş tatmini boyutlarının iş güvenliği uzmanları ve işyeri hekimleri açısından ağırlıklandırılması: AHP uygulaması. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(3):2234- 2245.
- Güven M.** (2023) Trakya bölgesinde çalışan işyeri hekimlerinin çalışma şartlarına yönelik tespit ve öneri çalışmasının sonuç ve değerlendirmeleri. *Trakya İYH araştırması. Temmuz-Aralık 2023.*
- ILO.** (2005) 161 No’lu sağlık hizmetlerine ilişkin sözleşme. Resmi Gazete Yayımlı Tarihi ve Sayısı:13.01.2004/25345 Türkiye’de Yürürlüğe Girdiği Tarih: 22 Nisan 2005. Erişim adresi: <https://www.ilo.org/tr/resource/161-nolu-saglik-hizmetlerine-iliskin-sozlesme>
- İSG-KATİP.** (2024) Yetkilendirilmiş OSGB ve TSMB listesi. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü İş Sağlığı ve Güvenliği Kayıt, Takip ve Analiz Programı (İSG-KATİP). Erişim adresi: <https://isgkatip.csgb.gov.tr>
- İTO.** (2023a) 28.04.2023/23-10063 sayılı yazısı.
- İTO.** (2023b) 07.06.2023 tarihli 23-13285 sayılı yazısı.
- İzmir Tabip Odası.** (2021) İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Komisyonu anket sonuçları-(Özet video). Erişim adresi: <https://arsiv.izmirtabip.org.tr/en-US/News/5084>.
- Karagöz MA.** (2019) Türkiye’de ortak sağlık ve güvenlik birimlerinde çalışan iş güvenliği uzmanlarının dağılımı ve sorumluluklarının incelenmesi. *Uşak Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi.*
- Koseoglu Ornek O, Waibel J, Wullinger P, Weinmann T.** (2022) Precarious employment and migrant workers’ mental health: A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, Jul 1;48(5):327-350. doi: 10.5271/sjweh.4019.
- Koşar L.** (2012) İşçi sağlığında örgütlenme modeli olarak ortak sağlık ve güvenlik birimleri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Temmuz-Aralık, s.62-68.
- Müftüoğlu Ö.** (2023) AKP’li yıllarda çalışma yaşamı ve sosyal politikalar. *Toplum ve Hekim*, 38(3):163-173.
- Pala K.** (2009) Sağlık reformları ve İşyeri Hekimliği: Neler Oluyor? *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ekim-Aralık, s:16-23.
- Resmî Gazete.** (2003) İş sağlığı ve güvenliği kanunu. Kanun no:6331. Resmî Gazete Tarihi: 30.06.2012, Sayısı: 25134.
- Resmi Gazete.** (2012) İş kanunu. Kanun no:4857. Resmî Gazete Tarihi: 22.05.2003, Sayısı: 28339.
- Sezgin Ş.** (2022) İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde ortak sağlık ve güvenlik birimlerinin etkinliği: Ortak sağlık ve güvenlik birimleri üzerine alan araştırması. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, doktora tezi.*
- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V.** (2019) Biyoistatistik. İçinde: Klinik ve Saha Araştırmalarında Örneklem Yöntemi ve Örneklem Büyüklüğü. Hatiboğlu Yayınları.
- TTB İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Kolu.** (2018) Araştırma: Ortak ve güvenlik biriminde çalışan hekimlerin çalışma koşulları ve yaşadıkları sorunlar. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Nisan-Eylül, 68-69:49-58.
- Yıldırım A, Şimşek H.** (2005) Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.5. basım.
- Yılmaz F, Alp S, Çınar U, Öz B.** (2019) İş sağlığı ve güvenliği profesyonellerinin ücret ve çalışma koşullarının analizi. *OHS Academy*, 2(1):41-49.
- Zencir M.** (2019) İşçi sağlığı ve güvenliği birimlerinde despotik emek denetimi. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ocak-Mart, s: 2-16.



**İSTANBUL
TABİP ODASI**

AYRINTILI
BİLGİ **www.istabip.org.tr**

 istabip  istabip.bsky.social  istabip  istanbultabipodasi  istanbultabipodasi