

European Trade Union Institute
for Research, Education,
Health and Safety
5 bd du Roi Albert II
1210 Brussels
Tel.: + 32 (0)2 224 05 60
Fax: + 32 (0)2 224 05 61
hesa@etui-rehs.org
<http://hesa.etui-rehs.org>

Mesleksel Kanserler

Sıklıkla görmezden gelinen
sosyal bir yara



Mesleksel Kanserler

Sıklıkla görmezden gelinen
sosyal bir yara

Marie-Anne Mengeot
Gazeteci

Tony Musu ve Laurent Vogel,
ETUI işbirliği ile

Çeviri Editörü
Meral Türk

Çevirenler
Meltem Çiçeklioğlu
Meral Türk
Şafak Taner
Zeliha A. Öcek

İçindekiler

Önsöz	4
1. Kanser : eşitsiz bir hastalık	6
Sosyal eşitsizlikler	7
Küresel eşitsizlik.....	10
Kol emekçileri, idari personelden on kat daha fazla maruz kalmaktadır	10
2. Mesleksel kanserler: Sonu gelmeyen uzun bir hikaye.....	12
Baca temizleyicileri kanseri, ilk tanımlanan mesleksel kanserdir.....	13
Ölümcül boyal.....	14
Asbest : bir sağlık felaketi kabusu	14
Ahşap tozu: düşük profilli katil.....	16
3. İşçiler ve karsinojenler	17
Maruz kalan çalışan sayısı	18
Avrupa'da kimyasal riskin varlığı	22
4. Avrupa Hukuku	24
İki yasa birlikte işliyor.....	24
Karsinojen Ajanlar Direktifi	24
Direktifin gözden geçirilmesi ve bir bilanço denemesi	25
REACH, kimyasal maddelerin ticareti ile ilgili yeni Avrupa Yasası	26
Karsinojenlerin Direktifi ile REACH arasındaki etkileşim.....	28

5. Sendikalar için, kanser aynı zamanda bir iktidar sorunudur	30
Neden çalışma koşullarına bağlı kanserlere karşı tavır alınmalı?	31
İşyerlerinde kanserle mücadele	33
6. Mesleksel kanserlerin düşük tahmin ve bildirimi	41
Yüzde savaşları.....	41
Genel olarak düşük bildirim	44
Açıklama girişimleri.....	45
7. Ekonomik mantık ve endüstrinin işçiler ölümcül olan düşünme tarzı	48
“ Kontrollü asbest kullanımı”.....	48
Örtbas etmek.....	49
Daha zorlayıcı standartların uygulamasını geciktirmek	51
REACH ve kimya endüstrisinin lobi faaliyetleri	53
8. Küresel bir sorun	55
Pestisitler için küresel bir düzenleme şart.....	56
Dünya çapında asbest yasağına doğru	57
E-ekonominin küresel riskleri	58
Toksik atık üreticilerini sorumlu tutmak	59
9. Sonuç	60
Ek	
Sendikaların işyerlerindeki karsinojen tehlikeleri değerlendirilmesine yönelik kontrol listesi	62

Önsöz

Avrupa Birliği'nde her yıl yaklaşık yaklaşık 2,5 milyon yeni kanser tanısı konmaktadır. Kanser nedeniyle ölüm sayısı tedavilerin gelişmesine rağmen yıllık 1,2 milyon civarındadır. Erkeklerin %29'unun (yılda yaklaşık 700 000 olgu) ve kadın ölümlerinin %23'ünden (yılda 500 000 olgudan fazla) sorumlu, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelen ölüm nedenidir.

Kanserlerin bir bölümü doğrudan çalışma koşullarından kaynaklanmaktadır. Diğerleri çevresel maruz kalmadan kaynaklanır ki, olguların çoğunda, bunlar da işletmelerin ekonomik aktivitelerine bağlı olarak ortaya çıkmıştır. İşe bağlı kanserden ölüm iş kazalarından ölümü geçmekte ve Avrupa'da çalışma koşullarından kaynaklanan ölümlerin ilk nedenini oluşturmaktadır. .

Yılda onbinlerce kayıp tesadüfi değildir. Engellenebilir. Olguların çoğu, üretim sürecinin disfonksiyonundan kaynaklanmamış, hatta normal akışı da hiçbir zaman bozmamışlardır. Tercih edilen teknikler, kullanılan maddeler ve uygulanan prosedürler ve işin organizasyonu bunlara neden olmaktadır.

Bu kanserler bedenlerin biyolojik gerçekliğine sosyal ilişkilerin damgasını vurmaktadır. Sağlıkta sosyal eşitsizlikleri kazınmaktadır. Çoğunlukla da işçileri etkilemektedir.

İşe bağlı kanserlerin önlenmesinde temel engel çalışma koşullarının bizzat çalışanlar tarafından kontrolünün yetersiz olmasıdır. Bilimsel açıdan ve teknik alternatiflerin varlığı günümüzde daha etkin bir önlemeyi mümkün kılmaktadır. Bu yayın işe bağlı kanserlerle mücadelede temel alanları tanıtmaya iddiasını taşımaktadır. Sorunların geniş bir analizini yaptığını söylemez. İşçi sağlığı açısından sendikal girişimlerin bir atılımı çerçevesinde hareket etmektedir. Bu yayın kimyasal ajanlara odaklanmaktadır. Diğer karsinojen ajanlara- iyonizan ışınlar, biyolojik faktörler vb- işaret edilmede fakat burada onların önlenmesine yönelik özgün sorunlar ele alınmamaktadır.

Sendikal hareket işe bağlı kanserlere karşı mücadelede bir kaldıraçtır. Bu hareket zordur çünkü güçlü çıkarlara çarpmaktadır. Kimya endüstrisi piyasaya önemli miktarda karsinojen madde sürmektedir. Bunlar çok sayıda üretimin içinde yer almaktadır. İşletmelerde önleme lehinde hiçbir ekonomik baskı yoktur : kanserler

tehlikeli bir maruz kalmadan yıllar sonra ortaya çıkmaktadır. Tek baskı unsuru sosyal baskı olup, sendikal hareket ya da maddeleri ya da uygulamaları yasaklayan kanunlar aracılığı ile kamudan ve iş müfettişlerinin hareketinden geçmektedir.

Kamu otoritelerinin haeketi sıklıkla patronal çıkarlarla çatışmaya girmeyi reddetme dürtüsü ile engellenmektedir. Dünyanın geri kalanında olduğu gibi Avrupa Birliği'nde de, sendikal hareketin daha etkin olarak işten kaynaklanan kanserlere karşı müdahale etmesi çok önemlidir. Bu yayının varolma edeni budur : kamu tartışmalarına katkıda bulunmak ve çalışanlara ve örgütlerine işe bağlı kanser salgınına geriletmede yardımcı olacak analiz ve müdahale araçları sağlamaktır.

Marie-Anne Mengeot'dan bu yayını toparlamasını istedik Marie-Anne Mengeot, çalışma koşullarını ve sağlık etkilerini dikkatle izleyen nadir gazetecilerden biridir. Belçika'da halk televizyonu için belgesellerin gerçekleştirilmesinde öncü bir rol oynamıştır. 1970'li yıllardan itibaren, asbestle, kadın erkek arasında eşitsiz iş dağılımı, mesleksel kanserler veya kas iskelet sistemi rahatsızlıkları ile ilgili röportajlar ile kendini tanıtmıştır. .Gazeteci olarak işe bağlı kanserlere karşı etkili bir mücadelede temel aktörlerin kullanımına gerekli olan bilgileri net ve anlaşılabilir bir dille sunmuştur : bizzat çalışanlara. Bu yayını Tony Musu (4. bölümün yazarı) ve benim (bölüm 5) işbirliğim ile yazmıştır. Denis gregoire bu çalışmanın koordinasyonunu sağlamıştır.

Türkçe versiyonu 2011 Eylül'ünde son beş yılda ortaya çıkan gelişmeleri de gözönünde bulunduracak şekilde güncellenmiştir.

Laurent Vogel

Çalışma Koşulları, Sağlık ve Güvenlik
Departmanı Müdürü, ETUI

1. KANSER

Eşitsiz bir hastalık yükü

Kansergelişmiş ülkelerde kadın ve erkekleri için kardiyovasküler hastalıklardan sonra gelen temel ölüm nedenidir. 25 Avrupa Birliği (AB) ülkesinde tüm ölümlerin dörtte birinden sorumludur, 45-64 yaş grubunda %41'lere ulaşmasıyla, kanser orta yaş grubu için önde gelen ölüm nedeni haline gelmiştir¹. Bu genel bulguların ötesinde, ölüm insidanslarını gösteren mortalite atlaslarında, hastalık ve kanserlerin coğrafik bölgelere göre farklılık gösterdiği gözlenmektedir. Mortalite atlasları bu farklılıkların nedenlerinin tanımlanmasında yardımcı olabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, ilk kanser atlası, güney-batı eyaletlerinde ağız kanserlerinin fazla olduğunu kesin olarak belirlemiştir. Daha sonra, bunun nedeninin, bölgedeki tütün çiğneme alışkanlığı olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde, Amerika kıyılarında bulunan yüksek akciğer kanseri ölüm oranlarının nedeni, İkinci Dünya Savaşı sırasında gemi yapım yerlerindeki patlamalarda meydana gelen yüksek asbest maruziyeti olabilir.

İspanya mortalite atlası, erkeklerde akciğer kanserine bağlı ölüm oranlarının, Estremadura, Asturias ve güney-batı Endülüs bölgelerinde çok yüksek olduğunu göstermektedir. Sonuncusunda, ölüm oranı ulusal ortalamadan %20 daha fazladır ve Navarre bölgesinde ise bu oran iki katına çıkmaktadır. Endülüs'ün bir parçası olan bu bölge, İspanya'nın kol emeğiyle çalışan işçilerin en yoğun olduğu bölgedir ki çalışanların %80'i kol işçisidir. Benzer bir durum son derece belirli bir coğrafi dağılım gösteren akciğer kanseri için Katalonya'da gözlenmiştir. En yüksek oranlar, Barcelona bölgesi ve Katalan kıyı şeridinde bulunur. Barselona'da, daha çok yaşlı işçi sınıfının yaşadığı bölgelerde ve göçmenlerden oluşan şehir dışındaki yoksul bölgelerde yoğunlaşmıştır.

Hastalık ve ölümlerdeki coğrafik eşitsizlikler sosyal eşitsizlikleri yansıtmaya eğilimindedir.

¹Causes of death in the EU 25, Eurostat, press release, July 2006.

Sosyal eşitsizlikler

Avrupa genelinde yapılan çalışmalar, sosyal güvenlik sistemleri ve bakımı için daha iyi bir sağlık erişimi sağlamasına rağmen, sağlık ve mortalitede sosyal eşitsizliklerin kalıcı olduğunu göstermektedir. Yoksulluk, işsizlik ve kötü çalışma koşullarının, bu eşitsizliklere büyük katkıları vardır. Sevilla'da, araştırmacılar varlıklı erkek ve kadınların fakir olanlara göre sırasıyla 8 ve 4,5 yıl daha fazla yaşam beklentisi olduğunu göstermişlerdir. Araştırmacılar iş kaybı ya da işsizliğin yaşam beklentisi ve mortaliteyi etkilediğini belirtmektedir.

İşsizlik erkeklerde %15 kadınlarda %8 oranında bir mortalite artışına neden olmaktadır.

Diğer bir örnek ise Fransa'nın Pas-de-Calais bölgesidir, burada ülkenin en yüksek kanser insidansı – her 100 000 erkekten 669'u ve her 100 000 kadından 372'si kanserdir, oysa ulusal ortalama erkeklerde 100 000'de 504, kadınlarda 100 000'de 309'dur. Bu yüksek kanser insidans hızları Nord-Pas-de-Calais bölgesinde beklenen yaşam süresini de etkilemektedir, bu bölgede beklenen yaşam süresi Güney Fransa'ya göre erkeklerde 3,6 yıl, kadınlarda 2,8 yıl daha azdır². Fakat kuzeyde bulunan kanserler, Fransa'nın herhangi başka bir yerindekilerden farklı değildir. Bölgesel sağlık izlem merkezi, bu farkı kuzeydeki "insanların büyük kısmının yoksul olmalarına" bağlamakta, " Artmış kanser mortalitesi, çöken sanayi ve madenciliğin mirası olan işsizlik yoksulluğu yansıtmaktadır", diye eklemektedir³.

Hastalık ve ölüm için işsizlik sosyal eşitsizlik faktörlerinden biri iken çalışmak da bir etken olabilir. Cadiz'deki kanser ölümlerini etkileyen sosyal faktörleri araştıran bir çalışma, fazladan kanser mortalitesinin, sosyal statü ile ters orantılı bir ilişkide olduğunu göstermiştir. Fazla olan kanser mortalitesi, larinks, akciğer, bronş ve plevra kanserlerindeki fazlalıktan kaynaklanmaktadır. Bu durumu yazarlar içki ve sigara gibi geleneksel faktörlerin yanı sıra mesleki faktörlere de bağlamaktadır. Endülüs'ün bu bölgesi, mobilya, ayakkabı ve alüminyum üretimi ve gemi yapımının merkezidir, burada çalışan işçiler, asit, boya, krom, arsenik ve asbeste maruz kalmaktadırlar.

Nord-Pas-de-Calais'da yaşayan 25-54 yaş arası erkeklerde kanserden ölüm hızı tüm sosyal statü grupları için Fransa'nın diğer bölgelerinden daha yüksektir, fakat oranları farklıdır: üst düzey idari personelde %9 fazla iken, teknisyen, teknisyen ve vasıflı Zanaatkarlar / kendi kendine çalışan vasıflı işçiler / bağımsız perakendecilerde %30 daha fazla, el işçileri ve ofis çalışanlarında %60 daha fazladır⁴. Ulusal düzeyde, üst düzey yönetim kadrosu ve profesyoneller arasında ölüm hızı 1 olarak alınırsa, kol emekçileri / ofis çalışanları için ölüm hızı tüm nedenlere bağlı ölüm

²Espérance de vie, cancers : les deux France, La Revue Prescrire, January 2007, No. 279, p. 66-67.

³Cancer : le Nord-Pas-de-Calais est la région française la plus affectée, Dépêche AFP, 17 January 2007.

⁴Aiach, P., Marseille, M., Theis, I., Pourquoi ce lourd tribut payé au cancer ? Le cas exemplaire du Nord-Pas-de-Calais, éditions de l'École nationale de la santé publique, Rennes, 2004.

için 2.9, kanser ölümleri için 4'tür. Bu oranlar Nord-Pas-de-Calais bölgesi için daha yüksek ve sırasıyla 4 ve 5'tir. İşle ilgili risklerin bu bölgedeki artmış kanser insidanlarını etkilediği açıktır. Nord-Pas-de-Calais'daki tanımlanmış mesleksel kanserlerin oranı Paris bölgesindeki iki katıdır.

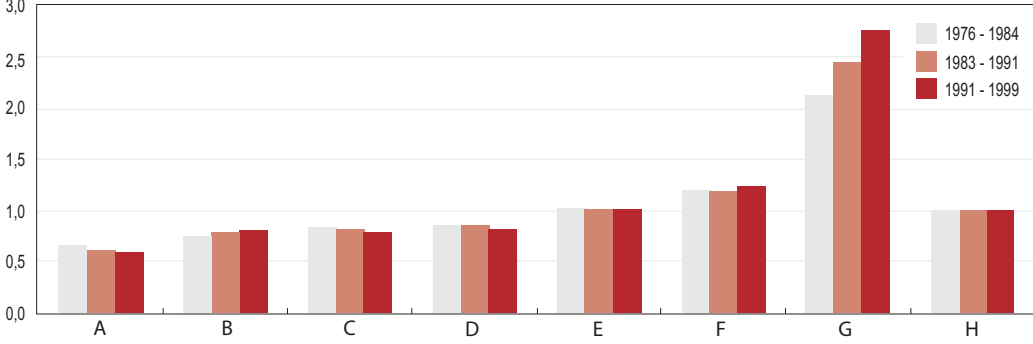
1960 ve 1970'lerde bölge iş gücünün yarısı kol emekçisiydi, madencilik, demir çelik ve gemi yapımındaki pek çok işte işçilerde karsinogene ve özellikle de asbestoza maruz kalma çok yaygındı. Ulusal Sağlık ve Tıp Araştırmaları Enstitüsü (Inserm) genellikle içki ve sigara kullanımı ile birlikte olan larinks ve hipofarinks kanserleriyle ilgili 15 Fransız hastanesinde çalışmıştır. Bu çalışmada kol emekçilerinde diğer işçilere göre bu kanserlerin 2,5 kat daha fazla geliştiği bulunmuştur. Bu çalışmanın yazarları riski artıran üçüncü faktör olarak mesleksel riskleri tanımlamıştır.

Ulusal İstatistik ve Ekonomik Araştırmalar Enstitüsü (Insee) Haziran 2005'te yayınladığı raporda Fransa içi mortalitedeki sosyal farklılıkları gözden geçirmiştir⁵. İlk bulgu, kadın ve erkek işçiler arasında, yönetici ve profesyonellerde yaşam beklentisi en uzun iken, işçilerde en kısa olmasıdır⁶. 1991-1999 yılları arasında, erkek yönetici ve profesyoneller için 35 yaşta yaşam beklentisi, kol emekçilerinden altı yıl daha uzun, yani 46 yıla karşı 39 yıldır. Kadınlar için bu fark üç yıldır, yöneticilerde 35 yaşta yaşam beklentisi 50 yıl iken kol emekçilerinde 47 yıldır. Raporun ikinci bulgusu, yaşam beklentisi artışlarından, yüksek sosyal statüdekilerin daha fazla yararlandığıdır. Rapor 1976-1984 ve 1991-1999 dönemleri arasında mortalitenin azaldığını göstermiştir, ancak bu düşüş erkeklerde sosyal statü kategorileri arasında farklı yönlerde olmuştur. Bu iki dönem arasında, yöneticilerle kol emekçileri arasındaki fark yaklaşık %15 genişlemiştir. Raporun yazarları, yaşam tarzı ve davranışsal faktörlerin yanısıra kol emekçilerinde fiziksel olarak zorlu çalışma koşulları ve işle ilgili risklere daha fazla maruz kalmanın da etkisi olduğunu belirtmişlerdir.

⁵Monteil, C., Robert-Bobée, I., Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes, Insee Première, No. 1025, June 2005

⁶Thébaud-Mony, A., Histoires professionnelles et cancer, Actes de la recherche en sciences sociales, n° 163, juin 2006, p. 21.

Tablo 1 Standardize mortalite ölçütleri, 35-80 yaş erkekler, periyod ve sosyal statü durumlarına göre



- A. Yönetici ve diğer profesyoneller
- B. Teknisyen ve vasıflı zanaatkarlar
- C. Çiftçiler
- D. Kendi işinde çalışan vasıflı işçi, esnaf, işletme sahibi/yöneticileri
- E. El işçisi dışındaki işçiler
- F. Kol emekçileri
- G. Ekonomik aktif olmayanlar, emekli değil
- H. Hepsi

Yorum: Yaşa özel ölüm hızı, ekonomik olarak aktif olmayan 35-80 yaş arası erkeklerde 1991-1999 dönemi için, aynı dönemdeki tüm erkeklerden 2,7 kat daha fazladır. 1976-1984 dönemindeki yaşa özel ölüm hızlarından ise 2,1 kat daha fazladır.

Kaynak: Insee

Kanser, yaşam beklentisi ve sosyal statü arasındaki bu bağlantı, Nord-Pas-de-Calais, Fransa ya da İspanya'ya özgü değildir. Tüm Avrupa ülkelerinde, kol emekçilerinde 45-59 yaş arası ölüm hızı- yani erken ölüm hızı- kol emeği dışındaki işçilerden yüksektir, bazı durumlarda fark iki katı bulmaktadır.

Küresel eşitsizlik

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC), tüm sanayileşmiş ülkelerdeki düşük gelir gruplarında yüksek bir kanser insidansı ve kanserden ölüm bildirmektedir. Geçtiğimiz yarım yüzyılda, akciğer kanseri insidansı, en yüksek gelir gruplarında düştü, ancak düşük gelir grupları arasında giderek arttı. UKAA (IARC) uzmanları, bu farkın sadece sosyal gruplar arasındaki farklı sigara içme alışkanlıkları olmadığını savunmaktadır. Uzmanlar, çalışma ortamında karsinogenlere maruz kalmanın, yüksek gelir grupları ile düşük gelir grupları arasındaki kanser insidansı açısından gözlenen farkın üçte birinden sorumlu olduğunu ifade etmektedirler. Bu oran, akciğer ve mesane kanseri için yarıya yakın olabilmektedir.

Kuşkusuz, sigara içme insidansındaki sosyal farklar, gözlenen tüm kanser eşitsizliklerini açıklayamaz. Sigara kullanımı, kol emekçileri arasında idari personelden %20 daha yaygın olmakla birlikte, kol emekçilerinde, idari personelle karşılaştırıldığında, erken kanser ölüm hızı %200 daha fazladır. Ayrıca, tanımlanmış işle ilişkili kanser olguları ile ilgili verilerde, kol emekçileri ve düşük gelir düzeylerinde yığılma dikkat çekmektedir. Bu şartırtıcı değildir, Sumer tarafından Fransa'da iş tehlikelerine maruziyetlerin izlendiği geniş ölçekli çalışmada, belli kol emekçilerinde karsinogenlere maruziyetin yüksek olduğu bildirilmiştir.

Kol emekçileri, idari personelden on kat daha fazla maruz kalmaktadır.

Sumer izlem çalışmasında⁷ 2003 yılında Fransa'daki işçilerin karsinogen maruziyetlerini ölçmüştür. Veri analizi, sosyal statü kategorilerine göre kademeli bir maruziyet ortaya koymuştur: vasıflı kol emekçilerinde %30, vasıfsız kol emekçilerinde %22,5, teknisyen ve vasıflı zanaatkarlarda %11, idari personelde %3. Tesisatçılar, bakım / servis ve onarım işçileri en fazla etkilenen gruptur, yaklaşık yarısı karsinogenlere maruz kalmaktadır, bunları %28 ile üretim işçileri, %10,6 ile taşıma işçileri takip etmektedir.

Gençlerde risk artmaktadır, 25 yaş altındakilerde %17,5 iken, 25 yaş üzerinde %13'tür. Çıracık ya da eğitim sözleşmesi ile gençlerin en yüksek oranda buldukları bakım ve hizmet işleri en riskli sektördür. Bu sektörde beyaz yakalı işçiler çoktur ve çeşitli karsinogenlere maruziyet insidansı yüksektir.

⁷Les expositions aux produits cancérigènes, Enquête SUMER, DARES, Premières Synthèses, July 2005.

SUMER (fr Meslek Riskleri Tıbbi Sürveyansı'nın Fransızca kısaltmasıdır) bu izlem Mayıs 2002 ile Eylül 2003 yılları arasında 1800 işyeri hekiminin 50 000 Fransız işçiyi çalışma koşulları ve işyerindeki risklere maruziyetleri hakkında 3 kez sorgulanması ile gerçekleştirilmiştir.

Okuma önerileri

- Benach, J., et al., Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (1987-1995), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 2001, 114 p.
- Benach, J., et al., Atles de mortalitat en àrees petites a Catalunya (1984-1998), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 2004.
- Boffetta, P., Merler, E., Occupational cancer in Europe, Environmental Health Perspectives, Supplements, vol. 107, nb. S2, May 1999, 303 p. See: www.ehponline.org/docs/1999/Suppl-2/toc.html
- Leclerc, A., et al., Les inégalités sociales de santé, Editions La Découverte-Inserm, Paris, 2000, 448 p.
- Salem, G., Rican, S., Jouglu, E., Atlas de la santé en France, vol. 1 – Les causes de décès, John Libbey Eurotext, Paris, 1999, 189 p.
- Thébaud-Mony, A., Travailler peut nuire gravement à votre santé, La Découverte, Paris, 2007, 280 p.
- Santé et travail. Déni, visibilité, mesure, Actes de la recherche en sciences sociales, No.163, June 2006, 107 p.
- Social inequalities and cancer, IARC-Scientific publications, No. 138, International Agency for Research on Cancer, Lyons, 1997, 412 p. Downloadable from: www.iarc.en/IARCPress/pdfs/sp138/index.php

2. Mesleksel Kanserler: Sonu Gelmeyen Uzun Bir Hikaye

Belirli meslekler ile ilişkili hastalıklar eski çağlardan itibaren yazarlar tarafından tarif edilmiştir, fakat bunların çoğu gözlemlere dayanmaktadır. Zanaat işçi ve emekçilerini etkileyen farklı hastalıklarla ilgili ilk sistematik tanımlayıcı çalışma, 1700 yılında yayınlanan, “İşçi Hastalıkları Araştırması”, Padua Üniversitesi Tıp Profesörü, Bernardino Ramazzini tarafından yapılmıştır⁸. Önsözde şöyle yazmıştır, “Pek çok işin onu yapanlar için hastalık kaynağı olması ve bu işçilerin, kendileri ve aileleri için geçim kaynağı bulmayı umut ettikleri yerlerde oldukça ciddi hastalıklara yakalanması, nankör işlerinden nefret ederek ölmelerinin sonuçları bizleri zorluyor mu? Uygulamalarımda bu talihsiz durumları oldukça sık gözlemem, işçilerin hastalıkları hakkında yazmaya karar vermeme sağladı.”

Bu olağandışı hekim sadece kavramı tanımlamamış, ayrıca “genellikle işçileri etkileyen bu tür hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için tıbbi önerilerde” bulunmuştur. Hipokrat’ın hastalara sorulmasını önerdiği sorulara “Hastanın ne işle uğraştığı?” sorusunu eklemesini meslektaşlarına önermiştir.

Üç yüzyıl sonra bile, bu soru hala anamnez sırasında sorulması gereken bir sorudur ve Ramazzini’nin döneminde olduğu gibi, ne yazık ki yeterince sorgulanmamaktadır.

İşçi sağlığının babası, çalışmalarında madenciler, taş-ocağı işçileri, kimyagerler, tekstil işçileri, camcı, ressam, mezar kazıcıları, ebe, süt annelerini içeren 50’den fazla iş kolunda çalışan işçilerde görülen hastalıkları ayrıntılı olarak tanımlamıştır.

Ramazzini’nin çalışmalarında, solunum hastalıkları, astım, öksürük, deri hastalıkları, bakteriyel ve parazitik hastalık riskleri, civa, kurşun ve antimom zehirlenmeleri bildirmesine rağmen, yazılarının hiç bir yerinde “kanser” kelimesi yoktur. Bundan yaklaşık yüz yıl sonra benzer mesleksel kararlılığı gösteren bir hekim tarafından ilk mesleksel kanser tanısı bildirilmiştir.

⁸Ramazzini, B., *Essai sur les maladies des artisans*, translated from Latin into French by M. De Fourcroy, new edition based on the 1778 edition, Adolphe Delhays Libraire, Paris, 1855.

Baca temizleyicileri kanseri, ilk tanımlanan mesleksel kanserdir.

Skrotum kanseri ,“baca temizleyicileri kanseri” olarak da bilinir, işle ilgili maruziyete atfedilen ilk kanserdir. 1775’de,İngiliz bir cerrah olan Percival Pott, gençliklerinde baca temizleyiciliği yapmış olan erkeklerde skrotal kanser insidansının yüksek olduğunu belirledi. O güne kadar, bu hastalığın tamamıyla cinsel ilişkili ile ilgili olduğu düşünülüyordu. 18. yüzyılda İngiltere’de, baca temizliği sıklıkla bazen çok dar olan bacalara tırmanabilen çocuklar tarafından yapılıyordu. Pott, giysi ve testis derisi kıvrımları arasında biriken kurum ve katranın baca temizleyicileri kanserine neden olduğunu belirtmişti. Kıta Avrupa’sında bilinmeyen bu hastalık sık görülmeye başlamıştı. İngiliz doktorlar Manş denizini geçip, bu mesleksel kanserden görece basit önlemlerle korunulabileceğini gözlemlədiler. Baca temizleyicisi kanseri kıta Avrupa’sında özellikle Almanya’da gözledikleri baca temizleyicileri, baştan ayağa kadar uzanan ve bileklerden sıkıca bağlanmış giysilerin giyilmesiyle kurumun vücuda temas etmesini engelliyordu. Ayrıca buradaki baca temizleyicilerinin kişisel temizliklerine çok önem verdiklerini de gözlemlədiler.

Pott’un keşfinden yüzyıl sonra, hekimler mineral yağlarına maruz kalan tekstil işçilerinde skrotum kanseri bildirdiler. Bu karsinogen 1910’dan sonra İngiliz pamuk endüstrisinde gerçek bir skrotal kanser epidemisinin çıkmasına neden oldu. Ancak 1930’lara kadar, bu karsinogenin, kömür ve petrol yan ürünlerinde bulunan, bir polisiklik aromatik hidrokarbon(PAH) serisi olan, benzo [a] piren olduğu tanımlanamadı.

Aslında PAH, çevremizde vardır. Sigara dumanında bulunur ve birçok işyeri, duman, gaz, kurum, ve ısıl bozulmaya uğramış yağlar ile kontamine olabilir. Kansere neden olan özellikler hakkında bilimsel bilgi, kok kömürü fabrikası işçilerinin PAH içeren duman maruziyetleri nedeniyle iki kat artan bronşial kanserden ölümlerini durduramamıştır. PAH sadece deri kanserine neden olmaz, aynı zamanda akciğer, larinks ve özefagus kanserlerine neden olabilir.

Aynı karsinogen farklı çalışma ortamlarında bulunabilir. Bir karsinogen, normalde belli bir organda yayılım gösterir, fakat kolayca diğerlerine yayılabilir. Kok kömürü fabrikası işçileri arasında bile, alınan önlemler veya kullanılan teknolojik süreçlere göre fabrikalar ve ülkeler arasında bronş kanseri görülme olasılığı çok farklı oranlarda olabilir. Bu da bize mesleksel kanserlerin kaçınılmaz olmadığını gösterir.

Ölümcül boya!

1860'larda kimyasal endüstri boya endüstrisinin arka planında gelişti. Bu yıldan birkaç yıl önce bir kimyager, tesadüfen kömür katranında bulunan arilaminden leylak rengi anilini sentezledi. 19. yüzyıl sona ermeden, Frankfurt'ta bir cerrah, boya fabrika işçileri arasında mesane kanseri rapor etti. 1895 ile İkinci Dünya Savaşı arasında boyar madde ve sentetik renk sanayi işçileri arasında yüzlerce mesane kanseri olgusu bildirildi.

1938'de, Amerikalı bir araştırmacı, özellikle lastik sektöründe bir antioksidan olarak kullanılan beta-naftilamin gibi, bazı arilaminlerin, hayvanlar için potansiyel karsinojen olduğunu gösterdi. Lastik kablo yapımı gibi diğer endüstri alanlarında da kullanıldığı ve kablo yapımında çalışan işçilerde de mesane kanseri görüldüğü bildirilmiştir.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında, İngiliz kimya sanayi, geniş bir işgücü anketi için bir komisyon görevlendirilmiştir⁹. Bu çalışmada arilamine maruz kalan işçilerin onda birinde mesane kanseri geliştiği saptanmıştır. Araştırma yazarları, ortalama 18 yıllık bir latent periyotdan sonra arilamine maruz kalan işçiler arasında mesane kanser prevalansının %23, beta-naftilamine maruz kalanlarda ise %43 olduğunu saptamışlardır. Bu değerler genel nüfus ile karşılaştırıldığında tüm arilaminler için mesane kanserinden ölüm 30 kat, beta-naftilamin için ise 60 kat daha fazladır. Birleşik Krallık 1949'da beta-naftilamin, 1962'de benzidin üretimini durdurmuştur. Kıta Avrupa'sında ne olursa olsun devam edilmektedir....

1977'de IPCA boya fabrikası yöneticilerinin davası, uluslararası protestolara neden olmuştur. "Kanser fabrikası" lakaplı bu fabrikada 20 yıllık bir sürede 132 çalışan ve eski çalışan mesane kanseri nedeniyle ölmüştü. 1990'da, Belçikalı gazeteciler, Mons bölgesinde "Les colorants de Tertre" boya işinde çalışan işçilerin hala daha benzidin ve beta-naftilamin maruziyeti nedeniyle mesane kanserinden öldüklerini açıklayan rahatsızlık uyandırıcı bir haber yapmıştır¹⁰. Kimse onları kullandıkları maddelerin karsinojen olduğu konusunda uyarmamıştı.

Aromatik aminlerden en çok öldürücü olan dördü 1988 yılına kadar Avrupa'da yasaklanmamıştır¹¹.

Aromatik aminler örneği, bilginin tüm çalışma ortamlarını kapsamaması ve işçilerin korunması önlemlerinin alınması için yetkililerin ne kadar inatçı olduğunu göstermiştir.

Asbestoz: bir sağlık felaketi kabusu

Asbestin endüstride kullanımı Quebec ve Güney Afrika'da büyük kaynakların bulunmasıyla, 19. yüzyılın son yarısında yavaş yavaş gelişmiştir. Büyük üretici / kullanıcılar (madencilik, tekstil, keçe, karton, fren, asbestli çimento, asbest) dışında, izolasyon kimya, demir-çelik ve enerji üretim sanayi, gemi yapımı, ulaşım, boya, doğrama, dekorasyon vd, gibi geniş bir meslek yelpazesi de asbeste maruz kalmaktadır.

⁹Case, R.A., et al., İngiliz kimya sanayisinde, boyarmadde ara ürünü kullanan ve üreten işçilerde, mesane tümörleri, Bölüm 1 – Anilin, benzidin, alfa-naftilamin, ve beta-naftilaminlerin rolü, British Journal of Industrial Medicine, 1954, 11, s. 75-104.

¹⁰Nay, S., Mengeot, M.A., Attention à la couleur, RTBF (French-speaking public TV station), programme broadcast on 10 June 1990.

¹¹Council Directive 88/364/EEC of 9 June 1988 on the protection of workers by the banning of certain specified agents and/or certain work activities, Official Journal of the European Communities, 9 July 1988.

1906 yılında İngiltere’de bir parlamento komisyonuna, asbest ile ilişkili akciğer hastalığı ile ilk endüstriyel dönemin hesabı verildi. Aynı yıl, Normandiya’da Fransız bir işyeri hekimi, Condésur-Noireau’da asbest kullanılan iplik ve dokuma fabrikasında, pnömokonyoz, özel bir akciğer tüberkülozu ve akciğer tuberosklerozisi bildirdi.¹²

1935’de, İngiliz doktorlar, asbestozisli (asbestin neden olduğu pulmoner fibrozis) hastada akciğer kanseri saptadı. 1947’de, İngiltere Kraliyet Fabrika Baş müfettişlerinin yıllık raporlarında, akciğer kanserli 235 olgunun otopsi sonuçlarına göre, olguların %13.2’si asbeste atfedilirken, ancak %1.3’ü silikozis’e atfedilmiştir. 1955’te, İngiliz bir epidemiyolog kriter bir çalışma haline gelen bir araştırma yayınlamıştır¹³. Bu çalışmada asbestle çalışan işçilerde akciğer kanseri gelişme olasılığının genel toplumdaki 10 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir. Bu bulgu diğer pek çok çalışma tarafından desteklenmiştir.

1960 asbestle ilişkili hastalıkların anlaşılması ile ilgili bir diğer dönüm noktası olan tarihtir. Güney Afrika’lı bir patalog mezotelyoma- plevral karsinoma- ile asbeste maruz kalma arasındaki ilişkiyi saptayan makalesini bu tarihte yayınlamıştır¹⁴. Asbest ve mezotelyoma arasındaki bağlantı mezotelyomanın asbest maruziyetinin epidemiyolojik bir göstergesi haline gelmesi noktasına kadar teyit edilmiştir.

Asbestin kullanım dışı kalması Avrupa’nın batısında aşamalı olmuştur. Danimarka’da 1986 yılında, İtalya’da 1992’de, Fransa’da 1997’de, Belçika’da 1998’de tüm Avrupa Birliği Ülkelerinde 2005 yılında asbest kullanımı yasaklanmıştır. Ancak pek çok işçi için artık çok geç olmuştur. Uluslararası Çalışma Örgütü’nün (ILO) işaret ettiği gibi, asbestle ilgili hastalıkların ortaya çıkarılmasındaki gecikme “demir gribi” olarak dünyayı sarmasına neden olmuştur. Üst düzey yetkililerinden biri “asbestin işle ilişkili ölüm nedenleri arasında tek olmasa da en önemli etken olduğunu ve tüm dünya da sağlık politikası değişikliği yarattığını savunmaktadır”¹⁵. İLO dünyada her yıl 100 000 kişinin iş yerindeki asbest maruziyeti nedeniyle öldüğünü tahmin etmektedir.

Asbestoz öngörülebilir bir felaket oldu. Ancak yine de , inanılmaz katliam devam ediyor. Asbest üretimi azalmasına rağmen devam ediyor, ve hala yüksek. 2003’de, 2 080 000 tonla, 1970’lerdeki düzeyinin %60’ına inmiştir. Üretimde lider olan ülkeler, Rusya Federasyonu, Çin, Kanada ve Brezilya’dır.

Asbestin kullanımının yasaklandığı ülkelerde, yüzyıl önce kullanılan materyaller, hala işyerleri, ofisler, daireler ve evler bloklar her yerde bulunur. Ayrıca gemi ve tren gibi taşıma araçlarında bulunur. İşçiler uzun zaman daha asbestle karşılaşmaya devam edecekler. Bu nedenle güvenlik önlemlerinin alınması ve sorunun tarihsel bir dipnot gibi ele alınmasının önüne geçmek gerekmektedir

¹²Auribault, D., Note sur l’hygiène et la sécurité des ouvriers dans les filatures et tissages d’amiante, Bulletin de l’inspection du travail, 1906, p. 120-132.

¹³Doll, R., Asbestoz işçilerinde Akciğer kanseri mortalitesi, British Journal of Industrial Medicine, 1955, 12, p. 81-86.

¹⁴Wagner, J.C., et al., Kuzey Batı Cape’de diffüz plevral mesotelioma ve asbestoz maruziyeti , British Journal of Industrial Medicine, 1960, 17, p. 260-271.

¹⁵Asbestoz: the iron grip of latency, International Labour Organisation (ILO), 2006.

Ahşap tozu: düşük profilli katil

Asbest tozu kanserin tek nedeni değildir. Bazı ahşap tozları sinüs kanserinin özel bir türü olan etmoid karsinomaya neden olur. Oxford bölgesinde çok sayıda sinüs kanserli olgunun saptandığı 1965 yılında keşfedilmiştir. Doktorlar, hastaların çoğunun marangoz olduğunu gözlemlemişlerdir. Bölgesel kanser kayıt sistemine danıştıklarında, pek çok mobilya fabrikasının bulunduğu Buckinghamshire'ın küçük bir bölgesinde özellikle ahşap işçilerinde nazal kavite kanserlerinin yaygın olduğu saptanmıştır. Geniş çaplı bir ulusal izleme çalışması da bu bulguları desteklemiştir¹⁶.

Kıta Avrupa'sında, Fransa, Belçika ve Danimarka'daki doktorların da benzer sonuçlara ulaşması çok zaman almamıştır. Etmoid adenokarsinoma İngiltere'de 1969 yılında, Belçika'da 1976'da, Fransa'da 1981'de ve Almanya'da 1987'de mesleksel kanser olarak kabul edilmiştir.

İngiliz araştırmacıların etmoid kanserle ilgili yaptıkları çalışmalar deri ve ayakkabı endüstrisi işçilerinde de nazal kanserlerin yüksek olduğunu ortaya çıkardı. En yüksek risk, kesme, parlatma ve kumlama işlemleri sırasında deri tozuna yüksek konsantrasyonlarda maruz kalınan hazırlık ve bitirme alanlarında çalışan işçilerde bulundu. Başlangıçta şiddetle karşı çıkılan bulgular, kanser kayıt verileri, ulusal veri tabanı ve sigorta fonu verilerini bir araya getiren 1988 yılında yapılan bir Danimarka çalışması ile kesinlikle teyid edildi.

Diğer Avrupa ülkelerini de kapsayan bu tür verilerin bir araya getirilmesi, gelecekte henüz tanımlanmamış risklerin ve kanıtlanmamış istatistiksel ilişkilerin ortaya çıkarılmasına yardımcı olabilir.

Okuma önerileri

- Lehmann, P., Cancer and the worker, The New York Academy of Sciences, 1977.
- Nay, S., Mortel amiante, Editions Vie Ouvrière, Bruxelles, 1997, 160 p.
- Takala, J., Introductory Report: Decent Work – Safe Work, XVIIth World Congress on Safety and Health at Work, ILO, Geneva, 2005.
- Tweedale, G., Magic mineral to killer dust: Turner & Newall and the asbestos hazard, Oxford University Press, 2001, 342 p.
- Waldrom, H.A., A brief history of scrotal cancer, British Journal of Industrial Medicine, 1983, vol. 40, p. 390-401.

¹⁶ Acheson, E.D., et al., İngiltere ve Galler'de nazal kavite ve sinüslerde adenokarsinoma, British Journal of Industrial Medicine, 1972, 29, p. 21-30.

3. İşçiler ve karsinojenler

1 971 yılında, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC), kansere neden olma potansiyeli olan maddeler ve ajanları (kimyasal, biyolojik ve fiziksel ajanlar), maruziyetin olduğu koşulları ve endüstriyel süreçleri değerlendirmiştir. IARC bunları 5 kategoride sınıflandırmıştır :

- grup 1, insanlar için karsinojenik;
- group 2A, insanlar için olasılıkla karsinojenik;
- grup 2B, insanlar için olasılıkla karsinojenik;
- grup 3, insanlar için karsinojenik olarak sınıflandırılmaz;
- grup 4, insanlar için olasılıkla karsinojenik değil.

Karsinojenlerin listesi uzundur¹⁷. Bu güne kadar, IARC'ın değerlendirdiği 900 maddeden, yaklaşık 400'ü karsinojenik ya da potansiyel olarak karsinojenik olarak değerlendirilmiştir. Yüz kadar madde insan için karsinojenik olan grup 1'de yer almakta bunlarında 60 tanesi çalışma ortamında bulunmaktadır. Grup 1 karsinojenler daha önce bahsi geçenlere ek olarak arsenik, benzen, berilyum, kadmiyum, Krom VI, formaldehit, etilen oksit ve vinil klorür gibi maddeleri içerir. Grup 1 karsinojenler, özellikle tütün ürünleri, ahşap tozu ve endüstriyel süreçler ve özellikle ayakkabı imalatı ve tamiri, lastik, demir ve çelik üretiminde kullanılan katran gibi, bazı karışımları da içerir. Ayrıca karsinojen listesinde iyonlaştırıcı radyasyon ve ultraviyole radyasyon gibi fiziksel ajanlar, bazı virüsler gibi biyolojik ajanlar, ve hatta bazı ilaçlar ve tıbbi tedaviler de vardır.

Çalışma ortamında kansere neden olma potansiyeli taşıyan fiziksel olmayan koşullarla ilgili çok az epidemiyolojik çalışma vardır, ancak gece çalışma (özellikle meme kanseri), düzensiz çalışma saatleri ve iş güvensizliği (bağımsızlık sistemini zayıflatabilir "kötü" stres,) gibi kanser gelişmesine katkıda bulunan faktörlerle ilgili veriler vardır.

¹⁷See IARC website: <http://monographs.iarc.fr>

IARC sınıflandırması karsinogenezi uzmanlaşmış uluslararası komiteler tarafından oluşturulmuştur. Yasa kadar gücü yoktur ama özel bir maddenin karsinogenitesine ilişkin bilinenler konusunda "otorite" sayılır. Avrupa Birliği'nin karsinogenleri üç kategoride sınıflandırdığı kendi listesi de vardır.

AB'nin üç kategorili karsinogenleri

Kategori 1: İnsan için karsinogen olduğu bilinen maddeler. Maruz kalınan madde ile kanser gelişmesi arasında nedensel bir ilişki olduğunu gösteren yeterli kanıt vardır.

Kategori 2: İnsan için karsinogenik olarak kabul edilmesi gereken maddeler. Genellikle uzun dönemli hayvan çalışmalarına ya da ilişkili bilgilere dayanan ve insan maruziyeti sonucunda kanser gelişimi ile sonuçlanacağı ile ilgili güçlü olasılık olduğunu gösteren kanıtların var olması.

Kategori 3: İnsanda olası karsinogen etkileri nedeniyle endişe yaratan fakat, mevcut bilgilerin tatmin edici bir değerlendirme yapmak için yeterli olmadığı maddeler. Uygun hayvan çalışmalarında bazı kanıtlar vardır, ancak bu maddeyi Kategori 2'ye yerleştirmek için yetersiz kalmaktadır.

IARC ve AB sınıflandırmaları çoğunlukla örtüşmektedir, ancak tüm ayrıntılarda özdeş değildirler. Örneğin, dizel motor egzoz gazları IARC'ye göre Grup 2A'da yer alırken AB listesinde yoktur; perkloretilen IARC'de Grup 2A'da yer alırken, AB listesinde Kategori 3'tedir. Daha ciddi bir fark ise, kristalin silika (mesleki kaynaklardan kuartz ve kristobalit formunda inhale olur) IARC'de Grup 1 olarak sınıflandırılmasına rağmen, henüz AB sınıflamasında pek çok endüstri sektöründe kullanılmasına rağmen tehlikeli maddeler arasında yer almamaktadır¹⁸. Bu durum her iki sınıflandırmaya da başvurulması gerektiğini ortaya koyar¹⁹.

IARC listesinin aksine, Avrupa sınıflandırması düzenleyici bir çerçevenin parçasıdır (bölüm 4'e bakınız). Direktif 67/548/EEC, yakın zamanda değiştirilmiş ve REACH düzenlemesi ile uyumlu hale getirilmiştir, Ek 1 listesi karsinogen olarak sınıflandırılan 956 kimyasalı içerir: 826'sı kategori 1 ya da 2'de (petrol ve kömürden elde edilen 645 madde de içinde olmak üzere) ve 130'u kategori 3'de yer alır. Tüm bu maddeler güvenlik veri tabanlarındaki bilgilerle desteklenerek, uygun bir şekilde etiketlenmelidir.

Acaba kaç işçi hangi karsinogene maruz kalıyor?

Maruz kalan çalışan sayısı

Çalıştıkları yerlerde kaç işçinin karsinogene maruz kaldığını değerlendirmek zorlu bir egzersizdir. İstatistiklerin derlenmesi, verilerin kısıtlı olması, var olan verinin parçalı yapısı ve meslek hastalıkları ile ilgili resmi rakamların az olması nedeniyle zordur. Carex sistemi, AB çapında karsinogenlere mesleki maruziyeti tahmin

¹⁸Musu, T., Sapir, M., Will the Silica Agreement foil EU legislation?, HESA Newsletter, No. 30-31, October 2006, p. 4-8. Downloadable from <http://hesa.etui-rehs.org> > Newsletter.

¹⁹See: Les expositions aux produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques, Documents pour le médecin du travail, INRS, No. 104, 4th quarter 2005, p. 471-483.

etmek için önemli bir çabadır. Bu raporun rakamları Fransa'da iş-yeri hekimlerinin topladıkları Sumer surveyans çalışmasına göre okunmalıdır..

- **CAREX: işçilerin % 23'ü karsinojenlere maruz kalmaktadır**

Carex – Carcinogen Exposure – “Kansere Karşı Avrupa” programından kaynaklanan bir Avrupa girişimidir. Finlandiya Mesleki Sağlık Enstitüsü tarafından yürütülen, AB ülkelerinde karsinojen mesleki maruziyet bilgilerini içeren bir veritabanıdır²⁰. Carex IARC tarafından değerlendirilen 139 karsinojen için, 1990 ve 1993 yılları arasında 55 sanayi sektörlerinde bu maddelere maruz kalan işçilerin tahmini sayısına dayalı olarak veri sağlar. 15 AB ülkesi tarafından desteklenen tahminler ve ABD ve Finlandiya verileri ile karşılaştırılan tahminler ile en kapsamlı veriler elde edilmiş sayılır.

Carex veri tabanına göre, 15 AB ülkesinde 32 milyon işçi – ortalama %23- karsinojenlere maruz kalmaktadır. En düşük değer Hollanda'da (%17), en yüksek değer Yunanistan'da (%27) olarak gözlenmiştir. İşçilerin genellikle maruz kaldıkları karsinojenler güneş radyasyonu (9.100.000 kişi), pasif sigara içme (7.5 milyon), kristal silika (3.2 milyon), dizel motor egzozları (3.1 milyon), radon (2.7 milyon), ahşap toz (2.6 milyon), kurşun ve inorganik bileşikler (1,5 milyon), benzendir (1,4 milyon). Bunların altında; asbest, etilen dibromür, formaldehit, PAH, cam yünü, tetrakloretilen, Krom VI ve bileşikleri, sülfürik asit sisleri, nikel, stiren, klorometil ve trikloretilen yer alır.

Karsinojen maruziyetinin en yüksek olduğu ekonomik sektörler: ormancılık çalışmaları (solar radyasyon), balıkçılık (güneş radyasyonu), madencilik (silika ve dizel motor egzoz), ahşap ve mobilya sanayi (ahşap tozu ve formaldehit), maden cevherleri (silika), inşaat (silika, solar radyasyon ve dizel motor egzozları) ve hava taşımacılığı (pasif sigara ve iyonize radyasyon). Benzen maruziyeti en çok araç tamir sektöründedir.

Carex tahminleri tüm işçileri kapsar ve çalışma zamanının %75'inde gerçekleşen, solar radyasyon ve pasif içicilik gibi çevresel karsinojenlere olan maruziyetlerin değerlendirilmesine izin verir. Mesleki kanserlerden korunma politikalarını harekete geçiren veri setleri ile kamu politikalarını yapanlara büyük bir avantaj sağlar.

²⁰See: Kauppinen, T., et al., Avrupa Birliğinde karsinojenlere mesleki maruziyet, Occupational Environmental Medicine, 2000, No. 57, p. 10-18.

Carex'e, www.ttl.fi/Internet/English/Organization/Collaboration/Carex internet sitesinden ulaşılabilir.

Table 2 En sık görülen karsinojenlere maruz kalan işçi sayıları için Carex tahminleri *

Avusturya	Solar radyasyon: 240 000 – Pasif içicilik: 180 000 – Kristalize silika: 100 000 – Ahşap tozu: 80 000 – Benzene: 50 000 – Etilen dibromit: 50 000
Belçika	Solar radyasyon: 200 000 – Pasif içicilik: 190 000 – Radon: 90 000 – Kristalize silika: 70 000 – Dizel partikülleri: 70 000 – Ahşap tozu: 55 000 – İnorganik kurşun bileşikleri: 30 000 – Benzen: 20 000 – Krom VI: 19 000
Danimarka	Solar radyasyon: 180 000 – Pasif içicilik: 100 000 – Formaldehit: 90 000 – Dizel partikülleri : 70 000 – Kristalize silika: 60 000 – Ahşap tozu: 50 000 – Benzen: 50 000 – Styrene: 36 000 – Krom VI: 25 000
Fransa	Solar radyasyon: 1.5 milyon – Pasif içicilik: 1.2 milyon – Radon: 500 000 – Dizel partikülleri: 400 000 – Sülfirik asit sisleri: 400 000 – Formaldehit: 300 000 – Ahşap tozu: 180 000 – Tetrakloetilen: 140 000 – Asbestos: 140 000 – İnorganik kurşun bileşikleri: 140 000
Almanya	Solar radyasyon: 2.4 milyon – Pasif içicilik: 2 milyon – Kristalize silika: 1 000 000 – Radon: 800 000 – Dizel partikülleri: 740 000 – Ahşap tozu: 670 000 – Benzen: 470 000 – İnorganik kurşun partikülleri: 460 000 – Etilen dibromür: 450 000 – Krom VI: 250 000
Birleşik Krallık	Pasif içicilik: 1.3 milyon – Solar radyasyon: 1.3 million – Kristalize silika: 600 000 – Radon: 600 000 – Diesel partikülleri: 470 000 – Ahşap tozu: 430 000 – Benzene: 300 000 – Etilen dibromür : 280 000 – Kurşun bileşikleri : 250 000 – Krom VI: 130 000
İtalya	Pasif içicilik: 800 000 – Asbestos: 700 000 – Solar radyasyon: 600 000 – Dizel partikülleri: 600 000 – PAH: 400 000 – Ahşap tozu: 300 000 – Kristalize silika: 300 000 – İnorganik kurşun partikülleri: 300 000 – Benzen: 200 000 – Tetrakloetilen: 180 000 – Formaldehit: 170 000
İspanya	Solar radyasyon: 1.5 milyon – Kristalize silika: 1.2 milyon – Pasif içicilik: 1.2 million – Diesel partikülleri: 586 000 – Ahşap tozu: 500 000 – Radon: 450 000 – Krom VI: 150 000

* 1990-1993 için karsinojen olarak değerlendirilen maddelere maruziyet tahminlerine dayanmaktadır, İspanya için 2004 yılından itibaren

• Sumer: İşçilerin % 13.5'i karsinojenlere maruz kalmaktadır

Sumer izlem araştırması 2003 yılında Fransa iş gücünün %80'ini oluşturan 17.5 milyon işçiyi temsil eden bir araştırmadır. Bu çalışma, Fransa'daki işçilerin %13.5'inin – 2 370 000 kişi – çalışma saatleri içinde bir ya da daha fazla karsinojene maruz kaldığını göstermiştir²¹. Ama bu ortalama ve oranlar belli sektörlerde daha yüksek olabilir. Bu oran, araç tamir, metalurji ve metal işleme, ahşap, kağıt ve inşaat endüstrilerinde %35'e yükselirken, kimya endüstrisinde % 26'dır. Erkekler kadınlardan dört kat daha fazla maruz kalmakta - %20.4'e karşı % 4.3 -. Kadınların maruziyetinin erkeklerden daha fazla olduğu tek sektör kişisel ve ev hizmetleri sektörüdür. Olguların yarısında nokta maruziyet, dörtte birinden daha fazlasında ise bir haftalık çalışmada 10 saatin üzerinde maruziyet vardır. Olguların %70'i maruziyet yoğunluğunu düşük olarak tanımlarken, % 15'i yüksek ya da çok yüksek olarak tanımlamaktadır. Maruz kalma durumlarının % 39'unda hiç bir toplu koruma yoktur. En sık bildirilen toplu koruma şekli emiş sistemleri ve genel havalandırmadır; ama ikincisi kanserojenlere karşı etkili bir koruma olarak görülmez.

Genel olarak değerlendirildiğinde, karsinojenlere maruz kalanların dörtte birinden fazlası hem maruziyet süresinin uzun olması hem de toplu korunmanın yeterli sağlanamamasından dolayı yüksek maruziyet grubundadır.

Sumer çalışmasında kimyasallar, IARC'nin Grup 1 ve 2A ve AB'nin Kategori 1 ve 2 karsinojenler yani insan için kesinlikle karsinojen ve olası karsinojen olarak tanımlanırlar. Bunlar ankette yer alan 83 madde ya da madde gruplarının 28'ini oluşturmaktadır. Bazı işçiler bu karsinojenlerin bir ya da daha fazlasına maruz kalmaktadır.

Sumer izlem çalışmasında tanımlanan temel karsinojenler

(maruz kalan toplam işçiye göre azalan sıralama ile)

Dizel motor eksozları, doğal mineral yağlar, ahşap tozu, kristalize silika, trikloretilen, formaldehit, kömür katranı çözeltileri, krom ve deriveleri, asbest, nitro hidrokarbonlar, seramik elyaf, nikel, PAH, aromatik aminler, çeşitli sitostatik ajanlar, kobalt ve türevleri, benzen, perkloretilen, formofenolik reçineler, vulkanizasyon dumanı, sinterlenmiş tungsten karbürü, akrilamid, kadmiyum, epiklorhidrin, arsenik, PCB ve PBB, etilen oksit, nitrozaminler.

²¹Les expositions aux produits cancérogènes, Enquête Sumer, Premières Synthèses, DARES, July 2005.

Sumer izlem çalışmasında karsinojen olarak belirlenen sekiz ürün saptanmıştır: mineral yağlar, ki bunlar ısıtıldığında PAH açığa çıkar, üç solvent (benzen, perkloretilen, trikloretilen), asbest, ahşap tozu, egzoz dumanı, kristalize silika. Karsinojen maruziyeti olan çoğu işçi bu sekiz ürüne maruz kalmıştır²². Sumer çalışması, Carex sisteminde yer alan çevresel karsinojenleri(solar radyasyon, pasif içicilik, radon) dikkate almamıştır, bu da iki araştırmmanın tahminleri arasındaki farkı açıklamaktadır.

Belçikalı bir kimya fabrikasında rahatsız edici ölümler

Aralık 2006'da, Jemeppe (Belçika) Solvay fabrikası civa elektroliz klorin üretim bölümünde çalışan 70 işçiden 21'inin akciğer kanseri, beyin tümörü ve lösemi nedeniyle öldüğü öğrenildi. Bu işçiler yüksek düzeyde cıvaya maruz kalmışlardı. Bazıları, asbest, klorin, hidrazin ve yoğun manyetik alana maruz kalmışlardı. Bu güne kadar, Belçika'daki meslek hastalıkları kurbanlarını tazmin eden kurum olan Meslek Hastalıkları Fonu, bu ölümlerin işle ilgili kanserlerden kaynakladığını reddetmişti. Civa, böbrekler, nörolojik ve üreme sistemleri için toksiktir, fakat ispatlanmış bir karsinojen olarak kabul edilmez. Fakat IARC organik cıvayı olası karsinojen olarak sınıflamıştır. İşçiler ve FGTB ticaret sendikası bu olayla ilgili resmi bir araştırma başlatılmasını istediler. Ama ne olacak? FGTB farklı meslek kanserleri ve şirket faaliyetleri arasında bir bağlantı kurmak ve önleme politikalarının uygulanmak için meslek hastalıkları atlası oluşturulmasını istedi.

Avrupa'da kimyasal riskin varlığı

Avrupa çalışma koşulları izlem araştırmasında, özellikle karsinogenlere maruziyet incelenmesi de, 2005'de AB-25'teki binlerce işçi çalışma ortamında kimyasal maruziyet açısından sorgulanmıştır. Bu maruziyetlerin ne kadarının karsinogen kimyasallara atfedilebileceğini söylemenin kesin bir yolu yoktur. Geniş boyutlu bu çalışmanın başlangıç bulguları, tehlikeli kimyasalların milyonlarca Avrupalı işçinin günlük yaşamının bir parçası olduğunu göstermiştir.

Yani, işçilerin %20.5'i çalışma zamanlarının dörtte birinde tehlikeli duman, buhar veya toza maruz kalmakta iken (1990'dakinin % 3 altında) %18'i çalışma sürelerinin dörtte birinde tehlikeli maddeler kullanmaktadır ki bu da 1990'daki izlem çalışmasından %3 daha yüksektir.

Meslek grupları arasında maruziyet açısından büyük farklılık vardır. Vasıflı işçilerin maruziyet yüzdeleri, ofis çalışanlarınınkinden 6 – 7 kat daha yüksektir. Ayrıca iş kolları arasında da fark vardır, inşaat sektörü en fazla etkilenmektedir.

Bu saptamalar bu broşürün başında tartışılan işe bağlı sağlık-taki sosyal eşitsizlikler yığınının yeni veriler eklemektedir.

²² Huit produits cancérigènes parmi les plus fréquents, Enquête Sumer, Premières Synthèses, DARES, July 2005.

Fransa'da 2005 yılında 4.8 milyon ton Karsinojen, Mutajen ve Reprotoksin kullanılmaktadır

2005'de, Çalışma Bakanlığı Fransa'da ne kadar işçinin KMR (Karsinojenik, Mutajenik, Reprotoksik) kimyasallara maruz kaldığını belirlemek için bir komisyon oluşturmuştur*. Veriler 30 farklı endüstri alanındaki 2000 firmadan seçilen örneklerden elde edilmiştir. Bu çalışmanın bulguları, Fransa pazarında 2005 yılında 4.8 milyon ton KMR kimyasal bulunduğunu göstermiştir. En çok kullanılan 10 kimyasal 100 000 tondan fazlasını oluşturmaktadır. Bu 10 kimyasal IARC tarafından karsinojen olarak sınıflandırılan Grup 1'de yer almaktadır: vinilklorür (1000 000 ton ve 1300 maruz işçi), benzen (716 000 ton ve 35 000 maruz işçi), 1,3-butadien (670 000 ton ve 2200 maruz işçi), etilen oksit (135 000 ton ve 1300 maruz işçi) ve formaldehit (126 000 ton ve 42 000 maruz işçi, bunların 12 000'i farmasötik endüstrisinde). En fazla kullanılan ürün olan 1,2-dikloroetan'a 5600 işçi maruz kalmakta ve bunların 3600'ü ilaç üretim endüstrisinde çalışmaktadır. Bu Kategori 2'de yer alan bir kimyasaldır. KMR kimyasalları rafineri ve petrokimya alanında bulunur, bu alanda benzen en sık kullanılır. Farmasötik ve ilaç üretim endüstrisinde çok çeşitli KMR kimyasalları küçük miktarlarda kullanılmaktadır, 10 000'dan az olan miktarlar, 100 000'den fazla işçiyi etkilemektedir.

Bu Fransa çalışması tam REACH düzenlemelerinin uygulamaya konduğu kritik bir dönemde yayınlanmıştır. Endüstrinin uzun zamandır kansere yol açtığı bilinen maddeleri, hiçbir bağlayıcı, kısıtlayıcı yasal çerçeve olmaksızın yoğun olarak üretmeye devam ettiğini göstermiştir.

* Vincent, R., Inventaire des agents chimiques CMR utilisés en France en 2005, Hygiène et sécurité du travail, *Cahiers de notes documentaires*, INRS, 4th quarter 2006, No. 205, p. 83-96.

Önerilen okumalar

- Risque cancérigène en milieu professionnel, dossier de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), 27 p. See: www.inrs.fr
- Fourth European Working Conditions Survey, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, 2007, 139 p. See: www.eurofound.eu.int/ewco/surveys/EWCS2005

4. Avrupa Hukuku

İki yasa birlikte işliyor

Karsinojen maddelere ilişkin Avrupa yasaları iki kategoriye bölünebilir: bu maddelerin piyasaya sürülmesi ile ilgili olanlar ve maruz kalan çalışanların korunmasına ilişkin olanlar. Bu iki tip yasanın yasal dayanakları farklı: ilki için 114 ve 115 numaralı Avrupa Birliği'nin işleyişine ilişkin maddeler, ikincisi için 153 numaralı madde. Uygulamada, bunun anlamı karsinojenlerin piyasaya sürülme kuralları söz konusu olduğunda, üye ülkeler Birlik düzeyinde tanımlanmış olanlara, ilke olarak, ek sınırlama koyamayacaklardır. Söz konusu olan tam uyum halidir. Buna karşın, çalışanların korunması söz konusu olduğunda, üye ülkeler Avrupa düzenlemelerinden daha zorlayıcı olan ulusal düzenlemeler yapabilirler. Bu durumda düşük bir uyumdan söz edilir.

Bu iki mevzuat tipi birlikte yürür ve karsinojen maddelerin üreticileri ya da kullanıcıları her ikisinde de gereğini yerine getirmek zorundadır.

Karsinojen Ajanlar Direktifi

İlki 1990'a çıkan Karsinojen ajanlar direktifi işyerinde karsinojen ya da mutajenlere maruz kalmaya bağlı risklere karşı çalışanların korunmasını tanımlayan Birlik düzenlemelerini tanımlamaktadır. İş sağlığı ve güvenliği 1989 Çerçeve Direktifi'nden sonra benimsenen ilk özel direktiflerden biri olmuştur. « *Karsinojen* » ya da « *mutajenlerin* » 1A veya 1B kategorisinde sınıflama kriterlerine uyan tüm kimyasal maddeleri ilgilendirmektedir. Bu şekillendirme sadece Birliğin Mevzuatında²³ 1A ya da 1B olarak sınıflanmış maddeleri değil, aynı zamanda daha geniş bir şekilde aynı sınıflama kriterlerine uyan tüm maddeleri de kapsama aldığı için önemlidir.

Böylece, direktifin uygulama alanına, şu ya da bu nedenle Birliğin sınıflamasına girmemiş fakat kristalize silis gibi karsinojen olarak bilinen maddeler de kapsama alınabilmektedir. Diğer yandan, bu direktif bazı üretim süreçlerinde ortaya çıkan, direktifin ekinde listelenmiş olan karsinojen ya da mutajen emisyon ya da bileşimleri de içine almaktadır.

²³Bakınız <http://eur-lex.europa>
> Basit Arama > Numéro CELEX
72004L0037

AB'nin 27 ülkesinin ulusal mevzuatına aktarılan bu direktif, işyerinde karsinojen mutajen maddelerin kullanımına bağlı riskleri azaltmak üzere işverenlere yönelik bir zorunluluklar hiyerarşisi öngörmektedir.

Bu önlemlerin ilki, karsinojen ya da mutajen ajanı tehlikeli olmayan ya da daha az tehlikeli olanla değiştirmektir. Daha güvenilir bir alternatif olduğunda, işveren işletme için maliyeti ne olursa olsun değiştirmek zorundadır. Eğer bu değişiklik teknik olarak imkansız ise, işveren mutajen ya da karsinojen ajanın üretimi ya da kullanımının kapalı sistemde gerçekleşmesini sağlamak zorundadır. Bu önlemi almadığı takdirde, işveren çalışanların maruz kalma düzeyinin « teknik olarak mümkün olan en alt düzeye » indiğini garantilemek zorundadır.

Karsinojen ya da mutajen ajanlar direktifi, aynı zamanda, mesleki maruz kalma sınır değerlerini de (VLEP) yerleştirmeyi öngörmektedir. Farklı ulusal mevzuatlarda karsinojen maddelere ilişkin bu sınır değerler mevcut iken, yalnızca üç maddeye Birlik düzeyinde bir sınır değer atfedilmiştir: benzen, vinil klorür monomeri ve katı ahşap tozları. Asbest için de bu madde kümesini ele alan özel direktif temelinde Birliğe ait bir sınır değer bulunmaktadır.

Avrupa Mevzuatı, diğer yandan, işverenin işyerinde bulunan maddelerin yarattığı sağlık riskleri konusunda çalışanları bilgilendirmek ve bu riskleri en aza indirmek için eğitimlerini gerçekleştirmeyi zorunlu kılmaktadır.

Direktifin gözden geçirilmesi ve bilanço denemesi

2004/37/CE Direktifi kendinden önceki tüm modifikasyonları (97/42/CE ve 1999/38/CE Direktifleri) olduğu gibi orijinal direktifi de (90/394/CEE) iptal etmiştir. Temel bir değişikliğe yol açmamakta ve yerini aldığı tüm metinleri sağlamlaştırmakla yetinmektedir.

2007 Nisan'ında, Avrupa Komisyonu Avrupa sosyal partnerlerine Karsinojen ve Mutajen (gen modifikasyonuna yol açan) Ajan Direktifinin gözden geçirilmesinde ikinci danışma aşamasına geçmiştir. Bu gözden geçirme süreci bilimsel gelişmelerin, teknik ilerlemenin ve çalışma yaşamının doğrultusunda bu mevzuatı uyarlamak üzere üç yıl önce başlatılmıştı. Komisyonun bu dosyayı ilerletmekteki isteksizliği sözkonusu olan çıkarlar konusunda bir fikir vermektedir. Tökezleten iki temel taş direktifin uygulama alanının üreme için toksik olan maddelere kadar uzanması ve oldukça önemli sayıda karsinojene ilişkin mesleki maruz kalma sınır değerlerinin (VLEP) tanımlanmasıdır. Avrupa Sendikalar Konfederasyonu (ETUC) direktifin yeni sınır değerlerin tanımlanmasından üreme açısından toksik olan maddelere kadar uzanmasını desteklemektedir. Avrupa işverenleri buna şiddetle karşı çıkmaktadır.

İşyerlerinde Avrupa Mevzuatının etkilerini değerlendirmek tehlikeli bir egzersizdir. Karsinojen ajan direktifi uygulamasına ilişkin üye ülkelerin rapor verme zorunluluğunun kaldırıldığı koşullarda kaynağa ulaşmak zordur. Bazı elemanlar bize Avrupa ülkeleri arasında ciddi farklılıklar olduğunu göstermektedir. Kimyasal risklere karşı sağlam bir korunma geleneği olanlar direktifin getirdiği zorunluluklara daha iyi uymaktadır. Eğer bu ulusal farklılıklar vurgulanacak olursa, mevzuatın gerçek uygulamasının sektörlere ve işletmenin tipi ve büyüklüğü ile değişiklik gösterdiğini görürüz. Genel olarak, büyük ilaç ve kimya şirketleri, makina üreticileri, hastaneler ve araştırma laboratuvarları deri sektörünün, mobilyacıların, çöp toplayıcı ve ayırıcılarının küçük şirketlerinden daha yüksek güvenlik düzeylerine sahiptir. İnşaat sektöründeki durum ise düşündürücüdür.

Karsinojen ajanlara bağlı özgün risklere ilişkin personelin eğitimi ve bilgilendirilmesindeki boşluklar kadar tehlikeli olarak nitelendirilen işlerin taşeronlaştırılması, giderek daha sık göçmen işçilere yüklenmesi, bu maddelerin « görünmez » karakterinin güçlenmesine katkıda bulunmaktadır. Aslında, mesleki kanserlerle mücadele halk sağlığı açısından önemli bir meydan okumadır ve böyle gölgede kalırsa altından kalkılması zor bir duruma oluşacaktır. REACH düzenlemesinin uygulamaya konmasının, hangi büyüklükte olursa olsun işletmeler içinde karsinojenler tarafından ortaya çıkan tehlikelere karşı gerçek korunma uygulamalarının yayılmasını güçlendirebilir.

REACH, kimyasal maddelerin ticareti ile ilgili yeni Avrupa Yasası

Aralık 2006'da, yoğun kulis ve tartışmaların olduğu yılların sonunda, kimyasal maddelerin kullanımı ve ticareti konusunda REACH (*Registration, Evaluation and Authorisation of Chemicals*²⁴) olarak isimlendirilen Avrupa Yasası reformu sonunda Birlik düzeyinde benimsenmiştir. 1 Haziran 2007'de AB'nin 27 ülkesinde uygulamaya girmiş olan bu düzenleme insan hayatını ve çevreyi kimyasal risklere karşı etkin bir şekilde korumak için artık yeterli görülmeyen arapsaçına dönmüş 40 yasal metnin yerini almıştır.

REACH kimyasal maddeleri üreten ve ithal edenleri, bir kayıt dosyası hazırlatarak, sundukları maddelerin kullanımına bağlı risklerin piyasaya sürülmeden önce kontrol altına alınabileceğini kanıtlamaya zorlamaktadır. Birliğin toprakları üzerinde yılda bir tondan fazla üretilen ya da ithal edilen yaklaşık 30 000 kimyasal madde 2018'e dek uzanan bir sürede Helsinki'de bulunan Avrupa Kimyasal Maddeler Ajansı'na kaydettirilmesi gerekmektedir.

²⁴ Kimyasal Maddelerin Kayıt, Değerlendirme ve İzni

REACH ve karsinojenler

• Üretim veya ithalat için kayıt kuralları

Karsinojen, mutajen ya da üreme açısından toksik (KMR) 1A ya da 1B kategorisine ait bir maddeyi, yılda bir tondan başlamak üzere, AB içinde üretmeye veya ithal etmeye devam etmek için maddenin özellikleri, kullanımları konusunda bilgi, sınıflandırması ile birlikte güvenli kullanım için önerileri de içeren bir kayıt dosyasının bulunması gerekmektedir. Yılda 10 tonluk bir hacim söz konusu ise, kayıt dosyası aynı zamanda kimyasal güvenlik açısından bir rapor da içermelidir. Bu rapor, maddenin tanımlanan her tür kullanımı açısından uygun bir kontrolü sağlayacak gerekli risk yönetimi önlemlerini içerir. Yılda bir tonun aşılmadığı koşullar hariç, kayıt dosyası olmadan, KMR maddesinin üretim ve ithalatına Avrupa'da izin verilmeyecektir.

• Kullanım için izin kuralları

ECHA'ya kayıt sistemi dışında, REACH'in XIV nolu ekinde (izin listesi) olan KMR'lerin öngörülen tüm kullanımları için sanayiciler Avrupa Komisyonu'ndan izin almak zorundadır. İzin alabilmek için, istekte bulunan söz konusu olan maddenin kullanımına bağlı risklerin « uygun şekilde kontrol altına alındığını » göstermek durumundadır. Eğer yapılmazsa, izin ancak sosyoekonomik avantajların risklere karşı galip geldiği ve uygun bir değişim maddesi ya da teknolojisi bulunmadığı gösterilirse verilebilir. İzinler her bir duruma göre belirli zamanlar için verilecektir. İzin isteği, teorik olarak üretim miktarları ne olursa olsun, REACH'in XIV nolu ekinde (izin listesi) olan tüm KMR'leri ilgilendirmektedir. Uygulamada, Avrupa Kimyasal Maddeler Ajansı yılda ancak yirmi kadar izin isteğini karşılayabileceği için, bir önceliklendirme sistemi oturtulmuştur. REACH'in uygulamaya konmasından dört yıl sonra REACH'in XIV nolu eki özellikle yüksek üretim hacmi²⁵ nedeniyle öncelikle seçilmiş altı madde içermekteydi. Bu çok sayıda KMR maddelerin (özellikle düşük miktarlarda üretilenler) REACH'in izin listesine olası girişlerini beklerken kullanılmaya devam edilecekleri anlamına gelmektedir. Avrupa mevzuatında 1A veya 1B karsinojen olarak sınıflanan 800 den fazla madde bulunduğunu da unutmayalım.

• Kısıtlama kuralları

Kayıt ve izin sisteminin yanısıra, REACH içinde bir kısıtlama sistemi de yer almaktadır. Bu sistem tehlikeli maddelerin (karsinojenler dahil) kullanımı ya da piyasaya sürülmesinin Komisyon risklerin insan sağlığı veya çevre için kabul edilemez olduğuna karar verdiğinde yasaklanması ya da koşullu sürece girmesine yol açabilmektedir. Tabii ki, asbestin, oyuncaklarda PCB ya da ftalatla-

²⁵http://echa.europa.eu/reach/authorisation_under_reach/authorisation_list_en.asp

rın yasaklanması gibi Avrupa mevzuatında tanımlanmış olan tüm kısıtlamalar REACH'in uygulamaya konmasıyla aynı şekilde devam edecektir. Tüm bu kısıtlamalar düzenlemenin XVII Ekinde ele alınmaktadır.

- **Etiketleme kuralları**

Avrupa mevzuatına (Sınıflama, etiketleme ve ambalajlamaya dair CLP N°1271/2008 nolu düzenleme) göre tehlikeli olarak sınıflanan tüm maddeler, 1A veya 1B veya 2 kategorisindeki KMR maddeler zorunlu etiketleme düzenlemesinin konusunu oluşturmaktadır. Etiketler bir tehlike şeması ve tehlike sembolü ile birliktedir. Birlik'e uyumlu bir sınıflamaya sahip olanlar hariç, genel olarak maddelerin etiketlerinden ve sınıflamasından (kendi kendine sınıflama) sorumlu olan üreticileri ya da ithalatçılarıdır. Bu durumda, satıcı bunu mutlaka uygulamak zorundadır. CLP düzenlemesi ile birlikte, sanayicilere 2010 Kasım sonundan önce, tehlikeli olarak sınıflanan ve üretim hacmi ne olursa olsun tüm maddelerinin sınıflarını ve etiketlerini ECHA'ye bildirmek zorunluluğu gelmiştir. ECHA bu bilgileri düzenli olarak güncellenecek ve 2012 ortasından itibaren halkın erişimine sunulacak bir envantere işleyecektir. Bu envanter aynı madde için farklı sınıflamaların saptanmasına ve aynı maddeyi üreten farklı üreticilerin uyumlu bir sınıflama yapmasına olanak sağlayacaktır.

Karsinojen Direktifi ile REACH arasındaki etkileşim

Üreticiler ya da ithalatçılar gibi, REACH altında zorunlulukları olan çeşitli aktörler, sıklıkla aynı zamanda işverenlerdir. REACH'in zorunluluklarını yerine getirmenin yanı sıra çalışanların korunmasına ilişkin mevzuat tarafından tanımlananları da yapmak zorundadırlar.

Eğer karsinojen bir madde işyerinde kullanılmak zorunda ise, kullanmadan önce işveren prensip olarak karsinojen direktifinde tanımlanan (eliminasyon, değiştirme, kontrol) zorunluluklar hiyerarşisini uygulamak zorundadır. Bu karsinojenleri bir şekilde kullanan işverenler ardından REACH'in izin bölümünde belirtilen kurallara da uymak durumundadırlar.

REACH altındaki karsinojen maddeler için izin alma zorunluluğu üreticileri daha az tehlikeli olan alternatiflerle değiştirmeye teşvik edecek ; böylece karsinojen direktifinde belirtilen değiştirme prensibinin uygulanmasını kolaylaştıracaktır. Bu arada, sonuç olarak REACH içinde benimsenen izin prosedürü bazı karsinojen maddeler için daha güvenli alternatifleri olmasına rağmen kullanım izni alınmasına olanak sağlayacaktır²⁶. ; Bu durumda, birisi kar-

²⁶İnsan sağlığı açısından altında sağlığı kötü etkilemeyecek bir eşik düzey gösterilebilecek karsinojenler için geçerli olacaktır.

sinojen maddenin kullanımına izin verirken, diğeri mevcut daha güvenli alternatifi ile değiştirilmesini dayatarak iki mevzuatın çatıştığı paradoksal bir durum oluşacaktır. Avrupa Sendikaları farklı aktörlerin- Avrupa Komisyonu, sosyal taraflar, işveren dünyası vb- temel prensipleri ve çalışanların korunmasına ilişkin mevzuatın yaklaşımını koruyarak düzenlemeyi uygulamalarını gözetecektir. Her koşulda, bu iki mevzuat arasındaki « hakemlik » yargı alanda devam edecek gibi görünmektedir.

Okuma önerileri

Jacobsen, L., Kempa, V., Vogel, L., *Dans le dédale de la politique européenne en santé et sécurité. Un guide syndical*, ETUI-REHS, 2006, 80 p.

Musu, T., *REACH au travail. Les bénéfices potentiels de la nouvelle politique européenne sur les agents chimiques pour les travailleurs*, 2^e édition, ETUI-REHS, 2006, 36 p.

Musu, T., *REACH : une opportunité syndicale. Comprendre et agir dans les entreprises*. ETUI, 47 pages, 2010

5. Sendikalar İçin de Kanser Bir İktidar Sorunudur

İlk bakışta, kanser bireyin özelini etkiler. Doğal olarak, insanların beklemediği bir durumdur. Hastalar bazı açılardan dünya ile ilişkilerini kestiklerini deneyimlerler. Yaşamsal hücre yenilenme sürecinin, fiziksel acı, ruhsal sıkıntı, kendi vücudu tarafından ihanete uğramış olma hissi ile sağlığı yokedici hale dönüşür. Toplumumuzda kanser bu tek başına bırakılmanın nedeni olarak görülür. Yazgı adeta modernleştirilerek, hatalı DNA - veya kişisel hata - sağlıksız yaşam tarzı seçimleri suçlanır. Böyle bir toplu savunma için bir strateji geliştirmek kolay değildir.

Ama meme kanserine karşı feminist lobi faaliyetleri, Hibakusha'ların nükleer silahına karşı mücadele, Hiroşima ve Nagazaki atom bombası mağdurları, asbestos kurbanlarının dünya çapındaki mücadelesi örnek alınabilir.

Bu deneyimlerin her biri, kolektif eylemler için kurbanların doğrudan katılımının ne kadar bir araya getirici olduğunu göstermiştir.

Sendikal hareketin elinde kanser riski oluşturan çalışma koşulları üzerinde etkili olmak gibi büyük bir işi vardır. Bu işin önündeki engeller aşağıda sıralanmıştır.

- Kanser oluşumunda çalışma koşullarının oynadığı rolü kamunun dikkate almaması. Endüstrinin örgütlediği, kasıtlı yönlendirmelerden, medikal araştırmaların boş bıraktığı alanlara dek değişen geniş bir çerçevede etkenler bir dizi bilgi ve sosyal görüş eksikliğine bağlanmaktadır.

- Sendikal hareket çalışma koşullarını iyileştirecek acil eylemlere kilitlenmiştir. Genellikle, işte olan maruziyetle kanser gelişimi arasında uzun bir zaman geçer. Çoğu durumda, kurbanlar artık aynı şirkette çalışmamaktadır. Bunlar da çalışma koşulları ve kanser arasında bağlantıyı kurmayı zorlaştırır.

- Kanserle mücadele, bir üretim sistemini oluşturan tüm teknik seçimlerin eleştirel olarak incelemesini gerektirir. Bu hiç de kolay değildir. Öyle ya da böyle, işçiler yaptıkları işle bir tutulmaktadır. Bu da geri durup, diğer seçenekleri görmeyi zorlaştırır. İşçilerin karsinojenlerin yok edilmesi taleplerine,

işverenlerin işten atma tehditiyle karşılık verdikleri şantajla da durum tamamlanır. Sendikal hareket, ekonomik büyüme ile sahip olmadığı erdemlerin kafalara sokduğu yüksek üretim inancını içinde barındıran egemen ideolojiye sıklıkla duyarlıdır.

Bu bölüm, sendikal hareketin karşı karşıya olduğu tüm sorunları kapsamamaktadır. Sadece ileriye doğru bazı yollar önermekte ve daha geniş kapsamlı bir tartışma yaratacak soruları gündeme getirmektedir.

Neden çalışma koşullarına bağlı kanserlere karşı tavır alınmalı?

Önceki bölümlerde kanserin arka alanında geniş toplumsal eşitsizliklerin olduğunu gördük.

Aynı şekilde, kanserin eşitsiz dağılımı, sömürü ve tahakküm koşullarını yansıtır. Bu durum gelir dağılımı, bilgiye erişim ve güçlendirmedeki gibi diğer eşitsizliklerle birlikte gider ve kötüleşir. Tek başına bu sendikal eylem için zemin oluşturur. Ama iki konuyu daha söylemek gerekir. Çalışma koşulları, kanserdeki bu sosyal eşitsizliklerde büyük bir etmendir. Kansere neden olan kimyasal maddeler; doğrudan, işçilerin işyerlerinde maruz kalmaları ile, dolaylı olarak da, üretim ve teknoloji tercihleri nedeniyle piyasada bol miktarda bulunarak kişileri etkilerler.

Bu durum, sendikal stratejinin sadece işyerindeki karsinojen maruziyetini değil, aynı zamanda evde ve çevrede de maruziyeti önlemeyi kapsamı anlamına gelmektedir. Asbestos olgusu çok açık bir şekilde bu ilişkiyi göstermektedir

20. yüzyıl boyunca, 170 milyon tonun üzerinde üretilen asbeste; ekstraksiyon, üretim, kullanım veya asbest içeren ürünlerin işlenmesi, imha veya geri dönüşüm aşamalarında, on milyonlarca işçi doğrudan maruz bırakılmıştır. Ayrıca, milyonlarca insan işyerlerinde, evlerde, okullarda, vb'de ki maruziyetten etkilenmişlerdir.

Kanserlere karşı sendikal mücadele, çevre koruma grupları, halk sağlığı kurumları ve kanseri önlemek için çalışan diğer aktörler ile stratejik bir ittifak oluşturabilir. Kansere ilişkin halk sağlığı politikaları, çalışma koşulları ve üretim süreçlerini gözardı etmektedir. İşyerlerini, "özel alanlar" olarak görmek ve tartışılmaz olarak işverenlerin korunması eğilimindedirler. Ticari sırlar ve tehlikeli ürünlerin pazarlanması konusunda akıllarda soru oluşturmaya isteksizlerdir. Tek istisnası tehlikeli maddeler ve zararlı üretim süreçleri için getirdikleri yasaklamalardır.

Kamuoyu açıklamalarına ve belki de gündeme karşı olan bu politikaların yürütücülerinin büyük bir bölümüne rağmen, halk sağlığı politikaları sağlıkta büyüyen sosyal eşitsizliklerle başatmede güçsüz kalmaktadır.

Sendikal eyleme katılma ve engellenen bilim Epidemiyolog Henri Pezerat'ın kişisel açıklaması

Kanser etiyojisi araştırmalarında, yeni projeler sıklıkla ilk olarak etkilediği organ aynı olsun veya olmasın, aynı zaman dilimlerinde ve aynı bölgelerde bulunan olgular kanser kümesi (epidemiyologların tanımladığı gibi) bulgularıyla ele alınabilmektedir. Genellikle, bu kümeler fark edilmeyebilir ya da bireyler, sendikalar ve gönüllü gruplar tarafından bildirilmiş ise olası diğer açıklamalara yer verecek ileri araştırmalar yapmayı düşünmeden istatistiksel olasılıklar olarak bilinen rastlantısallıkla görevliler tarafından ret edilir.

Ve yine, mesleki kanser söz konusu olduğunda, karsinogen olarak sınıflandırılan ürünlerin çoğunun gözlenen kümeler temelinde sınıflandırılmış olması bir tarih dersi! (...)

1975 yılından bu yana asbeste karşı yürütölen mücadeleden başka, çeşitli şirketlerde kansere neden olan etkenlere kamunun ilgisini çekmek mücadele eden sendika ve gönüllü grupların yanında yer aldığımdan burada deneyimimden bahsediyorum.

Benim bu eylemlilikten aldığım ana ders, kanser kümenin varlığını göstermenin en iyi yolu, işyerinde bir veya çok bilimsel ve tıbbi toplulukla ittifak yapmış akli başında, güçlü ve belirli bir sendikadan geçmektedir.

Bu kümeleri ve onların en olası kökeninin varlığını göstermek -başlangıçta- günümüzde düşünöldüğü gibi bilimsel ve tıbbi araştırmalardan geçmemektedir.

İnvitro ve invivo testler mekanizma çalışmaları, epidemiyolojik izlemler, maruziyet izlemleri ve benzeri tüm araştırmalar ilk ve en önemli emek mücadelesinin verdiği ilk kavgadan sonra devreye giriyor.

Gizli hastalıklara karşı mücadele, Le Monde, 26 Nisan 2006'dan alıntıdır.

İşyerlerinde kanserle mücadele

Şirket yönetimi için karsinogenlere maruziyetin önlenmesinin nadiren bir öncelik olması bir kanıttır. Maruziyetin etkisi yalnızca genellikle kurbanların şirket için çalışmadığı oldukça uzun bir latent dönemden sonra görülür. Bu nedenle önleme politikalarının uygulanması işveren için doğrudan bir ekonomik kazanç sağlamaz. Özellikle de inşaat, temizlik ve tekstil endüstrisi gibi, çoğunlukla kimyasal kullanan sektörler için böyledir. Bu durum korunma önceliklerinin belirlenmesinde işçi katılımını anahtar etmen yapar. Böyle bir katılımın en azından işçiler arasında olmasa da, pek çok engeli bulunmaktadır.

Kansere yol açan etkenlere maruziyet genellikle aciliyet taşıyan bir risk olarak görülmemektedir. Birçok olguda, sağlık hasarları ancak yıllar sonra saptanabilecek ve sağlıksızlık ve çalışma koşulları arasındaki bağlantı açıkça kurulamayacaktır. Bu yüzden işle ilgili kanserlerle mücadelede sendikaların kolektif bilinç ve eylem geliştirmek için sistematik ve organize bir şekilde çalışması gerekir.

Olaya yaklaşımın çerçevesi

Karsinogen maruziyetinin farkında olunmadığı bir bölgeyse ya da yönetim bunu önemsemiyorsa, sendika genellikle izlem çalışması yaparak işe başlayacaktır. İzlem çalışması üretim döngüsündeki olası tüm maruziyet noktalarını belirlemeyi amaçlamalıdır. Tek seferde tüm durumların kapsanması zordur, bu yüzden belirli bir soruna odaklanarak çalışmayı başlatmak, ardından genişletmek yararlı olabilir.

Sendika izlem çalışması, başarılı olması için işçiler tarafından etkin şekilde desteklenmesi gereken bir risk değerlendirmesi şeklindedir. Aynı zamanda, yönetim ve koruyucu hizmetler de kendi üzerine düşeni yapmalıdır. Bu da, araştırma aşamasında, karsinogenler konusunda gerekli tüm bilgileri toplamak ve yapılan risk değerlendirmesinin tüm bunları içermesi anlamına gelir. Ama tek başına bu bilgi kaynağına güvenmek aşırıya kaçmak olacaktır. Sonuçta sendika kendi uzmanlık birikimi ile haklarını kazanmış olacaktır.

Diğer işyerlerinde geliştirilen deneyimlerin kaydedilmesi gibi örgüt içinden katkı olabilir. Ya da iş müfettişleri, sendikal bağlantılara sahip bilim insanları, önleyici hizmetler, vb (olması gerektiği gibi işliyorsa) üzerinden oluşturulan deneyimlerle katkı dışarıdan gelebilir.

Şirket yönetimi tarafından sağlanan bilgilerin doğruluğunun kontrol edilmesi, kanser oluşumuna neden olan tüm fiziksel ve fiziksel olmayan etmenleri belirlemek amacıyla taşıyan sendika risk değerlendirmesinin önemli bir yönüdür.

Ayrıca maruz kalan işçilerin pratik çalışma koşulları incelenmeli ve izlenen koruyucu politikaları ya da eksiklikleri eleştirel olarak değerlendirmelidir. Diğer ilgili adımlar, yönetimi ve koruyucu hizmetlerin tutumunu değerlendirmeyi ve bir pazarlık pozisyonu yaratılmasına karşın nelerin işleyeceğinin tanımlanmasını içerir. Sayfa XX'de ki ek dikkate alınması gereken önemli noktaları göstermektedir.

Risk değerlendirmesi, yapmış olmak için yapılmaz. Aslında çalışma koşullarını değiştirmek için tasarlanmış bir eylemin ilk aşamasıdır. Bu nedenle bu değerlendirme mantık olarak iki konunun içine taşınmış olur: sendika eylem planı ve şirket yönetimi ile karsinogen maruziyeti önleme planı konusunda müzakere.

- **Çalışma koşullarını değiştirin: ikame, tartışmasız ilk önceliktir**

İşçi güvenliği temsilcisi sendikanın yaptığı değerlendirmeyi şirketi hesap vermeye çağırırken kullanabilir.

Yönetimin risk değerlendirmesinin kapsamlı ve ayrıntılı olup olmadığı, koruyucu bir planla sonuçlanıp, sonuçlanmadığı, bu planın öncelikli olarak etkin koruyucu önlemlerin alınmasını izleyip, izlemeyeceğini, sonuca ulaşmak için yeterli kaynağın sağlanıp, sağlanmadığını kontrol etmek temel düşünce olmalıdır.

En önemli öncelik, teknik olarak olası olduğunda karsinogenlerin iş yerinden uzaklaştırılmasıdır. Teknik olarak olasılık kavramı önemlidir ve çoğunlukla çatışmaların nedeni olmaktadır.

İkame karşıtı pek çok argüman vardır ve bunları püskürtmek önemlidir:

1. Teknik argümanlar. Pek çok şirket yetkilisi kullandıkları tehlikeli maddeler hakkında sınırlı bilgiye sahiptir. Örneğin metal parçaların temizliğinde kullanılan trikloroetileni kullanılabilecek tek madde olarak görebilirler. Kullanılan tehlikeli kimyasalın yerine kullanılabilecek farklı maddelerin olduğunu gösterecek bilginin toplanması yardımcı olabilecektir. Bazı durumlarda karsinogenler asbestli çimentodaki asbest, mobilya ve yalıtım köpüklerindeki formaldehit gibi son üründe bulunurlar. Bu da alternatif üretim yöntemlerinin neler olacağı sorusunu akla getirir. Benzer teknik özellikleri olan diğer ürünler karsinogen içerenlerin yerini alabilir.
2. Maliyet argümanları. İkame malzemenin prospektif maliyeti genellikle bir engel olarak sunulur. Bazı durumlarda, maliyet şişirilir. Diğerlerinde ise, gerçek olabilir. Şantaja izin vermemek ve ikame malzeme kullanmamanın insan hayatını riske edeceğini vurgulamak önemlidir.

3. Riskin kontrol altında olduğu argümanı. Şirket yönetimi, sık sık önlemlerin yeterli olduğunu, ikame işinde “aşırı” gitmeye gerek olmadığını iddia edecektir. Önlemler ne kadar iyi olursa olsun, deneyimler her zaman bu önlemlerin başarısız kaldığı kritik noktaların olduğunu gösterir. “Kontrollü asbest kullanımı” fikrinden öğrenilmesi gereken temel derslerden biri bu olabilir. Kritik noktalar, kapalı bir sistemden bir kimyasal sızıntı, yangın, vb gibi olağan dışı durumlara ilişkili olabilir. Bunlar yukarı (maden veya birincil üretim, taşıma, depolama, üretim zinciri girdisi) veya aşağı (planlanmış olsun veya olmasın müteakip işlemler, bozulma veya yıkım, atık geri kazanımı veya işleme vb.) doğru işlem akışında olabilir. Ürün yaşam döngüsünün gözden geçirilmesi etkili bir kanser önleme politikası anahtarıdır.

İş yerinde sağlığın korunması ile halk sağlığının ve çevrenin korunması birleşmektedir.

Sendikal eylemin iki temel prensibini somutlaştırmaktadır : dayanışma (kriterimiz işyerinde ya da dışarıda nerede çalışırsa çalışsın potansiyel olarak etkilenebilecek tüm çalışanlar için riskleri elimine etmektir) ve eşitlik (tüm toplumun yaşam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi için mücadele ediyoruz ve bunun için, halk sağlığı ve çevreye zarar verebilecek tanımlanmış maddelere karşı savaşıyoruz).

Yerine koyma ile ilgili savunmacı bir bakış açısı benimsemek gerekmektedir. Bu ilk önceliktir. Buzaten işverenlerin yasal zorunluluğudur. Eğer durum engellenirse, iş müfettişliğine başvurmadan ya da tehlikeli durum karşısında işi durdurma hakkını kullanmaktan kaçınılmamalıdır. Sendika temsilcileri yerine koymanın mümkün olduğunu kanıtlamak ve yerine koyma şekillerini tanımlamak zorunda değildir. İşyeri yönetimi sorumlulukları ile yüzleşmeli ve yerine koymanın teknik olarak mümkün olmadığını kanıtlamalıdır.

Bu bakışla, pazarın kuralları sadece asgari düzeyi belirleyebilir. Asbest ya da bazı aromatik aminler gibi piyasaya sürülmesi yasaklanan maddeleri kullanmak zaten yasadışıdır. Fakat karsinojen bir maddenin satışı yasaklanmamış olsa bile, kullanılması olası olmadığı halde kullanılırsa yine yasadışı davranılmış olur. REACH'in devreye sokulması ile, piyasaya sürülen karsinojen madde sayısı zamanla azalacağı varsayılmaktadır. Tabii ki bu maddelerin bir bölümü üretilmeye ve piyasaya sürülmeye devam edecektir. Bu durumlarda, işyerlerinde kullanımından kaçınmak önem kazanmaktadır. Bu işyerlerinde önleme planları üzerinden gerçekleştirilebilir. Bu aynı zamanda sektörel toplu pazarlıkların konusu ya da herbir üye AB ülkesinde işyerlerinde ulusal düzeyde kullanımın yasaklanması şeklinde olabilir

Madrid'de, Karsinojenlere yönelik sendikal kampanya

İspanya'da, İşçi Komisyonları Sendikal Konfederasyonu (CC :OO.), işte karsinojen maruziyetine bağlı kanserlerden 9000 ölüm olduğunu bildirmiştir. Madrid bölgesi için, 600 000 çalışan karsinojenlere maruz kalmakta ve yılda 600-800 arası mesleki kansere bağlı ölüm gerçekleşmektedir. Toksik riskin gözardı edildiğini düşünerek, Madrid CC.OO. iş sağlığı sekreteryası, 2002-2003 yılları arasında, Madrid Topluluğu işyerlerinde karsinojenlerin kontrolünü iyileştirmek için bir eylem planlamıştır. 222 işyeri ziyaret edilmiş, ve yaklaşık yarısında karsinojen maddeler kullanıldığı görülmüştür. Toplamda, 217 mutajen veya karsinojen ajan kaydedilmiştir. En sık kullanılanlar; trikloretilen, kurşun kromat, potasyum dikromat, metilen diklorür, çok sayıda hidrokarbürandır.

Genel olarak ve eğitim kurumlarının laboratuvarları dahil, karsinojenler gerekli önlemler alınmadan işlenmekteydi. Karsinojen kullanan işyerlerinin %68'inde, koruma önleme personeli varlıklarından haberdar değildi ve sadece 13 işyeri ürünlerin toksisitesi konusunda doğru bilgi vermekteydi. Çalışanların riskli alanlarda kontaminasyon riskini artıracak şekilde yeme, içme veya sigara içmeleri sık karşılaşılan bir durumdur. Çalışanların %80'inden fazlası karsinojenlere maruz kalmanın riskleri konusunda ne eğitim ne de bilgi aldıklarını ifade etmişlerdi. Sendikal kampanya sayesinde, bilgi birikimi artırıldı ve dolayısıyla çalışma koşulları ve önlemlere dikkat çekildi. Bunun yanı sıra, üç işletmeden biri karsinojen maddeleri yoketme ya da daha az toksik olan maddelerle değiştirme kararı aldı

Yerine koyma teknik olarak olanaksız olduğunda, toplu koruma önlemleri maruz kalma riskini ortadan kaldırmak zorundadır. Bu durum öncelik kapalı sistem üretime geçmek olmalıdır. Olamıyorsa, önleme girişimi maruziyeti teknik olarak mümkün olan en alt düzeye indirmelidir.

Koruyucu önlemlerin etkinliğini kontrol etmek için, sistematik olarak iki izlem programı yürütmek gerekir :

- Üretim siklusunun en kritik aşamalarını gözönünde bulundurarak maruziyet izlemi. Bu izlem yetkin ve mesleki olarak bağımsız koruyucu hizmet ekibi müdahalesini ve güvenlik açısından sendika temsilcilerinin bu etkinliği kontrol etmelerini de gerektirir. Eşik değerlerin dikkate alınması sadece minimum düzeyde yeterlidir. Bu değer-

lerin altına inerek maruziyeti azaltmanın teknik olarak mümkün olduğu her durumda bunun gerçekleştirilmesi gerekir.

- İşyeri hekimleri tarafından çalışanların sağlık izlemi. Sağlık izlem kriterleri net bir şekilde tanımlanmalıdır. Sıklıkla, sağlık izlemi genel bir fizik muayene veya çalışma koşulları ile doğrudan bağlantısı olmayan sorgulamalarla sınırlı kalır. Hiçbir durumda, sağlık izlemi çalışanların seçimine yarayan bir alete dönüşmemelidir. Bu nedenle sendikal hareket iş ilişkilerinde genetik taramaların yasaklanması taraftarıdır. Karsinogen maddelere maruz kalmış çalışanların maruz kalma sonlandıktan sonra da izlenmeye devam edilmesi gereklidir. Hemen hemen tüm AB ülkelerinde, genel olarak, maruziyetten sonra herhangi bir izlemin organize edilmediği saptanmıştır.

Sağlık ve maruziyet gözetimi verileri güvenlik açısından sendika temsilcilerine aktarılmalıdır. Sağlık gözetiminde sonuçların anonim kalması güvence altına alınmalıdır. Bu bilgiler iş sağlığına ilişkin sorunların gün ışığına çıkmasına ve önleme programlarının iyileştirilmesine katkıda bulunacaktır. Bu verilerin saklanması ve işyerinden daha büyük ölçekte (sektörel veya ulusal) kullanılması işe bağlı kanserlerin önlenmesi yönünde bir halk sağlığı politikası için şarttır. Maruz kalan her çalışan maruziyetine ilişkin verileri ve sağlık kontrollerinin sonuçlarını saklamalıdır.

Bunun dışında, çalışanlarının bilgi ve eğitiminin niteliği de kontrol edilmelidir.

Eğer kişisel koruyuculara ihtiyaç varsa, şu iki soruyu öncelikle yanıtlamak gerekir ;

1. Bu ekipmanların gerçek etkinliği nedir ? Bu değerlendirme işin gerçekliğini gözönünde bulundurmalı, ergotoksikolojik yaklaşım olarak isimlendirilen yöntemle standart testlerle sınırlı kalmamalıdır ;
2. Kişisel koruyucu donanımların (KKD) kullanılması getirdiği zorluklar da gözönünde bulundurularak çalışma şekillerinde değişiklik yapılması gerekir mi ? Donanımlar önemli sıkıntılar yaratıyorsa, örneğin, düzenli dinlenme araları planlanması gerekir mi?

Hiçbir koşulda, KKD kullanımı daha etkili önlemlerin alınmasına engel ya da ertelenmesine bir gerekçe oluşturmamalıdır (yerine koyma, toplu koruma).

Paris'te, çalışanların isteği üzerine araştırmalar başlatılmıştır

Paris Belediyesi temizlik işçileri (Smash) isteği ve harekete geçmeleri sayesinde, 1999'da INRS tarafından yapılan mortalite araştırması, toplum ortalamasından daha yüksek bir mortalite ortaya koymuştur. İkinci bir çalışma, 2002'de yapılmış, Smash personelinin kimyasal maddelere maruziyeti ile mortalitedeki artış arasındaki ilişki kanıtlanmıştır: formol, etilenoksit, insektisidler, rodentisitler²⁷. Sonuç olarak, mortalitedeki artışın mesleki maruziyete ve eski çalışma koşullarına atfedilebileceği kabul edilmiştir. Kullanılan maddelerin çeşitliliği nedeniyle, mortalite artışı tek bir maddeye atfedilememiştir. O zamandan beri, maruziyetlerin bazıları, özellikle formol ve etilenoksit maruziyeti ortadan kaldırılmış ya da çok nadir olmaya başlamıştır. Kullanılan diğer maddelerin içerikleri değiştirilmiş ve kullanım koşulları iyileştirilmiştir.

İşyerlerinde müdahale ancak toplumda bir eylemle desteklendiğinde etkili olabilir. İşyerlerinde karsinojen ajanlara maruziyet aynı zamanda önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Bu açıdan, sendikal hareket farklı alanlarda müdahale edebilir:

1. İşyerinde daha etkili bir halk sağlığı politikası: İşyerlerinde önleme işyerinde bir halk sağlığı politikasının varlığına bağlıdır. Kimyasal maddeler konusunda bağımsız ve doğru bir bilgilendirme, toksikolojik ve epidemiyolojik araştırmalar gerçekleştirilmesi, kontrol ve cezalandırma sistemi oluşturulması bir işyerinin sınırlarını aşmaktadır.

2. Çalışma koşulları ile entegreolan bir halk sağlığı politikası: Son dönemde, Avrupa ülkelerinin çoğunda, halk sağlığı politikaları çalışam koşullarına müdahale etmemekte ve sağlıkta sosyal eşitliklere ilişkin pek etkin olamamaktadır.

3. İşe bağlı kanserlerin ve bu sorunu öncelikli politikalarına kaydeden sosyal hareketler: Asbest sorunu önlemenin ne kadar iş sağlığı sorunlarının görünürlük kazanmasına bağımlı olduğunu göstermiştir. Görünürlük hem sendikal örgütlerin yürüttüğü günlük çalışmalar ve net sorunlar konusunda yapılan eylemlerle sağlanmaktadır. Hiçbir olanak ihmal edilmemelidir: sendikal baskı, genel bilgilendirme baskıları, davalar, toplumsal müdahaleler, vb.

4. İşyerlerinden topluma doğru: çevreyi savunmada sendikaların katkısı. Kanserlerin önlenmesi üretim seçimleri üzerinde demokratik bir kontrol sağlamak açısından önemli bir testtir. Maksimum kar ve insani ihtiyaçların tatmin edilmesi, ekosistemimizin de korunması arasında sürekli bir çatışma vardır. Çalışanların çalışma koşulları üzerinde kontrollerini artırarak, sendikalar zararları önleyecek şekilde üretim üzerinde bir sosyal kontrol sağlamaya doğru adım atabilirler.

²⁷ Rodentisit aktif bir madde ya da Un produit rodenticide est une substance active ou une préparation ayant la propriété de tuer certains rongeurs, considérés comme nuisibles par l'homme.

Meslek kaynaklı kanserlerle ilgili araştırma örnekleri

Meslek kaynaklı kanserler konusunda yapılan araştırmalar, kanser oluşumunda çalışma koşullarının önemini göstermede anahtar rol oynamaktadır. Çoğu ülkede, farklı çalışmalar kanser ilişkili eşitsizliklerde çalışma koşullarının can alıcı rolünü gün ışığına çıkarmışlardır. Kadın kanserlerinde hiçte önemsenmeyen çalışma koşulları tartışmaya açılmışlardır.

NOCCA (Nordic Occupational Cancer) projesi, beş kuzey ülkesinin (İzlanda, Norveç, İsveç, Finlandiya, ve Danimarka)²⁸ ortak veri tabanından yararlanmıştır. Çalışma istatistiksel açıdan güçlüdür: 2.8 milyon kanser olgusunu kapsamaktadır. 40 yıllık (60'lı yılların başından 90'lı yıllara dek) sürede 15 milyon kişinin çalıştığı işleri incelemiştir. Proje sonuçları, bir yandan açık havada çalışan çiftçi ve balıkçılarda deri kanseri, ağaç işçilerinde burun çukuru kanserleri, çoklu maruziyetleri olan inşaat sektöründeki kanserler gibi daha önceden bilinen ilişkileri desteklemekte, diğer yandan da, kimya endüstrisinde çalışan kadınlarda daha yüksek sıklıkta ağız ve vajen kanseri, matbaacılarda deri, meme (kadın ve erkekte), over kanserleri, tarımda çalışan kadınlarda tiroid kanseri ilişkileri gibi yeni bulgular da sunmaktadır.

OCCAM projesi İtalya'nın en fazla endüstrileşmiş bölgesi olan Lombardie²⁹'de 2001'de başlamıştır. Birkaç başka bölge ve kente sonra eklenmiştir. (Ombrie, Cenova, Venedik). 35000'den fazla olguyu kapsar. Kansere yakalanmış kişilerin çalıştığı işletmelerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma koşullarının tanımlanması da olası olmuştur. Böylesi ayrıntılı analizin korunma yönünde katkısı büyüktür. 35-69 yaş arası bütün kanser olguları hastaneler tarafından bildirilir. Meslek yaşamları konusunda ayrıntılı bilgiye ulaşmak güç olacağı için daha yaşlı olanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Daha sonra istatistiksel yöntem, işletmedeki ya da sektördeki kanser sıklığı ile aynı bölgedeki genel toplumdaki kanser sıklığını karşılaştırma olanağı sunmuştur. OCCAM, aynı zamanda, kanser ile iş arasında, yorumlanacak hipotezler oluşturacak şekilde bilimsel literatürün analizini de yapmıştır. Bu veri tabanı 900 den fazla makalenin bir sentezini sunar. Kanserlerin mesleki kaynağına yönelik hem halk sağlığı kurumları hem sendikalar tarafından etkin bir şekilde araştırılmasını aktive etmektedir. Örneğin, eğer kuru temizleme veri tabanına bakılırsa, ondan fazla kanser lokalizasyonu ile ilgili 25 referans bulunur.

GISCOP 93 Projesi 2001'de Paris bölgesinde, la Seine-Saint-Denis³⁰, endüstriyel bölümdeki özgün bir metodolojiyi takiben ortaya çıktı. Üç hastane ve bir üniversite ekibi arasındaki işbirliği ile gerçekleştirildi. Hem sendikal örgütlerin hem yerel yönetimin büyük desteğini aldı. Bir anketör ekibi ile birlikte kanser hastaları mesleki yaşamlarını dökümünü yaptılar. Bu karsinojen ajanla-

²⁸Pukkala E et al., Occupation and cancer – follow-up of 15 million people in five Nordic countries, Acta Oncologica, 2009, vol. 48, pp. 646-790.

²⁹Crosignani P et al., La ricerca attiva dei tumori di origine professionale, Epidemiologia e Prevenzione, vol. 33, suppl. 2, 2009.

³⁰Leconte B, Thébaud-Mony A, Mémoire du travail et des expositions professionnelles aux cancérogènes. Enquête en Seine-Saint-Denis (France), Pistes, vol. 12, n°3, novembre 2010.

ra olası maruziyeti de ortaya koydu. 1043'ün üzerinde mesleksel yaşamı aşama aşama çözümlenmiş olan kanser hastasının, 873'ü yaşamlarının en az bir döneminde işleri sırasında bir karsinojen ajana maruz kalmıştır. Mesleksel maruziyet, erkeklerin %88'inde ve kadınların %63'ünde tanımlanmıştır. Mesleksel maruziyet tanımlanmış olan kadınların sadece dörtte biri, erkeklerin ise %60'ı hastalığın mesleksel orijinine yönelik tıbbi bir belge alabilmiştir. GISCOP maruziyet koşullarının derinlemesine analizini sağlamış ve korunmanın gerçek durumu konusunda eleştirel sonuçlara varmıştır. Kritik alanlar olarak çoklu maruziyete götüren ve etkili korunma önlemlerine ulaşımı engelleyen taşeronluk, güvencesiz çalışmayı belirlemiştir. GISCOP iş yaşamının karanlık alanlarına girmiş ve sömürü, hakların inkar edildiği, karı maksimize etmek için sağlığın tehlikeye atıldığı sayısız öyküyü ortaya çıkarmıştır.

Okuma önerileri

- Boix, P., Vogel, L., *L'évaluation des risques. Guide pour une intervention syndicale*, Bruxelles, BTS, 1999, 74 p.
- Gee, G., Jones, D., Fox, J., *Cancer and work : making sense of worker's experience*, City University Statistical Laboratory – General and Municipal Workers Union, Londres, 1982.
- *La prévention du cancer. Une campagne des travailleurs et des travailleuses*, Congrès du Travail du Canada.
- *La prévention du cancer. Guide pratique pour la campagne des travailleurs et des travailleuses*, Congrès du Travail du Canada.

CTC dokümanları <http://hesa.etui-rehs.org/fr/newsevents/newsfiche.asp?pk=552> dan indirilebilir

6. Mesleksel Kanserlerin Düşük Tahmin ve Bildirimi

İkinci Paylaşım Savaşını izleyen yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda endüstride geniş ölçekte kullanılan aromatik aminler, asbest, benzen, vinil klorür, ahşap toz ve benzeri maddelerin kansere yol açtığı gösterilmiştir. Giderek artan ilgi nedeniyle çalışmalar kanser olgularının yüzde kaçının maruz kalma ile bağlantılı olduğunu belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yüzde savaşları

Bu konuda temel niteliği taşıyan ilk büyük ölçekli çalışma, ABD’de iki İngiliz epidemiyolog Richard Doll ve Julian Peto tarafından yapılmış ve bulguları 1981 yılında ABD Kongresi’ne sunulmuştur. Doll ve Peto tüm kanserlerin % 4’ünün (erkeklerde% 8, kadınlarda% 1), işle ilgili olarak kabul edilebileceğini savundu.

Bu % 4’lük oran, kanserojenlere maruz işçilerin sayısı ile kıyaslandığında düşük gözükmemektedir ve genellikle kanserlerin oluşumunda mesleki nedenlerin etkisini aşağı çekmek için kullanılmıştır. 1998 yılında, Illinois Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu’ndan Profesör Samuel Epstein, Doll ve Peto mesleksel kanserlerin tahminlerindeki bir dizi kusura dikkat çekti. Çalışma ortamında giderek kanserojenlerin kullanımı artıran, kanserin multifaktöryel doğasını ve kanserojenler arasındaki sinerjik etkiyi göz ardı eden, hatayı belirledi.

Richard Doll ve çok uluslu kimya endüstrisi Monsanto, ICI ve Dow³¹ arasındaki finansal bağlantılar bulunduğu ilişkin kanıtlar sunan, American Journal of Industrial Medicine dergisinin Kasım 2006 sayısında yayınlanan makalenin ışığında, cinsiyete ve kanser tipine göre değişen mesleğe atfedilen kanser riskinin %4’ün üstünde olduğu ilişkin akla uygun sorular ortaya atmıştır.

Doll ve Peto, mesleksel kanserleri; erkeklerde sinüs kanserleri açısından % 25, akciğer kanserleri açısından % 15, mesane kanserleri ve lösemiler açısından% 10 daha düşük, kadınlarda ise benzer kanser tipleri için erkeklere oranla % 5 daha düşük oranda tahmin etmişlerdir.

2001’de, Finlandiyalı bir ekip tarafından yayınlanan kanser mortalite verileri Doll ve Peto’nun verdiği rakamların çok üstünde çıkmıştır. Finlandiya’lı araştırmacılar için, kanserler içinde mes-

³¹Hardell, L., et al., Secret ties to industry and conflicting interests in cancer research, American Journal of Industrial Medicine, 13 November 2006.

leksel kanserlerin oranı %8'e (erkeklerde %14, kadınlarda %2) ulaşmaktadır. Erkeklerde akciğer kanserlerinin %29'u, lösemilerin %18'i, mesane kanserlerinin %14'ü ve pankreas kanserlerinin %12'si mesleki nedene bağlanabilmektedir³².

Yüzdelerin ardında, Doll ve Peto'nun ya da Finlandiya çalışmasının iki katına çıkabilen bir çalışan sayısı yatmaktadır. Buna göre, Birleşik Krallık'ta, mesleki kanserlerden yıllık ölüm sayısı 6000 ve 12000 arasında, işe bağlı yeni kanser sayısı da 12000 ve 24000³³ arasında değişmektedir. İspanya içinse, yıllık ölüm sayısı 4000 ila 8000 arasında, işe bağlı yeni kanser sayısı da 6500 ila 13000³⁴ arasında değişmektedir.

Sayılarıdaki belirsizlik rahatsız edici olabilir. Mesleki etmenlere atfedilebilecek hastalık sayı ve oranlarını niceliksel olarak değerlendirmeye yarayacak bilgi eksikliği çok umut kırıcı gelebilir. Bütün bunlar, etkili korunma politikalarının önceliklerini belirlenmesini ve uygulamayı zorlaştırarak, sosyal güvenlik açısından meslek hastalıklarının göz ardı edilmesine neden olabilir.

Meslek kaynaklı hastalıkların çoğunun tıbbi olarak diğer etmenlere bağlı olanlardan farklılık göstermemesi, işe bağlı kanserlerin "sosyal görünürlüğüne" büyük bir engeldir. Kanserler toksik maddelere maruz kaldıktan uzun zaman sonra ortaya çıkmaktadır. Dikkatin daha çok peritoneal ya da plevral mezotelioma ya da karaciğer anjiosarkomu üzerine odaklanması, bu tümörlerin genel popülasyonda, asbest ve vinil klorür gibi karsinojenlerle çalışanlardan çok daha az görülmesinden kaynaklanmaktadır. Mesane ve akciğer kanserleri toplumda daha sık görülmekte ve aynı zamanda tütünden de kaynaklanmaktadır. Tütün zaten bu konuda yeterince yüke sahiptir.

Böylece, 1987'de, araştırmacılar özellikle erkeklerde akciğer kanseri ile ilgilenmeye başladılar. O dönemin yayınlarında, mesleğe atfedilebilen akciğer kanser oranının endüstriyel sektörlere göre %2,4 ila %40 arasında değiştiğini belirlemişlerdir³⁵. Aynı zamanda tütünün karıştırıcı faktör olmadığı, yani meslek ile hastalık arasındaki ilişkiyi değiştirmediği sonucuna varmışlardır. O zamandan bu yana, akciğerler için karsinojen olarak bilinen maddelerin listesi sürekli uzamaktadır: iyonizan radyasyon, kromik asit, HPA, arsenik, asbest, nikel, demir ve oksitleri, kobalt, tungsten karbürü, bisklorometieter, vb. Acaba kansere yakalanan hastaları iş yaşamaları boyunca soludukları ya da kullandıkları maddeler konusunda sorguluyor muyuz ?

³²Nurminen, M., Karjalainen, A., Epidemiologic estimate of the proportion of facilities related to occupational factors in Finland, Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2001, 27(3), p. 161-213.

³³ Health and safety executive. Statistics. Voir : www.hse.gov.uk/statistics/index.htm

³⁴Kogevinas, M., et al., Cancer laboral en Espana, Instituto sindical de trabajo ambiente y salud, novembre 2005, 40 p.

³⁵Simonato, et al., Estimates of the proportion of lung cancer attributable to occupational exposure, Carcinogenesis, 1987, 9(7).

^{35a}Imbernon, E., Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France, Institut de veille sanitaire, département Santé et travail, mars 2003.

Ya kadınlar ?

Kadınlar erkeklere göre kanserden daha az ölüyorlar. 2003'te, Avrupa'da, erkeklerde kanserden standardize ölüm oranı 100 000 de 255 iken, kadınlarda 100 000 de 143 tür. Amerika'da yapılan bir çalışmada, 1971 ile 1990 arasındaki meslekiel kanserlerle ilgili tüm makaleler taranmış, sadece %35'inin kadınları kapsadığı ve bunların beyaz kadınlar olduğu bulunmuştur. 2000'de, Inserm'in çalışması 1997'de çalışma yaşamına ilişkin yayınlanmış tüm çalışmaları toplamıştır: sadece %7'si kadınlara, %31'i erkeklere ait iken; %51'i her iki cinsiyete yöneliktir, ancak kansere yol açan biyolojik mekanizmalar cinsiyete göre farklılık göstermesine rağmen bu çalışmalarda hiç cinsiyete göre ayırım yapılmamıştır.

Bu durumu açıklamak için öne sürülenler erkeklerin işleri sırasında kadınlara göre daha ağır risklere ve daha fazla karsinojenlere maruz kalmaları ve onların daha sıklıkla büyük işletmelerde (metalürji, kimya) çalıştıkları, bu durumda epidemiyolojik çalışmaları kolaylaştırdığıdır. Bu açıklamaların hiçbirisi tatmin edici değildir. Cinsiyet ayrımcılığı nedeniyle erkeklerin kanser riski yüksek olan bazı aktivitelerde yoğunlaşmaları, kadınların korunduğunu göstermez. Sıklıkla, kadınlarla, binaların temizliği, bitirme ya da birleştirme işlemleri, paketleme, işleme vb gibi hiçbir veriye sahip olmadığımız « periferik » aktivitelerde karşılaşılıyor. Bunun yanı sıra, ücretli işlerde karşılaşılan karsinojen madde düzeyi (temel üretimdeki maruziyet ile temizlik malzemelerinin kullanımına bağlı maruziyeti karşılaştırma açısından) ile ağırlıklı kadınlar tarafından gerçekleştirilen ücretlendirilmeyen ev işi düzeyini gözönünde bulundurmak gerekmektedir.

Yine de kadınlarda en sık karşılaşılan meme kanserinin (erkeklerde akciğer kanserinden daha sık görülen) mağdurlarında meslekiel bağlantının ya da kullandıkları ürünlerle ilişkisinin araştırma konusu olmaması ilginçtir. Buna karşın, kadın işçilerin, 35 yaşındaki beklenen yaşam süresi kadrolu kadınlara göre üç yıl daha düşüktür ; 35-80 yaş arası, kadın işçilerin ölüm oranı kadrolularından %40 daha yüksektir. Fransa'da, kadınların çoğunlukta olduğu ev ve bireysel bakım hizmet sektöründe, çalışanların %28'i formol ve klorlu solventler gibi karsinojenlere maruz kalmaktadır. Buna rağmen, bu maddeler meslek hastalığı mevzuatında yer almamaktadır. Meslek hastalığı bildirimini bu açıdan hiçbir zaman sonuçlanma şansına sahip değildir. Bu da kadınlardaki meslekiel kanserlerin görünür kılınmasını daha da zorlaştırmaktadır !

2011'de, 1200'den fazla meme kanserini ele alan bir Fransa çalışması yayınlanmıştır. Bazı mesleklerin daha yüksek risk taşıdığını ortaya koymuşlardır. Bu meslekler tekstil, konfeksiyon, kauçuk, plastik işçilerini ve hemşireliği kapsamaktadır.

Daha fazla okuma için

- VOGEL, L., *La santé des femmes au travail en Europe. Des inégalités non reconnues*, Bruxelles, BTS, 2003, 389 p.
- Niedhammer, I., et al., How is sex considered in recent epidemiological publication on occupational risks?, *Occupational and Environmental Medicine*, 2000 ; 57, p. 21-527.
- Villeneuve, S. et al., Breast cancer risk by occupation and industry: analysis of the CECILE study, a population-based-case-control study in France, *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 54, n° 7, pp. 499-509.

Genel olarak düşük bildirim

Dikkate alınan yüzdeler ne olursa olsun, tazmin edilen mesleki kanser sayısı en düşük tahminlerin bile altında seyretmektedir. Avrupa ülkelerinin tümünde, tazminatların buzdüğünün sadece görünen yüzünü oluşturduğu düşünülmektedir.

Mevcut veriler, Batı Avrupa ülkelerinde, mesleki kanserlerin %10'unun, hatta daha azının, onaylandığı ve tazmin edildiğini göstermektedir. İspanya'da bu rakam %1'in altındadır. Fransa'da, 1999'da, tahminen 10 000 mesleki kanserden 869'u, yani %8.7'si tazmin edilmiştir. Daha kötüsü, bazı ülkelerin meslek kökenli kansere ilişkin hiçbir veriye sahip olmamasıdır.

Almanya'da daha iyi tanımlama

Almanya mesleki kanserlerin en yüksek oranda tanımlandığı AB ülkeleri arasında yer almaktadır, ayrıca 1978'den bu yana tahmin edilen meslek kanserlerine göre tazmin edilen mesleki kanserler yüzdeleri ayrıntılı olarak kaydedilmektedir. 1978 den 2003'e kadarki dönemde bu değer %7.3'dür. 1978'de, yaklaşık 13 214 olgudan 93'ü mesleki kanser olarak tazmin edilmiştir. Bu oran sadece %0.7'dir. 1988'de bu oran %6.2 ve 1998'de %10.1'e çıkmıştır. 2003'de, tahmini 15 758 mesleki kanser olgusundan 2058'i mesleki hastalık olarak kabul edilmiştir, oran %13.1'dir. 1978 ve 2003 arasında tanımlanan 25 729 olgunun 18 487'si (%71.8) asbestozun neden olduğu bronkopulmoner kanser ve mezotelyoma iken, 3531 (%13.7) olgu iyonizan radyasyona bağlı kanser, 1211 kanser (%4.7) ise aromatik aminlere bağlı kanserdir.

Kaynak: *Dokumentation des Berufskrankheiten-Geschehens in Deutschland. Beruflich verursachte Krebserkrankungen*, HVBG, July 2005, 72 p.

Asbestoz kanserleri – mezoteliyoma gibi – Avrupa Birliği'nde tazmin edilen kanserlerin %75'ini oluşturmaktadır. Ancak bildirilen olgular hiçbir yerde asbestoz kanserlerinin gerçek sıklığını yansıtmamaktadır. Bir Fransız araştırması asbestozla bağlı iki mezotelyomadan birinin, altı akciğer kanserinden birinin ancak tanımlandığını ortaya koymuştur. Danimarka mesleki kanserlerin en çok yüksek oranda bildirildiği ülkelerden biridir. Fakat, 1990'da, bildirilen plevral mezotelyoma ile etmoid ve sinus adenokarsinoma – bu iki kanser sırasıyla asbestoz ve odun tozuna mesleki maruziyetle ilişkilidir - olgularının analiz edildiği bir çalışmada eksik bildirim oranının yaklaşık %50 olduğu tahmin edilmektedir. Bildirilmeyen hasta kayıtları ayrıntılı olarak incelendiğinde, pek çok olguda, mesleki maruziyetle ilgili bilgilerin çok kısıtlı olarak alındığı saptanmıştır. Öneriler çalışmanın ardından yapılmıştır. 2000 yılında yapılan yeni bir değerlendirmede, Danimarka kanser kayıt sistemi kayıtları, ulusal endüstriyel kaza kurumunun kayıtlarıyla karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmada kanser kayıt sisteminde 49 etmoid karsinoma olgusu ve 73 plevral mezotelyoma kaydı varken, ulusal endüstriyel kazalar kurumu sadece etmoid kanserlerin 11'ini, mezotelyomaların 48'ini mesleki hastalık olarak tanımlamıştır. Bildirilen mesleki hastalık oranlarının artması için yeni ölçütlerin geliştirilmesi gerekmektedir.

Açıklama Girişimleri

Bildirimlerin önündeki engellerden biri işle ilgili olarak tanımlanan kanserlerin sayısının sınırlı olması ve bunların nedenlerinin kimyasallar olmasıdır. Çoğu Avrupa ülkesi mesleki kanserlerdeki tazminat hakkı için bir programa sahiptir. Bu programların karşılaştırılması bir tutarlılık ölçütü gösterir. Kemik kanseri ve bronkopulmoner lösemi ve kanserler gibi deri kanserlerinde de evrensel olarak kimyasal maddeler- kromyum, asbestoz ve nikel- etken olarak kabul edilir. Beyin kanserleri sadece Fransız programında yer alır. Mesane ve karaciğer kanseri de bir kimyasalla bağlantılı olarak tanımlanma eğilimindedir: eskiden aromatikamin olarak bilinen, daha sonra vinil klorit olarak adlandırılan kimyasal.

Tek bir etmen sıklıkla sadece bir tür kanserden sorumlu madde olarak tanımlanır. Vinil klorit, örneğin, karaciğer anjiyosarkomundan sorumlu olarak tanımlanır ancak tıbbi literatürde diğer karaciğer tümörleri ve diğer tümörlerle ilişkilendirilmez. Program sistemlerinin yanısıra "ek" ya da "açık" sistem olarak tanımlanan bir uygulama daha vardır, ancak bu uygulama mesleki kanserlerin tanımlamaları için tatamıyla marjinal bir yoldur. İLO bu ülkelerde en iyi mesleki hastalığı bildirim ve tazminat sistemi olduğunu ve bu hastalıklar için en iyi korunmanın sağladığını düşünmektedir. İLO meslek hastalıkları ile ilgili yeni bir programı 3 Haziran 2002'de onaylamıştır: bu liste 14 madde, madde grubu ya da fiziksel ajanı mesleki kanser nedeni olarak tanımlamıştır. İLO programının

hiçbir bağlayıcı özelliği yoktur, sadece üye ülkeler için tavsiye niteliğindedir. Aynı şekilde 19 Eylül 2003 Avrupa Komisyonu önerileri gibi, Ek1 Mesleki Hastalıklarda Avrupa Programını, Ek II mesleki kökenli olduğu şüphesi olan hastalıkların listesini içerir. ETUC bu listelerin içeriklerini dikkate alır, örneğin AB'nin ek listesinde olan asbeste bağlı larinks kanseri, pek çok AB ülkesinde mesleki hastalık olarak zaten tanımlanmaktadır.

Yasal etmenler dışında, diğer faktörler, sosyal ve medikal de dahil, mesleksel kanserlerin olanın altında kalmasında etkili olmaktadır. Mesleksel astma kurbanlarına ilişkin iki Fransa çalışması, mesleksel hastalıkların tahmin edilenin altında bildirilmesinin önemli nedenlerinden birinin mağdurların hastalıklarını bildirmenin istihdamları üzerinde yaratacağı etki ve getireceği maddi ceza yükü nedeniyle bildirmekten kaçınmaları olduğunu göstermiştir³⁶. Bir diğer çalışma, bir üniversite hastanesinde bile, karsinogen etkinin bilinmesine rağmen kanserler meslek hastalığı olarak bildirilmediğini saptamıştır. Nedenlerin analizinde, tıbbi otoritenin patolojilerin mesleksel kökeni ve tedavi eden hekimin meslek hastalığı tanı süreci konusunda bilgisizliği ya da ücretliyi yanlış bilgilendirmesi yönündeki zayıflığı madalyonun öbür yüzü olarak ortaya çıkmıştır.

Sosyolog, Annie Thébaud-Mony hekimlerin mesleksel kanserler konusunda karşılaştıkları zorlukların altını çizmektedir³⁷. Bir ya da daha fazla karsinogene maruziyeti tanımlamak, bunun için meslek geçmişini çizmek, kişinin iş etkinliklerinin öyküsünü çıkarmak zorundadır. Sıklıkla, hastalar maruz kaldıkları maddeleri, tozları bilmemektedir. Bir karsinogene maruz kalma ile kanserin ortaya çıkışı arasında 10 ila 40 yıl geçebilmektedir. Fakat, özellikle, baskın olan kanserin riskli davranışlar sonucu geliştiği düşüncesi ni yıkmaları gerekli diye belirtmektedir.

Çok sayıda ülkede, çalışma koşullarının ve çalışanların izlenmesi uzun süredir yapılmaktadır. Güvenlik hizmetleri atölyelerde ortam ölçümleri, işyeri hekimliği toksik maddelere maruz kalanların kan ve idrar analizlerini yapmaktadır. İşyeri hekiminin rolü mesleksel kanserlerin tanınmasında önemli olabilir fakat işyeri hekimi bilgilendirme zincirinde yer almamaktadır.

İşyeri hekiminin mesleksel kanserler konusundaki etkisi belirsizdir. Sıklıkla, işveren karşısında bağımsız davranamaması risklerin önlenmesi konusundaki girişimini zorlaştırmaktadır. Bu özellikle, bazı örneklerde görüldüğü gibi, koruma endüstriyel ve büyük ekonomik kazanımlarla rekabete girdiğinde karşımıza çıkmaktadır.

³⁶Enquête sur la sous-déclaration des maladies professionnelles en Europe, Eurogip, décembre 2002, 28 p.

³⁷Thébaud-Mony, A., op. cit.

Okuma Önerileri

- Brugère, J., Naud, C., La reconnaissance des cancers professionnels en Europe, *Newsletter du BTS*, juin 2003, n° 21, p. 42-43.
- Evans, G., McElvenny, D., Burden of occupational cancer in Great Britain. Summary report of workshop held on the 22 and 23 november 2004 in Manchester, Health and Safety laboratory, 42 p.
- Kogevinas, M., *et al.*, *Cancer laboral en Espana*, Instituto sindical de trabajo ambiente y salud, novembre 2005, 40 p.
- *Etat des lieux sur les cancers professionnels en Europe*, EUROGIP, décembre 2002.
- *Enquête sur la sous-déclaration des maladies professionnelles en Europe*, EUROGIP, décembre 2002.

7. Ekonomik Mantık ve Endüstrinin İşçiler Açısından Ölümcül Olan Düşünme Tarzı

Üreticiler fabrikalarında çalışan işçilerin işle ilişkili kanserler nedeniyle öldüğünün bilinmesini istemezler. İşçileri korumaya yönelik girişimlerinin ya da zararlı bir maddeyi daha az zararlı olan bir başka madde ile değiştirmelerinin nedeni genellikle yasaların zorlayıcı etkisidir. Aslında pek çok üretici zararlı bir maddeye uygulanan yasağı yaşama geçirmeyi ya da işçilerin sağlığını korusa bile pahalı gördüğü önlemleri uygulamayı geciktirmeye çalışır. Asbest endüstrisi bu düşünce tarzının çarpıcı örneklerini oldukça sık sergilemektedir.

“Kontrollü asbest kullanımı”

Epidemiyolojik araştırmaların sunduğu kanıtların giderek artan tehdidi ile karşı karşıya olan asbest endüstrisi bu karlı işin geleceğini korumak için bir savaşa girişmekte hiç gecikmedi. Dr. Irving Selikoff 1964 yılında New York Bilimler Akademisi Kongresi’nde asbest yalıtım işçileri arasında çok sayıda akciğer kanseri ve mezotelyoma olgusuna rastlandığını bildirdi³⁸. ABD’de ve pek çok Avrupa ülkesinde yer alan Uluslararası Asbest Birliği (Asbestos International Association; AIA) tarafından da desteklenen asbest lobileri en kısa zamanda bir karşı saldırıya geçti. Birlik üyeleri arasında Johns-Manville, Turner and Newall, Cape Asbestos ve Eternit gibi firmalar yer alıyordu.

Altmışlı yılların sonlarında asbest endüstrisi “kontrollü asbest kullanımı” iddiasına dayanarak kendisine bu materyali kullanmaya devam edebilme olanağı sağlayan başarılı bir strateji geliştirdi. Fransız Asbest Endüstri Ticareti Birliği 1976’da gazetelere tam sayfa reklamlar vererek okuyuculara asbest hakkındaki tuhaf iddialara kulak asmamalarını söylüyor ve kendilerini farkında bile olmadan her gün yararlandıkları asbest ile yaşamayı öğrenmeye davet ediyordu³⁹.

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı 1977’de kanser riskinde artışa yol açmayan bir asbest etkilenim düzeyi belirlemenin

³⁸ In 1982, Irving Selikoff produced new findings that the reported deaths in the group of insulation workers included 45% from cancers, 20% from lung cancer alone and 10% from mesothelioma. See: Selikoff, I., *Revue générale des maladies liées à l’amiante*, in *Proceedings of the World Symposium on Asbestos* held on May 25, 26 and 27, 1982 in Montreal, Canadian Asbestos Information Centre, 585 p.

³⁹ About asbestos, advert published in the *Le Monde* daily newspaper, 17 November 1978, p. 8.

mümkün olmadığını açıkladı. IARC tüm asbest tiplerini karsinojen olarak sınıflandıyordu. Fransa aynı yıl, Birleşik Krallık'tan 45 yıl daha sonra, ilk kez asbest maruziyeti ile ilgili sınır değerler belirlendi. Fakat bu sınır değerlere de çok büyük oranda uyulmuyordu. Örneğin gemilerde maruziyet düzeyi yasal düzeyin yüz hatta bin katına kadar çıkabiliyordu.

Fransız senatosunun 20 Ekim 1995 tarihli raporunda Senatörün asbest lobisi tarafından paralyze edildiği yorumu yapılmıştır. 1982'de iş dünyasının liderlerinden, doktorlardan, bilim insanlarından, sendikacılardan ve Çalışma ve Sağlık Bakanlığı memurlarından oluşan, resmi nitelik taşımayan bir daimi komisyon kuruldu. Komisyon, asbest endüstrisi açısından gerçekten etkin bir araçtı. Fransız Senatosu'nun raporuna göre bu komisyon (CPA) "bilimsel belirsizliklerle, ki bunlar da aslında zamanla azalmıştır, oynayarak asbest maruziyetinin risklerinin önemine şüphe ile bakılmasını başarmış ve böylece Fransa'da asbest kullanımı yasağının konulmasını mümkün olan en uzun süre boyunca geciktirmiştir⁴⁰.

Örtbas etmek

1960'ların ortalarında Belçikalı iş yeri hekimleri vinil kloridi, polivinil kloride polimerize etmek için kullanılan otoklavların temizliğinde çalışan işçilerde görülen yeni bir hastalık bildirdi⁴¹. Bu hastalık –akro osteolizis- parmak uçlarındaki kemiklerin yıkımına yol açıyordu. Bu yeni buluş kimya endüstrisini telaşlandırdı. Aynı yıllarda ABD'de kimyasalların giderek artan kullanımından kaynaklanan risklerin farkına varılmaya başlanmıştı. Şüpheler daha önce zararsız görülen ve yüzlerce tüketici ürününün üretiminde kullanılan PVC üzerinde yoğunlaşıyordu. Bu nedenle üreticiler ürünlerinin adının lekelenmesinden büyük endişe duydular.

Michigan Üniversitesi dünya çapındaki büyük kimya devlerinin himayesinde bir epidemiyolojik araştırma yürüttü. Bulgular hastalığın sadece parmakları değil, bağ dokusunu da etkilediğini gösteriyordu. Araştırmacılar işçilerin kabul edilen limit düzeyi olan 500 ppm'in epeyce üzerinde bir düzeye maruz kaldığını gösterdiler ve çalışan güvenliği açısından bu düzeyin onda birine düşürülmesini önerdiler. Endüstri bu önerilere karşı çıktı ve bunun sonucunda 1971'de yayınlanan çalışmada eşik sınır değerlerden hiç bahsedilmediği gibi vinil kloridin hastalığın nedeni olup olmadığı sorusu da yanıtız bırakıldı.

Kısa bir süre sonra kimya endüstrisi başka kötü haberler daha aldı. Avrupa'da İtalyan araştırmacı Pier-Luigi Viola tarafından yapılan hayvan çalışmaları vinil kloridin yüksek dozlarda karsinojen olduğunu gösteriyordu. Bu yeni haber vinil klorid üreticileri arasında büyük bir kaygıya neden oldu. Çünkü ABD'de 1958'den bu yana karsinojen olan veya olduğundan şüphelenilen hiç bir maddenin gıdalarda bulunmasına izin verilmiyordu ve PVC pek

⁴⁰Le drame de l'amianté en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir, Report by the French Senate, 26 October 2005, volume I, p. 79.

⁴¹An autoclave is a thick-walled, hermetically-sealed pressurized vessel used either for producing industrial reactions, or steam-cooking or -sterilizing.

çok gıda ürününün paketlenmesinde kullanılıyordu. Buna rağmen, kimya endüstrisi maruziyet düzeylerini düşürmeye hiç niyetli görünmüyor, vinil kloridin sadece çok yüksek dozlarda tehlikeli olduğunu savunuyordu.

Viola'nın çalışması kimya endüstrisi lobisine ağır bir darbe vurmuştu. Bu çalışmanın etkisini bertaraf etmek isteyen Avrupa kimya endüstrisi bu kez bir başka italyan araştırmacıyı, Cesare Maltoni'yi görevlendirdi. Maltoni'nin 1972'de yayınladığı ilk bulgulara göre vinil klorid çok düşük dozlarda bile hayvanlarda kansere yol açıyordu. Avrupalı üreticiler Amerikalı meslektaşlarından bu bulguları hasır altı etmelerini istediler.

Bir italyan gazetesine Viola'nın eski çalışma arkadaşlarından birinin Avrupalı işçilerde görülen ve vinil kloride bağlı olduğu düşünülen kanserlerden bahsetmesiyle sessizlik bozuldu. Endüstri artık bu gerçeği daha uzun süre saklayamayacak durumdaydı. Ocak 1974'de Louisville'de (Kentucky) Goodrich fabrikasında dört işçinin çok ender görülen bir kanser tipi olan karaciğer anjiyosarkomu nedeniyle yaşamlarını kaybettiği haberi basına sızdı. Bu, Maltoni'nin sıçanlarla yaptığı çalışmada bildirilen kanser ile aynı tipteydi. Daha sonra tüm üretim alanlarında olgular saptandı. Vinil kloridin sınır eşik değerleri ABD'de 1 ppm'in altına düşürüldü. Buna rağmen, vinil klorid tüm dünya üzerinde arkasında yüzlerce karaciğer anjiyosarkom kurbanı bıraktı. Daha sonra yapılan çalışmalar vinil kloridin bronş, beyin ve kan hücreleri (lösemi) gibi başka kanserlerle de ilişkili olduğunu gösterdi.

İşçi sağlığına zararlı bir vitamin desteği

Adisseo adlı üretici firma 2 şubat 2007'de dokuz çalışanınin böbrek kanseri olmasında "büyük ihmali" bulunduğu suçlamasıyla Fransız mahkemesinin karşısına çıktı. Adisseo tavuk çiftlikleri için vitamin üretti. Şirket 1982'de kendisinin sentezlediği yeni moleküllerden A vitamini üreten bir fabrika açmıştı. Fabrikada veya atıklarının döküldüğü yerde çalışanlar arasında görülen 25 böbrek kanseri ve iki böbrek tümörü olgusunun nedeni büyük olasılıkla bu yeni moleküllerden biri olan Chloracetal C5'e bağlıydı. Fabrika kurulduğunda şirket yönetimi C5'in sağlığa zararlı olmadığını iddia etmiş, daha sonra da iş sağlığı ve güvenliği komitesinin çalışan temsilcilerinin toksikolojik çalışmalar gerçekleştirilmesi talebini red etmişti. 1990'da yeni gelen yönetim ekibi sonunda C5'in bir mutajen olduğunu kabul etmişti. İlk böbrek kanseri olgusu 1994'de saptandı, fakat yönetim iş yeri hekimi biriminin ve iş sağlığı ve güvenliği komitesinin C5'i başka bir madde ile değiştirme talebine olumlu yanıt vermedi. İşçilerin alınmasını istediği önlemler artık çok geç kalmıştı. Yönetim, bugün bile halen bu olgularından C5'in sorumlu olduğuna dair hiç bir kanıt bulunmadığını savunmakta ve aslında şirket 1982'den önce bu madde olmaksızın üretim yapabildiği halde C5'in başka bir madde

ile değiştirilemeyeceğini öne sürmektedir. Yasal bir ilke olarak kabul edilen büyük ihmâl varlığı Fransa'da çok sayıda asbest kurbanının dava açarak tazminat almasını sağlamıştır. Adisseo çalışanlarının avukatları durumu şu sözleri ile açıklamıştır; "Kimyasal risk konusu ilk kez bu şekilde ele alınmaktadır. Yönetim 1980'lerden bu yana iş sağlığı ve güvenliği komitesi tarafından uyarılmasına rağmen konuya sadece kendi bildiğini doğru kabul eden bir tavır ile yaklaşmıştır. Kimyasallar ile ilgili kaygılar ortaya çıktığında ise çalışanlar toplum sağlığının bekçi köpeği haline gelmiştir: en ön sırada onlar vardır. Onların arkasından da biz geliyoruz."

Daha zorlayıcı standartların uygulanmasını geciktirmek

Benzen, maruziyet standartlarının bazı gruplar açısından sadece karlılık ile ilgili bir terim, bazıları açısından ise yaşamını yitirmek anlamına geldiğini gösteren önemli bir örnektir. Benzen kömür fırınlarında gaz ve katrandan elde edilen bir yan üründür. Aromatik hidrokarbondur. Çalışanların karşılaşılabileceği en tehlikeli ürün olarak değerlendirilen bir çözücüdür. Benzen kemik iliği de dahil olmak üzere özellikle kan hücrelerine ve bu hücreleri üreten organlara toksik etki gösterir. Zararın düzeyi işçinin maruz kaldığı doza bağlıdır. Çok düşük dozda da olsa uzun erimli sürekli maruziyet lösemiye neden olabilir. Avrupa Karsinojenler Direktifleri 1 ppm'i bağlayıcı bir mesleki maruziyet düzeyi olarak kabul etmektedir. Ama bu standartın hazırlanma süreci çok uzun bir süredir halen tamamlanamamıştır.

Her ne kadar kan hücrelerinin benzen nedeniyle gördüğü zararını yansıtan ilk raporlar 19. yüzyılın başlarında bildirilmiş olsa da bu maddenin kullanımı 1910'dan sonra lastik, mürekkep, yapıştırıcı ve boya endüstrisinde oldukça yaygınlaşmıştır. Bu ticari başarıya yıllar sonra "benzen zehirlenmesi" olarak adlandırılacak olan olguların sayısındaki artış eşlik etmiştir. Bazı kurbanlar çalışmaya başladıktan çok kısa bir süre sonra kendilerini çok hasta hissetmiş ve bir kaç ay içinde ölmüştür. Zehirlenmenin sadece 200 ppm'in üzerindeki benzen düzeylerinde gerçekleştiğini düşünülüyordu. Fakat benzen kullanılan 12 fabrikada 1926 yılında yapılan bir araştırma, çalışanların % 44'ünün beyaz kan hücreleri düzeyinin anormal olduğunu ve bu yüksek oranın 100 ppm'in üzerindeki maruziyette gözleendiğini ortaya kondu. Benzen ve lösemi arasındaki ilişki iki yıl sonra tanımlanabilmişti⁴².

Bin dokuz yüz otuzlu yılların sonlarına doğru tüm dünyada benzen zehirlenmesi olgularına bir hayli sık rastlanmaya başladı. Bazı araştırmacılar benzenin bir başka çözücü ile değiştirilmesi gerektiğini açıkladılar. 1939'da yapılan bir çalışmada değerlendirilen 89 benzen zehirlenmesi ve üç lösemi olgusundan ikisinin sorunun 25 ppm'in altındaki bir düzeye maruz kalmalarının ardından geliş-

⁴²Late lessons from early warnings: the precautionary principle 1896-2000, European Environment Agency, Environmental issue report No. 22, Luxembourg, 2001, 211 p.

tiği saptandı. Amerikan Endüstriyel Hijyen Birliği 1940'ın sonlarından itibaren maruziyet sınırlarını sürekli olarak düşürerek yayınladı, başlangıçta 100 ppm olan değer önce 50 ppm'e, ardından 35 ppm'e ve 1957'de 25 ppm'e düştü. Fakat pek çok ülkede işçiler 100 hatta binlerce ppm benzen maruz kalmaya devam etti. Bin dokuz yüz altmışlarda benzen bazlı yapıştırıcıların kullanıldığı İtalyan ve Türk ayakkabı endüstrisinde lösemi başta olmak üzere benzenle ilişkili hastalıklara işaret eden pek çok çalışma yayınlandı.

1977 yılında gerçekleştirilen ilk geniş çaplı epidemiyolojik çalışmada bir plastik paketleme fabrikasında 10 ve 100 ppm arasında değişen düzeylerde benzen maruz kalan işçilerde lösemi gelişme olasılığının beş ila on kat arttığı gösterilmesiyle birlikte izin verilen konsantrasyon düzeyi 10 ppm'in altına düşürüldü. ABD İş Güvenliği ve Sağlığı Yönetimi (US Occupational Safety & Health Administration; OSHA) daha sonra iş yeri benzen maruziyet düzeyini 1 ppm'e düşürmeye karar verdi. Amerikan Petrol Enstitüsü 10 ppm'in altında lösemi riskinde herhangi bir artış olmadığını ileri sürerek bu karara karşı çıktı.

Bu anlaşmazlık ABD'nin yüksek mahkemesine taşındı. Mahkeme, OSHA'nın standartlarında bir değişiklik yapmadan önce 10 ppm'lik bir etkilenebilirlik gerçekten de maruziyet düzeyini düşürerek azaltılabilecek "anamlı bir risk"e yol açtığını göstermesi gerektiği kararına vardı. Yüksek mahkeme, hesaplanan tehlike olasılığı tüm çalışma yaşamı boyunca 1000 işçide 1 olguya çıktığında anlamlı bir riskin bulunduğunu kabul ediyordu. Bu çok kritik bir karardı, çünkü bu anlamlı risk tanımı bugün ABD'de artık bir yasal kural olarak yerleşmiştir ve OSHA'a yeni standartlar yayınlabilmesi için daha uzun bir zaman dilimi sağlamıştır.

Aradan on yıl geçmeden 1987'de sonunda mesleki benzen maruziyeti sınırı 1 ppm olarak resmen açıklandı. Araştırmacıların hesaplarına göre ABD'de standardın getirilmesindeki gecikme ek 275 ölüme yol açmıştı; 198 lösemi ve 77 multiple myeloma ölümlü. Fakat lösemiden ölme olasılığı 1 ppm'de bile epeyce yüksekti. ABD petrol endüstrisinin iç yazışmaları daha 1948 öncesinde bile endüstrinin başındakilerin benzen maruziyeti bakımından tek güvenli düzeyin "sıfır" olduğunu kabul ettiklerini göstermektedir. Bu gün ABD'de hijyenistlerin önerdiği maruziyet sınırı 0.5 ppm dir. Pek çok ABD firması maruziyet düzeyini 0.2 ila 0.3'e düşürebilmiş görünmektedir. Fakat diğerlerdeki durum ne olacaktır?

Avrupa Birliği'nin 1999 Direktiflerinde benzen maruziyeti sınırı 1 ppm olarak düzenlenmiştir, fakat kurşunsuz benzin ve dizel halen hacminin % 1'i kadar bir oranda benzen içermektedir.

OSHA'nın denemeleri ve karşılaştığı engeller kanıt yükünü deviren REACH düzenlemelerinin ne kadar anlamlı olduğunu göstermektedir. REACH'e göre ürünlerinin zararsız olduğunu ya da risklerin pazara sunulmadan önce kontrol edildiğini göstermek üreticilerin görevi olacaktır. Bu da endüstrinin REACH'i yumuşat-

mak için neden bu denli saldırgan bir lobi faaliyeti yürüttüğünü açıklamaktadır.

REACH ve kimya endüstrisinin lobi faaliyetleri

Avrupa Birliği'nde üretilen veya pazara sunulan kimyasalların denetlenmesine ve kontrol edilmesine ilişkin REACH düzenlemesi Avrupa Parlamentosu'nda 13 Aralık 2006 tarihinde ikinci onay okunmasının ardından kabul edildi. Bu tarih, hem Avrupa hem de ABD kimya endüstrisinin saldırgan lobi çalışmalarının her türlü zorluğu çıkarttığı engelli koşu yarışının bitiş çizgisiydi.

ABD Kongre üyesi Henry Waxman'ın (Demokrat Parti) yazdığı rapor kimya endüstrisinin lobi çalışmalarının en üst düzeyde yürütülmüş olduğunu yansıtmaktadır⁴³. Raporda ABD'nin pek çok farklı devlet kurumunun iç belgelerinden (gizli iç yazışmaları, bildirimler, elektronik postalar) yararlanılmıştır. Waxman raporu ABD kimya endüstrisinin 2000 ve 2004 yılları arasında seçim kampanyalarına 21 milyon dolarlık bir destek verdiğini ve bunun da % 80'inin Cumhuriyetçi Partiye gittiğini göstermektedir. Başkan Bush alınan para yardımlarında en ön sırada gelmektedir; 1999 ve 2004 arasında 900 000 dolar kabul etmiştir. Rapor ayrıca pek çok federal kurumun ve eski devlet sekreteri Colin Powell gibi önemli hükümet yöneticilerinin aynı tarihlerde REACH düzenlemelerinin engellenmesi için çaba gösterdiklerini ortaya koymaktadır.

Bush yönetimi gücünü kimya endüstrisinin görüşlerini ve kaygılarını kamuoyuna kabul ettirmek için kullanmıştı. Taslak düzenlemenin pahalı, karmaşık ve aşırı bürokratik olduğu iddiası üzerinde yoğunlaşan bir dava açmak amacıyla Bush yönetimi yetkililerinin yanı sıra ABD'nin Avrupa'ya gönderdiği diplomatların, kimya endüstrisinin farklı sektörlerini temsil eden Dupont ve Dow gibi firmaların temsilcilerinin katılımıyla katıldığı toplantılar düzenlendi. Bu dava daha sonra Avrupa Birliği'nin üye ülkelere ve Avrupa komisyonuna gerekçe olarak gösterildi. Bunun ardından 2003 yılını Eylül ayında Jacques Chirac, Gerhard Schröder ve Tony Blair zamanın Avrupa komisyonu başkanı olan Romano Prodi'ye yazarak Komisyonun Avrupa'daki iş dünyasının yasal haklarını dikate alması gerektiğini vurguladı.

Waxman raporu Avrupa Komisyonu'nun 2001 şubatında yayınladığı Beyaz Kitap ile 29 Ekim 2003'de Parlamento ve Avrupa Konseyinden önce REACH düzenlemesi önerisinin arasında gerçekleştirilen değişiklikleri aktarmaktadır.

Amerikan Kimya Konseyi'nin 2003 raporuna "taslakta anlamlı tavizler" verme olanağını sağlayan değişiklikler, komisyonun ilk taslak düzenlemesine yapılan muhalefetin ürünüydü.

Avrupa Kimya Endüstrisi Lobisi başta Avrupa Kimya Endüstrisi Konseyi (CEFIC) ve Avrupa Endüstri ve İşveren Konfederasyonları Birliği (UNICE) olmak üzere işveren Fedarasyonları ile birlikte REACH'e karşı mücadelesini hem taslak daha görüşül-

⁴³A special interest case study: the chemical industry, the Bush administration, and European efforts to regulate chemicals, report prepared for Rep. Henry A. Waxman, United States House of Representatives, April 2004, 17 p.

meden önce hem de daha sonraki süreçte elindeki tüm silahları kullanarak devam ettirmiştir. En aktif ve etkili mücadeleyi Alman kimya endüstrisi firmaları, özellikle de BASF ve Bayer yürütmüştür. Greenpeace'in "Toksik Lobi" adlı özel bir raporunda yer alan bilgilere göre BASF 235 politikacı ile arasında bir anlaşma olduğunu Alman basınına doğrulamıştır. Çevre örgütü, BASF ve Bayer'in eski çalışanlarının UNICE ve CEFIC'de, hatta Avrupa Komisyonu veya Parlamentosu'nun REACH'den sorumlu bölümlerinde üst düzey görevler aldığını da kanıtlamıştır. Burada iki yönlü bir trafik olduğu da dikkate alınmalıdır.

Inger Schörling'e göre, 2004 haziranına kadar, endüstri lobisi seminerler, atölye çalışmaları, toplantılar, öğle ve akşam yemekleri, mektuplar, elektronik postalar, telefon görüşmeleri, fabrika ziyaretleri ve basın açıklamaları vb akla gelebilecek tüm araçları kullanarak MEP'lere karşı bir kampanya yürüttü⁴⁴.

Avrupa Parlamentosu'nda 2005 yılının Kasım ayında REACH'in ilk kez oylanmasının hemen öncesinde Çevre Komitesi raportörü Guido Sacconi büyük iş dünyasının MEP'ler konusunda uyguladığı inanılmaz baskıdan bahsetti⁴⁵. İç Pazar Komitesi raportörü Harmut Nassauer'e Alman Kimya Endüstrisinin bir çalışanı doğrudan yardım etmişti.

13 Aralık 2006'daki ikinci oylamanın ardından ETUC kimya endüstrisinin sürece bu denli müdahale edebilmiş olmasını kınadı. Avrupa Sendikalar Konfederasyonu kimyasal güvenlik raporlarında işçilerin sağlığının korunması açısından büyük önem taşıyan bilgilerin bildirimini bundan sonra kimyasalların sadece üçte biri için zorunlu tutulacak olmasının önemli bir kayıp olduğunu açıkladı⁴⁶.

⁴⁴Schörling, I., REACH – The Only Planet Guide to the Secrets of Chemicals Policy in the EU. What Happened and Why?, the Greens/EFA, Brussels, April 2004.

⁴⁵Bulldozing REACH – the industry offensive to crush EU chemicals regulation, Corporate Europe Observatory, March 2005. See: www.corporateeurope.org

⁴⁶See ETUC press release on www.etuc.org/a/3147

8. Küresel bir sorun

Bu broşürde tanımlanan sosyal eşitliklerin boyutu eğer analizin çerçevesi dünya çapına genişletilecek olursa kuşkusuz çok daha büyüyecektir. Sermaye akışının küreselleşmesi herşeyden önce yapılan yatırımların en üst düzeyde geri dönüşünü hedeflemektedir. Bu ortamda insan yaşamı ve çevre sadece rekabeti şekillendiren önemsiz ekonomik değişkenlerdir. Üretim zincirinin döngüsü değerlendirildiğinde çok basit bir gerçek tüm açıklığı ile kendisini göstermektedir: sağlığa ve çevreye en çok zarar veren etkinlikler sömürülmeye en çok yatkın olan ülkelerde gerçekleşmektedir. Bu saptama özellikle tarım ve ham madde elde etme gibi daha geleneksel sektörler için geçerli iken, elektronik ve gelişmiş kimyasallar gibi daha yüksek teknoloji kullanılan alanlar açısından görece daha az geçerlidir. Çok uluslu şirketler sistematik olarak çifte standartlar uygulamaktadır. Avrupa sendika hareketi Avrupa kaynaklı çok uluslu şirketlerin faaliyet gösterdiği ülkelerde çalışan işçilere karşı bir sorumluluk taşımaktadır. Sendika hareketi, etkilenen ülkelerdeki sendikaları iş yerinde sağlık ve güvenlik mücadelesinde destekleyen yollar geliştirmeli ve gerek iş dünyasının uyguladığı gerekse AB'nin uluslararası etkinliklerinde gözlenen çifte standartlara karşı savaşmalıdır.

REACH düzenlemeleri, en tehlikeli sanayi etkinliklerinin veya ürünlerinin gelişmekte olan ülkelere taşınmasına engel olmak için sendika birliklerinin çok güçlü bir şekilde uluslararası düzeyde yardımlaşması gerektiğini göstermiştir.

REACH'in adaptasyonuna yönelik tartışmalarda sanayi düzenlemelerin sadece Avrupa pazarındaki kimyasallarla sınırlı kalması gerektiğini vurgulamıştır⁴⁷. Bu talep son derece ahlaksız ve etik dışı olmasının yanı sıra, aynı zamanda gerçekleştirilebilir özellikte de değildir.

Rachel Carson'un Sessiz Bahar adlı kitabı 1962'de yayınlandığında pestisitler gibi (örneğin DDT) kimyasalların kullanımının tüm dünyayı etkilediği konusunda toplumda bir farkındalık gelişmişti. Carson, "Dünya tarihinde ilk kez her insan ana rahmine düştüğü andan ölene kadar tehlikeli kimyasallara maruz kalıyor" şeklinde yazıyordu. Kullanılmaya başlamalarından 20 yıldan kısa bir süre sonra sentetik pestisitler canlı ve cansız dünyaya yani her yere tamamen yayılmış durumdaydı; hemen tüm balık, kuş ve sürüngenlerin, vahşi ve evcil hayvanların vücuduna girmiş ve yerleş-

⁴⁷Cefic document, New proposals to improve workability of REACH, 24 February 2005, p. 4.

mişti. Kimyasal etkilenimi o denli yaygındı ki, artık bilim insanları hayvan deneyi yapabilmek için etkilenmemiş herhangi bir canlı bulamaz hale gelmişti. Uzak dağ göllerinde yaşayan balıklarda, toprak içindeki yer solucanlarında, kuşların yumurtalarında ve insanın bizzat kendisinde kimyasallara rastlanıyordu. Bu kimyasallar şimdi toplumda her yaş grubundaki insanların çok büyük bir bölümünün vücudunda depolanıyor. Annelerin sütünde ve çok büyük olasılıkla daha doğmamış çocukların dokularında bulunuyor⁴⁸."

Pestisitler için küresel bir düzenleme şart

Gelişmiş ülkelerin vatandaşlarının tehlikeli pestisitlerin yasaklanması için verdikleri mücadelenin temel amacı, bunları halen kullanan gelişmekte olan ülkelere ithal edilen gıdalardaki kalıntıların bulunmasını önlemektir. Bugün dünya üzerinde pestisit nedeniyle ölen insan sayısı 10 000 olarak tahmin edilmektedir ve bunların arasındaki her dört ölümden üçü gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmiştir.

Bir dizi skandalın ardından, Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü 1985'de pestisit ithalatına ve satışına yönelik "davranış kuralları" açıkladı. Daha sonra 1987'de "Aydınlatılmış Onam" ilkesini kabul etti, ardından bu ilke Birleşmiş Milletler Çevre Programı tarafından uygulamaya geçirildi. Aydınlatılmış Onam süreci 2004 yılında yürürlüğe giren Rotterdam Sözleşmesi'ni imzalamış ülkeler açısından bağlayıcıdır. Sözleşme teorik olarak tüm tehlikeli kimyasalları kapsamaktadır. Avrupa Birliği Sözleşmeyi 19 Aralık 2002'de Konsey Kararı olarak onaylamıştır. Sözleşme, kapsamında yer alan bir kimyasalın sadece ithal eden ülke Aydınlatılmış Onam verdiği takdirde ihraç edilebileceğini genel bir ilke olarak benimser. Sözleşmenin önemli bir sınırlılığı üretici ülkenin tehlikeli tüm maddelerini otomatik olarak içermemesidir. Bir maddenin Aydınlatılmış Onam süreci gerektirmesi için Ek III'de listelenmiş olması zorunludur. Bu listede halen sadece 39 kimyasal bulunmaktadır; 24 pestisit, 11 sanayi kimyasalı, 4 ciddi düzeyde tehlikeli pestisit formülasyonu. Bu durumda bir ülke kendisi açısından zararlı olduğuna karar verdiği bir kimyasalı eğer Ek III'deki listede yer almıyorsa bir başka ülkeye hiç bir açıklama yapmaksızın ihraç edebilir. Böylece, Kanada ürettiği asbestin sadece çok az bir miktarını kullanmakta, kalanını Asya, Latin Amerika ve Afrika'daki ülkelere ihraç etmektedir. Dünya asbest pazarında % 94'lük bir paya sahip olan krizotil (beyaz asbest) Stockholm Sözleşmesi'ndeki kimyasallar listesinde yer almamaktadır. Kanada'nın koyduğu bir engel bu güçlü karsinogen için ihraç bilgisi verme zorunluluğunu iki kez ortadan kaldırmaktadır. Bu da Sözleşme'nin kredisini çok ciddi şekilde düşüren bir durumdur.

⁴⁸Carson, R., Silent spring, Penguin books, 2000, first published in the United States of America by Houghton Mifflin in 1962.

Fakat bugün gelişmekte olan ülkelerin bizzat kendileri de pestisit üretmektedir. Hindistan dünya çapında bir üretici haline gelmiştir ve halkı (nüfusun % 56'sı toprakla uğraşmaktadır) akut zehirlenme ve kanser gibi kronik hastalıklar şeklinde kendisini gösteren doğrudan sonuçları yaşamaktadır. Güney Hindistan'da yapılan yakın tarihli bir çalışma pestisit kullanan köylülerin hiçbirinin güvenlik önlemi uygulamadığını göstermiştir⁴⁹.

Kuşkusuz yapılması gereken Rotterdam Sözleşmesi'ni daha da geliştirilmek ve asbest gibi pek çok ülkede kullanımı yasa dışı olan bir kimyasala tam anlamıyla kapsamlı bir yasak uygulanmasını sağlamaktır.

Dünya çapında asbest yasağına doğru

Asbest tüm AB'de 2005'den bu yana yasaklanmıştır, fakat asbest kanserlerinin çok uzun süren latent dönemi etkilerinin daha çok uzun yıllar boyunca hissedileceği anlamına gelmektedir. İngiliz epidemiyolog Julian Peto 1999'da Batı Avrupa'da yasağı ilk 35 yılında asbest ile ilişkili kanserler nedeniyle yaklaşık 250 000 ölümün gerçekleşeceğini tahmin etmiştir. ABD'de asbest tüketimi 1970'lerin başlarında çok keskin bir azalma göstermiştir. Epidemiyologlar mezotelyoma epidemisinin azalmaya başladığını, ama ancak 2055'de "normal" düzeye geri döneceğini öngörmektedir.

ILO tahminlerine göre bir yılda gerçekleşen 100 000 ölüme rağmen, dünya asbest üretimi halen oldukça yüksek düzeydedir. 2003 yılında 2 080 000 ton olan asbest üretimi 1970'in %60'ı düşülmüştür ki bu da tüm zamanlar en yüksek miktardır.

Rusya ve Kanada şimdiye kadar krizotil asbestin Rotterdam Sözleşmesi'nin kimyasallar listesine eklenmesinin önüne geçebilmeyi başardılar. Asya, özellikle Hindistan, Çin ve Tayland, bugün asbest sanayisi pazarının en gözde bölgesidir.

Güney Afrika, Avustralya, Arjantin, Şili ve Mısır başta olmak üzere diğer ülkeler Avrupa'ya asbest yasağı bakımından katıldılar. Diğerleri, örneğin Japonya yasağına doğru bir yönelim gösteriyor. Hükümet dışı örgütler yıllardır Uluslararası Asbest Yasağı sekreterliği aracılığı ile (IBAS) dünya çapındaki bir asbest yasağı için baskı unsuru oluşturuyor. Uluslararası sendika organları 2005 Haziranında asbest yasağı için dünya çapında bir kampanya yürüttü. Haziran 2006'da ILO'nun 95. Yıllık Konferansı'nda şu açıklama yapıldı; "çalışanları asbest maruziyetinden korumak ve asbestle ilişkili hastalık ve ölümleri önlemek için en etkili yol asbestin kullanımının sonlandırılması, bugün mevcut olan asbestin belirlenmesi ve uygun şekilde yönetilmesidir". Dünyanın toksik maddeler nedeniyle karşı karşıya olduğu risk sadece "eski tarz" ürün ve teknolojiler ile sınırlı değildir, bu risk çağdaş yaşamın doğrudan merkezinde yer almaktadır.

⁴⁹ Grace, A., et al., Use of pesticides and its impact on health of farmers in South India, International Journal of Occupational and Environmental Health, 2006, vol. 12, p. 228-233.

E-ekonominin Küresel Riskleri

E-ekonomi, Hindistan'da, Çin'de, Kaliforniya'da veya İskoçya'daki "Silicon Glen"de elektronik devre kartı, bilgisayar ve mikroçip üretiminde çalışan işçiler açısından tehlikeli olabilir. Mikroelektronik endüstrisi tüm dünya üzerinde yaklaşık bir milyon kişiyi istihdam etmektedir. Bu alanda son derece yoğun düzeyde karmaşık kimyasal süreçler kullanılan bir teknoloji söz konusudur. National Semiconductor UK adlı kuruluş, Glasgow yakınında küçük bir kasaba olan Inverclyde'a 1970'lerin başında yerleştiğinde, ataerki kültürün egemen olduğu, daha çok kadın emeği ağırlıklı ve sendika geleneği olmayan bir işçi topluluğunun varlığının verdiği güvenceye sahipti. Yapılan pek çok uyarının dikkate alınmamasının ardından 1990'larda birkaç İskoç sendika aktivisti Birleşik Krallık'ın sağlık ve güvenlik müfettişliğinde (HSE) çalışan üst düzey memurlarla görüştü ve özellikle temizlik işçilerinde olmak üzere yarı-iletken endüstrisi işçileri arasında kadınlarda üreme sorunlarına ve düşüklere oldukça sık rastlandığını açıkladı. Bu görüşmenin ardından Birleşik Krallık'taki yedi fabrikada yer alan beş yarı-iletken üretimi bölümünde yapılan araştırma temizlik işinin gebe kadınlarda bir risk yaratmadığı sonucuna vardı. Fakat daha önce yapılan üç ABD çalışmasında temizlik işçilerinde düşük sayısının arttığına dair kanıtlar elde edilmişti.

Sendika 1996'da erkek işçilerden sendikaya çalıştıkları kimyasallardan kaynaklandığını düşündükleri sağlık sorunları yaşadıklarından bahsetmeye başladı. Ölüm sayısı hızla 60'a çıkmıştı. İşçiler şüphelendikleri kimyasal maddeyi adlandıramıyor, sadece kullandıkları ürünün markasını biliyorlardı. Sendika Faz İki adını verdiği bir destek grup kurmaya karar verdi. Konunun medyanın ilgisini çekmesinin ardından sağlık ve güvenlik müfettişliği ilk gerçek bir bağımsız araştırma başlattı. Bu arada Faz İki 200'den fazla işçiden kişisel bilgiler topladı. Yirmi yıl önce Silikon Vadisinde kurulmuş olan bağlantılardan ve Amerikalı bir işçi sağlığı uzmanından destek aldı. Birlikte "Sorumlu Teknoloji İçin Uluslararası Kampanya" hareketini başlatarak İskoçya'da bilgilendirme toplantıları düzenlediler. Bir kaç akademisyen de bu harekete bilimsel terminolojiyi çözümleyebilmesinde destek oluyordu. Fakat yerel sağlık otoriteleri ve genel pratisyenler yapılan etkinliklere oldukça kayıtsız görünüyordu. Sonunda 2001 yılında sağlık ve güvenlik müfettişliği yarı-iletken endüstrisinde çok sayıda kanser tipinin insidansının normalin üzerinde olduğunu çok açık bir şekilde bildirdi.

Şimdi işçiler ve sendikaları eğer medyanın ve uluslararası uzmanların desteğini alarak bir kampanya yürütmemiş olsalardı kanser insidansındaki artışın halen görmezden geliniyor olacağını biliyorlar. Bunu yapmamış olsalardı pek çok karsinogenin kullanımını düzenlenmemiş ve kontrol edilmemiş olacaktı. İşçiler ayrıca sağlık ve güvenlik müfettişliğinin en temel görevini gereğince

gerçekleştirmediyinin de farkındalar. Endüstrinin olaya yaklaşımı ise ortaya konulan gerçeği önemsememek ve elde edilen bulguların doğruluğuna şüphe düşürmeye çalışmak oldu.

Bilgisayar zincirinin diğer ucunda da riskler bulunmaktadır. Özellikle yoksul ve eğitimsiz topluları etkileyen bu riskler çok edici boyuttur. Kuzey Amerika'da toplanan elektronik atıkların % 80'i Asya'da ilkel, tehlikeli ve kirli koşullarda "geri dönüştürülmektedir". AB direktifleri bu tür ihraç ticaretini yasaklasa da Avrupa'daki elektronik atıkların yaklaşık % 60'ı aynı yolu izlemektedir. Hükümet dışı örgütler serbest ticaretin istismar edilmesini ve elektronik endüstrisinin ömrü tükenen ürünlerinin ekolojik, sosyal ve sağlıkla ilişkili maliyetini başkalarının sırtına yüklemesini eleştirmektedir. Bu örgütlere göre tüketiciler de bu gizli maliyetlerin farkında olmalıdır. Erkekler, kadınlar ve hatta çocuklar, derme çatma barakalarda ve bazen kendi evlerinde çok yüksek düzeyde toksik materyal içeren (antimon, arsenik, kadmiyum, krom, kobalt, kurşun, civa, eser elementler, vb) büyük miktar ve çeşitlilikteki atığı geri dönüştürmeye çalışmaktadır.

Toksik atık üreticilerini sorumlu tutmak

1980'lerde endüstrileşmiş ülkelerde tehlikeli atıkların işlenmesinin maliyetinin giderek artması, düzenleme ve yasaların da yönlendirmesi ile birlikte gelişmekte olan ülkelere doğru bir geçiş yaşanmasına neden oldu. Birleşmiş Milletler Çevre Komisyonu tarafından başlatılan Basel Sözleşmesi toksik atıkların transferine yönelik ilkeleri tanımlıyor ve Rotterdam Sözleşmesi'ne benzer bir ön bilgilendirme sistemi örgütlüyordu. Basel Sözleşmesi Mayıs 1992'de yürürlüğe girdi ve Avrupa Birliği dahil 130'un üzerinde ithal ve ihraç edenlerin yanı sıra transit konumdaki ülke tarafından imzalandı. Fakat imzalayan ülkelerin halen neyin altına imza attıklarını gözlemeleri ve denetlemeleri gereklidir.

PCB'lerin acımasız mirası

İsveçli kimyacı Sören Jensen deniz hayvanlarında DDT düzeyini ölçmeye çalışırken başka maddelerin daha bulunduğunu keşfetti: poliklorlu bifenoller (PCB'ler) de çevreye yayılmıştı. PCB'ler 1986'dan beri Avrupa'da üretilmiyordu. Araştırmacılar dünyadaki toplam PCB üretiminin % 25'inin (2 milyon ton) içinde yaşadığımız çevrede birikmiş olduğunu ve yavaş bir bozunma gösteren PCB'lerin uzun yıllar boyunca nehirleri ve okyanusları kirletmeye devam edeceğini ortaya koydular. Bu hesap pek çok elektrikli alette, transformatör ve kondansatörde bulunan çok büyük miktardaki PCB'leri kapsamamaktadır. Kullanılan PCB'lerin çok büyük bölümü dioksin ile kontamine olmuştur. Çok güvenli ve kontrollü bir şekilde ortadan kaldırılmadıkları sürece 1999 Belçika'da gerçekleşen ve "dioksin korkusu" adı ile anılan olayda olduğu gibi besin zincirine de karışacaktır.

Ocak 2007'de AB Çevre Komiseri Stavros Dimas Fildişi Sahillerinde bir şehir olan Abidjan'da 15 kişinin ölümüne ve 15 000'den fazla kişinin sağlık merkezlerinde ve hastanelerde tedavi görmesine yol açan kontrolsüz toksik atık boşaltımını kınadı. Komiseri Avrupa'daki pek çok sendika örgütü izledi ve protestolarını bildirdi. Ağustos 2006'da 500 tondan fazla yüksek düzeyde toksik atık Probo Koala kimyasal tankerinin ambarından Abidjan şehrinin çeşitli noktalarından boşaltılmıştı. Stavros Dimas, Probo Koala meselesi hakkında şu cümleleri kurmuştu; "Avrupa yasalarının ve uluslararası yasaların çok açık bir ihlali söz konusudur. Bu yasa dışı olayın üzerinde durulmadan bırakılmayacağına ve gelecekte tekrarlamayacağına emin olunması önemlidir." Panama bandrollü Probo Koala bir Yunan gemi şirketine aitti ve vergi adresi Amsterdam'da, kayıt ofisi Lucerne'de, operasyon merkezi ise Londra'da bulunan Trafigura firmasına kiralanmıştı. Mürettebatı Rus olan gemi petrol, hidrojen sülfid, fenol, kostik soda ve organik sülfür bileşenlerinden oluşan bir karışım taşıyordu. Atığın işlenmesi için Amsterdam limanındaki konunun uzmanı bir şirketin istediğinden 20 kat daha ucuz bir teklif veren Abidjan'lı şirket hem çok genç hem de çok deneyimsizdi.

Sökülmek üzere Hindistan'a gönderilen, ama uluslararası baskı ile karşılaşınca geri çağrılan asbest yüklü Fransız gemisi Clemeceau gibi olgulara ise çok ender rastlanmaktadır.

9. Sonuç

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra kanser ölümlerinde gerçekleşen artışın yaşam beklentisinin uzaması ile birlikte gözlenmesi, bu artışın insanların daha fazla yaşamasının doğal bir sonucu olduğu düşüncesinin yaygınlaşmasına neden oldu. Ardından, 1960'larda tütünün akciğer kanserine yol açtığını gösteren epidemiyolojik kanıtların elde edilmesiyle birlikte dikkatler sigara içme, alkol kullanımı ve uygun olmayan diyet gibi yaşam biçimi etmenleri üzerine çekildi. Tüm bu açıklamalar hastalıkların sorumluluğunu tekrar bireylerin kendilerine yüklemek gibi bir politik yarar taşıyordu.

Fakat yakından değerlendirildiğinde, artan kanser ölümlerinin sanayileşmedeki gelişmeyi izlediği görülmektedir; Yanan kömürün kurumu baca temizleyicisi kanserine neden olmuş, karbon kimyası ürünleri –benzen, aromatik aminler, polisiklik aromatik hidrokarbonlar- gelişimi sanayileşmiş ülkelerin halklarının her gün çeşitli karsinojenlere maruz kalmalarına yol açmıştır. Klorin kimyası ve petrokimya, bazıları mutajenik özellikte olan ve kansere yol açan binlerce ürünün ortaya çıkmasına neden olmuştur. Yüzdeler ile yapılan kelime oyunlarını bir tarafa bırakırsak mesleksel kanserler bugün artık daha fazla red edilemeyecek bir gerçektir.

Belli bazı kimyasallara maruz kalan işçilerde kanser mortalitesinin arttığını kanıtlayan yayınlara rağmen, bu kanserlerin kaç-

nılmaz olmadığının algılanması zaman almış ve hala daha gelişmekte olan ülkelerde de, endüstrileşmiş ülkelerde de algı istenilen düzeye ulaşmamıştır. İşçiler ücretler, çalışma saatleri ve işsizlik gibi konularda kitlesel olarak bir araya geldikleri şiddetli mücadeleler vermiş, buna karşın işle ilişkili hastalıklar ve kanserler söz konusu olduğu için aynı tepkiyi göstermemiştir.

Kanser fabrikası skandalı olarak geçen Turin gibi, gibi sıradışı olaylar veya daha yakın zamanda tanık olduğumuz Fransız asbest kurbanlarının protestoları hariç mesleksel kanserler medya manşetlerinde hiç bir zaman yer almaz. İşle ilgili kanserler ve yol açtıkları ızdıraplar, kederler, erken sonlanan yaşamlar hemen hemen sadece en duyarlı olan işçileri etkiler. Bu, çağımızın en büyük sosyal adaletsizliklerinden biridir. Bu nedenle diğer eşitsizliklerle aynı temelde ele alınmalı ve politik gündemin ilk sırasında yer almalıdır.

Mesleksel kanserlerin kaçınılabilir olduğu hiç bir zaman yeterince tekrarlanmış olmayacaktır. REACH düzenlemeleri yeni bir başlangıç olanağı vermiştir. Fakat çalışma koşullarının geliştirilmesi açısından bu düzenlemelerin varlığının tek başına yeterli bir anlamı yoktur. İş yerinde sağlık ve güvenliğin her alanında olduğu gibi burada da sendikaların işçileri bu tartışmayı sahiplenmek üzere bir araya getirebilme yeteneği anahtar rol oynamaktadır. Fabrikaların her bir birimindeki ve her bir şirketteki tüm işçilerin iş yeri kimyasalların tanımlanması ve değerlendirmesi süreçlerine katılması gereklidir. İşçiler, toksik ürünlerin büyük bölümünün değiştirilmesi veya eğer bunun kısa zaman içinde gerçekleştirilme olanağı yoksa çalışma koşullarının kendileri açısından mümkün olan en iyi korunma düzeyini sağlayabilecek şekilde değiştirilmesi talebiyle bir araya gelmelidir.

Bunun yanı sıra Avrupa düzeyinde ve her bir ülkede çalışmalar yürütülerek gerçekleşen kanser olgularının daha iyi bir şekilde saptanması ve tazminat ödenmesi sağlanmalıdır. Tüm çalışanların bir maruziyet belgesi olmalıdır. Ayrıca çalıştıkları sürece fiziksel durumlarına yönelik kontrolleri tarihleri ile birlikte belirten kayıtları da olmalıdır. Bu kayıtlara karsinojen ajanlar veya işlemler ile ilişkili her türlü anomali de not edilmelidir. Son olarak da çalışma yaşamları sonlandıktan sonra bile sağlık süveyansına devam edilmesi son derece önemlidir.

Ek

Sendikaların işyerlerindeki karsinojen tehlikeleri değerlendirilmesine yönelik kontrol listesi

Üretim döngüsündeki fiziksel faktörler

- Kullanılan karsinojenler
- Üretimde kullanılan fiziksel ajanların işlenmesi ile ilişkili karsinojenler. Örneğin, mobilya endüstrisinde solunabilir odun tozları, yapı endüstrisindeki kristalin silika, karsinojen içeren duman ve buharlar .
- Üretimde kullanılan işlemler ve ekipmanların yarattığı karsinojenler. Örneğin, iyonizan radyasyon kaynağı olarak kullanım, asbestli filtreler, ulaşım için dizel kullanımı, vb
- Yan etkinlikleri gözden kaçırma: bakım ve temizlik, depolama, nakliyat, vb. Örn.: metal parçaların trikloroetilen ile temizlenmesi

Çevresel faktörler ve iş

- Çevreden işe. Örn.: binalardaki asbest, inşaat alanlarındaki solar radyasyon, kamusal alanlardaki tütün dumanı, dizel motoru egzozuma maruziyet, vb
- İşten çevreye: Çevreye bırakılan atıklar (sıvı, katı ve gaz) kansere yol açan ajanlar olabilir
- Son üründen çevreye: Son ürün veya ürünün üretimindeki son aşamayla ilgili karsinojenler

İşin örgütlenmesi ile ilişkili faktörler

- Bazı kanserlerin gelişmesine katkı verebilen faktörler: gece çalışması; geçici istihdam
- Korunmaya verilen önemi azaltan faktörler: Verimlilik ve güvenlik arasındaki çatışma; bilgi ve eğitim eksikliği
- Geçici eleman, alt işveren kullanımı ve güvencesiz çalışmayla ilgili diğer faktörlerin yarattığı sorunlar

Korunmanın örgütlenmesi

- Koruyucu önlemlerin öncelik sırasına uyum; durumun düzenli olarak gözden geçirilip koruma planlarının değerlendirilmesi
- Koruyucu hizmetlerin etkinlikleri: Uygunluk (özellikle toksikoloji, ergonomi ve işçi sağlığı); profesyonel bağım-

sızlık; işçi temsilcileriyle ilişkilerin kalitesi; maruziyet ölçümlerinin kalitesi; sağlık süreyansının kalitesi

- Kanser tetikleyen faktörler hakkında bilgi, eğitim, işçilerin sağlık ve güvenliğini temsil eden organlarının uygun şekilde fonksiyon göstermesi
- Maruziyeti sistematik olarak kaydet.
- Toplumsal cinsiyet boyutunu hesaba kat..
- Daha önce maruz kalmış olan işçilerin sağlık izlemlerini dikkate al.

Sağlık süreyansı verilerinin dikkate alınması

- Halen maruz kalmakta olan işçiler hakkındaki verileri kontrol et. Özellikle sağlık kontrollerinin maruziyetler ve gelişebilecek sağlık durumları açısından uygun nitelikte olup olmadığını değerlendir: uygun biyolojik göstergeler var mı?
- Şirket dışı bilgileri kullan: epidemiyolojik araştırma, sektör, sektöre, mesleğe ya da maruziyete özel sendikalar, araştırma ya da koruyucu hizmet veren kurumlarca toplanan veriler, karsinojen ajanlar ve yerine koyma olasılıkları ile ilgili dış temaslardan toplanan bilgi
- Daha önce maruz kalan işçiler hakkındaki verileri kullan, işten ayrılma sonrası sağlık süreyansının uygun olup olmadığını kontrol et

Kanserden korunmayı şirket politikası kararlarına dahil et

- Süreç olarak üretim: izlenecek süreçlere karar verirken işçilerin sağlık gereksinimleri ne düzeyde dikkate alınıyor?
- Son ürün olarak üretim: işletmede üretime başlamadan önce üretimin kanser riski yaratıp yaratmayacağını kontrol et. Daha az tehlikeli seçeneklerin aranmasında hem iş yerinde hem de toplumda sağlık ve güvenlik açısından önemli olan gereksinimlere ne düzeyde ağırlık veriliyor?
- Şirkette ve toplumda pazarlık yapabilen bir konum oluştur: farkındalık oluşturma kampanyaları; iş müfettişliğine seslen, ciddi ve yakında olması beklenen bir tehlike varlığında çalışmayı durdurma hakkından yararlan
- Mücadele ve toplu görüşme stratejilerinde karşılaşılan sorunları birleştir.

