

Asbestrelaterede erhvervssygdomme i central- og østeuropæiske lande

Sammenfatning

Forfattere:

Dr.-Ing. Izabela Banduch
Dr. Lothar Lißner

Kontakt:

info@kooperationsstelle-hh.de
www.kooperationsstelle-hh.de
Humboltstr. 67a, D-22083 Hamburg



Kooperationsstelle
Hamburg IFE

Institute for International Research,
Development, Evaluation and Counselling

**Rapporten blev bestilt af den Europæiske
Sammenslutning af Bygnings-og Træarbejdere**

European Federation
of Building
and Woodworkers



EFBWW
Rue de l'hôpital 31, boîte 1 (12th floor)
B - 1000 Brussels
Tel.: 32-2-227 10 40
Fax: 32-2-219 82 28
E-mail: info@efbh.be
www.efbww.org



IBAS
E-mail: lka@btinternet.com
www.ibasecretariat.org



ETUC
International Trade Union House (ITUH)
Boulevard Roi Albert II, 5
B - 1210 Brussels
Tel.: 32-2-224 04 11
Fax: 32-2-224 04 54
E-mail: etuc@etuc.org
www.etuc.org

Med finansiel støtte fra Generaldirektoratet for
Beskæftigelse i Europa-Kommissionen.



Alle rettigheder forbeholdt.

Ingen del af denne publikation må gengives, lagres i et søgesystem eller overføres i nogen form eller på nogen måde, hverken elektronisk, mekanisk, ved hjælp af fotokopiering, optagelse eller på anden måde, uden tilladelse fra udgiveren.

Selvom oplysningerne i publikationen menes at være korrekte, påtager hverken udgiver eller forfattere sig noget ansvar for eventuelle tab, skader eller andet ansvar vedrørende brugerne eller andre personer, der følger af indholdet af denne publikation.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indholdsfortegnelse	3
Asbests egenskaber	5
Asbestanvendelse	6
Asbesteksponering	7
Sundhedsmæssige konsekvenser	7
Anerkendelse af asbestrelaterede erhvervssygdomme	9
Kriterier for anerkendelse	10
Underrapportering af asbestrelaterede erhvervssygdomme	11
Medicinsk overvågning af eksponerede arbejdere	12
Erstatning ved asbestrelaterede erhvervssygdomme	13
Støtte til asbestofre	14
Referencer	15



Asbestrelaterede erhvervssygdomme i central- og østeuropæiske lande

sammendrag

Dette er en sammenfatning af en forskningsrapport fra Kooperationsstelle Hamburg IFE som led i projektet "Asbestrelaterede erhvervssygdomme i Europa", der er bestilt og koordineret af Den Europæiske Sammenslutning af Bygnings- og Træarbejdere (EFBWW) med økonomisk støtte fra Europa-Kommissionen (VS/2012/0256). Denne rapport tilvejebringer en oversigt over asbestrelaterede erhvervssygdomme og lovgivning og praksis i forbindelse med kontrol og overvågning, anerkendelse og erstatning i 14 central- og østeuropæiske lande, nemlig: **Bulgarien, Kroatien, Tjekkiet, Estland, Ungarn, Letland, Litauen, Polen, Rumænien, Serbien, Slovakiet, Slovenien, Tyrkiet og Cypern**. En lignende rapport, der dækker 13 lande i Vest- og Centraleuropa, blev udarbejdet i 2006 (EUROGIP, 2006). Formålet med nærværende projekt er at opfordre til social dialog i de centrale- og østeuropæiske medlemsstater og i kandidatlandene for at fremme information og træning af berørte arbejdere såvel som ofre og for at forbedre samarbejdet mellem fagforeninger og ofrenes organisationer.

Asbests egenskaber

Asbest er et udtryk, der er blevet givet til en gruppe af mineraler, der forekommer naturligt i miljøet i form af fiberbundter. Asbestmineraler opdeles i to større grupper: serpentinasbest og amfibolasbest. Serpentinasbest indbefatter mineralet chrysotil, der har lange, bølgede fibre, som kan væves. Chrysotilasbest er den form, der er blevet mest brugt i kommercielle anvendelser. Amfibolasbest indbefatter mineralerne actinolit, tremolit, anthophyllit, crocidolit og amosit. Amfibolasbest har lige, nåleagtige fibre, der er mere skrøbelige end serpentinasbestens og med færre muligheder for bearbejdning (NCI, 2013).

WHO beskriver fibre, som er kritiske for menneskers sundhed, som fibre, der har et aspektforhold på 3:1 eller mere, en diameter på under 3 µm og en længde på mere end 5 µm (IARC, 2002)¹. Asbesttyper og CAS (Chemical Abstracts Service)-registreringsnumre er vist i tabel 1.

Tabel 1: Asbesttyper efterfulgt af CAS-nummer

Asbesttype	CAS-nummer	Andre almindelige navn
Asbest	1332-21-4	Uspecificeret
Asbestserpentin		
Chrysotil	12001-29-5	Hvid asbest
Asbest amphibol		
Asbestamosit	12172-73-5	Brun asbest
Asbest-anthophyllit	77536-67-5	Grå asbest
Asbestactinolit	77536-66-4	Uspecificeret
Crocidolit	12001-28-4	Blå asbest
Asbesttremolit	77536-68-6	Tremolit

CAS - (Chemical Abstracts Service Registry)-nummer

1. For detaljer om asbest, såsom kemiske/fysiske egenskaber, sundhedsskadelige virkninger, skæbne i miljøet og eksponering eller erhvervsmæssige grænseværdier, se Toxicology Data Network (TOXNET)

Asbest kombinerer solide egenskaber med lave priser, og er inden for nogle anvendelsesområder uden sidestykke. Asbest:

- smelter først ved op til 1.000 graders varme
- er resistent over for mange aggressive kemikalier
- har gode elektriske og varmeisolerende egenskaber
- har høj elasticitet og trækstyrke
- kan let inkorporeres i byggematerialer.



Billede 1: Asbest (© sakura - Fotolia.com)

Erhvervsmæssig udnyttelse, uden meget hensyn til miljøkontroller, steg i løbet af det 20. århundrede, i særdeleshed i perioden med stærk økonomisk vækst efter 1945. De unikke tekniske egenskaber førte til et boom i forbruget. Asbest blev anvendt i store mængder i bygninger og skibe, og ligeledes til mange mindre anvendelser, såsom cigaretfiltere. I de første substitutionsprojekter i 1980'erne skulle der findes alternativer til mere end 3.000 tekniske anvendelser.

Asbestanvendelse

Verdensproduktionen af asbest blev i 2012 vurderet til at være på 1,98 mio. ton ifølge U.S. Geological Survey (USGS, 2012). Rusland var den førende producent af asbest, efterfulgt af Kina, Brasilien og Kasakhstan. Disse fire lande stod for 99 % af verdensproduktionen i 2012.

På trods af den europæiske forbud, der trådte i kraft i 2005, er asbestproduktionen og import til det europæiske marked ikke fuldstændigt stoppet.

Ifølge USGS var der fire østeuropæiske lande, der fremstillede asbestfibre mellem 1990 og 2010: **Serbien, Slovakiet, Bulgarien og Rumænien**. Serbien var den førende producent med en årlig produktion på 314 til 4.500 ton mellem år 1993 og 2006.

En oversigt over produktionen, eksport og import mellem år 2000 og 2010 fra British Geological Survey (BGS: 2006, 2010 og 2012) viser, at **Slovakiet** var den største producent af asbest med 200 til 1.000 ton pr. år mellem år 2006 og 2008 efterfulgt af **Bulgarien** med 66 ton i år 2000. **Tyrkiet** var den førende eksportør af asbestfibre med 42.000 ton i 2003, efterfulgt af **Litauen og Bulgarien**.

Importdata indikerer en stor asbestrelateret anvendelse i øst- og centraleuropæiske lande mellem 2000 og 2010. Dette betyder, at sundhedskonsekvenserne i forbindelse med tidligere anvendelse af asbest vil kunne mærkes i mange år endnu. I 1992 blev **Ungarn** det første land i regionen, der forbød anvendelsen af asbest.

Tyrkiet og Rumænien importerede omtrent 10.000 ton pr. år, efterfulgt af **Kroatien, Tjekkiet, Ungarn, Slovenien og Letland**. **Bulgarien, Estland og Polen**, der importerede op til 500 ton pr. år. **Litauen** importerede 1.356 ton alene i 2006. Ingen data om import kan findes fra BGS for Serbien.

Ifølge det ungarske centrale statistikkontor blev 3,7 ton asbestfibre og omtrent 17.800 ton asbestprodukter importeret til Ungarn i 2010, og omtrent 3.000 ton asbestprodukter blev eksporteret (NLO, 2013). Det skal bemærkes, at EU-direktivet 1999/77/EF forbød alle typer asbestanvendelse og behandling fra 1. januar 2005. Direktivet 2003/18/EF forbød endvidere asbestekstraktion og fremstilling og salg af asbestprodukter.

Produktion af isoleringsmaterialer indeholdende asbest i **Kroatien** lå i området fra 3.9 ton i 2008 til 52,3 ton i 2009 og 27 ton i 2010, mens produktionen af byggematerialer indeholdende asbest lå i området fra 510,5 ton i 2008 til 412 ton i 2009 og 610 ton i 2010 (NIPH, 2013).

Asbesteksponering

Industriektorer med betydelig asbestanvendelse omfattede: asbesttekstilindustrien, asbestcementindustrien (plader, rør), byggeindustrien (bearbejdning af asbestcementprodukter), kemikalieindustrien (fyldstoffer til maling og tætningmaterialer, syntetiske harpiksmaterialer, termoplastik, gummiprodukter, filtre), isoleringsbranchen (varme, lyd og brandisolering), papirindustrien (asbestpapir, omstillingsbord), fremstilling af bremse- og koblingsbelægninger, skibsbygning og vognkonstruktion. Eksponering over for asbestfibre var ligeledes betydelig i forbindelse med nedrivnings-, renovations- og vedligeholdelsesarbejde.

Asbesteksponering kan forekomme, når asbestholdige materialer ændres eller fjernes. Virksomheder og arbejdere specialiseret i fjernelse af asbest skal være opmærksomme på, hvordan man sikkert behandler disse materialer. Andre arbejdere, såsom VVS'ere, elektrikere etc., kan uden at vide af det blive eksponeret for asbestholdige materialer.

Der findes ligeledes ikke-erhvervsmæssig asbesteksponering. **Tyrkiet**, eksempelvis, har omfattende naturlige asbestaflejringer i de centrale og østlige regioner. 1.320 tilfælde af lungehindecancer (mesoteliom) blev anerkendt i Tyrkiet mellem 2005 og 2009 (WHO, 2011). Visse tilfælde kan imidlertid have skyldtes asbesteksponering fra miljøet.

For at beskytte arbejdere fra risici på arbejdspladserne har rammedirektivet (89/391/EF) om arbejdsmiljø og visse afledte direktiver etableret grundlæggende regler til beskyttelse af arbejderes helbred og sikkerhed. De udstikker forpligtelser for arbejdsgivere og arbejdere, i særdeleshed med hensyn til begrænsning af arbejdsulykker og erhvervsygdomme. Direktivet tilsigter ligeledes at forbedre instruktioner til arbejdstagere, information og høring. De eksisterende direktiver er imidlertid blot en juridisk ramme, der skal omsættes til praktiske procedurer.

Tilvejebringelse af information om mere sikre erstatninger såvel som udvikling af økonomiske og teknologiske mekanismer til at stimulere erstatning og fjernelse bør være et vigtigt mål i de nuværende asbestpolitikker inden for sundhed på arbejdspladserne såvel som folkesundhed. Substitutionsportalen **SUBSPORT**² præsenterer for eksempel adskillige tilgængelige materialer, der kan erstatte byggematerialer af asbestcement og andre asbestprodukter. Erstatninger indbefatter syntetiske og naturlige fibre, såsom polyvinylalkohol, polypropylen, cellulose, nåletræscellulose, bambus, sisal, kokos, flis fra rotang og tobaksstilke med eventuel mikrosilica, flyveaske eller aske af risavner etc. (SUBSPORT - 2013, WHO - 2005).

Sundhedsmæssige konsekvenser

Sundhedsrisiciene forbundet med asbest var allerede blevet anerkendt i starten af det 20. århundrede. I 1973 konkluderede eksperter fra det International Agency for Research on Cancer (IARC) Monograph Working Group, at der var tilstrækkeligt bevis for carcinogenicitet hos mennesker og ved langtidsstudier på forsøgsdyr. Alle asbesttyper har en harmoniseret klassifikation ifølge CLP-forordningen (nr. 1272/2008): H350 – kan fremkalde cancer, H372 - forårsager organskader ved længerevarende eller gentagen eksponering.

Asbest er farligt for menneskers sundhed, når det inhaleres. Selv lave koncentrationer af asbestfibre i luften kan forårsage meget alvorlige sygdomme. Asbest er farligt, fordi dets fibre har en krystallinsk struktur. Når det behandles mekanisk, revner fibrene på langs i et stigende antal små

2. Nyttige informationer om substitution, herunder relevant lovgivning, redskaber og praktiske eksempler kan findes på SUBSPORT's hjemmeside www.subsport.eu

fibriller, der kan spredes over et stort område. Hvis de inhaleres i løbet af behandlingen, er det svært for kroppen at nedbryde dem eller skille sig af med dem.

Asbestfibre kan blive i lungevævet i mange år og kan forårsage adskillige sygdomme. Derfor skal eksponering over for luftbårne asbestfibre forhindres. Alle asbestrelaterede sygdomme har en lang latenstid (sædvanligvis mellem 10 og 40 år fra starten af eksponeringen). Risikoen tiltager både med længden af eksponeringen og eksponeringens intensitet. Tabel 2 viser en oversigt over asbestrelaterede sygdomme fra de nationale lister over erhvervssygdomme i EU-lande.

Tabel 2: Asbestrelaterede erhvervssygdomme i EU-lande

Faktorer	Latensperiode	Sygdomme
<ul style="list-style-type: none"> Fibertype Fiberstørrelse Fiberdosis Industriproces Koncentration Eksponeringslængden Eksponeringstype (arbejde, hjem, miljø) Rygning Allerede eksisterende lungesygdom 	10 til 40 år	<ul style="list-style-type: none"> Akut og kronisk bronkitis Asbestose Bronkiecancer Gastrointestinalcancer Strubekræft Lungehindecancer (lungehinde, bughinde, hjertesæk) Hjertesæksfortykkelse og plaques (lungehindefortykkelse) Lungehindefortykkelse, udsivning, hyalinose, eksudater og sammenklapning af lunge

I takt med, at sundhedskonsekvenserne forbundet med asbesteksponering blev tydelige, steg presset fra offentlighedens side, og det blev krævet, at anvendelsen af asbest skulle kontrolleres. I visse industrialiserede lande, såsom Tyskland og Frankrig, oplevede man i de sidste årtier af det forrige århundrede en nedgang i eksponering og ligeledes nedgang i tilfældene af asbestose og lungehindefortykkelse (pleurale plaques). Antallet af lungehindecancer og

lungehindecancer steg imidlertid, og de er på nuværende tidspunkt de mest hyppige sygdomme forbundet med asbesteksponering i disse lande. I mindre industrialiserede lande er sygdomsdata sparsomme, og eksponeringen forbliver høj; dødelighedsraten kan toppe i fremtiden. De følgende bokse indeholder informationer om asbestrelaterede sygdomme fra IBAS' database³.

Asbest, der i lang tid var et "geologisk mirakel", bliver et synonym for smerte og død, og ét af den industrialiserede verdens problemer.

Savića og Fajković (2007)

Asbestose Ved denne sygdom omdannes lungevæv til arvæv, hvilket hæmmer lungernes elasticitet. Dette begrænser lungernes evne til at udvide sig og forsinket deres evne til at udveksle gasser, hvilket medfører, at blodet ikke iltes tilstrækkeligt. Dette resulterer i, at ofrene oplever meget ubehagelige tilfælde af åndenød, og i svære tilfælde kan det være fatalt. Denne sygdom kan vare mellem 15-20 år fra første eksponering til sygdommens udbrud.

Lunsecancer Ved lunsecancer sker der en ukontrolleret cellevekst i lungernes væv, hvilket danner en malign tumor. Tumoren vokser dernæst ind det omkringliggende væv og blokerer for luftpassagen. Lunsecanceren forårsages ligeledes ofte af tobaksrygning. Denne sygdom kan tage 20 år om at bryde ud efter den første eksponering. Denne tidsforsinkelse kaldes latenstiden.

3. IBAS – International Ban Asbestos Secretariat, <http://www.ibasecretariat.org/>

Mesoteliom Betragtes som den mest alvorlige asbestrelaterede sygdom. Denne form for cancer påvirker hovedsageligt lundehinden (pleura) og bughinden, men kan ligeledes forekomme i hjertesækken eller en membran, der omgiver testiklerne. Sygdommen er nærmest udelukkende forbundet med asbesteksponering. Det kan tage 30-40 år fra den første eksponering til sygdommen bryder ud, og sygdommen er næsten med sikkerhed fatal, inden for et til to år efter diagnosen stilles. Denne sygdom kan ikke kureres.

Andre cancertyper Asbestose er ligeledes blevet forbundet med andre typer tumorer såsom karcinomer i strubehoved, bronkier, nyre og andre steder såsom cancer i mave-tarmkanalen.

Andre luftvejssygdomme Lungehindesygdomme er de mest almindeligt forekommende asbestrelaterede sygdomme. Lungehinderne anses for mere sensitive over for asbest end lungevæv. Lungehindesygdomme kan forekomme som opsamling af væske i lundehinden, plaques, hyalinose eller fortykkelse, såvel som sammenklapning af lungen. Lungehindefortykkelse er tilbøjelig til at forekomme 20–30 år efter eksponering. Den eneste medicinske årsag til denne sygdom er asbest. Lungehindefortykkelse er en kronisk tilstand, der ikke kan kureres, og som normalt tager ti år at udvikle efter første eksponering for asbest.

Akut og kronisk bronkitis kan ligeledes forekomme efter erhvervsmæssig- eller miljømæssig asbesteksponering. Bronkitis betyder, at rørene, der fører luft til lungerne, er betændte og irriterede. Akut bronkitis opstår ofte hurtigt og forbedres efter to til tre uger. Det kan være mere alvorligt for ældre personer, børn og personer med andre helbredsproblemer. Kronisk bronkitis er tilbagevendende og kan vare i lang tid. Patienten har hoste med slim næsten hver dag i tre måneder i løbet af et år og mindst to år i træk.

Anerkendelse af asbestrelaterede erhvervssygdomme

I artikel 8 i ILO's konvention nr. 121 om erstatning ved arbejdsskader, 1964, angives forskellige muligheder vedrørende formen af identifikation og anerkendelse af erhvervssygdomme, der giver arbejdere ret til erstatning. Der findes generelt tre systemer:

- Åbent system (hver sygdom med tilstrækkeligt bevis for, at den er forårsaget af erhvervsmæssig eksponering, anses for at være en erhvervssygdom)
- Lukket system (kun sygdomme, der er opført på den nationale liste over erhvervssygdomme kan anerkendes som sådanne) f.eks. i **Kroatien, Cypern, Litauen, Polen og Serbien**
- Blandet system (en kombination af åbne og lukkede systemer), f.eks. i **Bulgarien, Tjekkiet, Estland, Ungarn, Letland, Rumænien, Slovakiet, Slovenien og Tyrkiet**.

Resultaterne af denne forskningsundersøgelse viser, at alle landene, der tages højde for i forbindelse med dette projekt, har vedtaget EU-listen over erhvervssygdomme i egne lovrammer. Alle disse lande anerkender de vigtigste asbest-relaterede sygdomme: asbestose, mesoteliom og lungecancer. Andre ikke-maligne pleurale, hjertesæk- og bronkiesygdomme anerkendes kun af visse lande som erhvervssygdomme, der kan tilskrives indånding af asbestfibre. Cancer andre steder, såsom i strubehoved, bronkier og mave-tarmkanal, anerkendes kun af visse lande.

Andre anerkendte asbestrelaterede sygdomme indbefatter akut og kronisk obstruktiv bronkitis og andre lungehinde- og hjertesæksygdomme.

Strubehovedcancer blev anerkendt som en erhvervssygdom i **Litauen, Letland og Slovenien** i 1990'erne og på **Cypern**, i **Tjekkiet** og **Rumænien** efter år 2000.

Bronkiecancer blev anerkendt som en erhvervssygdom i **Polen** (1976), **Kroatien** (1990), **Litauen** (2006) og **Cypern** (2007).

Akut bronkitis blev inkluderet på den nationale liste over erhvervssygdomme i **Rumænien** (2005) og kronisk obstruktiv bronkitis i **Polen** (1989).

Andre lungehindsygdomme er anerkendt i lande, såsom **Bulgarien**, **Kroatien**, **Tjekkiet** og **Polen**. Andre hjertesæksygdomme anerkendes i **Bulgarien**, **Kroatien** og **Polen**.

I **Tyrkiet** kan sammenklapning af lunge og cancere andre steder ligeledes anerkendes. Anekdotiske rapporter fra Tyrkiet indikerer, at få, hvis overhovedet nogen, ofre modtager nogen som helst form for compensation for disse erhvervssygdomme. De officielle datoer for anerkendte asbestrelaterede sygdomme er imidlertid ikke tilgængelige.

Sygdomme, såsom akut og kronisk obstruktiv bronkitis, lungehinde- og hjertesæksygdomme, er ikke særligt kendte og anerkendes kun af visse lande som erhvervssygdomme, der skyldes inhalering af asbestfibre. De er godartede sygdomme, og der er derfor en mindre ensartet tilgang til dem end til andre sygdomme, hvad anerkendelse angår.

Typerne af asbestrelaterede sygdomme i EU-landene og årstallet for deres optagelse på den nationale liste over erhvervssygdomme ses i den følgende tabel.

Table 3: Anerkendelse af asbestrelaterede sygdomme og årstallet for optagelse på de nationale lister over erhvervssygdomme

Land	Asbestose	Lunge-cancer	Meso-teliom	Lungehinde-fortykkelse	Andre
Bulgarien	+	+	+	+	+
Kroatien ⁴	1990	1990	1990	1990	1990
Cypern	2007	2007	2007	2007	2007
Tjekkiet	1947	1947	1996	1996	1996, 2011
Estland	2005	2005	2005	2005	-
Ungarn	1958	2007	2007	2007	2007
Letland	2006	2006	2006	2006	2006
Litauen	2006	2006	2006	2006	2006
Polen	1976	1976	1976	2002	1976, 1989, 2002
Rumænien	1985	1998	2005	2005	2005
Serbien	1975	+	+	-	-
Slovakiet	1947	2003	2003	-	-
Slovenien	1997	1997	1997	1997	1997
Tyrkiet	1972	1972	1972	1972	1972

+ Dato ukendt, - ingen anerkendelse

Kriterier for anerkendelse

Fremgangsmåderne til opnåelse af en diagnosticering af en asbestrelateret sygdom kræver medicinske undersøgelser, arbejds historie og kliniske undersøgelser. Der findes mange redskaber til hjælp for diagnosticeringen af erhvervssygdomme, som er specifikke for hvert land. Disse er overvejende håndbøger, retningslinjer og protokoller til vurdering, der er nyttige for eksperter, når det kommer til anerkendelse af ofres krav.

De mest anvendte retningslinjer er Helsinki-kriterierne fra 1997 til diagnosticering af asbest og cancer, og ILO's praktiske guide "National

4. Listen over erhvervssygdomme har eksisteret siden 1984 på en frivillig basis

System for Recording and Notification of Occupational Diseases". Eksempelvis **Polen**, **Kroatien** og **Slovakiet** anvender Helsinki-kriterierne. **Bulgarien**, **Tjekkiet**, **Ungarn**, **Serbien**, **Slovenien** og **Tyrkiet** anvender ILO's internationale klassificering af støv-lungesygdomme vha. røntgen af thorax/brystet⁵.

Letland anvender Kommissionens dokument fra 2009 "Informationsnotater om erhvervssygdomme: en guide til diagnose".

Cypern arbejder i øjeblikket på et udkast til nationale retningslinjer om diagnosticeringskriterier for erhvervssygdomme.

Estland har imidlertid ingen etableret måde til anerkendelse af erhvervssygdomme. Det ville ikke desto mindre være nyttigt at have en aftalte kriterier for diagnosticering, anerkendelse og kompensation for erhvervssygdomme, såsom asbestrelaterede sygdomme.

I eksempelvis **Tjekkiet** kan en erhvervssygdom ikke indberettes uden at være understøttet af en rapport fra en adækvat hygiejniker. Ifølge den tjekkiske lovgivning kan asbest anerkendes i henhold til ILO's klassifikation af støv-lungesygdomme vha. røntgen af thorax/brystet. Hyalin lungehindefortykkelse kan anvendes i henhold til Lebedová et al. (2003) som lungecancer, der opstår i kombination med hyalin lungehindefortykkelse og/eller asbestose. Der kræves ingen supplerende kriterier for mesoteliom.

Underrapportering af asbestrelaterede erhvervssygdomme

Næsten alle lande kæmper med problemet med underrapportering af erhvervssygdomme. De nævnte årsager omfatter: manglende viden, information, motivering og ekspertise blandt læger samt indberetningssystemets bureaukrati. Andre faktorer er pres fra arbejdsgivere eller kompenserende myndigheder eller forsikringssekskabers pres på arbejdsmedicinere. Arbejdstagerne kan endvidere frygte konsekvenserne, hvis de indberetter sygdomme. Omfanget af udokumenteret arbejde i lande har en større indvirkning på raten af anerkendelse af asbestsygdomme.

Der observeres som følge heraf store forskelle fra land til land i forbindelse med antallet af anerkendte asbestrelaterede tilfælde. For eksempel i **Slovenien** udgør den årlige asbestoserate (tilfælde af asbestose/population) 14,9, i **Kroatien** 5,3 og i **Polen** 2,1. I **Estland** er forekomsten af asbestose ukendt, idet der ikke systematisk indsamles data. Forklaringerne på disse forskelle er:

- størrelse af den asbesteksponerede befolkning varierer på grund af økonomiske aktiviteter (f.eks. produktion eller renovering)
- tidsforskelle i gennemførelse af bestemmelser om beskyttelse af udsatte arbejdstagere
- forskellige politikker til identifikation af arbejdstagere, der tidligere har været eksponeret for asbest; **Polen** og **Slovenien** er meget aktive inden for dette område, og deres initiativer afspejles i deres statistikker
- tidsspændet fra introduktion af europæisk lov i nationale bestemmelser; f.eks. **Tjekkiet**, **Estland**, **Ungarn**, **Letland**, **Litauen**, **Polen**, **Slovakiet**, **Slovenien** og **Cypren**, der blev optaget i EU i 2004

5. http://www.ilo.org/safework/info/WCMS_108548/lang--en/index.htm

- de forskellige nationale systemer til anerkendelse af erhvervssygdomme: den sene registrering af ikke-maligne sygdomme på listen over erhvervssygdomme.

Tabel 4 viser rater over anerkendte tilfælde af asbestrelaterede sygdomme i EU-lande over de seneste 20 år.

Tabel 4: Anerkendte asbestrelaterede sygdomme i EU-landene

Land	Asbestose rate	Lunge-cancer rate	Mesoteliom rate	Pleurale plaques rate
Bulgarien	NA	NA	NA	NA
Kroatien	5.3	0.1	0.6	14.2
Cypern	-	-	6.3	-
Tjekkiet	0.5	0.2	0.2	1.3
Estland	NA	NA	NA	NA
Ungarn	1.0	0.1	0.3	-
Letland	0.3	NA	NA	NA
Litauen	0.07	-	-	-
Polen	2.1	0.4	8.5	1.5
Rumænien	0.7	0.02	0.02	0.08
Serbien	0.06	-	-	-
Slovakiet	0.2	NA	NA	-
Slovenien	14.9	1.7	4.3	39.6
Tyrkiet	NA	NA	NA	NA

- ingen tilfælde, NA ikke oplyst

Medicinsk overvågning af eksponerede arbejdere

Samtlige lande i forbindelse med dette projekt har udarbejdet en politik til forebyggelse af risici, der kan forårsage de erhvervssygdomme, der er opført i Bilag I til anbefalingen **2003/670/EF**. I henhold til en EU-rapport har kun Slovenien officielt udstukket prioriteter for risikoforebyggelse, der primært fokuserer på asbest (EC, 2013). De nationale betingelser er imidlertid specifikke for hvert land.

Det **polske AMIANTUS-program** for profylaktiske undersøgelser, der gælder for tidligere asbesteksponerede arbejdstagere, er en retsakt, hvori lægebehandling er anført efter eksponeringens afslutning. AMIANTUS-programmet dækker 28 asbestbearbejdningsanlæg i Polen. Det er således kun nogle af de asbesteksponerede arbejdstagere, der er dækket.

Ifølge **rumænsk** lov kan en virksomhedslæge erklære, at lægelig overvågning skal fortsætte efter afslutningen af eksponering i så lang tid, det anses for nødvendigt for at sikre den pågældende persons heldbred. Pensionerede personer er ikke omfattet heraf.

I **Kroatien** indbefatter overvågning af tidligere eksponerede arbejdstagere obligatoriske, forebyggende undersøgelser, der skal foretages mindst hvert tredje år. Overvågningen skal ske over en periode på 40 år efter afslutningen af den erhvervsmæssige eksponering for asbest, uanset om der er diagnosticeret en erhvervssygdom eller ej.

I andre lande er der intet lovkrav om opfølgning af tidligere eksponerede arbejdstagere. Almindelige praktiserende læger kan sende arbejdstagere videre til medicinske undersøgelser, hvis der er tegn på sygdomsudvikling, eller en ny asbestrelateret sygdom.

Tabel 5: Overvågning af eksponering og sundhed samt oversigt over asbestsygdomme

Akkrediterede laboratorier	National og private
Metoder til overvågning af eksponering	Hyppest anvendte: optisk mikroskopi med fasekontrast

Overvågning af arbejdstagere efter eksponering	Foretages generelt ikke officielt. Undtagelser: det polske AMIANTUS-program med profylaktiske undersøgelser for arbejdstagere, der tidligere har arbejdet på asbestforarbejdningsanlæg; kroatisk lov om obligatorisk sundhedsovervågning af arbejdstagere, der i forbindelse med erhverv har været eksponeret for asbest (OG 79/07 og 139/10). Slovakisk lov om beskyttelse, fremme og udvikling af offentlig sundhed (nr. 355/2007 Coll).
Fortegnelser/registre	Fortegnelser over asbestrelaterede sygdomme føres generelt ikke separat. De indgår i andre registre. Undtagelse: det slovenske register over asbestrelaterede sygdomme , fra instituttet for erhvervsmedicin, trafik- og sportsmedicin.

Erstatning ved asbestrelaterede erhvervssygdomme

Systemerne til socialsikring i forbindelse med erhvervssygdomme varierer meget. Der er i princippet fire grundlæggende muligheder:

- Arbejdstageren bærer selv omkostningerne
- Den enkelte arbejdsgiver bærer omkostningerne (amerikansk og britisk system)
- En statslig forsikringsordning eller ordning fra den private sektor dækker disse omkostninger for arbejdsgiveren, således at ansvaret ligger i denne organisation (Litauen, Polen, Slovakiet, tilsvarende i f.eks. Tyskland)
- Staten er ansvarlig for godtgørelse og finansierer denne via de almindelige skatter (Ungarn, Rumænien, Slovenien, Tyrkiet).

Godtgørelsen dækker forskellige omkostninger:

- medicinske omkostninger
- økonomisk godtgørelse for tabt indtægt
- ydelser til personer, som personen, måtte have forsørgerpligt over, hvis pågældende afgår ved døden.

Omfanget af denne godtgørelse og dens økonomiske indvirkning afhænger først og fremmest af socialsikringsbestemmelserne for arbejdstagere (ISSA, 2006), men ligeledes af de mængder af asbest, der er anvendt i et givent land.

Tabel 6: Kompensation, førtidig tilbagetrækning og støtte til ofre

Kompensations-system	Generelt det samme som ved andre erhvervssygdomme, når der forekommer tabt eller begrænset arbejdskapacitet (20 -50 %) eller dødsfald. Der er undtagelser: Kroatien og Slovenien
Førtidig tilbagetrækning	I visse lande er der mulighed for førtidig tilbagetrækning for ansatte, der har arbejdet under sundhedsfarlige forhold.
Støtte til ofre	Generelt begrænset til statslige organer. Eksempler på NGO'er*: <ul style="list-style-type: none"> • Association of patients with asbestos-related diseases, Deskle, Slovenien, • The Croatian Asbestos Patient Association, • Clean Air Action Group, Ungarn, • Green Federation GAJA Association, Polen

* NGO'er- Ikke-statslige organisationer

De fleste EU-medlemsstater har specifikke systemer til godtgørelse for erhvervssygdomme, der adskiller sig fra systemerne for ikke-erhvervssygdomme. I de lande, der har specifikke godtgørelsessystemer, er ydelserne ofte mere generøse. De kontante ydelser kan være højere, pensionsbeløbene (i tilfælde af permanent skade) mere gunstige for offeret. Der kan endvidere

tilbydes andre ydelser, såsom rehabilitering. I de lande, der ikke har et specifikt godtgørelsessystem, er den midlertidige arbejdsudygtighed dækket under det generelle sygesikringssystem, mens invaliditet og død er dækket af de relevante bestemmelser for invaliditets eller pensionsforsikring (EC, 2013).

Støtte til asbestofre

De statslige institutioner er generelt aktive i bevidstgørelsen om asbestproblemer. Der findes eksempler på EU-landes NGO'er i tabel 6.

Internationale asbestkonferencer er vigtigt til at støtte ofre og til offentlig mobilisering. Bruxelleskonferencen den 17. og 18. september 2012 om Europas asbestkatastrofe er et eksempel på et internationalt møde. Under møderne over de to dage drøftede de delegerede en række emner, herunder nationale asbestsituationer, arbejdsmæssig eksponering og risici for almen sundhed. De undersøgte ligeledes foranstaltninger til minimering af asbestfarer: løsninger med lovgivning, medicinske protokoller og teknologier til fjernelse af asbest. Denne asbestkonference var en del af projektet med titlen 'Asbestrelaterede sygdomme i Europa' og blev afholdt af et partnerskab af fagforeningerne og offergrupper (EFBWW, IBAS, ETUC, ABEVA) med støtte fra EU. Der kan findes flere informationer om denne konference på IBAS' hjemmeside⁶.



Billede 2: Møde i Bruxelles ved konferencen om Europas asbestkatastrofe den 17. og 18. september 2012

6. IBAS, <http://www.ibasecretariat.org/lka-bruss-europes-asbestos-catastrophe-report-2012.php>

Referencer

- BGS (British Geological Survey): European Mineral Statistics 2000-04, 2004-2008, 2006-2010. A product of the World Mineral Statistics database, available at:
<http://nora.nerc.ac.uk/7996/1/EMS2000-2004.pdf>
http://nora.nerc.ac.uk/9532/1/EMS_2004_2008_web.pdf
<http://nora.nerc.ac.uk/17613/1/EMS2006-2010.pdf>
- EC (European Commission): Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects. 2013
- EUROGIP: Asbestos-related occupational diseases in Europe - Recognition - Figures - Specific systems. 2006, Paris
- Fajković H., Savić V.-J.: Asbestos as Environmental and Legal Issue. Indian Society for International Law. New Delhi, India. Conference Papers. December 2007, p. 213.-230
- IARC (International Agency for Research on Cancer): 'Man-made Vitreous Fibres' IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. 2002. Vol. 81, pp. 1-418. Available at: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol81/mono81.pdf>
- ISSA (International Social Security Association): Asbestos: towards a worldwide ban. 2006. Available at: <http://www.issa.int/Resources/ISSA-Publications/Asbestos-Towards-a-worldwide-ban>
- Kooperationsstelle Hamburg IFE (Authors: Banduch I., Lissner L.): Asbestos-related occupational diseases in Central and East European Countries, Research Report, Hamburg, 2013
- Kooperationsstelle Hamburg IFE: Survey on 'Recognition of asbestos-related diseases in Europe. Answers to the survey from:
 - ◇ Cyprus: Department of Labour Inspection, Olga Nicolaidou,
 - ◇ Croatia: Croatian National Institute of Public Health / Vlasta Dečković-Vukres,
 - ◇ Czech Republic: Department of Occupational Medicine, Charles University in Prague, Daniela Pelclova, Zdenka Fenclova,
 - ◇ Estonia: Järva County Vocational Training Center, Eveli Laurson,
 - ◇ Hungary: National Labour Office, Department of Occupational Health, Ferenc Kudász, Károly Nagy, Miklós Náray and Kálmán Kardos; Ministry of Rural Development, Enikő Csoma and Gabriella Molnár-Füle; Central Statistics Office, Károly Parlagh,
 - ◇ Latvia: Ministry of Welfare, Institute of Occupational safety and environmental health, Ivars Vanadzīņš and Jolanta Geduša,
 - ◇ Lithuania: Institute of Hygiene, Occupational Health Centre, Rasa Venckiene,
 - ◇ Poland: Labour Hygiene Division, Department of Environmental Hygiene, Chief Sanitary Inspectorate, Katarzyna Kitajewska,
 - ◇ Romania: National Institute of Public Health, Adriana Todea and Dana Mateș; National House of Public Pensions, Gheorghe Popa and Viorel Mazareanu,
 - ◇ Serbia: University of Belgrade, Serbian Institute of Occupational Health, Petar Bulat,
 - ◇ Slovakia: Regional Authority of Public Health, Dpt. Occupational Health and Toxicology, *Eleonora Fabiánová*; Public Health Authority of the Slovak Republic, Roman Otrusínik,
 - ◇ Slovenia: University Medical Center in Ljubljana, Clinical Institute of Occupational, Traffic and Sports Medicine, Metoda Dodic-Fikfak and Alenka Franko,
 - ◇ Turkey: Turkish Medical Association, İbrahim Akkurt; Istanbul Health and Safety Labour Watch, Asli Odman
- HNCI (National Cancer Institute): Asbestos Exposure and Cancer Risk. Last update on 05.01.2009. 2013, available at: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/asbestos>
- USGS (United State Geological Survey): 2013 Minerals Information, available at: <http://minerals.usgs.gov/minerals/pubs/country/europe.html#rb>
- WHO (World Health Organisation): Report of the World Health Organisation workshop on mechanisms of fibre carcinogenesis and assessment of chrysotile asbestos substitutes. 8–12 November 2005. Lyon, France
- WHO (World Health Organisation): National Programmes for Elimination of Asbestos Related diseases: Review and Assessment. 07-08 June 2011. Bonn

