

mgr inż. JOANNA KURPIEWSKA
 dr inż. JOLANTA LIWKOWICZ
 Centralny Instytut Ochrony Pracy
 – Państwowy Instytut Badawczy

Występowanie zawodowych chorób skóry w Unii Europejskiej



Fot. Marilyn Barbone/Bigstockphoto

W artykule omówiono metody zbierania danych dotyczących liczby zachorowań na zawodowe choroby skóry rąk w różnych krajach świata. W Wielkiej Brytanii są to systemy EPIDERM, OPRA, THOR, w krajach nordyckich: NOSQ-2002/SHORT i NOSQ-2002/LONG, a we wszystkich krajach europejskich – EODS.

Occupational dermatitis occurrences in European Union

Methods of data collection related to worldwide hand dermatosis have been presented in the article. In the United Kingdom the following systems are used: EPIDERM, OPRA, THOR, in Nordic countries such data being NOSQ-2002/SHORT and NOSQ-2002/LONG, while in all European states EODS system is present.

Wstęp

Zawodowe choroby skóry w krajach Unii Europejskiej znajdują się na liście najważniejszych zagrożeń, związanych z narażeniem na chemikalia, ale również na czynniki biologiczne bądź fizyczne. W wielu krajach Wspólnoty znajdują się na drugim miejscu najczęściej występujących chorób zawodowych, tuż po schorzeniach mięśniowo-szkieletowych [1].

Mimo przekonania, że czynniki narażenia na zawodowe choroby skóry są dość dobrze rozpoznane i istnieje możliwość zastosowania różnych środków ochrony skóry rąk, problem dużej liczby zachorowań na te choroby jest ciągle bardzo istotny. Zagadnienie to jest na tyle ważne, że od 2005 r., co dwa lata, odbywają się konferencje poświęcone narażeniu skóry na czynniki chemiczne na stanowiskach pracy i w jej środowisku (*Occupational and Environmental Exposures of Skin to Chemicals – OEESC*). W trakcie pierwszej konferencji, w Sztokholmie, stwierdzono, że „aktualny stan wiedzy pozwala prowadzić działania prewencyjne, prowadzące do zmniejszenia narażenia

na czynniki szkodliwe, do których zaliczono substancje drażniące i pracę w „środowisku mokrym”.

Definicję „mokrego zawodu” przyjęto wg przepisów niemieckich *Technische Regeln für Gefahrstoffe TRGS 531* [2], dotyczących wpływu „mokrego środowiska” na skórę, określając sytuację, gdy pracownik spędza dużą część czasu pracy (więcej niż jedną czwartą zmiany – 2 godziny) trzymając ręce w środowisku mokrym lub przez podobną ilość czasu nosząc szczelne rękawice ochronne, bądź w sytuacji, gdy musi często myć ręce.

Zawodowe choroby skóry

W wielu krajach UE zawodowe choroby skóry zalicza się do najczęściej występujących chorób stanowiących aż 30% wszystkich zawodowych chorób, z powodu których zwolnienie jest płatne [3]. W niektórych krajach proporcja ta spadła w ostatnich latach, ponieważ inne choroby (szczególnie choroby mięśniowo-szkieletowe) zaczęto kwalifikować jako choroby zawodowe. To spowodowało

wzrost całkowitej liczby zgłaszanych zawodowych chorób i spadek proporcji w stosunku do chorób skóry, których powszechność zachorowań pozostała na tym samym poziomie.

Rejestry chorób zawodowych dostarczają danych opartych na zgłoszeniu zawodowej choroby skóry. Częstość rejestrowanych zawodowych chorób skóry – *Occupational Skin Diseases (Occupational Contact Dermatitis – OCD)* w większości krajów świata wynosi 0,5 ÷ 1,9 przypadków na 1000 pełnoetatowych pracowników rocznie, natomiast częstość zachorowań w rolnictwie, budownictwie i przemyśle produkcyjnym przekracza tę średnią. Stosunkowo wysoka liczba zachorowań jest notowana w przemyśle: skórzanym, metalowym, spożywczym, chemicznym i gumowym.

Metodologie badań chorób skóry rąk w UE

Metodologia badań, np. Eurostatu, uwzględniła dwa główne typy wskaźników charakteryzujących występowanie chorób: liczbę

przypadków zachorowań i ich powszechność, definiowaną jako liczbę przypadków zachorowań na 1000 zatrudnionych.

Próba badania epidemiologii OCD w UE wykazała, że państwowe archiwa są zazwyczaj niekompletne, a w wielu krajach brakuje systematycznego rozpoznawania i rejestrowania chorób skóry (a łagodniejsze przypadki w ogóle nie są rejestrowane).

Różnice w informacjach na temat liczby zachorowań na zawodowe choroby skóry wynikają z faktu, że każdy z członków Wspólnoty ma swój własny system zgłaszania chorób. Ich rejestracja w niektórych krajach (choćby we Francji) jest oparta na zgłaszaniu jako zawodowe tych chorób, wobec których przysługuje płatne zwolnienie (wg opublikowanego rejestru). Z kolei w Stanach Zjednoczonych, dane o zawodowych chorobach skóry pochodzą z rocznego przeglądu dokonywanego przez Bureau of Labour Statistics [4] – liczba zachorowań na OCD podana jest tam w tabelach wyszczególniających sektor przemysłu i wykonywane prace. Choroby skóry stanowiły w 2009 roku ok. 17% ogółu chorób zawodowych, a częstość ich występowania wynosiła 3,4 (liczba zachorowań na 10 tys. pełnoetatowych pracowników rocznie).

The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) ocenia, że choroby skóry związane ze stanowiskiem pracy stanowią 15-20% wszystkich zanotowanych przypadków chorób zawodowych w USA, a całkowity roczny koszt (obejmujący stracone dni pracy i straty w produkcji) sięga 1 miliarda dolarów. Zawodowe kontaktowe choroby skóry są jak dotąd najpowszechniejszym schorzeniem i występują w 70 do 90% przypadków [5].

W Wielkiej Brytanii, zgodnie z podjętym tam w 1993 r. projektem EPIDERM [6], dotyczącym zawodowych chorób skóry, lekarze dermatolodzy w kilku ośrodkach badawczych zobowiązani są do zgłaszania potwierdzonych albo podejrzewanych przypadków zawodowej choroby skóry, z uwzględnieniem zawodu pacjenta. Jest to dobrowolny system, który dostarcza informacji o OCD i czynnikach za nie odpowiedzialnych. Już w trakcie pierwszych 6 lat funkcjonowania dermatolodzy odnotowali aż ok. 12,5 tys. nowych przypadków OCD. Celem tego systemu jest określanie zasięgu OCD w Zjednoczonym Królestwie, umożliwienie podjęcia kroków w celu zmniejszenia liczby zachorowań i monitorowanie tych zmian. Od 1996 r. w Wielkiej Brytanii rozpoczął działalność system OPRA (*Occupational Physicians Reporting Activity*) zbierający dane o występowaniu zachorowań od lekarzy medycyny pracy.

Obecnie EPIDERM i OPRA współdziałają w systemie THOR (*The Health and Occupational Reporting*), dostarczającym regularnie

danych statystycznych od 1999 r. Według danych tego systemu z 2006 r. częstotliwość występowania zawodowych chorób skóry wynosiła 125 przypadków na milion pracowników rocznie (powyżej 3500 przypadków), z czego 68% stanowiły kontaktowe zapalenia skóry. Jednocześnie o powszechności zjawiska „problemy ze skórą” świadczą wyniki państwowych badań ankietowych w latach 2006-2007 pt. „Self-reported Work-related Illness” (SWI), według których na choroby skóry uskarża się ok. 29 tys. osób. Badania w tym systemie prowadzone były okresowo od 1990 r., a od 2003 r. corocznie.

Badania ankietowe

Ze względu na fakt, że wiarygodna statystyka chorób skóry istnieje w bardzo niewielu państwach, a występowanie chorób skóry rąk jest coraz częstsze i związane z szeregiem problemów dotyczących zarówno dyskomfortu życia, jak i kosztów ponoszonych na leczenie, zwolnienia, odszkodowania, zmianę zawodu, renty itp. – kraje nordyckie: Szwecja, Norwegia, Finlandia, Islandia oraz Dania zainicjowały działania umożliwiające uzyskanie jak najwięcej danych na temat epidemiologii OCD. W tym celu grupa specjalistów zgrupowanych w *Nordic Occupational Skin Questionnaire Group* opracowała nowy kwestionariusz ankietowy (NOSQ-2002) – dla narażonych na pracochodne choroby skóry i ekspozycję na czynniki środowiskowe [7, 8]. Ów kwestionariusz powstał dzięki wykorzystaniu już istniejących formularzy oraz wieloletniego doświadczenia ekspertów. Opracowana została również skrócona wersja dokumentu, umożliwiająca obserwację i monitorowanie zawodowych chorób skóry zarówno w całej populacji, jak i na stanowiskach pracy.

Publikacja NOSQ-2002 zawiera, niezależnie od kwestionariusza, obszerny podręcznik dla badacza dotyczący planowania i prowadzenia obserwacji choroby skóry rąk oraz poszukiwania związku choroby z czynnikami narażenia. NOSQ-2002 został opracowany w języku angielskim i przetłumaczony na duński, szwedzki, fiński, islandzki. W Internecie jest on dostępny pod adresem: http://osha.europa.eu/en/news/nordic_questionnaire_2008-04-17.

Zastosowanie tego kwestionariusza ma usprawnić badania dotyczące zawodowych chorób skóry, umożliwiając zebranie ujednoliconych danych, które mogą być porównywane w zakresie samych badań oraz wyników na forum międzynarodowym.

Badania epidemiologiczne dostarczają informacji dotyczących przyczyn i zakresu występowania chorób. Wyniki badań ankietowych zależą od założonej definicji zachorowania, która podobnie jak pytania zawarte w formularzu powinna być bardzo konkretna.

Metoda powinna być na tyle „czuła”, aby wykryć chorobę i „selektywna”, by wychwycić jej brak. Opracowana metoda, zweryfikowana w Szwecji przez porównanie opinii respondentów z oceną dermatologów wykazała czułość – 87% i selektywność – 79%.

Zawodowe choroby skóry w różnych krajach

Na podstawie dostępnych publikacji można stwierdzić, że kompleksowy program zgłaszania zachorowań na OCD, który funkcjonował w Danii w latach 90., pozwolił określić częstość występowania tych zachorowań – ok. 0,8 przypadku na 1000 pracowników rocznie.

Według danych Finnish Institute of Occupational Health. *Register of occupational diseases* z 2007 r. zawodowe choroby skóry – stanowiły w Finlandii 19% ogólnej liczby chorób zawodowych.

Zawodowe choroby skóry stanowią w Niemczech ok. 30% wszystkich zarejestrowanych zawodowych chorób. W 2008 roku na 25 tys. przypadków wystąpienia choroby zawodowej 9,5 tys. zaliczono do OCD. W Północnej Bawarii przeprowadzono dokładne badanie w celu sklasyfikowania wszystkich przypadków zawodowych chorób skóry, wykluczając raka skóry. W ciągu 9 lat (1990-1999) odnotowano 5283 przypadki orzeczenia choroby skóry związanej z pracą. Przy współpracy Bundesanstalt für Arbeit [9] określono liczbę wszystkich osób zatrudnionych w różnych zawodach (sklasyfikowanych do 24 grup) w danym okresie. Choroby skóry związane z pracą stwierdzono w 3097 przypadkach. Wskaźnik występowania wynosił 6,7 przypadków na 10 tys. zatrudnionych rocznie. Największa liczba zachorowań dotyczyła fryzjerów – 856 przypadków, pracowników służby zdrowia – 481 przypadków i pracowników przemysłu metalowego – 260. Okres wylegania choroby był bardzo krótki: ok. 2 lata u fryzjerów, 3 lata w przemyśle spożywczym i ok. 4 lata w służbie zdrowia i u pracowników przemysłu metalowego.

Od 2001 r. zbierane są w Europie dane dotyczące chorób zawodowych w ramach projektu European Occupational Diseases Statistics (EODS) – Europejskiej Statystyki Chorób Zawodowych. W raporcie *Health in Europe* [10] opublikowano dane dotyczące wszystkich nowych przypadków zachorowań zakwalifikowanych przez instytucje państwowe w 2002 r. dostępne dla 11 krajów członkowskich. Według nich kontaktowe choroby skóry znajdowały się na 4. miejscu – 13,4%, w stosunku do wszystkich chorób zawodowych. W raporcie podano dwa istotne zastrzeżenia wpływające na te dane statystyczne: po pierwsze, zawierają one ściśle przypadki zachorowań na chorobę uznaną w prawodawstwie (nie uwzględniono

innych typów chorób spowodowanych pracą), po drugie – nie wszystkie przypadki zachorowań są zgłaszane do odpowiednich instytucji.

W Danii kontaktowe choroby skóry są najczęściej występującą chorobą zawodową. W ubiegłych latach The Danish National Board of Industrial Injuries przeprowadził badania wśród 758 osób chorych. Dermatozy występowały najczęściej u osób zatrudnionych w „mokrych zawodach” – 43% przypadków, 19% chorych przebywało na zwolnieniach dłużej niż 5 tygodni, a mediana czasu trwania choroby wynosiła 2,1 roku. Ponadto choroby skóry z podrażnienia powodują produkty spożywcze – 11,9%, oleje – 10,3% i czynniki mechaniczne – 6,2%. Na uwagę zasługuje fakt, że dość duża liczba chorób skóry spowodowana jest przez rękawice ochronne – 10,6%. W sumie u 68,2% badanych występowały stałe zmiany chorobowe.

Przeprowadzone w Finlandii badania [11] wykazały, że dermatozy są drugą co do powszechności występowania OCD wśród mechaników i stanowią 27% wszystkich chorób zawodowych występujących w tym zawodzie. Mechanicy stanowią tam dużą grupę zawodową, liczącą ok. 19 tys. zatrudnionych, co stanowi 0,8% siły roboczej. Głównymi czynnikami powodującymi wyprysk z podrażnienia były: oleje i emulsje szlifierskie, oleje i smary oraz rozpuszczalniki organiczne. Wyprysk alergiczny wywołany był przez formaldehyd, oleje i emulsje szlifierskie, metale (nikiel, chrom, kobalt oraz biocydy).

W Szwecji przeprowadzono badania dotyczące dermatoz zawodowych w fabryce produkującej części do silników [12]. Zawodową dermatozę stwierdzono u 14% osób zatrudnionych przy obróbce metali. Głównymi czynnikami wywołującymi stan zapalny skóry były emulsje szlifierskie i biocydy.

U pracowników 9 zakładów pracy z sektora przemysłu gumowego przeprowadzono w Holandii badania pod względem występowania dermatoz zawodowych [13]. Zastosowano 2 metody badania: pracownicy byli badani przez dermatologa i wypełniali ankiety samooceny stanu skóry. Występowanie dermatoz

zmieniało się w zakresie 6,9% do 38,1%, przy czym wyniki samooceny świadczyły o mniejszej liczbie przypadków choroby, niż wynikało to z badań dermatologicznych.

A jak sytuacja dotycząca profilaktyki zawodowych chorób skóry przedstawia się w Polsce? Publikacji na ten temat jest niewiele. W opracowaniu Instytutu Medycyny Pracy [14] można przeczytać: „Średni i roczny wskaźnik zapadalności na zapalenie skóry w Danii wynosił 26, w Polsce – 8, a zatem trzykrotnie mniej. Można przypuszczać, że powodem tego jest nieprawidłowe funkcjonowanie służb medycyny pracy, w tym ośrodków diagnostycznych, a także brak wiedzy samych pracowników o zagrożeniach, wynikających z lekceważenia początkowo banalnych zmian zapalnych skóry oraz niekiedy ukrywanie dolegliwości z powodu lęku przed bezrobociem, a nie odmienne warunki środowiskowe lub mniejsza podatność na uczulenia polskich pracowników”.

Podsumowanie

Na podstawie przeglądu literatury europejskiej można stwierdzić, że w Europie problem zawodowych chorób skóry rąk jest doceniany i traktowany bardzo poważnie. Liczba publikacji na ten temat zwiększa się z roku na rok.

W Polsce problem dermatoz zawodowych wydaje się być niedoceniany, o czym świadczy mała liczba rejestrowanych przypadków zachorowań. Brak właściwego diagnozowania chorób i odpowiedniej profilaktyki jest bardzo niekorzystny, gdyż pracownicy pozbawieni są opieki medycznej i dlatego zwykła choroba może się zaostrzyć. Leczenie zaawansowanej zawodowej choroby skóry rąk jest kosztowne, długotrwałe, a czasem nieskuteczne.

Ochrona skóry rąk przed dermatozami wymaga specjalistycznej wiedzy; wiadomo, że najlepszą ochronę zapewniają odpowiednio dobrane rękawice ochronne. Badania niemieckie wykazały m.in. skuteczność środków ochrony skóry przy zapobieganiu przenikaniu przez skórę aromatycznych amin u pracowników przemysłu gumowego.

Jednak w sytuacjach, gdy nie stosuje się z różnych powodów rękawic ochronnych (wykonywanie prac precyzyjnych, uczulenie na rękawice, zwłaszcza z gumy naturalnej, urządzenia z elementami wirującymi, itp.) należy stosować dopasowane do występujących w miejscu pracy zagrożeń środki ochrony skóry. Kompendium wiedzy na ten temat można znaleźć w broszurze pt. „Środki ochrony skóry. Wymagania, dobór, stosowanie”, dostępnej w bibliotece CIOP-PIB oraz na stronie internetowej Instytutu.

PIŚMIENNICTWO

- [1] *Occupational skin diseases and dermal exposure in the European Union (EU-25) policy and practice overview*. EN 6. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008
- [2] TRGS 531 Gefährdung der Haut durch Arbeiten im feuchten Milieu (Feuchtarbeit) http://www.umwelt-online.de/recht/t_regeln/trgs/ueber.htm
- [3] O. Carstensen, K. Rasmussen, A. Ponten, B. Gruvgerger, M. Isaksson, M. Bruze *The validity of a questionnaire-based epidemiological study of occupational dermatosis. "Contact Dermatitis"*, 2006, 55, 5, 295-300
- [4] <http://www.bls.gov/iif/oshwc/osh/os/ostb2429.pdf>
- [5] *Health & Safety Report*, October 2010, Volume 8, Issue 10
- [6] HSE Guidance Notes. Guidance Note MS 24 – Health Surveillance of occupational skin disease. [on line] [dostęp: 2008-08-29] <http://www.hse.gov.uk/pubns/ms24.pdf>
- [7] P. Susitaival, M.-A. Flyvholm, B. Meding, L. Kanerva, M. Lindberg, Å. Svensson, J. H. Ölafsson *Review Article Nordic Occupational Skin Questionnaire (NOSQ-2002): a new tool for surveying occupational skin diseases and exposure. "Contact Dermatitis"*, 2003, 49, 2, 70-76
- [8] "Occupational Health Statistics Bulletin" 2005/2006, [on line] [dostęp: 2006-09-12] <http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/ohsb0506.htm>
- [9] L. Kanerva, P. Elsner, J. E. Wahlberg, H. I. Maibach *Condensed Handbook of Occupational Dermatology*. Springer Verlag Berlin, Heidelberg 2004
- [10] "Occupational Health Statistics Bulletin" 2005/2006, [on line] [dostęp: 2006-09-12] <http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/ohsb0506.htm>
- [11] K. Suuronen, K. Alanko, T. Tuomi, R. Jolnki *Occupational dermatoses of machinists – Finnish statistics. "Contact Dermatitis"*, 2004, 50, 196
- [12] B. Gruvberger, M. Isaksson, M. Frick, A. N. N. Ponten, M. Bruze *Occupational dermatoses in a metal plant. "Contact Dermatitis"*, 2003, 48, 80-86
- [13] R. Vermeulen, H. Kromhout, D. P. Bruynzeel, E. M. de Boer *Ascertainment of hand dermatitis using a symptom-based questionnaire; applicability in an industrial population. "Contact Dermatitis"*, 2000, 4, 2002-206
- [14] C. Pałczyński *Alergia zawodowa u pracowników służby zdrowia*. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2000

Publikacja przygotowana na podstawie wyników uzyskanych w ramach I etapu programu wieloletniego pn. „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” dofinansowanego w latach 2008-2010 w zakresie zadań służb państwowych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Koordynator: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.

Sprostowanie

W nr. 5/2011 „Bezpieczeństwa Pracy”, w artykule pn. „Pole magnetyczne wytwarzane przez wyposażenie elektroenergetyczne w budynkach (...)” na str. 19. pojawiła się nieścisłość, którą niniejszym prostujemy:

Było: „Jednak poziomy pola magnetycznego w tych pomieszczeniach, w których spędza się wiele godzin w ciągu doby, są porównywalne – a niekiedy większe od poziomów pola magnetycznego wytwarzanego przez napowietrzne elektroenergetyczne sieci przesyłowe wysokich napięć (powyżej 0,4 μT), wobec których wyniki badań sygnalizują zagrożenia zdrowia przy wieloletnim oddziaływaniu pola (m.in. zwiększone ryzyko chorób nowotworowych i neurodegeneracyjnych).”

Powinno być: „Jednak poziomy pola magnetycznego w tych pomieszczeniach, w których spędza się wiele godzin w ciągu doby, są porównywalne – a niekiedy większe od poziomów pola magnetycznego wytwarzanego przez napowietrzne elektroenergetyczne sieci przesyłowe wysokich napięć, wobec których wyniki badań sygnalizują zagrożenia zdrowia przy wieloletnim oddziaływaniu pola (m.in. zwiększone ryzyko chorób nowotworowych i neurodegeneracyjnych, opisane dla średnich ekspozycji przekraczających 0,4 μT).”