

PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI INSPEKTOR SANITARNY
W BYDGOSZCZY
WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W BYDGOSZCZY

STAN BEZPIECZEŃSTWA SANITARNEGO
WOJEWÓDZTWA
KUJWSKO-POMORSKIEGO
W 2013 ROKU

BYDGOSZCZ 2014

SPIS TREŚCI

Wstęp	5
EPIDEMIOLOGIA	7
Ocena sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i zakażeń w roku 2013	7
Choroby zakaźne objęte programem obowiązkowych szczepień ochronnych	9
Zatrucia i zakażenia pokarmowe wywołane przez czynniki biologiczne	16
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	19
Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową	19
Choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek	23
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	23
Wirusowe zapalenie wątroby typu C	25
Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS	26
Choroby inwazyjne	28
Choroby wywołane przez <i>Streptococcus pyogenes</i>	28
Choroby wywołane przez <i>Streptococcus pneumoniae</i>	29
Choroby wywołane przez meningokoki	30
Choroby wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i>	30
Neuroinfekcje	30
Choroby przenoszone przez kleszcze	31
Borelioza	31
Kleszczowe zapalenie mózgu	33
Gruźlica	34
Choroby przenoszone drogą płciową	35
Grypa i zachorowania grypopodobne	38
Choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne	39
Wykonawstwo szczepień ochronnych	39
Wnioski	44
HIGIENA KOMUNALNA	46
Ocena sanitarna placówek ochrony zdrowia	46
Wnioski	53
Stan sanitarny urządzeń do zaopatrywania w wodę. Jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi	55
Infrastruktura zaopatrzenia w wodę	55
Ocena jakości wody przeznaczonej do spożycia	55
Legionella	57
Wnioski	57
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej	59
Stan sanitarny kąpielisk i basenów kąpielowych	60
Wnioski	61
ŻYWNOŚĆ, ŻYWIENIE I PRZEDMIOTY UŻYTKU	62
Stan sanitarny obiektów produkcji i obrotu środkami spożywczymi, kosmetykami i żywienia zbiorowego	62
Jakość zdrowotna środków spożywczych, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	66
RASFF - system wczesnego ostrzegania o niebezpiecznej żywności i paszach	69
RAPEX - system wczesnego ostrzegania o produktach niebezpiecznych	71
HIGIENA PRACY	72
Środowisko pracy	72
Nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych	77
Narażenie na czynniki biologiczne szkodliwe dla zdrowia	78
Choroby zawodowe	79
Środki zastępcze	81
Wnioski	84

Narażenie na czynniki szkodliwe dla zdrowia	86
Narażenie na czynniki uciążliwe dla zdrowia	88
Wnioski	90
HIGIENA RADIACYJNA	92
Ochrona przed promieniowaniem jonizującym. Ochrona radiologiczna personelu	92
Ochrona radiologiczna pacjentów	93
Ochrona przed promieniowaniem elektromagnetycznym z zakresu 0-300 Ghz. Ochrona personelu przed polami elektromagnetycznymi.....	93
Ochrona ludności przed polami elektromagnetycznymi	95
Wnioski	95
Badania rozkładu pola elektromagnetycznego - PEM	96
Badania skażeń promieniotwórczych żywności, wody pitnej oraz paszy	96
Kontrola jakości medycznych aparatów rentgenowskich oraz badanie dawki dla pacjenta	98
NADZÓR ZAPOBIEGAWCZY	100
Odsetek i rodzaje wydanych opinii w 2013 roku	101
Wnioski	101
HIGIENA DZIECI I MŁODZIEŻY	102
Stan sanitarno-techniczny i sanitarny budynków	103
Infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego	103
Meble i sprzęt sportowy	103
Szkoły wyższe	104
Wypoczynek dzieci i młodzieży	104
Wnioski	105
ÓSWIATA ZDROWOTNA	106
Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce	106
Czyste powietrze wokół nas	107
Nie pal przy mnie, proszę	108
Znajdź właściwe rozwiązanie	108
Światowy dzień bez tytoniu	109
Światowy dzień rzucania palenia	110
Odświeżamy nasze miasta TOB3CIT	111
Światowy dzień zdrowia	112
Trzymaj formę!	113
Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS	114
Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych	115
Akademia zdrowego życia	116
ARS, czyli jak dbać o miłość?	117
Akcja edukacyjna dotycząca grzyboznawstwa oraz profilaktyki zatruc grzybami	117
Etykieta rozszyfrowana - wiem, co kupuję i jem	118
Profilaktyka zatruc pokarmowych w okresie uroczystości komunijnych	119
Wnioski	120



Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy
dr n. o zdr. inż. **Jerzy Kasprzak**

Szanowni Państwo

Niniejszym mam zaszczyt, już po raz kolejny, przekazać na Państwa ręce raport o stanie bezpieczeństwa sanitarnego w województwie kujawsko-pomorskim w 2013 roku.

Podobnie jak w poprzednich edycjach, raport przedstawia działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej, która zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985 roku (Dz. U. z 2011 r., Nr 212, poz. 1263 z późn. zm) powołana jest do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Swoje ustawowe zadania Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru nad bezpieczeństwem żywności, żywienia i przedmiotów użytku, warunkami pracy, chorobami zakaźnymi, bezpieczeństwem wody, higieną radiacyjną. Istotnym elementem działania Inspekcji Sanitarnej są również przedsięwzięcia z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Niniejszy raport o stanie bezpieczeństwa sanitarnego w województwie kujawsko-pomorskim zawiera

dane zgromadzone przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Bydgoszczy oraz uzyskane od Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych z naszego województwa na dzień 31.12.2013 r.

Znaczącym dokonaniem Inspekcji Sanitarnej w województwie w minionym roku jest wdrożenie „Programu reorganizacji nadzoru epidemiologicznego nad gruźlicą w województwie kujawsko-pomorskim”. Po raz pierwszy nadzór nad tą chorobą zakaźną prowadzony był w całości przez jednostki organizacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Dużym osiągnięciem Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy jest wprowadzenie przez Dział Laboratoryjny badania kleszczy na obecność krętków *Borrelia burgdorferi* metodą real - time PCR, polegającą na namnażaniu DNA przy pomocy specyficznych primerów oraz jednocześnie monitorowania ilości powstającego produktu w czasie rzeczywistym.

Wdrożenie pilotażowego programu nadzoru nad gruźlicą oraz wypracowanie innowacyjnych metod badań to tylko część działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwie kujawsko-pomorskim, dlatego też z nie skrywaną satysfakcją prezentuję Państwu niniejszy raport. Jednocześnie mam nadzieję, że każdy kolejny rok będzie dostarczał nam coraz korzystniejszych danych na temat sytuacji epidemiologicznej i bezpieczeństwa sanitarnego, tworząc tym samym dobre warunki do stałej ewolucji potencjału zdrowotnego mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.



EPIDEMIOLOGIA



Ocena sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i zakażeń w roku 2013

Ocenę sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych w województwie kujawsko-pomorskim opracowano na podstawie danych zgromadzonych w ramach nadzoru nad chorobami zakaźnymi prowadzonego przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 2013 roku zarejestrowano 28 880 chorób zakaźnych i zakażeń podlegających obowiązkowi zgłoszenia i rejestracji (2012 r. - 28 998). Z powodu choroby hospitalizowano łącznie 7 681 osób, co stanowi 26,6% ogółu zachorowań (2012 r. - 7 298).

Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych omawianego okresu była zróżnicowana, ale ocenić ją można jako względnie stabilną.

Obserwowane cykliczne zmiany zapadalności na niektóre choroby zakaźne związane są z sezonowością ich występowania (szczególnie tzw. choroby wieku dziecięcego) i zgodne z wieloletnimi

trendami.

W minionym roku nastąpił epidemiczny wzrost zachorowań na różyczkę, co związane jest z narastaniem populacji wrażliwej na zakażenie. Wystąpienie tzw. epidemii wyrównawczej różyczki wśród populacji nie szczepionej przeciw tej chorobie wskazuje, jak ważne są szczepienia ochronne w profilaktyce chorób zakaźnych.

Wskazać należy, że w minionym roku na teren naszego województwa nie przywleczono żadnych z najgroźniejszych gorączek krwotocznych ani też innych szczególnie niebezpiecznych czy wysoce zakaźnych chorób, jak np. cholera czy dżuma. Odnotowano natomiast 2 przypadki malarii, które dotarły do naszego województwa z Nigerii oraz 1 przypadek duru brzusznego, który został przywleczony z Indii.

Podobnie jak w latach ubiegłych, Państwowa Inspekcja Sanitarna monitorowała sytuację epidemiologiczną grypy i zachorowań grypopodobnych. Prowadzony nadzór pozwolił na zaobserwo-

Wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2009 - 2013.

Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności:

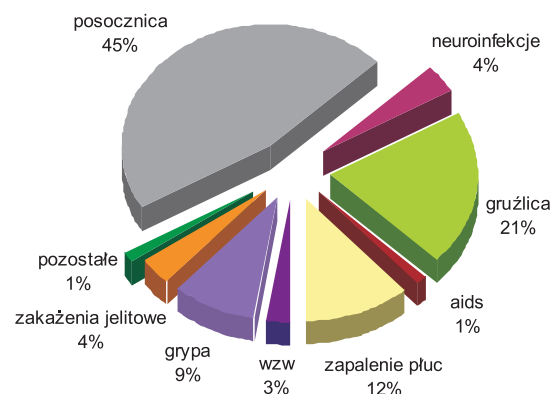
Lp.	Jednostka chorobowa	2009		2010		2011		2012		2013	
		zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.
1	Inne salmonelozы (zakażenia pozajelitowe)	7	0,34	9	0,43	15	0,72	11	0,52	15	0,72
2	Dur brzuszny	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,05
3	Dury rzekome A, B, C	1	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Czerwonka bakteryjna (szigelozа)	-	-	11	0,53	-	-	-	-	-	-
5	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	601	29,05	635	30,68	582	28,12	577	27,50	573	27,36

6	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - salmonelozowe	509	24,60	613	29,62	534	25,80	551	26,26	528	25,21
7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem	412	19,91	457	22,08	455	21,99	515	24,54	689	32,90
8	Wirusowe zakażenia jelitowe - ogółem	1606	77,62	1744	84,27	3024	146,12	2938	140,01	3309	158,02
9	Meningokokowe i inne bakt. zap. opon mózgowych i mózgu ogółem	51	2,46	67	3,24	59	2,85	50	2,38	54	2,58
10	Wirusowe zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	49	2,37	65	3,14	82	3,96	65	3,10	93	4,44
11	Płonica (szkarlatyna)	1052	50,84	920	44,45	1156	55,86	1608	76,63	1727	82,47
12	Odra	-	-	-	-	3	0,14	1	0,05	-	-
13	Różyczka	340	16,43	208	10,05	257	12,42	323	15,39	2472	118,05
14	Ospa wietrzna	9610	464,46	12941	625,30	10363	500,74	15882	756,87	12648	603,99
15	Wirusowe zapalenie wątroby - ogółem	277	13,39	337	16,28	282	13,63	316	15,06	342	16,33
16	Wirusowe zapalenie wątroby - typu A	18	0,87	5	0,24	4	0,19	4	0,19	1	0,05
17	Wirusowe zapalenie wątroby - typu B	99	4,78	113	5,46	89	4,30	105	5,00	106	5,06
18	Wirusowe zapalenie wątroby - typu C - ogółem	153	7,39	217	10,49	189	9,13	207	10,00	231	11,16
19	Wirusowe zapalenie wątroby - typu C wg definicji z 2009 r.	89	4,30	190	9,18	177	8,55	193	9,20	214	10,22
20	Wirusowe zapalenie wątroby - typu C wg definicji z 2005 r.	131	6,33	153	7,39	151	7,30	174	8,29	196	9,36
21	Wirusowe zapalenie wątroby - typu B + C (zakażenie mieszane)	3	0,14	2	0,10	-	-	-	-	4	0,19
22	Wirusowe zapalenie wątroby inne i nie określone	4	0,19	-	-	-	-	-	-	-	-
23	Świnka (nagminne zapalenie przyusznicy)	199	9,62	174	8,41	162	7,83	201	9,58	180	8,60
24	Krztusiec	168	8,12	43	2,08	145	7,01	260	12,39	120	5,73
25	Tęžec	1	0,05	-	-	-	-	1	0,05	-	-
26	Borelioza	378	18,27	356	17,20	327	15,80	349	16,63	430	20,53
27	Malaria (zimnica)	3	0,14	-	-	-	-	-	-	2	0,10
28	Włośnica	1	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-
29	AIDS	5	0,24	6	0,29	6	0,29	3	0,14	4	0,19
30	Nowo wykryte zakażenia HIV	46	2,22	31	1,50	46	2,22	24	1,14	50	2,39
31	Grypa i podejrzenia grypy - ogółem	40621	1963,24	15647	756,05	24057	1162,43	19847	945,83	107783	5147,01
32	W tym u dzieci w wieku 0 - 14 lat	23633	7293,08	5968	1848,12	8698	2705,86	8527	2634,78	52700	16504,08
33	Grypa - ogółem (przyp. potw. laboratoryjnie)	132	6,38	16	0,77	137	6,62	8	0,38	100	4,77
34	W tym u dzieci w wieku 0 - 14 lat	48	14,81	-	-	20	6,22	3	0,93	8	2,49
35	Gruźlica	437	21,14	419	20,26	406	19,63	428	20,40	351	16,76

wanie wzrostu zapadalności na tę chorobę. Taki wzrost zapadalności na grypę w województwie występuje co 2-3 lata.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych zostały przedstawione w formie tabelarycznej.

Umieralność z powodu chorób zakaźnych utrzymuje się na stosunkowo niskim poziomie. W województwie kujawsko-pomorskim w 2013 roku wynosiła 3,72 na 100 tys. ludności i była o 23,8% niższa od ubiegłorocznej. Ogółem w minionym roku zarejestrowano 78 zgonów, których przyczyną były choroby zakaźne. Wśród zarejestrowanych zgonów dominowały, podobnie jak w latach ubiegłych, zgony spowodowane przez takie choroby jak: posocznica (46,2%), gruźlica (20,5%), zapalenia płuc (11,5%) oraz grypa (9%). Podobnie, jak w latach poprzednich najczęściej zgonów odnotowano w grupie osób powyżej 60-ego roku życia, co stanowi 72% ogółu zgonów z powodu choroby zakaźnej.



Umieralność z powodu chorób zakaźnych w woj. kujawsko-pomorskim w roku 2013.

Przyczyny zgonów z powodu chorób podlegających rejestracji wg wieku:

Rok	posocznica		zapalenie płuc		wzw		neuroinfekcje		gruźlica		AIDS		grypa		zakażenia jelitowe		pozostałe		RAZEM		
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	
0							1													1	
1																					
2-4																					
5-9		1											1								2
10-14																					
15-19	1								1											1	1
20-29		2						1			1									1	3
30-39	2																			2	
40-49	7	1		1				1	3	1	1									11	4
50-59	10	5	1	1	1				4	5		1					1			17	12
60 i więcej	36	27	9	7	1	2		1	10	9				6	8	3	4	1		68	56
Razem	56	36	10	9	2	2	1	3	17	16	2	1	0	7	8	3	5	1	101	78	

Choroby zakaźne objęte programem obowiązkowych szczepień ochronnych

Choroby zakaźne, którym zapobiega się za pomocą szczepień są nadal realnym zagrożeniem, zwłaszcza dla dzieci, dlatego objęte są szczególnym nadzorem epidemiologicznym. Sytuacja epidemiologiczna takich chorób, jak: błonica, poliomyelitis,

tężec, odra, krztusiec, świnka i różyczka zależna jest w znacznym stopniu od poziomu realizacji szczepień ochronnych.

Dane o zapadalności na choroby, którym można zapobiegać przez szczepienia mają bezpośrednie przełożenie na politykę szczepień.

Obowiązkowe szczepienia ochronne, w 2013 roku, w województwie kujawsko-pomor-

skim, zostały wykonane na bardzo wysokim poziomie w odsetkach zapewniających odporność zbiorowiskową.

Tylko realizacja szczepień przeciwko błonicy, tężcowi, krzuscowi, poliomyelitis w 2013 r., w porównaniu do ubiegłego, była niższa zaledwie o 1% w grupie dzieci w 1 roku życia. Wysoki poziom zaszczepienia uzyskano natomiast u dzieci w 2 roku życia oraz w grupie dzieci i młodzieży szkolnej.

W minionym roku, tak jak w ostatnich latach, sukcesywnie uzupełniane były szczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce w populacji urodzonej po 31.12.1996 r., która nie otrzymała dwóch dawek szczepionki skojarzonej tzw. szczepienia wychwytnego. Celem tych szczepień jest wytworzenie długotrwałej odporności poszczepiennej i w rezultacie wyeliminowanie ryzyka występowania zespołu różyczki wrodzonej.

Narastającym zagrożeniem dla realizacji szczepień ochronnych są nasilające się w ostatnich latach działania ruchów antyszczepionkowych. Wzrasta liczba rodziców uchylających się lub odmawiających poddania swoich dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Rozpowszechniane w mediach nierzetelne informacje o szczepionkach i następstwach ich stosowania mają wpływ na decyzje rodziców dotyczące szczepień.

Liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień w poszczególnych kwartałach lat 2009-2013.

Rok	2009	2010	2011	2012	2013
I kwartał	25	36	76	125	126
II kwartał	33	40	63	118	138
III kwartał	32	32	67	118	148
IV kwartał	48	68	110	125	177

To niekorzystne dla realizacji szczepień ochronnych zjawisko wymaga od służb sanitarnych zwiększonej aktywności w zakresie nadzorowania realizacji szczepień obowiązkowych i ciągłej współpracy z lekarzami i pielęgniarkami. Fachowy personel medyczny powinien podejmować działania edukacyjne mające na celu zmianę postaw rodziców

odmawiających zaszczepienia swoich dzieci.

W 2013 roku w województwie kujawsko-pomorskim nie wystąpiły zachorowania na błonice, tężec i poliomyelitis.

W ramach działalności inspekcyjnej prowadzono również nadzór i monitoring ostrych porażen wiotkich u dzieci do lat 14, mający na celu potwierdzenie lub wykluczenie występowania dzikich szczepów wirusa polio. W 2013 roku zgłoszono 3 przypadki ostrych porażen wiotkich (zgodnie z kryterium WHO - liczbą wymaganą dla naszego regionu), co świadczy o właściwym poziomie czułości nadzoru epidemiologicznego.

W ramach aktywnego uczestnictwa w programie eliminacji odry, koordynowanego przez WHO monitorowaniu winny podlegać wszystkie podejrzenia zachorowań na odrę.

W roku 2013 zgłoszono w regionie 9 podejrzeń o zachorowanie na odrę, które wykluczono laboratoryjnie. W ocenianym okresie nastąpił ponad 2-krotny spadek zapadalności na krztusiec co jest zbliżone do krajowego poziomu zapadalności. Odnotowano 4 ogniska środowiskowe tych zachorowań (2 przedszkolne, 1 gimnazjalne, 1 rodzinne).

W omawianym okresie utrzymywał się obserwowany od kilku lat trend przesunięcia zachorowań na krztusiec na starsze dzieci i osoby dorosłe, u których najczęściej objawem infekcji był przewlekający się kaszel. W ograniczeniu transmisji zakażeń olbrzymią rolę odgrywa diagnostyka chorób kaszlowych u osób dorosłych i odpowiednia terapia. Dorosłe osoby stanowiąc mogą bowiem źródło zakażenia dla dzieci, które nie zostały zaszczepione.

Zjawisko cyklicznej zmienności zachorowań występuje nie tylko w przypadku krztuśca, ale również świnki, różyczki i ospy wietrznej tj. typowych chorób wieku dziecięcego.

Od wprowadzenia w 2003 roku powszechnych szczepień przeciw odrze, śwince i różyczce z użyciem szczepionki trójwartentnej u dzieci w 13-15 miesiącu życia, a od 2005 roku szczepienia przypominającego w 12 roku życia, które obecnie wykonywane są w 10 roku życia, zarysowała się tendencja spadku zachorowań na świnkę. W ostatnich latach

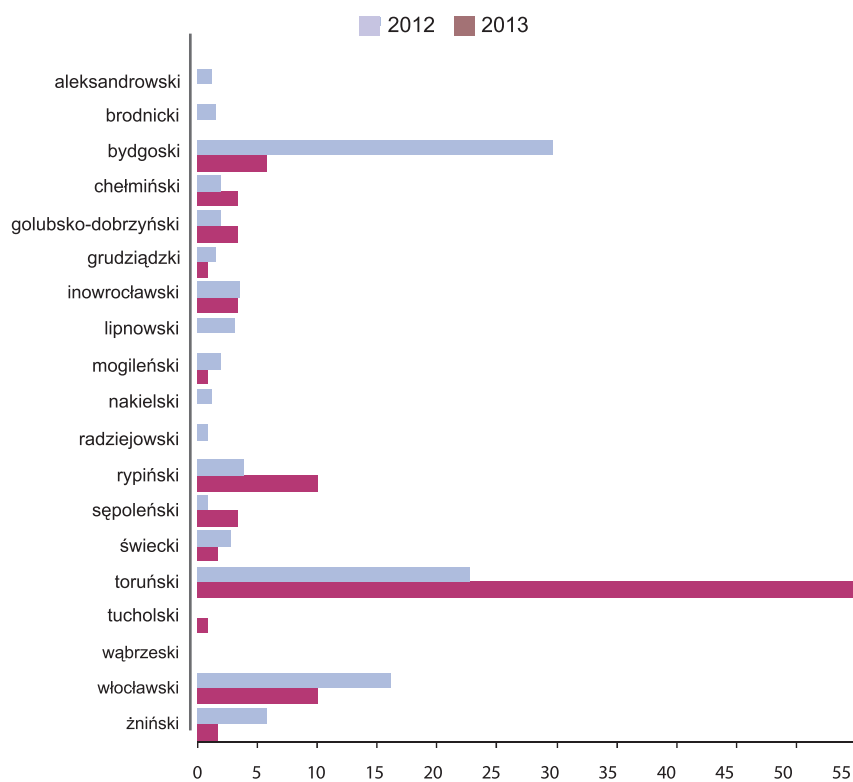
dynamika tego procesu uległa spowolnieniu.

W 2013 roku zapadalność na świnkę nieznanie spadła jednak nadal przewyższała zapadalność krajową. Analiza grup wiekowych wykazała, że najwięcej zachorowań wystąpiło w grupie dzieci

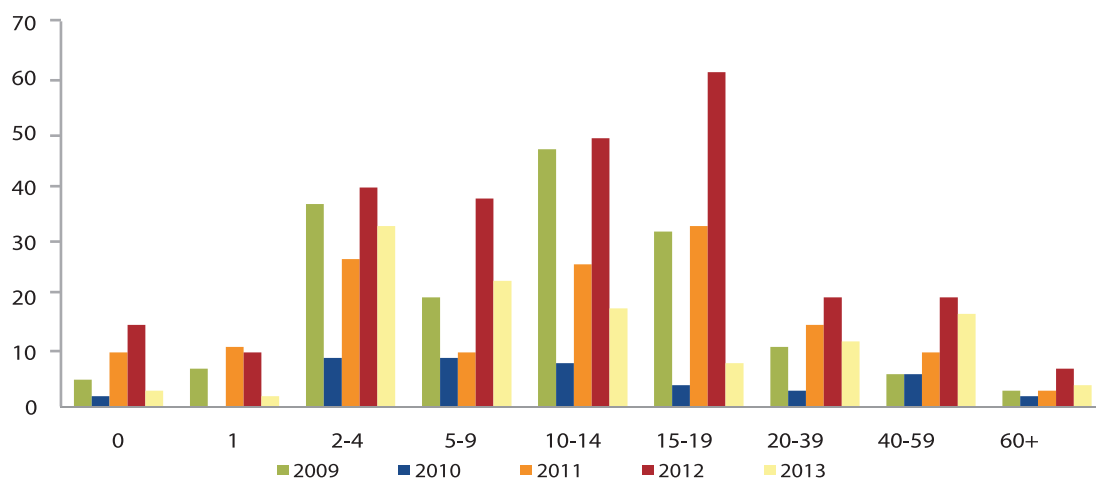
w wieku 5-9 lat (34% ogółu zachorowań) oraz w grupie dzieci w wieku 1-4 lata (21% ogółu zachorowań). Częściej chorowali chłopcy - około 60% ogółu zachorowań.

Krzusiec w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2009-2013. Zachorowania i odsetek zachorowań wg wieku:

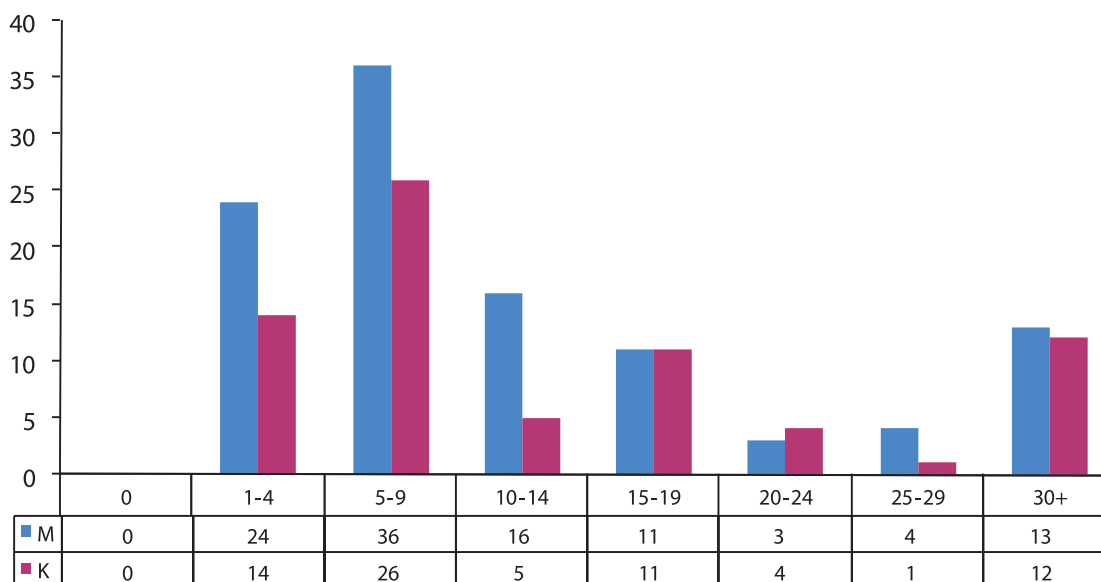
Wiek w latach	2009		2010		2011		2012		2013	
	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%
0	5	3	2	4,6	10	6,9	15	5,8	3	2,5
1	7	4,2	-	-	11	7,6	10	3,8	2	1,6
2-4	37	22	9	20,9	27	18,6	40	15,4	33	27,5
5-9	20	11,9	9	20,9	10	6,9	38	14,6	23	19,2
10-14	47	28	8	18,7	26	17,9	49	18,8	18	15
15-19	32	19	4	9,4	33	22,8	61	23,5	8	6,7
20-39	11	6,5	3	7	15	10,3	20	7,7	12	10
40-59	6	3,6	6	13,9	10	6,9	20	7,7	17	14,2
60+	3	1,8	2	4,6	3	2,1	7	2,7	4	3,3



Krzusiec w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2012-2013. Odsetek zachorowań wg powiatów.



Krztusiec w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2009-2013. Odsetek zachorowań wg wieku.



Świnka w woj. kujawsko-pomorskim w 2013 r. Zachorowania wg płci i wieku (ukończone lata).

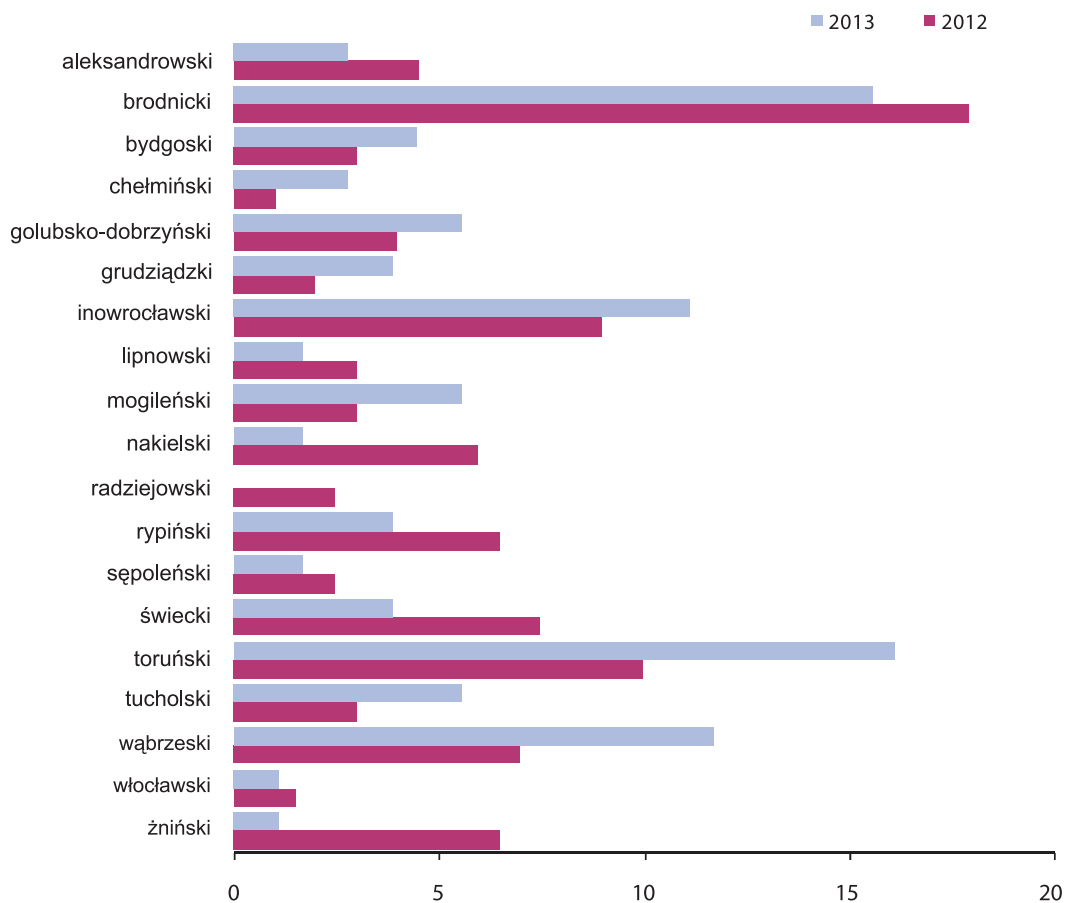
W omawianym okresie w województwie odnotowano prawie 8-krotny wzrost zapadalności na różyczkę. Zjawisko to zaobserwowano również w kraju, ale zapadalność dla naszego rejonu przewyższała zapadalność krajową.

Przed wprowadzeniem szczepień epidemie różyczki występowały co 4-6 lat. Wraz z wprowadzeniem powszechnych szczepień do 2003 roku (dla dziewcząt w 13 roku życia od 1989 roku) i uzupełnie-

niach od 2005 roku obserwowano spadek zapadalności na różyczkę.

Analiza grup wiekowych zgłoszonych w 2013 roku zachorowań wykazała, że najczęściej wystąpiło w grupie wiekowej 15-19 lat (przeszło 46% ogółu zachorowań) i 20-24 lata (około 21% ogółu zachorowań).

Chorowali najczęściej chłopcy, mężczyźni - przeszło 85% ogółu zachorowań.



Świnka w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2012-2013. Odsetek zachorowań wg powiatów.

Zachorowania na różyczkę w przeszło 81% dotyczyły osób nie szczepionych bądź z brakiem udokumentowanych szczepień.

Obserwowane zjawisko wzrostu zachorowań na różyczkę określane jest przez epidemiologów jako epidemia wyrównawcza związana z narastaniem populacji wrażliwej na zachorowanie, gdyż dotyczyła głównie chłopców/mężczyzn, którzy w dzieciństwie nie byli szczepieni przeciw różyczce, w przeciwieństwie do młodych kobiet, które to szczepienie otrzymały w wieku 13 lat.

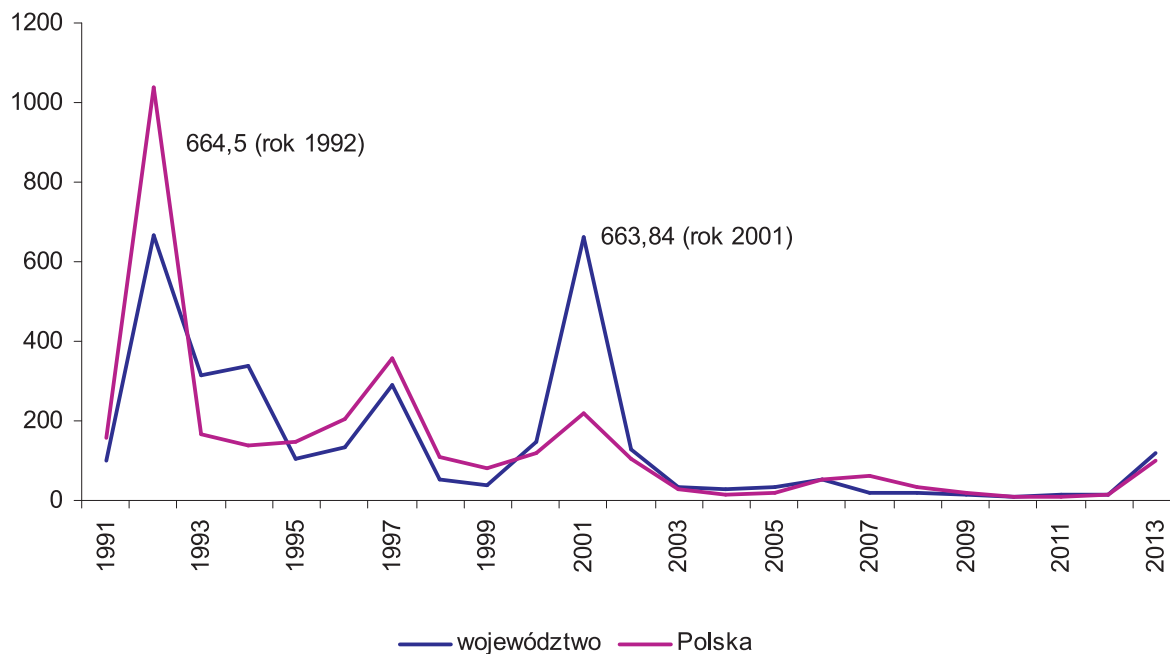
Obecna epidemia wyrównawcza pokazuje, jak ważne są szczepienia w profilaktyce chorób zakaźnych i jak bardzo osoby nie szczepione podatne są na zachorowania na choroby zakaźne.

W 2013 roku w województwie nastąpił spa-

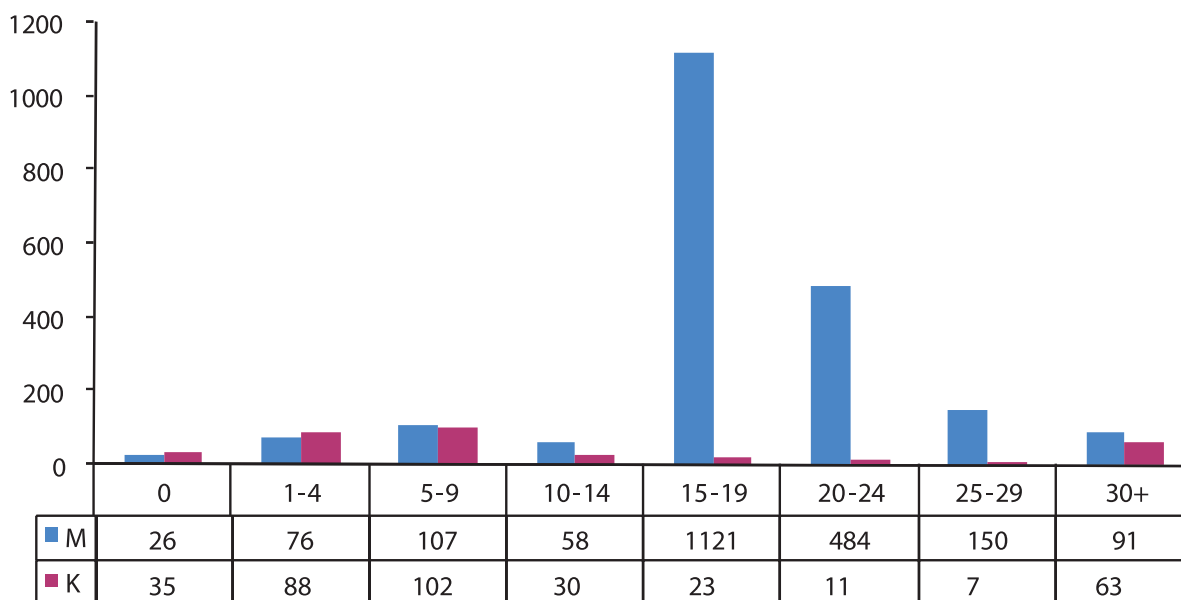
dek zapadalności na ospę wietrzną o przeszło 20% w stosunku do roku ubiegłego, przy czym był on wyższy od poziomu zapadalności dla tej choroby w kraju.

Od kilku lat obserwowany jest trend występowania największej liczby zachorowań na ospę wietrzną u dzieci i młodzieży do 14 roku życia - 91% ogółu zachorowań. Najskuteczniejszym działaniem profilaktycznym jest szczepienie.

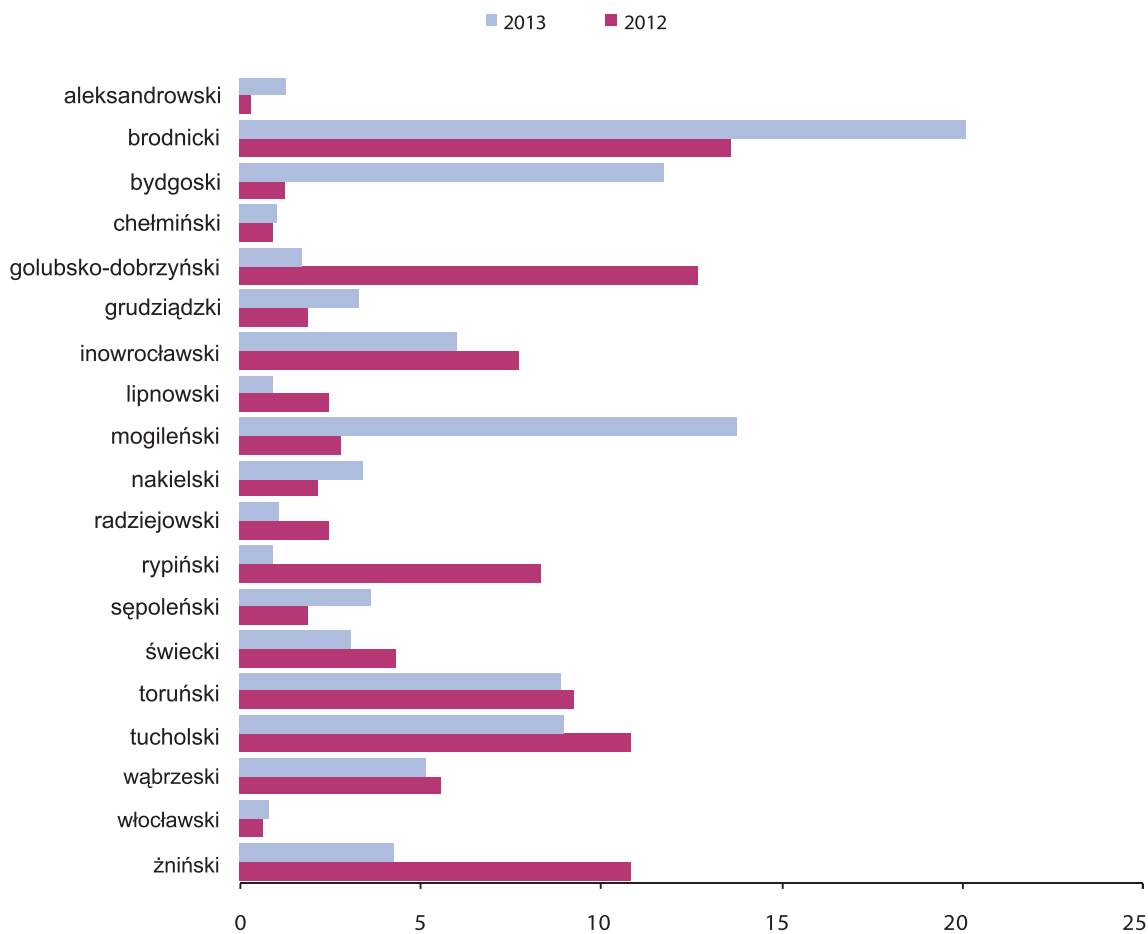
Efektom wprowadzonych w 2007 roku obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw *Hemophilus influenzae* typu b, jest bardzo korzystna sytuacja epidemiologiczna inwazyjnych zakażeń wywołanych przez ten patogen. W 2013 roku nie zgłoszono żadnego zachorowania.



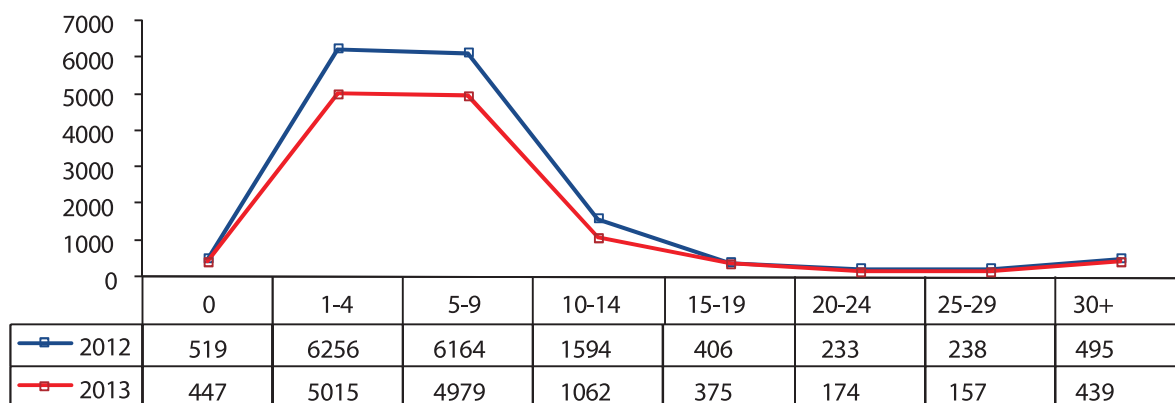
Różyczka w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 1991-2013. Zapadalność na 100 tys. mieszkańców.



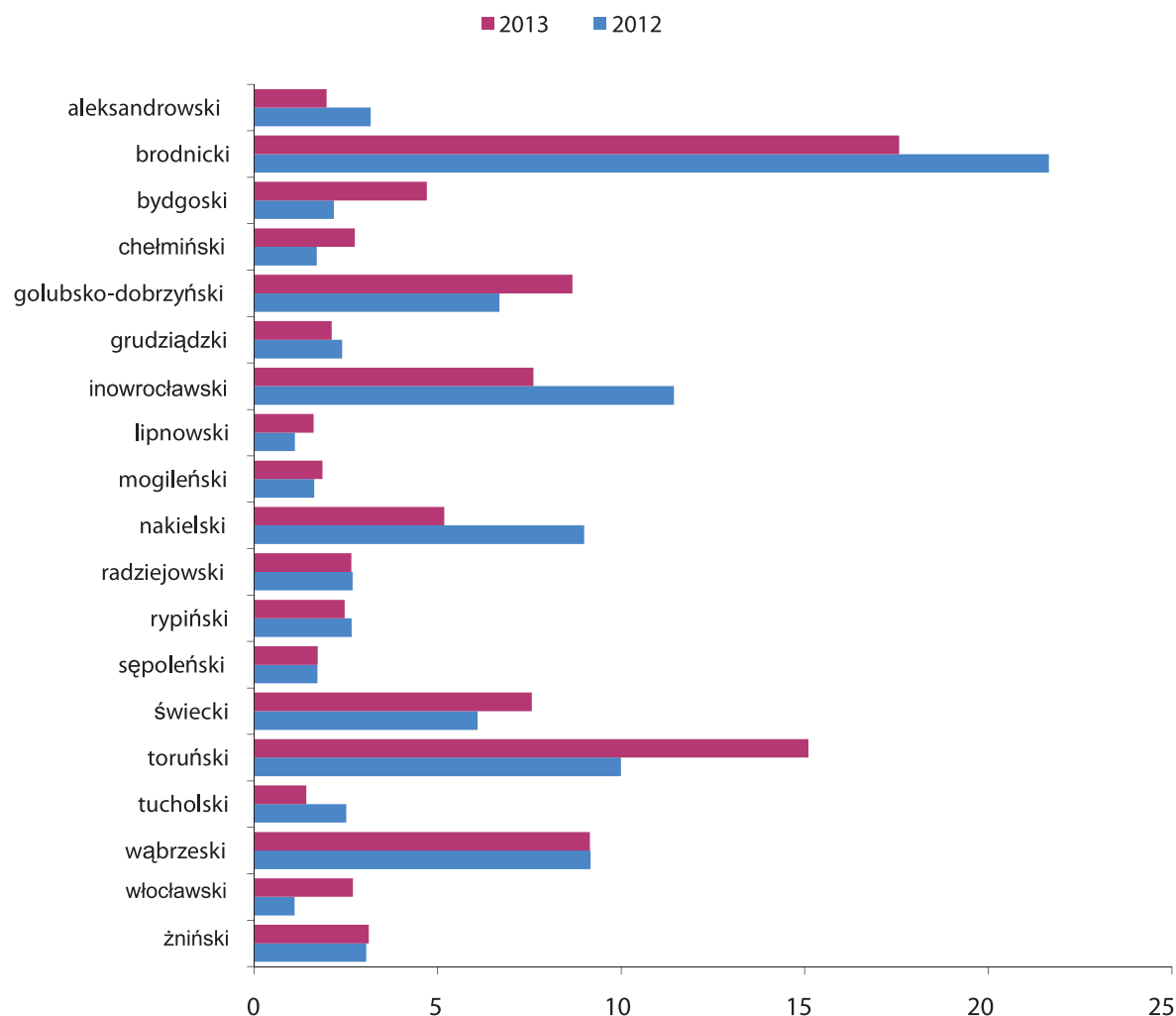
Różyczka w woj. kujawsko-pomorskim w 2013 r. Zachorowania wg płci i wieku (ukończone lata).



Różyczka w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2012-2013. Odsetek zachorowań wg powiatów.



Ospa wietrzna w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2012-2013. Liczba zachorowań wg wieku (ukończone lata).



Ospa wietrzna w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2012-2013. Odsetek zachorowań wg powiatów.

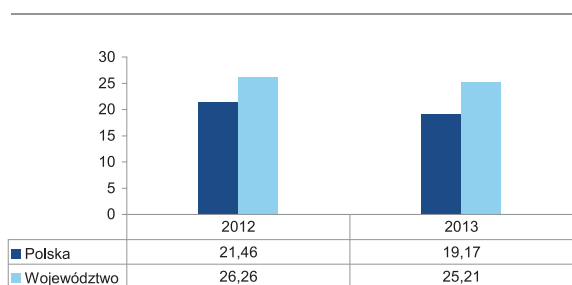
Zatrucia i zakażenia pokarmowe wywołane przez czynniki biologiczne

Zatrucia i zakażenia pokarmowe to grupa chorób zróżnicowana pod względem etiologicznym i klinicznym, wyodrębniona w nadzorze epidemiologicznym ze względu na ważną rolę w zdrowiu publicznym. Zapadalność na te jednostki chorobowe jest wykładnikiem stanu higieny żywności, zarówno, jeśli chodzi o jej przygotowywanie, transport i składowanie, jak i higienę przyrządzania i spożywania potraw.

Mimo obserwowanej w ostatnich latach poprawy w tym zakresie, zachorowania na zatrucia pokarmowe nadal stanowią poważny problem. Wymaga to czujności i podejmowania działań prewencyjnych, mających na celu zachowanie standardów sanitarnych w placówkach żywienia zbiorowego i zachowań prozdrowotnych w środowiskach rodzinnych, na rzecz zwiększenia higieny osobistej i higieny przygotowywania posiłków.

W 2013 roku zapadalność na bakteryjne zatrucia pokarmowe była zbliżona do zapadalności w 2012 roku. Przewyższała zapadalność krajową o 14,4%.

W 2013 roku zapadalność na bakteryjne zatrucia pokarmowe była zbliżona do zapadalności w 2012 roku. Przewyższała natomiast zapadalność krajową o 14,4%. W 2013 roku dwukrotnie wzrosła liczba zatruc pokarmowych o nieustalonej etiologii, co świadczy o tym, że nadal problemem nadzoru jest niezadowolający odsetek rozpoznań potwierdzonych laboratoryjnie. W województwie kujawsko-pomorskim, podobnie jak w kraju, od wielu lat dominującym czynnikiem etiologicznym bakteryjnych zatruc pokarmowych są odzwierzęce typy pałeczek *Salmonella*, wśród których dominuje *Salmonella* Enteritidis. W 2013 roku zgłoszono 543 przypadki zakażeń wywołanych tymi drobnoustrojami, z których 15 dotyczyło zakażeń pozajelitowych. Zapadalność na zatrucia pokarmowe o etiologii salmonelozowej była nieznacznie niższa w stosunku do ubiegłego roku, ale nadal o 31,5% przewyższała zapadalność krajową.



Zatrucia pokarmowe wywołane pałeczkami Salmonella w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2012-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności.

Korzystnym zjawiskiem był brak zachorowań na czerwonkę bakteryjną. Zakażenia o etiologii wirusowej wykazują natomiast stały, znaczący wzrost zapadalności. Są to przede wszystkim zakażenia pokarmowe, wywołane przez enteropatogenne wirusy, wśród których poza rotawirusami i adenowirusami dużą rolę odgrywają norowirusy. To efekt szerszej diagnostyki wirusowych zakażeń jelitowych, pozwalającej na lepsze rozeznanie w etiologii zakażeń przewodu pokarmowego.

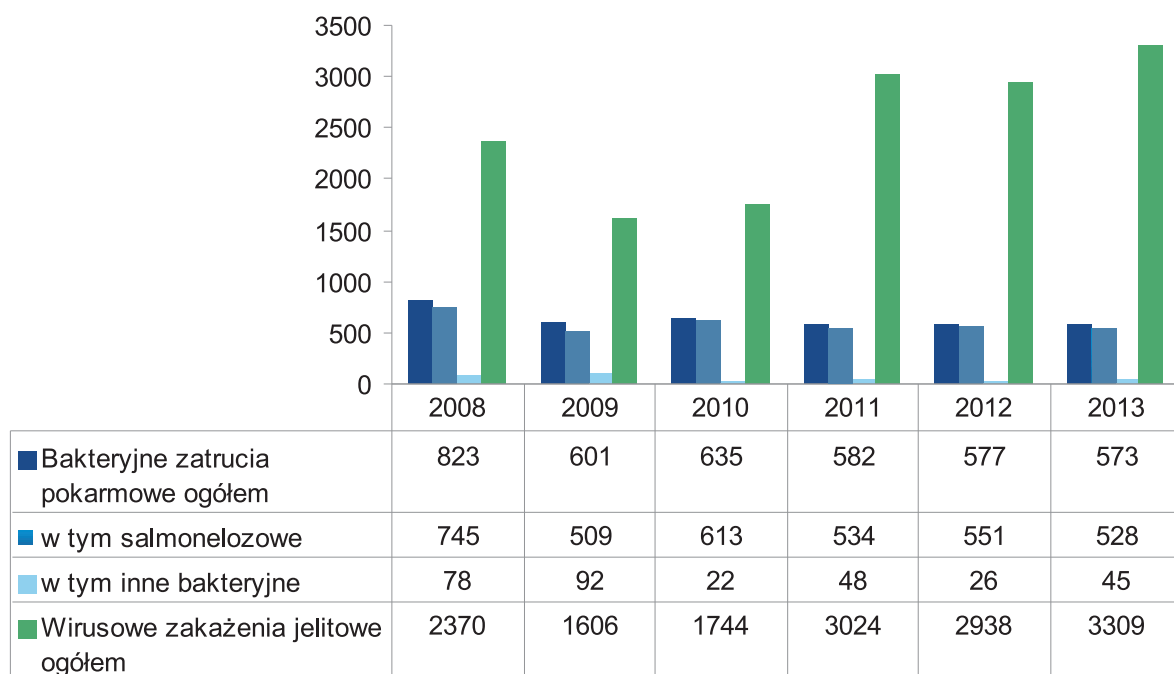
W 2013 roku zgłoszono ogółem 3 309 wirusowych

zakażeń jelitowych (zapadalność na 100 tys. ludności - 158,02) tj. o 12,6% więcej niż w roku poprzednim, co świadczy o powrocie do trendu wzrostowego, notowanego w ostatnich latach. Zapadalność wojewódzka pozostała też wyższa od krajowej, o 42,7%. W 2013 roku 44% zgłoszonych przypadków wywołanych było przez rotawirusy. To nadal najczęstsza przyczyna ostrych biegunek u dzieci do lat 2. Zachorowania w tej grupie wiekowej stanowiły 40,1% wszystkich zakażeń wirusowych, zarejestrowanych w województwie kujawsko-pomorskim.

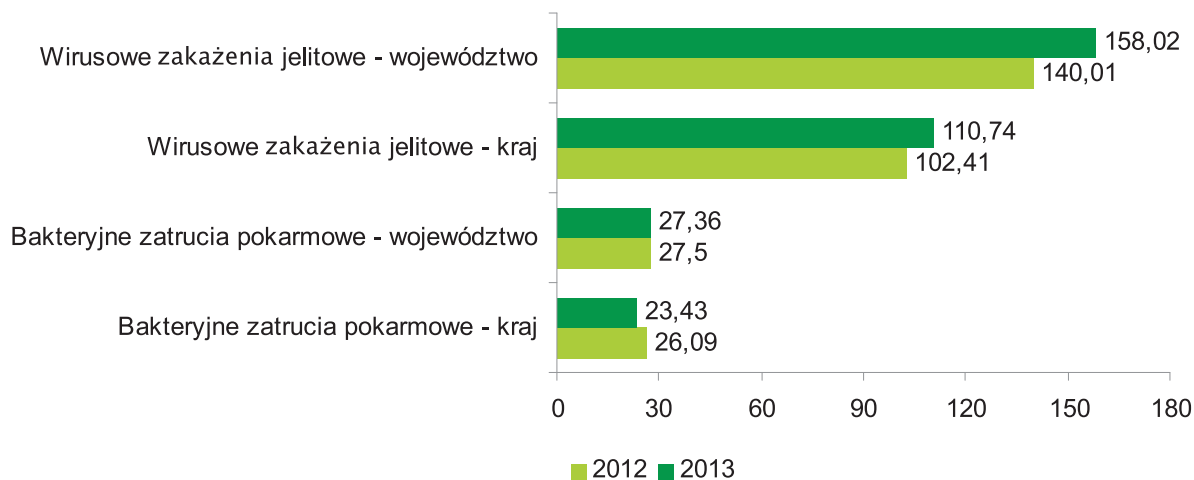
Biegunki i zapalenia żołądkowo-jelitowe u dzieci do lat 2 o etiologii nieokreślonej, z uwagi na często burzliwy przebieg i zagrożenie dla życia oraz ze względu na zaburzenia w gospodarce wodnoelektrolitowej ustroju, od wielu lat podlegają raportowaniu i analizie. Sytuacja epidemiologiczna biegunek u dzieci do lat 2 uległa pewnym zmianom. Po 2-letnim okresie tendencji wzrostowej, w 2013 roku zgłoszono 579 przypadków biegunek w grupie dzieci do lat 2, co stanowiło spadek zapadalności o 9,2% w stosunku do roku 2012. W kraju natomiast obserwowano wzrost zapadalności na biegunki w tej grupie wiekowej o 23,7%. Wprowadzone w 2009 roku zmiany w raportowaniu tych zachorowań pozwalają na analizę zgłoszonych przypadków pod kątem przeprowadzonych badań laboratoryjnych w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych. Wykazała ona, że w 70,3% zgłoszonych przypadków, nie wykonano żadnych badań laboratoryjnych w celu ustalenia etiologii zachorowań. Duży odsetek ostrych biegunek u dzieci o nieokreślonym czynniku etiologicznym to zjawisko niekorzystne. W pozostałych 29,7% zgłoszonych przypadków podstawą do rozpoznania zachorowań poza objawami klinicznymi były wyniki badań laboratoryjnych, głównie w kierunku wirusów i bakterii.

Wśród czynników etiologicznych innych bakteryjnych chorób przenoszonych drogą pokarmową dominowały bakterie z rodzaju *Klebsiella* E. coli oraz bakterie z rodzaju *Pseudomonas*, *Proteus*, toksynotwórcze szczepy *Clostridium difficile*, *Campylobacter*.

W 2013 roku zarejestrowano 4 przypadki zatruc



Bakteryjne zatrucia pokarmowe i wirusowe zakażenia jelitowe w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2009-2013. Liczba przypadków.



Bakteryjne zatrucia pokarmowe i wirusowe zakażenia jelitowe w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2012-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności.

jadem kielbasianym, z których tylko jeden potwierdzono badaniami laboratoryjnymi - toksyna A/B. Dwa zachorowania wystąpiły w ognisku, a pozostałe dwa to zachorowania sporadyczne.

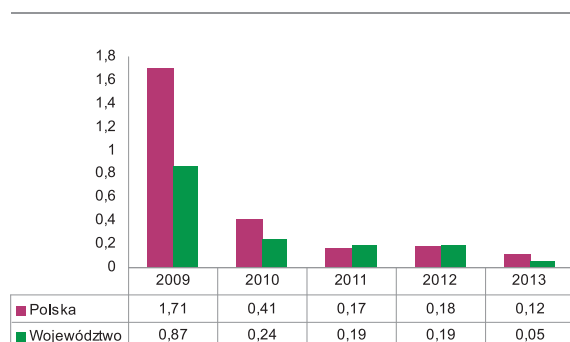
W analizowanym okresie zarejestrowano jeden przypadek duru brzuszego, zachorowanie przywlezione z Indii, które zarazem było jedynym zachorowaniem w Polsce.

W województwie kujawsko-pomorskim w 2013 roku zatruciu muchomorem sromotnikowym uległy dwie osoby, były to zachorowania w ognisku.

Wirusowe zapalenie wątroby typu A

Od wielu lat w województwie kujawsko-pomorskim notuje się bardzo małą liczbę zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A. W 2013 roku zarejestrowano tylko 1 przypadek tej choroby, u osoby nieszczepionej przeciw wzv typu A, przywleczony z Tadżykistanu.

Mała liczba notowanych zachorowań skutkuje niską odpornością naturalną populacji, co może być powodem, w przypadku tej choroby, wystąpienia zagrożenia epidemicznego.



Wirusowe zapalenie wątroby typu A w woj.kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2009-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności.

Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową

W 2013 roku w województwie kujawsko-pomorskim nastąpił dalszy wzrost liczby ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową.

Zarejestrowano i opracowano 54 ogniska zatruc/zakażeń pokarmowych, o 1 więcej niż w 2012 roku. Jest to zjawisko niekorzystne, zwłaszcza, że 20,3% to szpitalne ogniska epidemiczne choroby przenoszonej drogą pokarmową.

Liczba ognisk choroby przenoszonej drogą pokarmową w naszym województwie w latach 2006-2013 wahała się od 18 do 54. W 2013 roku zanotowano największą liczbę (54) ognisk.

Na zachorowanie narażonych było ogółem 2 910 osób; z tej liczby - 830 (w tym 592 dzieci do lat 14) zachorowało, 149 osób (18%) wymagało leczenia szpitalnego, a spośród nich 3 zmarły. Liczba osób chorych we wszystkich ogniskach była prawie 2-krotnie wyższa od liczby chorych w 2012 roku.

W 25 ogniskach epidemia szerzyła się drogą kontaktową, z których 11 - to ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych. W szpitalnych epidemiach, czynnikiem była laseczka *Clostridium difficile* - szczep toksynotwórczy (8 ognisk), rotawirusy (2 ogniska) i norowirusy (1 ognisko). W szpitalnych ogniskach zakażeń, wywołanych przez *Clostridium difficile*, drogami szerzenia się zakażenia, były zanieczyszczone ręce personelu, kontakt ze skażonymi powierzchniami dotykowymi lub kontakt bezpośredni z osobami zakażonymi.

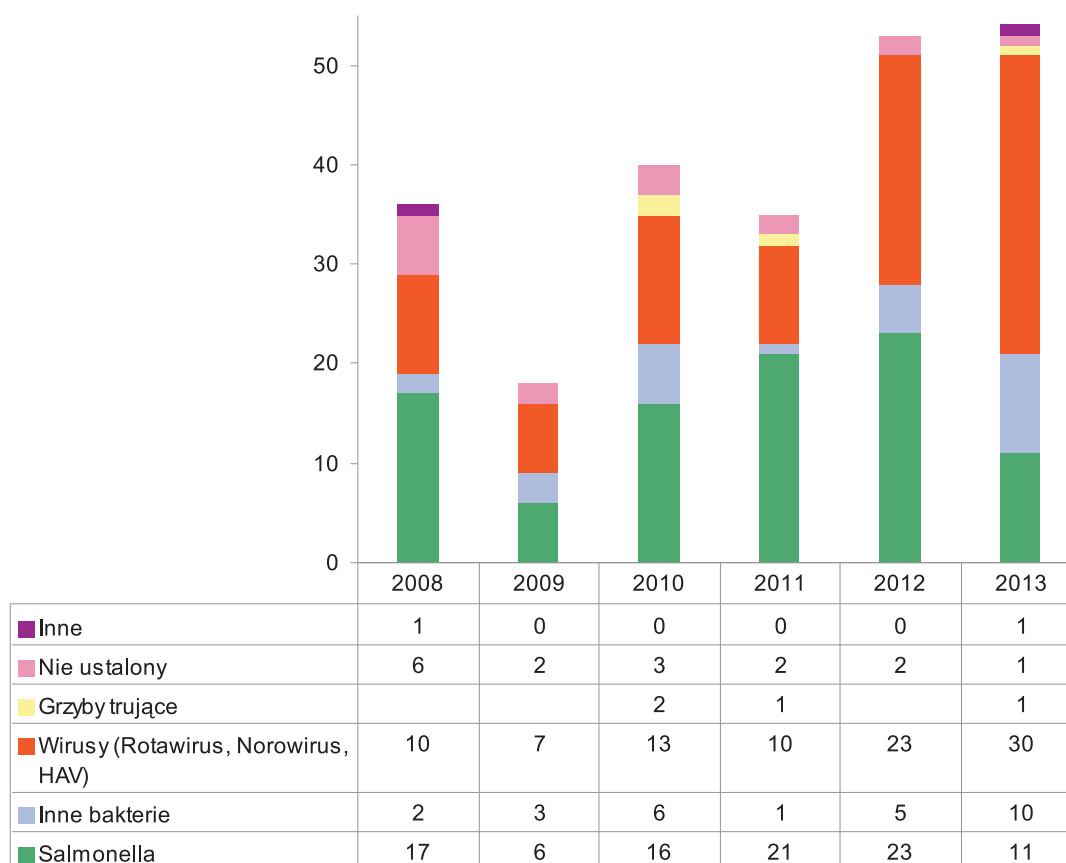
W szpitalach podjęto działania zapobiegawcze i przeciwepidemiczne w celu wygaszenia ognisk. W tych ogniskach zachorowało łącznie 38 osób hospitalizowanych. W ognisku zakażeń szpitalnych z innych przyczyn zmarły 3 osoby. Jedno z tych ognisk nie zostało wygaszone do końca 2013 roku.

Dużym problemem są ogniska choroby przenoszonej drogą pokarmową, którymi są zakażenia szpitalne, wywołane przez zarodnikującą laseczkę *Clostridium difficile*, wytwarzającą toksyny A i B, ze względu na ciężki przebieg zachorowań u osób starszych (osoby powyżej 65 r.ż.), osób z obniżoną odpornością i obciążeniami wynikającymi z chorób przewlekłych. Laseczka *Clostridium difficile* była patogenem, stanowiącym najczęstszą przyczynę (36,4%) wśród wszystkich szpitalnych drobnoustrojów zgłaszanych ognisk epidemicznych w województwie kujawsko-pomorskim. Trend wzrostowy w tym zakresie (w 2011 roku zanotowano 1 ognisko, w 2012 - 4 ogniska, w 2013 - 8 ognisk) odzwierciedla trudności w zwalczaniu i zapobieganiu transmisji tego patogenu w środowisku szpitalnym. Problem ma szerszy wymiar, związany z powszechnym nadużywaniem

antybiotyków, rosnącą liczbą pacjentów wymagających długotrwałej hospitalizacji, z licznymi czynnikami ryzyka zakażenia *Clostridium difficile*. Podmioty, wykonujące działalność leczniczą, powinny prowadzić działania minimalizujące ryzyko szerzenia się zakażeń szpitalnych, w tym wywołanych przez *Clostridium difficile*.

Na podstawie zebranych danych ustalono następujące czynniki etiologiczne ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową: *Salmonella Enteritidis*, *Salmonella Typhimurium*, *E. coli*, *Clostridium difficile* - szczep toksynotwórczy, *Clostridium botulinum*, norowirusy, rotawirusy, adenowirusy oraz *Giardia lamblia*. W jednym ognisku przyczyną zatrucia były

toksyny muchomora sromotnikowego oraz w jednym - nie ustalono czynnika etiologicznego. Pałeczki *Salmonella* wywołały zachorowania w 11 ogniskach (20,4%) co stanowiło ponad połowę mniej ognisk o tej etiologii, w porównaniu do 2012 roku. W 30 ogniskach (55,6%) czynnikiem etiologicznym były wirusy: norowirusy (w 14 ogniskach), rotawirusy (w 13 ogniskach), norowirusy i jednocześnie rotawirusy (w 2 ogniskach) oraz adenowirusy (w 1 ognisku). W latach 2009-2013 liczba ognisk wywołanych przez wirusy wykazywała stałą, znaczącą tendencję wzrostową, w stosunku do 2012 roku wzrosła o 21%, a także 3-krotnie przewyższyła liczbę ognisk wywołanych przez pałeczki *Salmonella*.



Liczba ognisk zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2009-2013, według czynnika etiologicznego.

Ogniska zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2009-2013:

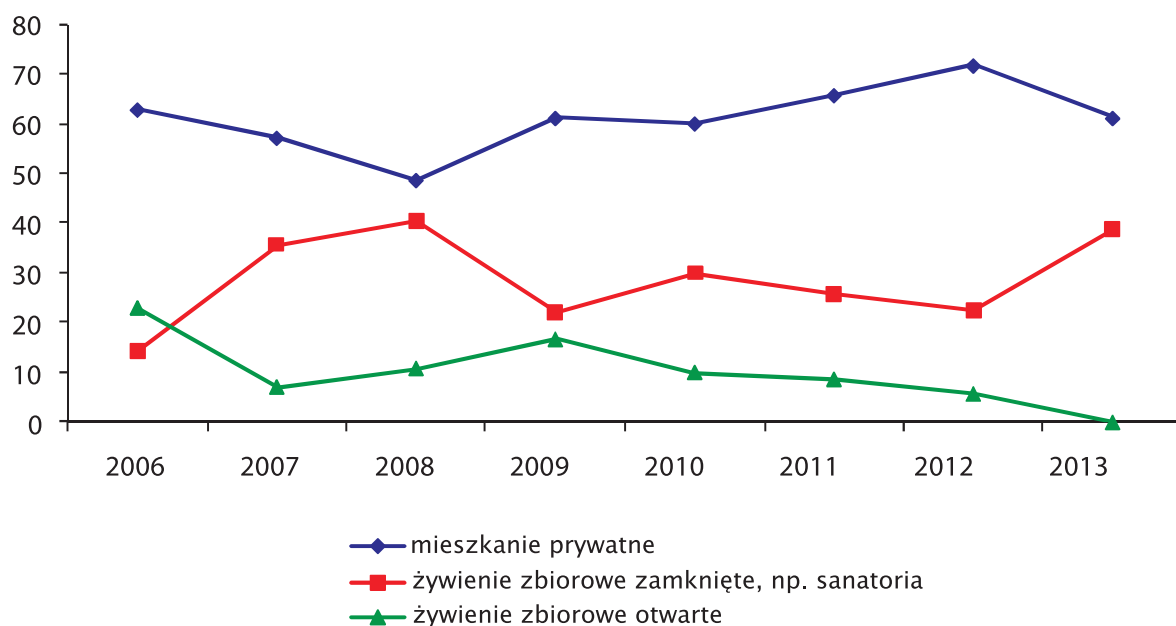
	2009				2010				2011				2012				2013				
	Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania		
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	
Czynnik etiologiczny																					
Salmonella typy odzwierzęce	6	33,3	61	30,2	16	40	183	46,5	21	60	148	36,6	23	43,4	111	25,34	11	20,4	92	11,08	
Clostridium botulinum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,9	2	0,24	
Staphylococcus aureus	0	0	0	0	1	2,5	8	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
E.coli, pałeczki z grupy coli	1	5,6	4	2,0	1	2,5	2	0,5	0	0	0	0	1	1,89	2	0,46	1	1,9	2	0,24	
Inne bakterie	2	11,1	54	26,7	4	10,0	13	3,3	1	2,8	11	2,7	4	7,55	25	5,71	8	14,8	43	5,18	
Wirusy (Rotawirus, Norowirus, HAV)	7	38,9	78	38,6	13	32,5	162	41,2	10	29	210	52	23	43,4	282	64,38	30	55,6	685	82,53	
Grzyby trujące	0	0	0	0	2	5	6	1,5	1	2,8	3	0,7	0	0	0	0	1	1,9	2	0,24	
Trichinella spp.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nieustalony	2	11,1	5	2,5	3	7,5	19	4,8	2	5,6	32	7,9	2	3,77	18	4,11	1	1,9	2	0,24	
Inne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,9	2	0,24	
Ogółem	18	100	202	100	40	100	393	100	35	100	404	100	53	100	438	100	54	100	830	100	

W 29 ogniskach ustalony został nośnik pokarmowy. W pozostałych drogą szerzenia się zakażenia była droga kontaktowa. Najczęstszymi nośnikami pokarmowymi zakażeń, podobnie jak w poprzednich latach, były potrawy z jaj lub z dodatkiem surowych jaj kurzych oraz owoce i warzywa (po 20,4%).

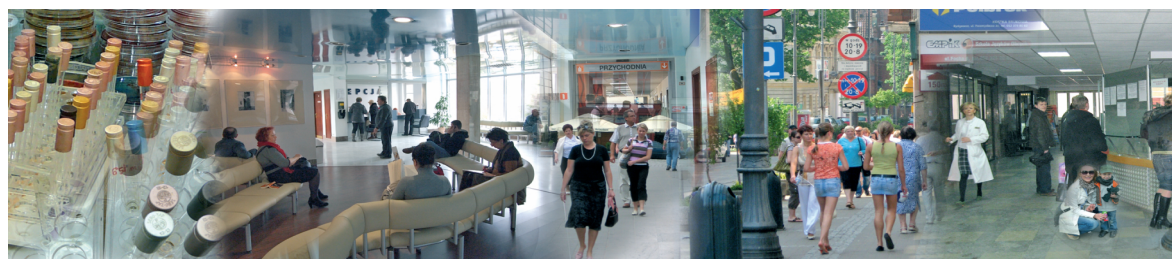
W omawianym okresie, w 61,1% ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową, wskazano na miejsce skażenia żywności - mieszkanie prywatne. Pozostałe 38,9% ognisk to ogniska w różnych placówkach, takich jak: szkoła (3 ogniska), przedszkole (1 ognisko), sanatorium (1 ognisko), żłobek (2 ogniska) oraz ośrodek wczasowo-wypoczynkowy dzieci i młodzieży (2 ogniska). W 2013 roku niepokojącym zjawiskiem

była liczba ognisk obejmujących środowiska dzieci do lat 14, stanowiąca 18,5% wszystkich ognisk. Występowanie ognisk zatruc pokarmowych związanych z żywnością zbiorową wymaga wzmożonego nadzoru sanitarnego nad jakością zdrowotną produkowanych i wydawanych do spożycia potraw i stanem higienicznym w tych obiektach. Z kolei duża liczba ognisk w środowiskach domowych wymaga kształtowania zachowań prozdrowotnych i higienicznych ludności.

Terytorialny rozkład występowania ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową przedstawia tabela na następnym stronie.



Odsetek ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych wg wybranych miejsc występowania w latach 2006-2013.



Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2006-2013:

PSSE \ ROK	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aleksandrów Kujawski	1	3	-	-	1	1	-	1
Brodnica	3	1	2	-	-	1	3	-
Bydgoszcz	3	-	7	-	12	1	9	13
Chemno	2	2	-	1	-	-	-	-
Golub - Dobrzyń	2	1	-	1	-	-	1	1
Grudziądz	1	-	-	-	1	2	2	2
Inowrocław	1	2	4	2	3	5	6	3
Lipno	-	-	2	1	-	2	1	1
Mogilno	1	-	1	-	1	1	1	2
Nakło	-	2	-	-	-	-	3	1
Radziejów	-	-	1	1	1	-	-	1
Rypin	1	1	1	-	-	2	1	1
Sępólno Krajeńskie	2	1	1	-	1	-	-	1
Świecie	1	1	-	-	-	3	4	2
Toruń	13	9	10	6	14	11	19	22
Tuchola	-	2	2	-	1	1	-	1
Wąbrzeźno	1	-	1	-	-	-	-	-
Włocławek	2	2	5	2	5	3	2	-
Żnin	1	1	-	4	-	2	1	2
RAZEM	35	28	37	18	40	35	53	54

Choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

W roku 2013 r. zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim ogółem 106 przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu B. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców zapadalność utrzymywała

się na poziomie ubiegłorocznym i wynosiła 5,06. Zachorowały 43 kobiety i 63 mężczyzn.

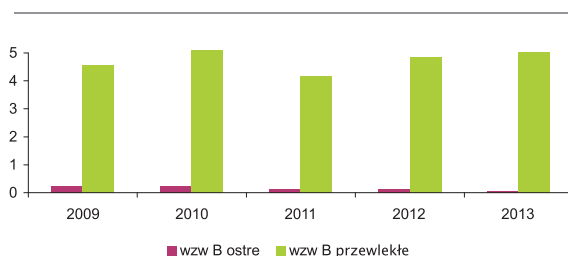
Od lat przeważają zachorowania o charakterze przewlekłym - ponad 99% przypadków (zap. 5,01/100 tys.); przy czym odnotowano tylko jedno zachorowanie o przebiegu ostrym (zap. 0,05/100 tys.). Zachorowania ostre utrzymują się w województwie kujawsko-pomorskim od kilku lat na podobnym, niskim poziomie i obserwuje się dalszy spadek ich

liczby.

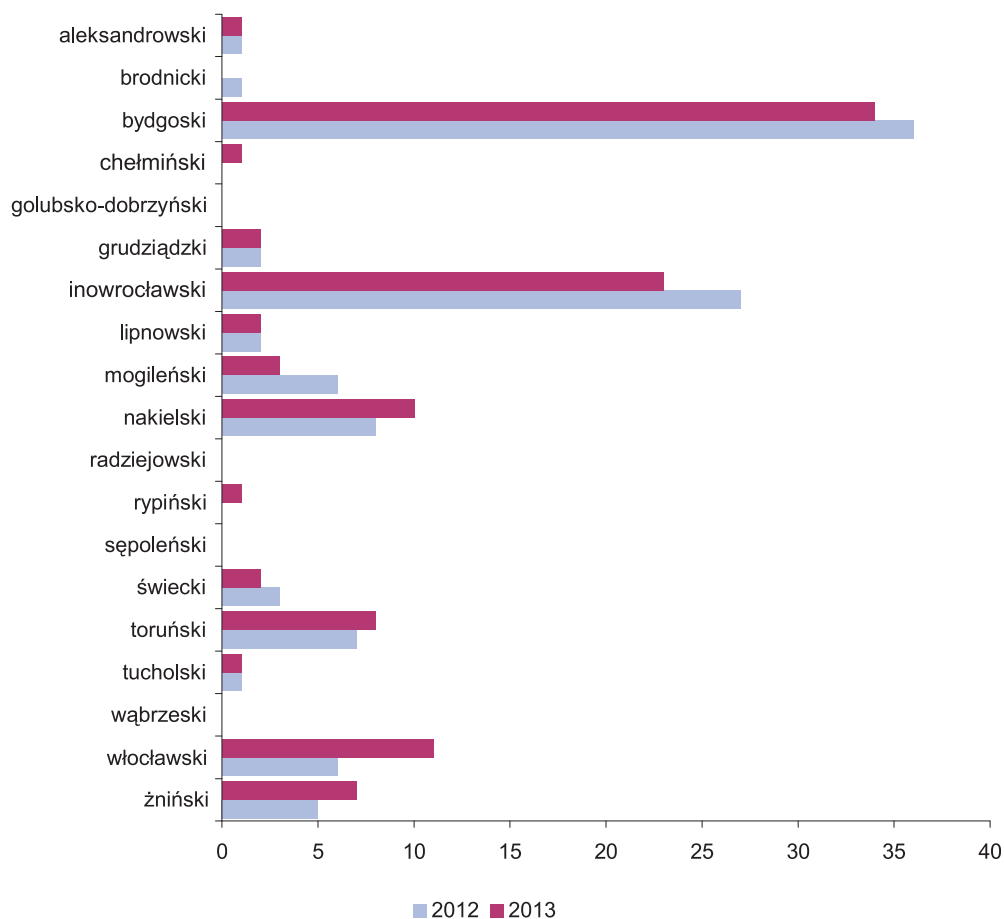
Efektom prowadzonych obowiązkowo szczepień ochronnych noworodków przeciw wzv typu B, jest brak zachorowań u dzieci, w grupie wiekowej 0-9 lat i występujące sporadycznie zachorowania w grupie wiekowej 10-19 lat. Podobnie jak w latach ubiegłych, najczęściej zachorowań (ponad 57% ogółu) odnotowano w grupach wiekowych pomiędzy 20 a 39 rokiem życia.

Między poszczególnymi powiatami w naszym województwie nadal utrzymują się różnice w liczbie zgłaszanych zachorowań. Sytuację tę można powiązać, co wskazywane jest w rozmaitych publikacjach, z niedostatkami w zgłaszalności wykrywanych przypadków. Potwierdzają to prowadzone

przez nadzór epidemiologiczny województwa kujawsko-pomorskiego weryfikacje danych o zachorowaniach, sporządzone przez NFZ na podstawie raportów świadczeniodawców.



Wirusowe zapalenie watroby typu B w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2009-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności według rodzaju zachorowania.



Wirusowe zapalenie watroby typu B w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2012-2013. Liczba zachorowań według powiatów.

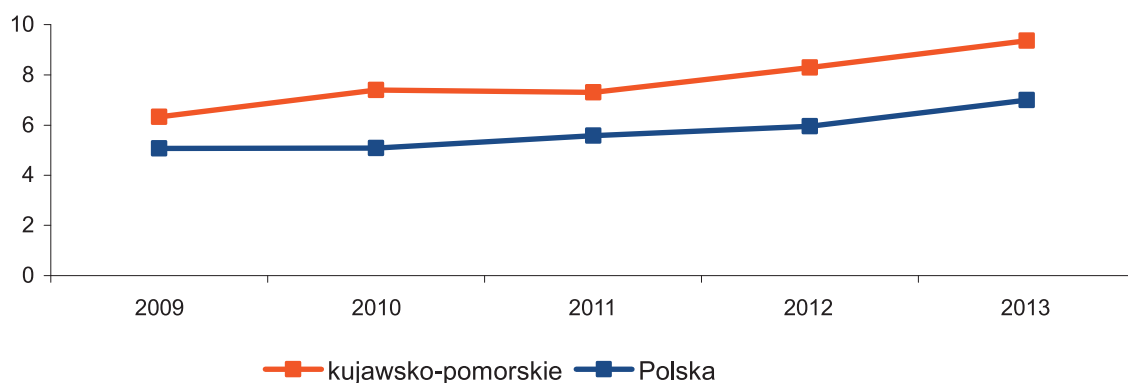
Wirusowe zapalenie wątroby typu C

W roku 2013 zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim wirusowe zapalenie wątroby typu C u 235 osób, w tym u 4 osób zakażenie o charakterze mieszanym - B+C. Chorobę zdiagnozowano u 126 kobiet i 109 mężczyzn. Większość zachorowań miała charakter przewlekły (98,3%). Bezobjawowy przebieg choroby odnotowano u 35% chorych. Podobnie jak w przypadku wzv typu B, najwięcej zachorowań stwierdzono w grupie wiekowej pomiędzy 20 a 39 lat (ponad 45% ogółu). U 15% chorych zakażenie ujawniono podczas badań kandydata na dawcę krwi. Analiza dostępnych informacji o potencjalnych narażeniach w przeszłości, których skutkiem może być zakażenie HCV, wskazuje na różne narażenia o charakterze medycznym, wśród nich najczęściej - małe zabiegi chirurgiczne (66,8% chorych), duże operacje chirurgiczne (45,1% chorych), transfuzja krwi przed rokiem 1993 (22% chorych). Podobnie, jak w przypadku wzv typu B, występują powiatowe różnice terytorialne w liczbie zgłaszanych zachorowań, od braku do kilkudziesięciu w ciągu roku. Najwięcej zgłoszono w powiecie bydgoskim, inowrocławskim i toruńskim - łącznie blisko 67% ogółu. Prawdopodobnie jest to związane ze znajdującymi się w tych miastach dużymi ośrodkami udzielającymi świadczeń w zakresie hepatologii i wykonującymi diagnostykę w zakresie zakażeń HCV.

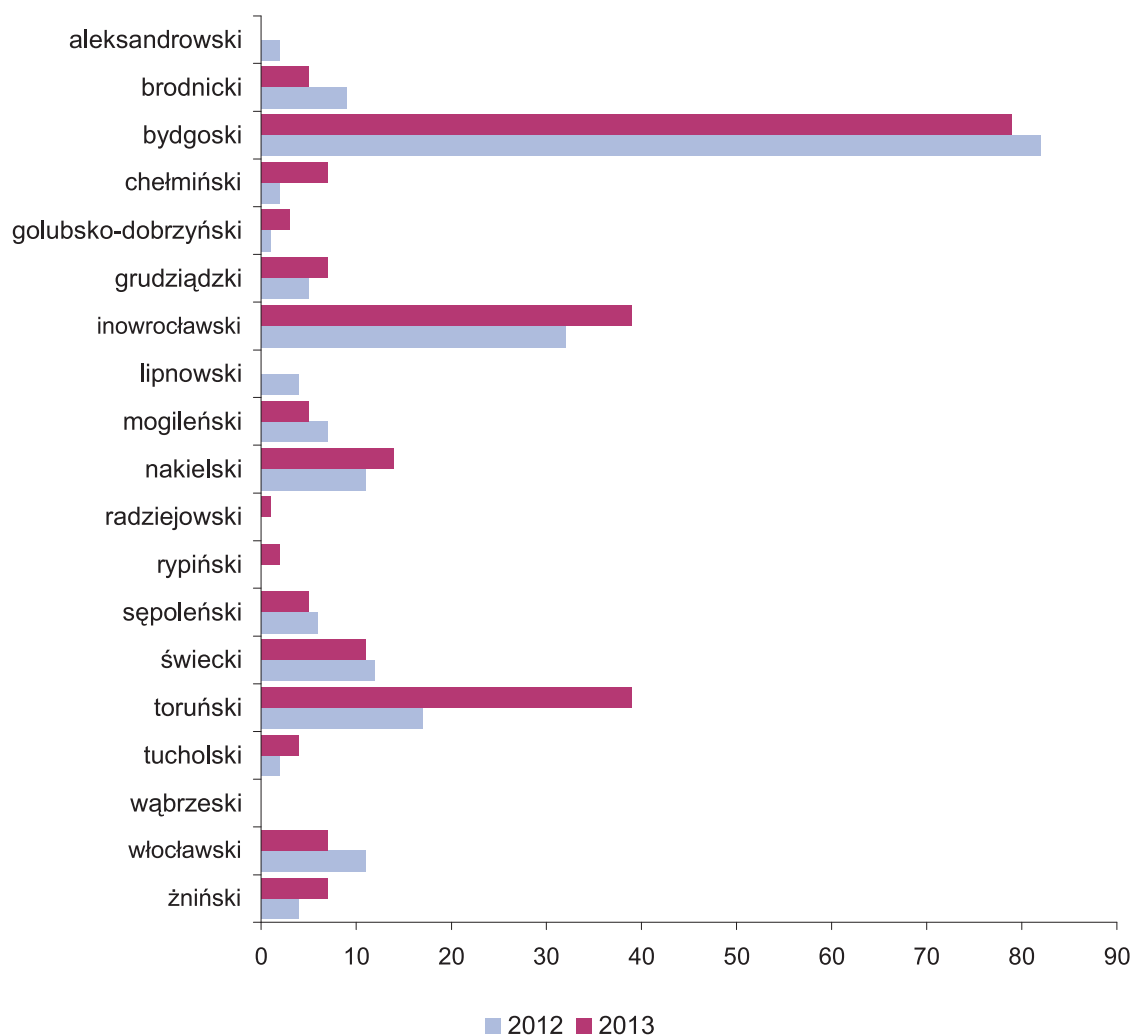
W ostatnich latach wprowadzano w systemie nadzoru nad wzv typu C częste zmiany. Obecnie, na potrzeby nadzoru epidemiologicznego, ze względu na konieczność porównywalności danych z danymi z lat wcześniejszych, przypadki klasyfikowane są w oparciu o dwie definicje choroby - poza definicją polską (def. 2005) także według wprowadzonej w roku 2009 definicji Unii Europejskiej. Klasyfikacja przypadków według definicji 2009, obejmuje wszystkie przypadki potwierdzone laboratoryjnie, włączając w to zakażenia bezobjawowe. Według danych definicji 2005, uwzględniającej objawy kliniczne lub podwyższony poziom enzymów wątrobowych, zapadalność na wzv typu C od 2009 r. wykazuje, podobnie jak w kraju, tendencję wzrostową.

Wobec faktu braku szczepień przeciw zakażeniom HCV, upowszechnianie wiedzy na temat sposobów zapobiegania zakażeniom HCV i edukacja na temat zagrożeń, także o pozamedycznych drogach przenoszenia zakażeń, jest ważnym elementem zapobiegania poważnym skutkom choroby.

W aspekcie zapobiegania zakażeniom, w tym zakażeniom krwiopochodnym, poprawy bezpieczeństwa pacjentów, ważną rolę odgrywa zjawisko coraz szerszego stosowania w podmiotach leczniczych, zautomatyzowanych systemów dekontaminacji sprzętu oraz narzędzi medycznych.



Wirusowe zapalenie wątroby typu C (def. 2005), w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2009-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności.



Wirusowe zapalenie wątroby typu C w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2013. Liczba zachorowań według powiatów.

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

Ocenę sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w województwie kujawsko-pomorskim oparto na zgłoszeniach od lekarzy oraz kierowników laboratoriów, które wpłynęły do końca 2013 r. i zostały poddane weryfikacji, która obejmuje ustalenie spełnienia kryteriów definicji do celów nadzoru epidemiologicznego i wykluczenie powtórnych zgłoszeń tego samego przypadku.

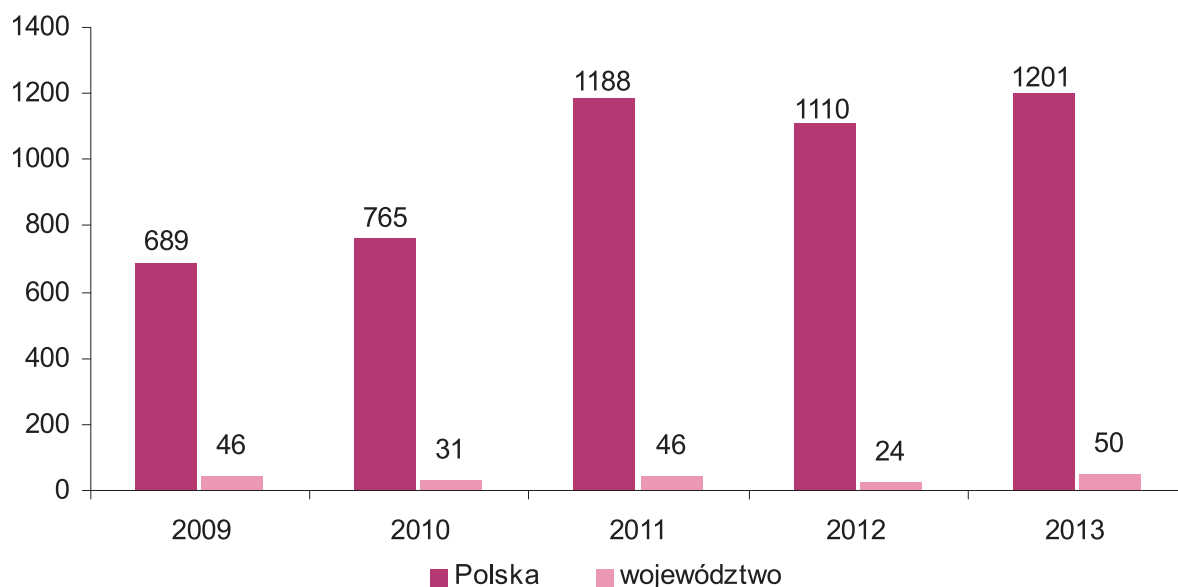
W 2013 roku w województwie kujawsko-pomorskim zgłoszono dwukrotnie więcej wykrytych zakażeń HIV i zachorowań na AIDS niż w roku 2012 tj. 50 przypadków HIV (w 2012 r. - 24) i 4 zachorowania AIDS (w 2012r. - 3).

Ogółem od początku rejestracji (tj. od 1985 roku) do końca 2013 r. w województwie odnotowano 705 osób zakażonych HIV i 178 zachorowań na AIDS. Z powodu choroby zmarło 90 osób. Dominują zakażenia HIV mężczyzn.

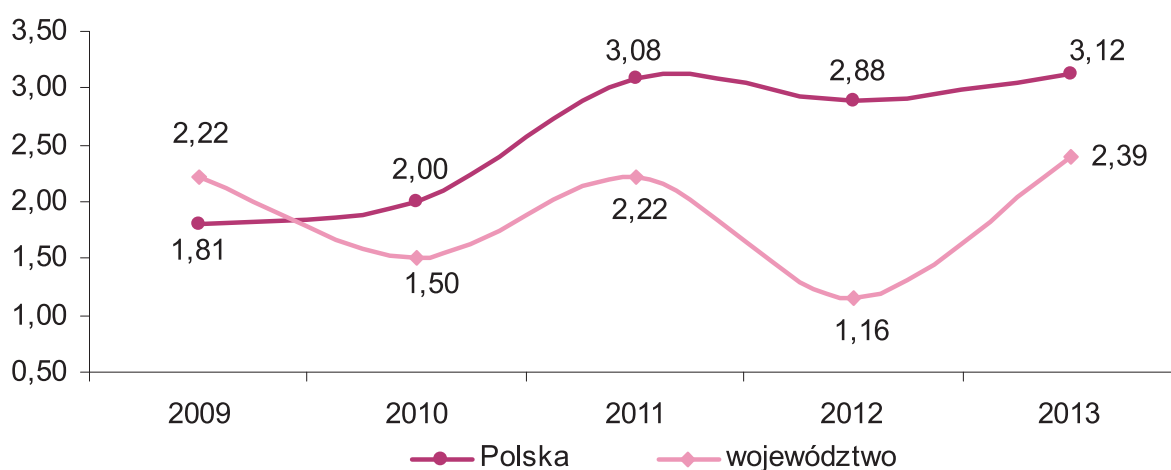
W 2013 roku tylko w 10% nowo wykrytych przypadków zakażenia HIV podano prawdopodobną drogę zakażenia. Były to ryzykowne kontakty seksualne oraz kontakty homoseksualne mężczyzn.

W Polsce od wdrożenia badań w 1985 r. do

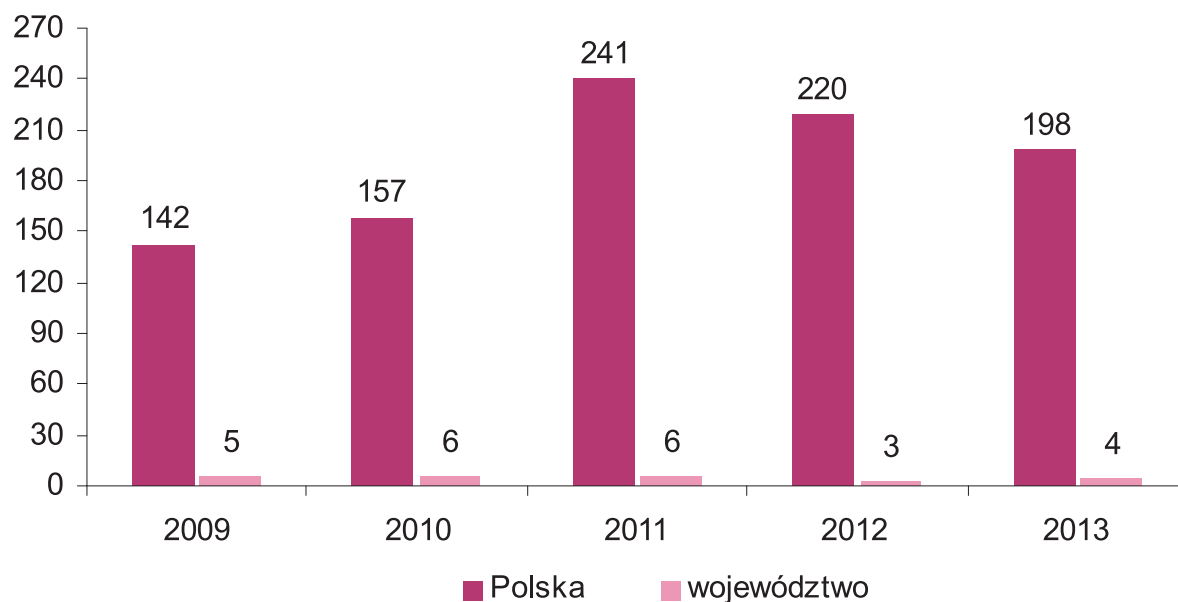
końca 2013 r. (przy uwzględnieniu korekt i uaktualnień danych, w tym eliminacji podwójnie zarejestrowanych zgłoszeń) stwierdzono zakażenie HIV u 17 565 osób. Ogółem odnotowano 3 062 zachorowania na AIDS; zmarło 1 246 chorych.



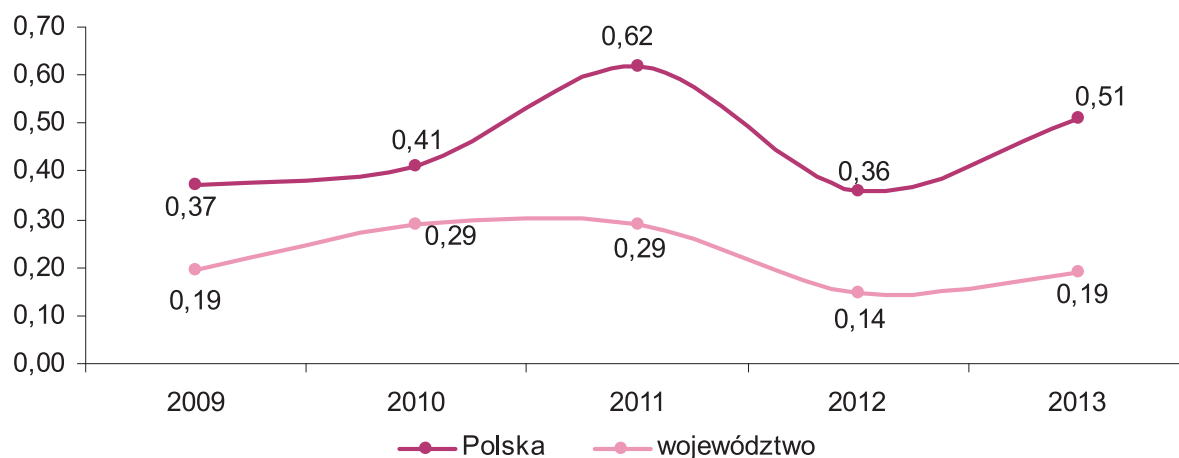
Zakażenia HIV w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2009-2013. Liczba nowo wykrytych zakażeń.



Zakażenia HIV w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2009-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności.



AIDS w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2009-2013. Liczba zachorowań.



AIDS w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2009-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności.

Choroby inwazyjne

Choroby wywołane przez *Streptococcus pyogenes*

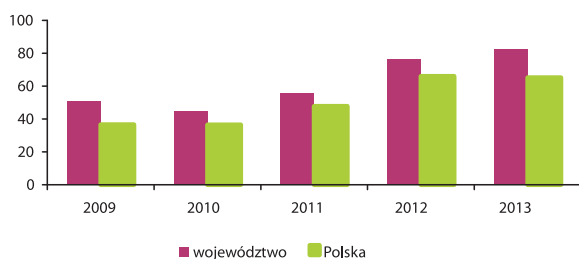
System nadzoru epidemiologicznego nad chorobami wywołanymi przez *Streptococcus pyogenes* obejmuje rejestrację płonicy oraz inwazyj-

nych postaci zakażeń tym czynnikiem chorobotwórczym takich, jak: róża, wstrząs toksyczny i gorączka pługowa.

W 2013 roku w województwie kujawsko-pomorskim zgłoszono 1 727 przypadków płonicy (82,47/100 tys.) tj. o 119 przypadków więcej niż w roku poprzednim. Od kilku lat zapadalność na pło-

nicę utrzymuje się na wysokim poziomie i wykazuje tendencję wzrostową. W związku z możliwością epidemicznego szerzenia się choroby, często występującym ciężkim przebiegiem klinicznym oraz groźbą występowania poważnych powikłań istnieje konieczność wzmożenia działań zapobiegawczych.

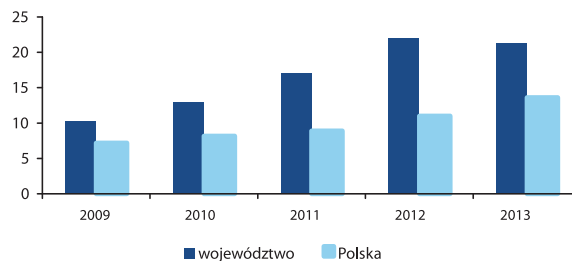
Dominującą postacią kliniczną inwazyjnych chorób wywołanych przez *Streptococcus pyogenes* jest róża. W 2013 roku odnotowano 445 przypadków tej choroby. Zapadalność (21,25/100 tys.) kształtuje się na podobnym poziomie jak w 2012 roku (zap. 21,97/100 tys.). Choroba zgłaszana jest głównie na podstawie rozpoznania klinicznego i żaden przypadek zachorowania na różę nie był potwierdzony laboratoryjnym badaniem mikrobiologicznym.



Płonica w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2009-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności.

Wskaźnik zapadalności na różę rośnie wraz z wiekiem pacjentów i jest największy u osób powyżej 70 roku życia. Przyczyną tej zależności należy dopatrywać się w obniżającym się wraz z wiekiem poziomem odporności organizmu na zakażenia i osłabieniem funkcji ochronnych skóry przy jednocześnie wzrastającym wraz z wiekiem poziomem zaniedbań higienicznych.

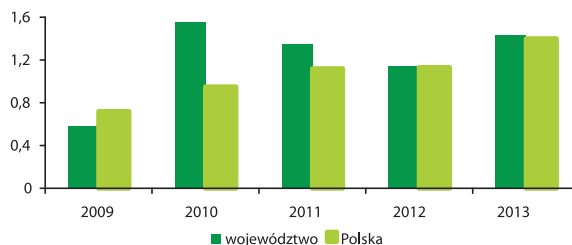
Z innych postaci inwazyjnej choroby wywołanej paciorkowcami ropotwórczymi odnotowano cztery przypadki posocznicy. Zespół wstrząsu toksycznego (0) lub gorączka połogowa (0) zgłaszane są bardzo rzadko i nie stanowią w ostatnich latach problemu epidemiologicznego.



Róża w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2009-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności.

Choroby wywołane przez *Streptococcus pneumoniae*

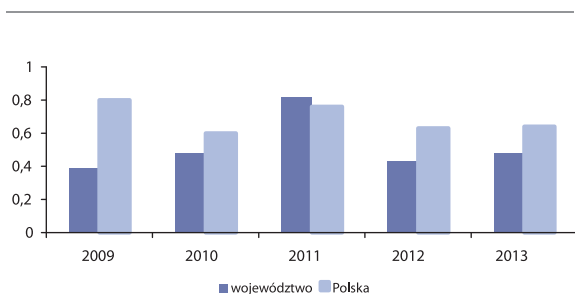
W 2013 roku w woj. kujawsko-pomorskim zarejestrowano 30 (1,43/100 tys.) przypadków inwazyjnej choroby pneumokokowej. Najczęściej rejestrowaną postacią kliniczną tych zakażeń była posocznica (19) i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (11). Ponadto odnotowano 4 przypadki zapalenia płuc. U 4 osób przebieg choroby miał więcej niż jedną postać kliniczną. Zakażenia pneumokokowe dotyczyły głównie osób dorosłych powyżej 30 roku życia i nie wykazywały ilościowego zróżnicowania ze względu na płeć. Tylko w trzech przypadkach zgłoszenie zachorowania dotyczyło dzieci poniżej 5 roku życia.



Streptococcus pneumoniae w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2009-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności.

Choroby wywołane przez meningokoki

Od kilku lat zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w woj. kujawsko-pomorskim utrzymuje się na niskich poziomach i nie przekracza 1 przypadku na 100 tys. ludności. W 2013 roku odnotowano 10 przypadków zachorowań, w tym 5 przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i 4 przypadki posocznicy. U 2 osób z ogólnej liczby chorych wystąpiły obie wyżej wymienione postacie kliniczne choroby. Inne zarejestrowane obrazy kliniczne tej choroby to przypadki ropnego zapalenia stawów lub zapalenia górnych dróg oddechowych. Nie obserwowano znaczących różnic w częstości zachorowań mężczyzn (6) i kobiet (4). Utrzymuje się typowy dla tych drobnoustrojów rozkład zachorowań w poszczególnych grupach wiekowych. Stwierdzono 3 zachorowania u dzieci do 5 roku życia, 6 zachorowań w przedziale wiekowym od 15 do 25 roku życia i jeden przypadek zachorowania u osoby powyżej 60 roku życia.

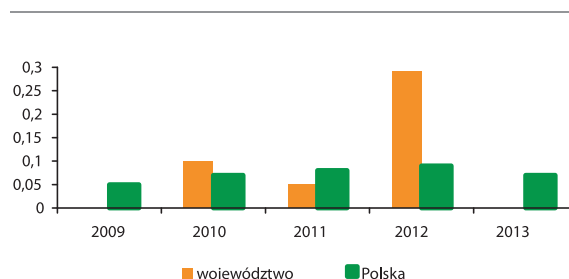


Choroba meningokokowa w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2009-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności.

Choroby wywołane przez Haemophilus influenzae

Po wprowadzeniu szczepień ochronnych przeciwko Haemophilus influenzae od kilku lat odnotowuje się pojedyncze, sporadyczne zachorowania wywołane tym czynnikiem chorobotwórczym.

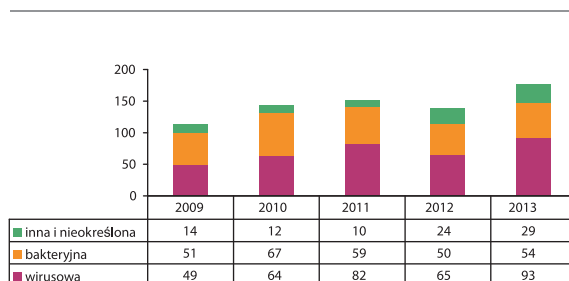
W 2013 roku w województwie kujawsko-pomorskim nie odnotowano żadnego przypadku zachorowania wywołanego tym rodzajem bakterii.



Haemophilus Influenzae w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2009-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności.

Neuroinfekcje

W województwie kujawsko-pomorskim zapadalność w tej grupie chorób od kilku lat utrzymuje się na podobnych, niskich poziomach. W 2013 roku zgłoszono łącznie 176 przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu, z czego 93 przypadki o etiologii wirusowej (zap. 4,44/100 tys.), 54 przypadki o etiologii bakteryjnej (zap. 2,58 /100 tys.), 3 przypadki encefalopatii gąbczastych, a w 26 przypadkach nie określono rodzaju czynnika chorobotwórczego. Hospitalizacja pacjentów w tej grupie chorób wynosi 100%.



Choroby OUN w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2009-2013. Liczba zachorowań wg czynników etiologicznych.

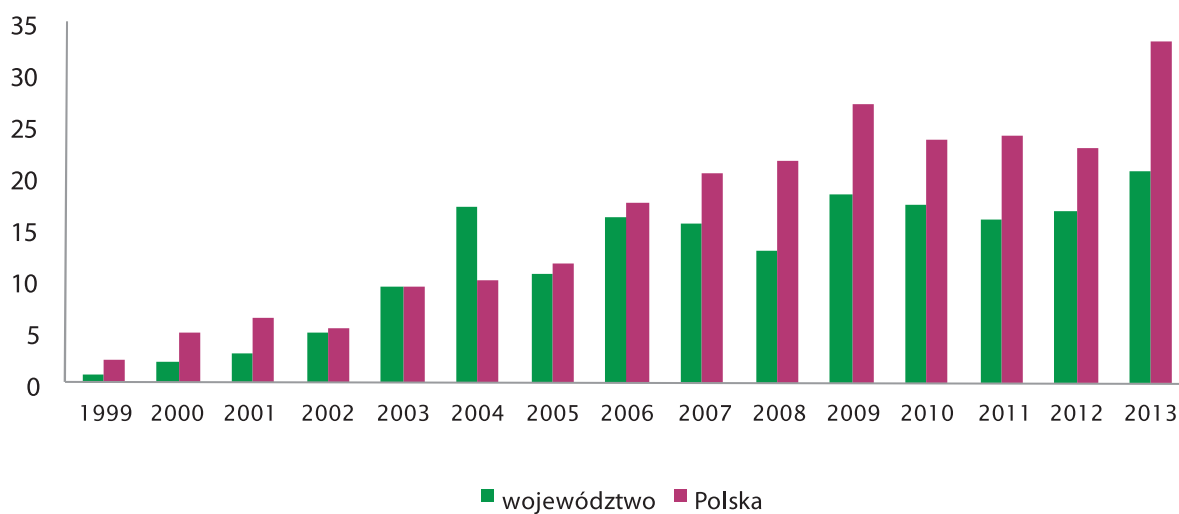
Choroby przenoszone przez kleszcze

Spośród chorób zakaźnych, przenoszonych przez kleszcze, w 2013 roku w województwie kujawsko-pomorskim wystąpiło 430 zachorowań na boreliozę oraz 1 zachorowanie na kleszczowe zapalenie mózgu.

Borelioza (Choroba z Lyme)

Borelioza zwana w Polsce krętkowicą kleszczową jest wieloukładową chorobą zakaźną, przenoszoną przez kleszcze; charakteryzuje się częstymi remisjami i nawrotami. Zakażenie ma charakter postępującej choroby, w której można wyodrębnić kolejne stadia (fazy): fazę wczesną w postaci rumie-

nia wędrującego, w fazie późnej dochodzi do zakażenia wielu narządów i układów - nerwowego, kostno-stawowego lub krążenia. Wielopostaciowość choroby wymaga diagnostyki różnicowej i często sprawia trudności w prawidłowym rozpoznaniu. Chociaż zakażenie zależy od ukąszenia przez kleszcza, które aktywne są od kwietnia do października (w zależności od panującej temperatury i wilgotności powietrza), to choroba z Lyme może wystąpić o każdej porze roku. Zależy to od czasu, jaki upłynie od zakażenia do pierwszych objawów klinicznych. Wrażliwość populacji na zakażenie krętkiem z rodzaju *Borrelia* jest powszechna, a przechorowanie boreliozy nie chroni przed ponownym zachorowaniem. Rejestracja boreliozy w Polsce prowadzona jest od 1996 roku.



Borelioza w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 1999-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności.

Borelioza w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 1999 - 2013. Zapadalność na 100 tys. ludności:

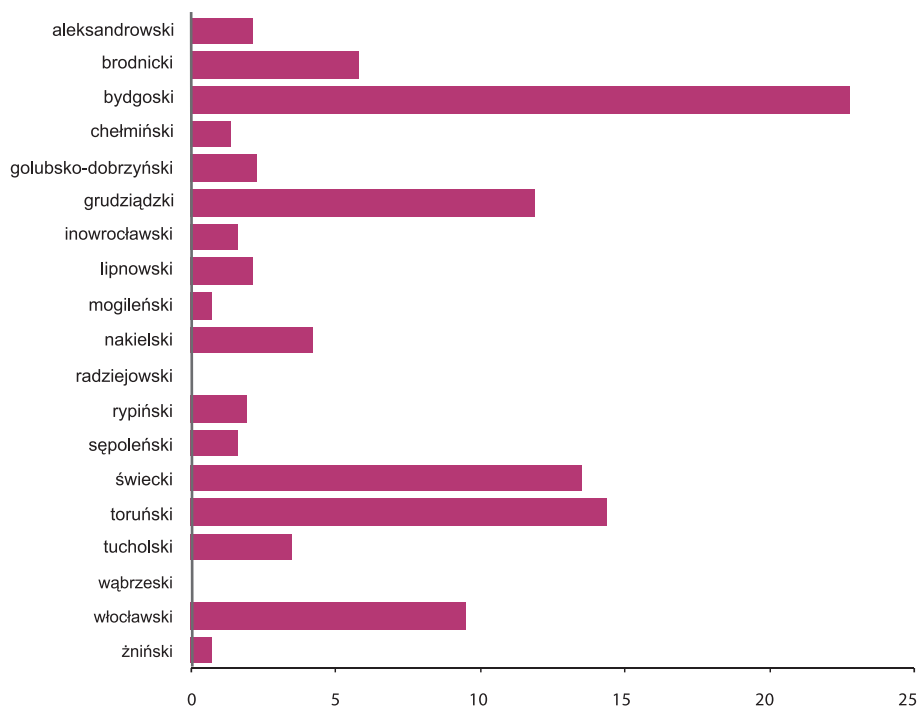
ROK	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Województwo kujawsko-pomorskie	0,76	1,95	2,80	4,81	9,42	17,1	10,54	16,06	15,44	12,82	18,27	17,20	15,80	16,63	20,53
Polska	2,31	4,79	6,39	5,25	9,36	10	11,54	17,5	20,28	21,64	27,08	23,62	23,98	22,80	33,12

W województwie kujawsko-pomorskim w latach 1999-2013 zapadalność na chorobę z Lyme wahała się od 0,76 do 20,53 na 100 tys. mieszkańców. W pierwszych latach rejestracji, zarówno w województwie jak i w kraju, notowano niską zapadalność, z uwagi na trudności w diagnozowaniu i zgłaszaniu tej choroby przez lekarzy, jak również z powodu niepopularnych jeszcze i drogich badań laboratoryjnych. Utrzymujący się od wielu lat na terenie województwa wysoki poziom zachorowań na boreliozę uległ dalszemu wzrostowi. Współczynnik zapadalności wyniósł 20,53 i był wyższy o 23,5% od współczynnika z 2012 roku, ale niższy o 38% od krajowego.

W analizowanym okresie w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano 430 przypadków tej choroby (104 chorych wymagało hospitalizacji). Według obowiązującej klasyfikacji wyodrębniono 408 przypadków potwierdzonych i 22 przypadki prawdopodobne. Ze zgłoszonych zachorowań w 75,6% postacią kliniczną była wczesna faza boreliozy - rumień wędrujący, a w 24,4% późna faza choroby

- postać stawowa (72 przypadki) i neuroborelioza (33 przypadki, w tym 9 przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i po raz pierwszy zgłoszone i zarejestrowane w województwie, 2 przypadki zapalenia mózgu w przebiegu boreliozy). Badania diagnostyczne w kierunku boreliozy wykonano w 54% zarejestrowanych przypadków. Rejestrowane przypadki choroby z Lyme można powiązać z ekspozycją na zakażone kleszcze w czasie pobytu w lasach, na polach, działkach i w innych miejscach ich bytowania. Niewielki odsetek (5%) zgłoszonych zachorowań związany był z ekspozycją na zakażone kleszcze z racji wykonywanego zawodu (leśnicy, rolnicy).

Częstość występowania zachorowań na boreliozę w 2013 roku była zróżnicowana na obszarze województwa. Najwięcej zachorowań rozpoznano i zgłoszono w powiecie bydgoskim (98 przypadków), toruńskim (62 przypadków), świeckim (58 przypadków) oraz grudziądzkim (51 przypadków).



Borelioza w woj. kujawsko-pomorskim w roku 2013. Odsetek zachorowań wg powiatów.

Wobec braku możliwości czynnego uodpornienia przeciw boreliozie, podnoszenie świadomości w społeczeństwie w zakresie stosowania odpowiednich zabezpieczeń chroniących przed kleszczami, ma duże znaczenie w profilaktyce tej choroby.

Kleszczowe zapalenie mózgu

W 2013 roku w województwie kujawsko-pomorskim zgłoszono 1 zachorowanie na kleszczowe zapalenie mózgu (zapadalność na 100 tys. mieszkańców wyniosła 0,05). Był to, pierwszy zarejestrowany, od trzech lat, przypadek KZM. Do narażenia doszło, poza naszym województwem, w Poleskim Parku Narodowym, w powiecie włodawskim,

w województwie lubelskim.

W Polsce w 2013 roku zarejestrowano 225 przypadków tej choroby (zapadalność na 100 tys. mieszkańców wyniosła 0,58). W analizowanych latach 1999-2013 w Polsce rocznie rejestrowano od 101 do 351 przypadków, przy zapadalności 0,26 do 0,92 na 100 tys. mieszkańców.

Z wieloletniej analizy zachorowań na KZM w województwie kujawsko-pomorskim wynika, że choroba w przeciwieństwie do boreliozy, ze względu na sporadyczne jej występowanie, nie stanowi problemu, tym bardziej, że w ostatnich latach obserwujemy wzrost świadomości w społeczeństwie, jeśli chodzi o profilaktykę czynną tej choroby w postaci szczepień ochronnych przeciwko KZM.



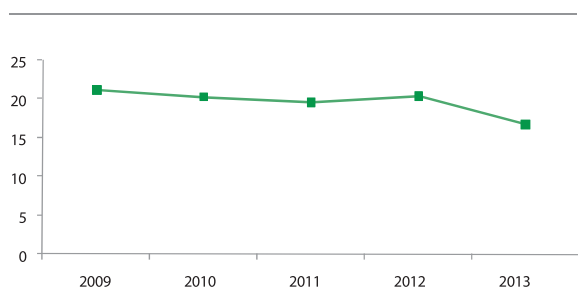
Kleszczowe zapalenie mózgu w woj.kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 1999-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności.

KZM w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 1999 - 2013. Zapadalność na 100 tys. ludności:

ROK	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Województwo kujawsko-pomorskie	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-	0,05	0,14	0,10	-	-	0,05
Polska	0,26	0,44	0,54	0,33	0,89	0,69	0,46	0,83	0,61	0,53	0,92	0,77	0,58	0,49	0,58

Gruźlica

Rok 2013 był rokiem wdrażania „Programu reorganizacji nadzoru epidemiologicznego nad gruźlicą w województwie kujawsko-pomorskim”. Nadzór ten po raz pierwszy prowadzony był w całości przez pracowników jednostek organizacyjnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej regionu, zgodnie z obowiązującymi przepisami o chorobach zakaźnych i zakażeniach oraz zasadami statystyki medycznej. W 2013 roku zaobserwowano znaczący spadek zapadalności tej choroby. Zarejestrowano

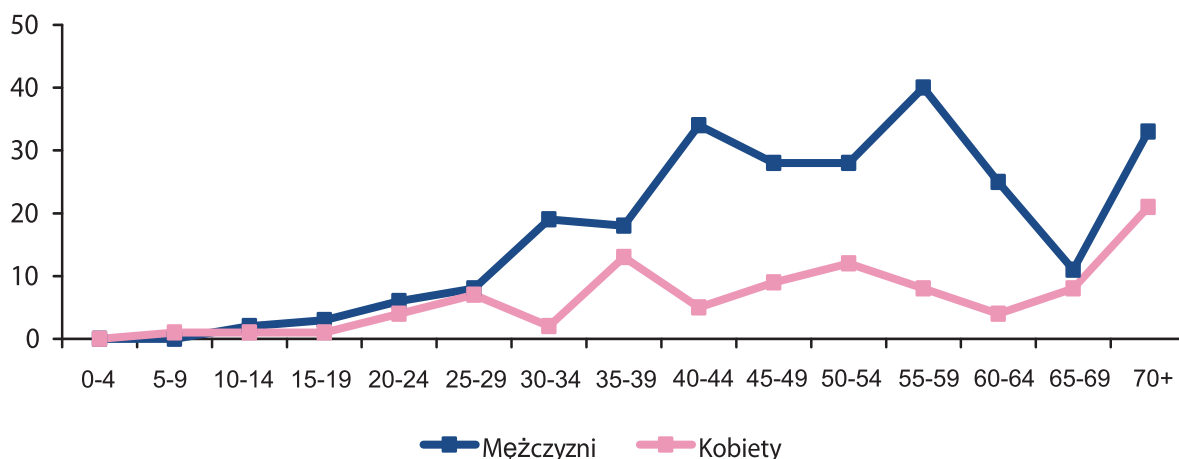


Gruźlica w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2009-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności.

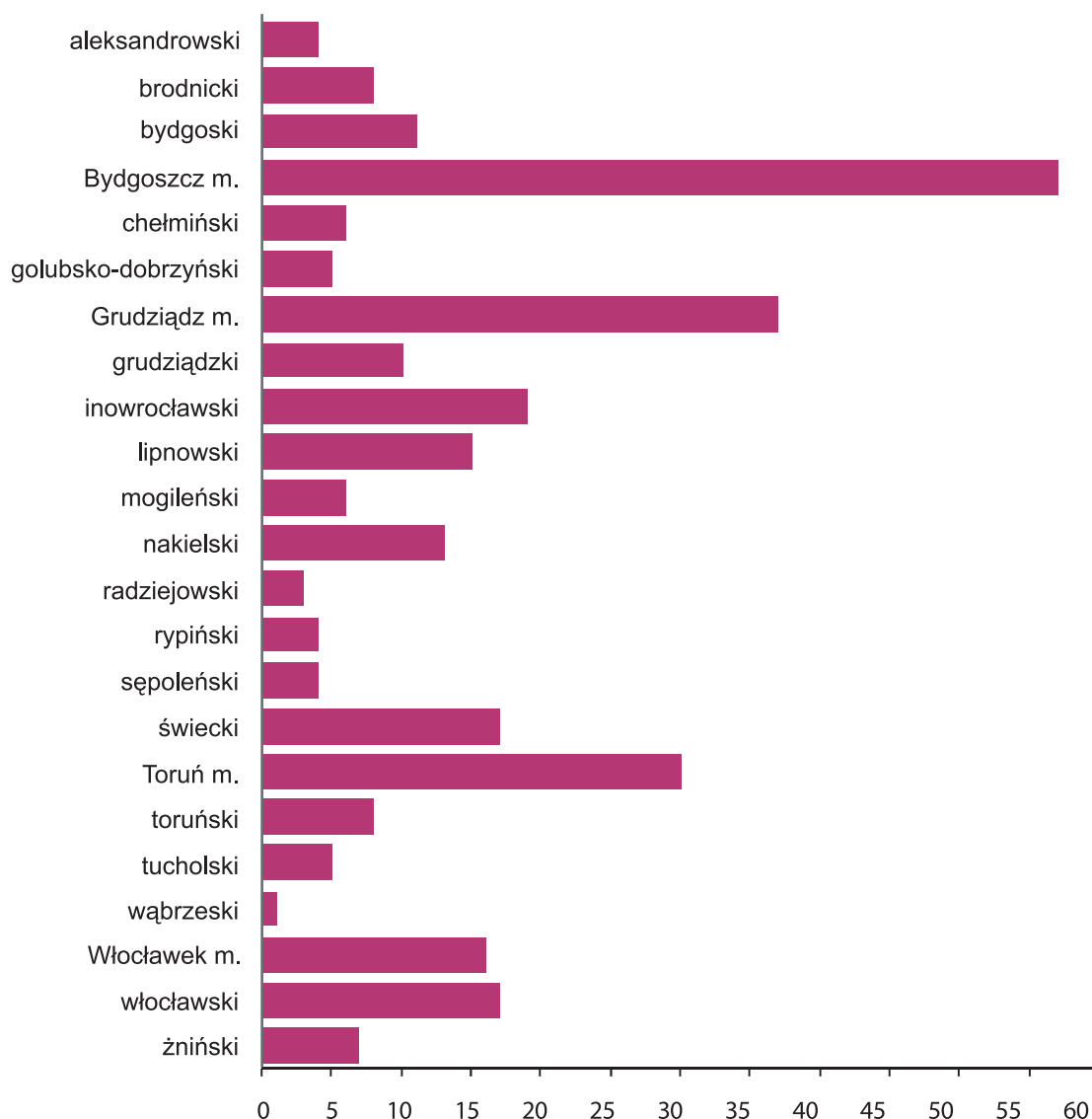
351 przypadków zachorowań na gruźlicę, tj. o 18% mniej niż w 2012 r. Zapadalność na wszystkie postaci tej choroby w ocenianym okresie wyniosła 16,76 na 100 tys. ludności. Podobnie jak w poprzednich latach, dominowała gruźlica płuc, której odnotowano 324 przypadki. Ta postać choroby stanowiła 92% wszystkich postaci zachorowań na gruźlicę.

Największy odsetek zachorowań (75,8% ogółu) odnotowano u osób dorosłych powyżej 40 roku życia, z czego aż 54 przypadki u osób mających więcej niż 70 lat. Zapadalność wśród mężczyzn była ponad dwukrotnie wyższa niż kobiet.

Zgromadzone dane wykazują znaczne różnice zapadalności na gruźlicę w poszczególnych powiatach regionu. Największą liczbę przypadków odnotowano w powiatach grodzkich: Bydgoszcz (57), Grudziądz (37) i Toruń (30) a najniższą liczbę zachorowań w powiatach wąbrzeskim (1) i radziejowskim (3). Przyczyn takiego rozkładu zapadalności należy dopatrywać się w różnicach w gęstości zaludnienia, stanowiącej ważny element w procesie szerzenia się tej choroby oraz w poziomie dostępności do świadczeń medycznych, w szczególności do badań diagnostycznych.



Gruźlica w woj. kujawsko-pomorskim w roku 2013. Liczba zachorowań wg płci i grup wiekowych.



Gruźlica w woj. kujawsko-pomorskim w roku 2013. Liczba zachorowań wg powiatów.

Choroby przenoszone drogą płciową

W związku ze zmienionym w roku 2013 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego systemem zgłaszania chorób przenoszonych drogą płciową, wprowadzone do rutynowego raportowania w polskim nadzorze epidemiologicznym w roku 2009, wymagają właściwego rozeznania sytuacji epidemiologicznej, a gromadzone dane są jeszcze

niepełne i dlatego konieczna jest dalsza poprawa nadzoru w tym zakresie.

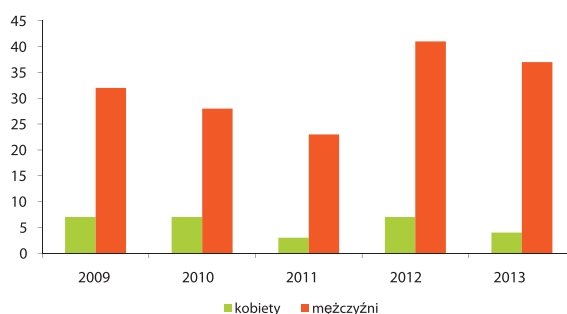
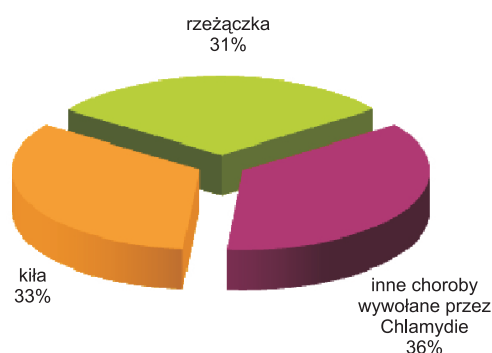
W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r. zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim ogółem 135 przypadków chorób przenoszonych drogą płciową. Największy odsetek tych zachorowań stanowiły „inne choroby wywołane przez Chlamydie”. W porównaniu z rokiem ubiegłym, odnotowano 3,5-krotny wzrost liczby zgłaszanych przypadków, co

można postrzegać jako poprawę zgłaszalności i wykrywalności chorób w tej grupie, a nie jako rzeczywisty wzrost zachorowań. Nie notowano przypadków ziarnicy wenerycznej, wywołanej przez *Chlamydia trachomatis*.

Zgłoszono 45 zachorowań na wszystkie postacie kiły, to najmniej od roku 2009. Odnotowano niewielki wzrost rejestrowanych przypadków kiły późnej, a rejestrowane przypadki kiły wczesnej utrzymują

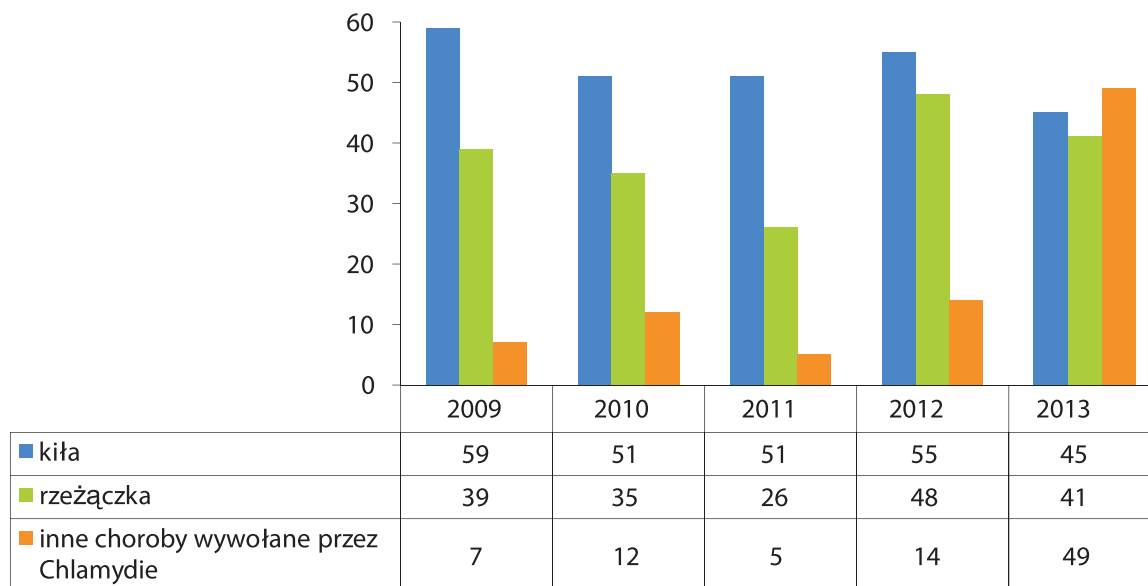
się od kilku lat na podobnym poziomie. Zgłoszono 1 przypadek kiły wrodzonej. Zachorowania na kiłę częściej notowano u mężczyzn.

Analiza danych z raportów jednostkowych zachorowań na rzeżączkę wskazuje, że średnia wieku chorych wynosi nieco ponad 30 lat, a rejestrowane przypadki diagnozowano głównie u mężczyzn - ponad 90% wszystkich zgłoszonych zachorowań.

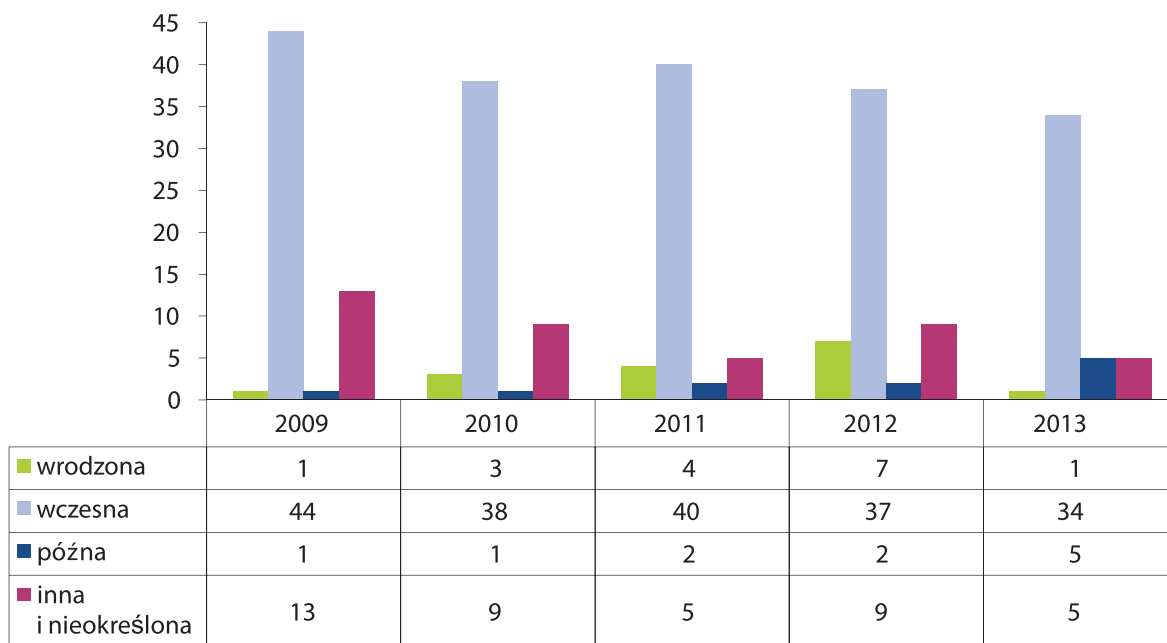


Odsetek zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową w woj. kujawsko-pomorskim w roku 2013.

Rzeżączka w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2009-2013. Liczba zachorowań według płci.



Liczba zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2009-2013.



Kiła w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2009-2013. Liczba zachorowań wg postaci choroby.



Kiła w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2009-2013. Liczba zachorowań wg płci.

Grypa i zachorowania grypopodobne

Zgodnie z definicją grypy przyjętą w krajach Unii Europejskiej na potrzeby nadzoru epidemiologicznego, rejestruje się grypę, rozpoznawaną klinicznie i/lub laboratoryjnie, oraz wszystkie rozpoznane klinicznie zachorowania grypopodobne i ostre zakażenia dróg oddechowych spełniające kryteria definicji.

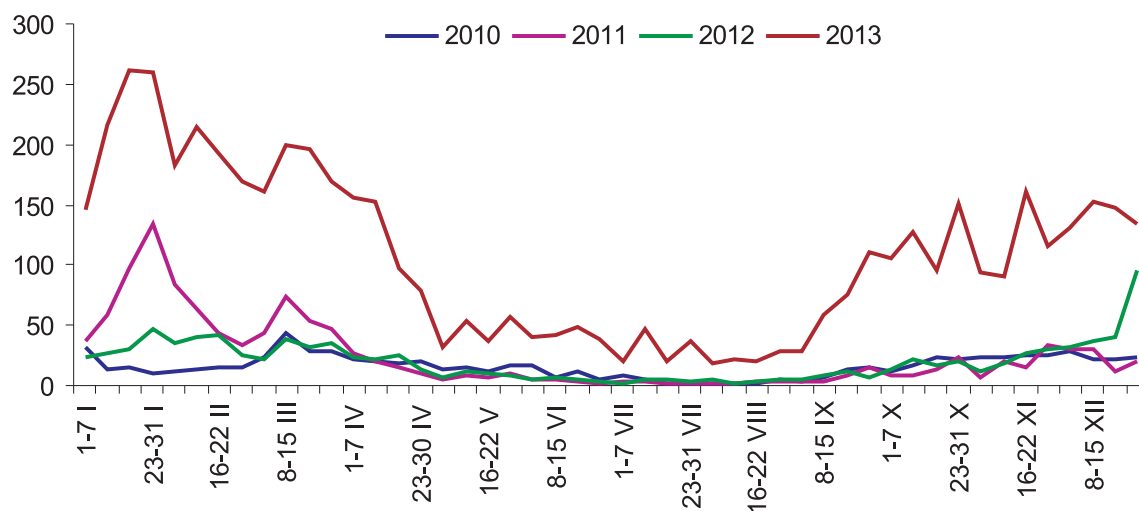
Od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r. odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim 107 783 zachorowania na grypę, infekcje grypopodobne i ostre zakażenia dróg oddechowych. To ponad pięciokrotnie więcej niż w roku poprzednim. Zapadalność wyniosła 5 147,01/100 tys. ludności. Większość zachorowań miała miejsce w okresie od stycznia do kwietnia, a szczyt zachorowań wystąpił w drugiej połowie stycznia.

W ostatnich latach obserwuje się wcześniejszy szczyt zachorowań w sezonie epidemicznym

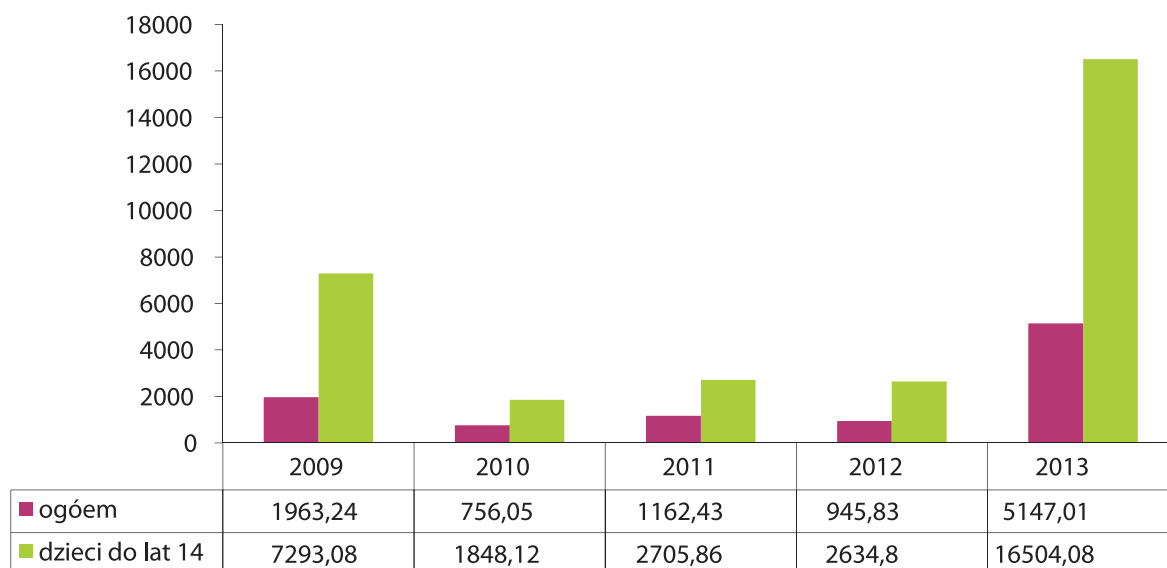
grypy, który zdarza się w styczniu lub w grudniu. Wyjątkiem był rok 2009, ze szczytem zachorowań w listopadzie.

Zachorowania dzieci i młodzieży w wieku 0-14 lat stanowiły blisko połowę ogółu zachorowań (52 700, zapadalność 16 504,08 w populacji 0-14 lat). Od roku 2011 zauważalna jest tendencja wzrostowa zachorowań w grupie dzieci najmłodszych (0-4 lata). Z powodu nasilonych objawów infekcji do szpitali skierowano 472 osoby (0,4% ogółu przypadków). Zmarło 7 osób, u których wskazano grypę jako bezpośrednią przyczynę zgonu.

Zachorowania rejestrowano we wszystkich powiatach województwa kujawsko-pomorskiego. Najmniej w powiecie nakielskim (0,16% ogółu zgłoszeń), najwięcej w powiecie grudziądzkim i toruńskim (łącznie blisko 60% ogółu zgłoszeń). Najwyższą roczną zapadalność, w przeliczeniu na liczbę ludności, odnotowano w powiecie grudziądzkim i mogileńskim (odpowiednio 27 928,9 i 26 026).



Grypa i zachorowania grypopodobne w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2010-2013, w okresach sprawozdawczych. Zapadalność na 100 tys. ludności.



Grypa i zachorowania grypopodobne w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2009-2013. Zapadalność na 100 tys. ludności i dzieci do lat 14.

Choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne

Do tej grupy chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych zalicza się choroby łatwo rozprzestrzeniające się, o wysokiej śmiertelności, powodujące szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego, wymagające specjalnych metod zwalczania. Należą do nich w szczególności cholera, dżuma, ospa prawdziwa i wirusowe gorączki krwotoczne.

Specjalny nadzór epidemiologiczny prowadzony w stosunku do ww chorób oraz analiza biologicznych czynników chorobotwórczych je wywołujących nie wykazał w ostatnich latach szczególnych zagrożeń epidemicznych. W omawianym okresie nie zgłoszono żadnych przypadków zachorowań.

Pojedyncze przypadki przywlekanych chorób, gdzie nie występuje transmisja zakażenia z człowieka na człowieka rejestrowane są corocznie w Polsce. Do takich chorób należy malaria. Odnotowano 2 zachorowania o etiologii Plasmodium falciparum i Plas-

modium malariae w powiecie grudziądzkim i bydgoskim u osób powracających z Nigerii. W kraju rejestrowano 36 przypadków malarii. Zapadalność na malarię w województwie kujawsko-pomorskim i w kraju była niższa od 1 na 100 tys. ludności.

Wykonawstwo szczepień ochronnych

Ocenę realizacji szczepień ochronnych w 2013 roku przeprowadzono w oparciu o analizę danych zawartych w rocznych sprawozdaniach ze szczepień ochronnych MZ-54 za rok 2013, sporządzonych przez świadczeniodawców prowadzących szczepienia ochronne.

Szczepienia ochronne prowadzone były w 405 punktach szczepień dla dzieci i młodzieży, 26 oddziałach noworodkowych oraz 101 podmiotach wykonujących szczepienia ochronne u osób narażonych na zakażenie.

Szczegółowa analiza przebiegu szczepień ochronnych w 1 roku życia wskazuje, że realizacja obowiązkowych szczepień przeciw gruźlicy i wiru-

sowemu zapaleniu wątroby typu B utrzymana jest na poziomie roku ubiegłego. Obniżeniu o 1% w porównaniu do lat ubiegłych uległo wykonawstwo szczepień przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis i Haemophilus influenzae typu b, mimo to przewyższa średni poziom zaszczepienia w tej grupie wiekowej w kraju.

Stan wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych w 2 roku życia utrzymuje się od wielu lat na stałym, wysokim poziomie, przekraczającym śre-

dnie wartości krajowe. W 2013 roku nastąpiła znaczna poprawa realizacji szczepień w 13-14 miesiącu życia przeciw odrze, śwince i różyczce. Odsetek terminowo zaszczepionych dzieci zwiększył się o 2,4 % w stosunku do roku ubiegłego i był najwyższy na przestrzeni całego analizowanego okresu. Osiągnięty poziom realizacji szczepień winien zapewnić w tej grupie wiekowej ochronę populacyjną przed zakażeniami drobnoustrojami chorobotwórczymi.

Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych w 1 roku życia w latach 2009- 2013:

Rodzaj szczepienia	2009 r.		2010 r.		2011r.		2012 r.		2013 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
BCG szczepienie pierwotne	99,7	99,8	99,7	99,8	99,6	99,7	99,6	99,7	brak danych	99,6
WZW typu B	90,7	91,2	90	90,4	90,3	91,1	90	90,4	brak danych	90,3
DTP-błonica, tężec, krztusiec	60,9	62,4	60,5	62,1	60,3	62,3	60,1	62,3	brak danych	61,3
Poliomyelitis	61	62,4	60,5	62,1	60,3	62,3	60,1	62,3	brak danych	61,3
Haemophilus influenzae typu b	60,7	62,4	60,3	62,1	60,2	62,3	60	62,3	brak danych	61,3

Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych w 2 roku życia w latach 2009-2013:

Rodzaj szczepienia	2009 r.		2010 r.		2011 r.		2012 r.		2013 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
WZW typu B	99,7	99,9	99,8	99,9	99,7	99,8	99,7	99,8	brak danych	99,8

DTP-błonica, tężec, krztusiec	99	99,5	99	99,5	98,8	99,6	98,7	99,4	brak danych	99,4
Poliomyelitis	99	99,5	99	99,5	98,8	99,6	98,7	99,4	brak danych	99,4
Haemophilus influenzae typu b	98,8	99,5	98,9	99,5	98,8	99,6	98,7	99,4	brak danych	99,4
MMR-odra, świnka, różyczka	84,3	87,8	84,9	87,7	84,4	88,4	83,6	87,1	brak danych	89,5

W roku 2013, podobnie jak w latach ubiegłych, obowiązkowe szczepienia ochronne w grupie dzieci i młodzieży szkolnej wykonane zostały w odsetkach przekraczających nawet o kilkanaście procent poziom zaszczepienia w kraju. W przypadku szczepień przeciw odrze, śwince i różyczce w 10 roku życia, poziom zaszczepienia wyższy jest aż o 20,2%, a w przypadku szczepień przeciw błonicy i tężcowi w 19 roku życia o 19,5% w porównaniu do średnich wartości w kraju.

Obowiązkowe szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, od kilku lat wykonywane są u uczniów i studentów kształcących się na kierunkach medycznych oraz osób wykonujących zawody medyczne o kilka procent powyżej średnich wartości uzyskiwanych w kraju. W roku 2013 nastąpił w województwie ponowny wzrost o 2,7% poziomu zaszczepienia uczniów szkół medycznych w stosunku do roku 2012, mimo to poziom zaszczepienia nie osiąga odsetków uzyskiwanych w latach

ubiegłych.

W przypadku osób z bliskiego otoczenia zakaźnych HBV, wykonawstwo szczepień od kilku lat należy do najlepszych w kraju i przewyższa w 2013 roku, o 27,1% średni poziom zaszczepienia w tej grupie ryzyka.

Dzięki prowadzonej w województwie kujawsko-pomorskim intensywnej profilaktyce tężca, podejrzenia lub zachorowania na tężec zdarzają się sporadycznie. Szczepionka stosowana jest w celu indywidualnej ochrony przed zachorowaniem na tężec. Jest jedyną szczepionką stosowaną w chorobie zakaźnej, niezaraźliwej, tj. nie przenoszącej się z człowieka na człowieka.

W przypadku tężca nie ma więc znaczenia odporność zbiorowiskowa a jedynie osobnicza. Dlatego też każdego roku u ponad 20 tysięcy osób w województwie stosuje się swoiste zapobieganie tężcowi u osób zranionych, aby nie dopuścić do rozwoju zakażenia.

Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych w grupie dzieci i młodzieży szkolnej w latach 2009-2013:

Rodzaj szczepienia	2009 r.		2010 r.		2011 r.		2012 r.		2013 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
DTaP-błonica, tężec, acelularny krztusiec w 6 r.ż.	80,8	94,7	81,7	95	81,6	95,3	80,8	94,6	brak danych	93,7
OPV-poliomyelitis w 6 r.ż.	80,7	94,7	81,6	95	81,5	95,3	80,8	94,6	brak danych	93,7

Td-tężec, błonica w 14 r.ż.	85,1	97,1	86,7	97,8	86,4	97,7	85,6	97	brak danych	97,5
Td-tężec, błonica w 19 r.ż.	75,2	93,9	75,4	94,5	76	94,9	75,2	94,9	brak danych	94,7
MMR-odra, świnka, różyczka w 10 r.ż.	39,7	93,7	44,5	96,7	53,7	97	76,6	94,9	brak danych	96,8

Realizacja szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w grupach ryzyka w latach 2009-2013:

Grupa ryzyka	2009 r.		2010 r.		2011r.		2012 r.		2013 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
Uczniowie szkół medycznych	91,9	99,1	94,4	99,3	92,9	98,4	94,1	95,2	brak danych	97,9
Studenci kierunków medycznych	83,4	99,8	86,3	99,8	95,2	100	95,6	100	brak danych	99,9
Osoby wykonujące zawody medyczne	97,9	99,2	98,3	99,2	98,2	99,1	98,4	98,8	brak danych	98,9
Otoczenie zakażonych HBV	63,2	95,5	65,1	95,5	67,1	95,2	68,3	95,4	brak danych	95,4

W latach 2009-2013 poekspozycyjne szczepienia przeciw tężcowi wykonano u następującej liczby osób:

Rok	Liczba zaszczepionych osób
2009	21 478
2010	22 787
2011	23 794
2012	22 452
2013	22 814

Szczepienie przeciwko wściekliźnie podjęto w 2013 roku u 453 osób. Ponadto w 2013 roku u 104 osób wykonano szczepienia reekspozycyjne w związku z wykonywaną pracą lub planowaną podróżą. Analiza dokumentacji szczepień przeciw wściekliźnie skłania jednak do wyciągnięcia wnio-

sku, że w województwie zbyt mało osób wyjeżdżających w rejony endemicznego występowania zachorowań na wściekliżnę poddaje się przedekspozycyjnym szczepieniom ochronnym. W latach 2009-2013 szczepienia poekspozycyjne przeprowadzono u następującej liczby osób, które miały kontakt ze zwierzęciem chorym lub podejrzanym o wściekliżnę:

Rok	Liczba zaszczepionych osób
2009	398
2010	402
2011	385
2012	478
2013	453

W dalszym ciągu obserwuje się znaczne różnico-

wanie w zakresie realizacji szczepień zalecanych. Zmienność ta wynika między innymi z bieżącej sytuacji epidemiologicznej określonych chorób zakaźnych, realizacji samorządowych programów zdrowotnych, prezentacji niektórych zagrożeń epidemiologicznych w mediach, akceptacji społecznej szczepień, a nawet częstotliwości wyjazdów turystycznych i służbowych w określone rejony świata.

W roku 2013 lekarze prowadzący działalność leczniczą zgłosili 111 przypadków wystąpienia

oraz badania lekarskiego podejmuje decyzję o zasadności zgłoszenia danego przypadku jako niepożądanego odczyn poszczepienny.

Obowiązkiem szczepień w 2013 roku w województwie kujawsko-pomorskim objęta była populacja 419 127 osób w wieku 0-20 lat. Liczba populacji stałej obniżyła się w tym przedziale wiekowym o 9162 osoby w porównaniu do roku 2012.

Przedstawiona powyżej analiza wykonania szczepień ochronnych wskazuje, że w wojewódz-

Realizacja wybranych szczepień zalecanych w latach 2009-2013:

Szczepienie przeciw	Liczba zaszczepionych				
	2009	2010	2011	2012	2013
Grypie	87931	63349	58227	46777	51695
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu A	1373	1254	1142	1715	1203
Kleszczowemu zapaleniu mózgu	1930	1833	1341	930	1032
Ospie wietrznej	1518	1669	2147	3117	2901
Biegunce rotawirusowej	3475	4121	4111	4205	4251
Streptococcus pneumoniae	8185	8678	9708	9924	11083
Neisseria meningitidis	3199	2198	2963	1740	1847
Brodawczakowi ludzkiemu	682	2735	1259	1038	845

niepożądanych odczynów poszczepiennych, w tym 6 uznano jako poważne i 1 jako ciężki. Jest to znamienny wzrost w stosunku do roku 2012, w którym odnotowano 82 przypadki NOP w tym 3 poważne. Zgłoszeniu przez lekarza podlega każde zaburzenie stanu zdrowia mogące mieć związek ze szczepieniem. Lekarz na podstawie objawów klinicznych

twie kujawsko-pomorskim nie występują obecnie zagrożenia realizacji Narodowego Programu Szczepień Ochronnych. Obowiązkowe szczepienia ochronne wykonane zostały na bardzo wysokim poziomie w odsetkach zapewniających odporność zbiorowiskową.

Rejestracja niepożądanych odczynów poszczepiennych w latach 2009-2013:

Rok	2009	2010	2011	2012	2013
Liczba zarejestrowanych NOP	48	55	54	82	111

Wnioski

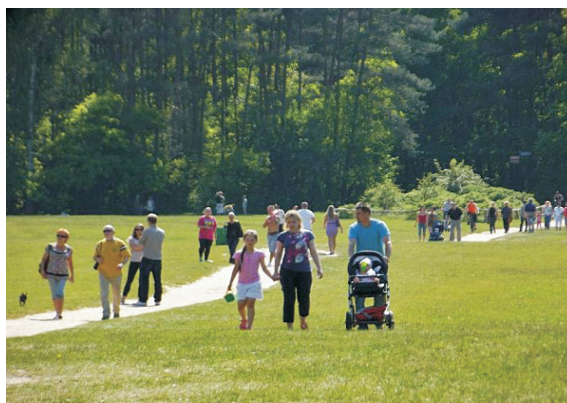
1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych w roku 2013 r. była zróżnicowana ale względnie stabilna.
2. Nie zostały przywleczone do naszego województwa żadne z najgroźniejszych gorączek krwotocznych czy inne choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne, jak cholera czy dżuma.
3. Z przywleczonych chorób, gdzie nie występuje transmisja zakażenia z człowieka na człowieka odnotowano 2 przypadki malarii.
4. Sporadyczne zachorowanie na dur brzuszny było przywleczone z Indii.
5. Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych objętych programem obowiązkowych szczepień ochronnych cechowała podobnie, jak w latach poprzednich cykliczność ich występowania. Zaznaczył się spadek o 46% zapadalności na krztusiec i o 13% na ospę wietrzną. Zapadalność na świnkę była nieznacznie niższa od ubiegłorocznej. Nastąpił natomiast epidemiczny wzrost zachorowań na różyczkę.
6. Wystąpienie epidemii wyrównawczej różyczki związanej z narastaniem populacji wrażliwej na zachorowanie, gdyż dotyczyła głównie osób nie szczepionych, wskazuje jak ważne są szczepienia i jak osoby nie szczepione są podatne na zachorowanie.
7. Szczepienia ochronne w omawianym okresie wykonane były zgodnie z obowiązującymi zasadami, w odsetkach zapewniających odporność zbiorowiskową.
8. Niepokojącym zjawiskiem jest rosnąca liczba rodziców uchylających się lub odmawiających poddawania swoich dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym, na co duży wpływ mają działania ruchów antyszczepionkowych. To może skutkować w przyszłości szkodliwymi następstwami dla zdrowia publicznego.
9. Utrzymanie akceptacji społecznej szczepień i wysokiego odsetka uodpornienia populacji, to ważny element działania PIS, ale wymaga również aktywnego włączenia się lekarzy i pielęgniarek prowadzących szczepienia ochronne.
10. Niekorzystnym zjawiskiem jest rosnąca z roku na rok liczba ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową (wzrost o 1 ognisko) w tym szpitalnych ognisk epidemicznych. Choroby przenoszone drogą pokarmową wymagają ciągłej czujności i podejmowania działań prewencyjnych zarówno przez organy PIS, jak i podmioty prowadzące działalność leczniczą.
11. Wzrasta liczba rejestrowanych wirusowych zakażeń jelitowych jest ona wyższa od bakteryjnych, to efekt szerszej diagnostyki tych zakażeń.
12. Nieznacznie wzrosła zapadalność na przewlekłe wzw typu B oraz odnotowano o 11,6% więcej nowo wykrytych zakażeń HCV. Od lat w naszym regionie utrzymuje się dobra diagnostyka i zgłaszalność tych zakażeń. W 99% są to przewlekłe zachorowania, w których trudno ustalić czas i okoliczności zakażenia i to stanowi pewien problem epidemiologiczny.
13. W aspekcie zapobiegania zakażeniom, w tym zakażeniom krwiopochodnym ważną rolę odgrywa stosowanie w podmiotach leczniczych zautomatyzowanych systemów dekontaminacji sprzętu oraz narzędzi medycznych. Wprowadzenie tego typu systemów jest w naszym regionie coraz powszechniejsze.
14. Obserwowany wzrost rejestrowanych w 2013 roku nowo wykrytych zakażeń HIV i zachorowań na AIDS może być wynikiem poprawy zgłaszalności tych zakażeń i wymaga dalszej obserwacji. Nadal problemem są niekompletne zgłoszenia, które nie zawierają danych istotnych do ustalenia transmisji zakażeń.
15. Choroby infekcyjne ośrodkowego układu nerwowego od kilku lat nie stanowią problemu epidemiologicznego - zapadalność utrzymuje się na niskim poziomie.
16. Wśród chorób przenoszonych przez kleszcze dominowała borelioza - obserwowano wzrost zapadalności o 23,5%. Wysoki poziom zachorowań na boreliozę utrzymuje się w naszym regionie od wielu lat. Wobec braku możliwości czynnego uodpornienia przeciw tej chorobie, pod-

noszenie świadomości w społeczeństwie w zakresie stosowania odpowiednich zabezpieczeń przed kleszczami, ma istotne znaczenie w profilaktyce tej choroby.

17. Odnotowano 5-krotny wzrost zachorowań na gripę, infekcje grypopodobne i ostre zakażenia dróg oddechowych. Wzrosty zachorowań w regionie występują z reguły co 2-3 lata. Zachorowania na gripę i infekcje grypopodobne podlegają stałemu monitorowaniu.
18. Po wdrożeniu „Programu reorganizacji nadzoru nad gruźlicą w województwie kujawsko-pomorskim” w 2013 roku zaobserwowano znaczący spadek zapadalności na tę chorobę, zarejestrowano o 18% mniej zachorowań niż w roku ubiegłym. Właściwa ocena tego zjawiska wymaga dalszej obserwacji i analizy.
19. Z raportowanych chorób przenoszonych drogą płciową największy odsetek stanowiły inne choroby wywołane przez Chlamydie.
20. Zaobserwowano spadek zapadalności na kiłę. Była to najmniejsza liczba przypadków zachorowań, którą zarejestrowano od 2009 roku.



HIGIENA KOMUNALNA



Ocena sanitarna placówek ochrony zdrowia

W województwie kujawsko-pomorskim działalność lecznicza wykonywana jest przez podmioty lecznicze oraz praktyki zdrowotne. W ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajduje się ogółem 989 podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, a także 2 361 praktyk zawodowych.

Pośród 1 623 skontrolowanych w 2013 r. obiektów, w ciągu roku negatywnie pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym oceniono 24 obiekty tj. 1,48%, w tym pod względem technicznym 16 tj. 0,99%.

Omawiając stan higieniczno-sanitarny i techniczny szpitali (54), w tym 7 szpitali uzdrowiskowych i 8 szpitali jednodniowych, należy stwierdzić, że jest on zróżnicowany.

W omawianym roku sprawozdawczym 3 szpitale - ZOZ Szpital w Brodnicy, SPZOZ w Mogilnie (Szpital w Strzelnie) i Szpital Psychiatryczny WSZ w Toruniu - oceniono negatywnie, z uwagi na zły stan techniczny pomieszczeń.

Na 39 placówek szpitalnych warunki rozporządzenia spełnia tylko 6 z nich (3 w Bydgoszczy i 2 we Włocławku i 1 w Osielesku w powiecie bydgoskim). W przypadku 8 szpitali jednodniowych 2 z nich nie spełniają wymagań - NZOZ Przychodnie Lekarskie Hipokrates sp. z o.o. oraz Lecznice Citoned sp. z o.o. w Toruniu. Wśród 7 szpitali uzdrowiskowych żadna z placówek nie spełnia wymagań określonych obowiązującymi przepisami prawa.

W przeważającej większości placówek szpitalnych utrzymaniem bieżącej czystości zajmują się w przeważającej większości placówek ekipy wewnętrzne, tylko nieliczne korzystają z usług firm zewnętrznych (częściej są to szpitale zlokalizowane w dużych miastach) i taką tendencję obserwuje się już do dłuższego czasu. We wszystkich jednostkach sprzątanie i utrzymanie czystości odbywa się z zachowaniem norm higienicznych, określonych w opracowanych i wdrożonych procedurach.

Wszystkie szpitale są podłączone do sieci wodociągowej, przy czym 44 korzysta z wodociągów publicznych, a 10 z wodociągów lokalnych. Należy tu dodatkowo zauważyć, iż 9 placówek szpitalnych nadal nie posiada awaryjnego źródła zaopatrzenia w wodę.

Jakość wody przeznaczonej do spożycia, podawanej z podstawowych źródeł zaopatrzenia, pod względem mikrobiologicznym nie budziła zastrzeżeń. Jedyne w 4 przypadkach jej skład fizykochemiczny odbiegał od wymagań sanitarnych w zakresie przekroczeń parametrów manganu, żelaza, jonu amonowego, barwy i mętności. Ich obecność w wodzie nie ma jednak istotnego znaczenia dla zdrowia, wobec czego można było korzystać z wody tych ujęć bez ograniczeń.

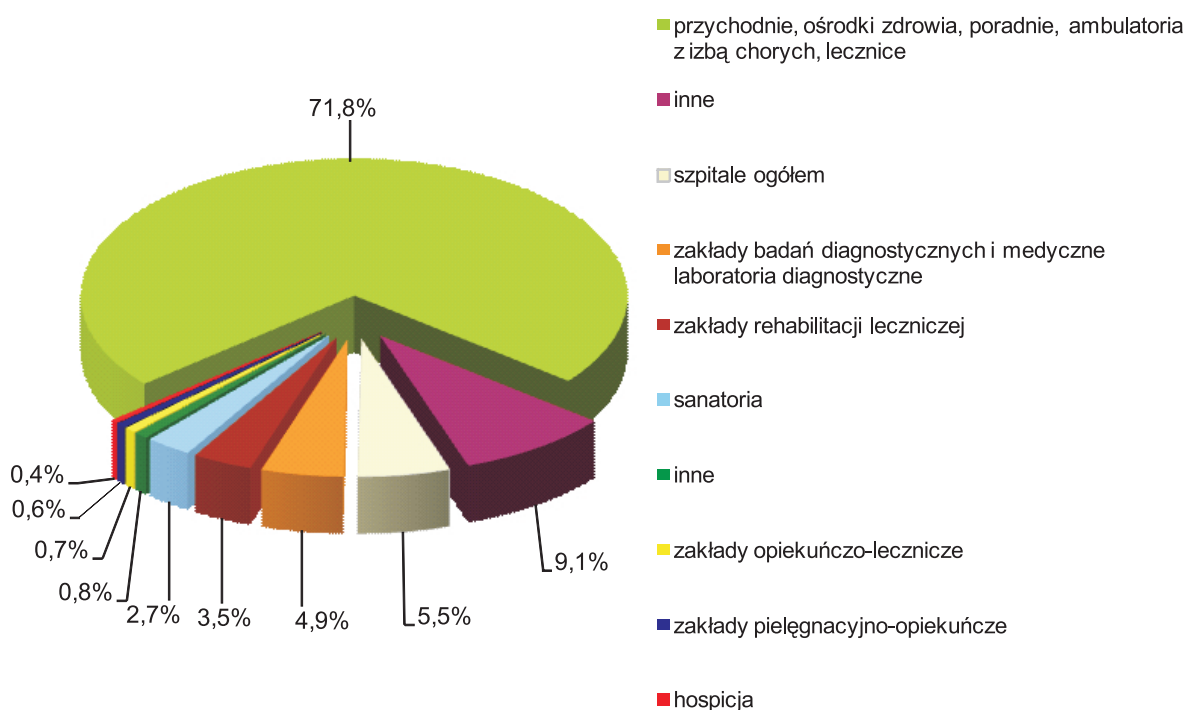
Obiekty w miejscowościach, w których istnieje sieć kanalizacyjna, odprowadzają ścieki bezpośrednio do niej. Natomiast ośrodki znajdujące się na terenie wsi i małych miast, nie posiadające kanalizacji, gromadzą nieczystości w zbiornikach, opróżnianych przez specjalistyczne firmy.

Wszystkie podmioty prowadzące działalność

ność leczniczą, opracowały i wdrożyły systemy zapobiegania i zwalczania zakażeń. Opracowywane procedury sanitarno-higieniczne były zmieniane i aktualizowane ze względu na zmiany w podmiotach leczniczych oraz z powodu nowych doniesień naukowych. Opracowano ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, aktywnie nadzorowano procedury oraz podejmowano i dokumentowano działania zapobiegawcze. Prowadzono również kontrolę wewnętrzną realizowania tych działań według ustalonych harmonogramów.

W szpitalach narzędzia i sprzęt wielorazowego użycia poddawano dezynfekcji wstępnej i właściwej bądź też, w zależności od przyjętej w danej placówce technologii, tylko dezynfekcji właściwej. Podobnie jak w roku ubiegłym w placówkach posiadających dobrze zorganizowane centralne sterylizatornie, narzędzia po użyciu trafiały do kontenerów oznakowanych „brudne” i transportowane były do sterylizatorni według wyznaczonego harmonogramu. W szpitalach, które procesy dekontaminacji zleciły firmom zewnętrznym, narzędzia i sprzęt medy-

czny po wstępnej dezynfekcji, transportowany był do pomieszczeń ekspedycji, skąd przekazywany był do centralnych sterylizatorni. Z usług firmy zewnętrznej „CitoNet” korzystało 13 szpitali, z usług innego podmiotu leczniczego korzystało 6 szpitali. Obiekty, które w swojej strukturze organizacyjnej posiadały punkty sterylizacji lub centralną sterylizatornię niezgodną z wymogami przepisów prawnych, dezynfekcję właściwą narzędzi i sprzętu przeprowadzały na oddziałach. Narzędzia medyczne podlegały bieżącej kontroli jakości, zużyte ulegały kasacji i w miarę możliwości finansowych nabywano nowy i nowoczesny sprzęt i narzędzia medyczne, co wpływało na poprawę wykonywanych świadczeń medycznych. Stosowano środki dezynfekcyjne prawidłowo dobrane do potencjalnego skażenia o odpowiednim stężeniu i czasie działania. Stanowiska do higienicznego mycia rąk w gabinetach zabiegowych i lekarskich wyposażone były właściwie. Zaopatrzenie podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w sprzęt medyczny, w szczególności jednorazowego użytku, materiały opatrunkowe, ręczniki jednorazowego użytku, a także zao-



patrzenie w środki myjące i dezynfekujące było wystarczające.

W nadzorowanych placówkach przeprowadzono modernizację pracowni endoskopowych, wydzielając pomieszczenia do badań, czyszczenia i dezynfekcji sprzętu, wyposażając je w myjnie automatyczne. W roku 2013 do obowiązujących przepisów dostosowano Pracownię Endoskopii w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Nowy Szpital” Sp. z o. o. w Wąbrzeźnie. Dekontaminacja endoskopów odbywała się w wydzielonych zmywalniach wyposażonych w myjnie automatyczne oraz dodatkowo, w niektórych placówkach w myjnie ultradźwiękowe. Zautomatyzowanie procesu mycia i dezynfekcji oraz zastępowanie sprzętu wielorazowego użycia akcesoriami jednorazowego użycia zmniejsza ryzyko przenoszenia zakażeń i przyczynia się w znacznej mierze do poprawy bezpieczeństwa pacjentów podczas wykonywania badań diagnostycznych.

W Specjalistycznym Szpitalu Miejskim w Toruniu w 2013 zorganizowano stację łóżek, w której przeprowadzano dezynfekcję i mycie łóżek, szafek przyłóżkowych, wózków dla pacjentów. Sprzęt ten poddawany był dezynfekcji na mokro przy pomocy urządzenia, które dozuje i spienia środek dezynfekcyjny w ściśle określonym czasie. Po procesie dezynfekcji sprzęt był suszony za pomocą sprężonego powietrza.

W roku 2013 podobnie jak w roku 2012, w 14 szpitalach było 18 komór (w 2011 r. w 15 szpitalach 19 komór dezynfekcyjnych), w dwóch różnych szpitalach w dwóch komorach czasowo nie wykonyje się procesów dezynfekcyjnych. Coraz więcej podmiotów zleca usługę dezynfekcji komorowej jednostkom zewnętrznym. Są to zlecenia stałe lub doraźne np. po pacjentach z ogniska epidemicznego, gdzie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym była laseczka *Clostridium difficile*.

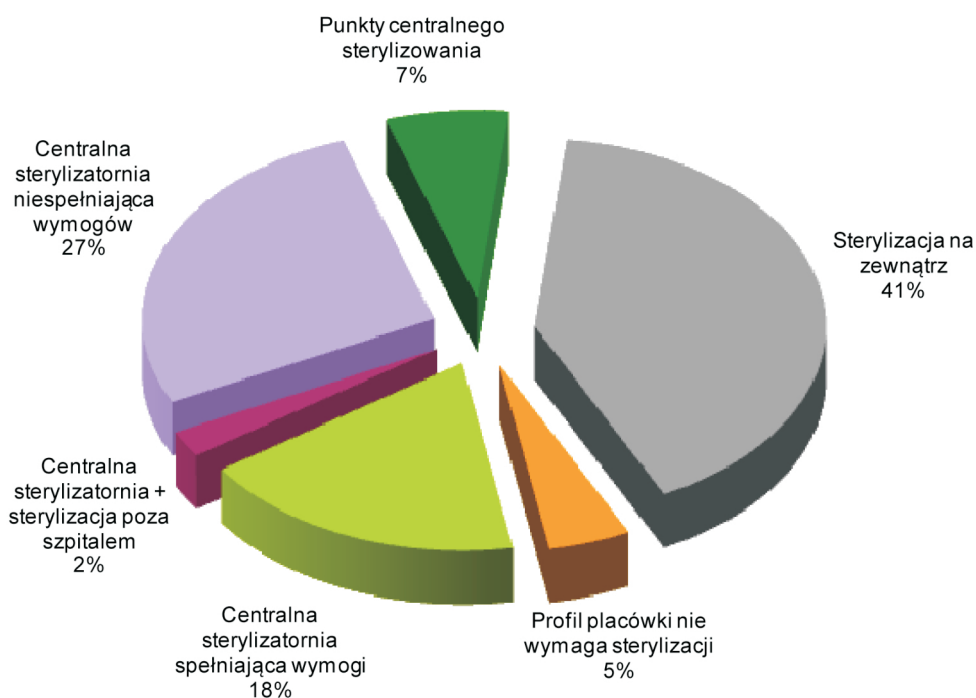
W omawianym okresie zasady dezynfekcji komorowej nie uległy zmianie. Procesowi temu podlegają materace, poduszki, koce w przypadku chorób zakaźnych lub po zgonach.

W szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego podobnie jak w roku ubiegłym funkcjonowały centralne lub lokalne sterylizatornie, więk-

Dezynfekcja komorowa w szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego:

Lata	Liczba szpitali	Liczba komór
2009	17	22
2010	16	21
2011	15	19
2012	14	18
2013	14	18

szość z nich nie spełniała wymogów prawa. W roku 2013 do obowiązujących przepisów dostosowano centralną sterylizatornię w dwóch podmiotach leczniczych: w Szpitalu Wielospecjalistycznym w Inowrocławiu oraz w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Nowy Szpital Sp. z o.o.” w Świeciu. Najbardziej nieodpowiednie pod względem technicznym oraz zabezpieczeń przeciwepidemicznych, punkty centralnego sterylizowania znajdowały się w NZOZ Nowym Szpitalu w Wąbrzeźnie Sp. z o.o. oraz w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim. W obiektach tych narzędzia z sal operacyjnych sterylizowane były w pomieszczeniach przy bloku operacyjnym. W Aleksandrowie Kujawskim w tym samym pomieszczeniu sterylizowany był materiał i sprzęt medyczny dla całego szpitala. Zgodnie z oświadczeniem Prezesa Zarządu NZOZ Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o. od stycznia 2014 roku materiały i sprzęt medyczny będą sterylizowane w centralnej sterylizatorni w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Nowy Szpital Sp. z o.o.” w Świeciu. Szpital w Aleksandrowie Kujawskim przedstawił natomiast projekt przebudowy sterylizatorni oraz sal operacyjnych, do czasu ukończenia przebudowy nastąpi ograniczenie wykonywania zabiegów operacyjnych. W Prywatnej Klinice Wident, w Bydgoszczy dekontaminacja narzędzi i sprzętu medycznego odbywała się w jednym pomieszczeniu przy bloku operacyjnym. Obiekt ten z końcem roku 2013 przekształcił się ze szpitala jednego dnia w szpital w związku, z czym będzie musiał przystosować istniejące pomieszczenia do obowiązujących przepisów. W 2013 roku, 19 szpitali sterylizowało sprzęt i narzędzia w jednostce zewnętrznej, 13 w firmie CitoNet w Bydgoszczy lub Toruniu, dla 6 szpitali usługę tę świadczyły inne szpitale.



Organizacja sterylizacji w szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego.

W 44 obiektach szpitalnych działało 20 centralnych sterylizatori, 8 (18%) z nich spełniało wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, 12 (27%) nie spełniało wymagań, nadal funkcjonowały 3 (7%) punkty centralnego sterylizowania, 18 (41%) szpitali zlecało usługę sterylizacji jednostkom zewnętrznym, 1 (2%) szpital sterylizował sprzęt i narzędzia medyczne we własnej sterylizatorni nie spełniającej wymagań oraz zlecał usługę jednostce zewnętrznej, w 2 (5%) szpitalach profil placówki nie wymagał sterylizacji sprzętu.

W szpitalach sterylizacja narzędzi przeprowadzana była wyłącznie w autoklawach. Sprzęt ten był sukcesywnie wymieniany na nowy, przy czym większość z tych znajdujących się w podmiotach leczniczych urządzeń zakupiona została w latach 1996-2010.

Zwiększa się liczba podmiotów znakujących pakiety w taki sposób, aby umożliwić iden-

tyfikację procesu sterylizacji sprzętu z konkretnym pacjentem, u którego wykonywano zabieg.

Przebieg procesu sterylizacji był systematycznie weryfikowany przez użytkowników urządzeń w ramach kontroli wewnętrznej, poprzez stosowanie testów chemicznych, bioindykatorów oraz wskaźników fizycznych. Centralne sterylizatornie prowadzą od wielu lat systematyczną, udokumentowaną kontrolę w tym zakresie. Dla każdego urządzenia prowadzony jest rejestr wewnętrznej kontroli skuteczności procesów sterylizacji oraz każdego dnia dokonywano kontroli przy pomocy testu Bowie-Dicka.

W podmiotach leczniczych, w których czas pobytu pacjenta nie przekraczał 24 godzin wykonywane były tylko zabiegi planowe. Placówki te wyposażone były w punkty sterylizacji przy blokach operacyjnych lub zlecały usługi sterylizacji sprzętów i narzędzi innym podmiotom leczniczym lub firmie CitoNet z Bydgoszczy.

Zasady przeprowadzania procesów dezynfekcji w podmiotach leczniczych wykonujących

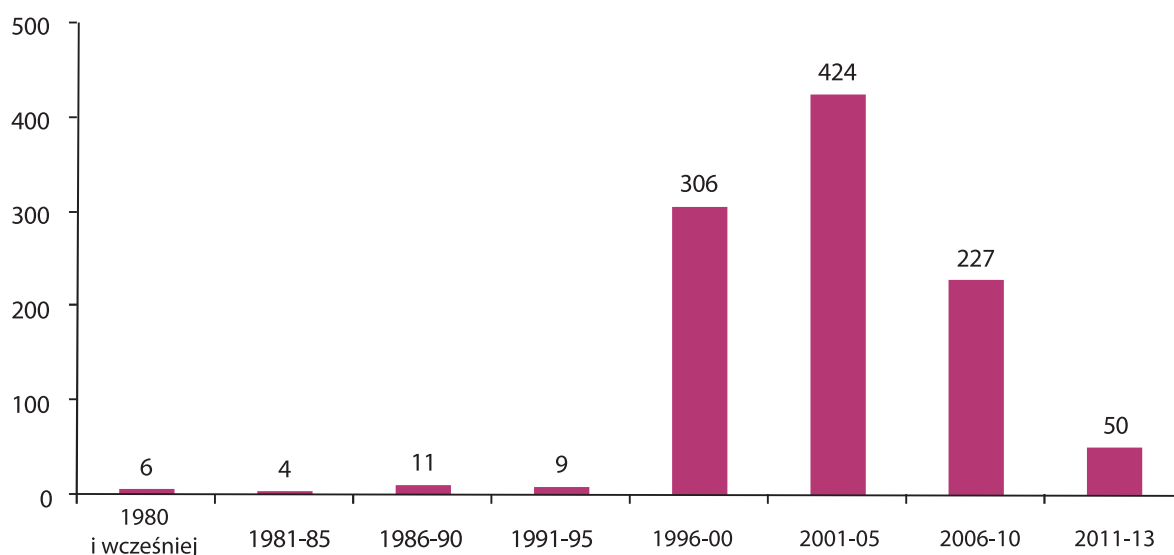
stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - innych niż szpitale były takie same jak w roku ubiegłym. Do zabiegów stosowano sprzęt i materiały medyczne jednorazowego użytku. Procesy sterylizacyjne przeprowadzane były w ograniczonym zakresie. Sterylizacji poddawane były tylko kieliszki do leków, zestawy do zmiany opatrunków, ustniki do inhalacji. W przypadku konieczności stosowania sprzętu wielokrotnego użycia, prowadzone były procesy sterylizacji w autoklawie lub zlecano usługi centralnym sterylizatorniom. W obiektach będących w strukturach szpitali istniała możliwość dezynfekcji komorowej.

W podmiotach wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne dezynfekcja sprzętu i narzędzi medycznych przeprowadzana była podobnie jak w latach ubiegłych, najczęściej metodą tradycyj-

czasowy pomiędzy wykonywaniem dekontaminacji a czynnościami związanymi z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Większość zabiegów inwazyjnych była wykonywana sprzętem jednorazowego użycia.

Wszystkie placówki należące do tej grupy obiektów posiadały stanowiska higienicznego mycia rąk zaopatrzone w mydło w płynie, środek antyseptyczny do rąk, ręczniki jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki.

Pogotowia ratunkowe jako Działy Pomocy Doraźnej, najczęściej wyjazdowe zespoły pomocy, w wielu powiatach funkcjonują w strukturach szpitali. Karetki dezynfekowane były przez pracowników pogotowia zgodnie z opracowanymi standardami. Pogotowia ratunkowe pracowały, stosując głównie sprzęt medyczny jednorazowego użytku. Narzędzia



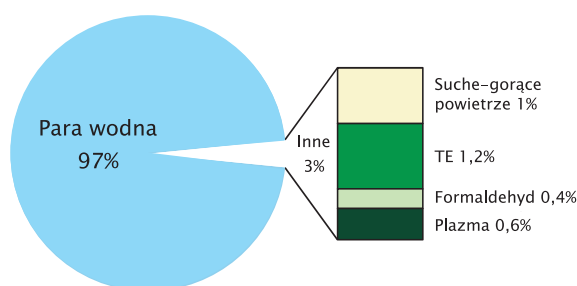
Liczba autoklawów w podmiotach leczniczych województwa kujawsko-pomorskiego wg daty produkcji. Stan na 31 grudnia 2013 r.

ną, ręcznie, w gabinetach zabiegowych, gabinetach specjalistycznych lub innych pomieszczeniach. Uwzględniając zasadę nie krzyżowania się dróg czystych i brudnych, wydzielano ciąg technologiczny gwarantujący ruch postępowy od materiałów skażonych do sterylnych, zachowując rozdział

medyczne wielokrotnego użytku będące na wyposażeniu karetek, sterylizowane były w sterylizatorniach szpitalnych. Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy posiada własną centralną sterylizatornię, która zaopatruje w sprzęt sterylny wszystkie podległe podstacje.

Stacje Dializ będące wydzielonymi podmiotami leczniczymi stosowały głównie materiały i narzędzia medyczne jednorazowego użycia. Niewielka ilość narzędzi wielorazowego użycia sterylizowana była poza podmiotami.

W tej grupie obiektów od kilku lat obserwuje się systematyczną poprawę dotyczącą przestrzegania procedur sterylizacji narzędzi medycznych, a więc procesu warunkującego stosowanie sprzętu medycznego o najwyższym stopniu czystości mikrobiologicznej. Podmioty lecznicze, których zakres świadczonych usług obejmował wyłącznie podstawową opiekę zdrowotną stosowały wyłącznie sprzęt i materiały medyczne jednorazowego użycia. Z narzędzi i materiałów sterylizowanych korzystały podmioty, które świadczyły usługi medyczne w zakresie stomatologii, ginekologii, laryngologii czy chirurgii. Procesy te wykonywane były w aparatach parowych typu grawitacyjnego lub próżniowego. Znaczna część placówek korzystała z usług sterylizatorni w szpitalach lub zlecała usługi firmie „CitoNet” w Bydgoszczy. Tylko w powiecie inowrocławskim, w jednym podmiocie leczniczym, sterylizacji narzędzi stomatologicznych dokonywano metodą suchego gorącego powietrza. Sporządzony program dostosowawczy zakłada wyeliminowanie tej metody do czerwca 2014 roku. W zdecydowanej większości (97%) podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia zdrowotne sterylizacja przeprowadzana była metodą pary wodnej pod ciśnieniem;



Metody sterylizacji w województwie kujawsko-pomorskim, w 2013 roku.

jak już wskazywano, suchym gorącym powietrzem dokonywano sterylizacji narzędzi medycznych za ledwie w 1 podmiocie.

Lekarze wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej, dekontaminację narzędzi nadal najczęściej przeprowadzali w pomieszczeniach, w których wykonywane były zabiegi medyczne lub w pomieszczeniach do tego celu przeznaczonych. Dobór preparatów dezynfekcyjnych był prawidłowy. Coraz częściej do mycia i dezynfekcji sprzętu wykorzystywano myjki ultradźwiękowe. Stosowaną metodą sterylizacji była para wodna w podciśnieniu. Na potrzeby gabinetów, które nie posiadały autoklawów, sterylizację narzędzi medycznych, na podstawie umowy zlecenia, przeprowadzały sterylizatornie należące do innych podmiotów leczniczych lub firma CitoNet w Bydgoszczy. Coraz częściej sprzęt i narzędzia medyczne wielokrotnego użycia zastępowano sprzętem i narzędziami jednorazowego użycia. Podobnie jak w latach ubiegłych tendencja ta dotyczyła głównie praktyk ginekologicznych i laryngologicznych. Coraz częściej jednorazowe zestawy diagnostyczne używają stomatolodzy.

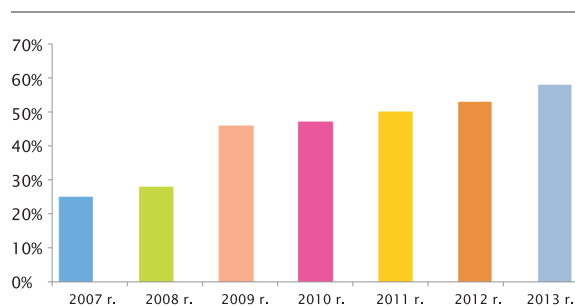
W roku 2013 przeprowadzono kontrole we wszystkich pracowniach tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego będących pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwie kujawsko - pomorskim. Łącznie skontrolowano 41 pracowni, sprawdzając przestrzeganie procedur sanitarno-higienicznych a w szczególności zasady postępowania przy dożylnym podawaniu środka kontrastującego. Środek cieniujący podawany był za pomocą wstrzykiwaczy kontrastu bądź strzykawki automatycznej. Tylko w jednej pracowni rezonansu magnetycznego środek cieniujący podawany był za pomocą jednorazowej strzykawki. Wszystkie pracownie stosowały sprzęt jednorazowego użycia. Niewielka ilość sprzętu wielorazowego użycia dezynfekowana i sterylizowana była poza pracowniami w centralnych sterylizatorniach. Wyroby sterylne były prawidłowo oznakowane i przechowywane. We wszystkich pracowniach znajdowały się stanowiska higienicznego mycia rąk, prawidłowo wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik na my-

dło w płynie, dozownik na środek dezynfekcyjny, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia. Sposób postępowania z odpadami medycznymi i brudną bielizną był prawidłowy. W pracowniach były opracowane i stosowane procedury higieniczno-sanitarne.

W 2013 roku poddano ocenie na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego 32 bloki żywienia w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych. Wszystkie skontrolowane zakłady uzyskały ocenę potwierdzającą zgodność z wymaganiami.

Kontrole bloków żywienia w szpitalach wykazały, iż warunki sanitarno-higieniczne i techniczne z roku na rok ulegają systematycznej poprawie. Bloki wyposażono w nowy sprzęt i urządzenia produkcyjne, przeprowadzono remonty malarskie oraz prace modernizacyjne pomieszczeń kuchennych, polegające na ich przebudowie i rozbudowie. Nie mniej jednak zagrożenia wynikające z braku funkcjonalności zaplecza kuchennego nadal można zaobserwować w części szpitali. Sposobem na ich zminimalizowanie jest rozdzielenie w czasie czynności „czystych” i „brudnych” oraz przestrzeganie określonych procedur i instrukcji systemowych.

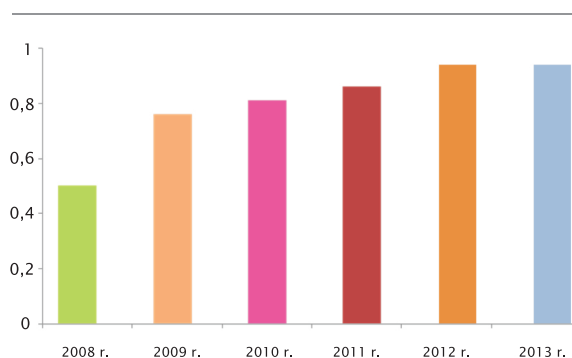
Ograniczone środki finansowe wielu placówek nie pozwalają na poczynienie niezbędnych inwestycji, tak aby zakład spełniał wszystkie wymogi prawa żywnościowego. W związku z powyższym corocznie coraz więcej szpitali rezygnuje z utrzymywania kuchni odchodząc tym samym od tradycyjnej formy żywienia pacjentów, co obrazuje poniższy wykres.



Liczba placówek organizujących żywienie pacjentów przy pomocy firm zewnętrznych w stosunku do liczby obiektów w latach 2007 - 2013.

Zagrożenia bezpieczeństwa żywności występujące w obiektach, w których nieprawidłowości sanitarno-techniczne wynikają z infrastruktury zakładu, minimalizowane są dzięki zastosowaniu odpowiednich procedur systemowych. W roku sprawozdawczym wszystkie szpitale pracowały zgodnie z zasadami dobrej praktyki produkcyjnej i dobrej praktyki higienicznej, a w większości z nich wdrożono w pełni system HACCP.

W porównaniu do lat ubiegłych zauważyć należy postępujący wzrost liczby obiektów, które wdrożyły, utrzymują i wykonują procedury na pod-



Liczba placówek, które wdrożyły, utrzymują i wykonują procedury na podstawie zasad HACCP w stosunku do liczby obiektów wg ewidencji w latach 2007 - 2013.

stawie zasad HACCP, co obrazuje powyższy wykres.

W 2013 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowało 25 sanatoriów. Wszystkie bloki żywienia w przedmiotowych obiektach zostały skontrolowane i poddane analizie zgodnie z arkuszem oceny stanu sanitarnego oraz sklasyfikowane jako zgodne z wymaganiami.

Przeprowadzone kontrole bloków żywienia wykazały sporadyczne nieprawidłowości natury technicznej oraz sanitarno-higienicznej.

W przedmiotowej grupie obiektów odnotowano jedno ognisko zbiorowego zatrucia pokarmowego. W wyniku dochodzenia epidemiologicznego ustalono, że czynnikiem etiologicznym, który spowodował zatrucie były norowirusy.

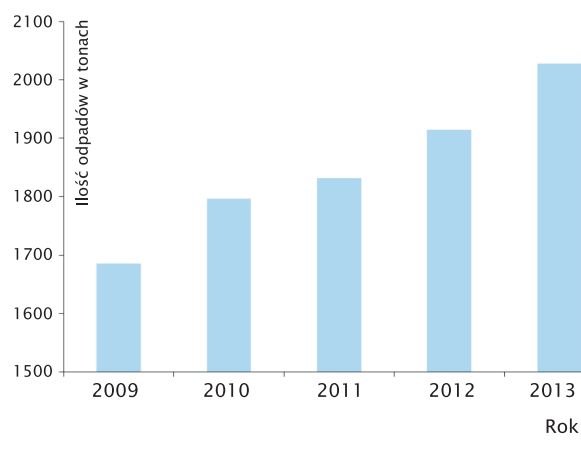
Stan sanitarno-techniczny bloków żywienia w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych funkcjonujących samodzielnie

jest lepszy niż obiektów działających przy szpitalach. Kontrole wyżej wymienionych zakładów nie wykazały nieprawidłowości.

Obiekty działające przy szpitalach funkcjonują natomiast jako ich część składowa. Posiadają jedno wspólne zaplecze kuchenne, a żywienie odbywa się na tych samych zasadach.

We wszystkich jednostkach zasady postępowania z odpadami, w tym odpadami medycznymi, określone zostały przez odpowiednie, dostosowane do obowiązujących przepisów prawnych, procedury. Pomieszczenia, w których gromadzi się i przechowuje odpady są na ogół właściwie wyposażone. Wszystkie placówki mają uregulowaną politykę w zakresie wytwarzania i unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych. Swoje odpady medyczne unieszkodliwiają w specjalistycznych jednostkach, przy czym 33 szpitale korzystają ze spalarni zlokalizowanej przy Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Konsekwencją takiego stanu jest transportowanie części tych odpadów niebezpiecznych na znaczne odległości, często poza teren województwa.

W 2013 r. w szpitalach (z wyłączeniem szpitali uzdrowiskowych i jednodniowych) wytworzono ogółem 2 027 650,80 kg odpadów medycznych. Należy przy tym zauważyć, iż na przestrzeni ostatnich lat masa wytwarzanych odpadów medycznych zwiększa się, na co ma niewątpliwy wpływ stosowanie coraz większej ilości sprzętu jednorazowego użytku, a także zwiększenie liczby wykonywanych



świadczeń zdrowotnych.

W szpitalach uzdrowiskowych natomiast i jednodniowych w 2013 roku wytworzono ogółem 26 756,40 kg odpadów medycznych.

Proces prania bielizny szpitalnej, podobnie jak w latach ubiegłych, w zdecydowanej większości placówek (49) zlecający jest zewnętrznym jednostkom usługowym, zlokalizowanym w wielu przypadkach poza obszarem naszego województwa. W pozostałych (5) pranie bielizny szpitalnej realizowane jest we własnym zakresie. We wszystkich skontrolowanych obiektach postępowanie z bielizną szpitalną było prawidłowe i przebiegało zgodnie z opracowanymi i wdrożonymi procedurami.

Podobna jak w przypadku obiektów stacjonarnych i udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych sytuacja miała miejsce w pozostałych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, zarówno w zakresie stanu technicznego, jak i funkcjonalnego. Poprawa warunków sanitarno-technicznych w przychodniach, ośrodkach, poradniach i ambulatoriach jest skutkiem prowadzonych prac remontowo-modernizacyjnych, wynikających z realizacji programów dostosowawczych. W omawianej grupie stwierdzano jednak pewne nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi. W przypadku jednej Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Lekarskiej w Bydgoszczy rażące uchybienia w tym zakresie poskutkowały unieruchomieniem jej z rygorem natychmiastowej wykonalności, powodującej jej czasowe unieruchomienie.

Wnioski

1. Podmioty lecznicze nadal zlecają usługi w zakresie prac pomocniczych tj. sprzątnięcia, prania bielizny, unieszkodliwiania odpadów medycznych wyspecjalizowanym podmiotom zewnętrznym. Zjawiska tego nie można ocenić jednoznacznie, gdyż jak wynika z obserwacji, są to działania przynoszące pozytywne efekty, które będą jednak poważne zastrzeżenia organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

2. Nie wszystkie szpitale posiadają awaryjne źródła zaopatrzenia w wodę lub rezerwowe zbiorniki wody, które w przypadku awarii zasilania podstawowego gwarantowałyby ciągłość dostaw.
3. Utylizacja odpadów medycznych pochodzących ze znacznej części placówek odbywa się co prawda w specjalistycznych spalarniach, często położonych jednak na terenie innych województw, co wiąże się z koniecznością transportu odpadów na znaczne odległości. Sytuacja ta wynika z faktu, iż na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonują tylko dwie spalarnie odpadów medycznych.
4. W podmiotach leczniczych województwa kujawsko-pomorskiego opracowano i wdrożono procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami, które na bieżąco podlegały modyfikacji w zależności od potrzeb i wiedzy. Placówki prowadziły kontrolę wewnętrzną zgodnie z zasadami określonymi w obowiązujących przepisach prawa.
5. We wszystkich kontrolowanych w 2013 roku obiektach stosowane były środki dezynfekcyjne zarejestrowane przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.
6. W pracowniach endoskopowych dekontaminacja prowadzona była w sposób powtarzalny (bezpieczny) w automatycznych myjkach-dezynfektorach.
7. W roku 2013 do wymagań określonych w obowiązujących uregulowaniach prawnych dostosowano dwie centralne sterylizatornie.
8. Zaobserwowano poprawę w zakresie ilości i jakości stosowanych narzędzi w tym narzędzi stomatologicznych.
9. Sprzęt i narzędzia wielokrotnego użycia coraz częściej zastępowano wyrobami medycznymi jednorazowego użycia.
10. Podobnie, jak w roku ubiegłym zaopatrzenie podmiotów leczniczych w sprzęt jednorazowego użycia, materiały opatrunkowe, ręczniki jednorazowego użycia oraz mydło w płynie było wystarczające do potrzeb.
11. Coraz więcej placówek posiadało certyfikaty ISO na procedury medyczne, co wpływa korzystnie na bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjentów.
12. Ze względu na specyfikę grupy osób żywionych w zakładach opieki zdrowotnej, produkcja i dystrybucja żywności w tego typu obiektach powinna odbywać się w sposób higieniczny z zachowaniem najwyższych standardów sanitarnych. Niestety ograniczone środki finansowe wielu placówek nie pozwalają na poczynienie niezbędnych inwestycji, tak aby zakład spełniał wszystkie wymogi prawa żywnościowego. W konsekwencji czego corocznie coraz więcej szpitali rezygnuje z utrzymywania kuchni i odchodzi od tradycyjnej formy żywienia pacjentów. Natomiast w placówkach, organizujących żywienie w sposób tradycyjny, zagrożenia wynikające z nieprawidłowości natury sanitarno-technicznej minimalizowane są dzięki wdrożeniu, utrzymaniu i wykonywaniu procedur na podstawie zasad HACCP.
13. Corocznie stopień wdrożenia systemu HACCP ulega poprawie. Jednakże nadal istnieje konieczność dalszego dostosowywania zakładów do standardów higienicznych i organizacyjnych, określonych przez zasady dobrej praktyki produkcyjnej, dobrej praktyki higienicznej i systemu HACCP.

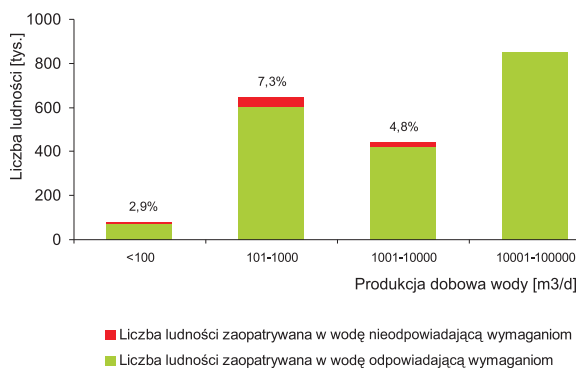
Stan sanitarny urządzeń do zaopatrzenia w wodę, Jakość wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi

W województwie kujawsko-pomorskim woda przeznaczona do zbiorowego zaopatrzenia ludności uzyskiwana jest z dwóch rodzajów ujęć: wody podziemnej oraz wody powierzchniowej. Wodą z ujęć powierzchniowych są zasilane 2 największe wodociągi, zaopatrujące miasta Bydgoszcz i Toruń.

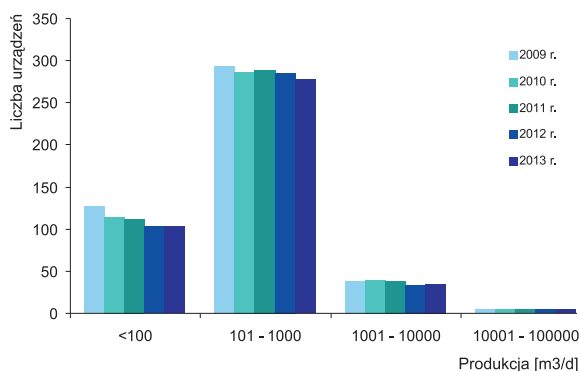
W 2013 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały na terenie naszego województwa 420 wodociągów zbiorowego zaopatrzenia w wodę, co stanowi 99,8% wszystkich urządzeń ujętych w ewidencji oraz 44 urządzenia wodociągowe (88% objętych ewidencją), należące do innych podmiotów zaopatrujących w wodę.

Infrastruktura zaopatrzenia w wodę

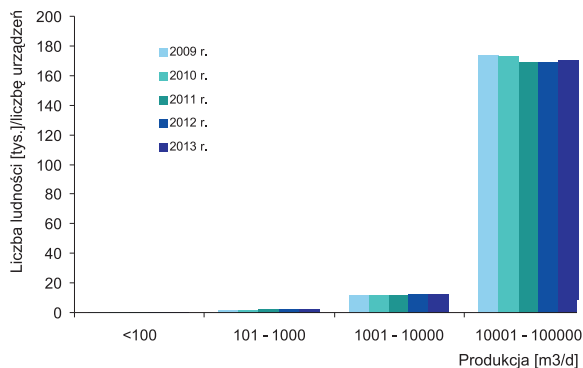
W skali województwa od lat utrzymuje się podobna infrastruktura zbiorowego zaopatrzenia ludności w wodę. Zdecydowanie najwyższy odsetek urządzeń należy do wodociągów o produkcji od 101 do 1000 m³/dobę - 66,0% oraz o produkcji mniejszej niż 100 m³/dobę - 24,5%. Mniejszy udział procentowy stanowią wodociągi o większej produkcji, bowiem dla wodociągów o produkcji od 1001 do 10000 m³/dobę wynosi on 8,3%, a w przypadku urządzeń produkujących od 10001 do 100000 m³/dobę kształtuje się on na poziomie 1,2%. Podkreślić należy jed-



nak, iż z punktu widzenia liczby ludności zaopatrzonej w wodę sytuacja przedstawia się odwrotnie. To pięć największych wodociągów dostarcza wodę do 42,3% mieszkańców województwa objętych zbiorowym zaopatrzeniem w wodę (854,4 tys.). Jest to przede wszystkim istotne w przypadkach nieprzewidzianych zdarzeń, bowiem mogą one dotyczyć znaczącej liczby ludności zaopatrywanej przez jeden wodociąg.



Infrastruktura poszczególnych grup wodociągów latach 2009-2013.



Liczba ludności przypadająca na jeden wodociąg z poszczególnych grup rodzajowych.

Ocena jakości wody przeznaczanej do spożycia

W 2013 r. z wody wodociągowej korzystało ogółem 2 017 132 mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Wodę spełniającą wymogi sanitarne dostarczało blisko 94,3% skontrolowanych wodociągów (w 2012 roku - 94,6%). W porównaniu z rokiem ubiegłym odsetek ten był na zbliżonym

poziomie. Może to świadczyć o dbałości przedsiębiorstw wodociągowych w zakresie dostarczania wody dobrej jakości.

Woda nie spełniająca wymagań określonych w przepisach prawnych dostarczana była przez 3,3% skontrolowanych wodociągów (w 2012 r. - 5,4%). Oceniając charakter stwierdzonych przekroczeń uznano, że nie stwarzały one istotnego zagrożenia dla zdrowia ludzi, wobec czego woda dopuszczona była do spożycia warunkowo lub na zasadzie czasowego odstępstwa.

Procentowy udział ludności zaopatrywanej w wodę dobrej jakości przez poszczególne grupy wodociągów kształtował się następująco:

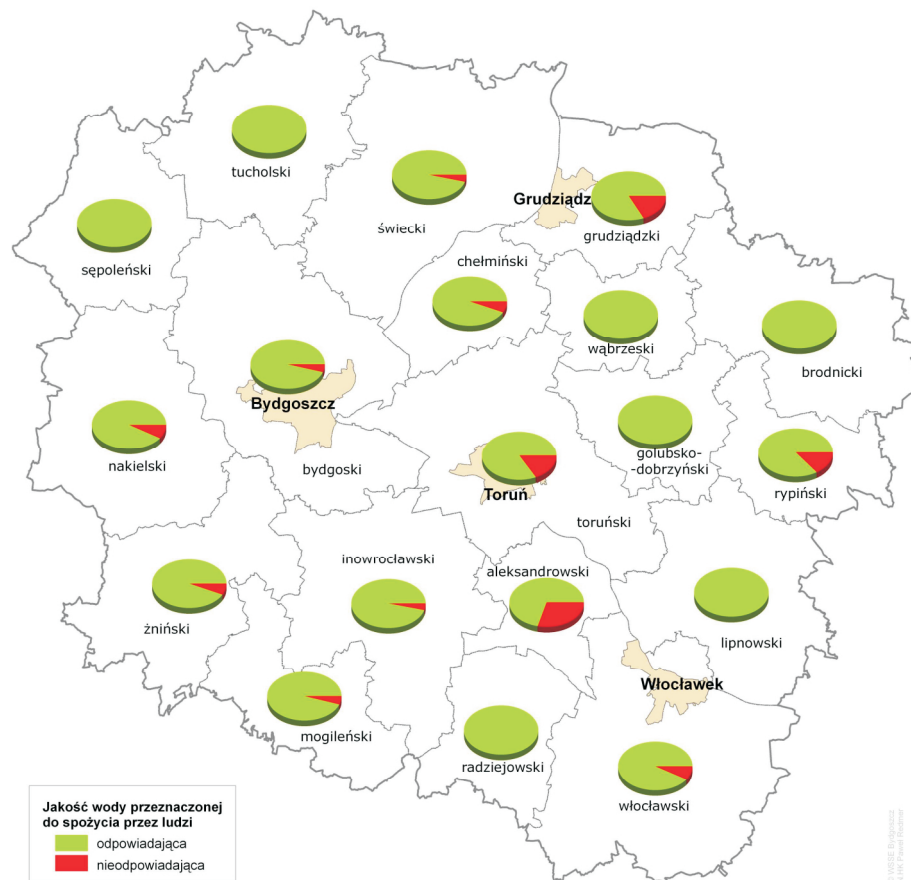
- 10001 do 100000 m³/dobę wynosił 100%,
- 1001 do 10000 m³/dobę wynosił 95,2%,
- 101 do 1000 m³/dobę wynosił 92,7%,
- < 100 m³/dobę wynosił 97,1%.

Z powyższych danych wynika, iż wodę do-

brej jakości, spełniającą wymogi sanitarne produkują największe wodociągi. Przyczyn takiego stanu należy upatrywać w większych możliwościach finansowych dużych przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, które przyczyniają się do zapewnienia przez nie fachowej obsługi oraz właściwej eksploatacji urządzeń, a także stosowania bardziej zaawansowanych procesów uzdatniania wody.

Analizując zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia na terenie poszczególnych powiatów województwa kujawsko-pomorskiego należy zauważyć, że z wody dobrej jakości w 100% korzystali mieszkańcy powiatów brodnickiego, golubsko-dobrzyńskiego, lipnowskiego, radziejowskiego, sępoleńskiego, tucholskiego i wąbrzeskiego.

Najwyższy odsetek ludności zaopatrywanej w wodę kwestionowaną pod względem sanitarnym odnotowano w powiatach: aleksandrowskim (30%), grudziądzkim (16,7%), toruńskim (15,8%) i rypiń-



skim (13,3%).

Podstawą prowadzonego nadzoru jakości wody dostarczanej konsumentom jest ocena jej zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi z dnia 29 marca 2007 r. W celu ustalenia czy spożywana woda jest bezpieczna dla zdrowia ludzkiego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej pobrały w 2013 r. 3290 próbek wody do badań laboratoryjnych.

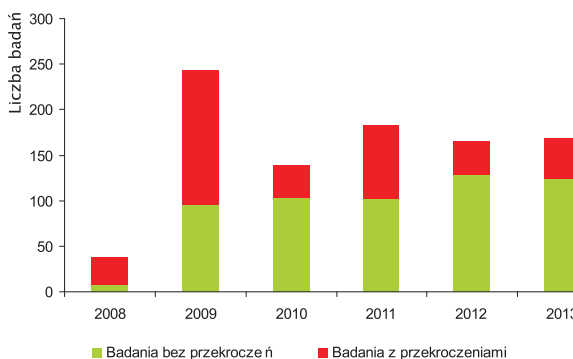
W omawianym okresie miało miejsce kilka incydentalnych przypadków zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody, pochodzącej z nadzorowanych urządzeń wodociągowych: w Brześciu w powiecie inowrocławskim, w Skrzynkach w powiecie włocławskim, w Ugoszczu w powiecie rypińskim, w Runowie w powiecie sępoleńskim oraz w Jasieniu - powiat lipnowski.

Każdorazowo, właściwi powiatowi inspektorzy sanitarni wydawali decyzje administracyjne z rygorem natychmiastowej wykonalności na doprowadzenie jakości wody do obowiązujących norm. Stwierdzone zanieczyszczenia mikrobiologiczne stwarzały jednak ryzyko zdrowotne, wobec czego konieczne było wprowadzenie zakazu korzystania z wody do celów spożywczych lub wprowadzenie ograniczenia w korzystaniu z wody, polegające na jej gotowaniu przed spożyciem. O zdarzeniach tych powiadamiano władze samorządowe, właściwie zespoły reagowania kryzysowego oraz mieszkańców stosownymi komunikatami.

Na podstawie prowadzonych badań laboratoryjnych stwierdzano również przekroczenia dopuszczalnych norm fizykochemicznych w wodzie pochodzącej z 23 wodociągów. Najwięcej urządzeń dostarczających wodę o nieodpowiednich parametrach fizykochemicznych znajdowało się w grupie wodociągów o produkcji wody do 1000m³/dobę. Najczęściej notowano przekroczenia dopuszczalnych norm takich parametrów jak: manganu, żelaza, mętności i barwy. Z uwagi, iż przekroczenia tych parametrów nie stanowią jednak bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia konsumentów, wodę dopuszczano do spożycia warunkowo, poprzedzając te decyzje oceną ryzyka zdrowotnego.

Legionella

Zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, od 2008 roku prowadzone są w zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej i budynkach zamieszkania zbiorowego badania kontrolne na obecność bakterii Legionella sp. w ciepłej wodzie użytkowanej do celów higienicznych. W 2013 roku badaniami tymi objęto ogółem 40 obiektów, pobierając w nich do badań laboratoryjnych 169 próbek, w celu określenia stopnia zasiedlenia przez pałeczki Legionella sp. instalacji ciepłej wody. Ze wszystkich przebadanych próbek zakwestionowano 26%. Po przeanalizowaniu stopnia skolonizowania instalacji ciepłej wody przez pałeczki Legionella sp. stwierdzono, iż w przypadku 9 obiektów było ono istotne. Skutkowało to koniecznością podjęcia przez zarządzających tymi obiektami działań naprawczych, mających na celu wyeliminowanie zagrożenia, powodowanego obecnością tej bakterii w ciepłej wodzie użytkowej.

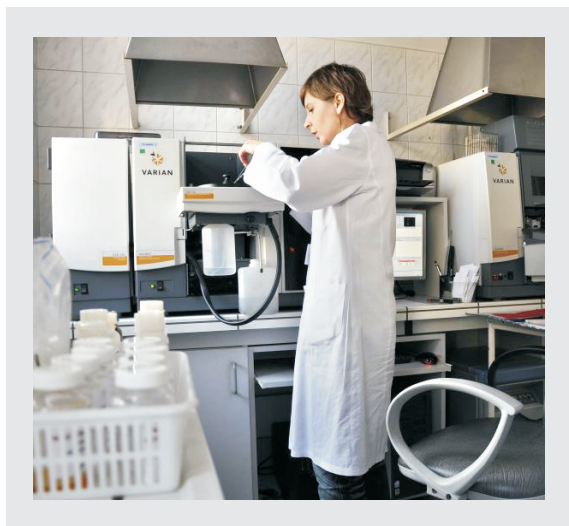


Wnioski

1. W 2013 roku w województwie kujawsko-pomorskim nadzorem sanitarnym, podobnie jak w roku ubiegłym, objęto 421 wodociągów zbiorowego zaopatrzenia w wodę oraz 50 innych podmiotów zaopatrujących w wodę.
2. Z wody wodociągowej korzystało ogółem 2017,132 tys. (96,2%) mieszkańców wojewódz-

twą kujawsko-pomorskiego.

3. Wodę dobrej jakości dostarczało 94,3% skontrolowanych wodociągów, zaopatrując w nią około 96,7% odbiorców (1 950 559), pozostała część odbiorców tj. 5,7% (66 573) otrzymywała wodę niespełniającą wymagań określonych w obowiązujących przepisach prawnych.
4. Przyczyną nieodpowiedniej jakości wody produkowanej przez wodociągi był odbiegający od wymagań skład fizykochemiczny, a w szczególności ponadnormatywne wartości takich parametrów, jak: mangan, mętność, żelazo.
5. Z przeprowadzonych w 2013 r. badań ciepłej wody w szpitalach i budynkach zamieszkania zbiorowego na obecność pałeczek *Legionella* sp. wynika, że odsetek (26%) przekroczeń dopuszczalnej liczby tych bakterii w skontrolowanych obiektach był większy w porównaniu do 2012 roku, w którym kształtował się na poziomie 22,3%.



Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej

W roku 2013 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego, skontrolowały na terenie woj. kujawsko-pomorskiego 5 817 obiektów użyteczności publicznej, należących do różnych grup rodzajowych, o zróżnicowanych też wymaganiach sanitarnych.

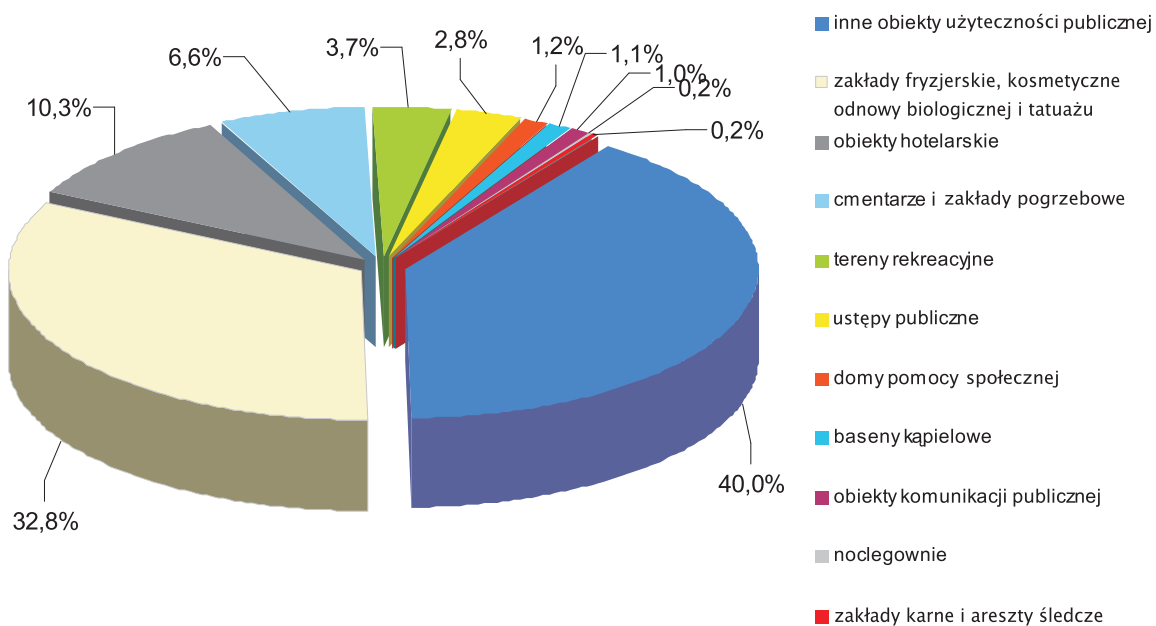
Najliczniejszą grupą (32,8%) spośród obiektów objętych nadzorem sanitarnym były zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej oraz zakłady świadczące łącznie ww. usługi. Kolejne 10,3% skontrolowanych obiektów stanowiły hotele, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe i inne obiekty świadczące usługi hotelarskie. Cmentarze i domy przedpogrzebowe stanowiły 6,6% skontrolowanych obiektów. Procentowy udział grup rodzajowych wśród ogółu skontrolowanych, kształtował się odpowiednio: dla terenów rekreacyjnych (3,7%), ustępów publicznych (2,8%), domów pomocy społecznej, obiektów komunikacji publicznej oraz po 0,2% dla noclegowni, zakładów karnych i aresztów śledczych.

W okresie sprawozdawczym kontrolami sani-

tarnymi objęto również znaczną grupę obiektów (40% ogółu skontrolowanych), których nie zaliczono do żadnej z wymienionych kategorii, a określano je jako „inne obiekty użyteczności publicznej”. Należały do niej rozmaite ogólnodostępne obiekty, będące w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jak i te nieewidencjonowane, których stan sanitarny był istotny dla bezpieczeństwa zdrowotnego osób z nich korzystających.

Spśród skontrolowanych w 2013 r. obiektów użyteczności publicznej 59 placówek oceniono negatywnie z uwagi na ich niezadowalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny. Stanowiły one 1,01% ogółu obiektów poddanych kontroli.

W okresie kilku ostatnich lat, w województwie kujawsko-pomorskim obserwowano sukcesywną poprawę stanu sanitarnego obiektów użyteczności publicznej, wyrażoną poprzez malejącą z roku na rok liczbę placówek negatywnie ocenianych pod tym względem. W roku 2013 odsetek obiektów, w których stwierdzano nieprawidłowości w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego, wyniósł zaledwie 0,81% i był niższy od stanu z poprzedniego roku, który kształtował się na poziomie 1,4%.



Obiekty użyteczności publicznej objęte kontrolą sanitarną w 2013 r. w poszczególnych grupach rodzajowych.

Istotnym problemem w prowadzeniu bieżącego nadzoru sanitarnego jest brak uregulowań prawnych dotyczących wymagań sanitarnych dla obiektów świadczących takie usługi jak: usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej, bowiem stanowią one aż 32,8% wszystkich obiektów użyteczności publicznej. W tych przypadkach brak konkretnych i przejrzystych wymagań dotyczących między innymi zapewnienia odpowiedniej sterylizacji sprzętu naruszającego ciągłość tkanek, zasad prowadzenia dezynfekcji narzędzi itp. przy utrzymującej się luce prawnej w tym zakresie, może przekładać się na zwiększenie zagrożenia bezpieczeństwa osób korzystających z usług tych zakładów.

Stan sanitarny kąpielisk i basenów kąpielowych

Kąpieliska

W 2013 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowało 13 kąpielisk, wyznaczonych uchwałami rad gmin i objętych raportowaniem do Komisji Europejskiej, natomiast w roku 2012 było ich 15. Coroczny spadek liczby kąpielisk spowodowany jest niewątpliwie zwiększonymi wymaganiami stawianymi ich organizatorom.

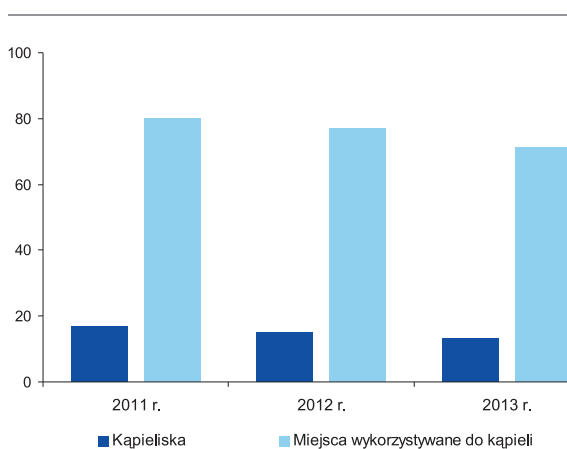
W ocenie organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, spadek liczby kąpielisk zapewniających bezpieczną kąpiel i wypoczynek, przy rosnących potrzebach lokalnych społeczności powoduje, iż często do rekreacji i kąpeli wykorzystywane są miejsca nie spełniające żadnych wymogów i standardów.

W ramach urzędowej kontroli w kąpieliskach właściwi państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni dokonywali - w oparciu o badania własne oraz przekazane przez organizatorów - oceny bieżącej jakości wody, w celu określenia przydatności wody do kąpeli. Przy wydawaniu ocen wody w kąpielisku uwzględniano przede wszystkim wskaźniki mikrobiologicznego zanieczyszczenia wody oraz zakwity sinic, mogących stanowić zagrożenie zdrowia dla kąpiących się osób. Mając powyższe na względzie, na podstawie wyników przeprowadzonych badań

oraz wizualnej oceny jakości wody, przed rozpoczęciem i w trakcie sezonu, stwierdzono, iż woda we wszystkich kąpieliskach odpowiadała obowiązującym wymaganiom, wydano zatem orzeczenia o jej przydatności do kąpeli.

W sprawowanym nadzorze sanitarnym nad warunkami kąpeli uwzględniono również kwestię właściwego oznakowania wyznaczonych obszarów wodnych, bowiem winno ono zapewnić czytelną informację, którą organizator kąpieliska jest obowiązany udostępnić osobom z niego korzystającym.

Dodatkowo w sezonie kąpielowym do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej organizatorzy zgłosili 71 miejsc wykorzystywanych do kąpeli (w 2012 r. było ich 77). Jednakże w części tych miejsc działalność została wcześniej (jeszcze w trakcie sezonu) zakończona, a w niektórych przypadkach czas ich funkcjonowania ograniczono tylko do dni wolnych od pracy.



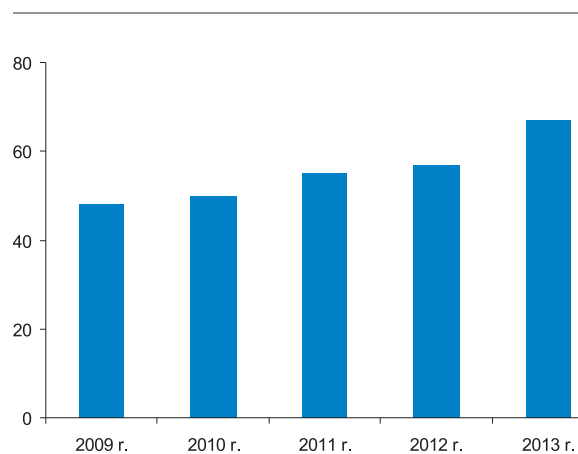
Liczba kąpielisk i miejsc zwyczajowo wykorzystywanych do kąpeli w latach 2011-2013.

Baseny kąpielowe

Ze względu na zwiększone ryzyko zakażeń związane z korzystaniem z basenów kąpielowych, nadzorem sanitarnym objęte zostało 67 funkcjonujących na terenie województwa obiektów. Podobnie jak w latach poprzednich, kontrolę i możliwość pełnej oceny sanitarnej basenów utrudniał brak

szczegółowych uregulowań prawnych w tym zakresie. Tym niemniej, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej z uwagi na swoje zadania statutowe (głównie zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych oraz ochronę osób korzystających z pływalni), sprawowały nadzór prewencyjny nad tymi obiektami, zgodnie z przepisami ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Przedmiotem oceny sanitarnej basenów kąpielowych była przede wszystkim jakość wody w niecce basenowej, a także warunki higieniczne panujące w obiekcie.

W toku sprawowanego nadzoru pobrano 695 próbek wody do badań laboratoryjnych, obejmujących głównie wskaźniki mikrobiologiczne - E. coli, bakterie grupy coli, gronkowce koagulazododatnie, ogólną liczbę mikroorganizmów w temp. 36°C, a ponadto parametry fizykochemiczne, w tym: zapach, odczyn, chlorki, chlor wolny i związany oraz jon amonowy. W przypadkach nieodpowiedniej jakości wody basenowej, głównie ze względu na przekroczone parametry mikrobiologiczne, organ nadzorujący, w związku z brakiem wskazywanych wcześniej uregulowań prawnych, kierował do podmiotów zarządzających basenami jedynie wystąpienia o podjęcie działań, zmierzających do wyeliminowania stwierdzonych nieprawidłowości, bez



Liczba basenów kąpieliskowych w latach 2009-2013.

możliwości podejmowania kroków restrykcyjnych. Jednocześnie zarządzającym basenami zwracano uwagę na konieczność prowadzenia kontroli wewnętrznej jakości wody i powiadamiania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o każdorazowym jej pogorszeniu.

Brak uregulowań prawnych dotyczących jakości wody i wymagań sanitarnych dla basenów kąpielowych, przy stale rosnącej liczbie różnego typu pływalni, stwarza problem w nadzorze nad jakością wody w pływalniach, a tym samym nad zdrowiem zwiększającej się liczby ludności korzystającej z tych obiektów.

Wnioski

1. W grupie skontrolowanych w 2013 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego obiektów użyteczności publicznej, procentowy udział placówek, które otrzymały ocenę negatywną uległ poprawie stanowiąc 1,01% ogółu skontrolowanych (w 2012 r. 1,40%).
2. Brak uregulowań prawnych dotyczących wymagań sanitarnych dla obiektów świadczących usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej, powoduje trudności w prowadzeniu bieżącego nadzoru sanitarnego.
3. Z uwagi na sukcesywnie malejącą liczbę kąpielisk w województwie samorządy gminne, uwzględniając potrzeby lokalnych społeczności w zakresie kultury fizycznej, wypoczynku i rekreacji, powinny dążyć do zwiększania liczby obiektów bezpiecznej kąpeli, o odpowiednich standardach.
4. Brak uregulowań prawnych dotyczących jakości wody i wymagań sanitarnych dla basenów kąpielowych stwarza problem w nadzorze nad jakością wody w pływalniach, a tym samym nad zdrowiem ludności korzystającej z tych obiektów.

ŻYWNOSĆ, ŻYWIENIE I PRZEDMIOTY UŻYTKU



Stan sanitarny obiektów produkcji i obrotu środkami spożywczymi, kosmetykami i żywienia zbiorowego

W 2013 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna w województwa kujawsko-pomorskiego obejmowała nadzorem 18 884 obiekty żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz 208 zakładów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

Spośród obiektów ujętych w ewidencji skontrolowano łącznie 10 916 zakładów, z czego 10 762 dotyczyło obiektów żywnościowych oraz obiektów działających na rynku materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, a 154 obiekty produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

W przypadku 7 605 obiektów dokonano oceny ich stanu sanitarnego, w oparciu o aktualnie obowiązujące arkusze, które stanowią jednolite w skali kraju kryterium oceny zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku.

W przypadku obiektów produkujących i konfekcjonujących kosmetyki oceniono 8 obiektów

w zakresie: warunków produkcji, dokumentacji oraz oznakowania opakowań jednostkowych. Nie stwierdzono zakładów niespełniających wymagań.

Na podstawie przeprowadzonych kontroli stanu sanitarnego w zakładach produkcji i obrotu środkami spożywczymi oraz materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością, jako obiekty niezgodne z obowiązującymi wymaganiami uznano 71 zakładów, co stanowi 0,7% ogółu skontrolowanych.

W latach 2009-2013 największą dynamikę poprawy stanu sanitarno-higienicznego wykazały następujące grupy obiektów: zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego, kioski, sklepy spożywcze. W porównaniu z rokiem ubiegłym znacznej poprawie uległy przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe oraz obiekty ruchome i tymczasowe. Dość niski odsetek obiektów niezgodnych, utrzymujący się od 2009 roku, odnotowano także w grupie zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego.

Bardziej szczegółowe dane na ten temat przedstawiają tabele.

Stan sanitarny obiektów produkcji, obrotu środkami spożywczymi, żywienia zbiorowego i kosmetykami w latach 2011 - 2013:

L.p.	Grupa obiektów	Liczba obiektów skontrolowanych			Liczba obiektów niezgodnych z wymaganiami		
		2011	2012	2013	2011	2012	2013
1	2	3	4	5	6	7	8
Obiekty produkcji żywności							
1	Wytwórnice lodów	18	19	19	0	0	0

2	Automaty do lodów	151	158	160	0	0	0
3	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	6	4	5	0	0	1
4	Piekarnie	269	270	246	3	5	4
5	Ciastkarnie	131	132	129	2	0	1
6	Przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe	55	62	67	0	1	0
7	Browary i słodownie	1	2	3	0	0	0
8	Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	4	4	3	0	0	0
9	Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródlanych stołowych	6	5	6	0	0	0
10	Zakłady garmazeryjne	19	24	24	0	0	0
11	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	31	29	30	0	0	1
12	Wytwórnice makaronów	7	7	6	0	0	0
13	Wytwórnice wyrobów cukierniczych	35	38	36	4	0	1
14	Wytwórnice koncentratów spożywczych	16	16	15	0	0	0
15	Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	2	1	3	0	0	0
16	Wytwórnice chrupek, chipsów i prażynek	1	1	1	0	0	0
17	Wytwórnice suplementów diety	3	4	4	0	0	0
18	Wytwórnice środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	0	0	0	0	0	0
19	Wytwórnice substancji dodatkowych	1	2	2	0	0	0
20	Cukrownie	2	2	3	0	0	0
21	Inne wytwórnice żywności	75	86	83	0	0	0
Obiekty obrotu żywnością							
22	Sklepy spożywcze	5343	5491	4709	113	55	44
	w tym, supermarkety, hipermarkety	249	265	306	2	0	0
23	Kioski	374	318	289	1	3	2
	w tym, kioski na targowiskach sprzedające mięso	42	36	37	0	0	0
	kioski na targowiskach sprzedające inne środki spożywcze	85	87	59	0	1	0
24	Magazyny hurtowe	388	394	326	4	2	0
	w tym, hurtownie suplementów diety	8	6	7	0	0	0
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	100	109	96	0	1	0
26	Środki transportu	260	217	311	0	0	0
27	Inne obiekty obrotu żywnością	309	387	231	1	1	0
Obiekty żywienia zbiorowego							
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	2567	2640	2364	18	16	15
	w tym, zakłady małej gastronomii	1719	1749	1553	13	10	7

	Wagony gastronomiczne (restauracyjne i barowe)	0	0	0	0	0	0
	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	1360	1494	1492	6	1	2
29	a) stołówki pracownicze	24	23	27	0	1	0
	b) bufety przy zakładach pracy	53	48	40	0	0	0
	c) stołówki w domach wczasowych	38	38	35	0	0	0
	d) bloki żywienia w szpitalach	32	29	33	0	0	0
	w tym, żywienie w systemie cateringowym	14	17	17	0	0	0
	e) kuchnie niemowlęce	11	9	11	0	0	0
	f) bloki żywienia w sanatoriach i prewentoriach	29	30	30	0	0	0
	w tym, żywienie w systemie cateringowym	0	1	0	0	0	0
	g) bloki żywienia w domach opieki społecznej	49	51	29	0	0	0
	w tym, żywienie w systemie cateringowym	7	6	5	0	0	0
	h) stołówki w żłobkach, domach małego dziecka	17	25	30	0	0	0
	i) stołówki szkolne	417	468	478	1	0	1
	w tym, żywienie w systemie cateringowym	147	187	201	0	0	0
	j) stołówki w bursach i internatach	24	21	31	1	0	0
	k) stołówki na koloniach, półkoloniach, obozach i zimowiskach	123	149	164	0	0	0
	l) stołówki w przedszkolach	344	395	395	1	0	0
	w tym, żywienie w systemie cateringowym	84	113	127	0	0	0
	ł) stołówki w domach dziecka i młodzieży	9	7	6	0	0	0
	m) stołówki studenckie	7	8	8	0	0	0
	n) stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych	28	27	24	0	0	0
o) zakłady usług cateringowych	21	31	36	2	0	1	
p) inne zakłady żywienia	134	135	115	1	0	0	
30	Razem (wiersze 1-29)	11534	11916	10663	152	85	71
31	<i>Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością</i>	41	27	40	0	0	0
32	<i>Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością w tym:</i>	63	84	59	0	0	0
	<i>- hurtownie</i>	18	22	18	0	0	0
	<i>- sklepy</i>	45	62	41	0	0	0
33	Razem (wiersze 31-32)	104	111	99	0	0	0
34	Ogółem (wiersze 30-33)	11638	12027	10762	152	85	71

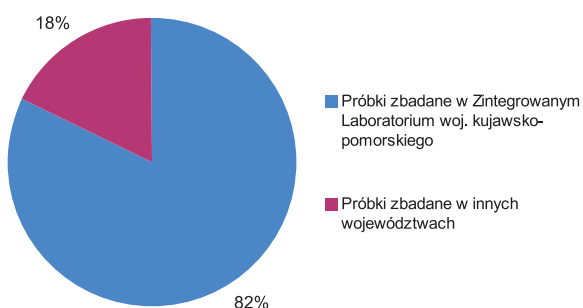
Odsetek grup obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku o złym stanie sanitarnym w latach 2009-2013 (stosunek liczby obiektów niezgodnych do liczby obiektów skontrolowanych w poszczególnych grupach obiektów):

Rodzaj obiektu	2009	2010	2011	2012	2013
Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin	0	0	0	0	20,0
Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	3,3	0	0	0	3,3
Wytwórnice wyrobów cukierniczych	0	0	11,4	0	2,8
Piekarnie	1,0	0,7	1,1	1,8	1,6
Sklepy spożywcze w tym: supermarkety, hipermarkety	1,0 0	1,4 0	2,1 0,8	1,0 0	0,9 0
Ciastkarnie	0,7	0,7	1,5	0	0,8
Kioski	2,4	1,2	0,3	0,9	0,7
Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	0,3	0,5	0,7	0,6	0,6
Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,4	0,2	0,4	0,07	0,1
Przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe	1,8	0	0	1,6	0
Obiekty ruchome i tymczasowe	0	0	0	0,9	0
Magazyny hurtowe w tym: hurtownie suplementów diety	0,5 0	0,8 0	1,0 0	0,5 0	0 0
Inne obiekty obrotu żywnością	2,7	0	0,3	0,2	0
Wytwórnice lodów	0	0	0	0	0
Automaty do lodów	0	0,6	0	0	0
Browary i słodownie	0	0	0	0	0
Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	0	0	0	0	0
Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródlanych stołowych	0	0	0	0	0
Zakłady garmazeryjne	0	0	0	0	0
Wytwórnice makaronów	0	0	0	0	0
Wytwórnice koncentratów spożywczych	0	0	0	0	0
Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	0	0	0	0	0
Wytwórnice chrupek, chipsów i prażynek	0	0	0	0	0
Wytwórnice suplementów diety	0	0	0	0	0
Wytwórnice środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	0	0	0	0	0
Wytwórnice substancji dodatkowych	0	0	0	0	0
Cukrownie	0	0	0	0	0
Inne wytwórnice żywności	0	0	0	0	0

Jakość zdrowotna środków spożywczych, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością

W roku sprawozdawczym 2013 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego pobrano do badań laboratoryjnych 3 900 próbek, w przypadku 3 716 próbek pobór wynikał z realizacji „Planu pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rok 2013” oraz interwencji konsumenckich. Pozostała liczba pobranych próbek związana była z zatruciami pokarmowymi (184 próbki). Pobór próbek realizowany zgodnie ze wspomnianym planem obejmował zarówno środki spożywcze (3 615 próbek) jak i materiały, i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością (talerze, miski, kubki, kieliszki, czajniki, itp. - 101 próbek).

Znaczna część próbek pobrana do badań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego została przebadana w Zintegrowanym Laboratorium województwa kujawsko-pomorskiego (3 208), w skład, którego wchodzi: Laboratorium WSSE w Bydgoszczy, Laboratorium PSSE w Toruniu, Laboratorium PSSE w Grudziądzu oraz laboratorium PSSE we Włocławku. Dodatkowo 12 próbek pobranych w kierunku glutenu zostało zbadanych wspólnie z Laboratorium WSSE w Szczecinie. Ponadto część



Procentowy udział próbek środków spożywczych oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, pobranych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego i zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego oraz próbek zbadanych w innych województwach.

próbek została poddana ocenie poprawności znakowania, która została wykonana w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku.

Pozostała liczba próbek (692), zgodnie z zintegrowanym systemem badań laboratoryjnych żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu wprowadzonym dla całego kraju w roku 2011 przez Głównego Inspektora Sanitarnego, została zbadana w laboratoriach Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdujących się na terenie innych województw.

Wśród próbek przebadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego, na podstawie uzyskanych wyników, za przekroczenia dopuszczalnych limitów ustanowionych przepisami prawa, zakwestionowano - 57 próbek, tj. 1,8 % ogółu próbek zbadanych. Badania fizyko-chemiczne wykonywane przez laboratoria stacji sanitarno-epidemiologicznych w Bydgoszczy, Toruniu, Włocławku i Grudziądzu obejmowały następujące kierunki: mikotoksyny, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, furan, jod w soli spożywczej, histaminę, substancje dodatkowe zawarte w żywności oraz parametry czystości rozpuszczalników ekstrakcyjnych stosowanych w produkcji żywności, alkohol metylowy, skażenia promieniotwórcze, pozostałe parametry (np. znakowanie, jakość organoleptyczna, parametry jęłczenia tłuszczów). Badania mikrobiologiczne obejmowały drobnoustroje niebezpieczne dla zdrowia, które mogą występować w żywności.

Na podstawie danych ujętych w tabeli, można stwierdzić, że jakość zdrowotna środków spożywczych krajowych, środków pochodzących z krajów Unii Europejskiej oraz importowanych spoza obszaru unii nie uległa w porównaniu z rokiem 2012 pogorszeniu.

Zmniejszył się odsetek próbek zdyskwalifikowanych w grupie środków spożywczych krajowych i pochodzących z innych krajów Unii Europejskiej oraz w próbkach związanych z zatruciami pokarmowymi.

Liczba oraz rodzaj zbadanych i zdyskwalifikowanych próbek w 2013 r. w porównaniu z rokiem 2012 (dotyczy próbek zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego):

Rodzaj próbki	Liczba próbek				Odsetek próbek zdyskwalifikowanych	
	zbadanych		zdyskwalifikowanych		2012 r.	2013 r.
	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.		
Środki spożywcze krajowe i z innych krajów Unii Europejskiej	3270	2963	83	54	2,5	1,8
Środki spożywcze z importu	152	73	6	2	2,7	2,7
Próbki związane z ogniskami zatruc pokarmowych	93	184	13	1	6,9	0,5
Razem	3615	3220	119	57	3,3	1,8

Jakość zdrowotna środków spożywczych wyrażona liczbą próbek zbadanych i zdyskwalifikowanych w roku 2013 w poszczególnych kierunkach badań (dotyczy próbek zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego):

Środki spożywcze	Liczba próbek środków spożywczych									
	zbadanych					zdyskwalifikowanych				
	mikrobiologicznie	chemicznie	w kierunku znakowania	organoleptycznie	na obecność zanieczyszczeń biolog. i fiz.	mikrobiologicznie	chemicznie	w kierunku oznakowań	organoleptycznie	na obecność zanieczyszczeń biolog. i fiz.
Krajowe i z innych krajów UE	2312	494	1384	1528	31	39	9	1	1	4
Z importu	30	33	36	50	1	0	2	0	0	0
Razem:	2342	527	1420	1578	32	39	11	1	1	4

Z danych przedstawionych w powyższej tabeli wynika, że nadal głównymi czynnikami dyskwalifikującymi środki spożywcze produkcji krajowej oraz pochodzące z krajów UE są ponadnormatywne zanieczyszczenia mikrobiologiczne, które stwierdzono w 39 próbkach na 2312 próbek zbadanych, co stanowi 1,7%. Próbki, w których zanotowano prze-

kroczenia parametrów mikrobiologicznych, stanowią 70% wszystkich zdyskwalifikowanych próbek.

Z analizy danych w poniższej tabeli wynika, że w większości grup środków spożywczych nastąpiła w roku 2013 poprawa ich jakości zdrowotnej, o czym świadczy zmniejszenie się ilości próbek zdyskwalifikowanych. W czterech grupach asortymento-

Odsetek próbek zdyskwalifikowanych w latach 2012 - 2013 (dotyczy próbek zbadanych w zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego):

Rodzaj próbki	Pochodzenie próbek zdyskwalifikowanych	Odsetek próbek zdyskwalifikowanych	
		2012 r.	2013 r.
Sól spożywcza	kraj	20,7	0
Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i produkty jajeczne	kraj	3,5	0,9
Mleko i przetwory mleczne	kraj	4,1	4,1
Mięso, podroby i produkty mięsne	kraj	1,8	0,6
Ziarno zbóż i przetwory zbożowo - mączne	kraj/UE	1,4	4,3
Wyroby garmażeryjne	kraj	1,4	1,9
Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	kraj	0,8	0,6
Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	kraj	2,1	0,7
Owoce	kraj/import	4,8	0,8
Tłuszcze roślinne	kraj	2,3	0
Warzywa (w tym strączkowe)	kraj	0	0,9
Zioła, przyprawy	import	0	1,9

wych wystąpił niewielki wzrost procentowego udziału próbek zdyskwalifikowanych w stosunku do roku 2012. W innych grupach asortymentowych, które były objęte badaniami, a które nie zostały uwzględnione w powyższej tabeli, nie stwierdzono próbek kwestionowanych.

Poza strukturą województwa kujawsko-pomorskiego w roku 2013 zostało zbadanych 619 próbek środków spożywczych oraz 73 próbki materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Przedmiotowe próbki środków spożywczych zostały przebadane w następujących kierunkach: metale szkodliwe dla zdrowia, azotany, GMO, gluten, izomery trans, pozostałości pestycydów, 3-MCPD, metanol i cyjanowodór, napromienianie żywności promieniowaniem jonizującym, zanie-

czyszczenie olejami mineralnymi oraz akryloamidem.

Z przedstawionych w poniższej tabeli danych wynika, iż większość środków spożywczych oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, które zostały zbadane w wyżej wymienionych kierunkach badań, nie budziła zastrzeżeń. W przypadku kwestionowanych próbek przedmiotów użytku dominowały produkty pochodzące z importu spoza Unii Europejskiej. Przekroczenia dopuszczalnych limitów obejmowały głównie wyroby szklane, w których wykryto przekroczone wartości migracji kadmu i ołowiu oraz wyroby z melaminy, które charakteryzowały się przekroczeniem migracji formaldehydu.

Liczba próbek pobranych i zdyskwalifikowanych, zbadanych poza strukturą województwa kujawsko-pomorskiego, z podziałem na poszczególne kierunki badań:

Kierunek badań	Liczba próbek						Procent zdyskwalifikowanych próbek		
	pobranych			zdyskwalifikowanych			2011 r.	2012 r.	2013 r.
	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.			
Metale szkodliwe dla zdrowia	331	308	332	0	0	3	0	0	0,9
Azotany	43	41	41	0	0	0	0	0	0
GMO	35	35	34	0	2	0	0	5,7	0
Gluten	12	12	12	0	0	0	0	0	0
Izomery trans	4	4	4	0	0	0	0	0	0
Pestycydy	116	135	135	1	4	2	0,9	3,0	1,5
3-MCPD	7	6	7	0	0	2	0	0	29
Metanol i cyjanowodór	5	5	16	0	0	0	0	0	0
Napromienianie	14	14	20	0	0	1	0	0	5
Akryloamid	8	10	11	0	0	0	0	0	0
Przedmioty Użytku	80	78	73	1	2	5	1,3	2,6	6,8
Oleje mineralne	-	-	6	-	-	0	-	-	0
Związki polarne w tłuszczach	-	-	1	-	-	0	-	-	0
Razem	655	650	692	2	8	13	0,3	1,2	1,9

RASFF- System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach

W 2013 roku w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy w ramach systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (RASFF) odnotowano 67 powiadomień, z czego 54 stanowiły powiadomienia o charakterze alarmowym, a 13 zostało zarejestrowanych jako powiadomienia informacyjne. Postępowania wyjaśniające prowadzone na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w ramach przedmiotowego systemu dotyczyły w 17 przypadkach (25,4% odnotowanej liczby powiadomień RASFF) materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu

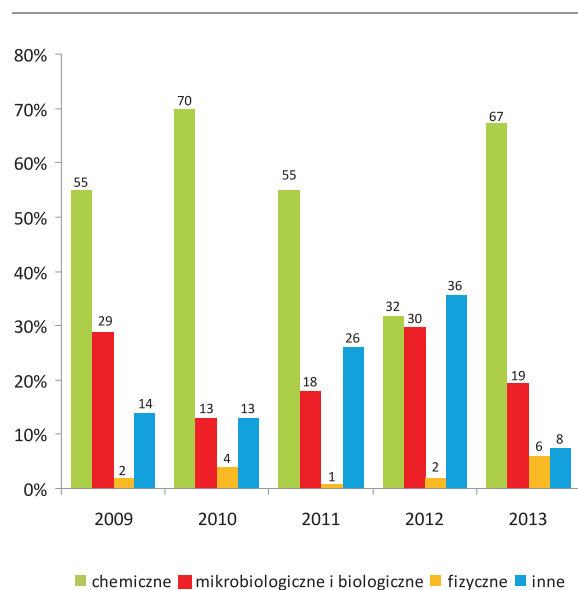
z żywnością. Pozostałe działania związane były z kwestionowaną żywnością i tak produkty kwestionowano z uwagi na następujące zanieczyszczenia:

- chemiczne - 45 powiadomień, np. migracja kadmu i ołowiu z obszaru obrzeża kubków, przekroczenie najwyższych dopuszczalnych poziomów ochratoksyny A w mące żytniej, migdałach, pieprzu,
- fizyczne - 4 powiadomienia, np. obecność części metalicznych w kaszy gryczanej,
- biologiczne i mikrobiologiczne - 13, np. obecność bakterii *Listeria monocytogenes* w wyrobach mięsnych,;
- inne - 5 powiadomień, np. występowanie substancji alergennej - glutenu w mące.

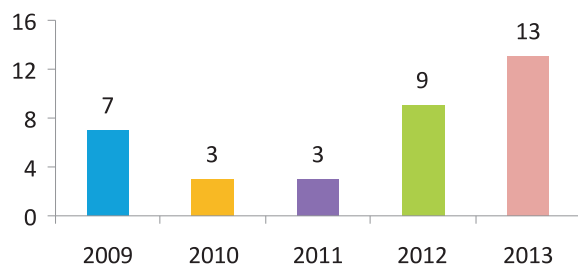
Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitar-

nej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego zgłosili do przedmiotowego systemu 13 produktów, z czego 9 z nich, po wykonaniu oceny ryzyka przez wyspecjalizowaną jednostkę naukowo-badawczą zostały zakwalifikowane jako stwarzające pośrednie lub bezpośrednie zagrożenia dla zdrowia ludzkiego i notyfikowane w systemie RASFF.

Trudno dokładnie przewidzieć na dany rok kalendarzowy ilość, rodzaj oraz przyczyny kwestionowania produktów zgłaszanych do Systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Pa-

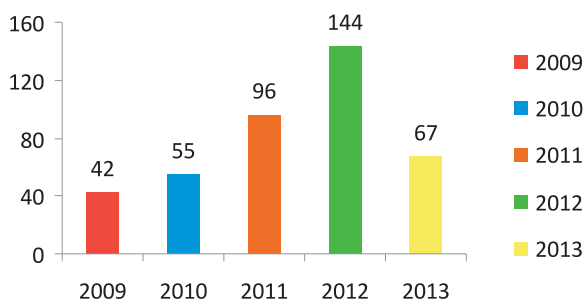


Kategorie zanieczyszczeń w powiadomieniach alarmowych i informacyjnych, dot. woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2009-2013, przedstawione w procentach.



Ilość zgłoszonych powiadomień do systemu RASFF przez WSSSE w Bydgoszczy w latach 2009-2013.

szach. Powyższe elementy uzależnione są od wielu czynników, m.in. od ukierunkowania planu poboru próbek w ramach urzędowej kontroli i monitoringu, a także interwencji konsumentów w sprawie produktów, które stwarzają zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi.



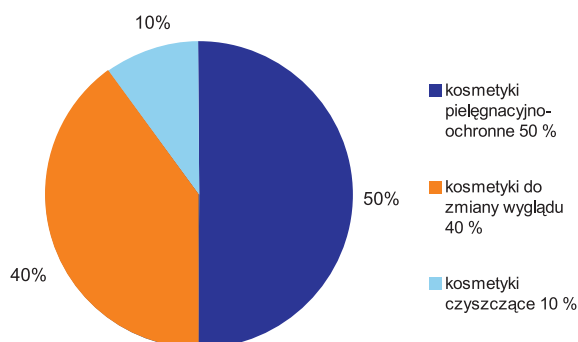
Ilość powiadomień w systemie RASFF, w stosunku do których podejmowano działania na terenie woj. kujawsko-pomorskiego.

Podobnie jak w latach ubiegłych, również w 2013 roku utrzymał się duży wskaźnik zanieczyszczeń chemicznych, stanowiących jedną z przyczyn kwestionowania produktów. Związane jest to ze specyfiką strategii przedsiębiorstw, które w obliczu kryzysu gospodarczego nastawione są jedynie na zysk. Zmniejszenie kosztów produkcji żywności oraz wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością opiera się głównie na pozyskiwaniu tańszych, często gorszych jakościowo surowców. Z uwagi na fakt, że jakość surowca w dużej mierze decyduje o jakości wyrobu gotowego, aby podnieść jego walory organoleptyczne i przedłużyć trwałość a tym samym zapewnić jego zbyt, przedsiębiorcy decydują się na udział coraz większej ilości substancji dodatkowych. W wyniku takiego działania może dojść do zwiększenia migracji szkodliwych związków do żywności. Celowe lub przypadkowe użycie do produkcji ww. substancji w zbyt dużych ilościach lub w niewłaściwy sposób jest główną przyczyną powstania zanieczyszczeń chemicznych żywności.

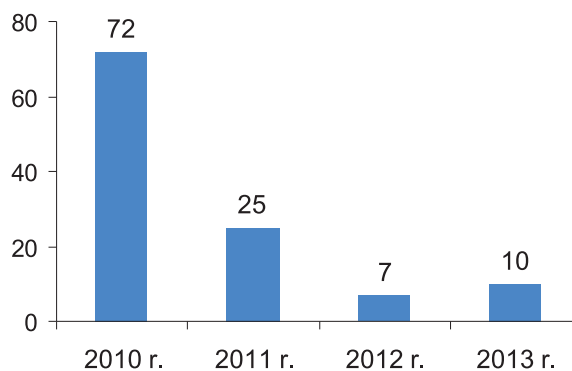
RAPEX - Unijny System Wczesnego Ostrzeżenia o Produktach Niebezpiecznych

W 2013 roku zarejestrowano 10 przypadków kwestionowanych kosmetyków. Największa liczba niebezpiecznych produktów pochodziła z Turcji (30%), Stanów Zjednoczonych (20%) oraz Indii (20%). Analiza zarejestrowanych zgłoszeń wykazała, że wszystkie niebezpieczne produkty zawierały w swym składzie niedozwolone substancje chemiczne (m.in. barwniki, hydrochinon, IPBC, safrol, PPD, kwas kojowy).

Ze względu na funkcje kosmetyków największy udział w zarejestrowanych produktach niebezpiecznych stanowiły notyfikacje dotyczące produktów pielęgnacyjno-ochronnych (tonik, płyn do skóry, chusteczki nawilżane) oraz kosmetyków przeznaczonych do zmiany wyglądu (farby do malowania twarzy, henna), co może być spowodowane dużym zapotrzebowaniem i zainteresowaniem wśród konsumentów, jak i największą produkcją tych wyrobów na rynku światowym. W systemie pojawiło się pojedyncze zgłoszenie dotyczące kosmetyku zapachowego (perfum). W przeciwieństwie do lat ubiegłych nie odnotowano zgłoszeń dotyczących produktów czyszczących.



Podział kosmetyków ze względu na ich funkcję w notyfikacjach systemu RAPEX dot. woj. kujawsko-pomorskiego w roku 2013 przedstawione w procentach.



Liczba notyfikacji zgłoszonych w systemie RAPEX, dotyczy woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2010 - 2013 r.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego przeprowadzono 214 kontroli, które nie wykazały obecności kwestionowanych kosmetyków w kontrolowanych obiektach.

Jednocześnie w roku sprawozdawczym w województwie odnotowano 10 powiadomień dotyczących kosmetyków umieszczanych w systemie RAPEX. Znaczący spadek liczby notyfikacji w latach 2011 - 2013 spowodowany jest głównie lepszym systemem kontroli oraz potwierdza, że celem wszystkich producentów jest większe zaangażowanie w zagwarantowanie bezpieczeństwa wyrobów.



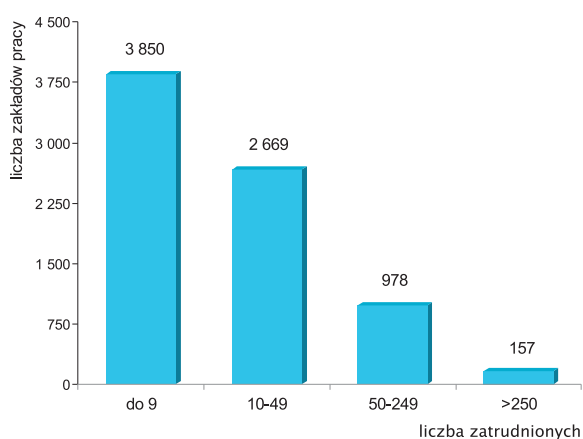
HIGIENA PRACY



Środowisko pracy

W 2013 r. nadzór nad warunkami pracy w województwie kujawsko-pomorskim sprawowało łącznie 56 pracowników posiadających upoważnienia wydane przez inspektorów sanitarnych woj. kujawsko-pomorskiego (w 2012 roku - 55). Ewidencją objęte zostały 7 654 zakłady pracy, zatrudniające łącznie 252 757 pracowników. Zdecydowaną większość stanowiły zakłady małe, zatrudniające do 9 pracowników. W porównaniu z rokiem 2012 liczba zakładów objętych ewidencją wzrosła o 436.

Najwięcej zakładów znalazło się w ewidencji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy (1 191 zakładów), kolejno Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego



Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w 2013 r. wg liczby zatrudnionych pracowników.

Zakres kontroli przeprowadzanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną w 2013 r.:

Zakres kontroli	Liczba skontrolowanych zakładów
Stosowanie substancji chemicznych i mieszanin	1213
Szkodliwe czynniki biologiczne w środowisku pracy	647
Obrót substancjami chemicznymi i mieszaninami	298
Substancje, mieszaniny, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym	160
Wprowadzanie do obrotu produktów biobójczych	172
Obrót prekursorami kategorii 2 i 3	31
Nadzór nad detergentami	22

w Toruniu (887) oraz Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Świeciu (743).

Łącznie w 2013 r. skontrolowanych zostało 2 596 zakładów pracy (34% objętych ewidencją), zatrudniających 113 165 pracowników.

Podczas przeprowadzania 3 450 rutynowych działań kontrolnych zwracano uwagę przede wszystkim na:

- przestrzeganie przepisów sanitarnych i profilaktykę chorób zawodowych w zakładach pracy,
- ekspozycję pracowników na szkodliwe dla zdrowia czynniki,
- stosowanie i dystrybucję substancji chemicznych i ich mieszanin,

- warunki pracy pracowników ekspozowanych na czynniki rakotwórcze.

W związku ze stwierdzonymi w kontrolowanych zakładach nieprawidłowościami wydane zostały 862 decyzje administracyjne, zawierające 2 492 nakazy. W zakresie substancji chemicznych i ich mieszanin pracodawców obligowano m.in. do sporządzenia spisu stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin, zapewnienia aktualnych kart charakterystyk, oznakowania oraz zagwarantowania odpowiedniego miejsca do składowania substancji chemicznych i ich mieszanin. W wyniku prowadzonych postępowań administracyjnych pracownicy pionu higieny pracy nakładali również obowiązki dotyczą-

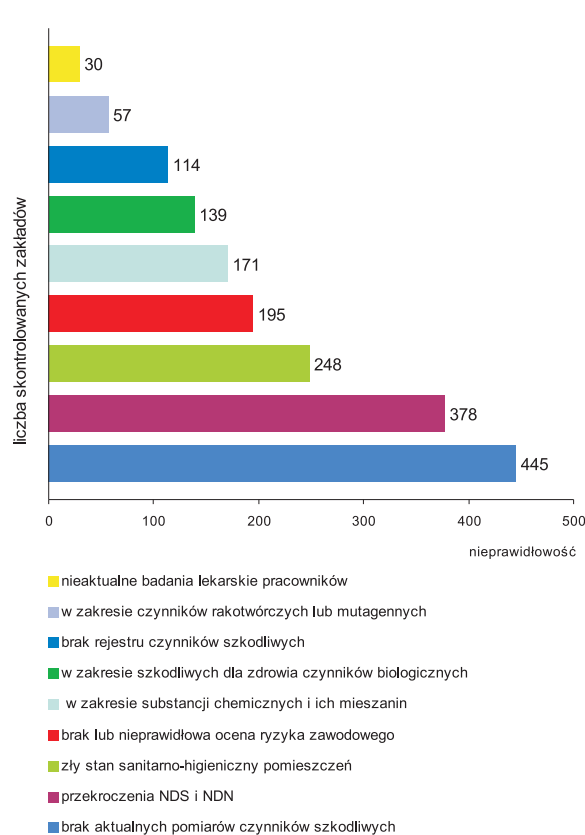
Liczba zakładów objętych ewidencją oraz liczba osób zatrudnionych w 2013 r. w województwie kujawsko-pomorskim wg SSE:

Stacja sanitarno-epidemiologiczna	Liczba	
	zakładów w ewidencji	osób zatrudnionych
PSSE w Aleksandrowie Kuj.	135	4044
PSSE w Brodnicy	429	11586
PSSE w Bydgoszczy	1191	56798
PSSE w Chemnie	297	5713
PSSE w Gołubiu-Dobrzyniu	166	2630
PSSE w Grudziądzu	544	23388
PSSE w Inowrocławiu	618	17503
PSSE w Lipnie	177	2866
PSSE w Mogilnie	160	2755
PSSE w Nakle	445	8298
PSSE w Radziejowie	180	2825
PSSE w Rypinie	181	3601
PSSE w Sępólnie Krajeńskim	231	4500
PSSE w Świeciu	743	15756
PSSE w Toruniu	887	45088
PSSE w Tucholi	170	4121
PSSE w Wąbrzeźnie	258	5057
PSSE we Włocławku	470	23299
PSSE w Żninie	245	5158
WSSE (I instancja)	127	7771
RAZEM:	7654	252757

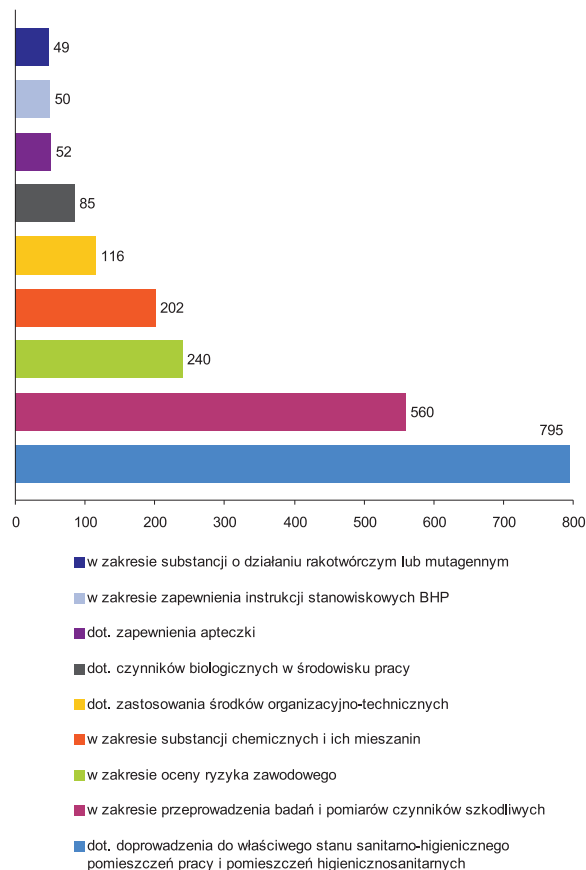
ce sporządzenia rejestru prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia oraz rejestru pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia, opracowania planu postępowania na wypadek awarii z udziałem szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 3 lub 4 zagrożenia, przeprowadzenia szkoleń dla pracowników mających kontakt ze szkodliwym czynnikiem biologicznym. Ponadto wydawane nakazy dotyczyły założenia lub uzupełnienia rejestrów pracowników narażonych na działanie substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym oraz przekazania właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu informa-

cji o substancjach, mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym.

W roku 2013 liczba decyzji administracyjnych dotyczących poprawy warunków pracy stanowiła 37% wszystkich wydanych decyzji. W wyniku kontroli przeprowadzonych w minionym roku przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego w 378 nadzorowanych zakładach pracy stwierdzono przekroczenia NDS/NDN. Łączna liczba pracowników zatrudnionych w warunkach przekroczeń dopuszczalnych normatywów higienicznych w 2013 r. wyniosła 12 237 osób. Właściwi państwowi inspektorzy sanitarni wydali łącznie 81 decyzji dotyczących obniżenia stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w miejscu pracy.



Liczba stwierdzonych nieprawidłowości w zakładach pracy w 2013 r.



Najczęściej wydawane nakazy w województwie kujawsko-pomorskim w 2013 r.

Liczbowe zestawienie skontrolowanych obiektów, przeprowadzonych kontroli i wydanych decyzji w latach 2011-2013:

Rok	Liczba		
	skontrolowanych obiektów	kontroli	decyzji
2011	2822	4007	1077
2012	2813	3880	957
2013	2596	3450	860

Liczba wydanych nakazów w decyzjach PPIS i PWIS w latach 2011-2013:

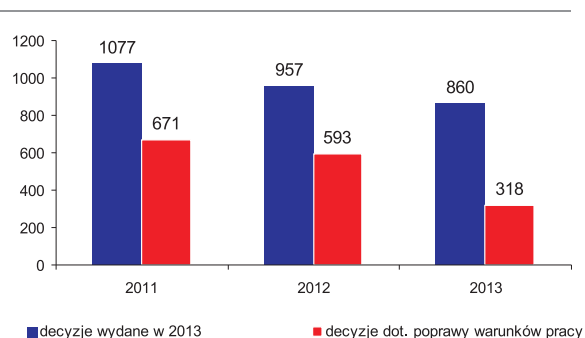
Stacja sanitarno-epidemiologiczna	Liczba nakazów		
	w 2011 r.	w 2012 r.	w 2013 r.
PSSE w Aleksandrowie Kuj.	70	30	38
PSSE w Brodnicy	92	48	22
PSSE w Bydgoszczy	360	303	235
PSSE w Chełmnie	82	160	132
PSSE w Golubiu-Dobrzyniu	31	23	33
PSSE w Grudziądzu	132	187	102
PSSE w Inowrocławiu	171	77	197
PSSE w Lipnie	35	38	18
PSSE w Mogilnie	13	11	15
PSSE w Nakle	286	137	189
PSSE w Radziejowie	87	39	93
PSSE w Rypinie	82	41	46
PSSE w Sępólnie Krajeńskim	108	82	106
PSSE w Świeciu	507	322	535
PSSE w Toruniu	432	246	218
PSSE w Tucholi	43	56	90
PSSE w Wąbrzeźnie	29	21	40
PSSE we Włocławku	180	148	80
PSSE w Żninie	24	41	52
WSSE (I instancja)	147	214	251
RAZEM:	2911	2224	2492

Pracodawcy podejmowali różne działania zmierzające do wyeliminowania lub obniżenia stężenia/natężenia czynnika szkodliwego. Udostępniano pracownikom odpowiednio dobrane środki ochrony indywidualnej, stosowano rotację pracowników na stanowiskach pracy, układy izolujące i tłumiące hałas, wymieniano park maszyn, montowano naścienne mierniki poziomu hałasu. W celu obniżenia natężeń czynników szkodliwych w środowisku pracy, przedstawiciele zakładów pracy sporządzali i wprowadzali w życie programy działań organizacyjno-technicznych zmierzających do ograniczenia narażenia na hałas, stosowali oznakowanie stref zagrożonych hałasem oraz informowali pracowników o ryzyku zawodowym.

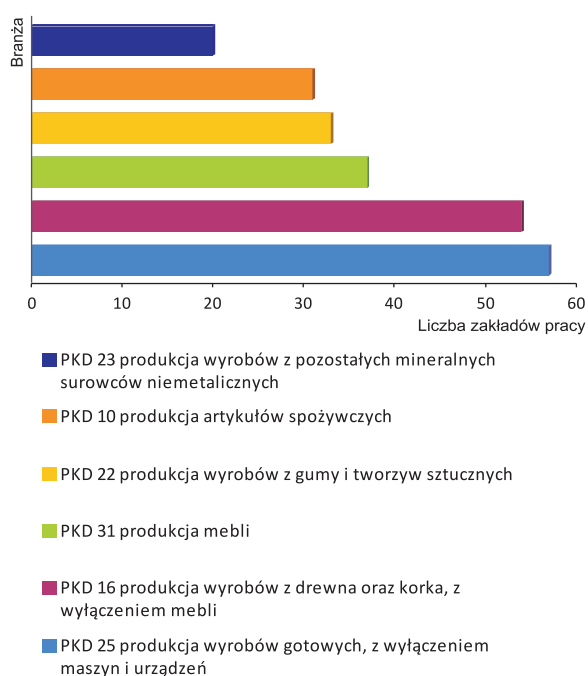
Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy w wyniku stwierdzenia przekroczeń stężenia NDSCh octanu etylu na stanowiskach pracy wydał decyzję nakazującą zaprzestanie prowadzenia działalności w oddziale kontrolowanego zakładu. Ponowne pomiary badań czystości powietrza przeprowadzone przez Dział Laboratoryjny Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Bydgoszczy potwierdziły bezpieczne warunki pracy. W związku z powyższym prace na oddziale zostały wznowione.

Największa liczba nakazów dotyczących przeprowadzenia badań i pomiarów środowiska pracy zawarta była w następujących decyzjach: PPIS w Toruniu - 91 nakazów, PPIS w Bydgoszczy - 79 nakazów, PPIS w Świeciu - 71 nakazów, PPIS w Grudziądzu - 51 nakazów.

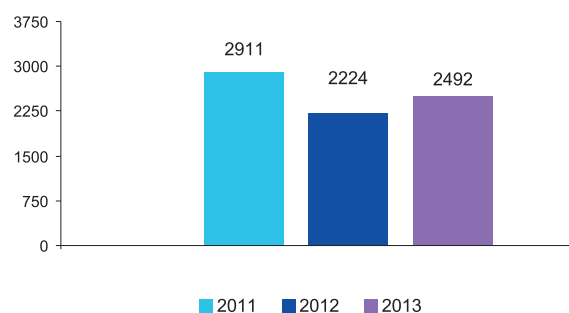
Dominującym czynnikiem szkodliwym w środowisku pracy, w minionym roku był hałas. W narażeniu na ponadnormatywny hałas zatrudnionych było ogółem 11 087 pracowników, z czego najwięcej w powiecie bydgoskim 2 225 pracowników, toruńskim 1 897 pracowników oraz we wrocławskim 1 051 pracowników.



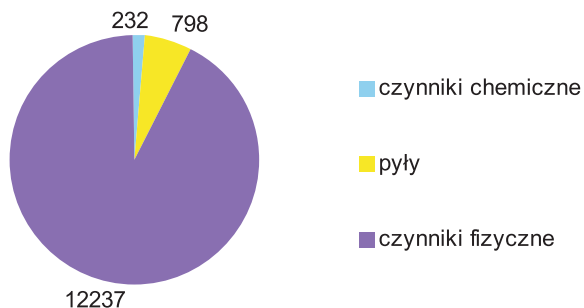
Liczba decyzji administracyjnych oraz decyzji dotyczących poprawy warunków pracy wydanych przez PPIS i PWIS w 2013 r.



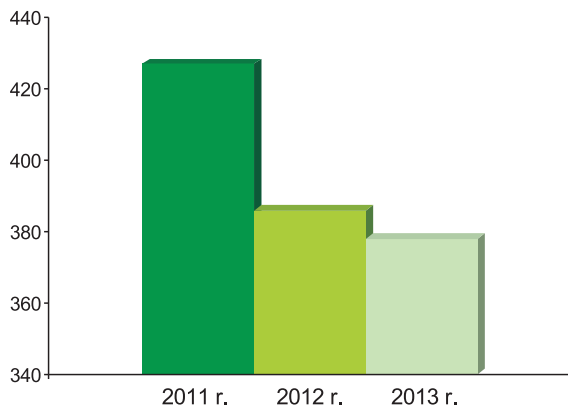
Liczba skontrolowanych zakładów o największej liczbie przekroczeń wg branży.



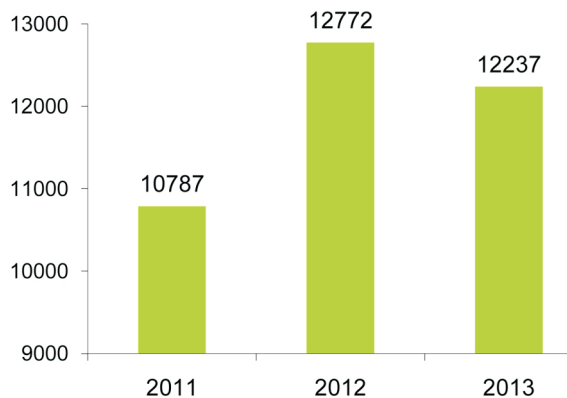
Liczba nakazów w decyzjach PPIS i PWIS w latach 2011-2013.



Liczba pracowników zatrudnionych w przekroczeniach NDS/NDN wg rodzaju czynnika szkodliwego.

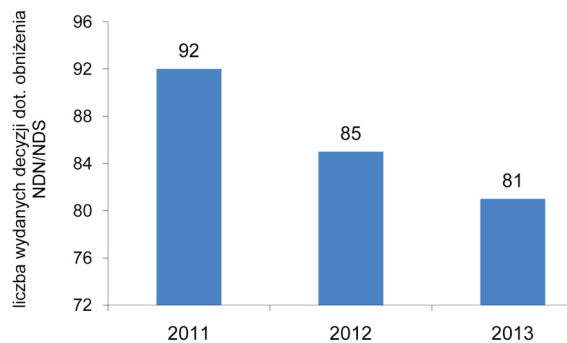


Liczba zakładów pracy, w których stwierdzono przekroczenia NDN/NDS w latach 2011-2013.



Liczba zatrudnionych na stanowiskach, na których stwierdzono przekroczenia NDN/NDS.

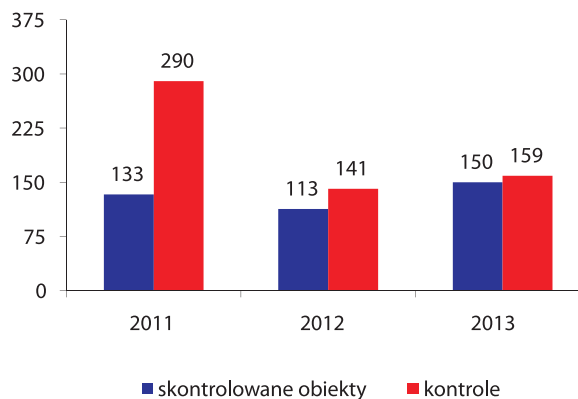
Działania kontrolne przeprowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2011-2013 ukierunkowane były przede wszystkim na zakłady pracy, w których występowały przekroczenia NDN i NDS czynników szkodliwych dla zdrowia, w tym m.in. na hałas i drgania o działaniu miejscowym. W 2013 roku odnotowano spadek liczby zakładów pracy, w których stwierdzono przekroczenia NDN/NDS czynników szkodliwych dla zdrowia.



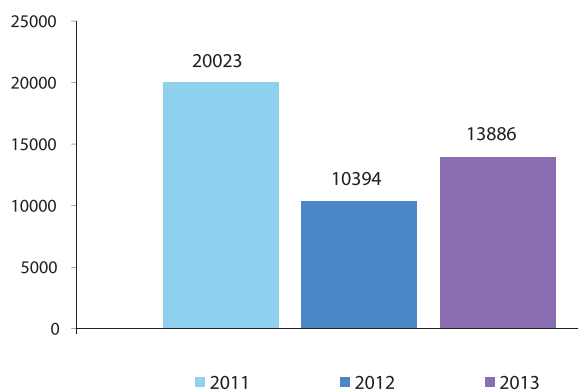
Decyzje dotyczące obniżenia stężeń i natężeń czynników szkodliwych.

Nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych

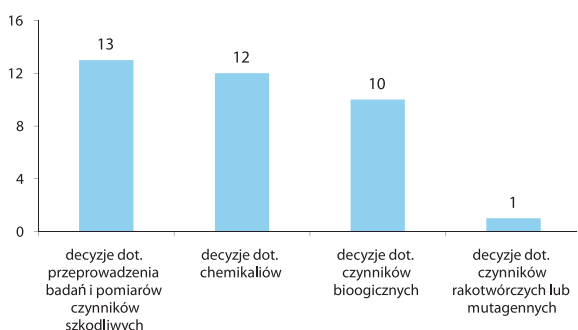
W 2013 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego prowadzono nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych w zakresie zagrożeń chemicznych, biologicznych oraz rakotwórczych i mutagennych. Kontrolą zostały objęte zarówno niewielkie placówki opieki doraźnej (świadczące usługi w zakresie porad lekarskich, wykonujące iniekcje domięśniowe, opatrunki, pobór krwi, badania w poradniach, zabiegi rehabilitacyjne), jak i szpitale sprawujące opiekę specjalistyczną nad mieszkańcami województwa. W 2013 roku skontrolowano ogółem 150 zakładów, zatrudniających łącznie 13 886 osób.



Liczba skontrolowanych podmiotów leczniczych i przeprowadzonych kontroli w latach 2011-2013.



Liczba zatrudnionych pracowników w skontrolowanych podmiotach leczniczych w latach 2011-2013.

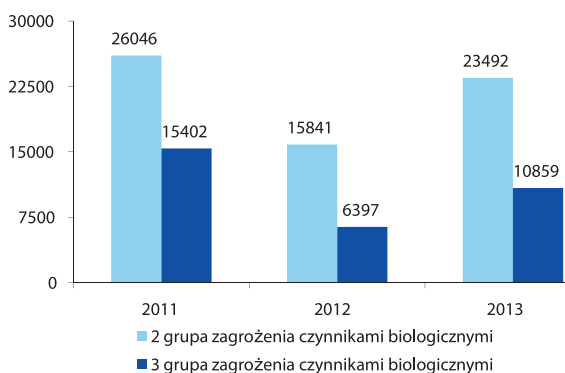


Nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych w województwie kujawsko-pomorskim. Liczba decyzji wydanych w 2013 roku.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego przeprowadzono 159 kontroli, w wyniku których wydano 34 decyzje administracyjne. Największa liczba decyzji (21) została wydana przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. Wydawane decyzje dotyczyły m.in. czynników biologicznych, chemikaliów, czynników rakotwórczych i mutagennych oraz przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych.

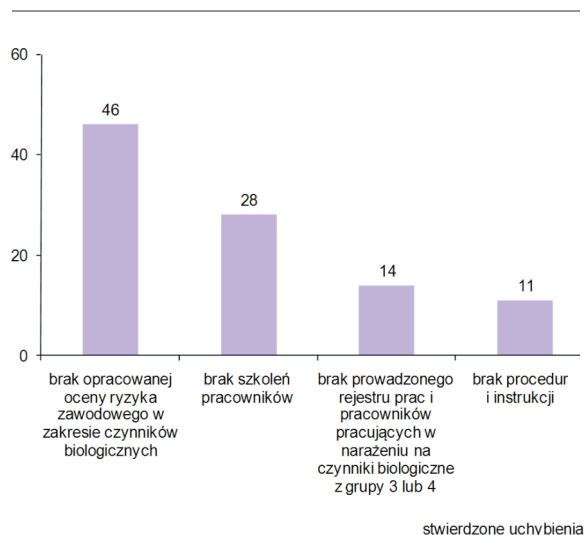
Narażenie na czynniki biologiczne szkodliwe dla zdrowia

W województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 2 593 przypadki zakładów, w których stwierdzono występowanie szkodliwych czynników biologicznych. Działaniami kontrolno-represyjnymi objęto 647 zakładów, zatrudniających 23 952 pracowników, w tym narażonych na czynniki biologiczne zaliczane do grupy 2 zagrożenia - 23 492 osoby i do grupy 3 zagrożenia - 10 859 osób.



Liczba zatrudnionych pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne w latach 2011-2013, w województwie kujawsko-pomorskim.

Kontrolami objęto przede wszystkim podmioty zajmujące się opieką zdrowotną i pomocą społeczną. Przeprowadzono łącznie 754 kontrole, w wyniku których wydano 57 decyzji.



Liczba stwierdzonych uchybień z zakresu czynników biologicznych szkodliwych dla zdrowia.

Choroby zawodowe

W 2013 r. do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wpłynęły łącznie 183 zgłoszenia podejrzeń chorób zawodowych (w 2012 r. - 192).

W wyniku przeprowadzonych 232 postępowań wyjaśniających organ I instancji wydał 83 decyzje stwierdzające chorobę zawodową oraz 82 decyzje o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

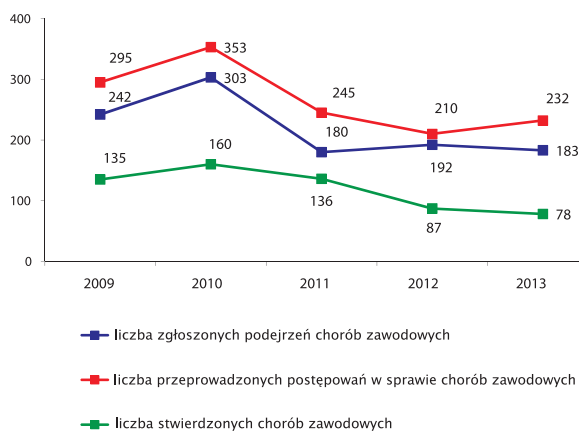
Do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy wniesionych zostało 18 odwołań od decyzji organu I instancji. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy, działając jako organ II instancji, łącznie wydał 15 decyzji administracyjnych, z czego 7 zostało zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy.

W wyniku uprawomocnienia decyzji administracyjnych w 2013 r. stwierdzono 78 chorób zawodowych. W porównaniu z rokiem 2012 odnotowano spadek liczby zachorowań o 9 przypadków (na poziomie 10%).

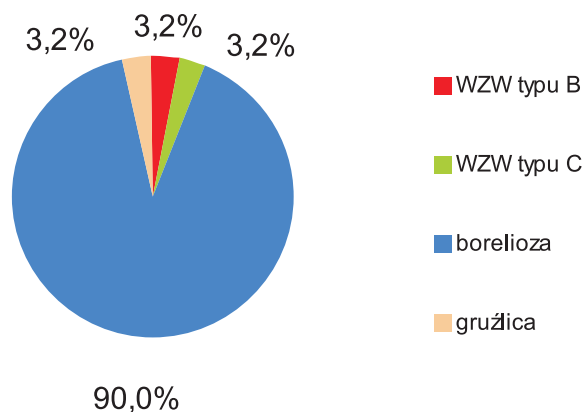
Zdecydowanie największą grupę chorób zawodowych stanowiły, tak jak i w roku ubiegłym,

choroby zakaźne lub pasożytnicze - 31 przypadków (40%). Na drugim miejscu znalazły się przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym - 19 przypadków (24%). Trzecie miejsce stanowił: obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu - 15 przypadków.

Wśród chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw w 2013 roku znaczący udział stanowiła borelioza - 90% (w 2012 r. - 74%). Rozpoznawana była najczęściej w grupie zawodowej pracowników leśnictwa oraz pracowników gospodarstw rolnych.



Graficzne przedstawienie liczby podejrzeń i przeprowadzonych postępowań w sprawie chorób zawodowych.



Struktura chorób zakaźnych i pasożytniczych w 2013 r.

Choroby zawodowe stwierdzone w latach 2009-2013:

Nr* wykazu	Nazwa choroby zawodowej	Liczba stwierdzonych przypadków w latach				
		2009	2010	2011	2012	2013
1	Zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne	2	0	3	0	1
3	Pylice płuc	0	3	3	1	0
4	Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu	1	0	0	1	0
5	Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli	0	1	0	0	0
6	Astma oskrzelowa	3	0	4	3	2
7	Zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	1	0	0	2	0
12	Alergiczny nieżyt nosa	2	0	3	3	2
15	Przewlekłe choroby narządu głosu	38	29	22	9	19
17	Nowotwory złośliwe	2	1	1	2	1
18	Choroby skóry	1	5	2	5	0
19	Przewlekłe choroby układu ruchu	10	11	7	10	4
20	Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego	2	9	10	10	1
21	Obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu	10	16	12	11	15
22	Zespół wibracyjny	0	3	2	2	1
25	Choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi	0	0	1	1	1
26	Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa	63	82	66	27	31
Razem		135	160	136	87	78

*) wg Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (tj. Dz.U. z 2013 r., poz. 1367)

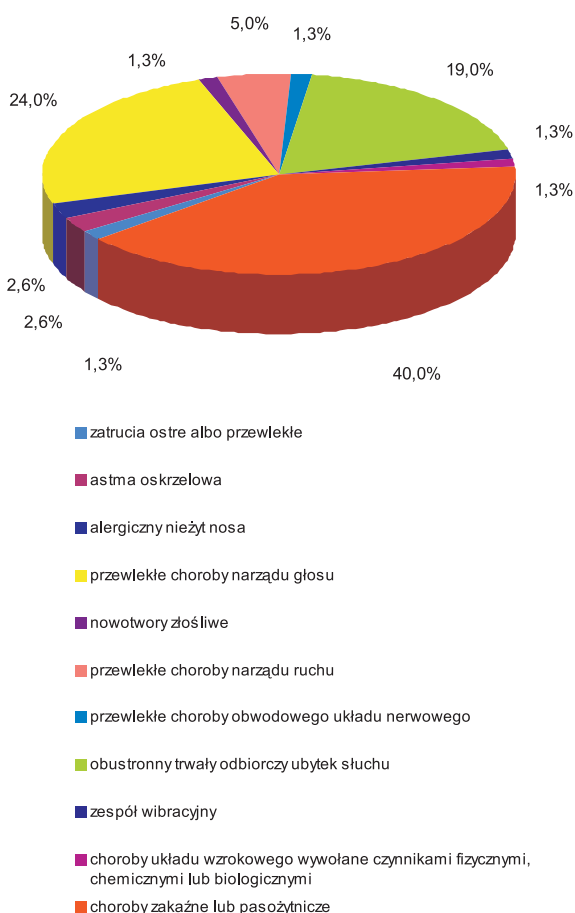
Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C o etiologii zawodowej stanowiły w 2013 r. 7% chorób zakaźnych lub pasożytniczych. W porównaniu z rokiem 2012 zmniejszeniu uległa liczba zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C.

Ogółem w województwie kujawsko-pomorskim choroby zawodowe stwierdzono u 75

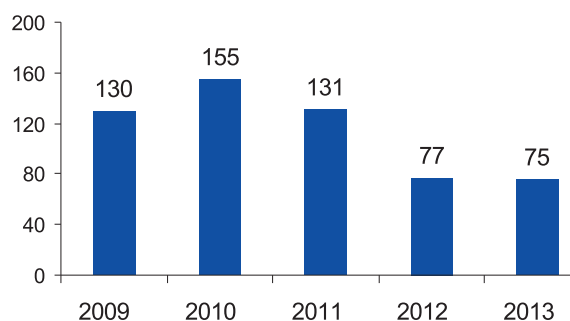
osób. Więcej niż jedna choroba zawodowa wystąpiła u 3 osób (po 2 jednostki chorobowe).

Liczba chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw w latach 2009-2013:

Rok	Wirusowe Zapalenie Wątroby		Borelioza	Gruźlica	Brucelloza	Inne choroby zakaźne lub pasożytnicze	RAZEM
	typu B	typu C					
2009	1	2	57	2	1	0	63
2010	1	5	72	4	0	0	82
2011	1	3	57	4	0	1 (toksokaroza)	66
2012	1	3	20	1	0	1 (toksokaroza) 1 (bąblowica)	27
2013	1	1	28	1	0	0	31



Struktura chorób zawodowych w 2013 r.

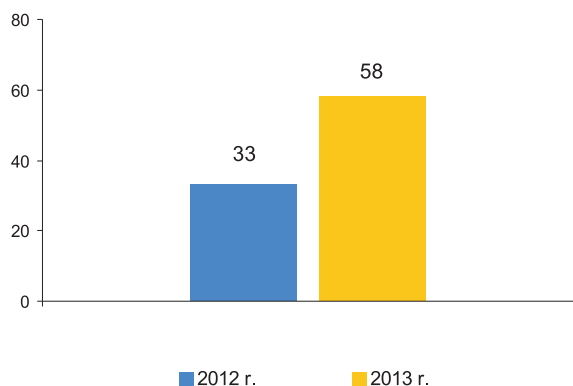


Liczba osób ze stwierdzoną chorobą zawodową w latach 2009-2013.

Środki zastępcze

Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego (PPIS w Bydgoszczy, PPIS w Grudziądzu, PPIS w Inowrocławiu, PPIS w Toruniu oraz PPIS we Włocławku) w 2013 r. przeprowadzili ogółem 58 kontroli (w 2012 roku - 33) w obiektach podejrzanych o wprowadzanie do obrotu środków zastępczych.

Podczas przedmiotowych kontroli zabezpieczono 6 352 sztuki (w 2012 r. - 4 295) produktów, co do których zachodziło podejrzenie, że są środkami zastępczymi oraz pobrano do badań 111 próbek wyżej wymienionych produktów (w 2012 r. - 64).



Liczba kontroli w zakresie nadzoru nad środkami zastępczymi w latach 2012 - 2013.

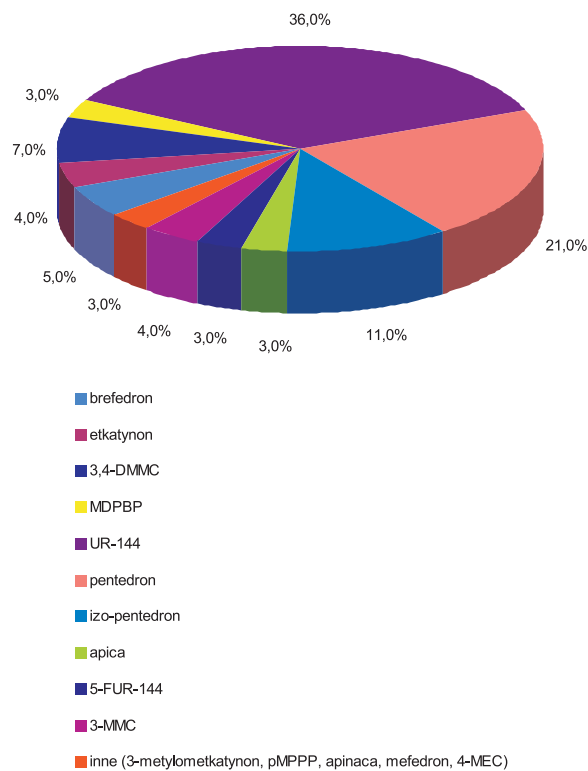


Liczba zabezpieczonych produktów oraz próbek pobranych do badań w latach 2012-2013.

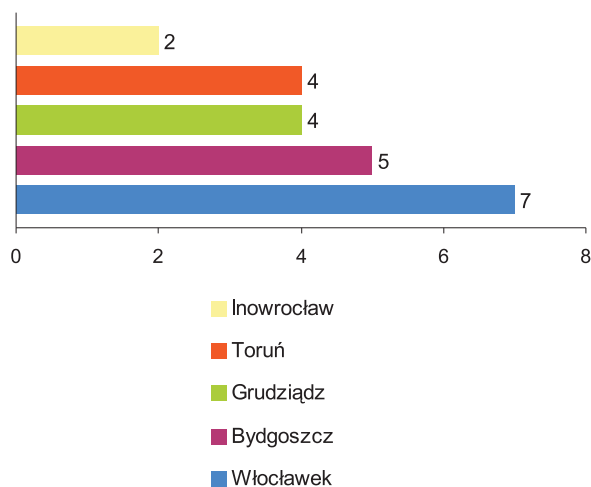
We wszystkich próbkach, które przebadano w 2013 r. zidentyfikowano analogi strukturalne substancji wymienionych w załącznikach do ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.), tj. środki zastępcze. Do najczęściej identyfikowanych związków w 2013 r. należały: UR-144 (stwierdzony w 76 próbkach produktów), pentedron (stwierdzony w 43 próbkach produktów) oraz izo-pentedron (zidentyfikowany w 23 próbkach produktów).

Dystrybucja (domniemanych) środków zastępczych w 2013 roku prowadzona była przez 10 podmiotów gospodarczych. Wyżej wymienione podmioty prowadziły na terenie woj. kujawsko-pomorskiego 22 sklepy (Bydgoszcz - 2 lokalizacje, Grudziądz - 2 lokalizacje, Inowrocław - 1 lokalizacja, Toruń - 1 lokalizacja, Włocławek - 2 lokalizacje).

Grudziądz - 2 lokalizacje, Inowrocław - 1 lokalizacja, Toruń - 1 lokalizacja, Włocławek - 2 lokalizacje).

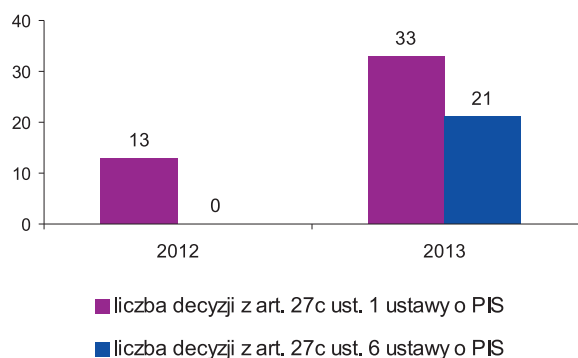


Związki zidentyfikowane w „dopalaczach” (na podstawie protokołów badań otrzymanych w 2013 roku).



Liczba sklepów wprowadzających do obrotu (domniemane) środki zastępcze z podziałem na powiaty.

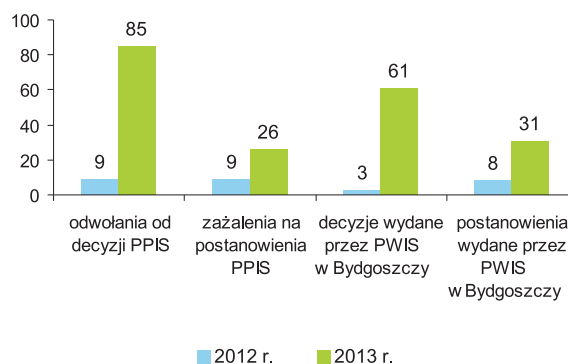
Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego wydali na podstawie art. 27c ust. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej 33 decyzje (w 2012 r. - 13 decyzji) oraz 21 decyzji działając w oparciu o art. 27c ust. 6 tejże ustawy (w 2012 r. - brak decyzji). Ponadto na podstawie art. 167 § 1 ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 1 015 z późn. zm.) oraz art. 29, art. 27c ust. 3 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1 263 z późn. zm.) Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego wydali 15 zarządzeń zabezpieczających wykonanie obowiązków o charakterze niepieniężnym określonych w decyzjach z art. 27c ust. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.



Decyzje wydane przez Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2012-2013.

W 2013 r. do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy wpłynęło 85 odwołań od decyzji (w 2012 r. - 9) oraz 26 zażaleń (w 2012 r. - 9) na postanowienia PPIS województwa kujawsko-pomorskiego. W związku z powyższym Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy wydał łącznie 61 decyzji administracyjnych (w 2012 r. - 3), w tym: 40 decyzji utrzymujących zaskarżone decyzje w mocy, 12 decyzji uchylających zaskarżone decyzje i przekazujących sprawę do po-

nownego rozpatrzenia przez organ I instancji, 2 decyzje uchylające zaskarżone decyzje i umarzające postępowanie I instancji, 6 decyzji uchylających w części zaskarżone decyzje, 1 decyzję odmawiającą wszczęcia postępowania odwoławczego oraz 31 postanowień (w 2012 r. - 8).



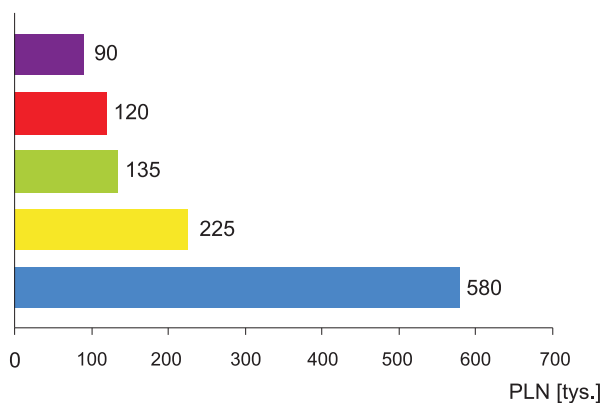
Postępowanie w przedmiocie środków zastępczych w II instancji w latach 2012 - 2013.

Na decyzje Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy w 2013 r. złożonych zostało 29 skarg do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy (w 2012 r. - 0).

Łączna kwota kar pieniężnych nałożonych w 2013 r. przez Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych za wprowadzanie do obrotu środków zastępczych wyniosła 1 150 000 zł. Kary na najwyższą kwotę nałożył Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Grudziądzu (580 000 zł).

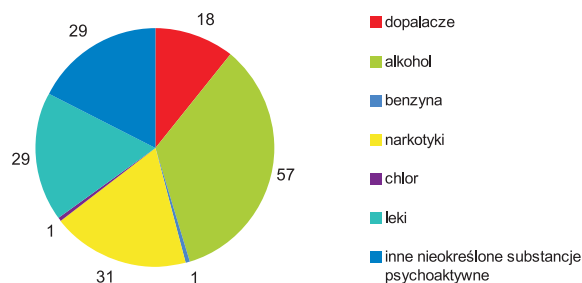
W 2013 r. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy oraz Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego kontynuowali współpracę ze szpitalami w województwie kujawsko-pomorskim w zakresie zgłaszania zatruc „dopalaczami” oraz innymi środkami psychoaktywnymi. Do Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Bydgoszczy w 2013 r. wpłynęło łącznie 156 ww. zgłoszeń, w tym informacja o 1 przypadku zgonu po zażyciu środka zastępczego zakupionego na terenie powiatu gru-

dziądzkiego. Najwięcej zgłoszeń dotyczyło zatruć stwierdzonych w grupie osób powyżej 19 roku życia, płci męskiej.



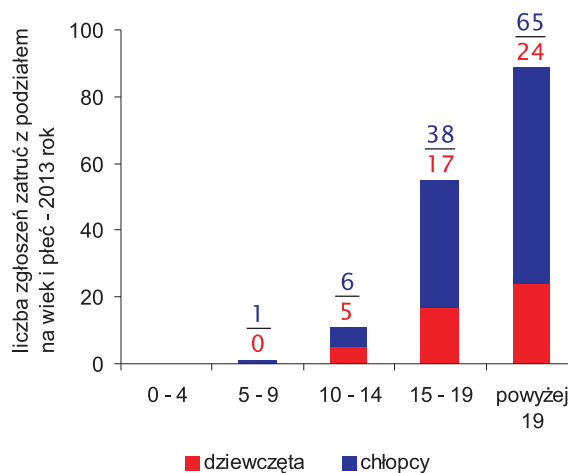
■ Grudziądz ■ Bydgoszcz ■ Włocławek
 ■ Toruń ■ Inowrocław

Kary nałożone przez Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych województwa kujawsko-pomorskiego w 2013 r. za wprowadzanie do obrotu środków zastępczych.



Przyczyny zatruć zgłaszanych do WSSE w Bydgoszczy w 2013 r.

Do najczęściej stwierdzanych przyczyn zgłaszanych do Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Bydgoszczy zatruć w 2013 r. było spożycie alkoholu (przyczyna 57 zatruć), narkotyków (przyczyna 31 zatruć) oraz leków (przyczyna 29 zatruć) i innych nieokreślonych substancji psychoaktywnych (przyczyna 29 zatruć). Etiologia części zgłaszanych zatruć była wieloczynnikowa.



Zgłoszenia zatruć w 2013 r. z podziałem na wiek i płeć.

Wnioski

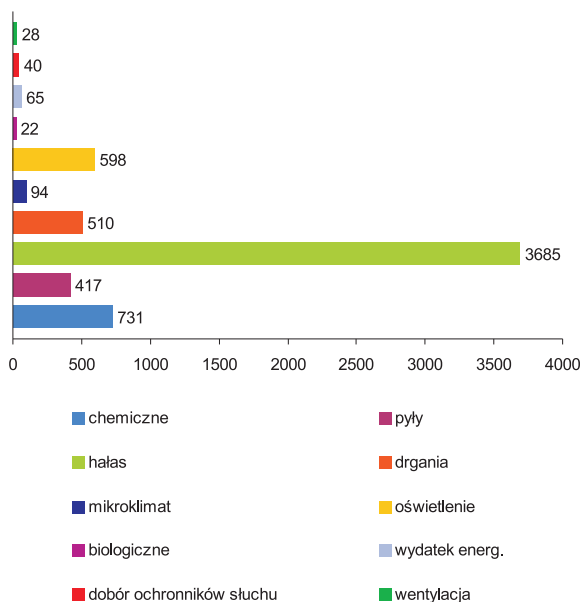
1. W 2013 r. odnotowano wzrost liczby zakładów pracy objętych ewidencją Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Ewidencją objęto 7654 zakłady pracy. W porównaniu z rokiem 2012 liczba ta zwiększyła się o 385 zakładów.
2. Większość przedsiębiorstw zewidencjonowanych stanowiły zakłady zatrudniające do 9 pracowników - 3850 zakładów.
3. W 2013 r. kontrolą objęto 2596 zakładów pracy. W wyniku prowadzonych działań kontrolnych wydanych zostało 860 decyzji administracyjnych.
4. Stan sanitarno-techniczny oraz higieniczny kontrolowanych w 2013 r. zakładów nierzadko budził zastrzeżenia inspektorów, przez co to właśnie tego zakresu dotyczyła największa liczba, bo aż 795 wydanych nakazów.
5. Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły braku systematycznego przeprowadzania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy - 17%.
6. W 2013 r. w porównaniu z rokiem 2012 liczba pracowników zatrudnionych na stanowiskach pracy, na których stwierdzono przekroczenia

- normatywów higienicznych zmniejszyła się o 535 zatrudnionych.
7. Od wielu lat dominującym czynnikiem szkodliwym występującym w zakładach pracy prowadzących działalność na terenie woj. kujawsko-pomorskiego jest hałas.
 8. W 2013 roku w porównaniu z rokiem 2012 nastąpił spadek stwierdzonych chorób zawodowych o 9 przypadków (10%).
 9. Najwięcej chorób zawodowych zostało rozpoznanych w grupie chorób zakaźnych lub pasożytniczych - 31 przypadków, z czego 28 przypadków, tj. 90% stanowiła borelioza.
 10. W porównaniu do roku ubiegłego nieznacznie spadła liczba zgłoszeń podejrzeń chorób zawodowych (w 2012 r. - 192, w 2013 r. - 183).
 11. Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego w 2013 roku przeprowadzili 58 kontroli (w 2012 r. - 33) w obiektach podejrzanych o wprowadzanie do obrotu środków zastępczych oraz zabezpieczyli 6352 sztuki (w 2012 r. - 4295) produktów, co do których zachodziło podejrzenie, że są środkami zastępczymi.
 12. Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego wydali w 2013 r. 33 decyzje w oparciu o art. 27c ust. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (w 2012 r. - 13 decyzji), 21 decyzji na podstawie art. 27c ust. 6 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (w 2012 r. - brak decyzji) oraz 15 zarządzeń zabezpieczających wykonanie obowiązków o charakterze niepieniężnym określonych w decyzjach wydanych w oparciu o art. 27c ust. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.
 13. W 2013 r. do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy wpłynęło 85 odwołań od decyzji (w 2012 r. - 9) oraz 26 zażaleń (w 2012 r. - 9) na postanowienia PPIS województwa kujawsko-pomorskiego. W związku z powyższym Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy wydał łącznie 61 decyzji administracyjnych (w 2012 r. - 3) oraz 31 postanowień (w 2012 r. - 8).
 14. W roku sprawozdawczym szczególny nacisk kładziono na profilaktykę antynikotynową. W kontrolowanych zakładach sprawdzano przestrzeganie ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55 z późn. zm.).
 15. W zakładach pracy rozpowszechniano materiały informacyjno-edukacyjne m.in. dotyczące bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy oraz na temat środków zastępczych.
 16. Prowadzono działania w zakresie profilaktyki zatruc metanolem i środkami zastępczymi.



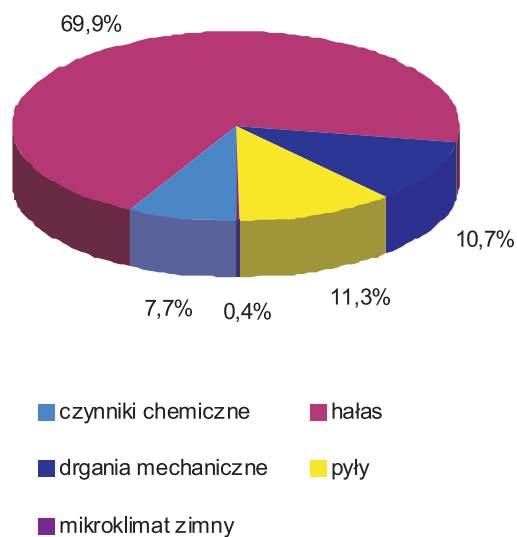
Narażenie na czynniki szkodliwe dla zdrowia

W 2013 r. wykonano 6 190 znaczeń laboratoryjnych na 2 102 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na czynniki szkodliwe (w tym czynniki biologiczne) i uciążliwe dla zdrowia (takie jak: wydatek energetyczny, dobór ochronników słuchu, wentylacja) co zostało zobrazowane na wykresie 1 oraz 1 258 oznaczeń czynników chemicznych oraz respirabilnych włókien azbestu w próbkach dostarczonych przez klienta zewnętrznego. Ponadto wykonano 480 oznaczeń w 24 punktach pomiarowych w celu oceny zagrożeń czynnikami chemicznymi w powietrzu pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi.

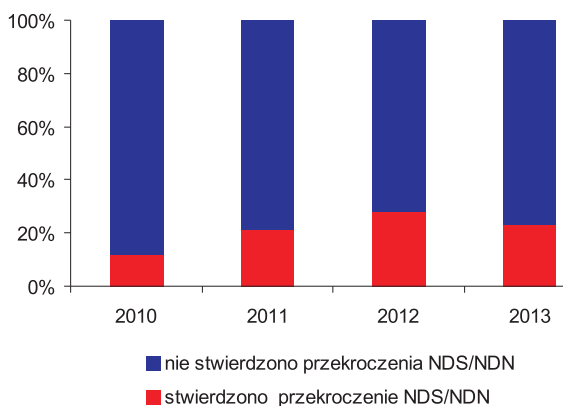


Liczba wykonanych oznaczeń w 2013 r. na stanowiskach pracy.

W minionym roku najwięcej przekroczeń czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy stwierdzono dla hałasu, drgań mechanicznych oraz zapylenia.



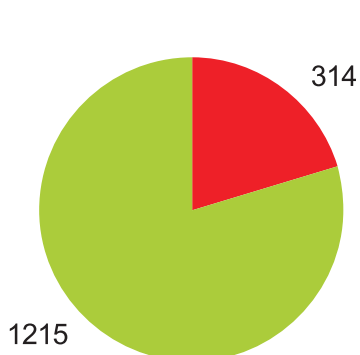
Procentowy udział przekroczeń NDS/NDN.



Procentowy udział przekroczeń NDS/NDN na stanowiskach pracy w latach 2010-2013.

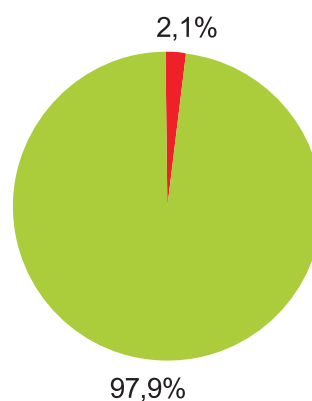
Zaprezentowane w formie powyższego wykresu dane obrazują procentowy udział stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenia NDN lub NDS na przestrzeni lat 2010-2013.

W wyniku przeprowadzonej w 2013 r. oceny zagrożeń czynnikami szkodliwymi dla zdrowia na stanowiskach pracy stwierdzono wystąpienie przekroczeń obowiązujących normatywów na 314 z 1 529 stanowiskach pracy. Problem niewłaściwych warunków pracy z uwagi na występowanie czynni-



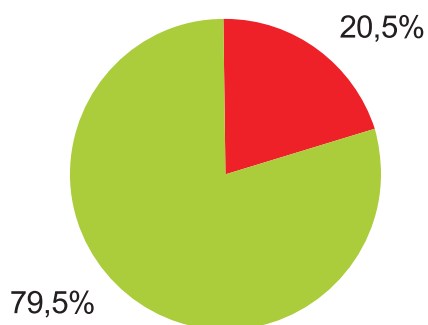
- stwierdzono przekroczenie NDS/NDN
- nie stwierdzono przekroczenia NDS/NDN

Liczba stanowisk pracy opomiarowanych pod kątem narażenia na czynniki szkodliwe dla zdrowia.



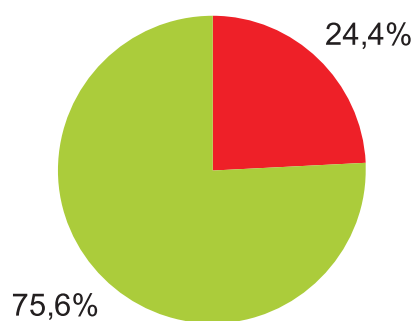
- stwierdzono przekroczenie NDS
- nie stwierdzono przekroczenia NDS

Procent stanowisk pracy opomiarowanych pod kątem narażenia na chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia.



- stwierdzono przekroczenie NDS/NDN
- nie stwierdzono przekroczenia NDS/NDN

Procent stanowisk pracy opomiarowanych pod kątem narażenia na czynniki szkodliwe dla zdrowia.



- stwierdzono przekroczenie NDN
- nie stwierdzono przekroczenia NDN

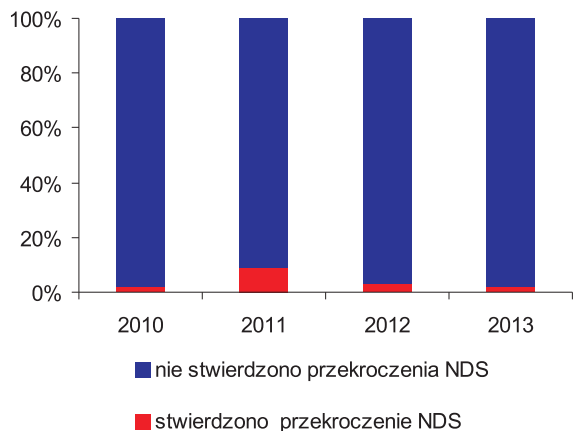
Procent stanowisk pracy opomiarowanych pod kątem narażenia na fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia.

ków szkodliwych dla zdrowia występuje w 20,5 % poddanych ocenie stanowisk pracy.

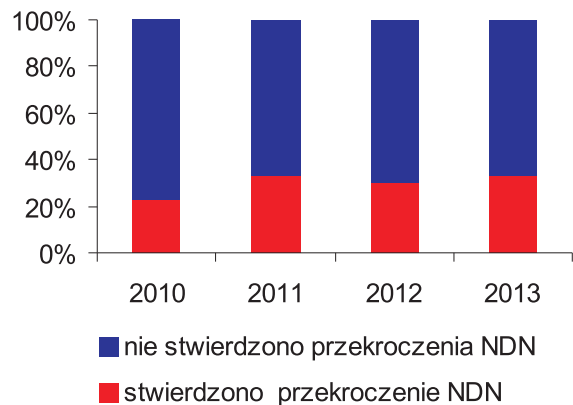
Na podstawie przeprowadzonych badań wynika, że przekroczenia normatywów higienicznych dotyczą częściej czynników fizycznych, w tym głównie hałasu i drgań, zaś w mniejszym stopniu czynników chemicznych.

Dane dotyczące stwierdzonych przekroczeń

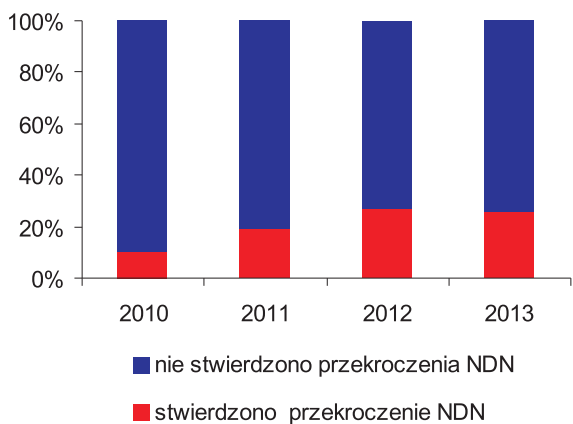
NDN dla hałasu oraz drgań mechanicznych na stanowiskach pracy w latach 2010-2013 przedstawiono na następujących wykresach.



Procentowy udział przekroczeń NDS na stanowiskach pracy dla czynników chemicznych w latach 2010-2013.



Procentowy udział przekroczeń NDN na stanowiskach pracy dla hałasu w latach 2010-2013.



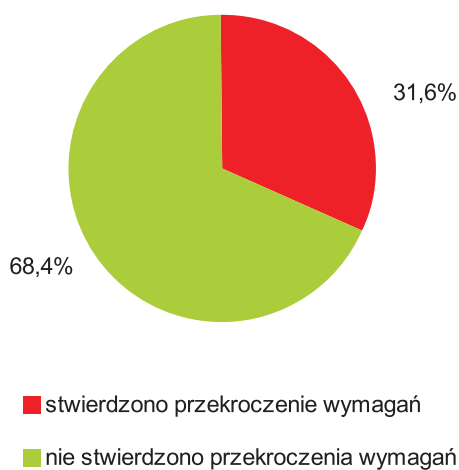
Procentowy udział przekroczeń NDN na stanowiskach pracy dla drgań mechanicznych w latach 2010-2013.

W 2013 r. wykonano pomiary m. in. w zakładach: kartonowych, papierniczych, archiwach, wodociągów i kanalizacji. Na kilku opomiarowanych stanowiskach pracy pod kątem zagrożeń szkodliwymi dla zdrowia czynnikami biologicznymi zidentyfikowano bakterie należące do drugiej grupy zagrożenia biologicznego. Nie zidentyfikowano bakterii należących do klas wyższych. Rodzaje zidentyfikowanych w powietrzu na stanowiskach pracy bakterii przedstawiono w tabeli na str. 89 i 90.

Klasyfikacji bakterii dokonano na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz.U. Nr 81 poz.716 z późn.zm.).

Narażenie na czynniki uciążliwe dla zdrowia

W 2013 r. niespełnienie wymagań w zakresie czynników uciążliwych dla zdrowia stwierdzono na 170 tj. 31,6 % z 538 stanowisk pracy poddanych ocenie w tym zakresie i dotyczyło dwóch czynników tj. oświetlenia oraz mikroklimatu umiarkowanego. Zapewnienie właściwych warunków środowiska ter-



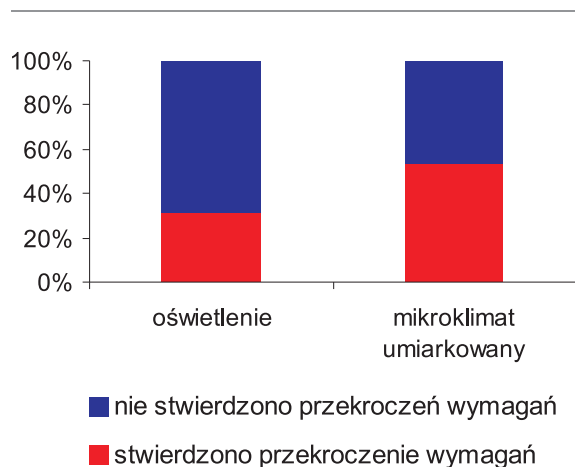
Procent stanowisk pracy opomiarowanych pod kątem narażenia na czynniki uciążliwe dla zdrowia.

Bakterie zidentyfikowane na badanych stanowiskach pracy:

Bakterie zidentyfikowane	Skontrolowane zakłady pracy			
	zakłady kartonowe	zakłady papierowe	zakłady wodociągów i kanalizacji	archiwa
1	2	3	4	5
Bacillus megaterium	+			
Bacillus licheniformis	+			
Staphylococcus spp. koagulazoujemny	+	+	+	+
Micrococcus spp.	+		+	+
Pantoea agglomerans (2 grupa)	+	+		
Proteus mirabilis (2 grupa)		+		
Enterococcus faecalis (2 grupa)		+	+	
Klebsiella pneumoniae (2 grupa)		+		
Enterobacter spp. (2 grupa)		+	+	
Providencia spp. (2 grupa)		+		
Klebsiella spp. (2 grupa)		+	+	
Escherichia coli		+	+	
Staphylococcus gallinarum		+		
Pseudomonas putida		+		
Pantoea spp. (2 grupa)		+		
Bacillus pumilus		+		
Staphylococcus xylosum		+		
Ochrobacterium anthropi		+		
Bacillus firmus		+		
Dermaococcus spp.		+		
Pseudomonas oryzae		+		
Kocuria kristinae		+		
Micrococcus luteus		+		
Bacillus cereus		+		
Serratia plymuthica		+		
Sphingomonas paucimobilis		+		
Cronobacter spp.		+		

Cronobacter spp.		+		
Bacillus spp. (2 grupa)	+	+	+	
Kocuria rosea	+			
Brevibacillus brevis	+			
Corynebacterium urealyticum			+	
Yersina spp. (2 grupa)			+	
Aeromonas hydrophila (2 grupa)			+	
Burkholderia spp.			+	
Aeromonas sobria			+	
Citrobacter spp.			+	
Pseudomonas spp.			+	
Streptococcus mitis				+

micznego oraz oświetlenia na stanowiskach pracy jest wymaganiem w znacznym stopniu nieprzestrzeganym przez pracodawców w zakresie uciążliwości zawodowych.



Procent stanowisk pracy opomiarowanych pod kątem oceny narażenia na czynniki uciążliwe dla zdrowia.

Wnioski

1. W 2013 r. na 20,5 % stanowisk pracy, pracownicy narażeni byli na działanie czynników szkodliwych dla zdrowia w stężeniach /natężeniach przekraczających normatywy higieniczne (NDS/NDN).
2. W 2013 r. podobnie jak w latach 2010- 2012 hałas obok drgań mechanicznych i zapylenia jest najczęściej występującym zagrożeniem na stanowiskach pracy.
3. W 2014 r. zakres realizacji badań, powinien być w znacznym stopniu ukierunkowany na ocenę stanu zagrożeń szkodliwymi czynnikami dla zdrowia takimi jak: hałas, drgania mechaniczne oraz zapylenie).
4. Wysoki odsetek stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenie NDN, wskazuje na konieczność wzmocnienia działań prewencyjnych mających na celu ograniczenie negatywnego wpływu fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia.
5. Duża liczba stanowisk, na których stwierdzono występowanie drobnoustrojów należących do drugiej grupy zagrożenia

biologicznego, wskazuje na konieczność wzmocnienia działań prewencyjno oświatowych oraz monitorowania stanu zagrożenia czynnikami biologicznymi na stanowiskach pracy.

6. Zapewnienie właściwych warunków środowiska termicznego oraz oświetlenia na stanowiskach pracy jest wymaganiem w znacznym stopniu nieprzeznaczonym przez pracodawców w zakresie uciążliwości zawodowych.
7. Obserwowana w latach 2007-2010 dynamika zmian w zakresie zmian profilu narażenia na hałas i drgania mechaniczne na stanowiskach pracy wskazuje na umiarkowaną skuteczność dotychczas podejmowanych działań w zakresie ich redukcji.

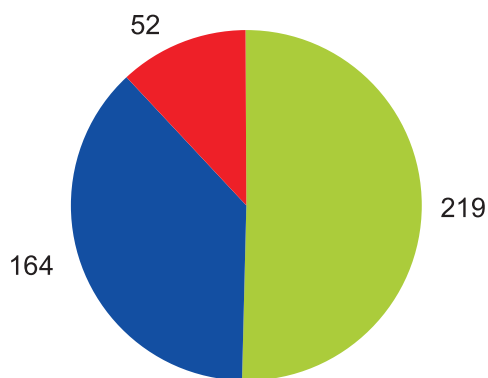
HIGIENA RADIACYJNA



Ochrona przed promieniowaniem jonizującym

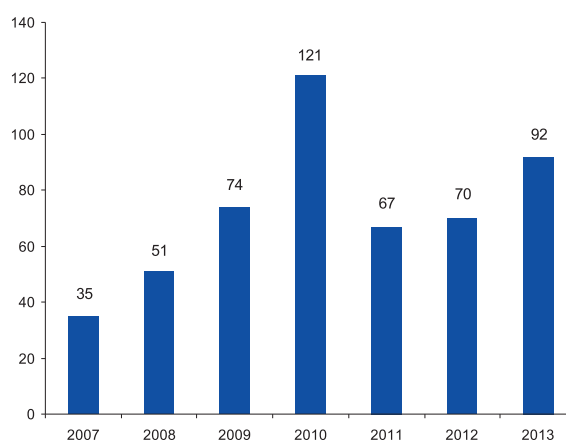
Ochrona radiologiczna personelu

Na podstawie prowadzonych przez Oddział Higieny Radiacyjnej WSSE w Bydgoszczy czynności kontrolnych i wykonanych w ramach nadzoru pomiarów dozymetrycznych można stwierdzić, że stan ochrony radiologicznej pracowników w zakła-



- Jednostki w których znajdują się wyłącznie źródła promieniowania jonizującego
- Jednostki w których znajdują się wyłącznie źródła PEM
- Jednostki w których znajdują się zarówno źródła promieniowania jonizującego oraz PEM

Liczba jednostek znajdujących się pod nadzorem Oddziału Higieny Radiacyjnej.

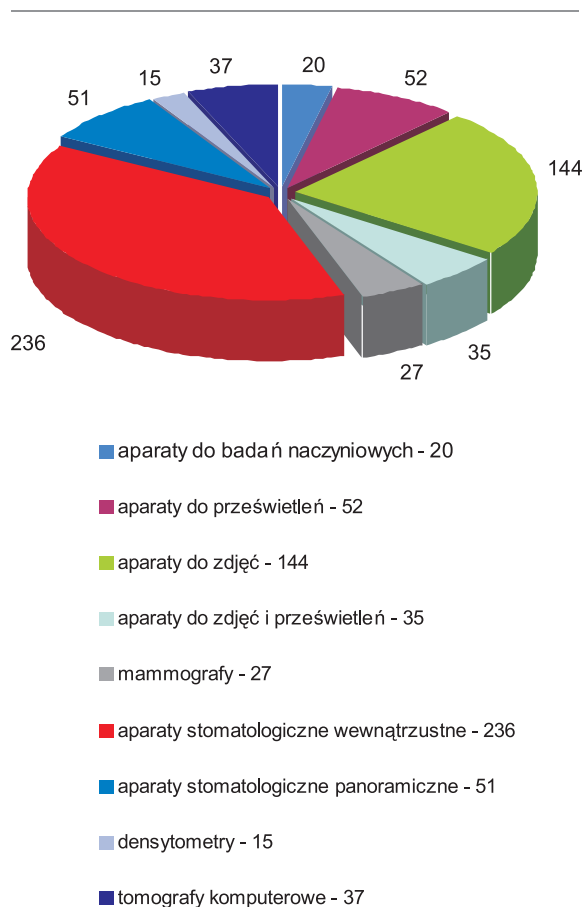


Liczba wydanych zezwoleń na aparaty rtg w latach 2007-2013.

dach użytkujących aparaty rtg do celów medycznych w 2013 roku nie budził zastrzeżeń.

Nadzorem objęto w minionym roku 271 jednostek organizacyjnych, w których użytkowano ponad 615 aparatów rtg. W województwie kujawsko-pomorskim w 2013 r. liczba pracowników zatrudnionych w narażeniu na promieniowanie jonizujące, objętych pomiarem dawki indywidualnej wynosiła około 1 850 osób. Pracownicy stosują odpowiednie ochrony osobiste oraz przestrzegają pozostałych wymogów ochrony radiologicznej. W roku sprawozdawczym na terenie naszego województwa nie zanotowano przekroczeń dopuszczalnych limitów dawek.

W stosunku do osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące większość zakładów opieki



Liczba i rodzaj aparatury rentgenowskiej.

zdrowotnej dopełnia obowiązków związanych z dozymetrią indywidualną oraz rozszerzoną opieką lekarską (badania wstępne i okresowe) pracowników.

Ochrona radiologiczna pacjentów

W 2013 roku w trakcie czynności nadzorowych nad zakładami opieki zdrowotnej dużą wagę przykładano do oceny stanu ochrony radiologicznej pacjenta poprzez kontrolę i ocenę m.in.:

- wykonania testów eksploatacyjnych przy aparatach rtg,
- wyników testów eksploatacyjnych aparatów rtg pod kątem spełniania przez te aparaty kryteriów jakości parametrów technicznych określonych w aktach prawnych,

- stanu wdrożenia systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce w zakresie zarówno zgodności opracowania dokumentacji systemu z przepisami prawnymi jak i zakresu oraz właściwego wykonywania testów wewnętrznych,
- wiedzy personelu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta, w tym dopełnienia obowiązku przejścia szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta,
- stosowania prawidłowych wzorów skierowań na badanie rtg,
- obowiązku rejestracji fizycznych parametrów ekspozycji,
- posiadania odpowiedniej liczby środków ochrony osobistej dla pacjentów.

Wszystkie stwierdzone podczas kontroli uchybienia skutkowały wydawaniem decyzji administracyjnych nakazujących ich usunięcie w trybie określonym dla postępowania administracyjnego. W odniesieniu do pracowni użytkujących aparaty rtg, których parametry techniczne zmierzone w trakcie testów specjalistycznych nie odpowiadały kryteriom jakości określonym w przepisach prawnych są każdorazowo wydawane decyzje nakazujące usunięcie tych uchybień w terminie do 1 miesiąca.

Ochrona przed promieniowaniem elektromagnetycznym z zakresu 0 - 300 Ghz

Ochrona personelu przed polami elektromagnetycznymi

W 2013 roku nadzorem objętych było 216 jednostek organizacyjnych, w których użytkowano 677 urządzeń wytwarzających promieniowanie elektromagnetyczne oraz 1470 instalacji radiokomunikacyjnych w tym stacji bazowych telefonii komórkowej. W narażeniu na pole elektromagnetyczne pracuje około 2870 osób, przy instalacjach radiokomunikacyjnych jest zatrudnionych około 1060 osób.

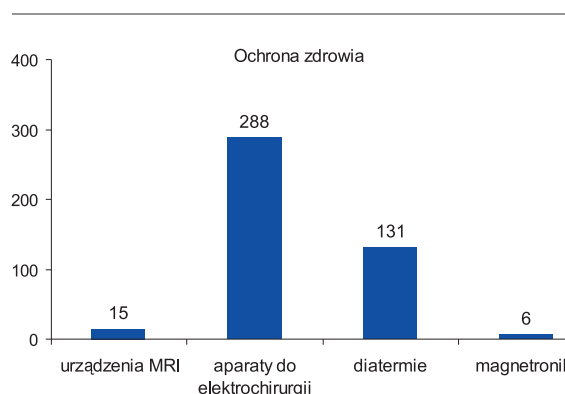
Na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2013 r. w zakładach użytkujących urządzenia wytwarzające promieniowanie elektromagnetyczne

Liczba osób narażonych na działanie promieniowania niejonizującego:

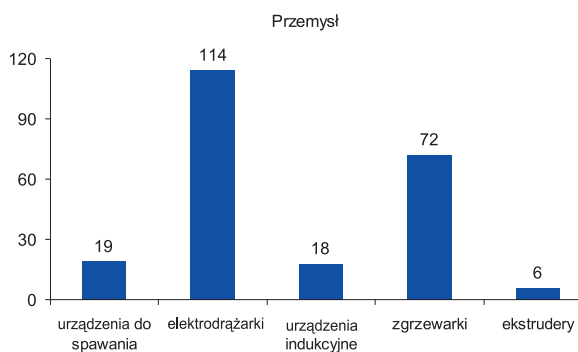
Dziedzina zastosowań	Urządzenia i instalacje	Liczba osób	Wskaźnik ekspozycji *		
			W < 0,5	0,5 ≤ W ≤ 1	W > 1
Ochrona zdrowia	urządzenia MRI	169	0	139	0
	aparaty do elektrochirurgii	1908	608	1300	0
	diatermie	454	379	75	0
	inne				
Przemysł	urządzenia do spawania	35	33	2	0
	elektrodrażarki	84	84	0	0
	urządzenia indukcyjne	101	101	0	0
	zgrzewarki	77	48	29	0
	inne	18	18	0	0
Radiokomunikacja i łączność	radiofoniczne	25	9	16	0
	telewizyjne				
	inne	1034	1034	0	0
Nauka	spektrometry EPR, NMR	2	2	0	0
	inne	23	23	0	0

*) Natężenie czynnika szkodliwego dla zdrowia stwierdzone w trakcie ostatniego pomiaru.

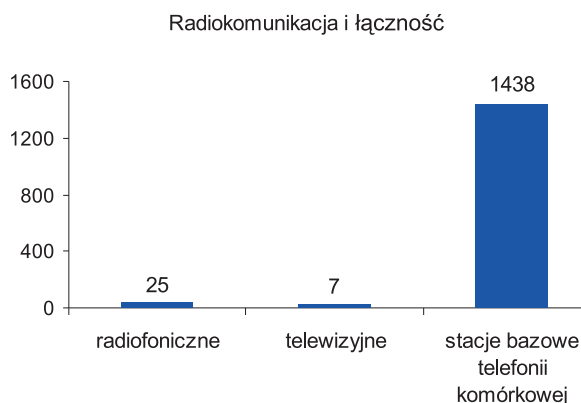
wysokiej częstotliwości można stwierdzić, że badania okresowe pracowników zawodowo narażonych na promieniowanie elektromagnetyczne są przeprowadzane terminowo. Podobnie szkolenia w zakresie BHP przy stosowaniu urządzeń wysokiej częstotliwości są przeprowadzane systematycznie i w pełnym zakresie. Występują natomiast przypadki nie dotrzymywania przez użytkowników urządzeń wysokiej częstotliwości terminów przeprowadzania badań rozkładu pola elektromagnetycznego wokół tych urządzeń. W odniesieniu do zakładów stosujących urządzenia wytwarzające pola elektromagnetyczne z zakresu częstotliwości 0 - 300 GHz, wszystkie stwierdzone podczas kontroli uchybienia skutkowały wydaniem decyzji administracyjnych nakazujących ich usunięcie w trybie określonym dla postępowania administracyjnego, nie dłuższym niż okres 1 miesiąca.



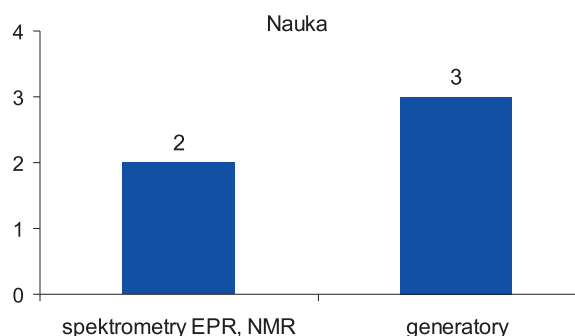
Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w ochronie zdrowia.



Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w przemyśle.



Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w radiokomunikacji i łączności.



Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w jednostkach naukowych.

Ochrona ludności przed polami elektromagnetycznymi

W odniesieniu do ludności i środowiska nadzór radiacyjny realizowany jest przede wszystkim w aspekcie oddziaływania na środowisko urządzeń energetycznych i radiokomunikacyjnych, w tym stacji bazowych telefonii komórkowej. Nadzór ten jest realizowany poprzez działania interwencyjne, prowadzenie baz danych oraz ocenę poprawności wykonywania pomiarów pól elektromagnetycznych w środowisku.

Wnioski

Na przełomie ostatnich lat działalność kontrolno - nadzorcza Oddziału Higieny Radiacyjnej przyczyniła się w znacznym stopniu do wymiany przestarzałej lub wyeksploatowanej aparatury rtg na sprzęt nowy, a tym samym do znacznego poprawienia jakości rentgenodiagnostyki medycznej i ochrony radiologicznej pacjentów. Proces wymiany sprzętu rentgenodiagnostycznego na nowy, odpowiadający wymogom przepisów unijnych, powinien być kontynuowany w latach kolejnych i będzie podlegał ścisłemu monitoringowi ze strony Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Stan ochrony radiologicznej pracowników, jak i ludności, przed promieniowaniem elektromagnetycznym wysokiej częstotliwości z zakresu 0 do 300 GHz można uznać za bardzo dobry.

Badania rozkładu pola elektromagnetycznego - PEM

Zgodnie ze strategią WHO, programami Rady Europy i Wspólnoty Europejskiej, a także narodowym programem zdrowia, pożądanym poziomem narażenia na promieniowanie jest nie tylko nie przekraczanie wartości dopuszczalnych, ale przede wszystkim minimalizowanie każdego ryzyka ekspozycji zgodnie z zasadą optymalizacji wg zaleceń ICRP (Międzynarodowa Komisja Ochrony Radiologicznej stanowiąca organ doradczy WHO).

Nieodłącznym elementem przeprowadzanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną w woj. kujawsko-pomorskim pomiarów promieniowania jest zawsze część edukacyjna, kiedy udzielamy odpowiedzi na wszelkie wątpliwości pracowników, dotyczące poprawnego postępowania ograniczającego narażenie na stanowiskach pracy, zwiększając tym samym potencjał ich możliwości pozytywnego oddziaływania na własne zdrowie, w sensie jego poprawy i utrzymania.

W 2013 do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w woj. kujawsko-pomorskim wpłynęło 5 wniosków o przeprowadzenie badania rozkładu pól i promieniowania elektromagnetycznego. Interwencje dotyczyły sprawdzenia poziomu promieniowania elektromagnetycznego w mieszkaniach, zlokalizowanych w sąsiedztwie stacji telefonii komórkowej, elektroenergetycznych linii przesyłowych oraz radiostacji krótkofalarskiej. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono przekroczenia wartości granicznych składowej elektrycznej charakteryzującej dopuszczalny poziom elektromagnetycznego promieniowania w mieszkaniu sąsiadującym z radiostacją krótkofalarską. Pozostałe wyniki wykazały, że przebywanie w mieszkaniach dozwolone jest bez żadnych ograniczeń i przyczyniły się do zmniejszenia obaw mieszkańców.

W wyniku pomiarów w środowisku pracy stwierdzono 10 przypadków przekroczeń normatywów na stanowiskach pracowników przy obsłudze urządzeń wytwarzających pola elektromagnetyczne. Wszystkie przekroczenia dotyczyły urządzeń stosowanych w medycynie.



Procent urzędzeń pem, przy których stwierdzono przekroczenia.

Badania skażeń promieniotwórczych żywności, wody pitnej i paszy

W 2013 roku badania obejmowały oznaczenia stężeń promieniotwórczych cezu Cs-137 i strontu Sr-90 w próbkach pobieranych zgodnie z planem. Ogółem zbadano 87 próbek. Oznaczone stężenia promieniotwórcze Cs-137 i Sr-90 przedstawiono w tabeli.

Poziom interwencyjny wynosi dla Sr - 90: 125 Bq/kg w mleku, przetworach mlecznych, wodzie pitnej i innych płynach spożywczych, 750 Bq/kg w innych środkach spożywczych i 75 Bq/kg w środkach spożywczych przeznaczonych dla niemowląt, a dla Cs-137 odpowiednio: 1000 Bq/kg, 1250 Bq/kg i 400 Bq/kg.

Po awarii elektrowni jądrowej w Fukushima, Komisja Europejska 25 marca 2011r. wprowadziła specjalne warunki regulujące przywóz paszy i żywności pochodzących lub wysyłanych z Japonii ograniczające poziom izotopów I -131, Cs - 134 i Cs-137 w przywożonej żywności. Poziomy te Komisja Europejska obniżyła Rozporządzeniem wykonawczym Nr 996/2012, z dnia 26 października 2012 r., do wartości: 50 Bq/kg dla sumy izotopów cezu w żywności dla dzieci, produktach mleczarskich i środkach spożywczych w płynie, oraz 100 Bq/kg w innych środkach spożywczych.

Są to najniższe wartości ograniczające poziom radiocezu w aktach prawnych Unii Europejskiej, obowiąz-

Stężenie promieniotwórcze Cs-137 i Sr-90 w próbkach przebadanych w 2013 roku:

Rodzaj próbki	Ilość próbek	Zakres stężenia promieniotwórczego	
		Cs-137	Sr-90
Mleko płynne	14	< 0,20 - 0,32Bq/l	-
Mleko w proszku	1	2,32 Bq/kg	< 2,26 Bq/kg
Woda z sieci wodociągowej Bydgoszczy, Torunia i Włocławka	12	< 0,20 Bq/l	-
Woda powierzchniowa przy ujęciach wody pitnej w Bydgoszczy i Toruniu	4	< 0,20 Bq/l	< 0,02 Bq/l
Mięso i ryby	26	< 0,20 - 0,72 Bq/kg	-
Jaja	7	< 0,20 - 0,49 Bq/kg	-
Zboża	2	0,20 - 0,22 Bq/kg	< 0,20 Bq/kg
Pasze	2	< 0,20 - 0,37 Bq/kg	-
Grzyby leśne świeże	4	22,32 - 341,61 Bq/kg	-
Jagody	3	6,88 -156,40 Bq/kg	-
Warzywa i owoce	9	< 0,20 Bq/kg	-
Ziemniaki	3	< 0,20 - 1,96 Bq/kg	-

zujących także w Polsce.

Istniejące skażenia promieniotwórczymi izotopami strontu i cezu są pozostałością zdarzeń wcześniejszych, a szczególnie awarii Elektrowni Jądrowej w Czarnobylu w 1986 r. Wyniki oznaczeń potwierdzają, że poziom tych skażeń w badanych próbkach nie odbiega od tego, jakiego należało się spodziewać, na podstawie badań z poprzednich lat, zarówno z terenu województwa, jak i kraju. Stwierdzony poziom skażeń ma znikomą udział w rocznej dawce promieniowania dla ludności.

W badanych w 2013 r. próbkach wody pitnej i środków spożywczych w większości przypadków nie stwierdzono stężenia promieniotwórczego Cs-137 powyżej 1,0 Bq/kg lub Bq/l, tak więc nie przekraczają one 1 % poziomów interwencyjnych. Stężenia promieniotwórcze Cs-137 powyżej 1,0 Bq/kg stwierdzono natomiast:

- w mleku w proszku - 2,32 Bq/kg, które wynika z procesu produkcji polegającego na zagęszczeniu mleka płynnego,

- w grzybach i jagodach - 6,88-341,61 Bq/kg, które są m.in. wynikiem oddziaływania runa leśnego, kumulującego Cs-137,
- w jednej próbce ziemniaków - 1,96 Bq/kg, jednak powtórne badanie próbki pobranej od tego samego producenta i z tej samej partii wykazało stężenia promieniotwórcze Cs-137 na poziomie 0,22 Bq/kg.

Badania stężenia promieniotwórczego Sr-90 wykonane w mleku w proszku, ziarnie pszenicy i wodzie powierzchniowej wykazały odpowiednio wartości niższe od: 2,26 Bq/kg, 0,20 Bq/kg i 0,02 Bq/l. Wskazane stężenia są więc również znacznie niższe od poziomów interwencyjnych.

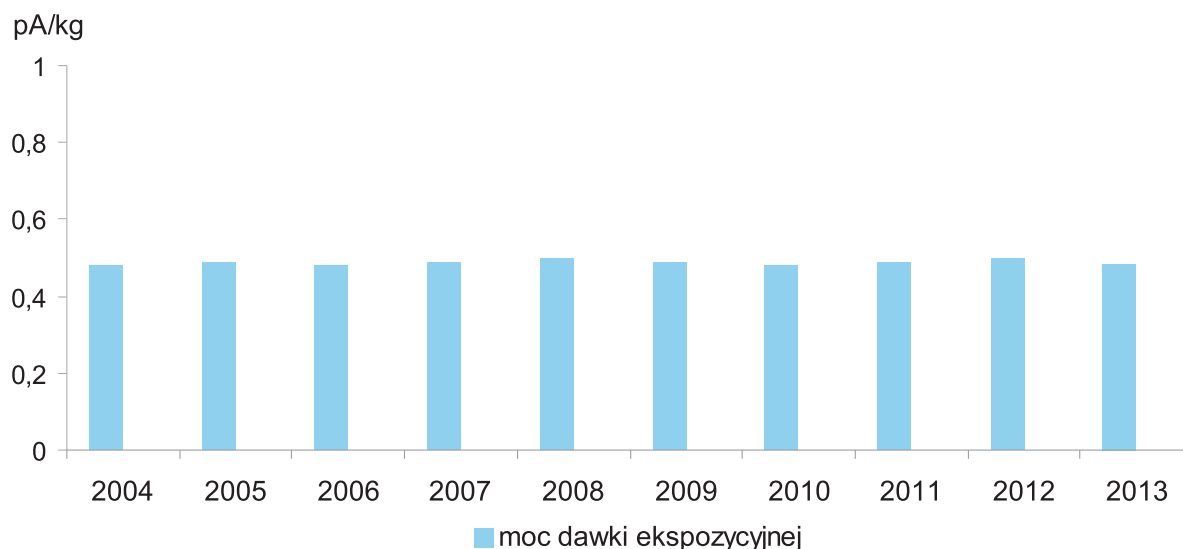
Na terenie województwa Państwowa Inspekcja Sanitarna wykonuje także pomiary i prowadzi rejestry wyników mocy dawki promieniowania gamma.

Moc dawki ekspozycyjnej promieniowania gamma mierzona we Włocławku w 2013 wahała się od 0,4 do 0,5 pA/kg, co jest sytuacją normalną na terenie naszego województwa. Taki poziom mocy dawki

promieniowania gamma spowodowany jest głównie występowaniem w środowisku naturalnych izotopów promieniotwórczych. Nie stwierdzono żadnych gwałtownych zmian mocy dawki, które świadczyłyby o powstaniu sytuacji awaryjnej.

o wzroście 170 cm i masie 70 kg podczas dokonywania diagnostycznych badań rentgenowskich.

Ponadto w minionym roku ze względu na dużą wagę problemu ograniczania narażenia na promieniowanie jonizujące najmłodszych pacjentów i spełniania -



Poziomy mocy dawki promieniowania gamma w latach 2004-2013.

Kontrola jakości medycznych aparatów rentgenowskich oraz badanie dawki dla pacjenta

1. Oddział Badań Radiacyjnych WSSE w 2013 roku wykonał 112 testów kontroli jakości przy aparatach rtg. Dla aparatów stosowanych do badań ogólnodiagnostycznych negatywne wyniki testów otrzymano dla 1 aparatu rtg dla badania wydajności lampy rentgenowskiej.

Dla aparatów dentystycznych negatywne wyniki testów otrzymano dla 1 aparatu rtg dla badania napięcia lampy rentgenowskiej.

2. Pomiary DAP - Dose Area Produkt.

W 2013 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała badania dawek promieniowania jonizującego, jakie otrzymuje standardowy pacjent dorosły

wymagań w zakresie zgodności z poziomami referencyjnymi dla procedur w radiografii pediatrycznej, kontynuowaliśmy rozpoczęte w 2012 roku pilotażowe badania DAP w 5 grupach wiekowych określonych w Załączniku nr 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej - punkt B. Radiografia pediatryczna, tabela 1 - podczas diagnostycznych badań klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy i czaszki.

W 2013 roku wykonano ogółem 128 badań DAP przy 15 ogólnodiagnostycznych aparatach rentgenowskich i przy 1 aparacie jeżdżym Polymobil Plus, w 15 jednostkach ochrony zdrowia. Dla standardowego dorosłego pacjenta wykonaliśmy 21 badań DAP podczas 7 podstawowych diagnostycznych badań rentgenowskich określonych w wyżej

wymienionym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r.: czaszka AP/PA, czaszka LAT, klatka piersiowa PA, klatka piersiowa LAT, kręgosłup lędźwiowy AP, kręgosłup lędźwiowy LAT, miednica AP. Na podstawie zmierzonych wartości DAP wyliczaliśmy wejściową dawkę powierzchniową dla wymienionych badań. W wyniku porównania wartości średnich z odpowiednimi poziomami referencyjnymi nie stwierdzono przekroczenia poziomu referencyjnego powierzchniowej dawki wejściowej oraz wartości średniej DAP. W radiografii pediatrycznej przeprowadziliśmy 107 badań DAP głównie podczas najczęściej wykonywanej radiografii klatki piersiowej oraz podczas radiografii jamy brzusznej i miednicy oraz czaszki.

Niezgodność z poziomami referencyjnymi DAP stwierdzono w 4 jednostkach ochrony zdrowia: w 8 przypadkach radiografii klatki piersiowej, a także w 1 przypadku radiografii czaszki AP u pacjenta 10 ± 2 lata wynik badania zgodności z poziomem referencyjnym nie został rozstrzygnięty - otrzymano wartość tak bliską granicy tolerancji, że po uwzględnieniu niepewności pomiaru może być niezgodna z wymaganiami.

Wskazać należy, że właściciele urządzeń radiologicznych zobowiązani są do optymalizacji wszelkich dawek wynikających z narażenia pacjenta na działanie promieniowania jonizującego dla wszystkich ekspozycji medycznych.

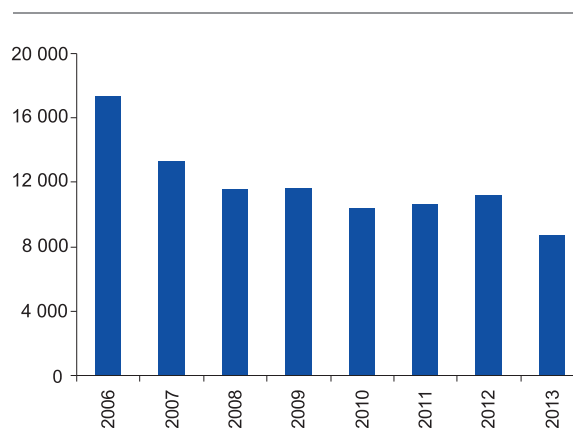


NADZÓR ZAPOBIEGAWCZY



Jednym z istotnych zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej z zakresu zdrowia publicznego jest eliminowanie nieprawidłowości natury sanitarnej już na etapie planowania, projektowania, realizacji i dopuszczania do użytkowania obiektów budowlanych. Zadania te realizowane są w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego przez:

- zajmowanie stanowiska w ramach:
 - strategicznej oceny oddziaływania na środowisko dla projektów: miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy, strategii rozwoju regionalnego, polityk, planów i programów w dziedzinie przemysłu, energetyki, transportu, telekomunikacji, gospodarki wodnej, odpadami, leśnictwa, rolnictwa, rybołówstwa, turystyki i wykorzystywania terenu, wyznaczających ramy dla późniejszej realizacji przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko,
 - oceny oddziaływania przedsięwzięć na środowisko,
- uzgadnianie:
 - dokumentacji projektowej inwestycji, w szczególności projektów budowlanych,
 - projektów tworzenia stref przemysłowych,
- udzielanie zgody:
 - na odstępstwa od warunków technicz-



Liczba opinii wydanych w poszczególnych latach.

nych i ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie ustalonym przepisami szczególnymi,

- na zastosowanie nowej technologii uzdatniania wody,
- udział w procedurach dopuszczania do użytkowania obiektów budowlanych,
- wydawanie opinii w sprawach przedsięwzięć wspomaganych ze środków Unii Europejskiej.

Zadania z tym związane wykonywali właściciwi Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni, Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny oraz rzeczoznawcy ds. sanitarno-higienicznych posiadający odpowiednie uprawnienia nadane przez Głównego Inspektora Sanitarnego.

Z tego zakresu w 2013 roku wydano ogółem 8 747 opinii, co jest wartością niższą o około 22%

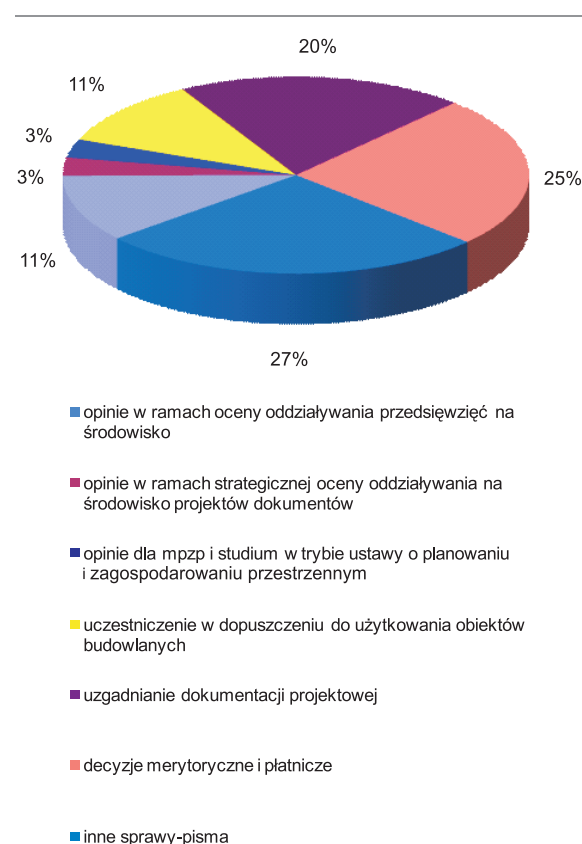
w stosunku do roku 2012.

Odsetek i rodzaje wydanych opinii w 2013 roku

Znaczącą liczbę ogółem wydanych opinii tworzą stanowiska zajęte w ramach procedury oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko - 1213.

W roku 2013 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko wydały ogółem 337 opinii.

W zakresie projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego oraz studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania prze-



strzennego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w minionym roku 335 razy zajęły stanowisko w trybie ustawy o planowaniu i zagospodarowaniu prze-

strzennym.

W procesie inwestycyjnym przedsięwzięć organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa uzgadniały projekty budowlane i z tego zakresu wydano 2 180 takich uzgodnień.

Znaczącą pozycją w działalności nadzoru zapobiegawczego były decyzje wyrażające zgodę na odstępstwa od warunków technicznych i wymagań dotyczących ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy odnoszących się do usytuowania pomieszczeń na pobyt ludzi, znajdujących się poniżej poziomu terenu, o zaniżonej wysokości lub pozbawionych oświetlenia dziennego. Kompetencje z tego zakresu spraw należą do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszcy, który w 2013 roku wydał zgodę w 158 przypadkach. Decyzje te wydawane były w porozumieniu i po uzyskaniu opinii Okręgowego Inspektora Pracy w Bydgoszcy. Ponadto w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczyli w przekazywaniu obiektów do użytkowania, w sprawie których wydało łącznie 1 112 opinii.

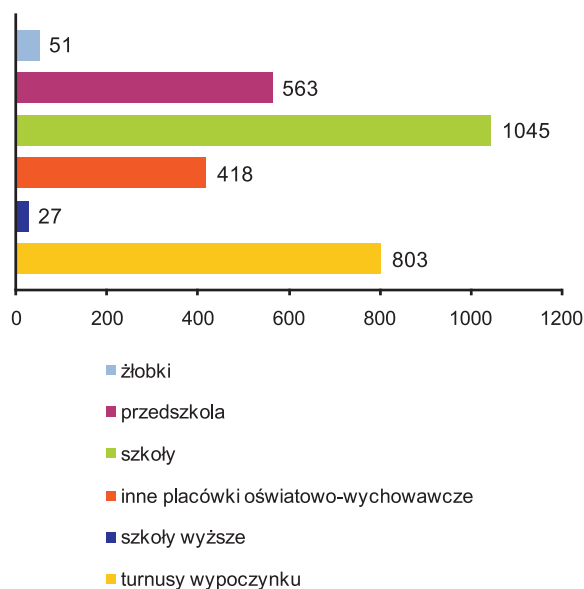
Wnioski

W porównaniu z latami ubiegłymi zauważalna jest tendencja malejąca ogólnej liczby prowadzonych spraw, co wynika ze zmian przepisów prawa oraz sytuacji gospodarczej w kraju - zmniejszającej się liczby przedsięwzięć inwestycyjnych.

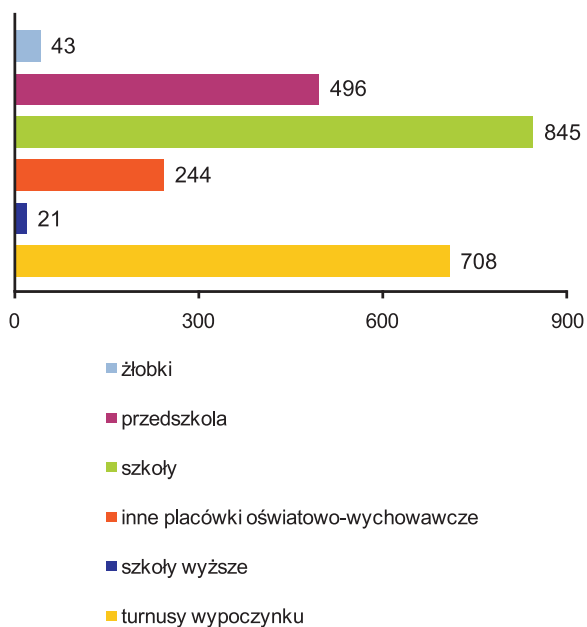
HIGIENA DZIECI I MŁODZIEŻY



W 2013 roku państwowi inspektorzy sanitarni w województwie kujawsko - pomorskim objęli nadzorem 2 907 placówek nauczania, opiekuńczo - wychowawczych, wypoczynku dzieci i młodzieży oraz szkoły wyższe, w tym: 2 077 placówek nauczania, wychowania, 27 wyższych uczelni i 803 placówki sezonowe. W celu oceny stanu sanitarno - technicznego i warunków pobytu w placówkach przeprowadzono 3 667 kontroli, w tym: 2 892 kontrole placówek stałych, 714 kontroli placówek sezonowych oraz 61 kontroli innych placówek. Wydano 402 decyzje administracyjne nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.



Liczba placówek pod nadzorem w 2013 r.



Liczba placówek skontrolowanych w 2013 r.

Kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 2 357 placówkach, co stanowiło 81,1% ogółu ujętych w ewidencji podmiotów. Szkoły i turnusy wypoczynku były najliczniejszą skontrolowaną grupą, stanowiącą blisko 2/3 ogółu placówek.

Stan sanitarno - techniczny i sanitarny budynków

Oceniając stan sanitarno - techniczny i warunki pobytu w kontrolowanych placówkach stwierdzono, że 97,8% placówek mieściło się w budynkach utrzymanych w dobrym stanie technicznym. Dobry stan higieniczno-sanitarny stwierdzono aż w 99,8% placówek. Wszystkie skontrolowane placówki oświatowo - wychowawcze czerpały wodę z wodociągów publicznych. Wskazane w tabeli placówki, które nie dysponowały kanalizacją to obiekty, które nie były podłączone do sieci kanalizacyjnej miejskiej lub gminnej, a nieczystości płynne odprowadzały do bezodpływowych zbiorników (szambo) lub do własnych oczyszczalni ścieków. Dostrzec należy również znaczącą poprawę stanu technicznego budynków szkolnych, na który wpływ miały przede wszystkim przeprowadzane modernizacje, remonty oraz inne roboty budowlane.

Infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

W ramach oceny infrastruktury szkół wystarczające warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego miało 670 placówek (79,3%). Warunków do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego nie posiadały 52 placówki (6,2%). Bazę do prowadzenia zajęć w-f stanowiły szkolne zespoły sportowe, sale gimnastyczne, sale gimnastyczne z boiskiem, sale zastępcze/rekreacyjne lub tylko boiska. Szkolne zespoły sportowe, wyposażone w natryskownie posiadało 415 szkół (49,1%). Wiele szkół, nie posiadających warunków do prowadzenia zajęć w-f zapewniło

Stan sanitarno-techniczny budynków szkolnych w 2013 r.:

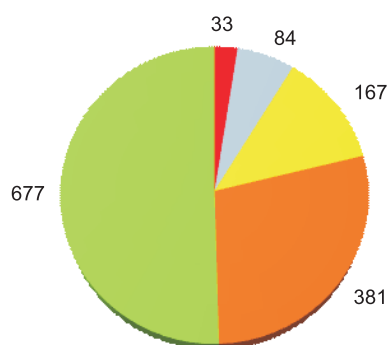
Budynki	Liczba placówek	%
brak wodociągu	0	0
brak kanalizacji	255	15,5
w złym stanie technicznym	37	2,2
w złym stanie higieniczno-sanitarnym	4	0,2

uczniom możliwość korzystania z infrastruktury sportowej innych placówek oświatowych jak również z hal sportowych, stadionów, boisk, basenów, siłowni/fitness, klubów/sal specjalistycznych zlokalizowanych poza własną placówką.

Meble i sprzęt sportowy

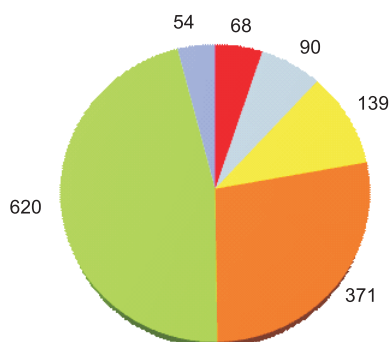
Podstawowym czynnikiem promującym zachowanie prawidłowej postawy ciała jest wyposażanie placówek w meble właściwie dobrane do wysokości przedszkolaka lub ucznia. Z uwagi na to, niezwykle istotnym jest by wymiary mebli przedszkolnych/szkolnych stanowiących wyposażenie pomieszczeń do nauki były dostosowane do potrzeb uczniów. Dlatego też kontrole Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały również ten aspekt wyposażenia szkolnego. Inspektorzy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawdzali przede wszystkim wyposażenie placówek w ergonomiczne meble, ich oznakowanie i zestawienie oraz posiadanie certyfikatów na zakupione meble i sprzęt sportowy. Wyposażenie w certyfikowane meble przedszkolne/szkolne zapewniło 1 309 placówek tj. 97,5%.

Zgodnie z ustaleniami pokontrolnymi stwierdzono, iż placówki posiadały prawidłowe oznakowania w postaci tablic informacyjnych określających zasady bezpiecznego użytkowania urządzeń i sprzętu sportowego, które były umieszczone w salach i na boiskach oraz w miejscach wyznaczonych do uprawiania ćwiczeń fizycznych, gier i zabaw. Wyposażenie w certyfikowane urządzenia i sprzęt sportowy zapewniło aż 1 220 placówek, co stanowiło 91,0% ogółu skontrolowanych podmiotów. Dyrektorzy 54 placówek nie posiadających na wyposażeniu urządzeń i sprzętu sportowego zapewnili uczniom możliwość korzystania z bazy innych szkół i obiektów sportowych.



- brak certyfikatów na meble
- do 25% mebli z certyfikatami
- do 50% mebli z certyfikatami
- więcej niż 50% mebli z certyfikatami
- 100% mebli z certyfikatami

Liczba placówek posiadających meble z certyfikatami w 2013 r.



- brak certyfikatów na sprzęt
- do 25% sprzętu z certyfikatami
- do 50% sprzętu z certyfikatami
- więcej niż 50% sprzętu z certyfikatami
- 100% sprzętu z certyfikatami
- nie posiada urządzeń i sprzętu sportowego

Liczba placówek posiadających urządzenia i sprzęt sportowy z certyfikatami w 2013 r.

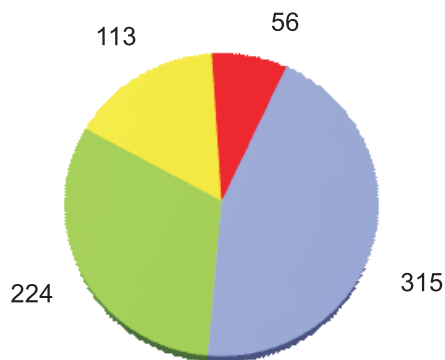
Szkoły wyższe

Skontrolowano 21 szkół wyższych, w tym 8 publicznych i 13 niepublicznych. W ocenionych szkołach kształciło się ogółem 44 879 studentów, w tym: 31 370 w szkołach publicznych i 13 509

w szkołach niepublicznych. Ogółem w 2013 roku przeprowadzono 53 kontrole sanitarne i wydano 20 decyzji administracyjnych. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły sal wykładowych, sal ćwiczeń i laboratoriów, klatek schodowych, szatni, pomieszczeń sanitarnych, stolarki okiennej i nawierzchni dróg.

Wypoczynek dzieci i młodzieży

W ramach bieżącego nadzoru sanitarnego w 2013 roku łącznie przeprowadzono 714 kontroli, które swym zakresem objęły 708 turnusów, w tym: 142 turnusy w okresie ferii zimowych i 566 turnusów w okresie letnim. Z wypoczynku skorzystało ogółem 31 018 uczestników, w tym 5 246 uczestników wypoczynku zimowego oraz 25 772 uczestników wakacji letnich. Przeprowadzono 714 kontroli. W wyniku kontroli na 7 turnusach stwierdzono nieprawidłowości w zakresie stanu higieniczno - sanitarnego. W pozostałych z kontrolowanych obiektów (99%) organizatorzy zapewnili uczestnikom właściwe i bezpieczne warunki wypoczynku i rekreacji.



- w obiektach hotelowych
- w innych obiektach
- obozy
- w miejscu zamieszkania

Liczba turnusów wypoczynku dla dzieci i młodzieży w 2013 r.

Wnioski

1. Właściwy stan higieniczno-sanitarny zapewniło 99,8% placówek nauczania i wychowania.
2. W dobrym stanie technicznym było 97,8% objętych kontrolą placówek nauczania i wychowania.
3. Właściwe warunki do utrzymania higieny osobistej zapewniło 93,5 % szkół.
4. Właściwe standardy dostępności do urządzeń sanitarnych zapewniło 98,7% skontrolowanych placówek.
5. Certyfikaty zgodności na meble przedszkolne /szkolne posiadało 97,5% placówek.
6. Certyfikaty potwierdzające zgodność urządzeń /sprzętu sportowego z obowiązującymi wymogami bezpieczeństwa posiadało 91% placówek.
7. Bezpieczne i właściwe warunki higieniczno-sanitarne zapewniono w 99% skontrolowanych turnusów zimowego i letniego wypoczynku dzieci i młodzieży.



OŚWIATA ZDROWOTNA

W 2013 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała 16 przedsięwzięć o charakterze prozdrowotnym, w tym 9 programów ogólnopolskich, 1 wojewódzki, 5 ogólnopolskich kampanii społecznych oraz 1 wojewódzką interwencję nieprogramową). Realizacja powyższych inicjatyw wynikała z wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego, kierunków działań Światowej Organizacji Zdrowia oraz potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej.

Działalność PIS koncentrowała się głównie wokół takich obszarów tematycznych jak profilaktyka uzależnień (tytoń, alkohol i inne środki psychoaktywne), profilaktyka HIV/AIDS i racjonalne odżywianie. Z uwagi na fakt, iż palenie tytoniu uznane zostało za jedną z przyczyn przedwczesnej umieralności spowodowanej chorobami nowotworowymi i układu krążenia, w podejmowanych przez PIS inicjatywach dominowały głównie te dotyczące profilaktyki tytoniowej (5 programów ogólnopolskich, 2 ogólnopolskie kampanie społeczne). Działania antytytoniowe wzmacniał również ogólnopolski program pt. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” (którego realizację zaplanowano na lata 2012 - 2016), poruszający problem uzależnień w różnych aspektach. Projekt realizowany i finansowany jest w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Poza kampanią społeczną, która stanowi jego jeden z głównych komponentów realizowany jest również program „ARS, czyli jak dbać o miłość?”, którego celem jest dotarcie z przekazem edukacyjnym do uczniów



szkół ponadgimnazjalnych i ograniczenie skutków zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu i narkotyków).

Profilaktyka racjonalnego odżywiania realizowana była w ramach 2 programów - ogólnopolskiego: „Trzymaj Formę!”, promującego zbilansowaną dietę i aktywność fizyczną wśród uczniów szkół gimnazjalnych, podstawowych i ich rodziców oraz wojewódzkiego: „Etykieta rozszyfrowana - wiem co kupuje i jem”, koncentrującego się na upowszechnianiu wśród konsumentów zwyczaju korzystania z zawartości informacyjnej na etykietach.

Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS realizowany był poprzez prowadzoną systematycznie edukację wybranych grup odbiorców oraz ogólnopolską kampanię, pt.: „Znam rekomendację PTN AIDS. Zalecam test na HIV”, której głównym organizatorem było Krajowe Centrum ds. AIDS. W ramach powyższych inicjatyw działaniami o charakterze prozdrowotnym objętych zostało ok. 363 506 mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Przedsięwzięcia podejmowane przez PIS w 2013 r. wpisują się w politykę zdrowotną państwa, zapewniając tym samym poprawę jakości życia społeczności lokalnej.

Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w polsce

Najskuteczniejszym działaniem w dziedzinie profilaktyki chorób odtytoniowych jest zapobieganie paleniu tytoniu. Wzory zachowań, także w od-

niesieniu do nałogu palenia, kształtuje środowisko rodzinne, a poprzez „formowanie norm i wartości” może kreować postawy i zachowania z tym związane.

W ramach POZNPT realizowane są 3 programy ogólnopolskie skierowane do dzieci i młodzieży oraz 2 światowe kampanie społeczne:

1. "Czyste powietrze wokół nas" - program przedszkolny.
2. "Nie pal przy mnie, proszę" - program wczesnoszkolny dla klas I-III.
3. "Znajdź właściwe rozwiązanie" - program gimnazjalny.
4. "Światowy Dzień Bez Tytoniu" - kampania społeczna przypadająca 31 maja każdego roku.
5. "Rzuć palenia razem z nami" - kampania społeczna przypadająca w trzeci czwartek listopada każdego roku.

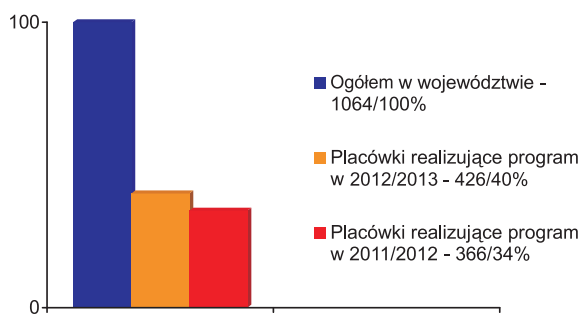
Czyste powietrze wokół nas

Program edukacji przedszkolnej w zakresie profilaktyki tytoniowej (2012/2013 - V edycja).

Cel programu: zwiększenie wiedzy na temat skutków palenia tytoniu, w kontekście ochrony zdrowia, swojego i innych ludzi.

Najsukuteczniejszym działaniem w dziedzinie profilaktyki chorób odtytoniowych jest zapobieganie paleniu tytoniu. Wzory zachowań, także w odniesieniu do nałogu palenia, kształtuje środowisko rodzinne, a poprzez „formowanie norm i wartości” może kreować postawy i zachowania z tym związane.

Z badań (S. Wijakowski „Palenie tytoniu wśród rodziców, a kształtowanie postaw wobec palenia u dzieci”. Wychowanie w przedszkolu, 1990, nr 3, s. 140), wynika jednoznacznie, że prawdopodobieństwo palenia przez dzieci wzrasta, gdy palą rodzice lub starsze rodzeństwo, a także wówczas, gdy rodzice przejawiają tolerancję wobec prób palenia przez ich dzieci. Dlatego konieczne są interdyscyplinarne działania zmierzające do kształtowania prawidłowych postaw zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży, a także realizacje wychowania antytytoniowego dla grupy dzieci 5 i 6 letnich wraz z ich rodzicami.



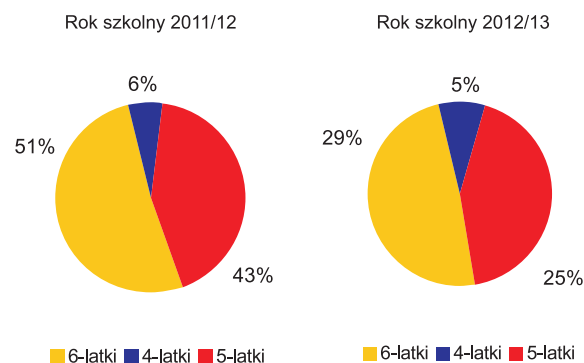
Liczba przedszkoli, oddziałów przedszkolnych oraz innych form wychowania przedszkolnego w roku szkolnym 2012/2013.

Najliczniejszą grupę wiekową - adresatów programu stanowiły 6-latki (28-29%) co było zgodne z oczekiwaniami autorów programu.

Formy realizacji programu:

- wykłady, prelekcje, pogadanki, prezentacje - 427,
- imprezy środowiskowe, przedstawienia, wystawy - 122,
- konkursy - 116,
- projekcje filmów - 79,
- inne: zajęcia teatralne, zaproszenie gościa na zajęcia, list do rodziców - 79.

Ze względu na duże zainteresowanie programem przez adresatów i realizatorów, będzie on kontynuowany w roku szkolnym 2013/2014.



Odsetek dzieci w grupie wiekowej 4-6 lat - adresatów programu.

Nie pal przy mnie, proszę

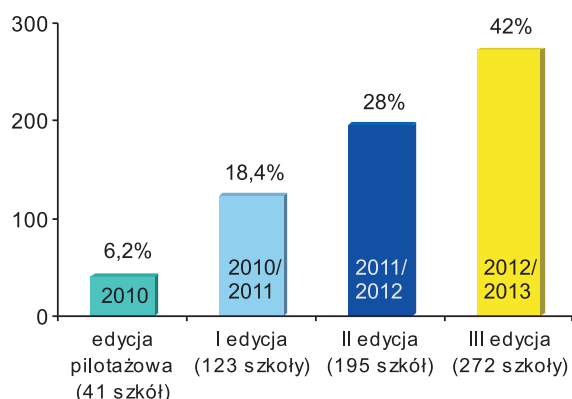
Program edukacji antytytoniowej dla uczniów klas I-III szkoły podstawowej (2012/2013 - III edycja).

Cel główny programu: zmniejszenie narażenia dzieci na bierne palenie tytoniu.

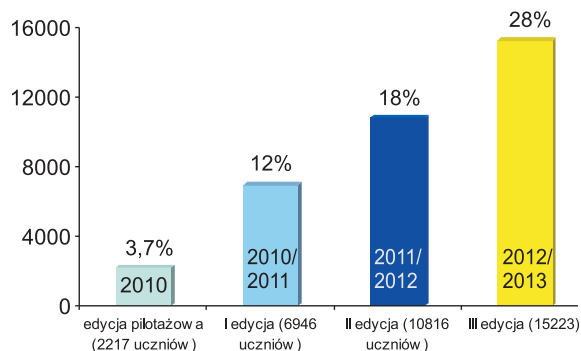
Cele szczegółowe:

- kształtowanie postaw odpowiedzialności za zdrowie własne i swoich bliskich,
- uświadomienie dzieciom, że palenie tytoniu jest szkodliwe dla zdrowia,
- usystematyzowanie i poszerzenie informacji na temat zdrowia,
- kształtowanie u dzieci postaw asertywnych w sytuacji, gdy narażone są na bierne palenie.

Program będzie kontynuowany w roku szkolnym 2013/2014 - IV edycja.



Liczba placówek realizujących program w l. 2010-2013.



Liczba uczniów uczestniczących w programie w latach 2010-2013.

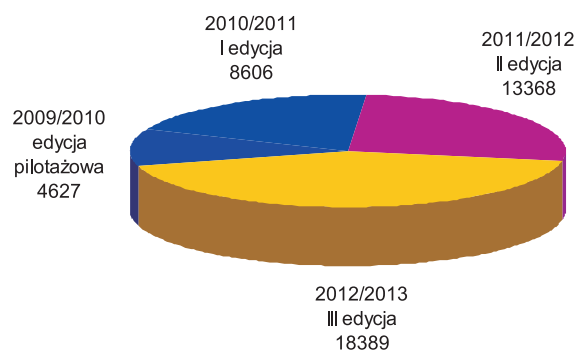
Znajdź właściwe rozwiązanie

Program profilaktyki palenia tytoniu dla uczniów starszych klas szkoły podstawowej i uczniów gimnazjum 2012/2013 - III edycja.

Cel główny programu: zapobieganie paleniu tytoniu wśród uczniów starszych klas szkół podstawowych i gimnazjum.

Cele szczegółowe:

- wzmocnienie postaw zobowiązujących do niepalenia,
- poznanie funkcjonowania ludzkiego organizmu i jego potrzeb,
- kształtowanie postaw asertywnych, uświadomienie mechanizmów nacisku grupowego i kształtowanie umiejętności odmowy,
- kształtowanie umiejętności rozpoznawania odczuć przeżywanych w trudnych sytuacjach oraz umiejętności radzenia sobie z problemami,
- wzmocnienie poczucia własnej wartości i kształtowanie ważnych umiejętności w kontaktach z ludźmi.



Liczba uczniów - adresatów programu - 3 edycje.

2009/2010 - edycja pilotażowa
gimnazja 35
(10%)



szkoły
podstawowe
17 (2,6%)

2010/2011 - I edycja
gimnazja 60
(16%)



szkoły
podstawowe
65 (10%)

2011/2012 - II edycja
gimnazja 107
(26%)



szkoły podstawowe
75 (11%)

2012/2013 - III edycja
gimnazja 148
(43%)

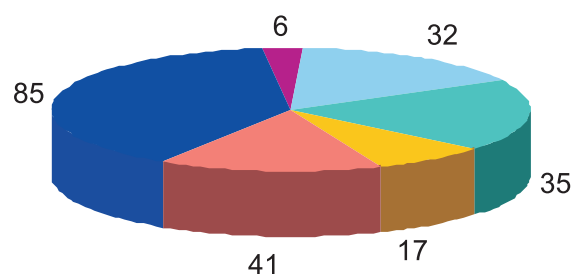


szkoły
podstawowe 94
(15%)

Liczba i odsetek placówek biorących udział w programie - 3 edycje.

Światowy Dzień Bez Tytoniu - 31 V

Ogólnopolska, antytytoniowa, wiosenna kampania społeczna realizowana na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.



■ imprezy środowiskowe org. przez koalicjantów/partnerów

■ narady/szkolenia

■ pogadanki/prelekcje

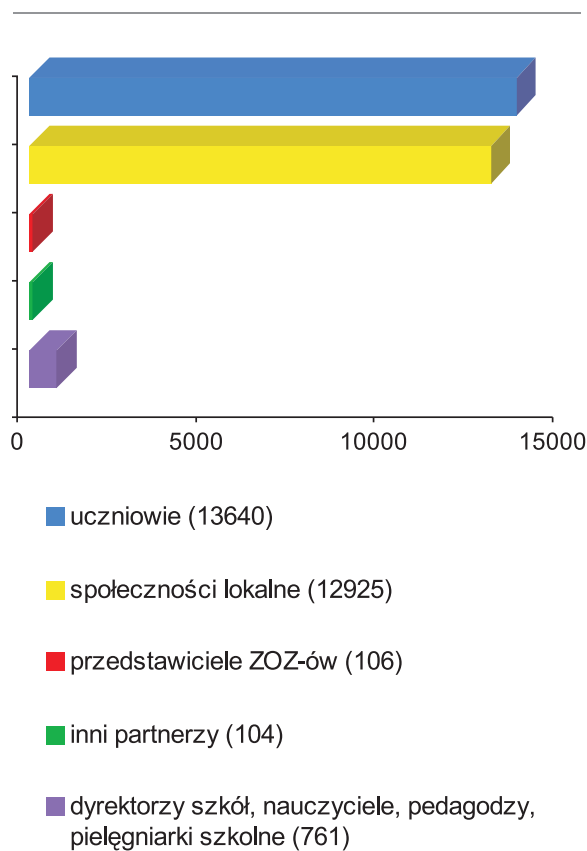
■ imprezy środowiskowe org. przez PIS

■ informacje/spoty w mediach

■ konkursy/inscenizacje

Liczba działań w ramach kampanii skierowanej do wytypowanych grup docelowych w 2013 roku.

Liczba odbiorców działań kampanijnych - 27536 osób co stanowi 1,3% populacji województwa kujawsko-pomorskiego (liczba odbiorców jest mocno zaniżona ponieważ nie obejmuje odbiorców informacji opublikowanych w internecie, prasie, radiu i telewizji - te liczby są trudne do oszacowania).



Przybliżona liczba uczestników działań kampanijnych.

Światowy Dzień Rzucania Palenia - trzeci czwartek listopada

Ogólnopolska, antytytoniowa, jesienna kampania społeczna realizowana na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Najważniejszym elementem kampanii realizowanym przez WSSE była konferencja pn. "Państwowa Inspekcja Sanitarna w trosce o zdrowie i życie bez uzależnień", która odbyła się 21.11.2013 roku w Auli Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy, z inicjatywy Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy i Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. Konferencja została objęta honorowym patronatem Wojewody Kujawsko-Pomorskiego oraz Prezydenta Miasta Bydgoszczy. Wykładowcy reprezentu-

jący WSSE w Bydgoszczy, Grudziądzkie Stowarzyszenie "Pomoc Uzależnionym", Szpital Uniwersytecki Nr 2 oraz Centrum Onkologii w Bydgoszczy przedstawili aktualne doniesienia w obszarze stosowania używek, ich wpływu na zdrowie i inne obszary życia człowieka. Wymiana doświadczeń, spostrzeżeń, osiągnięć będzie służyła wzbogaceniu warsztatu pracy osób pracujących na rzecz promocji zdrowia w regionie. Adresatami konferencji byli: pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej woj. kujawsko-pomorskiego, przedstawiciele władz lokalnych, przedstawiciele instytucji współpracujących z PIS, pedagodzy, nauczyciele i młodzież szkół ponadgimnazjalnych. Konferencji towarzyszyła: wystawa materiałów informacyjno-edukacyjnych nt. profilaktyki palenia tytoniu, stoisko informacyjno-edukacyjne Centrum Onkologii w Bydgoszczy, stoisko informacyjno-edukacyjne Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA Poland Oddz. Bydgoszcz. W tym samym czasie wolontariusze PCK, w centrum miasta, wręczali mieszkańcom materiały dotyczące profilaktyki uzależnień. Uczestnicy konferencji otrzymali materiały pokonferencyjne przygotowane przez WSSE w Bydgoszczy oraz gadżety ufundowane przez Urząd Miasta Bydgoszczy. W konferencji wzięli również udział koalicjanci zakończonego projektu TOB3CIT reprezentujący Urząd Wojewódzki, Urząd Miasta, Komendę Wojewódzką Policji i Komendę Straży Miejskiej.

Liczba odbiorców wszystkich działań kampanijnych - 27 987 osób co stanowi 1,4% populacji województwa kujawsko-pomorskiego (liczba odbiorców jest mocno zaniżona ponieważ nie obejmuje odbiorców informacji opublikowanych w internecie, prasie, radiu i telewizji - te liczby są trudne do oszacowania).

Odświeżamy Nasze Miasta TOB3CIT (Tobacco Free Cities)

Cel główny projektu: ochrona zdrowia mieszkańców Polski przed szkodliwym działaniem dymu tytoniowego.

Cele Szczegółowe projektu:

1. Wzmocnienie realizacji ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.
2. Wzmocnienie przestrzegania ustawy poprzez kampanię społeczną informującą o obowiązujących regulacjach w zakresie miejsc wolnych od dymu tytoniowego oraz konsekwencjach zdrowotnych używania tytoniu (czynne i bierne palenie).

Ramy czasowe: 01.10.2011 - 30.09.2013.

Realizatorzy: Główny Inspektorat Sanitarny, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy, Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne.

Grupa docelowa: działaniami projektu powinny być objęte wyłącznie osoby dorosłe.

Partnerzy i realizatorzy projektu na terenie województwa kujawsko-pomorskiego:

- Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy Urząd Miasta w Bydgoszczy,
- Straż Miejska w Bydgoszczy,
- Straż Miejska w 13 miast powiatowych,
- Komenda Wojewódzka Policji w Bydgoszczy oraz podległe jej jednostki,
- Powiatowe i gminne władze samorządowe,
- Stowarzyszenia i organizacje pozarządowe (IFMSA - Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny/Oddział w Bydgoszczy),
- wyższe uczelnie - Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Kujawsko-Pomorska Szkoła Wyższa w Bydgoszczy.

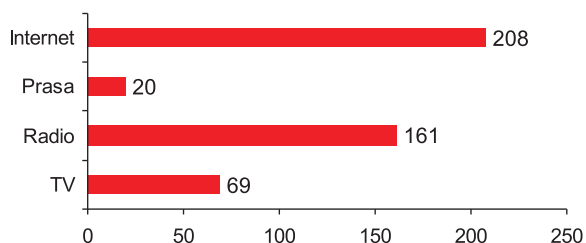
Działania podjęte w ramach projektu:

- nawiązanie współpracy z lokalnymi partnerami projektu w celu zawiązania koalicji lo-

Monitoring przestrzegania zakazu palenia prowadzony przez Straż Miejską i Policję na terenie województwa:

Kwartał projektu	Liczba upomnień	Liczba grzywien	Kwota grzywien	Uwagi
X-XII 2011	707	566	33400 + 3 wnioski do Sądu Rejonowego	90 procent wyników dotyczy kontroli przystanków komunikacji publicznej, pozostałe to sprzedaż papierosów nieletnim, palenie w miejscu zakazu i sprzedaż papierosów luzem.
I-III 2012	556	812	49820 + 13 wniosków do Sądu Rejonowego	
IV-VI 2012	401	337	20490 + 17 wniosków do Sądu Rejonowego	
VII-IX 2012	384	309	4690 + 3 wnioski do Sądu Rejonowego	
X-XII 2012	538	372	22630 + 8 wniosków do Sądu Rejonowego	
I-III 2013	694	442	27220 + 7 wniosków do Sądu Rejonowego	
IV-VI 2013	484	297	18600 + 13 wniosków do Sądu Rejonowego	
Razem	3764	3135	176850 z + 64 wnioski do Sądu	

- kalnych,
- współpraca z mediami lokalnymi,
- kwartalne spotkania koalicji lokalnych,
- szkolenia dla koordynatorów powiatowych projektu,
- szkolenia dla strażników miejskich oraz funkcjonariuszy policji odpowiedzialnych za wdrażanie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych,
- opracowanie graficzne i wydruk materiałów informacyjno-edukacyjnych oraz gadżetów (torba reklamowa, baloniki, notesy patrolowe, kartki pocztowe, długopisy z nadrukiem),
- monitoring przestrzegania zakazu palenia oraz oznakowania stref bezdymnych w województwie prowadzony przez funkcjonariuszy PIS,
- dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych oraz szkoleniowych,
- monitoring mediów lokalnych (prasa, TV, radio, internet).



Liczba informacji opublikowanych w środkach masowego przekazu.

Światowy Dzień Zdrowia

Każdego roku Światowy Dzień Zdrowia poświęcony jest innej tematyce, która ma za zadanie podkreślić priorytetowy obszar problemów z zakresu zdrowia publicznego na świecie. Tegoroczny Światowy Dzień Zdrowia obchodzony był pod hasłem „Healthy Heart Beat - zdrowe bicie serca, zdrowe

ciśnienie krwi”. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podkreśla, iż wysokie ciśnienie krwi jest poważną dolegliwością, która w znaczny sposób zwiększa ryzyko choroby serca i nerek. U wielu osób przebiega bezobjawowo, dlatego nazywane jest „cichym zabójcą”. Jak co roku Państwowa Inspekcja Sanitarna włączyła się w realizację obchodów Światowego Dnia Zdrowia podejmując szereg działań. W efekcie działaniami profilaktyczno-edukacyjnymi objętych zostało około 23 711 osób.



Działania podjęte przez PIS w ramach Światowego Dnia Zdrowia

Formy realizacji	Liczba działań	Grupa docelowa	Liczba odbiorców
Narady	26	Dyrektorzy szkół, nauczyciele, uczniowie, lekarze, pielęgniarki, policja, prezesi klubów sportowych, pracownicy samorządów	111
Szkolenia	1	Pracownicy PSSE w Grudziądzu	22
Wykłady, pogadanki, prelekcje	415	Nauczyciele, młodzież szkolna, personel medyczny, pacjenci ZOZ	7981
Konferencje	1	Pracownicy służby zdrowia	65
Konkursy	13	Uczniowie szkół podstawowych i gimnazjalnych, uczestnicy imprez środowiskowych	807
Wystawy	51	Petenci PSSE, pracownicy szkół, uczniowie, personel medyczny, pacjenci ZOZ	7906
Instruktaże	43	Dyrektorzy, nauczyciele i uczniowie różnych typów szkół, pielęgniarki środowiska szkolnego, rodzice, pracownicy samorządów	906
Imprezy prorodzinne	9	Społeczność lokalna	356
Punkty konsultacyjne	17	Ogół społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży szkolnej	1901
Dystrybucja materiałów	223	Nauczyciele, młodzież szkolna, personel medyczny, pacjenci ZOZ	Liczba trudna do określenia
Media	67	Przedstawiciele lokalnych mediów, ogół społeczeństwa	Liczba trudna do określenia

Trzymaj formę!

VII edycja program realizowanego od roku szkolnego 2006/2007.

Ogólnopolski program edukacyjny promujący zbilansowaną dietę i aktywność fizyczną wśród mło-

dzieży szkolnej. Program, w 2009 roku został wpisany (pod nr 1113) do prowadzonego przez Europejską Platformę ds. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia rejestru działań promujących prozdrowotny styl życia. Patronat nad programem sprawuje Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Mini-

sterstwo Sportu i Turystyki, Instytut Żywności i Żywności.

Cel: zwiększenie świadomości na temat wpływu żywienia i aktywności fizycznej na zdrowie poprzez edukację w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży, a zwłaszcza promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety.

Grupa docelowa: uczniowie szkół gimnazjalnych i ostatnich klas (V, VI) szkół podstawowych oraz ich rodzice.

Realizacja programu odbywa się głównie metodą projektu edukacyjnego. Stosowanych jest wiele różnorodnych metod i form, zwłaszcza interaktywnych, między innymi:

- układanie jadłospisów zgodnie z zasadami zbilansowanej diety,
- wykłady, prelekcje, pogadanki, debaty prozdrowotne,
- obliczanie BMI,
- warsztaty kulinarne - przyrządzanie potraw: sałatek, surówek, kanapek itp.,
- odczytywanie etykiet zamieszczanych na produktach spożywczych,
- konkursy, np. wiedzy, plastyczne, fotograficzne, literackie,
- ocena własnej aktywności fizycznej i stylu życia (w tym m.in. testy wysiłkowe),

- zawody sportowe, zajęcia ruchowe,
- wykonywanie prezentacji multimedialnych,
- inscenizacje teatralne, projekcje filmowe, kręcenie własnych filmów,
- zajęcia taneczne, aerobiku, fitness itp.,
- rajdy rowerowe lub piesze, wycieczki, spływy,
- dni zdrowego jedzenia, wybranego produktu - owocu, warzywa, sałatki, soku,
- organizacja punktów / stoisk informacyjno-edukacyjnych,
- spotkania / wywiady ze specjalistami, ekspertami,

Rezultaty opracowanych projektów edukacyjnych uczniowie prezentują publicznie na forum szkolnym, międzyszkolnym i środowiskowym.

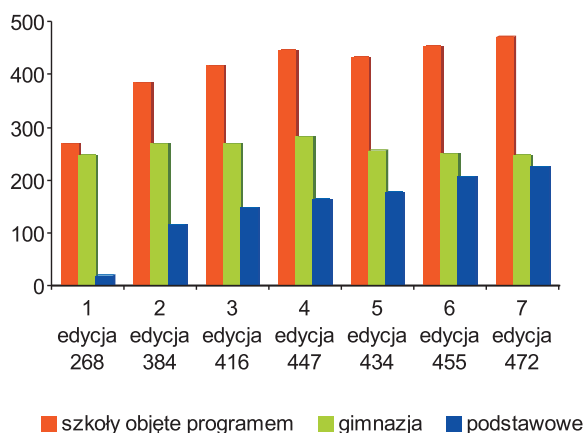
O środowiskowym charakterze działań programowych świadczy ogromna liczba (ponad pół tysiąca) współpracujących jednostek - samorządów, instytucji, organizacji, firm, placówek kultury, klubów sportowych i innych.

7 edycja programu przebiegała pod hasłem „Talerz Zdrowia - skuteczne narzędzie zdrowego odżywiania”.

Program realizowany jest na terenie 19 powiatów województwa kujawsko-pomorskiego w szkołach podstawowych i gimnazjalnych.

Program realizowany jest na terenie 19 powiatów województwa kujawsko-pomorskiego w szkołach podstawowych i gimnazjalnych.

Program „Trzymaj Formę!” w województwie kujawsko-pomorskim					
Edycje programu	Liczba szkół w programie		Liczba uczniów	Liczba realizatorów	Liczba rodziców
	szkoły	gimnazja/podstawowe			
1 edycja 2006-07	268	248/20	57 120	1 300	14 900
2 edycja 2007-08	384	268/116	50 814	1 800	17 400
3 edycja 2008-09	416	268/148	44 070	1 800	15 500
4 edycja 2009-10	447	283/164	53 745	2 000	17 700
5 edycja 2010-11	434	257/177	47 416	1 500	13 700
6 edycja 2011-12	455	249/206	43 377	1 600	17 100
7 edycja 2012-13	472	247/225	40 811	1 600	13 300



Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS

Podstawę prawną działań w zakresie profilaktyki HIV/AIDS stanowi rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS. Na potrzeby realizacji programu opracowany został harmonogram działań na lata 2012-2016.

Koordynatorem działań w powyższym zakresie jest Krajowe Centrum ds. AIDS.

Program zakłada działania w kilku obszarach, które koncentrują się m.in. na:

- zapobieganiu zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa, osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych,
- wsparciu i opiece zdrowotnej osób zakażonych i chorych na AIDS,
- współpracy międzynarodowej, monitoringu.

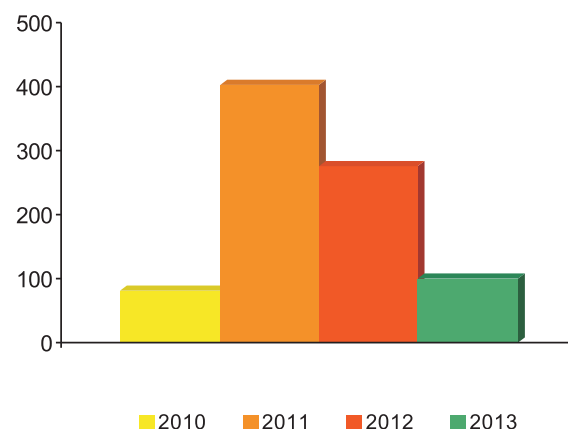
W 2013 r. grupę wiodących działań w zakresie profilaktyki HIV/AIDS w województwie kujawsko-pomorskim stanowiły: szkolenia różnych grup odbiorców (np. młodzieżowych liderów zdrowia), akcje (np. na okoliczność Światowego Dnia AIDS - akcja pn. „Czerwona kokardka” na Starym Rynku w Bydgoszczy - 29.11.2013), konferencje naukowe, punkty edukacyjno-informacyjne i ekspozycje materiałów

nt. profilaktyki HIV/AIDS w siedzibach PIS oraz instytucji współpracujących z PIS.

W ramach Programu na terenie województwa od X 2013 realizowana była ogólnopolska kampania społeczna pn. „Znam rekomendacje PTN AIDS. Zalecam test na HIV”, adresowana do środowiska medycznego.

Od marca br. przy WSSE w Bydgoszczy wzorem lat ubiegłych działań Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny HIV/AIDS. Punkt funkcjonował na zasadzie porozumienia partnerskiego zawartego pomiędzy WSSE w Bydgoszczy a Stowarzyszeniem „Razem” w Toruniu.

W okresie od marca do grudnia 2013 roku z PKD w Bydgoszczy skorzystało 369 osób (u 360 osób został wykonany test, 9 osobom udzielono porady).



Liczba osób korzystających z usług Punktu w latach 2010-2013.

Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych

Projekt współfinansowany jest przez Szwajcarię w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej.

Cel główny programu: ograniczenie używania tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Adresaci projektu: kobiety w wieku prokreacyjnym, tj. między 15 a 49 rokiem życia.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w województwie kujawsko-pomorskim włączyła się w realizację następujących działań:

1. Program edukacyjny dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych „ARS czyli jak dbać o miłość?” (do programu w roku szkolnym 2013/2014 przystąpiło 219 szkół ponadgimnazjalnych); wiodącym celem programu jest wyposażenie uczestników w wiedzę i umiejętności zmniejszające ryzyko utraty zdrowia i życia ich samych i ich potomków, zwłaszcza spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych.
2. Kampania społeczna, w ramach której grono zasadniczych działań tworzą:
 - konferencja prasowa rozpoczynająca kampanię,
 - konferencje naukowe (np. konferencja zorganizowana 21.11.2013 przez WSSE w Bydgoszczy pn. „Państwowa Inspekcja Sanitarna w trosce o zdrowie i życie bez uzależnień),
 - wojewódzka impreza plenerowa „Hyde Park” (przemówienia oratorów nt. szkodliwości używek, plener malarski, wykład specjalisty),
 - stoiska/punkty informacyjno-edukacyjne podczas lokalnych imprez (festynów, pikników, koncertów),
 - prelekcje, pogadanki, wykłady specjalistów podczas seminarium, akcji edukacyjnych w siedzibach instytucji współpracujących

z PIS,

- współpraca z mediami (debaty, audycje radiowe, artykuły w prasie lokalnej).

Łącznie w działaniach kampanijnych uczestniczyło ok. 15532 osoby.

Akademia zdrowego życia

Akcja skierowana do ogółu społeczeństwa, zainicjowana w 2013 roku.

Cel: zwiększenie wiedzy na temat zdrowego stylu życia.

W ramach Akademii Zdrowego Życia raz w miesiącu (każdy drugi wtorek miesiąca), w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy odbywały się spotkania.

W wyznaczonym dniu pracownicy stacji udzielali odwiedzającym odpowiedzi na pytania dotyczące profilaktyki HIV/AIDS, racjonalnego odżywiania, profilaktyki tytoniowej profilaktyki chorób zakaźnych. Oprócz podstawowej tematyki w każdym miesiącu poruszane było dodatkowo zagadnienie zdrowotne związane z porą roku, bądź z obchodami poszczególnych dni związanych z tematyką zdrowotną. I tak np. wrześniowa i październikowa Akademia odbyła się pod hasłem boreliozy i kleszczy, listopadowa związana była ze Światowym Dniem Cukrzycy oraz Europejskim Dniem Wiedzy o Antybiotykach, a grudniowa dotyczyła szczepień zalecanych dla osób dorosłych, a także dla osób podróżujących do krajów o odmiennych warunkach klimatycznych.

Uczestnicy Akademii mogli skorzystać z pomiaru poziomu cukru we krwi, ciśnienia tętniczego, poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu oraz obliczania BM.

W roku 2013 z porad Akademii Zdrowego Życia skorzystało 229 osób.

Ars, czyli jak dbać o miłość?

Program skierowany do uczniów szkół ponadgimnazjalnych - I edycja 2013/2014.

Cel główny programu: wyposażenie uczestników w wiedzę i umiejętności zmniejszające ryzyko utraty życia i zdrowia ich samych i ich potomków, zwłaszcza spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych.

Liczba placówek zgłoszonych do realizacji programu w roku szkolnym 2013/2014 - 219

Program pn. „ARS, czyli jak dbać o miłość?” został opracowany w ramach „Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu innych środków psychoaktywnych”. Odbiorcami programu są młode kobiety. Z uwagi na fakt, że wiedza, postawy i zachowania

mężczyzn nie są bez znaczenia z punktu widzenia zdrowia kobiet i ich potomstwa program ma charakter koedukacyjny (uczestniczą w nim zarówno młode kobiety jak i mężczyźni - młodzież szkół ponadgimnazjalnych).

Akcja edukacyjna dotycząca grzyboznawstwa oraz profilaktyki zatruc grzybami 2013

Cel:

- spopularyzowanie idei „grzybobrania bez po-mylek”,
- upowszechnienie i pogłębienie wiedzy o grzybach jadalnych i trujących oraz uświadomienie zagrożeń zdrowia i życia wskutek zbierania nieznanych grzybów,
- podkreślenie ważnej roli lasów i grzybów

Elementy akcji 2013	Liczba odbiorców
<p>Wystawa grzyboznawcza w WSSE 1-5 X 2013</p> <p>W zaaranżowanej leśnej scenerii eksponowane były naturalne okazy grzybów a także prace plastyczne z różnych edycji (1998-2008) wojewódzkiego konkursu pn. „Jesień w lasie grzyby niesie”. Poradnictwo oraz prelekcje dla grup zorganizowanych prowadzili grzyboznawcy z pionu higieny żywności oraz edukator z pionu oświaty zdrowotnej.</p> <p>Wystawę zwiedziło blisko 1000 osób. Edukacją objęto dzieci, młodzież i opiekunów (754 osoby) z 21 bydgoskich placówek szkolno-wychowawczych oraz ok. 140 osób indywidualnych.</p> <p>Wystawa od lat cieszy się dużym zainteresowaniem, o czym świadczą pozytywne opinie i podziękowania uczestników w pamiątkowej księdze wystawy (w 2013 roku wpisały się 894 osoby).</p>	min. 900 osób
<p>Punkt informacyjno-edukacyjny podczas Targów Myśliwskich 5-6 X 2013</p> <p>Prowadzony przez pracowników oświaty zdrowotnej, higieny żywności oraz mikrobiologii i parazytologii lekarskiej WSSE, w Leśnym Parku Kultury i Wypoczynku „Myślęcinek” w Bydgoszczy. Punkt oferował zwiedzającym:</p> <ul style="list-style-type: none">- profesjonalne poradnictwo grzyboznawców,- poradnictwo w zakresie profilaktyki chorób przenoszonych przez kleszcze,- promocję badań diagnostycznych w kierunku boreliozy,- bezpłatne materiały informacyjno-edukacyjne.	350 osób
<p>Łącznie w działaniach akcyjnych WSSE, dotyczących grzyboznawstwa i profilaktyki zatruc grzybami, uczestniczyło:</p>	min. 1250 osób

- w przyrodzie oraz ich znaczenia dla Ziemi, człowieka i jego zdrowia,
- zwrócenie uwagi na konieczność poszanowania i nie zaśmiecania lasu.

Grupa docelowa: społeczność lokalna, a zwłaszcza uczniowie i ich opiekunowie z placówek szkolno-wychowawczych.

Również na terenie 6 powiatów - Brodnica, Grudziądz, Inowrocław, Nakło, Toruń, Wąbrzeźno - PSSE przeprowadziły akcje profilaktyki zatruc grzybami (z liczbą odbiorców min. 458).

Łącznie w województwie kujawsko-pomorskim działaniami informacyjnymi oraz edukacyjnymi objęto przynajmniej 1 708 osób.

Akcja dotycząca profilaktyki zatruc grzybami, z uwagi na konsekwencje (zdarzające się przypadki zatruc) oraz zainteresowanie odbiorców tematyką, nadal jest niezbędnym działaniem informacyjno-edukacyjnym, mającym wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa.

Etykieta rozszyfrowana - wiem, co kupuję i jem

6 edycja 2012/2013 wojewódzkiego autorskiego programu edukacyjnego (opracowanego

przez pracownika OZ WSSE/koordynatora). W 2006 roku program otrzymał akceptację, a w 2007 rekomendację Głównego Inspektoratu Sanitarnego w Warszawie.

Cel: zwiększenie świadomości konsumentów w kierunku potrzeb czytania etykiet spożywczych, wzbogacenie wiedzy z zakresu informacji zawartych na opakowaniach żywnościowych.

Grupa docelowa: uczniowie i nauczyciele szkół ponadgimnazjalnych, pośrednio rodzice uczniów.

Program w 6 edycji realizowany był na terenie 7 powiatów województwa kujawsko-pomorskiego: Brodnicy, Chełmna, Golubia-Dobrzynia, Grudziądz, Rypina, Torunia, Włocławka.

Zajęcia prowadzono w oparciu o programowe pakiety edukacyjne - metodyczne i merytoryczne („Przewodnik po etykietach spożywczej”, zestaw załączników nt. odżywiania).

Zastosowano różnorodne formy: wykłady, warsztaty, zbiórka etykiet z produktów spożywczych oraz analiza ich zawartości informacyjnej, giełdy i atlasy etykiet (np. mleczarskich, piekarniczych, z największą liczbą dodatków E), grupowe wyjścia do sklepów spożywczych, scenki rodzajowe, wystawy, konkursy (np. na najzabawniejszą etykietę, turnieje wiedzy),

Program wojewódzki „Etykieta rozszyfrowana - wiem, co kupuję i jem”				
Edycja programu rok szkolny	Liczba PSSE powiatów	Liczba szkół	Liczba klas	Liczba odbiorców: uczniowie + rodzice, młodzież, personel szkolny
Edycja pilotaż. 2004-2005	18	30	73	2328 (2104 uczniów + 224)
1 programowa 2007-2008	19	48	103	6302 (2524 uczniów + 3778)
2 programowa 2008-2009	18	58	87	4933 (2233 uczniów + 2700)
3 programowa 2009-2010	14	45	79	3655 (1938 uczniów + 1717)
4 programowa 2010-2011	10	36	66	2766 (1534 uczniów + 1232)
5 programowa 2011-2012	5	24	51	2128 (1162 uczniów + 966)
6 programowa 2012-2013	7	23	49	2101(1133 uczniów + 968)

debaty, diagram "Etykieta - łamigłówka większa niż krzyżówka".

Odbiorcami 6 edycji było 2 101 osób. Edukacją bezpośrednią objęto 1 133 uczniów z 23 szkół (49 klas), a pośrednią 968 osób - rodziców uczniów, młodzież innych klas, personel szkolny. Zajęcia poprzedzono i zakończono badaniem ankietowym, wykazującym znaczny wzrost wiedzy uczniów.

W ramach monitoringu koordynatorzy powiatowi odbyli wizytacje we wszystkich placówkach uczestniczących w programie.

Program - użyczony na prośbę WSSE w Olsztynie - realizowany był także w województwie warmińsko-mazurskim.

Profilaktyka zatruc pokarmowych w okresie uroczystości komunijnych

Cel: zapobieganie zatruciom i zakażeniom pokarmowym w okresie uroczystości I-komunijnych poprzez działania informacyjno-edukacyjne wśród społeczności lokalnych.

Grupa docelowa: rodzice i opiekunowie dzieci II klas szkół podstawowych przystępujących do I Komunii oraz osoby związane z przygotowaniem uroczystości komunijnych.

Akcja komunijna jest coroczną interwencją informacyjno-edukacyjną o charakterze ostrzegawczo-przypominającym, która w istotny sposób wpływa na wzrost wiedzy społecznej w zak-

resie profilaktyki zatruc pokarmowych. Cykliczność interwencji wzmacnia efekt edukacyjny.

Od lat w akcji biorą udział księża i nauczyciele (wychowawcy klas II, katecheci). Treści opracowanych i przekazanych przez PSSE listów intencyjnych i materiałów tematycznych (ulotek, komunikatów, apeli, notatek prasowych itp.) docierały do adresatów głównie podczas zebrań z rodzicami dzieci przystępujących do I komunii, podczas nabożeństw, w czasie szkolnych zajęć, konkursów, apeli, poprzez instruktáže w trakcie kontroli N.HŻ PSSE w zakładach żywienia zbiorowego, lokalach gastronomicznych i salach biesiadnych (w których organizowane są przyjęcia komunijne), poprzez ekspozycje w kościołach (w gablotach kościelnych), w szkołach, urzędach gmin, sołectwach, sklepach, a także poprzez publikacje w lokalnych mediach („I Komunia Święta bez przykrych niespodzianek” Wiadomości Krajeńskie/Sępólno 9.05.2013).

W statystykach epidemiologicznych na przestrzeni ostatnich lat zauważalna jest tendencja niżkowa odnośnie zachorowań na zatrucia pokarmowe o etiologii salmonellozowej.

Tegoroczną akcją objęto 217 jednostek z 5 powiatów, w tym: 69 parafii rzymsko-katolickich, 94 szkoły podstawowe, 28 lokali gastronomicznych, 18 samorządów lokalnych, 8 mediów. Przekaz edukacyjny dotarł do 1 525 osób, przede wszystkim do rodziców dzieci II klas szkół podstawowych.

Akcja profilaktyki zatruc pokarmowych w okresie uroczystości komunijnych 2013							
Lp.	PSSE	Parafie rzym-katol.	Szkoły podst.	Lokale gastr.	Samorzady	Mass media	Jednostki/ odbiorcy
1	Brodnica	-	2	-	-	-	2/550
2	Nakło	28 (na 28)	-	-	9 UMG	-	37/280
3	Sępólno	11 (na 15)	9 (na 20)	8	-	1	29/210
4	Świecie	30 (na 30)	7 (na 40)	20	-	-	57/317
5	Toruń	-	76 (na 76)	-	9	7	92/168
Razem:		69	94	28	18	8	217/1 525

Wnioski

1. W 2013 r., w stosunku do roku 2012, wzrosła liczba realizowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną interwencji programowych i nie-programowych z 11 do 16.
2. W minionym roku wdrożony został „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu tytoniu i innych środków psychoaktywnych”, którego realizacja przypada na lata 2012/2016. Jest to pierwszy program realizowany przez PIS, który nie koncentruje się wyłącznie na profilaktyce tytoniowej, lecz problem uzależnień ujmuje w szerokim aspekcie.
3. Programy edukacji przedszkolnej i szkolnej dotyczące profilaktyki tytoniowej cieszą się nieustannie bardzo dużym zainteresowaniem w środowisku szkolnym. O fakcie tym świadczy systematyczny wzrost liczby placówek przystępujących do programów. W roku szkolnym 2012/2013, w odniesieniu do roku szkolnego 2011/2012, średnia liczba placówek uczestniczących w programach wzrosła o 13%.
4. Kampania społeczna prowadzona w ramach projektu „Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT” znacznie wzmocniła realizację ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Powyższe stwierdzenie potwierdzają kwartalne raporty Straży Miejskiej i Komendy Wojewódzkiej Policji w Bydgoszczy, które wskazują na tendencję spadkową nakładanych grzywien i udzielanych upomnień, ze zdecydowanym spadkiem w ostatnim kwartale programu:

- październik - grudzień 2011 - 707 udzielonych upomnień, 566 nałożonych grzywien,
 - kwiecień - czerwiec 2013 - 484 udzielonych upomnień, 297 nałożonych grzywien.
5. Systematycznie wzrasta liczba szkół biorących udział w programie „Trzymaj Formę!” z 269 szkół biorących udział w pierwszej edycji programu (w 2006 r.) do 472 szkół biorących udział w siód-

mej edycji (w 2013 r.), co stanowi wzrost o 43%. Ewaluacja programu wskazuje na zmianę nawyków żywieniowych adresatów programu. Zauważalna jest zwiększona częstotliwość spożywania przez uczniów owoców i warzyw na drugie śniadanie w szkołach oraz zmiany w asortymencie sklepików szkolnych. Ogranicza się ilość sprzedawanych chipsów, słodczy, napojów słodkich i energetyzujących na rzecz kanapek, owoców, soków owocowo-warzywnych i wody mineralnej.

6. Systematyczna współpraca Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy z władzami lokalnymi, organizacjami pozarządowymi wynikająca z realizacji „Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS” sprawiła, iż w kolejnym roku funkcjonował przy WSSE w Bydgoszczy Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny HIV/AIDS. Działalność na zasadzie porozumienia partnerskiego pomiędzy WSSE w Bydgoszczy a Stowarzyszeniem Wolontariuszy „Razem” w Toruniu. Punkt cieszył się dużym zainteresowaniem społecznym, co potwierdza liczb osób, która skorzystała (podczas pełnionych dyżurów) z jego usług. Od marca 2013 do końca grudnia 2013 punkt odwiedziło 369 osób z czego w przypadku 360 osób wykonany został test w kierunku HIV a 9 osobom udzielono wyłącznie porady.

