

PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI INSPEKTOR SANITARNY
W BYDGOSZCZY

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W BYDGOSZCZY

STAN BEZPIECZEŃSTWA SANITARNEGO
WOJEWÓDZTWA
KUJAWSKO-POMORSKIEGO
W 2017 ROKU

PRACA ZBIOROWA
POD REDAKCJĄ
JERZEGO KASPRZAKA

BYDGOSZCZ 2018

Opracowano	w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy
Pod kierunkiem	dr n. o zdr. inż. Jerzego Kasprzaka Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy
Redakcja	Mariola Wiśniewska
Korekta	Joanna Kruszką
Skład, projekt	Paweł Grajek
Zdjęcia	zasoby własne WSSE, ijeab/Freepik, Pressfoto/Freepik, peoplecreations/Freepik, Nensuria/Freepik, Dragana_Gordic/Freepik, Mrsiraphol/Freepik, bearfotos/Freepik, fanjianhua/Freepik, aopsan/Freepik
Druk	Polish Druk

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
EPIDEMIOLOGIA	9
Ocena sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i zakażeń	9
Choroby zakaźne objęte programem obowiązkowych szczepień ochronnych	13
Zatrucia i zakażenia pokarmowe wywołane przez czynniki biologiczne	23
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	27
Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową	29
Choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek	32
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	33
Wirusowe zapalenie wątroby typu C	34
Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS	36
Choroby inwazyjne	40
Neuroinfekcje	45
Choroby przenoszone przez kleszcze	49
Borelioza	49
Gruźlica	53
Choroby przenoszone drogą płciową	55
Grypa i zachorowania grypopodobne	57
Choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne	61
Szpitalne ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych w zakładach leczniczych woj. kujawsko-pomorskiego	62
Wykonawstwo szczepień ochronnych	65
Wnioski	77
HIGIENA KOMUNALNA 1	80
Ocena sanitarna podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa kujawsko-pomorskiego	80
Działalność kontrolno-represyjna	80
Stan techniczny i funkcjonalny	82
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	82
Szpitalne	82
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitale	83
Zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja, inne podmioty lecznicze	83
Sanatoria	84
Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	84
Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice	84
Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne	85
Zakłady rehabilitacji leczniczej	85
Inne podmioty lecznicze, w tym uzdrowiskowe	85
Praktyki lekarskie, pielęgniarские i inne	86
Utrzymanie czystości	86
Szpitalne	86
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	87
Zaopatrzenie w wodę	88
Szpitalne	88
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	88
Postępowanie z odpadami ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych	89
Szpitalne	89
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	89
Postępowanie z bielizną	90
Szpitalne	90
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	91
Ocena przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego w podmiotach prowadzących działalność leczniczą	91

Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitale, w tym szpitale jednodniowe, szpitale uzdrowiskowe	91
Dezynfekcja narzędzi i sprzętu medycznego i powierzchni	92
Sterylizacja	92
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitale	94
Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	95
Działalność lecznicza wykonywana w formie praktyki zawodowej	97
Bloki żywienia w szpitalach	97
Bloki żywieniowe w sanatoriach	98
Bloki żywieniowe w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych	99
Wnioski	99

HIGIENA KOMUNALNA 2 102

Stan sanitarny wód i urządzeń wykorzystywanych do zaopatrzenia ludności w wodę	102
Zaopatrzenie ludności w wodę	103
Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi	108
Analiza przekroczeń parametrów fizykochemicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi	109
Analiza badań ciepłej wody na obecność pałeczek Legionella sp.	110
Wnioski	111

HIGIENA KOMUNALNA 3 112

Kąpieliska	112
Pływalnie	113
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej	115
Stan sanitarny wybranych grup obiektów użyteczności publicznej	116
Ustępy publiczne i ogólnodostępne	116
Domy pomocy społecznej i inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej	117
Noclegownie	117
Obiekty świadczące usługi hotelarskie	118
Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej i tatuażu oraz świadczące łącznie powyższe usługi	118
Obiekty i urządzenia komunikacji publicznej	119
Tereny rekreacyjne	121
Cmentarze i domy przedpogrzebowe	121
Zakłady karne i areszty śledcze	122
Inne obiekty użyteczności publicznej	122
Wnioski	122

ŻYWNOŚĆ, ŻYWIENIE I PRZEDMIOTY UŻYTKU 124

Stan sanitarny obiektów produkcji i obrotu środkami spożywczymi, kosmetykami i żywnością zbiorową	124
Jakość zdrowotna środków spożywczych, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	127
RASFF - system wczesnego ostrzegania o niebezpiecznej żywności i paszach	131

HIGIENA PRACY 1 136

Środowisko pracy	136
Nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych	143
Nadzór nad warunkami pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach przemysłu tworzyw sztucznych	144
Nadzór nad warunkami pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach sektora gospodarki odpadami i ściekami	145
Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest	146
Nadzór nad Zakładami Inżynierii Genetycznej	147
REACH-EN-FORCE-5	147

Choroby zawodowe	147
Środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne	152
Wnioski	155
HIGIENA PRACY 2	158
Narażenie na czynniki szkodliwe dla zdrowia	159
Narażenie na czynniki uciążliwe dla zdrowia	163
Wnioski	164
HIGIENA RADIACYJNA	166
Ochrona przed promieniowaniem jonizującym. Ochrona radiologiczna personelu	166
Ochrona radiologiczna pacjentów	168
Ochrona przed promieniowaniem elektromagnetycznym z zakresu 0-300 Ghz. Ochrona personelu przed polami elektromagnetycznymi.....	169
Ochrona ludności przed polami elektromagnetycznymi	170
Badania pola elektromagnetycznego	170
Badania skażeń promieniotwórczych żywności i wody pitnej	171
Zdarzenia radiacyjne	173
Kontrola jakości medycznych aparatów rentgenowskich	173
Pomiary mocy dawki promieniowania rentgenowskiego na stanowiskach pracy i w nowo otwartych pracowniach rtg	174
NADZÓR ZAPOBIEGAWCZY	176
HIGIENA DZIECI I MŁODZIEŻY	178
Warunki sanitarno-higieniczne w szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych	178
Badania środowiska fizycznego	179
Stan sanitarno-techniczny budynków	180
Warunki do utrzymania higieny osobistej w szkołach	180
Infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego	181
Meble przedszkolne i szkolne	182
Szkoły wyższe	182
Wypoczynek dzieci i młodzieży	183
Wnioski	183
OŚWIATA ZDROWOTNA	184
Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce	184
Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS	187
Projekt KIK/68 Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych	188
Projekt KIK/35 Zapobieganie zakażeniom HCV	190
Trzymaj Formę!	190
Etykieta rozszyfrowana - wiem, co kupuję i jem	192
Chroń się przed kleszczami wszystkimi sposobami	192
Szkoła w profilaktyce onkologicznej	193
Światowy Dzień Zdrowia 7 kwietnia	193
Lekki tornister	194
Akademia Zdrowego Życia	194
Profilaktyka chorób pasożytniczych - owsica, wszawica, świerzby	195
Stop dopalaczom!	195
Akcja letnia - Bezpieczne Wakacje	197
Uroczystości komunijne bez zatruc pokarmowych	197
Szczepienia ochronne	198
Zdrowy styl życia - od juniora do seniora	198
Akcja edukacyjna dotycząca grzyboznawstwa i profilaktyki zatruc grzybami	199
Wnioski	199



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

Szanowni Państwo

Kolejny rok z rzędu mam zaszczyt zaprezentować Państwu raport zawierający aktualną ocenę stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa kujawsko-pomorskiego.

W niniejszej publikacji zebrane zostały szczegółowe informacje opisujące działalność organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego realizowaną w roku 2017. Opracowanie powstało na podstawie danych gromadzonych systematycznie przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy oraz materiałów przekazywanych przez Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego.

Podobnie jak w latach ubiegłych, Inspekcja Sanitarna województwa kujawsko-pomorskiego prowadziła działania w zakresie zwalczania oraz zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, monitorowaniu jakości wody przeznaczonej do spożycia oraz wody wykorzystywanej do kąpieli. Sprawowano nadzór nad obiektami użyteczności publicznej,

nadzór nad żywnością, żywieniem oraz przedmiotami użytku, środowiskiem pracy, środkami zastępczymi oraz ochroną radiologiczną. Pracownicy Inspekcji Sanitarnej województwa prowadzili szeroki nadzór nad higieną nauczania, wychowania oraz wypoczynku, realizując szereg działań nadzorowych oraz oświatowo-zdrowotnych.

Sytuacja epidemiologiczna województwa w 2017 roku była zróżnicowana, jednak można ocenić ją jako dobrą. Z chorób związanych z podróżami zawleczone zostały pojedyncze przypadki malarii i czerwonej bakterii, a także 17 przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A. Państwowa Inspekcja Sanitarna stale prowadzi działania informacyjne dla osób podróżujących dotyczące możliwości zapobiegania chorobom występującym w innych regionach świata. Niekorzystnym zjawiskiem jest 37-krotny wzrost zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby typu A. Jako przyczynę tego zjawiska wskazać należy niską odporność populacji na zakażenie.

Szczepienia ochronne były w większości wykonane w odsetkach zapewniających odporność zbiorowiskową. Obserwowany jest jednak coraz niższy poziom zaszczepienia zarówno małych dzieci do 2-go roku życia, jak i dzieci oraz młodzieży szkolnej. W dużej mierze efektem tego niekorzystnego trendu są działania ruchów antyszczepionkowych – w wyniku ich działalności stale wzrasta liczba rodziców uchylających się od szczepień, a w konsekwencji liczba niezaszczepionych dzieci i młodzieży niosąca szkodliwe następstwa dla zdrowia publicznego.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego, korzystając ze światowej jakości urządzeń specjalistycznych, oferują stale nowy zakres badań (czego przykładem jest rozszerzenie w 2017 roku badań w Pracowni Chromatograficznej Środowiska i Środków Zastępczych). Dzięki temu Laboratorium WSSE w Bydgoszczy, jako jedna z nielicznych placówek Państwowej Inspekcji Sanitarnej na terenie kraju, ma możliwość przeprowadzania badań szkodliwości środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych.

Warto również zwrócić uwagę na organizowane cyklicznie konferencje oraz szereg akcji poświęconych różnego rodzaju tematom, takim jak: niebezpieczeństwo związane z zażywaniem dopalaczy, zdrowa żywność, istotna rola szczepień ochronnych czy choroby przenoszone przez kleszcze. Powyższe działania edukacyjne przyczyniają się do wzrostu świadomości mieszkańców naszego regionu.

Gwarancją efektywnej realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego jest wysoce wykwalifikowana kadra, aktualizująca na bieżąco swoją wiedzę oraz umiejętności dzięki różnego rodzaju szkoleniom oraz studiom podyplomowym.

Niezwykle istotnym elementem jest również stała współpraca organów Inspekcji sanitarnej z innymi instytucjami oraz organami administracji rządowej, jak i samorządowej działającymi w imię bezpieczeństwa i zdrowia ludności, wieloma podmiotami gospodarczymi oraz mediami wspierającymi nasze działania. Mając na uwadze problem zdrowotny, jakim są nowotwory, WSSE w Bydgoszczy na mocy porozumienia przystąpiła w 2017 roku (wspólnie z Centrum Onkologii w Bydgoszczy oraz Kuratorium Oświaty) do realizacji programu edukacyjnego pn. „Szkoła w profilaktyce onkologicznej”. Nie należy jednak zapominać o mieszkańcach – ich głosy oraz opinie są dla nas niesamowicie ważne, dzięki nim mamy bowiem możliwość natychmiastowego reagowania w przypadku pojawienia się zagrożeń.

Jestem przekonany, że niniejsze opracowanie pozwoli na lepsze poznanie zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz jej istotnej roli z punktu bezpieczeństwa zdrowotnego ludności. Mam ogromną nadzieję, iż raport umożliwi wnikliwe zapoznanie się ze stanem bezpieczeństwa sanitarnego naszego województwa, stając się jednocześnie kolejnym bodźcem do podejmowania dalszych działań na rzecz wspólnego dobra.

EPIDEMIOLOGIA



Ocena sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i zakażeń w roku 2017

Ocenę sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych w województwie kujawsko-pomorskim opracowano na podstawie danych epidemiologicznych zgromadzonych w ramach nadzoru nad chorobami zakaźnymi, prowadzonego przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W 2017 roku zgłoszono 24573 choroby zakaźne i zakażenia podlegające obowiązkowi zgłoszenia i rejestracji (2016 rok - 22193). Hospitalizowano łącznie 7262 osoby (2016 rok - 6559).

Sytuacja epidemiologiczna omawianego okresu była zróżnicowana, ale ocenić ją można jako dobrą.

Podobnie, jak w latach poprzednich obserwowane cykliczne zmiany zapadalności na niektóre choroby miały charakter sezonowy lub były kontynuacją wcześniejszych trendów. Niekorzystnym zjawiskiem był natomiast 37-krotny wzrost zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby typu A (zwane potocznie „żółtaczką pokarmową” lub „chorobą brudnych rąk”). Podobna sytuacja wystąpiła w kraju, gdzie odnotowano wzrost zapadalności o 87%. Przyczynę tak znaczącego wzrostu zachorowań stanowi narastanie populacji wrażliwej na zakażenie a więc takiej, która nie zetknęła się nigdy z wirusem lub nie była szczepiona przeciw tej chorobie i tym samym nie nabyła odporności na zachorowanie.

Z chorób związanych z podróżami odnotowano 1 przypadek malarii zawleczony z krajów Afryki Równikowej, 1 przypadek czerwonki bakteryjnej zawleczony z Kenii i 17 przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A, gdzie do zakażenia doszło w Hiszpanii, na Węgrzech, w Wielkiej Brytanii, w Grecji, w Niemczech, w Izraelu, na Kubie, na Ukrainie w Emiratach Arabskich i w Egipcie.

Nie odnotowano w regionie zachorowań na szczególnie niebezpieczne choroby zakaźne, jak dżuma, węglik, błonica, poliomyelitis, wścieklizna, wirusowe gorączki krwotoczne.

W ramach nadzoru epidemiologicznego monitorowano sytuację epidemiologiczną grypy i zachorowań grypopodobnych. W omawianym okresie nastąpił nieznaczny ok. 5% wzrost zapadalności. Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych zostały przedstawione w formie tabelarycznej.

Wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności.

Lp.	Jednostka chorobowa	2013		2014		2015		2016		2017	
		zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.
1	Inne salmonelozy (zakażenia pozajelitowe)	15	0,72	11	0,53	20	0,96	31	1,49	29	1,39
2	Dur brzuszny	1	0,05	-	-	1	0,05	-	-	-	-
3	Dury rzekome A, B, C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Czerwonka bakteryjna (szigelozą)	-	-	5	0,24	2	0,10	-	-	1	0,05
5	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	573	27,36	505	24,15	472	22,58	503	24,13	450	21,60
6	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - salmonellozowe	528	25,21	469	22,43	431	20,62	478	22,93	410	19,68
7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem	690	32,95	652	31,18	798	38,18	647	31,04	675	32,41
8	Wirusowe zakażenia jelitowe - ogółem	3309	158,02	3301	157,88	3531	168,95	2578	123,67	3474	166,78
9	Meningokokowe i inne bakt. zap. opon mózgowych i mózgu ogółem	54	2,58	45	2,15	63	3,01	63	3,02	38	1,82
10	Wirusowe zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	93	4,44	124	5,93	63	3,01	61	2,93	78	3,74
11	Plonica (szkarlatyna)	1727	82,47	1819	87,00	2060	98,56	1252	60,06	870	41,77
12	Odra	-	-	-	-	1	0,05	1	0,05	-	-
13	Różyczka	2472	118,05	279	13,34	143	6,84	59	2,83	24	1,15
14	Ospa wietrzna	12648	603,99	14130	675,81	12930	618,66	8969	430,27	11308	542,89
15	Wirusowe zapalenie wątroby ogółem	342	16,33	612	29,27	805	38,52	694	33,29	753	36,15
16	Wirusowe zapalenie wątroby typu A	1	0,05	-	-	2	0,10	3	0,14	107	5,14
17	Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ogółem	106	5,06	261	12,48	332	15,89	273	13,10	259	12,43
18	Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ostre	1	0,05	2	0,10	3	0,14	2	0,10	2	0,10
19	Wirusowe zapalenie wątroby typu B przewlekłe i BNO	105	5,01	259	12,39	329	15,74	271	13,00	257	12,34
20	Wirusowe zapalenie wątroby typu C - ogółem	231	11,16	347	16,60	469	22,44	417	20,00	385	18,48
21	Wirusowe zapalenie wątroby typu C wg definicji z 2009 / 2014r.	214	10,22	344	16,45	469	22,44	417	20,00	385	18,48
22	Wirusowe zapalenie wątroby typu C wg definicji z 2005r.	196	9,36	260	12,44						
23	Wirusowe zapalenie wątroby typu B + C (zakażenie mieszane)	4	0,19	4	0,19	2	0,10	1	0,05	2	0,10
24	Wirusowe zapalenie wątroby inne i nie określone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)	180	8,60	177	8,47	190	9,09	104	4,99	92	4,42
26	Krzusiec	120	5,73	300	14,35	450	21,53	559	26,82	331	15,89
27	Tęžec	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	Borelioza	430	20,53	413	19,75	399	19,09	605	29,02	545	26,17
29	Malaria (zimnica)	2	0,10	1	0,05	-	-	1	0,05	1	0,05
30	Włośnica	-	-	22	1,05	-	-	-	-	-	-
31	AIDS	4	0,19	2	0,10	4	0,19	1	0,05	-	-
32	Nowo wykryte zakażenia HIV	50	2,39	31	1,48	39	1,87	34	1,63	35	1,68
33	Grypa i podejrzenia grypy - ogółem	107783	5147,01	206197	9861,94	252920	12101,48	280272	13445,37	294145	14121,66
34	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	52700	16504,08	106894	33702,32	126050	39845,23	140459	44789,08	145136	46217,24
35	Grypa - ogółem (przyp. potw. lab)	100	4,77	20	0,96	51	2,44	194	9,30	101	4,85
36	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	8	2,49	2	0,63	3	0,95	64	20,37	17	5,41
37	Gruźlica	351	16,76	267	12,77	306	14,64	271	13,00	236	11,33

Porównanie zapadalności na wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim i w kraju zawarto w poniższej tabeli.

Wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2016-2017. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności.

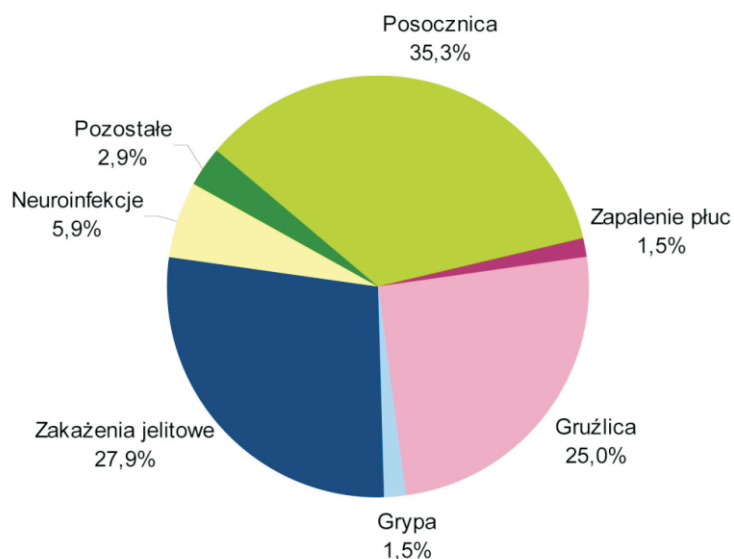
Lp.	Jednostka chorobowa	woj. kujawsko-pomorskie				Polska			
		2017		2016		2017		2016	
		zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.
1	Inne salmonelozy (zakażenia pozajelitowe)	29	1,39	31	1,49	298	0,78	326	0,85
2	Dur brzuszny	-	-	-	-	7	0,02	2	0,01
3	Dury rzekome A, B, C	-	-	-	-	2	0,01	2	0,01
4	Czerwonka bakteryjna (szigelozą)	1	0,05	-	-	43	0,11	15	0,04
5	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	450	21,60	503	24,13	10 214	26,58	10734	27,94
6	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - salmonelozowe	410	19,68	478	22,93	9709	25,27	9701	25,25
7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem	675	32,41	647	31,04	15725	40,92	13003	33,84
8	Wirusowe zakażenia jelitowe - ogółem	3474	166,78	2578	123,67	55594	144,68	44844	116,70
9	Meningokokowe i inne bakt. zap. opon mózgowych i mózgu ogółem	38	1,82	63	3,02	875	2,27	960	2,49
10	Wirusowe zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	78	3,74	61	2,93	1191	3,11	1388	3,61
11	Płonica (szkarlatyna)	870	41,77	1252	60,06	16 432	42,76	20369	53,01
12	Odra	-	-	1	0,05	63	0,16	133	0,35
13	Różyczka	24	1,15	59	2,83	496	1,29	1105	2,88
14	Ospa wietrzna	11308	542,89	8969	430,27	173 579	451,71	160707	418,22
15	Wirusowe zapalenie wątroby - ogółem	753	36,15	694	33,29	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH
16	Wirusowe zapalenie wątroby typu A	107	5,14	3	0,14	3072	7,99	35	0,09
17	Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ogółem	259	12,43	273	13,10	3295	8,57	3806	9,90
18	Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ostre	2	0,10	2	0,10	55	0,14	50	0,13
19	Wirusowe zapalenie wątroby typu B – przewlekłe i BNO	257	12,34	271	13,00	3240	8,43	3756	9,77
20	Wirusowe zapalenie wątroby typu C	385	18,48	417	20,00	3 932	10,23	4261	11,09
21	Wirusowe zapalenie wątroby typu B + C (zakażenie mieszane)	2	0,10	1	0,05	31	0,08	21	0,05
22	Wirusowe zapalenie wątroby inne i nie określone	-	-	-	-	14	0,04	5	0,01
23	Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)	92	4,42	104	4,99	1 669	4,34	1978	5,15
24	Krztusiec	331	15,89	559	26,82	3 045	7,92	6828	17,77
25	Tęžec	-	-	-	-	12	0,03	12	0,03
26	Borelioza	545	26,17	605	29,02	21 528	56,02	21200	55,17
27	Malaria (zimnica)	1	0,05	1	0,05	26	0,07	38	0,10
28	Włośnica	-	-	-	-	10	0,03	4	0,01
29	AIDS	-	-	1	0,05	116	0,30	119	0,31
30	Nowo wykryte zakażenia HIV	35	1,68	34	1,63	1485	3,86	1387	3,61
31	Grypa i podejrzenia grypy - ogółem	294145	14121,66	280272	13445,37	5 043 543	13125,06	4316823	11233,88
32	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	145136	46217,24	140459	44789,08	2 269 246	39397,91	2038966	35399,86
33	Grypa - ogółem (przyp. potw. laboratoryjnie)	101	4,85	194	9,30	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH
34	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	17	5,41	64	20,37	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH
35	Gruźlica	236	11,33	271	13,00	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	6444	16,80

Umieralność z powodu chorób zakaźnych utrzymywała się na stosunkowo niskim poziomie. W województwie kujawsko-pomorskim w 2017 roku wynosiła 3,26 na 100 tys. ludności. Zarejestrowano 68 zgonów (o 24 mniej niż w roku 2016), których przyczyną były choroby zakaźne. Dominowały, podobnie jak w latach ubiegłych, posocznica (35,3%), zakażenia jelitowe wywołane przez *Clostridium difficile* (26,5%) i gruźlica (25,0%). Podobnie, jak w latach poprzednich najwięcej zgonów odnotowano w grupie osób powyżej 60 roku życia, ok. 73,5% ogółu zgonów z powodu chorób zakaźnych.

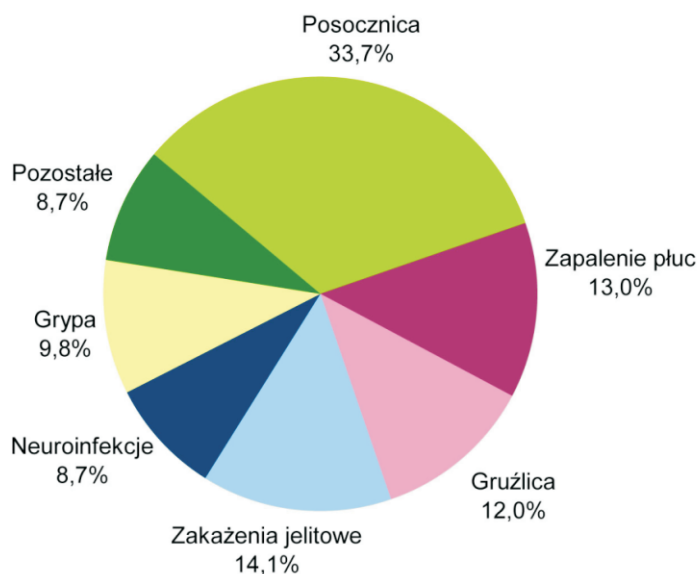
Przyczyny zgonów z powodu chorób podlegających rejestracji wg wieku.

Rok Grupy wiekowe	Posocznica		Zapalenie płuc		Neuroinfekcje		Zakażenia jelitowe		Gruźlica		Grypa		Pozostałe		RAZEM	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
0	1				1										2	
1					1										1	
2-4	1										1				2	
5-9								1							0	1
10-14															0	
15-19															0	
20-29							1		1						2	
30-39		1	1						1	2			1		3	3
40-49	1	2			1	1			2	2			1		5	5
50-59	3	3	2			1	1		3	5	1		1		11	9
60 i więcej	26	18	8	1	5	2	11	18	6	8	5	1	5	2	66	50
Razem	32	24	11	1	8	4	13	19	11	17	9	1	8	2	92	68

Umieralność z powodu chorób zakaźnych w województwie kujawsko-pomorskim, w 2017 roku.



Umieralność z powodu chorób zakaźnych w województwie kujawsko-pomorskim, w 2017 roku.



Choroby zakaźne objęte programem obowiązkowych szczepień ochronnych

Szczepienia ochronne są najskuteczniejszą metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne zarówno w wymiarze prewencji indywidualnej, jak i zbiorowej. Warunkiem osiągnięcia odporności w skali populacji jest wysoki odsetek zaszczepionych osób tj. co najmniej 95%.

Utrzymanie odporności populacyjnej, która zapobiega epidemicznemu szerzeniu się chorób, to ważny element nadzoru nad szczepieniami ochronnymi, co wobec wzrastającej w ostatnich latach aktywnej propagandy ruchów antyszczepionkowych, nabiera jeszcze większego znaczenia.

Nadzór nad chorobami zakaźnymi, którym zapobiega się poprzez szczepienia ochronne jest bardzo ważny, ze względu na to, że dane o zapadalności na te choroby mają bezpośrednie przełożenie na politykę szczepień.

Sytuacja epidemiologiczna takich chorób, jak: błonica, poliomyelitis, tężec, odra, krztusiec, świnka i różyczka zależna jest w znacznym stopniu od poziomu realizacji szczepień. Odsetek wykonania w regionie obowiązkowych szczepień ochronnych zapewnia odporność populacyjną.

Szczepienia ochronne dzieci w 1 roku życia wykonane były na poziomie niższym niż w roku ubiegłym.

Zarejestrowano obniżenie odsetka zaszczepienia przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis, Haemophilus influenzae typu b o 5,8%.

Szczepienia dzieci w 2 roku życia utrzymywały się na poziomie ubiegłorocznym poza szczepieniem przeciwko odrze, śwince i różyczce w 13-14 miesiącu życia. Tu spadek wszczepialności wyniósł 5,5 % w stosunku do roku ubiegłego. Ten trend obserwowany jest w regionie od 2013 roku i jest efektem rozpowszechniania przez ruchy antyszczepionkowe nieprawdziwych informacji na temat szkodliwości szczepień przeciwko odrze, śwince i różyczce.

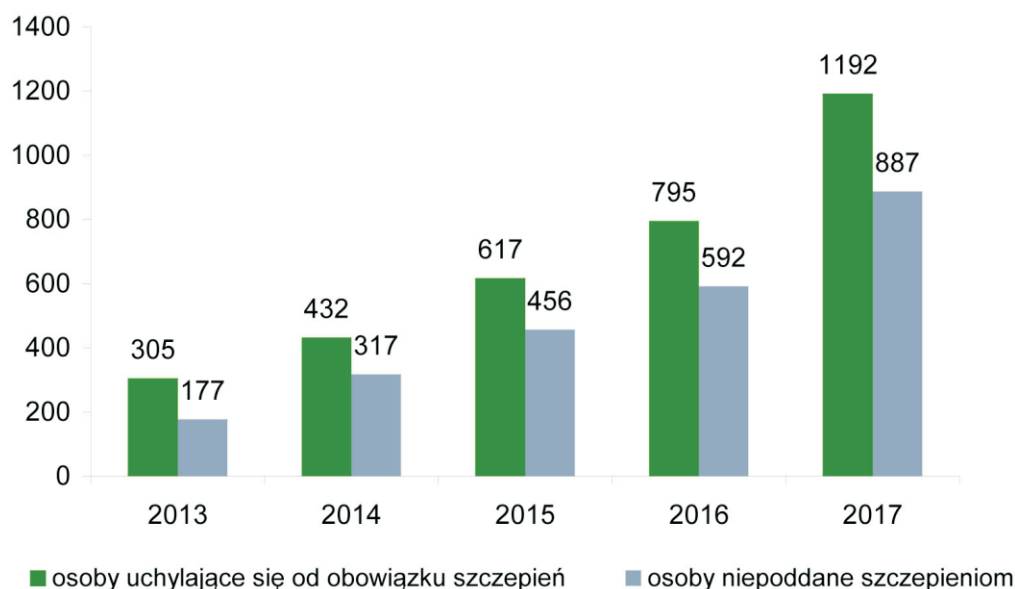
Odnotowano również niższe poziomy zaszczepienia dzieci i młodzieży szkolnej. Przewyższały one jednak średnie wartości zaszczepienia w kraju. Najniższe odsetki zaszczepienia odnotowano w przypadku szczepień przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis w 6 r.ż. Wpływ na to miały niskie odsetki zaszczepienia w powiatach: bydgoskim, toruńskim, gdzie odnotowano największą liczbę uchylających się od szczepień oraz w powiecie grudziądzkim. Nadal zagrożeniem dla utrzymania odporności populacyjnej są działania ruchów antyszczepionkowych i rosnąca liczba uchylających się od szczepień ochronnych.

Przekazywanie nieprawdziwych, pseudonaukowych informacji na temat szczepień i szczepionek trafia mimo wszystko na podatny grunt, czego efektem jest rosnąca z roku na rok liczba uchylających się od szczepień.

W roku 2017 nie zaszczepiono 887 osób (0,2% populacji podlegającej szczepieniu). W stosunku do roku ubiegłego liczba ta wzrosła o 49,8%.

Nadal najczęstszą przyczyną odmowy szczepień są działania ruchów antyszczepionkowych.

Liczba osób niepoddanych obowiązkowym szczepieniom ochronnym i liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2013-2017.



W roku 2013 - I półrocze za osoby uchylające się od szczepień uznawano dzieci, młodzież i osoby dorosłe niepoddane obowiązkowym szczepieniom. Dopiero od II półrocza 2013 roku zmieniła się definicja osoby uchylającej się od szczepień, według której są to opiekunowie małoletnich osób lub bezradnych oraz osoby dorosłe, natomiast osoby niepoddane szczepieniom, to faktycznie nie szczepione dzieci, młodzież i osoby dorosłe.

To niekorzystne dla realizacji szczepień zjawisko wymaga od służb sanitarnych oraz lekarzy i pielęgniarek realizujących szczepienia dużej aktywności w działaniach na rzecz wysokiego poziomu uodpornienia populacji i akceptacji społecznej szczepień.

W 2017 roku w województwie kujawsko-pomorskim nie wystąpiły zachorowania na błonice, tężec i poliomyelitis. Kontynuowano nadzór i monitoring ostrych porażań wiotkich w ramach koordynowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) programu eradykacji poliomyelitis. Ma to istotne znaczenie wobec sytuacji epidemiologicznej poliomyelitis na świecie i możliwości transgranicznego rozprzestrzeniania się dzikiego wirusa polio. W 2017 roku zgłoszono do nadzoru tylko jeden przypadek ostrego porażenia wiotkiego.

W ramach uczestnictwa w programie eliminacji odry, koordynowanego przez WHO monitorowaniu winny podlegać wszystkie podejrzenia zachorowań na odrę. W 2017 roku zgłoszono 3 podejrzenia o zachorowanie na odrę, które wykluczono badaniem laboratoryjnym (1 przypadek), zmianą rozpoznania (2 przypadki). Czułość systemu nadzoru nad realizacją programu eliminacji odry w regionie jest nadal niewystarczająca.

Niezbędne jest więc podejmowanie działań na rzecz propagowania wśród lekarzy założeń programu, co w efekcie powinno poprawić zgłaszalność podejrzeń odry. Zasadnicze znaczenie w zapobieganiu zachorowaniom na odrę mają szczepienia ochronne, których nie można zastąpić innymi środkami ochronnymi, ze względu na dużą zaraźliwość choroby, która szerzy się drogą powietrzno-kroplową.

Zapadalność na krztusiec zmalała o ok.40% w stosunku do roku ubiegłego, ale przewyższała o 50% zapadalność krajową. Pomimo znacznego spadku rejestrowanych w regionie w 2017 roku zachorowań na krztusiec, działania na rzecz utrzymania wysokiego odsetka zaszczepienia populacji muszą być kontynuowane, bowiem wrażliwość populacji na zakażenie nadal się utrzymuje, o czym świadczą wskaźniki zachorowań.

Zgodnie z kryteriami klasyfikacji przypadków na potrzeby nadzoru epidemiologicznego spośród 331 zgłoszonych zachorowań tylko 55 (16,6%) spełniało kryteria kliniczne i laboratoryjne przypadku potwierdzonego. Znacząca większość zachorowań – 272 (82%) spełniała tylko kryterium kliniczne i mogła być zakwalifikowana jako zachorowania możliwe. Właściwa diagnostyka laboratoryjna chorób kaszlowych, tak niezwykle ważna w rozpoznawaniu zachorowań na krztusiec jest nadal niewystarczająca.

Odnotowano 29 ognisk środowiskowych krztuśca (26 rodzinnych, 1 szkolne, 1 przedszkolne, 1 w zakładzie pracy) w których zachorowały łącznie 62 osoby.

Najistotniejszym czynnikiem sprzyjającym szerzeniu się krztuśca w populacji jest zjawisko naturalnego zanikania odporności na tę chorobę, zarówno w wyniku szczepienia jak i przechorowania.

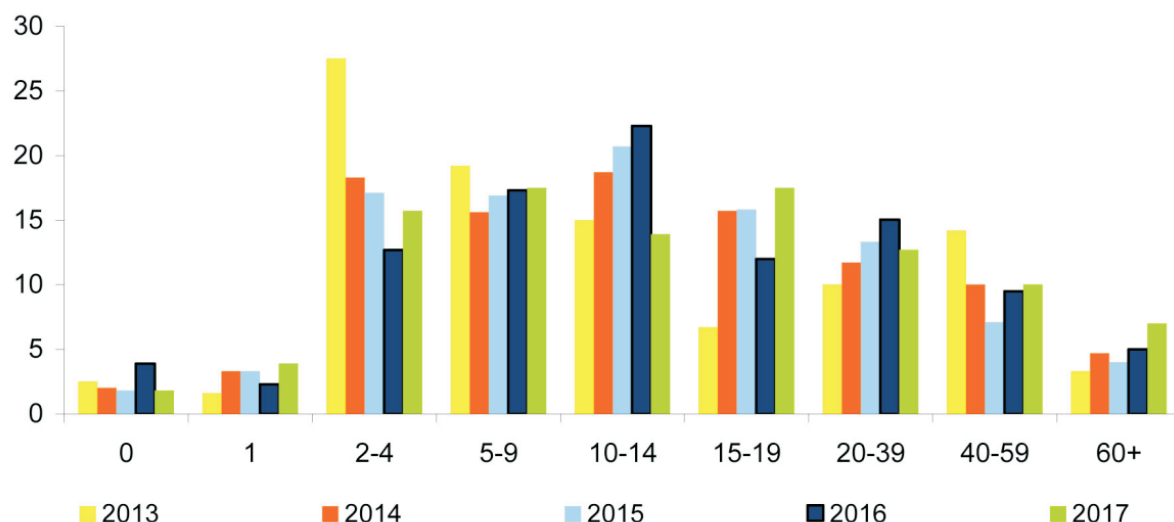
W omawianym okresie utrzymywał się obserwowany od kilku lat trend przesunięcia zachorowań na krztusiec na starsze dzieci i osoby dorosłe, u których najczęściej objawem infekcji był przewlekający się kaszel. Najliczniej zachorowania występowały w grupie wieku 5-9 lat i 15-19 lat (po 17,5% ogółu zachorowań) i 10-14 lat (13,9 % ogółu zachorowań).

Częściej chorowały dziewczęta/kobiety – ok.60% ogółu zachorowań. Obserwowana od kilku lat sytuacja epidemiologiczna krztuśca w kraju spowodowała to, że do Programu Szczepień Ochronnych wprowadzono w 2016 roku drugą dawkę przypominającą szczepień przeciw krztuścowi u dzieci w 14 roku życia. Efekty wprowadzonej dodatkowej dawki szczepionki przeciw krztuścowi mogą być widoczne dopiero za kilka lat.

Zachorowania na krztusiec w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2013- 2017. Liczba i odsetek zachorowań wg wieku.

Wiek w latach	2013		2014		2015		2016		2017	
	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%
0	3	2,5	6	2,0	8	1,8	22	3,9	6	1,8
1	2	1,6	10	3,3	15	3,3	13	2,3	13	3,9
2-4	33	27,5	55	18,3	77	17,1	71	12,7	52	15,7
5-9	23	19,2	47	15,6	76	16,9	97	17,3	58	17,5
10-14	18	15	56	18,7	93	20,7	124	22,3	46	13,9
15-19	8	6,7	47	15,7	71	15,8	67	12,0	58	17,5
20-39	12	10	35	11,7	60	13,3	84	15,0	42	12,7
40-59	17	14,2	30	10,0	32	7,1	53	9,5	33	10,0
60+	4	3,3	14	4,7	18	4,0	28	5,0	23	7,0
	120	100	300	100,0	450	100,0	559	100,0	331	100,0

Krztusiec w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2017. Odsetek zachorowań wg wieku.



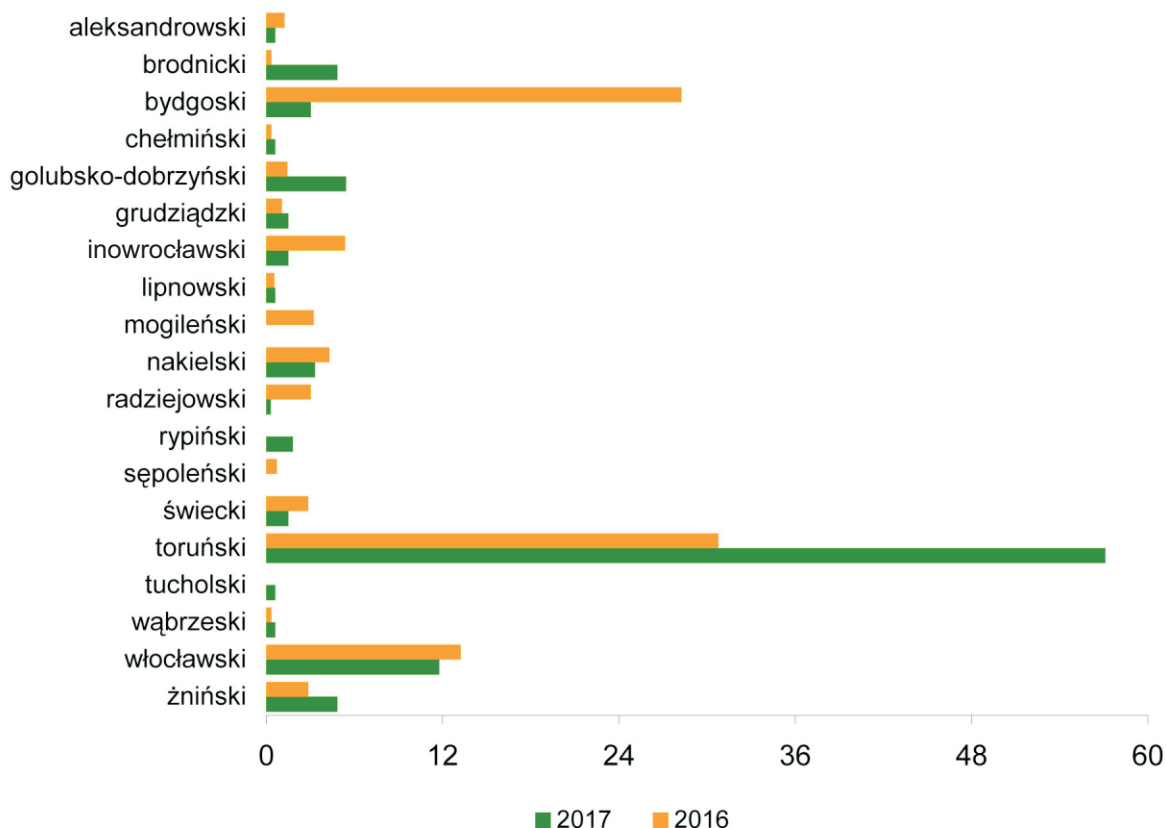
Wskaźniki zaszczepienia przeciw krztuścowi dzieci do 2-go roku życia utrzymywały się na dobrym poziomie. Analiza raportów jednostkowych zachorowań na krztusiec wykazała, że wśród 331 chorych, 31 osób nie było szczepionych a w przypadku 59 osób nie była znana historia szczepień. Wśród pozostałych chorych, 79 osób otrzymało szczepienie podstawowe (4 dawki), a 142 osoby (5 dawek, szczepienie podstawowe i uzupełniające), 10 osób otrzymało 3 dawki szczepionki, 2 osoby 2 dawki szczepionki, 2 osoby 1 dawkę szczepionki. Zachorowania na krztusiec w grupie osób szczepionych pełnym cyklem szczepień mogą być wynikiem stopniowej utraty odporności poszczepiennej, dlatego tak zasadne było rozszerzenie szczepień o dodatkową dawkę przypominającą.

Zachorowania na krztusiec w 2017 roku wg grup wiekowych i liczby otrzymanych dawek szczepionki przeciwkrztuścowej.

Liczba dawek szczepionki p/krztuścowej	Grupy wiekowe															ogółem
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-74	75+	
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8	10	5	31
1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
4	55	6	1	7	1	6	2	1	0	0	0	0	0	0	0	79
5	0	51	40	50	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	142
6	0	0	5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6
brak dokumentacji szczepień	0	1	0	1	1	6	10	14	9	7	6	4	0	0	0	59
ogółem	71	58	46	58	2	13	12	15	9	8	6	10	8	10	5	331

Terytorialny rozkład zachorowań na krztusiec przedstawiał się następująco:

Krztusiec w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017. Odsetek zachorowań wg powiatów.

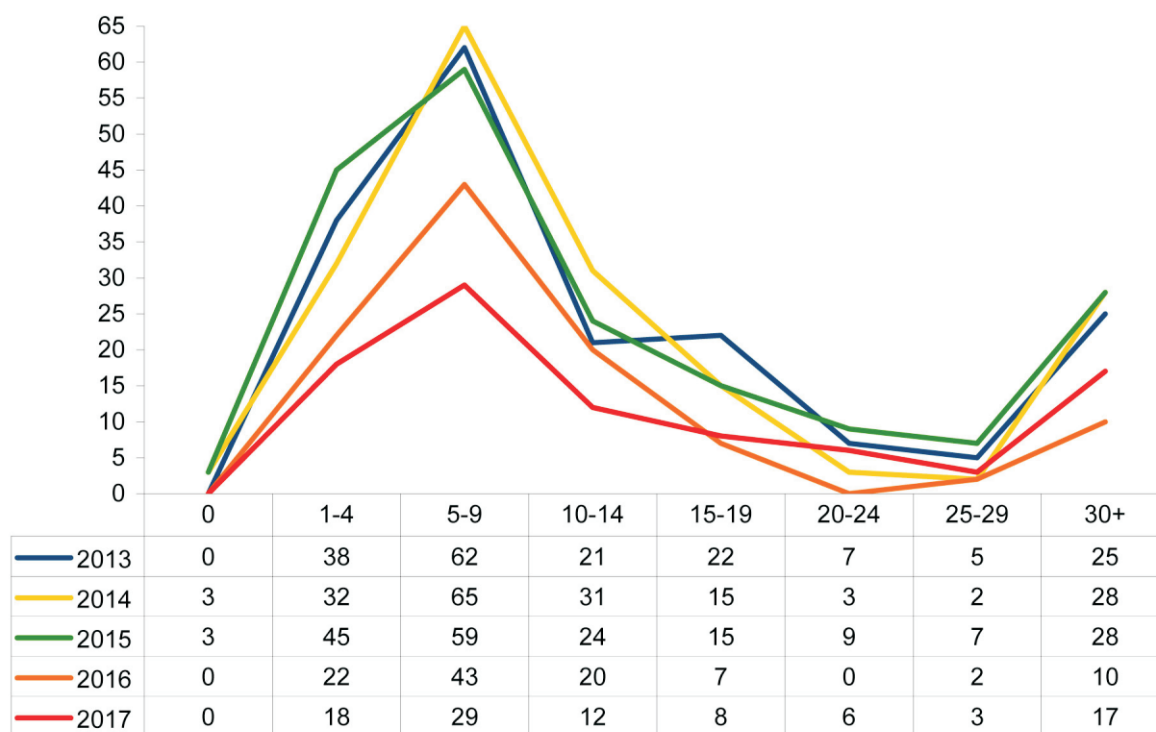


Cykliczną zmienność obserwujemy nie tylko w przypadku krztuśca ale również świnki, różyczki i ospy wietrznej tj. typowych chorób wieku dziecięcego.

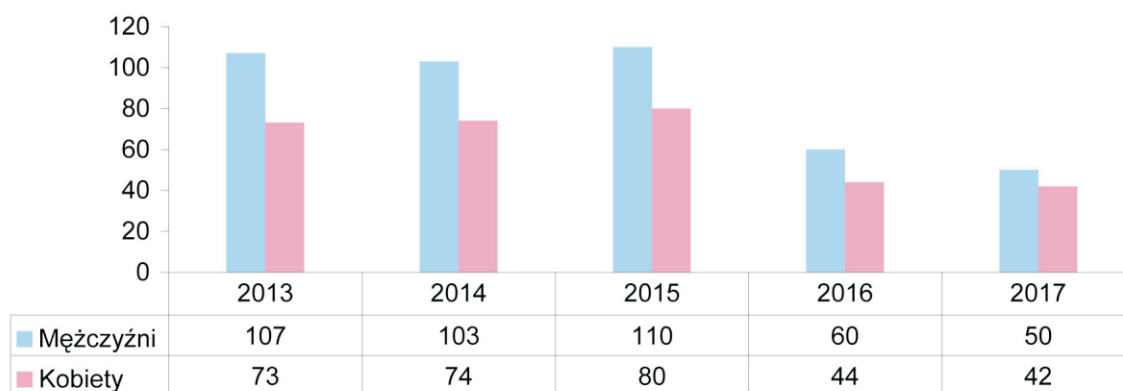
Przed wprowadzeniem obowiązkowych szczepień przeciw śwince wzrost zachorowań występował co 3-4 lata. Od wprowadzenia w 2003 roku powszechnych szczepień przeciw odrze, śwince i różyczce z użyciem szczepionki trójwalentnej według dwudawkowego schematu szczepień, utrzymuje się ciągły spadek liczby zachorowań choć w ostatnich latach dynamika tego procesu uległa spowolnieniu. W 2017 roku zapadalność na świnkę zmalała o 11% i była zbliżona do zapadalności krajowej.

Najwięcej zachorowań, podobnie jak w latach poprzednich, wystąpiło w grupie wieku 5-9 lat (31,5% ogółu zachorowań), 1-4 lata (19,6% ogółu zachorowań) i powyżej 30 lat (18,5% ogółu zachorowań). Częściej chorowali chłopcy i młodzi mężczyźni (około 54% ogółu zachorowań). Osoby nie szczepione przeciw śwince lub z brakiem udokumentowanych szczepień stanowiły 27,2% zachorowań. Istnieje nadal potrzeba nadzoru nad wykonaniem szczepień celem utrzymania wysokiego poziomu zaszczepienia populacji.

Świnka w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Zachorowania wg wieku (ukończone lata).

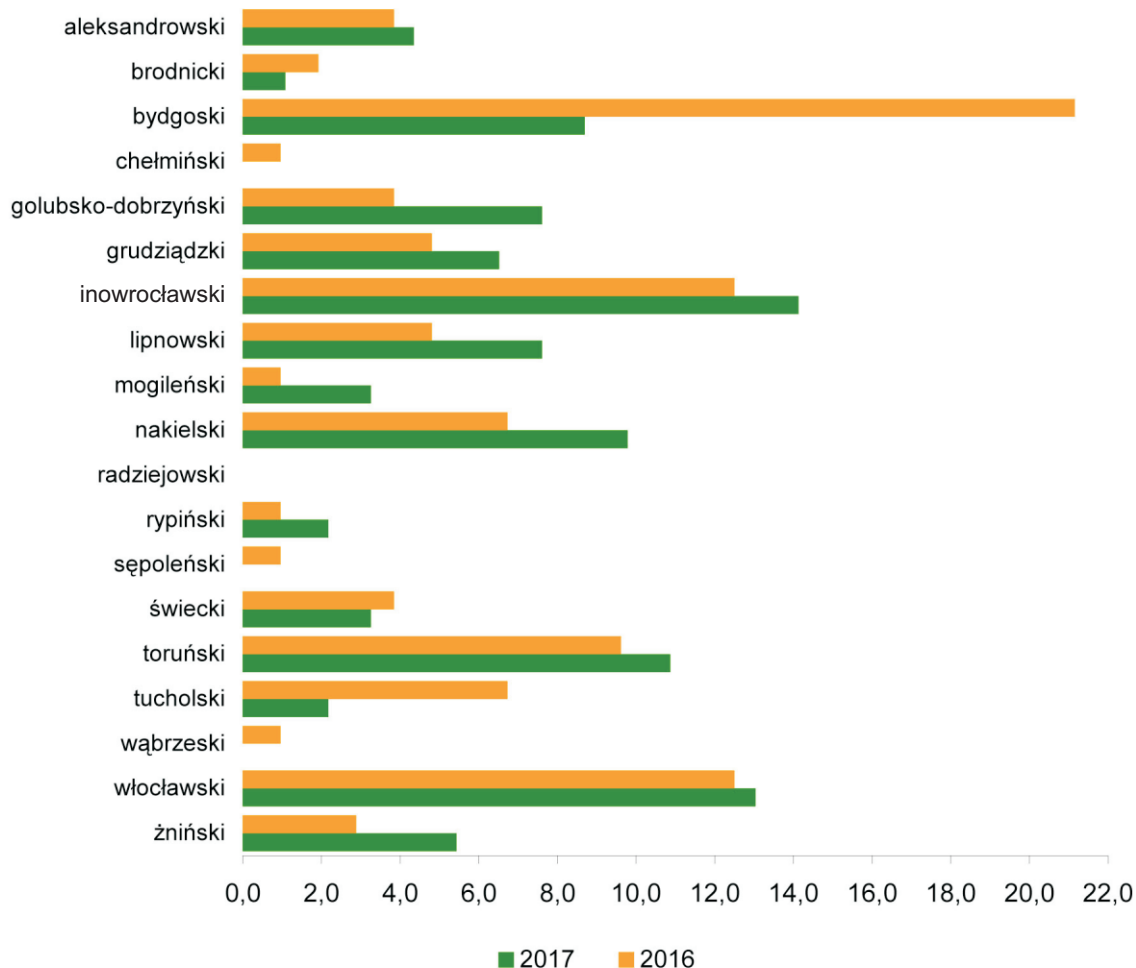


Świnka w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Zachorowania wg płci.



Terytorialny rozkład zachorowań na świnkę w regionie przedstawiał się następująco:

Świnka w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2016-2017. Odsetek zachorowań wg powiatów.



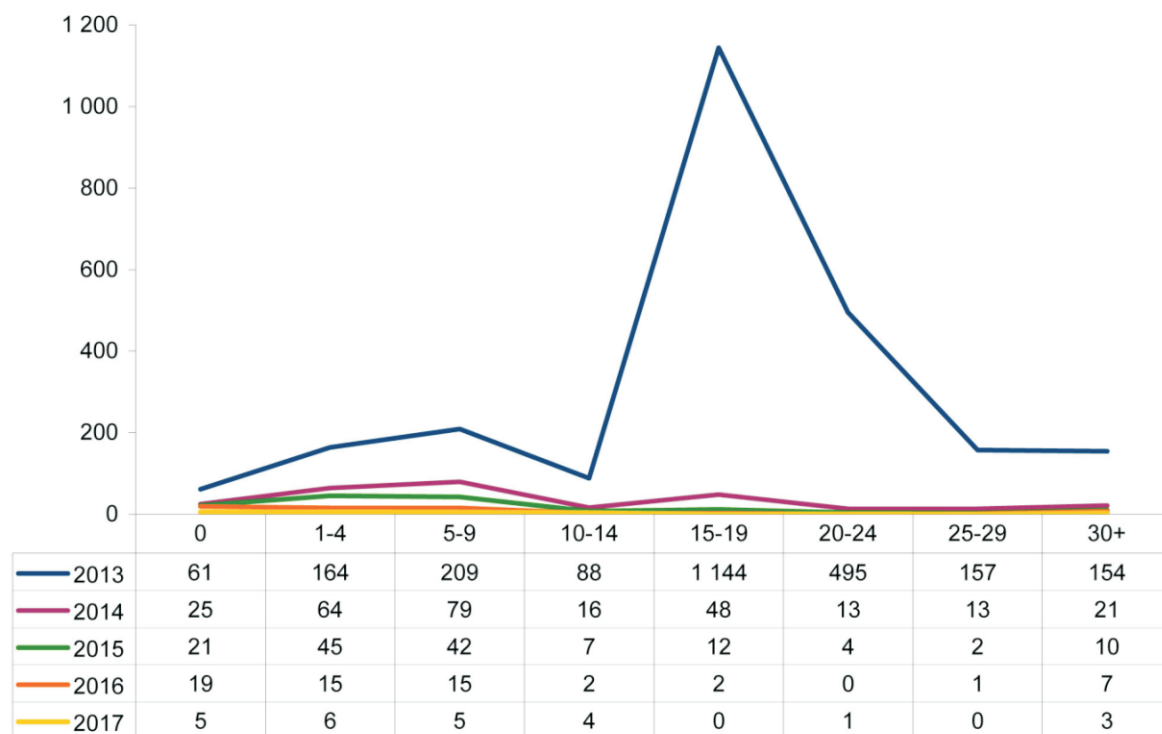
Od 2004 roku różyczka objęta jest Programem Eliminacji koordynowanym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), którego celem jest zahamowanie transmisji wirusa różyczki w środowisku oraz eliminacja zakażeń kobiet w ciąży. To w efekcie ma zapobiec zespołowi różyczki wrodzonej u dzieci.

Po epidemii wyrównawczej różyczki w 2013 roku, obserwujemy od 2014 roku spadek zapadalności na tę chorobę. W 2017 roku odnotowano w regionie 2,5-krotny spadek zapadalności, podobny trend obserwowano również w kraju. W omawianym okresie zapadalność dla naszego regionu była niższa od zapadalności krajowej.

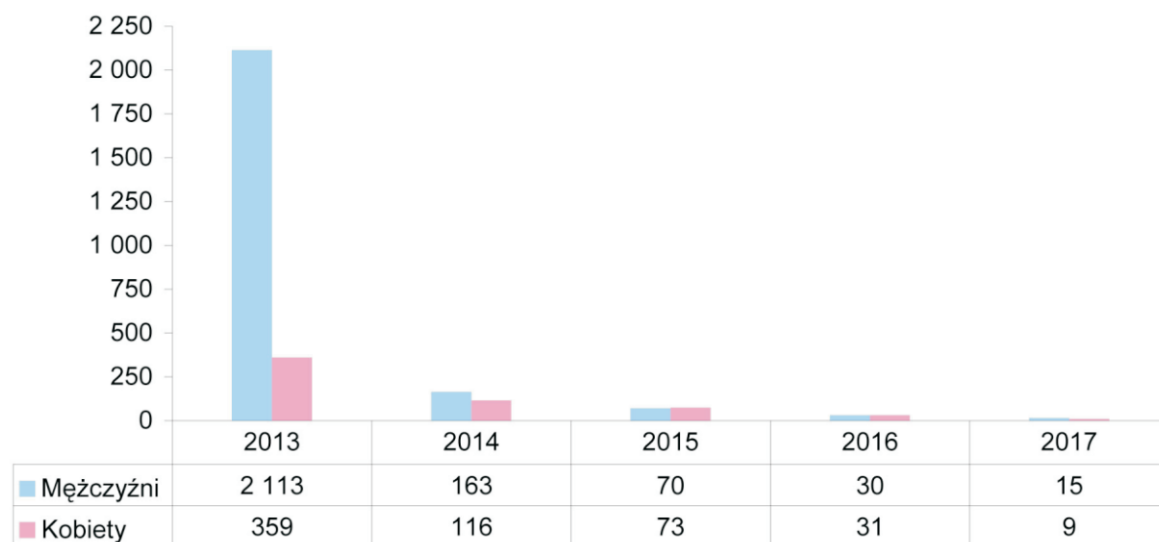
Analiza grup wiekowych zachorowań na różyczkę w 2017 roku wykazała, że zachorowania w następujących grupach wiekowych kształtowały się na zbliżonym poziomie: w grupie wieku 1-4 lata (25% ogółu zachorowań), w grupie 0 i 5-9 lat (po 21% ogółu zachorowań) i 10-14 lat (16,7% ogółu zachorowań).

Częściej chorowali chłopcy/mężczyźni 62,5% zachorowań. Osoby nie szczepione przeciw różyczce stanowiły ok. 52% ogółu zachorowań. Wśród chorych nie szczepionych 80% stanowili chłopcy/mężczyźni. Zachorowania wśród mężczyzn nie szczepionych oraz fakt, że około 50% zakażeń wirusem różyczki przebiega subklinicznie, stanowi ryzyko zachorowań na różyczkę kobiet w wieku rozrodczym.

Różyczka w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2013-2017. Liczba zachorowań wg wieku (ukończone lata).

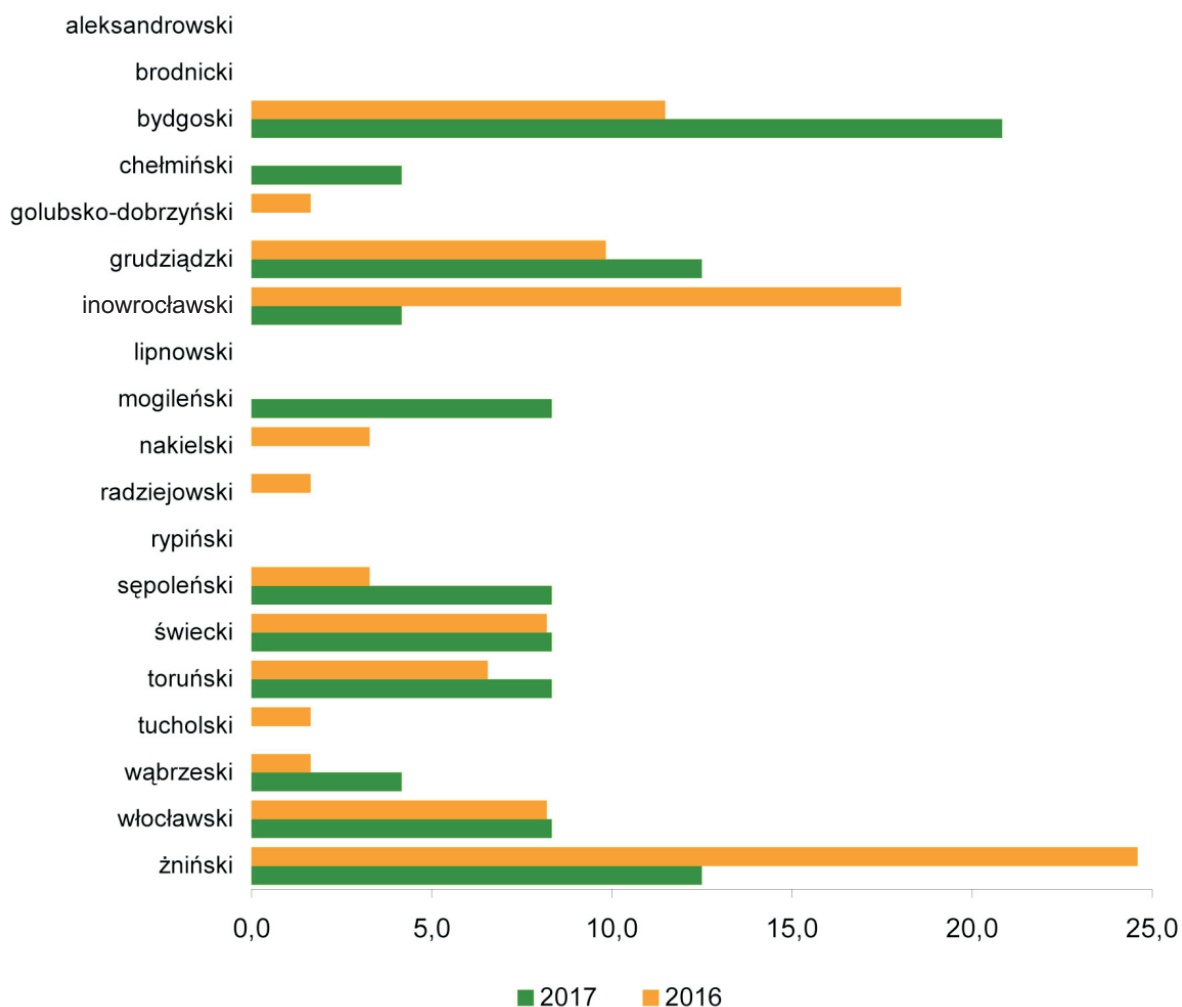


Różyczka w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2013-2017. Liczba zachorowań według płci.



Terytorialny rozkład zachorowań na różyczkę w regionie przedstawiał się następująco:

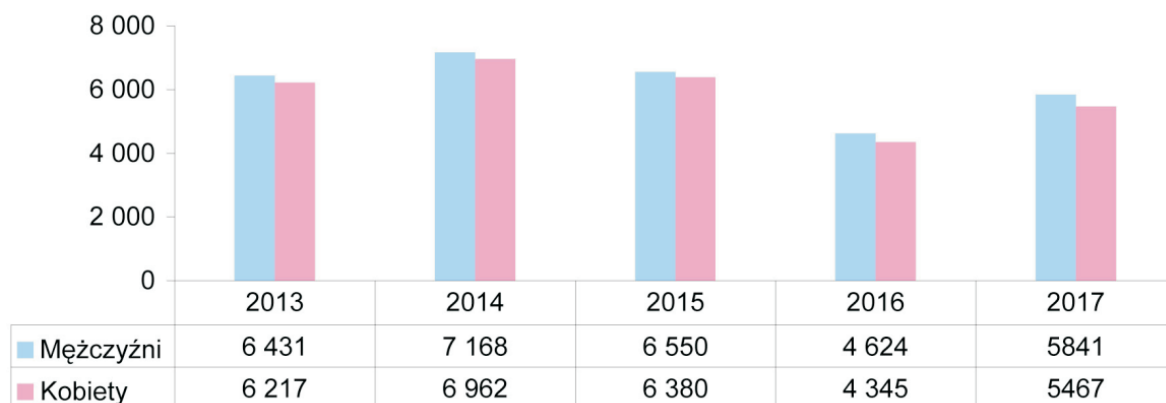
Różyczka w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2016-2017. Odsetek zachorowań według powiatów.



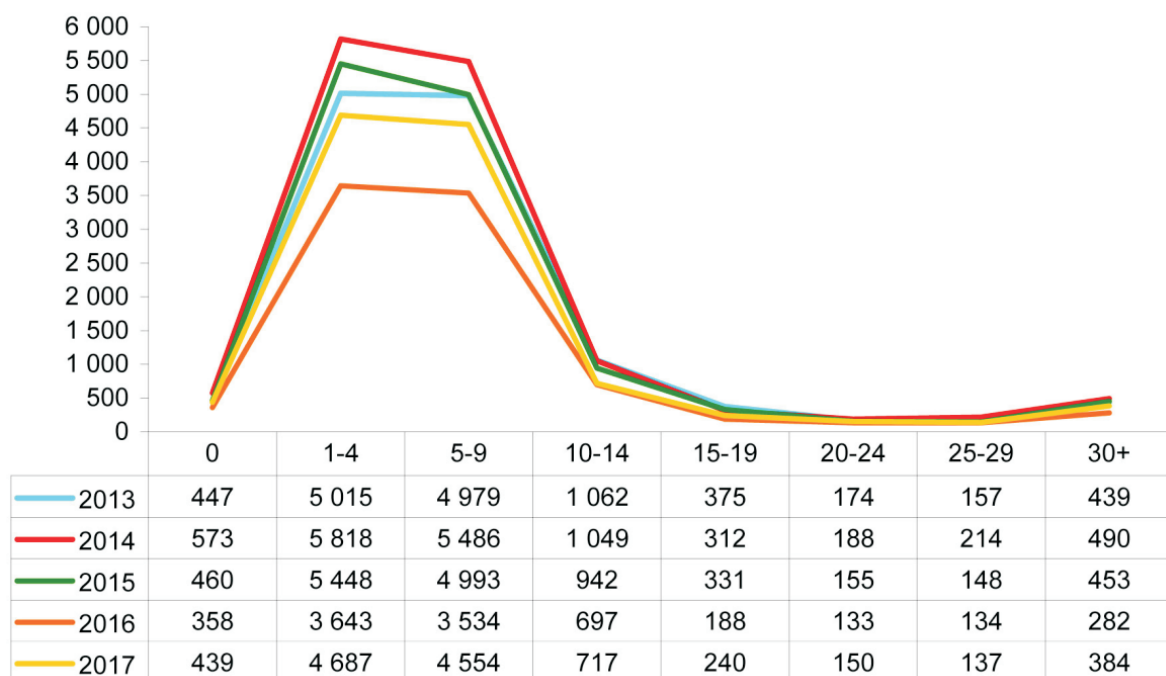
W 2017 roku zaobserwowano dalszy spadek zapadalności na ospę wietrzną o około 11% w stosunku do roku ubiegłego ale przewyższała ona nieznacznie zapadalność krajową.

Trend występowania największej liczby zachorowań na ospę wietrzną u dzieci i młodzieży do 14 roku życia obserwowany był również w omawianym okresie. Zachorowania w grupie wieku 0-14 lat stanowiły 92% ogółu zachorowań. Nieznacznie częściej chorowali chłopcy/mężczyźni - przeszło 51% ogółu zachorowań. Najskuteczniejszym działaniem profilaktycznym są szczepienia. Zachorowania wśród osób nie szczepionych stanowiły, podobnie jak w latach poprzednich ok. 99% ogółu zachorowań. Propagowanie szczepień przeciwko ospie wietrznej, które obecnie jako obowiązkowe są tylko w grupach ryzyka i wzrost liczby osób szczepionych, pomógłby utrzymać trend spadkowy zachorowań w następnych latach.

Ospa wietrzna w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Liczba zachorowań wg płci.

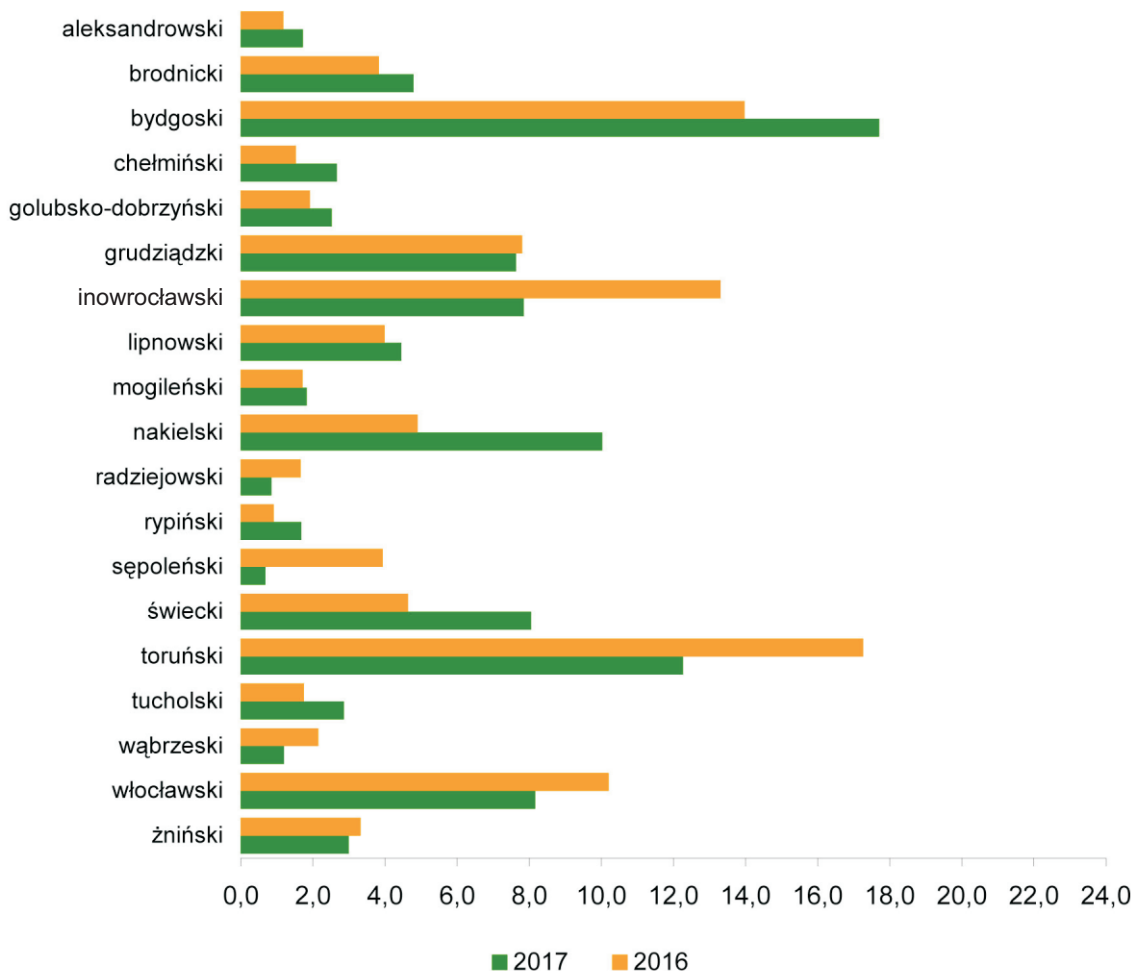


Ospa wietrzna w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Liczba zachorowań wg wieku (ukończone lata).



Terytorialny rozkład zachorowań na ospę wietrzną w regionie przedstawiał się następująco:

Ospa wietrzna w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017. Odsetek zachorowań według powiatów.



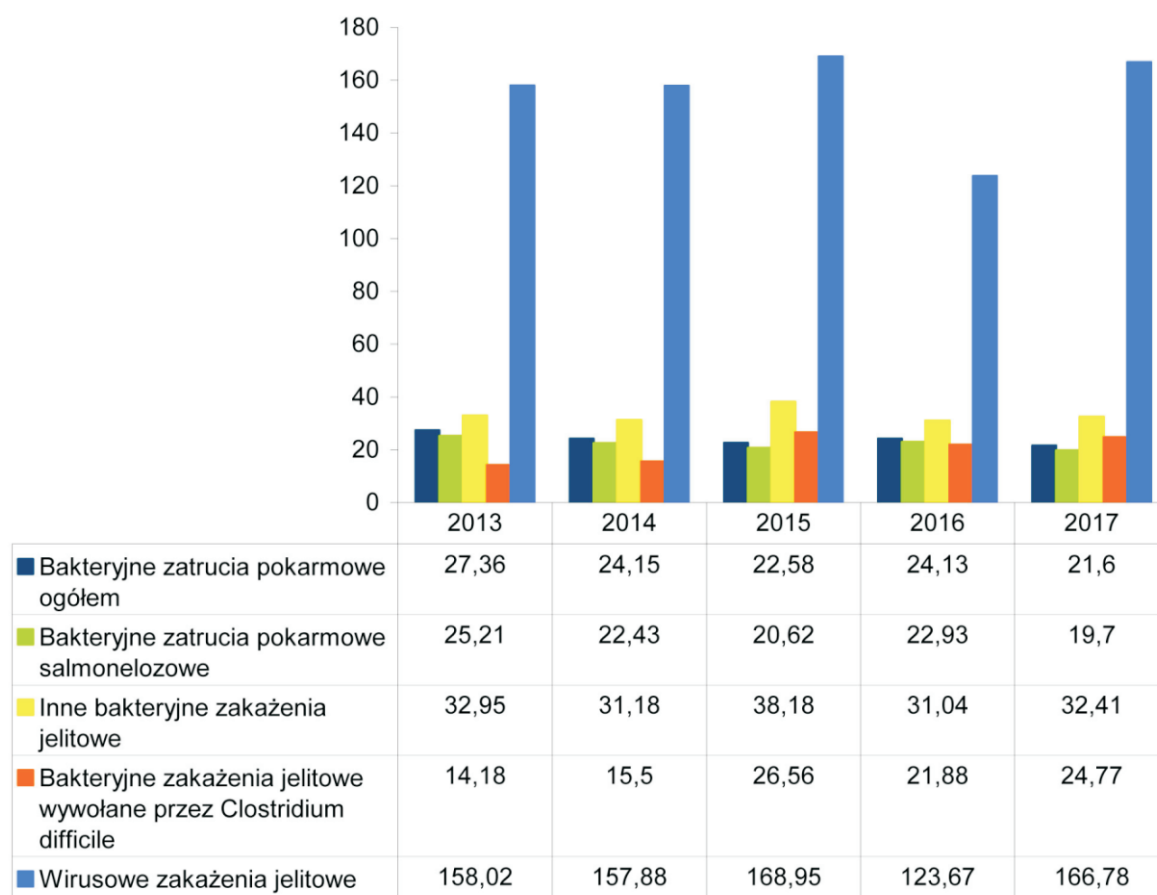
Sytuacja epidemiologiczna inwazyjnych zakażeń wywołanych przez *Haemophilus influenzae* w regionie od wielu lat jest korzystna. To efekt wprowadzonych w 2007 roku obowiązkowych szczepień ochronnych. Zapadalność, podobnie jak w latach ubiegłych była niższa od jedności. W roku 2017 roku zgłoszono 6 przypadków zachorowań wywołanych przez ten patogen. Postacią kliniczną zachorowań była posocznica (5 przypadków) i zapalenie płuc (1 przypadek).

Zatrucia i zakażenia pokarmowe wywołane przez czynniki biologiczne

Zatrucia pokarmowe i zakażenia jelitowe to grupa chorób przenoszonych drogą pokarmową, niejednorodna pod względem etiologicznym i wyodrębniona w nadzorze epidemiologicznym ze względu na ważną rolę w zdrowiu publicznym. Zapadalność na te jednostki chorobowe jest miarą bezpieczeństwa żywności, stanu warunków sanitarno-higienicznych obiektów produkcji i obrotu żywnością, a także higieny przyrządzania i spożywania posiłków w środowiskach domowych oraz, ze względu na coraz częstsze występowanie ognisk epidemicznych chorób przenoszonych drogą pokarmową w placówkach ochrony zdrowia, miarą przestrzegania procedur sanitarno-higienicznych w tych obiektach.

W województwie kujawsko-pomorskim, w roku 2017, w odniesieniu do roku 2016, odnotowano spadek zapadalności na zatrucia pokarmowe o etiologii bakteryjnej ogółem, w tym salmonelozowe, wzrost zapadalności na inne bakteryjne zakażenia jelitowe ogółem, w tym o etiologii *Clostridium difficile* oraz znaczny wzrost zapadalności na zakażenia jelitowe o etiologii wirusowej.

Bakteryjne zatrucia pokarmowe, inne bakteryjne zakażenia jelitowe oraz wirusowe zakażenia jelitowe w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2013-2017 Zapadalność na 100 tys. ludności.

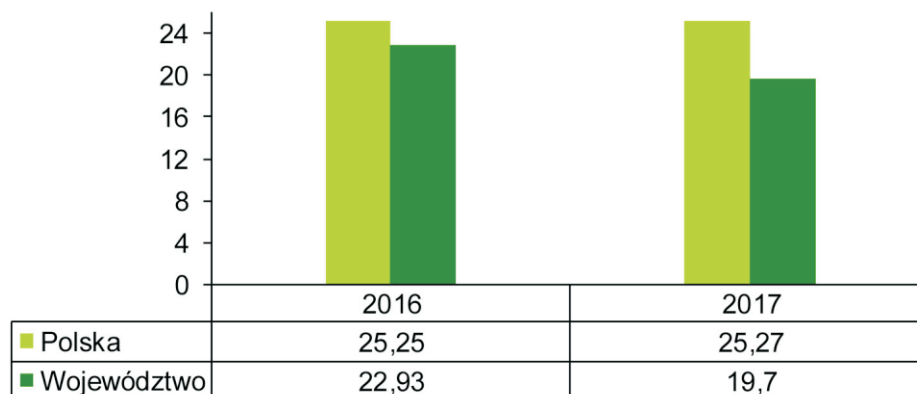


Ogółem odnotowano 450 przypadków bakteryjnych zatruc pokarmowych. To najmniej od 2013 r. Zapadalność - 21,6 była niższa od krajowej - 26,58.

Od wielu lat, podobnie jak w kraju, zasadniczym czynnikiem etiologicznym bakteryjnych zatruc pokarmowych są odzwierzęce typy pałeczek *Salmonella*. Udział zatruc o etiologii salmonelozowej wyniósł w 2017 r., w województwie kujawsko-pomorskim ponad 91%. Zapadalność 19,7 była niższa od krajowej - 25,27. Odnotowano 89 zachorowań na salmonelozę w ogniskach i 321 przypadków sporadycznych. W 146 przypadkach sporadycznych zatruc pokarmowych czynnikiem etiologicznym były pałeczki jelitowe *Salmonella* z grupy serologicznej D, w tym pałeczki serotypu *Salmonella* Enteritidis - 101 (31,5% sporadycznych zachorowań na salmonelozę). Nie określono serogrupy/serotypu pałeczek *Salmonella* w 120 przypadkach. Nośnikami pokarmowymi sporadycznych zatruc pokarmowych o etiologii *Salmonella* były przede wszystkim potrawy z jaj lub z dodatkiem jaj. Sporadyczne zachorowania na salmonelozę u dzieci poniżej 5 lat stanowiły ponad 41% wszystkich zachorowań wywołanych przez pałeczki *Salmonella*.

20% wszystkich, sporadycznych zatruć pokarmowych o etiologii *Salmonella* odnotowano w powiecie toruńskim. Przypadki rejestrowane w powiecie bydgoskim stanowiły 12,8%, w powiecie grudziądzkim - 8%, a we wrocławskim - 10%.

Zatrucia pokarmowe o etiologii salmonelozowej w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2016-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności.



Salmonelozowe zakażenia pozajelitowe w województwie kujawsko-pomorskim, wystąpiły głównie pod postacią posocznicy i kształtowały się na zbliżonym poziomie, jak w roku 2016 - zap. odpowiednio: 1,39 i 1,49.

Spośród innych bakteryjnych zatruć pokarmowych odnotowano 22 zachorowania wywołane przez gronkowce (zap. 1,06), z czego 20 wystąpiło w ognisku choroby przenoszonej drogą pokarmową. W roku 2017 nie notowano zatruć o etiologii gronkowcowej.

W grupie chorób inne bakteryjne zakażenia jelitowe, największy wzrost zapadalności odnotowano w zakresie zakażeń wywołanych przez przetrwalnikującą laseczkę *Clostridium difficile*. Zapadalność 24,77 była niższa od notowanej w kraju - 30,46. Udział zakażeń jelitowych o etiologii *Clostridium difficile* wzrósł w grupie innych bakteryjnych zakażeń jelitowych z 43% w 2013 r. do 76,4% w roku 2017.

W stosunku do roku 2013, odnotowano 1,7-krotny wzrost zapadalności. Notowano zakażenia sporadyczne oraz zakażenia w ogniskach epidemicznych zakażeń związanych z opieką zdrowotną.

Coraz częściej były rozpoznawane i rejestrowane zakażenia o etiologii *Campylobacter*. W roku 2017 odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim 40 zachorowań, to ponad 1,5-krotnie więcej niż w roku 2016. Zapadalność 1,92 była wyższa od notowanej w kraju. Wzrost liczby notowanych przypadków świadczy o prowadzeniu diagnostyki laboratoryjnej w kierunku kampylobakteriozy. Większość zachorowań była wywołana pałeczką *Campylobacter jejuni*. Nośnikami pokarmowymi tych zakażeń było przede wszystkim mleko i przetwory mleczne oraz warzywa, owoce lub ich przetwory. Zachorowania najczęściej dotyczyły dzieci z grupy wiekowej 0-4 lata - 35 przypadków (87,5% wszystkich). Najwięcej (65% wszystkich) zakażeń jelitowych wywołanych pałeczkami z rodzaju *Campylobacter* zarejestrowano w powiecie wrocławskim.

Kolejnym patogenem, wywołującym zakażenia jelitowe były pałeczki z rodzaju *Yersinia*. W roku 2017 r. zarejestrowano 18 przypadków tych zakażeń. Wszystkie spowodowane były pałeczką *Yersinia enterocolitica*. Zapadalność 0,86 była niższa od krajowej - 2,3. W grupie dzieci w wieku 0-4 lata odnotowano 11 zachorowań. Najczęstszymi nośnikami pokarmowymi ww. zakażeń były warzywa, owoce lub ich przetwory. Najwięcej zakażeń jelitowych wywołanych pałeczkami z rodzaju *Yersinia* zarejestrowano w powiecie bydgoskim (6). Odnotowano jeden przypadek jersiniozy pozajelitowej.

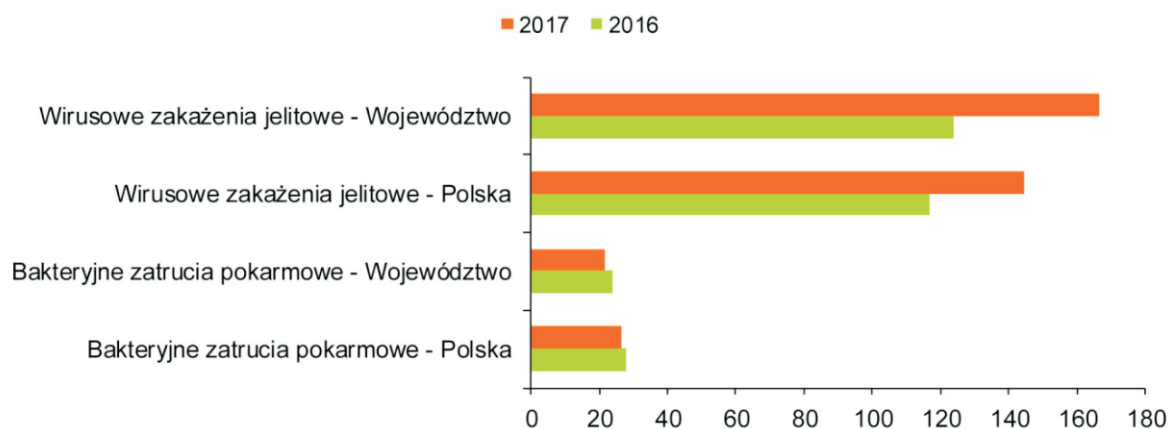
Pałeczki *Escherichia coli* były w roku 2017 przyczyną 16 sporadycznych zakażeń jelitowych (w 2016 r. - 26). U dwójki dzieci w pierwszym roku życia odnotowano: jeden przypadek ciężkiego zespołu hemolityczno-mocznicowego w przebiegu zakażenia *Escherichia coli* enterokrwotoczną oraz jedno zakażenie wywołane szczepem enteropatogennym, typ serologiczny O128. Pozostałe zakażenia jelitowe o etiologii *E. coli* inna i BNO notowano u 11 dzieci oraz u trojga dorosłych, w wieku powyżej lat 60. Nośnikami pokarmowymi ww. zakażeń były najczęściej warzywa i owoce lub ich przetwory.

W województwie kujawsko-pomorskim, w obszarze bakteryjnych, sporadycznych zatruc pokarmowych i zakażeń jelitowych, w stosunku do roku 2016, udział zachorowań powiązanych ze spożyciem potraw z jaj/z dodatkiem jaj był wyższy. Odnotowano wzrost zachorowań powiązanych ze spożyciem warzyw, owoców i ich przetworów oraz spadek udziału zachorowań powiązanych ze spożyciem mleka i potraw mlecznych oraz nośników mięsnych. Odnotowano ponadto spadek zachorowań, w przypadku których nie ustalono nośnika pokarmowego (z poziomu 14,4 do 10,4%), co może świadczyć o poprawiającej się wnikliwości dochodzeń epidemiologicznych.

W roku 2017, zarówno wśród bakteryjnych zatruc pokarmowych, jak i bakteryjnych zakażeń jelitowych, odnotowano spadek odsetka przypadków nie zidentyfikowanych pod względem czynnika chorobotwórczego - odpowiednio z 17 do 12,3% oraz z 4,8 do 3,5%.

W roku 2017, podobnie, jak w kraju, obserwowano w województwie kujawsko-pomorskim, w stosunku do roku 2016, wzrost zapadalności na wirusowe zakażenia jelitowe. Zgłoszono razem 3474 przypadki. To więcej o 35% w stosunku do roku 2016, a podobnie, jak w roku 2015. Zapadalność 166,78 była wyższa od krajowej - 144,68. Najwięcej, blisko 60% zgłoszonych przypadków dotyczyło zakażeń wywołanych przez rotawirusy. Wirusowe zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2 stanowiły ponad 40% wszystkich zachorowań.

Bakteryjne zatrucia pokarmowe i wirusowe zakażenia jelitowe w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności.



W 2017 roku, w województwie kujawsko-pomorskim, odnotowano jeden przypadek czerwonki bakteryjnej. Zachorowanie miało związek z pobytem w Kenii i spożyciem surowych owoców i soków owocowych w restauracji hotelowej.

Nie notowano przypadków duru brzuszego ani durów rzekomych. Nadzorem epidemiologicznym objętych było pięciu stałych nosicieli duru brzuszego (+70 lat) oraz jeden nosiciel duru rzekomego (2-letnie dziecko).

Zgłoszono 3 potwierdzone laboratoryjnie przypadki zatrucia toksyną jadu kiełbasianego. Zachorowania wystąpiły w ognisku domowym. Nie notowano zatruc toksynami grzybów trujących.

Rutynowemu nadzorowi epidemiologicznemu podlegają biegunki i zapalenia żołądkowo-jeli-

towe u dzieci do lat 2 o nieokreślonej etiologii, o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu. W roku 2017, w porównaniu z rokiem poprzednim, odnotowano spadek liczby zachorowań w tej grupie chorób. Zapadalność 1607,32 (w grupie dzieci do lat 2) była niższa od zapadalności krajowej (2236,74). Z analizy zgłaszanych przypadków pod kątem wykonanej diagnostyki laboratoryjnej, w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych wynika, że w blisko 70% przypadków nie wykonano żadnych badań laboratoryjnych w kierunku czynników etiologicznych wywołujących zachorowania. Wysoki odsetek przypadków, w których nie wykonywano badań diagnostycznych utrzymuje się w województwie kujawsko-pomorskim od wielu lat i wskazuje na małą liczbę szczegółowo rozpoznawanych biegunek u dzieci.

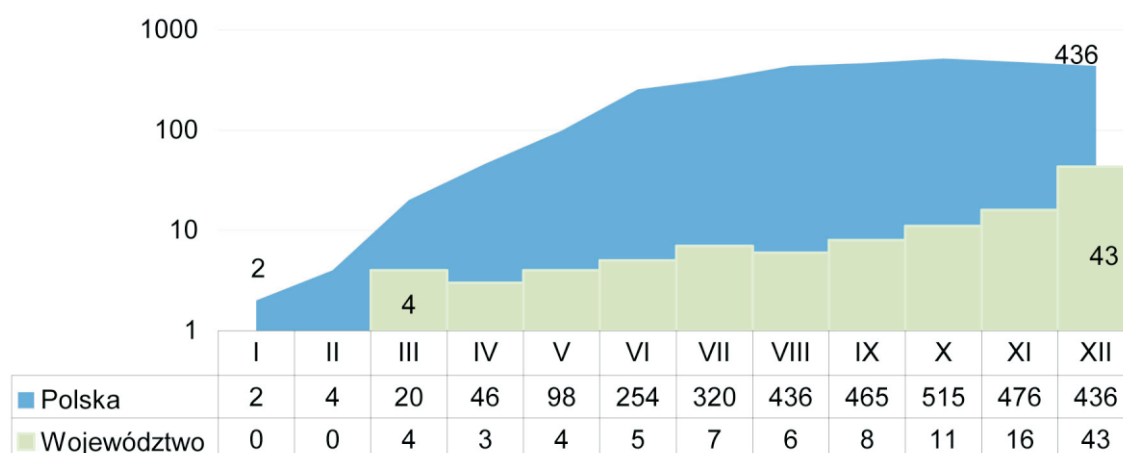
Głównym kierunkiem badań laboratoryjnych, które wykonano były bakterie i wirusy.

Wirusowe zapalenie wątroby typu A

Od początku 2017 r., podobnie jak w kraju i w Europie, w województwie kujawsko-pomorskim, obserwowany był znaczący wzrost zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A („żółtaczka pokarmowa” lub „choroba brudnych rąk”), którego przyczyną mogło być trwające w Europie ognisko wzv-A (z zachorowaniami głównie wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami - ang. MSM) oraz niska odporność populacji, związana z małą liczbą zachorowań notowanych w ubiegłych latach. Z tego względu, choroba łatwo szerzyła się w populacji, głównie drogą fekalno-oralną, ale także poprzez kontakty seksualne, szczególnie w grupie MSM.

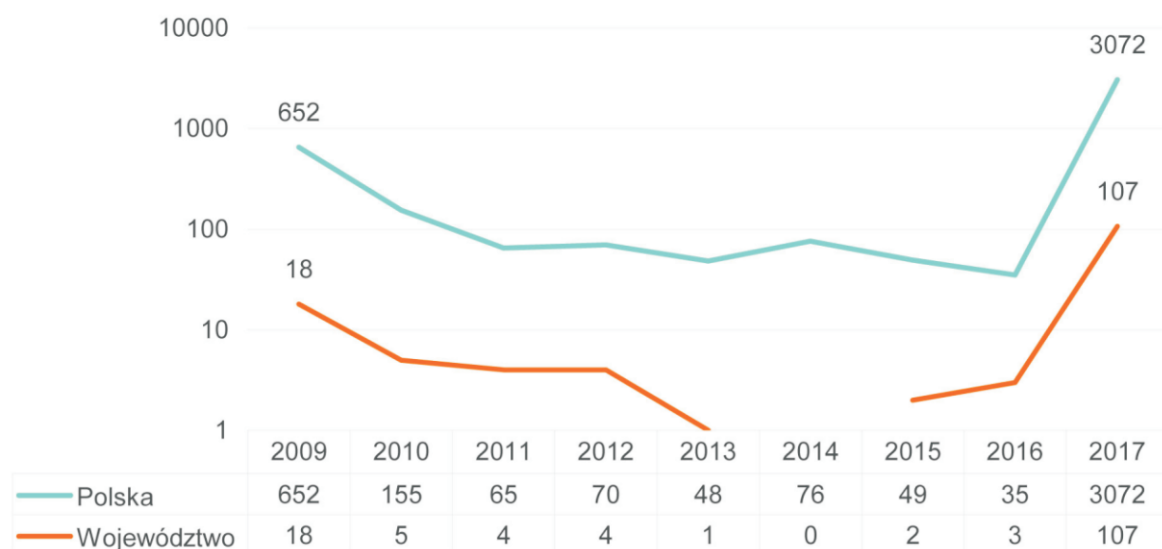
Wyraźne narastanie liczby zachorowań obserwowano w kraju od marca. W województwie kujawsko-pomorskim najwięcej przypadków odnotowano w IV kwartale 2017 roku - łącznie 70 (ponad 65% wszystkich). Szczyt zachorowań wystąpił w grudniu - 43 zachorowania.

Wirusowe zapalenie wątroby typu A w roku 2017, w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim. Liczba zachorowań według miesięcy (skala logarytmiczna).



Od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r. zarejestrowano w województwie kujawsko-pomorskim 107 przypadków wzv typu A, to prawie 3-krotnie więcej niż w latach 2009-2016 łącznie. Zapadalność wyniosła 5,13/100 tys. i była niższa od krajowej - 7,99. Liczba zachorowań w regionie stanowiła 3,5% wszystkich przypadków notowanych w kraju. Najwięcej zachorowań zgłoszono w województwach: mazowieckim (704), śląskim (537) i wielkopolskim (483).

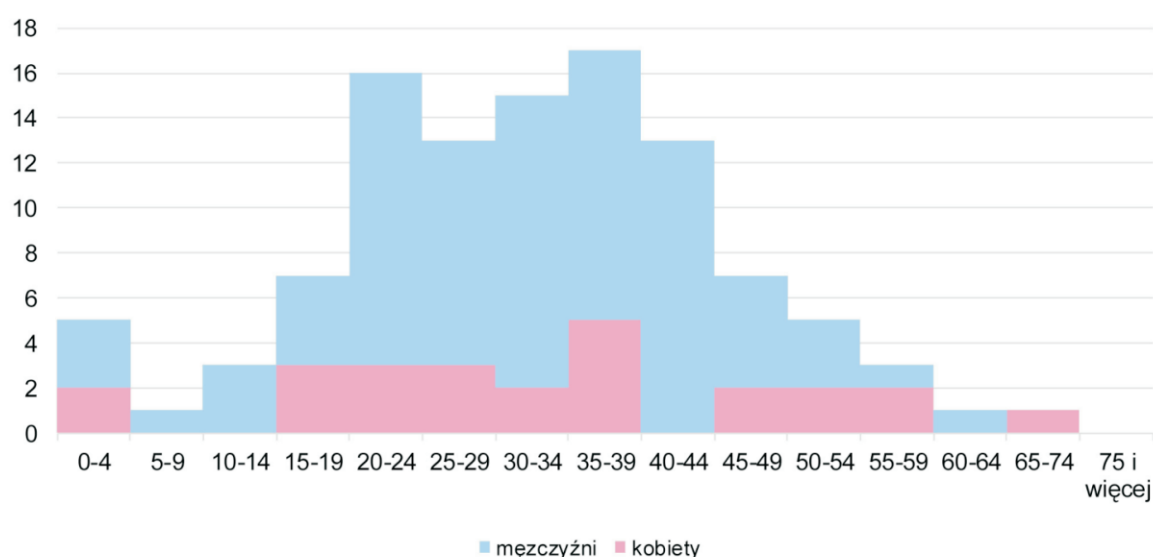
Wirusowe zapalenie wątroby typu A w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2009–2017, liczba przypadków.



Wśród chorych dominowali mężczyźni (82 przypadki, ponad 76% wszystkich). Najwięcej zachorowań u mężczyzn stwierdzono w grupach wiekowych pomiędzy 20 a 44 lata. Narażenia o charakterze MSM odnotowano w grupie wiekowej 20-27 lat. W dwóch przypadkach stwierdzono dodatkowo choroby weneryczne.

Zachorowało 25 kobiet w wieku od 3 do 69 lat. Odnotowano dwa zachorowania sporadyczne, 23 przypadki były zachorowaniami w ogniskach wzv-A, w tym 16 powiązano z jednym źródłem zakażenia.

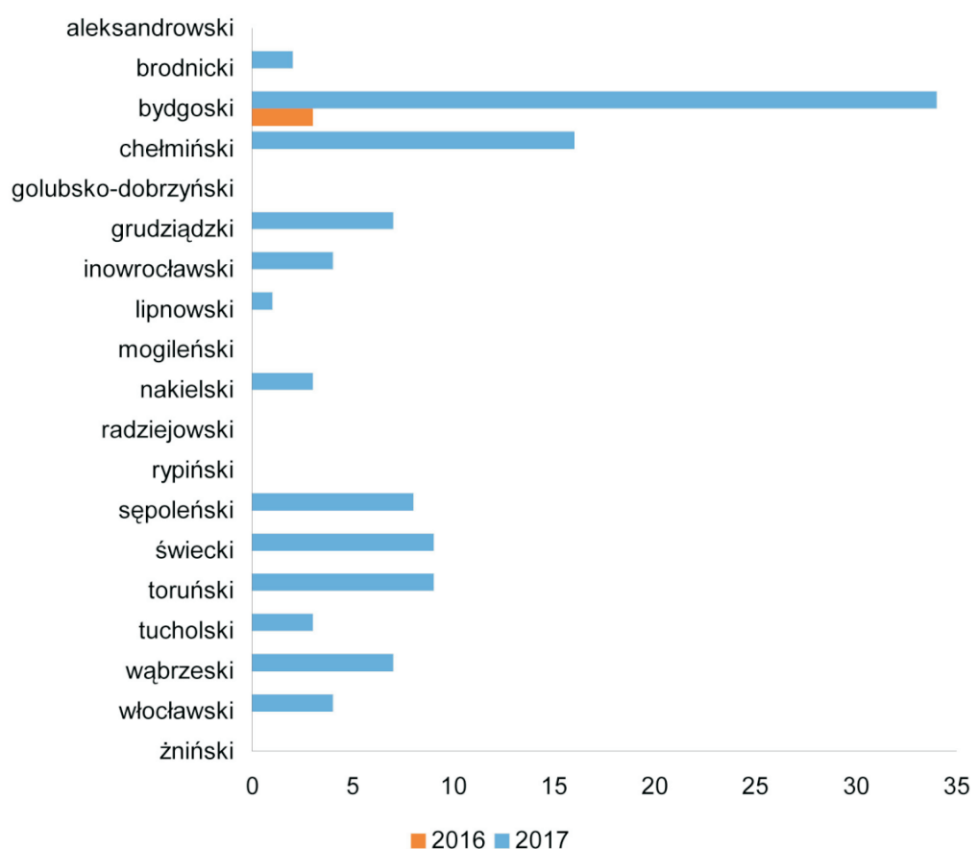
Wirusowe zapalenie wątroby typu A w województwie kujawsko-pomorskim, w 2017 roku. Liczba zachorowań wg wieku i płci.



W województwie notowano zachorowania sporadyczne na wzv-A oraz zachorowania w ogniskach. Najwięcej, 34 zachorowania (ponad 30% wszystkich) zarejestrowano w powiecie bydgoskim i były to w 97% zachorowania sporadyczne wśród mężczyzn o średniej wieku 34 lata. W powiecie chełmińskim odnotowano 16 zachorowań, z czego 15 przypadków było powiązanych z jednym ogniskiem wzv-A. Nie zarejestrowano zachorowań w powiecie aleksandrowskim, golubsko-dobrzyńskim, mogileńskim, radziejowskim, rypińskim i żnińskim.

Ze względu na charakter szerzenia się wzv-A, część zachorowań sporadycznych można powiązać z pobytami turystycznymi i okolicznościowymi poza granicami kraju, w takich państwach, jak: Egipt, Emiraty Arabskie, Grecja, Hiszpania, Izrael, Kuba, Meksyk, Niemcy, Ukraina, Węgry i Wielka Brytania.

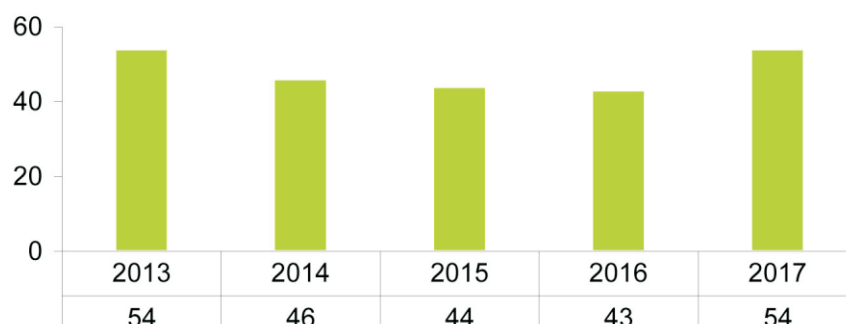
Wirusowe zapalenie wątroby typu A w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017. Liczba przypadków wg powiatów.



Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową

W roku 2017 zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim 54 ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową. To więcej niż w roku 2016 (43), a tyle samo, ile w roku 2013. Łącznie, w tych ogniskach, narażonych na zachorowanie było 2 525 osób (w tym 740 dzieci do lat 14), zachorowało 571 osób z województwa kujawsko-pomorskiego oraz 9 osób (w ogniskach wzv-A) z województwa pomorskiego (w tym 217 dzieci do lat 14), a hospitalizowano 121 osób - ponad 22% wszystkich chorych (w tym 53 dzieci do lat 14). Odnotowano 2 zgony w szpitalnych ogniskach epidemicznych o etiologii *Clostridium difficile*, nie związane bezpośrednio z tym zakażeniem.

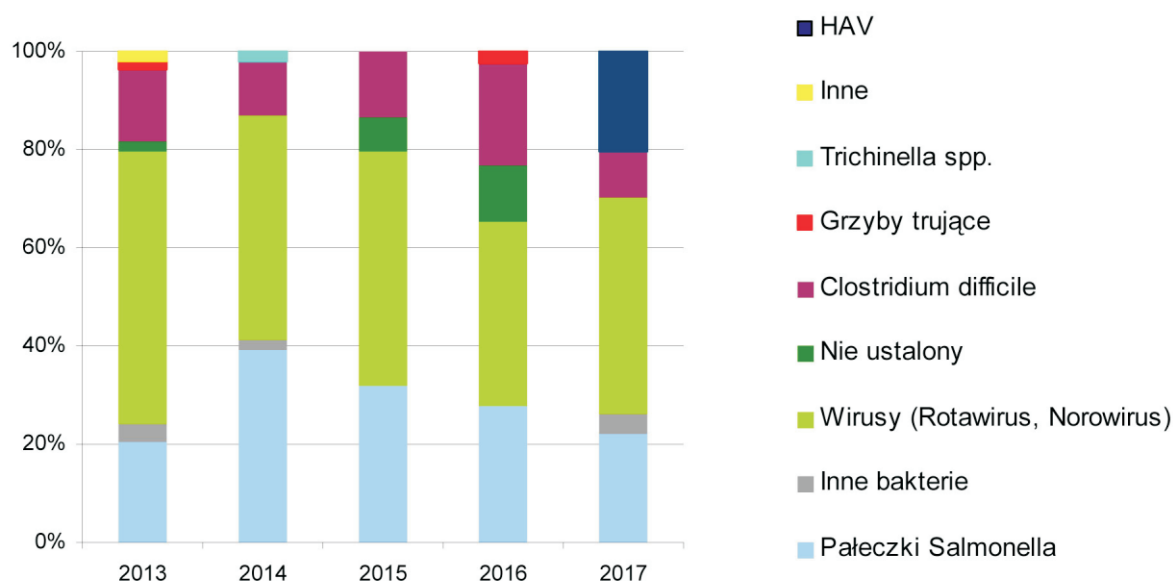
Liczba ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017.



Dominującym czynnikiem etiologicznym (65%) w ogniskach chorób przenoszonych drogą pokarmową były wirusy, w tym: rotawirusy (16 ognisk), wirus wzv-A (11 ognisk), norowirusy (6 ognisk) i adenowirusy (2 ogniska). Zachorowania w ogniskach wywołanych czynnikami wirusowymi stanowiły blisko 77% wszystkich przypadków zgłoszonych w ogniskach.

Pozostałe czynniki etiologiczne ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową to: odzwierzęce typy pałeczek *Salmonella* (12 ognisk), toksynotwórcze szczepy laseczki *Clostridium difficile* (5 ognisk) oraz gronkowiec złocisty (1 ognisko) i *Clostridium botulinum* (1 ognisko). Nie notowano ognisk, w których nie ustalono czynnika etiologicznego.

Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Udział procentowy według czynnika etiologicznego.



Po raz pierwszy od 2012 roku rejestrowano zachorowania na wzv-A w ogniskach. Zgłoszono 11 ognisk wirusowego zapalenia wątroby typu A, w których łącznie zachorowały 53 osoby (50% wszystkich przypadków), w tym 9 dzieci do lat 14. Największe ognisko, w którym zakażenie szerzyło się poprzez nośnik pokarmowy - ciasta przygotowane przez osobę chorą na wzv-A, objęło 27 osób z województwa kujawsko-pomorskiego i 5 osób z województwa pomorskiego. W trzech ogniskach kontakty homoseksualne wśród mężczyzn były najbardziej prawdopodobną drogą szerzenia się zakażeń.

W jednym z tych ognisk, odnotowano ponadto zachorowania wtórne, poprzez kontakt w środowisku domowym. W pozostałych ogniskach drogą szerzenia się zakażeń były kontakty codzienne i okolicznościowe wśród członków rodzin, a pierwotnego narażenia nie ustalono. W trzech ogniskach notowano przypadki powiązane z zachorowaniami z województwa pomorskiego i wielkopolskiego.

W 2017 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano cztery duże ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową o etiologii wirusowej, z łączną liczbą chorych - 279. Jedno wystąpiło w placówce szkolnej, dwa - w tym samym obiekcie sanatoryjnym, a jedno było ogniskiem epidemicznym zakażenia związanego z opieką zdrowotną.

Największe ognisko o etiologii salmonellozowej (44 zachorowania) wystąpiło w obiekcie restauracyjnym, a nośnikiem pokarmowym był tatar z surowym jajkiem.

W okresie letnim odnotowano jedno, rozlane ognisko o etiologii gronkowcowej, w którym 20 zachorowań było powiązanych poprzez narażenie na wspólny nośnik pokarmowy - ciasta z cukierni.

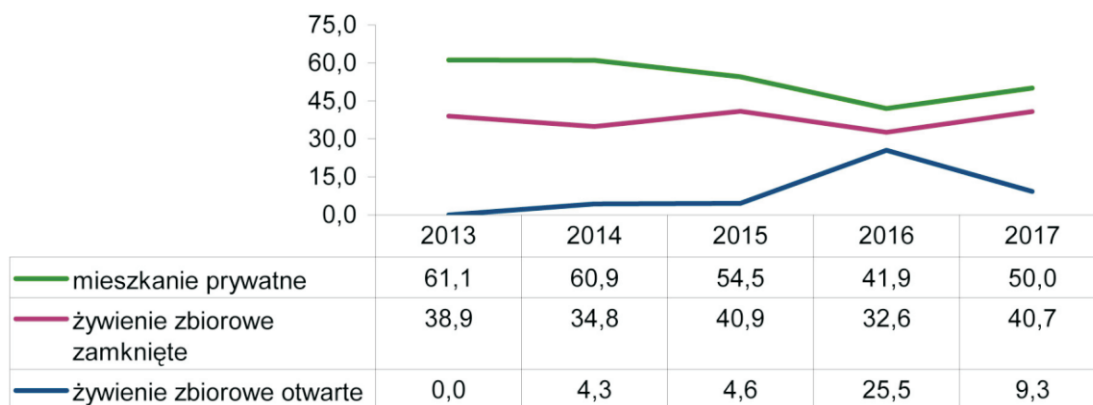
Nieprzestrzeganie zasad higieny oraz nieprawidłowa obróbka termiczna wyrobów mięsnych były przyczyną wystąpienia 3-osobowego, domowego ogniska wywołanego przez toksynę botulinową. Jak wynika z ustaleń dochodzeń epidemiologicznych, przeprowadzanych w ogniskach chorób przenoszonych drogą pokarmową, również w ogniskach epidemicznych zakażeń związanych z opieką zdrowotną, duże znaczenie ma kontaktowa droga szerzenia się zakażeń. Szczególnie dotyczy to takich patogenów jak: noro- i rotawirusy oraz zarodnikująca laseczka *Clostridium difficile*. Świadczy to o nieprzestrzeganiu zasad higieny rąk, zarówno w środowiskach domowych, jak i przez personel medyczny. Ustalono, że liczba ognisk, w których zakażenie mogło szerzyć się drogą kontaktową wyniosła 22 (ponad 40% wszystkich), w tym 15 - to ogniska epidemiczne zakażeń związanych z opieką medyczną.

W roku 2017 zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim 18 ognisk epidemicznych chorób przenoszonych drogą pokarmową, związanych z opieką zdrowotną. 13 z nich zostało spowodowanych przez czynniki wirusowe, głównie rotawirusy (11). Odnotowano 5 ognisk choroby związanej z zakażeniem *Clostridium difficile*.

W roku 2017 nośniki pokarmowe zachorowań określono w 29 ogniskach chorób przenoszonych drogą pokarmową. Analiza wykazała, że potrawy z jaj i z dodatkiem surowych jaj były nośnikiem w przypadku 10 ognisk, warzywa, owoce i ich przetwory - w 7, a w pozostałych 12 - potrawy z różnych surowców.

Połowę (27) zgłoszonych w 2017 r. ognisk stanowiły ogniska zidentyfikowane w środowiskach domowych, następnie, ponad 30% - ogniska epidemiczne zakażeń w szpitalach (18). Pozostałe ogniska związane były z pobytem obiektach użyteczności publicznej oraz z korzystaniem ze zorganizowanych i prywatnych form wypoczynku. Odnotowano także ogniska rozlane, powiązane z różnymi miejscami wystąpienia zachorowań.

Odsetek ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017, wg wybranych miejsc występowania.

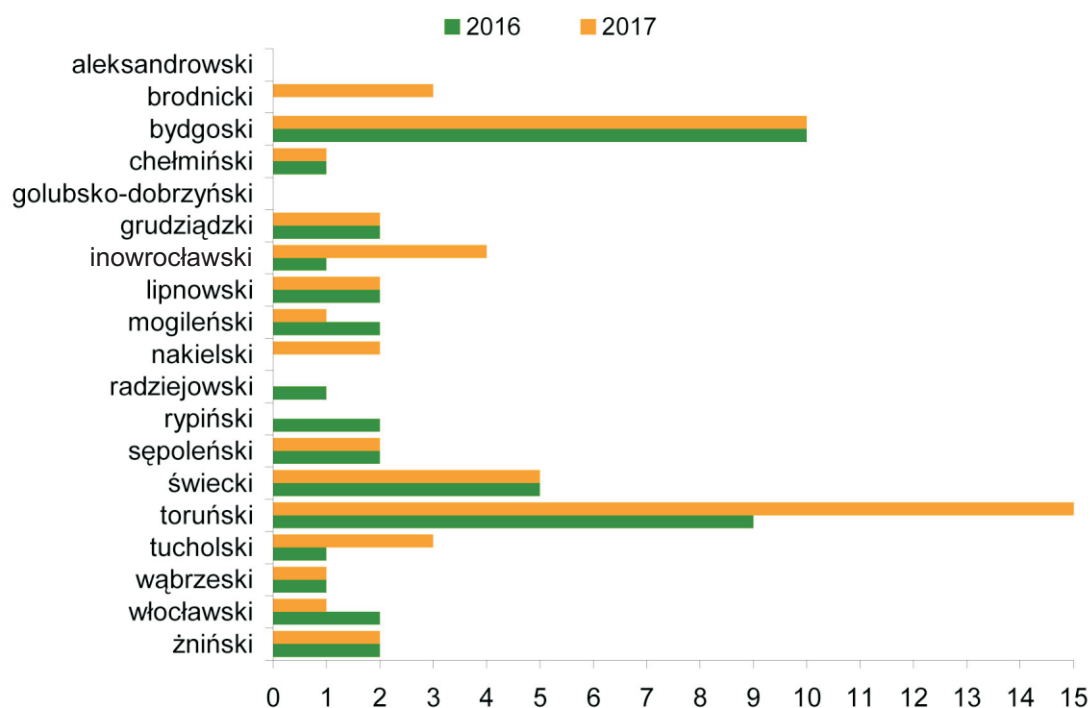


Kontaktowa droga szerzenia się zakażeń w szpitalnych ogniskach epidemicznych chorób przenoszonych drogą pokarmową, mimo podejmowania szeregu działań przeciwepidemicznych, świadczyć może o niedostatecznym przestrzeganiu przez personel medyczny procedur higieny rąk oraz niedostatecznym utrzymywaniu czystości środowiska szpitalnego. Wystąpienie ognisk wzv-A świadczy o niedostatecznej wiedzy społeczeństwa na temat tej choroby i znaczeniu higieny rąk w jej przenoszeniu.

Występowanie ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową jednocześnie w różnych środowiskach, wymaga w dalszym ciągu kształtowania i utrwalania podstawowych zachowań prozdrowotnych ludności.

Na przestrzeni lat 2013-2017, obserwowane jest zróżnicowanie terytorialne w liczbie zgłaszanych ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w poszczególnych powiatach. Może to świadczyć o różnej czułości nadzoru epidemiologicznego w tym zakresie. Najwięcej ognisk było zgłaszanych w powiecie bydgoskim i toruńskim.

Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017, według powiatów.



Choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek

Przyjęta w maju 2016 r. przez WHO globalna strategia zwalczania wirusowego zapalenia wątroby w sektorze zdrowia na lata 2016-2021, zakłada wyeliminowanie wirusowego zapalenia wątroby wszystkich typów jako zagrożenia dla zdrowia publicznego do 2030 r.

Na szczeblu krajowym, wnioski i rekomendacje z realizowanego w latach 2012-2016 projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”, opublikowane w roku 2017 r., uzupełniają wieloletnie działania Polskiej Grupy Ekspertów HCV i dają szansę na redukcję liczby zakażeń wirusem HCV poprzez rekomendowane wprowadzenie systemowego programu badań przesiewowych oraz dostęp do skutecznej terapii.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B i typu C, obok chorób przenoszonych drogą płciową, znalazło się wśród chorób objętych działaniami zapobiegawczymi w zakresie chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi, określonymi zadaniami Narodowego Programu Zdrowia dla Polski, na lata 2016-2020.

Duże wahania liczby nowo wykrywanych zakażeń HBV i HCV należy powiązać ze zmianami w obszarze systemu rejestracji zachorowań, a nie z faktyczną sytuacją epidemiologiczną w tym zakresie.

Wprowadzona w roku 2016, w zakresie wzv-B oraz wzv-C, elektronizacja systemu nadzoru daje możliwość dostępu do danych epidemiologicznych w czasie rzeczywistym.

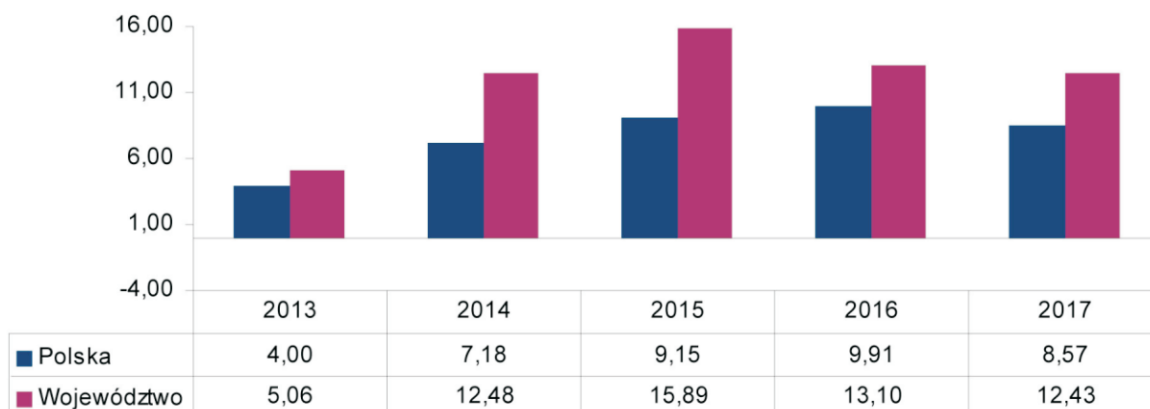
W odniesieniu do wzv-B oraz wzv-C współczynnik zapadalności winien być rozumiany jako liczba wykrytych przypadków na 100 tys. ludności.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Podobnie, jak w poprzednich latach, wirusowe zapalenie wątroby typu B rejestrowano kwalifikując przypadki według określonych kryteriów nadzoru epidemiologicznego. Uwzględniano zarówno zgłoszenia przesyłane przez lekarzy jak i diagnostów laboratoryjnych.

W 2017 r. odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim ogółem 259 nowych przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu B, w tym 2 przypadki o przebiegu ostrym i 2 - z koinfekcją B+C. Po wyraźnym wzroście liczby nowo wykrytych zachorowań w roku 2015, w stosunku do roku 2016, odnotowano spadek liczby zachorowań, z 271 do 259 przypadków. Zapadalność ogółem - 12,43 była wyższa od notowanej w kraju (8,57).

Wirusowe zapalenie wątroby typu B ogółem w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności.



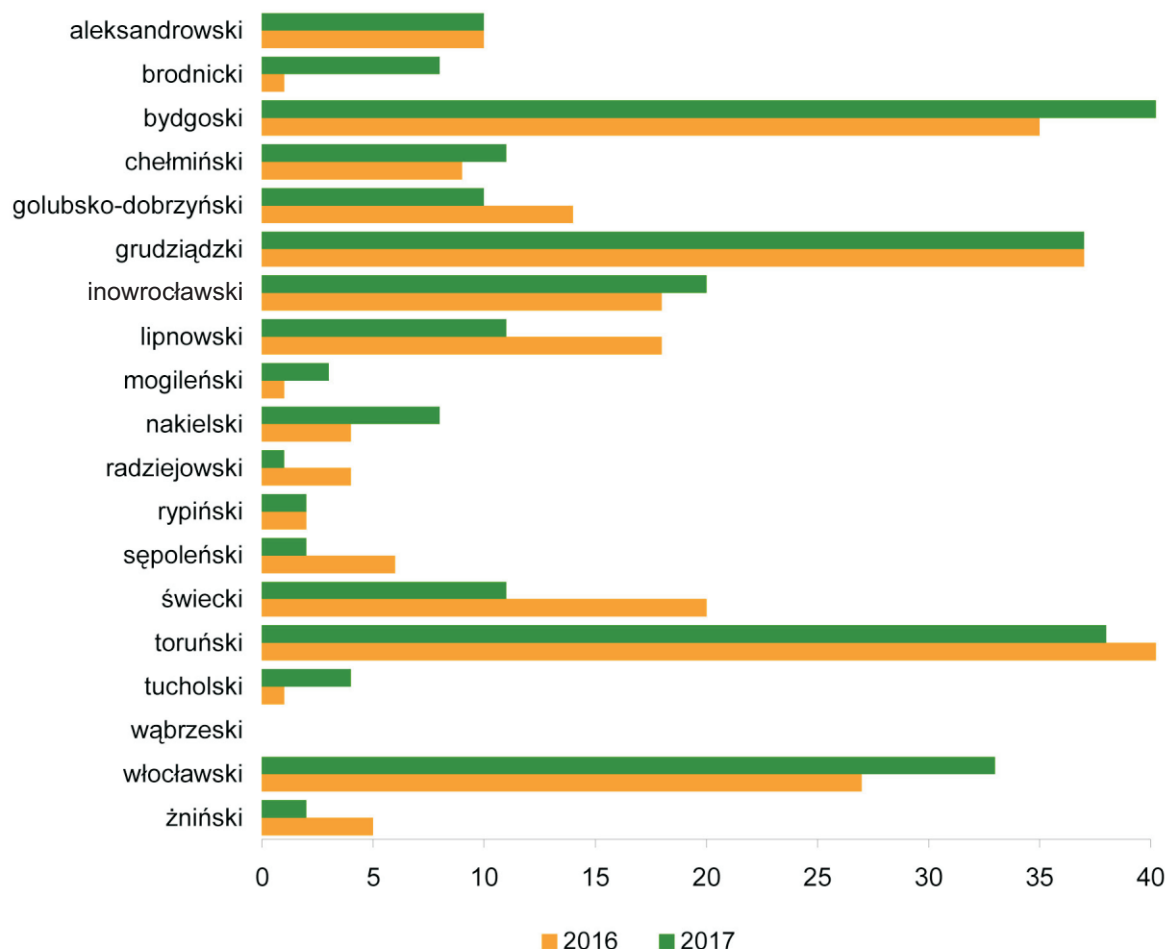
W polskim systemie nadzoru epidemiologicznego, klasyfikacja przypadków wzv-B opiera się na określających fazy choroby kryteriach laboratoryjnych, które dzieli się na kryteria postaci ostrej i na kryteria postaci przewlekłej lub bliżej nieokreślonej (BNO).

Po uwzględnieniu powyższego, zakwalifikowano zgłoszone zachorowania jako ostre - 2 przypadki (0,8% ogółu zachorowań), przewlekłe - 24 (9,2%) oraz BNO - 233 przypadki (90%). Podobnie, jak w kraju (zap. 0,14), zachorowania na ostre wzv B (zap. 0,1), pozostają w województwie kujawsko-pomorskim od wielu lat na niskim poziomie, co w powiązaniu z nielicznymi zachorowaniami u dzieci i młodzieży, jest zjawiskiem korzystnym i dowodem na skuteczność szczepień obowiązkowych przeciw tej chorobie. W roku 2017 r. odnotowano jeden przypadek wzv-B u noworodka, dziecka matki zakażonej HBV (zakażenie wertykalne) oraz trzy przypadki zachorowań u nastolatków, szczepionych wcześniej

pełnym cyklem przeciw wzv-B, zgodnie z PSO. Zarejestrowano zachorowania u 115 kobiet (zap. 10,7) i 144 mężczyzn (zap. 14,3). Zgłaszane przypadki dwukrotnie częściej dotyczyły mieszkańców miast. Najwięcej zachorowań odnotowano w grupie wiekowej 30-39 lat.

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie wzv typu B, w poszczególnych powiatach, różniła się. Nie odnotowano zachorowań na wzv-B w powiecie wąbrzeskim. Wyraźnie zauważalny, w odniesieniu do roku 2016, był spadek liczby zachorowań w powiecie świeckim i toruńskim oraz wzrost zachorowań w powiecie bydgoskim, gdzie odnotowano najwięcej przypadków. Łączna liczba zachorowań w powiecie bydgoskim, grudziądzkim, toruńskim i włocławskim stanowiła ponad 60% wszystkich notowanych przypadków w województwie kujawsko-pomorskim, co może świadczyć o większej dostępności do badań w kierunku zakażenia HBV oraz lepszej zgłaszalności wykrywanych przypadków w tych powiatach.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B ogółem w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017. Liczba zachorowań w powiatów.

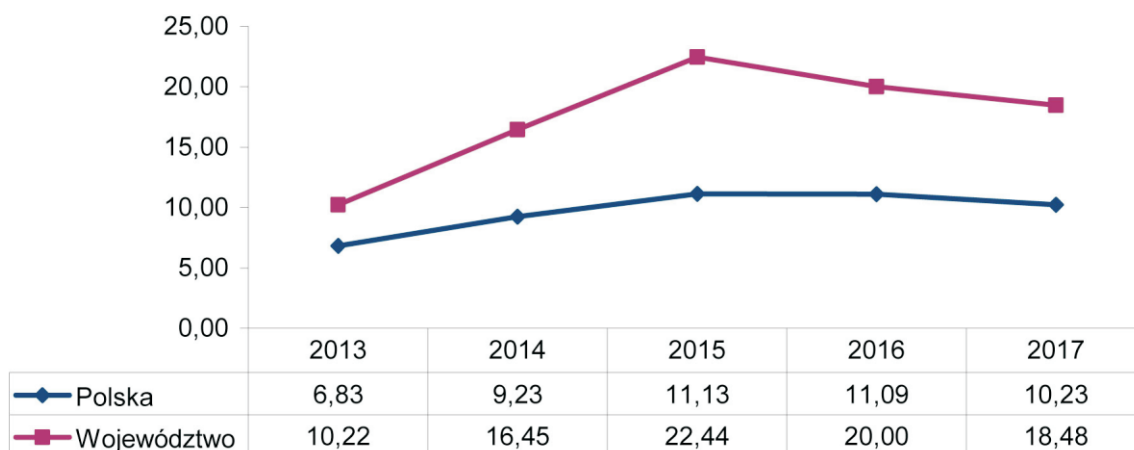


Wirusowe zapalenie wątroby typu C

W 2017 r. zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim 385 przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu C, spełniających kryteria definicji choroby dla potrzeb nadzoru epidemiologicznego. Liczba nowych rozpoznań zakażeń HCV, w przeliczeniu na 100 tys. ludności, kształtowała się po-

wyżej średniej dla kraju (10,23) i wyniosła 18,48. Jak oceniają eksperci, wysoki współczynnik rozpoznania jest dowodem sprawności diagnostyki w danym obszarze. W stosunku do zapadalności za 2016 r., odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim spadek współczynnika o 7,6%.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C (def. 2014) w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności.



Zgłoszono cztery zachorowania o przebiegu ostrym. Bezobjawowy przebieg choroby odnotowano w ponad 77% przypadków. Zarejestrowano zachorowania u 225 kobiet (wykr. 21) i 160 mężczyzn (wykr. 15,9). Podobnie, jak w przypadku wzw typu B, zgłoszone przypadki częściej dotyczyły mieszkańców miast (blisko 70%).

Najwięcej, ponad 27% zgłoszonych przypadków odnotowano w grupie wiekowej 60 i więcej lat, następnie w grupach wiekowych 20-29 lat i 30-39 lat - odpowiednio 19,7 i 22,9% wszystkich zachorowań. Odnotowano dwa zachorowania u dzieci matek zakażonych HCV.

Z danych zawartych w raportach jednostkowych wynika, że prawie połowa chorych na wzw typu C otrzymała pełen cykl szczepień przeciw wzw typu B, u ponad 7% osób szczepienia rozpoczęto.

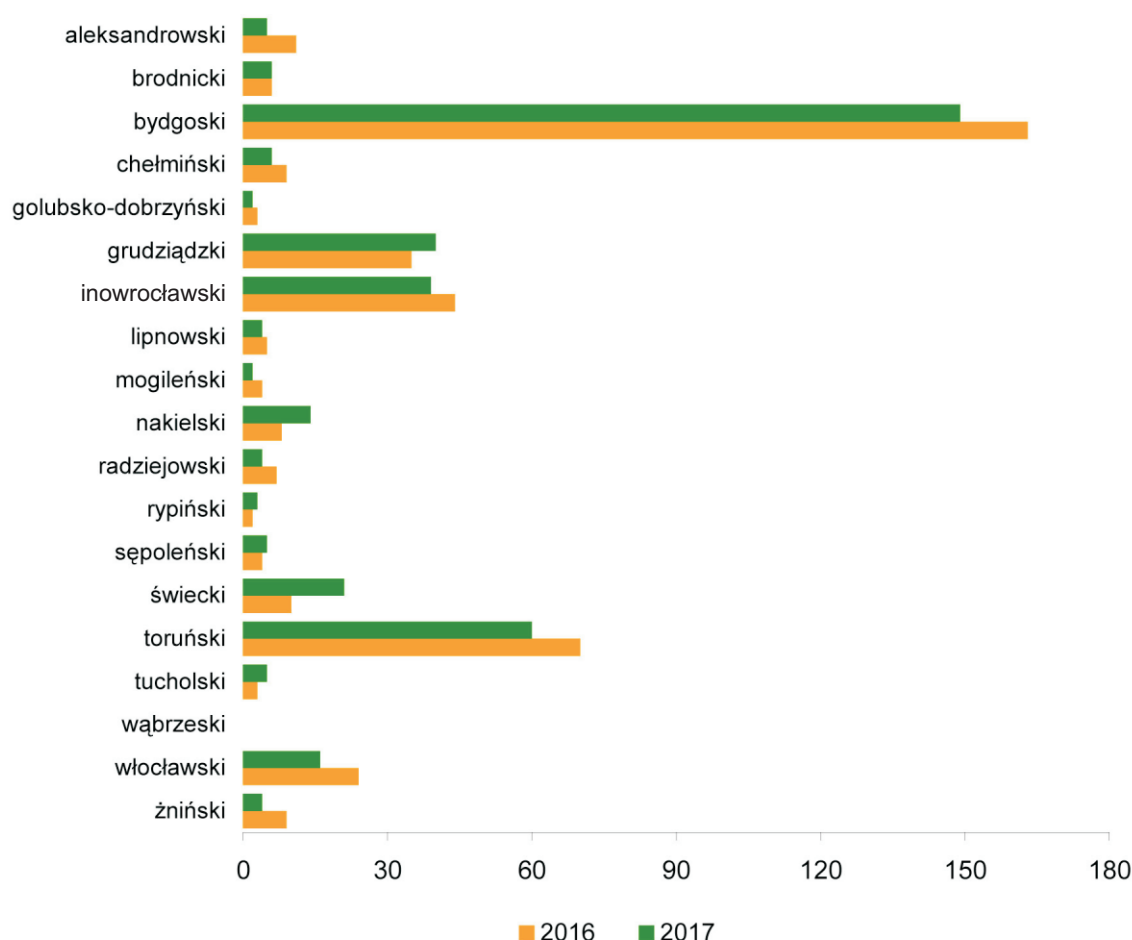
Biorąc pod uwagę okoliczności i miejsce wykrycia zakażenia, poradnie i oddziały chorób zakaźnych oraz szpitale niezakaźne zgłosiły łącznie ponad 44% przypadków, a podstawowa opieka zdrowotna - blisko 30% chorych. Badania ciężarnych ujawniły zakażenie w 38 przypadkach (9,9%). Prawie 6% chorych wykonało badanie z własnej inicjatywy. Ponad 4% zakażonych zidentyfikowano podczas badań kandydatów na dawców krwi.

Analiza dostępnych informacji o potencjalnych narażeniach, których skutkiem może być zakażenie HCV, wykazała, że ponad 27% chorych leczonych było przetoczeniami krwi w przeszłości, ponad 53% obecnie chorych miało duże operacje, a u ponad 66% wykonywano małe zabiegi chirurgiczne.

Podobnie, jak w przypadku wzw typu B, występują różnice terytorialne w liczbie zgłaszanych zachorowań w powiatach - od braku do ponad 149 przypadków w ciągu roku. Zgłoszenia z powiatu bydgoskiego stanowiły blisko 40% wszystkich, a zgłoszenia z powiatów grudziądzkiego, inowrocławskiego, świeckiego, toruńskiego i włocławskiego - to łącznie ponad 45% przypadków. W porównaniu z rokiem 2016, w większości powiatów odnotowano spadek wykrytych przypadków, podlegających rejestracji. Zauważalny wzrost liczby przypadków odnotowano w powiecie nakielskim i świeckim. Nie notowano przypadków wzw typu C w powiecie wąbrzeskim.

W 2017 roku odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim dwa zachorowania na wzw z koinfekcją HBV/HCV.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017. Liczba zachorowań według powiatów.



Wobec faktu braku szczepień przeciw zakażeniom HCV oraz wskazywaniu zabiegów medycznych jako najbardziej prawdopodobnej drogi szerzenia się zakażeń HCV, w dalszym ciągu konieczne jest upowszechnianie wiedzy na temat sposobów zapobiegania zakażeniom HCV, również w obszarze zabiegów niemedycznych, edukacja na temat zagrożeń oraz przestrzeganie zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego we wszystkich placówkach przeprowadzających zabiegi z przerwaniem ciągłości skóry.

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 2017 r. i zostały poddane weryfikacji, w celu ustalenia spełnienia kryteriów definicji do celów nadzoru epidemiologicznego oraz wykluczenia powtórnych zgłoszeń tego samego przypadku.

W województwie kujawsko-pomorskim utrzymywała się względnie korzystna sytuacja epidemiologiczna zakażeń HIV i zachorowań na AIDS. W 2017 r. zgłoszono 35 nowo wykrytych zakażeń HIV, (34 w 2016 r.). Nie odnotowano zachorowań i zgonów z powodu AIDS. Ogółem od początku rejestracji (tj. od 1985 r.) do końca 2017 r. w regionie odnotowano 844 osoby zakażone HIV i 185 zachorowań na

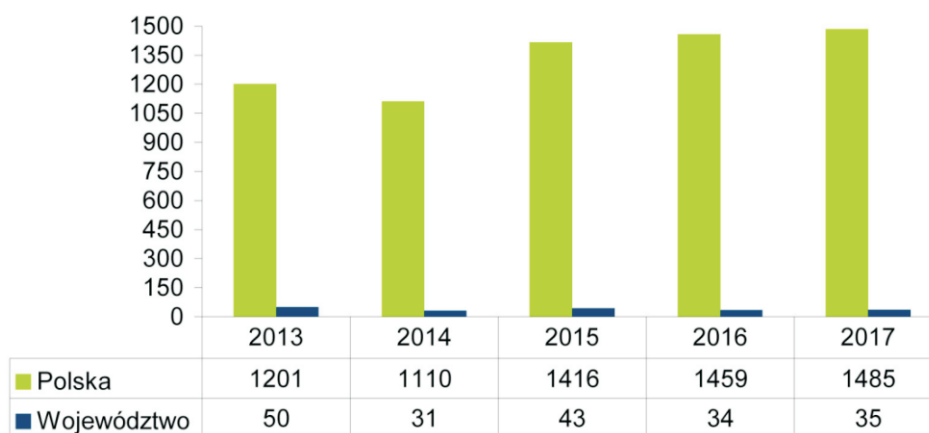
AIDS. Z powodu choroby zmarły 92 osoby.

W Polsce od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 października 2017 roku ogółem zarejestrowano 22490 zakażeń HIV i 3541 zachorowań na AIDS. Zmarło 1379 chorych.

Liczba zakażeń HIV i zapadalność na 100 tys. ludności.

HIV	2013		2014		2015		2016		2017	
	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.
Polska	1 201	3,12	1 110	2,88	1416	3,68	1387	3,6	1485	3,9
Województwo kujawsko-pomorskie	50	2,39	31	1,48	43	2,06	34	1,63	35	1,68

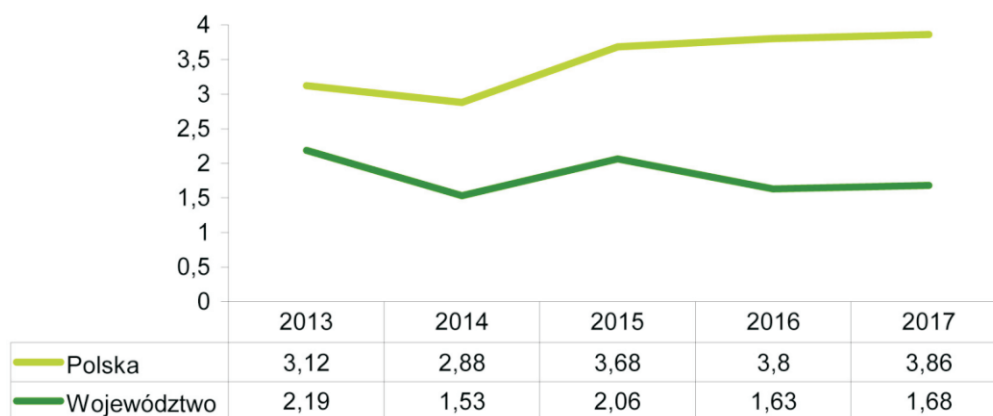
HIV w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Liczba zakażeń.



Nowo wykryte przypadki HIV w większości przypadków dotyczyły osób z grup wiekowych: 30-39 lat (31%) oraz 20-29 lat (29%). Dominowały zakażenia HIV mężczyzn - ponad 94%.

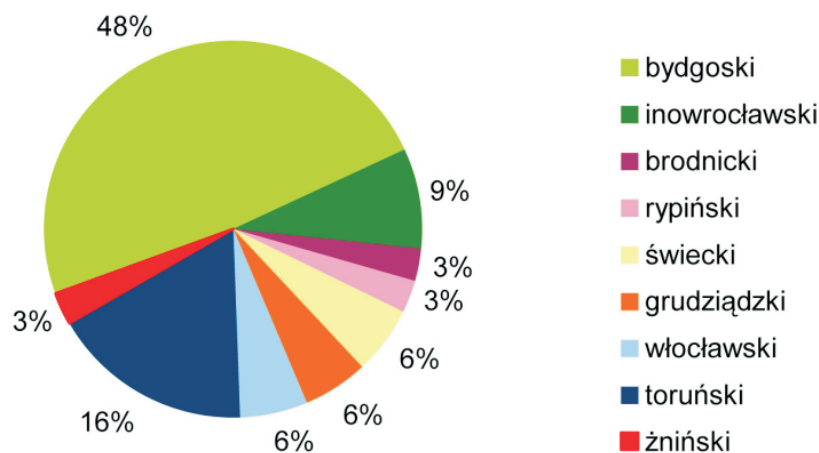
Podobnie, jak w latach ubiegłych utrzymywał się niewielki odsetek zgłoszeń, w których podano prawdopodobną drogę zakażenia. W 2017 roku - tylko 14% zgłoszeń zawierało te informacje, a wskazanym w nich źródłem zakażenia były kontakty homoseksualne.

HIV w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Liczba zakażeń.

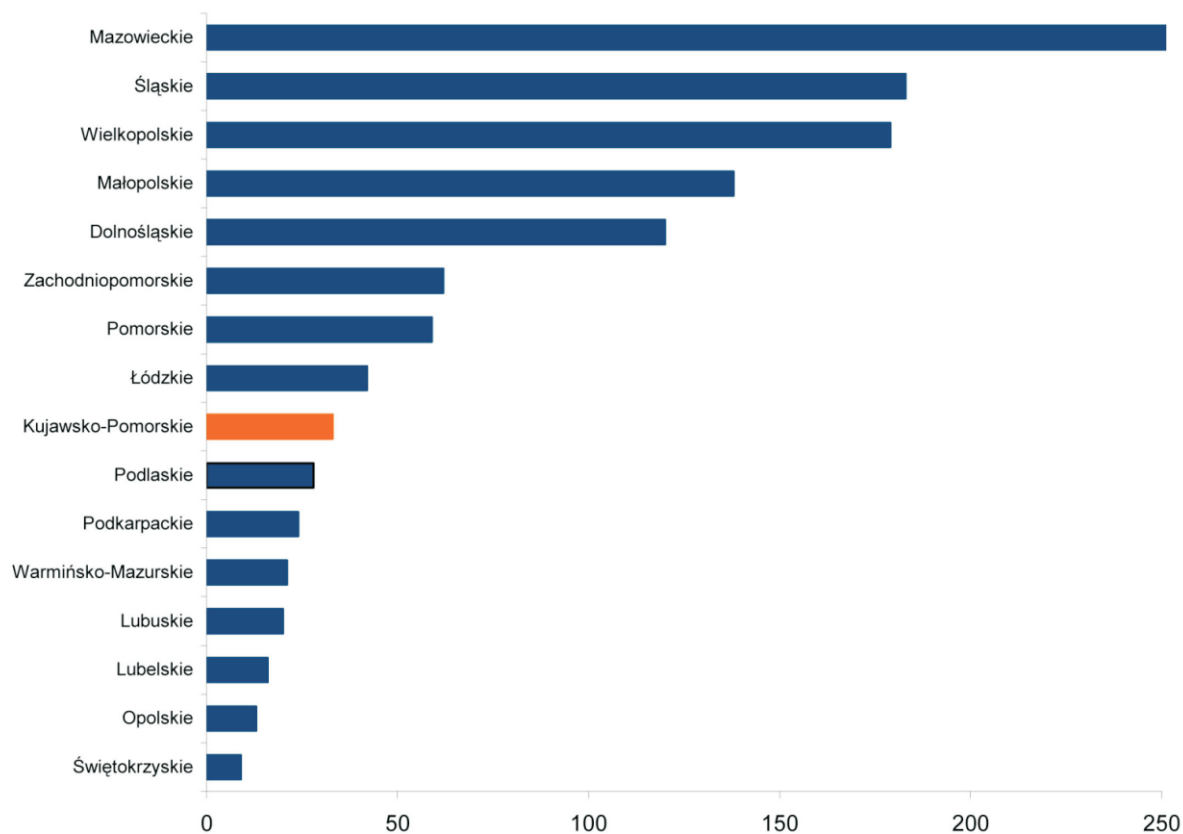


Średnia roczna zapadalność HIV w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2013-2017 utrzymała się na stosunkowo niskim poziomie - zakażeniu ulegały mniej niż 2 osoby na 100 tys. ludności.

Zakażenia HIV w woj. kujawsko-pomorskim, w 2017 roku. Odsetek nowo wykrytych zakażeń wg powiatów.



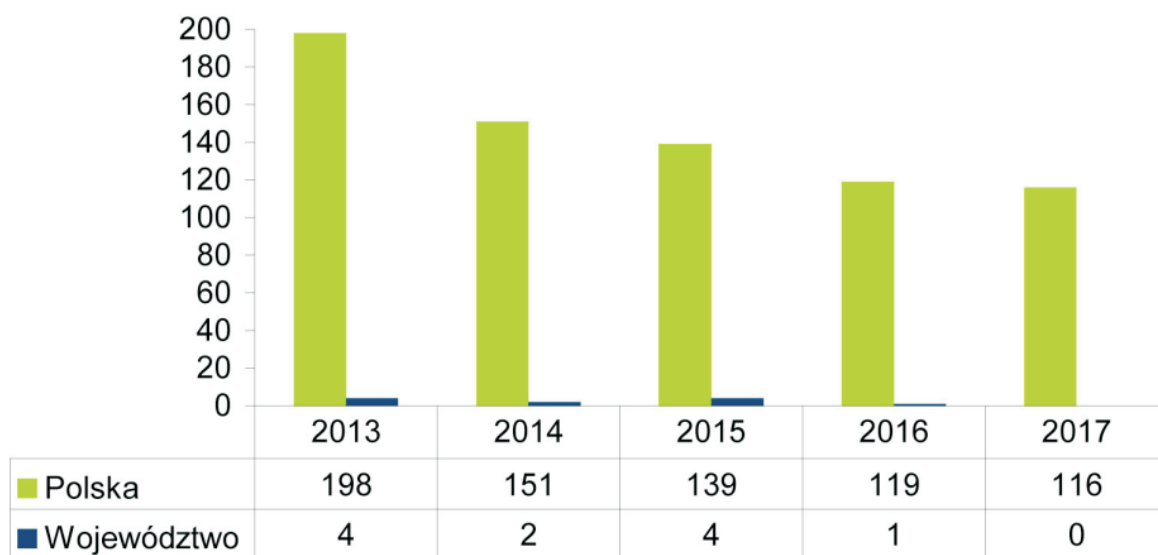
Liczba zakażeń HIV wykrytych w 2017 roku według województw (stan na 31 października 2017).



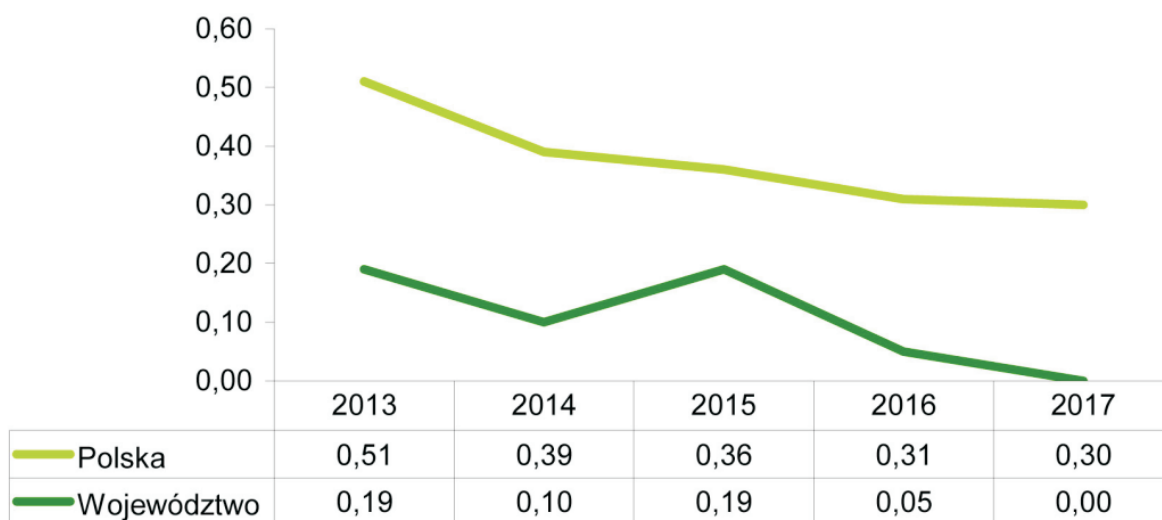
Liczba zachorowań na AIDS i zapadalność na 100 tys. ludności.

AIDS	2013		2014		2015		2016		2017	
	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.
Polska	198	0,51	15	0,39	139	0,36	119	0,31	116	0,30
Województwo kujawsko-pomorskie	4	0,19	2	0,10	4	0,19	1	0,05	0	0,00

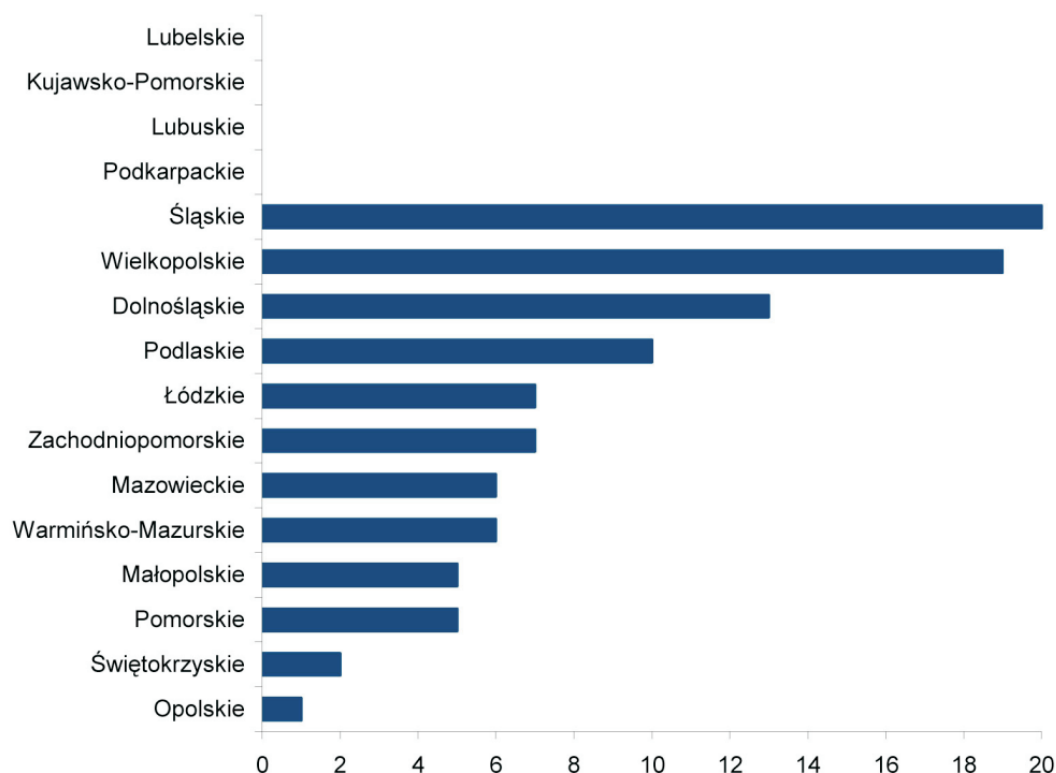
AIDS w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Liczba zachorowań.



AIDS w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności.



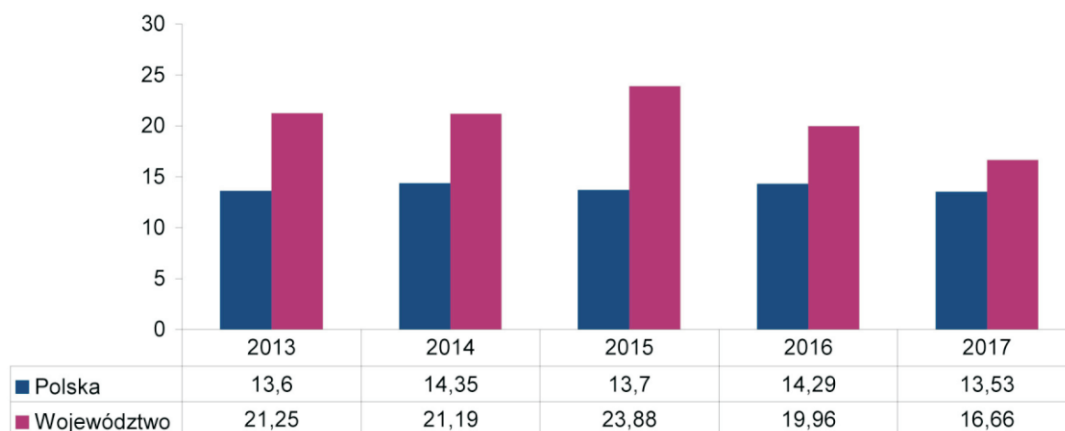
Liczba zachorowań na AIDS w 2017 roku wg województw (stan na 31 października 2017).



Choroby inwazyjne

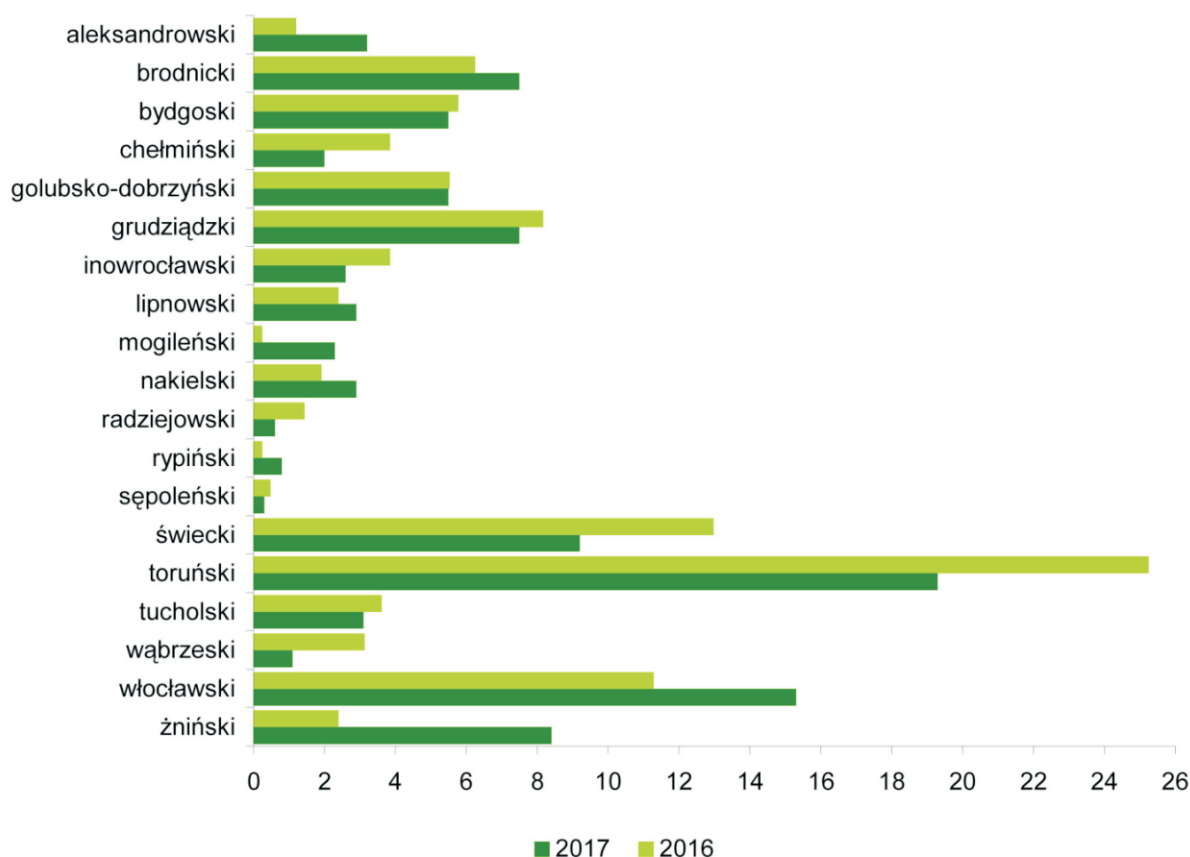
Streptococcus pyogenes jest drobnoustrojem chorobotwórczym powodującym zakażenia o różnej intensywności. Od wielu lat dominującą postacią kliniczną rejestrowanych inwazyjnych chorób wywołanych przez ten patogen jest róża. W 2017 roku zgłoszono 347 przypadków tej choroby, to o 69 mniej niż w roku 2016 (416), co stanowi 97,7% wszystkich przypadków inwazyjnych zakażeń wywołanych tym czynnikiem biologicznym. Zapadalność na różę wynosiła 16,66 i w stosunku do ubiegłego roku (19,96) była mniejsza o 16,5% i o 23,13% przewyższała zapadalność krajową.

Róża w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności.



Najwięcej przypadków zachorowań na różę zarejestrowano w powiecie toruńskim (67), włocławskim (53) i świeckim (32). Nie zgłoszono zespołu wstrząsu toksycznego i gorączki połogowej natomiast 8 przypadków zakwalifikowano do grupy innych określonych i nieokreślonych zachorowań.

Róża w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017. Odsetek zachorowań według powiatów.

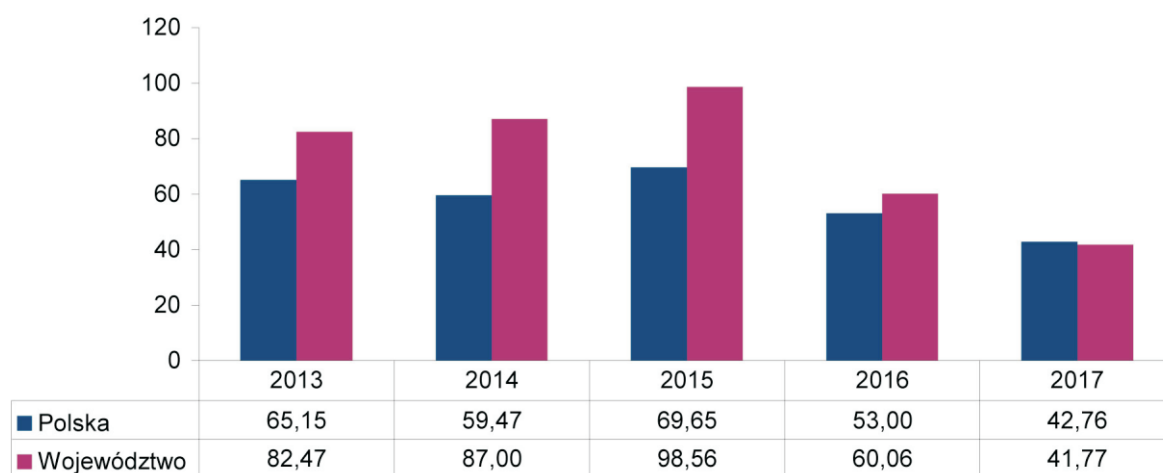


Ważną chorobą wywołaną przez paciorkowce ropotwórcze jest płonica. To ostra ogólnoustrojowa choroba zakaźna występująca głównie u dzieci. W ewidencji sprawozdawczej wyłączona została ona z grupy chorób inwazyjnych wywołanych przez *Streptococcus pyogenes*, ale zasługuje na wyszczególnienie z uwagi na dość wysoką zapadalność. W roku 2017 w regionie zgłoszono 870 przypadków płonicy, jest to o 382 przypadki mniej niż w analogicznym okresie roku ubiegłego (2016–1252), hospitalizowano 15 osób. Zapadalność wojewódzka była o 2,3% niższa od zapadalności krajowej. Pomimo spadku zapadalności w porównaniu do lat ubiegłych, płonica stanowi problem ze względu na stosunkowo dużą liczbę zachorowań i rozpoznawanie przypadków na podstawie objawów klinicznych bez potwierdzenia badaniami laboratoryjnymi. Od wielu lat w regionie zgłaszane przypadki zakażeń na płonicę spełniały tylko kryteria przypadku możliwego.

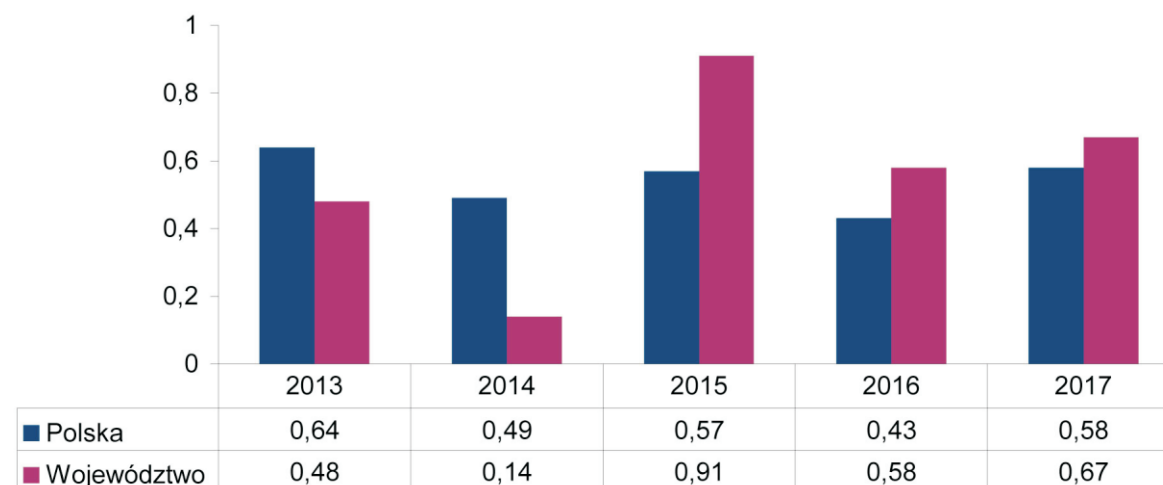
Zakażenia meningokokowe, pneumokokowe i wywoływane przez *Haemophilus influenzae* wywołują poważne w skutkach zespoły chorobowe, do których należą między innymi zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub zapalenie mózgu oraz posocznica. W dużej mierze dzięki dostępności szczepień ochronnych obserwuje się stosunkowo niskie poziomy zapadalności na te choroby. W 2017 roku zgłoszono 14 przypadków choroby meningokokowej, o 2 przypadki więcej niż w roku 2016 (12). Zapadalność wojewódzka w analizowanym roku była o ponad 15% wyższa niż w roku 2016 (0,58).

i przewyższała o ok 15% zapadalność krajową. Postaciami klinicznymi zakażeń meningokokowych były: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - 6 przypadków, posocznica - 11 przypadków i zapalenie płuc - 1 przypadek. W czterech przypadkach wystąpiła jednocześnie posocznica i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową wystąpiły u osób w przedziale wiekowym 0-4 lata - 6 przypadków (42,9% ogółu zachorowań), między 40 a 70 rokiem życia - 6 przypadków (42,9% ogółu zachorowań) i po 1 przypadku (7,1% ogółu zachorowań) u osób w przedziale 5-9 lat i 20-39 lat. Wszystkie zachorowania wystąpiły u osób nieszczepionych, były to przypadki sporadyczne niepowiązane epidemiologicznie. Osoby z kontaktu z chorymi objęte zostały nadzorem epidemiologicznym i w zależności od zaleceń lekarza poddane profilaktycznej antybiotykoterapii. Nie zarejestrowano zgonów z powodu inwazyjnej choroby meningokokowej.

Płonica w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności.

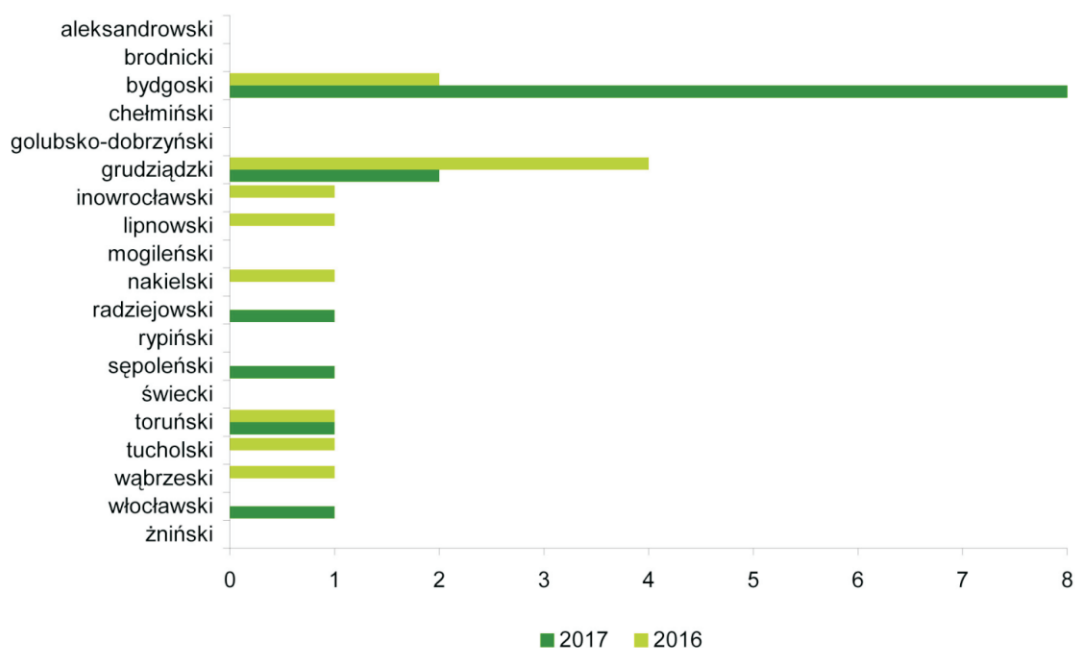


Inwazyjna choroba meningokokowa w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności.



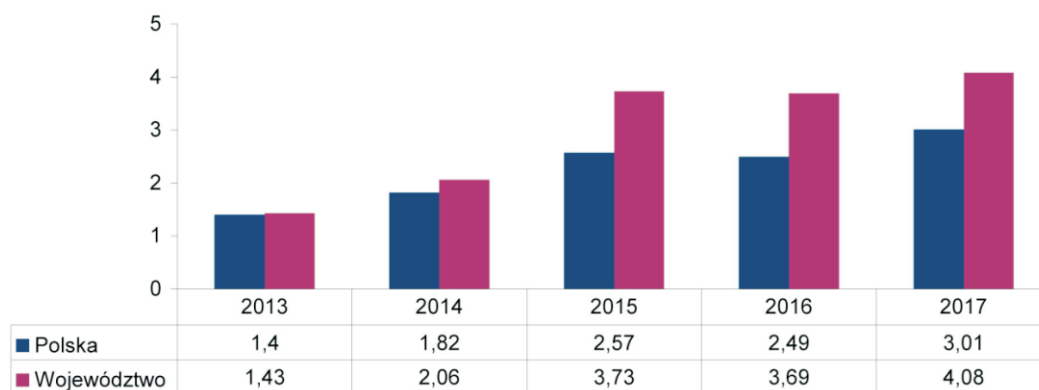
Przypadki choroby meningokokowej zarejestrowano w 6 powiatach województwa kujawsko-pomorskiego. Najwięcej zachorowań odnotowano na terenie powiatu bydgoskiego (8 przypadków).

Inwazyjna choroba meningokokowa w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017. Liczba zachorowań według powiatów.



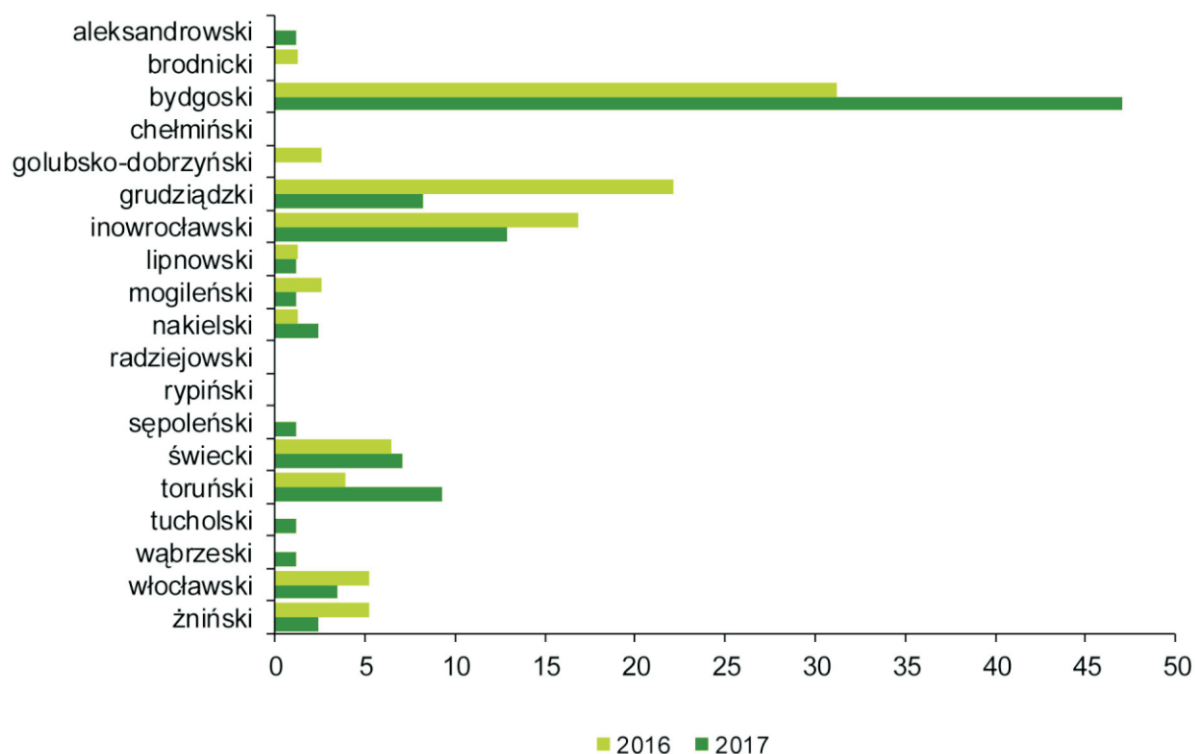
Pneumokoki były przyczyną zachorowań 85 osób, to o 7 przypadków więcej niż w roku 2016 (77). Zapadalność w stosunku do roku 2016 (zap 3,69) wzrosła o ponad 10% i przewyższała o przeszło 35% zapadalność krajową. Dominującą postacią kliniczną tych zakażeń była posocznica - 61 przypadków. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych zarejestrowano w 10 przypadkach, natomiast w 27 przypadkach zakażenie zarejestrowano jako inne określone i nieokreślone, gdzie dominującą postacią było zapalenie płuc. Podobnie, jak w roku ubiegłym najwięcej zachorowań na inwazyjną chorobę pneumokokową dotyczyło osób powyżej 60 roku życia (63,5% ogółu zachorowań). Tylko cztery przypadki (4,7% ogółu zachorowań) wystąpiły u dzieci w przedziale wiekowym od 0-4 lat, z czego dwoje dzieci było szczepionych przeciwko pneumokokom. W omawianym okresie z powodu zakażeń pneumokokowych zmarło 11 osób, w tym 10 osób z powodu posocznicy pneumokokowej. W większości przypadków zgony dotyczyły osób powyżej 60 lat - 81,8% ogółu zgonów. Wprowadzone do Programu Szczepień Ochronnych w 2017 roku szczepienia przeciwko pneumokokom u dzieci poniżej 2 roku życia mają w przeszłości ograniczyć zapadalność na tę chorobę i jej negatywne skutki zdrowotne.

Inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności.



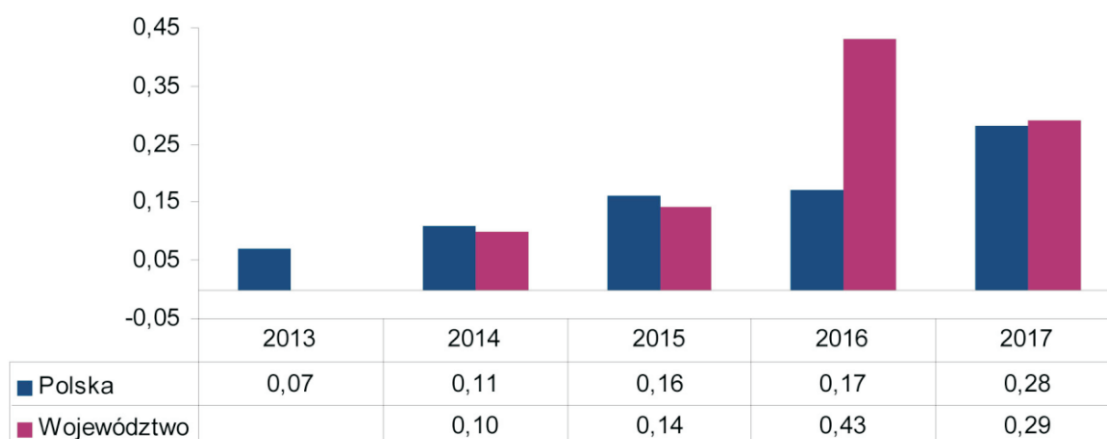
Choroby o etiologii pneumokokowej zarejestrowano w 14 powiatach województwa kujawsko-pomorskiego. Najwięcej zachorowań odnotowano w powiecie bydgoskim (40 przypadków - 47,1%), toruńskim (8 przypadków - 9,4%) i inowrocławskim (7 przypadków - 8,2%) natomiast najmniej, po 1 przypadku - 1,2% w powiatach aleksandrowskim, lipnowskim, mogileńskim, sępoleńskim, tucholskim i wąbrzeskim.

Inwazyjna choroba pneumokokowa w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017. Odsetek zachorowań według powiatów.

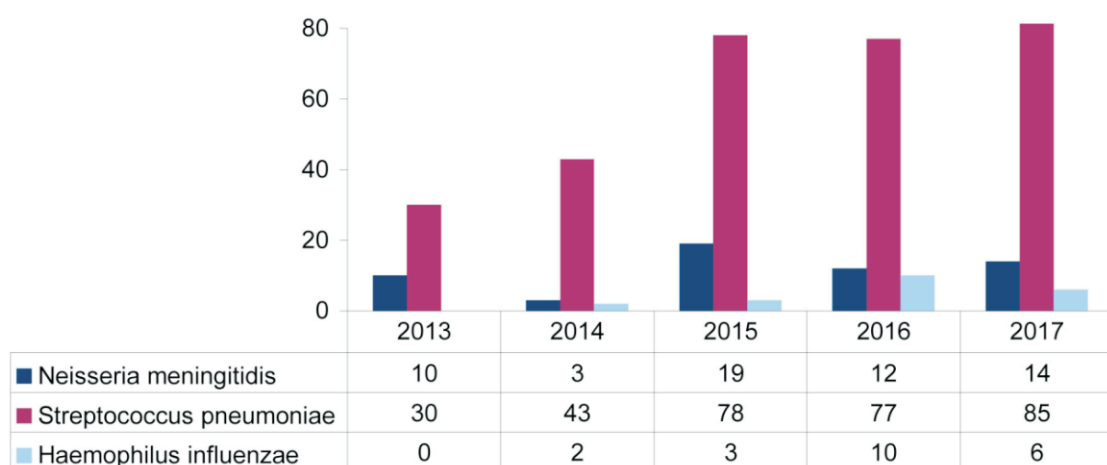


W ocenianym okresie odnotowano 6 przypadków inwazyjnej choroby wywołanej przez *Haemophilus influenzae*, to jest o 4 przypadki mniej niż w analogicznym okresie ubiegłego roku. Zapadalność na tę jednostkę chorobową pozostaje na niskim poziomie (wynosi 0,29) i jest porównywalna do zapadalności krajowej (0,28). Zgłoszono 5 przypadków posocznicy, 1 przypadek zapalenia płuc. Zachorowały osoby w różnych grupach wiekowych: dwoje dzieci w wieku 3 i 6 lat (33,3% ogółu zachorowań), 1 osoba w wieku 14 lat (16,7% ogółu zachorowań) i 2 osoby starsze w wieku 60 lat i więcej (33,3% ogółu zachorowań) oraz 1 osoba w grupie wiekowej 40-59 (16,7% ogółu zachorowań). Zgonów nie zarejestrowano. Spośród osób, które zachorowały na inwazyjną chorobę wywołaną przez *Haemophilus influenzae* tylko dwoje dzieci zaszczepiono. Przypadki zachorowań zarejestrowano w 6 powiatach województwa kujawsko-pomorskiego. Po 1 w powiecie bydgoskim, grudziądzkim, inowrocławskim, nakielskim, sępoleńskim i włocławskim.

Inwazyjna choroba wywołana przez Haemophilus Influenzae w Polsce i woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności.



Choroby Inwazyjne w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Liczba zachorowań.

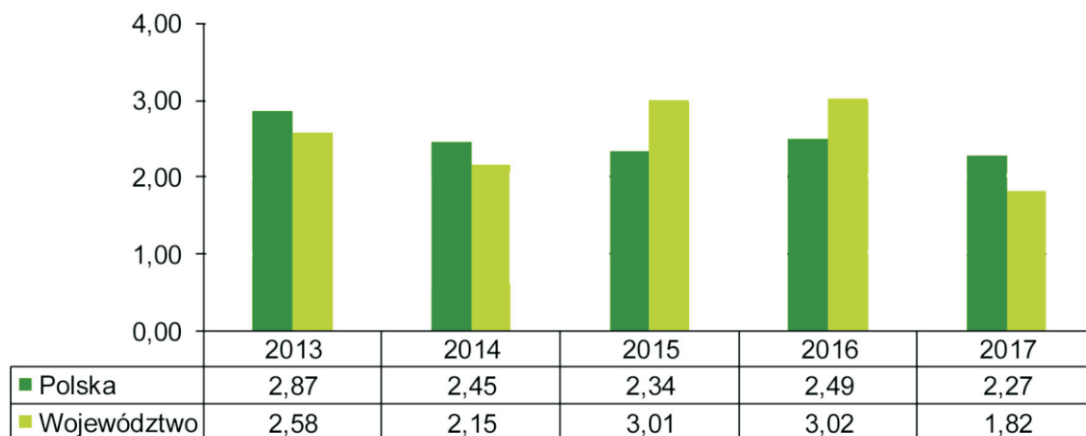


Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową wystąpiły u osób nieszczepionych przeciw temu patogenowi podobnie, jak w przypadku zachorowań na inwazyjne choroby wywołane przez pneumokoki i Haemophilus influenzae, bowiem osoby szczepione stanowiły zaledwie 3,8% ogółu zachorowań.

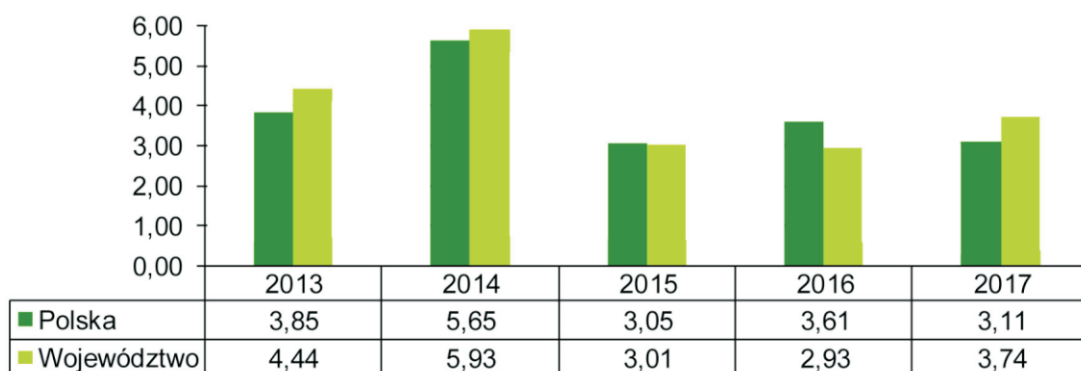
Neuroinfekcje

Od wielu lat liczba przypadków w grupie rejestrowanych chorób ośrodkowego układu nerwowego utrzymuje się na dość niskim poziomie. W 2017 roku zapadalność ogółem była zbliżona do zapadalności ubiegłorocznej i nieznacznie niższa od zapadalności krajowej. Zgłoszono łącznie 144 przypadki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu, z czego 78 przypadków o etiologii wirusowej (zap. 3,74), 38 przypadków o etiologii bakteryjnej (zap. 1,82) oraz 28 przypadków zapalenia ośrodkowego układu nerwowego wywołanych innymi i nieokreślonymi czynnikami. Hospitalizacja pacjentów w tej grupie chorób wynosiła 100%.

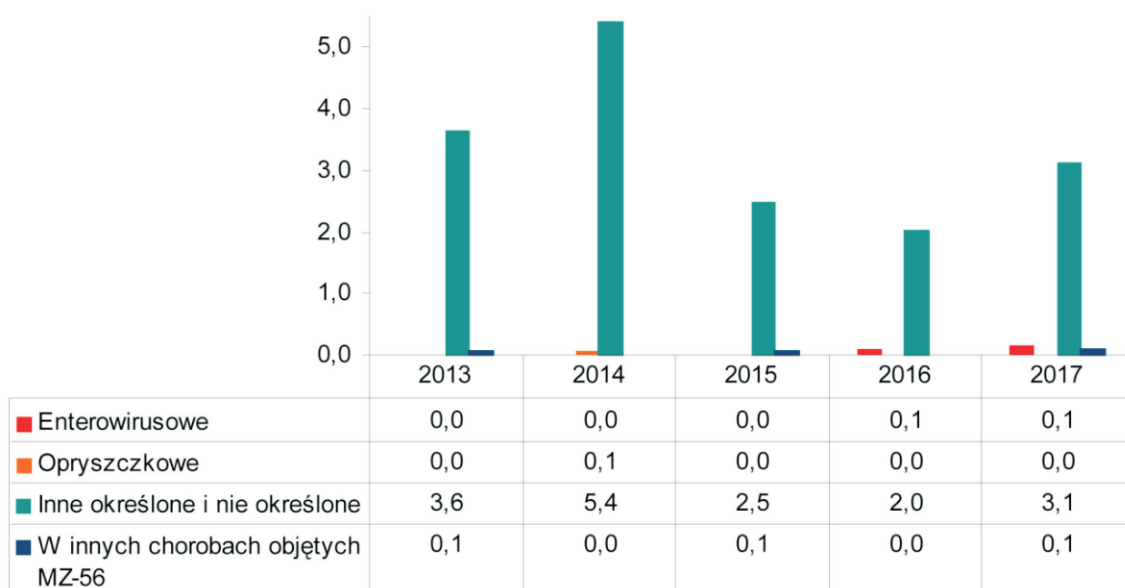
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i mózgu w Polsce i woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017.
Zapadalność na 100 tys. ludności.



Wirusowe zapalenie opon mózgowych i mózgu w Polsce i woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017.
Zapadalność na 100 tys. ludności.



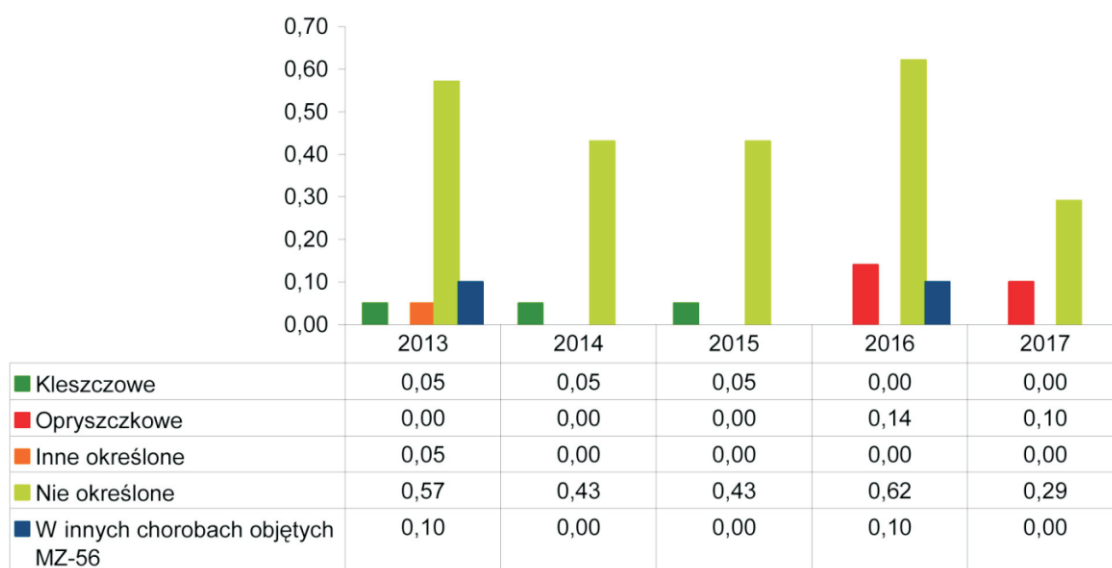
Wirusowe zapalenie opon mózgowych i mózgu w Polsce i woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017
według etiologii. Zapadalność na 100 tys. ludności.



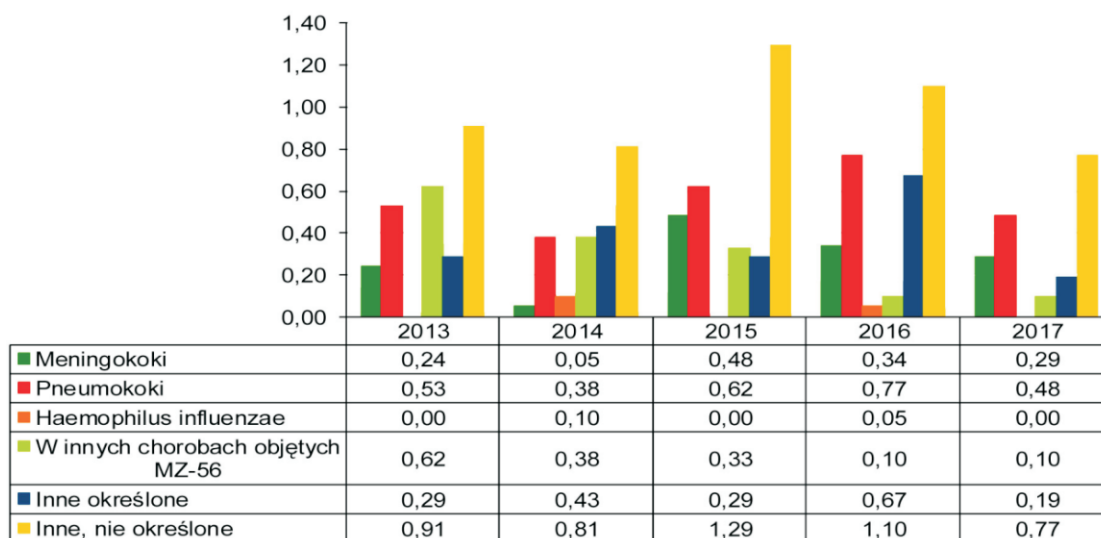
Biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi wywołującymi najczęściej bakteryjne zapalenia ośrodkowego układu nerwowego były pneumokoki (10) i meningokoki (6). Pojedyncze przypadki zachorowań wywołane były *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli*, *Streptococcus agalactiae* lub innymi paciorkowcami. W 42% zgłoszonych przypadków neuroinfekcji bakteryjnych nie wykryto swistego czynnika zakaźnego.

Diagnostyka wirusologiczna w chorobach infekcyjnych OUN jest wykonywana bardzo rzadko, dlatego przypadki wirusowych zapaleń mózgu i opon mózgowych rejestrowane są najczęściej jako etiologicznie nieokreślone (71). W 2017 roku zgłoszono 2 przypadki opryszczkowego zapalenia mózgu, 3 przypadki enterowirusowego zapalenia opon mózgowych oraz 2 przypadki zapalenia opon mózgowych w przebiegu ospy wietrznej.

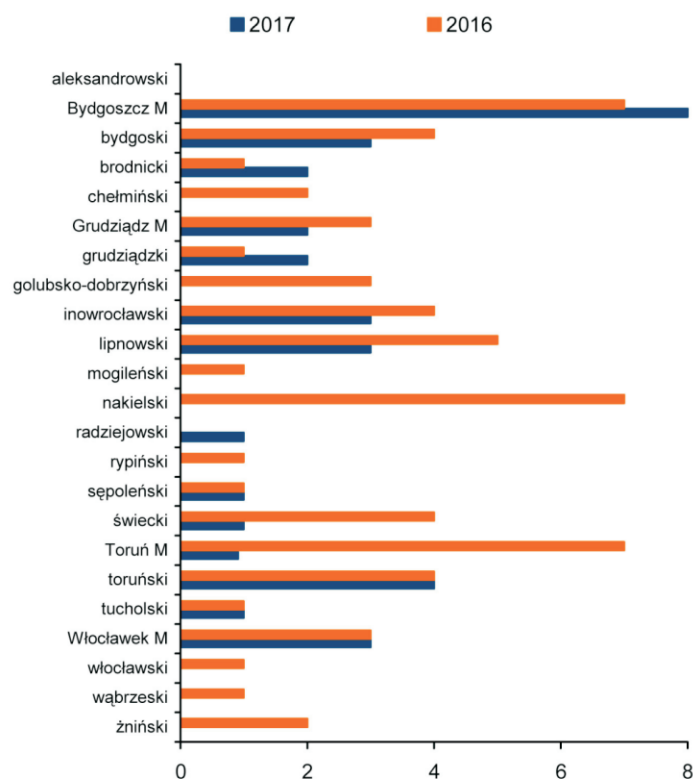
Wirusowe zapalenie mózgu w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017 według etiologii. Zapadalność na 100 tys. ludności.



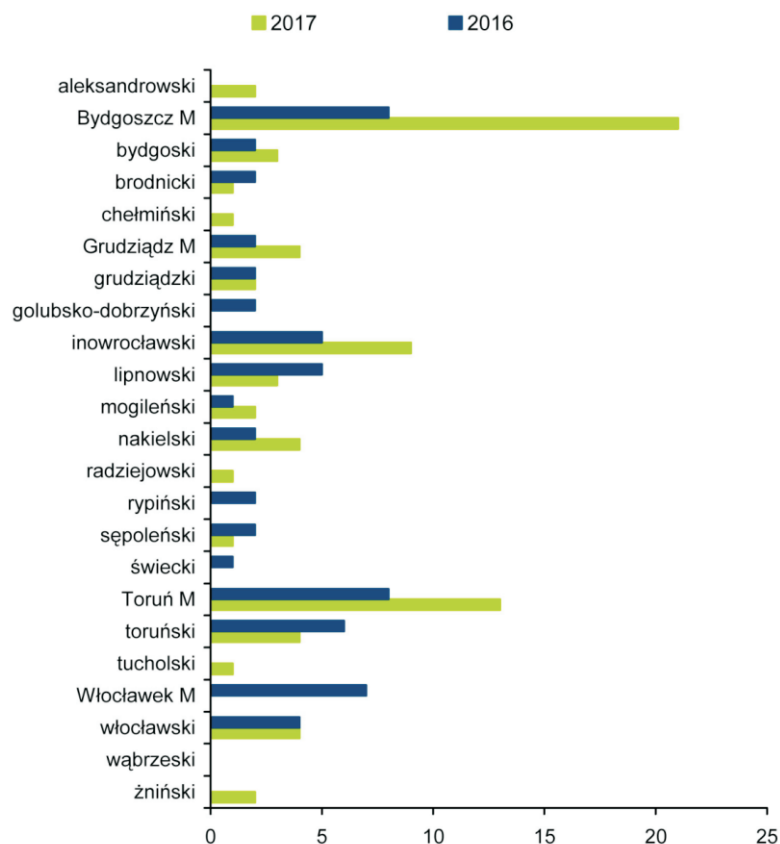
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017 według etiologii. Zapadalność na 100 tys. ludności.



Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017. Liczba zachorowań według powiatów.



Wirusowe zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017. Liczba zachorowań według powiatów.



Ogólna zapadalność na neuroinfekcje oraz inne i nieokreślone zapalenia ośrodkowego układu nerwowego jest znacznie zróżnicowana w poszczególnych powiatach. Większa zapadalność na te choroby występuje w dużych miastach oraz w regionach o wysokim zagęszczeniu ludności.

Choroby przenoszone przez kleszcze

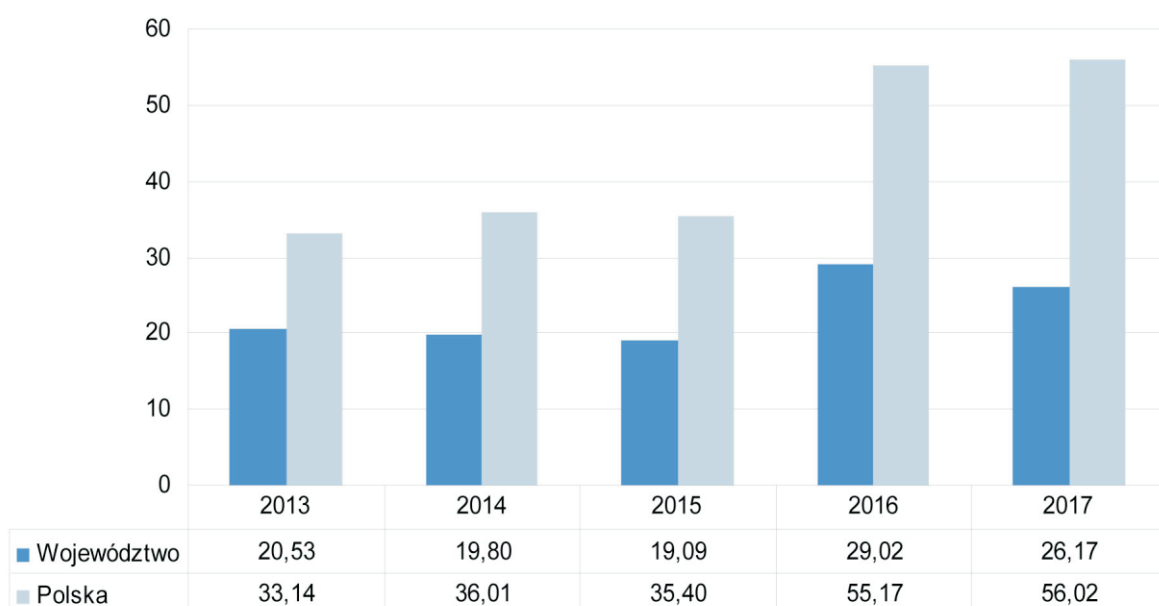
W 2017 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zarejestrowano 545 przypadków boreliozy. Nie odnotowano natomiast zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu.

Borelioza (Choroba z Lyme)

Borelioza to najczęściej występująca w Polsce choroba przenoszona przez kleszcze. Czynnikiem etiologicznym są krętki z rodzaju *Borrelia*, które przyczyniają się do utrzymania długotrwałego procesu zapalnego w organizmie. Borelioza jest bowiem chorobą przewlekłą o złożonej patogenezie, a jej obraz kliniczny jest bardzo zróżnicowany, zależny od postaci i zaawansowania zmian wielonarządowych. We wczesnym etapie choroby dominują zmiany skórne w typie rumienia wędrującego, faza późna związana jest z rozsianiem krętków drogą krwionośną i/lub limfatyczną oraz narządową lokalizacją zmian. Na tym etapie choroba manifestuje się przede wszystkim objawami ze strony układu ruchu i układu nerwowego. Znacznie rzadziej stwierdza się zmiany w układzie krążenia. Pojawić mogą się również niespecyficzne objawy tj. gorączka, powiększenie węzłów chłonnych, osłabienie czy bóle mięśni.

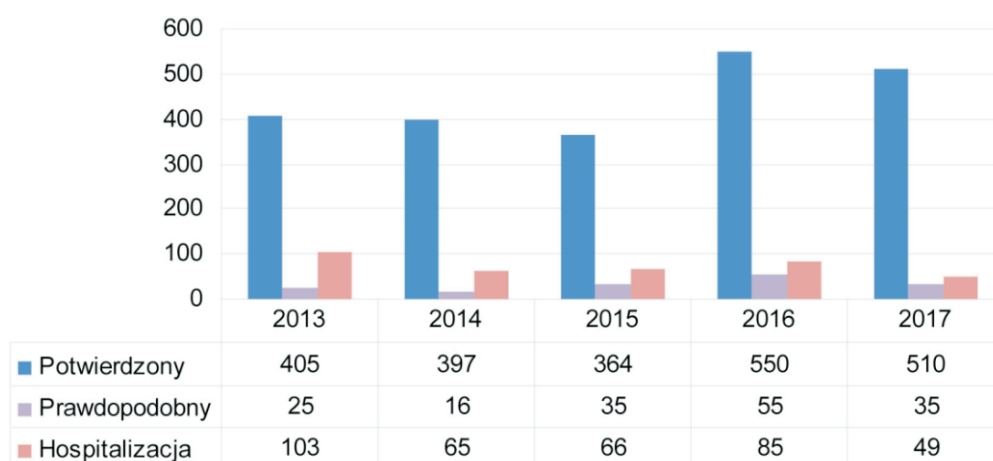
W latach 2013-2017 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zapadalność na boreliozę wahała się od 19,09 do 29,02 na 100 tys. mieszkańców i była prawie o połowę niższa od zapadalności w kraju. Od dwóch lat obserwuje się znaczący wzrost współczynnika zapadalności zarówno dla województwa jak i dla kraju w porównaniu z latami ubiegłymi.

Borelioza w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności.

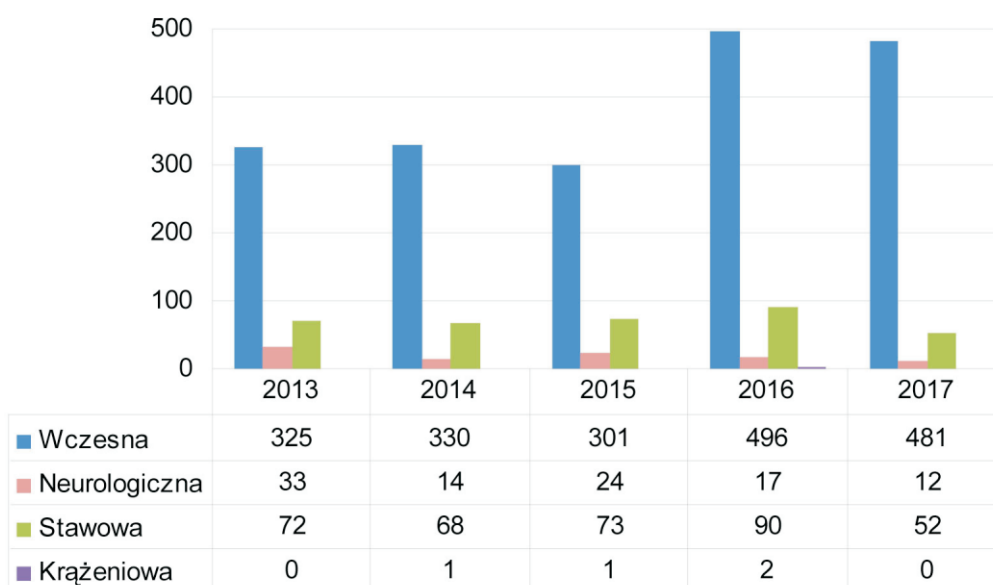


W analizowanym roku zarejestrowano 545 przypadków boreliozy tj. o ok. 10% mniej zachorowań niż w roku ubiegłym. Zgodnie z definicją obowiązującą w nadzorze epidemiologicznym, 510 przypadków zakwalifikowano jako potwierdzone, natomiast 35 zachorowań spełniało kryteria przypadku prawdopodobnego. Z powodu choroby hospitalizowano 49 osób, co stanowiło ok. 9% ogółu przypadków. Wskazania do leczenia szpitalnego były najczęstsze w przypadku powikłań neurologicznych takich jak: porażenie nerwów twarzowych, nerwu wzrokowego, zapalenie opon mózgowych i mózgu a także w przypadku zaawansowanej postaci stawowej choroby.

Borelioza w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Odsetek zachorowań wg powiatów. Przypadki potwierdzone, prawdopodobne i liczba hospitalizacji.



Borelioza w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Postaci kliniczne.

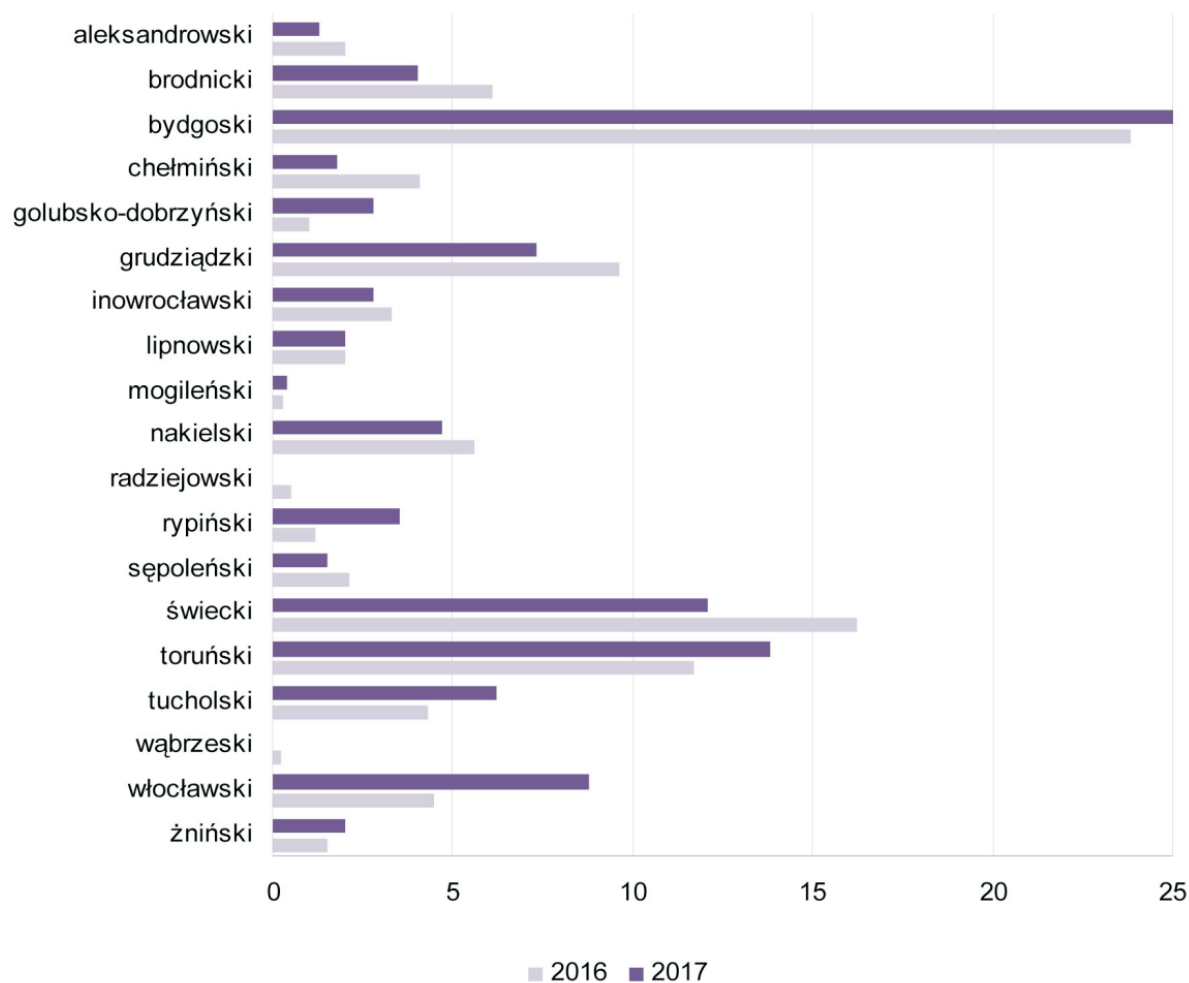


Wśród chorych przeważały kobiety (55,2%). Zaledwie 9% przypadków boreliozy dotyczyło dzieci poniżej 14 roku życia. Dominowała postać wczesna (88,3%), gdzie u chorych obserwowano typowy rumień wędrujący. Z innych objawów skórnych w miejscu wkłucia kleszcza wystąpiły: ból, świąd, pieczenie, obrzęk i pojedyncze guzki. W późnym przebiegu choroby, u 9,5% pacjentów obserwowano obja-

wy ze strony układu ruchu z zapaleniem dużych stawów, przebiegającym z nawracającymi za-
ostrzeniami objawów. Natomiast, zaledwie 2,2% zachorowań dotyczyło postaci neurologicznej
z uszkodzeniami w obrębie ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego, wśród nich odno-
towano 2 przypadki zapalenia opon mózgowych i mózgu o ciężkim przebiegu. Boreliozy układu
krążenia nie zarejestrowano.

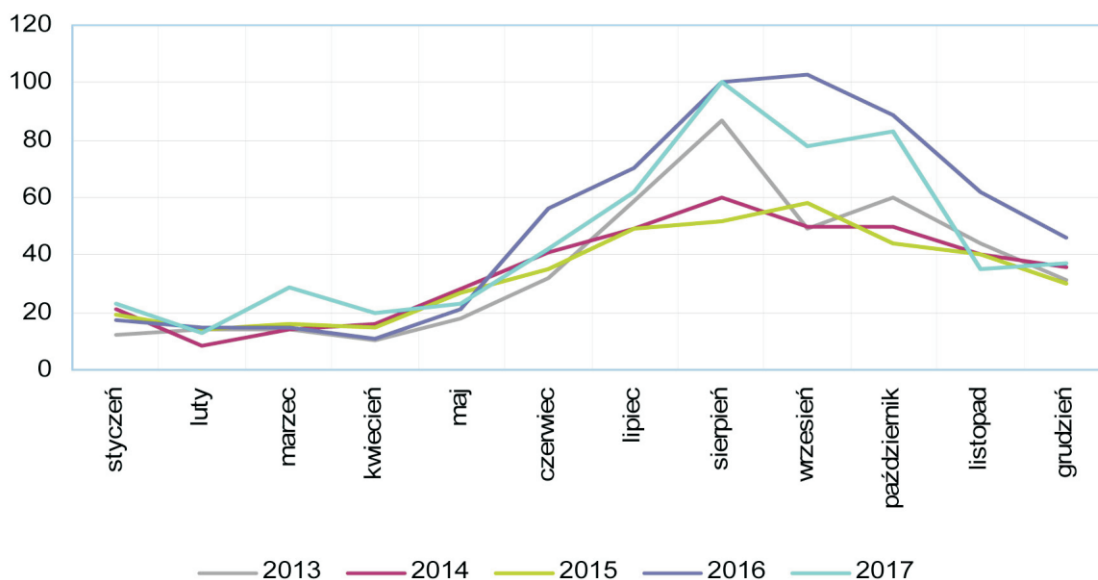
Zachorowania notowano zarówno na terenach wiejskich (46,8%) jak i w miastach (53,2%).
Jednak liczba zgłoszonych przypadków była bardzo zróżnicowana w obrębie poszczególnych po-
wiatów. Boreliozę rejestrowano w 17 powiatach województwa kujawsko-pomorskiego. Najwięcej
zachorowań rozpoznano i zgłoszono na terenie powiatu bydgoskiego (136 przypadków), toruń-
skiego (75 przypadków) i świeckiego (66 przypadków), najmniej zaś w powiecie mogileńskim
(2 przypadki), aleksandrowskim (7 przypadków) i sępoleńskim (8 przypadków). Choroby nie zgło-
szono na terenie powiatu wąbrzeskiego i radziejowskiego. Najwyższą zapadalność obserwowano
w powiecie tucholskim (70,14), świeckim (66,28) i rypińskim (43,00) a najniższą zaś: w mogileń-
skim (4,34), inowrocławskim (9,27) i aleksandrowskim (12,66).

Borelioza w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017. Odsetek zachorowań wg powiatów.



Od kilku lat obserwuje się trend rozpoznawania i rejestrowania przypadków boreliozy przez cały rok, nawet w sezonie zimowym. Szczyt zachorowań przypada jednak na miesiące letnie i wczesno jesienne, co niewątpliwie związane jest z częstszym odwiedzaniem obszarów zalesionych i działek przez ludzi w sezonie wakacyjnym. W 2017 roku najwięcej zachorowań odnotowano w sierpniu (100 przypadków), październiku (83 przypadki) i we wrześniu (78 przypadków), były to głównie postaci wczesne choroby z charakterystyczną zmianą skórą w formie rumienia wędrującego. Natomiast przypadki rejestrowane w miesiącach zimowych, zwykle były powikłaniami ze strony układu nerwowego lub stawowego w późnym przebiegu nierozpoznanej wcześniej i nieleczonej boreliozy.

Borelioza w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Rozkład sezonowy zachorowań.

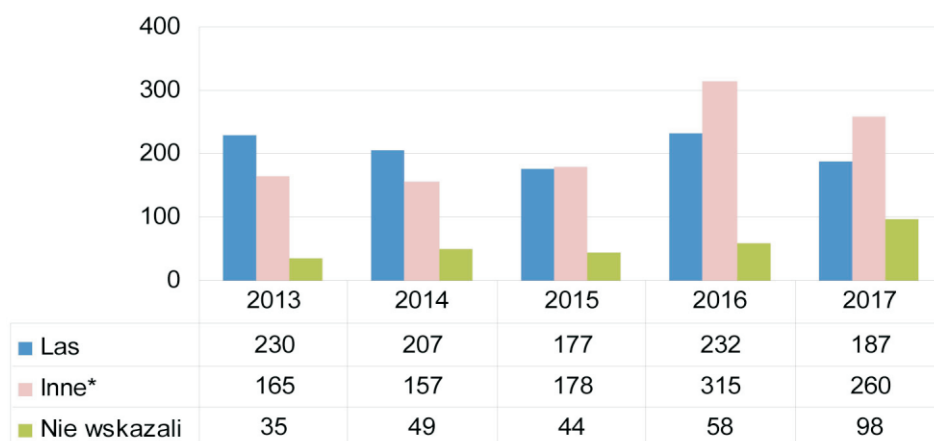


Wzrost ryzyka zachorowania na boreliozę związany jest niewątpliwie z odsetkiem zakażonych kleszczy, występującym na danym terenie. Z prowadzonych analiz dokumentacji medycznej wynika, iż niezwykle ważne jest ustalenie ekspozycji na ukłucia kleszczy, ponieważ charakterystyczny rumień nie występuje (lub może być nie zauważony) u wszystkich chorych, a wczesna, nieleczone borelioza może przekształcić się szybko w kolejne stadium choroby skutkujące wieloma powikłaniami.

W 82% przypadków pacjenci pamiętali tereny na których doszło do pokłucia przez kleszcze. Analizując miejsce ekspozycji, podobnie jak w roku wcześniejszym, zauważono wzrost udziału terenów zurbanizowanych (działki rekreacyjne, przydomowe ogródki, miejskie parki i inne tereny zielone) - 56,2%. Chorzy jako teren narażenia wskazywali również lasy mieszane i liściaste - 41,8% oraz łąki - 2,0%. Natomiast w 98 przypadkach nie pamiętali okoliczności narażenia. Niewielki odsetek - 4,8% zgłoszonych zachorowań związany był z ekspozycją na zakażenie z racji wykonywanego zawodu. W grupie tej dominowali rolnicy (18 przypadków) i pracownicy nadleśnictwa (8 przypadków). Najczęściej stwierdzaną postacią boreliozy w grupie osób narażonych zawodowo była postać późna z zajęciem dużych stawów.

Rosnąca liczba rozpoznawanych przypadków boreliozy, trudności diagnostyczne i terapeutyczne, a także brak odporności po przechorowaniu boreliozy, sprawia że nie należy lekceważyć żadnego przypadku kontaktu z kleszczem oraz żadnego z niepokojących objawów mogących wskazywać na zakażenie krętkami *Borrelia*. Niezwykle ważne są działania profilaktyczne mające na celu ograniczenie zagrożenia. Należą do nich przede wszystkim edukacja o sposobach prewencji oraz uświadamianie ludzi o skali zagrożenia. Ponadto w związku z brakiem uodpornienia czynnego w postaci szczepień, ważne jest wczesne rozpoznanie i skuteczne leczenie w początkowej fazie choroby.

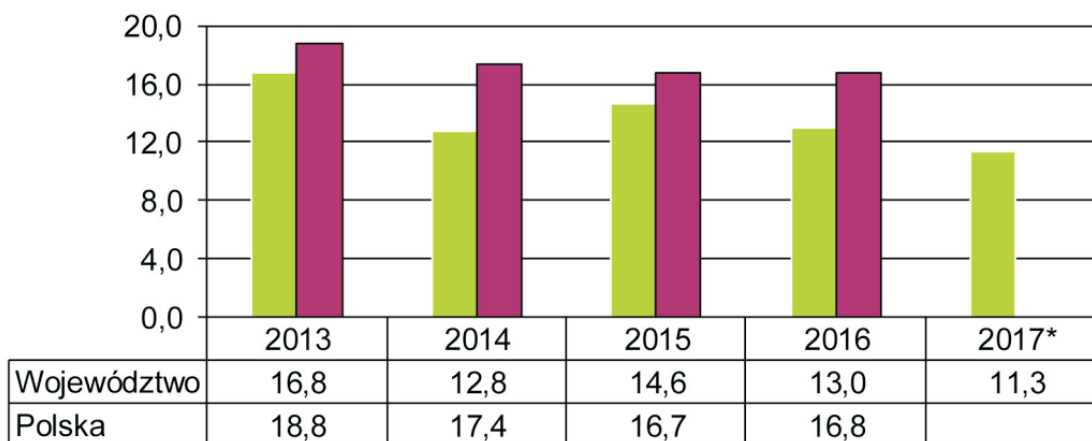
Borelioza w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Liczba zachorowań wg miejsca narażenia.



Gruźlica

W 2017 roku w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano 236 przypadków zachorowań na gruźlicę tj. o 35 przypadków mniej niż w 2016 roku (271). Zapadalność na wszystkie postaci tej choroby w ocenianym okresie wyniosła 11,33 i od kilku lat wykazuje tendencję spadkową. Podobnie jak w poprzednich okresach sprawozdawczych, klinicznie dominowała gruźlica płuc, której odnotowano 215 przypadków. Ta postać choroby stanowiła 91,1% wszystkich postaci zachorowań na gruźlicę. Pozostałe przypadki to chorzy z innymi postaciami gruźlicy układu oddechowego (14), gruźliczym zapaleniem opon mózgowych (1) gruźlicą układu moczowo-płciowego (1), gruźlicą układu limfatycznego (3) i gruźlicą innych określonych narządów (2).

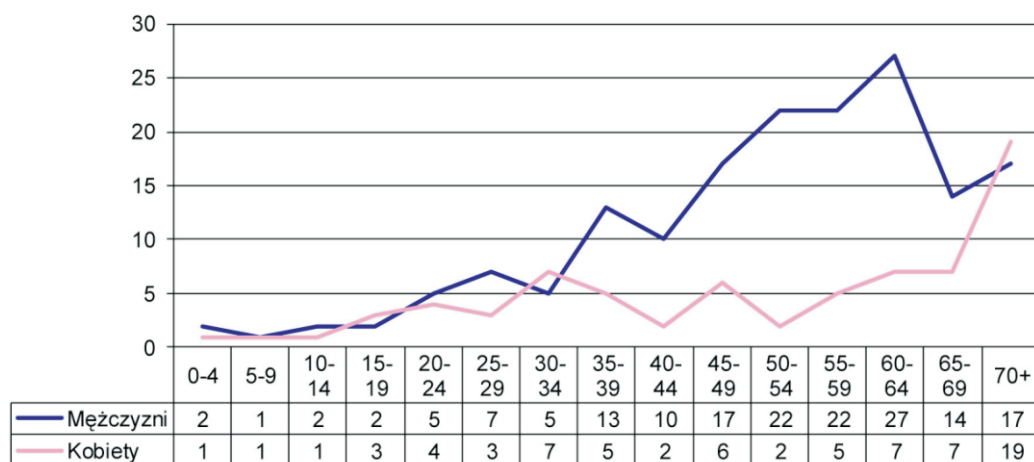
Gruźlica w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności.



**brak danych krajowych*

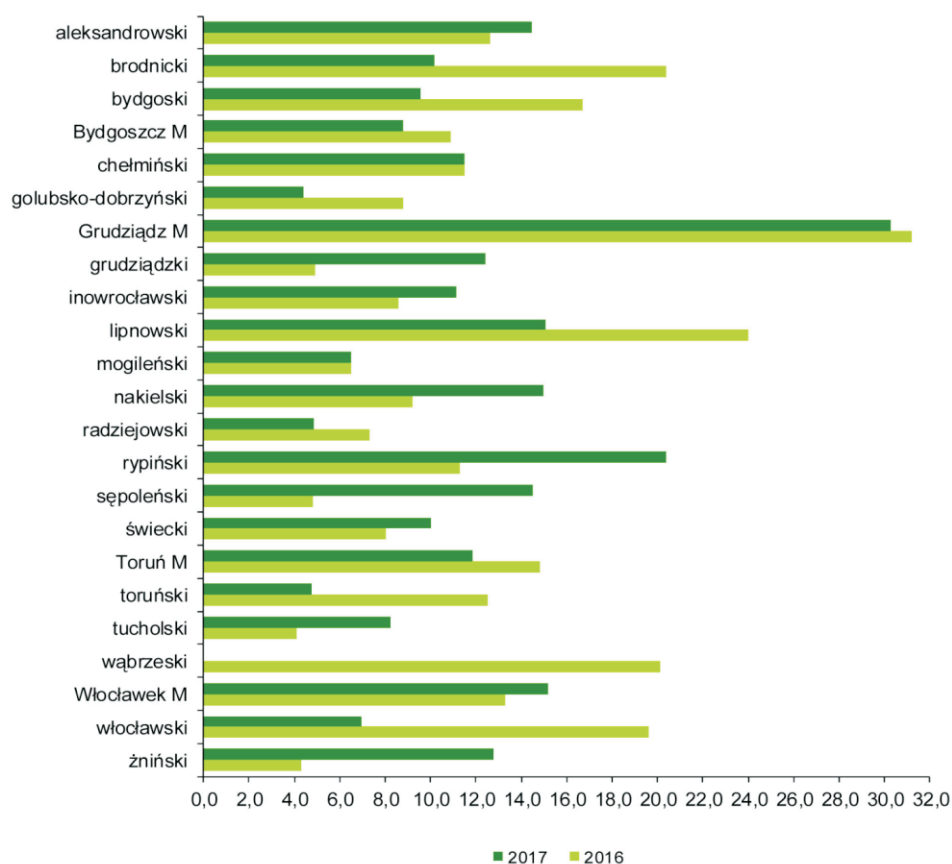
Największy odsetek zachorowań (68,6%) odnotowano u osób dorosłych powyżej 45 roku życia, z czego aż 13,98% ogółu przypadków gruźlicy stwierdzono u osób mających więcej niż 70 lat. 69% wszystkich, nowych przypadków zachorowań stanowią mężczyźni.

Gruźlica w województwie kujawsko-pomorskim w 2017 roku. Liczba zachorowań według płci i wieku.



Gromadzone dane od wielu lat wykazują znaczne różnice zapadalności na gruźlicę w poszczególnych powiatach regionu. W 2017 roku największą zapadalność odnotowano w powiatach: Grudziądz M. (30,28), rypińskim (20,37), lipnowskim (15,05) i Włocławek M. (15,16), a najniższą zapadalność (poniżej 5 na 100 tys.) w powiatach wąbrzeskim (0), golubsko-dobrzyńskim (4,42), radziejowskim (4,87) i toruńskim (4,76).

Gruźlica w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności wg powiatów.



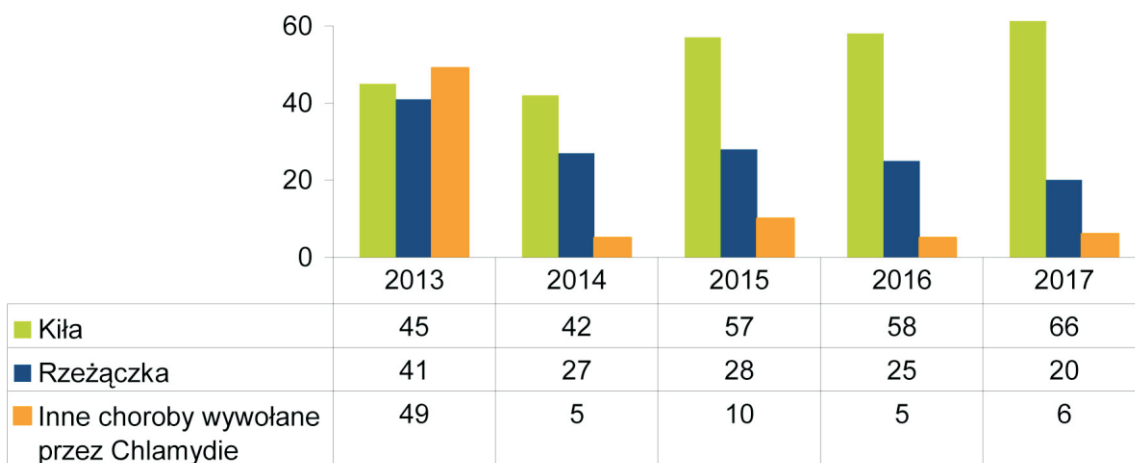
Zauważalne tendencje spadkowe w zapadalności na gruźlicę są niewątpliwie dużą zasługą systematycznie realizowanego „Programu nadzoru epidemiologicznego nad gruźlicą w województwie kujawsko-pomorskim” oraz prowadzonego nadzoru epidemiologicznego nad osobami ze styczności z chorymi na gruźlicę. Ciągłe doskonalenie i realizacja ww. programów profilaktycznych powinna przynieść w najbliższych latach dalszy spadek zachorowalności na tę chorobę w regionie oraz osiągnięcie założonego celu spadku zapadalności na gruźlicę poniżej 10 przypadków na 100 tys. ludności. Do osiągnięcia zamierzonego celu niezbędne jest kontynuowanie współpracy z lekarzami POZ, podmiotami diagnostycznymi oraz podmiotami leczniczymi zaangażowanymi w zwalczanie gruźlicy.

Choroby przenoszone drogą płciową

W ramach systemu nadzoru epidemiologicznego nad chorobami przenoszonymi drogą płciową, w 2017 r. zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim 66 przypadków kiły, 20 zachorowań na rzeżączkę oraz 6 przypadków innych chorób wywołanych przez Chłamydie - łącznie 92 zachorowania. Podobnie, jak w kraju, nie notowano ziarnicy wenerycznej wywołanej przez Chłamydie, a poziom zgłaszania chorób przenoszonych drogą płciową jest niski od kilku lat (zap. poniżej 1; poza kiłą wczesną - zap. 2,45 oraz kiłą wrodzoną - zap. 4,99). Zgłaszane w województwie kujawsko-pomorskim przypadki w 87% dotyczyły zachorowań u mężczyzn. Najwięcej chorób przenoszonych drogą płciową zgłoszono w powiecie bydgoskim, toruńskim i włocławskim - łącznie ponad 65% ogółu zgłoszonych. Nie notowano chorób z tej grupy w powiecie aleksandrowskim, radziejowskim, sępoleńskim i świeckim. Różnice w zakresie liczby notowanych przypadków w powiatach wynikają prawdopodobnie z niejednakowego dostępu do diagnostyki oraz niepełnego zgłaszania przypadków chorób przenoszonych drogą płciową.

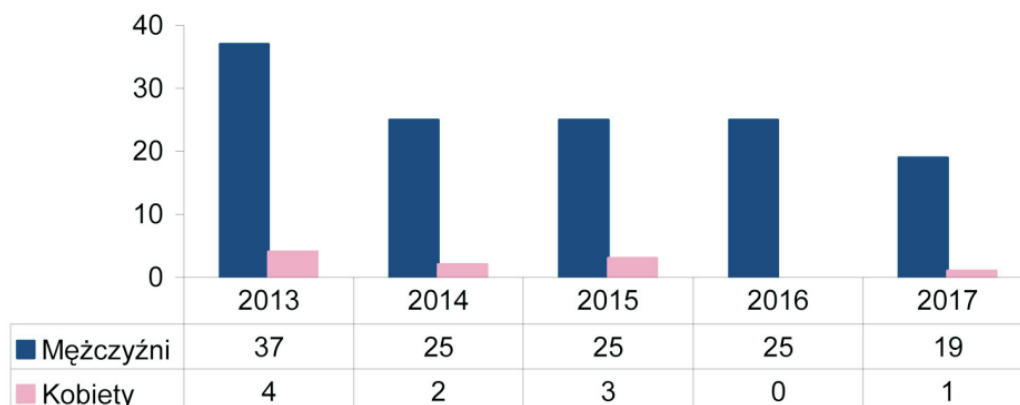
W roku 2017 zgłoszono zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu A, w których potwierdzono narażenia o charakterze MSM (mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami - z ang. MSM). W dwóch przypadkach wzv-A u mężczyzn stwierdzono dodatkowo inne choroby weneryczne.

Choroby przenoszone drogą płciową w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Liczba zachorowań.



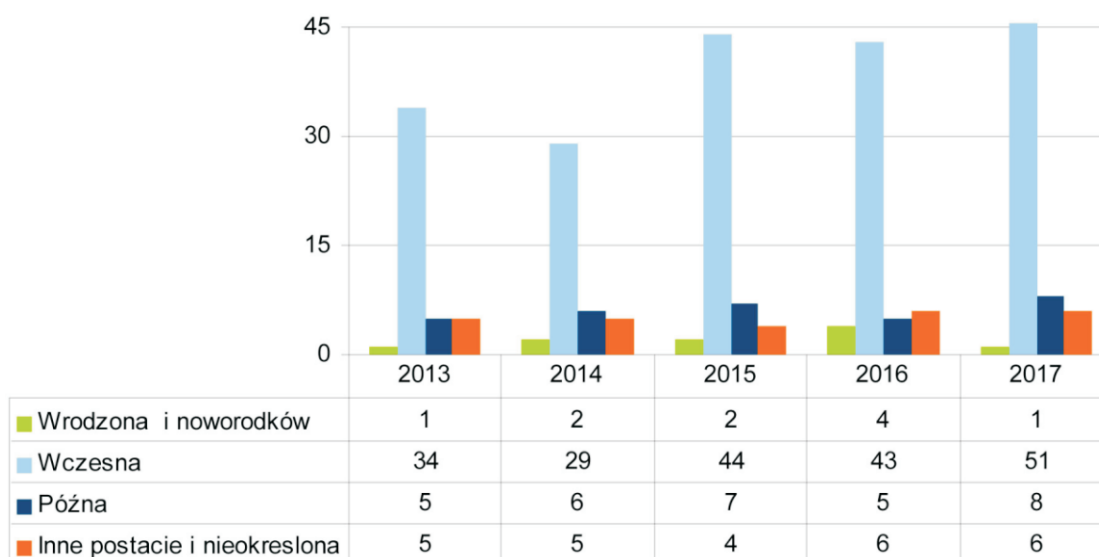
W roku 2017, w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano 20 przypadków rzeżączki. To najmniej od roku 2012. Współczynnik zapadalności był nieco wyższy od notowanego w kraju (odpowiednio: 0,96 i 0,81). Analiza danych demograficznych z raportów jednostkowych zachorowań na rzeżączkę wykazała, że zgłoszone przypadki dotyczyły w 95% mężczyzn, a średnia wieku wyniosła niecałe 32 lata.

Rzeżączka w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Liczba zachorowań według płci.



Zgłoszono ogółem 66 zachorowań na wszystkie postaci kiły, to najczęściej od 2012 roku. Blisko 80% przypadków dotyczyło wczesnej postaci tej choroby, a zapadalność - 2,45 była wyższa od krajowej (2,17). Odnotowano 8 przypadków kiły późnej. Zapadalność 0,38 była wyższa od notowanej w kraju (0,13). Stwierdzono 1 przypadek kiły wrodzonej.

Kiła w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Liczba zachorowań wg postaci choroby.



W zakresie chorób przenoszonych drogą płciową, zgłaszane w województwie kujawsko-pomorskim przypadki w ogromnej większości dotyczyły zachorowań u mężczyzn. Obserwowany był wzrost zachorowań na kiłę wczesną.

Dane gromadzone w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową prawdopodobnie nie odzwierciedlają faktycznej zachorowalności. Pozyskanie pełnych, wiarygodnych danych jest trudne ze względu na wysoki odsetek przypadków bezobjawowych, niepełne zgłaszanie przypadków przez lekarzy i niską dostępność diagnostyki laboratoryjnej oraz coraz częstsze zjawisko posiadania anonimowych partnerów w kontekście kontaktów seksualnych, a także samodzielne podejmowanie leczenia objawów chorobowych. Problemem w obszarze chorób przenoszonych drogą płciową może być także narastająca oporność na antybiotyki szczepów drobnoustrojów wywołujących rzeżączkę.

Zapowiedzią poprawy nadzoru w tym zakresie może być umieszczenie takich jednostek, jak: kiła, rzeżączka i chłamydioza wśród chorób objętych działaniami zapobiegawczymi w zakresie chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi, określonymi zadaniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.

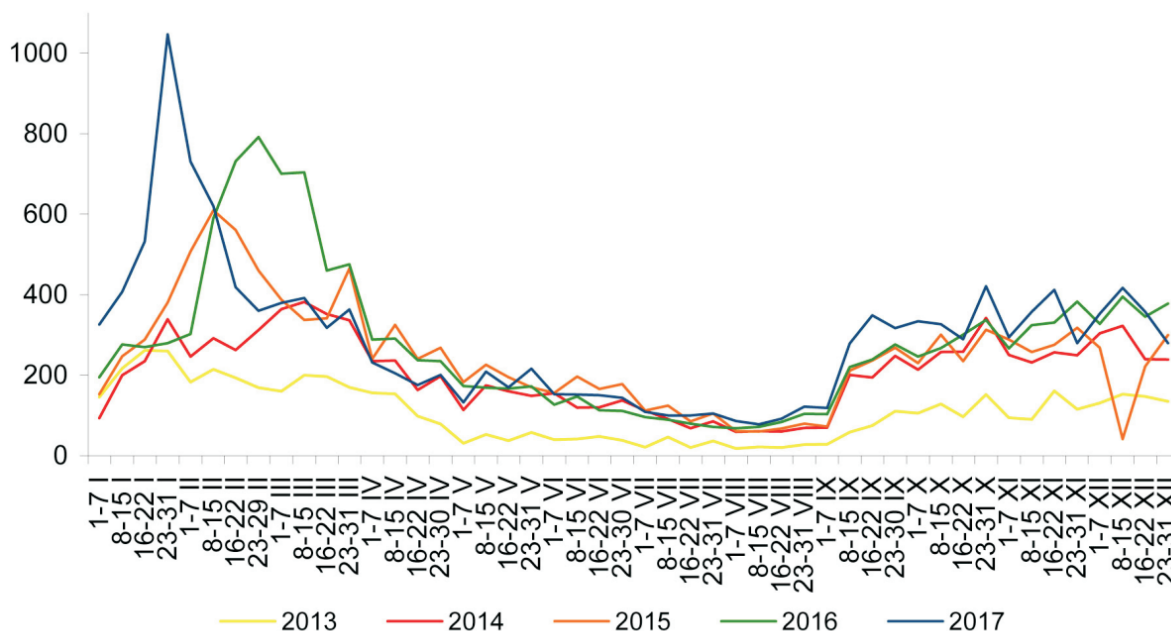
Grypa i zachorowania grypopodobne

Nadzór epidemiologiczny nad grypą (zgodnie z definicją przyjętą na potrzeby nadzoru nad chorobami zakaźnymi) opiera się na zgłaszaniu przypadków zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę oraz wszystkich rozpoznanych klinicznie ostrych zakażeń dróg oddechowych i zachorowań grypopodobnych, określonych jako „zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę”. Od wielu lat zachorowania te stanowią najliczniejszą grupę wśród chorób podlegających nadzorowi epidemiologicznemu.

W roku 2017 na grypę, infekcje grypopodobne oraz ostre zakażenia dróg oddechowych w województwie kujawsko-pomorskim zachorowało ogółem 294145 osób, w tym 145136 (49,3%) dzieci do lat 14. W stosunku do roku 2016, w ogólnej liczbie zachorowań, to więcej o 13873 przypadki, a wśród dzieci do lat 14 - prawie o 5 tysięcy przypadków więcej. Tendencja wzrostowa obserwowana była również na poziomie krajowym.

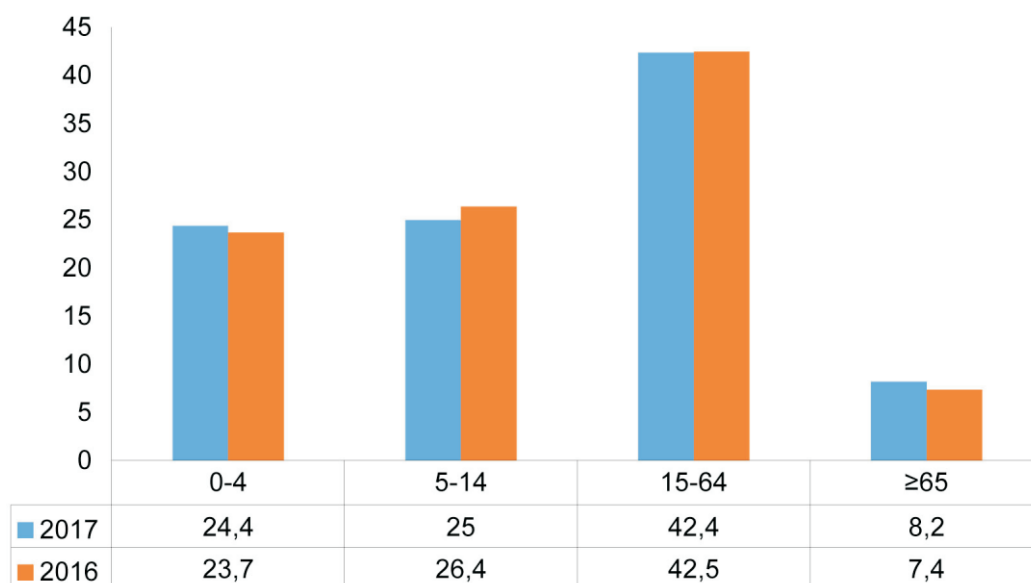
Zapadalność na 100 tys. mieszkańców wyniosła 14121,66 i była wyższa od zapadalności krajowej (13125,06), a udział zachorowań odnotowanych na terenie województwa stanowił 5,83% ogółu zachorowań w kraju. Podobna sytuacja dotyczy zapadalności wśród dzieci do 14 lat, która wyniosła 46217,24 i również była wyższa od zapadalności krajowej (39397,91). Udział tych zachorowań stanowił 6,4% wszystkich krajowych zachorowań dzieci do 14 roku życia.

Grypa w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności.

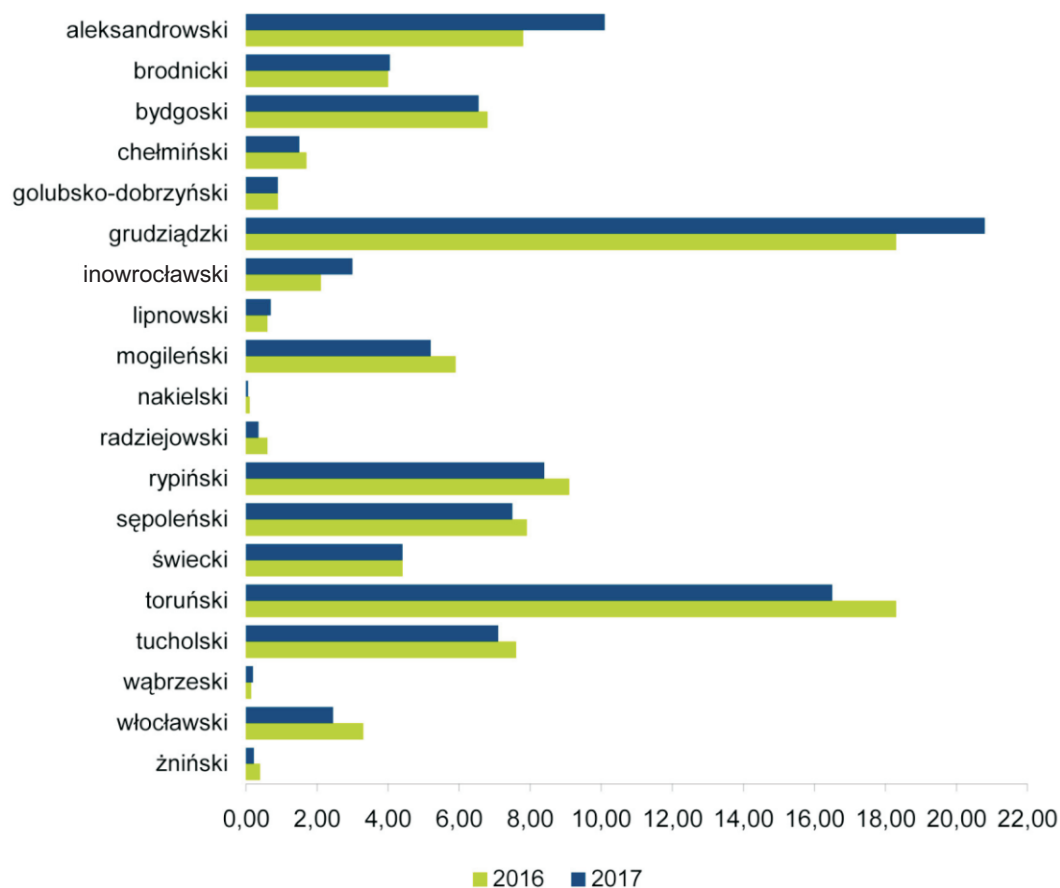


Wyraźny szczyt zachorowań w województwie kujawsko-pomorskim wystąpił w okresie sprawozdawczym pomiędzy 23 a 31 stycznia 2017 roku (21811 przypadków). Największą liczbę zachorowań notowano w miesiącach styczniu i lutym - odpowiednio 28,8% i 26,5% ogółu zachorowań. W roku 2016 szczyt zachorowań odnotowano na przełomie lutego i marca, a najwięcej przypadków rejestrowano w okresie od 23 do 29 lutego 2016 roku (16553 zachorowania).

Grypa i zachorowania grypopodobne w województwie kujawsko-pomorskim. Odsetek zachorowań wg wieku w latach 2016-2017.



Grypa i zachorowania grypopodobne w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017. Odsetek zachorowań wg powiatów.



Podobnie, jak w 2016 roku najwięcej przypadków zachorowań odnotowano w grupie wiekowej 15-64 lat (124840 przypadków), a najmniej w grupie osób w wieku 65 lat i więcej (24169 przypadków).

Łącznie, w roku 2017, z powodu grypy lub podejrzenia grypy hospitalizowano 890 osób, co stanowiło 0,3% wszystkich zgłoszonych przypadków. Wśród przyczyn hospitalizacji dominowały objawy ze strony układu oddechowego (u 97,8% pacjentów). Ponadto, u 14 osób stwierdzono zaburzenia pracy układu krążenia (1,6%), a 47 chorych zgłosiło także inne objawy (5,3%), wśród których wymieniano: gorączkę lub stan podgorączkowy, osłabienie, złe samopoczucie, złą tolerancję wysiłku, bóle mięśniowo-stawowe, drgawki, zawroty głowy oraz bóle stawowe. Najczęściej opieki szpitalnej wymagały dzieci do lat 4 (39,6% ogółu chorych hospitalizowanych). W porównaniu z rokiem ubiegłym, odnotowano wzrost liczby przypadków wymagających hospitalizacji o blisko 27%.

Zgłoszenia zachorowań pochodziły ze wszystkich powiatów województwa kujawsko-pomorskiego. Najwięcej przypadków odnotowano w powiecie grudziądzkim (61131, tj. 20,8% wszystkich przypadków), natomiast najmniej w powiecie nakielskim (187, tj. 0,06% wszystkich przypadków).

W omawianym okresie, w regionie laboratoryjnie potwierdzono 101 przypadków zakażeń wirusami grypy, w tym 17 u dzieci do lat 14. Ponadto 4 zachorowania zgodnie z definicją grypy przyjętą na potrzeby nadzoru epidemiologicznego, zakwalifikowano jako prawdopodobne.

Przypadki grypy potwierdzone laboratoryjnie w woj. kujawsko-pomorskim, w 2017 roku według typu wirusa i grup wiekowych.

Typ wirusa	Grupy wiekowe				Razem
	0-4	5-14	15-64	65 i więcej	
typ A	5	12	53	29	99
typ B			1	1	2
Razem	5	12	54	30	101

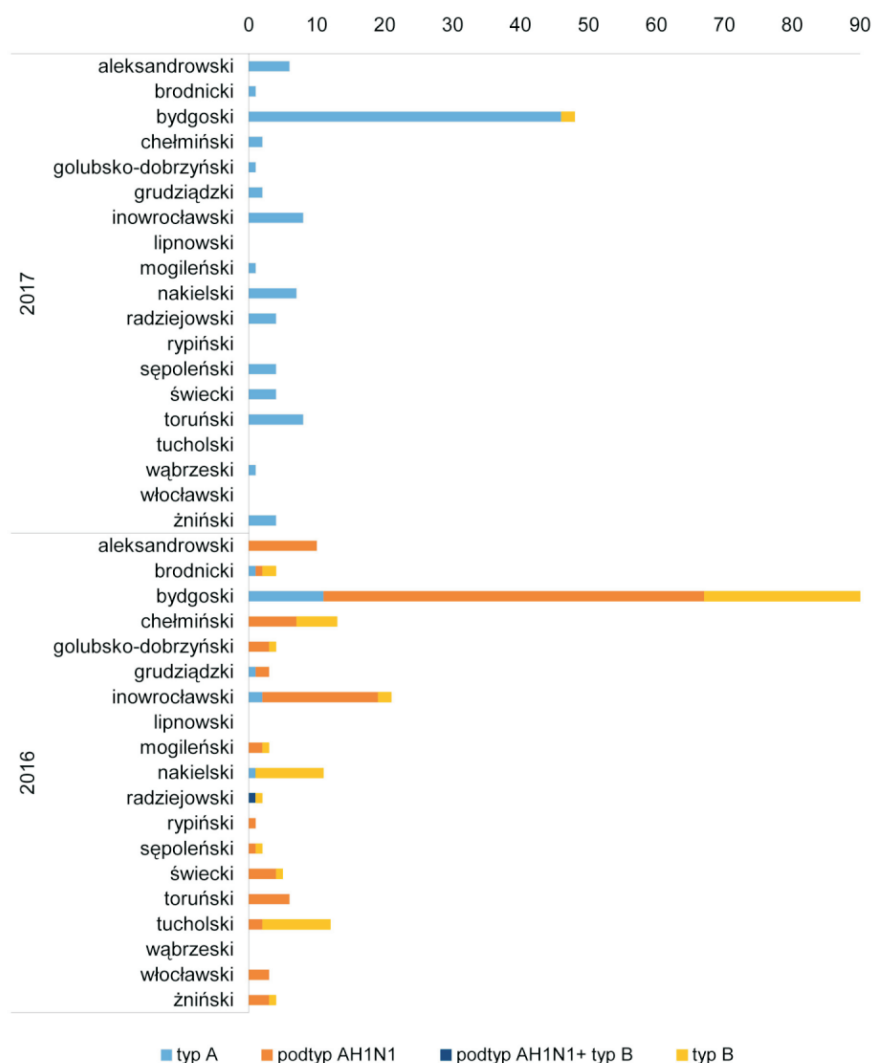
Badania wirusologiczne próbek materiału biologicznego wykonywano w ramach diagnostyki pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych ze szpitali. Potwierdzono 63 przypadki zakażeń wirusem grypy typu A i 1 zakażenie wirusem grypy typu B.

Ponadto, w ramach realizacji nadzoru nad grypą Sentinel oraz projektu europejskiego „I-MOVE - plus” (do końca marca 2017 roku), pobrano do badań wirusologicznych 94 próbki materiału biologicznego od pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. Laboratoryjnie potwierdzono 37 przypadków zachorowań na grypę (36 na grypę typu A i 1 na grypę typu B) oraz 2 przypadki zachorowań spowodowanych wirusem RS.

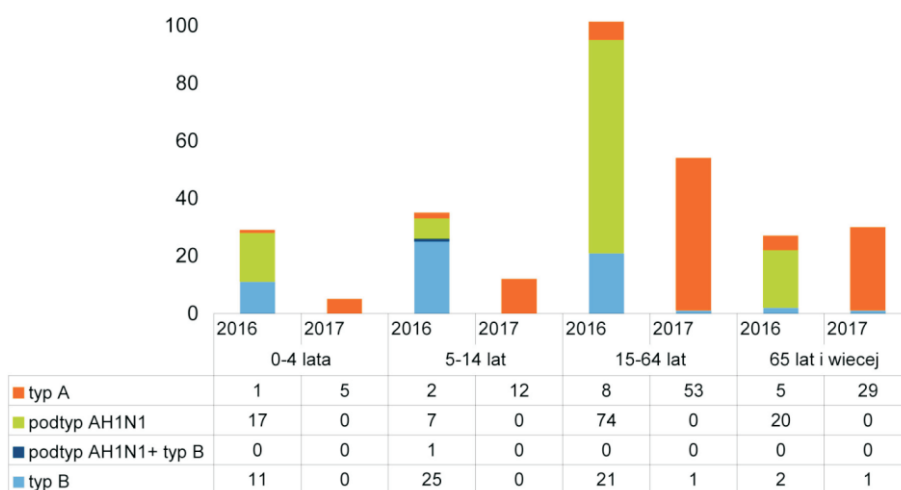
Dane epidemiologiczne przekazywano ze wszystkich powiatów, jednak nie wszystkie placówki medyczne zgłoszone do uczestnictwa w tym nadzorze, pobierały próbki materiału biologicznego do badań. Wobec powyższego, muszą być zintensyfikowane działania na rzecz poprawy realizacji założeń programu przez placówki, które się do tego zobowiązały.

W porównaniu z rokiem 2016, w roku 2017, pomimo wzrostu ogólnej liczby zachorowań na grypę, infekcje grypopodobne oraz ostre zakażenia dróg, liczba przypadków grypy potwierdzonych laboratoryjnie w województwie kujawsko-pomorskim była mniejsza o prawie o 50% (odpowiednio 194 i 101 przypadków). Stanowi to 0,034% wszystkich zgłoszonych przypadków.

Przypadki grypy potwierdzone laboratoryjnie w poszczególnych powiatach województwa kujawsko-pomorskiego, w latach 2016-2017 wg typu wirusa.



Przypadki grypy potwierdzone laboratoryjnie w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2016-2017 wg typu wirusa i grup wiekowych.



Najwięcej próbek materiału biologicznego z wynikiem dodatnim pochodziło z zakładów leczniczych z terenu powiatu bydgoskiego - 48 przypadków, podczas gdy w powiecie lipnowskim, rypińskim, tucholskim oraz włocławskim nie potwierdzono laboratoryjnie żadnego przypadku zakażenia wirusem grypy.

W 2017 roku zanotowano 4 zgony osób zakażonych wirusem grypy, w tym 1 zgon z powodu grypy oraz 3 zgony z innej przyczyny. W stosunku do analogicznego okresu roku ubiegłego liczba zgonów osób zakażonych wirusami grypy była mniejsza (2016 roku - 13 zgonów).

Choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne

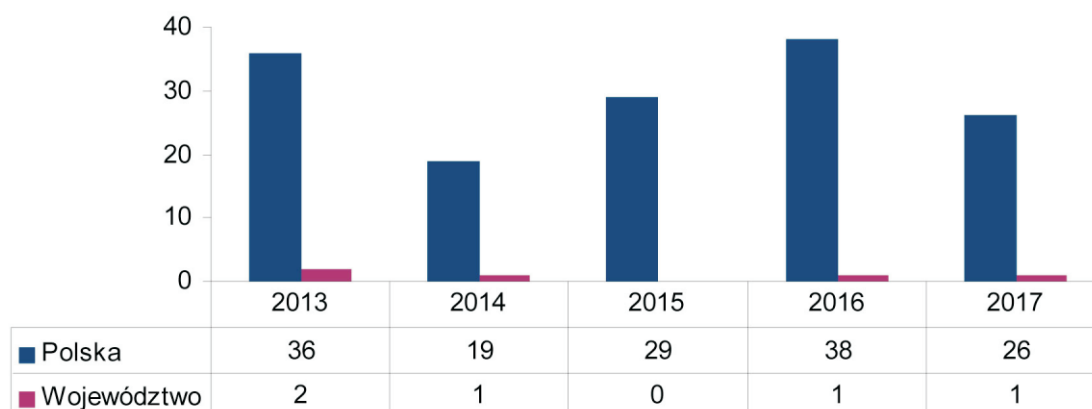
Do grupy chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych zalicza się choroby łatwo rozprzestrzeniające się, o wysokiej śmiertelności, powodujące szczególne zagrożenie zdrowia publicznego.

Nie odnotowano w regionie zachorowań na błonicę, poliomyelitis, cholere, dżumę, wąglik, wściekliznę czy wirusowe gorączki krwotoczne.

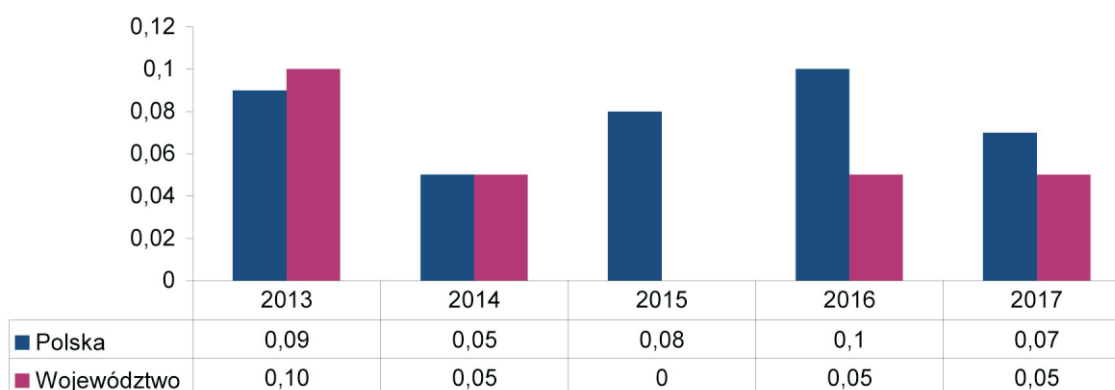
Do chorób importowanych z rejonów endemicznych należy malaria bowiem od kilkudziesięciu lat w Polsce nie występują rodzime zachorowania na malarię.

Sytuacja epidemiologiczna malarii w województwie utrzymywała się na poziomie obserwowanym w ubiegłych latach i było to zachorowanie sporadyczne. Wystąpiło 1 zachorowanie na malarię wywołaną przez *Plasmodium falciparum* u osoby powracającej z Afryki Równikowej, która nie sto-

Malaria w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Liczba zachorowań.



Malaria w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017. Zapadalność na 100 tys. ludności.



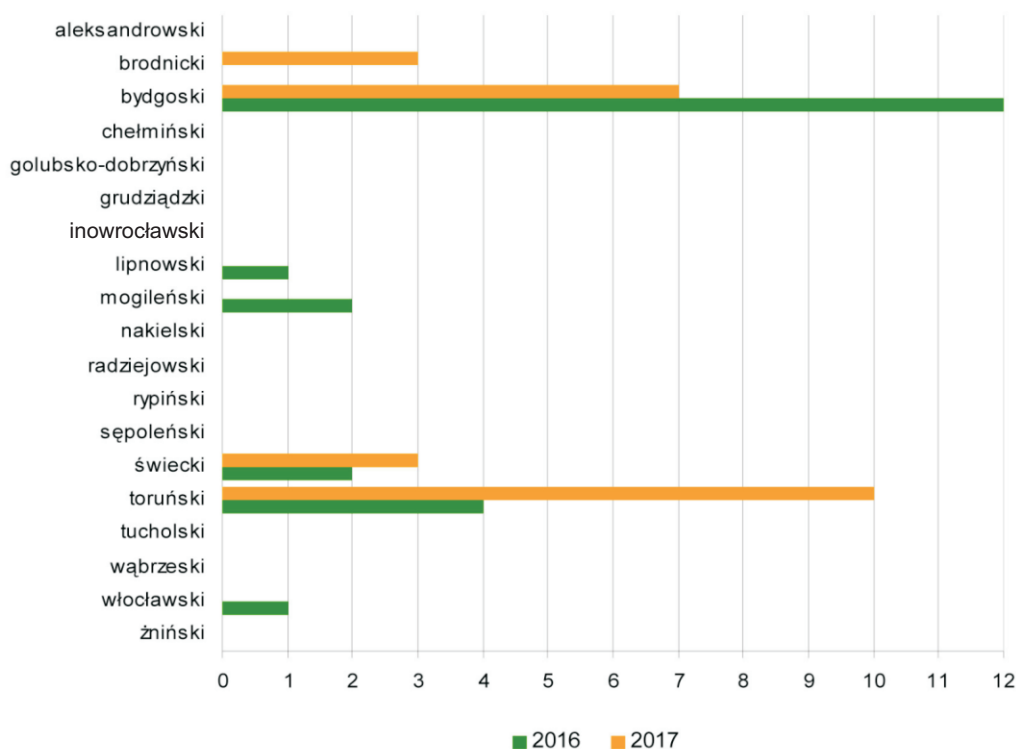
sowała profilaktyki farmakologicznej przeciw malarii przed wyjazdem, a także zabezpieczeń przed komarami w czasie podróży. W kraju zarejestrowano 26 przypadków malarii o 10 mniej niż w roku 2016.

Zapadalność na malarię w regionie i w kraju była niższa od 1 na 100 tys. ludności. Na przestrzeni kilku lat wśród chorych z rozpoznaną malarią w województwie kujawsko-pomorskim dominowały osoby podróżujące turystycznie lub w związku z pracą zawodową, które zakaziły się za granicą na obszarach endemicznych malarii. Malaria jest ciężką chorobą i istotną rolę w ograniczaniu ryzyka zdrowotnego odgrywa profilaktyka farmakologiczna i skuteczna ochrona przed komarami.

Ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych w zakładach leczniczych województwa kujawsko-pomorskiego

W 2017 roku zgłoszono 23 ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych, tj. o 1 więcej niż w roku 2016 (22). Ogniska wystąpiły w 10 szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego, w tym w 2 klinicznych 3 ogniska (13% ogółu ognisk), 2 specjalistycznych 2 ogniska (9% ogółu ognisk), 3 wojewódzkich 11 ognisk (48% ogółu ognisk), 3 powiatowych 7 ognisk (30% ogółu ognisk). W omawianym okresie zgłoszenia ognisk zakażeń szpitalnych wpłynęły z powiatu bydgoskiego, brodnickiego, toruńskiego i świeckiego. Najwięcej ognisk zgłoszono ze szpitali powiatu toruńskiego - 10 (43% ogółu ognisk) i bydgoskiego - 7 (30% ogółu ognisk) oraz po 3 ogniska z powiatów brodnickiego i świeckiego, co stanowiło 13% ogółu ognisk.

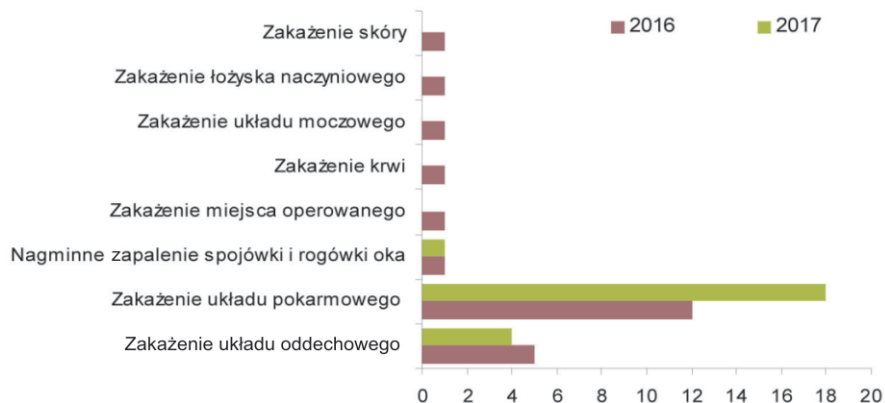
Liczba ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych zgłoszonych z zakładów leczniczych w latach 2016-2017 według powiatów.



Łącznie w ogniskach zachorowało 178 osób (rok 2016 - 188), w tym 5 osób z personelu medycznego. U 74 osób (42% ogółu chorych) czynnik etiologiczny zakażeń potwierdzono badaniami laboratoryjnymi. W ogniskach zmarło 10 osób, co stanowiło 5,6% ogółu chorych w ogniskach. Zakażenia osób w ogniskach miały różną postać kliniczną, najczęściej występowało zakażenie przewodu pokarmowego - 18 zgłoszonych ognisk (2016 - 12). Drugą, co do częstości postacią kliniczną było zakaże-

nie układu oddechowego - 4 ogniska (2016 - 5). W omawianym okresie wystąpiło jedno ognisko, gdzie postacią kliniczną zakażenia było nagminne zapalenie spojówki i rogówki oka.

Ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych według postaci klinicznej zakażenia w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2016-2017.

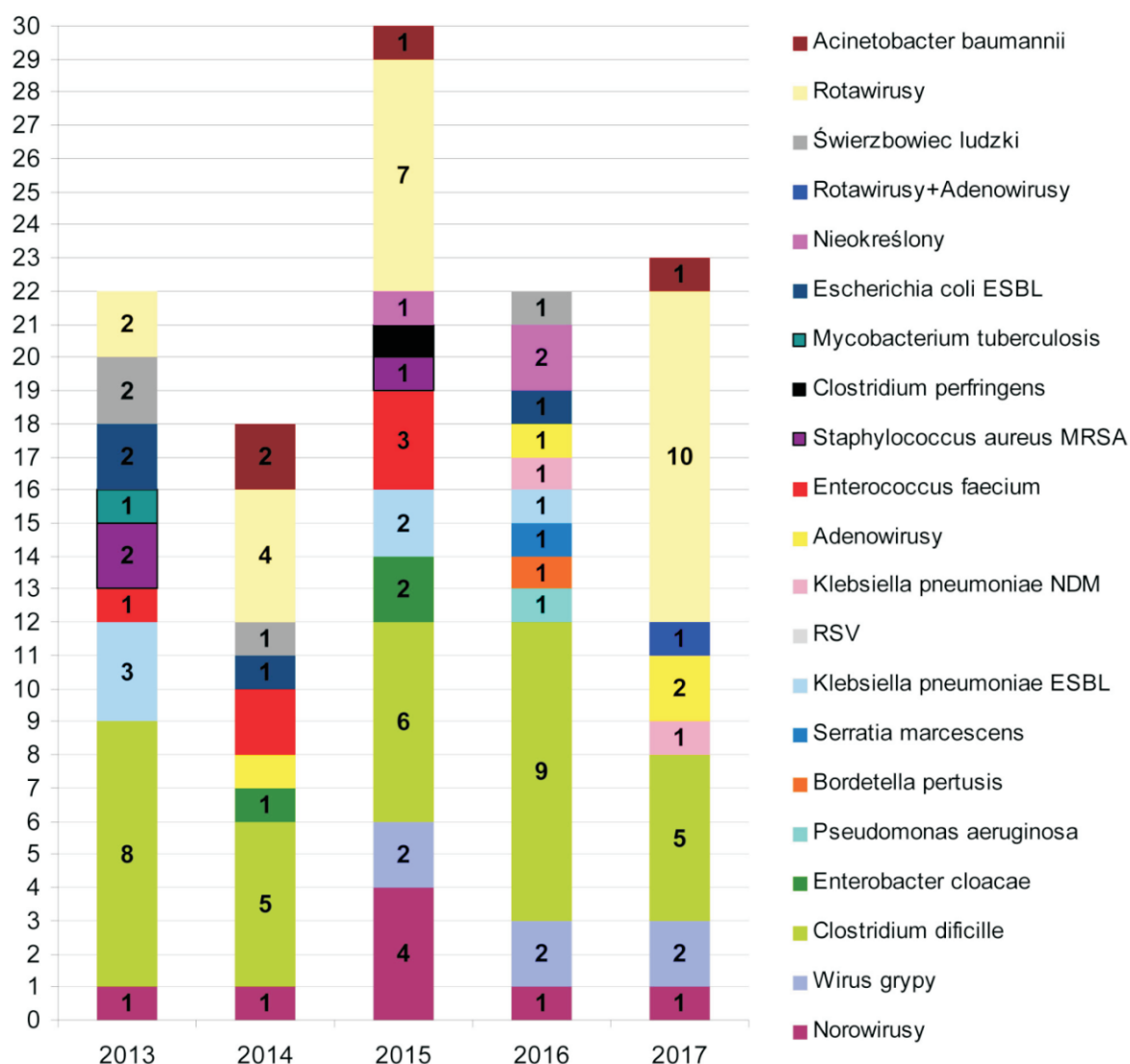


Ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych według postaci klinicznej zakażenia w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2013-2017.

Postaci kliniczna	2013	2014	2015	2016	2017
	Liczba ognisk	Liczba ognisk	Liczba ognisk	Liczba ognisk	Liczba ognisk
Zakażenie układu oddechowego	4	3	6	5	4
Zakażenie układu pokarmowego	11	10	17	12	18
Zakażenie miejsca operowanego	6	4	7	1	
Zakażenie krwi		3	7	1	
Zakażenie układu moczowego	2	1	4	1	
Zakażenie łożyska naczyniowego				1	
Zakażenie układowe	1	1			
Zakażenie skóry	2	1		1	
Zakażenie uogólnione		1			
Nagminne zapalenie spojówki i rogówki oka		1		1	1
Zakażenie CUN			1		
zgłoszonych ognisk	22	18	30	22	23
rozpoznanych postaci klinicznych w ogniskach	26*	25*	42*	23*	

*w latach 2013, 2014, 2015, 2016 w niektórych ogniskach epidemicznych zakażeń szpitalnych wystąpiło kilka postaci klinicznych zakażeń.

Liczba ognisk epidemiczne zakażeń szpitalnych według czynnika etiologicznego w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2013-2017.



W roku 2017 r. wśród czynników etiologicznych zakażeń dominowały rotawirusy - 10 ognisk (43,5%) i laseczka *Clostridium difficile* - 5 ognisk (21,7). W roku 2016 dominującym patogenem była laseczka *Clostridium difficile* (9 ognisk 40,9%). Zarówno w roku 2017 i 2016 zarejestrowano po 2 ogniska (odpowiednio 8,7%, 9,1%) wywołane wirusem grypy. W omawianym okresie zarejestrowano 2 ogniska wywołane przez adenowirusy oraz po jednym ognisku wywołanym przez takie patogeny, jak *Acinetobacter baumannii*, norowirusy. W jednym ognisku zakażenie wywołane było przez adenowirusy i rotawirusy. W omawianym okresie w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano jedno ognisko, w którym czynnikiem etiologicznym zakażenia była *Klebsiella pneumoniae* wytwarzająca karbapenemazy typu „New Delhi” (NDM). W ognisku doszło do zakażenia pięciu osób: u 4 postacią kliniczną było zakażenie układu oddechowego, u jednej osoby kolonizacja, u 3 osób nastąpił zgon.

W ramach monitorowania zakażeń pałeczkami jelitowymi *Enterobacteriaceae* wytwarzającymi karbapenemazy (CPE), w roku 2017 zgłoszono do Państwowej Inspekcji Sanitarnej 16 przypadków zakażeń i kolonizacji szczepem *Klebsiella pneumoniae* wytwarzającym karbapenemazy u pacjen-

tów zamieszkałych w regionie, w roku 2016 - 11 przypadków. Większość przypadków była potwierdzona przez Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów w Warszawie. Wzrost rejestracji przypadków zakażeń objawowych oraz przypadków kolonizacji pałeczkami jelitowymi *Enterobacteriaceae* wytwarzającymi karbapenemazy (CPE) nastąpił po wzmożeniu nadzoru oraz podjętych działaniach prewencyjnych przez Państwową Inspekcję Sanitarną. W związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z narastaniem zakażeń wywołanych szczepem *Klebsiella pneumoniae* NDM, celem zapobiegania rozprzestrzeniania się tych patogenów w podmiotach leczniczych, Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny wystosował pismo do Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych, aby w ramach nadzoru bieżącego nad szpitalami zwracać szczególną uwagę na działania zespołów kontroli zakażeń szpitalnych w zakresie wdrażania zaleceń Konsultanta Krajowego w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, dotyczących postępowania w przypadku zachorowań sporadycznych i ognisk epidemicznych wywołanych przez Gram ujemne pałeczki z rodziny *Enterobacteriaceae*. Przekazał też zalecenia Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów. Przypomniat o konieczności prowadzenia działań prewencyjnych w zakresie kontroli zakażeń, warunków izolacji pacjentów zakażonych, aktualizacji i przestrzegania procedur sanitarno-higienicznych oraz o zgłaszaniu do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego wszystkich przypadków zakażeń objawowych oraz nosicielstwa/kolonizacji szczepami *Klebsiella pneumoniae* wytwarzającymi metalo- β -laktamazę „New Delhi” (NDM) oraz innymi pałeczkami jelitowymi *Enterobacteriaceae* wytwarzającymi karbapenemazy (CPE).

Zakażenia szpitalne stanowią poważny problem w zakładach leczniczych, ich liczba zależy od rodzaju wykonywanych świadczeń medycznych oraz od profilu placówki. Podobnie, jak w roku ubiegłym główną przyczyną występowania ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, było nieprzestrzeganie obowiązujących w podmiotach procedur sanitarno-higienicznych, zwłaszcza dotyczących mycia i dezynfekcji rąk, postępowania z bielizną oraz dekontaminacji powierzchni, sprzętów i narzędzi wielorazowego użycia. W celu ograniczenia zakażeń niezbędne jest ciągłe monitorowanie i kontrola środowiska szpitalnego, szeroka diagnostyka laboratoryjna, właściwa polityka antybiotykowa oraz zintensyfikowanie działań Zespołów Kontroli Zakażeń Szpitalnych w zakresie szkoleń personelu, nadzoru nad przestrzeganiem procedur sanitarno-higienicznych poprzez przeprowadzanie rzetelnej kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz inicjowanie i podejmowanie działań zapobiegawczych i korygujących w celu ograniczenia i eliminowania transmisji zakażeń w szpitalach.

Wykonawstwo szczepień ochronnych.

Szczepienia ochronne to najskuteczniejsza forma profilaktyki w walce z niebezpiecznymi, często śmiertelnymi chorobami zakaźnymi, które również w Polsce pozostają nadal realnym zagrożeniem. Celem prowadzonych szczepień ochronnych jest zarówno uzyskanie osobniczej odporności na zachorowanie danego dziecka oraz ograniczenie niepożądanych skutków zdrowotnych mogących być wynikiem choroby zakaźnej, a także zabezpieczenie całego społeczeństwa przed możliwością infekcji tj. osiągnięcie tzw. odporności populacyjnej. Warunkiem osiągnięcia odporności w skali populacji jest wysoki odsetek zaszczepionych osób (co najmniej 95%). Realizowany w Polsce program powszechnych szczepień ochronnych jest konsekwentnie modyfikowany, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną z uwzględnieniem możliwości finansowych budżetu Ministra Zdrowia. Z dniem 1 stycznia 2017 roku do Programu Szczepień Ochronnych wprowadzono szczepienia przeciwko pneumokokom wszystkich dzieci urodzonych po 31 grudnia 2016 roku. Dotąd szczepienie to znajdowało się na liście szczepień zalecanych, a rodzice decydując się na wykonanie musieli za nie zapłacić. Jedynie niewielka grupa dzieci, u których występowało zwiększone ryzyko zakażenia otrzymywała szczepienie bezpłatnie w ra-

mach szczepień obowiązkowych. Ponadto w PSO na rok 2017 doprecyzowano terminy realizacji szczepień dzieci i młodzieży w 6-, 10-, 14- i 19-tym roku życia uszczegóławiając, iż mogą być one wykonane dopiero po ukończeniu odpowiednio: 5-, 9-, 13- i 18-ego roku życia.

Ocenę realizacji Programu Szczepień Ochronnych w roku 2017 dokonano w oparciu o analizę danych uzyskanych ze sprawozdań z wykonania szczepień ochronnych przekazanych przez powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne województwa kujawsko-pomorskiego.

W województwie kujawsko-pomorskim szczepienia ochronne prowadzono w 498 punktach szczepień: w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, w oddziałach noworodkowych oraz w podmiotach wykonujących szczepienia ochronne osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie. Obowiązkiem szczepień ochronnych w roku 2017 objęta była populacja 376531 osób w wieku od 0-19 roku życia.

Szczegółowa analiza przebiegu szczepień ochronnych w 1 roku życia wskazała, że obowiązkowe szczepienia ochronne przeciwko gruźlicy oraz wirusowemu zapaleniu wątroby typu B realizowane były w regionie na poziomie rejestrowanym w roku 2016 i pozostawały na pułapie nieznacznie wyższym w stosunku do średniego poziomu zaszczepienia w tej grupie wiekowej w kraju w roku poprzednim. W ostatnich 5 latach obserwowane są jednak w analizowanej grupie wiekowej tendencje spadkowe w wykonawstwie szczepień przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis oraz *Haemophilus influenzae* typu b. W stosunku do roku 2016 zanotowano w województwie spadek wykonawstwa wyżej wymienionych szczepień o 5,8%, a rejestrowane wartości były od 3,5- 3,6% niższe od rejestrowanych w roku poprzednim na poziomie krajowym. Najniższe odsetki zaszczepienia odnotowano na terenie następujących powiatów: grudziądzkiego (48,0), sępoleńskiego (49,1), włocławskiego (49,1), inowrocławskiego (50,7), brodnickiego (50,8). Najwyższy poziom zaszczepienia przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis oraz *Haemophilus influenzae* typu b stwierdzono natomiast w powiatach: radziejowskim (59,6) i golubsko-dobrzyńskim (57,8). Szczepienia przeciwko pneumokokom wprowadzone do Programu Szczepień Ochronnych w 2017 roku, realizowane były we wszystkich powiatach na zbliżonym poziomie.

Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych w pierwszym roku życia, w latach 2013-2017.

Rodzaj szczepienia	2013 r.		2014 r.		2015 r.		2016 r.		2017 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
BCG szczepienie pierwotne	99,4	99,6	99,2	99,5	99,1	99,5	98,8	99,2	brak danych	99,1
WZW typu B	89,6	90,3	88,2	91,1	89,1	90,6	87,0	89,9	brak danych	88,9
DTP – błonica, tężec, krztusiec	59,8	61,3	58,1	60,7	58,1	59,7	55,8	58,0	brak danych	52,2
Poliomyelitis	59,8	61,3	58,1	60,7	58,0	59,7	55,8	58,0	brak danych	52,2
<i>Haemophilus influenzae</i> typu b	59,7	61,3	58,0	60,7	58,0	59,7	55,7	58,0	brak danych	52,2
Pneumokoki									brak danych	62,2

Stan wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych w 2 roku życia utrzymuje się od wielu lat na zbliżonym poziomie, przekraczającym średnie wartości krajowe. Szczegółowa analiza realizacji szczepień ochronnych w tej grupie wiekowej wskazała jednak nieznacznie niższy poziom wykonawstwa w porównaniu do roku poprzedniego (odchylenia od wartości rejestrowanych w roku 2016 mieściły się w granicach od 0,2-5,5%, przy czym najwyższa wartość dotyczyła szczepienia przeciwko odrze, śwince i różyczce). W 2017 roku odsetek realizacji szczepień przeciwko odrze, śwince i różyczce w 13-14 miesiącu życia był o 5,5% niższy w stosunku do roku poprzedniego, przy czym pozostawał o 2,9% wyższy od średniej wartości krajowej rejestrowanej w roku 2016. Sukcesywny spadek wykonawstwa wyżej wymienionych szczepień w ostatnich pięciu latach obserwowany był również na terenie kraju. Przypuszczać należy, że powyższa sytuacja była wynikiem dalszego rozpowszechniania przez ruchy antyszczepionkowe informacji, wiążącej szczepionkę przeciwko odrze, śwince i różyczce z występowaniem autyzmu u dzieci w okresie wczesnodziecięcym. Na skutek tych działań, coraz więcej rodziców nadal unika podania w/w szczepionki swoim dzieciom. Podkreślić jednak należy, że nie ma dowodów naukowych na potwierdzenie zależności pomiędzy szczepieniem przeciwko odrze, śwince i różyczce, a występowaniem u dzieci autyzmu.

Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych w drugim roku życia, w latach 2013-2017.

Rodzaj szczepienia	2013 r.		2014 r.		2015 r.		2016 r.		2017 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
WZW typu B	99,6	99,8	99,4	99,7	99,2	99,7	98,8	99,5	brak danych	99,3
DTP – błonica, tężec, krztusiec	98,6	99,4	98,3	99,3	97,9	99,2	97,6	98,9	brak danych	98,5
Poliomyelitis	98,6	99,4	98,2	99,3	97,8	99,2	97,6	98,8	brak danych	98,5
Haemophilus influenzae typu b	98,7	99,4	98,2	99,3	97,8	99,2	97,6	98,8	brak danych	98,5
MMR – odra, świnka, różyczka	82,8	89,5	79,7	86,1	77,9	86,3	77,4	85,8	brak danych	80,3

W prezentowanym przedziale czasowym, obowiązkowe szczepienia ochronne w grupie dzieci i młodzieży szkolnej wykonywane były w województwie kujawsko-pomorskim w odsetkach przekraczających nawet o kilkanaście procent poziom zaszczepienia w roku 2016 w kraju. W roku 2017 szczepienia w w/w populacji realizowane były jednak w województwie kujawsko-pomorskim na poziomie niższym w stosunku do roku 2016, a odchylenia od wartości rejestrowanych w roku poprzednim mieściły się w granicach od 2,5% (szczepienie przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi w 14 r. ż.) do 3,9% (szczepienie przeciwko odrze, śwince i różyczce w 10 r. ż.). Najwyższe odsetki uodpornienia uzyskano w przypadku szczepień przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi w 14 roku życia (93,3%) oraz w przypadku szczepień przeciwko odrze, śwince i różyczce w 10 roku życia (92,0%). Wysoki poziom uodpornienia w stosunku do średnich wartości krajowych rejestrowanych w latach poprzednich notowano też u 19-latków szczepionych przeciwko błonicy i tężcowi, pomimo obniżenia odsetka zaszczepienia w województwie o 3,4% w porównaniu do roku 2016. Najniższe odsetki zaszczepienia uzyskano w przypadku szczepień przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi oraz poliomyelitis w 6 r. ż. (88,4%), na co niewątpliwie miały wpływ wartości odnotowane w powiecie bydgoskim (82,1%) i toruńskim (82,9%), gdzie w roku 2017 zarejestrowano największą liczbę osób uchylających się od obowiązku szczepień

oraz w powiecie grudziądzkim (83,8%). Szczegółowa analiza wykonawstwa szczepień ochronnych w grupie dzieci i młodzieży szkolnej wykazała, że szczepienia w tej populacji realizowane są w najniższych odsetkach na terenie powiatu grudziądzkiego, w którym szczepienia przeciwko błonicy i tężcowi w 19 r. ż. zrealizowano na poziomie 79,9%, tj. w odsetku o 10,5% niższym niż odnotowanym w województwie.

Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych w grupie dzieci i młodzieży szkolnej, w latach 2013-2017.

Rodzaj szczepienia	2013 r.		2014 r.		2015 r.		2016 r.		2017 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
DTaP – błonica, tężec, acelulany krztusiec w 6 r.ż.	79,9	93,7	75,2	93,0	52,9	76,2	68,6	91,8	brak danych	88,4
Poliomyelitis w 6 r.ż.	79,9	93,7	75,3	93,0	57,7	86,5	68,6	91,9	brak danych	88,4
Błonica, tężec, krztusiec w 14 r.ż. *	85,0	97,5	83,6	97,1	83,0	97,0	79,7	95,8	brak danych	93,3
Td – tężec, błonica w 19 r.ż.	75,0	94,7	73,4	94,5	73,6	94,9	71,4	93,8	brak danych	90,4
MMR – odra, świnka, różyczka w 10 r.ż.	79,0	96,8	77,7	96,6	71,5	96,3	74,9	95,9	brak danych	92,0

*do roku 2015 - błonica, tężec w 14 r. ż.

Obowiązkowe szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B u uczniów i studentów kształcących się na kierunkach medycznych oraz osób wykonujących zawody medyczne od kilku lat realizowane są na poziomie o kilka procent powyżej średnich wartości uzyskiwanych w kraju. Szczepienia w tych grupach realizowane były w 2017 roku na poziomie zbliżonym do roku 2016, chociaż w przypadku uczniów szkół medycznych odnotowano wzrost poziomu zaszczepienia o 2,8% w stosunku do roku poprzedniego.

W przypadku osób z bliskiego otoczenia zakażonych HBV, wykonawstwo szczepień od kilku lat należy do najlepszych w kraju. Pomimo zarejestrowanego w roku 2017 w tej grupie ryzyka spadku poziomu zaszczepienia w stosunku do roku 2016 o 2,9%, osiągnięto poziom zaszczepienia - 94,6% tj. wyższy o 10,5% od średniej wartości krajowej w roku poprzednim.

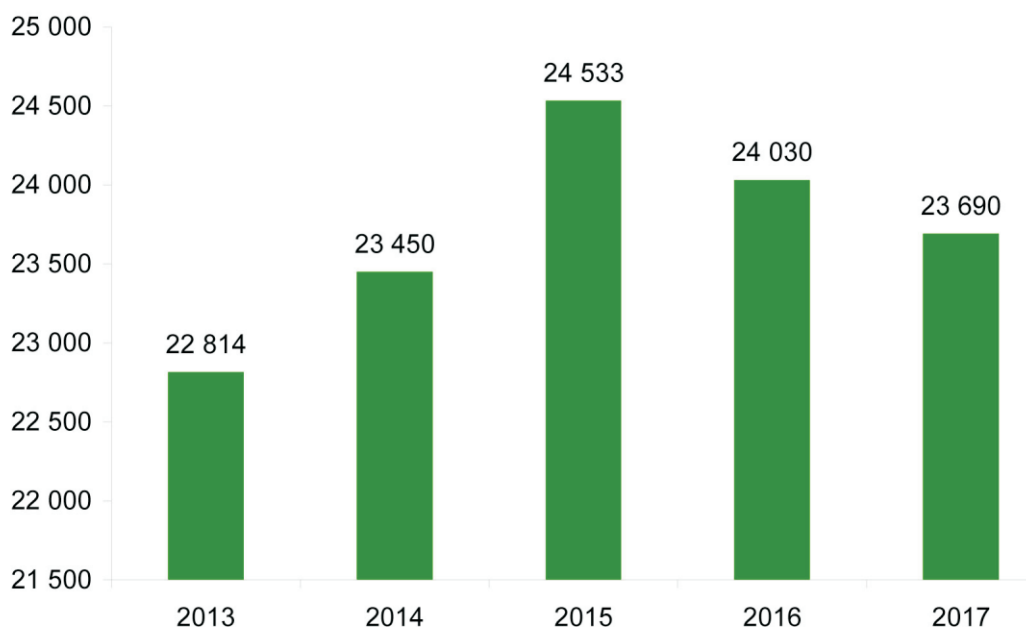
Realizacja szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w grupach ryzyka, w latach 2013-2017.

Rodzaj szczepienia	2013 r.		2014 r.		2015 r.		2016 r.		2017 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
Uczniowie szkół medycznych	94,4	97,9	95,7	99,3	97,0	98,7	97,8	96,2	brak danych	99,0
Studenci kierunków medycznych	95,7	99,9	96,6	100,0	99,0	100,0	100,0	100,0	brak danych	100,0
Osoby wykonujące zawody medyczne	98,6	98,9	98,5	98,7	98,4	99,1	98,8	98,5	brak danych	99,2
Otoczenie zakażonych HBV	69,8	95,4	72,1	96,2	87,0	79,5	84,1	85,8	brak danych	94,6

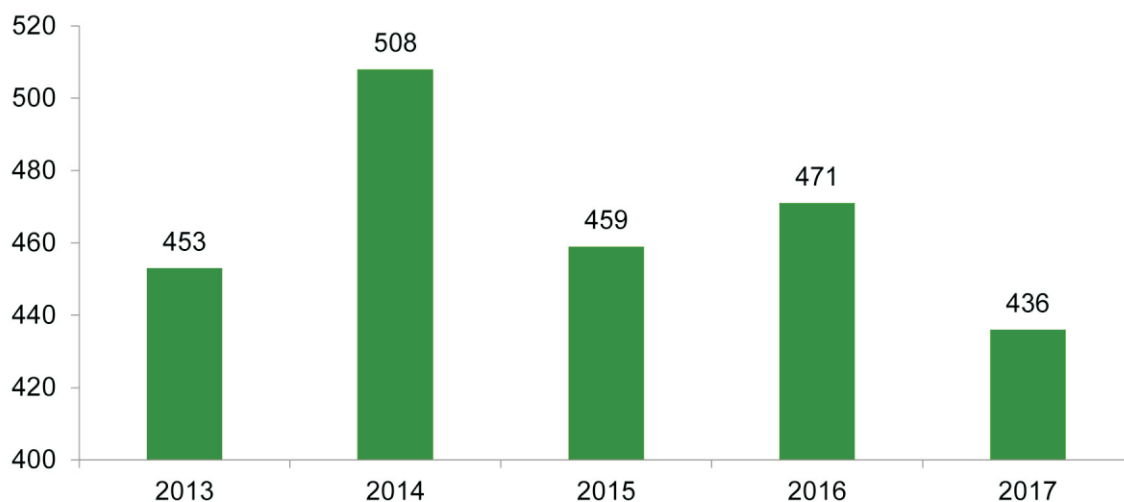
W dalszym ciągu obserwuje się dużą zmienność w zakresie liczby wykonanych szczepień poekspozycyjnych (tężec, wścieklizna), szczepień obowiązkowych osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie oraz zalecanych.

Dzięki prowadzonej w województwie kujawsko-pomorskim intensywnej profilaktyce tężca w 2017 roku, podobnie jak w roku poprzednim nie rejestrowano zachorowań na tężec. Szczepionka przeciwko tężcowi stosowana jest w celu indywidualnej ochrony przed zachorowaniem. W związku z powyższym każdego roku u ponad 20 tysięcy osób w województwie stosuje się swoiste zapobieganie tężcowi u osób zranionych w celu nie dopuszczenia do rozwoju zakażenia.

Liczba osób, u których wykonano poekspozycyjne szczepienia p/w tężcowi w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017.



Liczba osób, u których wykonano szczepienia poekspozycyjne po kontakcie ze zwierzęciem nieznanym lub podejrzanym o zakażenie wścieklizną w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017.



W analizowanym okresie ze względu na styczność i narażenie na zakażenie wścieklizną wystąpiła konieczność podjęcia szczepień przeciwko wściekliznie u 436 osób, co stanowi o 7,4 % osób mniej w stosunku do roku poprzedniego. Najczęściej źródło zakażenia stanowiły nieznane psy i koty, w nieznacznym procencie zwierzęta dziko żyjące. W 4 przypadkach do narażenia doszło poza granicami kraju.

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie zapobiegania wściekliznie wymaga nadal ciągłego monitorowania oraz intensywnego edukowania w celu wzrostu wiedzy społeczeństwa na temat profilaktyki tej niebezpiecznej choroby odzwierzęcej, cechującej się najwyższym wskaźnikiem śmiertelności ze wszystkich znanych zakażeń.

Szczepienia przeciwko inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae* realizowane były jako obowiązkowe u dzieci urodzonych po 31.12.2016 roku (szczepieniami objęto 12233 osoby) oraz jako zalecane u dzieci poniżej 5 roku życia z zaburzeniami odporności i chorobami przewlekłymi, stanowiącymi zwiększone ryzyko rozwoju choroby pneumokokowej (szczepieniami objęto 10676 osób, w tym 9373 w wieku od 0-4 lat). W porównaniu do roku 2016, w roku 2017 obserwowano spadek liczby osób zaszczepionych przeciwko *Streptococcus pneumoniae* w ramach szczepień zalecanych w związku z wprowadzeniem do Programu Szczepień Ochronnych obowiązku szczepień dla wszystkich dzieci urodzonych w roku 2017. Przeprowadzona analiza poziomu zaszczepienia dowodzi, że w województwie kujawsko-pomorskim uodpornieniem przeciwko zakażeniom wywołanym przez *Streptococcus pneumoniae* realizowanym w ramach szczepień obowiązkowych i zalecanych objęto w 2017 roku 27,9% populacji w przedziale wiekowym od 0-4 lat.

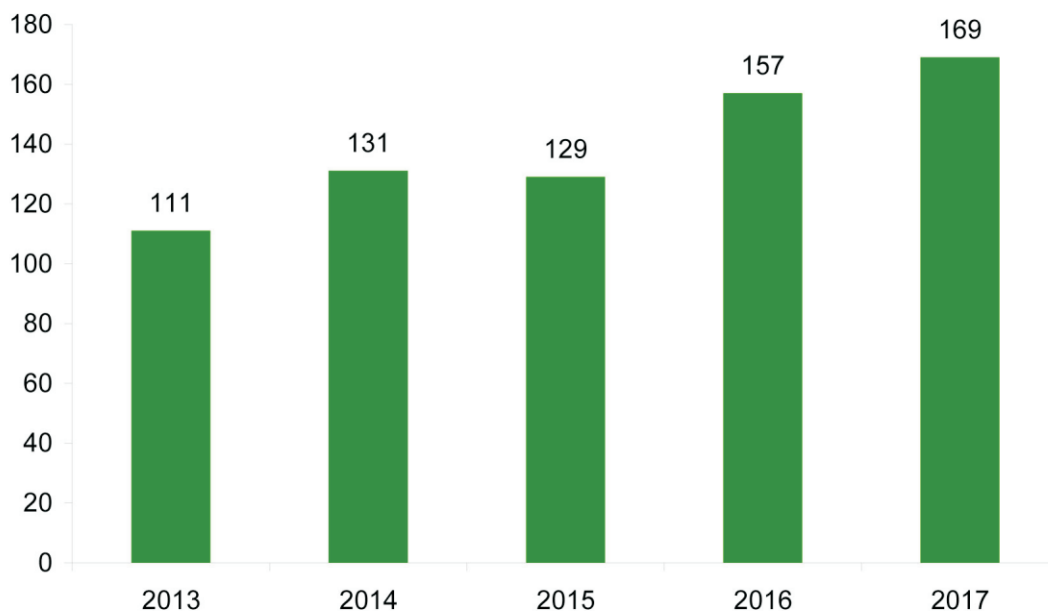
W roku 2017 kontynuowano również realizację obowiązkowych szczepień przeciwko ospie wietrznej zalecanych u dzieci zgodnie z zapisami w Programie Szczepień. Szczepieniami objęto łącznie 3195 osób, w tym 3150 osób w wieku od 0-19 lat. Dane te dotyczą wszystkich wykonanych w roku kalendarzowym szczepień, zarówno w ramach szczepień obowiązkowych, jak i zalecanych. Liczba osób objętych szczepieniami przeciwko ospie wietrznej zwiększyła się o 10,8% w porównaniu do 2016 roku.

Zalecane szczepienia przeciwko biegunce rotawirusowej u niemowląt (odpłatne dla pacjenta) wykonywane były na przestrzeni lat 2013-2015 na zbliżonym poziomie. Przeprowadzona analiza wykazała, że od roku 2016 ilość zaszczepionych wzrastała, a w roku 2017 w stosunku do roku 2016 zanotowano wzrost zaszczepionych o 6,7%. Dane wskazują, że dzięki skutecznie prowadzonym działaniom edukacyjnym, szczepieniem chroniącym przed ciężkimi przypadkami zakażeń rotawirusami i hospitalizacją obejmuje się rocznie ponad 20% niemowląt w wieku od 6 do 24 tygodnia życia. W roku 2017 w województwie kujawsko-pomorskim zaszczepiono 27,5% wyżej wymienionej populacji, tj. zaszczepiono o 5,9% więcej niemowląt niż w roku poprzednim.

Liczba osób poddanych uodpornieniu przeciwko grypie zwiększyła się w 2017 roku o około 2,4% w porównaniu do 2016 roku. W 2017 roku uodporniono przeciwko grypie 2,5% populacji zamieszkałej w naszym regionie, tj. o 0,1% więcej niż w roku poprzednim. Pomimo nieznacznego wzrostu liczby osób zaszczepionych przeciwko grypie, rejestrowany poziom zaszczepienia ocenić trzeba jako bardzo niski. Przypuszczać należy, że niski poziom uodpornienia przeciwko grypie wynika nie tylko ze statusu materialnego społeczeństwa, ale także z niskiej świadomości w zakresie powikłań związanych z zachorowaniami na gripę w grupach wysokiego ryzyka tj. między innymi dzieci, osób powyżej 60 roku życia, przebywających w dużych skupiskach ludzkich. Nadal więc, niezbędna jest edukacja społeczeństwa w/w zakresie oraz popularyzacja szczepień.

W porównaniu do roku 2016 o 10,6% wzrosła liczba osób, u których wykonano szczepienia przeciwko zakażeniom wywołanym przez *Neisseria meningitidis*. Ze względu na mały odsetek zaszczepienia populacji przeciwko zakażeniom wywoływanym przez meningokoki, brak jest odporności zbiorowskiej, co umożliwia efektywne szerzenie się zakażeń.

Liczba zgłoszonych niepożądanych odczynów poszczepiennych w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2017.



Przypuszczać należy, że na rejestrowany w roku 2017 wzrost liczby NOP, podobnie jak w roku poprzednim wpływ miały: poprawa zgłaszalności przypadków niepożądanych odczynów poszczepiennych przez lekarzy, zwiększona czułość nadzoru sprawowanego nad NOP przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i wzmożony nadzór nad egzekwowaniem obowiązku ich zgłaszania, a także wzrost świadomości i wiedzy rodziców oraz opiekunów prawnych w aspekcie możliwości wystąpienia działań niepożądanych po zastosowaniu preparatów szczepionkowych. Wśród zgłoszonych w analizowanym okresie przypadków NOP - 97,6% zakwalifikowano jako łagodne. Warto również wskazać, że część zgłoszonych niepożądanych odczynów poszczepiennych - to objawy występujące u pacjenta, które pozostają w koincydencji czasowej ze szczepieniem. Wszystkie osoby, u których wystąpił niepożądany odczyn poszczepienny, otrzymały stosowne do występujących objawów leczenie i objęte zostały indywidualnym nadzorem epidemiologicznym.

W celu utrzymania immunogenności szczepionek organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły również stały nadzór nad przechowywaniem, dystrybucją i transportem w zakresie zachowania oraz monitorowania łańcucha chłodniczego. Szczególnego zaangażowania w tym zakresie ze strony służb sanitarnych wymagała w analizowanym okresie sytuacja kryzysowa związana z przerwami w dostawie energii elektrycznej w związku z silnym huraganowym wiatrem, który wystąpił na terenie województwa w sierpniu 2017 roku. Na skutek wyżej wymienionego zdarzenia w 13 podmiotach leczniczych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego nastąpiło przerwanie tzw. łańcucha chłodniczego. Zdarzenia dotyczyły następujących powiatów: nakielskiego (wystąpiły w 9 podmiotach leczniczych), świeckiego, wąbrzeskiego, tucholskiego i żnińskiego (wystąpiły w 1 podmiocie leczniczym w każdym powiecie). W wyniku podjętych przez świadczeniodawców, a nadzorowanych i monitorowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną działań, wszystkie preparaty szczepionkowe przechowywane w warunkach niezapewniających zachowanie łańcucha chłodniczego zostały zabezpieczone i poddane utylizacji w celu wyeliminowania możliwości ich użycia.

Polski program szczepień ochronnych (PSO) jest bezpieczny i działa sprawnie, zapewniając odporność zaszczepionym dzieciom i całej populacji. Niekorzystnym i ciągle narastającym zjawiskiem są jednak działania ruchów antyszczepionkowych, co skutkuje rosnącą liczbą rodziców (opiekunów)

Liczba osób poddanych szczepieniom przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w 2017 r. zmniejszyła się o 6,4% w stosunku do roku ubiegłego. Pomimo, że szczepienie uznawane jest za najskuteczniejsze zabezpieczenie przed kleszczowym zapaleniem mózgu i jego następstwami, liczba osób poddających się szczepieniu nadal jest niewielka.

W porównaniu do roku poprzedniego o 33,4% wzrosła liczba osób zaszczepionych przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A. Powyższa sytuacja związana była między innymi ze zwiększoną w 2017 roku liczbą zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A i wykonywaniem szczepień u osób z kontaktu z chorymi.

O 3,4% w stosunku do roku 2016 wzrosła na terenie województwa liczba osób zaszczepionych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego. Wzrost ten jest między innymi efektem finansowania wybranych szczepień przez samorządy.

Realizacja wybranych szczepień zalecanych w latach 2013-2017.

Szczepienia przeciwko	Liczba zaszczepionych				
	2013 r.	2014 r.	2015 r.	2016 r.	2017 r.
Grypie	51 695	48 675	46 455	51 103	52 311
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu A	1 203	1 258	1 363	1 351	1 802
Kleszczowemu zapaleniu mózgu	1 032	1 051	1 465	1 972	1 845
Ospie wietrznej	2 901	2 682	2 773	2 884	3 195
Biegunce rotawirusowej	4 251	4 544	4 515	5 063	5 403
Streptococcus pneumoniae	11 083	10 982	12 929	14 195	10 676
Neisseria meningitidis	1 847	2 190	1 901	2 574	2 846
Brodawczakowi ludzkiemu	845	1 014	837	902	933

Różnicowanie w zakresie realizacji szczepień zalecanych wynika między innymi z bieżącej sytuacji epidemiologicznej określonych chorób zakaźnych, realizacji samorządowych programów zdrowotnych, prezentacji niektórych zagrożeń epidemiologicznych w środkach masowego przekazu, akceptacji społecznej szczepień oraz częstotliwości wyjazdów turystycznych i służbowych w określone rejon świata.

Corocznie zmienna jest liczba osób poddających się szczepieniom przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A, błonicy, tężcowi, durowi brzusznemu, żółtej gorączce, które związane są najczęściej z podróżami do krajów o odmiennych warunkach klimatycznych, w tym do krajów o niskim poziomie warunków sanitarnych.

Korzystna sytuacja epidemiologiczna wielu chorób zakaźnych, którą osiągnięto dzięki prowadzeniu szczepień ochronnych powoduje, że społeczeństwo i realizatorzy szczepień coraz więcej uwagi poświęcają bezpieczeństwu szczepień i niepożądanym odczynom poszczepiennym - niekorzystnym reakcjom organizmu, mogącym wystąpić po szczepieniu.

W Polsce od wielu lat istnieje uregulowany prawnie obowiązek zgłaszania i rejestracji niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP).

W roku 2017 zarejestrowano w województwie kujawsko-pomorskim 169 przypadków niepożądanych odczynów poszczepiennych, tj. o ok. 7,6% więcej niż w roku poprzednim. Każdy zgłoszony przypadek niepożądanego odczynu poszczepiennego jest analizowany i kwalifikowany na podstawie kryteriów opracowanych przez światowych ekspertów.

uchylających się od szczepień i corocznie obserwowanym wzrostem liczby dzieci nie poddanych obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Zastrzeżenia osób uchylających się od obowiązku szczepień dotyczą kwestii bezpieczeństwa i skuteczności szczepionek oraz problemów związanych z wolnościami obywatelskimi. Wraz z rosnącą liczbą rodziców rezygnujących z wykonania szczepień, możemy mieć w przyszłości do czynienia z sytuacją, w której powrócą epidemie dawno zapomnianych, groźnych chorób zakaźnych.

Analiza przeprowadzona w roku 2017 wykazała, że na koniec minionego okresu sprawozdawczego od obowiązku wykonania szczepień ochronnych uchylały się 1192 osoby, co skutkowało niezaszczepieniem 887 osób, tj. 0,2% populacji podlegającej szczepieniom w roku 2017 (w roku 2016 w wyniku uchylania się od obowiązku szczepień niezaszczepiono 0,1% populacji podlegającej szczepieniom obowiązkowym). W odniesieniu do analogicznego okresu roku poprzedniego liczba osób uchylających się od wyżej wymienionego obowiązku wzrosła o 49,9%. W wyniku uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych niezaszczepiono o 49,8% więcej osób niż w roku poprzednim. Największą liczbę osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych zarejestrowano na terenie powiatu toruńskiego (32,0% ogółu uchylających się od szczepień w województwie) oraz w powiecie bydgoskim (21,3% ogółu uchylających się od szczepień w województwie). Niezaszczepieni w wyżej wymienionych powiatach stanowili 51,6% ogółu niezaszczepionych w województwie kujawsko-pomorskim wskutek uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych. Podobnie, jak w roku 2016, najczęstszą przyczyną uchylania się od obowiązku szczepień był wpływ ruchów antyszczepionkowych (55,5% osób uchylających się). Tylko 1,9% stanowiły osoby o odrębności kulturowej, religijnej lub etnicznej, będące pod wpływem środowisk propagujących medycynę alternatywną oraz osoby, u których wystąpił wcześniej NOP. W 42,6 % przypadków przyczyna uchylania się od obowiązku szczepień była nieznana tj. nie została ujawniona, jednak nie można wykluczyć, iż w tej grupie dominują osoby pozostające pod wpływem przekazów medialnych ruchów antyszczepionkowych.

W roku 2017 roku w celu wyegzekwowania wykonania obowiązku szczepień ochronnych przez osoby uchylające się, na terenie województwa kujawsko-pomorskiego wystawiono 363 upomnienia zawierające wezwanie do wykonania obowiązku szczepień oraz 284 tytuły wykonawcze, skierowano 279 wniosków do wojewody o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień, prowadzono 175 postępowań dotyczących zarzutów w sprawie prowadzenia egzekucji administracyjnej. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy wydał 87 postanowień w związku z zarzutami strony na postanowienia państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych o uznaniu zarzutów za nieuzasadnione oraz przekazał do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy 27 skarg osób zobowiązanych do wykonania obowiązku szczepień, dotyczących postanowień PWIS w Bydgoszczy utrzymujących w mocy zaskarżone postanowienia państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych.

Rosnąca liczba przeciwników szczepień zaczyna stopniowo wpływać na zmianę procentowej wyszczepialności dzieci w województwie kujawsko-pomorskim, chociaż nie obserwowano dotychczas zagrożenia stanu bezpieczeństwa epidemiologicznego naszego regionu w zakresie chorób zakaźnych. W roku 2017, podobnie jak w roku 2016 obserwowano jednak nieznacznie niższy w stosunku do roku poprzedniego poziom wykonawstwa szczepień u dzieci w 1 i 2 roku życia. W omawianym okresie, w stosunku do roku 2016 odnotowano również o ok. 3,3% niższy poziom realizacji szczepień w grupie dzieci i młodzieży szkolnej. Jeżeli trend antyszczepionkowy nie zostanie zatrzymany, wkrótce mieszkańcy województwa mogą zacząć odczuwać negatywne skutki tego zjawiska. W związku z powyższym, to niekorzystne dla realizacji szczepień ochronnych zjawisko wymaga nadal od służb sanitarnych zwiększonej aktywności w zakresie nadzorowania szczepień obowiązkowych oraz ciągłej współpracy z lekarzami i pielęgniarkami przeprowadzającymi szczepienia. Nie należy również zapominać, że autorytetem i kluczowym ogniwem w procesie informacji na temat szczepień dzieci, przekazy-

wanych rodzicom jest lekarz w przystępny sposób informujący na temat rzeczywistego bilansu skutków chorób, przeciwko którym są dostępne szczepionki, w porównaniu z ryzykiem niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP). Ważnym elementem pozostaje więc nadal zachęcanie lekarzy i pielęgniarek do jeszcze lepszej współpracy z rodzicami w celu zmiany postaw osób nie przekonanych do szczepień. Działania te mają szczególne znaczenie w dobie nowej rzeczywistości informacyjnej, kiedy przestały dominować tradycyjne media, a coraz większą rolę odgrywa wiedza nabywana wyłącznie ze stron internetowych powielających często niesprawdzone i nieprawdziwe informacje, bezkrytycznie przyjmowane przez odbiorcę. W tej sytuacji istotne znaczenie mają również lokalne i ogólnopolskie akcje popularyzujące szczepienia ochronne. Przykładem w/w działań jest akcja informacyjna - „Zaszczep w sobie chęć szczepienia” przygotowana przez Główny Inspektorat Sanitarny przy współpracy ekspertów w dziedzinie wakcynologii. Celem tej inicjatywy jest zwiększenie zaufania społeczeństwa do działań na rzecz profilaktyki chorób zakaźnych, podniesienie poziomu wiedzy w zakresie umiejętności zapobiegania chorobom zakaźnym, którym można przeciwdziałać na drodze szczepień ochronnych oraz wzrost poziomu wiedzy dotyczącej korzyści wynikających ze szczepień. Akcja ta, kontynuowana również na terenie województwa kujawsko-pomorskiego stanowi długofalowy projekt Państwowej Inspekcji Sanitarnej celowany na promocję szczepień ochronnych. Biorąc pod uwagę narastające zjawisko uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych, należy również zwrócić uwagę na potrzebę prowadzenia powszechnej akcji edukacyjnej dotyczącej wartości, celowości oraz bezpieczeństwa szczepień ochronnych nie tylko w stosunku do rodziców, a także w stosunku do uczniów.

Choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2013-2017. Liczba zachorowań i zapaadalność na 100 tys. ludności.

Lp.	Jednostka chorobowa		2013		2014		2015		2016		2017	
			zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.
1	Cholera		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Dur brzuszny		1	0,05	-	-	1	0,05	-	-	-	-
3	Dury rzekome A, B, C		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Salmoneloza	razem	543	25,93	480	22,96	451	21,58	509	24,42	439	21,08
5		zatrucie pokarmowe	528	25,21	469	22,43	431	20,62	478	22,93	410	19,68
6		zakażenie pozajelitowe, w tym:	15	0,72	11	0,53	20	0,96	31	1,49	29	1,39
7		posocznica	10	0,48	6	0,29	18	0,86	24	1,15	20	0,96
8		inne zakażenie pozajelitowe	5	0,24	5	0,24	2	0,10	7	0,34	9	0,43
9	Czerwonka bakteryjna (szigelozja)		-	-	5	0,24	2	0,10	-	-	1	0,05
10	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe (ogółem)	razem	690	32,95	652	31,18	798	38,18	647	31,04	675	32,41
11		wywołane przez E. coli biegunkotwórczą	4	0,19	1	0,05	4	0,19	2	0,10	1	0,05
12		wywołane przez E. coli enterokrwotoczną	1	0,05	1	0,05	1	0,05	-	-	1	0,05
13		wywołane przez E. coli inną i BNO	88	4,20	125	5,98	64	3,06	24	1,15	14	0,67
14		wywołane przez Campylobacter	12	0,57	19	0,91	19	0,91	23	1,10	40	1,92
15		wyw. przez Y. enterocolitica lub pseudotuberculosis	9	0,43	21	1,00	20	0,96	16	0,77	18	0,86
16		wywołane przez Clostridium difficile	297	14,18	324	15,50	555	26,56	456	21,88	516	24,77
17		inne określone i nie określone, w tym:	279	13,32	161	7,70	135	6,46	126	6,04	85	4,08
18		inne określone	40	1,91	24	1,15	10	0,48	16	0,77	2	0,10
19		nie określone	239	11,41	137	6,55	125	5,98	110	5,28	83	3,98
20	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2		84	207,18	79	199,84	68	173,04	55	142,93	60	151,63

21		razem	45	2,15	36	1,72	41	1,96	25	1,20	40	1,92
22	Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe (ogółem)	gronkowcowe	2	0,10	-	-	5	0,24	-	-	22	1,06
23		jadem kielbasianym (botulizm)	4	0,19	1	0,05	1	0,05	1	0,05	3	0,14
24		wywołane przez Clostridium perfringens	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25		inne określone	31	1,48	31	1,48	28	1,34	-	-	-	-
26		nie określone	8	0,38	4	0,19	7	0,33	24	1,15	15	0,72
27	Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe u dzieci do lat 2		3	7,40	-	-	1	2,54	4	10,39	-	-
28	Lamblioza (giardioza)		107	5,11	140	6,70	58	2,78	39	1,87	31	1,49
29	Kryptosporidioza		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30		razem	3309	158,02	3301	157,88	3531	168,95	2578	123,67	3474	166,78
31	Wirusowe zakażenia jelitowe (ogółem)	wywołane przez rotawirusy	1460	69,72	2089	99,91	2196	105,07	1190	57,09	2046	98,23
32		wywołane przez norowirusy	803	38,35	213	10,19	328	15,69	462	22,16	484	23,24
33		inne określone i nie określone, w tym:	1046	49,95	999	47,78	1007	48,18	926	44,42	944	45,32
34		inne określone	250	11,94	180	8,61	214	10,24	240	11,51	406	19,49
35		nie określone	796	38,01	819	39,17	793	37,94	686	32,91	538	25,83
36	Wirusowe zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2		1328	3275,37	1420	3592,03	1415	3600,78	898	2333,62	1436	3629,10
37	Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelit. BNO	ogółem	1818	86,82	1924	92,02	2127	101,77	2072	99,40	1852	88,91
38		w tym u dzieci do lat 2	578	1425,58	551	1393,81	722	1837,29	746	1938,62	636	1607,32
39	Dżuma		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	Tularemia		-	-	1	0,05	-	-	-	-	2	0,10
41	Wąglik		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42	Brucelloza: nowe zachorowania		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
43	Nosaczna		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
44	Leptospiroza		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45	Jersinioza pozajelitowa		-	-	-	-	1	0,05	-	-	1	0,05
46	Mikobakteriozy - inne i BNO		26	1,24	20	0,96	17	0,81	21	1,01	22	1,06
47	Listerioza		3	0,14	4	0,19	6	0,29	9	0,43	5	0,24
48	Tężec	ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
49		noworodków	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50	Blonica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
51	Krzusiec		120	5,73	300	14,35	450	21,53	559	26,82	331	15,89
52	Płonica (szkarlatyna)		1727	82,47	1819	87,00	2060	98,56	1252	60,06	870	41,77
53		ogółem	10	0,48	3	0,14	19	0,91	12	0,58	14	0,67
54	Choroba meningokokowa, inwazyjna	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	5	0,24	1	0,05	10	0,48	7	0,34	6	0,29
55		posocznica	4	0,19	3	0,14	13	0,62	10	0,48	11	0,53
56		inna określona i nie określona	3	0,14	-	-	-	-	-	-	1	0,05
57		ogółem	449	21,44	453	21,67	510	24,40	431	20,68	355	17,04
58		róża	445	21,25	443	21,19	499	23,88	416	19,96	347	16,66
59	Choroba wywołana przez Streptococcus pyogenes, inwazyjna	zespół wstrząsu toksycznego	-	-	4	0,19	-	-	1	0,05	-	-
60		gorączka pługowa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
61		inna określona i nie określona	4	0,19	6	0,29	11	0,53	14	0,67	8	0,38
62		razem	1	0,05	1	0,05	6	0,29	1	0,05	3	0,14
63	Legionelloza	choroba legionistów	1	0,05	1	0,05	6	0,29	1	0,05	3	0,14
64		gorączka Pontiac	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65	Kiła	wrodzona i noworodków	1	5,11	2	10,37	2	10,22	4	21,11	1	4,99
66		wczesna	34	1,62	29	1,39	44	2,11	43	2,06	51	2,45

67		późna	5	0,24	6	0,29	7	0,33	5	0,24	8	0,38
68		inne postacie kiły i kiła nie określona	5	0,24	5	0,24	4	0,19	6	0,29	6	0,29
69	Rzeżączka		41	1,96	27	1,29	28	1,34	25	1,20	20	0,96
70	Ziarnica weneryczna wywołana przez Chlamydie		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
71	Inne choroby przenoszone drogą płciową wywołane przez Chlamydie		49	2,34	5	0,24	10	0,48	5	0,24	6	0,29
72	Borelioza z Lyme		430	20,53	413	19,75	399	19,09	605	29,02	545	26,17
73	Ornitocy (zakażenia Chlamydia psittaci)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
74	Dur wysypkowy		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
75	Gorączka Q		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
76	Gorączka plamista i inne riketsjozy		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
77	Poliomyelitis	wywołane dzikim wirusem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
78		wyw. wirusem pochodzenia szczepionkowego	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
79	Ostre porażenia wiotkie u dzieci w wieku 0-14 lat		3	0,94	3	0,95	1	0,32	5	1,59	1	0,32
80	Encefalopatie gąbczaste	choroba Creutzfeldta-Jacoba (CJD)	3	0,14	2	0,10	3	0,14	1	0,05	-	-
81		wariant choroby Creutzfeldta-Jacoba (vCJD)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
82		inne i nie określone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
83	Wścieklizna		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
84	Styczność i narażenie na wściekliznę / potrzeba szczepień		437	20,87	492	23,53	455	21,77	456	21,88	427	20,50
85	Kleszczowe zapalenia mózgu		1	0,05	1	0,05	1	0,05	-	-	-	-
86	Inne wirusowe zapalenie mózgu	opryszczkowe	-	-	-	-	-	-	3	0,14	2	0,10
87		inne określone	1	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-
88		nie określone	12	0,57	9	0,43	9	0,43	13	0,62	6	0,29
89		w innych chorobach objętych MZ-56	2	0,10	-	-	-	-	1	0,05	-	-
90	Wirusowe zapalenie opon mózgowych	enterowirusowe	-	-	-	-	-	-	2	0,10	3	0,14
91		opryszczkowe	-	-	1	0,05	-	-	-	-	-	-
92		inne określone i nie określone	76	3,63	113	5,40	52	2,49	42	2,01	65	3,12
93		w innych chorobach objętych MZ-56	1	0,05	-	-	1	0,05	-	-	2	0,10
94	Gorączka denga (klasyczna lub krwotoczna)		-	-	-	-	-	-	1	0,05	-	-
95	Gorączka zachodniego Nilu		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
96	Żółta gorączka	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97	Wirusowe gorączki krwotoczne	Ebola, Marburg, Lassa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
98		inna określona i nie określona	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
99	Choroba wywołana przez hantawirusy		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
100	Ospa wietrzna		12648	603,99	14130	675,81	12930	618,66	8969	430,27	11308	542,89
101	Ospa prawdziwa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
102	Odra		-	-	-	-	1	0,05	1	0,05	-	-
103	Różyczka		2472	118,05	279	13,34	143	6,84	59	2,83	24	1,15
104	Pryszczyca		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
105	Wirusowe zapalenie wątroby	typu A	1	0,05	-	-	2	0,10	3	0,14	107	5,14
106		typu B ostre	1	0,05	2	0,10	3	0,14	2	0,10	2	0,10
107		typu B przewlekłe i BNO	105	5,01	259	12,39	329	15,74	271	13,00	257	12,34
108		typu C ogółem	231	11,16	347	16,60	469	22,44	417	20,00	385	18,48
109		typu C: wg definicji przypadku z 2009 / 2014r.	214	10,22	344	16,45	469	22,44	417	20,00	385	18,48
110		typu C: wg definicji przypadku z 2005 r	196	9,36	260	12,44						
111		typu B+C (zakażenie mieszane)	4	0,19	4	0,19	2	0,10	1	0,05	2	0,10
112		inne i nie określone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

113	AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności		4	0,19	2	0,10	4	0,19	1	0,05	-	-
114	Nowo wykryte zakażenia HIV		50	2,39	31	1,48	39	1,87	34	1,63	35	1,68
115	Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)		180	8,60	177	8,47	190	9,09	104	4,99	92	4,42
116	Malaria (zimnica)		2	0,10	1	0,05	-	-	1	0,05	1	0,05
117	Bąblowica (echinokokoza)		4	0,19	4	0,19	4	0,19	1	0,05	2	0,10
118	Wągrzyca (cysticerkoza)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
119	Włośnica		-	-	22	1,05	-	-	-	-	-	-
120	Choroba wywołana przez Streptococcus pneumoniae, inwazyjna	ogółem	30	1,43	43	2,06	78	3,73	78	3,74	85	4,08
121		zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	11	0,53	8	0,38	13	0,62	16	0,77	10	0,48
122		posocznica	19	0,91	27	1,29	59	2,82	50	2,40	61	2,93
123		inna określona i nie określona	4	0,19	17	0,81	23	1,10	30	1,44	27	1,30
124	Zespół hemolityczno-mocznicowy w przebieg. zak. E. coli		1	0,05	1	0,05	1	0,05	-	-	1	0,05
125	Choroba wywołana przez Heamophilus influenzae, inwazyjna	ogółem	-	-	2	0,10	3	0,14	10	0,48	6	0,29
126		zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	-	-	2	0,10	-	-	1	0,05	-	-
127		posocznica	-	-	-	-	3	0,14	7	0,34	5	0,24
128		inna określona i nie określona	-	-	-	-	-	-	3	0,14	1	0,05
129	Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	w innych chorobach objętych MZ-56	13	0,62	8	0,38	7	0,33	2	0,10	2	0,10
130		inne określone	6	0,29	9	0,43	6	0,29	14	0,67	4	0,19
131		inne, nie określone	19	0,91	17	0,81	27	1,29	23	1,10	16	0,77
132	Zapalenie opon mózgowych inne i nie określone		20	0,96	33	1,58	19	0,91	25	1,20	23	1,10
133	Zapalenie mózgu inne i nie określone		6	0,29	7	0,33	4	0,19	8	0,38	5	0,24
134	Grypa ptaków typu A/H5 lub A/H5N1 u ludzi		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
135	Grypa i podejrzenia grypy (ogółem)	ogółem	107783	5147,01	206197	9861,94	252920	12101,48	280272	13445,37	294145	14121,66
136		u dzieci w wieku 0-14 lat	52700	16504,08	106894	33702,32	126050	39845,23	140459	44789,08	145136	46217,24
137	Grypa (ogółem) przyp. potwierdzone laboratoryjnie	ogółem	100	4,77	20	0,96	51	2,44	194	9,30	101	4,85
138		u dzieci w wieku 0-14 lat	8	2,49	2	0,63	3	0,95	64	20,37	17	5,41
139	Wrodzone choroby wirusowe	różyczka wrodzona	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
140		inne określone i nie określone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
141	Inne wrodzone zakażenia i choroby pasożytnicze	toksoplazmoza	3	14,77	1	5,18	1	5,11	1	5,28	2	9,98
142		listerioza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
143		inne określone i nie określone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
144	SARS - Zespół ostrej niewydolności oddechowej		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
145	Zatrucia pestycydami – ostre		-	-	-	-	1	0,05	-	-	2	0,10
146	Zatrucia naturalnie toks. substancjami spożywanymi jako pokarm	ryby, skorupiaki i inne produkty morza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
147		grzyby	2	0,10	-	-	-	-	3	0,14	-	-
148		jagody i inne części roślin	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0,14
149	Ostre zatrucia żywnością skażoną	mikotoksyny	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
150		dioksyny	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
151		polichlorowane bifenyle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
152		inne określone i nie określone	-	-	1	0,05	-	-	-	-	-	-

Wnioski

1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych i zakażeń w 2017 roku była zróżnicowana ale można ją ocenić jako dobrą.
2. Z chorób związanych z podróżami zawleczono pojedyncze zachorowanie na malarię i czerwone bakteryjne oraz 17 przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A. Prowadzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działania informacyjne dla osób podróżujących dotyczące możliwości zapobiegania chorobom występującym w innych regionach świata, związane

- często z niskim poziomem warunków sanitarnych tam panujących muszą być kontynuowane.
3. Niekorzystnym zjawiskiem był 37 - krotny wzrost zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby typu A. Przyczyną tego zjawiska jest niska odporność populacji na zakażenie.
 4. Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych objętych programem obowiązkowych szczepień ochronnych cechowała podobnie, jak w latach poprzednich cykliczność występowania. Nastąpiło około 40%, spadek zapadalności na krztusiec oraz 11% spadek zapadalności na świnkę i ospę wietrzną oraz 2,5 krotny spadek zapadalności na różyczkę. Nadal najskuteczniejszą strategią zapobiegania zachorowaniom na te jednostki chorobowe są szczepienia ochronne.
 5. Szczepienia ochronne w ocenianym okresie były w większości wykonane w odsetkach zapewniających odporność zbiorowiskową ale obserwujemy niższe poziomy zaszczepienia zarówno małych dzieci do 2-go roku życia jak i dzieci i młodzieży szkolnej. Bez wątpienia w dużej mierze to efekt działania ruchów antyszczepionkowych.
 6. Utrzymanie wysokiego poziomu zaszczepienia populacji wymaga szczególnego zaangażowania i mobilizacji jednostek biorących udział w realizacji Programu Szczepień Ochronnych (PSO) a wobec rosnącej liczby dzieci i młodzieży nie szczepionej oraz rosnącej liczby rodziców mających wątpliwości, poszukiwanie skutecznych form informowania rodziców jest ogromnym wyzwaniem dla lekarzy.
 7. Należy przeciwdziałać ruchom antyszczepionkowym, gdyż obserwowany trend wzrastającej liczby nie szczepionych stanowi niebezpieczeństwo epidemicznego rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych.
 8. Zwiększyła się z 43 do 54 liczba zgłoszonych ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową. W tych ogniskach, ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych stanowiły około 33% (wzrost o 50% w stosunku do roku ubiegłego).
 9. Odnotowano spadek o przeszło 7% zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby typu C i o około 5% na wirusowe zapalenie wątroby typu B.
 10. Liczba nowo wykrytych zakażeń HIV była zbliżona do ubiegłorocznej.
 11. Choroby infekcyjne ośrodkowego układu nerwowego nie stanowiły problemu - zapadalność utrzymywała się na niskim poziomie, pomimo niewielkiego wzrostu zapadalności na neuroinfekcje wirusowe.
 12. Z chorób przenoszonych przez kleszcze dominuje borelioza – zapadalność w regionie zmalała o 10% w stosunku do roku ubiegłego. Wobec braku czynnego uodpornienia przeciw tej chorobie muszą być kontynuowane działania informacyjno-edukacyjne w zakresie profilaktyki tej choroby.
 13. Odnotowano spadek zapadalności na gruźlicę o ok.13%. Zauważalne tendencje spadkowe zapadalności na gruźlicę to w dużej mierze efekt realizowanego „Programu reorganizacji nadzoru epidemiologicznego nad gruźlicą w województwie kujawsko-pomorskim”. Doskonalony nadzór epidemiologiczny nad osobami z kontaktu z chorymi na gruźlicę powinien skutkować dalszym ograniczeniem transmisji zakażeń i tym samym spadkiem zapadalności na gruźlicę w regionie.
 14. Z chorób przenoszonych drogą płciową, podlegających raportowaniu nadal największy odsetek stanowiły zachorowania na kiłę.
 15. Zapadalność na grypę i infekcje grypopodobne przewyższała ubiegłoroczną (wzrost o 5%). Wieloletnie działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rzecz poprawy czułości systemu nadzoru przynoszą wymierne efekty w postaci dobrej zgłaszalności i diagnostyki tych zachorowań. Należy promować szczepienia przeciw grypie jako najskuteczniejszą formę profilaktyki.
 16. Odnotowano nieznaczny wzrost z 22 do 23 liczby zgłoszonych ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych. Nadzór nad zakażeniami to jeden z priorytetów ochrony zdrowia a dążenie do ograniczenia liczby zakażeń to podstawowy obowiązek kierujących placówkami leczniczymi.



HIGIENA KOMUNALNA 1



Ocena sanitarna podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa kujawsko-pomorskiego

Działalność kontrolno-represyjna

W województwie kujawsko-pomorskim w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się 1154 podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą oraz 2471 praktyk zawodowych.

Podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą obejmowały:

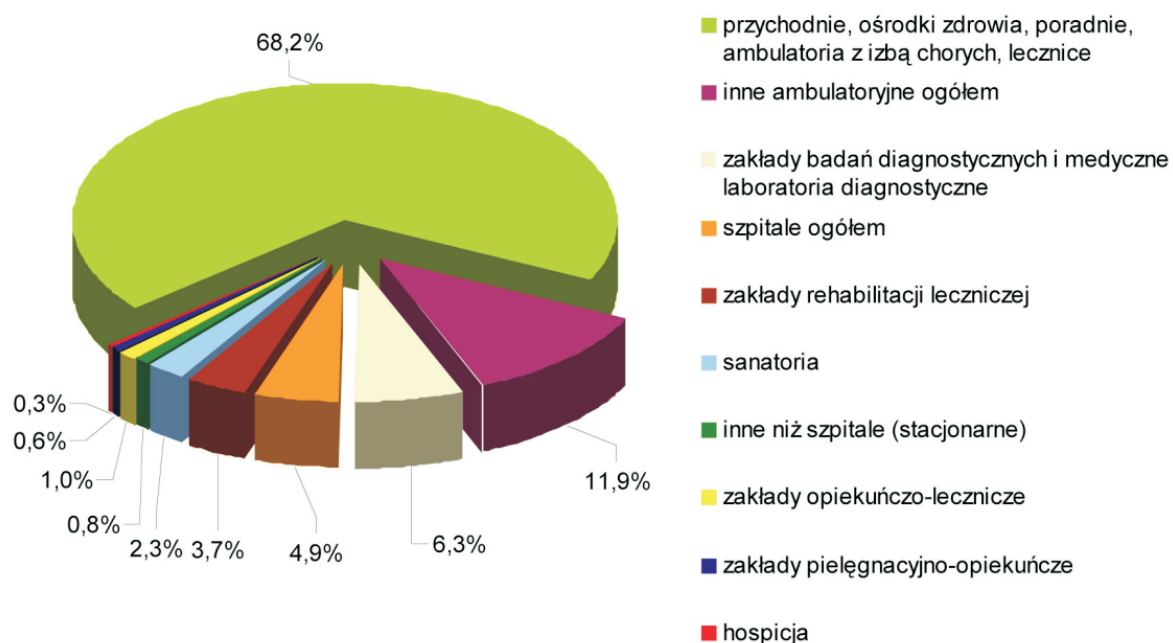
- 114 podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
 - 57 szpitali, w tym 10 szpitali jednodniowych i 7 szpitali uzdrowiskowych,
 - 11 zakładów opiekuńczo-leczniczych,
 - 7 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych,
 - 26 sanatoriów,
 - 4 hospicja stacjonarne,
 - 9 innych;
- 1 040 podmiotów leczniczych wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne:
 - 787 przychodni, ośrodków zdrowia, poradni, ambulatoriów z izbą chorych, lecznic,
 - 73 zakłady badań diagnostycznych i medycznych laboratoriów diagnostycznych,
 - 43 zakłady rehabilitacji leczniczej,
 - 137 innych, w tym 2 uzdrowiskowe;
- praktyki zawodowe, obejmujące:
 - 2301 praktyk lekarskich,
 - 110 praktyk pielęgniarских,
 - 60 innych.

W roku 2017 skontrolowano ogółem 1593 podmioty lecznicze i praktyki zawodowe, w tym 886 podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą, co stanowi 77% ujętych w ewidencji, a także 707 (29%) praktyk zawodowych: lekarskich, pielęgniarских i innych. W porównaniu z rokiem ubiegłym stan higieniczno-sanitarny i techniczny omawianych placówek uległ poprawie, negatywnie pod tym względem oceniono 10 (w 2016 roku - 14) obiektów, co stanowi 0,63% ogółu zewidencjonowanych obiektów. Na przestrzeni poprzednich czterech lat odsetek ze złym stanem sanitarnym wynosił odpowiednio: 1,48% w roku 2013, 1,0% w 2014 roku, 0,88% w 2015 roku i 0,89% w 2016 roku.

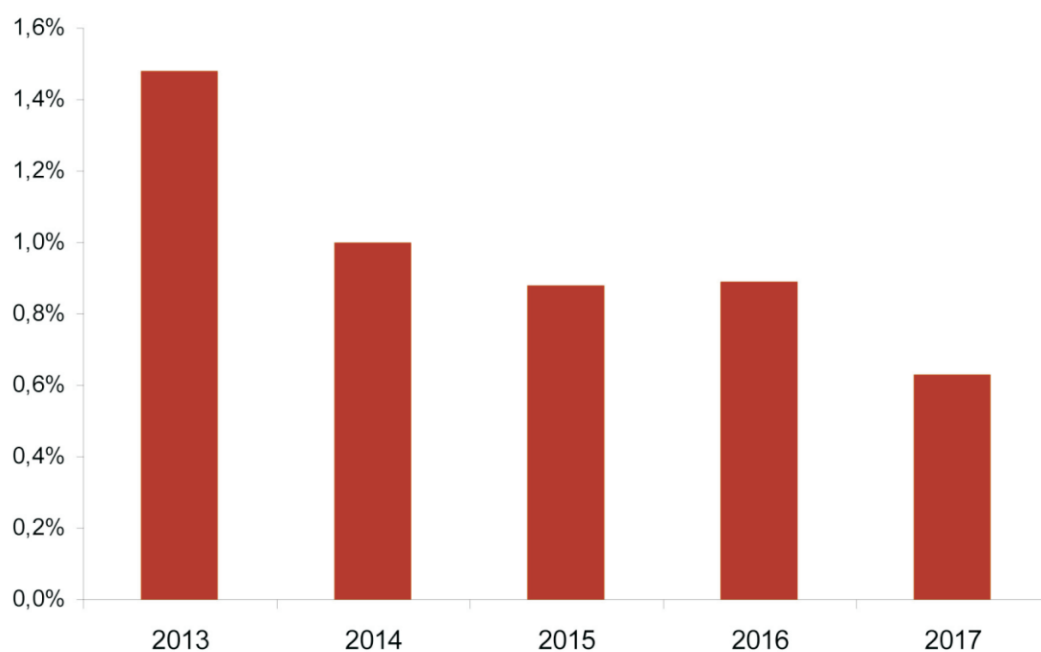
W bieżącym roku sprawozdawczym przeprowadzono łącznie 2284 kontrole sanitarne. Wydano 160 decyzji merytorycznych (w tym 42 zmieniające termin wykonania obowiązków, 17 umarzają-

cych postępowanie i 3 uchylające), 2 decyzje zmienne dla programów dostosowania, 126 decyzji płatniczych, wystosowano także 46 wystąpień, 1 upomnienie. W ciągu roku wystawiono również 13 postanowień. Za rażące zaniedbania sanitarno-higieniczne i porządkowe nałożono mandaty karne na kwotę 4400,00 zł oraz 5 grzywien na sumę 1800,00 zł.

Udział procentowy podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych znajdujących się w ewidencji PIS województwa kujawsko-pomorskiego.



Odsetek obiektów w złym stanie sanitarnym w latach 2013-2017.



Stan techniczny i funkcjonalny

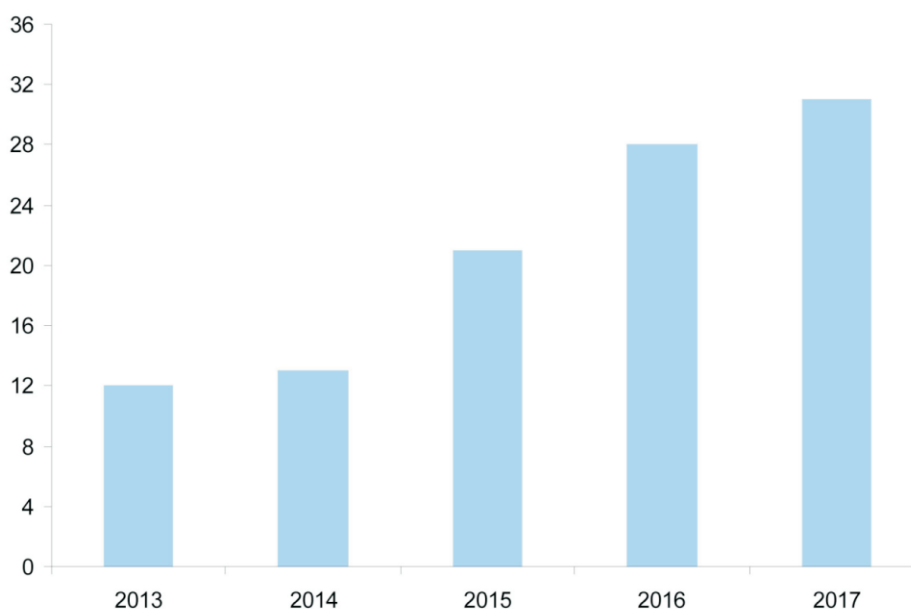
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Szpitala

W 2017 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego liczba szpitali zmniejszyła się o jedną placówkę. Szpital Położniczo-Ginekologiczny NZUM BRA-MED w Lipnie, który uległ likwidacji. Wobec tego ewidencja obejmowała 57 placówek, w tym 10 szpitali jednodniowych oraz 7 szpitali uzdrowiskowych. W omawianym okresie sprawozdawczym skontrolowano 55 jednostek szpitalnych i żadna z nich nie została oceniona negatywnie.

Omawiając stan higieniczno-sanitarny i techniczny szpitali należy stwierdzić, że był on zróżnicowany. W sumie na 57 szpitali będących w ewidencji województwa kujawsko-pomorskiego 31 (w ub.r. 28) spełniało wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739). Były to: Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Sp. z o.o. Szpital Specjalistyczny „Barska”, Specjalistyczny Szpital Rehabilitacyjny „Barska” Sp. z o.o. we Włocławku, Szpital Eskulap Centrum Leczenia Chorób Serca i Naczyń w Osielsku, Szpital Św. Łukasza, Centrum Onkologii, Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny, ZOZ Szpital Aresztu Śledczego, Centrum Medyczne Gizińscy, Szpital Prywatna Klinika Wident - Liliana Winiarska, Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy, ZOZ w Brodnicy, Szpital Zakładu Karnego w Potulicach, Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łasinie, Szpital Specjalistyczny MATOPAT i Szpital CITO CARE Lecznic CITOMED Sp. z o.o. w Toruniu oraz 8 szpitali jednodniowych (5 w Bydgoszczy i po jednym w Toruniu, we Włocławku i Grudziądzu), a także 7 szpitali uzdrowiskowych (6 w powiecie aleksandrowskim i 1 w powiecie włocławskim). Najwięcej, bo aż 13 szpitali spełniających wymagania, było w Bydgoszczy i powiecie bydgoskim. Na przestrzeni ostatnich pięciu lat liczba szpitali spełniająca wymagania ww. rozporządzenia wynosiła odpowiednio: 12 w roku 2013, 13 w roku 2014, 21 w 2015 roku i 28 w 2016 r.

Liczba placówek spełniających wymagania.



Pozostałe jednostki szpitalne (26) nie zrealizowały do dnia 31 grudnia 2017 r. programów dostosowania. Najczęstszymi zastrzeżeniami dotyczącymi skontrolowanych obiektów były naruszenia higieniczno-sanitarne i techniczne. Dotyczyły one głównie złego stanu ścian, sufitów, podłóg, stolarki drzwiowej pomieszczeń oraz wyposażenia. Niezależnie od wydanych decyzji merytorycznych, w szczególności w tej grupie obiektów obserwowano prace remontowe, modernizacyjne, oddawanie do użytku nowych budynków, oddziałów oraz wyposażanie ich w nowy sprzęt. Znaczącą poprawę odnotowano w 9 placówkach: Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu (uruchomiono nowy Szpitalny Oddział Ratunkowy Położniczo-Ginekologiczny), NZOZ „Nowym Szpitalu Sp. z o.o.” w Wąbrzeźnie (rozpoczęto remont pomieszczeń Oddziału Chorób Wewnętrznych i Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego), Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku (Oddział Pulmonologii, Diagnostyki i Leczenia Raka Płuc przeniesiono do wyremontowanych pomieszczeń zlokalizowanych w innym budynku, do zmodernizowanego budynku nr 5 przeniesiono Oddział Okulistyki z dwusalowym blokiem operacyjnym i Poradnią Okulistyczną oraz Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarów, w trakcie generalnych remontów i modernizacji były kolejne budynki szpitala), Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu (kontynuowano rozpoczęte w 2016 r. prace związane z rozbudową i modernizacją obiektu), Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy (Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Laboratorium Mikrobiologiczne, Aptekę Szpitalną, Oddział Neurologii Dziecięcej, Oddział Pediatrii, Pneumologii i Alergologii Dziecięcej przeniesiono zgodnie z projektem do nowych pomieszczeń), Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii (trwały prace mające na celu odbiór pomieszczeń w budynku „D”, do którego ma być przeniesione pięć oddziałów), Kolejowym Szpitalu Uzdrowskim w Ciechocinku oraz oddziale zamiejscowym w Aleksandrowie Kujawskim i NZOZ Uzdrowskim Szpitalu Klinicznym Sp. z o.o. w Ciechocinku (sukcesywnie wymieniano stolarkę drzwiową i okienną, przebudowywano i remontowano część hotelową oraz bazę zabiegową oraz wykonywano inne prace budowlane).

W jednostkach, w których funkcjonowała klimatyzacja i wentylacja mechaniczna, urządzenia były regularnie przeglądane i serwisowane. Przeglądów dokonywały specjalistyczne firmy serwisowe lub - rzadziej - przeszkoleni pracownicy sekcji technicznych szpitali. Czynności były odnotowane w dokumentacji prowadzonej dla każdej instalacji oddzielnie. Wentylacja grawitacyjna w szpitalach także podlegała regularnym przeglądom. Ponadto, podobnie jak w latach ubiegłych, wykonywano badania czystości mikrobiologicznej powietrza w salach operacyjnych w pięciu szpitalach.

Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitale

Zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja, inne podmioty lecznicze

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zewidencjonowanych było w przedmiotowej grupie 31 obiektów. W bieżącym roku sprawozdawczym zostało zlikwidowane Centrum Terapii Uzależnień „Renesans” w Szpitalu Górnym (gm. Fabianki), a Uzdrowski Oddział Rehabilitacji Szpitalnej i Uzdrowski Oddział Rehabilitacji Sanatoryjnej w wyniku reorganizacji w „Uzdrowsku Wieniec” w Wieńcu-Zdroju gm. Brześć Kujawski zostały zakwalifikowane jako komórki organizacyjne szpitala uzdrowskiego i sanatorium. W 2017 r. powstał nowy obiekt ZOL przy Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy w nowym budynku. Negatywnie, pomimo prowadzonych prac remontowych i modernizacyjnych, oceniono w tej grupie obiektów jedną placówkę tj. podobnie jak w roku ubiegłym zamiejscowy Oddział Ginekologiczno-Położniczy Szpitala Aresztu Śledczego w Bydgoszczy przy Zakładzie Karnym nr 1 w Grudziądzu. Pozostałe obiekty były w dobrym stanie higieniczno-sanitarnym i technicznym. Poza czterema obiektami (Hospicjum „Nadzieja” w Toruniu, Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym w Grudziądzu ZOZ Szpitala Aresztu Śledczego w Bydgoszczy, ZOL w Browinie Szpitala Powiatowego

Sp. z o. o. w Chełmży, ZPO ZOZ w Brodnicy) wszystkie spełniały wymagania obowiązującego rozporządzenia. Na dwa obiekty w drodze decyzji administracyjnej nałożono obowiązki dotyczące poprawy stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń (Klinika Uzdrawiskowa „St. Georgie”, Łazienki II Medical & SPA w Ciechocinku). Poprawę stanu technicznego i wyposażenia uzyskano w czterech obiektach: ZOL w Suradówku gm. Wielgie, Ośrodku Terapii Uzależnień w Mokowie gm. Dobrzyń n. Wisłą, ZLO w Raciążku oraz ZOL „AMIMED” w Redecz Wielki gm. Lubraniec.

Sanatoria

W 2017 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego ewidencja obejmowała 26 sanatoriów (w roku 2016 - 27). Znajdowały się one w Ciechocinku - 20, w Inowrocławiu - 5, w Wieńcu Zdroju (gm. Brześć Kujawski) - 1. W omawianym okresie sprawozdawczym w wyniku reorganizacji i przeprowadzonych zmian w strukturach podmiotu przy Sanatorium Uzdrawiskowym w Wieńcu-Zdroju gm. Brześć Kujawski rozpoczął działalność Oddział Uzdrawiskowy Rehabilitacji Sanatoryjnej. Natomiast jeden obiekt Zakład Przyrodolecznicy w Ciechocinku został zlikwidowany. Sanatoria „Zachęta B”, „Zachęta C” i „Zachęta D” w Ciechocinku podobnie jak w roku ubiegłym miały zawieszoną swoją działalność z zamiarem ich sprzedaży.

Wszystkie obiekty będące w ewidencji tj. 26 (100%) spełniały wymagania obowiązujących przepisów. Stan sanitarno-techniczny i funkcjonalny tych obiektów oceniono jako dobry lub dostateczny. Na pięć obiektów (4 zlokalizowane w Ciechocinku i 1 zlokalizowany w Inowrocławiu) w drodze decyzji administracyjnej nałożono obowiązki dotyczące poprawy stanu sanitarno-technicznego i wyposażenia. Jednocześnie w 2017 roku odnotowano poprawę stanu sanitarno-technicznego w ośmiu obiektach w Ciechocinku, poprzez wykonanie w nich remontów malarskich części pokoi, łazienek i holi, pomieszczeń zabiegowych, basenów i pomieszczeń gospodarczych, magazynów bielizny czystej i brudnej, klatek schodowych i schodzików porządkowych oraz dokonano zakupu nowego sprzętu do rehabilitacji. W obiektach tych wykonano też ocieplenia i elewacje zewnętrzne budynków. W Sanatorium Uzdrawiskowym „Wrzos” w Ciechocinku zakupiono i wymieniono nowy sprzęt medyczny do zabiegów. Ponadto w obiekcie nadal trwa modernizacja bazy zabiegowej.

Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice

Placówki te stanowiły najliczniejszą grupę wśród podmiotów leczniczych wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne - 787 w ewidencji (w 2016 roku - 770). Najwięcej nowych placówek (17) powstało w Bydgoszczy.

Obiekty tej kategorii cechowało duże zróżnicowanie stanu technicznego, funkcjonalnego i wyposażenia. Nowo powstałe placówki były prawidłowo urządzone i zorganizowane, oferowały szeroki zakres usług i badań medycznych oraz w przeważającej większości były dostosowane do wymagań obowiązujących przepisów. W porównaniu z rokiem 2016 stan higieniczno-sanitarny i techniczny tych placówek uległ poprawie, gdyż negatywnie oceniono 8 (w 2016 roku - 12) jednostek (po jednej z powiatu chełmińskiego i powiatu toruńskiego oraz po trzy z powiatu grudziądzkiego i włocławskiego). Stwierdzono następujące nieprawidłowości: brak bezpośredniego połączenia pokoju badań lekarskich z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym w bidet w poradniach ginekologicznych, zły stan techniczny ścian, sufitów, wykładzin podłogowych, parapetów, stolarki drzwiowej i wyposażenia, brak odpowiednich systemów wentylacyjnych w pomieszczeniach, brak ciepłej wody w gabinecie ginekologicznym, gabinecie położnej i pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych dla pacjentów, brak natrysku

w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przystosowanym dla osób niepełnosprawnych, brak szatni dla pacjentów, nieprawidłowa organizacja ciągów technologicznych w procesie sterylizacji narzędzi w gabinetach stomatologicznych, brak dokumentacji potwierdzającej prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Ponadto w dwóch placówkach (Gminnej Przychodni w Bukowcu, Centrum Medycznym LASERMED Sp. z o.o. Sp. K w Bydgoszczy) dostępne były narzędzia wielokrotnego użycia z nieaktualnymi datami ważności, a w jednej (Gminnej Przychodni w Bukowcu), odnotowano brak dat ważności na opakowaniach ze sprzętem jednorazowego użycia. Jednocześnie w dwóch przychodniach z powiatu toruńskiego odnotowano brak znajomości procedury dezynfekcji rąk, brak procedury postępowania z narzędziami wielokrotnego użycia. Osoby odpowiedzialne ukarano mandatami karnymi. Sukcesywnie prowadzone prace remontowe i modernizacyjne związane między innymi z realizacją programów dostosowawczych, rozbudowywanie istniejących budynków, jak również oddawanie do użytku nowych, zakup urządzeń oraz sprzętu spowodowały poprawę stanu w 37 placówkach. W omawianym okresie sprawozdawczym 98% (86% w ub.r.) tych obiektów (769 na 787 będących w ewidencji) spełniała wymagania cytowanego wyżej rozporządzenia.

Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego działały 73 tego rodzaju obiekty (67 w ub.r.). W 2017 roku powstały nowe obiekty: dwa w Bydgoszczy oraz po jednym w Osielsku, Brodnicy, Inowrocławiu, Lipnie i w większości (4) były to punkty pobrań materiału biologicznego do badań diagnostycznych, natomiast 2 z Nakła nad Notecią i Szubina przeniesiono do omawianej grupy z kategorii inne. Jednocześnie zlikwidowane zostały dwa obiekty w Bydgoszczy (jedno laboratorium i jeden punkt pobrań materiału biologicznego do badań diagnostycznych). W omawianym okresie skontrolowano 48 obiektów, co stanowiło 66% ich ogólnej liczby. W 2017 roku poza dwoma obiektami (Laboratorium Analitycznym w Janikowie i Vitalabo w Sępólnie Krajeńskim) w większości nie budziły one zastrzeżeń zarówno natury sanitarnej, jak i technicznej. Wszystkie obiekty będące w ewidencji tj. 73 (w ub.r. 96%) spełniały wymagania obowiązujących przepisów prawnych. Kontrolowane obiekty wyposażone były w nowoczesny sprzęt i urządzenia do diagnostyki laboratoryjnej, a także były dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Zakłady rehabilitacji leczniczej

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zewidencjonowane były 43 takie placówki (w ubiegłym roku - 37). W 2017 r. powstały cztery nowe obiekty (po jednym w Mogilnie, Rypinie, Radziejowie i Włocławku), a w związku ze zmianą sposobu rejestracji trzy obiekty przeniesiono z grupy praktyk zawodowych. Natomiast jedna placówka w Świeciu została zamknięta. W omawianej grupie obiektów nie stwierdzono zastrzeżeń dotyczących stanu sanitarnego. Wszystkie omawiane zakłady będące w ewidencji (92% w roku ubiegłym) spełniały wymogi obowiązujących przepisów prawnych.

Inne podmioty lecznicze, w tym uzdrowiskowe

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zewidencjonowanych było 137 placówek (w ubiegłym roku - 130). Odsetek obiektów spełniających wymagania obowiązujących przepisów prawnych wynosił 100%.

Do tej bardzo zróżnicowanej grupy zaliczono Oddziały Terenowe Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy, pracownie RTG, stacje dializ, punkty wyjazdowe pogo-

towia ratunkowego, poradnie logopedyczne, wyjazdową opiekę hospicyjno-paliatywną, gabinety stomatologiczne w szkołach i inne. Stan techniczny i funkcjonalny większości obiektów był dobry. Jedynie w trzech obiektach kwestionowano stan sanitarno-techniczny w NZOZ LIVE-MED Sp. z o.o. i w CIUPAK TRANSPORT Waldemar Ciupak w Bydgoszczy oraz w NZOZ B. BRAUN AVITUM Stacji Dializ w Nakle nad Notecią. Ponadto odnotowano, iż gestorzy części obiektów na bieżąco we własnym zakresie przeprowadzali drobne remonty.

Praktyki lekarskie, pielęgniarskie i inne

Obiekty tej grupy nie budziły większych zastrzeżeń. Najliczniejsze z nich były indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie. Podobnie jak w latach poprzednich, część praktyk lekarskich prowadziła swoją działalność w pomieszczeniach podmiotów leczniczych (przychodniach, sanatoriach, szpitalach uzdrowiskowych); część funkcjonowała w tym samym pomieszczeniu z zachowaniem rozdziału czasowego. W przypadku praktyk pielęgniarskich usługi medyczne świadczone były na miejscu, bądź w większości przypadków - w domu chorego. Pozostałe praktyki to między innymi gabinety: logopedyczne, fizjoterapii, kinezyterapii, rehabilitacji, hirudoterapii, pracownie protetyczne i inne. Poza trzema praktykami ginekologicznymi z powiatu nakielskiego pozostałe skontrolowane praktyki posiadały opracowane, zatwierdzone i zaktualizowane stosowne procedury higieniczno-sanitarne.

Poza 9 praktykami lekarskimi (5 z powiatu toruńskiego i 4 z powiatu nakielskiego) wszystkie obiekty tej grupy spełniały wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).

Omawiane obiekty prezentowały na ogół dobry i bardzo dobry stan higieniczno-sanitarny i techniczny, gdyż tylko jeden oceniono negatywnie: Praktykę Stomatologiczną w Chełmnie. W omawianej grupie obiektów wydano 23 decyzje administracyjne (w tym 5 umarzających), dotyczące zorganizowania pomieszczenia lub miejsca porządkowego, zapewnienia jednokierunkowego ciągu technologicznego procesu sterylizacji w gabinetach stomatologicznych, połączenia gabinetów lekarskich z pomieszczeniami higieniczno-sanitarnymi i ich wyposażenia w bidet w praktykach ginekologicznych oraz poprawy stanu sanitarno-technicznego mebli, ścian, podłóg, wyposażenia pomieszczeń. Ponadto w 6 praktykach lekarskich z powiatu lipnowskiego (5 indywidualnych specjalistycznych praktykach lekarskich, 1 indywidualnej specjalistycznej praktyce lekarza dentysty) wydano zalecenia pokontrolne dotyczące przedłożenia do wglądu protokołów kontroli wewnętrznej z kontroli przewodów wentylacyjnych i kominowych. W wyniku przeprowadzonych remontów, modernizacji bądź przeniesienia do nowych pomieszczeń oraz wyposażenia w nowy sprzęt i urządzenia, poprawę uzyskano w 13 praktykach.

Coraz częściej sprzęt i narzędzia medyczne wielokrotnego użycia zastępowano sprzętem i narzędziami jednorazowego użycia. Dotyczyło to głównie praktyk ginekologicznych, laryngologicznych oraz nielicznych stomatologicznych. Poszerzył się asortyment stosowanych preparatów dezynfekcyjnych do sprzętu, narzędzi i powierzchni oraz zwiększyła się liczba gabinetów, w których zamontowano łokciowe dozowniki ściennie ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk. Ponadto nieliczne gabinety stomatologiczne posiadały myjki ultradźwiękowe i urządzenia myjąco-dezynfekująco-sterylizujące do końcówek stomatologicznych.

Utrzymanie czystości

Szpitala

Wyposażenie szpitali w sprzęt medyczny, w szczególności jednorazowego użytku, materiały opatrunkowe, ręczniki jednorazowe, a także zaopatrzenie w środki myjące i dezynfekujące, było wystar-

czające. Preparaty dezynfekcyjne dobrane były właściwie ze względu na spektrum, czas i zastosowanie. Do dużych powierzchni środki dezynfekcyjne sporządzane były manualnie przy wykorzystaniu odpowiednich miarek lub automatycznie przy wykorzystaniu specjalnych urządzeń.

Utrzymaniem czystości bieżącej w szpitalach zajmowali się w przeważającej większości pracownicy placówek, natomiast w 12 (ub.r. 15) jednostkach firmy zewnętrzne. Procesy utrzymania czystości oparte były na planach higieny szpitalnej określających strefy i obszary, techniki oraz częstotliwość sprzątania, w tym procedury mycia i dezynfekcji sprzętu oraz pomieszczeń szpitalnych. Procedury zawierały obowiązujące standardy higieny wewnątrzszpitalnej i były na bieżąco aktualizowane. We wszystkich skontrolowanych szpitalach procedury były dostępne w formie papierowej bądź elektronicznej w oddziałach oraz u osób nadzorujących przestrzeganie higieny szpitalnej.

W większości skontrolowanych szpitali na oddziałach wyznaczone były pomieszczenia, gdzie przechowywano sprzęt porządkowy, środki myjąco-czyszczące i dezynfekcyjne. Sprzęt ten wydzielony był w zależności od stref czystości mikrobiologicznej. Stosowane do sprzątania mopy były odpowiednio oznakowane, przydzielone do poszczególnych oddziałów (z podziałem na osobne do mycia i do dezynfekcji powierzchni). Ponadto do utrzymania czystości w oddziałach używano ściereczek o zróżnicowanej kolorystyce oraz jednorazowych ściereczek fizelinowych (w szczególności na blokach operacyjnych). W niektórych szpitalach ekipy sprzątające posiadały pomieszczenia wyposażone w pralki, w których były prane i dezynfekowane mopy, natomiast w pozostałych szpitalach mopy były odbierane przez zewnętrzne firmy zajmujące się praniem. W szpitalach przeprowadzano badania czystości mikrobiologicznej powierzchni, głównie na blokach operacyjnych. W Zespole Leczenia Jednego Dnia Spółki HIPOKRATES w Toruniu przeprowadzono badania czystości mikrobiologicznej mopów, a w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu w ramach kontroli wewnętrznych raz w kwartale kontrole prawidłowości wykonywanych czynności sprzątania metodą znaczników fluorescencyjnych. W omawianym okresie tylko w jednej placówce stwierdzono nieprawidłowości w utrzymaniu czystości tj. w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy, podobnie jak w roku ubiegłym. Osobę odpowiedzialną za ten stan ukarano mandatem karnym.

Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą

W omawianej grupie obiektów nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie wyposażenia w sprzęt medyczny jednorazowego użytku oraz zaopatrzenia w środki opatrunkowe, ręczniki jednorazowe, a także w środki myjące i dezynfekujące. Jedynie w trzech obiektach stwierdzono nieprawidłowości: NSZOZ w Inowrocławiu - niewystarczające zaopatrzenie w środki do dezynfekcji powierzchni zanieczyszczonych materiałem organicznym, LASERMED Sp. z o.o. Sp. K. w Bydgoszczy - brak środka dezynfekcyjnego do higienicznego mycia rąk, a w Laboratorium Analitycznym w Janikowie - przeterminowany preparat dezynfekcyjny do zanieczyszczeń organicznych.

Sprzątaniem i utrzymaniem czystości w tej grupie obiektów zajmowali się pracownicy lub firmy zewnętrzne. W przypadku firm zewnętrznych dotyczyło to głównie trzech Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych, dwóch ZPO, jednego obiektu sanatoryjnego w Ciechocinku, jednego laboratorium oraz w większości przychodni zlokalizowanych w Bydgoszczy, w kilku przychodniach w Toruniu, we Włocławku i Grudziądzu. W przypadku praktyk zlokalizowanych w budynkach podmiotów leczniczych, sprzątanie zagwarantowane było w ramach umowy najmu lokalu. Sprzęt porządkowy oraz środki myjąco-dezynfekcyjne przechowywane były w wydzielonych miejscach lub pomieszczeniach porządkowych. W bieżącym roku sprawozdawczym brak pomieszczeń porządkowych stwierdzono w dwóch obiektach: w NZOZ LIVE-MED Sp. z o.o. i w CIUPAK TRANSPORT Waldemar Ciupak w Bydgoszczy.

W 2017 r. w sześciu placówkach: Gminnej Przychodni Złotniki Kujawskie, Gminnej Przychodni Tuczo gm. Złotniki Kujawskie, NZOZ „CEGIELNA” S.C. w Inowrocławiu, Przychodni „FARMA – MED”

w Inowrocławiu, Praktyce Stomatologicznej w Inowrocławiu, Centrum Medycznym LASERMED Sp. z o.o. Sp. K. w Bydgoszczy stwierdzono nieprawidłowości w zakresie utrzymania czystości, co skutkowało nałożeniem mandatów karnych.

Podobnie jak w latach ubiegłych, odnotowano zjawisko wspólnego użytkowania pomieszczeń gabinetów lekarskich przez jednostki organizacyjne o różnym charakterze (na przykład praktyki lekarskie, praktyki pielęgniarstwa, pielęgniarki środowiskowe), szczególnie w dużych przychodniach, co utrudniało organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowanie w nich bieżącego nadzoru sanitarnego.

Zaopatrzenie w wodę

Szpitala

Na 55 skontrolowanych szpitali, 46 (87%) korzystało z sieci wodociągów publicznych, a 9 (13%) z wodociągów lokalnych. Jakość wody podawanej z przebadanych podstawowych źródeł zaopatrzenia pod względem mikrobiologicznym nie budziła zastrzeżeń. Skład fizykochemiczny wody dostarczanej do SPZOZ Szpitala w Łasinie, odbiegał od obowiązujących wymagań sanitarnych w zakresie przekroczeń parametrów manganu, jonu amonowego (podobnie jak w roku ubiegłym). Ich obecność w wodzie nie stanowiła jednak bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia, wobec czego można było korzystać z wody z tego ujęcia bez ograniczeń. Ponadto w 2017 roku ze względu na przekroczenia parametrów mętności i manganu w wodzie z wodociągu lokalnego i w związku z trudnościami w doprowadzeniu jakości wody do zgodnej z wymaganiami obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U z 2015 r. poz. 1989), placówkę szpitalną Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Żninie podłączono do wodociągu publicznego. W omawianym okresie sprawozdawczym w trzech placówkach w Bydgoszczy uruchomiono do użytkowania wodociągi lokalne (dot. Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii przy ul. Meysnera 9, Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Biziela i Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego). Natomiast w Centrum Onkologii w Bydgoszczy wykonano remont malarski obu studni głębinowych.

W 2017 r. 6 (w ub.r. 7) obiektów szpitalnych nie posiadało rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę. W 2017 roku, tak jak w latach ubiegłych, wyłączone z użytkowania, z uwagi na zły stan techniczny, było ujęcie rezerwowe w szpitalu w Szubinie i w Strzelnie. Przebadana woda z części istniejących ujęć rezerwowych w większości odpowiadała obowiązującym normom sanitarnym, poza przekroczeniem parametrów żelaza, manganu i mętności w Powiatowym Szpitalu Sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu.

Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą

Placówki te zaopatrywane były w wodę z sieci wodociągów publicznych oraz w nielicznych przypadkach z ujęć własnych. Kilkanaście placówek posiadało rezerwowe źródło zaopatrzenia w wodę. Jakość dostarczanej wody z tych ujęć odpowiadała pod względem składu fizykochemicznego wymaganiom określonym w obowiązujących przepisach. Niemniej jednak odnotowano przekroczenia parametrów niemających istotnego wpływu na zdrowie, takich jak: mangan, jon amonowy, a także zwiększoną mętność oraz w jednym przypadku stwierdzono obecność siarczanów. Jedynie w kilku wodociągach wystąpiło chwilowe pogorszenie jakości wody w zakresie bakteriologicznym (stwierdzono obecność bakterii z grupy coli w liczbie od 3 do 8 jtk w 100 ml, w jednym przypadku obecność enterokoków w ilości 7 jtk w 100 ml oraz zwiększoną ilość ogólnej liczby mikroorganizmów w 22°C powyżej

300 jtk w 1 ml). Wodociągi zostały unieruchomione, a do momentu uzyskania prawidłowych wyników wody właściciele wodociągów zapewniaли zastępcze źródła wody dobrej jakości. Ponadto ze względu na nieskuteczne działania naprawcze dotyczące poprawy jakości wody w rezerwowym źródle zaopatrzenia w ZOL w Suradówku, gestor obiektu poinformował o planowanym całkowitym odcięciu tego ujęcia wody.

Postępowanie z odpadami ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych

Szpitala

We wszystkich skontrolowanych placówkach postępowanie z odpadami medycznymi było zgodne z opracowanymi procedurami i instrukcjami. Procedury i instrukcje opracowane były na podstawie nieobowiązującego od 24 stycznia 2016 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 139, poz. 940). W IV kwartale były one uaktualniane w związku z wejściem w życie nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. z 2017 r. poz. 1975).

Odpady medyczne zbierane były selektywnie w miejscach ich powstawania z zachowaniem zasady dotyczącej odpowiedniej kolorystyki worków. Worki umieszczane były w pojemnikach pedałowych lub na stelażach. Odpady ostre (igły, skalpele, wenflony) gromadzone były w sztywnych, odpornych na przekłucie, pojemnikach wymienianych nie rzadziej niż co 72h. Pojemniki i worki były odpowiednio oznakowane. Następnie odpady były transportowane do pomieszczeń magazynowania odpadów medycznych. Z właściwą częstotliwością były odbierane przez firmy zewnętrzne posiadające zezwolenia na ich odbiór, transport i utylizację. Wszystkie skontrolowane szpitale utylizowały swoje odpady medyczne w specjalistycznych jednostkach, przy czym na terenie województwa czynne były dwie spalarnie zlokalizowane w Bydgoszczy: Zakład Utylizacji Odpadów Medycznych przy Centrum Onkologii oraz MD-Proeco Sp. z o.o.

Na 55 skontrolowanych placówek, 42 tj. 76,4% (w 2016 r. - 41) unieszkodliwiała odpady medyczne w Zakładzie Utylizacji Odpadów Medycznych przy Centrum Onkologii i 10 tj. 18,2% (w 2016 r. - 10) w MD-Proeco Sp. z o.o. w Bydgoszczy. Tylko 3 tj. 5,4% (w 2016 roku - 4) szpitale utylizowały odpady medyczne w spalarniach poza województwem kujawsko-pomorskim.

W omawianym okresie sprawozdawczym nie stwierdzono nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi. Pomieszczenia, w których gromadzono i przechowywano odpady, wyposażone były właściwie. W wyniku przeprowadzonych kontroli odnotowano następujące nieprawidłowości:

1. niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian w pomieszczeniu przechowywania odpadów medycznych (chłodni) – SPZOZ w Radziejowie,
2. niewłaściwy stan sanitarno-techniczny sufitu w pomieszczeniu mycia i dezynfekcji środków transportu odpadów medycznych – SPZOZ w Rypinie.

W 2017 r. odpady komunalne gromadzone były w pojemnikach, dodatkowo wyłożonych workami foliowymi, a następnie usuwane do zbiorczych pojemników, względnie kontenerów, ustawionych na ogół na wybetonowanej powierzchni zlokalizowanej na zapleczu gospodarczym szpitali. Stamtąd wywożone były, przez powołane do tego służby, na pobliskie składowiska.

Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą

W tej grupie sposób postępowania z odpadami był podobny jak w szpitalach. We wszystkich prowadzona była segregacja odpadów medycznych i komunalnych. Wszystkie skontrolowane jednos-

tki posiadały opracowane i wdrożone procedury oraz instrukcje postępowania z odpadami medycznymi jak również aktualne umowy na odbiór odpadów medycznych ze specjalistycznymi firmami. Odpady medyczne o kodzie 18 01 03 były przechowywane do 72 godzin lub nie dłużej niż 30 dni w przypadku wydzielonych pomieszczeń - magazynów lub wydzielonych chłodnych miejsc, a następnie odbierane, transportowane i unieszkodliwiane przez specjalistyczne firmy. Część praktyk lekarskich, z uwagi na fakt ich lokalizacji w przychodniach lub w obiektach sanatoryjnych, przekazywała wytworzone odpady medyczne do wspólnego pomieszczenia przechowywania odpadów medycznych w tychże obiektach. Odpady medyczne, które powstały w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w domu pacjenta w ramach wizyt domowych oraz przez zespoły wyjazdowe pogotowia, zbierane były do sztywnych jednorazowych pojemników w miejscu ich powstania, zamykane a następnie przewożone w specjalnych pojemnikach (tak zwanych torbach wyjazdowych) do macierzystych jednostek, gdzie były odpowiednio zagospodarowywane. W szkolnych gabinetach pielęgniarских, gdzie wytwarzane były znikome ilości odpadów medycznych, ich odbiór następował przez specjalistyczny podmiot w dniu ich wytworzenia.

Bieżące kontrole sanitarne wykazały pewne nieprawidłowości w omawianym obszarze w sześciu jednostkach:

1. niewłaściwa temperatura przechowywania odpadów medycznych (nie były przechowywane w warunkach chłodniczych) - NSZOZ „OKO-MED” M.T. - 2 obiekty: w Grudziądzu - przy ul. Rynek i przy ul. Ikara,
2. presypywanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 03 o ostrych końcówkach z pojemnika przeznaczonego do tego rodzaju odpadów do worka z innymi odpadami medycznymi - Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska w Bydgoszczy,
3. brak prawidłowego oznakowania pojemnika na odpady medyczne o kodzie 18 01 03 o ostrych krawędziach w gabinecie zabiegowym i gabinecie stomatologicznym – Gminna Przychodnia w Bukowcu,
4. brak pomieszczenia przechowywania odpadów medycznych - NZOZ LIVE-MED. Sp. z o.o., CIUPAK TRANSPORT Waldemar Ciupak w Bydgoszczy,
5. przechowywanie leków w lodówce przeznaczonej do tymczasowego gromadzenia odpadów medycznych – Centrum Medycznym LASERMED Sp. z o.o. Sp. K. w Bydgoszczy.

Postępowanie z bielizną

Szpitale

Proces prania bielizny szpitalnej, podobnie jak w latach ubiegłych, wykonywany był we własnym zakresie w czterech (7%) placówkach dysponujących pralniami. W pozostałych 51 (93%) skontrolowanych jednostkach zlecano był zewnętrznym podmiotom usługowym, również tym zlokalizowanym poza obszarem województwa. Najwięcej placówek tj. 25 (45%) korzystało z usług pralniczych firmy - Konsorcjum: „CitoNet-Bydgoszcz” S.A. w Bydgoszczy, ul. Wyścigowa 7 (lider konsorcjum), TZMO S.A. w Toruniu ul. Żółkiewskiego 20/26 (członek konsorcjum).

Wszystkie pralnie przyszpitalne posiadały barierę higieniczną. We wszystkich skontrolowanych 55 obiektach szpitalnych postępowanie z bielizną szpitalną było prawidłowe, zgodne z opracowanymi i wdrożonymi procedurami. Podobnie jak w latach ubiegłych w przypadku kilku jednostek szpitalnych odnotowano fakt dzierżawienia od pralni zewnętrznych bielizny i odzieży szpitalnej - powłok, prześcieradeł, koszul operacyjnych, kompletów zabiegowych, fartuchów zabiegowych, a nawet odzieży roboczej (komplety ubraniowe). W większości szpitali wydzielone były magazyny bielizny czystej i brudnej, a na oddziałach szafki/miejsca/pomieszczenia do przechowywania bielizny czystej oraz brudnej m. in. do gromadzenia bielizny brudnej.

Nadal w dwóch szpitalach Uniwersyteckich w Bydgoszczy dystrybucją bielizny czystej i brudnej zajmował się zakład usługowy. W tych placówkach zostały zlikwidowane magazyny bielizny czystej, gdyż bielizna czysta dostarczana była z pralni bezpośrednio na oddziały.

W omawianym okresie sprawozdawczym w 13 szpitalach, podobnie jak w roku ubiegłym, w ramach kontroli wewnętrznej, wykonano badania czystości mikrobiologicznej bielizny. Nie zakwestionowano żadnej z badanych próbek. W ramach umowy badania mikrobiologiczne pranej bielizny dla części placówek wykonywały również firmy zewnętrzne np. TZMO S.A Toruń-CitoNet-Bydgoszcz S.A. w Bydgoszczy, „Hollywood Textille Service” Sp. z o.o. w Sierpcu.

Transport bielizny, w przypadku korzystania z pralni zewnętrznych, odbywał się środkami tychże pralni. Były one myte i dezynfekowane na wyznaczonych do tego celu stanowiskach, usytuowanych na zapleczu obiektów.

Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą

Sposób postępowania z bielizną w tych placówkach, podobnie jak w roku ubiegłym, był prawidłowy i zgodny z ustalonymi oraz wdrożonymi w tym zakresie procedurami. Placówki korzystały z pralni szpitalnych lub komercyjnych. Nadal część obiektów wykonywała pranie we własnym zakresie, w wydzielonych do tego celu pomieszczeniach, z wykorzystaniem właściwego sprzętu. W większości placówek ambulatoryjnych oraz we wszystkich skontrolowanych praktykach zawodowych stosowana była głównie bielizna jednorazowego użytku (podkłady, serwety, ręczniki, prześcieradła), która po użyciu, jako odpad medyczny, przekazywana była do unieszkodliwienia. Zastrzeżeń Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie budził transport i warunki magazynowania bielizny, gdyż we wszystkich placówkach były wydzielone miejsca lub pomieszczenia do przechowywania bielizny czystej i brudnej.

Ocena przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego w podmiotach wykonujących działalność leczniczą

Ocenę dotyczącą bezpieczeństwa epidemiologicznego w województwie kujawsko-pomorskim opracowano w oparciu o dane z nadzoru bieżącego prowadzonego przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczebla powiatowego i wojewódzkiego.

Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitale, w tym szpitale jednodniowe, szpitale uzdrowiskowe.

We wszystkich szpitalach działały zespoły i komitety kontroli zakażeń szpitalnych, które realizowały zadania w zakresie zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych poprzez nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym, monitorowanie zakażeń szpitalnych, opracowanie programów dotyczących profilaktyki i zwalczania zakażeń oraz organizację szkoleń personelu. Powołano zespoły do spraw antybiotykoterapii lub wyznaczano do tego zadania konkretne osoby, które podejmowały działania w zakresie ograniczenia narastania mechanizmów oporności. Oceniane było ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych. Opracowano i wdrożono procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami, w których zawarte były standardy higieny. Procedury aktualizowano na bieżąco w oparciu o obowiązujące przepisy prawa oraz aktualne wytyczne i publikacje. Personel był zapoznawany ze zmianami, co było udokumentowane. Szpitale posiadały procedurę dotyczącą postępowania w przypadku podejrzenia/identyfikacji szczepów bakteryjnych *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy typu KPC i OXA-48, w której ujęto działania zapobiegawcze i prewencyjne w zakresie kontroli powyższych zakażeń, warunki izolacji pacjentów zakażonych,

przestrzeganie procedur sanitarno-higienicznych oraz badania przesiewowe w oparciu o wytyczne opracowane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej. W celu ograniczenia ryzyka wystąpienia zakażeń związanych z wykonywaniem zabiegów medycznych oraz zachowania właściwych standardów higieny, przeprowadzano regularnie, zgodnie z opracowanymi harmonogramami oraz doraźnie w razie potrzeb kontrolę wewnętrzną, która oceniała poprawność i skuteczność działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, co potwierdzone było stosowną dokumentacją.

Dezynfekcja narzędzi, sprzętu medycznego i powierzchni

Podobnie jak w roku ubiegłym w szpitalach stosowano narzędzia i sprzęt medyczny jednorazowego użycia, który był fabrycznie pakowany oraz sprzęt wielorazowego użycia. Narzędzia i sprzęt medyczny wielorazowego użycia poddawano dezynfekcji wstępnej i właściwej bądź też w zależności od przyjętej w danej placówce technologii tylko dezynfekcji właściwej lub był transportowany na sucho w kontenerach „brudnych” do centralnych sterylizatorni, gdzie podlegał procesom dekontaminacji. Zautomatyzowanie tych procesów odgrywało ważną rolę w aspekcie poprawy bezpieczeństwa epidemiologicznego. W szpitalu Cito Care w Toruniu narzędzia i sprzęt medyczny wielorazowego użycia przed transportem do zewnętrznej sterylizatorni, dezynfekowany był w automatycznej myjni- dezynfektorze. W placówkach, w których dezynfekcja właściwa narzędzi i sprzętu odbywała się na oddziałach przeprowadzana była w profesjonalnych, opisanych, stabilnych i zamykanych pojemnikach o pojemności dostosowanej do ilości dezynfekowanego sprzętu. Stosowany asortyment preparatów do dezynfekcji był szeroki, odpowiednio dobrany pod względem zdefiniowanego poziomu ryzyka. W celu zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego wiele placówek przeprowadzało dezynfekcję metodą zamgławiania stosowaną przede wszystkim na oddziałach intensywnej opieki medycznej na innych oddziałach w przypadku wystąpienia patogenu alarmowego, szpitalnych ognisk epidemicznych oraz zgodnie z harmonogramem. Metoda ta wykazuje najwyższą możliwość redukcji bakterii wytwarzających spory. Stanowiska do higienicznego mycia rąk w gabinetach zabiegowych i lekarskich wyposażone były prawidłowo. Zaopatrzenie podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w sprzęt medyczny, w szczególności jednorazowego użytku, materiały opatrunkowe, ręczniki jednorazowego użytku, a także zaopatrzenie w środki myjące i dezynfekujące, podobnie jak w roku ubiegłym było wystarczające.

W nadzorowanych placówkach większość pracowni endoskopowych dostosowano do obowiązujących przepisów prawa. Mycie i dezynfekcja endoskopów odbywała się w wydzielonych zmywalniach wyposażonych w myjnie automatyczne oraz dodatkowo, w niektórych placówkach w myjnie ultradźwiękowe. Do badań i zabiegów endoskopowych używane były wyłącznie endoskopy ze szczelną optyką, co umożliwiało ich mycie i dezynfekcję w pełnym zanurzeniu. Endoskopy przechowywane były w szczelnych szafach w pozycji wiszącej, zabezpieczone jednorazowymi sterylnymi pokrowcami. Sterylizacji poddawane były akcesoria naruszające ciągłość tkanek oraz endoskopy sztywne.

Podobnie jak w latach ubiegłych dezynfekcję powierzchni dotykowych i bezdotykowych, zgodnie z opracowanymi procedurami, przeprowadzały ekipy sprzątające lub salowe i pielęgniarki.

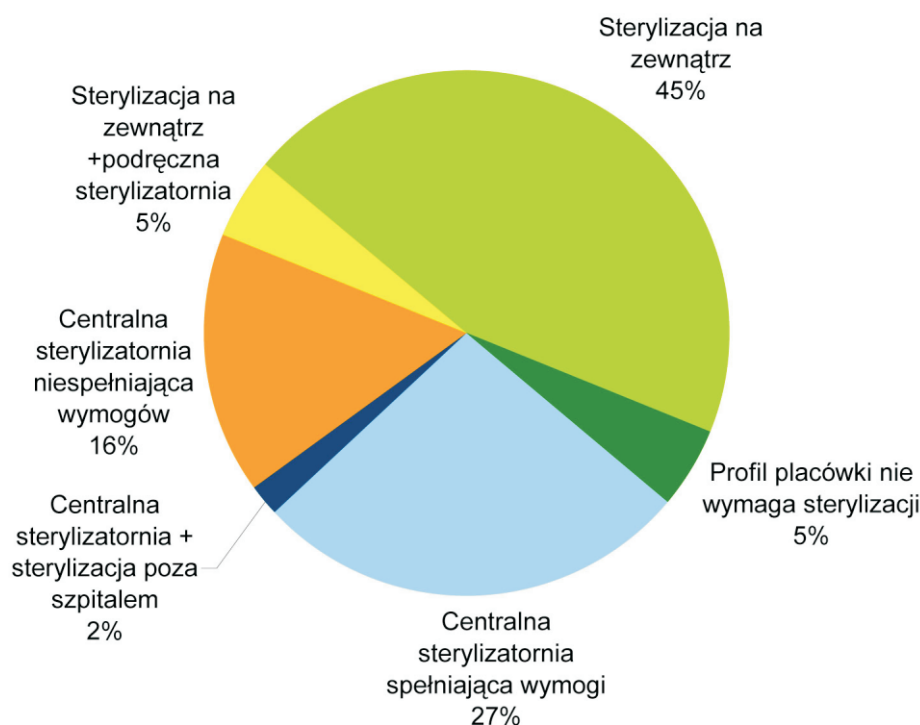
W roku 2017 podobnie, jak w roku ubiegłym, w 10 szpitalach działało 12 komór dezynfekcyjnych. Stan ten nie uległ zmianie od roku 2014. Coraz więcej podmiotów zleca usługi dezynfekcji komorowej jednostkom zewnętrznym. Są to zlecenia stałe lub doraźne.

Sterylizacja

W szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowały centralne sterylizatornie, większość z nich spełnia wymogi obowiązujących przepisów prawa. W roku 2017 roku w 44 obiektach

szpitalnych działało 20 centralnych sterylizatori, 12 (27%) z nich spełniało wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, 7 (16%) nie spełniało wymagań, 20 (45%) 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, 2 (5%) szpitale zlecały usługę jednostce zewnętrznej i sterylizowały sprzęt w podręcznej sterylizatorni, w 2 (5%) szpitalach profil placówki nie wymagał sterylizacji sprzętu. W SP ZOZ Łasinie nadal wykorzystywany był autoklaw usytuowany przy Bloku Operacyjnym, w którym sterylizowany jest sprzęt i narzędzia medyczne. Placówka podpisała umowę na procesy sterylizacji ze Szpitalem Specjalistycznym w Grudziądzu, narzędzia przesyłane były sporadycznie. W związku z brakiem dowodów potwierdzających realizację umowy Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Grudziądzu wszczął postępowanie administracyjne celem wyegzekwowania uzgodnień zamieszczonych w planie dostosowawczym.

Organizacja sterylizacji w szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego w 2017 roku.

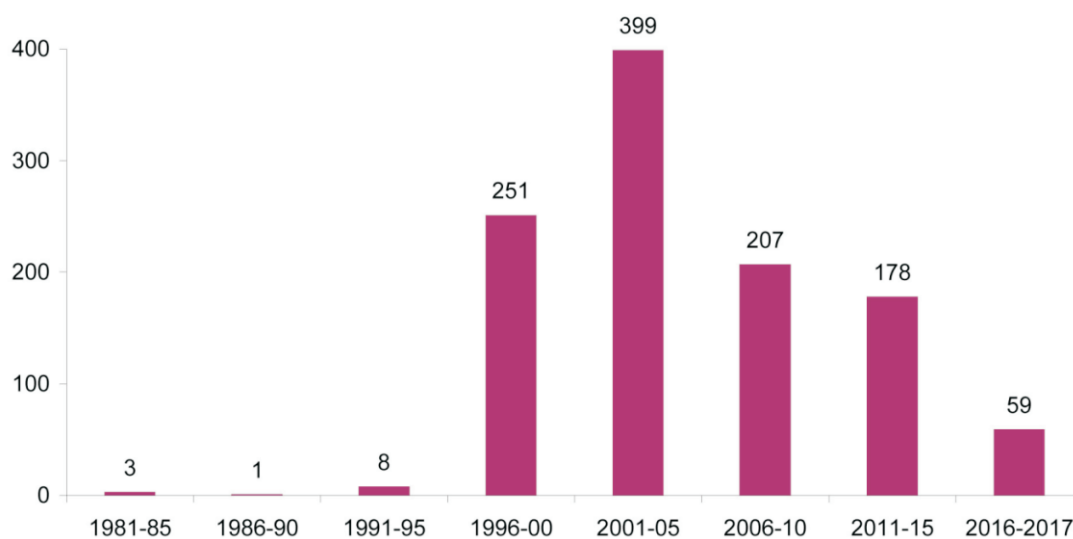


W szpitalach sterylizacja narzędzi przeprowadzana była wyłącznie metodami gwarantującymi ich skuteczność, w których czynnikami sterylizującymi była para wodna, plazma lub tlenek etylenu. Sprzęt sterylizujący każdego roku jest sukcesywnie wymieniany na nowy z lepszymi parametrami technicznymi.

We wszystkich zakładach leczniczych w użytkowaniu jest obecnie 1106 autoklawów. Narzędzia medyczne wielorazowego użytku przed procesem sterylizacji pakowane były w profesjonalne, odpowiednie do metody sterylizacji opakowania jedno lub wielorazowego użytku. Coraz więcej podmiotów znakuje pakiety w taki sposób, aby umożliwić identyfikację procesu sterylizacji sprzętu z konkretnym pacjentem. Transport narzędzi i sprzętu medycznego przed i po sterylizacji odbywał się w zamkniętych kontenerach, pojemnikach plastikowych lub szafach narzędziowych. W placówkach sprzęt

sterylny przechowywany jest w zamykanych szafach, szufladach oraz magazynach sprzętu sterylnego. Podobnie, jak w latach ubiegłych 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. Właściwe postępowanie na każdym etapie procesu sterylizacji gwarantuje wysoką jakość produktu finalnego.

Liczba autoklawów w województwie kujawsko-pomorskim wg daty produkcji (stan na 31 grudnia 2017 roku).



W podmiotach leczniczych, w których czas pobytu pacjenta nie przekraczał 24 godzin wykonywane były tylko zabiegi planowe. Placówki te podobnie, jak w roku ubiegłym wyposażone były w punkty sterylizacji przy blokach operacyjnych, gdzie sprzęt i narzędzia wielorazowego użycia podlegały dekontaminacji. Niektóre zlecały usługi sterylizacji innym podmiotom leczniczym lub firmie CitoNet w Bydgoszczy, a materiały wielorazowego użycia podlegały tylko procesom mycia i dezynfekcji często z wykorzystaniem myjni automatycznych. W podmiotach tych podnoszony jest poziom i zakres usług poprzez zakup nowoczesnego sprzętu tak, aby leczenie pacjentów odbywało się według najnowszych światowych standardów medycznych.

W szpitalach obserwowano poprawę stanu sanitarno-technicznego, przeprowadzano remonty i podejmowano inwestycje w celu zrealizowania programów dostosowania do wymagań obowiązujących przepisów prawa podnosząc jednocześnie komfort świadczonych usług.

W omawianym okresie stwierdzono nieprawidłowy stan sanitarno-higieniczny sprzętów oraz pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia medyczne. Wyegzekwowano ich poprawę poprzez decyzje administracyjne, nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości lub mandaty karne.

Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitale

W podmiotach tych opracowano i wdrożono procedury higieniczno-sanitarne, które uaktualniano na bieżąco. Dokonywana była ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych. Kontynuowano działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. W zakresie realizacji tych działań oraz przestrzegania procedur higieniczno-sanitarnych, zgodnie z opracowanymi harmonogramami przeprowadzano kontrole wewnętrzne, co było udoku-

mentowane. W niektórych zakładach uzdrowiskowych powiatu inowrocławskiego działają zespoły kontroli zakażeń szpitalnych, członkowie tych zespołów przeprowadzają kontrole wewnętrzne, wyniki kontroli są szczegółowo analizowane i omawiane z kierownictwem, a ich coraz lepsza współpraca wpływa pozytywnie na bezpieczeństwo epidemiologiczne placówek.

Zasady przeprowadzania procesów dezynfekcji w omawianej grupie placówek w 2017 roku nie uległy zmianie. Preparaty dezynfekcyjne stosowano zgodnie z prawdopodobnym skażeniem oraz zaleceniami producentów. W związku z przebywaniem w niektórych zakładach opiekuńczo-leczniczych osób zakażonych laseczką *Clostridium difficile* mających nawroty zachorowań oraz z nosicielstwem *Klebsiella pneumoniae* NDM pomieszczenia dezynfekowane były za pomocą urządzenia wytwarzającego suchą mgłę z zawartością nadtlenu wodoru oraz kationów srebra. Wanny do kąpieli oraz urządzenia wykorzystywane podczas zabiegów rehabilitacyjnych poddawano dezynfekcji po każdym pacjencie. Do zabiegów, wykonywanych sporadycznie, takich jak iniekcje, wlewy dożylnie stosowano sprzęt i materiały medyczne jednorazowego użytku. Podobnie, jak w roku ubiegłym w celu ograniczenia transmisji zakażeń, w niektórych placówkach do higieny osobistej pacjenta używano misek jednorazowego użycia. Procesy sterylizacyjne przeprowadzane były w ograniczonym zakresie. W przypadku konieczności stosowania sprzętu wielokrotnego użycia, prowadzone były procesy sterylizacji w autoklawie lub zlecano usługi centralnym sterylizatorniom. Stanowiska do higienicznego mycia rąk wyposażone były w dozowniki z mydłem w płynie i środkiem antyseptycznym, ręczniki jednorazowego użytku, pojemniki na zużyte ręczniki. Stosowano środki ochrony indywidualnej w celu zapobiegania przenoszeniu się na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych a ich zapas był wystarczający do potrzeb.

W trakcie kontroli sanitarnych przeprowadzanych w tej grupie obiektów w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. nieprzestrzeganie procedury mycia i dezynfekcji rąk,
2. uszkodzone powierzchnie sprzętów medycznych.

Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

W podmiotach wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne podobnie, jak w roku ubiegłym przeprowadzano kontrole wewnętrzne realizacji zadań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, które były właściwie udokumentowane. Oceniano również ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Dezynfekcja sprzętu i narzędzi medycznych przeprowadzana była podobnie jak w latach ubiegłych, najczęściej metodą tradycyjną - ręcznie lub przy użyciu myjek ultradźwiękowych. Uwzględniając zasadę nie krzyżowania się dróg czystych i brudnych, wydzielano ciąg technologiczny gwarantujący ruch postępowy od materiałów skażonych do sterylnych, zachowywano rozdział czasowy pomiędzy wykonywaniem dekontaminacji a czynnościami związanymi z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Celem poprawy bezpieczeństwa pacjentów do dekontaminacji sprzętów i narzędzi wielorazowego użycia, zwłaszcza narzędzi stomatologicznych stosowano automatyczne urządzenia, które czyszczą i sterylizują wewnętrzne kanały końcówek stomatologicznych. W zakładach leczniczych, których zakres świadczonych usług obejmował tylko podstawową opiekę zdrowotną nie prowadzi się procesów sterylizacji. W gabinetach diagnostyczno-zabiegowych oraz punktach szczepień tych podmiotów stosuje się sprzęt i materiały medyczne jednorazowego użycia.

We wszystkich skontrolowanych placówkach zaopatrzenie w sprzęt jednorazowego użycia, środki indywidualnej ochrony osobistej oraz środki czystości było wystarczające.

Stanowiska higienicznego mycia rąk w gabinetach lekarskich, zabiegowo-diagnostycznych, higieniczno-sanitarnych wyposażone były właściwie. Podczas kontroli stwierdzono zwiększenie asorty-

mentu stosowanych preparatów dezynfekcyjnych, materiałów opatrunkowych oraz sprzętu jednorazowego użycia. Stan techniczny placówek był zróżnicowany, przeważały jednak obiekty oceniane jako bardzo dobre i dobre. Duża część była wyremontowana lub w trakcie prac remontowych i starała się realizować w terminie zalecenia pokontrolne oraz wymogi ujęte w opracowanych programach dostosowawczych.

W trakcie kontroli sanitarnych przeprowadzanych w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. brak lub nieprzestrzeganie procedur sanitarno-higienicznych,
2. przeterminowany sterylny materiał opatrunkowy,
3. brak środka do dezynfekcji powierzchni skażonej materiałem organicznym,
4. niezgodna z przepisami częstotliwość przeprowadzania kontroli wewnętrznej,
5. brak dokumentacji potwierdzającej prowadzenie kontroli wewnętrznej,
6. niewłaściwy stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń.

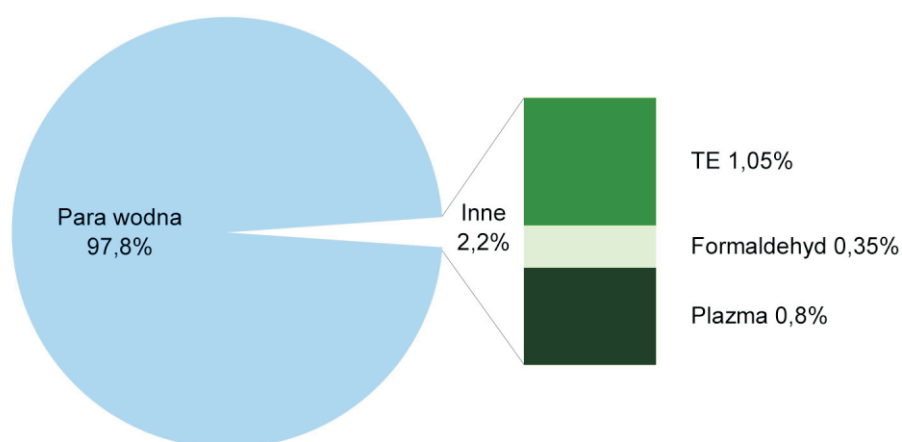
W celu wyegzekwowania poprawy wydano decyzje administracyjne, nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

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 obowiązującymi standardami. Pogotowia ratunkowe pracowały, stosując głównie sprzęt medyczny jednorazowego użytku. Narzędzia medyczne, wielokrotnego użytku będące na wyposażeniu karetek, sterylizowane były w sterylizatorniach szpitalnych. Odpady medyczne, wytwarzane podczas udzielania pomocy gromadzone były w ambulansach, zgodnie z wymogami prawa, a następnie magazynowane w wydzielonych pomieszczeniach i przekazywane do utylizacji.

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

Od kilku lat obserwuje się systematyczną poprawę przestrzegania procedur sterylizacji narzędzi medycznych. Procesy sterylizacji wykonywane były w aparatach parowych będących na wyposażeniu placówek lub korzystano z usług sterylizatorni zewnętrznych.

Metody sterylizacji w województwie kujawsko-pomorskim, w 2017 roku.



Sterylizacja narzędzi i materiałów medycznych we wszystkich zakładach leczniczych wykonujących świadczenia zdrowotne, w zdecydowanej większości (97,8%) przeprowadzana była metodą pary wodnej pod ciśnieniem.

Działalność lecznicza wykonywana w formie praktyki zawodowej

Lekarze wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej, dekontaminację narzędzi przeprowadzali podobnie, jak w roku ubiegłym w wydzielonej strefie „brudnej” gabinetu diagnostyczno-zabiegowego lub w pomieszczeniach do tego celu przeznaczonych, manualnie lub z użyciem myjek ultradźwiękowych. Wydzielano ciąg technologiczny od materiałów skażonych do sterylnych. W większości gabinetów przestrzegano zasady nie krzyżowania się dróg brudnych i czystych. Stosowano preparaty dezynfekcyjne, odpowiednio dobrane do potencjalnego skażenia. Sterylizacja odbywała się we własnych autoklawach lub na podstawie umowy z usługodawcami w zakresie sterylizacji. W celu poprawy bezpieczeństwa epidemiologicznego pacjentów, narzędzia medyczne wielokrotnego użycia zastępowano sprzętem i narzędziami jednorazowego użycia. W gabinetach nie zabiegowych udzielano wyłącznie porad lekarskich oraz przeprowadzano badania fizykalne nie wymagało to stosowania narzędzi wielorazowego użytku.

Wśród właścicieli tej grupy obiektów można zauważyć wzrost świadomości dotyczący zagrożeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Zwiększa się ilość gabinetów o wysokim standardzie wyposażenia, monitorowano procesy sterylizacji, w większości obiektów prowadzona była kontrola wewnętrzna realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Kontrole przeprowadzane były według sporządzonych harmonogramów, nie rzadziej niż dwa razy w roku, właściwie udokumentowane.

Stan sanitarno-techniczny indywidualnych praktyk lekarskich ulega systematycznej poprawie. Zwiększa się ilość gabinetów o wysokim standardzie wyposażenia, przeprowadzana jest modernizacja pomieszczeń lub działalność przenoszona jest do nowych lokali.

W omawianym okresie w niektórych obiektach stwierdzono nieprawidłowości:

1. brak wymaganych przepisami prawa dokumentów potwierdzających przeprowadzanie kontroli wewnętrznej,
2. brak niektórych procedur sanitarno-higienicznych lub potwierdzenia zapoznania się personelu z istniejącymi,
3. brak wydzielonego ciągu technologicznego do dekontaminacji narzędzi,
4. niewłaściwy stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń.

Nieprawidłowości w postępowaniu z obowiązującymi procedurami wynikały w większości przypadków z błędów i zaniedbań personelu. Podejmowano działania naprawcze, które były inicjatywą właścicieli lub kierowników podmiotów lub nadzoru Inspekcji Sanitarnej. W celu wyegzekwowania poprawy wydano decyzje administracyjne, nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości. Nakazy zawarte w decyzjach zostały wykonane, w efekcie osiągnęto poprawę stanu sanitarno-higienicznego.

Bloki żywienia w szpitalach

W 2017 roku skontrolowano 37 bloków żywienia w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych. Ogółem w ww. zakładach przeprowadzono 53 kontrole sanitarne, które wykazały, iż warunki sanitarno-higieniczne i techniczne uległy poprawie w porównaniu z latami poprzednimi. Ww. bloki sukcesywnie wyposażane są w nowy sprzęt i urządzenia produkcyjne, przeprowadzono remonty malarskie oraz prace modernizacyjne pomieszczeń kuchennych. Zagrożenia wynikające z braku funkcjonalności zaplecza kuchennego, zminimalizowane zostało poprzez rozdzielenie w czasie czynności „czystych” i „brudnych” oraz przestrzeganie określonych procedur i instrukcji systemowych. W roku sprawozdawczym wszystkie szpitale pracowały zgodnie z zasadami GHP/GMP. W 100 % zakładów wdrożono w pełni system HACCP.

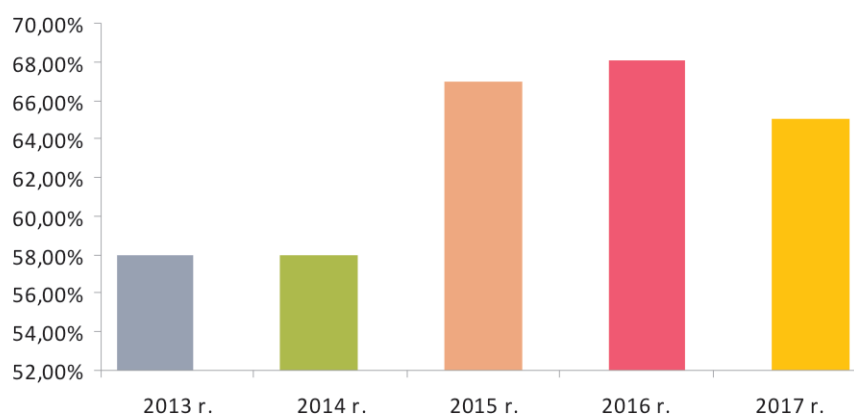
Transport wewnętrzny posiłków był ściśle uzależniony od warunków technicznych obiektów. W wielu przypadkach nie było możliwości korzystania z wydzielonych wind, korytarzy oraz łączników.

W przedmiotowych przypadkach szpitale stosowały procedury i sprzęt, które uniemożliwiły zanieczyszczenie przewożonych posiłków oraz naczyń stołowych i sztućców. Transport posiłków na oddziały odbywał się głównie w pojemnikach umieszczonych w wózkach bemaowych oraz w termosach i termoportach.

Podobnie jak w latach ubiegłych w wielu szpitalach kuchenki oddziałowe składały się z jednego pomieszczenia z wydzieloną częścią „czystą” i „brudną”, w którym odbywało się rozdzielanie posiłków oraz zmywanie i wyparzanie brudnych naczyń stołowych. W przypadku kuchenek dwu i trzypomieszczeniowych zmywalnie naczyń stołowych stanowiły odrębne pomieszczenia.

Stan sanitarny kuchenek oddziałowych nie budził większych zastrzeżeń. Były one również prawidłowo wyposażone w sprzęt i urządzenia.

Liczba placówek organizujących żywienie pacjentów przy pomocy firm zewnętrznych w stosunku do liczby obiektów w latach 2013-2017.



W roku sprawozdawczym w województwie kujawsko-pomorskim 65,00% obiektów prowadziło żywienie w sposób alternatywny do tradycyjnego. Firmy cateringowe, oprócz produkcji i transportu posiłków na oddziały, odpowiedzialne były za mycie i dezynfekcję pojemników transportowych, pobór próbek pokarmowych, a niekiedy również odbiór odpadów pokonsumpcyjnych, czy układanie jadłospisów - zgodnie z zawartymi umowami.

Nadal istniało zróżnicowanie stawek finansowych przeznaczonych na codienne wyżywienie pacjenta w woj. kujawsko-pomorskim. Zawierały się one w przedziale: od 4,00 zł do 28,68 zł.

W skład diety ogólnej wchodziły 3 posiłki codzienne, a niekiedy również II śniadanie i podwieczorek. Analiza sposobu żywienia w placówkach nie wykazała większych zastrzeżeń.

W roku sprawozdawczym większość szpitali propagowało karmienie noworodków i niemowląt piersią. W razie potrzeby dzieci dożywiane były gotowanymi mieszankami mlecznymi konfekcjonowanymi jednorazowo lub mlekiem modyfikowanym. Gotowe mieszanki mleczne umieszczone w butelkach jednorazowego użytku wymagały jedynie podgrzania. Mleko modyfikowane natomiast przygotowywane było na bieżąco, bezpośrednio przed podaniem dziecku.

Przeprowadzone w 2017 roku kontrole wykazały, że stan sanitarno-techniczny i higieniczny kuchenek mlecznych nie budził większych zastrzeżeń, a tym samym zapewniał bezpieczeństwo przygotowywanych pokarmów.

Bloki żywienia w sanatoriach

W roku sprawozdawczym na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowało 26 sanatoriów. Skontrolowano 25 bloków żywienia w przedmiotowych obiektach i 25 obiekty poddano

analizie zgodnie z arkuszem oceny stanu sanitarnego. Placówki sklasyfikowano jako zgodne z wymaganiami. W obiektach tych wprowadzone zostały zasady GHP/GMP oraz systemu HACCP.

Ogółem w ww. zakładach przeprowadzono 46 kontroli sanitarnych, w trakcie których nie stwierdzono nieprawidłowości.

W trakcie kontroli przeprowadzono również ocenę żywienia, podczas której nie stwierdzono nieprawidłowości. Jadłospisy dekadowe nie budziły większych zastrzeżeń.

Nadal obserwuje się znaczne zróżnicowanie stawek finansowych przeznaczonych na codienne wyżywienie kuracjuszy. W 2017 roku przedmiotowe stawki zawierały się w przedziale od 6,80 zł do 17,00 zł.

Bloki żywienia w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych

W roku 2017 zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze funkcjonujące na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w większości przypadków samodzielnie realizowały żywienie korzystając z własnego zaplecza kuchennego. Z usług firm zewnętrznych korzystały: „WIMED” Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Suradówku, Hospicjum im. Ks. Jerzego Popiełuszki przy Parafii Św. Polskich Braci Męczenników NZOZ w Bydgoszczy, Regionalny Zespół Opieki Paliatywnej Dom Sue Ryder w Bydgoszczy, Zakład Opieki Paliatywnej Hospicjum „Światło” w Toruniu, Dzienny Dom Pomocy Społecznej w Toruniu, Dzienny Dom Pomocy Społecznej w Toruniu, Dom Pomocy Społecznej im. Brata Alberta w Toruniu oraz Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu.

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

Przeprowadzone kontrole zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych nie wykazały uchybień i nieprawidłowości. Na podstawie oceny jadłospisów dekadowych stwierdzono, że sposób żywienia w ww. placówkach nie budził większych zastrzeżeń.

Wnioski

1. Stan higieniczno-sanitarny i techniczny placówek podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych województwa kujawsko-pomorskiego w stosunku do roku ubiegłego uległ poprawie. Negatywnie pod tym względem oceniono jedynie 10 obiektów (0,63%), przy czym najwięcej tj. 8 w grupie przychodni (w 2016 r. - 14 obiektów).
2. Placówki podmiotów leczniczych nadal zlecały usługi w zakresie prac pomocniczych: sprzątnięcia, prania bielizny, unieszkodliwiania odpadów medycznych, wyspecjalizowanym podmiotom zewnętrznym.
3. Liczba szpitali posiadających rezerwowe zbiorniki wody, które w przypadku awarii zasilania podstawowego gwarantowałyby jej dostawę, zwiększyła się o jedną placówkę.
4. Utylizacja odpadów medycznych odbywała się w specjalistycznych spalarniach. Wszystkie szpitale, za wyjątkiem trzech, utylizowały odpady medyczne w spalarniach województwa kujawsko-pomorskiego.
5. Zaobserwowano poprawę stanu sanitarno-technicznego placówek związaną między innymi ze wzmoczoną realizacją programów dostosowania w obliczu kończącego się terminu ich wykonania, a także z rosnącymi wymaganiami społecznymi, nie tylko co do jakości świadczonych usług, ale także wobec estetyki otoczenia.
6. Odnotowano wzrost liczby placówek spełniających wymagania obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739), znaczący w porównaniu z rokiem ubiegłym w grupie przychodni.

7. W terminie do dnia 31 grudnia 2017 r. część podmiotów leczniczych, największa w grupie szpitali (26) nie zrealizowała w całości programów dostosowania do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).
8. W podmiotach leczniczych są opracowane i wdrożone procedury oraz instrukcje postępowania mające na celu ochronę przed zakażeniami, które podlegały okresowym przeglądom i zmianom zgodnie z obowiązującymi przepisami i wiedzą merytoryczną.
9. W związku ze wzrastającą liczbą przypadków identyfikacji szczepów Enterobacteriaceae wytwarzających karbapenemazy typu KPC, OXA-48 i NDM w szpitalach intensyfikowano działania prewencyjne.
10. Oceniano ryzyko wystąpienia zakażeń związanych z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzona była kontrola wewnętrzna w zakresie oceny przestrzegania procedur stosowanych przy świadczeniu usług medycznych, co udokumentowane było stosownymi zapisami.
11. We wszystkich szpitalach działały zespoły i komitety kontroli zakażeń szpitalnych, które na bieżąco realizowały ustawowe zadania dotyczące rejestracji zakażeń szpitalnych oraz patogenów alarmowych, powołane były również zespoły do spraw antybiotykoterapii lub wyznaczano do tego zadania konkretne osoby.
12. W celu podniesienia kwalifikacji i pogłębienia wiedzy personel medyczny uczestniczył w kursach specjalistycznych, specjalizacjach oraz studiach podyplomowych.
13. Procesy dezynfekcji przeprowadzano zgodnie z opracowanymi standardami. Stosowano szeroki asortyment środków dezynfekcyjnych, wprowadzano preparaty nowej generacji.
14. W podmiotach leczniczych coraz częściej wprowadzano zautomatyzowane systemy dekontaminacji sprzętu i narzędzi medycznych, co odgrywało ważną rolę w aspekcie zapobiegania zakażeniom oraz poprawy bezpieczeństwa pacjentów.
15. Sterylizację narzędzi i sprzętu medycznego prowadzono wyłącznie metodami gwarantującymi skuteczność, w których czynnikami sterylizującymi była para wodna, plazma lub tlenek etylenu. Przebieg procesu sterylizacji systematycznie kontrolowano, a pakiety często znakowane były w sposób umożliwiający powiązanie konkretnego procesu sterylizacyjnego z pacjentem.
16. Ulegały poprawie warunki bezpieczeństwa epidemiologicznego podczas wykonywania zabiegów medycznych poprzez wprowadzanie nowych i nowoczesnych sprzętów oraz wdrażanie nowych technologii.
17. Sukcesywnie wprowadzano do stałego użytkowania sprzęt medyczny jednorazowego użycia, który zastąpił sprzęt wielorazowego użycia.
18. We wszystkich placówkach stosowano środki ochrony osobistej. Ich asortyment i ilość była wystarczająca do potrzeb i zależna od specyfiki zakładu i świadczonych usług medycznych.
19. Jeden obiekt zrezygnował z żywienia cateringowego, przeszedł na żywienie tradycyjne.
20. Zwiększona liczba kontroli w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych spowodowana była wzmożonym nadzorem nad warunkami sanitarno-higienicznymi oraz nad jakością żywienia pacjentów w szpitalach. W związku z powyższym wydano 4 zalecenia dotyczące zwiększenia dodatków warzywnych i owocowych w ramach śniadań i kolacji, urozmaicenia podawanych do drugiego dania dodatków w postaci węglowodanów oraz wzbogacenie posiłków w potrawy z ryb. Szpitale wdrożyły działania naprawcze w przedmiotowym zakresie.

- 22. Zagrożenia wynikające z braku funkcjonalności zaplecza kuchennego zminimalizowane zostało poprzez rozdzielenie w czasie czynności „czystych” i „brudnych” oraz przestrzeganie określonych procedur i instrukcji systemowych.
- 23. System dla bezpieczeństwa żywności - HACCP został wdrożony we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych.



HIGIENA KOMUNALNA 2



Stan sanitarny wód i urządzeń wykorzystywanych do zaopatrzenia ludności w wodę

Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi sprawowany był przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na mocy ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzeniu ścieków. Natomiast jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Zgodnie z zapisami powyższych rozporządzeń organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły monitoring kontrolny i przeglądowy, pobierały próbki wody do badań laboratoryjnych i na podstawie otrzymanych wyników badań dokonywały oceny jej przydatności do spożycia przez ludzi. Jednak to głównie producenci wody, z częstotliwością uzgodnioną z właściwymi inspektorami sanitarnymi, w celu zapewnienia odbiorcom wody bezpiecznej dla zdrowia, zobligowani byli do prowadzenia wewnętrznej kontroli jej jakości. Współpraca z przedsiębiorstwami wodociągowo-kanalizacyjnymi od lat ulegała systematycznej poprawie i nie budzi zastrzeżeń. Wykonywanie badań w ramach opracowanych i zaakceptowanych przez powiatowych inspektorów sanitarnych harmonogramów w większości przypadków było zadawalające. Wszyscy przedsiębiorcy sporządzili wewnętrzne procedury postępowania w przypadkach przekroczeń dopuszczalnych norm parametrów mających bezpośredni wpływ na zdrowie ludzi.

Badania jakości wody do spożycia na nadzorowanym terenie wykonywało siedem laboratoriów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości prowadzonych badań, zatwierdzone zgodnie z zapisami zawartymi w ustawie o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzeniu ścieków przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W 2017 roku w województwie kujawsko-pomorskim zgodę na wykonywanie takich badań posiadało 15 laboratoriów zewnętrznych.

Woda przeznaczona do zbiorowego zaopatrzenia ludności w województwie kujawsko-pomorskim była pozyskiwana z dwóch rodzajów ujęć: wody podziemnej oraz wody powierzchniowej, przy czym większość ujęć w regionie stanowiły ujęcia podziemne (99,5%). Wodą z ujęć powierzchniowych były zasilane 2 największe wodociągi: dla miasta Bydgoszczy i Torunia.

W minionym roku w ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych województwa znajdowało się 405 wodociągów zbiorowego zaopatrzenia w wodę, w tym 89 urządzeń produkujących poniżej 100 m³ wody na dobę, 271 produkujących od 101 do 1000 m³ wody na dobę, 40 o produkcji od 1001 do 10000 m³ wody na dobę oraz 5 wodociągów o produkcji od 10001 do 100000 m³ wody na dobę. Obowiązujące przepisy dotyczące jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, obejmowały także swym zakresem podmioty, które zajmowały się dystrybucją wody i w 2017 roku w ewidencji stacji

sanitarno-epidemiologiczne znajdowało się 85 takich podmiotów. Były to między innymi szpitale, zakłady zajmujące się wytwarzaniem lub przetwarzaniem żywności, a także spółki eksploatujące wodociągi na przykład po dawnych zakładach rolnych. Wśród nich znajdowały się również podmioty, które produkowały wodę nie tylko na potrzeby własne, ale też sprzedawały ją innym odbiorcom.

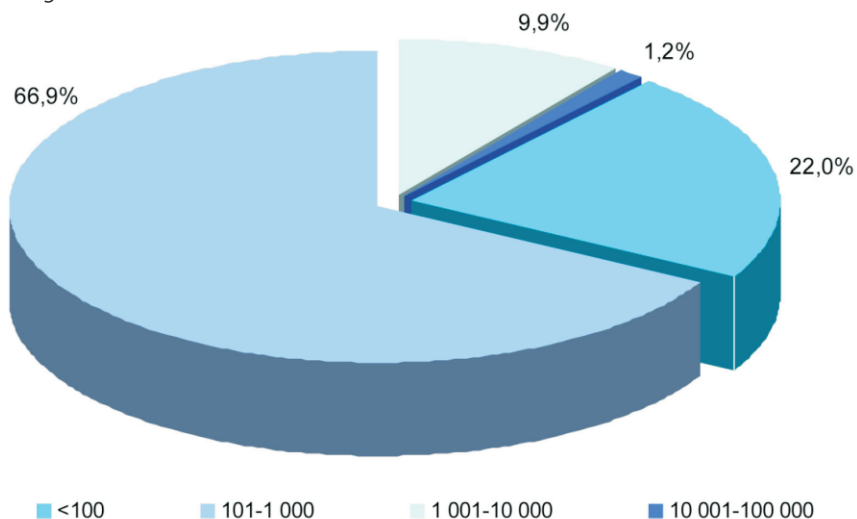
Zaopatrzenie ludności w wodę

Podstawowymi urządzeniami zaopatrzenia ludności miast i wsi w wodę przeznaczoną do spożycia były wodociągi publiczne. W 2017 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, realizując bieżący nadzór sanitarny nad tymi obiektami, skontrolowały na terenie województwa 403 urządzenia wodociągowe, co stanowiło 99,5% wszystkich urządzeń ujętych w ewidencji, a także 73 inne podmioty zaopatrujące w wodę (85,9%).

W omawianym okresie dostęp do wody miało około 97,2% mieszkańców województwa (w 2016 r. 95,5%). Przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne sukcesywnie dokonywały wymiany sieci z rur stalowych i żeliwnych na rury z PE i PVC.

W 2017 roku w regionie nie odnotowano większego deficytu wody wynikającego ze spadku wydajności ujęć. W przypadku wystąpienia niedoboru, dokonywano zakupu wody z innego wodociągu. Sytuacja taka miała miejsce (podobnie jak w latach ubiegłych) w przypadku wodociągu w Białych Błotach w powiecie bydgoskim (od maja do października), który korzystał z wody dostarczanej przez Miejskie Wodociągi i Kanalizację sp. z o.o. w Bydgoszczy oraz w przypadku ujęcia Trzaski w powiecie inowrocławskim, zaopatrującego miasto Inowrocław, który zakupił wodę z wodociągu toruńskiego (w ilości ok. 10% całego zapotrzebowania dla miasta).

Odsetek wodociągów o danej produkcji dobowej, [m³/dobę], zaopatrujących mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w 2017 roku.



Wodociągi o produkcji powyżej 10 000 m³/dobę miały największy udział w zaopatrzeniu w wodę i dotyczyło to głównie mieszkańców miast. Ewidencja obejmowała, analogicznie do lat ubiegłych, 5 wodociągów, które zaopatrywały największe miasta regionu (Bydgoszcz, Toruń, Włocławek, Grudziądz oraz Inowrocław). Wodociągi te dostarczały wodę dla 839,9 tys. mieszkańców, czyli około 40% mieszkańców całego województwa. Ujmowały one głównie wody podziemne i tylko w dwóch przypadkach w części powierzchniowe (ujęcia na rzece Brdzie dla wodociągu w Bydgoszczy i na rzece Drwęcy dla wodociągu w Toruniu). W wodociągu zasilającym miasto Bydgoszcz na ujęciu Las Gdański urucho-

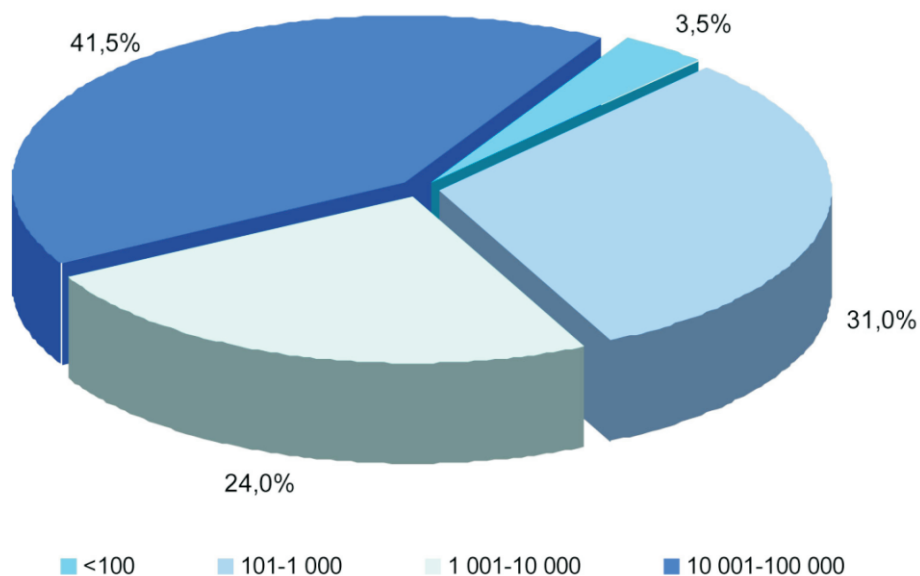
miono dezynfekcję wody za pomocą drugiego zestawu lamp UV i zaprzestano dezynfekcji chemicznej podchlorynem sodu. W przypadku ujęcia Trzaski w powiecie inowrocławskim, zaopatrującego miasto Inowrocław, woda poddawana była procesowi dezynfekcji lampami UV przed dalszym rozprowadzeniem do miejskiej sieci wodociągowej, a następnie mieszana z wodą z wodociągu toruńskiego (w ilości ok. 10% dziennego zużycia) w zbiornikach wyrównawczych w Balinie oraz dodatkowo dezynfekowana podchlorynem sodu.

Wodociągi o produkcji od 1001 do 10000 m³/dobę spełniały natomiast najważniejszą rolę w zaopatrzeniu w wodę ludności małych i średnich miast oraz większych miejscowości na terenach wiejskich. Dostarczały one wodę dla około 486,0 tys. mieszkańców. Ich liczba (40) w stosunku do ubiegłego roku zmniejszyła się o 2 obiekty. Wynikało to ze zmniejszenia produkcji wody. W 2017 roku skontrolowano wszystkie obiekty tej grupy.

Trzecią grupę wodociągów stanowiły wodociągi o produkcji od 101 do 1000 m³/dobę. Była to najliczniejsza grupa (271) obejmująca 66,9% wszystkich wodociągów ujętych w ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych. W porównaniu z rokiem poprzednim 2 wodociągi zlikwidowano (mieszkańców podłączono do większych wodociągów), natomiast 2 obiekty zmniejszyły swoją produkcję wody i zostały przeniesione z grupy wodociągów od 101-1000 m³/dobę. W 2017 roku skontrolowano 269 obiektów tej grupy. Z wody dostarczanej przez te wodociągi korzystało 628,0 tys. mieszkańców województwa.

W 2017 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zewidencjonowano 89 wodociągów o produkcji mniejszej niż 100 m³/dobę. W stosunku do 2016 roku ich liczba (93) uległa zmniejszeniu o cztery obiekty, przy czym 2 wodociągi wyłączono z eksploatacji a 2 zlikwidowano (mieszkańców podłączono do większych wodociągów).

Odsetek ludności województwa kujawsko-pomorskiego zaopatrywanej przez wodociągi o danej produkcji dobowej [m³/dobę] w 2017 roku.



Z wody wodociągowej korzystało ogółem 2222,04 tysięcy mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Wodę dobrą, spełniającą wymogi sanitarne dostarczało 99,51% skontrolowanych wodociągów (w roku 2016 - 99,02%).

Woda niespełniająca wymagań określonych w przepisach prawnych dostarczana była przez 4 wodociągi (0,99% skontrolowanych wodociągów, w 2016 roku - 0,98%) i zaopatrywała 0,13% (w roku

2016 - 0,20%) mieszkańców województwa. Związane było to ze zmianą przepisów prawnych w grudniu 2015 roku, stosownie do których zarządzający wodociągiem ma łącznie 30 dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy na prowadzenie działań naprawczych dla przekroczeń fizykochemicznych. W przypadku braku możliwości doprowadzenia przez podmiot do poprawy jakości wody, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wystawiały decyzje o braku przydatności wody do spożycia.

Wodę nieodpowiadającą wymaganiom pod względem mikrobiologicznym (bakterie z gr. coli) miały 3 wodociągi: 1 w powiecie grudziądzkim (o prod. <100 m³/d) i 2 w powiecie chełmińskim (1 o prod. <100 m³/d oraz 1 o prod. od 101 do 1000 m³/d).

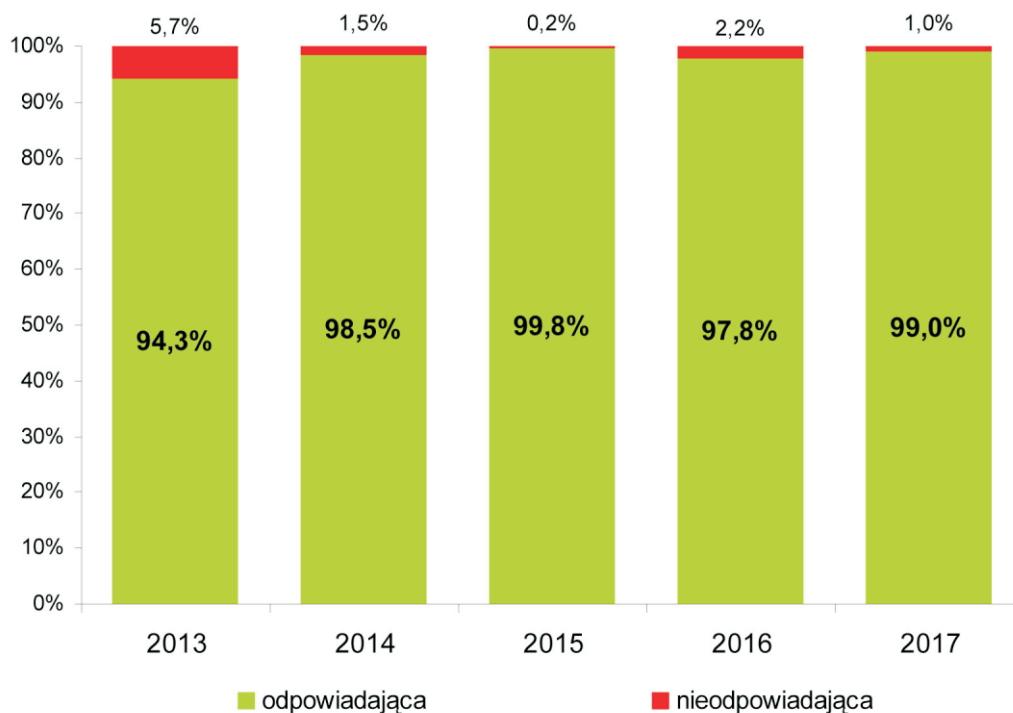
Ze względu na przekroczone wartości parametrów manganu i żelaza, a także mętność, barwę oraz zapach i smak wody, wodę nieodpowiadającą wymaganiom pod względem fizykochemicznym dostarczały 2 wodociągi o prod. od 101 do 1 000 m³/d: 1 w powiecie chełmińskim oraz 1 w powiecie sępoleńskim.

W celu zapewnienia zaopatrzenia mieszkańców w wodę o odpowiedniej jakości, gestorzy wodociągów podawali ją z zastępczych źródeł wody, poprzez przełączenie na wodociągi z sąsiednich gmin, dostarczające wodę spełniającą wymagania rozporządzenia.

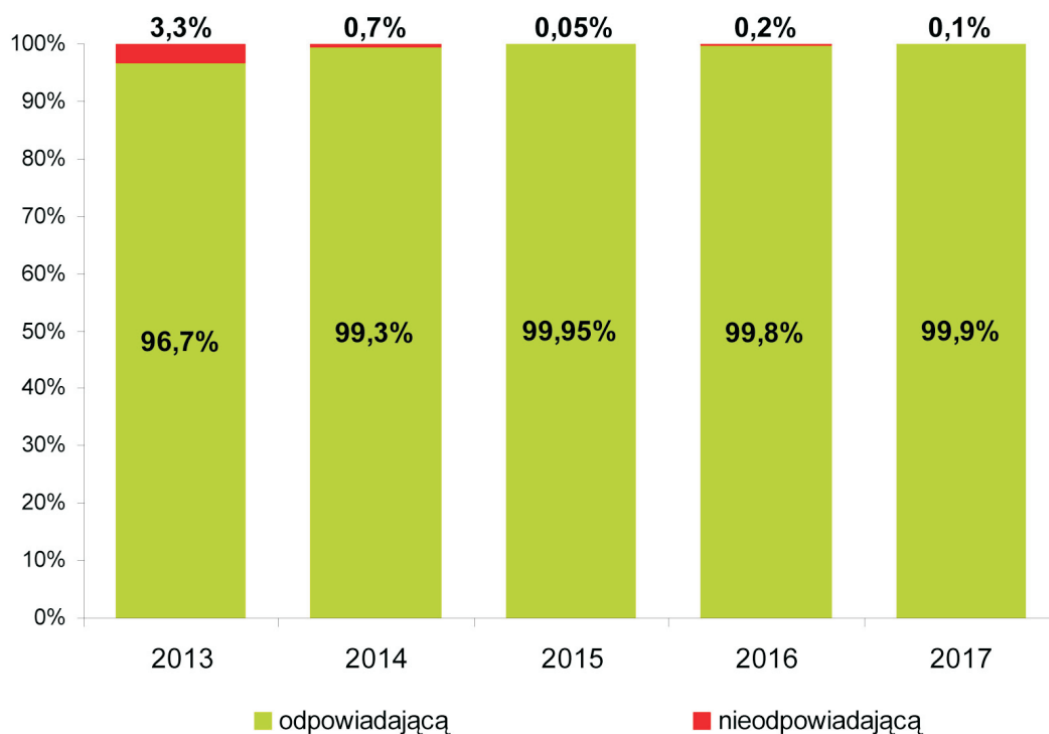
W ciągu roku sprawozdawczego występowały również sporadyczne przekroczenia, które dotyczyły głównie parametrów mętności, manganu i żelaza. Zarządzający wodociągami wykonywali działania naprawcze natychmiast po ujawnieniu przekroczenia, a wartości przekroczeń nie miały bezpośredniego wpływu na zdrowie konsumentów.

Zauważono zmniejszenie ilości dostarczanej wody, do czego mogła się przyczynić sytuacja demograficzna (spadek zaludnienia) oraz warunki ekonomiczne (podwyżki cen wody i związane z tym mniejsze zużycie).

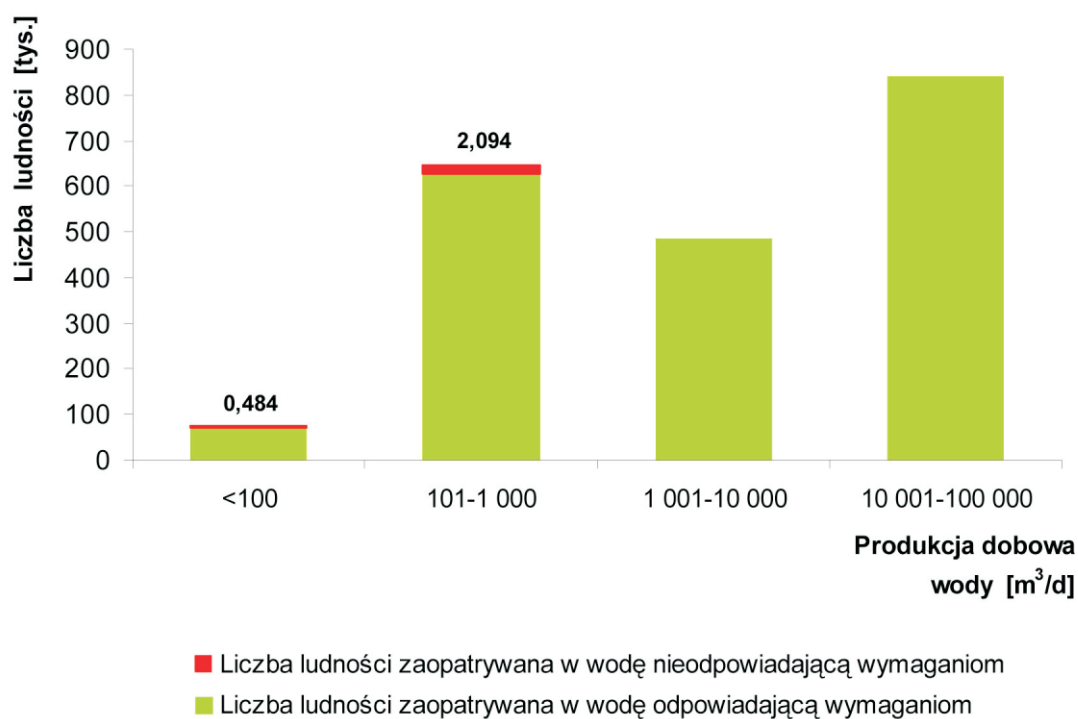
Odsetek skontrolowanych urządzeń dostarczających wodę w latach 2013-2017.



Odsetek ludności zaopatrywanej w wodę w latach 2013-2017.



Liczba ludności województwa kujawsko-pomorskiego zaopatrywanej przez wodociągi o danej produkcji dobowej w wodę odpowiadającą i nieodpowiadającą wymaganiom sanitarnym w 2017 roku.

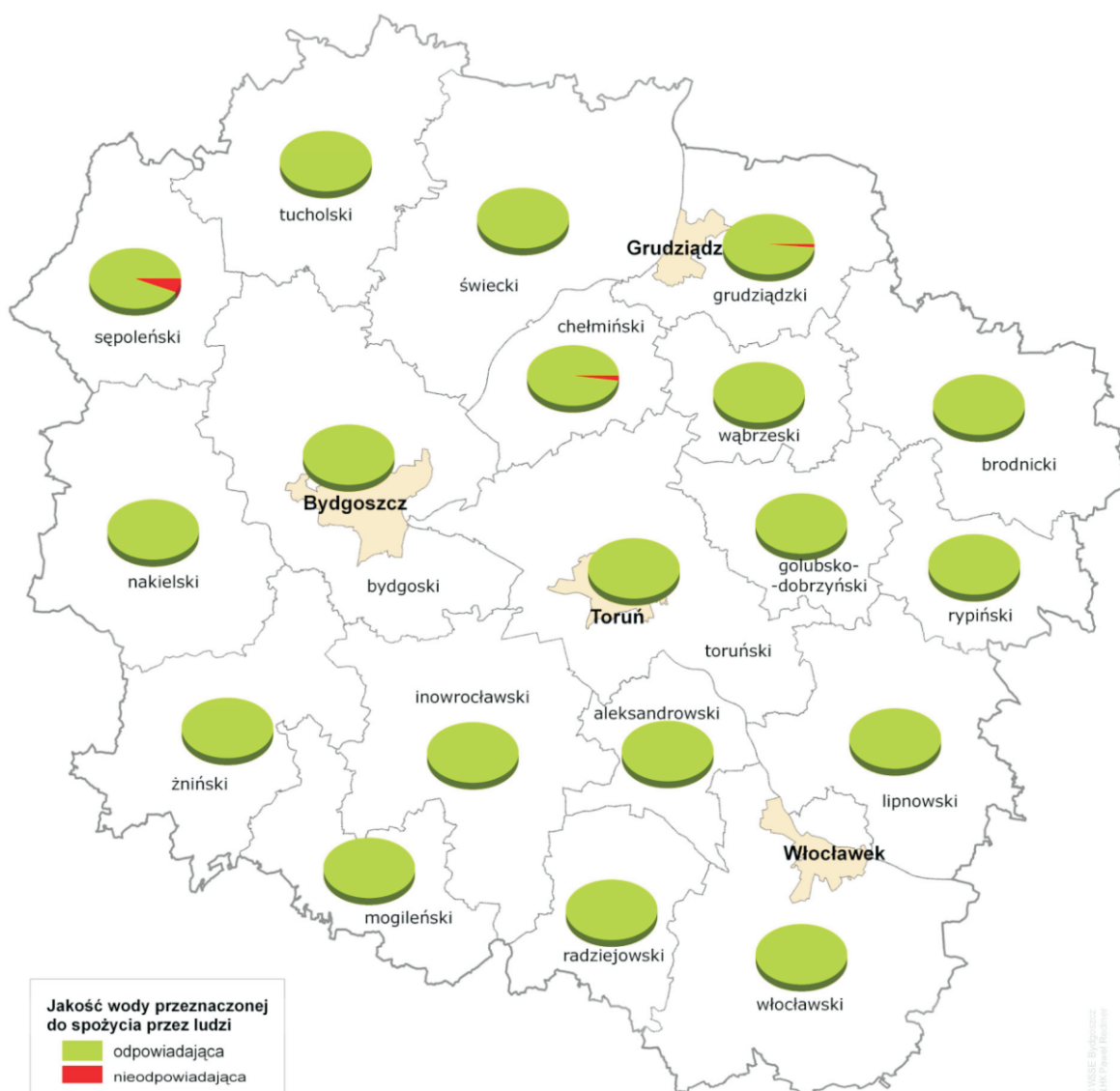


Procentowy udział ludności zaopatrywanej w wodę dobrej jakości przez poszczególne grupy wodociągów kształtował się następująco:

- 10001 do 100000 m³/dobę wynosił 100%
- 1001 do 10000 m³/dobę wynosił 100%
- 101 do 1000 m³/dobę wynosił 99,3%
- ≤100 m³/dobę wynosił 97,8%.

Powyższe zestawienie wskazuje, że wodę dobrej jakości produkowały niemal wszystkie wodociągi, jedynie nieco gorzej przedstawiała się jakość wody produkowana przez grupę wodociągów o produkcji ≤ 100 m³/dobę i 101 do 1000 m³/dobę. Wynikało to przede wszystkim z większych możliwości finansowych dużych przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, zapewnienia fachowej obsługi oraz właściwej eksploatacji urządzeń, a także stosowania bardziej zaawansowanych procesów uzdatniania wody.

Odsetek mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego korzystających z wody odpowiadającej i nieodpowiadającej wymaganiom sanitarnym w 2017 roku.



Analizując zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi na terenie poszczególnych powiatów województwa kujawsko-pomorskiego należy zauważyć, że z wody dobrej jakości w 100% korzystali mieszkańcy 16 powiatów.

Najwyższy odsetek ludności zaopatrywanej w wodę kwestionowaną pod względem sanitarnym odnotowano w powiecie chełmińskim, sępoleńskim oraz grudziądzkim (przekroczenie parametru bakterii z grupy coli, żelaza, manganu oraz mętności).

Podstawą prowadzonego nadzoru jakości wody dostarczonej konsumentom była ocena jej zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. W celu określenia czy spożywana woda była bezpieczna dla zdrowia ludzkiego w 2017 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach monitoringu kontrolnego i przeglądownego, pobrały do badań laboratoryjnych 2 568 próbek wody.

Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Z uwagi na poważne konsekwencje zdrowotne, woda przeznaczona do konsumpcji i używania w gospodarstwie domowym nie powinna zawierać organizmów chorobotwórczych przenoszonych drogą wodną, zwłaszcza mikroorganizmów, które wskazywałyby na obecność w niej zanieczyszczeń typu kałowego (*Escherichia coli*, enterokoki).

Dopuszczalne wartości wskaźników mikrobiologicznych zostały określone w załączniku Nr 1A i Nr 3A do obowiązującego w roku sprawozdawczym rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Dokonując oceny jakości wody przeznaczonej do spożycia stwierdzano krótkotrwałe, okresowe przekroczenia, które spowodowały wydawanie decyzji administracyjnych, unieruchamiających wodociągi i nakazujących doprowadzenie do prawidłowej jakości wody. Przeprowadzone w roku 2017 badania wykazały przekroczenia bakterii grupy coli i Enterokoków, wskazujące na nieodpowiednio prowadzone procesy uzdatniania wody, wtórne zanieczyszczenia po uzdatnianiu lub inne przyczyny, wpływające na skażenie mikrobiologiczne.

W tych przypadkach, z uwagi na stwierdzone przekroczenia, zarządzający wodociągami wprowadzali natychmiastowe działania naprawcze (płukanie i dezynfekcja sieci wodociągowej oraz urządzeń uzdatniających), które doprowadziły jakoś wody pochodzącej z tych wodociągów do obowiązujących w tym zakresie wymagań. Odbiorcom zapewniono wodę przydatną do spożycia poprzez przełączenie sieci do innego wodociągu lub poprzez zapewnienie ludności zastępczego źródła wody.

Każdorazowo właściwi inspektorzy sanitarni wydawali decyzje administracyjne (69) z rygorem natychmiastowej wykonalności na doprowadzenie jakości wody do obowiązujących norm. Stwierdzone zanieczyszczenia mikrobiologiczne stwarzały pewne ryzyko zdrowotne, wobec czego konieczne było wprowadzenie ograniczenia w korzystaniu z wody jedynie do celów sanitarnych. Odbiorcy informowani byli o tym fakcie niezwłocznie i w razie konieczności zapewniano im zastępcze źródła zaopatrzenia w wodę. W zaistniałych sytuacjach kryzysowych Państwowa Inspekcja Sanitarna współpracowała ściśle z jednostkami samorządowymi oraz podmiotami zarządzającymi urządzeniami wodociągowymi. Zauważono też poprawę dotyczącą informowania odbiorców wody o pogorszeniu jakości i ograniczeniach w użytkowaniu.

W tym miejscu należy wskazać, iż w nocy z 11 na 12 sierpnia 2017 r. m.in. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego przeszły katastrofalne w skutkach burze. Na terenie województwa najbardziej ucierpiały następujące powiaty: sępoleński, tucholski, żniński, nakielski, bydgoski, inowrocławski i radziejowski. Należy podkreślić, iż w ramach prowadzonego nadzoru część państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych po przeanalizowaniu sytuacji i ryzyka pobrało z punktów monitoringo-

wych dodatkowe próbki wody do badań laboratoryjnych. Z dużym prawdopodobieństwem sierpniowe nawałnice miały również pośredni wpływ na zwiększoną ilość stwierdzanych przekroczeń parametrów mikrobiologicznych wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Część z tych przekroczeń należy jednak traktować jako zjawiska incydentalne. Stosunkowa duża ilość decyzji stwierdzających brak przydatności wody do spożycia (69) wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej była również wynikiem rygorystycznych przepisów prawnych regulujących przedmiotowy obszar.

Analiza przekroczeń parametrów fizykochemicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Zanieczyszczenia chemiczne na ogół nie powodują ostrych skutków zdrowotnych, w odróżnieniu od zanieczyszczeń mikrobiologicznych, których skutki są nagłe i rozległe. Problemy związane z zawartymi w wodzie przeznaczonej do spożycia związkami chemicznymi wynikały głównie z ich zdolności do wywoływania niepożądanych skutków zdrowotnych po dłuższym okresie spożywania zanieczyszczonej wody, gdyż tylko nieliczne z nich powodują problemy zdrowotne. Mogły one natomiast wpływać na jej wygląd, zapach, czy smak, a na tej podstawie najczęściej konsument oceniał jakość wody. Służyły też do określenia prawidłowości prowadzenia procesów uzdatniania i dystrybucji wody.

W załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, określone zostały najwyższe dopuszczalne stężenia parametrów chemicznych o istotnym znaczeniu bezpieczeństwa wody dla zdrowia konsumentów. W przypadku przekroczenia najwyższego dopuszczalnego stężenia któregośkolwiek z tych parametrów, podmioty produkujące wodę mogły wystąpić do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o wyrażenie zgody na udzielenie odstępstwa na przekroczony parametr chemiczny, pod warunkiem, iż przekroczenie to nie będzie stanowić potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a podmiot przedstawi plan działań naprawczych. W 2017 roku do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie wpłynęły wnioski o wyrażenie zgody na odstępstwo dotyczące przekroczenia jakiegokolwiek parametru chemicznego.

W wodociągu zaopatrującym miasto Inowrocław, w związku ze stwierdzonymi pod koniec roku problemami z ponadnormatywną ilością siarczanów z ujęcia w Trzaskach trwało postępowanie administracyjne, zakończone na początku 2018 roku.

W załączniku Nr 3B do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi określone zostały dodatkowe wymagania fizykochemiczne i organoleptyczne, które nie mają bezpośredniego wpływu na zdrowie człowieka. Jednakże z uwagi na możliwość ich negatywnego wpływu przy dłuższym czasie ekspozycji powinny być stale monitorowane. W okresie sprawozdawczym nieodpowiednia jakość wody była najczęściej kwestionowana ze względu na ponadnormatywną zawartość manganu i żelaza oraz związaną z tym podwyższoną mętność.

Stwierdzone przekroczenia związków manganu wahały się w granicach od 55 do 864 µg/l, natomiast żelaza w granicach od 216 do 2 092 µg/l. Najczęściej przekroczenia manganu stwierdzono w powiatach: aleksandrowskim, grudziądzkim i toruńskim. W przypadku mętności największą liczbę przekroczeń odnotowano w powiatach: grudziądzkim, sępoleńskim i toruńskim. W pozostałych powiatach przekroczenia występowały pojedynczo bądź wcale. Najwięcej przekroczeń wartości żelaza stwierdzano w powiatach: mogileńskim, toruńskim i żnińskim.

Fakt ten stanowił istotny problem eksploatacyjny, gdyż związki manganu i żelaza mogły powodować powstawanie osadów w systemach wodociągowych. Wysoka mętność chroni mikroorganizmy występujące w wodzie przed działaniem dezynfekcyjnym i może spowodować wzrost bakterii, dlatego utrzymanie jej na niskim poziomie ma duże znaczenie dla jakości wody pod względem mikrobiologicznym.

nym. W większości przypadków nie przekładało się to na istotne zagrożenie dla zdrowia konsumentów. Najwięcej urządzeń dostarczających wodę o nieodpowiednich parametrach fizykochemicznych znajdowało się w grupie wodociągów o produkcji wody do 1000 m³/dobę. W ciągu roku odnotowano także przekroczenia dopuszczalnych norm barwy i zawartości amonowego jonu.

W większości wodociągów przeprowadzono (lub były w trakcie) badania w kierunku wstępnego stężenia substancji promieniotwórczych w wodzie. Otrzymane wyniki nie wykazały przekroczeń stężeń parametrów promieniotwórczych.

Analiza badań ciepłej wody na obecność pałeczek *Legionella* sp.

W związku z zagrożeniami, jakie niesie za sobą występowanie bakterii *Legionella* sp. w wodzie ciepłej, pochodzącej z instalacji wewnętrznych i użytkowanej do celów higienicznych, wykonano badania kontrolne na obecność pałeczek *Legionella* sp.

W 2017 roku badaniami takimi objęto 53 obiekty (w 2016 r. - 51) tj. szpitale i budynki zamieszkania zbiorowego, pobierając w nich 261 próbek wody. Po przeprowadzeniu badań laboratoryjnych zakwestionowano 17% próbek (w 2016 r. - 18%). Po przeanalizowaniu stopnia skolonizowania przez pałeczki *Legionella* sp. instalacji ciepłej wody, na właścicieli obiektów nałożono obowiązek podjęcia działań naprawczych, mających na celu wyeliminowanie zagrożenia spowodowanego obecnością tej bakterii w wodzie. Oprócz dezynfekcji termicznej (przegrzanie >70°C) sieci wewnętrznej, konieczne było też zastosowanie w paru przypadkach dezynfekcji chemicznej.

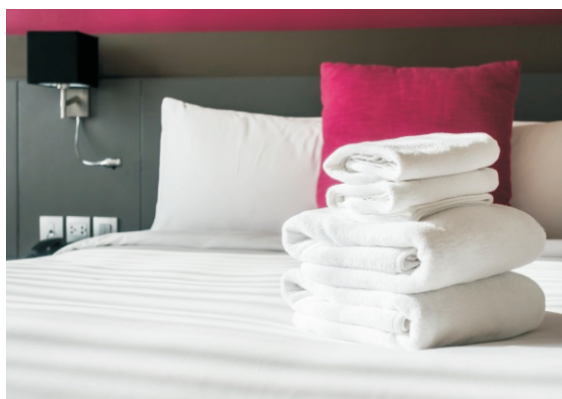
Badania na obecność Legionelli sp. w latach 2013-2017.



Wnioski

1. Z wody wodociągowej korzystało ogółem 2024,6 tys. (97,2%) mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.
2. W 2017 roku skontrolowano 403 wodociągi zbiorowego zaopatrzenia w wodę (99,5%), oraz 73 inne podmioty zaopatrujące mieszkańców województwa w wodę (85,9%).
3. Wodę dobrej jakości dostarczało 99,5% skontrolowanych wodociągów, zaopatrując w nią około 99,87% mieszkańców województwa korzystających z wody wodociągowej, pozostała część odbiorców tj. 0,13% (2,58 tys.) otrzymywała wodę niespełniającą wymagań określonych w obowiązujących przepisach prawnych. Z wody dobrej jakości w 100% korzystali mieszkańcy 16 powiatów. Najwyższy odsetek ludności zaopatrywanej w wodę kwestionowaną pod względem sanitarnym odnotowano w powiecie chełmińskim, sępoleńskim oraz grudziądzkim (przekroczenie parametru bakterii z grupy coli, żelaza, manganu oraz mętności).
4. Przyczyną nieodpowiedniej jakości wody produkowanej w województwie kujawsko-pomorskim przez wodociągi w ciągu roku sprawozdawczego był odbiegający od wymagań skład fizykochemiczny, a w szczególności ponadnormatywne wartości takich parametrów, jak mętność, mangan i żelazo. W większości przypadków powyższe nie stanowiło istotnego zagrożenia dla zdrowia konsumentów.
5. Przeprowadzone w roku 2017 w zakresie mikrobiologicznym badania wykazały przekroczenia gł. bakterii grupy coli i sporadycznie Enterokoków, wskazujące m.in. na nieodpowiednio prowadzone procesy uzdatniania wody, wtórne zanieczyszczenia po uzdatnieniu lub inne przyczyny, wpływające na skażenie mikrobiologiczne. Były one krótkotrwałe. Ludność w czasie ich trwania miała zapewnioną wodę dobrej jakości.
6. Stosunkowo duża ilość decyzji stwierdzających brak przydatności wody do spożycia wydanych głównie z uwagi na przekroczenia mikrobiologiczne (69) była m.in. wynikiem rygorystycznych przepisów prawnych regulujących przedmiotowy obszar. Pośredni wpływ miało także przejście nad województwem w sierpniu 2017 r. nawałnicy.
7. Z przeprowadzonych w 2017 roku badań ciepłej wody w szpitalach i budynkach zamieszkania zbiorowego na obecność pałeczek Legionella sp. wynikało, że odsetek (17%) przekroczeń dopuszczalnej liczby bakterii w skontrolowanych obiektach był niższy niż w roku 2015 i 2016 (odpowiednio 21% i 18%).
8. Konieczne jest dalsze unowocześnianie technologii uzdatniania wody przede wszystkim w wodociągach o mniejszej produkcji, aby zapewnić jej właściwą jakość zgodną z obowiązującymi przepisami.

HIGIENA KOMUNALNA 3

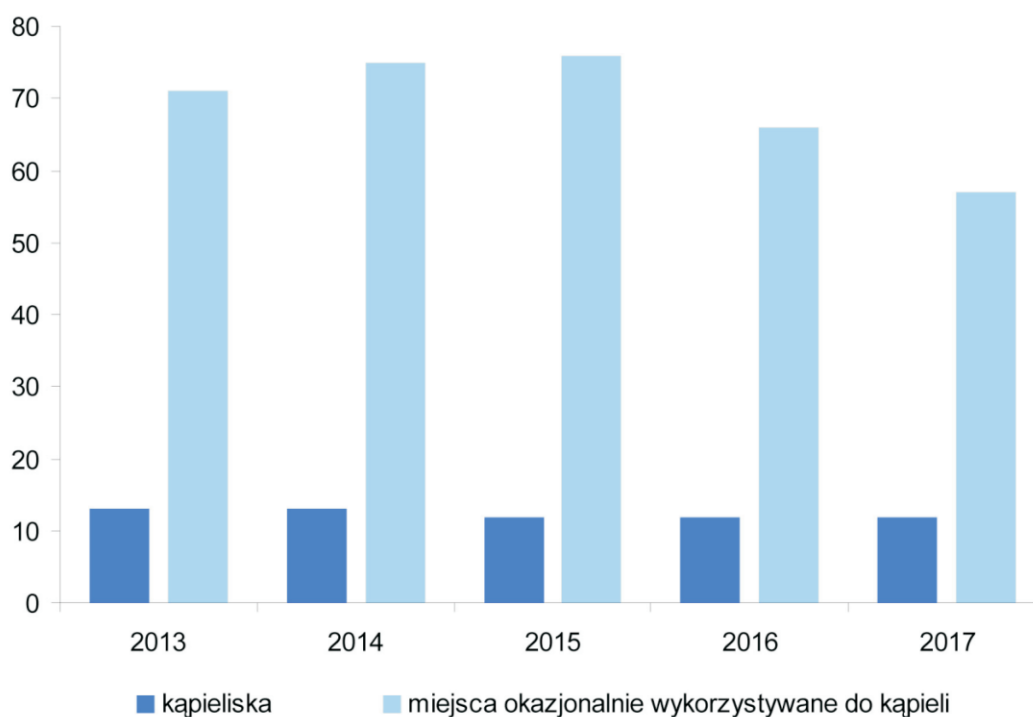


Kąpieliska

W 2017 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego nadzorem sanitarnym objęto 12 kąpielisk wyznaczonych uchwałami rad gmin i objętych raportowaniem do Komisji Europejskiej oraz 57 miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli zgłoszonych przez organizatorów organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W porównaniu z rokiem ubiegłym liczba kąpielisk nie uległa zmianie, natomiast liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli zmniejszyła się o 9 obiektów, co niewątpliwie, jak w latach poprzednich, spowodowane było wysokimi kosztami ich utrzymania, związanymi przede wszystkim z koniecznością zapewnienia sprzętu ratowniczego, zaplecza medycznego oraz trudnościami w zatrudnieniu wykwalifikowanych ratowników wodnych.

Liczba kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2013-2017.



W 2017 r. po raz trzeci dokonana została klasyfikacja kąpielisk dla czteroletniego okresu sprawozdawczego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpieliskach i miejscach wykorzystywanych do kąpeli (Dz. U. z 2016 r., poz. 1602). Przeprowadzona pod koniec 2017 r. klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach wykazała, iż wszystkie 12 kąpielisk w województwie charakteryzowało się doskonałą jakością wody.

W ramach urzędowej kontroli, zarówno w kąpieliskach, jak i miejscach okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli, w oparciu o badania własne jak i te przekazane przez organizatorów, właściwi państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni dokonywali bieżącej oceny jakości wody w celu określenia jej przydatności do kąpeli.

Wydano łącznie 2006 ocen jakości wody do kąpiel w tym: 188 ocen o przydatności (68 dla kąpielisk, 120 dla miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli) i 18 o nieprzydatności wody do kąpeli (1 dla kąpieliska, 17 dla miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli).

Ocenę negatywną w trakcie sezonu kąpielowego uzyskało kąpielisko nad Jeziorem Kamionkowskim w Kamionkach Małych (powiat toruński) z uwagi na występujące krótkotrwałe zanieczyszczenie wody (Enterokoki w liczbie przekraczającej dopuszczalną wartość). Wobec powyższego został wprowadzony krótkotrwały, okresowy zakaz kąpeli. Pozostałe 17 ocen o nieprzydatności wody do kąpeli dotyczyło miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli. W przypadku jednego miejsca okazjonalnie wykorzystywanego do kąpeli (Zalesie nad Jeziorem Chełmżyńskim – powiat toruński) ocena o nieprzydatności wody do kąpeli wynikała z obecności, w ilości przekraczającej dopuszczalną wartość, Enterokoków w wodzie. Pozostałe oceny o nieprzydatności wody do kąpeli (16) dotyczyły miejsc, w których stwierdzono incydentalny rozwój sinic w wodzie: 6 w powiecie sępoleńskim, 7 tucholskim i 3 we włocławskim.

W bieżącym okresie sprawozdawczym zagospodarowanie terenów wokół miejsc wyznaczonych do kąpeli było w porównaniu do lat ubiegłych nadal zróżnicowane i zdecydowanie lepiej sytuacja ta przedstawiała się w przypadku kąpielisk, posiadających zaopatrzenie w infrastrukturę wodno-kanalizacyjną, urządzenia do gromadzenia odpadów, natryski, przebieralnie, sprzęt rekreacyjny itp. Natomiast w grupie miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli funkcjonowały również takie, które nie posiadały stałego zaplecza sanitarnego. Organizatorzy, chcąc zapewnić podstawowe warunki sanitarne, ustawiali przenośne kabiny ustępowe w obrębie tych obiektów. Niekiedy istniała możliwość korzystania z wody do spożycia oraz z toalet w pobliskich punktach gastronomicznych. Podczas kontroli, przeprowadzonych w trakcie sezonu letniego, nie stwierdzano istotnych zaniedbań w utrzymaniu bieżącej czystości plaż.

W toku sprawowanego nadzoru sanitarnego nad warunkami kąpeli, zwracano uwagę na kwestię właściwego oznakowania wyznaczonych obszarów wodnych, zapewniających czytelną informację, jaką organizator obowiązany był udostępnić osobom korzystającym z tych obiektów. Odnotowano, iż na wszystkich kąpieliskach oraz w niektórych miejscach okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli, nad bezpieczeństwem osób kąpiących się czuwali ratownicy wodni.

Podsumowując można stwierdzić, iż na terenie województwa kujawsko-pomorskiego wypoczynek nad kąpieliskami i miejscami okazjonalnie wykorzystywanymi do kąpeli w sezonie letnim 2017 roku, biorąc pod uwagę jakość wody, był bezpieczny.

Pływalnie

Jakość wody na pływalniach powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. z 2015 r., poz. 2016).

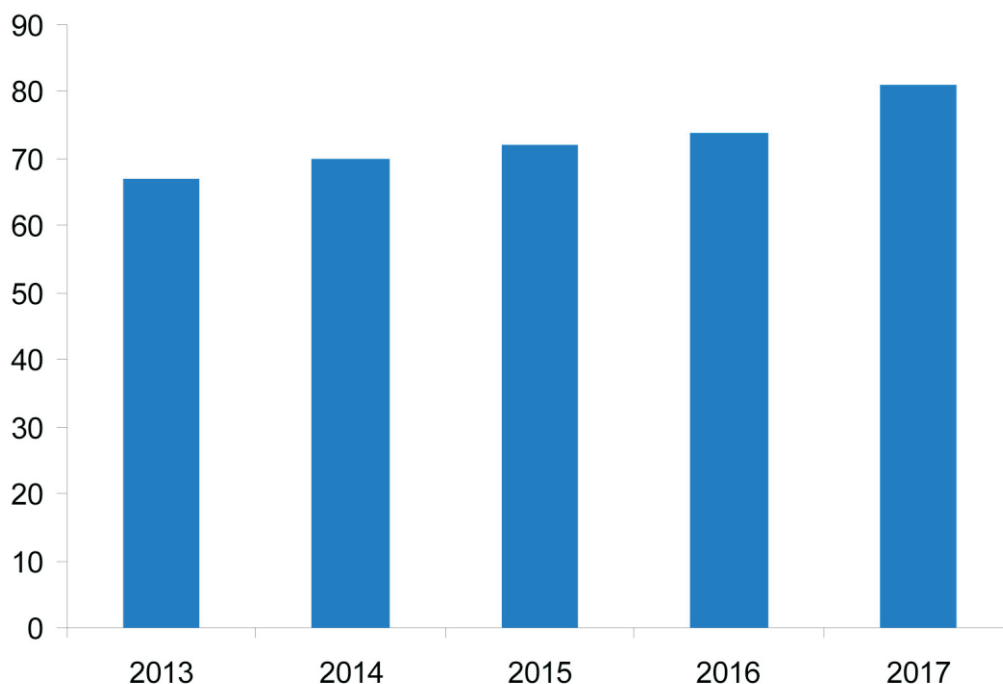
To głównie właściciele obiektów (pływalni) zobowiązani byli do prowadzenia wewnętrznej kon-

troli jakości wody, z częstotliwością uzgodnioną z właściwymi państwowymi inspektorami sanitarnymi, bowiem to oni powinni zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne osobom korzystającym z tej formy rekreacji.

W 2017 r. na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się łącznie 81 pływalni (73 kryte, 4 odkryte i 4 mieszane odkryto-zakryte). Najliczniejszą grupę obiektów basenowych stanowiły pływalnie kryte 73 (w tym 4 parki wodne) - 91% wszystkich obiektów. Pozostałe 9% to pływalnie odkryte i mieszane. Skontrolowano stan sanitarny 76 obiektów (94% wszystkich obiektów zewidencjonowanych w tej grupie).

W porównaniu do lat ubiegłych liczba pływalni w dalszym ciągu utrzymywała tendencję wzrostową. Liczba wszystkich obiektów w województwie zwiększyła się o 7 pływalni. Powstał 1 nowy obiekt basenowy - Basen kąpielowy przy Przedszkolu Niepublicznym „Bajkolandia” w Bydgoszczy, pozostałych 6 podmiotów (5 w powiecie aleksandrowskim i 1 w powiecie bydgoskim) po wejściu w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. z 2015 r., poz. 2016) zostało przekwalifikowanych z grupy obiektów uzdrowiskowych i szpitali na pływalnie.

Liczba pływalni na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2013-2017.



W 2017 r. usunięto z ewidencji 1 obiekt - Basen na terenie Cywilno - Wojskowego Związku Sportowego „Zawisza” w Bydgoszczy (całkowita likwidacja obiektu).

W bieżącym okresie sprawozdawczym, w oparciu o badania własne, jak i te przekazywane przez zarządzających poszczególnymi obiektami, właściwi państwowi inspektorzy sanitarni po raz pierwszy zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia dokonali zbiorczej oceny rocznej jakości wody na pływalniach.

Ogółem oceniono 71 pływalni, pozostałe (10) nie zostało ocenionych, ponieważ w ciągu roku były one wyłączone czasowo lub całkowicie z eksploatacji (4 w powiecie bydgoskim, 1 w powiecie grudziądzkim, 5 w powiecie włocławskim).

Ocenę negatywną jakości wody uzyskało 5 pływalni: 2 w powiecie grudziądzkim (Pływalnia przy Szkole Podstawowej Nr 20 i nr 21 w Grudziądzu), 2 w powiecie włocławskim (Międzyosiedlowy Basen Miejski OSiR, Basen Młyn przy Hotelu Młyn we Włocławku) oraz 1 w powiecie lipnowskim (Kryta Pływalnia MOSiR w Lipnie). Pozostałe 66 pływalni odpowiadało wymaganiom obowiązującego rozporządzenia i uzyskało ocenę pozytywną.

W związku ze złą pod kątem mikrobiologicznym jakością wody basenowej (*Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*) w 2017 r. wydano 14 decyzji administracyjnych nakazujących czasowe wyłączenie nieck z eksploatacji. Spowodowane to było realnym zagrożeniem dla zdrowia użytkowników. W wyniku badań wody basenowej w kierunku występowania pałeczki *Legionella* sp. w nieckach basenowych przy temperaturze wody powyżej 30°C i w instalacjach wody ciepłej pochodzącej z natrysków przy pływalniach, wydano łącznie 12 decyzji administracyjnych nakazujących doprowadzenie jakości wody w zakresie tego parametru do zgodnej z wymogami. Z uwagi na zagrożenie dla zdrowia, pływalnie bądź niecki basenowe, zostały wyłączone z eksploatacji.

Ponadto wydano 9 decyzji administracyjnych związanych z przekroczeniami dopuszczalnych wartości dla następujących parametrów fizyko-chemicznych: chlor wolny, chlor związany, chloroform i Σ THM. Przekroczenia powyższych parametrów stanowiły duży problem dla właścicieli pływalni. Natomiast w 1 przypadku na skutek informacji z Wydziału Zarządzania Kryzysowego o wystąpieniu objawów podrażnienia górnych dróg oddechowych u dzieci na Pływalni przy Przedszkolu Niepublicznym „Bajkolandia” w Bydgoszczy, wydano decyzję administracyjną o natychmiastowym wyłączeniu jej z eksploatacji.

Pod względem technicznym, w 2017 roku, oceniono negatywnie 3 pływalnie kryte: 2 w powiecie grudziądzkim (przy Szkole Podstawowej nr 20 i nr 21 w Grudziądzu ze względu na zły stan techniczny nieck basenowych, sanitariatów i natrysków) oraz 1 w powiecie lipnowskim (Kryta Pływalnia MOSiR w Lipnie ze względu na uszkodzone prysznice, zawilgocone kasetony sufitowe nad widownią). W tej grupie obiektów został nałożony 1 mandat karny na sumę 100 zł (Kryta Pływalnia MOSiR w Lipnie).

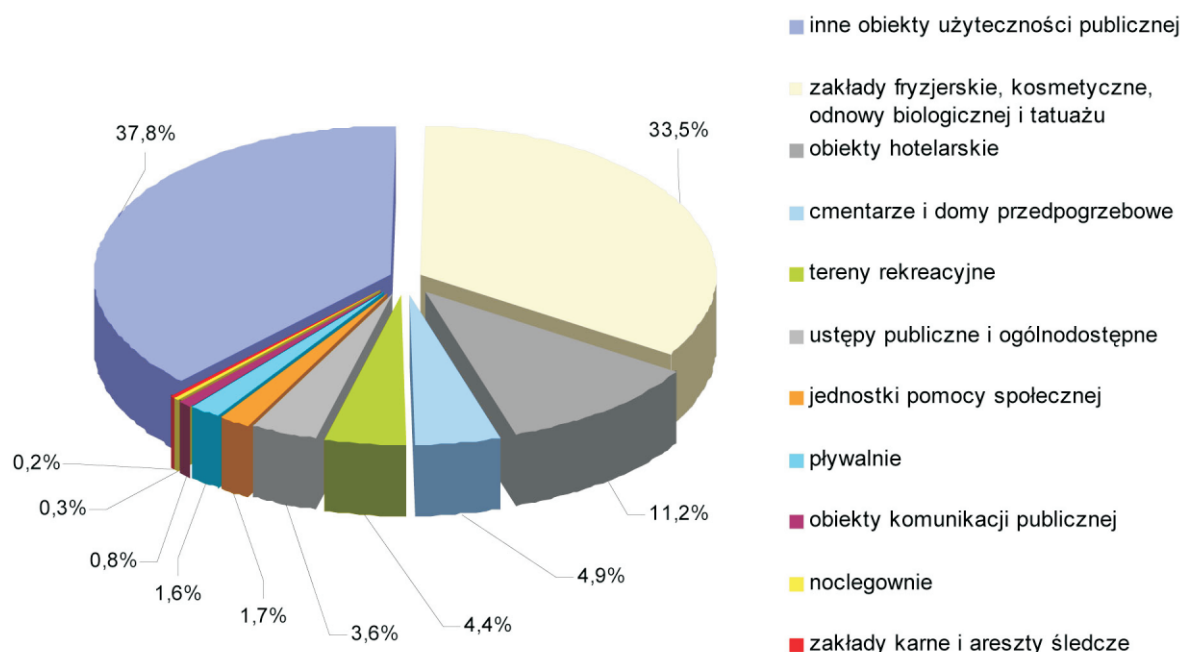
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej

W roku 2017 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego, skontrolowały na terenie województwa kujawsko-pomorskiego 4703 obiekty użyteczności publicznej oraz 410 środków transportu publicznego.

Najliczniejszą skontrolowaną grupą (33,5%) były zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej oraz zakłady świadczące łącznie powyższe usługi. Kolejne 11,2% obiektów stanowiły hotele, motele, pensjonaty, kempingi, schroniska, pola biwakowe i inne obiekty świadczące usługi hotelarskie, a 4,9% cmentarze i domy przedpogrzebowe. Udział pozostałych placówek wśród ogółu skontrolowanych, takich jak: tereny rekreacyjne, ustępy publiczne, jednostki pomocy społecznej, pływalnie, obiekty komunikacji publicznej, noclegownie oraz zakłady karne i areszty śledcze, był odpowiednio mniejszy (4,4% - 0,2%). W bieżącym okresie sprawozdawczym kontrolami stanu sanitarnego objęto również znaczną, zróżnicowaną grupę obiektów (37,8% ogółu skontrolowanych) niezaliczanych do żadnej z wymienionych wyżej kategorii, określaną jako „inne obiekty użyteczności publicznej”, takich jak: apteki, stacje paliw, obiekty sportowe, kulturalno-widowiskowe, zakłady pogrzebowe, przystanki kolejowe i autobusowe, izby wytrzeźwień, świetlice, pralnie, targowiska, składowiska odpadów, parkingi, kostnice i inne.

Po usunięciu nieprawidłowości i wykonaniu obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi ostateczna liczba obiektów ocenionych negatywnie ukształtowała się na poziomie 27 (0,57% wszystkich obiektów poddanych kontroli), o 2 więcej niż w roku 2016.

Obiekty użyteczności publicznej objęte kontrolą w 2017 roku, w poszczególnych grupach rodzajowych.



W okresie kilku ostatnich lat w województwie kujawsko-pomorskim obserwowano sukcesywną poprawę stanu sanitarnego obiektów użyteczności publicznej, wyrażoną poprzez malejącą liczbę placówek negatywnie ocenianych pod tym względem, która od trzech lat kształtuje się na wyrównanym, niskim poziomie ok. 0,6%.

Stan sanitarny wybranych grup obiektów użyteczności publicznej

Ustępy publiczne i ogólnodostępne

W celu wyegzekwowania prawidłowego stanu sanitarno-higienicznego ustępów, a także dokonania oceny ich dostępności, poddano kontroli niemal wszystkie funkcjonujące i znajdujące się w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej obiekty tej grupy (171 na 199 zewidencjonowanych, co stanowi 86%). Analizując dane statystyczne można zauważyć, iż liczba ustępów publicznych zmniejszyła się w porównaniu do roku poprzedniego, ubyło bowiem 6 toalet. O kolejne 4 obiekty (91) wzrosła natomiast liczba nadzorowanych toalet ogólnodostępnych w centrach handlowych, pasażach oraz supermarketach.

Ustępy publiczne i ogólnodostępne należały do obiektów prezentujących zróżnicowane warunki techniczne i standard wyposażenia. Jednakże spośród obiektów skontrolowanych w 2017 roku negatywnie, ze względu na zły stan techniczny sufitów oraz drzwi do kabin, oceniono tylko jedną toaletę ogólnodostępną w Bydgoszczy, zlokalizowaną w markecie. Ponadto za brak czystości bieżącej w ustępie ogólnodostępnym, również w Bydgoszczy, nałożono 1 mandat karny w wysokości 200 zł.

Niezmiennie od lat, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazywały na niewystarczającą w stosunku do potrzeb liczbę ustępów publicznych na terenie województwa, zarówno w miastach, jak i na obszarach wiejskich, zwłaszcza tych o charakterze turystycznym. Pewnym rozwiązaniem, szczególnie w mniejszych miejscowościach, jest możliwość korzystania z toalet w urzędach, bibliotekach, domach kultury i obiektach sportowych, jednakże wyłącznie w godzinach ich urzędowania.

Podkreślenia wymaga fakt, że ustępy, zwłaszcza te zbudowane w ostatnich latach oraz toalety ogólnodostępne usytuowane w obiektach użyteczności publicznej, posiadały rozwiązania odpowiadające potrzebom osób niepełnosprawnych - 41 ustępów publicznych tj. 37% i 62 ustępy ogólnodostępne tj. 68% będących w ewidencji.

Domy pomocy społecznej i inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej

Obiekty tej grupy to jednostki organizacyjne pomocy społecznej, świadczące opiekę całodobową lub dzienną, zapewniające pomoc w zaspakajaniu niezbędnych potrzeb bytowych, zdrowotnych lub terapeutycznych.

Na terenie województwa znajdowały się 53 domy pomocy społecznej. Ich liczba nie zmieniła się w porównaniu do roku poprzedniego. Należy podkreślić, iż wszystkie domy pomocy społecznej na terenie województwa charakteryzowały się dobrym stanem technicznym, będącym wynikiem realizacji wymogów ich standaryzacji. W 2017 roku skontrolowano 46 z nich, co stanowiło 86,8% zewidencjonowanych obiektów. Wszystkie na koniec roku otrzymały ocenę pozytywną. Placówki poddane kontroli zaopatrywane były w wodę do spożycia przez ludzi o odpowiedniej jakości. Nie odnotowano nieprawidłowości w gospodarowaniu odpadami, również odpadami medycznymi, powstającymi w gabinetach medycznej pomocy doraźnej. Większość domów do czasu odbioru odpadów przez wyspecjalizowane firmy gromadziła i przechowywała wytwarzane odpady w odpowiednich warunkach. Część placówek nie przechowywała odpadów, ponieważ zabierał je każdorazowo pracownik podmiotu, który sprawował opiekę medyczną nad mieszkańcami domu. W trakcie kontroli sanitarnych nie stwierdzono także istotnych zaniedbań w postępowaniu z bielizną, utrzymaniu bieżącej czystości obiektów i ich otoczenia.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zewidencjonowanych jest 11 domów pomocy społecznej, prowadzonych w ramach działalności gospodarczej, dysponujących ogółem 313 miejscami. W 2017 roku powstało 5 kolejnych obiektów (w powiecie aleksandrowskim - 1, bydgoskim - 3 oraz żnińskim - 1) przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych lub w podeszłym wieku.

Ponadto w ewidencji znajdowały się 63 inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej, takie jak Środowiskowe Domy Samopomocy (47), Domy Dziennego Pobytu (11) oraz Ośrodki Wsparcia dla Bezdomnych, Ośrodek dla Uchodźców, Ośrodek Interwencji Kryzysowej, Dom dla Matek z Dziećmi, Zespół Mieszkań Chronionych. Wymienione placówki działały w większości w porze dziennej, zapewniając swym podopiecznym usługi opiekuńcze, edukacyjne, rozrywkowe oraz wyżywienie. W bieżącym roku sprawozdawczym w omawianej grupie zostało skontrolowanych 28 obiektów tj. 44,4%. Wszystkie prezentowały dobry stan sanitarny i techniczny.

Noclegownie

W 2017 roku na terenie województwa infrastruktura pomocowa dla osób bezdomnych obejmowała 17 noclegowni. W roku sprawozdawczym zamknięto 2 noclegownie, na terenie powiatu radziejowskiego i rypińskiego, które były jedynymi tego typu obiektami na terenie ww. powiatów. W skontrolowanych w omawianym okresie obiektach (12) stan sanitarny, przy uwzględnieniu specyfiki tych obiektów, był zadowalający. Oprócz schronienia, pierwszoplanowymi zadaniami każdej z tych placówek było zapewnienie posiłku lub miejsca do jego przygotowania, umożliwienie prania odzieży, a także praca socjalna, w tym realizacja programów terapii uzależnień. Obiekty te wyposażone w podstawowy sprzęt, zarówno w pomieszczeniach mieszkalnych jak i sanitarnych, prezentowały zasadniczo niski standard. Przeprowadzone kontrole wykazały, iż bieżąca czystość w noclegowniach była zachowana, tylko w jednym przypadku, w uwagi na zły stan sanitarno-higieniczny łazienek i szatni, nałożono mandat karny w wysokości 200 zł.

Obiekty świadczące usługi hotelarskie

Grupa ta obejmowała obiekty znacznie zróżnicowane, zarówno pod względem warunków technicznych i standardu wyposażenia, jak i zakresu oraz poziomu świadczonych usług. W bieżącym roku sprawozdawczym w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwie kujawsko-pomorskim znajdowało się łącznie 720 obiektów, do których należały: hotele, motele, pensjonaty, kempingi, schroniska, pola biwakowe oraz inne obiekty świadczące usługi hotelarskie. Kontrole stanu sanitarnego przeprowadzono w 526 (73,1%) obiektach.

Podstawowymi kryteriami, na podstawie których oceniono stan sanitarny obiektów tej grupy były: stan techniczny pomieszczeń mieszkalnych i sanitarnych oraz ich wyposażenie, postępowanie z bielizną, zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia, sposób zagospodarowania ścieków i odpadów komunalnych, a także dbałość o stan bieżącej czystości pomieszczeń oraz otoczenia obiektu.

Wśród wszystkich obiektów hotelarskich zaszeregowanych do różnych grup rodzajowych, 166 (23,1%) posiadało ustaloną kategorię, przy czym w liczbie tej przeważały hotele (142). Pozostałe podgrupy obiektów obejmowały: 4 motele, 5 pensjonatów, 4 kempingi oraz 11 schronisk młodzieżowych i pól biwakowych. Stan sanitarny został skontrolowany w 133 powyższych obiektach (80,1%). Zdecydowana większość otrzymała ocenę pozytywną. Jedynie, z uwagi na zły stan techniczny domków, jeden kemping, zlokalizowany w powiecie rypińskim uzyskał w analizowanym okresie ocenę negatywną. Ponadto w jednym przypadku ze względu na brak czystości bieżącej w hotelu, jego właściciela ukarano mandatem (500 zł).

Najliczniejszą grupę rodzajową (554) stanowiły jednostki klasyfikowane jako inne obiekty świadczące usługi hotelarskie, obejmujące głównie hotele bez nadanej kategorii, a także ośrodki wczasowo-turystyczne, kwatery agroturystyczne, pokoje noclegowe oraz hotele pracownicze. W 2017 roku skontrolowano 393 obiekty tej grupy, co stanowiło 70,9% ogółu zewidencjonowanych, przy czym niezadowolający stan sanitarny uzyskały 2 obiekty (ośrodek wypoczynkowy i obiekt świadczący usługi hotelarskie). Przyczyną negatywnej oceny był zły stan techniczny mebli stanowiących wyposażenie pokoi oraz niewłaściwy stan ścian w ciągach komunikacyjnych, pomieszczeniach sanitarno-higienicznych, magazynach i pralni. W 2 przypadkach, w sytuacjach rażących zaniedbań higienicznych, wystawiono 2 mandaty karne na łączną kwotę 700 zł. W trakcie roku sprawozdawczego wszczęto 7 postępowań administracyjnych, z których 5 zakończono, uzyskując tym samym poprawę stanu obiektów, a w 2 przypadkach realizacja obowiązków wyznaczona jest na rok 2018.

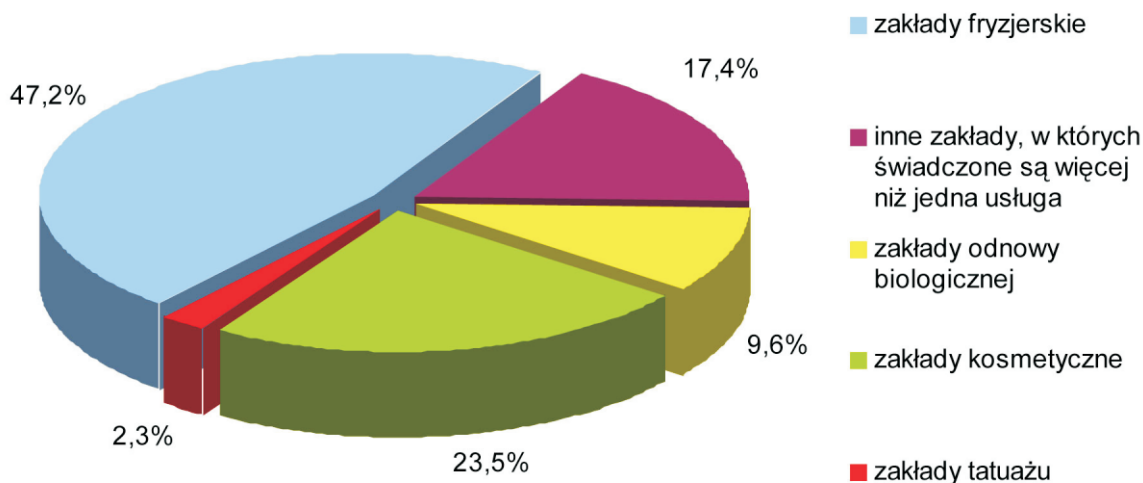
Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej i tatuażu oraz świadczące łącznie powyższe usługi

Jak co roku zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej i tatuażu oraz świadczące łącznie powyższe usługi, stanowiły najliczniejszą grupę obiektów użyteczności publicznej (2938 zakładów) objętych ewidencją Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Była to dynamicznie rozwijająca się na przestrzeni ostatnich lat grupa obiektów usługowych.

W 2017 roku przeprowadzono kontrole stanu sanitarnego w 1572 zakładach, co stanowiło 53,5% objętych ewidencją. Wśród skontrolowanych obiektów przeważały zakłady fryzjerskie (742, tj. 47,2%) oraz kosmetyczne (370 tj. 23,5%). Działania przeprowadzono również w zakładach świadczących łącznie więcej niż jedną usługę (273, tj. 17,4%), zakładach odnowy biologicznej (151, tj. 9,6%) oraz tatuażu (36, tj. 2,3%). Podkreślenia wymaga fakt, iż bieżący nadzór nad omawianymi obiektami nadal utrudniał brak uregulowań prawnych, określających szczegółowe wymagania higieniczno-sanitarne, jakim powinny one odpowiadać. Stanowiło to przeszkodę w egzekwowaniu bezpiecznych dla zdrowia klientów warunków świadczenia usług fryzjerskich, kosmetycznych, odnowy biologicznej oraz tatuażu.

Pomimo wskazanych wyżej trudności, ze względu na potencjalne zagrożenia i ryzyko zakażeń, na jakie narażeni byli klienci i pracownicy, bieżący nadzór sanitarny nad przedmiotowymi zakładami był sprawowany w oparciu o przepisy ogólne. Kontrolujący posilkowali się między innymi zapisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Obiekty usługowe w poszczególnych grupach rodzajowych, objęte kontrolą stanu sanitarnego w 2017 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.



Wśród skontrolowanych w 2017 roku obiektów, nieprawidłowości stwierdzono w 22 z nich. Po przeprowadzeniu obowiązków nałożonych w drodze decyzji administracyjnych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w części tych obiektów stan techniczny i sanitarny uległ poprawie. Z uwagi na powyższe, pod koniec 2017 roku jedynie w 4 (0,25%) zakładach niniejszy stan nadal budził zastrzeżenia. Wśród nieprawidłowości stwierdzano najczęściej niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i podłóg pomieszczeń usługowych, zły stan techniczny wyposażenia gabinetów oraz w 1 przypadku brak ciepłej wody w lokalu.

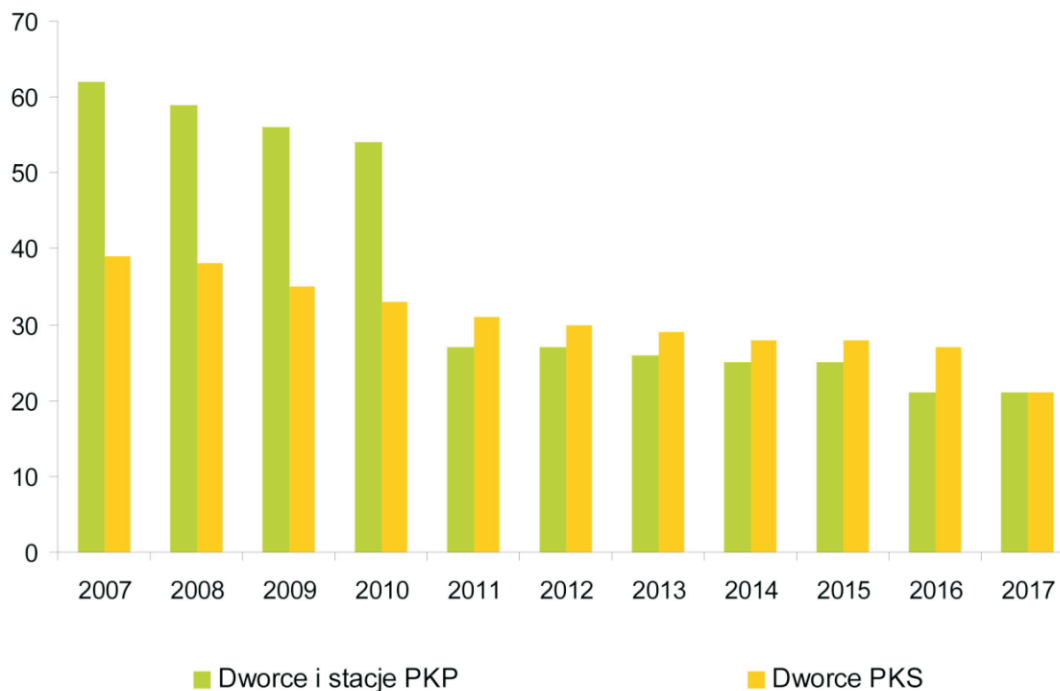
Zakres kontroli obejmował sprawdzanie dostępności i stosowania procedur określających zasady utrzymania higieny i właściwego reżimu sanitarnego, zasady przeprowadzania dezynfekcji i sterylizacji, a także prawidłowego postępowania z odpadami, zwłaszcza niebezpiecznymi. W zakładach, w których wykonywano zabiegi związane z naruszeniem ciągłości tkanek ludzkich, szczególną wagę przykładano do kwestii postępowania z narzędziami i sprzętem wykorzystywanymi przy świadczeniu usług w powyższym zakresie. Podkreślenia wymaga fakt, iż niemal wszystkie zakłady opracowały i wdrożyły procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi oraz instrukcje postępowania z odpadami niebezpiecznymi. Gabinety kosmetyczne zlecały sterylizację narzędzi podmiotom zewnętrznym lub stosowały sprzęt jednorazowy, natomiast w ok. 30% obiektów zabiegi sterylizacji wykonywane były przy użyciu własnych autoklawów.

W przypadkach nie stosowania procedur, braku przeprowadzania procesów sterylizacji narzędzi wielokrotnego użytku, a także w sytuacjach rażących zaniedbań w utrzymaniu bieżącej czystości i porządku, zostało nałożonych 14 mandatów karnych na łączną kwotę 3050 zł.

Obiekty i urządzenia komunikacji publicznej

W tej grupie obiektów użyteczności publicznej spośród 45 obiektów ujętych w ewidencji, skontrolowano łącznie 39 (86,7%), w tym: 21 dworców autobusowych, 15 dworców i stacji kolejowych, jeden port lotniczy z przejściem granicznym oraz 1 przystań żegluga śródlądowej.

Liczba zewidencjonowanych obiektów komunikacji publicznej na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2007-2017.



Pierwszą grupę obiektów komunikacji publicznej stanowiły dworce autobusowe - 21 (46,7%). Ich liczba w porównaniu z rokiem 2016 zmniejszyła się o kolejne 6 obiektów, co wynikało z przeklasyfikowania ich na przystanki autobusowe. Na terenie województwa w powiecie lipnowskim powstał 1 nowy dworzec autobusowy, należący do Powiatowego Zakładu Transportu Publicznego w Lipnie. Przeprowadzone kontrole wykazały, iż dworce autobusowe prezentowały dobry stan sanitarny i porządkowy. Żaden obiekt w bieżącym roku sprawozdawczym nie został oceniony negatywnie.

Drugą grupą obiektów komunikacji publicznej były dworce i stacje kolejowe (21), stanowiące 46,7% ww. obiektów. Ich liczba w porównaniu do roku 2016 nie zmniejszyła się ale zauważyć należy, iż na przestrzeni lat zmniejszyła się ona trzykrotnie - z 62 w 2007 roku do 21 w roku 2017. Ze względu na wyłączanie z eksploatacji budynków dworcowych, dworce kolejowe przeklasyfikowywane były na przystanki kolejowe. Od lat obiekty kolejowe charakteryzowały się zaledwie dostatecznym stanem sanitarnym i często nie zapewniały podróżnym odpowiednich warunków w trakcie podróży. Wyjątek w województwie stanowią 3 zmodernizowane dworce: w Bydgoszczy, Toruniu oraz oddany w 2017 roku do użytku dworzec w Inowrocławiu. W bieżącym okresie sprawozdawczym nie oceniono negatywnie żadnego z nich, natomiast w 1 przypadku z powodu niewłaściwego stanu posadzki w tunelu dworca oraz zamknięcia toalet ogólnodostępnych nałożono mandat karny w wysokości 200 zł. Ponadto wskazać należy, iż dworzec kolejowy w Aleksandrowie Kujawskim, w związku z trwającym nadal remontem kapitalnym i wyłączeniem z użytkowania części pomieszczeń, zaklasyfikowany został w 2017 roku jako stacja kolejowa.

Tak jak w latach ubiegłych, z uwagi na rozproszoną i stale zmieniającą się strukturę organizacyjną PKP S.A., dużym problemem w sprawowaniu bieżącego nadzoru sanitarnego oraz w egzekwowaniu spełnienia podstawowych wymogów, w odniesieniu do obiektów kolejowych, było ustalenie strony postępowania.

Pozostałe obiekty komunikacji publicznej (krajowy port lotniczy z przejściem granicznym i przystań żeglugi śródlądowej) funkcjonowały bez większych zastrzeżeń.

W bieżącym roku na terenie województwa przeprowadzono 410 kontroli środków transportu publicznego. Działaniami objęto autobusy komunikacji publicznej (139), autobusy turystyczne (11), tramwaje (15), wagony w pociągach pasażerskich (7), 219 samochodów (w tym: 31 do przewozu chorych, 11 do przewozu bielizny, 177 autokarawanów do przewozu zwłok i szczątków ludzkich) oraz dodatkowo 19 innych środków transportu (busy, taksówki, tramwaje wodne, dorożki, wagony kolei wąskotorowej). Należy podkreślić, że środki transportu publicznego (autobusy i pociągi) kontrolowane były wyłącznie na stacjach początkowych, zatem ocenie podlegał przede wszystkim stan ich przygotowania do wyjazdu, a ten zasadniczo nie budził zastrzeżeń.

Tereny rekreacyjne

Grupa ta obejmowała obiekty przeznaczone do wypoczynku (328 w ewidencji), takie jak parki i skwery, place zabaw i piaskownice dla dzieci, ogrody zoobotaniczne, plaże, tężnie oraz inne tereny służące rekreacji. W bieżącym roku sprawozdawczym skontrolowano ogółem 206 obiektów, co stanowi 62,8% ogółu. Negatywnie oceniono 2 z nich: plażę Ośrodka Wypoczynkowego (ze względu na zły stan techniczny infrastruktury) oraz plac zabaw (ze względu na zły stan techniczny urządzeń).

W okresie wiosennym na wymienionych wyżej terenach wykonano niezbędne prace malarskie i konserwacyjne sprzętu, a w trakcie trwania sezonu letniego na bieżąco prowadzono prace porządkowe oraz sukcesywnie usuwano nagromadzone odpady komunalne. W celu ograniczenia ryzyka sanitarnego i poprawy bezpieczeństwa dzieci korzystających z piaskownic, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały wzmożony nadzór nad piaskownicami. Przedmiotem prowadzonych kontroli było sprawdzanie częstotliwości wymiany piasku, stanu technicznego piaskownic oraz ich zabezpieczenia przed dostępem zwierząt.

Cmentarze i domy przedpogrzebowe

Na terenie województwa znajdowało się, podobnie jak w 2016 roku, 499 cmentarzy. Skontrolowano łącznie 186 z nich, co stanowiło 37,3% wszystkich znajdujących się w ewidencji. Utrzymane były one na ogół we właściwym stanie porządkowym i technicznym. Zakres działań obejmował sprawdzenie utrzymania porządku w obrębie cmentarza, postępowania w zakresie gromadzenia i odbioru odpadów komunalnych, a także kontrolę stanu punktów poboru wody i ogrodzenia. W omawianym roku sprawozdawczym nie oceniono negatywnie żadnego ze skontrolowanych cmentarzy.

W ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się ponadto 44 domy przedpogrzebowe, skontrolowano 43 z nich (97,7%). Obiekty te zlokalizowane były na cmentarzach komunalnych lub wyznaniowych, jednakże większość z nich funkcjonowała w strukturach zakładów pogrzebowych. Bieżące kontrole tych obiektów nie wykazały nieprawidłowości z zakresu warunków sanitarno-technicznych, zatem żaden dom przedpogrzebowy nie został oceniony pod tym względem negatywnie. Jedynie w 1 przypadku za brak zachowania podstawowych zasad higieny, zarządcę obiektu ukarano mandatem w wysokości 200 zł.

Należy zwrócić uwagę, iż w województwie nadal były powiaty, na terenie których nie funkcjonował żaden dom przedpogrzebowy. Sytuacja taka miała miejsce w powiatach: nakielskim, radziejowskim, sępoleńskim, świeckim, tucholskim i wąbrzeskim. W powyższych powiatach zwłoki osób zmarłych przechowywane były w prosektoriach przyszpitalnych lub innych przeznaczonych do tego celu miejsca (kostnicach, kaplicach, kościołach - w specjalistycznych urządzeniach chłodniczych).

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowały ponadto 4 krematoria (w powiecie bydgoskim - 1, w powiecie toruńskim - 2 oraz w powiecie włocławskim - 1).

W bieżącym roku sprawozdawczym państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni wydali 1073 decyzji zezwalających na ekshumacje i przewiezienie zwłok oraz uczestniczyli w 372 ekshumacjach, nie odnotowując żadnych nieprawidłowości w ich przebiegu.

Zakłady karne i areszty śledcze

Na terenie województwa znajdowało się 11 obiektów (9 zakładów karnych i 2 areszty śledcze), z których wszystkie skontrolowano, oceniając je pozytywnie. W omawianym roku sprawozdawczym zlikwidowano Zakład Karny w Chełmnie (Oddział Zakładu Karnego Nr 2 w Grudziądzu), stąd liczba obiektów tej grupy zmniejszyła się o 1 podmiot.

Inne obiekty użyteczności publicznej

Grupę tę stanowiły zarówno obiekty będące w ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych, jak i inne niezewidencjonowane, pełniące różne funkcje i przez to mające istotny wpływ na ogólny stan sanitarny województwa. Należą do nich: apteki, stacje paliw, obiekty sportowe, kulturalno-widowiskowe, zakłady pogrzebowe, przystanki kolejowe i autobusowe, izby wytrzeźwień, świetlice, pralnie, targowiska, składowiska odpadów, parkingi, przystanie jednostek pływających, kostnice i inne. W 2017 roku skontrolowano łącznie 1772 obiekty z tej grupy, przy czym zły stan sanitarny odnotowano w 14 z nich (0,79% ogólnej liczby placówek poddanych kontroli). Wśród obiektów ocenionych w bieżącym roku negatywnie znalazły się: obiekty sportowe (8), centrum zabaw dla dzieci (1), pralnia (1), zakład pogrzebowy (1), dom kultury (1), wynajem nieruchomości na działalność medyczną (1) oraz obiekt zgłoszony w ramach interwencji (1). W przypadku pralni, w związku z niewykonaniem obowiązków decyzji, wystawiono tytuł wykonawczy i postanowienie o nałożeniu grzywny w wysokości 400 zł.

Wnioski

1. W grupie skontrolowanych w 2017 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego obiektów użyteczności publicznej procentowy udział placówek, które otrzymały ocenę negatywną, wyniósł jedynie 0,57% (27) ogółu skontrolowanych i jest zbliżony do roku ubiegłego (25). Liczba ta na przestrzeni ostatnich 3 lat utrzymuje się na podobnym, niskim poziomie.
2. Pozytywną ocenę sanitarną spośród ogółu placówek skontrolowanych w 2017 roku otrzymały wszystkie obiekty, należące do takich grup rodzajowych, jak: ustępy publiczne, domy pomocy społecznej i inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej, noclegownie, dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, przystanie żeglugi śródlądowej, przystanie jednostek pływających rekreacyjnych i sportowych, cmentarze, domy przedpogrzebowe oraz zakłady karne i areszty śledcze.
3. Istotnym problemem w prowadzeniu bieżącego nadzoru sanitarnego nad obiektami świadczącymi usługi fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej i tatuażu, szczególnie w przypadku licznie powstających nowych zakładów, jest brak przepisów prawnych określających szczegółowe wymagania higieniczno-sanitarne, jakim powinny one odpowiadać.
4. Kolejną trudność w nadzorowaniu stanowią tzw. mobilne zakłady kosmetyczne (wykonujące usługi wyłącznie w domu klienta, nie posiadające stałej siedziby) oraz tzw. wyspy w galeriach handlowych (wydzielone miejsca w ciągach komunikacyjnych galerii handlowych, oferujące usługę manicure, zdobienia paznokci, pozbawione dostępu do bieżącej wody).
5. Nadzór nad zakładami kosmetycznymi, rozszerzającymi swoje usługi o zabiegi z zakresu medycyny estetycznej stanowi istotny problem z uwagi na fakt, iż zabiegi (np. lioaliza, iniekcje z wykorzystaniem botoksu czy kwasu hialuronowego) przeprowadzane były przez kosmetyczki/kosmetologów bez nadzoru lekarza.
6. Nadal obserwuje się potrzebę tworzenia ustępów publicznych zarówno w miastach, jak i na terenach wiejskich, zwłaszcza tych o charakterze turystycznym. Mimo sygnalizowania tego problemu władzom lokalnym w roku 2017 ubyło 6 obiektów tego typu.

7. Państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni opiniowali projekty „Regulaminów utrzymania czystości i porządku w gminach” oraz „Uchwał w sprawie szczegółowego sposobu i zakresu świadczonych usług w zakresie odbierania odpadów komunalnych”, niejednokrotnie z uwagami, co pozytywnie wpływa na ogólny stan bezpieczeństwa sanitarnego nadzorowanego terenu.
8. Podczas wszystkich planowanych kontroli sanitarnych obiektów użyteczności publicznej sprawdzano przestrzeganie zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z dnia 9 listopada 1995 r. We wszystkich placówkach przestrzegany był zakaz palenia, a zarządzający obiektami umieścił w widocznym miejscu odpowiednie oznaczenie, informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych.



ŻYWNOSĆ, ŻYWIENIE I PRZEDMIOTY UŻYTKU



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

W 2017 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna województwa kujawsko-pomorskiego obejmowała nadzorem 28152 obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz 233 zakłady produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

Spośród obiektów ujętych w ewidencji skontrolowano w minionym roku łącznie 9979 zakładów, z czego 9934 dotyczyło obiektów żywnościowych oraz obiektów działających na rynku materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, a 45 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

W przypadku 7089 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 5 obiektów w zakresie warunków produkcji, 11 obiektów w zakresie dokumentacji, 23 obiekty w zakresie oznakowania opakowań jednostkowych, gdzie nie stwierdzono zakładów niezgodnych z wymaganiami.

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 187 zakładów, co stanowi 1,9% ogółu skontrolowanych.

W 2017 roku grupami obiektów o najgorszym stanie sanitarnym były podobnie jak w roku ubiegłym: zakłady garmażeryjne, w których stwierdzono najwyższy odsetek obiektów niezgodnych (5,3%) oraz wytwórnie wyrobów cukierniczych (3,1%). Dość znaczny odsetek obiektów niezgodnych odnotowano również w sklepach spożywczych (2,9%), kioskach (2,7%) oraz piekarniach (2,2%).

Stosunkowo niski odsetek obiektów niezgodnych, utrzymujący się od 2013 roku odnotowano w grupie zakładów żywienia zbiorowego otwartego (1,9%) i zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego (0,1%).

Bardziej szczegółowe dane na ten temat przedstawiają tabele.

Stan sanitarny obiektów produkcji, obrotu środkami spożywczymi, żywienia zbiorowego, materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością w latach 2014-2017.

L.p.	Grupa obiektów	Liczba obiektów skontrolowanych				Liczba obiektów niezgodnych z wymaganiami			
		2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
1	2	4	5	6	7	9	10	11	12
Obiekty produkcji żywności									
1	Wytwórnice lodów	18	18	23	21	1	0	0	0
2	Automaty do lodów	162	149	140	139	1	1	0	2
3	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	5	5	7	6	0	0	0	0
4	Piekarnie	233	195	192	182	10	8	5	4
5	Ciastkarnie	129	119	118	112	3	3	1	1
6	Przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe	72	55	74	56	1	0	0	0
7	Browary i słodownie	2	3	4	4	0	0	0	0
8	Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	3	3	3	3	0	0	0	0
9	Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródlanych stołowych	5	6	6	5	0	0	0	0
10	Zakłady garmażeryjne	23	23	25	19	0	0	1	1
11	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	29	19	23	21	0	0	0	0
12	Wytwórnice makaronów	6	3	5	2	0	0	0	0
13	Wytwórnice wyrobów cukierniczych	36	32	37	32	0	1	1	1
14	Wytwórnice koncentratów spożywczych	15	16	17	15	0	0	0	0
15	Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	2	3	2	2	0	0	0	0
16	Wytwórnice chrupek, chipsów i prażynek	1	1	1	1	0	0	0	0
17	Wytwórnice suplementów diety	4	4	5	5	0	0	0	0
18	Wytwórnice środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	0	0	0	1	0	0	0	0
19	Wytwórnice substancji dodatkowych	1	0	2	1	0	0	0	0
20	Cukrownie	3	2	3	2	0	0	0	0
21	Inne wytwórnice żywności	113	160	215	206	0	1	0	1
Obiekty obrotu żywnością									
22	Sklepy spożywcze w tym, supermarkety, hipermarkety	4 479	4 474	4 395	4 325	59	65	63	125
		340	322	349	381	3	2	1	9
23	Kioski w tym: kioski na targowiskach sprzedające mięso	234	202	201	184	1	1	3	5
	kioski na targowiskach sprzedające inne środki spożywcze	33	23	29	17	0	0	0	1
		40	43	37	41	0	1	3	3
24	Magazyny hurtowe w tym: hurtownie suplementów diety	363	312	325	318	9	2	3	5
		9	3	5	6	0	0	0	0
	Obiekty ruchome i tymczasowe	123	124	133	126	0	0	0	0
26	Środki transportu	208	230	198	183	0	0	0	0
27	Inne obiekty obrotu żywnością	220	295	296	359	0	0	0	0
Obiekty żywienia zbiorowego									
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte w tym: zakłady małej gastronomii wagony gastronomiczne (restauracyjne i barowe)	2 330	2 191	2 172	2 092	26	22	31	40
		1 495	1 374	1 284	1 263	16	7	11	22
		0	0	0	0	0	0	0	0

29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	1 511	1 406	1 443	1 420	9	9	1	2
	a) stołówki pracownicze	23	17	20	19	0	2	0	0
	b) bufety przy zakładach pracy	45	47	43	47	0	0	0	0
	c) stołówki w domach wczasowych	33	33	34	31	0	3	0	0
	d) bloki żywienia w szpitalach	34	35	37	37	0	0	0	0
	w tym: żywienie w systemie cateringowym	20	23	22	22	0	0	0	0
	e) kuchnie niemowlęce	7	7	6	7	0	0	0	0
	f) bloki żywienia w sanatoriach i prewentoriach	25	25	25	25	1	0		0
	w tym: żywienie w systemie cateringowym	0	0	1	1	0	0	0	0
	g) bloki żywienia w domach opieki społecznej	30	31	38	51	1	0	0	0
	w tym: żywienie w systemie cateringowym	7	5	7	9	0	0	0	0
	h) stołówki w żłobkach, domach małego dziecka	32	34	36	57	0	0	0	1
	i) stołówki szkolne	478	417	441	393	2	1	1	
	w tym: żywienie w systemie cateringowym	192	179	192	169	0	0	0	0
	j) stołówki w bursach i internatach	22	25	22	17	0	0	0	0
	k) stołówki na koloniach, półkoloniach, obozach i zimowiskach	151	156	130	146	0	1	0	0
	l) stołówki w przedszkolach	440	382	407	391	3	0	0	0
	w tym: żywienie w systemie cateringowym	153	140	177	143	0	0	0	0
	ł) stołówki w domach dziecka i młodzieży	8	5	7	7	0	0	0	0
	m) stołówki studenckie	7	6	6	5	0	0	0	0
	n) stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych	29	24	32	24	0	0	0	0
	o) zakłady usług cateringowych	43	46	47	52	0	0	0	1
	p) inne zakłady żywienia	104	116	112	111	2	2	0	0
30	Razem (wiersze 1-29)	10 330	10 050	10 065	9 842	120	113	109	187
31	Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	37	32	36	36	0	0	0	0
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	43	49	53	56	0	0	0	0
	w tym: hurtownie	19	20	19	21	0	0	0	0
	sklepy	4	29	34	35	0	0	0	0
33	Razem (wiersze 31-32)	80	81	89	92	0	0	0	0
34	Ogółem (wiersze 30-33)	10 410	10 131	10 154	9 934	120	113	109	187

Odsetek grup obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku o złym stanie sanitarnym w latach 2013-2017 (stosunek liczby obiektów niezgodnych do liczby obiektów skontrolowanych w poszczególnych grupach obiektów).

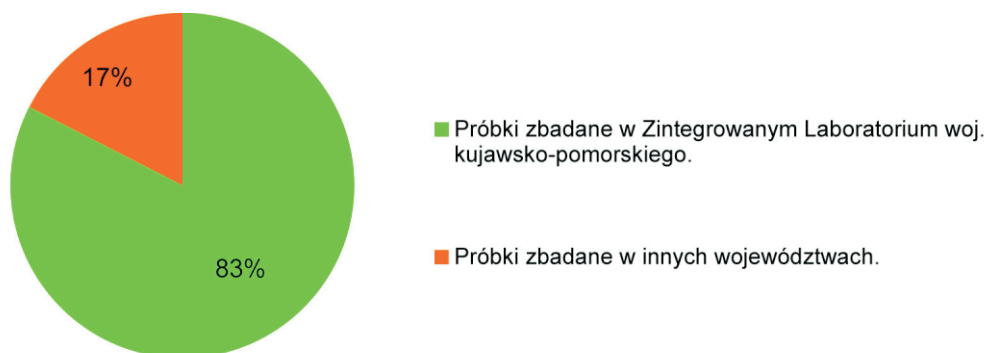
Rodzaj obiektu	2013	2014	2015	2016	2017
Zakłady gastronomiczne	0	0	0	4	5,3
Wytwórnice wyrobów cukierniczych	2,8	0	3,1	2,7	3,1
Sklepy spożywcze	0,9	1,3	1,5	1,4	2,9
w tym: supermarkety, hipermarkety	0	0,9	0,6	0,3	2,4
Kioski	0,7	0,4	0,5	1,5	2,7

Kioski	0,7	0,4	0,5	1,5	2,7
Piekarnie	1,6	23,3	4,1	2,6	2,2
Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	0,6	1,1	1,0	1,4	1,9
Magazyny hurtowe	0	2,5	0,6	0,9	1,6
w tym: hurtownie suplementów diety	0	0	0	0	0
Automaty do lodów	0	0,6	0,7	0	1,4
Ciastkarnie	0,8	2,3	2,5	0,8	0,9
Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,1	0,6	0,6	0,1	0,1
Inne wytwórnie żywności	0	0	0,6	0	0
Wytwórnie lodów	0	5,6	0	0	0
Przetwórnie owocowo-warzywne i grzybowe	0	1,4	0	0	0
Obiekty ruchome i tymczasowe	0	0	0	0	0
Inne obiekty obrotu żywnością	0	0	0	0	0
Browary i słodownie	0	0	0	0	0
Wytwórnie tłuszczów roślinnych i mieszanin	20,0	0	0	0	0
Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	3,3	0	0	0	0
Wytwórnie napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	0	0	0	0	0
Wytwórnie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródlanych stołowych	0	0	0	0	0
Wytwórnie makaronów	0	0	0	0	0
Wytwórnie koncentratów spożywczych	0	0	0	0	0
Wytwórnie octu, majonezu i musztardy	0	0	0	0	0
Wytwórnie chrupek, chipsów i prażynek	0	0	0	0	0
Wytwórnie suplementów diety	0	0	0	0	0
Wytwórnie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	0	0	0	0	0
Wytwórnie substancji dodatkowych	0	0	0	0	0

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

W roku sprawozdawczym 2017 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego pobrano do badań laboratoryjnych 4302 próbki, w tym pobór 4149 próbek wynikał z realizacji „Planu pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rok 2017” oraz interwencji konsumenckich. Pozostała liczba pobranych próbek związana była z zatruciami pokarmowymi (153 próbki). Pobór próbek realizowany zgodnie z ww. planem obejmował zarówno środki spożywcze (4071 próbek), jak i materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością (talerze, miski, kubki, kieliszki, czajniki, pojemniki do przechowywania żywności itp. - 78 próbek).

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



Liczba próbek suplementów diety, żywności wzbogacanej i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego pobranych i zdyskwalifikowanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2013-2017.

Asortyment	Liczba próbek									
	Zbadanych i/lub poddanych ocenie znakowania					Zdyskwalifikowanych				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Suplementy diety	14	80	88	125	157	1	10	16	15	10
Żywność wzbogacana	27	36	37	37	35	2	2	0	0	0
Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	10	21	30	41	37	3	4	2	3	4

Liczba próbek pobranych i zdyskwalifikowanych w wybranych kierunkach badań, zbadanych poza strukturą województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2013-2017.

Kierunek badań	Liczba próbek									
	pobranych					zdyskwalifikowanych				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Metale szkodliwe dla zdrowia	332	289	294	305	294	3	1	0	0	0
Azotany	41	35	35	35	35	0	0	0	1	0
GMO	34	35	36	38	40	0	1	1	1	0
Gluten	12	10	15	20	19	0	0	0	0	0
Izomery trans	4	4	6	6	4	0	0	0	0	0
Pestycydy	135	135	137	135	140	2	0	1	1	2
3-MCPD	7	16	17	19	19	2	0	0	0	0
Metanol i cyjanowodór	16	5	5	5	4	0	1	0	0	0
Napromienianie	20	24	20	22	18	1	0	1	0	0
Akryloamid	11	9	9	9	6	0	0	0	0	0
Przedmioty Użytku	73	65	66	62	59	5	1	1	1	2
Oleje mineralne	6	6	7	7	9	0	0	0	0	0
Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe u bakterii zoonotycznych i komensalnych	-	-	40	20	40	-	-	0	0	0
Żywność wzbogacana w kw. tłuszcz. omega 3	-	-	2	2	2	-	-	-	0	0
Alkaloidy tropanowe	-	-	-	7	5	-	-	-	-	0
Alkaloidy sporyszu	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-
Razem	692	635	689	699	694	13	6	4	4	4

Znaczna część próbek pobrana do badań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego została przebadana w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego (3423), w skład którego wchodzi: Laboratorium WSSE w Bydgoszczy oraz Laboratoria PSSE w Toruniu, w Grudziądzu oraz we Włocławku.

Pozostała liczba próbek (726), 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.

Ponadto część próbek zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego została poddana ocenie poprawności znakowania, która została wykonana w Sekcjach Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku w poszczególnych Powiatowych Stacjach Sanitarно-Epidemiologicznych (159 próbek). Oprócz tego 37 próbek zostało poddanych wyłącznie ocenie znakowania.

Poza strukturą województwa kujawsko-pomorskiego w roku 2017 zbadano 667 próbek i środków spożywczych oraz 59 próbek 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, cyjanowodór i karbaminian etylu, napromienianie żywności promieniowaniem jonizującym, zanieczyszczenie olejami mineralnymi, akryloamid, żywność wzbogacana w kwasy tłuszczowe omega 3, oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe u bakterii zoonotycznych i komensalnych, alkaloidy tropanowe, alkaloidy sporyszu, cytrynina, substancje dodatkowe (Sudan I-IV).

Procentowy udział próbek zdyskwalifikowanych w wybranych kierunkach badań zbadanych poza strukturą województwa kujawsko-pomorskiego.

Kierunek badań	Odsetek zdyskwalifikowanych próbek				
	2013	2014	2015	2016	2017
Metale szkodliwe dla zdrowia	0,9	0,3	0	0	0
Azotany	0	0	0	2,9	0
GMO	0	2,9	2,8	2,6	0
Gluten	0	0	0	0	0
Izomery trans	0	0	0	0	0
Pestycydy	1,5	0	0,7	0,7	1,4
3-MCPD	29	0	0	0	0
Metanol i cyjanowodór	0	20	0	0	0
Napromienianie	5	0	5	0	0
Akryloamid	0	0	0	0	0
Przedmioty użytku	6,8	1,5	1,5	1,6	3,4
Oleje mineralne	0	0	0	0	0
Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe u bakterii zoonotycznych i komensalnych	-	-	0	0	0
Żywność wzbogacana w kwasy tłuszczowe omega 3	-	-	0	0	0
Alkaloidy tropanowe	-	-	-	0	0
Alkaloidy sporyszu	-	-	-	0	-
Razem	1,9	0,9	0,6	0,6	0,6

Z przedstawionych w tabelach 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.

Wśród próbek przebadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego, na podstawie uzyskanych wyników, zdyskwalifikowano za przekroczenia dopuszczalnych poziomów

53 próbki. Badania wykonywane były przez laboratoria stacji sanitarno-epidemiologicznych w Bydgoszczy, Toruniu, Włocławku i Grudziądzu. Oznaczenia fizyko-chemiczne obejmowały następujące kierunki: mikotoksyny, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, furan, jod w soli spożywczej, histaminę, dozwolone substancje dodatkowe zawarte w żywności, parametry czystości substancji dodatkowych, skażenia promieniotwórcze, wybrane witaminy i składniki mineralne w suplementach diety i środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, związki polarne w tłuszczach przeznaczonych do smażenia oraz inne parametry (jakość organoleptyczna, parametry jełczenia tłuszczów). Badania mikrobiologiczne obejmowały drobnoustroje niebezpieczne dla zdrowia, które mogą występować w żywności oraz w próbkach pobranych w przypadku zatruc pokarmowych.

Liczba oraz rodzaj próbek zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego, w latach 2013-2017.

Rodzaj próbek	Liczba próbek										Odsetek próbek zdyskwalifikowanych				
	zbadanych					zdyskwalifikowanych									
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Krajowe i z innych krajów UE	2 963	2 826	2 725	3 212	3 250	54	61	23	39	52	1,8	2,2	0,8	1,2	1,6
Z importu	73	104	72	145	173	2	6	2	0	1	2,7	5,8	2,7	0	1,7
Związane z ogniskami zatruc pokarmowych	184	192	130	276	153	1	14	7	1	7	0,5	7,3	5,4	0,4	4,0
Razem	3 220	3 122	2 927	3 633	3 576	57	81	32	40	59	1,8	2,6	1,1	1,1	1,65

Na podstawie danych ujętych w powyższej tabeli, można stwierdzić wzrost liczby próbek zdyskwalifikowanych w porównaniu do roku poprzedniego.

Odsetek próbek zdyskwalifikowanych w latach 2013-2017 (dotyczy próbek zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego).

Grupa produktu	Pochodzenie próbki	Odsetek próbek zdyskwalifikowanych				
		2013	2014	2015	2016	2017
Mięso, podroby i produkty mięsne	kraj	0,6	5,1	1,1	5,4	1,0
Drób, podroby, produkty drobiarskie, jaja i produkty jajeczne	kraj	0,9	2,2	0,8	1,5	1,2
Ryby, owoce morza i ich przetwory	kraj	0	0	0	0	2,0
Mleko i przetwory mleczne	kraj	4,1	2,9	2,4	2,0	0
Ziarna zbóż i przetwory zbożowo-mączne	kraj/UE	4,3	2,9	5,6	4,2	0
Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	kraj	0,6	0,6	0,8	0,7	4,7
Warzywa, w tym strączkowe	kraj	0,9	0,7	0	0	0
Owoce	kraj/import	0,8	0	0,5	0,5	0,4
Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	kraj	0,7	2,3	1,1	0	0,8
Tłuszcze roślinne	kraj/UE	0	0	2,6	9,7	14,2
Koncentraty spożywcze	kraj	0	3,6	0	0	0
Zioła i przyprawy	import	1,9	0	0	0	0
Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	import	0	5,7	0	0	0
Wyroby garmazeryjne i kulinarne	kraj	1,9	4,3	0	0	0
Sól spożywcza i jej zamienniki	kraj	0	0	0	0	17,4

Z analizy danych zawartych w poprzedniej tabeli wynika, że w grupach produktów: ryby, owoce morza i ich przetwory, wyroby cukiernicze i ciastkarskie, owoce oraz sól spożywcza i jej zamienniki nastąpił wzrost próbek zdyskwalifikowanych. W pozostałych grupach asortymentowych odsetek próbek zdyskwalifikowanych uległ zmniejszeniu. Większość produktów, które zostały zdyskwalifikowane były produktami pochodzenia krajowego.

RASFF- System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach

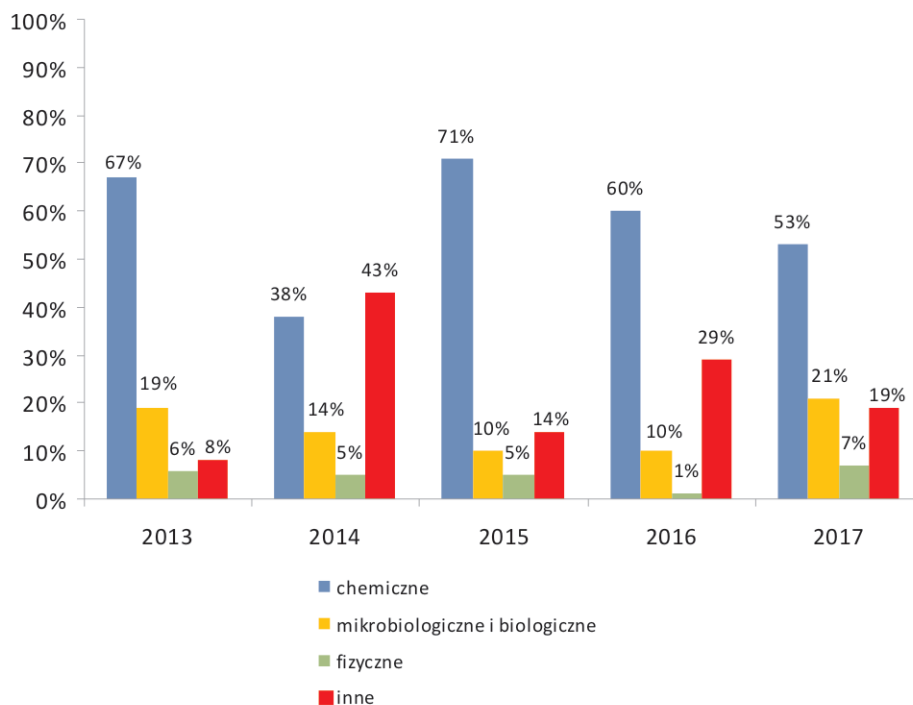
W 2017 roku w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (RASFF) odnotowano 57 powiadomień. Spośród łącznej liczby powiadomień 42 stanowiły powiadomienia o charakterze alarmowym, 12 zostało zarejestrowanych jako powiadomienia informacyjne, 1 jako powiadomienie NEWS oraz 2 jako zgłoszenie bez klasyfikacji. Postępowania wyjaśniające prowadzone na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w ramach przedmiotowego systemu dotyczyły w 8 przypadkach (14% odnotowanej liczby powiadomień RASFF) materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. Pozostałe działania związane były z kwestionowaną żywnością.

Produkty kwestionowano z uwagi na następujące zanieczyszczenia:

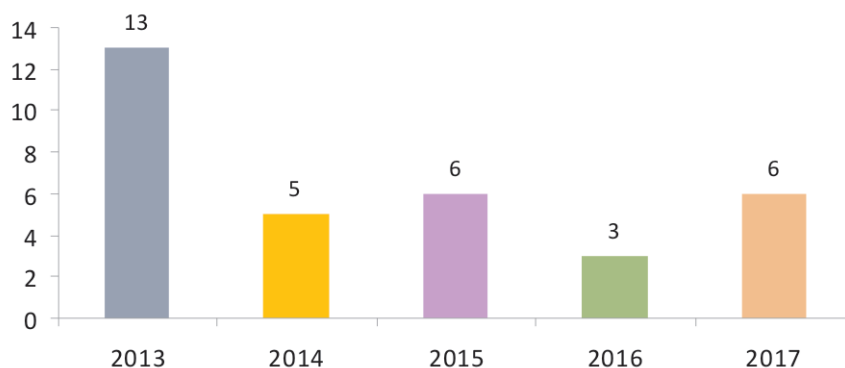
- chemiczne - 30 powiadomień
- biologiczne i mikrobiologiczne - 12 powiadomień
- fizyczne - 4 powiadomienia
- inne - 11 powiadomień

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego zgłosili do Krajowego Punktu Kontaktowego RASFF w GIS 6 potencjalnie niebezpiecznych produktów.

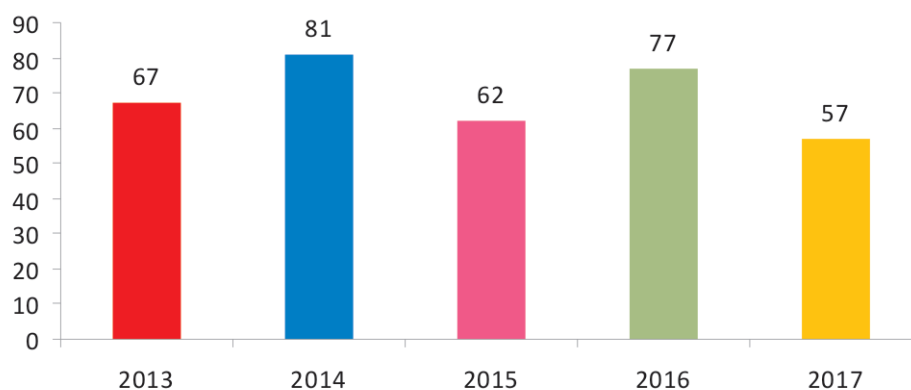
Kategorie zanieczyszczeń w powiadomieniach alarmowych i informacyjnych dot. woj. kujawsko-pomorskiego, w latach 2013-2017.



Liczba zgłoszonych przez WSSE w Bydgoszczy do systemu RASFF potencjalnie niebezpiecznych produktów w latach 2013-2017.



Liczba powiadomień w systemie RASFF, w stosunku do których podejmowano działania na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2013-2017.



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

Podobnie jak w latach ubiegłych, również w 2017 roku utrzymał się duży wskaźnik zanieczyszczeń chemicznych, stanowiących jedną z przyczyn kwestionowania produktów. Do najczęstszej przyczyny kwestionowania wyrobów z uwagi na zanieczyszczenia chemiczne należy m.in. przekroczenie dopuszczalnego poziomu mikotoksyn. Duży odsetek ww. zanieczyszczeń związany jest 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 użycie większej ilości substancji dodatkowych. W wyniku takiego działania może dojść do wzrostu 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.

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

W 2017 r. zbadano 3576 próbek. Na podstawie uzyskanych wyników zdyskwalifikowano za przekroczenia dopuszczalnych poziomów 60 próbek, tj. 1,7% ogółu zbadanych. Badania były wykonywane przez laboratoria stacji sanitarno-epidemiologicznych w Bydgoszczy, Toruniu, Włocławku i Grudziądzu. Badania fizykochemiczne obejmowały następujące kierunki: mykotoksyny, alkaloidy, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, furan, jod w soli spożywczej, histaminę, dozwolone substancje dodatkowe i ich czystość, skażenia promieniotwórcze, witaminy, składniki mineralne, błonnik w suplementach diety i środkach spożywczych wzbogacanych, związki polarne w tłuszczach przeznaczonych do smażenia oraz inne parametry (jakość organoleptyczna, parametry jęczenia tłuszczów, kwas erukowy). Badania mikrobiologiczne obejmowały drobnoustroje niebezpieczne dla zdrowia, które mogą występować w żywności i próbkach pobranych w przypadku wystąpienia zatrucia pokarmowego (*Salmonella*, *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli*, *Bacillus cereus*, enterokoki, *Clostridia* redukujące siarczynę, *Pseudomonas aeruginosa*, bakterie z grupy coli, drobnoustroje tlenowe mezofilne, pleśnie, *Cronobacter*, *Campylobacter*, wzw typu A, norowirusy, enterotoksyny gronkowcowe).

Liczba oraz rodzaj próbek zbadanych i zdyskwalifikowanych w 2017 r. w porównaniu z rokiem 2016.

Rodzaj próbki	Liczba próbek				Odsetek próbek zdyskwalifikowanych	
	zbadanych		zdyskwalifikowanych			
	2017 r.	2016 r.	2017 r.	2016 r.	2017 r.	2016 r.
Środki spożywcze krajowe i z innych krajów unii europejskiej	3250	3 212	52	39	1,6	1,2
Środki spożywcze z importu	173	145	1	0	0,6	0
Próbki związane z ogniskami zatruć pokarmowych	153	276	7	0	4,6	0
Razem	3576	3 633	60	39	1,7	1,1

Procent próbek zdyskwalifikowanych w ogólnej liczbie zbadanych próbek był w 2017 r. zbliżony do roku 2016. Większość próbek zdyskwalifikowanych stanowiły produkty krajowe - 51 próbek. Mały odsetek próbek zdyskwalifikowanych może świadczyć o ogólnie dobrej jakości środków spożywczych znajdujących się na rynku.

Liczba próbek zbadanych i zdyskwalifikowanych w 2017 r. w poszczególnych kierunkach badań.

Środki spożywcze	Liczba próbek			
	zbadanych		zdyskwalifikowanych	
	mikrobiologicznie	fizykochemicznie	mikrobiologicznie	fizykochemicznie
krajowe i z innych krajów UE	2546	704	42	10
z importu	45	128	0	1
Razem:	2591	832	42	11

Z danych przedstawionych w poprzedniej tabeli wynika, że głównymi czynnikami dyskwalifikującymi środki spożywcze są ponadnormatywne zanieczyszczenia mikrobiologiczne, które stwierdzono w 42 próbkach na 53 próbek zdyskwalifikowanych, co stanowi 79%.

W zakresie badań mikrobiologicznych oceniono 2591 próbki, z czego 42 zostało zakwestionowanych, co stanowi 1,6% ogółu zbadanych mikrobiologicznie próbek. Przyczyną zakwestionowania było niespełnienie parametrów mikrobiologicznych w następujących kierunkach:

- Salmonella spp. (Salmonella Typhimurium) - jaja - 1 próbka,
- Salmonella spp. - 1 próbka mięsa wieprzowego,
- Salmonella spp. - 2 próbki mięsa drobiowego,
- Bacillus cereus - 34 próbki ciasta,
- Enterobacteriaceae - 3 próbki lodów,
- Campylobacter spp. - 1 próbka mięso.

W ramach badań mikrobiologicznych zostały dodatkowo zbadane 153 próbki pobrane w związku z podejrzeniem wystąpienia zatruc pokarmowych (7 próbek zakwestionowano).

W przypadku badań fizykochemicznych zdyskwalifikowanych zostało 11 próbek, co stanowi 21% wszystkich próbek zdyskwalifikowanych i 1,6% wszystkich próbek zbadanych fizykochemicznie. Dyskwalifikacje dotyczyły produktów spożywczych badanych w kierunku: mykotoksyn - 1 próbka, cech organoleptycznych - 1 próbka, poziomu jodu w soli - 4 próbki, związków polarnych w tłuszczach przeznaczonych do smażenia - 5 próbek.

Procent próbek zdyskwalifikowanych w poszczególnych grupach produktów, w latach 2016-2017.

Grupa produktu	Pochodzenie próbki	Procent próbek zdyskwalifikowanych	
		2017 r.	2016 r.
Mięso, podroby i produkty mięsne	kraj	1,0	5,4
Drób, podroby, produkty drobiarskie, jaja i produkty jajeczne	kraj	1,2	1,5
Ryby, owoce morza i ich przetwory	kraj	2,0	0
Mleko i przetwory mleczne	kraj	0	1,9
Ziarna zbóż i przetwory zbożowo-mączne	kraj	0	4,2
Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	kraj	4,7	0,7
Owoce	Import/kraj	0,4	0,5
Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	kraj	0,8	0
Tłuszcze roślinne	kraj/UE	14,2	9,5
Sól spożywcza	kraj	17,4	11,8

Z analizy danych zawartych w tabeli wynika, że w pięciu grupach produktów nastąpił niewielki wzrost procentowy próbek zdyskwalifikowanych w porównaniu z 2016 r. W pozostałych grupach asortymentowych procent nieznacznie zmniejszył się.



HIGIENA PRACY 1



Środowisko pracy

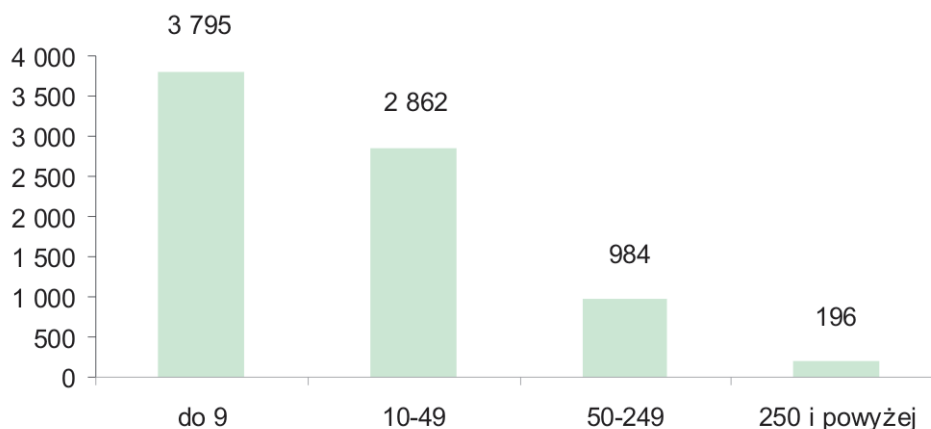
Państwowa Inspekcja Sanitarna ewidencją objęła 7837 zakładów pracy, zatrudniających łącznie 277310 pracowników. Struktura nadzorowanych zakładów nie uległa zmianie. Wśród zewidencjonowanych zakładów pracy, podobnie jak w latach ubiegłych, blisko połowę (48%) stanowiły firmy małe - zatrudniające do 9 pracowników (3795 zakładów).

Liczba zakładów objętych ewidencją oraz liczba osób zatrudnionych w 2017 r. w województwie kujawsko-pomorskim wg SSE.

Stacja sanitarno-epidemiologiczna	Liczba	
	zakładów w ewidencji	osób zatrudnionych
PSSE w Aleksandrowie Kuj.	166	4 624
PSSE w Brodnicy	438	13 887
PSSE w Bydgoszczy	1 279	71 181
PSSE w Chełmnie	350	6 226
PSSE w Golubiu-Dobrzyniu	180	4 273
PSSE w Grudziądzu	590	25 760
PSSE w Inowrocławiu	560	16 939
PSSE w Lipnie	170	3 491
PSSE w Mogilnie	224	3 775
PSSE w Nakle	426	10 374
PSSE w Radziejowie	195	2 706
PSSE w Rypinie	171	4 621
PSSE w Sępólnie Krajeńskim	170	3 281
PSSE w Świeciu	732	16 081
PSSE w Toruniu	845	37 609
PSSE w Tucholi	184	4 617
PSSE w Wąbrzeźnie	226	4 598
PSSE we Włocławku	463	24 051
PSSE w Żninie	230	4 579
WSSE (I instancja)	238	14 637
RAZEM:	7 837	277 310

Najwięcej zakładów zewidencjonowanych zostało przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy (1279 zakładów), kolejno Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Toruniu (845) oraz Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Świeciu (732).

Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w 2017 r. wg liczby zatrudnionych pracowników.



Największą liczbę pracowników odnotowano w działalności:

- Opieka zdrowotna (PKD 86) - 26530 pracowników;
- Produkcja artykułów spożywczych (PKD 10) - 23824 pracowników;
- Edukacja (PKD 85) - 20713 pracowników;
- Produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń (PKD 25) - 18349 pracowników.

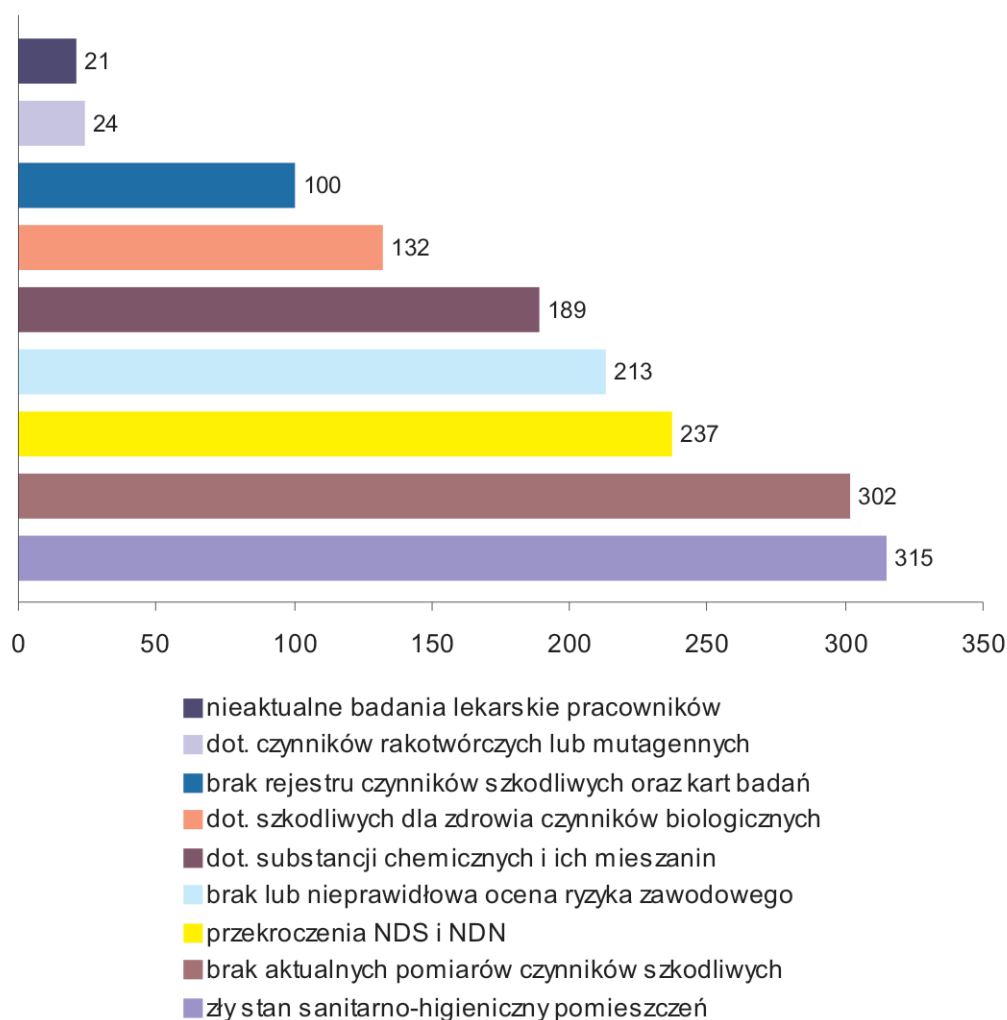
Na terenie woj. kujawsko-pomorskiego dominowały następujące branże:

- Handel detaliczny, z wyłączeniem handlu detalicznego pojazdami samochodowymi (PKD 47) - 772 zakłady;
- Handel hurtowy i detaliczny pojazdami samochodowymi, naprawa pojazdów samochodowych (PKD 45) - 622 zakłady;
- Handel hurtowy, z wyłączeniem handlu pojazdami samochodowymi (PKD 46) - 564 zakłady.

W 2017 r. działalnością kontrolną objęto 2157 zakładów pracy (28% zewidencjonowanych) o łącznym zatrudnieniu 122698 pracowników. W ramach nadzoru nad środowiskiem pracy przeprowadzono 2733 kontrole sanitarne. Inspektorzy sanitarni zwracali uwagę przede wszystkim na:

- przestrzeganie zasad, przepisów higieniczno-sanitarnych oraz profilaktykę chorób zawodowych,
- ekspozycję pracowników na czynniki szkodliwe,
- wyniki badań środowiska pracy,
- narażenie na substancje chemiczne, ich mieszaniny, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
- stosowanie i dystrybucję substancji chemicznych i ich mieszanin,
- przestrzeganie zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych,
- warunki pracy i ocenę narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach przemysłu tworzyw sztucznych,
- warunki pracy i ocenę narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach sektora gospodarki odpadami i ściekami,
- bezpieczne usuwanie wyrobów zawierających azbest.

Liczba stwierdzonych nieprawidłowości w zakładach pracy, w 2017 roku.

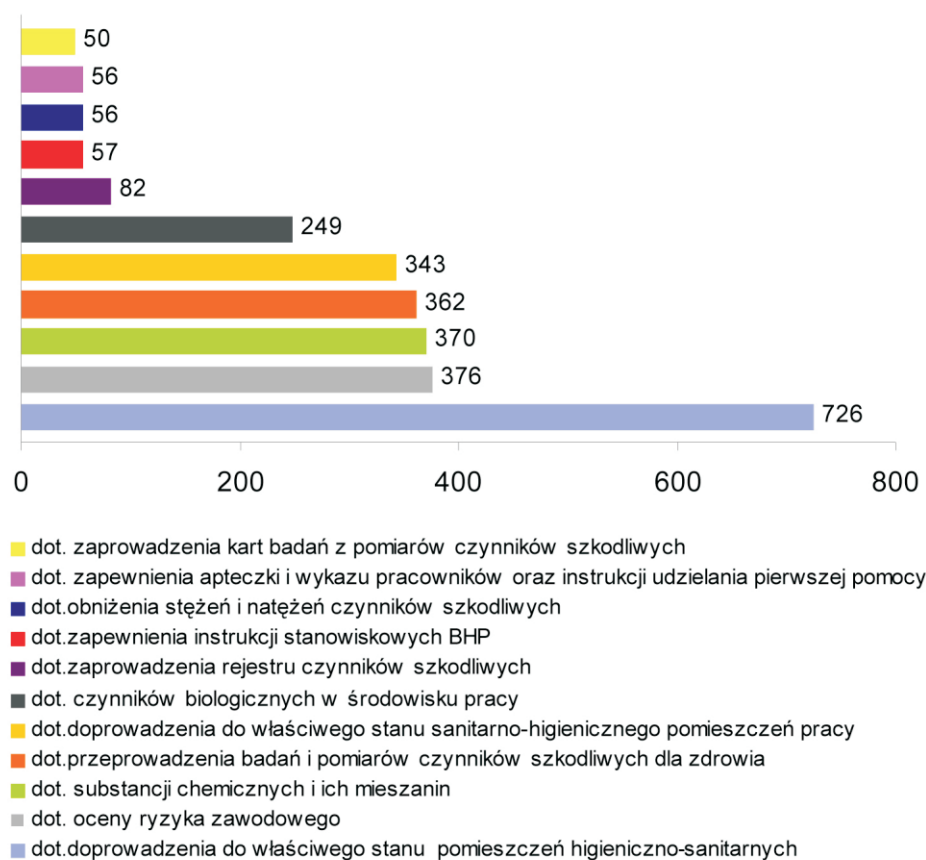


Liczbowe zestawienie skontrolowanych zakładów, przeprowadzonych kontroli i wydanych decyzji w latach 2015-2017

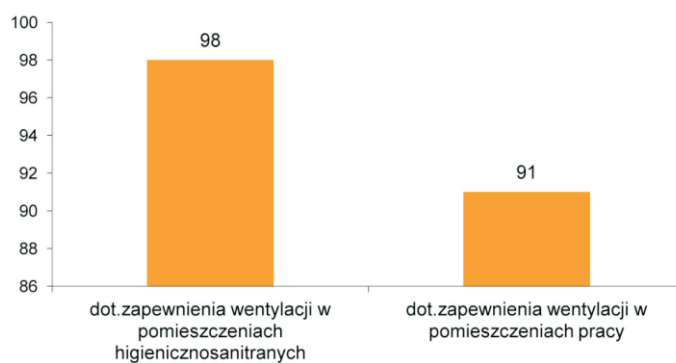
Rok	Liczba		
	skontrolowanych zakładów	kontroli	decyzji
2015 r.	2 246	2 945	760
2016 r.	2 164	2 887	791
2017 r.	2 157	2 733	748

W zakresie nadzoru nad środowiskiem pracy w 2017 r. skontrolowano 2157 zakładów pracy, w których przeprowadzono łącznie 2733 kontrole. W celu poprawy warunków pracy i zapobiegania powstawaniu chorób zawodowych wydano łącznie 748 decyzji administracyjnych zawierających 3269 nakazów.

Liczba nakazów stwierdzonych w trakcie kontroli przeprowadzonych w 2017 roku.



Liczba nakazów dotycząca zapewnienia wentylacji.



W 2017 r. największy odsetek (22%) wydanych nakazów dotyczył pomieszczeń higieniczno-sanitarnych np. doprowadzenia do odpowiedniego stanu podłóg, ścian i/lub sufitów, zapewnienia pracownikom szatni i jadalni lub ich właściwego wyposażenia. Na drugim miejscu pod względem liczbowym (12%) znalazły się nakazy dotyczące uwzględnienia w ocenie ryzyka zawodowego narażenia na hałas, drgania mechaniczne, czynniki biologiczne i chemiczne oraz liczby osób zatrudnionych na danym stanowisku pracy, wskazania daty przeprowadzonej oceny i osoby dokonującej oceny. Trzecie miejsce stanowiły nakazy z zakresu substancji chemicznych i ich mieszanin (11%). Dotyczyły m.in. za-

pewnienia wymaganego spisu substancji chemicznych i ich mieszanin, kart charakterystyki, prawidłowego oznakowania magazynów służących do przechowywania chemikaliów, zapoznania pracowników z kartami charakterystyki, udostępnienia pracownikom, do stałego korzystania, instrukcji bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczących wykonywania prac związanych ze stosowaniem niebezpiecznych mieszanin chemicznych, zapewnienia natrysków (pryszniczy) do przemywania oczu, sporządzenia instrukcji składowania, pakowania, załadunku i transportu substancji chemicznych i/lub ich mieszanin oraz zapewnienia pracownikom środków ochrony indywidualnej.

Istotny odsetek stanowiły nakazy zobowiązujące pracodawców do przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy (11%). Kontrole przeprowadzono w zakładach o największych zagrożeniach, w których wyniki badań środowiskowych czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy odbiegały od norm określonych przepisami lub stwierdzano brak ich wykonania.

W wyniku prowadzonych postępowań pracownicy pionu higieny pracy obligowali także pracodawców do doprowadzenia do odpowiedniego stanu pomieszczeń pracy, w tym zapewnienia wenty-

Liczba wydanych nakazów w decyzjach PWIS/PPIS w 2017 roku.

Stacja sanitarno-epidemiologiczna	Liczba nakazów w 2017 r.
PSSE w Aleksandrowie Kujawskim	3
PSSE w Brodnicy	36
PSSE w Bydgoszczy	471
PSSE w Chełmnie	46
PSSE w Golubiu-Dobrzyniu	36
PSSE w Grudziądzu	83
PSSE w Inowrocławiu	308
PSSE w Lipnie	29
PSSE w Mogilnie	46
PSSE w Nakle	399
PSSE w Radziejowie	66
PSSE w Rypinie	12
PSSE w Sępólnie Krajeńskim	111
PSSE w Świeciu	402
PSSE w Toruniu	189
PSSE w Tucholi	86
PSSE w Wąbrzeźnie	10
PSSE we Włocławku	46
PSSE w Żninie	154
WSSE (I instancja)	736
RAZEM:	3269

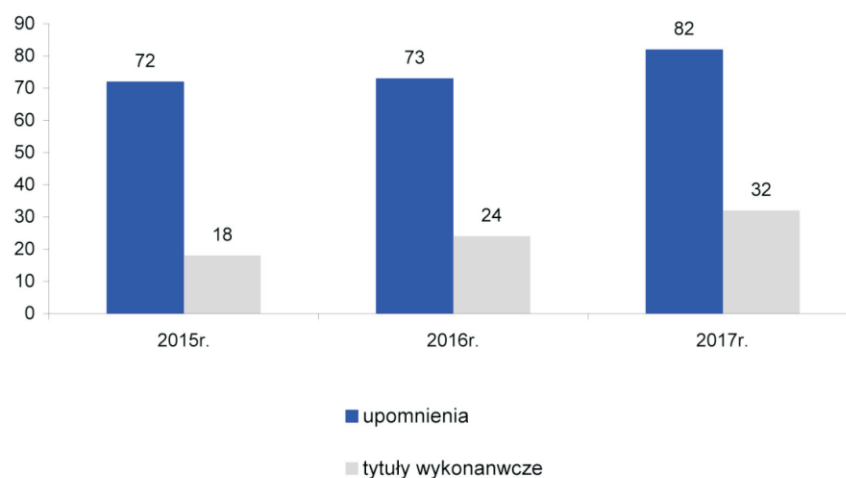
lacji, oświetlenia naturalnego, uzyskania zgody Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy na pracę w oświetleniu sztucznym, zapewnienia instrukcji stanowiskowych BHP przy urządzeniach i maszynach stosowanych w zakładzie pracy, zapewnienia w widocznych miejscach odpowiedniego oznaczenia słownego i graficznego informującego o zakazie palenia wyrobów tytoniowych. Pracodawców obligowano także do sporządzenia rejestru pracowników i rejestru prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 zagrożenia, opracowania oceny ryzyka zawodowego, sporządzenia: procedury bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, w tym będącymi odpadami medycznymi; procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej, raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, wykazu zranień ostrymi narzędziami; procedury postępowania poekspozycyjnego oraz uzyskania zaświadczenia o przeszkoleniu pracowników mającego na celu zapobieganie narażeniu na zranienia ostrymi narzędziami i jego skutkom.

W wyniku uchylania się pracodawców od wykonania nakazów decyzji wydane zostały:

- 82 upomnienia;
- 32 tytuły wykonawcze o charakterze niepieniężnym;
- 44 postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia na kwotę 40374 zł.

W ramach prowadzonych postępowań ściągnięto 29 grzywien nałożonych w roku bieżącym oraz w latach poprzednich. W 2017 r. nałożono 6 mandatów karnych na kwotę 2700 zł. W porównaniu do poprzednich okresów sprawozdawczych państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni w celu wyegzekwowania nałożonych decyzjami obowiązków, częściej sięgali po środki przymusu.

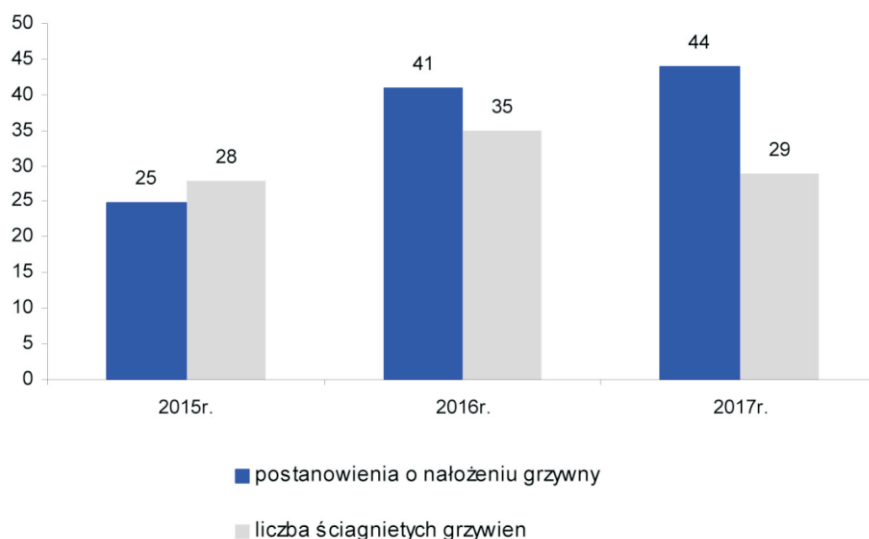
Liczba upomnień i tytułów wykonawczych wydanych w latach 2015-2017.



Kontrole realizowane w 2017 r. ukierunkowane były przede wszystkim na zagrożenia środowiska pracy oraz profilaktykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami pracy. Podczas kontroli przeprowadzonych w 2017 r. przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono w 290 zakładach pracy. Najwyższą liczbę zakładów z przekroczeniami (61) odnotowano w produkcji metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń (PKD 25). Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego przekroczenia odnotowano w 666 zakładach. Łączna liczba pracowników zatrudnionych w warunkach przekroczeń dopuszczalnych stężeń/natężeń czynników szkodliwych wyniosła 10475 osób. Inspektorzy sanitarni wydawali nakazy obligujące pracodawców do obniżenia stężeń i/lub natężeń czynników szkodliwych dla

zdrowia na stanowiskach pracy oraz wprowadzenia w życie programów działań organizacyjno-technicznych. Poprawę warunków pracy uzyskiwano poprzez zmiany organizacyjne polegające na: skróceniu czasu narażenia, wprowadzeniu przerw po każdej przepracowanej godzinie, rotacji pracowników na stanowiskach pracy, wycofania z dalszego użytkowania maszyn, zakupie rękawic antywibracyjnych, przeszkoleniu pracowników z zakresu prawidłowej eksploatacji, konserwacji i technik obsługi maszyn i urządzeń. Na stanowiskach pracy, w których mimo zastosowania możliwych rozwiązań technicznych i organizacyjnych poziom hałasu przekraczał dopuszczalne normy, pracodawcy oznaczali znakami bezpieczeństwa strefy zagrożone hałasem oraz wydzielali strefy i ograniczali do nich dostęp.

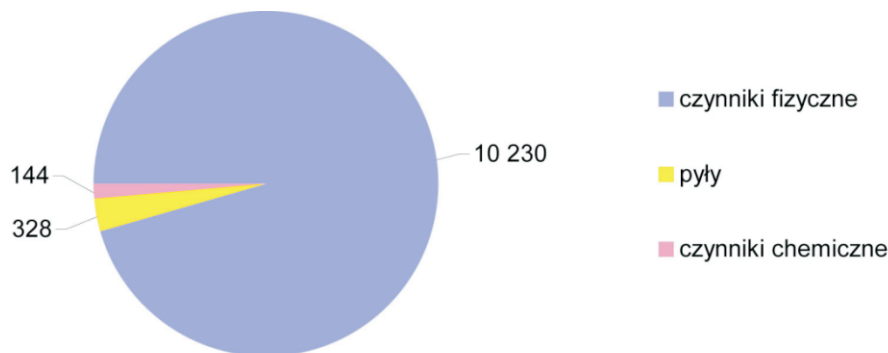
Liczba wystawionych postanowień o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia oraz liczba ściągniętych grzywien (z roku sprawozdawczego i poprzedniego) w latach 2015-2017



W warunkach ponadnormatywnych wartości hałasu w 2017 r. zatrudnionych było 9298 pracowników, drgań 258 pracowników, pyłów 328 pracowników.

Podczas kontroli inspektorzy kwestionowali brak aktualnych badań czynników szkodliwych na stanowiskach pracy. Dotyczyło to 14% kontrolowanych podmiotów. Łącznie w 2017 r. państwowa inspekcja sanitarna wydała 362 nakazy obligujące pracodawców do przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych. Największa liczba nakazów w tym zakresie wydana została przez PPIS w Bydgoszczy - 84 nakazy, PPIS w Toruniu - 55 nakazów, PPIS w Świeciu - 34 nakazy.

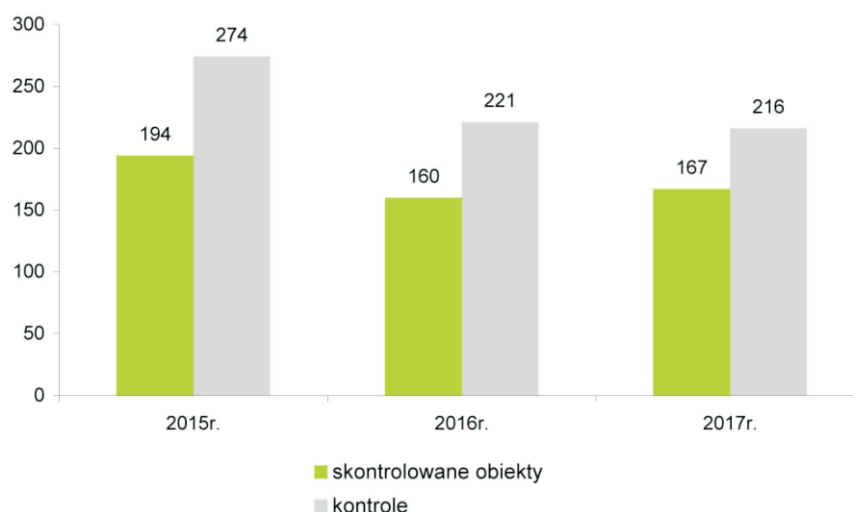
Liczba pracowników zatrudnionych w przekroczeniach NDS/NDN, w skontrolowanych zakładach wg rodzaju czynnika szkodliwego.



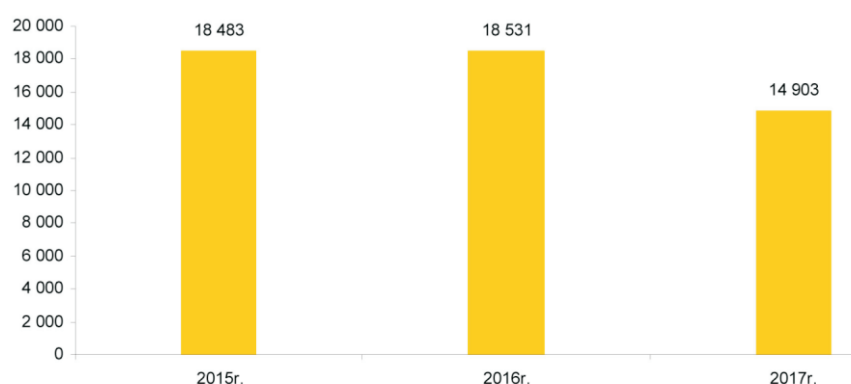
Nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych

W 2017 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych. Kontrolą objęto placówki opieki doraźnej (świadczące usługi w zakresie porad lekarskich, wykonujące iniekcje domięśniowe, opatrunki, pobór krwi, badania w poradniach, zabiegi rehabilitacyjne) i szpitale sprawujące opiekę specjalistyczną nad mieszkańcami województwa. Dokonano oględzin pomieszczeń pracy pracowników tj. gabinetów zabiegowych wraz z zapleczem socjalnym i pomieszczeniami higieniczno-sanitarnymi. Skontrolowano ogółem 167 zakładów, zatrudniających łącznie 14903 osoby.

Liczba skontrolowanych podmiotów leczniczych i przeprowadzonych kontroli w ZOZ w latach 2015-2017.



Liczba zatrudnionych pracowników w skontrolowanych podmiotach leczniczych w latach 2015-2017.



W związku z prowadzonym nadzorem nad podmiotami leczniczymi w roku sprawozdawczym przeprowadzono 216 kontroli, które skutkowały wydaniem 46 decyzji administracyjnych, z czego Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy wydał 28. Kontrole wykazały nieprzestrzeganie wymogów prawa w miejscu wykonywania prac m.in. w zakresie czynników biologicznych, chemicznych, przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych oraz opracowania procedur. Kwestionowano nieprawidłowy stan sanitarno-techniczny pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, ich brak lub niewłaściwe wyposażenie. Częstym uchybieniem był brak oceny ryzyka zawodowego lub błędy

w jej opracowaniu tj. pominięcie zagrożeń występujących na stanowisku pracy. Pracodawcy w sposób nieprecyzyjny opisywali stanowiska pracy, pomijając istotne zagrożenia oraz aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych w środowisku pracy.

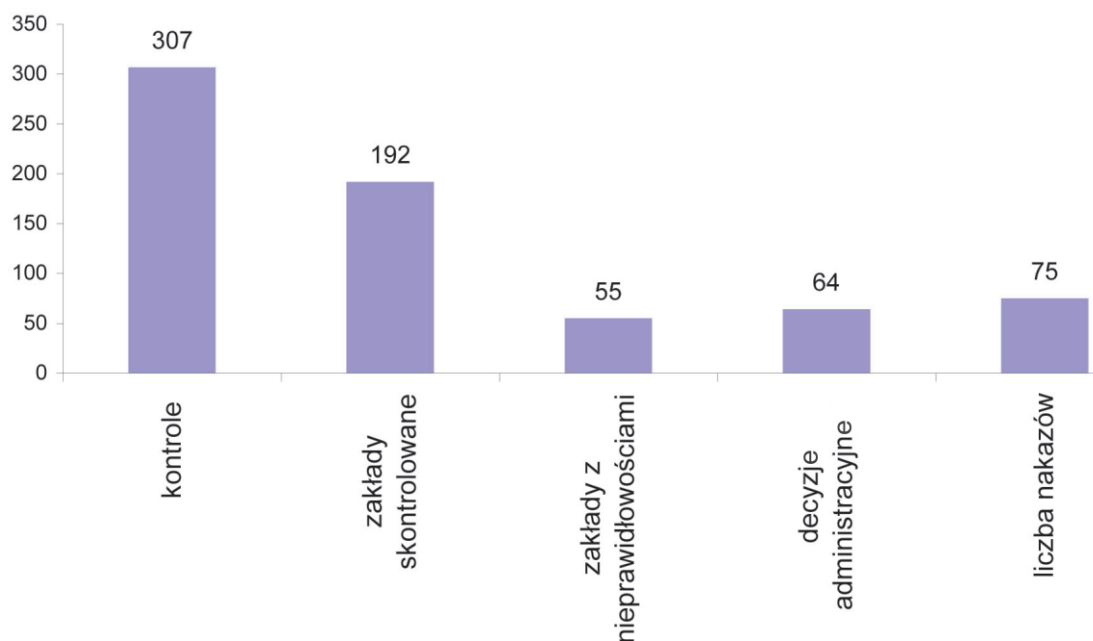
Nadzór nad warunkami pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach przemysłu tworzyw sztucznych

W związku z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego w latach 2016-2017 kontrolami objęte zostały zakłady przemysłu tworzyw sztucznych. Państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni przeprowadzili 307 kontroli, w tym 223 kontrole sanitarne, 64 sprawdzające i 20 tematycznych. Stwierdzono, że spośród 192 skontrolowanych zakładów, w 109 stosowano substancje chemiczne i ich mieszaniny sklasyfikowane jako niebezpieczne, dodatkowo 9 zakładów podlegało ocenie realizacji wymogów w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy.

W 55 przedsiębiorstwach stwierdzono nieprawidłowości, które dotyczyły m.in.:

- oceny ryzyka zawodowego,
- zapewnienia pracownikom środków ochrony zbiorowej,
- stanu higienicznego pomieszczeń i urządzeń higienicznosanitarnych,
- opracowania stanowiskowych instrukcji BHP,
- badań lekarskich pracowników,
- wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
- przekroczeń normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy,
- informowania pracowników o wynikach badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
- rejestrów czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy lub kart badań i pomiarów czynników szkodliwych,

Nadzór nad warunkami pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach przemysłu tworzyw sztucznych



- spisu stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin,
- przechowywania substancji chemicznych i ich mieszanin.

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami, właściwi państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego wydali 64 decyzje administracyjne zawierające 188 nakazów. Z uwagi na niewykonanie obowiązków zawartych w decyzjach, państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni wydali 12 upomnień. W 9 przypadkach wszczęto postępowania egzekucyjne, 1 pracodawcę ukarano mandatem karnym.

W zakładach tworzyw sztucznych w 2017 r. odnotowano 1 przypadek choroby zawodowej astmy oskrzelowej (poz. 6) u mężczyzny zatrudnionego na stanowisku lakiernika.

Nadzór nad warunkami pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach sektora gospodarki odpadami i ściekami

Do zadań państwowej inspekcji sanitarnej w 2017 r. należało prowadzenie nadzoru nad warunkami pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach sektora gospodarki odpadami i ściekami. Działania kontrolne ww. zamierzenia będą kontynuowane w 2018 r.

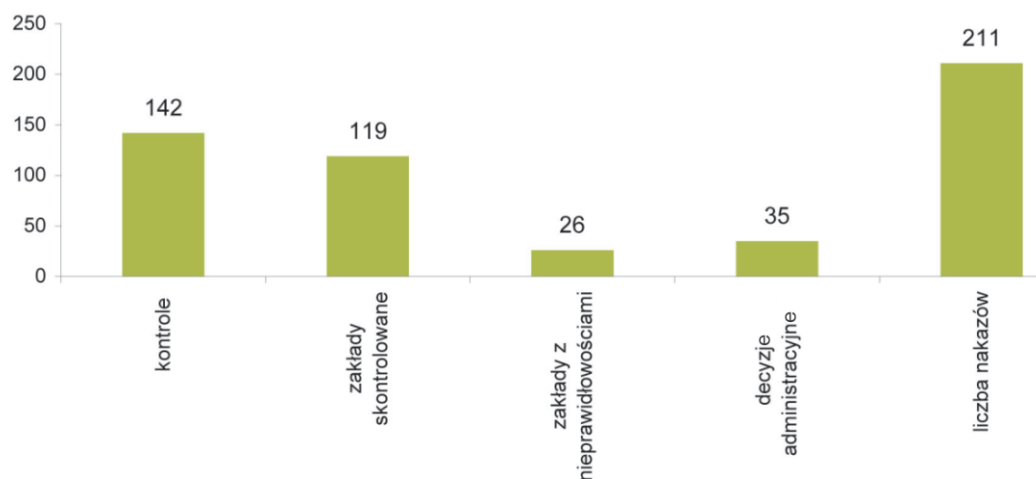
Spośród skontrolowanych zakładów w 5 zakładach występowały czynniki rakotwórcze, w 90 szkodliwe czynniki biologiczne.

W roku sprawozdawczym kontrolą objęto 119 zakładów sektora gospodarki ściekami i odpadami (m.in. PKD 38, PKD 37, PKD 36). W 26 obiektach stwierdzono nieprawidłowości. Łącznie przeprowadzono 142 kontrole, w tym 115 sanitarnych, 22 sprawdzające i 5 tematycznych. Wykazały one następujące uchybenia:

- zły stan sanitarno-techniczny pomieszczeń i urządzeń higienicznosanitarnych,
- brak zapewnienia pracownikom środków ochrony zbiorowej i ochrony indywidualnej,
- brak stanowiskowych instrukcji BHP,
- brak badań lekarskich pracowników,
- brak badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
- brak przekazania pracownikom informacji o wynikach ww. badań,
- brak lub nieprawidłowo prowadzone rejestry czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy lub brak kart badań i pomiarów czynników szkodliwych,
- brak oceny ryzyka zawodowego,
- brak oznakowania pomieszczeń znakiem ostrzegającym przed zagrożeniem biologicznym,
- brak rejestru prac i pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 grupy zagrożenia.
- brak rejestru prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
- brak przekazania właściwemu PWIS informacji o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wydano 35 decyzji administracyjnych zawierających łącznie 211 nakazów oraz nałożono mandat karny w kwocie 500 zł. Pracodawcy podejmowali działania zmierzające do minimalizacji narażenia zawodowego. W opracowanych ocenach ryzyka zawodowego uwzględniali ryzyko związane z występowaniem w miejscu pracy szkodliwych czynników biologicznych. Pracownikom zapewniono środki ochrony indywidualnej m.in. maski pełnotwarzowe MSA3S gumowane z filtrem PLEX TEC P3 oraz maski przeciwpyłowe FFP2 i PP2. Wyniki pomiarów czynników biologicznych były omawiane z pracodawcami podczas kontroli sanitarnych. Kontrole wykazały, że pracodawcy sektora gospodarki odpadami i ściekami proponują pracownikom uodpornienie przy użyciu dostępnych szczepionek na tężec, dur brzuszny i wzw typu A.

Nadzór nad warunkami pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach sektora gospodarki odpadami i ściekami.



Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest z województwa kujawsko-pomorskiego

W 2017 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowały 62 firmy zatrudniające 76 pracowników, zajmujące się rozbiórką, zabezpieczaniem, transportem elementów zawierających azbest. Posiadały one wymagane zezwolenia na transport odpadów azbestowych, a także decyzje zatwierdzające program gospodarki odpadami.

Działania kontrolne prowadzone przez pracowników higieny pracy obejmowały przede wszystkim ocenę zapewnienia personelowi bezpieczeństwa i higieny pracy przy rozbiórkach wyrobów zawierających azbest. Podczas kontroli oceniano:

- posiadanie wymaganych prawem zezwoleń, pozwoleń, decyzji, zatwierdzeń programu gospodarowania odpadami niebezpiecznymi,
- dobór środków zapobiegawczych zastosowanych w celu zminimalizowania ryzyka utraty zdrowia pracowników w związku z narażeniem na azbest,
- poziom znajomości przepisów regulujących bezpieczne zasady usuwania, bądź unieszkodliwiania odpadów zawierających azbest,
- jakość dokonanej oceny ryzyka zawodowego i jej udokumentowanie,
- sposób przestrzegania procedur dotyczących bezpiecznego postępowania z wyrobami zawierającymi azbest,
- dokument potwierdzający przeszkolenie pracowników i osób kierujących lub nadzorujących usuwanie wyrobów zawierających azbest w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przestrzegania procedur dotyczących bezpiecznego postępowania z wyrobami zawierającymi azbest,
- rejestry wynikające z przepisów regulujących zagrożenia czynników rakotwórczych obecnych w środowisku pracy,
- zapewnienie profilaktycznej opieki medycznej nad pracownikami,
- wykonywanie badań środowiskowych na stanowiskach pracy,
- zabezpieczenie terenu podczas wykonywania prac rozbiórkowych.

W siedzibach firm przeprowadzonych zostało łącznie 17 kontroli oraz 17 kontroli w miejscu wykonywania prac powodujących kontakt z azbestem. W pojedynczych przypadkach stwierdzono nieprawidłowości polegające na braku oceny ryzyka zawodowego, rejestru pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych i ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych

o działaniu rakotwórczym lub mutagennym i rejestru prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym, przekazania do właściwego PWIS informacji o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami, właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny, wydał 4 decyzje administracyjne, w tym 1 zmieniającą termin wykonania nakazów decyzji. Podczas przeprowadzonych kontroli udostępniono kontrolującym badania środowiska pracy w zakresie ekspozycji na azbest. W wyniku przeprowadzonych badań nie stwierdzono przekroczeń normatywów higienicznych.

Konsekwencją zatrudnienia w warunkach narażenia na czynnik szkodliwy było stwierdzenie nowotworu - międzybłoniaka opłucnej oraz choroby opłucnej lub osierdza wywołanej pyłem azbestu.

Nadzór nad Zakładami Inżynierii Genetycznej

Do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy wniesione zostały 4 wnioski Ministerstwa Środowiska z prośbą o przeprowadzenie kontroli w zakresie warunków higieny pracy i wydanie opinii w trybie art. 15 c ust. 1 ustawy z dnia 22 czerwca 2001 r. o mikroorganizmach i organizmach genetycznie zmodyfikowanych. Kontrole potwierdziły przestrzeganie przez pracodawców przepisów prawa, co skutkowało uzyskaniem pozytywnych opinii w tym zakresie.

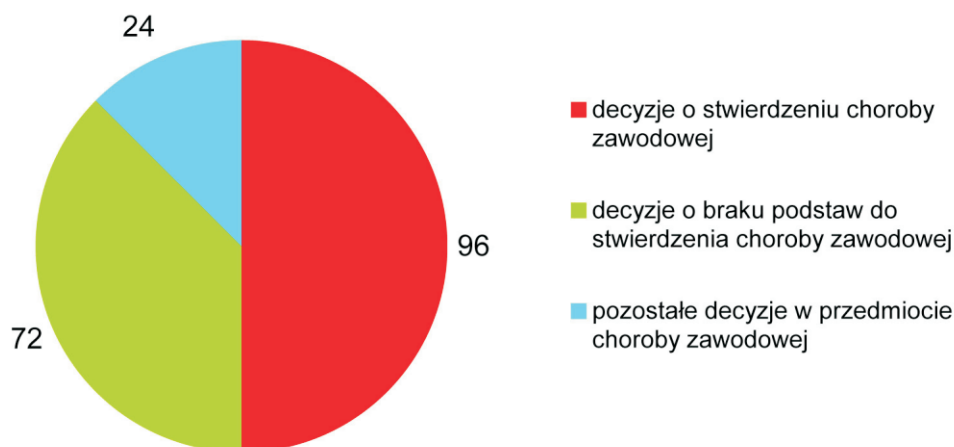
REACH-EN-FORCE-5

Projekt został zainicjowany przez Forum działające przy Europejskiej Agencji Chemikaliów w Helsinkach. Głównym jego założeniem projektu REF-5 była kontrola rozszerzonych kart charakterystyki, scenariuszy narażenia, środków kontroli ryzyka i warunków operacyjnych. Ponadto projekt miał na celu zwiększenie świadomości na temat rozszerzonych kart charakterystyki oraz sprawdzenie i ocenę obecnej sytuacji, w odniesieniu do sporządzania i wdrażania wymagań dotyczących scenariuszy narażenia. W projekcie udział wzięło 11 państwowych powiatowych inspektorów. Przeprowadzono kontrole w 12 zakładach. Skontrolowano substancje: ług czarny, ług czerwony, ług zielony, etan-1,2-diol, amoniak bezwodny, wodorotlenek sodu, wodorosiarczyny sodu, 2,4,6-trinitrotoluen, trójtlenek chromu, kwas siarkowy (VI), kwas solny, kwas azotowy (V), wodorotlenek sodu, alkohol etylowy czysty, skażony alkohol etylowy, hydrocarbons C10-C13, azotan amonu, chlorek wapnia, węglan sodu i HOPKALIT. Kontrole nie wykazały nieprawidłowości. Drobne nieścisłości były wyjaśniane i uzupełniane przez przedsiębiorców podczas kontroli. Informacje o nieprawidłowościach stwierdzonych w kartach charakterystyki zakładów mających siedzibę poza woj. kujawsko-pomorskim były przekazywane do właściwych terenowo państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych.

Choroby zawodowe

W województwie kujawsko-pomorskim w 2017 r. wpłynęło 230 podejrzeń chorób zawodowych (w 2016 r. - 211). Przeprowadzono 300 postępowań w sprawie chorób zawodowych. Państwowa Inspekcja Sanitarna współpracowała w zakresie prowadzonych postępowań z jednostkami orzeczniczymi I stopnia: Wojewódzkimi Ośrodkami Medycyny Pacy w Bydgoszczy, Toruniu i Włocławku, Poradnią Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu oraz jednostkami orzeczniczymi II stopnia tj. Instytutem Medycyny Pracy w Łodzi i Instytutem Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu. W bieżącym roku wydano łącznie 192 decyzje, w tym 96 o stwierdzeniu choroby zawodowej, 72 o braku podstaw do jej stwierdzenia.

Decyzje w przedmiocie chorób zawodowych, w 2017 roku.

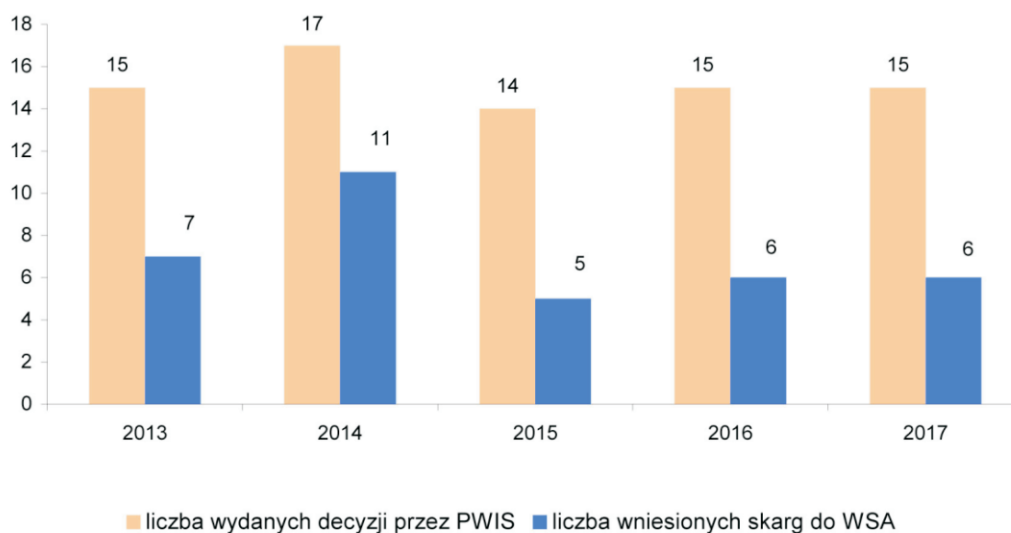


Po uprawomocnieniu się decyzji administracyjnych w 2017 r. stwierdzono 97 chorób zawodowych u 94 osób. W porównaniu do 2016 r. zaobserwowano spadek liczby stwierdzanych chorób zawodowych o 10 przypadków. Dodatkowo w toku prowadzonych postępowań wydanych zostało 44 postanowień.

Ogółem do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy wniesionych zostało 16 odwołań od decyzji organu I instancji. W wyniku prowadzonych postępowań odwoławczych organ II instancji wydał 15 decyzji administracyjnych, z czego 6 zostało zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy.

Wśród stwierdzonych chorób zawodowych zdecydowanie największą grupę stanowiły choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym - 31 przypadków (32%). Na drugim miejscu znalazły się choroby zakaźne lub pasożytnicze - 25 przypadków (26%).

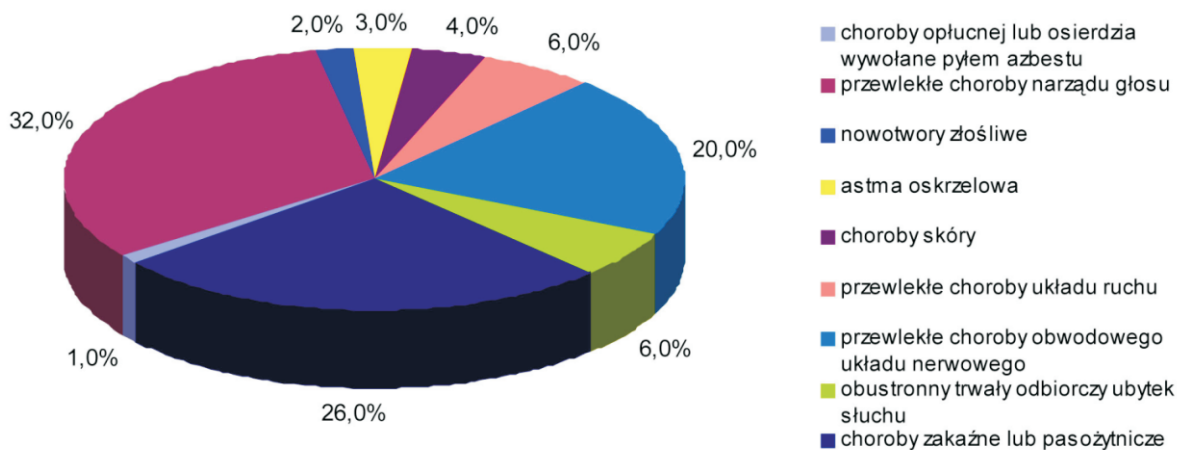
Liczba wydanych decyzji administracyjnych przez organ II instancji i liczba wniesionych do WSA skarg w sprawie chorób zawodowych.



Choroby zawodowe stwierdzone w latach 2013-2017.

Nr* wykazu	Nazwa choroby zawodowej	Liczba stwierdzonych przypadków w latach				
		2013	2014	2015	2016	2017
1	zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne	1	0	0	1	0
3	pylice płuc	0	5	2	1	0
4	choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu	0	2	0	0	1
5	przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli	0	0	0	0	0
6	astma oskrzelowa	2	5	1	1	3
7	zewnętrzne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	0	3	0	0	0
12	alergiczny nieżyt nosa	2	1	0	1	0
15	przewlekłe choroby narządu głosu	19	31	21	22	31
17	nowotwory złośliwe	1	4	2	1	2
18	choroby skóry	0	3	1	7	4
19	przewlekłe choroby układu ruchu	4	4	2	11	6
20	przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego	1	11	9	9	19
21	obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu	15	11	13	13	6
22	zespół wibracyjny	1	0	0	2	0
25	choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi	1	1	1	0	0
26	choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa	31	23	33	38	25
Razem		78	104	85	107	97

Struktura chorób zawodowych w 2017 roku.

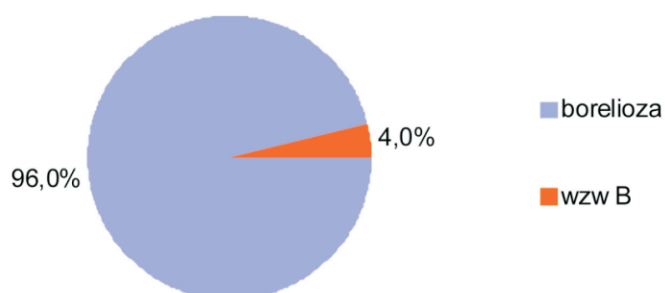


Liczba chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw w latach 2012-2017.

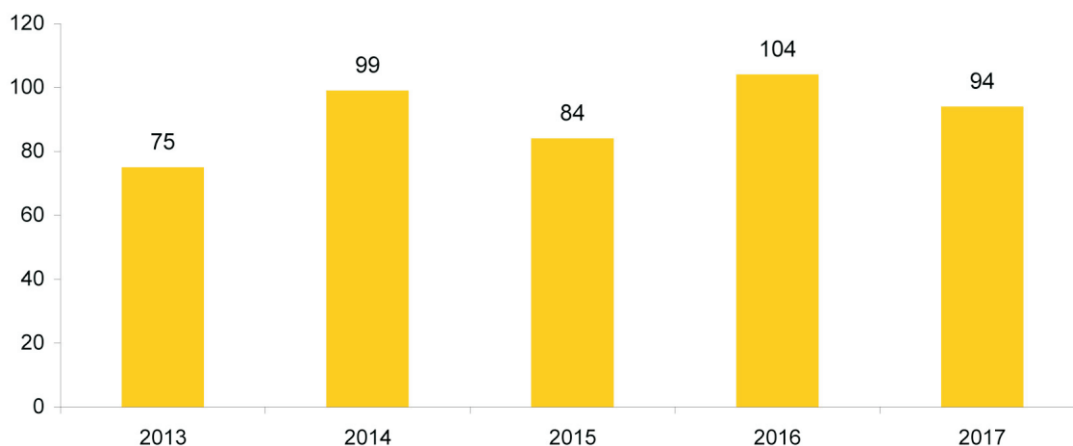
Rok	wirusowe zapalenie wątroby		borelioza	gruźlica	bruceloza	Inne choroby zakaźne lub pasożytnicze	RAZEM
	typu B	typu C					
2012	1	3	20	1	0	1 (toksokaroza) 1 (bąblowica)	27
2013	1	1	28	1	0	0	31
2014	0	1	20	2	0	0	23
2015	0	2	25	4	0	2 (gorączka Q, toksoplazmoza)	33
2016	0	0	33	3	0	2 (krztusiec)	38
2017	1	0	24	0	0	0	25

Wśród chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw w 2017 roku znaczący udział stanowiła borelioza (96%). Rozpoznawana była najczęściej wśród pracowników leśnictwa oraz pracowników gospodarstw rolnych. W 2017 r. nie odnotowano zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C.

Struktura chorób zakaźnych i pasożytniczych w 2017 roku.



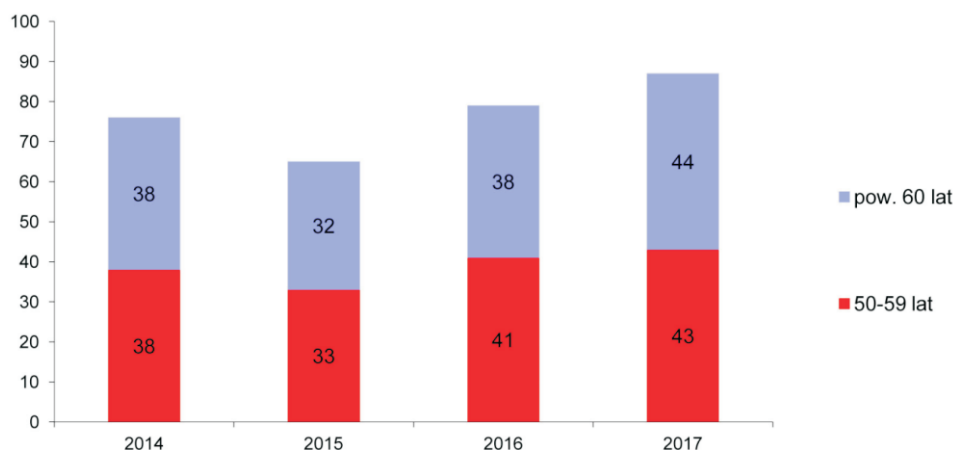
Liczba osób ze stwierdzoną chorobą zawodową w latach 2013-2017.



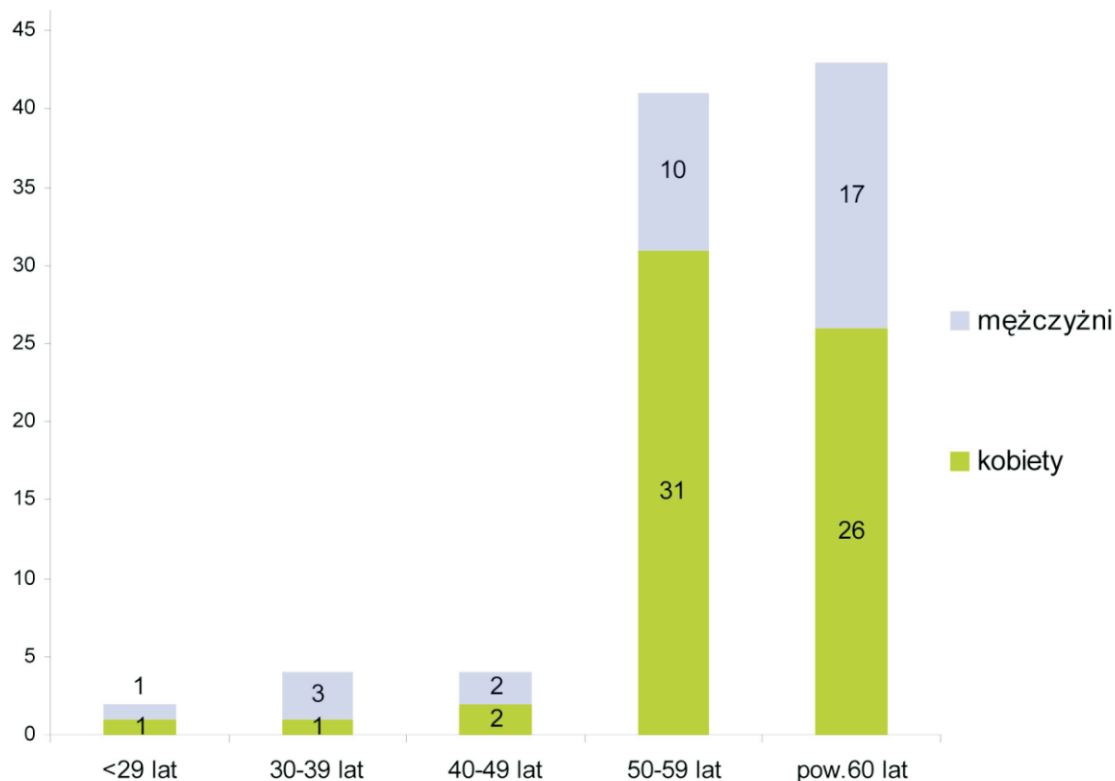
Ogółem w województwie kujawsko-pomorskim chorobę zawodową stwierdzono u 94 osób. Więcej niż jedna choroba zawodowa wystąpiła u 3 osób (po 2 jednostki chorobowe w powiecie bydgoskim i toruńskim).

Wśród osób ze stwierdzoną chorobą zawodową przeważały kobiety (61 osób). Najwięcej przypadków chorób zawodowych zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn w 2017 r. stwierdzono w grupie wiekowej pow. 60 lat (łącznie 44 osoby) oraz pomiędzy 50-59 rokiem życia (łącznie 43 osoby).

Liczba osób ze stwierdzoną chorobą zawodową w grupach wiekowych 50-59 i powyżej 60 lat.



Struktura wieku osób ze stwierdzoną chorobą zawodową w 2017 roku.



Środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne

Państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego w ramach nadzoru nad środkami zastępczymi i nowymi substancjami psychoaktywnymi w 2017 r. przeprowadzili 34 kontrole (liczba obejmuje wyłącznie działania zakończone protokołem kontroli) oraz 219 monitoringów tj. wizytacji potencjalnych miejsc sprzedaży ww. substancji.

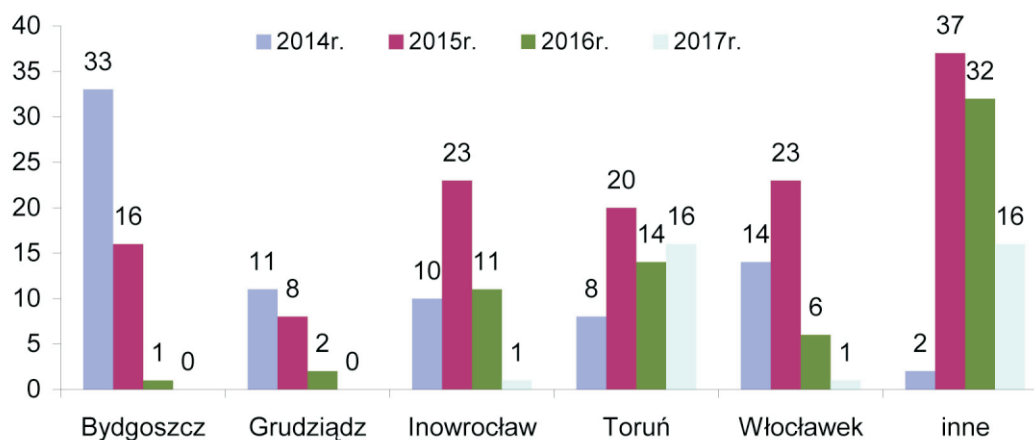
Zmniejszenie liczby kontroli obiektów podejrzanych o wprowadzanie do obrotu „dopalaczy” w 2017 r. jest konsekwencją braku handlu ww. substancjami w punktach stacjonarnych zlokalizowanych na terenie województwa. W województwie kujawsko-pomorskim nie odnotowano żadnego przypadku sprzedaży „dopalaczy” przez podmiot prowadzący działalność gospodarczą (w 2016 r. stwierdzono 1 przypadek). Powyższe potwierdza, że działania kontrolne Państwowej Inspekcji Sanitarnej przyczyniły się do likwidacji stacjonarnych punktów sprzedaży.

Państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego wydali na podstawie art. 44c ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii 135 decyzji, 99 decyzji działając w oparciu o art. 44c ust. 4 ww. ustawy (20 decyzji w oparciu o art. 27c ust. 6 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej) oraz 7 decyzji na podstawie art. 52a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Łączna kwota kar pieniężnych nałożonych w 2017 r. przez organ I instancji wyniosła 160000 zł, z czego wyegzekwowano 26629,50 zł (w tym z lat poprzednich i koszty komornicze).

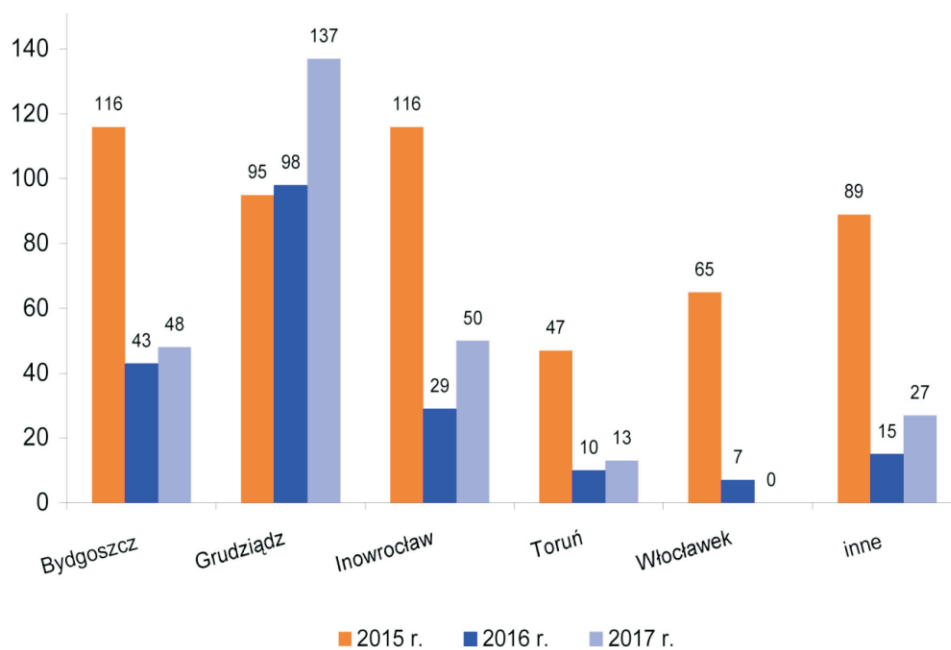
Do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy w 2017 r. wpłynęło 5 odwołań od decyzji organu I instancji, w tym jedno z uchybieniem terminu do jego wniesienia. Organ II instancji po rozpoznaniu spraw wydał 3 decyzje utrzymujące w mocy rozstrzygnięcie organu I instancji oraz w 1 przypadku uchylił i umorzył postępowanie prowadzone przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. Strony od przedmiotowych rozstrzygnięć nie wniosły skarg do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy.

Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy oraz państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego kontynuowali współpracę z podmiotami leczniczymi w zakresie zgłaszania zatruć środkami zastępczymi i innymi środkami psychoaktywnymi. Do Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Bydgoszczy w 2017 r. wpłynęło 275 zgłoszeń podejrzeń zatruć „dopalaczami” (w 2016 r. - 202 zgłoszenia). Najwięcej zatruć - 122 przypadki, odnotowano w grupie wiekowej 20-30 lat (w 2016 r. - 74 przypadki). W 2017 r. liczba zgłoszeń zatruć dotyczących osób w wieku 15-19 lat była porównywalna (w 2017 r. - 82 przypadki, 2016 r. - 84). Najmniej zgłoszeń (21) dotyczyło osób do 14 roku życia.

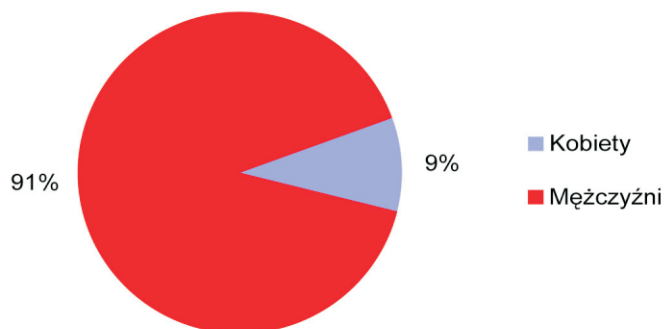
Liczba przeprowadzonych kontroli w ramach nadzoru nad środkami zastępczymi w woj. kujawsko-pomorskim wg wybranych PSSE.



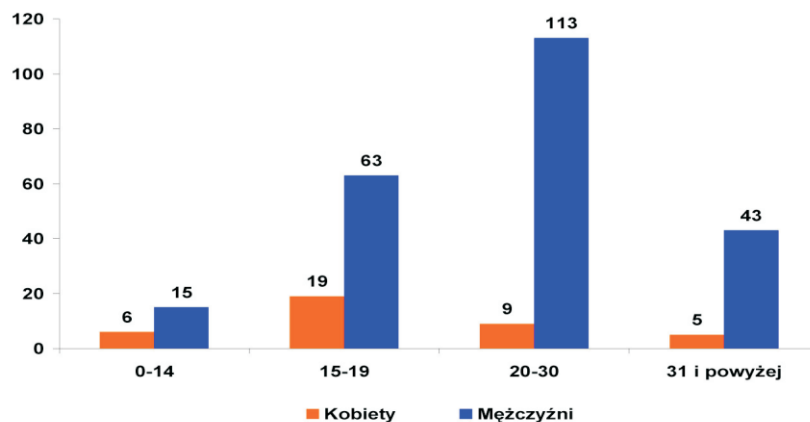
Przypadki zatruc środkami zastępczymi w woj w dztwie kujawsko-pomorskim, w 2017 roku.



Struktura zatruc środkami zastępczymi według płci.



Przypadki zatruc środkami zastępczymi w województwie kujawsko-pomorskim, w poszczególnych grupach wiekowych, w 2017 roku.



Z otrzymanych zgłoszeń podejrzeń zatruc środków zastępczymi i nowymi substancjami psychoaktywnymi jednoznacznie wynika, iż zdecydowanie częściej po ww. substancje sięgali mężczyźni. Stosunek zatruc mężczyzn do kobiet wynosi 91:8.

Dwa zgłoszenia przypadków zatruc nie zawierały danych dotyczących wieku i płci, stąd nie zostały ujęte na poniższym wykresie.

Liczba zatruc ma zmienny przebieg w ciągu roku. Najwięcej przypadków odnotowano w październiku (38 przypadków), następnie w lipcu i grudniu (po 28 przypadków). Najlepiej sytuacja przedstawiała się w miesiącach: kwietniu i maju.

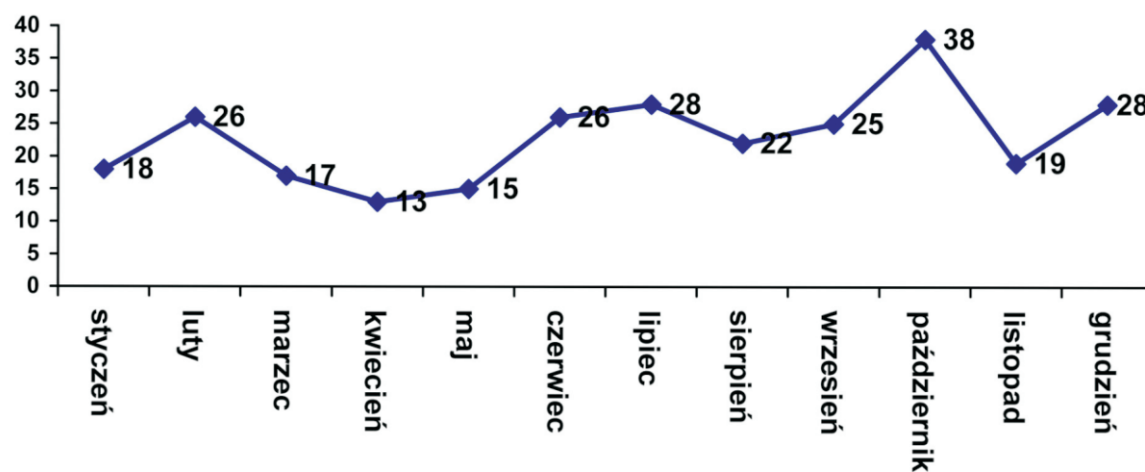
Zdecydowanie największa liczba zgłoszeń podejrzeń zatruc „dopalaczami” odnotowana została na terenie powiatu grudziądzkiego (49,8 % wszystkich zgłoszeń).

Podkreślenia wymaga, iż Państwowa Inspekcja Sanitarna nie dysponuje pełnymi danymi epidemiologicznymi na temat zatruc, z uwagi na brak obowiązku ich zgłaszania przez podmioty lecznicze. Znacznym utrudnieniem jest również brak informacji nt. zażytej substancji, której skutkiem było zgłoszenie. Do zatruc środkami zastępczymi wliczone zostały również przypadki zatruc tzw. substancją nieznanego pochodzenia. W województwie kujawsko-pomorskim nastąpił w 2017 r. wzrost liczby zatruc. Prawdopodobną przyczyną jest dostępność specyfików w sprzedaży internetowej, która zapewnia anonimowość zakupu odbiorcom oraz sprzedaż poprzez dilerów. Aktualna sytuacja na terenie poszczególnych powiatów omawiana była na bieżąco podczas spotkań Zespołów ds. Środków Zastępczych utworzonych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego nie funkcjonowały żadne stacjonarne punkty sprzedaży „dopalaczy”. Powyższe nie przesądzało o braku możliwości ich zakupu. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły monitoring stron internetowych m.in. for internetowych, wiadomości lokalnych. Uzyskane informacje dotyczące możliwości zakupu „dopalaczy” w ramach prowadzonej współpracy przekazywane były do komend miejskich Policji. W 2017 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny we Włocławku przekazał 5 zgłoszeń, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Grudziądzu - 2.

Z ilości spraw przekazanych przez organy ścigania jednoznacznie wynika, że na terenie województwa zatrzymano 107 osób, u których stwierdzono środki zastępcze. Prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną postępowania administracyjne miały na celu ustalenie, czy w przedmiotowych sprawach nie doszło również do wprowadzania substancji do obrotu. Najczęściej w zatrzymanych produktach identyfikowano związki: N-etyloheksedron (XEX-EN), MDMA-Chmicha, 4-CEC, N-etylopentylen i 5-F-ADB.

Przypadki zatruc środkami zastępczymi w województwie kujawsko-pomorskim, w 2017 roku.



W 2017 r. organy ścigania przekazały do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych województwa kujawsko-pomorskiego 361 opakowań zabezpieczonych produktów (w 2016 r. - 233). W stosunku do 146 próbek wystąpiono o opinię do Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego Policji w Warszawie.

W ramach działań profilaktycznych, państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni inicjowali i koordynowali działania zmierzające do ograniczenia zażywania środków zastępczych. Akcje kierowano do ogółu społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży szkolnej, rodziców i opiekunów. Edukację i szeroko zakrojoną informację prowadzono z wykorzystaniem różnych metod i form pracy ściśle współpracując z innymi instytucjami i organizacjami. Organizowano wystawy materiałów oświatowych, udzielano porad, informacji, prowadzono testy z użyciem narkogogli, wręczano ulotki. W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Włocławku przez cały rok funkcjonował punkt informacyjno-edukacyjny, w którym pracownicy PSSE udzielali porad osobom odwiedzającym punkt lub pod wskazanym na stronie stacji numerem telefonu. Pracownicy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy obsługiwali infolinię, której celem była przede wszystkim możliwość anonimowego zgłoszenia punktów wprowadzania do obrotu środków zastępczych.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na bieżąco prowadziły ścisłą współpracę w zakresie środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych z organami ścigania, zarówno na poziomie powiatowym, jak i wojewódzkim.

Wnioski:

1. W 2017 r. kontrolą objęto 2157 zakładów pracy. W wyniku prowadzonych działań kontrolnych, wydano 478 decyzji administracyjnych, zawierających 3 269 nakazów.
2. W województwie kujawsko-pomorskim w porównaniu do roku ubiegłego wzrosła liczba zgłaszanych podejrzeń chorób zawodowych, co skutkowało zwiększeniem liczby przeprowadzonych postępowań w sprawie chorób zawodowych (w 2016 r. - 240, w 2017 r. - 300).
3. Po uprawomocnieniu się decyzji administracyjnych, w 2017 r. stwierdzono 97 chorób zawodowych u 94 osób.
4. Najliczniejszą grupę stwierdzonych chorób zawodowych odnotowano wśród chorób narządu głosu.
5. Zmniejszyła się liczba chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstwa (z 38 do 25 przypadków).
6. Dominującym czynnikiem szkodliwym występującym w zakładach pracy prowadzących działalność na terenie woj. kujawsko-pomorskiego był hałas, na jego ekspozycję narażonych było 9298 pracowników.
7. Pracodawcy częściej uchylali się od obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi, co skutkowało wydaniem 82 upomnień (2016 r. - 73), 32 tytułów wykonawczych (2016 r. - 24).
8. W kontrolowanych zakładach stwierdzano brak zapewnienia właściwego stanu sanitarnego i technicznego pomieszczeń pracy oraz pomieszczeń higieniczno-sanitarnych.
9. Badania środowiska pracy nie były wykonywane w terminach określonych w przepisach prawa (w 14% nadzorowanych zakładów). Pracodawcy często zlecali pomiary po kontroli przeprowadzanych przez organy nadzoru.
10. Ograniczono dostęp do środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych poprzez likwidację stacjonarnych punktów sprzedaży.
11. Odnotowano wzrost przypadków zatruc środków zastępczymi i nowymi substancjami psychoaktywnymi.

- 
12. Najwięcej przypadków zatruc środków zastępczymi odnotowano w grupie wiekowej 20-30 lat.
 13. Państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego prowadzili liczne działania mające na celu profilaktykę oraz ustawiczne pogłębianie wiedzy społeczeństwa nt. szkodliwości środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych.

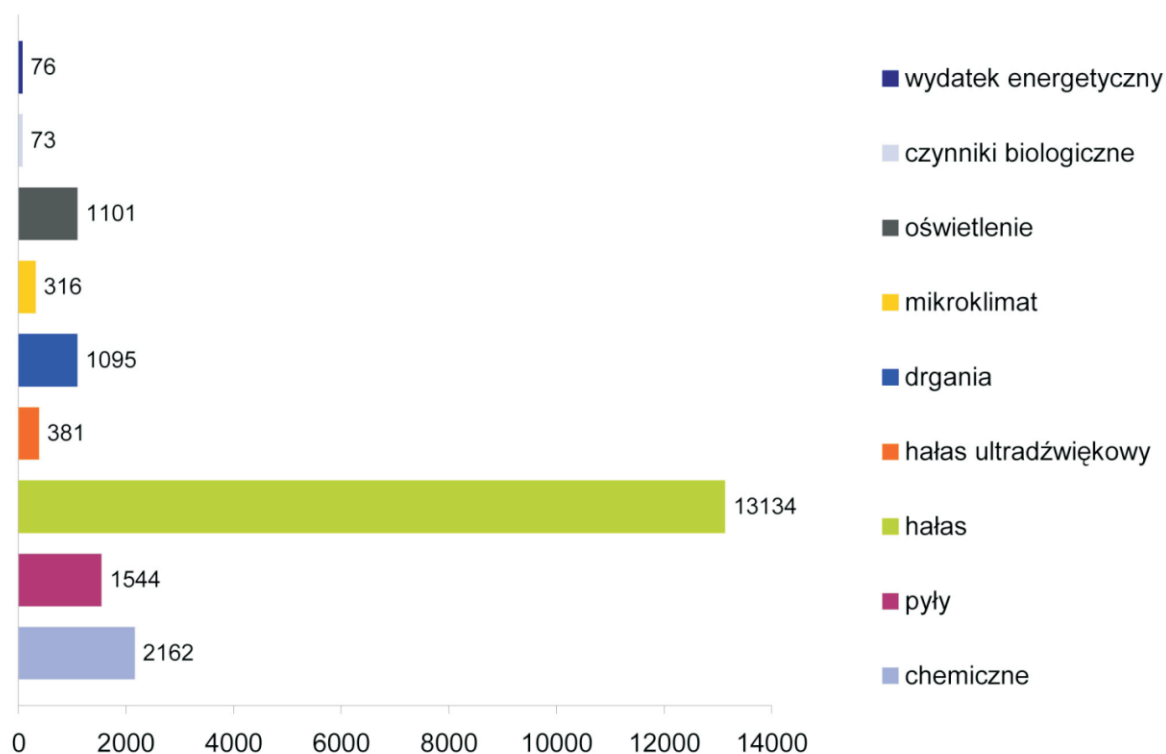


HIGIENA PRACY 2



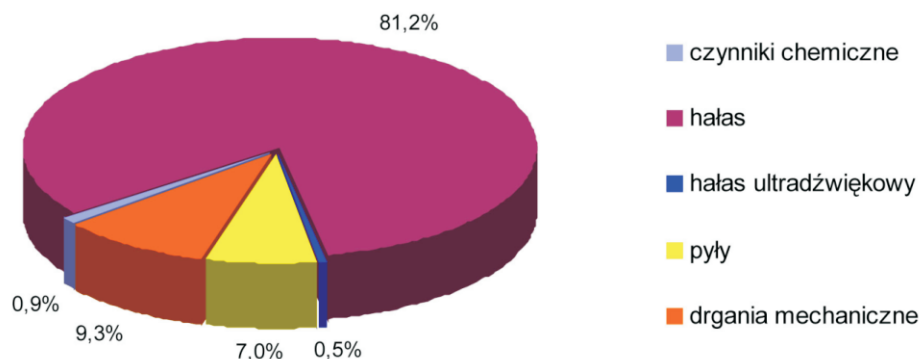
W 2017 r. wykonano 19936 oznaczeń laboratoryjnych na 5518 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na czynniki szkodliwe (w tym czynniki biologiczne) i uciążliwe dla zdrowia (takie jak: wydatek energetyczny, mikroklimat umiarkowany i oświetlenie) co zostało zobrazowane na wykresie oraz 476 oznaczenia czynników chemicznych w próbkach dostarczonych przez klienta zewnętrznego. Ponadto, wykonano 178 oznaczenia w 15 punktach pomiarowych w celu oceny zagrożeń czynnikami chemicznymi w powietrzu pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi.

Oznaczenia wykonane na stanowiskach pracy w 2017 roku.



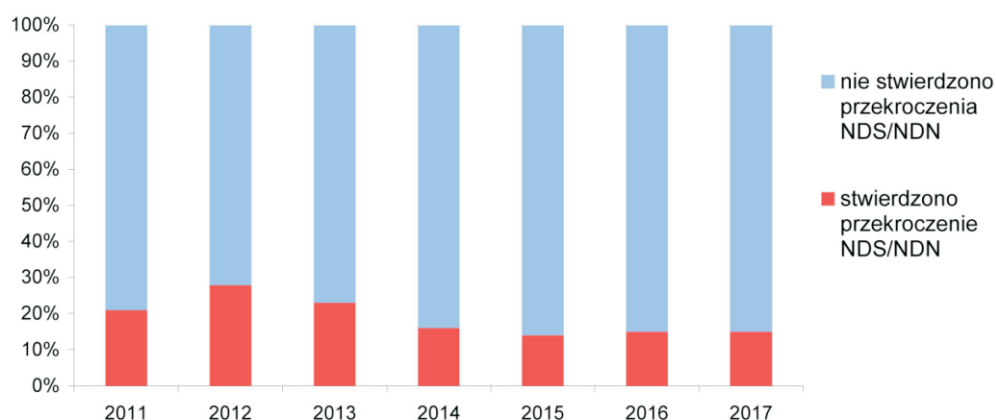
W minionym roku najwięcej przekroczeń NDS i NDN (najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń) czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy stwierdzono dla hałasu, drgań mechanicznych oraz zapylenia

Udział procentowy przekroczeń NDS i NDN.



Zaprezentowane poniżej dane obrazują procentowy udział stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenia NDN lub NDS na przestrzeni lat 2011-2017.

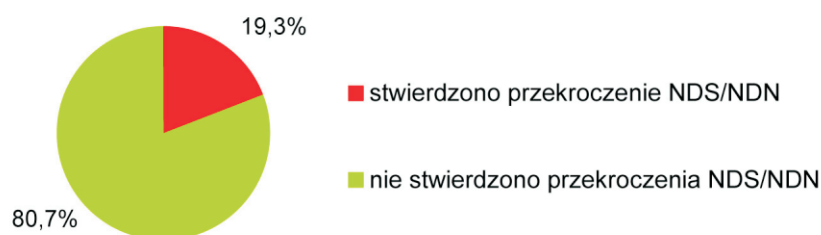
Udział przekroczeń NDS/NDN na stanowiskach pracy w latach 2011-2017.



Narażenie na czynniki szkodliwe dla zdrowia

W 2017 r. wykonano 18370 oznaczeń laboratoryjnych na 4475 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na chemiczne i fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia. W wyniku przeprowadzonej oceny zagrożeń czynnikami szkodliwymi dla zdrowia na stanowiskach pracy stwierdzono wystąpienie przekroczeń obowiązujących normatywów na 588 stanowiskach pracy, co stanowi 19,3% objętych pomiarami stanowisk pracy

Stanowiska pracy opomiarowane pod kątem narażenia na czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2017 roku.



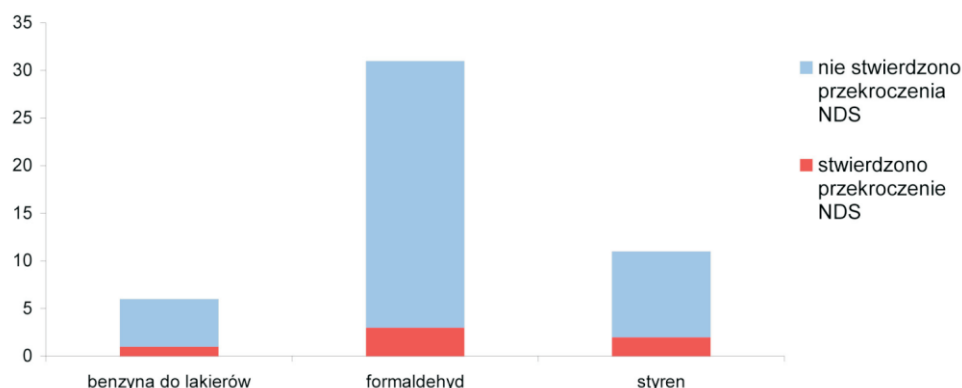
Przekroczenie najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) stwierdzono na 34 z 902 badanych stanowisk pracy, na których pracownicy byli narażeni na chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia.

Stanowiska pracy opomiarowane pod kątem narażenia na chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2017 roku.

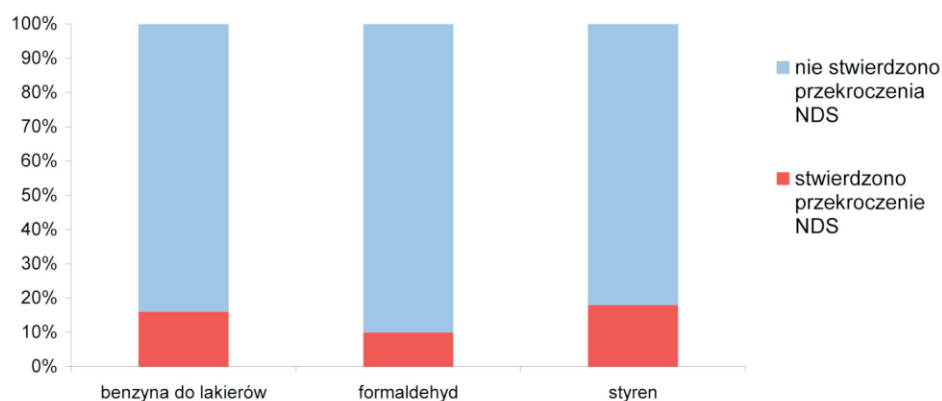


W 2017 roku podobnie jak w 2016 roku normatyw higieniczny (NDS) najczęściej przekroczony był dla styrenu, a dodatkowo także stwierdzono przekroczenie dla formaldehydu i benzyny do lakierów. Na stanowiskach, na których pracownicy narażeni byli na te czynniki przekroczenie NDS dla styrenu zarejestrowano na 2 z 11 stanowisk pracy (18,2%), na 3 z 31 stanowisk dla formaldehydu (9,7%), na 1 z 6 stanowisk dla benzyny do lakierów (16,7%).

Stanowiska pracy opomiarowane w celu oceny narażenia na wybrane chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2017 roku.

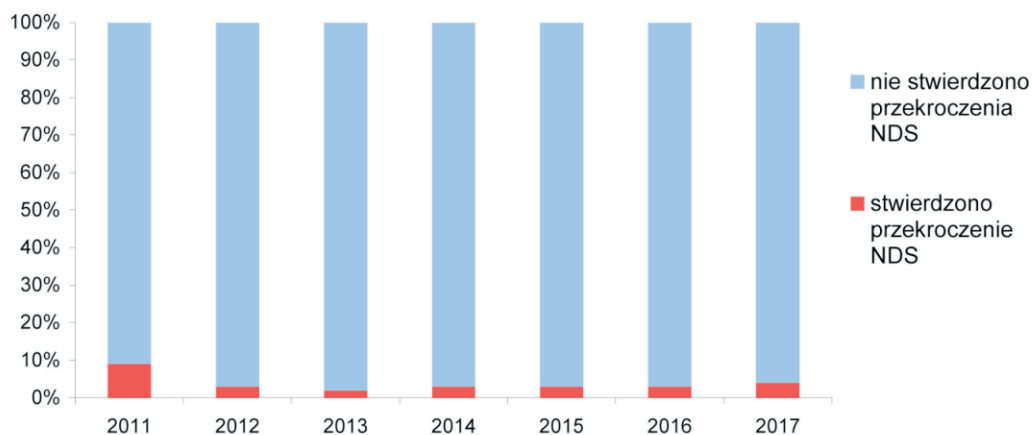


Udział przekroczeń na stanowiskach pracy opomiarowanych pod kątem oceny narażenia na wybrane chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2017 roku.



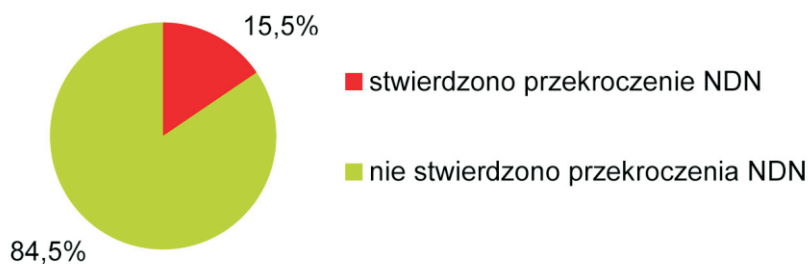
Na kolejnym wykresie przedstawiono procentowy udział stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenia NDS dla czynników chemicznych w latach 2011-2017.

Udział przekroczeń NDS na stanowiskach pracy dla czynników chemicznych w latach 2011-2017.

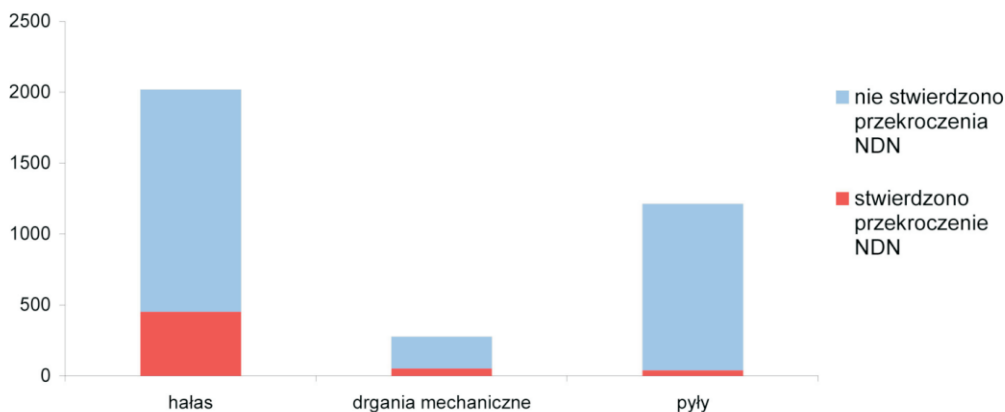


Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia (NDN) wystąpiły na z 554 opomiarowanych stanowiskach pracy, co stanowi 15,5% stanowisk pracy, na których wykonano pomiary.

Stanowiska pracy opomiarowane pod kątem oceny narażenia na fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2017 roku.

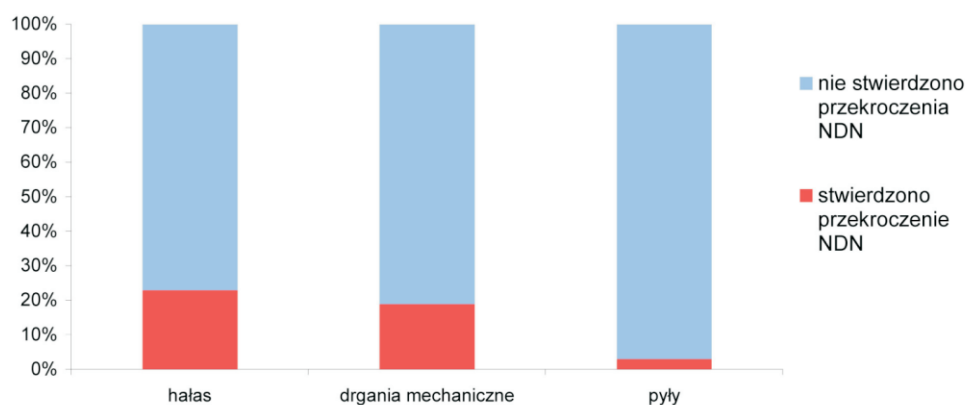


Stanowiska pracy opomiarowane w celu oceny narażenia na wybrane fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2017 roku.

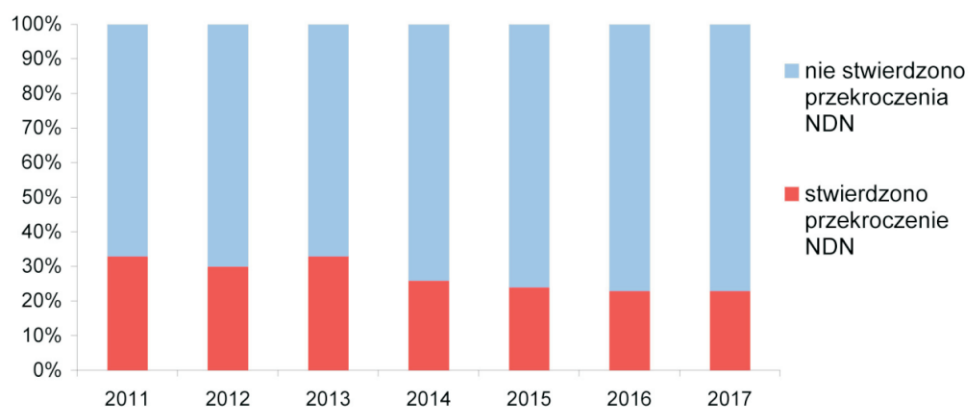


W 2017 r. stwierdzone przekroczenia najwyższych dopuszczalnych natężeń najczęściej dotyczyły hałasu, drgań mechanicznych i pyłów. Przekroczenie NDN dla hałasu stwierdzono na 454 (22,5%) stanowiskach z 2 020 poddanych ocenie w tym zakresie, dla drgań mechanicznych na 52 (18,8%) z 277 stanowisk pracy, na których pracownicy narażeni byli na ten czynnik zaś dla pyłów na 39 (3,2%) stanowiskach z 1213 poddanych ocenie w tym zakresie.

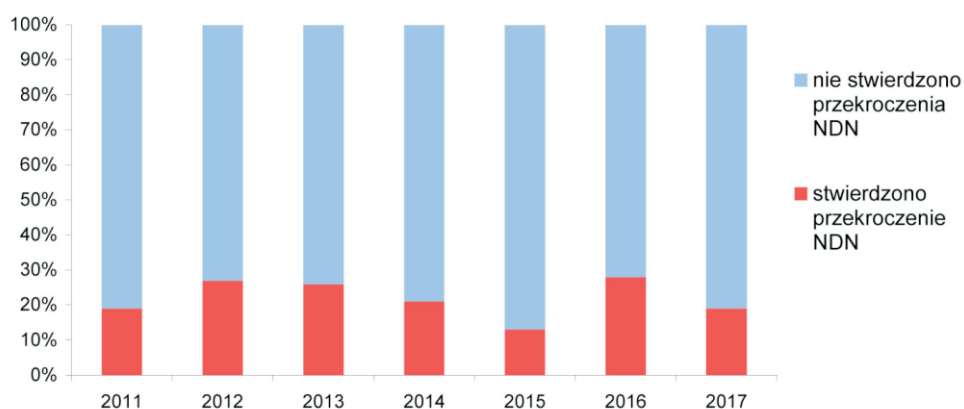
Udział przekroczeń na stanowiskach pracy opomiarowanych pod kątem oceny narażenia na fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2017 roku.



Udział przekroczeń NDN na stanowiskach pracy dla hałasu w latach 2011-2017.



Udział przekroczeń NDN na stanowiskach pracy dla drgań mechanicznych w latach 2011-2017.



W 2017 r. przeprowadzono pomiary ogólnej liczby drobnoustrojów (bakterii i grzybów) m. in. w zakładach: usług komunalnych, oczyszczalniach ścieków, archiwach i zakładach produkujących elementy elektroniczne. 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 bakterii należących do drugiej grupy zagrożenia biologicznego w powietrzu na stanowiskach pracy przedstawia poniższa tabela.

Zidentyfikowane bakterie należące do drugiej grupy zagrożenia biologicznego.

Bakterie zidentyfikowane	Skontrolowane zakłady pracy			
	archiwa	zakłady usług komunalnych	oczyszczalnie ścieków	zakłady produkujące elementy elektroniczne
1	2	3	4	5
Aeromonas spp.	+			
Klebsiella oxytoca	+		+	
Pseudomonas aeruginosa	+			
Yersinia spp.	+			
Brevibacterium spp.	+			
Corynebacterium spp.	+			
Bacillus spp	+			+
Brevibacterium linens	+			
Pantoea spp.		+		
Enterococcus faecium		+		
Pseudomonas spp.		+		
Klebsiella pneumoniae			+	
Enterobacter spp.			+	
Enterococcus durans			+	
Enterococcus casseliflavus		+		
Gardnerella vaginalis		+		

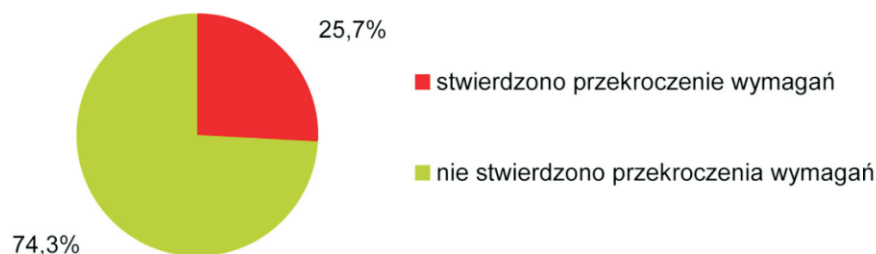
Klasyfikacji bakterii dokonano na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.04.2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81 poz. 716 z późn. zm.).

Narażenie na czynniki uciążliwe dla zdrowia.

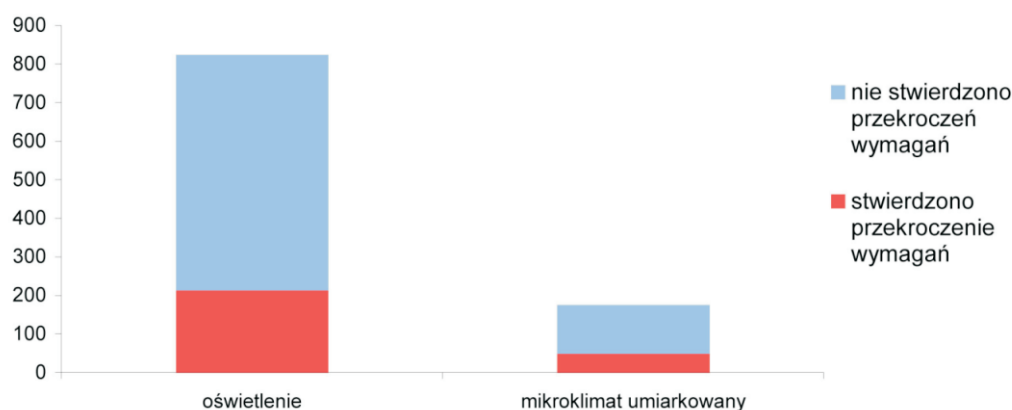
W 2017 r. wykonano 1 493 oznaczenia laboratoryjne na 1 022 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na czynniki uciążliwe dla zdrowia.

Niespełnienie wymagań w zakresie czynników uciążliwych dla zdrowia stwierdzono na 263 tj. 25,7% stanowisk pracy poddanych ocenie w tym zakresie i dotyczyło dwóch czynników tj. oświetlenia oraz mikroklimatu umiarkowanego. Zapewnienie właściwych warunków środowiska termicznego oraz oświetlenia na stanowiskach pracy jest wymaganiem w znacznym stopniu nieprzestrzeganym przez pracodawców w zakresie uciążliwości zawodowych

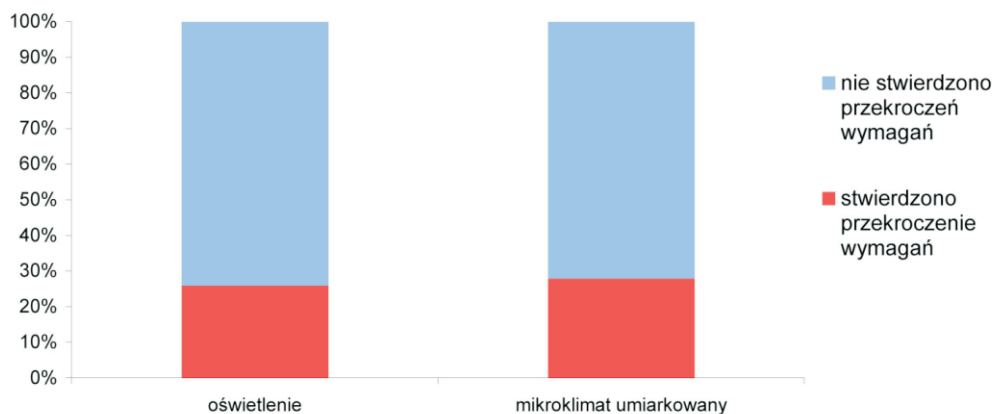
Stanowiska pracy opomiarowane pod kątem oceny narażenia na czynniki uciążliwe dla zdrowia w 2017 roku.



Stanowiska pracy opomiarowane w celu oceny narażenia na czynniki uciążliwe dla zdrowia w 2017 roku.



Udział przekroczeń na stanowiskach pracy opomiarowanych pod kątem oceny narażenia na czynniki uciążliwe dla zdrowia w 2017 roku.



Wnioski

1. W 2017 r. na 19,3% badanych stanowisk pracy pracownicy narażeni byli na działanie czynników szkodliwych dla zdrowia w stężeniach/natężeniach przekraczających normatywy higieniczne (NDS/NDN).
2. W 2017 r. podobnie jak w latach poprzednich hałas obok drgań mechanicznych i zapylenia jest najczęściej występującym zagrożeniem na stanowiskach pracy.
3. W 2017 r. w stosunku do 2016 r. stwierdzono wzrost przekroczenia normatywu NDS dla pyłów występujących w środowisku pracy, natomiast zmniejszenie przekroczeń NDN dla drgań me-

- chanicznych na stanowiskach pracy.
4. W 2018 r. zakres realizacji badań, powinien być nadal w znacznym stopniu ukierunkowany na ocenę stanu zagrożeń szkodliwymi czynnikami dla zdrowia takimi jak: hałas, drgania mechaniczne oraz zapylenie.
 5. Większość stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenie NDN, wskazuje na konieczność wzmocnienia działań prewencyjnych mających na celu ograniczenie negatywnego wpływu fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia.
 6. Znacząca ilość 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.
 7. Zapewnienie właściwych warunków środowiska termicznego oraz oświetlenia na stanowiskach pracy jest wymaganiem w znacznym stopniu nieprzestrzegany przez pracodawców w zakresie uciążliwości zawodowych.
 8. Obserwowana w latach 2011-2017 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 zakładach użytkujących aparaty rtg do celów medycznych w 2017 roku nie budził zastrzeżeń.

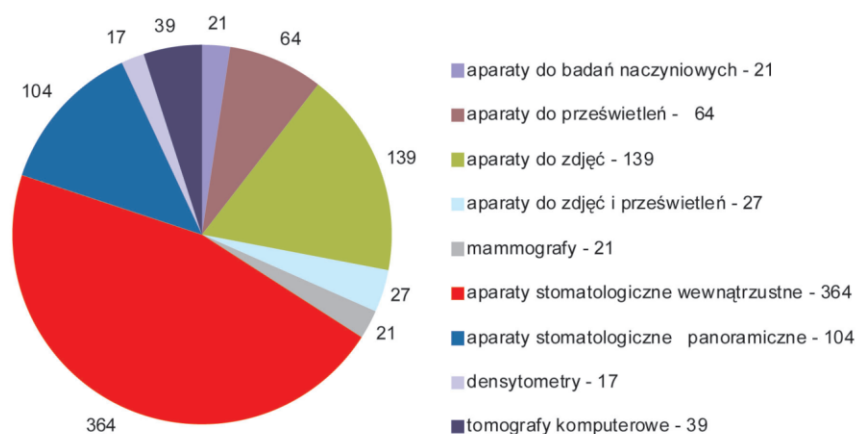
Nadzorem objęto w minionym roku prawie 360 jednostek organizacyjnych, w których użytkowano prawie 800 aparatów rtg. W województwie kujawsko-pomorskim w 2017 r. liczba pracowników zatrudnionych w narażeniu na promieniowanie jonizujące, objętych pomiarem dawki indywidualnej wynosiła ponad 2800 osób. Pracownicy stosowali odpowiednie środki ochrony osobistej oraz przestrzegali 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 zdrowotnej dopełniała obowiązków związanych z dozymetrią indywidualną (pomiar dawki na całe ciało oraz na skórę dłoni) oraz rozszerzoną opieką lekarską (badania wstępne i okresowe) pracowników.

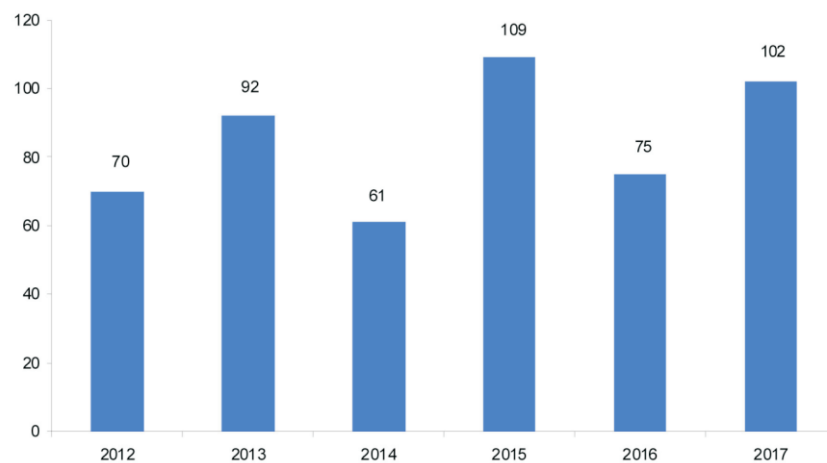
Liczba jednostek znajdujących się pod nadzorem Oddziału Higieny Radiacyjnej.



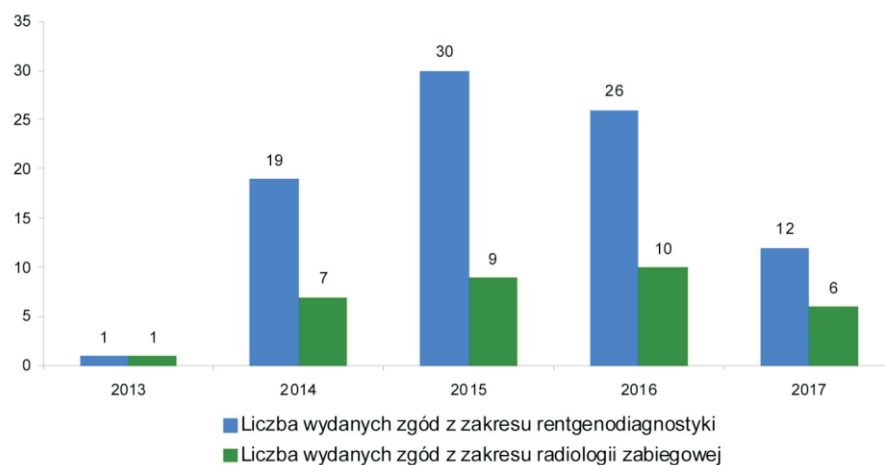
Liczba i rodzaj aparatury rentgenowskiej.



Liczba wydanych zezwoleń na aparaty rtg w latach 2012-2017.



Liczba wydanych zgód na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu badań rentgeno-diagnostycznych oraz radiologii zabiegowej w latach 2013-2017.



Ochrona radiologiczna pacjentów

W 2017 roku w trakcie czynności nadzorowych nad zakładami opieki zdrowotnej dużą wagę przykładano do oceny stanu ochrony radiologicznej pacjenta poprzez kontrolę i ocenę m.in.:

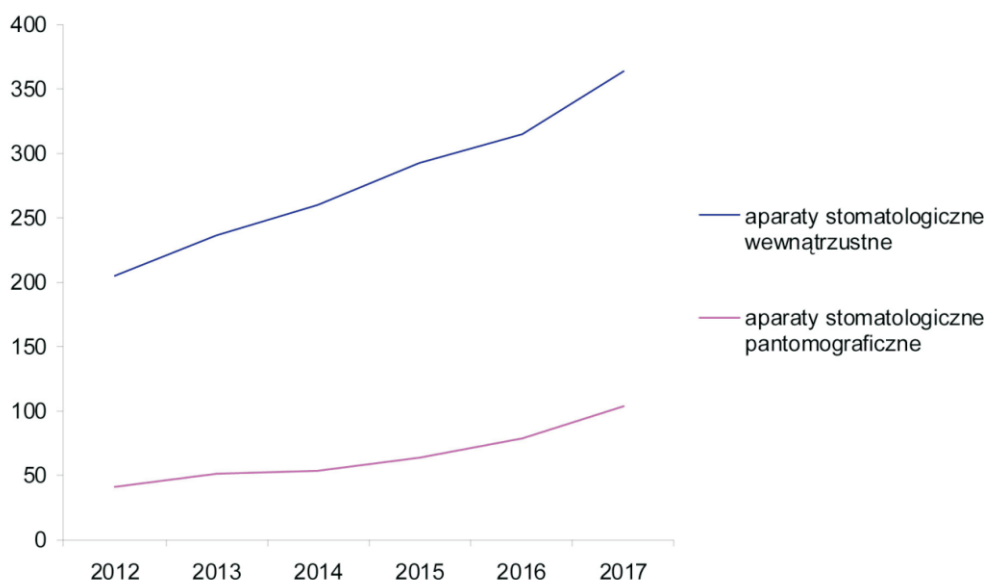
- wykonania testów specjalistycznych i testów podstawowych przy aparatach rtg,
- wyników testów specjalistycznych i testów podstawowych aparatów rtg pod kątem spełniania przez te aparaty kryteriów jakości parametrów technicznych określonych w aktach prawnych,
- stanu wdrożenia systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce w zakresie zarówno zgodności opracowania dokumentacji systemu z przepisami prawnymi jak i zakresu oraz właściwego wykonywania testów wewnętrznych,
- opracowania i wdrożenia roboczych medycznych procedur radiologicznych,
- 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.

Na przełomie ostatnich lat działalność kontrolno - nadzorowa 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.

Na przestrzeni ostatnich lat widać szczególnie wzrost liczby instalowanych aparatów rentgenowskich stosowanych w stomatologii.

Liczba aparatów rentgenowskich stosowanych w stomatologii.



Proces wymiany sprzętu rentgenodiagnostycznego na nowy, odpowiadający wymogom przepisów unijnych, w dalszym ciągu postępuje. Proces ten powinien być kontynuowany w latach kolejnych, co będzie podlegało ścisłemu monitoringowi ze strony Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Ochrona przed promieniowaniem elektromagnetycznym z zakresu 0 - 300 GHz

Ochrona personelu przed polami elektromagnetycznymi

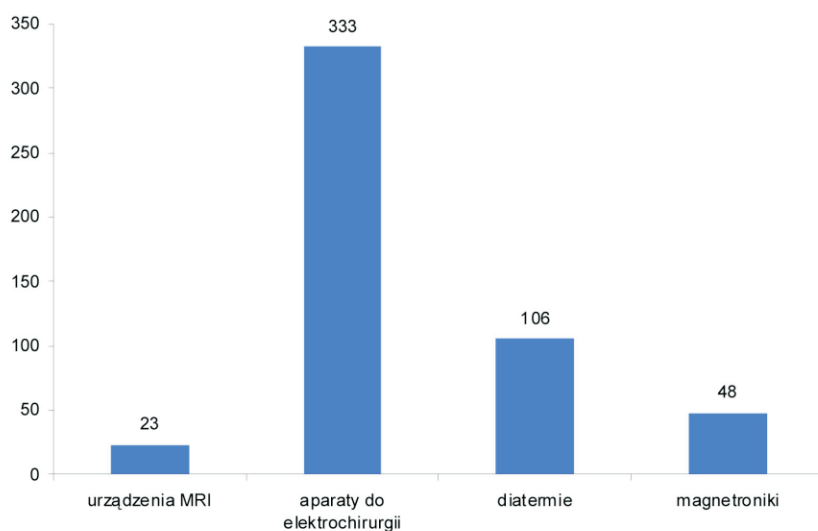
W 2017 roku nadzorem objętych było 206 jednostek organizacyjnych, w których użytkowano prawie 720 urządzeń wytwarzających promieniowanie elektromagnetyczne oraz ponad 950 instalacji radiokomunikacyjnych i urządzeń wykorzystywanych w łączności. W narażeniu na pole elektromagnetyczne pracowało około 3400 osób, przy instalacjach radiokomunikacyjnych było zatrudnionych około 400 osób.

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	140	23	117	0
	aparaty do elektrochirurgii	2492	1052	1432	8
	diatermie	502	203	299	0
	inne				
Przemysł	urządzenia do spawania	3	3	0	0
	elektrodrażarki	71	55	16	0
	urządzenia indukcyjne	57	42	15	0
	zgrzewarki	90	28	62	0
	inne	75	57	18	0
Radiokomunikacja i łączność	radiofoniczne	27	13	14	0
	telewizyjne				
	inne	380	315	65	0
Nauka	spektrometry EPR, NMR	4	4	0	0
	inne	25	21	4	0

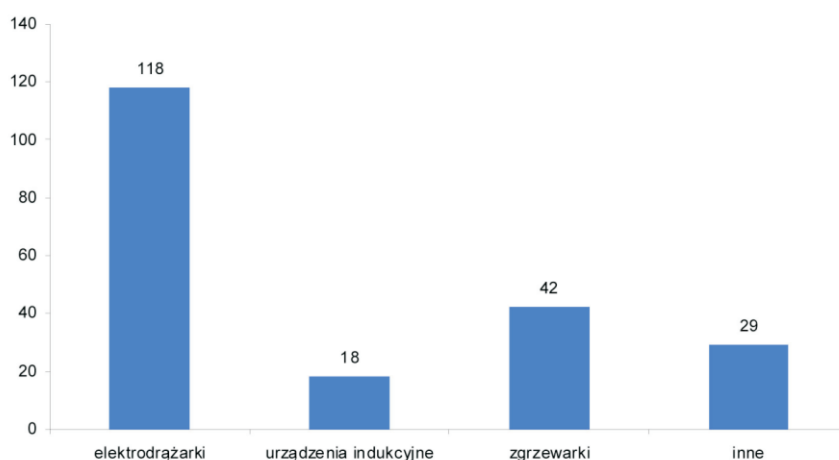
*Natężenie czynnika szkodliwego dla zdrowia stwierdzone w trakcie ostatniego pomiaru.

Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w ochronie zdrowia.



Na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2017 r. w zakładach użytkujących urządzenia wytwarzające promieniowanie elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości można stwierdzić, że badania okresowe pracowników zawodowo narażonych na promieniowanie elektromagnetyczne były przeprowadzane terminowo. Podobnie szkolenia w zakresie BHP przy stosowaniu urządzeń wysokiej częstotliwości były przeprowadzane systematycznie i w pełnym zakresie. Występowały 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 wydawaniem 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 przemyśle.



Ochrona ludności przed polami elektromagnetycznymi

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

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

Badania pola elektromagnetycznego

Pola elektromagnetyczne są jednym z czynników, których wpływ na środowisko szybko i stale rośnie. Z powodu ciągłego postępu technologicznego poziom natężenia pól elektromagnetycznych w środowisku będzie wzrastał nadal. Rozprzestrzenia się również niepokój i spekulacje na temat szkodliwości działania pola elektromagnetycznego na zdrowie człowieka.

Prowadzone badania wpływu pól elektromagnetycznych nie dały do tej pory jednoznacznej odpowiedzi, jaki poziom natężenia tych pól jest bezpieczny dla zdrowia. Międzynarodowa Agencja Badań nad Nowotworami (International Agency for Research on Cancer) zakwalifikowała w roku 2002 pole magnetyczne niskiej częstotliwości, a w 2013 roku pole elektromagnetyczne częstotliwości radiowych do grupy 2B: substancji możliwie rakotwórczych dla człowieka.

W połowie 2016 roku zmienione zostały przepisy dotyczące narażenia na pole elektromagnetyczne w środowisku pracy. Wydano:

- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy pracach związanych z narażeniem na pole elektromagnetyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 950),
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 czerwca 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 952).

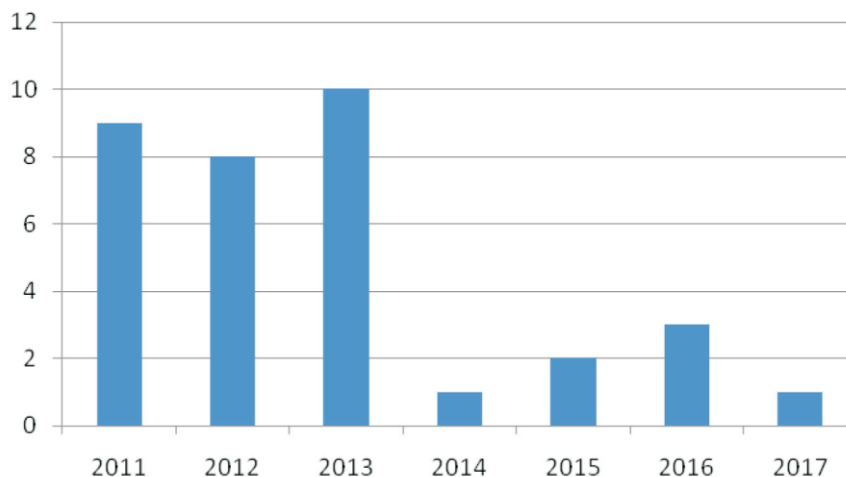
Rozporządzenie z dnia 29 czerwca 2016 w zakresie swojej regulacji wdraża dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/35/UE z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie minimalnych wymagań w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa dotyczących narażenia pracowników na zagrożenia spowodowane czynnikami fizycznymi (polami elektromagnetycznymi).

W celu zapewnienia, że występujące narażenie na pole elektromagnetyczne pozostaje na bezpiecznym, zgodnym z przepisami poziomie, w 2017 prowadzone były pomiary pola elektromagnetycznego w środowisku ogólnym i środowisku pracy. W badaniach środowiska ogólnego nie stwierdzono przekroczenia dopuszczalnych poziomów pola elektromagnetycznego w miejscach przebywania ogółu ludności, a w środowisku pracy przekroczenie wystąpiło przy jednym urządzeniu przemysłowym.

W 2017 roku wykonano badania wokół trzech stacji bazowych telefonii komórkowej i dwóch obiektów elektroenergetycznych. W wyniku przeprowadzonych badań nie stwierdzono przekroczeń granicznych poziomów natężenia pola elektromagnetycznego.

W 2017 roku wykonano badania przy 308 urządzeniach wytwarzających pola elektromagnetyczne w środowisku pracy. Zaobserwowano spadek liczby przekroczeń na stanowiskach pracy od momentu nowelizacji przepisów.

Liczba przekroczeń na stanowiskach pracy w latach 2011-2017.



Badania skażeń promieniotwórczych żywności i wody pitnej

Sytuacja radiacyjna kraju jest stale monitorowana przez systemy pomiaru skażeń promieniotwórczych. Istotnym elementem tego monitoringu w województwie jest Placówka podstawowa prowadząca pomiary skażeń promieniotwórczych.

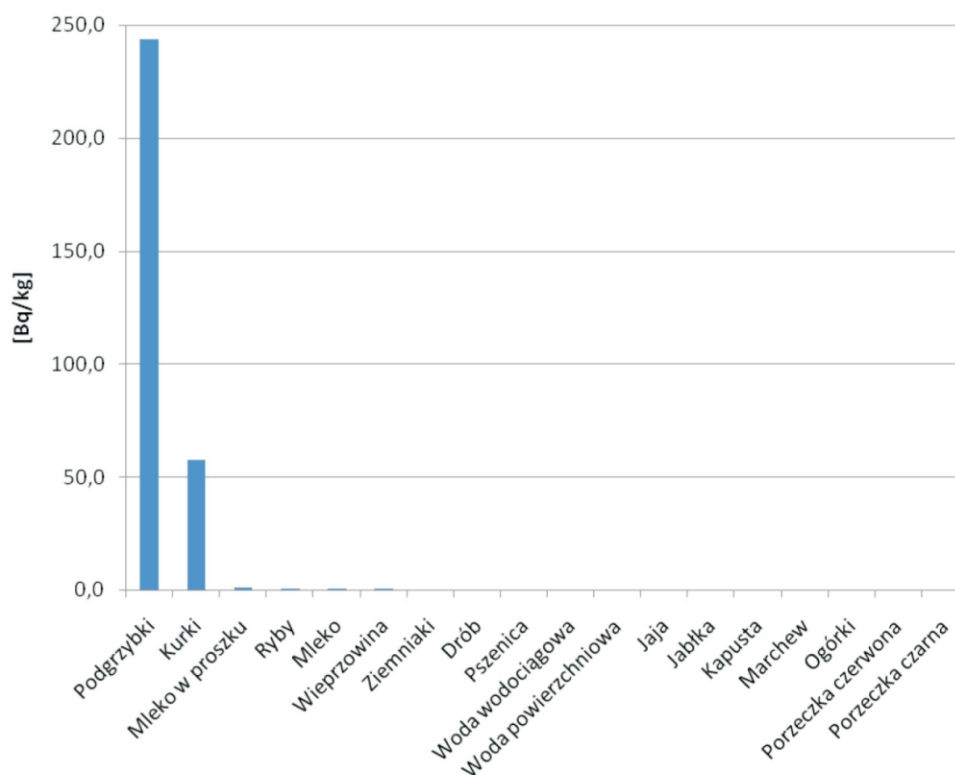
Placówka monitoruje stężenie promieniotwórcze izotopów Cs-137 (cezu-137) i Sr-90 (strontu-90) w wodzie, żywności i paszach.

W pierwszej połowie 2017 roku wykonano oznaczenia stężenia promieniotwórczego izotopu Cs-137 w 84 próbkach i Sr-90 w 3 próbkach.

W tabeli i na wykresie przedstawiono maksymalne zarejestrowane poziomy stężenia Cs-137 dla poszczególnych produktów z odniesieniem do wartości interwencyjnych dla danego rodzaju produktu.

Rodzaj próbki	Stężenie promieniotwórcze Cs-137 [Bq/kg]	Odniesienie do wartości interwencyjnych [%]
Podgrzybki	243,44	19,48%
Kurki	57,68	4,61%
Mleko w proszku	1,05	0,26%
Ryby	0,80	0,06%
Mleko	0,50	0,05%
Wieprzowina	0,40	0,03%
Ziemniaki	0,33	0,03%
Drób	0,28	0,02%
Pszenica	0,21	0,02%
Woda wodociągowa	< 0,20	-
Woda powierzchniowa	< 0,20	-
Jaja	< 0,20	-
Jabłka	< 0,20	-
Kapusta	< 0,20	-
Marchew	< 0,20	-
Ogórki	< 0,20	-
Porzeczka czerwona	< 0,20	-
Porzeczka czarna	< 0,20	-

Maksymalne zarejestrowane stężenie promieniotwórcze Cs-137 w próbkach żywności.



W kolejnej tabeli przedstawiono maksymalne zarejestrowane poziomy stężenia Sr-90 dla poszczególnych produktów z odniesieniem do wartości interwencyjnych dla danego rodzaju produktu.

Rodzaj próbki	Stężenie promieniotwórcze Sr-90 [Bq/kg]	Odniesienie do wartości interwencyjnych [%]
Mleko w proszku	< 1,50	-
Woda powierzchniowa	< 1,50	-
Pszenica	< 1,50	-

Zdarzenia radiacyjne

W 2017 roku na terenie województwa nie odnotowano zdarzeń radiacyjnych. Oddział Badań Radiacyjnych monitoruje całodobowo moc dawki promieniowania gamma w Bydgoszczy i we Włocławku. W ramach tego monitoringu prowadzone były automatyczne pomiary przestrzennej mocy dawki promieniowania gamma w powietrzu oraz pomiary spektrum promieniowania w celu identyfikacji izotopów promieniotwórczych mających wkład w rejestrowany poziom promieniowania. Wyniki mocy dawki prezentowane były na ogólnodostępnych dla ludności telebimie (Bydgoszcz) i wyświetlaczu (Włocławek). Rejestrowane poziomy mocy dawki pozostawały na bezpiecznym poziomie i oscylowały w granicach naturalnego tła od 0,092 do 0,128 $\mu\text{Sv/h}$.

W lutym 2017 roku Francuski Instytut Ochrony Radiologicznej i Bezpieczeństwa Atomowego (IRSN) poinformował, że w styczniu w Norwegii, Finlandii, Polsce, Czechach, Niemczech, Francji i Hiszpanii stwierdzono podwyższony poziom jodu-131 w powietrzu. W Polsce podwyższone poziomy odnotowano w dniach 9-16 stycznia. Pomiaru dokonała sieć specjalistycznych stacji monitorujących skażenie w powietrzu. Zanotowane poziomy wynosiły kilka mikro Bq/m^3 i nie stanowiły żadnego zagrożenia dla zdrowia ludzi i środowiska. Dla porównania aktywność powietrza w pomieszczeniach mieszkalnych wynikająca z rozpadu naturalnych izotopów promieniotwórczych wynosi ok. 50 Bq/m^3 , a więc ok. 10000000 razy więcej.

We wrześniu w niektórych mediach i na portalach społecznościowych pojawiała się nieprawdziwa informacja związana z bezpieczeństwem belgijskiej elektrowni jądrowej Tihange.

W październiku 2017 roku stwierdzono podwyższony poziom rutenu-106 w powietrzu w Polsce i w innych krajach europejskich. Pomiaru dokonała sieć specjalistycznych stacji monitorujących skażenie w powietrzu. Zanotowane poziomy wynosiły 6,4 mBq/m^3 i nie stanowiły żadnego zagrożenia dla zdrowia ludzi i środowiska.

Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy we wszystkich trzech przypadkach opublikował stosowny komunikat dotyczący zaistniałych sytuacji na stronie internetowej.

Kontrola jakości medycznych aparatów rentgenowskich

Zgodnie z zaleceniami międzynarodowymi oraz polskimi przepisami, istotnym elementem ochrony radiologicznej pacjenta jest jakość obrazowania. Do oceny spełnienia wymagań stosuje się szereg testów specjalistycznych kontroli jakości przy aparatach rentgenowskich stosowanych w diagnostyce w służbie zdrowia.

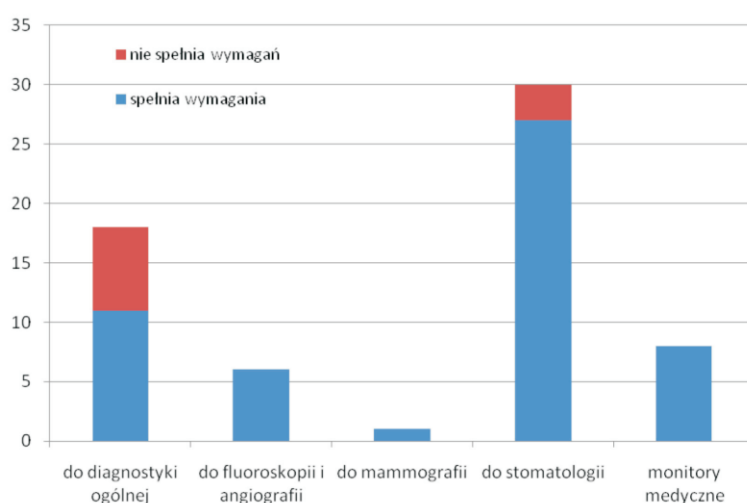
W 2017 r. Oddział Badań Radiacyjnych dostosował zakres i stosowane metody wykonywanych testów specjalistycznych aparatury rtg do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. 2015 poz. 2040)

i podczas auditu Polskiego Centrum Akredytacji uzyskał akredytację na wykonywanie testów specjalistycznych aparatów rtg i monitorów służących do prezentacji obrazów medycznych.

W 2017 roku wykonano testy specjalistyczne dla 63 urządzeń stosowanych w rentgenodiagnostyce, z czego 10 nie spełniło wymagań i musiały zostać poddane naprawie lub likwidacji.

W tabeli i na wykresie przedstawiono liczbę kontrolowanych aparatów z podziałem na rodzaj aparatu i liczbę aparatów niespełniających wymagań.

Rodzaj urządzenia stosowanego w rentgenodiagnostyce	Liczba skontrolowanych aparatów	Liczba aparatów niespełniających wymagań
do diagnostyki ogólnej	18	7
do fluoroskopii i angiografii	6	0
do mammografii	1	0
do stomatologii	30	3
monitory medyczne	8	0



Liczba aparatów niespełniających wymagań w 2017 roku wzrosła. Wzrost liczby aparatów z przekroczeniami częściowo można uzasadnić faktem, że typowane do kontroli były aparaty starsze.

Rok	Odsetek aparatów niespełniających wymagań
2015	13%
2016	9%
2017	16%

Pomiary mocy dawki promieniowania rentgenowskiego na stanowiskach pracy i w nowo otwartych pracowniach rtg

W grudniu 2016 roku Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy zakupiła nowy miernik umożliwiający m.in. pomiar mocy dawki środowiskowej promieniowania emitowanego przez aparaty rtg. Pozwoliło to zrealizować pomiary dozymetryczne w pracowniach rtg i miejscach dostępnych dla ludności w otoczeniu użytkowanych aparatów rentgenowskich.

W 2017 roku wykonano pomiary dozymetryczne przy 14 aparatach rtg. Nie zanotowano przekroczeń dopuszczalnych poziomów promieniowania.



NADZÓR ZAPOBIEGAWCZY



Do zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej z zakresu zdrowia publicznego należy eliminowanie nieprawidłowości natury sanitarnej już na etapie planowania, projektowania, realizacji i dopuszczania do użytkowania obiektów budowlanych. Zadania te realizowane były 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 technicznych 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 właściwi państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni, Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny oraz rzeczoznawcy ds. sanitarnohigienicznych posiadający odpowiednie uprawnienia nadane przez Głównego Inspektora Sanitarnego.

Z tego zakresu w 2017 roku wydane zostało ogółem 8182 opinii, co jest wartością nieznacznie niższą o około 1,2% w stosunku do roku 2016.

Znaczącą liczbę ogółem wydanych opinii stanowiły stanowiska zajęte w ramach procedury oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko - 840.

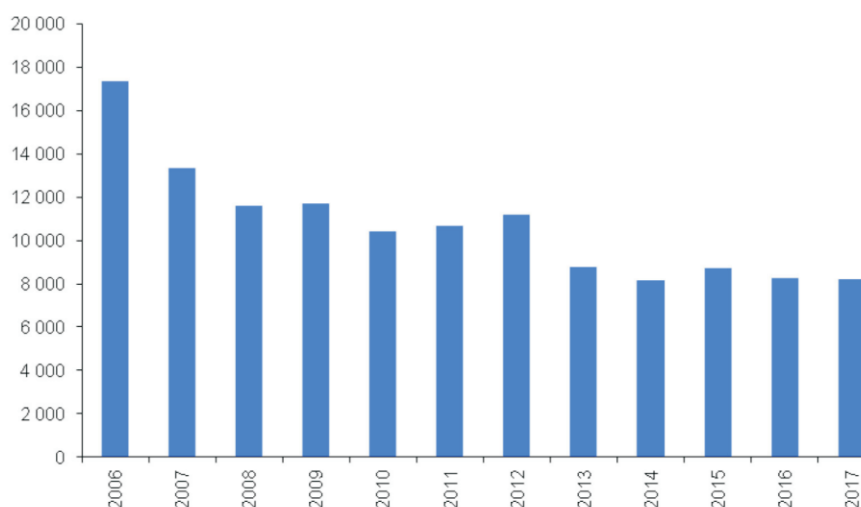
W roku 2017 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko wydały ogółem 705 opinii.

W zakresie projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego oraz studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w minionym roku 218 razy zajęły stanowisko w trybie ustawy o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym.

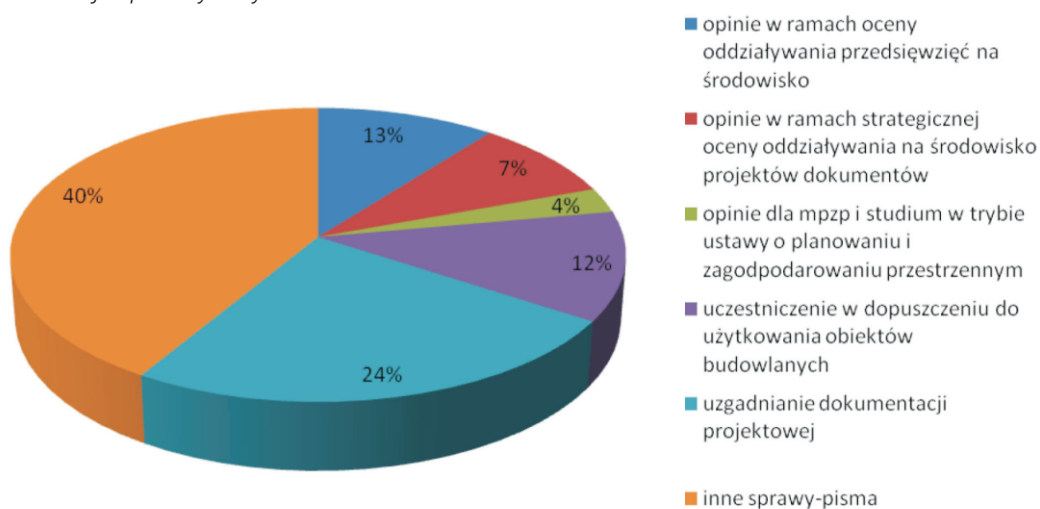
W procesie inwestycyjnym przedsięwzięć organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa uzgadniały projekty budowlane i z tego zakresu wydano 1950 takich uzgodnień.

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 oświetlonych wyłącznie światłem sztucznym. Kompetencje z tego zakresu spraw należały do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy, który w minionym roku wydał 161 takich zgód. Decyzje te wydawane były w porozumieniu i po uzyskaniu opinii Okręgowego Inspektora Pracy w Bydgoszczy. Ponadto w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczyli w przekazywaniu obiektów do użytkowania, w sprawie których wydano łącznie 956 opinii.

Liczba opinii wydanych w latach 2006-2017.



Odsetek i rodzaje opinii wydanych w 2017 roku.



Wniosek - w porównaniu z latami ubiegłymi zauważalna była niewielka tendencja malejąca ogólnej liczby prowadzonych spraw. Jednakże spadek ten w porównaniu z minionym rokiem był nieznaczny i może on świadczyć o stabilizacji gospodarczej.

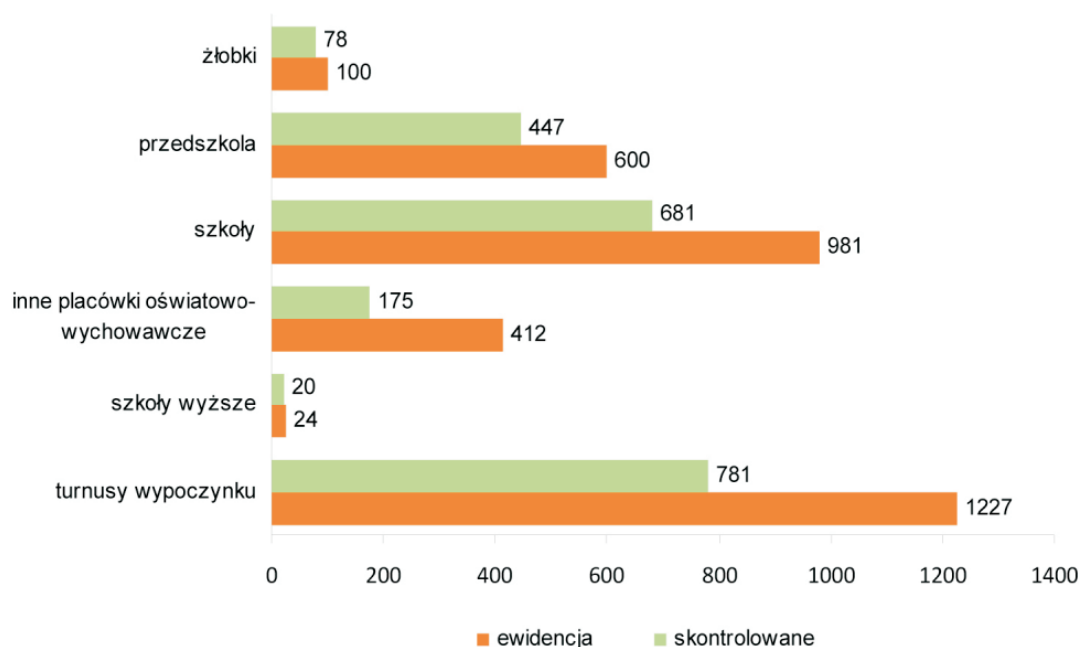
HIGIENA DZIECI I MŁODZIEŻY



Warunki sanitarno-higieniczne w szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych.

Środowisko dzieci i młodzieży jest przedmiotem szczególnej uwagi w ramach ochrony zdrowia publicznego, w związku z tym działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej ukierunkowana była na poprawę stanu sanitarno-higienicznego miejsc nauki, pobytu, wypoczynku i rekreacji. W celu kompleksowej oceny placówek nauczania, wychowania i wypoczynku prowadzono wspólne kontrole z pracownikami innych pionów nadzoru. Bieżący nadzór sanitarny obejmował kontrole przestrzegania przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny w szkołach, placówkach i turnusach wypoczynku dzieci i młodzieży, spełnienia wymagań dla urządzeń i sprzętu stanowiących wyposażenie oraz ocenę higieny procesów nauczania. W trakcie kontroli dokonywano oceny stanu sanitarnego budynków, sal lekcyjnych i pracowni szkolnych, pomieszczeń sportowych, sanitarnych, a także ciągów komunikacyjnych i terenu wokół placówek. W 2017 r. państwowi inspektorzy sanitarni w województwie kujawsko-pomorskim objęli nadzorem 2117 stałych placówek oświatowych i wychowawczych oraz 1227 turnusów wypoczynku.

Liczba placówek objętych nadzorem w 2017 roku.



Ocenę stanu sanitarnego nadzorowanych obiektów prowadzono zgodnie z jednolitymi procedurami i instrukcją w obszarze higieny dzieci i młodzieży. W ramach oceny stanu sanitarno-technicznego i warunków pobytu w placówkach przeprowadzono 2982 kontrole, w tym: 2199 w placówkach stałych i 783 w placówkach sezonowych. Skontrolowano 1401 szkół i placówek, co stanowiło 66,2% ujętych w ewidencji tj. 78 żłobków, 447 przedszkoli, 681 szkół, 20 szkół wyższych, 175 innych placówek oświatowo-wychowawczych i 781 turnusów wypoczynku. W skontrolowanych placówkach uczęszczało i przebywało 303579 dzieci i młodzieży oraz 33019 uczestników wypoczynku. Wydano 219 decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

Liczba placówek pod nadzorem stacji sanitarno-epidemiologicznych w 2017 roku.

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w:	Placówki oświatowo-wychowawcze			Turnusy wypoczynku		
	w ewidencji	skontrolowane	liczba dzieci i młodzieży	w ewidencji	skontrolowane	liczba uczestników
Aleksandrowie Kujawskim	50	47	6518	17	2	36
Brodnicy	69	69	10557	92	77	3588
Bydgoszczy	401	325	105392	176	175	7037
Chełmnie	48	45	6249	10	5	240
Golubiu-Dobrzyniu	43	43	5597	11	7	410
Grudziądzu	125	85	13716	51	25	1025
Inowrocławiu	142	75	15074	47	35	1861
Lipnie	72	69	8797	20	20	731
Mogilnie	45	36	4810	49	28	1447
Nakle	120	50	6869	22	11	961
Radziejowie	28	28	4588	2	1	18
Rypinie	37	37	5867	10	10	223
Sępólnie Krajeńskim	41	34	5943	47	47	1403
Świeciu	84	41	6411	63	25	1371
Toruniu	345	108	32888	231	95	2676
Tucholi	66	66	11051	173	59	2755
Wąbrzeźnie	32	32	4229	8	8	209
Włocławku	165	150	30012	80	57	2446
Żninie	59	44	9038	118	94	4582
WSSE w Bydgoszczy	145	17	9973	0	0	0
RAZEM:	2117	1401	303579	1227	781	33019

Badania środowiska fizycznego

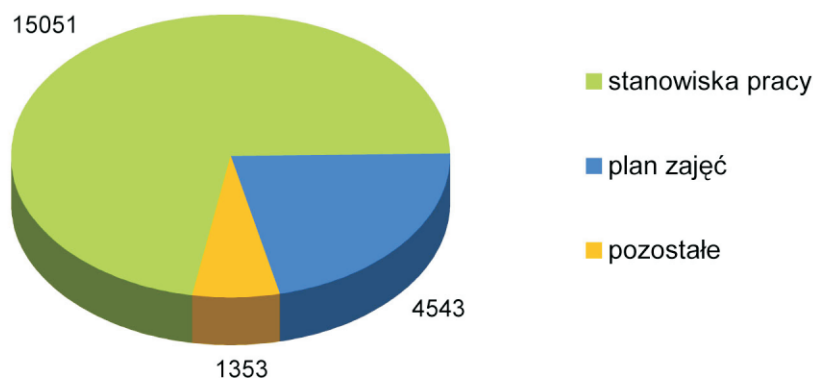
Środowisko fizyczne szkoły ma istotny wpływ na zdrowie, samopoczucie uczniów i efektywne uczenie się oraz bezpośrednio wpływa na aktywność życiową jak i zawodową każdego człowieka. Ma ono charakter stymulujący, ukierunkowujący i organizujący działalność zarówno uczniów jak i pracowników szkoły. Powinno także chronić przed występowaniem niekorzystnych dla zdrowia zjawisk m.in. zaburzeń układu ruchu lub wzroku.

Przedmiotem analizy pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej były wybrane elementy środowiska fizycznego, które pozwoliły na szczegółową ocenę warunków pobytu i nauki tj. stanowisko pracy ucznia, plan zajęć, natężenie oświetlenia sztucznego i temperatura powietrza w pomieszczeniach. W ramach nadzoru nad warunkami higieny procesów nauczania łącznie wykonano 20947 badań fizycznych.

Tygodniowy rozkład lekcji oceniono w 4543 oddziałach. Niewłaściwy plan zajęć dydaktyczno-wychowawczych stwierdzono w 125 oddziałach (2,7%), w tym w 67 oddziałach szkół podstawowych,

3 oddziałach gimnazjum i w 55 oddziałach zespołów szkół. W okresie sprawozdawczym w ramach oceny warunków pracy badaniu poddano 15051 stanowisk pracy ucznia/przedszkolaka. Niedostosowanych do możliwości użytkowników było 337 stanowisk (2,2%).

Oceniane elementy środowiska szkolnego.



Ponadto w placówkach wykonano 1062 badania, w tym temperatury powietrza, natężenia oświetlenia sztucznego i ciężaru tornistrów szkolnych.

Stan sanitarno-techniczny budynków

W placówkach oświatowych i wychowawczych należy zapewnić uczniom i wychowankom bezpieczne i higieniczne warunki nauki i zabawy poprzez przestrzeganie obowiązujących przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy.

Budynki w złym stanie higieniczno-sanitarnym i technicznym stwierdzono w 1,4% placówek. Wymagają prac remontowych w szerokim zakresie tj. doprowadzenia do właściwego stanu stolarki okiennej lub drzwiowej, podłóg i instalacji sanitarnej.

Niezbędnymi elementami warunkującymi utrzymanie higieny jest wyposażenie budynku w instalację wodociągową, kanalizację oraz dostosowanie odpowiedniej liczby urządzeń sanitarnych do liczby dzieci. Wszystkie skontrolowane placówki oświatowo-wychowawcze czerpały wodę z wodociągów publicznych.

Nieczystości płynne do bezodpływowych zbiorników (szambo) lub do własnych oczyszczalni ścieków odprowadzało 220 placówek. Skontrolowane placówki nie posiadały ustępów zewnętrznych. Ponadto 13 placówek nie zachowało standardów dostępności do urządzeń sanitarnych.

Warunki do utrzymania higieny osobistej w szkołach

W związku z koniecznością zapewnienia uczniom i wychowankom dostępu do bieżącej ciepłej wody oraz obowiązkiem utrzymania urządzeń sanitarnohigienicznych w stanie pełnej sprawności technicznej i czystości w trakcie kontroli oceniano stan techniczny sanitariatów, wyposażenie w papier toaletowy, mydło, suszarki do rąk lub ręczniki jednorazowe. Niewłaściwe warunki do utrzymania higieny osobistej stwierdzono w 15 placówkach (1,1%) z powodu złego stanu technicznego pomieszczeń i urządzeń sanitarnych.

Skontrolowane placówki z wyjątkiem jednej szkoły podstawowej zapewniły uczniom i wychowankom dostęp do ciepłej bieżącej wody przy umywalkach w sanitariatach i wyposażenie w środki higieny osobistej. W celu usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w okresie sprawozdawczym wyda-

no 11 decyzji administracyjnych.

Oceniając stan sanitarno-techniczny i warunki pobytu w placówkach wykazano, że właściwy stan higieniczno-sanitarny i techniczny zapewniło 98,9% placówek.

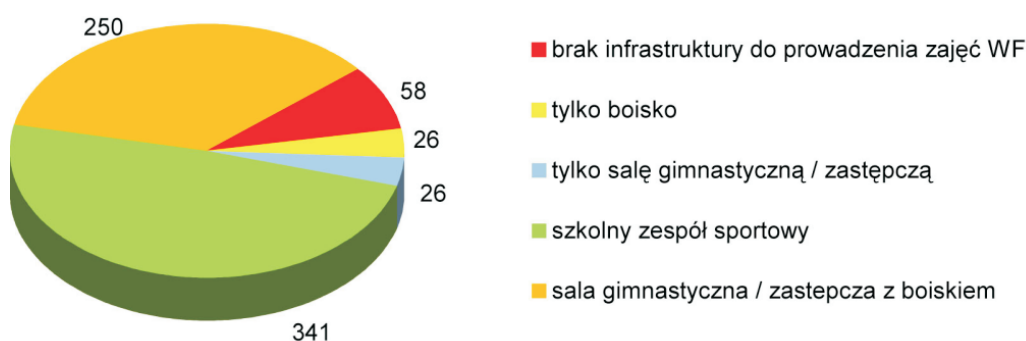
Infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

Odpowiednia infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego wpływa na skuteczność i efektywność pracy nauczyciela, zabezpiecza realizację programu nauczania, zapewnia bezpieczeństwo użytkownikom, a także kształtuje wśród uczniów pozytywne postawy i zachowania, dzięki którym w przyszłości, jako dorośli będą umieli dbać o swoje zdrowie i sprawność fizyczną. Bazę do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego stanowiły szkolne zespoły sportowe, sale gimnastyczne/zastępcze i boiska.

W ramach oceny infrastruktury sportowej, urządzeń i sprzętu stwierdzono, że zapleczem sportowym umożliwiającym prowadzenie zajęć wychowania fizycznego nie dysponowało 58 szkół (8,3%). Lekcje WF tylko na boisku mogło realizować 26 (3,7%) szkół.

Jako całą infrastrukturę sportową 26 szkół (3,7%) miało jedynie salę gimnastyczną lub salę zastępczą.

Warunki do realizacji zajęć wychowania fizycznego w szkołach.



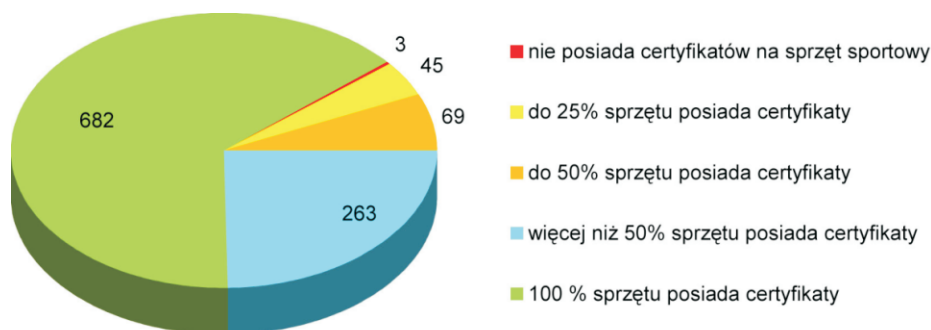
Szkolne zespoły sportowe, wyposażone w natryskownię posiadało 341 skontrolowanych szkół (48,6%). Niezależnie od posiadanej infrastruktury w 3,1% tych szkół zajęcia wychowania fizycznego były prowadzone na korytarzach szkolnych.

Pomimo braku dostatecznej infrastruktury sportowej szkoły stwarzały uczniom możliwość korzystania z innych obiektów sportowych tj. basenu (21,2%), boisk innych szkół (9,2%), sal gimnastycznych (4,1%), hal sportowych (8,8%) i siłowni (4,1%).

Dyrektorzy od 1997 r. zobowiązani są do wyposażania placówek wyłącznie w bezpieczne wyroby tzn. nabywania mebli szkolnych i urządzeń sportowych, które posiadają odpowiednie atesty lub certyfikaty. Z przeprowadzonych kontroli wynika, że 1062 placówki dokonywały zakupu urządzeń i sprzętu sportowego po tym terminie. Spośród nich tylko 3 placówki nie posiadały w dokumentacji certyfikatów na nabyty sprzęt sportowy.

W salach i na boiskach oraz w miejscach wyznaczonych do uprawiania ćwiczeń fizycznych, gier i zabaw były umieszczone tablice informacyjne określające zasady bezpiecznego użytkowania urządzeń i sprzętu sportowego.

Posiadanie certyfikatów na urządzenia i sprzęt sportowy zakupiony po 1997 r.

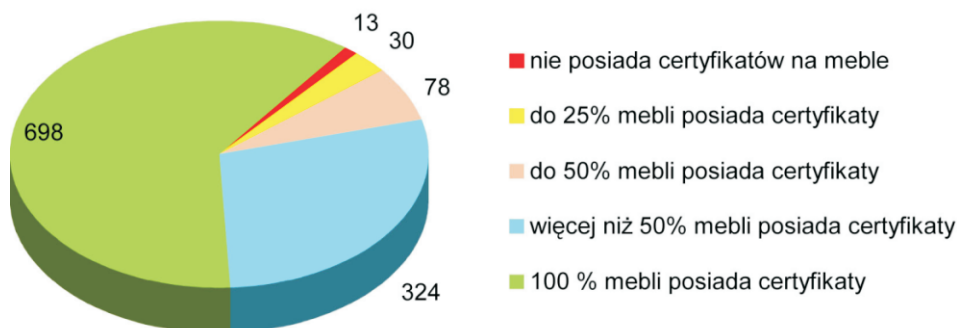


Meble przedszkolne i szkolne

Zdrowie dzieci i młodzieży w każdym społeczeństwie jest przedmiotem szczególnej troski i stanowi problem o kluczowym znaczeniu. Stosowanie zasad ergonomii sprzyja tworzeniu jak najlepszych warunków nauki i pracy. Przestrzeganie zasad higieny procesu nauczania służy ochronie zdrowia uczniów przed wpływem niekorzystnych czynników występujących w środowisku szkolnym. Podstawowym czynnikiem wpływającym na zachowanie prawidłowej postawy jest korzystanie z mebli właściwie dobranych do wysokości ciała. W trakcie przeprowadzanych kontroli pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawdzali wyposażenie placówek w ergonomiczne meble posiadające atesty lub certyfikaty, ich oznakowanie, prawidłowe zestawienie oraz dostosowanie do wzrostu ucznia.

W okresie sprawozdawczym w ramach oceny warunków pracy badaniu poddano 15051 stanowisk pracy ucznia/przedszkolaka. Niedostosowanych do możliwości fizycznych użytkowników było 337 stanowisk (2,2%), w tym: 100 stanowisk w przedszkolach i 232 stanowiska w szkołach podstawowych i 5 stanowisk w zespołach szkół.

Posiadanie certyfikatów na meble zakupione po 1997 r.



Z przeprowadzonych kontroli wynika, że po 1997 r. aż 1143 placówki uzupełniały wyposażenie w meble edukacyjne. Spośród nich 13 w dokumentacji zakupu nie posiadało dla nich stosownych certyfikatów.

Szkoły wyższe

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawując bieżący nadzór sanitarny skontrolowała 8 publicznych i 12 niepublicznych placówek, w których absolwenci liceów i technik mogli uzyskać wykształ-

cenie wyższe. W ocenionych szkołach kształciło się ogółem 35027 studentów, w tym: 23670 w szkołach publicznych i 11357 w szkołach niepublicznych. W ramach nadzoru nad warunkami nauczania w szkołach wyższych przeprowadzono 52 kontrole sanitarne. W 2 obiektach stwierdzono nieprawidłowości stanu sanitarno-higienicznego i technicznego.

Wypoczynek dzieci i młodzieży

Zgodnie z ustawą o systemie oświaty w czasie wolnym od zajęć szkolnych dla uczniów mogą być organizowane kolonie, obozy i inne formy wypoczynku. Różnorodne formy wypoczynku uzupełniają ofertę przedszkoli, szkół i placówek w zakresie aktywności fizycznej oraz rozwoju zainteresowań krajoznawczych, turystycznych, sportowych czy kulturalnych. Organizatorzy wypoczynku dla dzieci i młodzieży szkolnej są zobowiązani do zapewnienia bezpiecznych warunków i właściwej opieki wychowawczej.

W trakcie kontroli warunków higieniczno-sanitarnych wypoczynku dzieci i młodzieży oceniano spełnienie przez organizatorów wymagań w odniesieniu do stanu i wyposażenia miejsc pobytu uczestników, zaopatrzenia w wodę, zaplecza sanitarnego, gromadzenia odpadów stałych i odprowadzania ścieków oraz warunków do prowadzenia żywienia. W ramach sprawowanego bieżącego nadzoru sanitarnego w 2017 r. łącznie skontrolowano 781 turnusów, w tym 185 zimowych i 596 turnusów letnich. Z wypoczynku skorzystało 33019 uczestników.

Nieprawidłowości w zakresie warunków do prowadzenia żywienia stwierdzono na 5 turnusach wypoczynku. Usunięto je natychmiast lub w krótkich terminach, w związku z tym wystawiono decyzje płaćnicze umarzające postępowanie administracyjne. Na 3 turnusach stwierdzono zły stan sanitarno-higieniczny i techniczny bazy mieszkalnej tj. domków typu Tramp i domków murowanych, toalet dla uczestników wypoczynku oraz brak wyposażenia w środki higieniczne.

W przypadku wypoczynku organizowanego w formach wyjazdowych najczęstsza lokalizacja turnusów wynikająca z walorów krajobrazowych i posiadanej bazy turystycznej to powiaty: żniński, brodnicki, tucholski, sępoleński i bydgoski. Z wypoczynku w miejscu zamieszkania najwięcej dzieci i młodzieży skorzystało w Bydgoszczy, Toruniu i Włocławku.

Zajęcia dla uczestników wypoczynku realizowane były zgodnie z ustalonym harmonogramem (wyjścia na basen, do kina, kręgielni, muzeów, wycieczki tramwajem wodnym, nauka i doskonalenie umiejętności jazdy konnej, konkursy plastyczne, konkursy tańca towarzyskiego, zajęcia sportowe, spotkania z przedstawicielami policji). W okresie wakacji letnich na nadzorowanym terenie działały również placówki kulturalno-oświatowe, prowadzące działalność całoroczną tj.: biblioteki, domy kultury i świetlice wiejskie, które zapewniły możliwość korzystania z bogatej oferty zajęć. W trakcie przebiegu wypoczynku współpracowano z przedstawicielami Kuratorium Oświaty, Państwowej Straży Pożarnej i Policji.

Wnioski

1. Właściwy stan higieniczno-sanitarny i techniczny stwierdzono w 98,6% placówek.
2. Wszystkie placówki oświatowo-wychowawcze były podłączone do wodociągu.
3. Właściwe warunki do utrzymania higieny osobistej zapewniło 98,9% szkół.
4. Standardy dostępności do urządzeń sanitarnych zapewniło 99,1% placówek.
5. Jedna szkoła podstawowa nie zapewniła uczniom dostępu do ciepłej bieżącej wody przy umywalkach w sanitariatach.

OŚWIATA ZDROWOTNA



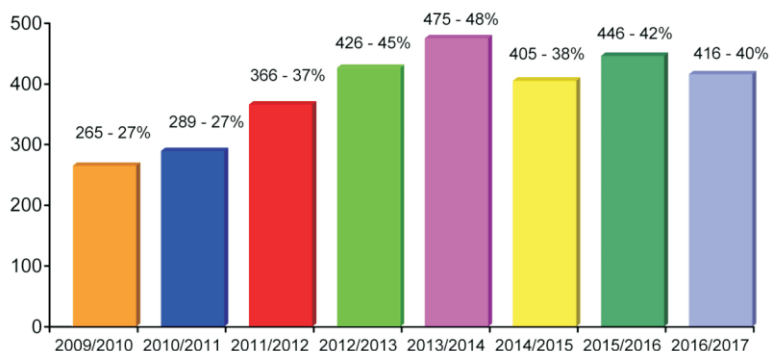
W 2017 roku PIS na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zrealizowała interwencje oświatowo-zdrowotne dotyczące m.in. profilaktyki uzależnień, chorób zakaźnych, czy też profilaktyki nadwagi i otyłości.

Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce

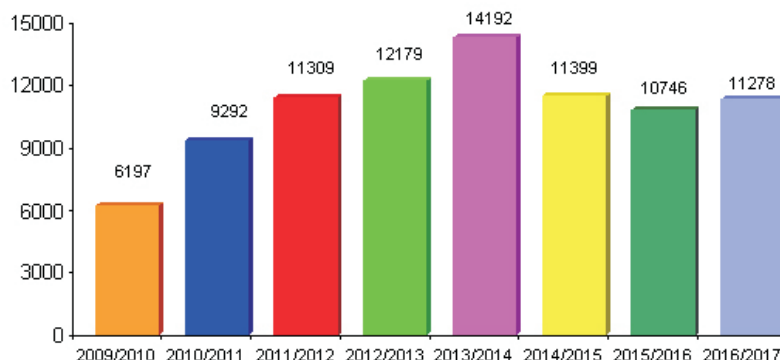
W 2017 roku, w ramach POZNPT realizowano następujące inicjatywy:

1. Program edukacyjny „Czyste powietrze wokół nas” adresowany do dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów; program ma na celu wzrost kompetencji rodziców w zakresie ochrony dzieci przed ekspozycją na dym tytoniowy oraz zwiększenie umiejętności dzieci w zakresie radzenia

Liczba przedszkoli, oddziałów przedszkolnych oraz innych form wychowania przedszkolnego biorących udział w programie.



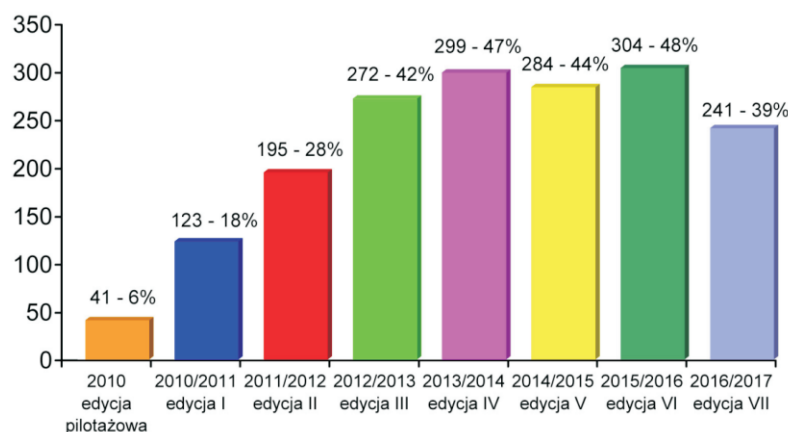
Liczba dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym - adresatów programu.



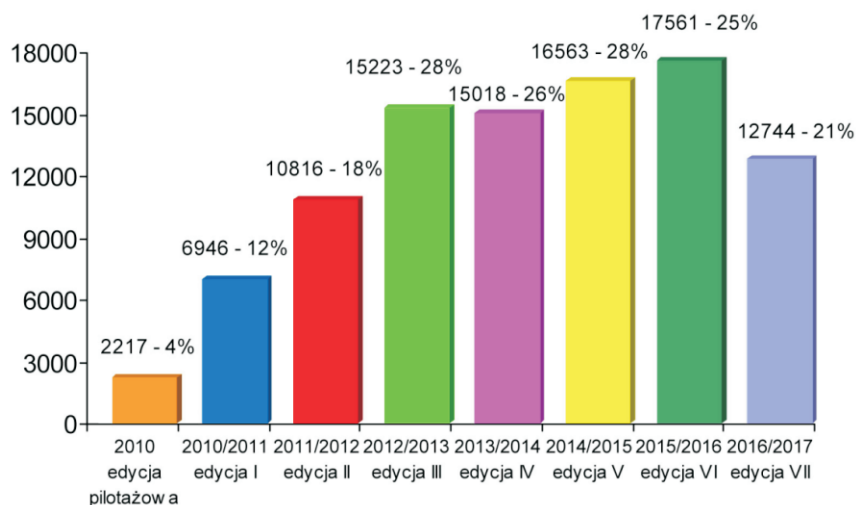
sobie w sytuacjach, gdy przebywają w zadymionych pomieszczeniach lub gdy dorośli palą przy nich tytoń; łącznie w programie w roku szkolnym 2016/2017 udział wzięło 11278 dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym z 416 placówek.

2. Program edukacji antytytoniowej „Nie pal przy mnie, proszę” adresowany do uczniów klas I-III szkół podstawowych. Program poza takimi celami jak kształtowanie u dzieci postaw odpowiedzialności za własne zdrowie, uświadomienie, że palenie tytoniu jest szkodliwe dla zdrowia, ma przede wszystkim na względzie wykształcenie u dzieci świadomej umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, w których inne osoby palą przy nich papierosy. Łącznie w roku szkolnym 2016/2017 edukacją objęto 12744 uczniów z 241 szkół podstawowych.

Liczba placówek (szkół podstawowych) realizujących program w kolejnych edycjach.

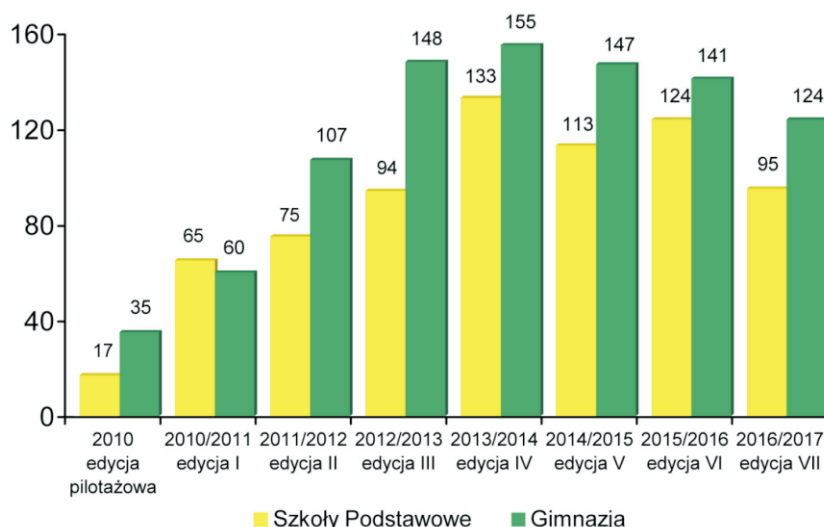


Liczba uczniów szkół podstawowych, uczestniczących w kolejnych edycjach programu.

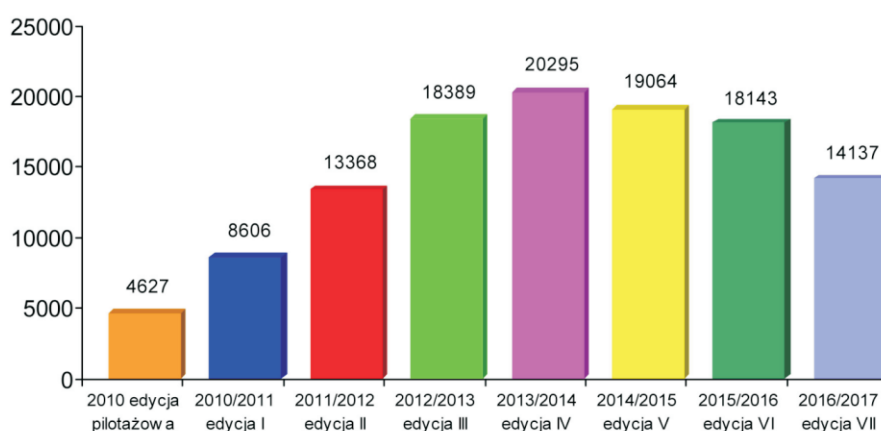


3. Program profilaktyki palenia tytoniu „Znajdź właściwe rozwiązanie” kierowany do starszych klas szkół podstawowych i szkół gimnazjalnych; program ma na celu kształtowanie postaw sprzyjających wspieraniu osób, które zamierzają zerwać z nałogiem oraz zwiększenie odpowiedzialności za zdrowie wśród uczniów; w roku szkolnym 2016/2017 w programie uczestniczyło 10896 uczniów szkół gimnazjalnych i 3241 uczniów szkół podstawowych, odpowiednio z 124 szkół gimnazjalnych i 95 szkół podstawowych.

Liczba placówek (szkół podstawowych i gimnazjalnych) biorących udział w programie.



Liczba uczniów (szkół podstawowych i gimnazjalnych) biorących udział w programie.



Programy „Nie pal przy mnie, proszę” oraz „Znajdź właściwe rozwiązanie” decyzją Głównego Inspektora Sanitarnego od roku szkolnego 2015/2016 nie jest realizowany na poziomie ogólnopolskim. W województwie kujawsko-pomorskim z uwagi na duże zainteresowanie tematyką antytytoniową programy te są nadal kontynuowane.

- Program antytytoniowej edukacji zdrowotnej „Bieg po zdrowie” dla IV klas szkół podstawowych to ogólnopolski program skierowany do dzieci 9-10 letnich oraz ich rodziców i opiekunów; główny jego cel to zwiększenie wiedzy i umiejętności uczniów na temat zdrowia w kontekście szkodliwości palenia papierosów; forma programu pozwala na wzmocnienie poczucia własnej wartości, przygotowuje do świadomych wyborów w obszarze własnego zdrowia oraz sprzyja wyrażaniu własnych oczekiwań i opinii; w I edycji programu uczestniczyło 2687 (20%) uczniów, 2429 rodziców i opiekunów ze 122 szkół podstawowych województwa kujawsko-pomorskiego.
- Światowy Dzień bez Tytoniu - 31 maja. W 2017 roku Światowy Dzień bez Tytoniu obchodzony był pod hasłem „Tobacco - a threat to development” („Tytoń - zagrożenie dla rozwoju”). Podejmowane działania służyły zwróceniu uwagi na konieczność ochrony obecnych, jak i przyszłych pokoleń przed następstwami używania tytoniu oraz ryzyko zdrowotne związane z paleniem tytoniu.

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy z okazji Światowego Dnia bez Tytoniu w dniu 31 maja zorganizowała akcję informacyjno-edukacyjną wraz z Narodowym Funduszem Zdrowia Oddziałem Kujawsko-Pomorskim oraz Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Przychodnią Łomżyńską. W ramach wspólnych działań w siedzibie WSSE w Bydgoszczy udzielano informacji nt. Programu Profilaktyki Chorób Odtyniowych (w tym POChP), wykonywano badania spirometryczne oraz badania poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu. Ponadto w celu przygotowania środowiska szkolnego do aktywnego podjęcia działań na rzecz profilaktyki palenia tytoniu edukatorzy WSSE w Bydgoszczy w okresie od stycznia do maja 2017 roku przeprowadzili zajęcia edukacyjne, w których uczestniczyło ponad 400 osób.

We wszystkich działaniach edukacyjnych (szkoleniach, zajęciach edukacyjnych, akcjach informacyjnych, happeningach, itp.) podjętych na okoliczność Światowego Dnia bez Tytoniu przez WSSE w Bydgoszczy i PSSE województwa kujawsko-pomorskiego uczestniczyło niemal 17000 osób.

6. Światowy Dzień Rzucania Palenia - trzeci czwartek listopada

Celem listopadowej kampanii jest zmiana zachowań zdrowotnych poprzez zwrócenie uwagi na problem nieprzestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej oraz brak poszanowania prawa osób niepalących do przebywania w środowisku wolnym od dymu tytoniowego, a także: zmniejszenie liczby osób palących przy dzieciach i kobietach w ciąży, zmniejszenie liczby osób będących biernymi palaczami, eliminowanie zdrowotnych skutków biernego palenia, edukacja osób palących, aby nie paliły w miejscach objętych zakazem palenia, zwrócenie uwagi osobom palącym, że palenie w otoczeniu niepalących może być odbierane jako brak szacunku, kultury osobistej i poszanowania prawa osób niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego. Z okazji Światowego Dnia Rzucania Palenia Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny Bydgoszczy, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy wraz z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych przygotowali III edycję Forum Naukowego „Bydgoszcz zdrowa, wolna od nałogów - Jak mnie przekonaś” skierowaną do uczniów różnych typów szkół. W forum uczestniczyło ok. 300 osób. Ponadto, w ramach listopadowej kampanii Oddział Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia WSSE przygotował cykl wykładów poświęconych profilaktyce palenia tytoniu, które odbyły się 17, 23 i 30 listopada 2017 w szkołach ponadgimnazjalnych na terenie Bydgoszczy.

We wszystkich działaniach edukacyjnych podjętych w ramach Światowego Dnia Rzucania Palenia w województwie kujawsko-pomorskim uczestniczyło ok. 26868 osób.

7. Kontrole przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną w ramach sprawowania bieżącego nadzoru w zakresie warunków i wymogów higieniczno-sanitarnych; w roku 2017 skontrolowano 13480 obiektów; w wyniku kontroli stwierdzono, że przestrzeganie zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych realizowane jest w 13474 zakładach (99,95%), natomiast w 6 obiektach ustawa nie była przestrzegana (wydano 3 decyzje oraz nałożono 5 mandatów); w 216 obiektach funkcjonują palarnie.

Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS

Państwowa Inspekcja Sanitarna aktywnie uczestniczy w realizacji programu dotyczącego profilaktyki HIV/AIDS już od 1996 roku tj. od momentu opracowania i wdrożenia pierwszego Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Osobami Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1996-1998.

Do najistotniejszych inicjatyw podjętych w 2017 r. zaliczyć można: udział w kampaniach ogólnopolskich, edukację różnych grup odbiorców (warsztaty, prelekcje), akcje informacyjno-edukacyjne

prorowadzone w centrach miast i siedzibach instytucji partnerskich, organizację konkursów/olimpiad z zakresu problematyki HIV/AIDS, punktów informacyjno-edukacyjnych połączonych z ekspozycją materiałów oświatowo-zdrowotnych. Większość tych inicjatyw organizowana była w związku z przypadającym w maju Międzynarodowym Dniem Pamięci o Zmarłych na AIDS oraz 1 grudnia Światowym Dniem AIDS. Wojewódzka Stacja Sanitarно Epidemiologiczna w Bydgoszczy uczciła oba te wydarzenia przeprowadzając w maju 2017 r. prelekcje dla uczestników Bydgoskiego Festiwalu Nauki, który odbywał się na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy oraz 1 grudnia akcję informacyjno-edukacyjną pn. „Czerwona Kokardka” na Placu Wolności w Bydgoszczy. Wydarzenie to już na stałe wpisało się w kalendarz działań podejmowanych na tę okoliczność. Jak co roku organizatorzy akcji przy ułożonej z płonących zniczy „Czerwonej Kokardce” uczcili minutą ciszy pamięć osób zmarłych na AIDS oraz prowadzili działania informacyjno-edukacyjne wśród mieszkańców Bydgoszczy. Wydarzenie zorganizowane zostało wspólnie z wieloletnim partnerem inicjatywy Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IFMSA - Poland Oddział Bydgoszcz oraz z Powiatową Stacją Sanitarно-Epidemiologiczną w Bydgoszczy. Akcja informacyjno-edukacyjna „Czerwona Kokardka” to inicjatywa podejmowana również przez Powiatowe Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne. W 2017 roku organizowały ją PSSE w Aleksandrowie Kujawskim, Chełmnie i Tucholi.

W ramach obchodów Światowego Dnia AIDS prowadzone były również zajęcia edukacyjne (prelekcje, warsztaty) z zakresu profilaktyki HIV/AIDS dla młodzieży. WSSE w Bydgoszczy przeprowadziła dwa tego typu spotkania (warsztaty). Uczestniczyli w nich wolontariusze Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Okręgowego PCK z Bydgoszczy oraz mieszkańcy Internatu Zespołu Szkół Drzewnych w Bydgoszczy.

Podobnie jak w ubiegłych latach w siedzibie Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Bydgoszczy działał Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny HIV/AIDS. Punkt prowadzony był przez Stowarzyszenie Wolontariuszy „Razem” w Toruniu na zasadzie Porozumienia w sprawie współpracy zawartego z Wojewódzką Stacją Sanitarно-Epidemiologiczną w Bydgoszczy. W PKD wykonywano bezpłatne i anonimowe badania kierunku HIV oraz prowadzono poradnictwo przed i po testowe. W 2017 roku z jego usług skorzystało 471 osób (322 mężczyzn, 149 kobiet). Wykryto 4 przypadki zakażenia.

Projekt KIK/68 Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych

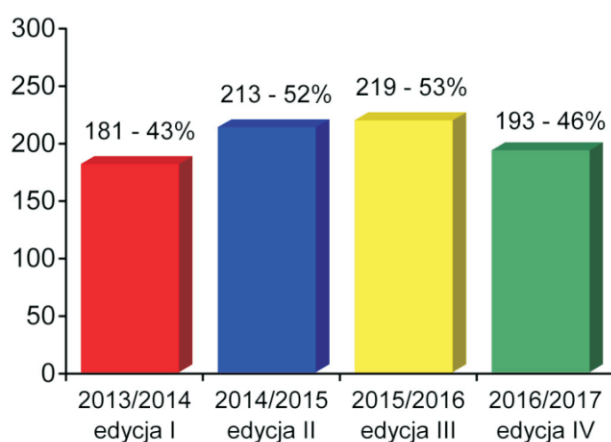
Projekt KIK/68 pt. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” był realizowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną od 1 lipca 2012 roku do 31 marca 2017 roku (Projekt współfinansowany w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy) w partnerstwie 4 instytucji (Instytutu Medycyny Wsi im. J. Chodźki w Lublinie, Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii) na poziomie krajowym. Na poziomie wojewódzkim współpracowano z Pełnomocnikiem Wojewody ds. Uzależnień i HIV/AIDS, Bydgoskim Ośrodkiem Rehabilitacji, Terapii Uzależnień i Profilaktyki „BORPA”, Szpitalem Uniwersyteckim Nr 2 im. J. Bizziela, Collegium Medicum UMK w Toruniu, Akademią Pozytywnych Zmian w Toruniu, Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IFMSA Poland, Oddz. Bydgoszcz. Na poziomie powiatowym do współpracy zostały zaproszone władze samorządowe, Miejskie i Gminne Komisje ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne, stowarzyszenia oferujące pomoc osobom uzależnionym oraz lokalne media.

Główny cel Projektu zmierzał w kierunku ograniczenia używania tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym, tj. między 15 a 49 rokiem życia.

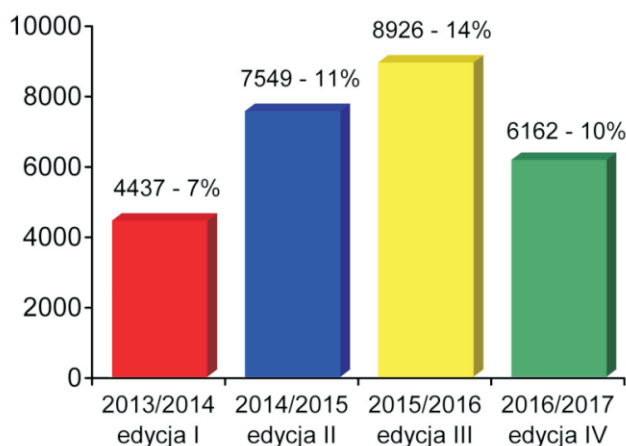
Projekt składał się z 4 komponentów: szkoleń, programów edukacyjnych w zakładach pracy, szkołach ponadgimnazjalnych, kampanii społecznych, badań ankietowych kobiet przebywających na oddziałach ginekologiczno-położniczych, platformy internetowej.

1. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?” to interwencja, która mimo oficjalnego zakończenia realizacji Projektu KIK/68 będzie w kolejnych latach nadal kontynuowana. Program realizowany jest pod patronatem Ministra Edukacji Narodowej. Jego zasadniczy cel to wyposażenie uczestników przedsięwzięcia w wiedzę i umiejętności zmniejszające ryzyko utraty zdrowia i życia ich samych oraz ich potomków, zwłaszcza spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. Grupę docelową stanowią uczniowie szkół ponadgimnazjalnych. W roku szkolnym 2016/2017 działaniami programowymi objęto 6162 uczniów ze 193 szkół ponadgimnazjalnych.

Liczba szkół ponadgimnazjalnych realizujących program w kolejnych edycjach.



Liczba uczniów szkół ponadgimnazjalnych biorących udział w programie.



2. Do 31 marca br. realizowana była również ogólnopolska kampania społeczna „Nie pozwól odlecieć swojemu szczęściu!”. W ramach kampanii PIS na terenie województwa kujawsko-pomorskiego prowadziła wiele działań, które sprzyjały edukacji społeczeństwa (ze szczególnym uwzględnieniem kobiet będących w ciąży lub planujących ciążę) w zakresie konsekwencji zdrowotnych wynikających z używania substancji psychoaktywnych.
3. Drugą kampanią społeczną, realizowaną od stycznia do marca br. była kampania adresowana do młodzieży w wieku 15-19 lat, rodziców, nauczycieli i pedagogów pn. „Melanż. Oczekiwania vs. rzeczywistość”. Przedsięwzięcie to miało na celu m.in. rozpowszechnienie wiedzy nt. wpływu uzależnień na życie człowieka oraz promocję zdrowego stylu życia, wolnego od nałogów.

4. Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, w ramach Projektu KIK/68 na przełomie lutego i marca 2017 roku zostały również przeprowadzone badania ankietowe pt. „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży”. Przedsięwzięcie to było badaniem ogólnopolskim (w woj. kujawsko-pomorskim przeprowadzonym wśród 226 kobiet przebywających na oddz. ginekologiczno-położniczych). Uzyskane wyniki pozwoliły ocenić skalę zjawiska dot. używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży, zaobserwować zmiany w zachowaniach zdrowotnych, które nastąpiły na skutek podjętych przez PIS działań edukacyjnych podczas realizacji Projektu.

Pomimo, że realizacja Projektu KIK/68 została zakończona w marcu br. Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmowała przez cały 2017 rok działania służące podtrzymaniu jego efektów. WSSE w Bydgoszczy działaniami informacyjno-edukacyjnymi objęła ponad 1600 osób.

Projekt KIK/35 Zapobieganie Zakażeniom HCV

W pierwszej połowie 2017 r. została zakończona realizacja Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” współfinansowanego przez Szwajcarię w ramach szwajcarsko programu współpracy z nowymi Krajami członkowskimi Unii Europejskiej oraz Ministerstwo Zdrowia. Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Liderem: Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego - PZH przeprowadziła Projekt 5 „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV) i uczestniczyła w kampanii społecznej „HCV. Jestem świadom”.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego podjęto następujące działania:

- szkolenia na temat HCV i HIV
 - pracowników pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej
 - pracowników medycznych
 - personelu zakładów fryzjerskich i kosmetycznych
- akcje informacyjne nt. dobrych praktyk w profilaktyce zakażeń HCV
- punkty informacyjno-edukacyjne podczas imprez środowiskowych, w placówkach ochrony zdrowia, w siedzibach PSSE
- przygotowanie i przesłanie informacji do lokalnych mediów w celu zwiększenia świadomości społecznej na temat zapobiegania HCV.

Łącznie w działaniach edukacyjnych uczestniczyło ok. 1000 osób.

Trzymaj Formę!

Ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!” (realizowany od roku szkolnego 2006-2007 przez 11 kolejnych edycji, w ramach realizacji strategii WHO, dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia) jest organizowany i koordynowany na poziomie krajowym przez Główny Inspektorat Sanitarny i Polską Federację Producentów Żywności, na wojewódzkim i powiatowym przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne.

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, a w 2014 roku uhonorowany przyznaniem godła „Teraz Polska”.

Celem programu „Trzymaj Formę!” jest 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. Grupę docelową stanowią uczniowie szkół gimnazjalnych i ostatnich klas (V, VI) szkół podstawowych oraz ich rodzice, a pośrednio środowisko szkolne, domowe i lokalne.

Program realizowany jest przede wszystkim metodą projektu edukacyjnego z zastosowaniem wielu różnorodnych, interaktywnych form, takich jak:

- zajęcia, instruktaże, zawody, pokazy ruchowe - sportowe, sprawnościowe, taneczne itp.,
- zajęcia, pokazy, warsztaty kulinarne i z edukacji konsumenckiej, dni zdrowego jedzenia,
- układanie jadłospisów zgodnie z zasadami zbilansowanej diety,
- spożywanie wspólnego drugiego śniadania przez uczniów i nauczyciela,
- konkursy, ekspozycje, stoiska edukacyjne, sondaże, badania ankietowe, turystyka,
- zajęcia i pokazy teatralne, filmowe, multimedialne i inne,
- analiza i ocena własnego zdrowia i stylu życia, m.in. testy wysiłkowe, obliczanie BMI,
- konsultacje z rodzicami, spotkania z ekspertami.

Wzmocnieniem zaangażowania uczestników, intensyfikacją działań edukacyjnych w środowisku szkolnym i pozaszkolnym, a tym samym zwiększeniem efektywności oddziaływań programowych był ogólnopolski konkurs wiedzy o zdrowym stylu życia „Trzymaj Formę!” (6 edycja), w którym województwo kujawsko-pomorskie reprezentowało 230 gimnazjalistów z 21 szkół (10 powiatów), z tego dwoje w finale krajowym w Warszawie.

W 11 edycji koordynatorzy PIS przeprowadzili:

- 11 szkoleń koordynatorów - 89 osób (1 wojewódzkie /28 osób, 10 powiatowych /61 osób),
- 95 narad z udziałem 455 osób (3 wojewódzkie /83 osoby, 92 powiatowe /372 osoby),
- dystrybucję do szkół 31072 programowych materiałów dydaktycznych,
- 304 wizytacje (71%) w placówkach szkolnych (146 w gimnazjach, 158 w szkołach podst.),
- wojewódzką weryfikację uczestników konkursu wiedzy oraz etap powiatowy konkursu,
- promocję programu podczas Regionalnej Konferencji Rad Rodziców w Bydgoszczy (jednej z 16 w kraju, organizowanej przez Kuratorium Oświaty, Urząd Wojewódzki i Fundację „Rodzice Szkole” (przygotowanie i obsługa stoiska WSSE podczas konferencji),
- przedsięwzięcia z własnej inicjatywy, np. konferencja „Żywność a zdrowie” w Lipnie, zorganizowana przez PSSE w Lipnie, PSSE w Toruniu oraz Oddział Toruńsko-Włocławski Polskiego Towarzystwa Higienicznego,

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	57120	1,3 tys.	14,9 tys.
2 edycja 2007-08	384	268 / 116	50814	1,8 tys.	17,4 tys.
3 edycja 2008-09	416	268 / 148	44070	1,8 tys.	15,5 tys.
4 edycja 2009-10	447	283 / 164	53745	2,0 tys.	17,7 tys.
5 edycja 2010-11	434	257 / 177	47416	1,5 tys.	13,7 tys.
6 edycja 2011-12	455	249 / 206	43377	1,6 tys.	17,1 tys.
7 edycja 2012-13	472	247 / 225	40811	1,6 tys.	13,3 tys.
8 edycja 2013-14	484	240 / 244	40576	1,5 tys.	15,4 tys.
9 edycja 2014-15	479	235 / 244	38946	1,4 tys.	14,6 tys.
10 edycja 2015-16	460	212 / 248	37553	1,6 tys.	11,4 tys.
11 edycja 2016-17	≈ 428	≈ 206 / 222	≈ 33670	≈ 1,6 tys.	≈ 11 tys.

≈ nieścisłości elektronicznych sprawozdań szkolnych w programowym systemie internetowym

- testowanie programowego systemu internetowego, a następnie przechodzenie na formę elektroniczną w odniesieniu do konkursu wiedzy oraz sprawozdawczości,
- monitoring i ewaluację programu pod kątem jego skuteczności w zakresie zmiany stylu życia młodzieży objętej działaniami programowymi - badanie ankietowe 416 uczniów w gimnazjach na terenie 8 powiatów pod nadzorem 8 PSSE.

Etykieta rozszyfrowana - wiem, co kupuję i jem

Wojewódzki, autorski program edukacyjny „Etykieta rozszyfrowana - wiem, co kupuję i jem” realizowany jest przez Państwową Inspekcję Sanitarną na terenie województwa kujawsko-pomorskiego od roku szkolnego 2006-2007 (po uzyskaniu akceptacji i rekomendacji Głównego Inspektoratu Sanitarnego).

Program ma na celu zwiększenie świadomości konsumentów w kierunku potrzeby czytania etykiet spożywczych oraz wzbogacenie wiedzy z zakresu informacji zawartych na opakowaniach artykułów żywnościowych. Jego adresatami są uczniowie i nauczyciele szkół ponadgimnazjalnych, a pośrednio rodzice uczniów biorących udział w programie.

W 10 edycji (2016-2017) program realizowany był na terenie 6 powiatów województwa kujawsko-pomorskiego: Brodnicy, Chełmna, Golubia-Dobrzyń, Grudziądz, Rypina i Torunia.

Zajęcia prowadzono w oparciu o programowe pakiety edukacyjne - metodyczne i merytoryczne („Przewodnik po etykiecie spożywczej”, zestaw załączników nt. odżywiania) z zastosowaniem takich form, jak np.: wykłady, warsztaty, zbiórka etykiet z produktów spożywczych oraz analiza ich zawartości informacyjnej, giełdy i atlasy etykiet (np. mleczarskich, piekarniczych), grupowe wyjścia do sklepów spożywczych, scenki rodzajowe, wystawy, konkursy (np. wiedzy, na etykietę z największą liczbą dodatków E), debaty, diagram „Etykieta - łamigłówka większa niż krzyżówka”.

W 10 edycji programu edukacją zostały objęte 562 osoby, w tym 530 uczniów z 13 szkół (24 klasy) i 12 realizatorów. Zajęcia poprzedzono i zakończono badaniem ankietowym uczniów (528, tj. 99%), które wykazało znaczny wzrost wiedzy. Koordynatorzy PSSE zwizytowali 8 szkół (62%).

Chroń się przed kleszczami wszystkimi sposobami

Głównym organizatorem programu w Polsce jest Fundacja Aby Żyć. Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego od roku szkolnego 2014-2015 program realizowany jest przez Państwową Inspekcję Sanitarną przy wsparciu i akceptacji Fundacji.

Wybraną grupą docelową są dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym (z klas I-III szkół podstawowych), rodzice i opiekunowie, kadra pedagogiczna, pielęgniarki szkolne.

Celem programu jest uświadomienie wagi problemu ugryzień przez kleszcze oraz podniesienie poziomu wiedzy o chorobach odkleszczowych i sposobach ich zapobiegania.

Zadania podjęte w ramach programu:

- rekrutacja przedszkoli i szkół podstawowych do udziału w programie,
- 35 porad z udziałem 159 osób - koordynatorów, realizatorów, dyrektorów placówek,
- 16 szkoleń dla 131 koordynatorów - realizatorów szkolnych i przedszkolnych,
- udostępnienie materiałów edukacyjnych na stronie internetowej PWIS w Bydgoszczy,
- działania edukacyjne prowadzone w oparciu o scenariusze programowe „Czym są kleszcze?”, „Idę do parku, lasu - myślę zawczasu”, „Kleszcze - niebezpiecznie blisko”, „Obejrzyj mnie jeszcze, bo mam może kleszcze”, „Czy wiesz, jak groźne są kleszcze?”,
- zastosowanie dodatkowych form, m.in. takich jak: konkursy (w 95 oddziałach), instruktaże usunięcia kleszcza, spotkania z leśnikami, ekspozycje materiałów tematycznych, wystawy prac dzieci, „Leśna rewia mody antykleszczowej”,
- pozyskanie do współpracy leśników, pielęgniarek, weterynarza, ratownika medycznego, farmaceuty, harcerzy z ZHP, rad rodziców, kół PCK.

Program „Chroń się przed kleszczami wszystkimi sposobami” w woj. kujawsko-pomorskim					
edycje programu	w przedszkolach/w szkołach podstawowych (klasach I-III)				
	placówki	grupy /klasy	dzieci	realizatorzy	rodzice
1 ed. 2014-15	40 - 19/21	189 - 71/118	4003 - 1592/2411	180 - 76/104	1702 - 722/980
2 ed. 2015-16	93 - 45/48	404 - 138/266	8043 - 3032/5011	313 - 139/174	2596 - 1502/1094
3 ed. 2016-17	124 - 51/73	523 - 170/353	10507 - 3803/6704	386 - 139/247	2647 - 1341/1306

Trzecia edycja programu w roku szkolnym 2016-2017, pod nadzorem merytoryczno-metodycznym koordynatorów PIS (19 PSSE oraz WSSE), została zrealizowana:

- w 124 placówkach oświatowo-wychowawczych (51 przedszkolach, 73 szkołach podst.),
- wśród 10.507 dzieci (3803 przedszkolaków, 6704 uczniów),
- w 523 oddziałach (w 170 grupach przedszkolnych, w 353 klasach),
- przez 386 realizatorów (139 w przedszkolach, 247 w szkołach),
- z poinformowaniem i niekiedy też udziałem 2647 rodziców (1341 w przedszkolach, 1306 w szkołach).

Koordynatorzy PSSE wizytowali 64 placówki (30 przedszkoli i 34 szkoły podstawowe). Program uzyskał wysokie oceny ze strony koordynatorów szkolnych i przedszkolnych.

Szkoła w profilaktyce onkologicznej

Województwo kujawsko-pomorskie charakteryzują niepokojące wskaźniki dotyczące zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe. Sposobem na poprawienie tych niekorzystnych wskaźników są m.in. działania w zakresie profilaktyki pierwotnej, w tym edukacji społeczeństwa. Idei tej służy realizacja programu edukacyjnego pn. „Szkoła w profilaktyce onkologicznej”. WSSE w Bydgoszczy w 2017 roku na mocy porozumienia o współpracy przystąpiła do realizacji powyższego programu wspólnie z Centrum Onkologii w Bydgoszczy oraz Kuratorium Oświaty. Założeniem programu jest upowszechnienie też Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem wśród młodzieży szkół podstawowych oraz ponadpodstawowych.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w programie uczestniczyło 29 szkół.

Światowy Dzień Zdrowia 7 kwietnia

Przedsięwzięcia realizowane w ramach Światowego Dnia Zdrowia 7 kwietnia 2017 roku zostały zrealizowane pod ogłoszonym przez Światową Organizację Zdrowia hasłem „Depresja - porozmawiajmy o niej”.

Według Światowej Organizacji Zdrowia depresja stanowi czwarty problem zdrowotny świata, a w 2020 roku będzie drugim (po chorobach sercowo-naczyniowych i przed nowotworami). Niestety obecna cywilizacja i jej tempo życia z nadmiarem bodźców i informacji, ze zmieniającymi się relacjami międzyludzkimi nie wpływa korzystnie na zdrowie, zarówno na jego stronę psychiczną, fizyczną, jak i społeczną. Podjęte w ramach powyższego hasła inicjatywy miały na celu zwiększenie świadomości i upowszechnienie wiedzy o depresji, przełamanie tabu i stereotypów powodujących stygmatyzację osób z zaburzeniami psychicznymi, zachęcanie chorych do leczenia.

W ramach powyższego święta Państwowa Inspekcja Sanitarna na terenie województwa kujawsko-pomorskiego podjęła szereg działań edukacyjnych.

W siedzibie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy 5 kwietnia 2017 r. zostało przeprowadzone szkolenie dla pracowników WSSE w Bydgoszczy i 19 PSSE woj. kujawsko-po-

morskiego. Główną część szkolenia stanowił wykład pt. „Depresja - problem psychologiczny czy choroba?” prof. dr hab. n. med. Aleksandra Araszkiewicza, Konsultanta Wojewódzkiego ds. Psychiatrii, Kierownika Katedry i Kliniki Psychiatrii Collegium Medicum UMK. Uzupełnieniem były warsztaty prowadzone przez psychoterapeutów. Łącznie w miesiącu kwietniu br. działaniami informacyjno-edukacyjnymi, podejmowanymi w ramach obchodów Światowego Dnia Zdrowia objęto ok. 15 tysięcy mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.

Lekki tornister

W 2017 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego kontynuowano realizację ogólnopolskiej kampanii informacyjno-edukacyjnej „Lekki tornister”. Głównym celem przedsięwzięcia była profilaktyka wad postawy wśród najmłodszych uczniów szkół podstawowych.

W styczniu br. WSSE w Bydgoszczy przeprowadziła dystrybucję materiałów informacyjno-edukacyjnych do 40 szkół podstawowych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, które wyraziły akces uczestnictwa w przedsięwzięciu „Lekki Tornister”. Ważnym działaniem służącym wzmocnieniu idei kampanii był udział kierownika Oddziału Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia WSSE w programie „Na zdrowie” TVP Oddz. Bydgoszcz.

Łącznie w działaniach edukacyjnych zorganizowanych w szkołach uczestniczyło około 3500 uczniów klas 0-III szkół podstawowych.

Akademia Zdrowego Życia

Akademia Zdrowego Życia to przedsięwzięcie realizowane od 4 lat. W ramach tej inicjatywy cyklicznie organizowane są spotkania, podczas których zwracana jest szczególna uwaga na wiodące problemy zdrowotne naszego społeczeństwa. Tematyka spotkań często koresponduje z inicjatywami światowymi, międzynarodowymi, oraz ogólnopolskimi w ramach tzw. Kalendarza Zdrowia Publicznego. W 2017 r. roku, w ramach Akademii podjęto takie działania jak:

- Skóra pod lupą - porady, dermatoskopowa ocena zmian skórnych przeprowadzona przez specjalistę (lekarza onkologa) Centrum Onkologii w Bydgoszczy.
- Światowy Dzień Wody - akcja informacyjno-edukacyjna przygotowana przez pracowników Oddziału Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia: ekspozycja materiałów informacyjnych nt. najcenniejszego daru natury - wody oraz porady na temat sposobów oszczędzania wody: „Dekalog oszczędzania wody”.
- Zadbaj o swoją przyszłość - punkt konsultacyjny przygotowany we współpracy z przedstawicielami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych: porady w zakresie emerytur, rent i zasiłków (chorobowych, macierzyńskich, opiekuńczych i świadczeń rehabilitacyjnych) oraz ubezpieczeń społecznych, opłacania składek i składania dokumentów w przypadku prowadzenia firmy i różnych form zatrudnienia; stoisko z materiałami informacyjnymi; zakładanie przez eksperta profilu na Platformie Usług Elektronicznych ZUS (PUE).
- Światowy Dzień Rzucania Palenia - akcja profilaktyczna przygotowana we współpracy z przedstawicielami Bydgoskiej Przychodni Medycznej „Centrum”: porady nt. zdrowego stylu życia, pomiary cukru we krwi oraz ciśnienia tętniczego (90 osób).

W roku 2017 z akcji zorganizowanych w ramach Akademii Zdrowego Życia skorzystało 277 osób.

Profilaktyka chorób pasożytniczych - wszawica, owsica, świerzb

„Profilaktyka chorób pasożytniczych - wszawica, owsica, świerzb” to przedsięwzięcie edukacyjne opracowane przez Wojewódzką Stację Sanitarно-Epidemiologiczną w Bydgoszczy w 2014 roku. Powstało ono z uwagi na duże zainteresowanie społeczne tą tematyką oraz ciągłą aktualność problemu. Celem interwencji jest ukształtowanie wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym właściwych nawyków higienicznych oraz zwiększenie wiedzy ich rodziców na temat chorób pasożytniczych i sposobów im zapobiegania. W ramach interwencji opracowane zostały ulotki i prezentacje multimedialne nt. wszawicy, owsicy i świerzbu oraz scenariusz zajęć pt. „Higiena osobista, a zdrowie człowieka” dla uczniów klas I-III szkół podstawowych wraz ze środkami dydaktycznymi. Materiały te są zbiorem informacji i pomocy dydaktycznych służących nauczycielowi do celów edukacyjnych.

W roku szkolnym 2016/2017 w interwencji wzięło udział 5625 dzieci (15%) z 57 przedszkoli (12%) i 5260 ich rodziców oraz 15778 uczniów klas I-III (ok. 15%) z 97 szkół podstawowych (16%) i 6833 ich rodziców.

Stop dopalaczom!

Państwowa Inspekcja Sanitarna od 2010 roku podejmuje działania w obszarze przeciwdziałania zagrożeniom dla zdrowia i życia stwarzanym przez środki zastępcze - „dopalacze”. Dzięki postanowieniom i decyzjom Głównego Inspektora Sanitarnego zostało zmienione przekonanie o braku ich szkodliwości. Nieprzestrzeganie zakazu wytwarzania lub wprowadzania do obrotu środka zastępczego lub nowej substancji psychoaktywnej jest karane w trybie administracyjnym i należy do kompetencji państwowego inspektora sanitarnego. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej doskonale wpisują się w politykę antynarkotykową państwa. W tym zakresie podejmowane są nie tylko działania kontrolne, nadzоровe, ale też działania informacyjno-edukacyjne. Te ostatnie służą, ograniczeniu używania nowych narkotyków, uświadomieniu konsekwencji zdrowotnych dla zdrowia i życia spowodowanych używaniem środków zastępczych - „dopalaczy”, pogłębieniu wiedzy na temat szkodliwości tych środków oraz promocji zdrowego stylu życia bez używek.

Mając na uwadze powyższe PIS opracowała w 2013 r. wojewódzką interwencję nieprogramową pn. „Stop dopalaczom!”, której głównym celem było ograniczenie używania środków zastępczych - dopalaczy wśród ogółu społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży. W ramach tej interwencji, co roku realizowanych jest szereg działań o charakterze edukacyjno-profilaktycznym.

W 2017 r. podjęte zostały następujące działania:

- spotkania/narady z koordynatorami/partnerami/realizatorami działań (w tym pracownikami pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia WSSE w Bydgoszczy i PSSE (170 osób), mające na celu ograniczenie zagrożeń związanych z używaniem środków psychoaktywnych, w tym tzw. dopalaczy (wymiana doświadczeń, organizacja inicjatyw lokalnych, wytyczanie nowych kierunków i strategii działań),
- zajęcia edukacyjne z zakresu profilaktyki uzależnień od środków psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem środków zastępczych - „dopalaczy” dla dzieci i młodzieży szkolnej, rodziców, nauczycieli i pedagogów szkolnych (prelekcje, pogadanki, warsztaty prezentacje multimedialne, emisje filmów); zajęcia prowadzili pracownicy pionu OZ i PZ WSSE i PSSE samodzielnie bądź przy współpracy z partnerami lokalnymi (funkcjonariusze Komend Powiatowych Policji, psychoterapeuci, psycholodzy); WSSE w Bydgoszczy przeprowadziła cztery tego typu spotkania: dwa w Zespole Szkół Mechanicznych nr 2 w Bydgoszczy min. podczas akcji pn. „Tydzień Troski o Zdrowie”, w Zespole Szkół nr 4 w Bydgoszczy oraz na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy podczas Bydgoskiego Festiwalu Nauki; łącznie edukacją objęto 10757 osób (10309 uczniów, 306 rodziców i 142 nauczycieli),

- Dni Profilaktyki i inne wydarzenia szkole: pracownicy PSSE jako lokalni partnerzy uczestniczyli w organizowanych przez szkoły Dniach Profilaktyki oraz innych wydarzeniach szkolnych poświęconych problematyce uzależnień; pełnili tam funkcje prelegentów, wykładowców, prowadzących panele dyskusyjne oraz członków jury; do najczęściej podejmowanych w ramach tych inicjatyw działań o charakterze prozdrowotnym należały: panele dyskusyjne, prelekcje, dyskusje poprzedzone prezentacjami i emisjami filmów, występy artystyczne, konkursy (plastyczne, wiedzy), rozgrywki sportowe, turnieje wiedzy, prezentacje autorskich programów profilaktycznych, edukacja rówieśnicza, pomiary tlenu węgla w wydychanym powietrzu, ćwiczenia z użyciem narkogogli i alkohologli; w uroczystościach tych brali udział przedstawiciele władz samorządowych, Komend Powiatowych Policji, Straży Miejskiej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; ogółem w wydarzeniach uczestniczyło ok. 600 osób,

- imprezy masowe (festyny, pikniki rodzinne, dożynki, rajdy rowerowe, rozgrywki terenowe, imprezy osiedlowe); pracownicy PIS uczestniczyli w 19 imprezach środowiskowych (w 4 WSSE w Bydgoszczy i w 15 PSSE), głównie na zasadzie współpracy partnerskiej; w ramach tych przedsięwzięć organizowane były punkty informacyjno-edukacyjne, w których prowadzono poradnictwo indywidualne z zakresu profilaktyki uzależnień oraz rozdawnictwo materiałów oświatowo-zdrowotnych; punktom często towarzyszyły ekspozycje materiałów edukacyjnych oraz inne wydarzenia zachęcające zgromadzonych do ich odwiedzania (konkursy, quizy, ekspozycje materiałów prozdrowotnych, ćwiczenia z użyciem narkogogli i alkohologli, pomiary ciśnienia tętniczego krwi oraz tlenu węgla w wydychanym powietrzu); w imprezach masowych uczestniczyło ok. 3919 osób,

- konkursy: pracownicy PIS (WSSE i 8 PSSE) byli współorganizatorami 8 konkursów uzależnień z zakresu profilaktyki uzależnień (plastyczne, literackie, wiedzy, na prezentację multimedialną, hasło dotyczące substancji psychoaktywnych); ich głównym celem była popularyzacja zasad zdrowego stylu życia wolnego od nałogów oraz zwrócenie uwagi na problem dopalaczy w aspekcie zdrowotnym, prawnym i społecznym; konkursy realizowane były w partnerstwie z PIS, placówkami oświatowo-wychowawczymi, władzami samorządowymi, Komendami Powiatowymi Policji, lokalnymi mediami (Gazeta Pomorska), Gminnymi Komisjami Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną w Żninie; Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Bydgoszczy wraz z Gazetą Pomorską i Komendą Wojewódzka Policji w Bydgoszczy była współorganizatorem konkursu redakcyjnego pt. „Mocarz, część II”; na konkurs wpłynęły 43 prace, spośród których najwyższej oceniona przez jury (komiks) została opublikowana na łamach Gazety Pomorskiej; konkurs został poprzedzony akcją (2016 rok) pod hasłem „Stop dopalaczom”, w ramach której organizowane były spotkania z młodzieżą szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych (konferencje, debaty, zajęcia edukacyjne); inicjatywa ta realizowana była na terenie 6 powiatów (PSSE: Aleksandrów Kujawski, Brodnica, Golub-Dobrzyń, Lipno, Mogilno, Włocławek),

- forum naukowe „Bydgoszcz zdrowa, wolna od nałogów III - jak mnie przekonasz ?”: forum odbyło się 12.10.2017 r. w Pałacu młodzieży w Bydgoszczy; organizatorem głównym inicjatywy był PPIS w Bydgoszczy, współorganizatorami Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych oraz PWIS w Bydgoszczy; forum naukowe zostało poprzedzone konkursem na prezentację multimedialną dotyczącą profilaktyki uzależnień oraz zdrowego stylu życia; najwyższej ocenione prace zostały zaprezentowane podczas uroczystości; forum towarzyszyły stoiska informacyjno-edukacyjne WSSE w Bydgoszczy, Bydgoskiej Szkoły Wyższej; w forum uczestniczyło ok. 300 osób,

- konferencja pn. „Środki zastępcze tzw. dopalacze jednym z największych zagrożeń w zakresie zdrowia publicznego XXI w.”; konferencja została zorganizowana przy współpracy z Powiatową Komendą Policji w Brodnicy i z współfinansującymi ją Urzędami Miast i Gmin z powiatu brodnickiego; adresatami tej inicjatywy byli dyrektorzy, pedagodzy, psychologowie i nauczyciele ze szkół powiatu brodnickiego; uczestnicy otrzymali broszury i ulotki związane z tematyką nowych narkotyków; wzięło w niej udział ok. 87 osób,

- realizacja tematyki uzależnień od środków psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem środków zastępczych - „dopalaczy” w ramach ogólnopolskiego programu „ARS, czyli jak dbać o miłość?” oraz wojewódzkiej interwencji nieprogramowej „Bezpieczne wakacje”,

- zamieszczanie na stronach internetowych PIS informacji na temat środków zastępczych „dopalaczy”, wydarzeń edukacyjno-profilaktycznych podejmowanych w tym zakresie oraz spotu opracowanego przez Class Media zawierającego m.in. wystąpienia specjalistów podczas konferencji pn. „Dopalacze, dlaczego są tak niebezpieczne”, która odbyła się z inicjatywy Głównego Inspektora Sanitarnego w listopadzie 2016 roku w Bydgoszczy,

- punkty informacyjno-edukacyjne/ekspozycje materiałów oświatowo-zdrowotnych w siedzibach PIS i instytucji partnerskich; w ramach tych inicjatyw prowadzone było poradnictwo z zakresu profilaktyki uzależnień oraz rozdawnictwo materiałów oświatowo-zdrowotnych na powyższy temat.

Akcja letnia - Bezpieczne wakacje

Akcja letnia „Bezpieczne wakacje” z uwagi na swoje założenia dotyczące zdrowego i bezpiecznego wypoczynku była realizowana w okresie od czerwca do września 2017 roku. Grupę docelową stanowiły dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, konsumenci, właściciele i kierownicy ośrodków wypoczynkowych, uczestnicy obozów, półkolonii, kolonii, wczasów, rodzice i opiekunowie, pracownicy i klienci biur podróży, pracownicy i klienci solariów.

Coroczna akcja letnia ma na celu zapewnienie bezpiecznego i zdrowego wypoczynku w okresie wakacyjnym.

Działania edukacyjne realizowano najczęściej we współpracy z instytucjami/partnerami za pomocą: prelekcji i pogadanek dla uczestników letniego wypoczynku, konkursów, instruktaży i spotkań z pracownikami sklepów spożywczych, punktów handlowych oraz właścicielami i kierownikami ośrodków wypoczynkowych nt. przestrzegania warunków sanitarnych, produkcji i dystrybucji żywności, profilaktyki zatruć pokarmowych, udzielania pierwszej pomocy, bezpiecznego wypoczynku, informacji tematycznych na stronach internetowych WSSE, PSSE, punktów informacyjno-edukacyjnych podczas imprez masowych na terenie województwa.

W celu dotarcia do szerokiego grona odbiorców w zakresie zdrowego i bezpiecznego wypoczynku została również podjęta współpraca z lokalnymi mediami (prasa, radio, TV). W akcji letniej na terenie całego województwa wzięło udział około 35 tys. osób.

Uroczystości komunijne bez zatruć pokarmowych

„Uroczystości komunijne bez zatruć pokarmowych” to interwencja informacyjno-edukacyjna o charakterze ostrzegawczo-przypominającym, realizowana przez PIS w miesiącach od kwietnia do czerwca. Jej celem jest zapobieganie zatruciom i zakażeniom pokarmowym w okresie uroczystości I-komunijnych poprzez działania informacyjno-edukacyjne wśród społeczności lokalnych. Grupę docelową stanowią rodzice i opiekunowie dzieci obchodzących I Komunię oraz osoby związane z przygotowaniem uroczystości I-komunijnych.

Działania podejmowane w ramach interwencji realizowane są przy współpracy z pionem przeciwepidemicznym, pionem higieny żywienia oraz pionem higieny dzieci i młodzieży szkolnej PIS. Pracownicy PIS opracowali 21 materiałów tematycznych (komunikaty, ulotki, listy intencyjne, notatki prasowe, plakaty), organizowali też własne punkty informacyjno-edukacyjne w PSSE i podczas imprez masowych. Przekaz edukacyjny trafił do odbiorców inicjatywy za pośrednictwem parafii rzymsko-katolickich (gabloty kościelne, odczyty podczas nabożeństw), szkół (zebrania z rodzicami, zajęcia edukacyjne, szkolne ekspozycje, konkursy i apele), urzędów gmin i sołectw (tablice ogłoszeń), lokalnych mediów, portali internetowych.

W 2017 roku akcja realizowana była na terenie 8 powiatów: Brodnicy, Chełmna, Golubia-Dobrzynia, Nakła, Rypina, Sępólna Krajeńskiego, Torunia, Wąbrzeźna. W akcji uczestniczyły przynajmniej 9654 osoby i 344 jednostki (w tym 103 parafie rzymsko-katolickie, 145 szkół podstawowych, 70 lokali gastronomicznych). Odnotowano jedno ognisko zatrucia pokarmowego (19 osób w powiecie toruńskim).

Szczepienia ochronne

Tematyka szczepień ochronnych realizowana była przez WSSE w Bydgoszczy poprzez udział w ogólnopolskiej akcji pn. „Zaszczep w sobie chęć szczepienia” oraz w ramach Europejskiego Tygodnia Szczepień. Z uwagi na ogromną potrzebę promocji szczepień pracownicy Oddziału Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia udzielali informacji na temat obowiązkowych szczepień ochronnych, jak również szczepień zalecanych podczas obchodów Światowego Dnia Walki z Rakiem w Zakładzie Profilaktyki i Promocji Zdrowia Centrum Onkologii w Bydgoszczy, Osiedlowego Dnia Troski o Zdrowie w Zespole Szkół Mechanicznych Nr 2 w Bydgoszczy, akcji „Rower mój przyjaciel” w Parku Rekreacji Sportowej w Bydgoszczy, Ogólnopolskiego Festynu Rodzinnego „Bądźmy razem” na Polanie Różopole w Myślicinku, „Dnia Otwartego” z okazji Dnia Dziecka w siedzibie Narodowego Funduszu Zdrowia Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego w Bydgoszczy, Festynu Rodzinnego w parafii pod wezwaniem Św. Mateusza w Fordonie jak również podczas akcji „Październik miesiącem walki z rakiem” w Zakładzie Profilaktyki i Promocji Zdrowia Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Szereg działań związanych z tematem szczepień odbywało się również na terenie powiatów województwa kujawsko-pomorskiego. W ciągu roku pracownicy powiatowych stacji zorganizowali 6 konferencji, 21 szkoleń, 16 porad, liczne spotkania z rodzicami oraz z młodzieżą. Organizowali również punkty informacyjno-edukacyjne w siedzibach PSSE, bądź w placówkach czy instytucjach współpracujących, udzielali informacji lokalnym mediom, oraz zamieszczali informacje na stronach internetowych. We wszystkich działaniach wzięło udział ok. 71061 osób.

Zdrowy styl życia - od juniora do seniora

Inicjatywa Oddziału Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia WSSE w Bydgoszczy realizowana od 2013 roku jako wzmocnienie działań edukacyjnych, towarzysząca innym interwencjom oświatowo-zdrowotnym. Przedsięwzięcie podjęte w celu propagowania zdrowego stylu życia poprzez bezpośrednią edukację zorganizowanych grup dzieci, młodzieży, seniorów z Bydgoszczy i najbliższych okolic.

Zasadnicze działania:

- współpraca z partnerami - zorganizowanie wykładów, szkoleń, interaktywnych zajęć edukacyjnych (najczęściej w siedzibach partnerów),
- opracowanie materiałów edukacyjnych (m.in. prezentacje multimedialne, programy/scenariusze zajęć, pomoce dydaktyczne, rekwizyty do pokazów i zabaw),
- przeprowadzenie wykładów, szkoleń, interaktywnych zajęć edukacyjnych:
 - „Zdrowy styl życia seniorów”
 - „Szczypta wiedzy o soli, czyli słone nadwyżki powyżej łyżki”
 - „Talerz zdrowia”
 - „Smaczne i zdrowe drugie śniadanie w szkole”
 - „Woda daje życie”

W 2017 roku działaniami edukacyjnymi objęto 202 osoby (dzieci i młodzież - 48, dorośli - 96, seniorzy - 58) z 5 bydgoskich placówek: Kujawsko-Pomorski Uniwersytet Trzeciego Wieku, Bursa Zespołu Szkół Mechanicznych, Kujawsko-Pomorska Szkoła Wyższa, Szkoła Podstawowa ZS Nr 8, Przed-szkole „Sto Pociągów”.

Akcja edukacyjna dotycząca grzyboznawstwa i profilaktyki zatruc grzybami

Akcja wojewódzka podejmowana jest od wielu lat (od 1972 roku) w celu:

- popularyzowania idei „grzybobrania bez pomyłek”,
- upowszechnienia i pogłębienia wiedzy o grzybach jadalnych i trujących oraz uświadomienia zagrożeń dla zdrowia i życia wskutek zbierania nieznanych grzybów,
- podkreślenia ważnej roli lasów i grzybów w przyrodzie oraz ich znaczenia dla ziemi, człowieka i jego zdrowia,
- zwrócenia uwagi na konieczność poszanowania i nie zaśmiecania lasu

Działania edukacyjne kierowane są do społeczności lokalnej, a zwłaszcza do dzieci, młodzieży i do opiekunów z placówek szkolno-wychowawczych.

W dniach 10-14 października 2017 r., w siedzibie WSSE w Bydgoszczy została zorganizowana wystawa grzyboznawcza pod hasłem „Poznaj grzyby - unikniesz zatrucia”. W specjalnie stworzonej leśnej scenerii eksponowane były naturalne okazy grzybów (jadalnych, niejadalnych, trujących), a także prace plastyczne z różnych edycji (1998-2008) wojewódzkiego konkursu: „Jesień w lesie grzyby nie- sie” oraz materiały dydaktyczne opracowane przez pracowników WSSE.

Zajęcia edukacyjne dla grup zorganizowanych i poradnictwo dla osób odwiedzających wystawę prowadzili grzyboznawcy WSSE (5 pracowników - z nadzoru higieny żywności i z laboratorium mikrobiologii) oraz mykolog z Instytutu Biologii Środowiska Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Uczestnicy mogli poszerzyć wiedzę nt. grzybów, obejrzeć naturalne gatunki grzybów, porównać grzyby jadalne z ich trującymi „sobowtórami”.

Działania edukacyjne w zakresie profilaktyki zatruc grzybami prowadzone były również przez PSSE na terenie 6 powiatów - Brodnica, Inowrocław, Nakło, Rypin, Toruń, Wąbrzeźno.

W środkach masowego przekazu ukazało się 20 publikacji (6 radiowych, 2 telewizyjne, 3 prasowe, 9 internetowych).

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

Wnioski

1. W 2017 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna na terenie województwa kujawsko-pomorskiego realizowała szereg interwencji oświatowo-zdrowotnych, docierając z przekazem edukacyjnym do wielotysięcznego grona adresatów, przy współpracy z licznymi podmiotami.
2. Pomimo, iż w pierwszej połowie 2017 roku zakończono realizację Projektu KIK/68 „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” oraz Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” PIS na terenie województwa kujawsko-pomorskiego prowadziła działania edukacyjne w celu utrzymania efektów w/w Projektów.
3. WSSE w Bydgoszczy w 2017 roku (mając na uwadze problem zdrowotny, który stanowią nowotwory) na mocy porozumienia przystąpiła (wspólnie z Centrum Onkologii w Bydgoszczy oraz Kuratorium Oświaty) do realizacji programu edukacyjnego pn. „Szkoła w profilaktyce onkologicznej” skierowanego do różnych typów szkół. Program ten wzbogacił wachlarz interwencji dotyczących zapobiegania nowotworom.

BEZPIECZEŃSTWO POMYŁEK

NIEJADALNE JADALNE



NIEBEZPIECZEŃSTWO POMYŁEK

TRUJĄCE NIEJADALNE

JADALNE



POZNAJ GRZYBY UNIKNIESZ ZATRUCIA

UWAŻAJ
W LESIE



WOJEWÓDZKA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W BYDGOSZCZY



Dobry adres dla zdrowia