

PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI INSPEKTOR SANITARNY
W BYDGOSZCZY

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W BYDGOSZCZY

STAN BEZPIECZEŃSTWA SANITARNEGO
WOJEWÓDZTWA
KUJAWSKO-POMORSKIEGO
W 2016 ROKU

PRACA ZBIOROWA
POD REDAKCJĄ
JERZEGO KASPRZAKA

BYDGOSZCZ 2017

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 Kruszka
Skład, projekt	Paweł Grajek
Zdjęcia	zasoby własne WSSE, Tomasz Górny, Jannoon028/Freepik, Peoplecreations/Freepik, Pressfoto/Freepik,
Druk	Polish Druk

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
EPIDEMIOLOGIA	9
Ocena sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i zakażeń w roku 2016	9
Choroby zakaźne objęte programem obowiązkowych szczepień ochronnych	12
Zatrucia i zakażenia pokarmowe wywołane przez czynniki biologiczne	22
Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową	26
Choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek	29
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	30
Wirusowe zapalenie wątroby typu C	31
Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS	33
Choroby inwazyjne	37
Neuroinfekcje	42
Choroby przenoszone przez kleszcze	44
Borelioza	44
Gruźlica	47
Choroby przenoszone drogą płciową	49
Grypa i zachorowania grypopodobne	50
Choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne	53
Szpitalne ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych w zakładach leczniczych woj. kujawsko-pomorskiego	54
Wykonawstwo szczepień ochronnych	57
Wnioski	68
HIGIENA KOMUNALNA 1	70
Ocena sanitarna podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa kujawsko-pomorskiego	70
Działalność kontrolno-represyjna	70
Stan techniczny i funkcjonalny	71
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	71
Szpitalne	71
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitale	73
Zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja, inne podmioty lecznicze	73
Sanatoria	74
Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	74
Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice	74
Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne	74
Zakłady rehabilitacji leczniczej	75
Inne podmioty lecznicze, w tym uzdrowiskowe	75
Praktyki lekarskie, pielęgniarские i inne	75
Utrzymanie czystości	76
Szpitalne	76
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	76
Zaopatrzenie w wodę	77
Szpitalne	77
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	77
Postępowanie z odpadami ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych	78
Szpitalne	78
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	78
Postępowanie z bielizną	79
Szpitalne	79
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	80
Ocena przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego w podmiotach prowadzących działalność leczniczą	80
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitale, w tym szpitale jednodniowe, szpitale uzdrowiskowe	80

Dezynfekcja narzędzi i sprzętu medycznego oraz powierzchni	80
Komory dezynfekcyjne	81
Sterylizacja	82
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitale	84
Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	84
Działalność lecznicza wykonywana w formie praktyki zawodowej	85
Bloki żywienia w szpitalach	86
Bloki żywieniowe w sanatoriach	87
Bloki żywieniowe w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych	87
Wnioski	87

HIGIENA KOMUNALNA 290

Stan sanitarny wód i urządzeń wykorzystywanych do zaopatrzenia ludności w wodę	90
Wstęp	90
Zaopatrzenie ludności w wodę	91
Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi	95
Analiza przekroczeń parametrów fizykochemicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi	97
Analiza badań ciepłej wody na obecność pałeczek Legionella sp.	98
Wnioski	98

HIGIENA KOMUNALNA 3100

Kąpieliska i miejsca wykorzystywane do kąpiel.....	100
Pływalnie	102
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej	103
Wprowadzenie	103
Stan sanitarny wybranych grup obiektów użyteczności publicznej	104
Ustępy publiczne i ogólnodostępne	104
Domy pomocy społecznej i inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej	105
Noclegownie	106
Obiekty świadczące usługi hotelarskie	106
Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej i tatuażu oraz świadczące łącznie powyższe usługi	107
Obiekty i urządzenia komunikacji publicznej	108
Tereny rekreacyjne	109
Cmentarze i domy przedpogrzebowe	110
Zakłady karne i areszty śledcze	110
Inne obiekty użyteczności publicznej	110
Wnioski	110

ŻYWNÓŚĆ, ŻYWIENIE I PRZEDMIOTY UŻYTKU112

Stan sanitarny obiektów produkcji i obrotu środkami spożywczymi, kosmetykami i żywienia zbiorowego	112
Jakość zdrowotna środków spożywczych, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością ..	114
RASFF - system wczesnego ostrzegania o niebezpiecznej żywności i paszach	118

HIGIENA PRACY 1122

Środowisko pracy	122
Nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych	129
Narażenie na czynniki biologiczne szkodliwe dla zdrowia	131
Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest z województwa kujawsko-pomorskiego	132
Warunki pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników narażonych na kontakt z rtęcią i jej związkami	133
Warunki pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach pogrzebowych	134

Choroby zawodowe	135
Środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne.....	138
Wnioski	142
HIGIENA PRACY 2	144
Działalność laboratoryjna higieny pracy	144
Narażenie na czynniki szkodliwe dla zdrowia	144
Narażenie na czynniki uciążliwe dla zdrowia	150
Wnioski	151
HIGIENA RADIACYJNA	155
Ochrona przed promieniowaniem jonizującym. Ochrona radiologiczna personelu	155
Ochrona radiologiczna pacjentów	155
Ochrona przed promieniowaniem elektromagnetycznym z zakresu 0-300 Ghz. Ochrona personelu przed polami elektromagnetycznymi.....	160
Ochrona ludności przed polami elektromagnetycznymi	160
Badania rozkładu pola elektromagnetycznego - PEM	161
Badania skażeń promieniotwórczych żywności i wody pitnej	161
Zdarzenia radiacyjne	163
Kontrola jakości medycznych aparatów rentgenowskich oraz badanie dawki dla pacjenta	164
NADZÓR ZAPOBIEGAWCZY	165
Wnioski	166
HIGIENA DZIECI I MŁODZIEŻY	167
Warunki sanitarno-higieniczne w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych w 2016 roku	167
Badania środowiska fizycznego	168
Stan sanitarno-techniczny budynków	169
Infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego	170
Mebłe przedszkolne i szkolne	171
Tornistry szkolne	172
Szkoły wyższe	172
Wypoczynek dzieci i młodzieży	172
Wnioski	173
OŚWIATA ZDROWOTNA	175
Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce	175
Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS	180
Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych	181
Trzymaj Formę!	182
Etykieta rozszyfrowana - wiem, co kupuję i jem	184
Chroń się przed kleszczami wszystkimi sposobami	185
Światowy Dzień Zdrowia 7 kwietnia	186
Lekki tornister	186
Akademia Zdrowego Życia	187
Profilaktyka chorób pasożytniczych - owsica, wszawica, świerz	188
"Stop dopalaczom"	188
Akcja letnia Bezpieczne Wakacje	189
"Uroczystości komunijne bez zatruc pokarmowych"	190
Zdrowy styl życia - od juniora do seniora	190
Akcja edukacyjna dotycząca grzyboznawstwa i profilaktyki zatruc grzybami	190
Wnioski	191





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

Szanowni Państwo

jak co roku mam zaszczyt przekazać w Państwa ręce kolejne opracowanie prezentujące ocenę stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa kujawsko-pomorskiego w 2016 roku.

Zawarte w nim informacje odzwierciedlają realizację zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rzecz bezpieczeństwa sanitarnego, w szczególności ochronę przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, monitorowanie chorób zakaźnych i zawodowych, nadzór nad bezpieczeństwem żywności i wody oraz warunkami nauki i wypoczynku.

W 2016 roku prowadzono również szereg działań promocyjnych i edukacyjnych, co zaowocowało uhonorowaniem Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy tytułem „Instytucjonalnego Profilaktyka Roku”.

Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego wyposażone są w nowoczesny, światowej klasy specjalistyczny sprzęt i oferują coraz szerszy zakres badań. Wychodząc na-

przeciw oczekiwaniom producentów żywności w 2016 roku, w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy uruchomiono Pracownię Badań Molekularnych prowadzącą badania genetyczne metodą real-time PCR na obecność patogenów w żywności i wodzie. Jest to jedyna pracownia w kraju, w której oznacza się obecność wirusa zapalenia wątroby typu A w owocach i warzywach sałatkowych.

Skuteczną realizację zadań zapewniła wysoce wykwalifikowana kadra, systematycznie doskonaląca swoją wiedzę, wdrożony system zarządzania jakością oraz ujednolicone standardy postępowania.

Istotnym elementem realizacji statutowych zadań na rzecz zdrowia publicznego jest stała, owocna współpraca Państwowej Inspekcji Sanitarnej z organami administracji rządowej i samorządowej, instytucjami publicznymi oraz lokalnymi mediami.

Mam nadzieję, że niniejsze opracowanie przyczyni się do lepszego poznania zadań i roli Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkich mieszkańców naszego województwa.

EPIDEMIOLOGIA



Ocena sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i zakażeń w roku 2016

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 2016 roku zarejestrowano 22189 chorób zakaźnych i zakażeń podlegających obowiązkowi zgłoszenia i rejestracji (2015 rok – 28556). Hospitalizowano łącznie 6 552 osoby (2015 rok – 8091).

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.

Z chorób związanych z podróżami odnotowano 1 przypadek malarii zawleczony z Etiopii, 1 przypadek gorączki denga bez objawów krwotocznych zawleczony z Indonezji lub Tajlandii i 1 przypadek wirusowego zapalenia wątroby typu A, gdzie do zakażenia doszło w czasie podróży po USA, Meksyku i Wyspach Bahama. Nie zawleczono do naszego województwa innych groźnych gorączek krwotocznych i chorób szczególnie niebezpiecznych oraz wysoce zakaźnych.

W ramach nadzoru epidemiologicznego monitorowano sytuację epidemiologiczną grypy i zachorowań grypopodobnych. W omawianym okresie nastąpił ok. 10% wzrost zapadalności.

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

Wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności.

Lp.	Jednostka chorobowa	2012		2013		2014		2015		2016	
		zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.
1	Inne salmonelozы (zakażenia pozajelitowe)	11	0,52	15	0,72	11	0,53	20	0,96	31	1,49
2	Dur brzuszny	-	-	1	0,05	-	-	1	0,05	-	-
3	Dury rzekome A, B, C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Czerwonka bakteryjna (szigelozы)	-	-	-	-	5	0,24	2	0,10	-	-
5	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	577	27,50	573	27,36	505	24,15	472	22,58	502	24,08
6	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - salmonelozowe	551	26,26	528	25,21	469	22,43	431	20,62	478	22,93
7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem	515	24,54	690	32,95	652	31,18	798	38,18	648	31,09

8	Wirusowe zakażenia jelitowe - ogółem	2 938	140,01	3309	158,02	3301	157,88	3 531	168,95	2 578	123,67
9	Meningokokowe i inne bakt. zap. opon mózgowych i mózgu ogółem	50	2,38	54	2,58	45	2,15	63	3,01	63	3,02
10	Wirusowe zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	65	3,10	93	4,44	124	5,93	63	3,01	61	2,93
11	Plonica (szkarlatyna)	1 608	76,63	1727	82,47	1 819	87,00	2 060	98,56	1 252	60,06
12	Odra	1	0,05	-	-	-	-	1	0,05	1	0,05
13	Różyczka	323	15,39	2 472	118,05	279	13,34	143	6,84	61	2,93
14	Ospa wietrzna	15 882	756,87	12 648	603,99	14 130	675,81	12 930	618,66	8 969	430,27
15	Wirusowe zapalenie wątroby ogółem	316	15,06	342	16,33	612	29,27	805	38,52	695	33,34
16	Wirusowe zapalenie wątroby typu A	4	0,19	1	0,05	-	-	2	0,10	3	0,14
17	Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ogółem	105	5,00	106	5,06	261	12,48	332	15,89	273	13,10
18	Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ostre	3	0,14	1	0,05	2	0,10	3	0,14	2	0,10
19	Wirusowe zapalenie wątroby typu B przewlekłe i BNO	102	4,86	105	5,01	259	12,39	329	15,74	271	13,00
20	Wirusowe zapalenie wątroby typu C - ogółem	207	10,00	231	11,16	347	16,60	469	22,44	417	20,00
21	Wirusowe zapalenie wątroby typu C wg definicji z 2009 / 2014r.	195	9,29	214	10,22	344	16,45	469	22,44	417	20,00
22	Wirusowe zapalenie wątroby typu C wg definicji z 2005r.	175	8,34	196	9,36	260	12,44				
23	Wirusowe zapalenie wątroby typu B + C (zakażenie mieszane)	-	-	4	0,19	4	0,19	2	0,10	2	0,10
24	Wirusowe zapalenie wątroby inne i nie określone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)	201	9,58	180	8,60	177	8,47	190	9,09	104	4,99
26	Krzusiec	260	12,39	120	5,73	300	14,35	450	21,53	559	26,82
27	Tęžec	1	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-
28	Borelioza	349	16,63	430	20,53	413	19,75	399	19,09	605	29,02
29	Malaria (zimnica)	-	-	2	0,10	1	0,05	-	-	1	0,05
30	Włośnica	-	-	-	-	22	1,05	-	-	-	-
31	AIDS	3	0,14	4	0,19	2	0,10	4	0,19	1	0,05
32	Nowo wykryte zakażenia HIV	23	1,10	50	2,39	31	1,48	39	1,87	35	1,68
33	Grypa i podejrzenia grypy - ogółem	19 847	945,83	107 783	5 147,01	206 197	9 861,94	252 920	12 101,48	280 272	13 445,37
34	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	8 527	2 634,78	52 700	16 504,08	106 894	33 702,32	126 050	39 845,23	140 459	44 789,08
35	Grypa - ogółem (przyp. potw. lab)	8	0,38	100	4,77	20	0,96	51	2,44	194	9,31
36	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	3	0,93	8	2,49	2	0,63	3	0,95	64	20,41
37	Gruźlica	428	20,40	351	16,76	267	12,77	306	14,64	269	12,90

Wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2015-2016. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności.

Lp.	Jednostka chorobowa	woj. kujawsko-pomorskie				Polska			
		2016		2015		2016		2015	
		zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.
1	Inne salmonelozy (zakażenia pozajelitowe)	31	1,49	20	0,96	329	0,85	332	0,60
2	Dur brzuszny	-	-	1	0,05	2	0,01	4	0,01
3	Dury rzekome A, B, C	-	-	-	-	2	0,01	5	0,01
4	Czerwonka bakteryjna (szigelozja)	-	-	2	0,10	15	0,04	18	0,05
5	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	502	24,08	472	22,58	10 722	27,90	9 858	25,64
6	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - salmonelozowe	478	22,93	431	20,62	9 687	25,21	8 420	21,90

7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem	648	31,09	798	38,18	13 029	33,90	13 311	34,62
8	Wirusowe zakażenia jelitowe - ogółem	2578	123,67	3 531	168,95	44 830	116,66	55 729	144,92
9	Meningokokowe i inne bakt. zap. opon mózgowych i mózgu ogółem	63	3,02	63	3,01	933	2,43	899	2,34
10	Wirusowe zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	61	2,93	63	3,01	1 388	3,61	1 177	3,05
11	Plonica (szkarlatyna)	1 252	60,06	2 060	98,56	20 365	53,00	26 782	69,65
12	Odra	1	0,05	1	0,05	132	0,34	48	0,12
13	Różyczka	61	2,93	143	6,84	1 146	2,98	2 026	5,27
14	Ospa wietrzna	8 969	430,27	12 930	618,66	160 660	418,09	187 624	487,91
15	Wirusowe zapalenie wątroby - ogółem	695	33,34	805	38,52	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	7 885	20,52
16	Wirusowe zapalenie wątroby typu A	3	0,14	2	0,10	35	0,09	49	0,13
17	Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ogółem	273	13,10	332	15,89	3 811	9,91	3 518	9,15
18	Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ostre	2	0,10	3	0,14	48	0,12	55	0,14
19	Wirusowe zapalenie wątroby typu B – przewlekłe i BNO	271	13,00	329	15,74	3 763	9,79	3 463	9,01
20	Wirusowe zapalenie wątroby typu C - ogółem	417	20,00	469	22,44	4 277	11,13	4 285	11,14
21	Wirusowe zapalenie wątroby typu C wg definicji z 2009 / 2014r.	417	20,00	469	22,44	4 277	11,13	4 285	11,14
22	Wirusowe zapalenie wątroby typu B + C (zakażenie mieszane)	2	0,10	2	0,10	20	0,05	24	0,06
23	Wirusowe zapalenie wątroby inne i nie określone	-	-	-	-	9	0,02	9	0,02
24	Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)	104	4,99	190	9,09	1 978	5,15	2 208	5,74
25	Krztusiec	559	26,82	450	21,53	6 856	17,84	4 956	12,89
26	Tęžec	-	-	-	-	12	0,03	12	0,03
27	Borelioza	605	29,02	399	19,09	21 220	55,22	13 625	35,43
28	Malaria (zimnica)	1	0,05	-	-	38	0,10	29	0,08
29	Włośnica	-	-	-	-	4	0,01	27	0,07
30	AIDS	1	0,05	4	0,19	116	0,30	134	0,35
31	Nowo wykryte zakażenia HIV	35	1,68	39	1,87	1459	3,80	1 295	3,37
32	Grypa i podejrzenia grypy - ogółem	280 272	13 445,37	252 920	12 101,48	4 315 219	11 229,71	3 843 438	9994,75
33	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	140 459	44 789,08	126 050	39 845,23	2 038 024	35 383,51	1 784 680	30 995,94
34	Grypa - ogółem (przyp. potw. laboratoryjnie)	194	9,31	51	2,44	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	991	2,58
35	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	64	20,41	3	0,95	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH
36	Gruźlica	269	12,90	306	14,64	-	-	6 430	16,73

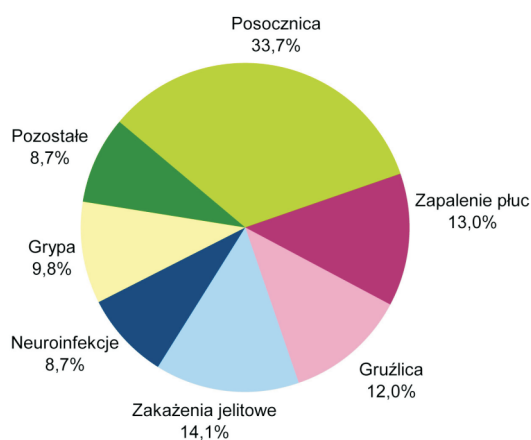
Porównanie zapadalności na wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim i w kraju zawarto w powyższej tabeli.

Umieralność z powodu chorób zakaźnych utrzymywała się na stosunkowo niskim poziomie. W województwie kujawsko-pomorskim w 2016 roku wynosiła 4,41 na 100 tys. ludności. Zarejestrowano 92 zgony (o 16 więcej niż w roku

2015), których przyczyną były choroby zakaźne. Dominowały, podobnie jak w latach ubiegłych, posocznica (33,7%), zakażenia jelitowe wywołane przez *Clostridium difficile* (14,1%), zapalenia płuc (13,0%) i gruźlica (12,0%). Podobnie jak w latach poprzednich najczęściej zgonów odnotowano w grupie osób powyżej 60 roku życia (około 72% 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	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
0	1	1				1									1	2
1						1										1
2-4		1										1				2
5-9																0
10-14																0
15-19																0
20-29								1		1						2
30-39			1	1					1	1			1	1	3	3
40-49		1			1	1			2			2		1	3	5
50-59	8	3	3	2			1	1	4	3		1	1	1	17	11
60 i więcej	24	26	6	8	3	5	13	11	4	6		5	2	5	52	66
Razem	33	32	10	11	4	8	14	13	11	11	0	9	4	8	76	92



Umieralność z powodu chorób zakaźnych w województwie kujawsko-pomorskim, w 2016 roku.

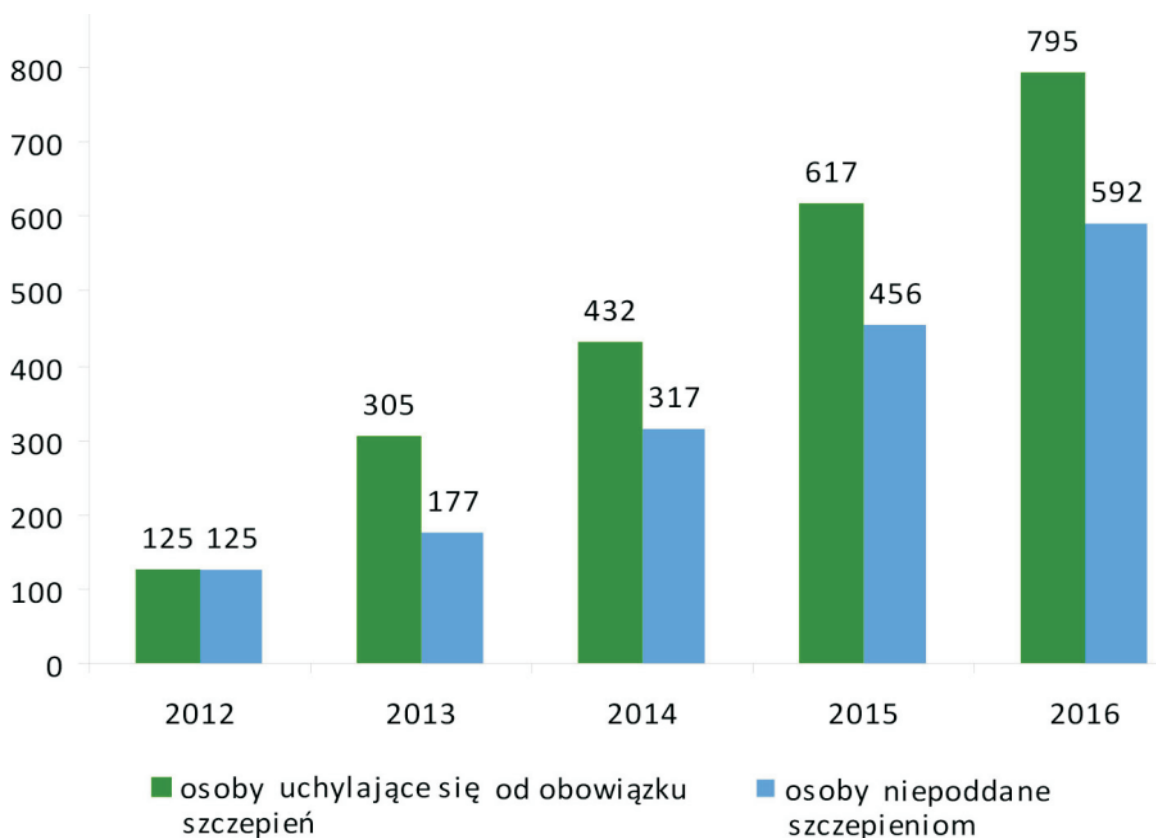
Choroby zakaźne objęte programem obowiązkowych szczepień ochronnych

Szczepienia ochronne to najskuteczniejsza metoda 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%. Osiągnięcie tak zwanej odporności populacyjnej skutecznie zapobiega szerzeniu się zachorowań na choroby zakaźne zarówno na osoby, które ze względu na przeciwwskazania nie mogły być szczepione, jak i takie, które pomimo prawidłowego szczepienia nie wykształciły odporności immunologicznej. Dążenie do utrzymania odporności populacyjnej nabiera jeszcze większego znaczenia wobec aktywnej działalności ruchów antyszczepionkowych.

Nadzór nad chorobami zakaźnymi, którym zapobiega się poprzez szczepienia ochronne jest szczególnie 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



Liczba osób niepoddanych obowiązkowym szczepieniom ochronnym w stosunku do liczby osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych w latach 2012- 2016 (wg stanu na koniec roku kalendarzowego).

ochronnych zapewnia odporność populacyjną.

Szczepienia ochronne dzieci w 1 i 2 roku życia wykonane były na poziomie nieznacznie niższym niż w roku ubiegłym, ale zbliżonym do średniego poziomu zaszczepienia w tej grupie wiekowej w kraju. Zarejestrowano obniżenie odsetka zaszczepienia przeciwko odrze, śwince i różyczce w 13-14 miesiącu życia o 0,5% 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.

Obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci i młodzieży szkolnej wykonane były na poziomie dobrym, zbliżonym lub wyższym w stosunku do roku ubiegłego. Okresowy brak szczepionek przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi z acelularnym komponentem krztuśca, spowodowany wystąpieniem w Europie problemu z produkcją i dystrybucją tych szczepionek, nie wpłynął zasadniczo na poziom uodpornienia przeciwko tym cho-

robom w grupie 6 i 14 latków.

Nadal zagrożeniem dla utrzymania odporności populacyjnej są działania ruchów antyszczepionkowych i rosnąca liczba uchylających się od szczepień ochronnych, którzy swoje decyzje opierają na nieprawdziwych, pseudonaukowych informacjach.

W roku 2016 nie zaszczepiono 592 osób co stanowiło 0,1% populacji podlegającej szczepieniu. Podobnie jak w roku 2015, najczęstszą przyczyną uchylania się od obowiązku szczepień był wpływ ruchów antyszczepionkowych (63,4% osób uchylających się). Tylko 2,4% stanowiły osoby o odrębności kulturowej, religijnej lub etnicznej, będące pod wpływem środowisk propagujących medycynę alternatywną oraz osoby, u których wystąpił wcześniej niepożądany odczyn poszczepienny (NOP). W 34,2% przypadków przyczyną 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 ru-

chów antyszczepionkowych.

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 2016 roku w województwie kujawsko-pomorskim nie wystąpiły zachorowania na błonicę, tężec i poliomyelitis. Prowadzono nadzór i monitoring ostrych porażen wiotkich w ramach koordynowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) programu eradykacji poliomyelitis. Ma to istotne znaczenie wobec sytuacji epidemiologicznej poliomyelitis na świecie i transgranicznego rozprzestrzeniania się dzikiego wirusa polio. Nowe zachorowania na poliomyelitis w omawianym okresie wystąpiły w Pakistanie, Afganistanie oraz w Nigerii.

W 2016 roku w regionie zgłoszono 5 przypadków ostrych porażen wiotkich (zgodnie z kryterium WHO - liczba przekroczyła wymaganą dla naszego regionu), a to świadczy o właściwym poziomie czułości nadzoru epidemiologicznego w tym zakresie.

W ramach uczestnictwa w programie eliminacji odry, koordynowanego przez WHO, monitorowaniu winny podlegać wszystkie podejrzenia zachorowań na odrę. W 2016 roku zgłoszono 3 podejrzenia o zachorowanie na odrę. Badania laboratoryjne potwierdziły jeden przypadek za-

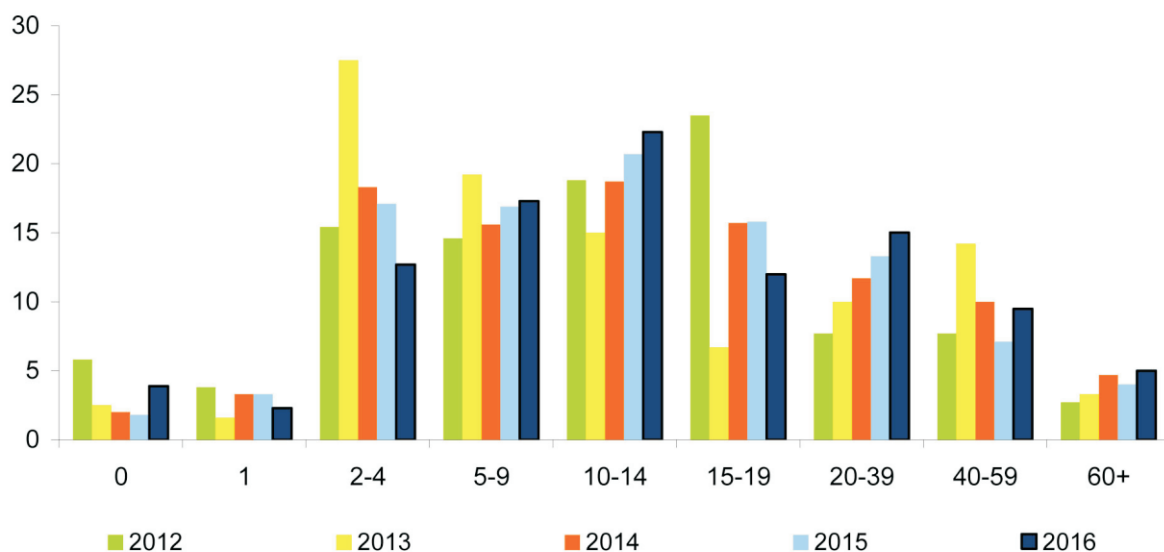
chorowania. Dwa przypadki podejrzeń odry wystąpiły w Ośrodku dla Cudzoziemców, jeden z nich badania laboratoryjne potwierdziły jako zachorowanie na odrę. W związku z wystąpieniem zachorowań w Ośrodku dla Cudzoziemców wdrożono działania zapobiegawcze, w ramach których przeciw odrze szczepionką skojarzoną przeciw odrze, śwince i różyczce zaszczepiono 87 osób: 77 mieszkańców Ośrodka (w tym: 47 dzieci w wieku 0-19 lat, 30 osób w wieku powyżej 20 lat) i 10 pracowników.

Zbyt niska, w stosunku do oczekiwanej, liczba rejestrowanych w województwie podejrzeń odry świadczy o niskiej czułości systemu nadzoru nad tą chorobą. Niezbędne jest więc podejmowanie działań na rzecz propagowania wśród lekarzy założeń programu, co w efekcie może doprowadzić do poprawy zgłaszalności podejrzeń odry.

Niekorzystnym zjawiskiem był wzrost zapadalności na krztusiec o ok. 20% w stosunku do roku ubiegłego, która przewyższała o 33% zapadalność krajową. Trend wzrostu rejestrowanych zachorowań na krztusiec w regionie obserwowany jest od 2014 roku. Wskazuje to na krążenie bakterii w środowisku i utrzymującą się wrażliwość populacji na zakażenie. Zgodnie z kryteriami klasyfikacji przypadków na potrzeby nadzoru epidemiologicznego, spośród 559 zgłoszonych zachorowań tylko 163 (29%) przypadki spełniały kryteria kliniczne i laboratoryjne dla przypadku potwierdzonego. Znacząca większość zachorowań -

Zachorowania na krztusiec w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2012- 2016. Liczba i odsetek zachorowań wg wieku.

Wiek w latach	2012		2013		2014		2015		2016	
	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%
0	15	5,8	3	2,5	6	2,0	8	1,8	22	3,9
1	10	3,8	2	1,6	10	3,3	15	3,3	13	2,3
2-4	40	15,4	33	27,5	55	18,3	77	17,1	71	12,7
5-9	38	14,6	23	19,2	47	15,6	76	16,9	97	17,3
10-14	49	18,8	18	15	56	18,7	93	20,7	124	22,3
15-19	61	23,5	8	6,7	47	15,7	71	15,8	67	12,0
20-39	20	7,7	12	10	35	11,7	60	13,3	84	15,0
40-59	20	7,7	17	14,2	30	10,0	32	7,1	53	9,5
60+	7	2,7	4	3,3	14	4,7	18	4,0	28	5,0
	260	100	120	100	300	100,0	450	100,0	559	100,0



Krztusiec w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012- 2016. Odsetek zachorowań wg wieku.

388 (69%) przypadków spełniała tylko kryterium kliniczne i mogła być zakwalifikowana jako zachorowania możliwe. Właściwa diagnostyka laboratoryjna chorób kaszlowych jest niezwykle ważna w rozpoznawaniu zachorowań na krztusiec. Odnotowano 49 ognisk środowiskowych (44 rodzinne, 4 szkolne, 1 szpitalne), w których zachorowało łącznie 111 osób.

W roku 2016 utrzymywał się obserwowany od kilku lat trend przesunięcia zachorowań na krztusiec na starsze dzieci i osoby dorosłe, u któ-

rych najczęściej objawem infekcji był przewlekający się kaszel. Najliczniej zachorowania występowały w grupie wieku 10-14 lat (22% 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 2016 roku wg grup wiekowych i liczby otrzymanych dawek szczepionki przeciwkrztuścowej.

Liczba dawek szczepionki p/krztuścowej	Grupy wiekowe															
	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+	ogółem
0	7	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	12	10	12	5	48
1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
3	18	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
4	71	11	6	14	2	9	4	1	0	0	0	0	0	0	0	118
5	0	83	116	50	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	250
6	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
brak dokumentacji szczepień	0	2	0	2	3	11	19	32	24	7	6	4	1	0	0	111
ogółem	106	97	124	67	6	20	24	34	24	7	6	16	11	12	5	559

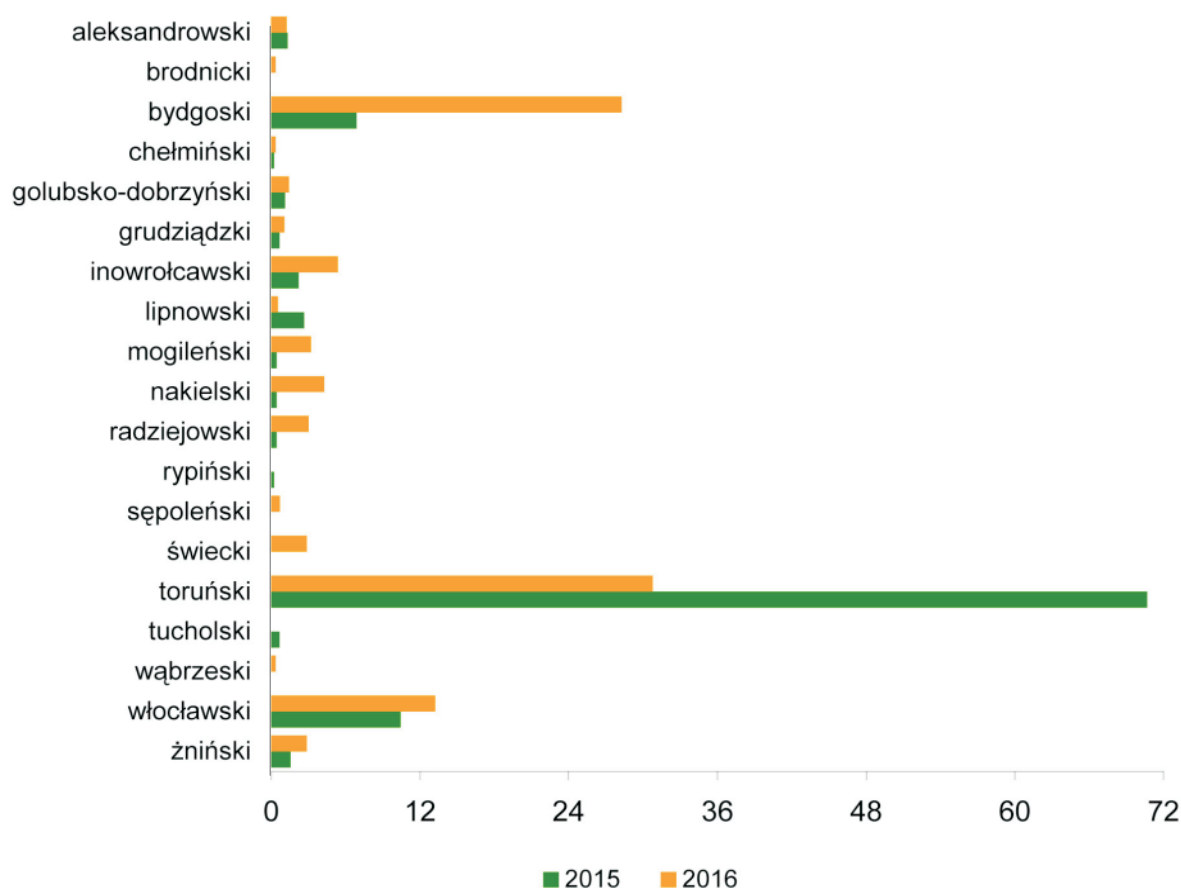
Wskaźniki zaszczepienia przeciw krztuścowi dzieci do 2-go roku życia utrzymywały się na wysokim poziomie. Z raportów jednostkowych zachorowań na krztusiec wynikało, że w grupie 559 osób chorych, 48 osób nie było szczepionych, a w przypadku 111 osób nie była znana historia szczepień. Wśród pozostałych chorych, 118 osób otrzymało szczepienie podstawowe (4 dawki), a 250 osób 5 dawek (szczepienie podstawowe i uzupełniające), 19 osób otrzymało 3 dawki szczepionki, 6 osób 2 dawki szczepionki, 5 osób 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.

Terytorialny rozkład zachorowań na krztusiec przedstawiał się następująco:

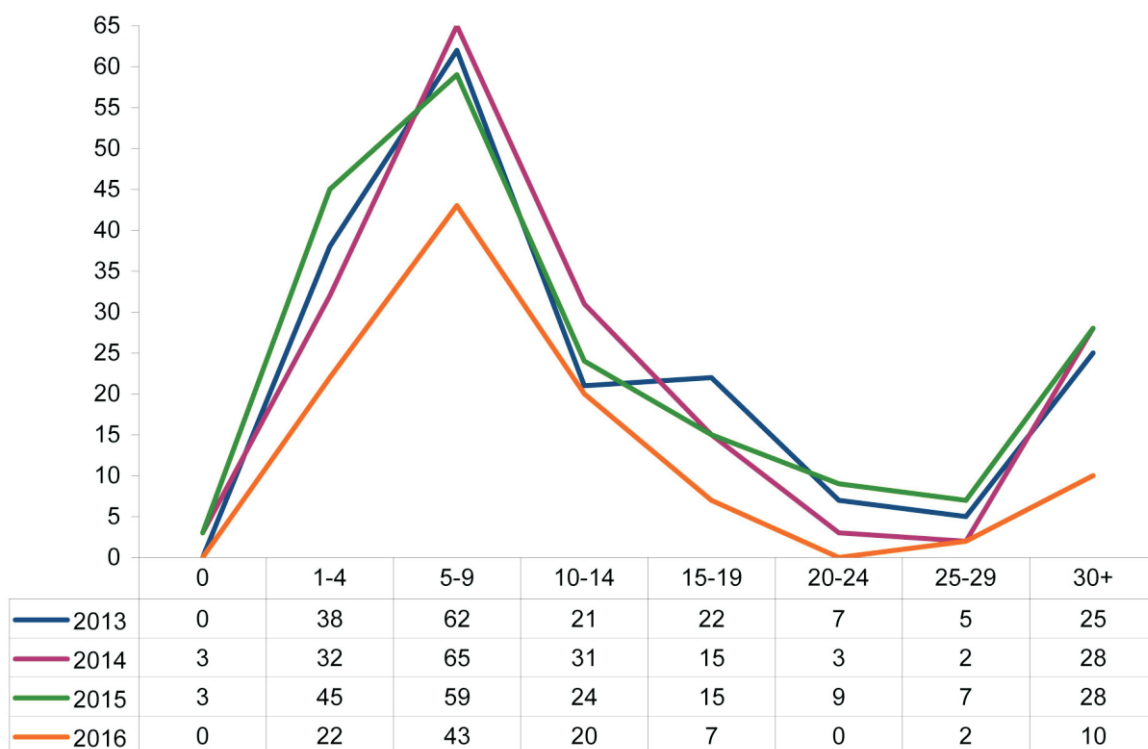
Zjawisko cyklicznej zmienności zachorowań wystąpiło nie tylko w przypadku krztuśca, ale również świnki, różyczki i ospy wietrznej tj. typowych chorób wieku dziecięcego.

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, obserwowany jest spadek liczby zachorowań. W 2016 roku zapadalność na świnkę zmalała prawie 2-krotnie i była nieznacznie niższa od zapadalności krajowej.

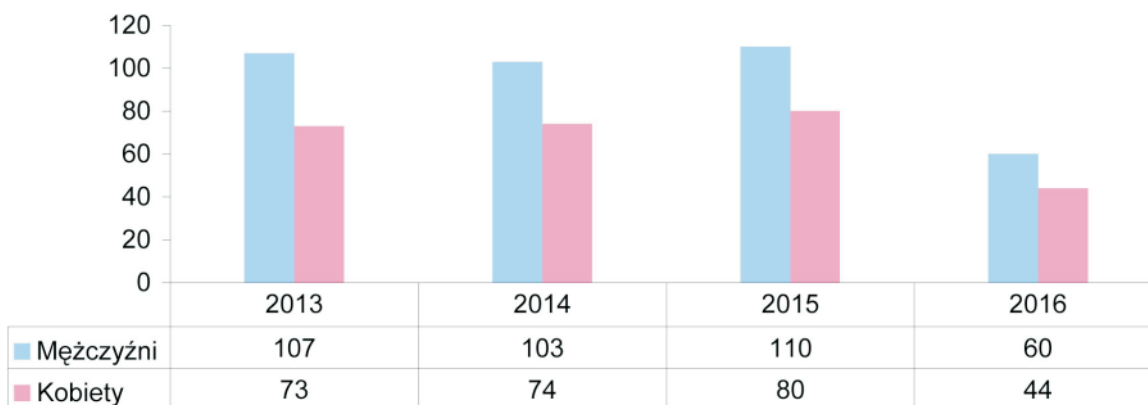
Analiza grup wiekowych zachorowań wykazała, że najwięcej zachorowań, podobnie jak w latach poprzednich, wystąpiło w grupie wieku 5-9 lat (41% ogółu zachorowań), w grupie wieku 1-4 lata (21% ogółu zachorowań) i 10-14 lat



Krztusiec w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2015-2016. Odsetek zachorowań wg powiatów.



Świnka w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2016. Zachorowania wg wieku (ukończone lata).

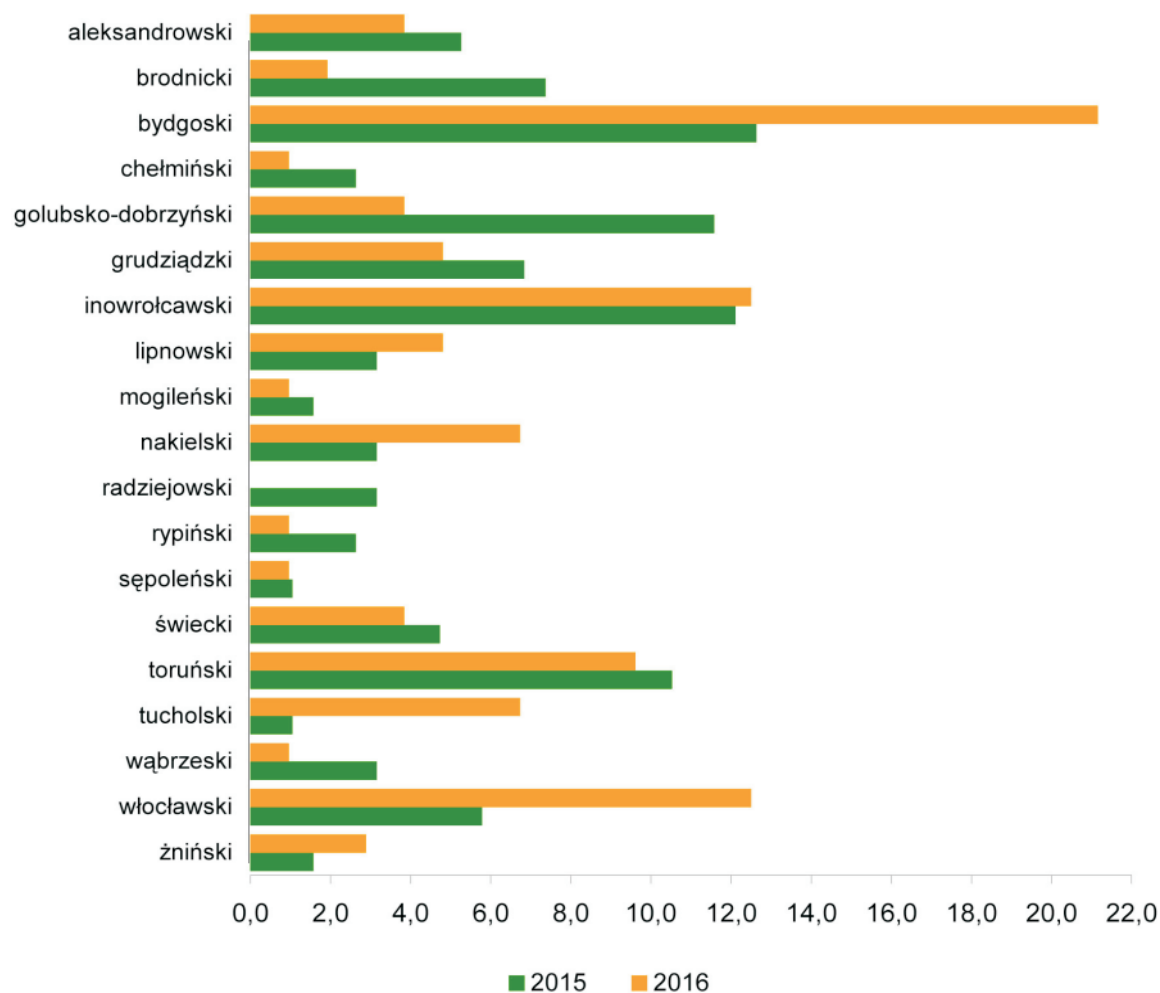


Świnka w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2016. Zachorowania wg płci.

(19% ogółu zachorowań). Częściej chorowali chłopcy i młodzi mężczyźni (około 58% ogółu zachorowań). Osoby nie szczepione przeciw śwince stanowiły 15,4% ogółu zachorowań. Występowanie zachorowań na świnkę wskazuje na koniecz-

ność utrzymania wysokiego poziomu zaszczepienia populacji.

Terytorialny rozkład zachorowań na świnkę przedstawiał się następująco:



Świnka w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2015-2016. 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.

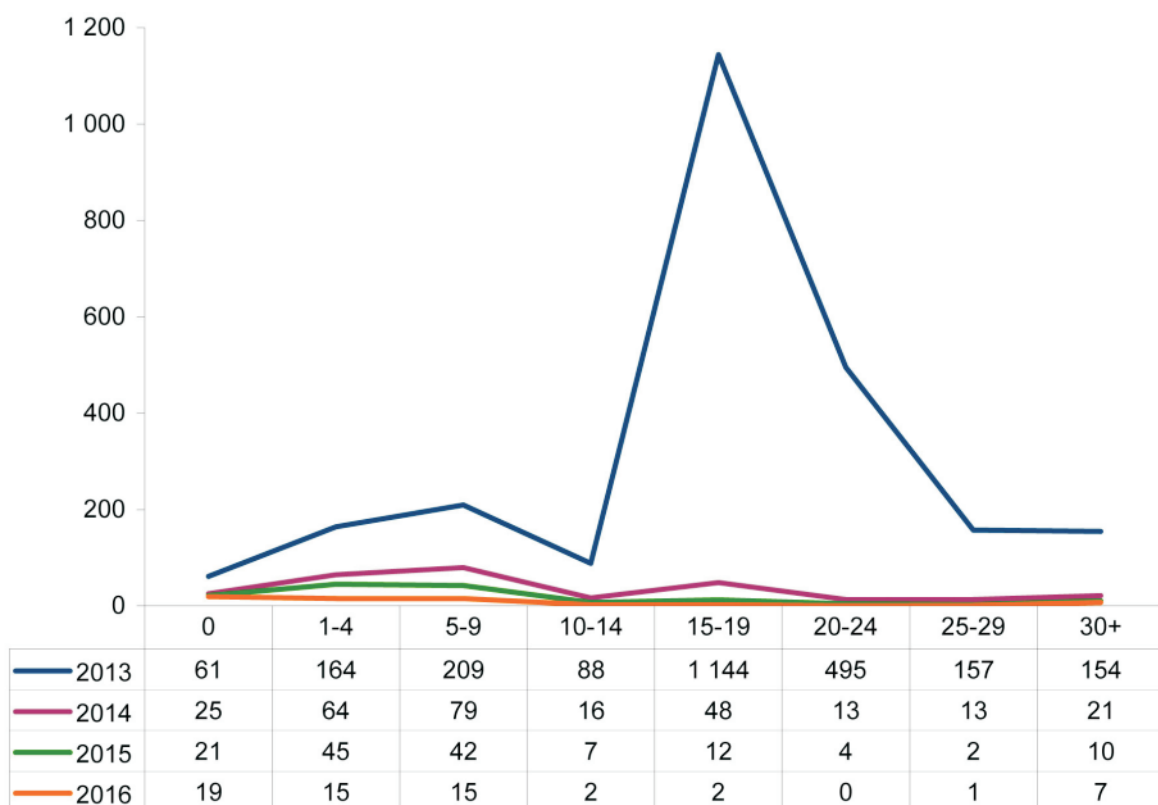
Po epidemii wyrównawczej różyczki w 2013 roku, obserwujemy od 2014 roku spadek zapadalności na tę chorobę. W 2016 roku odnotowano w regionie przeszło 2-krotny spadek zapadalności. Podobny trend obserwowano również w kraju. W omawianym okresie zapadalność dla naszego regionu była zbliżona do zapadalności krajowej.

Analiza grup wiekowych zachorowań na różyczkę w 2016 roku wykazała, że najwięcej za-

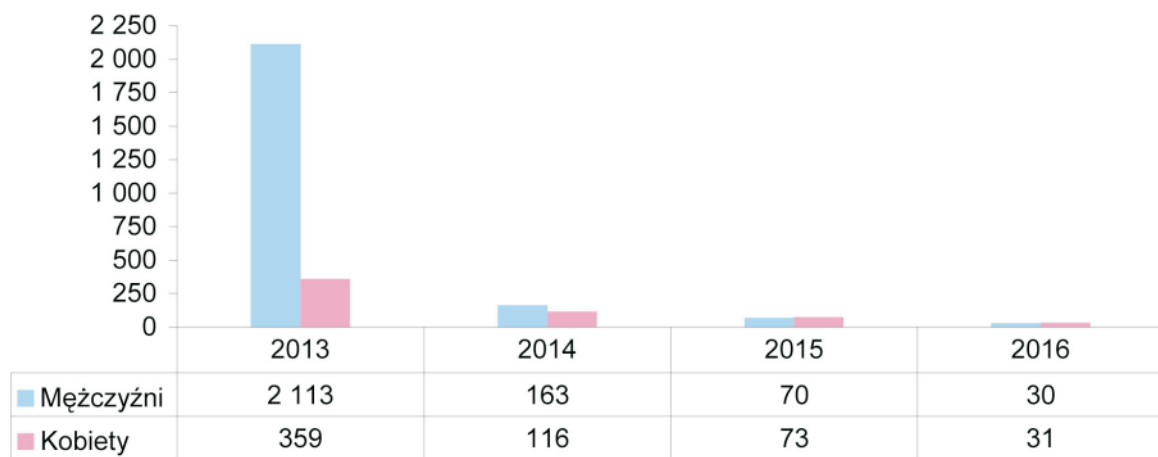
chorowań wystąpiło w grupie wieku 0 (31% ogółu zachorowań), 1-4 lata i 5-9 lat (po 25% ogółu zachorowań) i powyżej 30 lat (11% ogółu zachorowań).

Osoby nie szczepione przeciw różyczce stanowiły przeszło 49% ogółu zachorowań. Wśród chorych nie szczepionych 46% stanowili chłopcy/mężczyźni, a 53,6%, stanowiły dziewczęta/kobiety. Zachorowania wśród mężczyzn nie szczepionych oraz fakt, że około 50% zakażeń wirusem różyczki przebiega subklinicznie, stanowi ryzyko zachorowań na różyczkę kobiet w wieku rozrodczym.

W 2016 roku nastąpił spadek zapadalności na ospę wietrzną o około 30% w stosunku do roku ubiegłego i była ona nieznacznie wyższa od zapadalności krajowej.



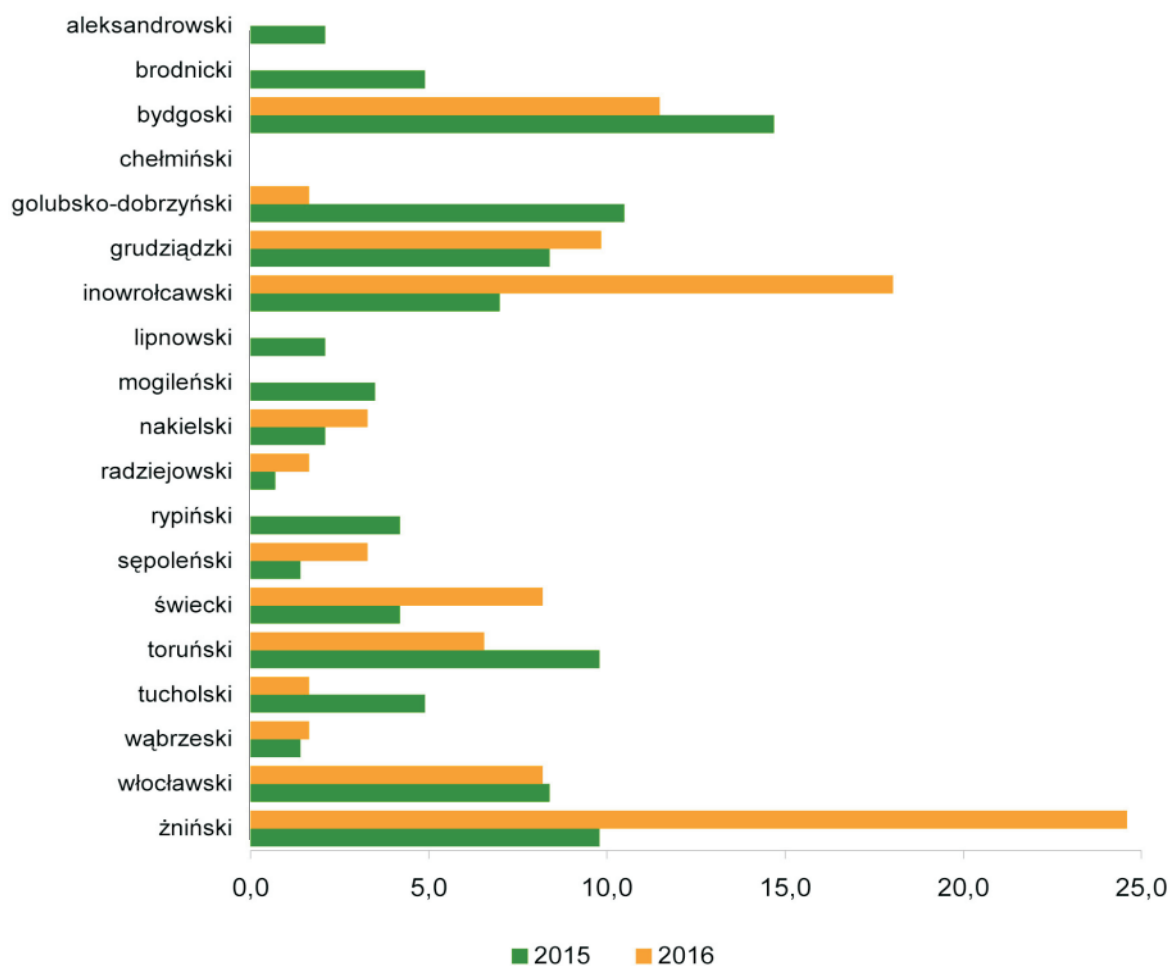
Różyczka w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2013-2016. Liczba zachorowań wg wieku (ukończone lata).



Różyczka w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2013-2016. Liczba zachorowań według płci.

Terytorialny rozkład zachorowań na różyczkę w regionie przedstawia kolejny wykres. 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 - 51% ogółu zachorowań. Dziewczęta/kobiety stanowiły 49% ogółu zachorowań na ospę

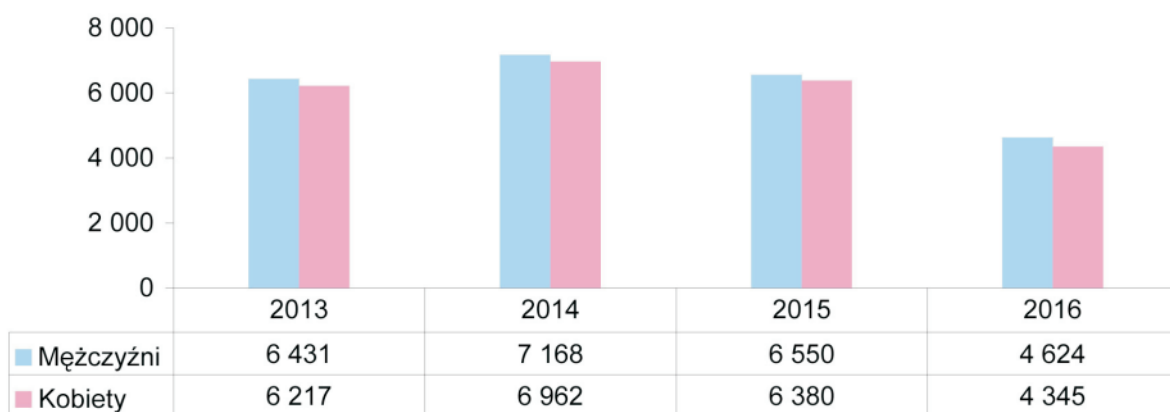


Różyczka w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2015-2016. Odsetek zachorowań według powiatów.

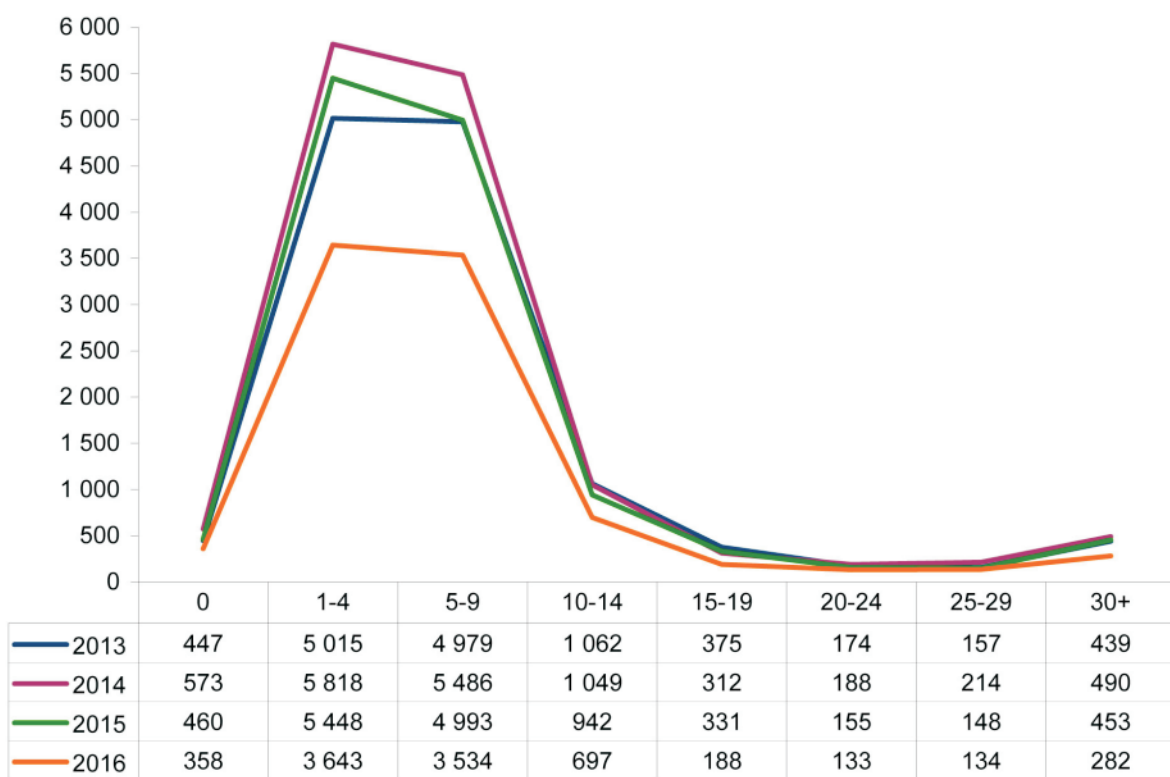
wietrzną. Najskuteczniejszym działaniem profilaktycznym są szczepienia. Zachorowania wśród osób nie szczepionych stanowiły ok. 99% ogółu zachorowań. Propagowanie szczepień przeciwko ospie wietrznej, które obecnie jako obowiązkowe są tylko w grupach ryzyka i wzrost liczby osób szczepionych, pomógłby utrzymać trend spadkowy zachorowań w następnych latach.

Sytuację epidemiologiczną inwazyjnych zakażeń wywołanych przez *Haemophilus influenzae* pomimo wzrostu zachorowań można uznać za korzystną. Zapadalność była niższa od 1, podobnie jak w kraju. To efekt wprowadzonych w 2007 roku obowiązkowych szczepień ochronnych. W roku 2016 zgłoszono 9 przypadków zachorowań wywołanych przez ten patogen u osób nieszczepionych.

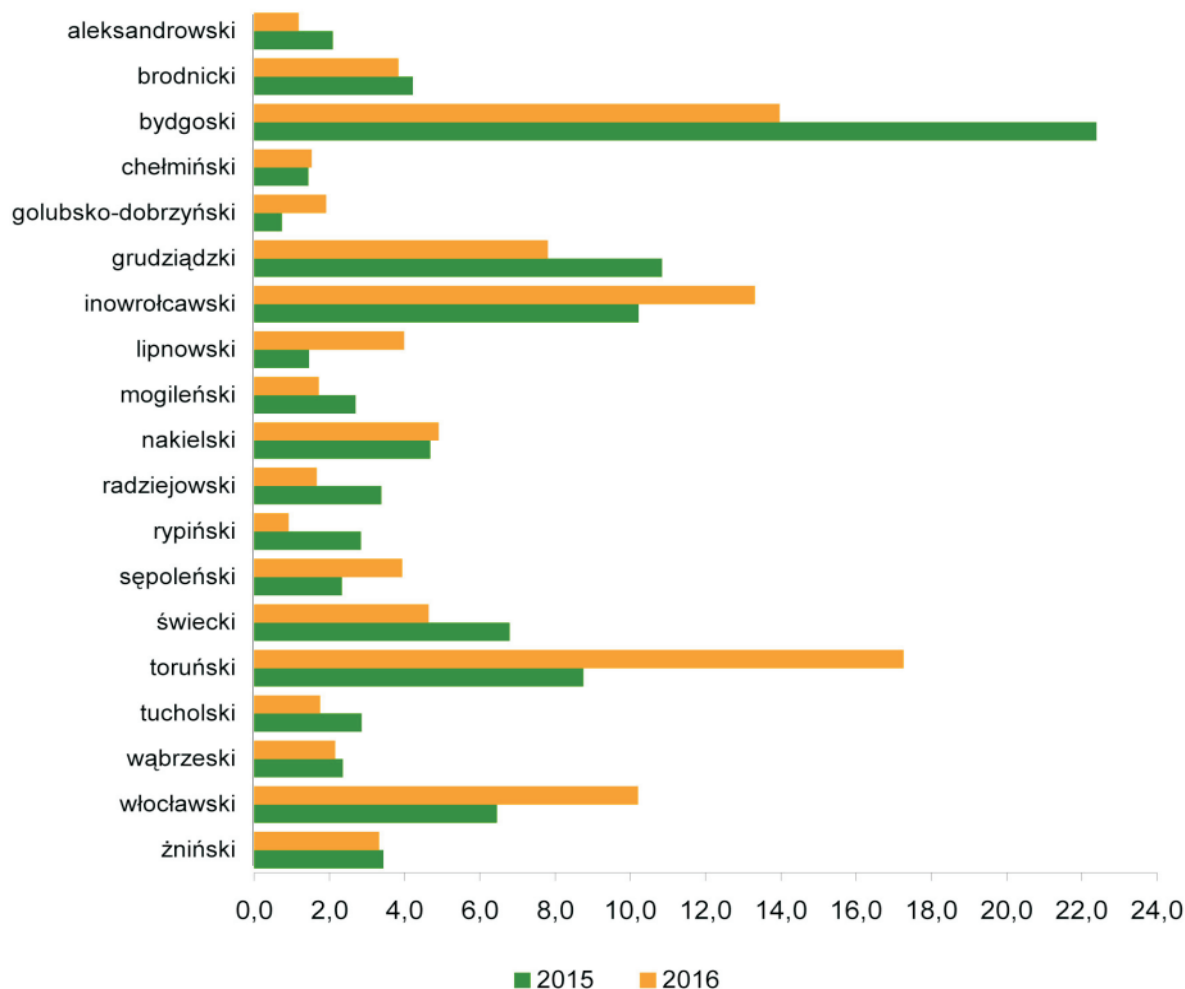




Ospa w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2016. Liczba zachorowań wg płci.



Ospa wietrzna w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2016. Liczba zachorowań wg wieku (ukończone lata).



Ospa wietrzna w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2015-2016. Odsetek zachorowań według powiatów.

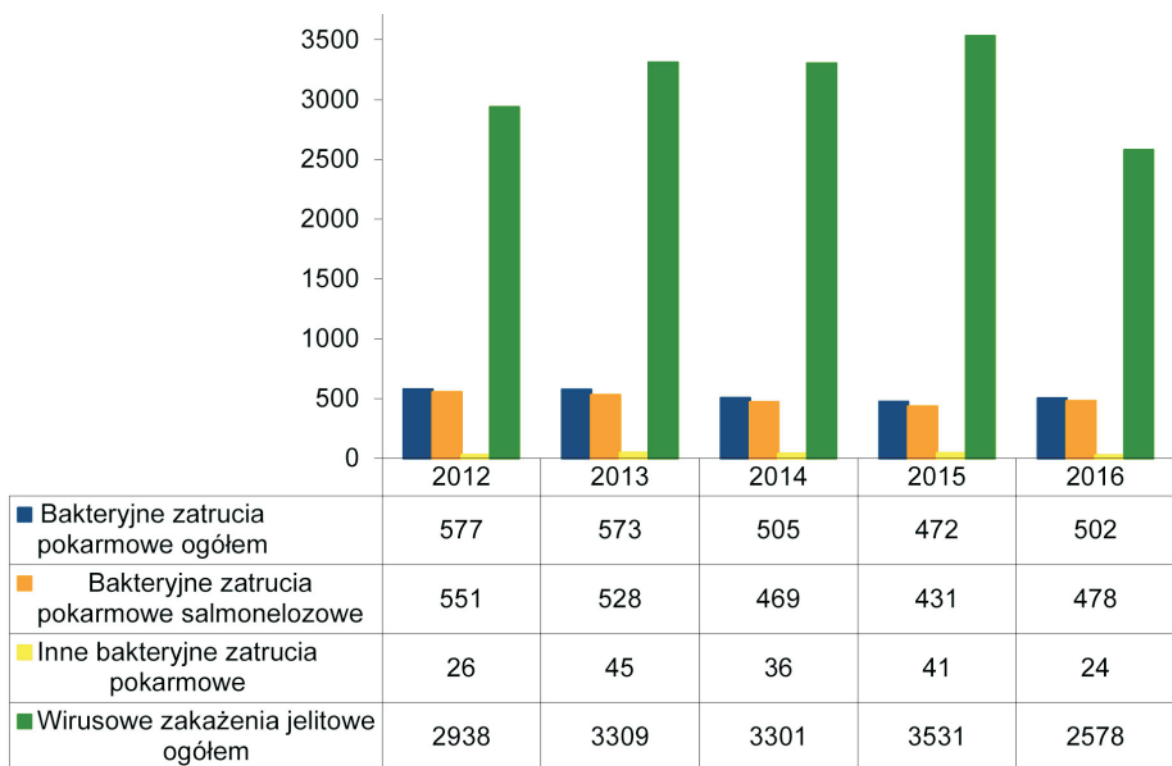
Zatrucia i zakażenia pokarmowe wywołane przez czynniki biologiczne

Zatrucia i zakażenia pokarmowe stanowią niejednorodną pod względem etiologicznym i klinicznym schorzenia o objawach żołądkowo-jelitowych. Ogólnie klasyfikowane są jako choroby przenoszone drogą pokarmową. Stanowią one nadal poważny problem zdrowia publicznego zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. Zapadalność na te jednostki chorobowe jest związana ze stanem warunków sanitarno-higienicznych produkcji i obrotu żywnością, a także higieną przyrządzania i spożywania potraw w środowiskach domowych.

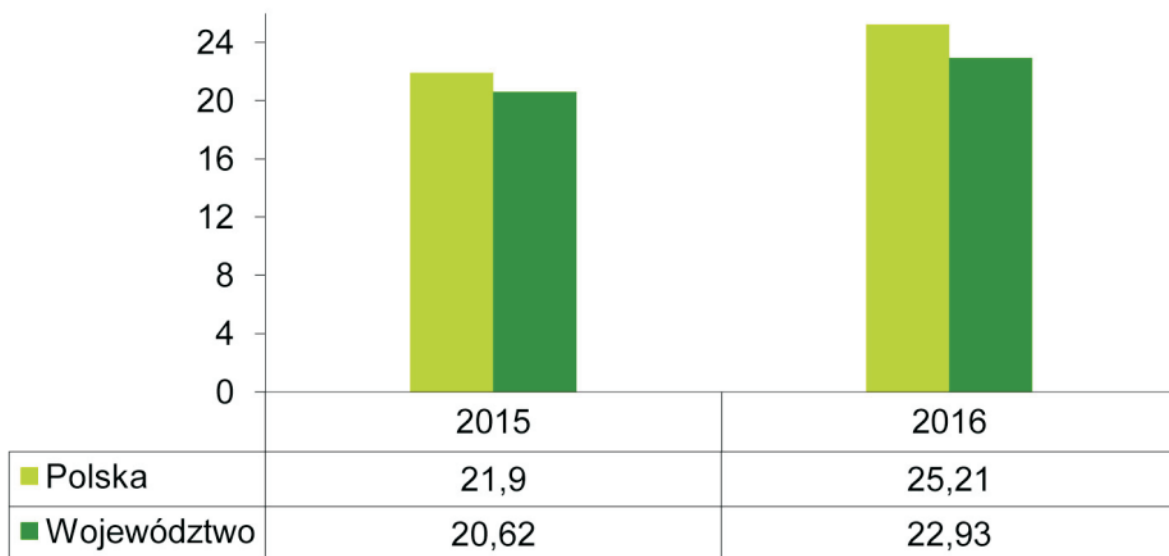
W województwie kujawsko-pomorskim,

w roku 2016 zaobserwowano wzrost zapadalności na zatrucia pokarmowe o etiologii bakteryjnej ogółem (ok. 6%), w tym salmonelozowej (ok. 10%) oraz spadek zapadalności na zakażenia jelitowe o etiologii wirusowej ogółem (ok. 40%). Podobną sytuację obserwowano również w kraju. W tym okresie odnotowano także spadek liczby rejestrowanych innych bakteryjnych zakażeń jelitowych, w których dominującym czynnikiem etiologicznym jest laseczka *Clostridium difficile*.

Udział zakażeń jelitowych o etiologii *Clostridium difficile* w grupie innych bakteryjnych zakażeń jelitowych klasyfikuje się na podobnym, wysokim poziomie jak w 2015 roku i wynosi 70,4% (w 2015 roku - 69,5%). W 2013 roku udział tych zakażeń wynosił zaledwie 43%.



Bakteryjne zatrucia pokarmowe i wirusowe zakażenia jelitowe w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Liczba przypadków.



Zatrucia pokarmowe o etiologii salmonelozowej w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2015-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.

W roku 2016 odnotowano 502 przypadki bakteryjnych zatruc pokarmowych ogółem. To o 30 przypadków zachorowań więcej niż w roku

poprzednim. Od wielu lat, podobnie jak w kraju, najczęściej występującym czynnikiem etiologicznym bakteryjnych zatruc pokarmowych są od-

zwierzące typy pałeczek Salmonella, wśród których dominuje Salmonella Enteritidis. Zatrucia o etiologii salmonelozowej stanowiły w 2016 roku 95,2% ogółu bakteryjnych zatruc pokarmowych.

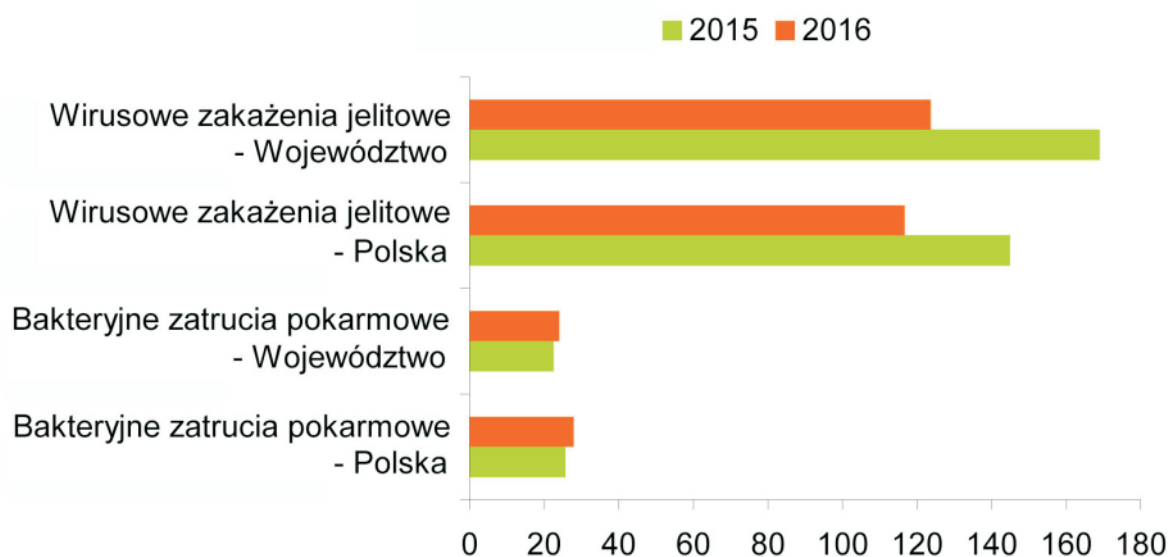
W porównaniu do roku 2015, nastąpił o ponad połowę wzrost liczby salmonelozowych zakażeń pozajelitowych, a w stosunku do 2014 roku liczba ta wzrosła prawie trzykrotnie.

W 2016 roku nastąpił spadek zapadalności, w grupie wirusowych zakażeń jelitowych - zgłoszono 2578 wirusowych zakażeń jelitowych ogółem. To mniej w stosunku do roku 2015 o 953 przypadki zachorowań. Zapadalność wojewódzka była niższa od krajowej. Podobnie jak w roku ubiegłym, najwięcej zgłoszonych przypadków dotyczyło zakażeń wywołanych przez rotawirusy (46%). Wirusowe zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2 stanowiły 35% wszystkich zachorowań.

pu A. Zapadalność w regionie o 36% przewyższała zapadalność krajową.

W roku 2016 nie odnotowano zachorowań na dur brzuszny. W województwie kujawsko-pomorskim nadzorem epidemiologicznym objętych jest 6-ciu stałych nosicieli duru brzuszego, wszyscy to osoby starsze, w wieku ponad 70 lat i jeden nosiciel duru rzekomego (2-letnie dziecko). Nie odnotowano również zachorowań na czerwonkę bakteryjną. Podobnie, jak w roku poprzednim zgłoszono 1 potwierdzony laboratoryjnie przypadek zatrucia jadem kiełbasianym. Nie udało się ustalić nośnika pokarmowego tego zatrucia. Odnotowano natomiast 3 przypadki zatruc toksynami grzybów trujących.

Nadzorowi epidemiologicznemu podlegają biegunki i zapalenia żołądkowo-jelitowe u dzieci do lat 2 o nieokreślonej etiologii, o prawdo-



Bakteryjne zatrucia pokarmowe i wirusowe zakażenia jelitowe w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2015-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.

Podobnie, jak w kraju, od wielu lat w województwie kujawsko-pomorskim notuje się małą liczbę zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A. W roku 2016 odnotowano 3 przypadki, w tym dwa zachorowania rodzime oraz jeden przypadek związany z pobytem za granicą - chory podróżował po USA, Meksyku i Wyspach Bahama. Osoby te nie były szczepione przeciw wzw ty-

podobnie zakaźnym pochodzeniu. W roku 2016 w porównaniu z rokiem poprzednim, odnotowano niewielki wzrost liczby zachorowań w tej grupie chorób, ale zapadalność wojewódzka była niższa od krajowej. Wprowadzone w 2009 roku zmiany w raportowaniu tych zachorowań pozwalają na analizę zgłaszanych przypadków pod kątem wykonanej diagnostyki laboratoryjnej, w kierunku

biologicznych czynników chorobotwórczych je wywołujących. Wysoki odsetek przypadków, w których nie wykonywano badań diagnostycznych (ok. 69%) utrzymuje się w województwie kujawsko-pomorskim od 2009 roku i wskazuje na małą liczbę szczegółowo rozpoznawanych biegunk u dzieci. Głównym kierunkiem badań laboratoryjnych, które wykonano były bakterie i wirusy. Badania w tym kierunku wykonano zaledwie u 20% chorych.

Liczba zachorowań na jersiniozę jelitową, podobnie jak w roku 2015 pozostawała na niskim poziomie. Zapadalność w 2016 roku była niewielka, ale była wyższa od zapadalności w kraju o 1,2%. W przeciwieństwie do roku poprzedniego nie odnotowano żadnego przypadku jersiniozy pozajelitowej.

Odnotowano nieznacznie zwiększoną zapadalność na zakażenia jelitowe wywołane przez *Campylobacter*.

W 2016 roku nie odnotowano żadnego przypadku zespołu hemolityczno-mocznicowego w przebiegu zakażenia *Escherichia coli* enterokrwotoczną. Nastąpił także spadek liczby zakażeń jelitowych wywołanych przez *Escherichia coli* biegunkotwórczą (2) oraz w dalszym ciągu maleje liczba zgłoszonych zakażeń wywołanych przez *Escherichia coli* inną i BNO - 24 przypadki (2014 rok - 125, 2015 rok - 64).

W 2016 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 631 przypadków sporadycznych, bakteryjnych zatruc pokarmowych i zakażeń jelitowych. W stosunku do roku ubiegłego liczba zarejestrowanych przypadków była na podobnym poziomie. Zachorowania występowały w różnych grupach wiekowych, najczęściej chorowały dzieci w wieku 0-4 lat (zachorowania te stanowiły ok 38% wszystkich zachorowań) i często związane były z nieprzestrzeganiem zasad higieny przy przygotowaniu lub spożyciu posiłków.

Bakteryjny czynnik etiologiczny wyizolowano w 495 przypadkach (78,4%), badań nie wykonano u 12 osób (1,9%), a u 124 osób wyniki badań były ujemne (19,6%). W związku z powyż-

szym, czynnika etiologicznego nie określono u 136 osób (21,5%). Podobnie jak w poprzednich latach największą liczbę sporadycznych zatruc pokarmowych wywołała pałeczka z rodzaju *Salmonella* - 415 przypadków, co stanowi 65,7% wszystkich sporadycznych zatruc/zakażeń pokarmowych. Najczęściej nośnikami sporadycznych zatruc pokarmowych wywołanych pałeczką *Salmonella* były potrawy z jaj lub z dodatkiem jaj - 60,2%, mleko lub potrawy mleczne - 12,3%, warzywa, owoce lub soki owocowe - 12 %, inne potrawy - 4,1%, mięso, wędliny, potrawy mięsne - 3,6%, dla 7,7% zachorowań nie udało się ustalić nośnika pokarmowego.

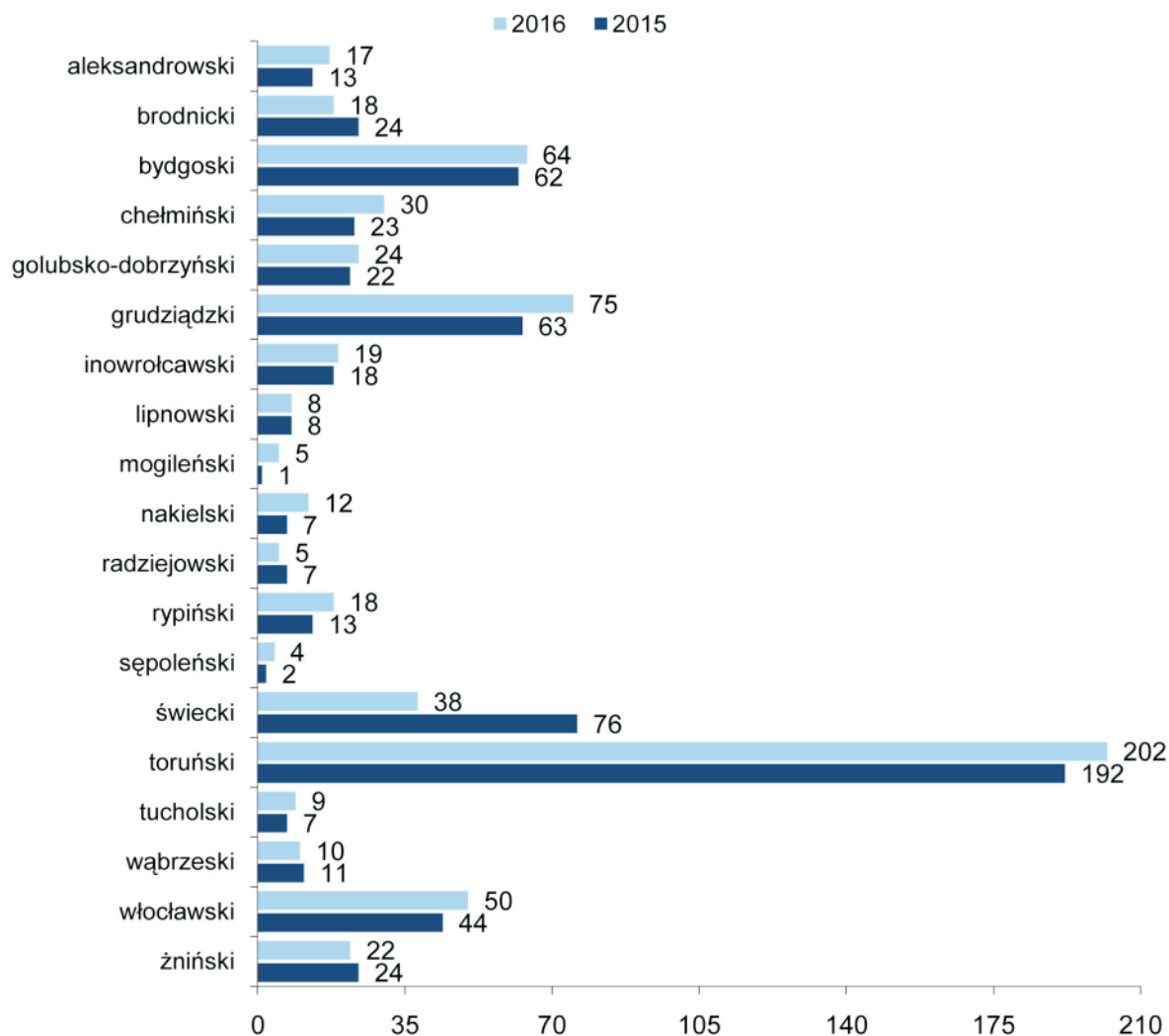
Drugim najczęstszym czynnikiem etiologicznym sporadycznych zakażeń pokarmowych były pałeczki z rodzaju *Escherichia* i były one przyczyną 26 sporadycznych zakażeń pokarmowych (5,2%). Nośnikiem pokarmowym ww. zakażeń były najczęściej warzywa, owoce (14 przypadków) oraz mleko i przetwory mleczne (5 przypadków). W 3 przypadkach zachorowań nie udało się ustalić nośnika pokarmowego.

Campylobacter wywołał 23 zakażenia jelitowe (4,6%). W 6 przypadkach zachorowania powiązano ze spożyciem potraw mlecznych, a w 2 przypadkach ze spożyciem warzyw, owoców oraz mięsa, wędlin i potraw mięsnych. Natomiast w 13 przypadkach nie ustalono nośnika pokarmowego.

W 2016 r. w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano 16 przypadków (3,2%) zakażeń jelitowych wywołanych przez pałeczki z rodzaju *Yersinia*, to jest mniej o 1,9% niż w roku poprzednim. Nośnikami pokarmowymi tych zakażeń były najczęściej warzywa i owoce.

Zachorowania na sporadyczne, bakteryjne zatrucia/zakażenia pokarmowe, zarejestrowano we wszystkich powiatach województwa kujawsko-pomorskiego.

Terytorialny rozkład zachorowań na sporadyczne bakteryjne zatrucia/zakażenia pokarmowe przedstawia wykres:



Sporadyczne bakteryjne zatrucia/zakażenia pokarmowe w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2015-2016. Liczba zachorowań wg powiatów.

Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową

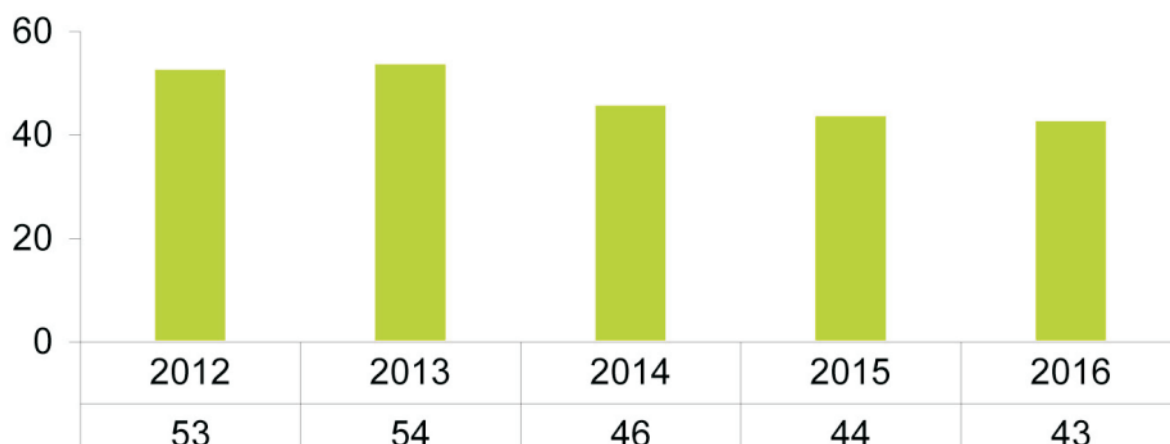
Liczba zgłoszonych ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2012-2016 wahała się pomiędzy 43 a 54.

W roku 2016 zgłoszono 43 ogniska (rok 2015 - 42 ogniska), w tym 12 to ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych (27,9% ogółu; rok 2015 - 14 ognisk, 32% ogółu). Łącznie w 2016 roku w ogniskach chorób przenoszonych drogą pokarmową, narażonych na zachorowanie było 991 osób (w tym 322 dzieci do lat 14), zachorowało

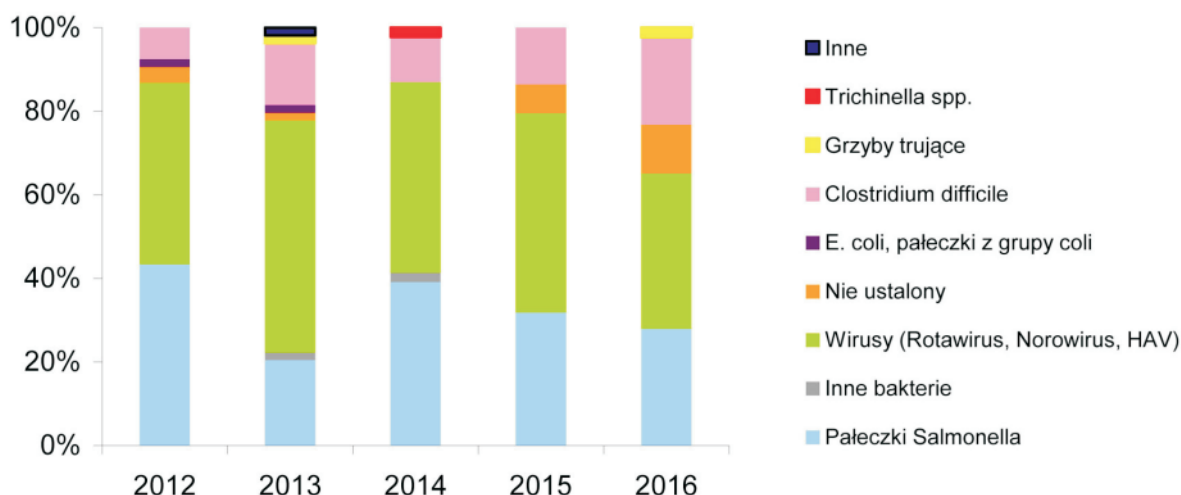
550 osób (w tym 162 dzieci do lat 14), hospitalizowano 86 osób - 15,6% wszystkich chorych (w tym 48 dzieci do lat 14). Odnotowano 10 zgonów w szpitalnych ogniskach epidemicznych, gdzie czynnikiem etiologicznym była łaseczka *Clostridium difficile*.

Dominującym czynnikiem etiologicznym w ogniskach chorób przenoszonych drogą pokarmową były wirusy (37% wszystkich zgłoszonych), w tym: norowirusy (11 ognisk) i rotawirusy (5 ognisk).

Pozostałe czynniki etiologiczne ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową to: pałeczki *Salmonella* (12 ognisk) i toksynotwórcze



Liczba ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016.



Liczba ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Udział procentowy wg czynnika etiologicznego.

szczepu laseczki *Clostridium difficile* (9 ognisk). Odnotowano 5 ognisk, w których nie ustalono czynnika etiologicznego (11,6% wszystkich zgłoszonych). Wystąpiło jedno ognisko zatrucia toksyną grzybów trujących, w którym zachorowały 2 osoby.

W dalszym ciągu duże znaczenie w epidemiologii ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową ma kontaktowa droga szerzenia się zakażeń. Szczególnie dotyczy to takich patogenów jak: noro- i rotawirusy oraz zarodnikująca laseczka *Clostridium difficile*. W toku prowadzonych dochodzeń epidemiologicznych ustalono, że liczba ognisk, w których zakażenie szerzyło się drogą kontaktową wyniosła 17 (39,5% wszystkich zgło-

szonych), w tym 9 to ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych.

Podobnie jak w latach poprzednich wyzaniem dla zespołów ds. kontroli zakażeń szpitalnych są ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych wywołane przez laseczkę *Clostridium difficile*, zarówno ze względu na ciężki przebieg zachorowań, często kończących się zgonem (zwłaszcza u osób starszych, z obciążeniami), antybiotykoterapię jako czynnik ryzyka zakażeń, jak i trudności w wyeliminowaniu patogenu ze środowiska szpitalnego.

W dziewięciu zgłoszonych w 2016 roku szpitalnych ogniskach zakażeń wywołanych przez toksynotwórcze szczepy *Clostridium diffi-*

le, prawdopodobnymi drogami szerzenia się zakażenia były zanieczyszczone ręce personelu, kontakt ze skażonymi powierzchniami dotykowymi lub kontakt bezpośredni z osobami zakażonymi.

W pozostałych 3 ogniskach zgłoszonych z oddziałów szpitalnych, czynnikiem etiologicznym zachorowań w jednym ognisku były norowirusy a w 2 nie udało się ustalić czynnika etiologicznego.

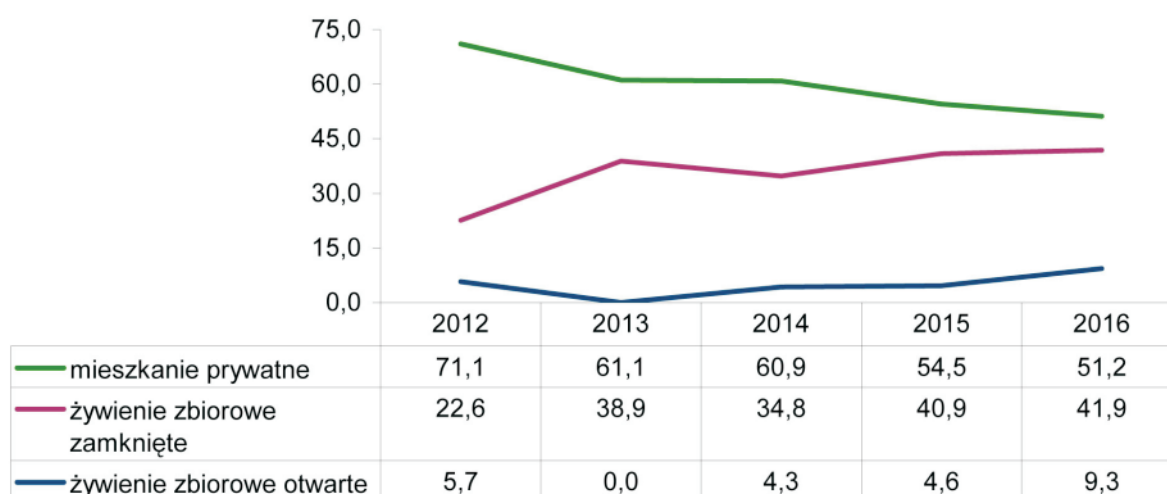
W 34 ogniskach chorób przenoszonych drogą pokarmową określono nośniki pokarmowe zakażeń. Analiza wykazała, że najczęściej były to potrawy z jaj i z dodatkiem surowych jaj (9 ognisk)

oraz warzywa i potrawy z warzyw (9 ognisk), następnie różne potrawy (5 ognisk), owoce (3 ogniska), potrawy mięsne (2 ogniska), potrawy z dodatkiem grzybów (1 ognisko). W 14 ogniskach nie udało się ustalić nośnika pokarmowego.

Prawie 42% zgłoszonych w 2016 roku ognisk stanowiły ogniska w mieszkaniach prywatnych (18 ognisk), natomiast 27,9% to ogniska epidemiczne zakażeń w szpitalach (12). Pozostałe ogniska związane były z pobytem w obiektach użyteczności publicznej, takich jak: ośrodek wczasowy, działka rekreacyjna, restauracja, przedszkole, hostel, dom kultury oraz internat.

Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016.

Czynnik etiologiczny	2012				2013				2014				2015				2016			
	Ogniska		zachorowania		Ogniska		zachorowania		Ogniska		zachorowania		Ogniska		zachorowania		Ogniska		zachorowania	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Salmonella – typy odzwierzęce	23	43,4	111	25,3	11	20,3	92	11,1	18	39,1	111	34,7	14	31,8	96	23,5	12	28	65	11,8
Clostridium botulinum					1	1,9	2	0,24												
Clostridium difficile	4	7,5	25	5,7	8	14,8	43	5,1	5	10,8	20	6,3	6	13,6	27	6,6	9	20,9	42	7,6
E.coli, pałeczki z grupy coli	1	1,9	2	0,5	1	1,9	2	0,24												
Inne czynniki bakteryjne (Shigella sonnei)									1	2,2	3	0,9								
Wirusy (rotawirus, norowirus, HAV)	23	43,4	282	64,4	30	55,5	685	82,5	21	45,7	164	51,2	21	47,7	223	54,5	16	37,2	320	58,2
Toksyny grzybów trujących					1	1,9	2	0,24									1	2,3	2	0,4
Trichinella spp.									1	2,2	22	6,9								
Nie ustalony	2	3,8	18	4,1	1	1,9	2	0,24					3	6,9	63	15,4	5	11,6	121	22
Inne (Giardia lamblia)					1	1,9	2	0,24												
Ogółem	53	100	438	100	54	100	830	100	46	100	320	100	44	100	409	100	43	100	550	100



Odsetek ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016, wg wybranych miejsc występowania.

Podobnie jak w latach poprzednich niepokojącym zjawiskiem jest utrzymująca się na wysokim poziomie, liczba ognisk występujących w obiektach żywienia zbiorowego typu zamkniętego - 41,9% (w ogólnej liczbie zgłoszonych ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową). Występowanie ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową związanych z żywieniem zbiorowym, prowadzonym również w ramach usług cateringowych w szpitalach i przedszkolach wymaga w dalszym ciągu wzmożonego nadzoru sanitarnego nad przestrzeganiem standardów produkcji i wydawania do spożycia potraw oraz stanem warunków sanitarno-higienicznych w tych obiektach.

W dalszym ciągu największy odsetek ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową to ogniska w środowiskach domowych - 51,2%. Wymaga to w dalszym ciągu kształtowania i utrwalania podstawowych zachowań prozdrowotnych ludności.

Na przestrzeni lat 2007-2016 obserwowane jest zróżnicowanie terytorialne w liczbie

zgłaszanych ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w poszczególnych powiatach. Może to świadczyć o różnej jakości czułości nadzoru epidemiologicznego w tym zakresie oraz niepełnym zgłaszaniu tych zdarzeń.

Choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek

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

Podobnie jak choroby przenoszone drogą płciową, wirusowe zapalenie wątroby typu B i typu C, znalazły się wśród chorób objętych działaniami zapobiegawczymi w zakresie chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi, określonymi zadaniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.

Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2007-2016. Liczba zgłoszeń według powiatów.

Powiat	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
aleksandrowski	3	-	-	1	1	-	1	-	2	-
brodnicki	1	2	-	-	1	3	-	1	1	-
bydgoski	-	7	-	12	1	9	13	12	7	10
chełmiński	2	-	1	-	-	-	-	-	-	1
golubsko-dobrzyński	1	-	1	-	-	1	1	1	1	-
grudziądzki	-	-	-	1	2	2	2	1	6	2
inowrocławski	2	4	2	3	5	6	3	3	3	1
lipnowski	-	2	1	-	2	1	1	2	1	2
mogileński	-	1	-	1	1	1	2	1	1	2
nakielski	2	-	-	-	-	3	1	-	-	-
radziejowski	-	1	1	1	-	-	1	-	-	1
rypiński	1	1	-	-	2	1	1	-	1	2
sępoleński	1	1	-	1	-	-	1	2	1	2
świecki	1	-	-	-	3	4	2	3	2	5
toruński	9	10	6	14	11	19	22	15	14	9
tucholski	2	2	-	1	1	-	1	1	1	1
wąbrzeski	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
włocławski	2	5	2	5	3	2	-	2	1	2
żniński	1	-	4	-	2	1	2	2	2	2
Razem	28	37	18	40	35	53	54	46	44	43

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Wirusowe zapalenie wątroby typu B rejestrowano kwalifikując przypadki według szczegółowych kryteriów nadzoru epidemiologicznego. Uwzględniano zarówno zgłoszenia przesyłane przez lekarzy jak i diagnostów laboratoryjnych.

W 2016 roku odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim ogółem 273 nowe przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu B, w tym 2 przypadki o przebiegu ostrym. Zapadalność ogółem - 13,1 była wyższa od notowanej w kraju (9,91), jednak w stosunku do zapadalności za rok 2015, odnotowano spadek współczynnika o ponad 17%. Spowolniony został również w regionie trend wzrastającej od 2014 roku liczby nowo wykrywanych przypadków, której powodem było wprowadzenie obowiązku zgłaszania przez laboratoria dodatnich wyników badań w kierunku wirusa zapalenia wątroby typu B oraz zmiany w definicji choroby, stosowanej na potrzeby nadzoru epidemiologicznego.

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

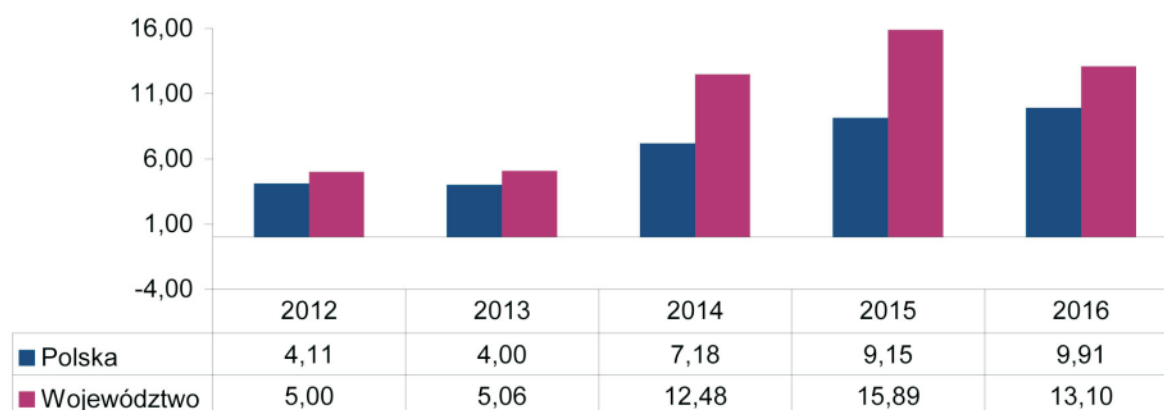
Uwzględnienie kryteriów laboratoryjnych, określających fazy choroby, pozwoliło zakwalifikować zgłoszone zachorowania jako ostre - 2

przypadki (0,7% ogółu zachorowań), przewlekłe - 22 (8,1%) oraz BNO („bliżej nieokreślone”, co do fazy choroby) - 249 przypadków (91,2%). Podobnie, jak w kraju, zachorowania ostre wzv B pozostają w województwie kujawsko-pomorskim od wie-lu lat na niskim poziomie (zapadalność w 2016 roku - 0,1), co jest zjawiskiem korzystnym.

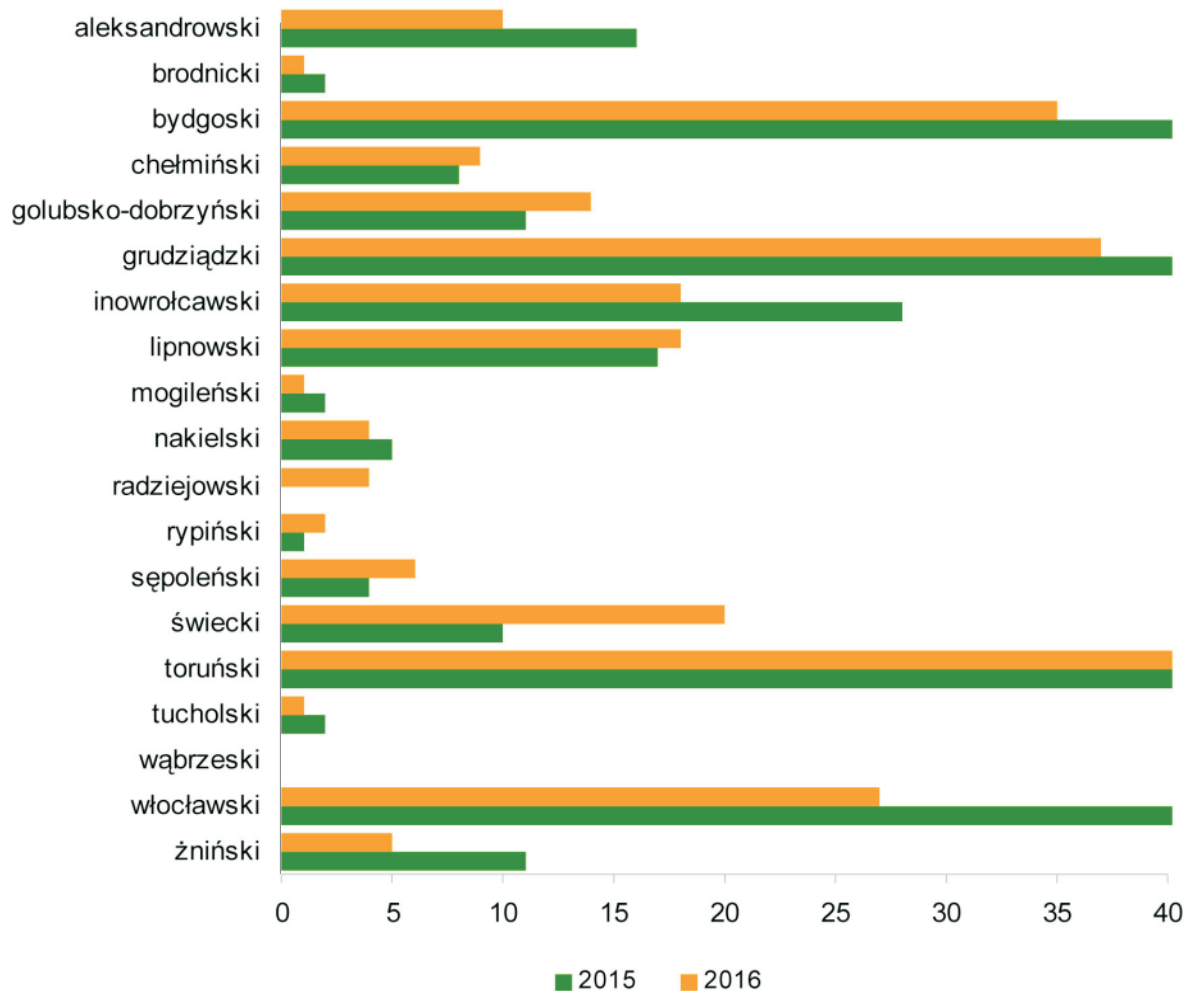
Zarejestrowano zachorowania u 122 kobiet i 151 mężczyzn. Zgłaszane przypadki częściej dotyczyły mieszkańców miast niż wsi. Najwięcej zachorowań odnotowano w grupie wiekowej 30-39 lat.

Nie notowano zachorowań w grupie wiekowej 0-14 lat, która jest w całości objęta szczepieniami przeciwko wzv typu B w okresie noworodkowym.

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie wzv typu B, w poszczególnych powiatach była różna. Nie odnotowano zachorowań na wzv typu B w powiecie wąbrzeskim. Zauważalny, w odniesieniu do roku 2015, wzrost liczby zachorowań odnotowano w powiecie świeckim. Najwięcej przypadków odnotowano w powiecie toruńskim, a łączna liczba zachorowań w powiecie bydgoskim, grudziądzkim i toruńskim stanowiła prawie 50% wszystkich notowanych przypadków w województwie kujawsko-pomorskim, co może świadczyć o większej dostępności do badań w kierunku zakażenia HBV lub lepszej zgłaszalności wykrywanych przypadków w tych powiatach.



Wirusowe zapalenie wątroby typu B ogółem w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.



Wirusowe zapalenie wątroby typu B w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2015-2016. Liczba zachorowań wg powiatów.

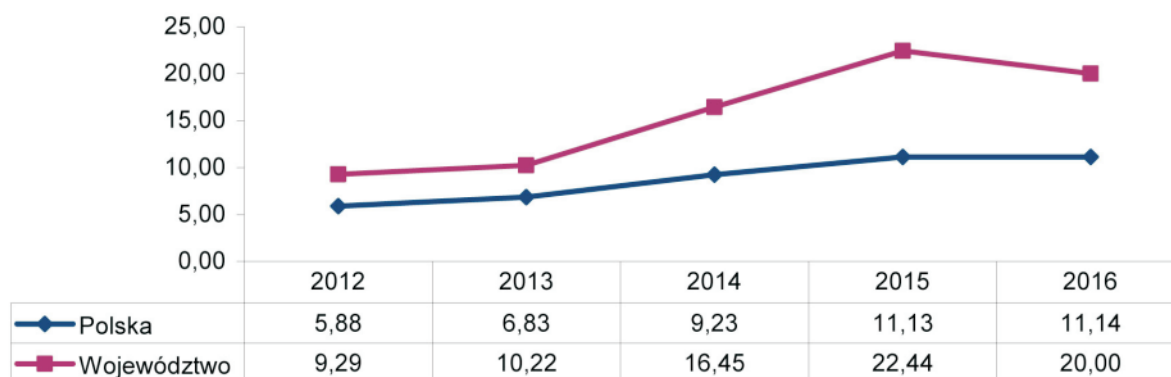
Wirusowe zapalenie wątroby typu C

W roku 2016 zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim 417 przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu C spełniających kryteria definicji z 2014 roku. Zapadalność wyniosła 20,0 i była niemal dwukrotnie wyższa od notowanej w kraju - 11,13. W stosunku do zapadalności za rok 2015, odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim spadek współczynnika o ok. 10%. Zhamowana została, zauważalna w województwie kujawsko-pomorskim od roku 2013, tendencja wzrostowa zapadalności na wzv typu C, która nie była faktycznym wzrostem liczby zachorowań, a prawdopodobnie wzrostem liczby zgłaszanych przypadków wynikającym z wprowadzenia

obowiązku zgłaszania przez laboratoria dodatknych wyników badań w kierunku wirusa zapalenia wątroby typu C.

Nie zgłoszono zachorowań o przebiegu ostrym. Bezobjawowy przebieg choroby odnotowano w 70% przypadków. Zarejestrowano zachorowania u 224 kobiet i 193 mężczyzn.

Najwięcej - prawie 1/3 zgłoszonych zachorowań wystąpiło w grupie wiekowej 60+, następnie w grupach wiekowych 30-39 lat i 50-59 lat - odpowiednio 20,4% i 17,7% wszystkich zachorowań. Z danych zawartych w jednostkowych raportach o zachorowaniach wynika, że 50% chorych na wzv typu C otrzymało pełen cykl szczepień przeciw wzv typu B. Aktywność zakażenia potwierdzono obecnością HCV RNA u wszystkich



Wirusowe zapalenie wątroby typu C (def. 2014) w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.

chorych. Analiza dostępnych informacji o potencjalnych narażeniach, których skutkiem może być zakażenie HCV, wykazała, że ponad 36% osób leczonych było przetoczeniami krwi w przeszłości, ponad 50% obecnie chorych miało duże operacje, a u ponad 66% wykonywano małe zabiegi chirurgiczne.

Podobnie jak w przypadku wzv typu B, występują różnice terytorialne w liczbie zgłaszanych zachorowań w powiatach - od braku do ponad 160 przypadków w ciągu roku. Zgłoszenia z powiatu bydgoskiego stanowiły blisko 40% wszystkich, a zgłoszenia z powiatów grudziądzkiego, inowrocławskiego, toruńskiego i włocławskiego - to łącznie również ponad 40% przypadków. W porównaniu z rokiem 2015, wyraźnie zauważalny był wzrost liczby rejestrowanych przypadków w powiecie grudziądzkim. Nie notowano przypadków wzv typu C w powiecie wąbrzeskim.

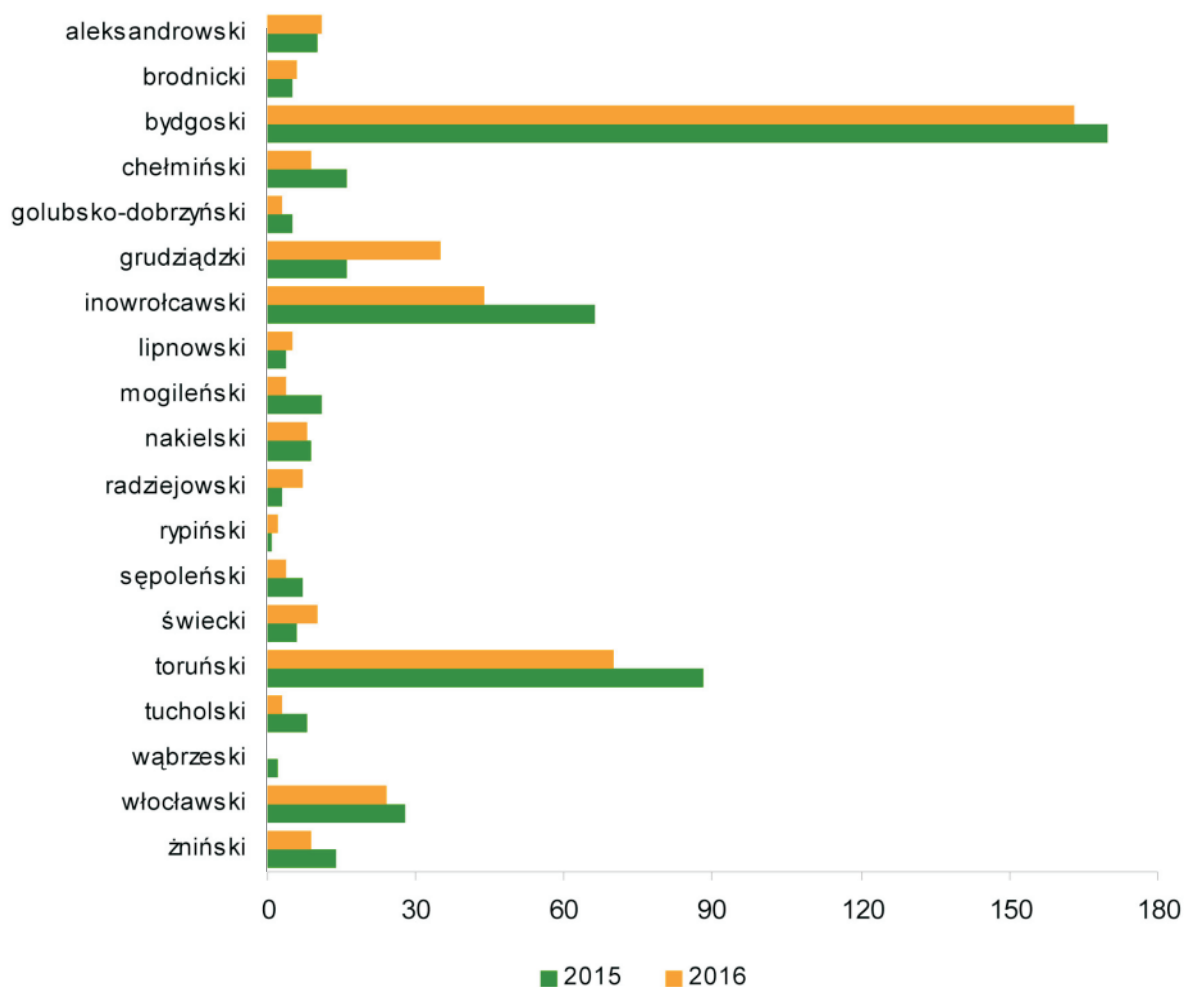
W roku 2016 odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim dwa zachorowania na wzv z koinfekcją HBV/HCV.

W ostatnich latach wprowadzano w systemie nadzoru nad wirusowym zapaleniem wątroby typu C częste zmiany w zakresie klasyfikacji

przypadków według definicji choroby na potrzeby nadzoru epidemiologicznego. Od roku 2015 przypadki wzv typu C są w Polsce klasyfikowane zgodnie ze zmodyfikowaną w roku 2014 definicją choroby. Klasyfikacja przypadków, zgodnie z definicją 2014, obejmuje wszystkie przypadki potwierdzone laboratoryjnie.

Większa liczba wykrywanych zakażeń wiąże się z koniecznością zapewnienia leczenia większej liczbie pacjentów. Początkiem przełomu w leczeniu przewlekłego wzv typu C jest udostępnienie w Polsce nowego, refundowanego programu lekowego nowoczesną terapią bezinterferonową.

Wobec faktu braku szczepień przeciw zakażeniom HCV oraz wskazywaniu procedur medycznych jako najbardziej prawdopodobnej drogi zakażeń HCV, w dalszym ciągu konieczne jest upowszechnianie wiedzy na temat sposobów zapobiegania zakażeniom HCV, edukacja na temat zagrożeń, również wynikających z ekspozycji zawodowej pracowników medycznych, oraz nadzór nad przestrzeganiem przez personel obowiązujących procedur.



Wirusowe zapalenie wątroby typu C w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2015-2016. Liczba zachorowań według powiatów.

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

Ocenę sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w województwie kujawsko-pomorskim oparto na zgłoszeniach od lekarzy oraz kierowników laboratoriów, które wpłynęły do końca 2016 roku 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 2016 roku zgłoszono 35 nowo wykrytych zakażeń HIV i 1 zachorowanie. Nie odnotowano zgonów z powodu AIDS. Ogółem od początku rejestracji (tj. od 1985 roku) do końca 2016 roku w regionie odnotowano 811 osób zakażonych

HIV i 185 zachorowań na AIDS. Z powodu choroby zmarły 92 osoby.

W Polsce od wdrożenia badań w 1985 roku do 30 listopada 2016 roku ogółem zarejestrowano 21052 zakażonych HIV i 3431 zachorowań na AIDS. Zmarło 1355 chorych.

Nowo wykryte przypadki HIV w większości przypadków dotyczyły osób z grup wiekowych: 30-39 lat (54%) oraz 20-29 lat (31%). Dominowały zakażenia HIV mężczyzn - ponad 91%.

Podobnie jak w latach ubiegłych, utrzymywał się niski odsetek zgłoszeń, w których podano prawdopodobną drogę zakażenia. W 2016 roku tylko 6% zgłoszeń zawierało te informacje. Odnotowano 1 zakażenie HIV ciężarnej.

Brak dostatecznej wiedzy dotyczącej transmisji zakażeń HIV, ogranicza możliwość odpowiedniego ukierunkowania działań profilaktycznych.

Średnia roczna zapadalność HIV w woje-

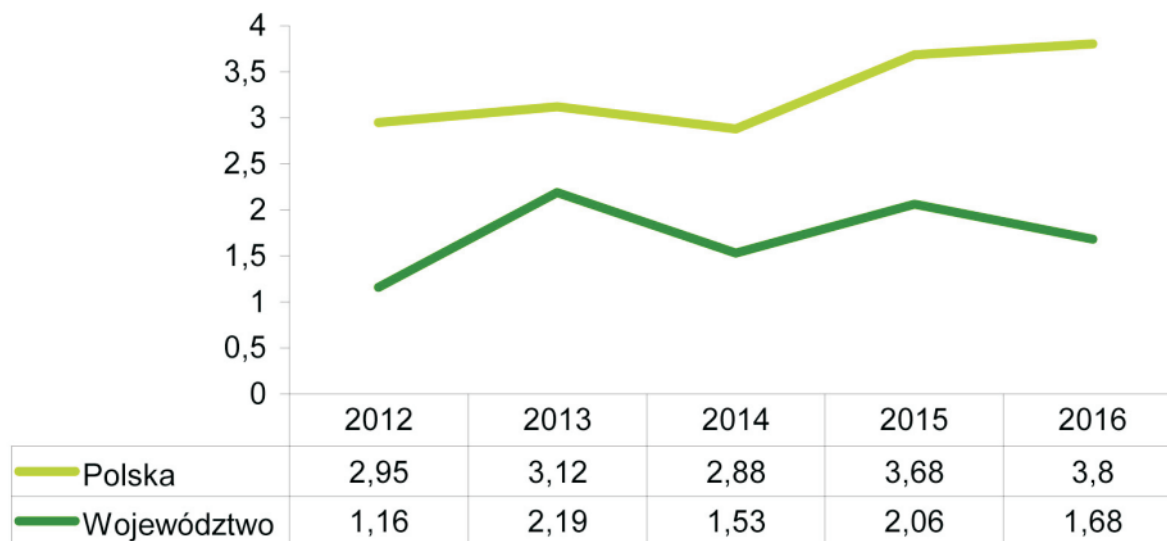
wództwie kujawsko-pomorskim w latach 2012-2016 utrzymała się na stosunkowo niskim poziomie - zakażeniu ulegały mniej niż 2 osoby na 100 tys. ludności.

Liczba zakażeń HIV i zapadalność na 100 tys. ludności.

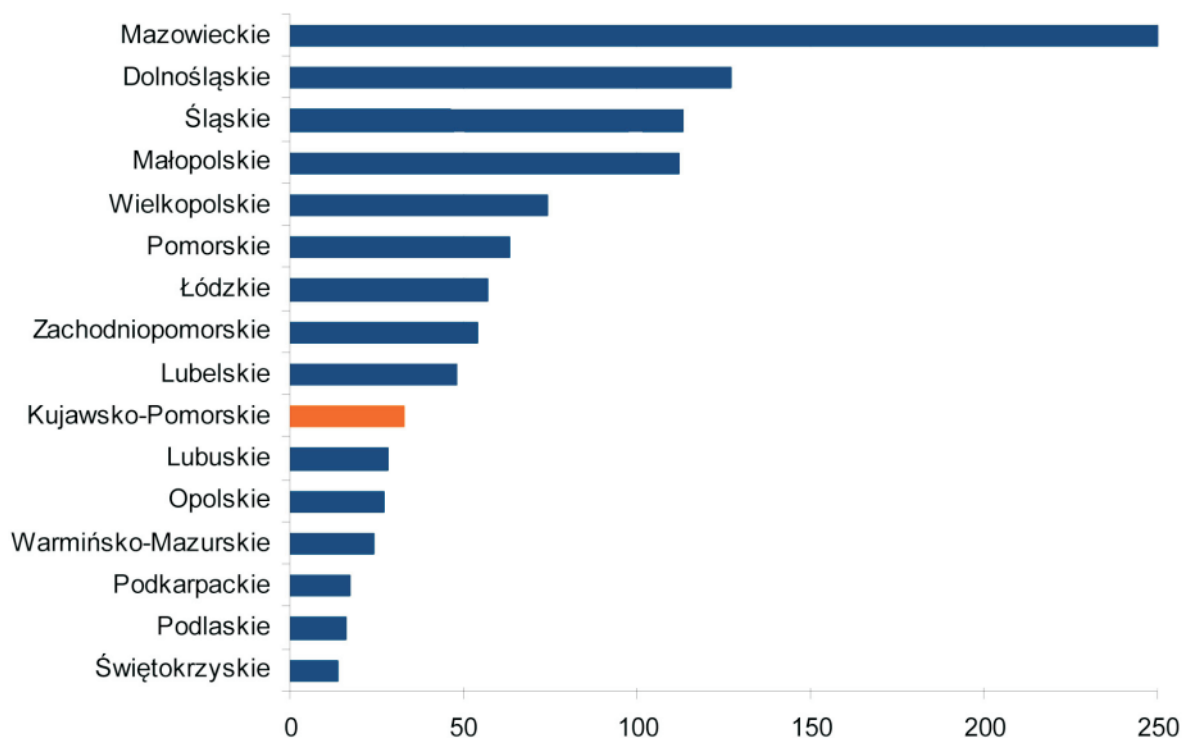
HIV	2012		2013		2014		2015		2016	
	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.
Polska	1 135	2,95	1 201	3,12	1 110	2,88	1416	3,68	1459	3,8
Województwo kujawsko-pomorskie	24	1,16	50	2,39	31	1,48	43	2,06	35	1,68

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

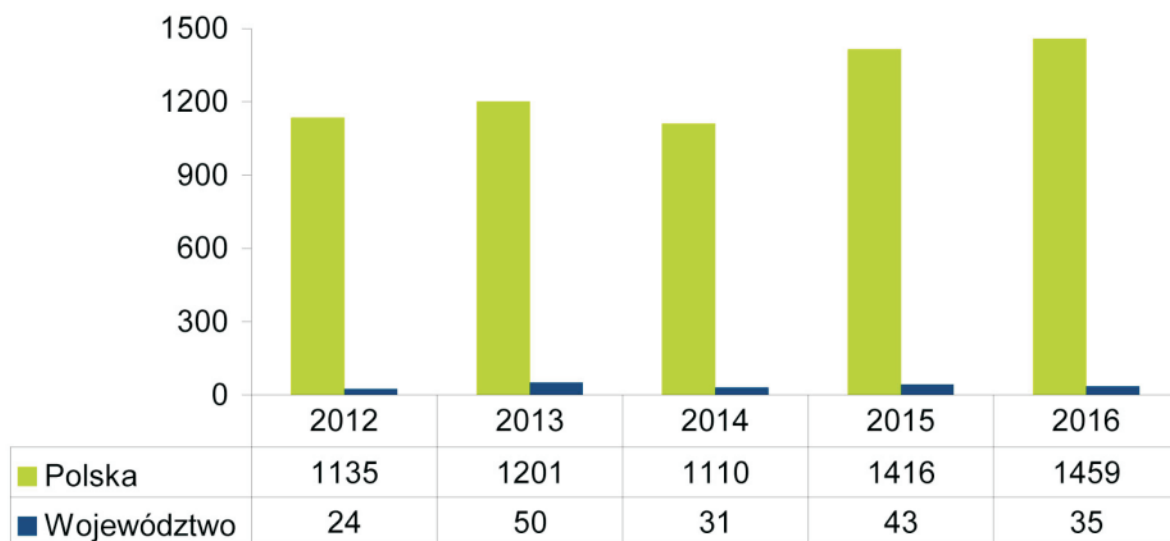
AIDS	2012		2013		2014		2015		2016	
	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.
Polska	190	0,49	198	0,51	15	0,39	139	0,36	116	0,30
Województwo kujawsko-pomorskie	3	0,14	4	0,19	2	0,10	4	0,19	1	0,05



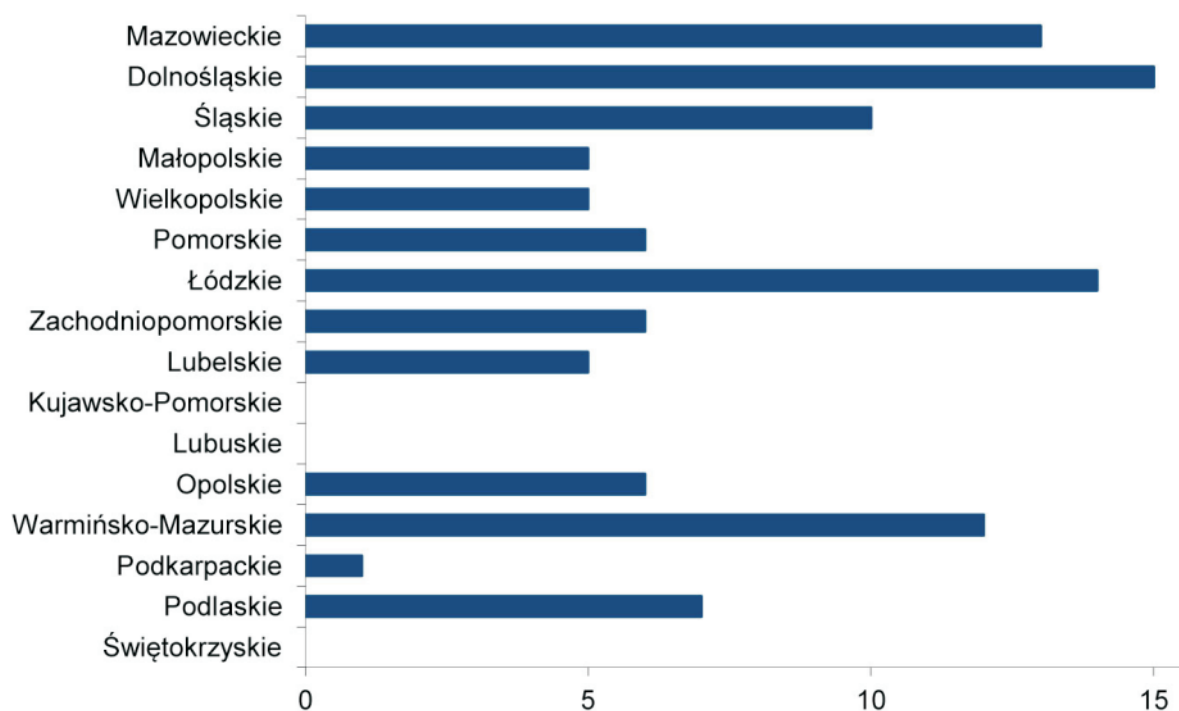
HIV w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.



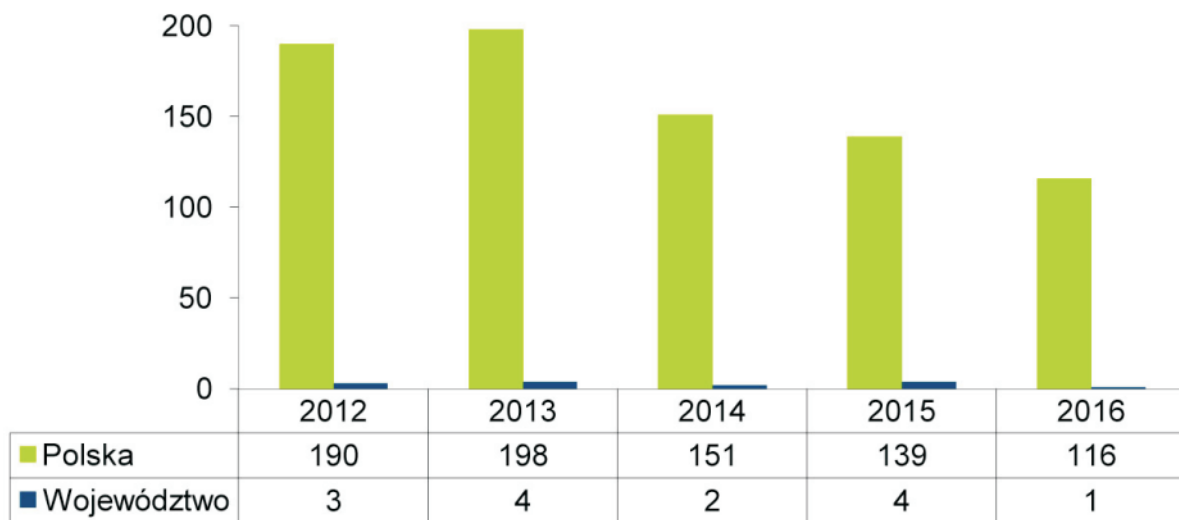
Liczba zakażeń HIV wykrytych w 2016 r. wg województw (stan na 30 listopada 2016).



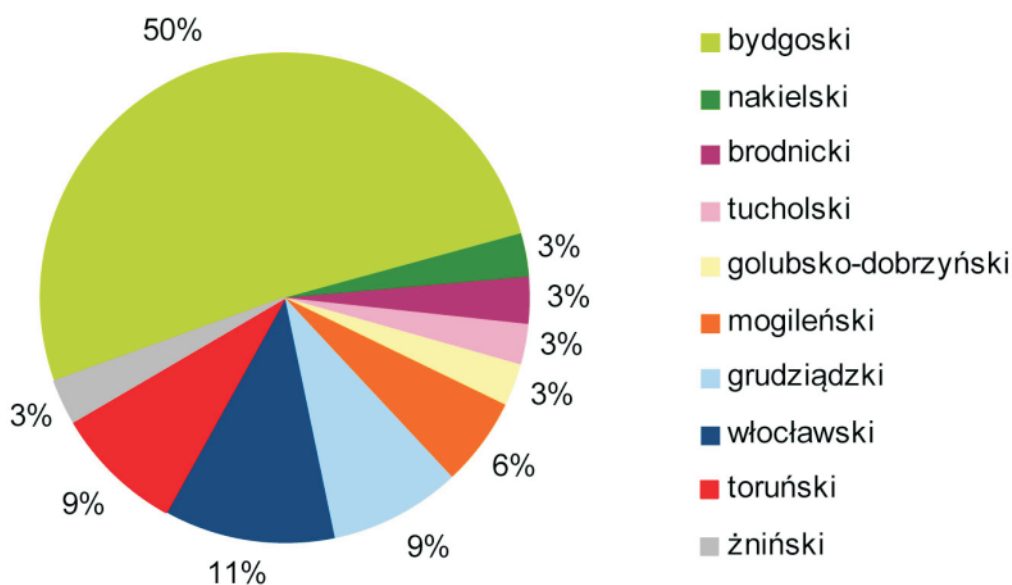
HIV w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Liczba zakażeń.



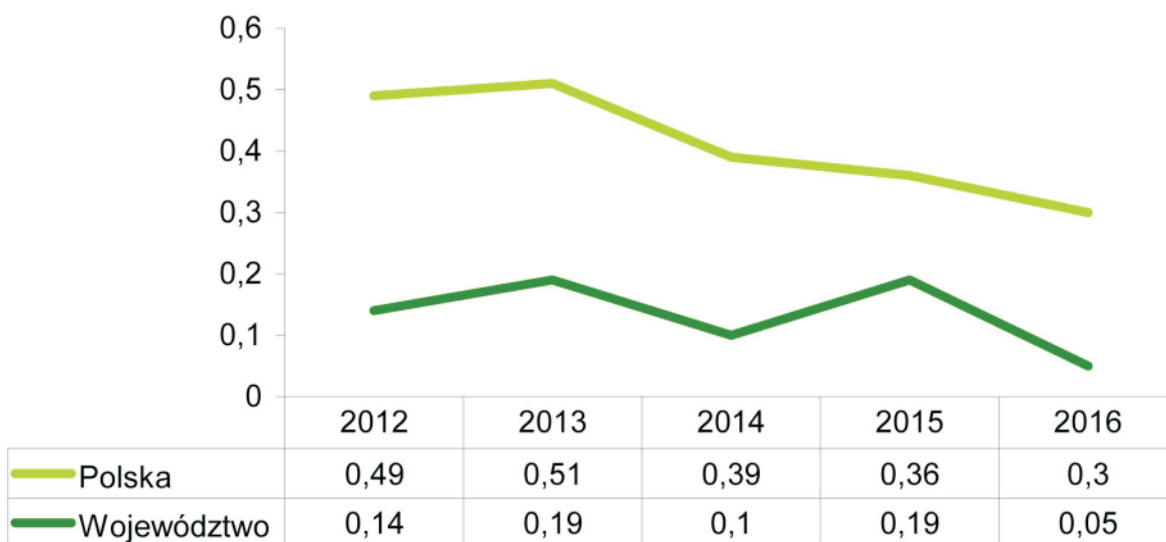
Liczba zachorowań na AIDS w 2016 roku wg województw (stan na 30 listopada 2016).



AIDS w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Liczba zachorowań.



Zakażenia HIV w woj. kujawsko-pomorskim, w 2016 roku w latach 2011-2015. Odsetek nowo wykrytych zakażeń wg powiatów.

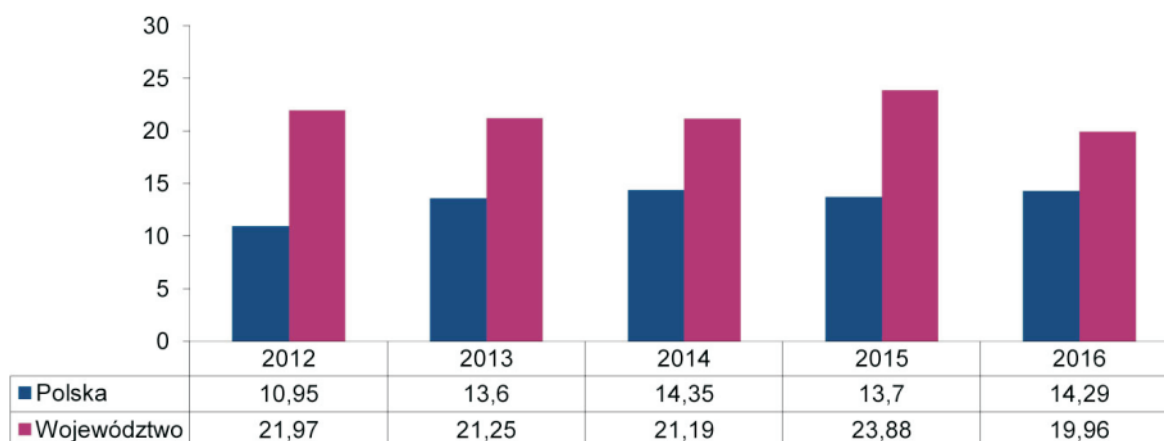


AIDS w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.

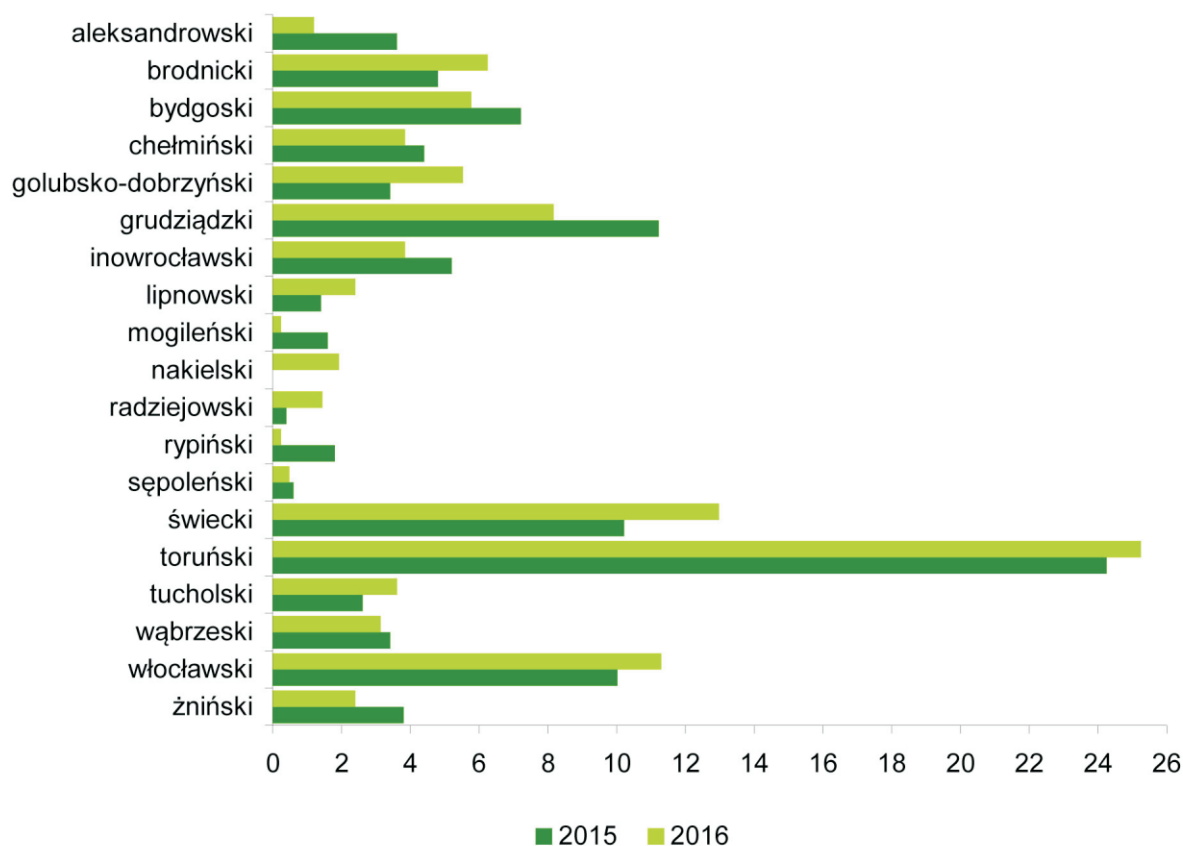
Choroby inwazyjne

Od wielu lat dominującą postacią kliniczną rejestrowanych inwazyjnych chorób wywołanych przez *Streptococcus pyogenes* jest róża. W 2016 roku zgłoszono 416 przypadków tej choroby, co stanowi 96,52% wszystkich przypadków inwazyjnych zakażeń wywołanych tym czynnikiem biologicznym. Zapadalność na różę wyno-

siła 19,96 i w stosunku do ubiegłego roku (23,88) była mniejsza o 16,4% i o 28,4% przewyższała zapadalność krajową. Najwięcej przypadków zachorowań na różę zarejestrowano w powiecie toruńskim (105), świeckim (54), włocławskim (47) i grudziądzkim (34). Zgłoszono 1 przypadek zespołu wstrząsu toksycznego, nie zgłoszono gorączki połogowej, natomiast 14 przypadków zakwalifikowano do grupy innych określonych i nie-



Róża w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.



Róża w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2015-2016. Odsetek zachorowań według powiatów.

określonych zachorowań.

Ważną chorobą wywołaną przez paciorkowce ropotwórcze jest płonica. W ewidencji sprawozdawczej wyłączona została ona z grupy chorób inwazyjnych wywołanych przez *Streptococcus pyogenes*, ale zasługuje na wyszczegół-

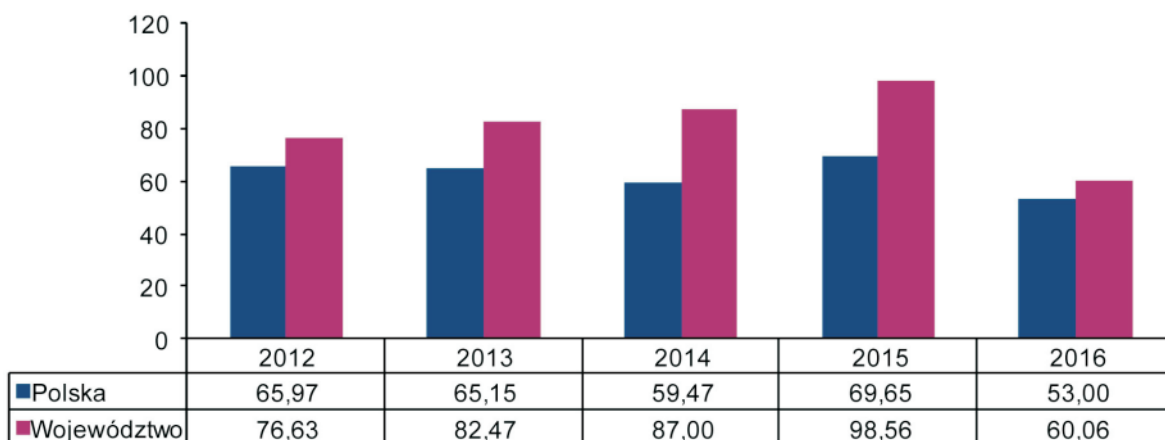
nienie z uwagi na utrzymującą się dość wysoką zapadalność. W roku 2016 w regionie zgłoszono 1252 przypadki płonicy, jest to o 808 przypadków mniej niż w roku ubiegłym (2015-2016). Pomimo mniejszej liczby zgłoszonych przypadków, zapadalność w województwie kujawsko-pomorskim

o prawie 12% przewyższała zapadalność krajową. Nadal pod względem zapadalności płonica zajmuje jedną z czołowych pozycji na liście wszystkich rejestrowanych w województwie kujawsko-pomorskim chorób zakaźnych.

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 2016 roku zgłoszono 12 przypadków choroby meningokokowej o 7 przypadków mniej niż w roku 2015. Zapadalność wojewódzka w analizowanym roku była o ponad 36% niższa niż w roku 2015 ale przewyższała o ok 26% zapadalność

krajową. Postaciami klinicznymi zakażeń meningokokowych były: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - 7 przypadków i posocznica - 10 przypadków. W pięciu przypadkach wystąpiły jednocześnie obie wymienione postaci kliniczne choroby. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową wystąpiły u osób w przedziale wiekowym 0-4 lata - 7 przypadków (58% ogółu zachorowań), między 40 a 65 rokiem życia - 3 przypadki (25% ogółu zachorowań) i po 1 przypadku (8,5% ogółu zachorowań) u osób w przedziale 5-9 lat i 15-19 lat.

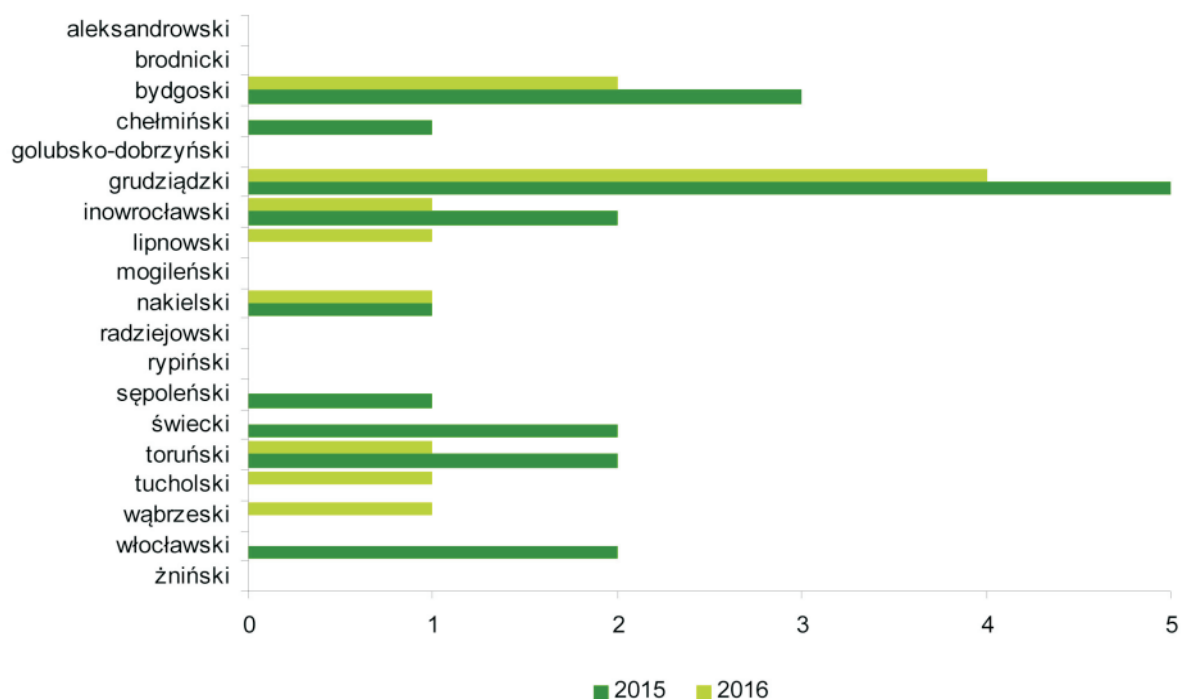
Wszystkie przypadki to zachorowania sporadyczne, bez powiązań epidemiologicznych. Osoby z kontaktu z chorymi objęte zostały nadzorem epidemiologicznym i w zależności od zaleceń lekarza poddane profilaktycznej antybiotykoterapii.



Płonica w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2012-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.



Inwazyjna choroba meningokokowa w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2012-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.

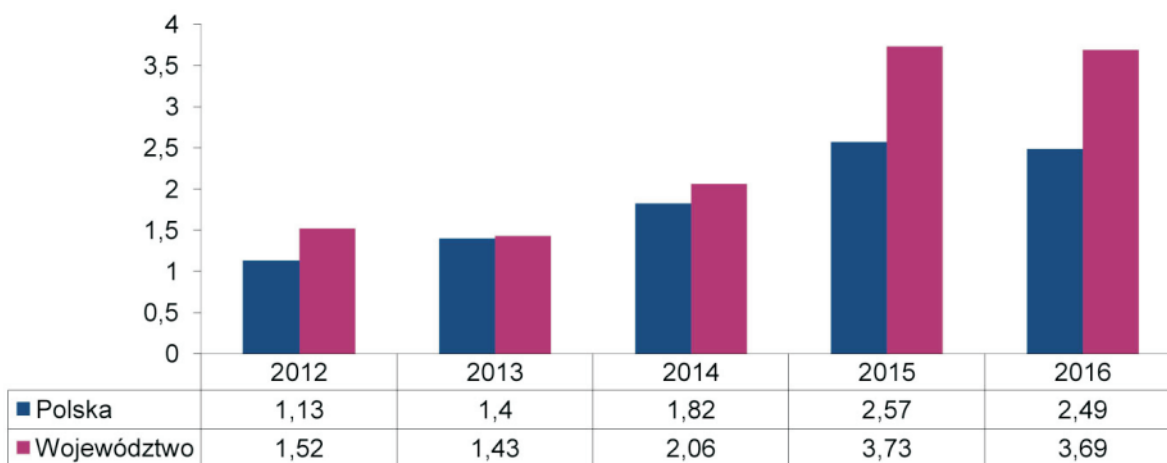


Inwazyjna choroba meningokokowa w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2015-2016. Liczba zachorowań według powiatów.

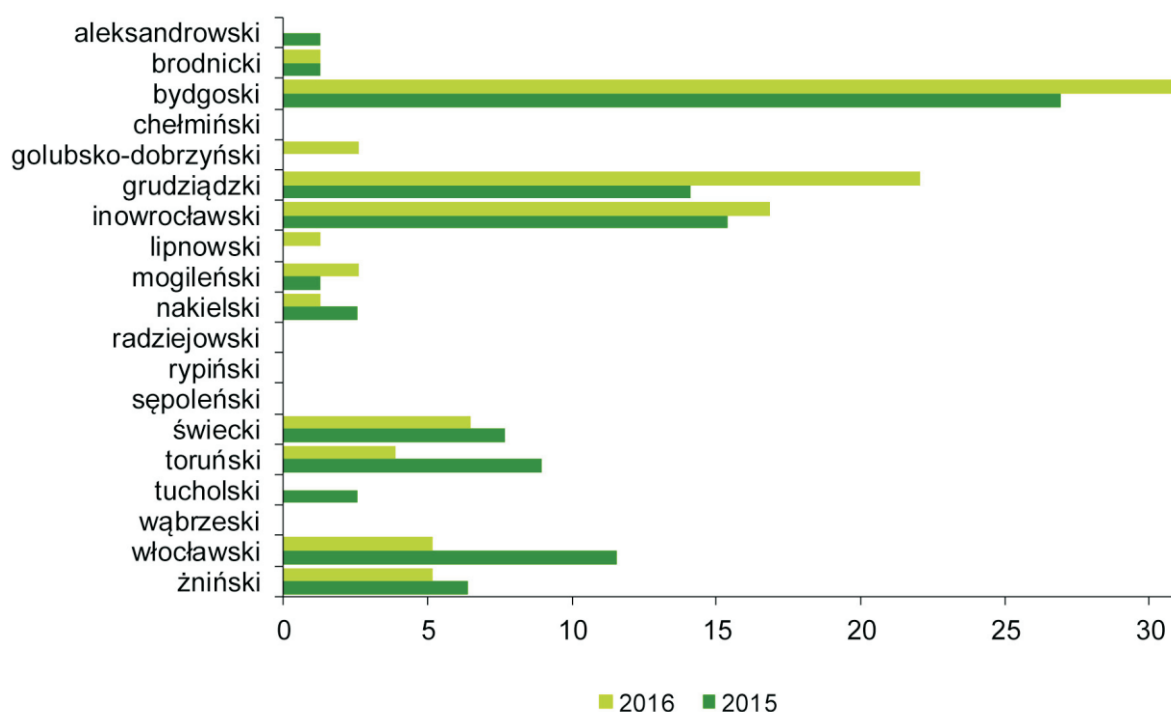
Przypadki choroby meningokokowej zarejestrowano w 8 powiatach województwa kujawsko-pomorskiego. Najwięcej zachorowań odnotowano, podobnie jak w roku ubiegłym na terenie powiatu grudziądzkiego (4 przypadki).

Pneumokoki były przyczyną zgłoszeń zachorowań u 77 osób (zap. 3,69). Zarówno liczba zachorowań, jak i zapadalność była porównywal-

na do roku 2015 (78, zap. 3,73). Zapadalność wojewódzka przewyższała o ponad 32% zapadalność krajową. Dominującą postacią kliniczną tych zakażeń była posocznica - 49 przypadków. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych zarejestrowano w 16 przypadkach, natomiast w 29 przypadkach zakażenia zarejestrowano jako inne określone i nieokreślone, gdzie dominującą postacią było



Inwazyjna choroba pneumokokowa w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2012-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.



Inwazyjna choroba pneumokokowa w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2015-2016. Odsetek zachorowań według powiatów.

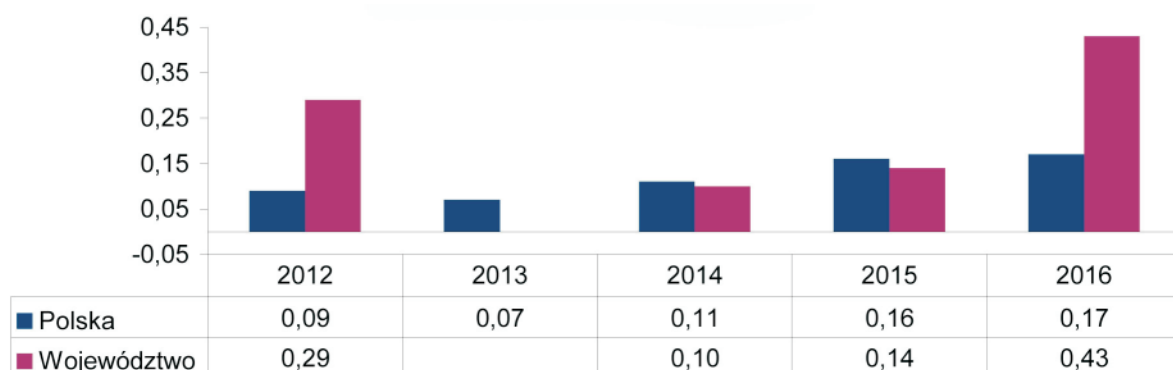
zapalenie płuc. Najwięcej zachorowań na inwazyjną chorobę pneumokokową dotyczyło osób powyżej 60 roku życia (63,6% ogółu zachorowań). Tylko trzy przypadki (3,9% ogółu zachorowań) wystąpiły u dzieci w przedziale wiekowym od 0-4 lat.

Choroby o etiologii pneumokokowej zarejestrowano w 12 powiatach województwa kujawsko-pomorskiego. Najwięcej zachorowań odnotowano w powiecie bydgoskim (24 przypadki - 31,2%), grudziądzkim (17 przypadków - 22,1%) i inowrocławskim (13 przypadków - 16,9%) natomiast najmniej (po 1 przypadku - 1,3%) w powiatach brodnickim, lipnowskim i nakielskim.

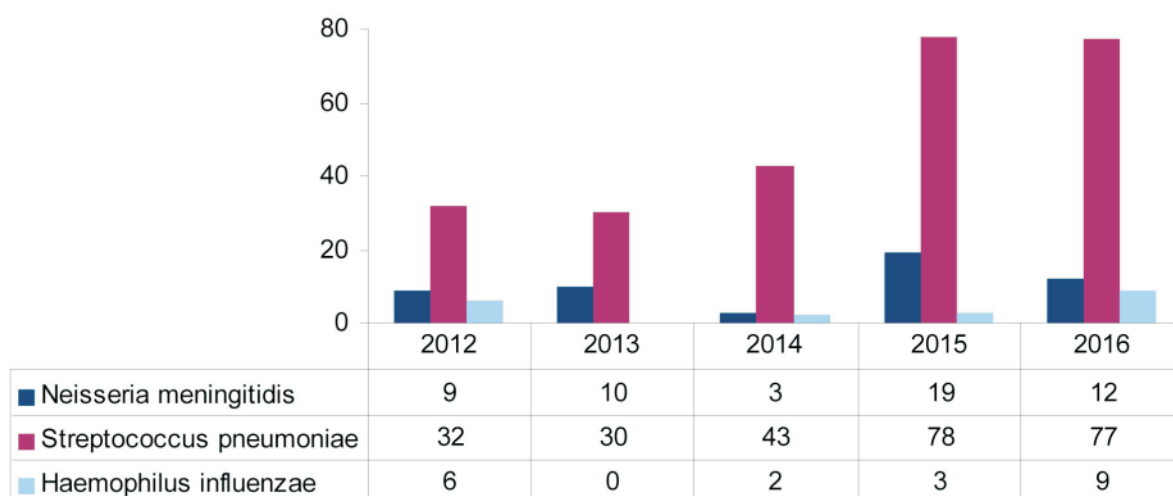
W ocenianym okresie odnotowano 9 przypadków inwazyjnej choroby wywołanej przez *Haemophilus influenzae*, to jest o 6 przypadków więcej niż w analogicznym okresie ubiegłego roku, ale nadal zapadalność jest niska. Zgłoszono 7 przypadków posocznicy, 1 przypadek zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych oraz

2 przypadki zakwalifikowano do grupy innych określonych i nieokreślonych zachorowań. W jednym przypadku wystąpiły jednocześnie zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i posocznica. Zachorowały osoby w różnych grupach wiekowych: małe dzieci poniżej 1 roku życia i osoby starsze w wieku 60 lat i więcej - po 3 przypadki (33,3% ogółu zachorowań), między 20 a 39 rokiem życia - 2 przypadki (22,2% ogółu zachorowań) oraz w grupie wiekowej 40-59 - 1 przypadek (11,1% ogółu zachorowań). Choroby inwazyjne wywołane przez *Haemophilus influenzae* zarejestrowano w 5 powiatach województwa kujawsko-pomorskiego. Najwięcej zachorowań odnotowano w powiecie włocławskim i grudziądzkim - po 3 przypadki, w toruńskim - 2 przypadki i 1 przypadek w bydgoskim.

Wszystkie zgłoszone przypadki chorób inwazyjnych wywołanych przez meningokoki, pneumokoki i *Haemophilus influenzae* wystąpiły u osób nieszczepionych przeciw tym patogenom.



Inwazyjna choroba wywołana przez *Haemophilus Influenzae* w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2012-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.



Choroby Inwazyjne w województwie kujawsko-pomorskim, w la-tach 2012-2016. Liczba zachorowań.

Neuroinfekcje

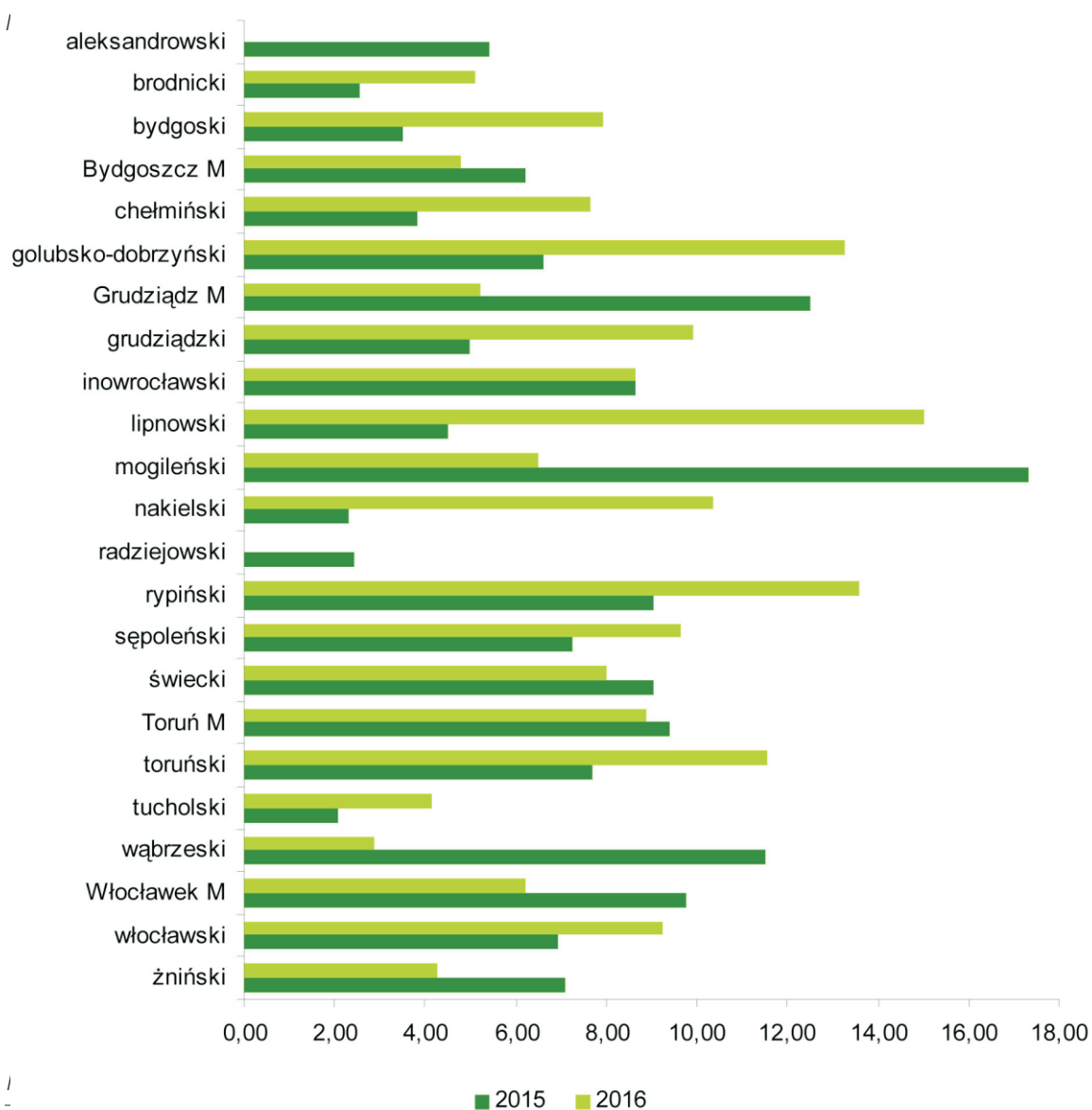
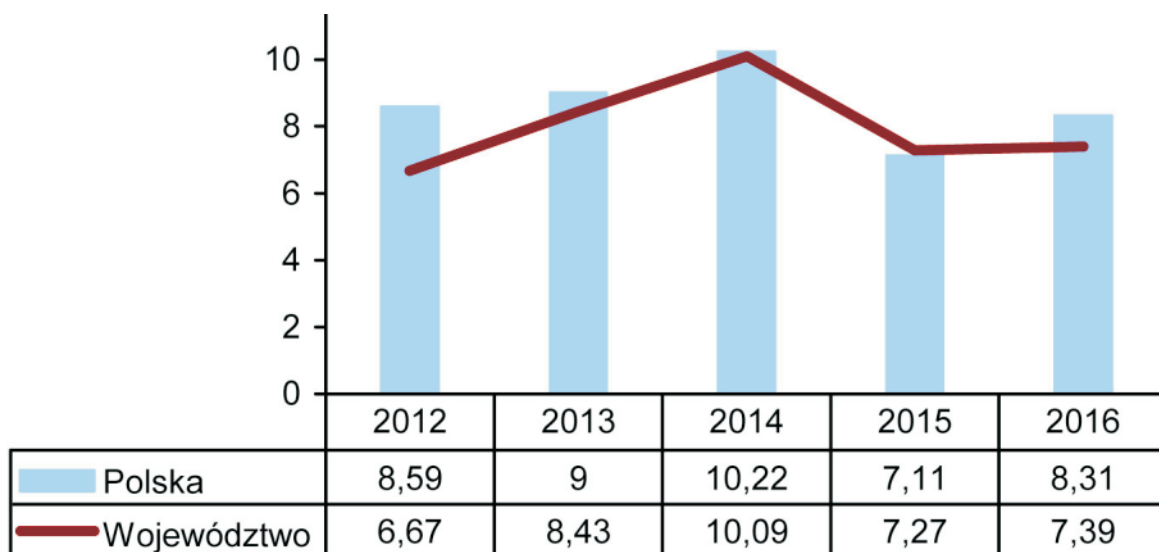
Od wielu lat liczba przypadków w grupie infekcyjnych chorób ośrodkowego układu nerwowego utrzymuje się na dość niskim poziomie. W 2016 roku zapadalność ogółem była zbliżona do zapadalności ubiegłorocznej i nieznacznie niższa od zapadalności krajowej.

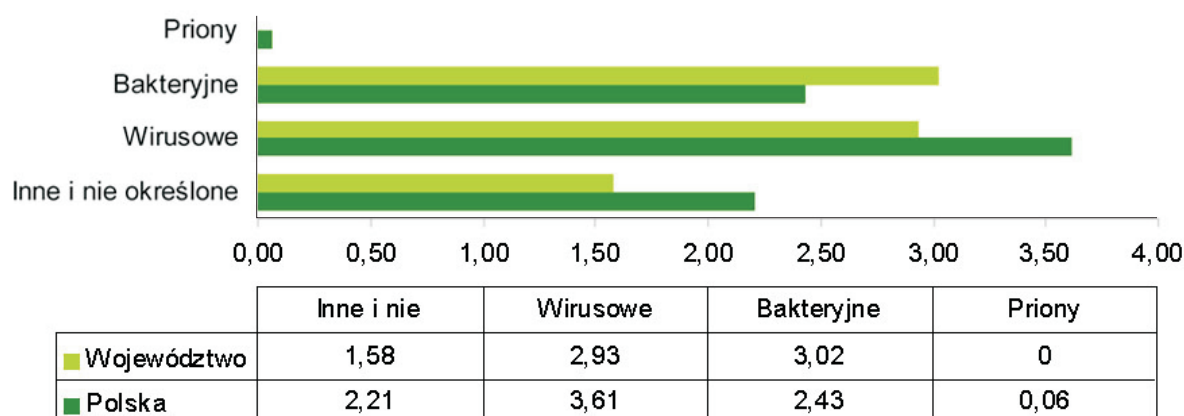
Zgłoszono łącznie 158 przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu, z czego 61 przypadków o etiologii wirusowej (zap. 3,02), 63 przypadki o etiologii bakteryjnej (zap. 3,01), 1 przypadek encefalopatii gąbczastej, a w 24 przypadkach nie określono rodzaju czynnika chorobotwórczego. Hospitalizacja pacjentów

w tej grupie chorób wynosiła 100%.

Wykrytymi w badaniach laboratoryjnych, bakteryjnymi czynnikami etiologicznymi zakażeń ośrodkowego układu nerwowego były meningokoki (7), pneumokoki (16), *Haemophilus influenzae* (1) oraz gronkowce (7), paciorkowce (3), *E.coli* (3) i *Citrobacter* (1). Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu listeriozy i boreliozy rozpoznano po jednym przypadku w każdej z tych chorób.

Wśród infekcji wirusowych najczęściej zgłaszaną postacią kliniczną były zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych - 44 przypadki. Zapalenie mózgu o etiologii wirusowej rozpoznano u 17 chorych.





Zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu w Polsce i woj. kujawsko-pomorskim w 2016 roku wg czynników etiologicznych. Zapadalność na 100 tys. ludności.

Choroby przenoszone przez kleszcze

Kleszcze to pajęczaki, które ze względu na znaczenie epidemiologiczne, a także bezpośrednią szkodliwość zyskały opinię wyjątkowo groźnych pasożytów zwierząt i człowieka. Oprócz mechanicznego i chemicznego oddziaływania na organizm żywiciela, są one szczególnie niebezpieczne ze względu na przenoszone patogeny. Zainfekowane osobniki podczas wysysania krwi przenoszą m.in. wirusy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu (KZM - kleszczowego zapalenia mózgu), a także bakterie wywołujące boreliozę.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w 2016 roku zarejestrowano aż 605 przypadków boreliozy. Nie odnotowano natomiast zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu.

Borelioza (Choroba z Lyme)

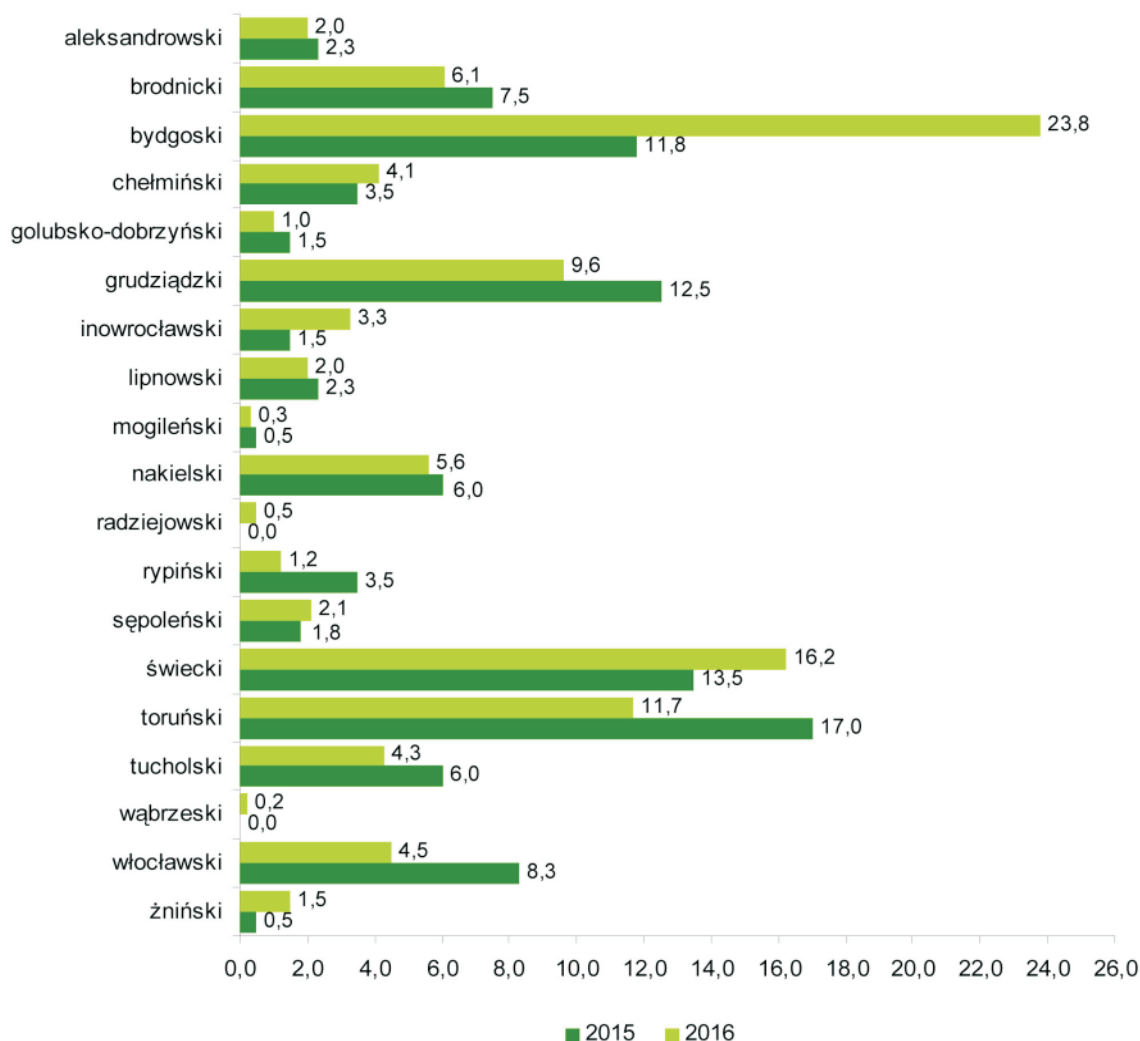
Borelioza zaliczana jest do zakaźnych chorób odzwierzęcych, wywoływanych przez krętki z rodzaju *Borrelia*. Ryzyko zakażenia ludzi zależy od regionu geograficznego, częstości występowania patogenów w rezerwuarze zwierząt, odsetka zakażonych kleszczy i czasu pozostawienia ich w skórze żywiciela. Najwięcej kleszczy spotyka się nadal w wilgotnych lasach liściastych lub mieszanych, coraz liczniej jednak pojawiają się one także na terenach zurbanizowanych, tj. na

działkach, w ogródkach przydomowych czy parkach miejskich. Ludzie zakażają się krętkami *Borrelia* najczęściej późną wiosną lub latem, chociaż przypadki zachorowań na boreliozę notuje się w ciągu całego roku.

Choroba ta może mieć różną postać, a jej przebieg regulowany jest zarówno przez układ immunologiczny danej osoby, jak i uwarunkowania genetyczne. Choć rzadko prowadzi do śmierci, to wywołuje wiele powikłań. Obraz kliniczny wiąże się ze zmianami skórными w typie rumienia wędrującego (postać wczesna), bądź cięższym przebiegiem obejmującym układ nerwowy, kostnowstawowy i krwionośny.

Borelioza z Lyme jest najczęstszą chorobą przenoszoną przez kleszcze i dużym problemem medycznym. Ze względu na obecność objawów niespecyficznych, nakładanie się na siebie poszczególnych stadiów choroby oraz wciąż niedoskonałe laboratoryjne metody diagnostyczne, rozpoznawanie choroby jest trudne. Dlatego w diagnostyce należy opierać się także na bardzo dokładnie zebranych wywiadzie uwzględniającym moment ekspozycji, wystąpienie pierwszych objawów, obraz kliniczny oraz wyniki badań. Tendencja wzrostowa zachorowań sprawia, że nie należy lekceważyć żadnego przypadku kontaktu z kleszczem oraz żadnego z niepokojących objawów mogących wskazywać na zarażenie krętkami *Borrelia* spp.

Dodatkowo ze względu na powszechną obecność kleszczy na terenie całego kraju oraz



Borelioza w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2015-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.

brak szczepionek przeciwko boreliozie, wskazane jest przestrzeganie kilku zasad tj. unikanie terenów potencjalnie niebezpiecznych, odpowiedni ubiór oraz stosowanie repelentów, co ma ogromne znaczenie w profilaktyce choroby.

W latach 2006-2016 zapadalność na boreliozę w województwie kujawsko-pomorskim wahała się od 12,82 w 2008 roku do 29,02 w 2016 roku (na 100 tys. mieszkańców). W analizowanym roku zaobserwowano znaczący wzrost współczynnika zapadalności zarówno dla województwa jak i dla kraju w porównaniu z latami ubiegłymi. W nawiązaniu do 2015 roku zapadalność w województwie wzrosła o ok. 35%. Podobną sytuację obserwowano w kraju. Zapadalność na boreliozę w regionie była jednak o ok. 47% niższa od krajowej.

Zgodnie z klasyfikacją obowiązującą w nadzorze, w 2016 roku zarejestrowano 550 przypadków potwierdzonych boreliozy i 55 przypadków prawdopodobnych (łącznie 605) tj. o 206 zachorowań więcej niż w 2015 roku.

Dominowała postać wczesna (82,6%). W późnym przebiegu choroby obserwowano głównie objawy ze strony układu kostno-stawowego (13,7%). Z zajęciem układu ruchu najczęściej manifestowało się zapaleniem dużych stawów, przebiegającym z nawracającymi zaostrzeniami objawów. Dużo rzadziej rejestrowano neuroboreliozę (3,4%) z uszkodzeniami w obrębie ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego oraz boreliozę układu krążenia (0,3%). Z powodu choroby hospitalizowano aż 87 osób, tj. o ok. 69% więcej niż w roku wcześniejszym.

Zgodnie z klasyfikacją obowiązującą w nadzorze, w 2016 roku zarejestrowano 550 przypadków potwierdzonych boreliozy i 55 przypadków prawdopodobnych (łącznie 605) tj. o 206 zachorowań więcej niż w 2015 roku.

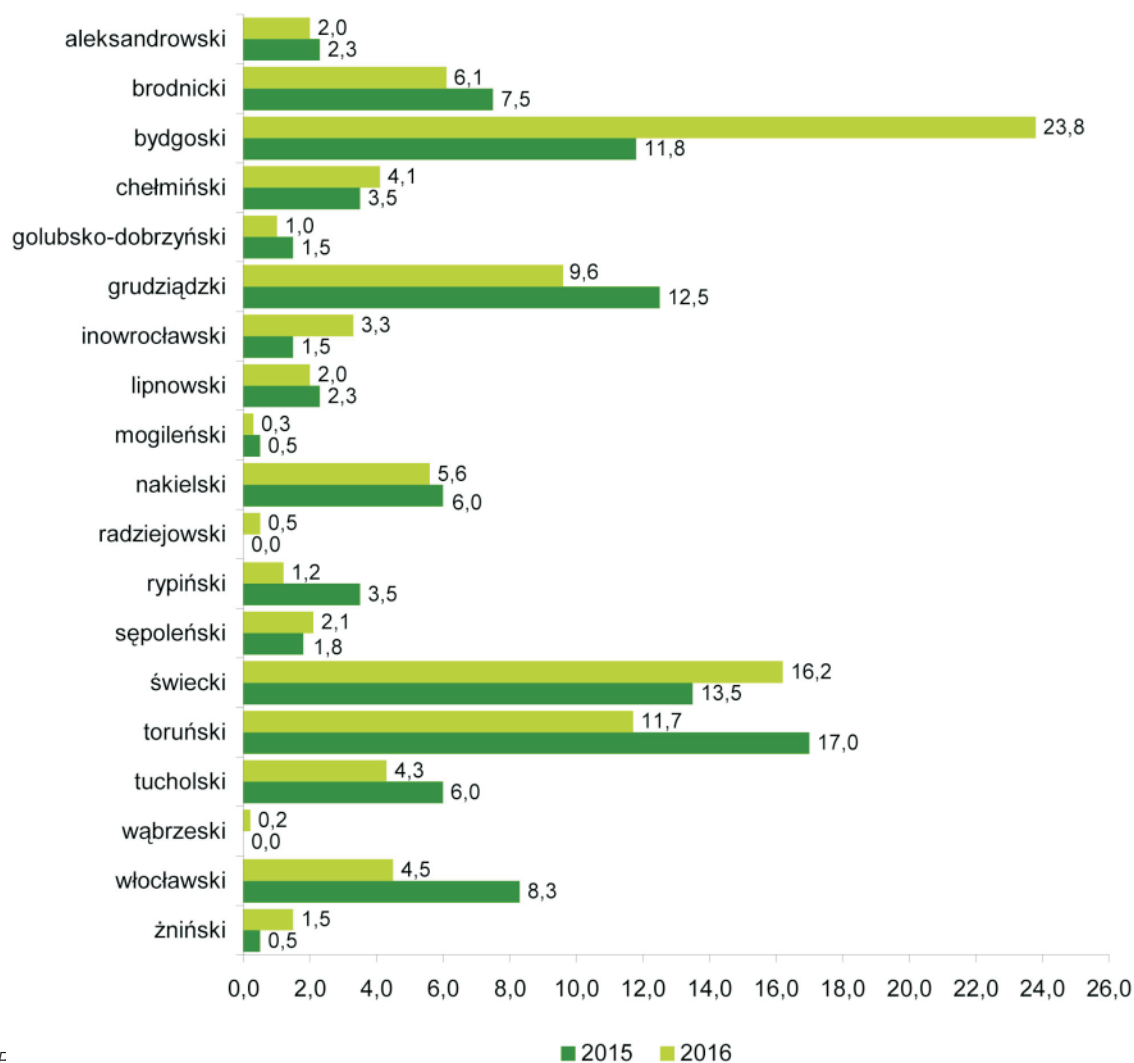
Dominowała postać wczesna (82,6%). W późnym przebiegu choroby obserwowano głównie objawy ze strony układu kostno-stawowego (13,7%). Z zajęcie układu ruchu najczęściej manifestowało się zapaleniem dużych stawów, przebiegającym z nawracającymi zaostrzeniami objawów. Dużo rzadziej rejestrowano neuroboreliozę (3,4%) z uszkodzeniami w obrębie ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego oraz boreliozę układu krążenia (0,3%). Z powodu choroby hospitalizowano aż 87 osób, tj. o ok. 69% wię-

cej niż w roku wcześniejszym.

Liczba zachorowań w odniesieniu do płci była na zbliżonym poziomie, z niewielką przewagą kobiet (ok. 55%). Zaledwie 8% zarejestrowanych przypadków boreliozy dotyczyła dzieci w grupie wiekowej 0-14 lat.

Analizując miejsce ekspozycji zauważono, że do większej liczby pokuć w 2016 r. doszło na terenach zurbanizowanych (działki rekreacyjne, przydomowe ogródki i tereny zielone) - 58%, a nie jak w latach ubiegłych w lasach mieszanych. Niewielki odsetek (3,8%) zgłoszonych zachorowań związany był z ekspozycją na zakażenie z racji wykonywanego zawodu. W grupie tej dominowali rolnicy i pracownicy nadleśnictwa.

W 2016 r. boreliozę rejestrowano na tere-

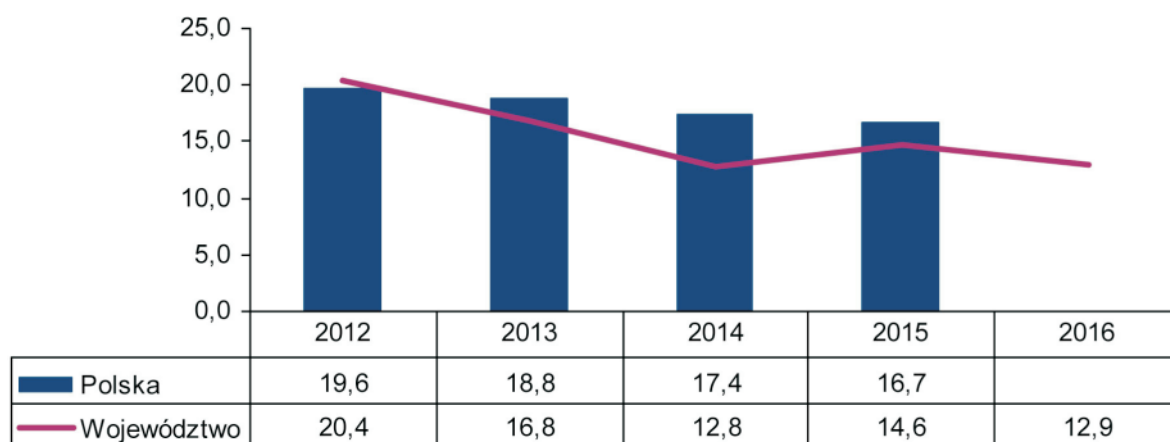


E

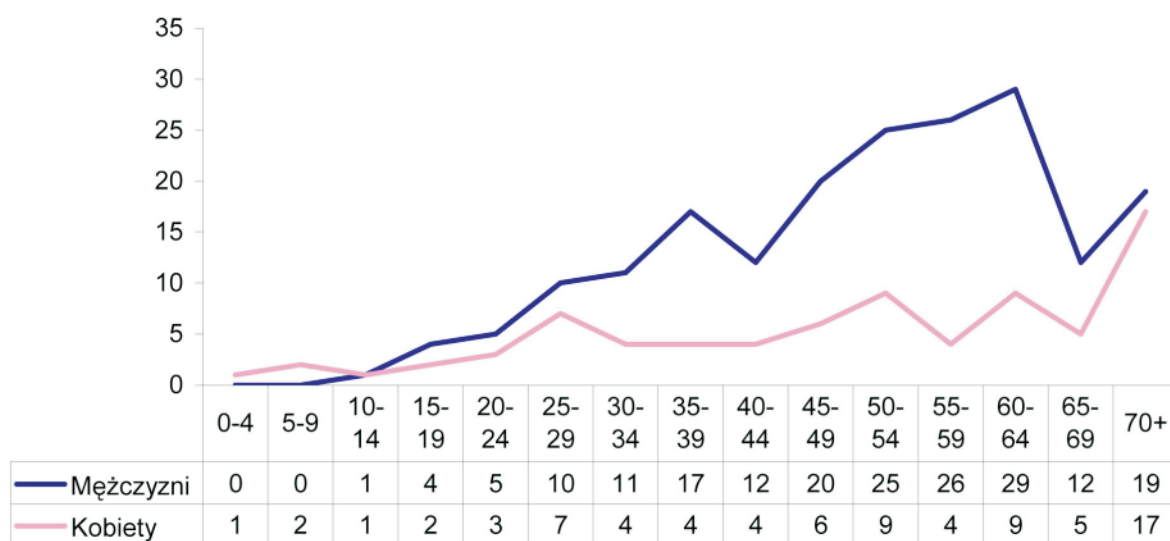
nie całego województwa kujawsko-pomorskiego. Najwięcej przypadków rozpoznano i zgłoszono w powiecie bydgoskim - 144, świeckim - 98 oraz toruńskim - 71. Pojedyncze zachorowania notowano natomiast na terenie powiatu wąbrzeskiego - 1, mogileńskiego - 2 i radziejowskiego - 3. Najwyższą zapadalność obserwowano w powiecie świeckim (98,30), tucholskim (53,74) i chełmińskim (47,76), najniższą zaś: w powiecie wąbrzeskim (2,88), mogileńskim (4,33) i radziejowskim (7,25).

Gruźlica

W 2016 roku w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano 269 przypadków zachorowań na gruźlicę tj. o 27 przypadków mniej niż w 2015 roku (296). Zapadalność na wszystkie postaci tej choroby w ocenianym okresie wyniosła 12,9 i od kilku lat wykazuje tendencję spadkową. Podobnie jak w poprzednich latach, dominowała gruźlica płuc, której odnotowano 251 przypadków. Ta postać choroby stanowiła 93,3%



Gruźlica w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2012-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.



Gruźlica w województwie kujawsko-pomorskim w 2016 roku. Liczba zachorowań wg płci i wieku.

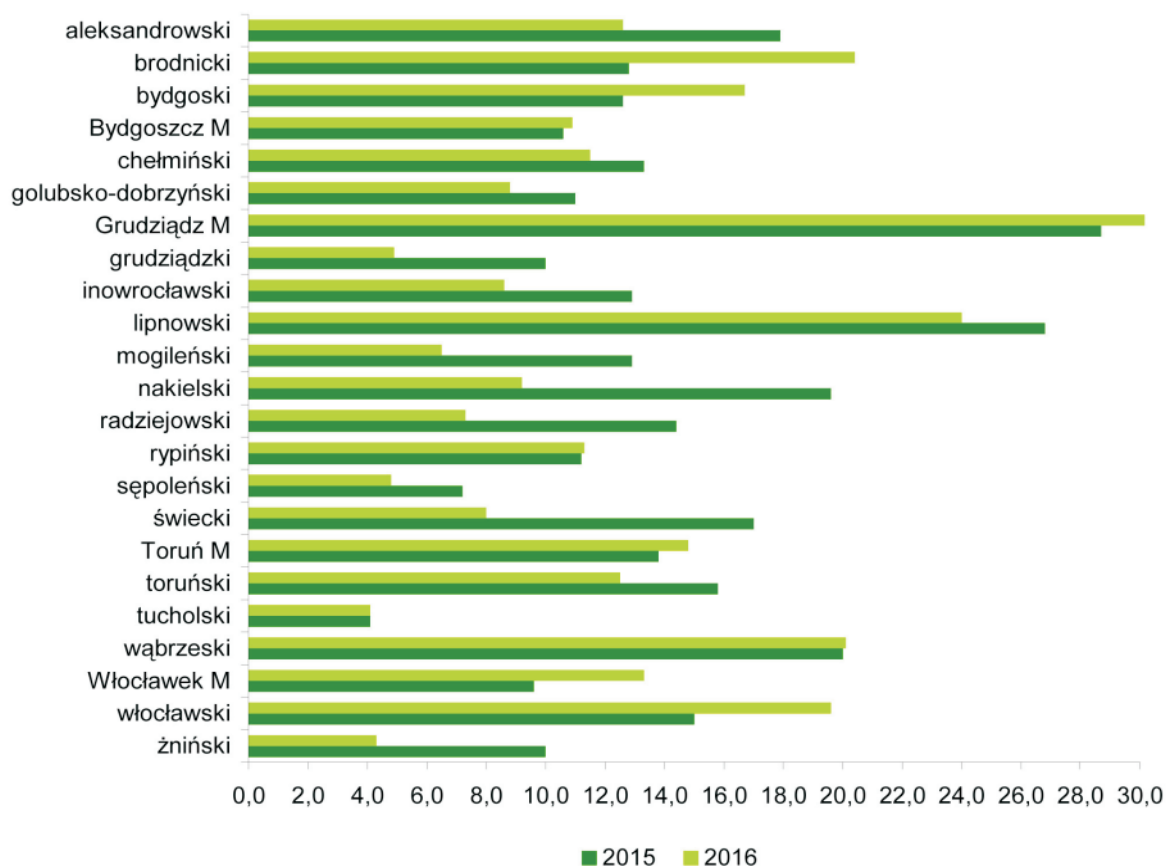
wszystkich postaci zachorowań na gruźlicę. Poza pozostałe przypadki to chorzy z innymi postaciami gruźlicy układu oddechowego (13), gruźlicą kości i stawów (1), gruźlicą układu limfatycznego (4).

Największy odsetek zachorowań (67,3%) odnotowano u osób dorosłych powyżej 45 roku życia, z czego aż 13,4% ogółu przypadków gruźlicy stwierdzono u osób mających więcej niż 70 lat. 71% wszystkich nowych przypadków zachorowań stanowią mężczyźni.

Gromadzone dane od wielu lat wykazują znaczne różnice zapadalności na gruźlicę w poszczególnych powiatach regionu. W 2016 roku największą zapadalność odnotowano w powiatach: Grudziądz M. (31,2), lipnowskim (24,0), brodnickim (20,4) i wąbrzeskim (20,1), a najniższą zapadalność (poniżej 5 na 100 tys.) w powiatach tu-

cholskim (4,1), sępoleńskim (4,8) i żnińskim (4,3).

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. Duże znaczenie będzie odgrywać dalsze zacieśnianie współpracy z lekarzami POZ, podmiotami diagnostycznymi oraz podmiotami leczniczymi zaangażowanymi w zwalczanie gruźlicy.



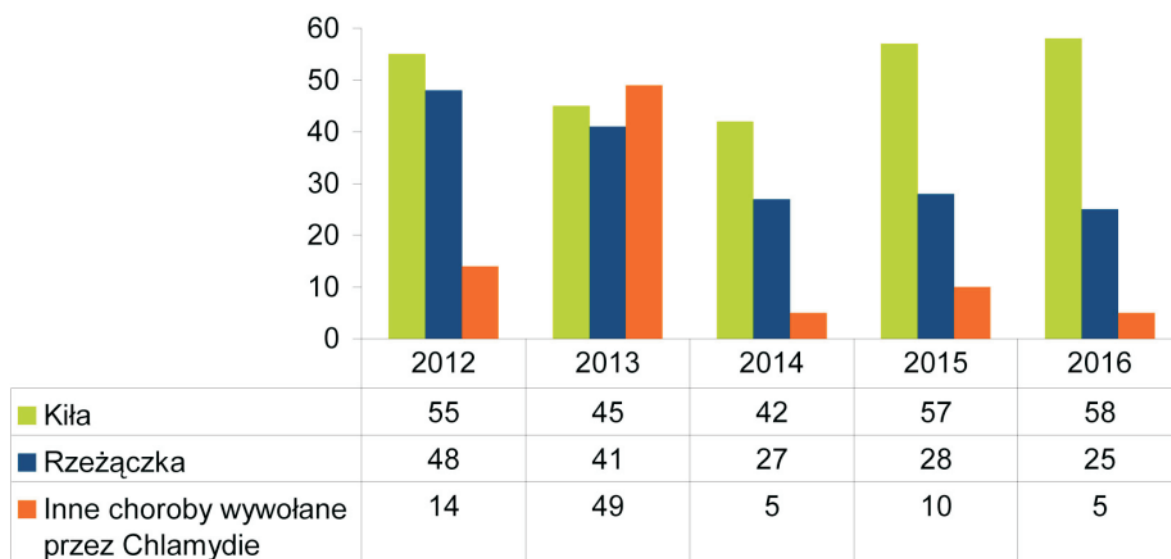
Gruźlica w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2015-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności wg powiatów.

Choroby przenoszone drogą płciową

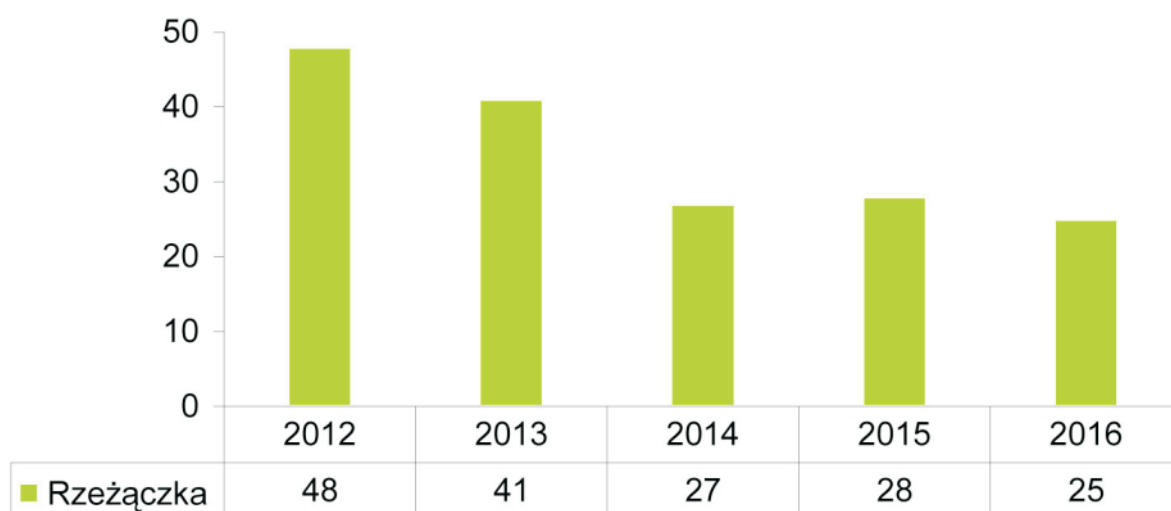
W ramach systemu nadzoru epidemiologicznego nad chorobami przenoszonymi drogą płciową, w 2016 roku zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim ogółem 88 zachorowań, w tym: 58 przypadków wszystkich postaci kiły, 25 przypadków rzeżączki oraz 5 przypadków innych chorób wywołanych przez Chlamydie. Podobnie jak w kraju, nie notowano ziarnicy wenerycznej wywołanej przez Chlamydie. Poziom zgłaszania

chorób przenoszonych drogą płciową w województwie kujawsko-pomorskim jest niski od kilku lat.

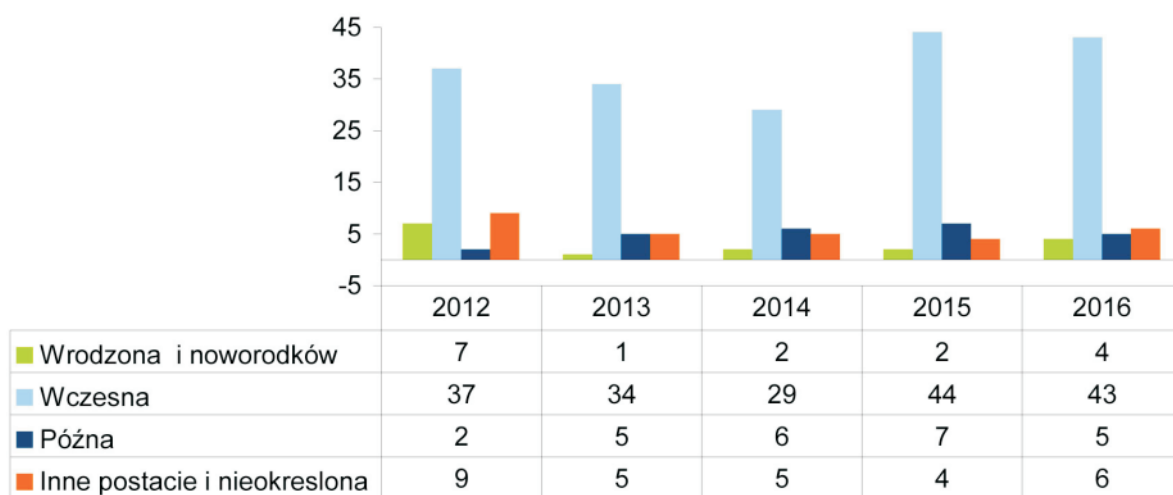
Odnotowano 25 przypadków rzeżączki. To najmniej od roku 2010. Współczynnik zapadalności był wyższy od notowanego w kraju (odpowiednio: 1,2 i 1,01). Analiza danych z raportów jednostkowych zachorowań na rzeżączkę wykazała, że zgłoszone przypadki dotyczyły mężczyzn, a średnia wieku nieznacznie przekraczała 33 lata.



Choroby przenoszone drogą płciową w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Liczba zachorowań.



Rzeżączka w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Liczba zachorowań.



Kiła w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Liczba zachorowań wg postaci choroby.

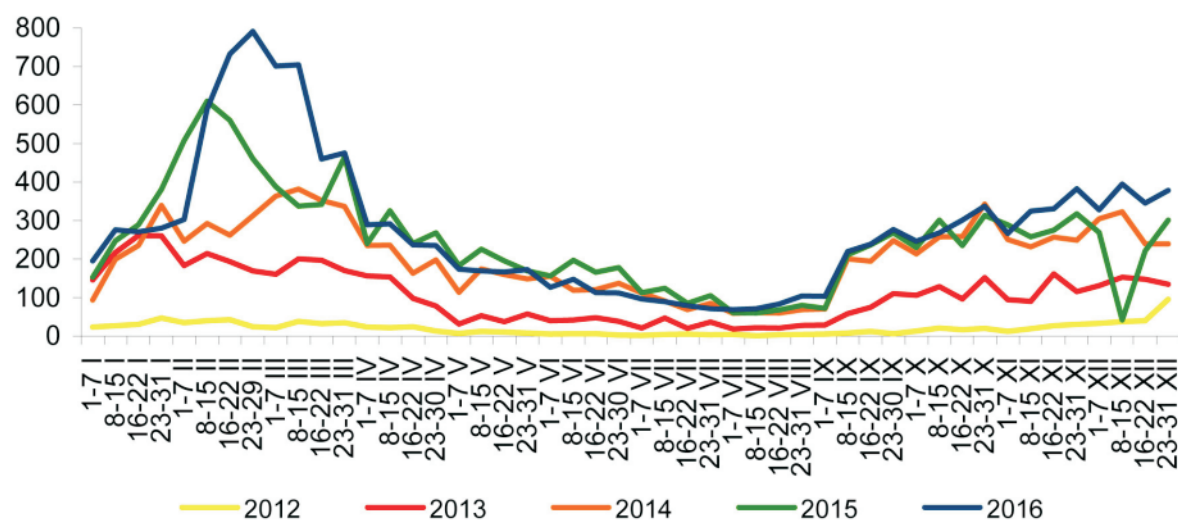
Zgłoszono ogółem 58 zachorowań na wszystkie postacie kiły, to najwięcej od 2010 roku. Od roku 2014 obserwujemy wzrost rejestrowanych przypadków kiły wczesnej. Zapadalność na kiłę wczesną (2,06) była niższa od krajowej (2,21). Kiłę wrodzoną rozpoznano w 4 przypadkach.

Dane gromadzone w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową prawdopodobnie nie odzwierciedlają faktycznej zachorowalności, ze względu na brak diagnostyki przesiewowej i niepełne zgłaszanie leczonych przypadków. Zapowiedzią poprawy nadzoru w tym zakresie mo-

że być umieszczenie takich jednostek, jak: kiła, rzeżączka i chlamydia 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

Zgodnie z definicją przyjętą na potrzeby nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi, w ramach monitorowania sytuacji epidemiologicznej grypy, zgłaszaniu podlegają przy-



Grypa w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.

padki zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę oraz wszystkie rozpoznane klinicznie zachorowania grypopodobne i ostre zakażenia dróg oddechowych.

W roku 2016 na grypę, infekcje grypopodobne oraz ostre zakażenia dróg oddechowych w województwie kujawsko-pomorskim zachorowały ogółem 280272 osoby, w tym 140459 (50,1%) dzieci do lat 14. W stosunku do roku 2015, w ogólnej liczbie zachorowań, to więcej o 27352 przypadki; wśród dzieci do lat 14 - to więcej o 14409 przypadków. Zwyżka liczby zachorowań w roku 2016, w województwie kujawsko-pomorskim w stosunku do roku 2015, odzwierciedla tendencję obserwowaną na poziomie krajowym.

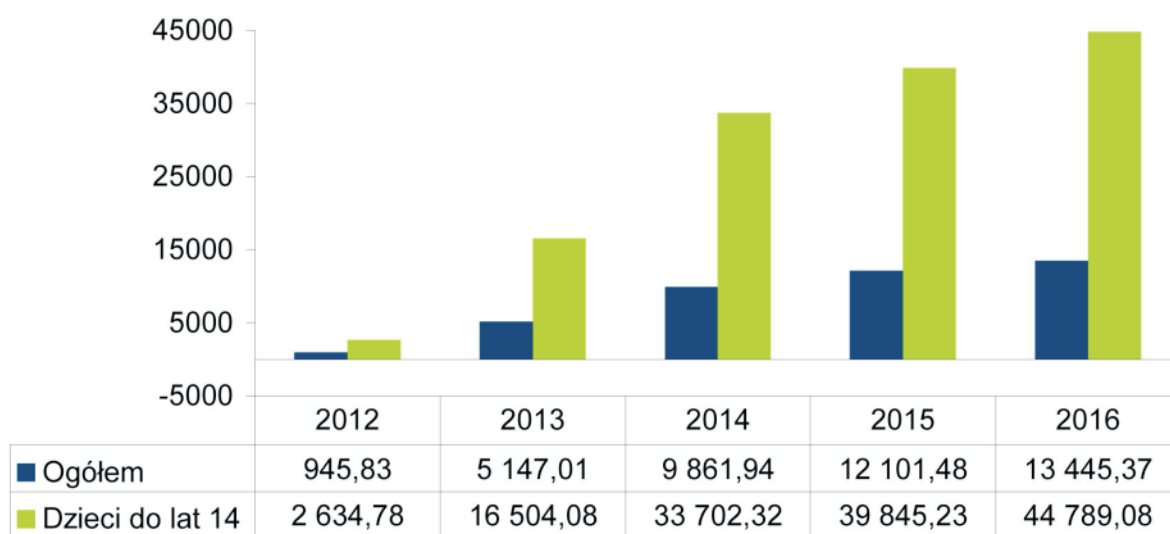
Zapadalność na 100 tys. mieszkańców, w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 13445,37 i była wyższa od zapadalności krajowej (11229,71), a udział zachorowań zgłoszonych na terenie województwa stanowił prawie 6,5% zgłoszonych zachorowań w kraju.

Szczyt zachorowań w województwie kujawsko-pomorskim obserwowano w miesiącach lutym i marcu (odpowiednio 18% i 17,5% ogółu zachorowań w 2016 roku), a największą liczbę za-

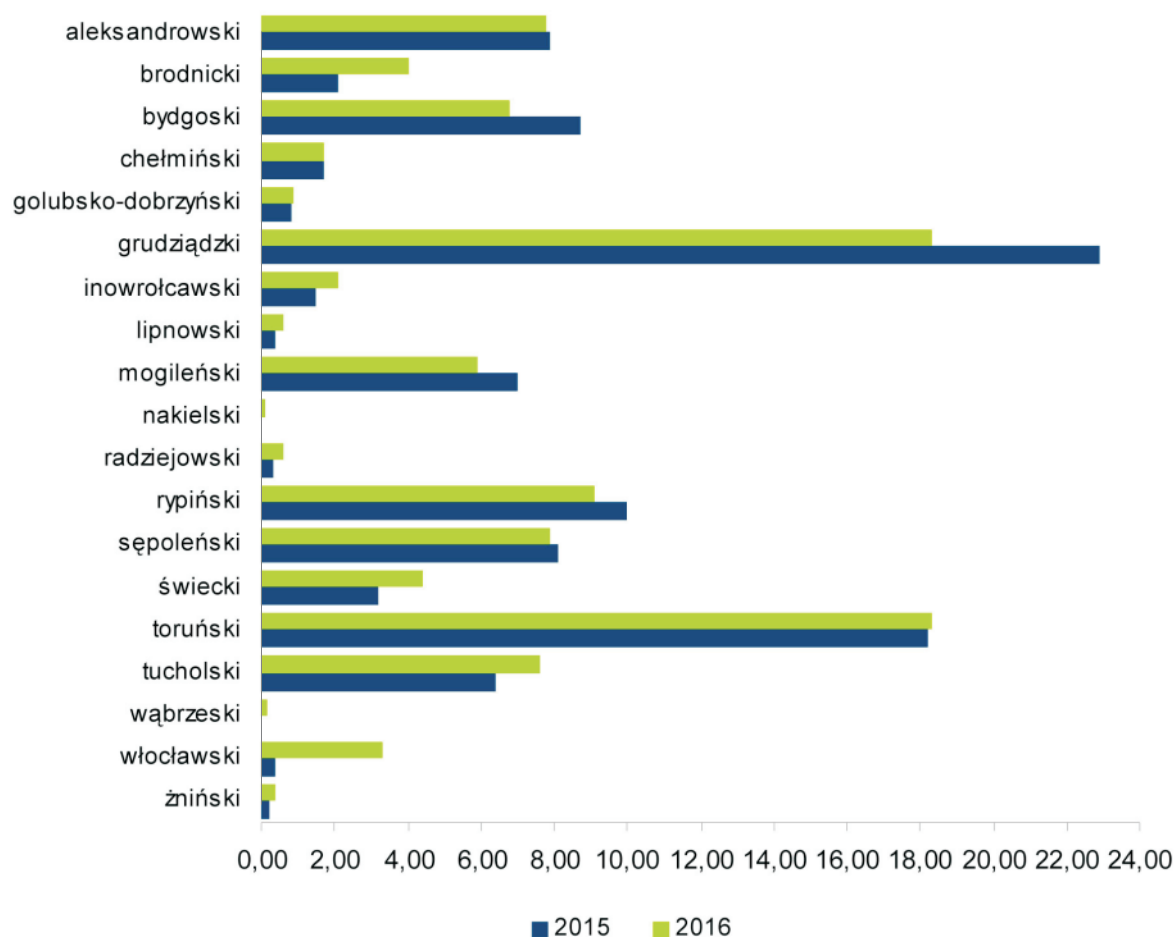
chorowań w okresie sprawozdawczym odnotowano pomiędzy 23 a 29 lutego 2016 roku (16553 przypadki). Łącznie, w roku 2016, z powodu grypy lub podejrzeń grypy hospitalizowano 702 osoby, co stanowiło 0,25% wszystkich zgłoszonych przypadków. Wśród przyczyn hospitalizacji dominowały objawy ze strony układu oddechowego (u 95,4% pacjentów), a osoby najczęściej wymagające opieki szpitalnej to dzieci do lat 4 (41% ogółu chorych hospitalizowanych). W porównaniu z rokiem 2015, odnotowano wzrost liczby przypadków wymagających hospitalizacji o blisko 35%.

W roku 2016, w województwie kujawsko-pomorskim najwięcej przypadków zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę, odnotowano w grupie wiekowej 15-64 lata (42,5% ogółu chorych), najmniej - wśród osób w wieku 65 i więcej lat (7,4% ogółu chorych).

Zgłoszenia zachorowań pochodziły ze wszystkich powiatów województwa kujawsko-pomorskiego. Najwięcej przypadków odnotowano w powiatach grudziądzkim i toruńskim - łącznie (102 565, tj. 36,6% wszystkich), natomiast najmniej w powiecie nakielskim (277, tj. 0,1% wszystkich przypadków).



Grypa w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.



chorowań wg powiatów.

W omawianym okresie, w regionie laboratoryjnie potwierdzono łącznie 194 przypadki zakażeń wirusami grypy, w tym 64 u dzieci do lat 14. Ponadto, 5 zachorowań zgodnie z definicją grypy

przyjętą na potrzeby nadzoru epidemiologicznego, zakwalifikowano jako prawdopodobne. Materiał biologiczny do diagnostyki wirusologicznej pochodził w 115 przypadkach od pacjentów hospita-

Przypadki grypy potwierdzone laboratoryjnie w woj. kujawsko-pomorskim, w 2016 roku. Według typu wirusa i grup wiekowych.

Typ wirusa	Grupy wiekowe				Razem
	0-4	5-14	15-64	65 i więcej	
typ A	1	2	8	5	16
podtyp AH₁N₁	17	7	74	20	118
podtyp AH₁N₁+ typ B	0	1	0	0	1
typ B	11	25	21	2	59
Razem	29	35	103	27	194

lizowanych. Ponadto, w ramach realizacji nadzoru nad grypą, w celu uzyskania informacji o powodujących zachorowania szczepach wirusa grypy, prowadzi się badania diagnostyczne próbek materiału biologicznego pobranego przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W roku 2016, w systemie nadzoru Sentinel, potwierdzono laboratoryjnie 79 przypadków zakażeń wirusami grypy.

W porównaniu z rokiem 2015, w roku 2016, liczba przypadków grypy potwierdzonych laboratoryjnie w województwie kujawsko-pomorskim była prawie czterokrotnie wyższa (odpowiednio 51 i 194 przypadki). Najwięcej próbek materiału biologicznego z wynikiem dodatnim pochodziło z placówek leczniczych z terenu powiatu bydgoskiego - 90 przypadków, podczas gdy w powiecie lipnowskim oraz wąbrzeskim nie potwierdzono laboratoryjnie żadnego przypadku zakażenia wirusem grypy.

Chociaż corocznie poprawia się sytuacja w zakresie pobierania do badań wirusologicznych próbek materiału biologicznego w ramach nadzoru Sentinel, nadal występują jednak niedostatków pełnego spełnienia założeń programu.

W roku 2016, w województwie kujawsko-pomorskim stwierdzono 13 zgonów osób, u których potwierdzono laboratoryjnie zakażenie wirusem grypy. U 8 chorych przyczyną zgonu była grypa wywołana zidentyfikowanym wirusem, u 1 osoby - grypa wywołana niezidentyfikowanym wirusem (przypadek prawdopodobny - powiązany

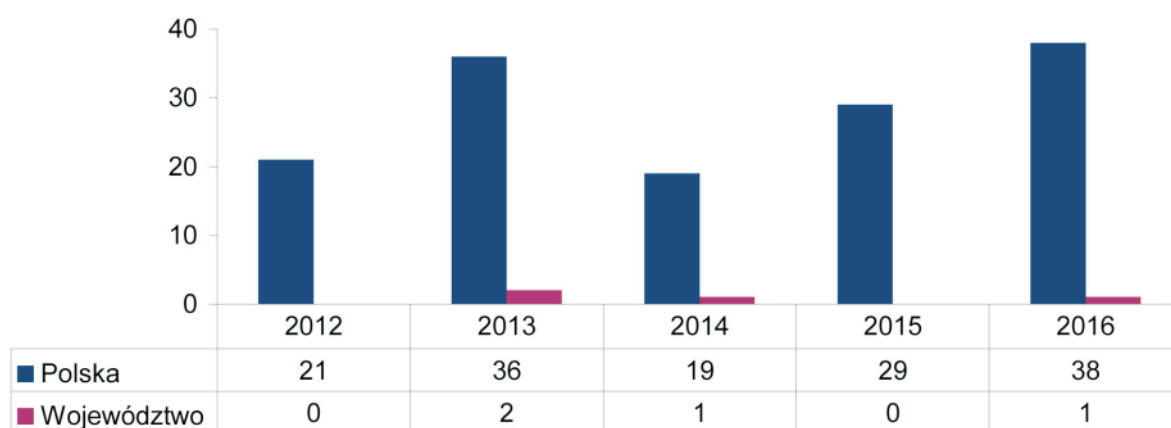
epidemiologicznie z przypadkiem potwierdzonym). W pozostałych przypadkach przyczyną zgonu były inne schorzenia. W roku 2015 zgonów z powodu grypy nie odnotowano.

Choroby szczególnie niebezpieczne ii 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 zachorowań na błonicę, poliomyelitis, cholera, dżumę czy wirusowe gorączki krwotoczne poza 1 przypadkiem gorączki denga (postać klasyczna) zawleczonym z Indonezji lub Tajlandii. Z uwagi na brak szczepionki przeciw gorączce denga wybierając się w podróż na tereny endemiczne występowania dengi istotne znaczenie ma skuteczna ochrona przed komarami.

Do chorób importowanych z rejonów endemicznych należy również malaria. 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 *Plazmodium vivax* u osoby powracającej z Etiopii, która nie stosowała profilaktyki farmakologicznej przeciw malarii przed wyjazdem. W kraju zarejestrowano 38 przypadków malarii. Zapadalność na



Malaria w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Liczba zachorowań.



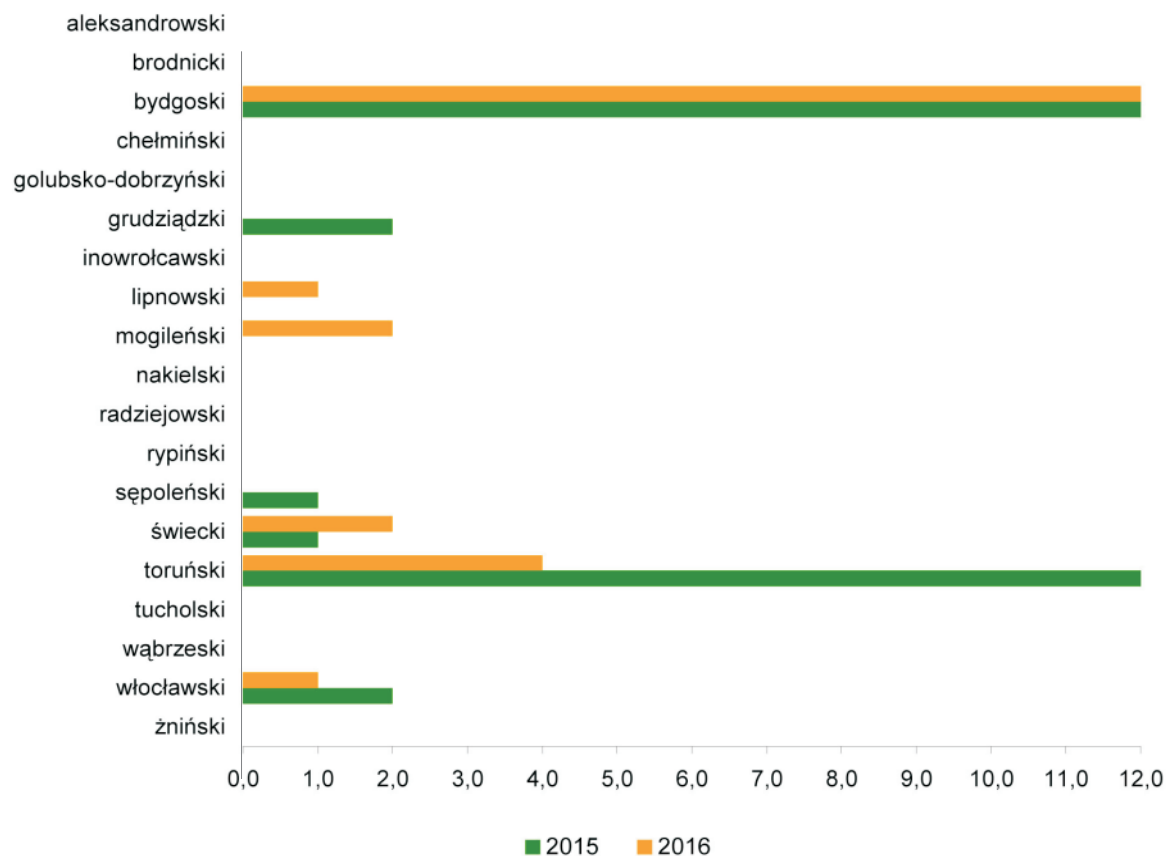
Malaria w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016. Zapadalność na 100 tys. ludności.

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 zakażyły 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.

Szpitalne ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych w zakładach leczniczych województwa kujawsko-pomorskiego

W 2016 roku zgłoszono 22 ogniska epide-



Liczba ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych zgłoszonych z zakładów leczniczych w latach 2015-2016, według powiatów.

micznych zakażeń szpitalnych, tj. o 8 mniej niż w roku 2015 (30). Ogniska wystąpiły w 11 szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego, w tym w 2 klinicznych - 9 (41%) ognisk, 2 specjalistycznych - 3 (14%) ogniska, 3 wojewódzkich - 4 (18%) ogniska, 4 powiatowych - 5 (23%) ognisk oraz w 1 Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym - 1 (4%) ognisko. Najwięcej ognisk - 12 (55%), podobnie jak w 2015 roku, zgłoszono ze szpitali powiatu bydgoskiego, 4 (18%) ogniska z powiatu toruńskiego, po 2 (9%) ogniska z powiatów mogileńskiego i świeckiego oraz po 1 (4,5%) z powiatów lipnowskiego i włocławskiego.

Łącznie w ogniskach zachorowało 188 osób (rok 2015 - 206), w tym 23 osoby z personelu medycznego. Od 70 osób (37% ogółu chorych) czynnik etiologiczny zakażeń potwierdzono badaniami laboratoryjnymi. W ogniskach zmarło

14 osób, co stanowiło 7,4% ogółu chorych w ogniskach. Zakażenia osób w ogniskach miały różną postać kliniczną, najczęściej występowało zakażenie przewodu pokarmowego w 2016 roku - 12 zgłoszonych ognisk, natomiast w roku 2015 - 18. Drugą co do częstości postacią kliniczną było zakażenie układu oddechowego. Zgłoszono odpowiednio w roku 2016 - 5 i w roku 2015 - 6 ognisk. W omawianym roku wystąpiły pojedyncze ogniska, gdzie postacią kliniczną zakażenia było: zakażenie miejsca operowanego, zakażenie krwi, zakażenie układu moczowego, zakażenie łożyska naczyniowego, zakażenie skóry oraz nagminne zapalenie spojówek i rogówki oka.

W roku 2016 dominującym czynnikiem etiologicznym zakażeń była laseczka *Clostridium difficile*, która wywołała 41% (9) ognisk epidemicznych, w roku 2015 były to rotawirusy, które były

Ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych według postaci klinicznej zakażenia w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2012-2016

Postaci kliniczne	2012	2013	2014	2015	2016
	Liczba ognisk	Liczba ognisk	Liczba ognisk	Liczba ognisk	Liczba ognisk
Zakażenie układu oddechowego	2	4	3	6	5
Zakażenie układu pokarmowego	7	11	10	18	12
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	1	2	1		1
Zakażenie uogólnione			1		
Nagminne zapalenie spojówek i rogówki oka			1		1
Zakażenie CUN				1	
zgłoszonych ognisk	10	22	18	30	22
rozpoznanych postaci klinicznych w ogniskach	10	26*	25*	43*	23*

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

przyczyną 2,3% (7) ognisk. Zarówno w roku 2016 i 2015 zarejestrowano po 2 ogniska (odpowiednio 9%, 6,6%) wywołane wirusem grypy AH1N1. Odnotowano spadek liczby ognisk wywołanych przez norowirusy z 4 (13%) zgłoszonych w roku 2015 do 1 (4,5%) ogniska zgłoszonego w roku 2016. W omawianym okresie zarejestrowano również po jednym ognisku wywołanym przez takie patogeny, jak *Serratia marcescens*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Bordetella pertussis*, *Escherichia coli* ESBL, *Klebsiella pneumoniae* ESBL, adenowirusy, Świerzbowca ludzkiego oraz 2 ogniska, w których nie został ustalony czynnik etiologiczny. Po raz pierwszy 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 dwóch osób u jednej postacią kliniczną zakażenia była posocznica u drugiej kolonizacja, ponadto w ramach monitorowania oporności na karbapenemy wśród szczepów pałeczek jelitowych *Enterobacteriaceae*, w roku 2016 zgłoszono do Państwowej Inspekcji Sanitar-

nej 4 sporadyczne przypadki kolonizacji u pacjentów hospitalizowanych w województwie kujawsko-pomorskim, szczepem *Klebsiella pneumoniae* wytwarzający karbapenemazy typu New Delhi (NDM).

Zakażenia szpitalne stanowią znaczny problem w zakładach leczniczych. Ich liczba zależy od rodzaju wykonywanych świadczeń medycznych oraz od profilu placówki. Jedną z głównych przyczyn 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. Informacje te ujęte były w raportach o podejrzeniu lub wystąpieniu ognisk epidemicznych przesyłanych przez szpitale do Państwowej Inspekcji Sanitarnej i potwierdzone dochodzeniem epidemiologicznym prowadzonym przez Zespoły Kontroli Zakażeń Szpitalnych i organy PIS. Najczęstszą prawdopodobną drogą przenoszenia zakażenia w ogniskach epidemicznych była droga kontaktowa. W celu ograniczenia



zakażeń niezbędne jest ciągłe monitorowanie i kontrola środowiska szpitalnego, szeroka diagnostyka laboratoryjna, właściwa polityka antybiotykowa. Istotną rolę w tym zakresie mają Zespoły Kontroli Zakażeń Szpitalnych, do zadań których należy między innymi: monitorowanie i analiza zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych ze szczególnym uwzględnieniem zakażeń wywołanych przez patogeny alarmowe, identyfikacja i analiza czynników ryzyka zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz inicjowanie i podejmowanie działań zapobiegawczych i korygujących, a także inicjowanie i koordynowanie działań w ramach wygaszania ogniska epidemicznego.

Wykonawstwo szczepień ochronnych

Realizowany w Polsce program powszechnych szczepień ochronnych jest systematycznie modyfikowany, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną z uwzględnieniem możliwości finansowych budżetu Ministra Zdrowia. W opracowanym na 2016 roku Programie Szczepień Ochronnych wprowadzono i doprecyzowano zapisy wynikające z decyzji dotyczącej wprowadzenia szczepienia przypominającego przeciw krztuś-

cowi w 14 roku życia. Ponadto, zgodnie z PSO na rok 2016 od 1 kwietnia 2016 roku dzieciom w 6 roku życia podawana jest we wstrzyknięciu wyłącznie inaktywowana szczepionka przeciw poliomyelitis, która zastąpiła żywą szczepionkę doustną. Wprowadzona zmiana jest elementem programu eradykacji poliomyelitis.

Ocenę realizacji Programu Szczepień Ochronnych w roku 2016 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 452 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 2016 objęta była populacja 398906 osób w wieku od 0-20 lat, tj. o 1,29% mniejsza niż w roku 2015.

Szczegółowa analiza przebiegu szczepień ochronnych w 1 roku życia wskazała, że obo-

Odsetek obowiązkowych szczepień ochronnych w 1 roku życia, w latach 2012-2016.

Rodzaj szczepienia	2012 r.		2013 r.		2014 r.		2015 r.		2016 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
BCG szczepienie pierwotne	99,6	99,7	99,4	99,6	99,2	99,5	99,1	99,5	brak danych	99,2
WZW typu B	90,0	90,4	89,6	90,3	88,2	91,1	89,1	90,6	brak danych	89,9
DTP – błonica, tężec, krztusiec	60,1	62,3	59,8	61,3	58,1	60,7	58,1	59,7	brak danych	58,0
Poliomyelitis	60,1	62,3	59,8	61,3	58,1	60,7	58,0	59,7	brak danych	58,0
Haemophilus influenzae typu b	60,0	62,3	59,7	61,3	58,0	60,7	58,0	59,7	brak danych	58,0

wiązkowe szczepienia ochronne przeciwko gruźlicy, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis oraz *Haemophilus influenzae* typu b wykonane były na poziomie nieznacznie niższym w porównaniu do roku poprzedniego (odchylenia od wartości rejestrowanych w roku 2015 mieściły się w granicach od 0,3 - 1,7%). Pomimo obserwowanych tendencji spadkowych, wykonawstwo ww. szczepień w ostatnich 5 latach przewyższało lub było na poziomie zbliżonym do średniego poziomu zaszczepienia w tej grupie wiekowej w kraju.

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 2015 mieściły się w granicach od 0,2 - 0,5%). W 2016 roku odsetek realizacji szczepień przeciwko odrze, śwince i różyczce w 13-14 miesiącu życia był nieznacznie niższy niż w roku ubiegłym. Niski procent zaszczepienia obserwowany był w analizowanym okresie również na te-

renie kraju. Przypuszczać należy, że powyższa sytuacja jest wynikiem rozpowszechniania przez ruchy antyszczepionkowe informacji, wiążącej szczepionkę MMR (szczepionka przeciwko odrze, śwince i różyczce) z występowaniem autyzmu u dzieci w okresie wczesnodziecięcym. Na skutek tych działań, coraz więcej rodziców nadal unika podania ww. 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.

W ocenianym okresie szczepienia ochronne dzieci i młodzieży szkolnej wykonane były na poziomie zbliżonym lub wyższym w stosunku do roku 2015. Okresowy brak szczepionek przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi z acelularnym komponentem krztuśca (szczepionka dostępna była w Polsce dopiero od miesiąca kwietnia) nie wpłynął zasadniczo na poziom uodpornienia przeciwko wyżej wymienionym chorobom w grupie 6 i 14-latków.

Najwyższe odsetki uodpornienia uzyskano w przypadku szczepień przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi w 14 roku życia (95,8%) oraz w przypadku szczepień przeciwko odrze, śwince

Odsetek obowiązkowych szczepień ochronnych w 2 roku życia w latach 2012-2016.

Rodzaj szczepienia	2012 r.		2013 r.		2014 r.		2015 r.		2016 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
WZW typu B	99,7	99,8	99,6	99,8	99,4	99,7	99,2	99,7	brak danych	99,5
DTP – błonica, tężec, krztusiec	98,7	99,4	98,6	99,4	98,3	99,3	97,9	99,2	brak danych	98,9
Poliomyelitis	98,7	99,4	98,6	99,4	98,2	99,3	97,8	99,2	brak danych	98,8
<i>Haemophilus influenzae</i> typu b	98,7	99,4	98,7	99,4	98,2	99,3	97,8	99,2	brak danych	98,8
MMR – odra, świnka, różyczka	83,6	87,1	82,8	89,5	79,7	86,1	77,9	86,3	brak danych	85,8

Odsetek obowiązkowych szczepień ochronnych w grupie dzieci i młodzieży szkolnej, w latach 2012-2016.

Rodzaj szczepienia	2012 r.		2013 r.		2014 r.		2015 r.		2016 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
DTaP – błonica, tężec, acelulany krztusiec w 6 r.ż.	80,8	94,6	79,9	93,7	75,2	93,0	52,9	76,2	brak danych	91,8
Poliomyelitis w 6 r.ż.	90,8	94,6	79,9	93,7	75,3	93,0	57,7	86,5	brak danych	91,9
Błonica, tężec, krztusiec w 14 r.ż. *	85,6	97,0	85,0	97,5	83,6	97,1	83,0	97,0	brak danych	95,8
Td – tężec, błonica w 19 r.ż.	75,2	94,9	75,0	94,7	73,4	94,5	73,6	94,9	brak danych	93,8
MMR – odra, świnka, różyczka w 10 r.ż.	76,6	94,9	79,0	96,8	77,7	96,6	71,5	96,3	brak danych	95,9

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

Odsetek szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w grupach ryzyka, w latach 2012-2016.

Rodzaj szczepienia	2012 r.		2013 r.		2014 r.		2015 r.		2016 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
Uczniowie szkół medycznych	94,1	95,2	94,4	97,9	95,7	99,3	97,0	98,7	brak danych	96,2
Studenci kierunków medycznych	95,6	100,0	95,7	99,9	96,6	100,0	99,0	100,0	brak danych	100,0
Osoby wykonujące zawody medyczne	98,4	98,8	98,6	98,9	98,5	98,7	98,4	99,1	brak danych	98,5
Otoczenie zakażonych HBV	68,3	95,4	69,8	95,4	72,1	96,2	87,0	79,5	brak danych	97,5

i różyczce w 10 roku życia (95,9%).

Obowiązkowe szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B uczniów i studentów kształcących się na kierunkach medycznych oraz osób wykonujących zawody me-

dyczne od kilku lat realizowane są na dobrym poziomie. W 2016 roku odnotowano spadek poziomu zaszczepienia o 2,5% uczniów szkół medycznych. W przypadku osób z bliskiego otoczenia zakażonych HBV, wykonawstwo szczepień od kilku

lat należy do najlepszych w kraju. W roku 2016 osiągnięto najwyższy poziom zaszczepienia tj. 97,5%.

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.

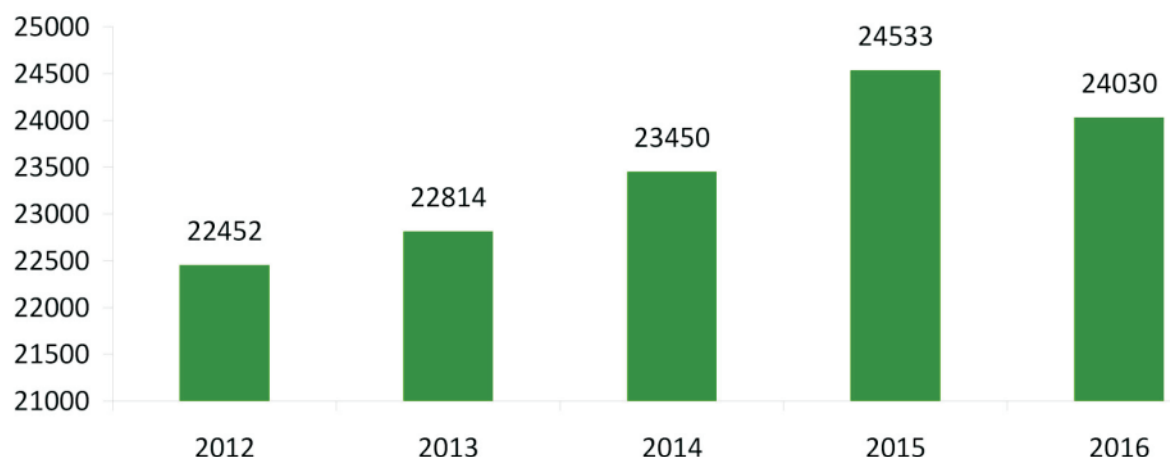
Dzięki prowadzonej w województwie kujawsko-pomorskim intensywniej profilaktyce tężca w 2016 roku, podobnie jak w roku poprzednim nie rejestrowano zachorowań na tężec. Szczepionka przeciwko tężcowi stosowana jest w celu indywidualnej ochrony przed zachorowaniem. W związku z powyższym, każdego roku u ponad 20 tysięcy osób w województwie stosuje się swoiste zapobieganie tężcowi u osób zranionych, w celu nie dopuszczenia do rozwoju zakażenia.

W analizowanym okresie, ze względu na styczeń i narażenie na zakażenie wścieklizną, wykonano szczepienia przeciwko wściekliznie u 471 osób, co stanowi o 2,6% osób więcej w stosunku do roku poprzedniego. Najczęściej źródłem zakażenia były nieznane psy i koty, w nieznacznym procencie zwierzęta dziko żyjące. W 6 przypadkach do narażenia doszło poza granicami kraju.

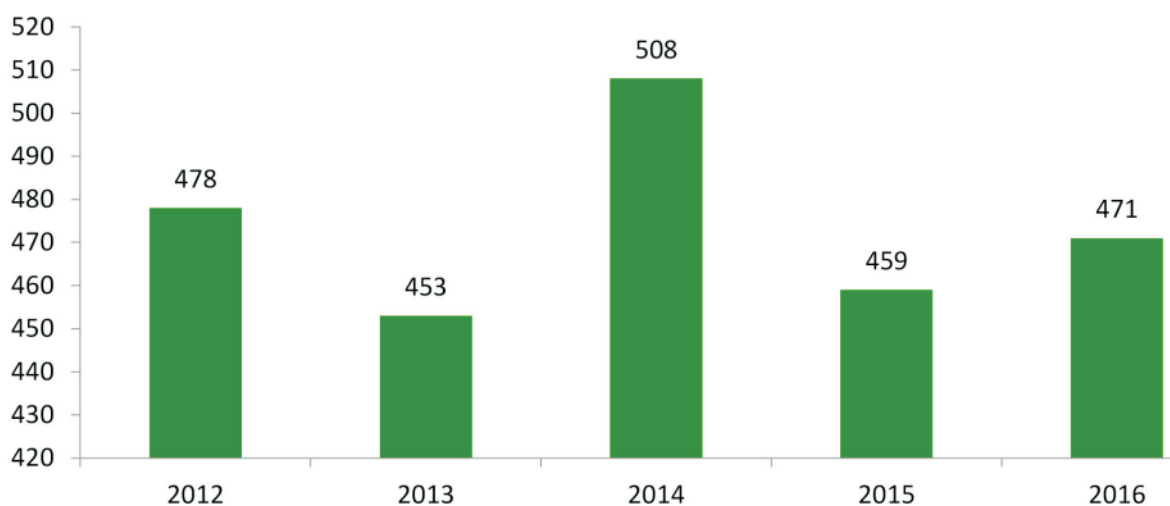
Sytuacja epidemiologiczna w zakresie zapobiegania wściekliznie wymaga nadal ciągłego monitorowania oraz intensywnego edukowania społeczeństwa na temat profilaktyki tej niebezpiecznej choroby odzwierzęcej, cechującej się

najwyższym wskaźnikiem śmiertelności.

Szczepienia obowiązkowe przeciwko inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae* realizowane były u dzieci urodzonych przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub z wagą urodzeniową poniżej 2500 g oraz u dzieci poniżej 5 roku życia z zaburzeniami odporności i chorobami przewlekłymi, stanowiącymi zwiększone ryzyko rozwoju choroby pneumokokowej. W porównaniu do roku 2015, w roku 2016 obserwowano dalszy wzrost liczby osób zaszczepionych przeciwko *Streptococcus pneumoniae* - realizacja szczepień wzrosła o 9,8%. Zaszczepiono 14195 osób, w tym 12968 dzieci w przedziale wiekowym od 0-4 lat. 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 2016 roku 17% populacji w przedziale wiekowym od 0-4 lat, tj. o 1,3% więcej niż w roku poprzednim. W roku 2016 kontynuowano również realizację obowiązkowych szczepień przeciwko ospie wietrznej zalecanych u dzieci zgodnie z zapisami w Programie Szczepień. Szczepieniami objęto łącznie 2847 osób. Wszystkie osoby były 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 4% w porównaniu do 2015 roku.



Liczba osób, u których wykonano poekspozycyjne szczepienia p/w tężcowi w latach 2012-2016.



Liczba osób, u których wykonano szczepienia poekspozycyjne po kontakcie ze zwierzęciem nieznanym lub podejrzanym o zakażenie wścieklizną w latach 2012-2016.

Zalecane szczepienia przeciwko biegunce rotawirusowej u niemowląt (odpłatne dla pacjenta) wykonane były w 2016 roku w liczbie o 12% większej niż w roku ubiegłym. Dane te wskazują na to, 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 2016 w województwie kujawsko-pomorskim zaszczepiono 21,6% wyżej wymienionej populacji.

Liczba osób poddanych uodpornieniu przeciwko grypie zwiększyła się w 2016 roku o około 10% w porównaniu do 2015 roku. W 2016 roku uodporniono przeciwko grypie 2,4% populacji zamieszkałej w naszym regionie, tj. o 0,2% więcej niż w roku poprzednim. Pomimo nieznanego wzrostu ilości 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 grypę w grupach wysokiego ryzyka tj. wśród dzieci, osób powyżej 60 roku życia, przebywających w dużych skupiskach ludzkich. Nadal więc, niezbędna jest edukacja społeczeństwa w ww. zakresie.

W porównaniu do roku 2015 o ok. 35% wzrosła liczba osób, u których wykonano szczepienia przeciwko zakażeniom wywołanym przez *Neisseria meningitidis*. Wzrost liczby zaszczepionych osób to także efekt przekazania przez Ministra Zdrowia do wykorzystania w województwie kujawsko-pomorskim 818 dawek szczepionek przeciwko meningokokom, które uwolniono z rezerwy przeciwepidemicznej kraju a przeznaczone zostały m. in. dla dzieci i młodzieży przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Ze względu na mały odsetek zaszczepienia populacji przeciwko zakażeniom wywoływanym przez meningokoki, brak jest odporności zbiorowiskowej, co sprzyja szerzeniu się zakażeń.

Liczba osób poddanych szczepieniom przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w 2016 r. zwiększyła się o 34,6% w stosunku do roku ubiegłego. Jednak, pomimo że szczepienie uznawane jest za najskuteczniejsze zabezpieczenie przed kleszczowym zapaleniem mózgu i jego następstwami, liczba osób poddających się szczepieniu nadal jest niewielka.

O 7,7% w stosunku do roku 2015 wzrosła na terenie województwa liczba osób zaszczepionych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego. Wzrost ten w znacznym stopniu jest efektem finansowania tych szczepień w ramach programów samorządowych.

Corocznie zmienna jest liczba osób pod-

Realizacja wybranych szczepień zalecanych w latach 2012-2016.

Szczepienia przeciwko	Liczba zaszczepionych				
	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2015 r.	2016 r.
Grypie	46 777	51 695	48 675	46 455	51 103
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu A	1 175	1 203	1 258	1 363	1 351
Kleszczowemu zapaleniu mózgu	930	1 032	1 051	1 465	1 972
Ospie wietrznej	3 117	2 901	2 682	2 773	2 884
Biegunce rotawirusowej	4 205	4 251	4 544	4 515	5 063
Streptococcus pneumoniae	9 924	11 083	10 982	12 929	14 195
Neisseria meningitidis	1 740	1 847	2 190	1 901	2 574
Brodawczakowi ludzkiemu	1 038	845	1 014	837	902

dających się szczepieniom przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A, błonicy, tężcowi, durowi brzuszemu i żółtej gorączce, które związane są najczęściej z podróżami do krajów o odmiennych warunkach klimatycznych, w tym do krajów o niskim poziomie warunków sanitarnych.

W roku 2016 kontynuowano poradnictwo i szczepienia w Punkcie Szczepień Medycyny Podróży w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy. W wyżej wymienionym punkcie, każdy zainteresowany mógł uzyskać informacje dotyczące szczepień obowiązkowych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi lub zalecanych, zależnych od charakteru podróży i sytuacji epidemiologicznej danego kraju, a także zaszczepić się i wykonać przed szczepieniem lekarskie badanie kwalifikacyjne. Pacjenci chętnie korzystali również z porad lekarza w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych oraz metod zapobiegania i zwalczania chorób związanych z podróżami.

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.

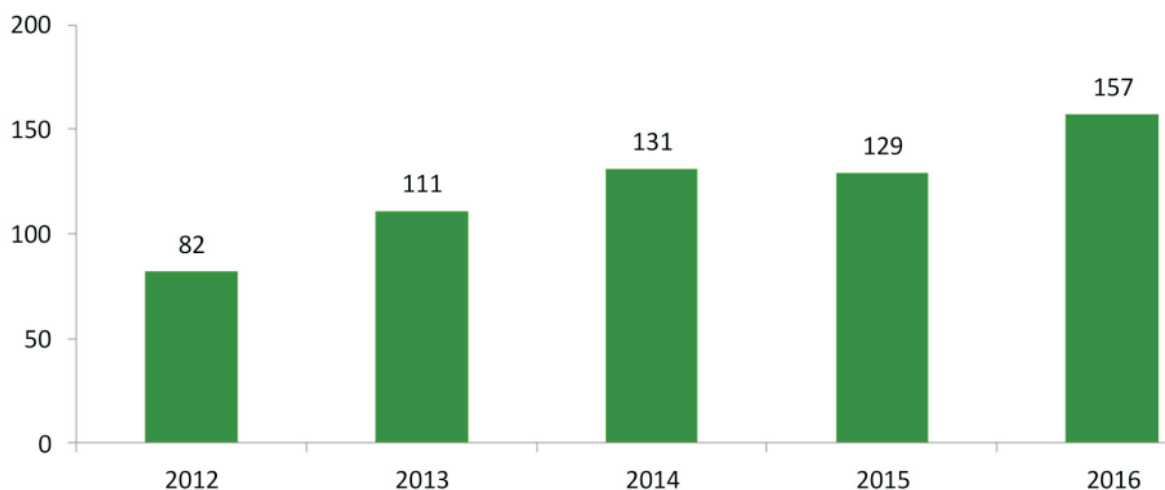
W Polsce od wielu lat istnieje uregulowany prawnie obowiązek zgłaszania i rejestracji nie-

pożądanych odczynów poszczepiennych (NOP).

W roku 2016 zarejestrowano w województwie kujawsko-pomorskim 157 przypadków niepożądanych odczynów poszczepiennych, tj. o ok. 17,8% więcej niż w roku poprzednim. Każdy zgłoszony przypadek niepożądanego odczynu poszczepiennego jest analizowany i kwalifikowany na podstawie kryteriów opracowanych przez światowych ekspertów.

Przypuszczać należy, że na zarejestrowany w roku 2016 wzrost liczby NOP złożyło się kilka czynników, w tym: poprawa zgłaszalności przypadków niepożądanych odczynów poszczepiennych przez lekarzy, wzrost czułości systemu nadzoru sprawowanego nad NOP przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a także wzrost świadomości i wiedzy rodziców oraz opiekunów prawnych na temat możliwości wystąpienia działań niepożądanych po zastosowaniu preparatów szczepionkowych. Wśród zgłoszonych w analizowanym okresie przypadków NOP 98,1% zakwalifikowano jako łagodne. 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



Liczba zgłoszonych niepożądanych odczynów poszczepiennych w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2016.

chłodniczego.

Obowiązujący w kraju system szczepień ochronnych jest bezpieczny i działa sprawnie, zapewniając bezpieczeństwo zarówno dzieciom poddanym szczepieniom, jak i całej populacji.

Niekorzystnym i narastającym zjawiskiem są działania ruchów antyszczepionkowych, co skutkuje rosnącą liczbą rodziców (opiekunów) uchylających się od szczepień i corocznie obserwowanym wzrostem liczby dzieci nie poddanych obowiązkowym szczepieniom ochronnym.

Analiza przeprowadzona w roku 2016 roku wykazała, że na koniec minionego okresu sprawozdawczego od obowiązku wykonania szczepień ochronnych uchylało się 795 osób, co skutkowało nie zaszczepieniem 592 osób (0,1% populacji podlegającej szczepieniom w roku 2016). W odniesieniu do analogicznego okresu roku poprzedniego liczba osób uchylających się od wyżej wymienionego obowiązku wzrosła o 28,8%. W wyniku uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych nie zaszczepiono o 29,8% więcej osób niż w roku poprzednim.

W celu wyegzekwowania wykonania obowiązku szczepień ochronnych przez osoby uchylające się, na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w 2016 roku wystawiono 532 upomnienia zawierające wezwanie do wykonania obowiązku szczepień oraz 400 tytułów wykonawczych, skierowano 377 wniosków do wojewody

o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień, prowadzono 245 postępowań dotyczących zarzutów w sprawie prowadzenia egzekucji administracyjnej. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy wydał 104 postanowienia w związku z zarzutami strony na postanowienia państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych o uznaniu zarzutów za nieuzasadnione oraz przekazał do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy 11 skarg osób zobowiązanych do wykonania obowiązku szczepień. Rosnąca liczba przeciwników szczepień nie wpłynęła dotychczas znacząco na zmianę procentowej wyszczepialności dzieci w województwie kujawsko-pomorskim, a tym samym na stan bezpieczeństwa epidemiologicznego naszego regionu w zakresie chorób zakaźnych. W roku 2016 obserwowano jednak nieznacznie niższy, w stosunku do roku poprzedniego, poziom wykonawstwa szczepień u dzieci w 1 i 2 roku życia. 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 realizatorów szczepień i służb sanitarnych działań zarówno informacyjno-edukacyjnych jak i nadzorowych w tym zakresie. Istotne znaczenie mają również lokalne i ogólnopolskie akcje popularyzujące szczepienia ochronne. Przy-

kładem ww. 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 zapobiegania chorobom zakaźnym poprzez szczepienia ochronne oraz korzyści wynikających ze szczepień. Akcja ta, kontynuowana również na terenie województwa kujawsko-pomorskiego stanowi długofalowy projekt Państwowej Inspekcji Sanitarnej celowany na promocję szczepień ochronnych.

*Choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2012-2016. Liczba zachorowań i zapa-
dalność na 100 tys. ludności.*

Lp.	Jednostka chorobowa		2012		2013		2014		2015		2016	
			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	Salmonelloza	razem	562	26,78	543	25,93	480	22,96	451	21,58	509	24,42
5		zatrucie pokarmowe	551	26,26	528	25,21	469	22,43	431	20,62	478	22,93
6		zakażenie pozajelitowe, w tym:	11	0,52	15	0,72	11	0,53	20	0,96	31	1,49
7		posocznica	7	0,33	10	0,48	6	0,29	18	0,86	24	1,15
8		inne zakażenie pozajelitowe	4	0,19	5	0,24	5	0,24	2	0,10	7	0,34
9	Czerwonka bakteryjna (szigelozja)		-	-	-	-	5	0,24	2	0,10	-	-
10	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe (ogółem)	razem	515	24,54	690	32,95	652	31,18	798	38,18	648	31,09
11		wywołane przez E. coli biegunkotwórczą	19	0,91	4	0,19	1	0,05	4	0,19	2	0,10
12		wywołane przez E. coli enterokrwotoczną	-	-	1	0,05	1	0,05	1	0,05	-	-
13		wywołane przez E. coli inną i BNO	35	1,67	88	4,20	125	5,98	64	3,06	24	1,15
14		wywołane przez Campylobacter	12	0,57	12	0,57	19	0,91	19	0,91	23	1,10
15		wyw. przez Y. enterocolitica lub pseudotuberculosis	14	0,67	9	0,43	21	1,00	20	0,96	16	0,77
16		wywołane przez Clostridium difficile	-	-	297	14,18	324	15,50	555	26,56	456	21,88
17		inne określone i nie określone, w tym:	435	20,73	279	13,32	161	7,70	135	6,46	127	6,09
18		inne określone	223	10,63	40	1,91	24	1,15	10	0,48	17	0,82
19		nie określone	212	10,10	239	11,41	137	6,55	125	5,98	110	5,28
20	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2		85	196,38	84	207,18	79	199,84	68	173,04	55	142,93
21	Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe (ogółem)	razem	26	1,24	45	2,15	36	1,72	41	1,96	24	1,15
22		gronkowcowe	5	0,24	2	0,10	-	-	5	0,24	-	-
23		jadem kielbasianym (botulizm)	1	0,05	4	0,19	1	0,05	1	0,05	1	0,05
24		wywołane przez Clostridium perfringens	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25		inne określone	16	0,76	31	1,48	31	1,48	28	1,34	-	-
26		nie określone	4	0,19	8	0,38	4	0,19	7	0,33	23	1,10
27	Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe u dzieci do lat 2		3	6,93	3	7,40	-	-	1	2,54	3	7,80
28	Lamblioza (giardioza)		123	5,86	107	5,11	140	6,70	58	2,78	39	1,87
29	Kryptosporidioza		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

30		razem	2938	140,01	3309	158,02	3301	157,88	3531	168,95	2578	123,67
31	Wirusowe zakażenia jelitowe (ogółem)	wywołane przez rotawirusy	1627	77,54	1460	69,72	2089	99,91	2196	105,07	1190	57,09
32		wywołane przez norowirusy	303	14,44	803	38,35	213	10,19	328	15,69	462	22,16
33		inne określone i nie określone, w tym:	1008	48,04	1046	49,95	999	47,78	1007	48,18	926	44,42
34		inne określone	299	14,25	250	11,94	180	8,61	214	10,24	240	11,51
35		nie określone	709	33,79	796	38,01	819	39,17	793	37,94	686	32,91
36	Wirusowe zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2		1291	2982,63	1328	3275,37	1420	3592,03	1415	3600,78	898	2333,62
37	Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelit. BNO	ogółem	1976	94,17	1818	86,82	1924	92,02	2127	101,77	2072	99,40
38		w tym u dzieci do lat 2	681	1573,33	578	1425,58	551	1393,81	722	1837,29	746	1938,62
39	Dżuma		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	Tularemia		1	0,05	-	-	1	0,05	-	-	-	-
41	Waglik		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42	Brucelloza: nowe zachorowania		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
43	Nosaczna		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
44	Leptospiroza		1	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-
45	Jersinioza pozajelitowa		-	-	-	-	-	-	1	0,05	-	-
46	Mikobakteriozy - inne i BNO		8	0,38	26	1,24	20	0,96	17	0,81	21	1,01
47	Listerioza		2	0,10	3	0,14	4	0,19	6	0,29	9	0,43
48	Teżec	ogółem	1	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-
49		noworodków	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50	Blonica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
51	Krzusiec		260	12,39	120	5,73	300	14,35	450	21,53	559	26,82
52	Płonica (szkarlatyna)		1608	76,63	1727	82,47	1819	87,00	2060	98,56	1252	60,06
53	Choroba meningokokowa, inwazyjna	ogółem	9	0,43	10	0,48	3	0,14	19	0,91	12	0,58
54		zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	6	0,29	5	0,24	1	0,05	10	0,48	7	0,34
55		posocznica	6	0,29	4	0,19	3	0,14	13	0,62	10	0,48
56		inna określona i nie określona	-	-	3	0,14	-	-	-	-	-	-
57	Choroba wywołana przez Streptococcus pyogenes, inwazyjna	ogółem	462	22,02	449	21,44	453	21,67	510	24,40	431	20,68
58		róża	461	21,97	445	21,25	443	21,19	499	23,88	416	19,96
59		zespół wstrząsu toksycznego	-	-	-	-	4	0,19	-	-	1	0,05
60		gorączka płożowa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
61		inna określona i nie określona	1	0,05	4	0,19	6	0,29	11	0,53	14	0,67
62	Legionelloza	razem	3	0,14	1	0,05	1	0,05	6	0,29	1	0,05
63		choroba legionistów	3	0,14	1	0,05	1	0,05	6	0,29	1	0,05
64		gorączka Pontiac	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65	Kiła	wrodzona i noworodków	7	31,08	1	5,11	2	10,37	2	10,22	4	21,11
66		wczesna	37	1,79	34	1,62	29	1,39	44	2,11	43	2,06
67		późna	2	0,10	5	0,24	6	0,29	7	0,33	5	0,24
68		inne postacie kiły i kiła nie określona	9	0,43	5	0,24	5	0,24	4	0,19	6	0,29
69	Rzeżączka		48	2,32	41	1,96	27	1,29	28	1,34	25	1,20
70	Ziarnica weneryczna wywołana przez Chlamydie		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
71	Inne choroby przenoszone drogą płciową wywołane przez Chlamydie		14	0,68	49	2,34	5	0,24	10	0,48	5	0,24
72	Borelioza z Lyme		349	16,63	430	20,53	413	19,75	399	19,09	608	29,17
73	Ornitozy (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		5	1,54	3	0,94	3	0,95	1	0,32	5	1,59
80	Encefalopatie gąbczaste	choroba Creutzfeldta-Jacoba (CJD)	1	0,05	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		483	23,02	437	20,87	492	23,53	455	21,77	455	21,83
85	Kleszczowe zapalenia mózgu		-	-	1	0,05	1	0,05	1	0,05	-	-
86	Inne wirusowe zapalenie mózgu	opryszczkowe	3	0,14	-	-	-	-	-	-	3	0,14
87		inne określone	-	-	1	0,05	-	-	-	-	-	-
88		nie określone	7	0,33	12	0,57	9	0,43	9	0,43	13	0,62
89		w innych chorobach objętych MZ-56	-	-	2	0,10	-	-	-	-	1	0,05
90	Wirusowe zapalenie opon mózgowych	enterowirusowe	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,10
91		opryszczkowe	1	0,05	-	-	1	0,05	-	-	-	-
92		inne określone i nie określone	54	2,57	76	3,63	113	5,40	52	2,49	42	2,01
93		w innych chorobach objętych MZ-56	-	-	1	0,05	-	-	1	0,05	-	-
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		15882	756,87	12648	603,99	14130	675,81	12930	618,66	8969	430,27
101	Ospa prawdziwa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
102	Odra		1	0,05	-	-	-	-	1	0,05	1	0,05
103	Różyczka		323	15,39	2472	118,05	279	13,34	143	6,84	61	2,93
104	Pryszczycza		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
105	Wirusowe zapalenie wątroby	typu A	4	0,19	1	0,05	-	-	2	0,10	3	0,14
106		typu B ostre	3	0,14	1	0,05	2	0,10	3	0,14	2	0,10
107		typu B przewlekłe i BNO	102	4,86	105	5,01	259	12,39	329	15,74	271	13,00
108		typu C ogółem	207	10,00	231	11,16	347	16,60	469	22,44	417	20,00
109		typu C: wg definicji przypadku z 2009 / 2014r.	195	9,29	214	10,22	344	16,45	469	22,44	417	20,00
110		typu C: wg definicji przypadku z 2005 r	175	8,34	196	9,36	260	12,44				
111		typu B+C (zakażenie mieszane)	-	-	4	0,19	4	0,19	2	0,10	2	0,10
112		inne i nie określone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
113	AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności		3	0,14	4	0,19	2	0,10	4	0,19	1	0,05
114	Nowo wykryte zakażenia HIV		23	1,10	50	2,39	31	1,48	39	1,87	35	1,68

115	Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)		201	9,58	180	8,60	177	8,47	190	9,09	104	4,99
116	Malaria (zimnica)		-	-	2	0,10	1	0,05	-	-	1	0,05
117	Bąblowica (echinokokoza)		2	0,10	4	0,19	4	0,19	4	0,19	1	0,05
118	Wagrzycza (cysticerkoza)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
119	Włośnica		-	-	-	-	22	1,05	-	-	-	-
120		ogółem	32	1,52	30	1,43	43	2,06	78	3,73	77	3,69
121	Choroba wywołana przez Streptococcus pneumoniae, inwazyjna	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	5	0,24	11	0,53	8	0,38	13	0,62	16	0,77
122		posocznica	22	1,05	19	0,91	27	1,29	59	2,82	49	2,35
123		inna określona i nie określona	9	0,43	4	0,19	17	0,81	23	1,10	29	1,39
124	Zespół hemolityczno-mocznicowy w przebiegu zakażenia E. coli		-	-	1	0,05	1	0,05	1	0,05	-	-
125		ogółem	6	0,29	-	-	2	0,10	3	0,14	9	0,43
126	Choroba wywołana przez Heamophilus influenzae, inwazyjna	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	1	0,05	-	-	2	0,10	-	-	1	0,05
127		posocznica	2	0,10	-	-	-	-	3	0,14	7	0,34
128		inna określona i nie określona	3	0,14	-	-	-	-	-	-	2	0,10
129	Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	w innych chorobach objętych MZ-56	11	0,52	13	0,62	8	0,38	7	0,33	2	0,10
130		inne określone	6	0,29	6	0,29	9	0,43	6	0,29	14	0,67
131		inne, nie określone	21	1,00	19	0,91	17	0,81	27	1,29	23	1,10
132	Zapalenie opon mózgowych inne i nie określone		18	0,86	20	0,96	33	1,58	19	0,91	25	1,20
133	Zapalenie mózgu inne i nie określone		6	0,29	6	0,29	7	0,33	4	0,19	8	0,38
134	Grypa ptaków typu A/H5 lub A/H5N1 u ludzi		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
135	Grypa i podejrzenia grypy (ogółem)	ogółem	19847	945,83	107783	5147,01	206197	9861,94	252920	12101,48	280272	13445,37
136		u dzieci w wieku 0-14 lat	8527	2634,78	52700	16504,08	106894	33702,32	126050	39845,23	140459	44789,08
137	Grypa (ogółem) przyp. potwierdzone laboratoryjnie	ogółem	8	0,38	100	4,77	20	0,96	51	2,44	194	9,31
138		u dzieci w wieku 0-14 lat	3	0,93	8	2,49	2	0,63	3	0,95	64	20,41
139	Wrodzone choroby wirusowe	różyczka wrodzona	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
140		inne określone i nie określone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
141	Inne wrodzone zakażenia i choroby pasożytnicze	toksoplazmoza	1	4,79	3	14,77	1	5,18	1	5,11	2	10,56
142		listerioza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
143		inne określone i nie określone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
144	SARS - Zespół ostrej niewydolności oddechowej		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
145	Zatrucia pestycydami – ostre		-	-	-	-	-	-	1	0,05	-	-
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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
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 2016 roku była zróżnicowana, ale można ją ocenić jako dobrą.
2. Z chorób związanych z podróżami zawleczono pojedyncze zachorowanie na malarię, gorączkę denga i wirusowe zapalenie wątroby typu A. Prowadzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działania informacyjne dla osób podróżujących w odległe, egzotyczne regiony świata o istniejącym narażeniu na występujące tam choroby tropikalne oraz drobnoustroje, związane z niskim poziomem warunków sanitarnych muszą być kontynuowane.
3. Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych objętych programem obowiązkowych szczepień ochronnych cechowała, podobnie jak w latach poprzednich, cykliczność występowania. Nastąpił około 20%, wzrost zapadalności na krztusiec oraz 2-krotny spadek zapadalności na świnkę i różyczkę i około 30% spadek zapadalności na ospę wietrzną. Nadal najskuteczniejszą strategią zapobiegania zachorowaniom na te jednostki chorobowe są szczepienia ochronne.
4. Szczepienia ochronne w ocenianym okresie były w większości wykonane w odsetkach zapewniających odporność zbiorowiskową.
5. Utrzymanie wysokiego poziomu zaszczepienia populacji wymagało szczególnego zaangażowania i mobilizacji jednostek biorących udział w realizacji Programu Szczepień Ochronnych (PSO).
6. Niekorzystnym zjawiskiem są działania ruchów antyszczepionkowych. Rosnąca co-rocennie liczba rodziców uchylających się od szczepień i tym samym liczba dzieci i młodzieży nie szczepionych przyniesie w przyszłości szkodliwe następstwa dla zdrowia publicznego.
7. Utrzymanie akceptacji społecznej szczepień i wysokiego odsetka uodpornienia populacji to ważny element działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i pracowników ochrony zdrowia zajmujących się szczepieniami.
8. Zmniejszyła się z 44 do 43 liczba zgłoszonych ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową. W tych ogniskach, ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych stanowiły około 28%.
9. Odnotowano spadek o około 17% zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby typu B i o około 10% na wirusowe zapalenie wątroby typu C.
10. Nastąpił spadek o około 10% nowo wykrytych zakażeń HIV.
11. Choroby infekcyjne ośrodkowego układu nerwowego nie stanowiły problemu - zapadalność utrzymywała się na niskim poziomie.
12. Z chorób przenoszonych przez kleszcze dominuje borelioza - zapadalność w regionie wzrosła o 51% w stosunku do roku ubiegłego. Wobec braku czynnego uodpornienia przeciw tej chorobie muszą być kontynuowane działania informacyjno-edukacyjne w zakresie profilaktyki tej choroby.
13. Od wdrożenia w 2013 roku „Programu reorganizacji nadzoru epidemiologicznego nad gruźlicą w województwie kujawsko-pomorskim” zapadalność na tę chorobę wyraźnie zmniejszyła się. W omawianym okresie odnotowano około 12% spadek zapadalności. Realizowany program i doskonalony nadzór epidemiologiczny nad osobami z kontaktu z chorymi na gruźlicą powinien skutkować dalszym ograniczeniem transmisji zakażeń i tym samym spadkiem zapadalności na gruźlicę.
14. Z chorób przenoszonych drogą płciową podlegających raportowaniu, nadal największy odsetek stanowiły zachorowania na kiłę.
15. Odnotowano 10% wzrost zapadalności na grypę i infekcje grypopodobne. To także efekt poprawy czułości systemu nadzoru i wieloletnie działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rzecz rzetelnej zgłaszalności i diagnostyki tych zachorowań. Zwiększenie odsetka szczepionych przeciw grypie w regionie winno być ważnym działaniem podejmowanych zarówno przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej jak i lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia zajmujących się profilaktyką chorób zakaźnych.
16. Pomimo spadku z 30 do 22 tj. o około 36%

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 medycznymi.



HIGIENA KOMUNALNA 1



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

Działalność kontrolno-represyjna

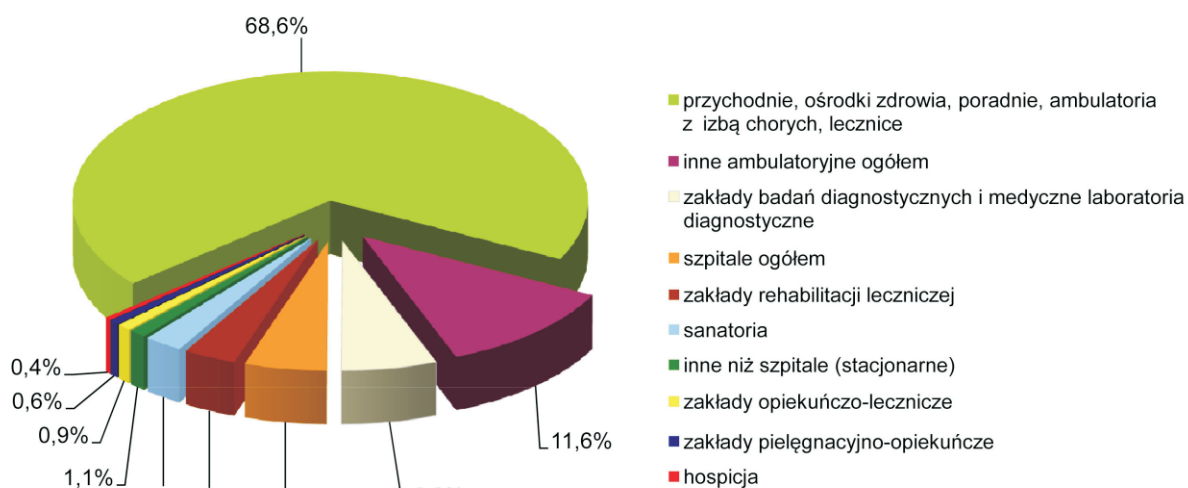
W województwie kujawsko-pomorskim w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się 1122 podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą oraz 2495 praktyk zawodowych.

Podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą obejmowały:

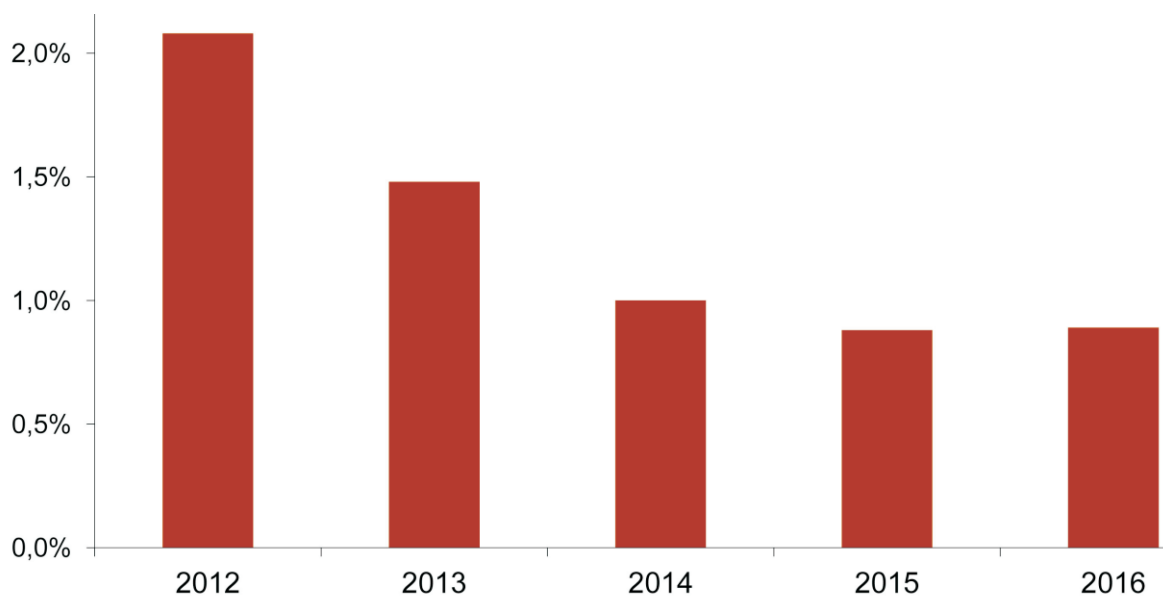
- 118 podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
 - 58 szpitali, w tym 10 szpitali jednodniowych

- i 7 szpitali uzdrowiskowych,
- 10 zakładów opiekuńczo-leczniczych,
- 7 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- 27 sanatoriów,
- 4 hospicja stacjonarne,
- 12 innych;

- 1004 podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne:
 - 770 przychodni, ośrodków zdrowia, poradni, ambulatoriów z izbą chorych, lecznic,
 - 67 zakładów badań diagnostycznych i medycznych laboratoriów diagnostycznych,
 - 37 zakładów rehabilitacji leczniczej,
 - 130 innych, w tym 2 uzdrowiskowe;
- Praktyki zawodowe obejmowały:
 - 2316 praktyk lekarskich,
 - 121 praktyk pielęgniarskich,
 - 58 innych.



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



Odsetek obiektów w złym stanie sanitarnym w latach 2012-2016.

W roku 2016 skontrolowano ogółem 1567 podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych, w tym 846 podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą, co stanowi 75% ujętych w ewidencji, a także 721 (29%) praktyk zawodowych: lekarskich, pielęgniarских i innych.

W porównaniu z rokiem ubiegłym stan higieniczno-sanitarny i techniczny omawianych placówek utrzymuje się na tym samym poziomie.

Negatywnie pod tym względem oceniono 14 (w 2015 roku - 13) obiektów, co stanowi 0,89%. Na przestrzeni poprzednich pięciu lat odsetek obiektów w złym stanie sanitarnym wynosił odpowiednio: 2,08% w roku 2012, 1,48% w roku 2013, 1,0% w 2014 roku i 0,88% w 2015 roku.

W roku sprawozdawczym przeprowadzono łącznie 2296 kontroli sanitarnych. Wydano 161 decyzji merytorycznych (w tym 60 zmieniających, 15 umarzających i trzy uchylające), 182 decyzje opiniujące spełnienie wymagań sanitarnych obowiązujących przepisów prawnych, 10 decyzji zmieniających dla programów dostosowania, 232 decyzje płatnicze, wystosowano także 69 wystąpień.

W ciągu roku wystawiono również 9 postanowień. Za rażące zaniedbania sanitarno-higieniczne i porządkowe nałożono mandaty karne na kwotę 2900 zł oraz 6 grzywnien na sumę 2400 zł.

Stan techniczny i funkcjonalny

Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Szpitalne

W 2016 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zwiększyła się liczba szpitali - rozpoczęły działalność nowe placówki: szpital jednodniowy VISCO Anna Aniukiewicz w Bydgoszczy oraz szpital jednodniowy będący w strukturach Niepublicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej OKO-MED M.T. w Grudziądzu. W ewidencji PIS znajdowało się 58 placówek, w tym 10 szpitali jednodniowych oraz 7 szpitali uzdrowiskowych. Od 1.02.2016 r. została zawieszona działalność lecznicza szpitala Położniczo-Ginekologicznego NZUM BRA-MED w Lipnie z powodu przejściowych trudności z finansowaniem świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a od sierpnia 2016 roku szpital jednodniowy Lecznica CITOMED Sp. z o.o. w Toruniu funkcjonuje jako Szpital CITO CARE. Ponadto zawieszono było funkcjonowanie Oddziału Leczenia Gruźlicy w Szpitalu Zakładu Karnego w Potulicach ze względu na trwający w budynku remont.

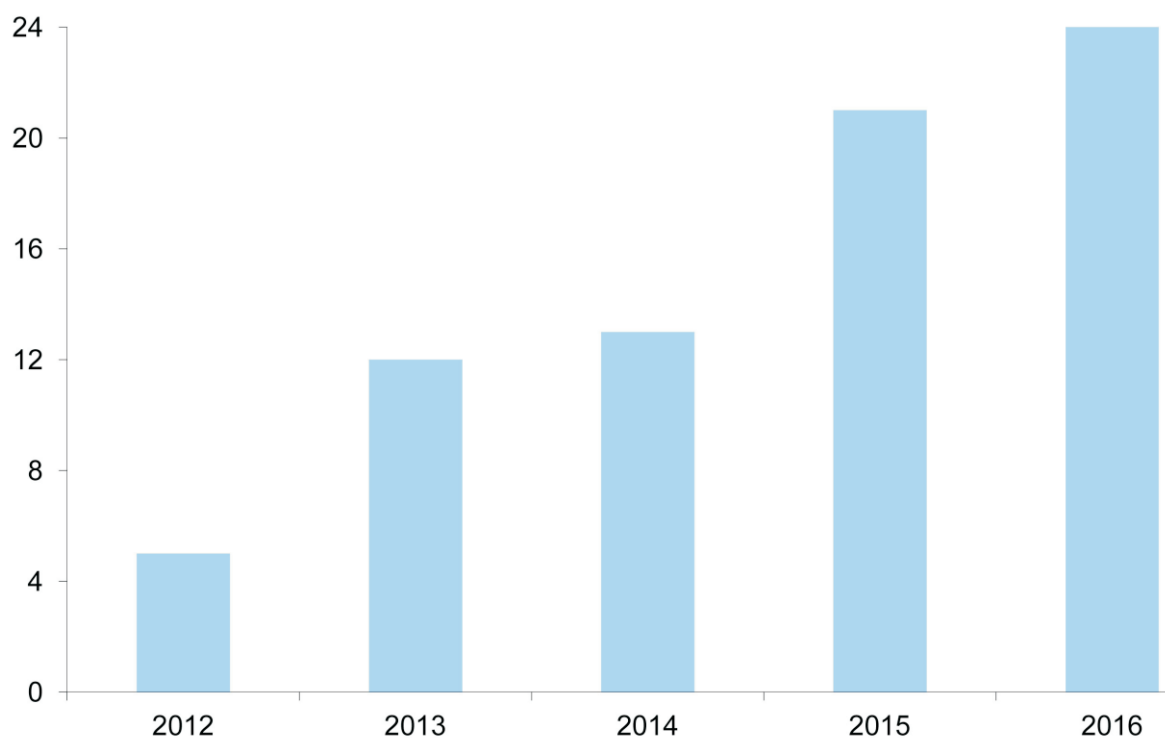
W omawianym okresie sprawozdawczym skontrolowano 55 jednostek szpitalnych

i żadna z nich nie została oceniona negatywnie.

Stan higieniczno-sanitarny i techniczny szpitali był zróżnicowany. Na 55 skontrolowanych placówek 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) spełniało 26 szpitali (w roku ubiegłym 21). 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 Prywatna Klinika Wident - Liliana Winiarska, ZOZ Szpital Aresztu Śledczego, Centrum Onkologii, Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny, Centrum Medyczne Gizińscy, Szpital Św. Łukasza w Bydgoszczy, Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łasinie oraz 8 szpitali jednolitych (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 12, szpitali spełniających wymagania było w Bydgoszczy i powiecie bydgoskim. Ponadto dwa nieskontrolowane w 2016 r. szpitale jednolite - jeden w Toruniu i jeden w Bydgoszczy również spełniały wymagania ww. rozporządzenia. W sumie na 58 szpitali będących w ewidencji PIS województwa kujawsko-pomorskiego 28 spełniało wymagania cytowanego wyżej rozporządzenia. Na przestrzeni ostatnich czterech lat liczba szpitali spełniających wymagania ww. rozporządzenia wynosiła odpowiednio: 5 w 2012 roku, 12 w roku 2013, 13 w roku 2014 i 21 w 2015 roku.

Pozostałe jednostki szpitalne posiadały opracowane i zaopiniowane programy dostosowania. W skontrolowanych obiektach najczęściej stwierdzano 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



Liczba placówek spełniających wymagania.

w tej grupie obiektów obserwowano prace remontowe, modernizacyjne, oddawanie do użytku nowych budynków, oddziałów oraz wyposażanie ich w nowy sprzęt. Znaczącą poprawę odnotowano w jedenastu placówkach: Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu (uruchomiono nowy Pododdział Kardiologii Dziecięcej na Oddziale Pediatrii, przy Oddziale Reumatologii uruchomiono Poradnię Osteoporozy); NZOZ „Nowym Szpitalu Sp. z o.o.” w Wąbrzeźnie (zmodernizowano Izbę Przyjęć); Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy (oddano do użytku Pracownię Terapii Hiperbarycznej przy Klinice Medycyny Ratunkowej oraz Poradnię Leczenia Ran Przewlekłych); Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. dr E. Warmińskiego w Bydgoszczy (utworzono Centrum Rehabilitacji świadczącej usługi w zakresie kompleksowej rehabilitacji, Pracownię Chirurgiczną i Żywienia Klinicznego); Centrum Onkologii w Bydgoszczy (przeniesiono poradnię do nowego budynku Centrum Polikliniki); Szpitalu Psychiatrycznym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu (Oddział Dzienny Psychiatryczny został przeniesiony do nowo wyremontowanych pomieszczeń); Szpitalu Specjalistycznym dla Dzieci i Młodzieży Szpitala Zespolonego w Toruniu (wydzielono lądowisko dla helikopterów); Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku (zakończono prace budowlane i modernizacyjne budynku nr 5 na potrzeby trzech oddziałów i dwóch poradni); Kolejowym Szpitalu Uzdrawiskowym w Ciechocinku oraz oddziale zamiejscowym w Aleksandrowie Kujawskim (wymieniono stolarkę drzwiową i okienną, przebudowano i wyremontowano część hotelową oraz bazę zabiegową oraz wykonano inne prace budowlane); ZOZ w Brodnicy (przeniesiono pozostałe Oddziały do nowego budynku).

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 roku ubiegłym, wykonywano badania czystości mikrobiologicznej powietrza w salach operacyjnych (w 5 szpitalach).

Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitale

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

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zewidencjonowane były 33 obiekty. W stosunku do roku ubiegłego ich liczba zwiększyła się o 3. Powstały nowe obiekty: ZOL w Dębach gm. Dobrze, Centrum Usług Medycznych DIALMEDICA Sp. z o.o. przy Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Radziejowie oraz Oddział Uzdrawiskowy Rehabilitacji Sanatoryjnej w Wieńcu Zdroju gm. Brześć Kujawski. W omawianym okresie sprawozdawczym zawieszona została działalność Centrum Terapii Uzależnień „Renesans” w Szpitalu Górnym (gm. Fabianki). Negatywnie oceniono 2 placówki, tj. zamiejscowy Oddział Ginekologiczno-Położniczy Szpitala Aresztu Śledczego w Bydgoszczy przy Zakładzie Karnym nr 1 w Grudziądzu oraz ZOL należący do NZOZ „AMIMED” zlokalizowany w miejscowości Redecz Wielki gm. Lubraniec. 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. Poprawę stanu technicznego uzyskano w trzech obiektach: w ZOL w Suradówku (gm. Wielgie), w Hospicjum NZOZ Dom Sue Ryder w Bydgoszczy, w Centrum Rehabilitacji i Wypoczynku „TEODORKA” w Ciechocinku. Ponadto w trzech obiektach (Klinice Uzdrawiskowej „St. Georgie”, Łazienki II Medical & SPA w Ciechocinku, ZLO w Raciążku) kwestionowano stan sa-

nitarno-techniczny pomieszczeń.

Sanatoria

W 2016 r. w ewidencji znajdowało się 27 sanatoriów (w roku 2015 - 28). W Ciechocinku - 21, w Inowrocławiu - 5, w Wiercu Zdroju (gm. Brześć Kujawski) - 1. W omawianym okresie sprawozdawczym rozpoczęło działalność Sanatorium Uzdrowskie „MAX” w Ciechocinku. Dwa sanatoria „Hutnik” i „Tęcza” w Wiercu Zdroju w wyniku reorganizacji i przeprowadzonych zmian w strukturach podmiotu stały się łącznie z częścią „Jutrzenki” jedną komórką organizacyjną tj. Sanatorium Uzdrowskim. Sanatoria „Zachęta B”, „Zachęta C” i „Zachęta D” w Ciechocinku zawiesiły swoją działalność z zamiarem ich sprzedaży.

W omawianym okresie sprawozdawczym wszystkie skontrolowane sanatoria (23) spełniały wymagania obowiązujących przepisów. Stan sanitarno-techniczny i funkcjonalny tych obiektów oceniono jako dobry lub dostateczny. Na jeden obiekt zlokalizowany w Ciechocinku w drodze decyzji administracyjnej nałożono obowiązki dotyczące poprawy stanu sanitarno-technicznego. Jednocześnie w 2016 roku odnotowano polepszenie stanu sanitarno-technicznego w 6 obiektach w Ciechocinku, dzięki wykonanym remontom malarskim pokoi, łazienek, pomieszczeń zabiegowych, klatek schodowych, basenów, pomieszczeń gospodarczych i magazynów. W obiektach tych wykonano też ocieplenia i elewacje zewnętrzne budynków. Natomiast w Sanatorium Uzdrowskim „Wrzos” przystąpiono do modernizacji bazy zabiegowej oraz zakupiono i wymieniono nowy sprzęt medyczny do zabiegów.

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 i było ich w ewidencji 770 (w 2014 roku - 756). Najwięcej nowych placówek (22) 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 pełni dostosowane były do obowiązujących przepisów. Powyższe stanowiło konkurencję dla istniejących podmiotów i wymuszało podniesienie standardu. W porównaniu z rokiem 2015 stan higieniczno-sanitarny i techniczny tych placówek nie uległ zmianie i był porównywalny z rokiem ubiegłym. Negatywnie oceniono 12 (w 2015 roku - 11) jednostek (jedna z powiatu chełmińskiego, dwie z powiatu grudziądzkiego i po trzy z powiatu toruńskiego, włocławskiego i sępoleńskiego). Podczas kontroli stwierdzano: brak bezpośredniego połączenia pokoju badań lekarskich z kabiną higieniczną wyposażoną w bidet w poradni ginekologicznej, zły stan techniczny ścian, sufitów, wykładzin podłogowych, stolarki drzwiowej i wyposażenia, brak odpowiednich systemów wentylacyjnych w pomieszczeniach, brak ciepłej wody w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów. Ponadto w dwóch placówkach stomatologicznych dostępne były pakiety z narzędziami o wątpliwej jakości, gdyż nie posiadały dat ważności. 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 nowych urządzeń oraz sprzętu spowodowały poprawę stanu w 29 placówkach. W omawianym okresie sprawozdawczym 86% tych obiektów (665 na 770 będących w ewidencji) spełniało wymagania cytowanego wyżej rozporządzenia.

Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego działało 67 obiektów (62 w ubr.).

W 2016 roku powstały nowe obiekty: sześć w Bydgoszczy, dwa w Świeciu oraz po jednym w Toruniu i Inowrocławiu. W większości były to punkty pobrań materiału biologicznego do badań diagnostycznych, natomiast 5 obiektów z Torunia przeniesiono do innej kategorii. W omawianym okresie skontrolowano 51 obiektów, co stanowiło 76% ich ogólnej liczby. W 2016 roku nie budziły one zastrzeżeń zarówno natury sanitarnej, jak i technicznej. Większość tych obiektów tj. 64 na 67 będących w ewidencji (96%, w ubr. 92%) spełniało 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 zewidencjonowanych było 37 placówek (w ubiegłym roku - 34). W 2016 r. powstały trzy nowe obiekty (dwa w Toruniu i jeden we Włocławku). W omawianej grupie obiektów nie stwierdzono zastrzeżeń dotyczących stanu sanitarnego. Aż 34 obiekty na 37 będących w ewidencji tj. 92% (91% w roku ubiegłym) spełniała wymogi obowiązujących przepisów prawnych.

Inne podmioty lecznicze, w tym uzdrowiskowe

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zewidencjonowanych było 130 placówek (w ubiegłym roku - 111). Odsetek obiektów spełniających wymagania obowiązujących przepisów prawnych wynosił 87%. Do tej bardzo zróżnicowanej grupy zaliczono Oddziały Terenowe Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy, pracownie RTG, stacje dializ, punkty wyjazdowe pogotowia ratunkowego, poradnie logopedyczne, wyjazdową opiekę hospicyjno-paliatywną, gabinety stomatologiczne w szkołach i inne. Stan techniczny i funkcjonalny tych obiektów był dobry. Na bieżąco gestorzy tych obiektów 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 m.in. gabinety: logopedyczne, kinezyterapii, rehabilitacji, hirudoterapii, pracownie protetyczne i inne. Poza dwiema praktykami: Ginekologiczno-Położniczą w Inowrocławiu i Stomatologiczną w Topolce, pozostałe skontrolowane praktyki posiadały opracowane, zatwierdzone i zaktualizowane stosowne procedury higieniczno-sanitarne.

Omawiane obiekty prezentowały w większości dobry i bardzo dobry stan higieniczno-sanitarny i techniczny, żaden z nich nie został oceniony negatywnie. W omawianej grupie obiektów wydano 19 decyzji administracyjnych (w tym 7 zmiennych), dotyczących zorganizowania pomieszczenia lub miejsca porządkowego, zapewnienia jednokierunkowego ciągu technologicznego procesu sterylizacji w gabinetach stomatologicznych, zapewnienia sterylnych i jałowych pakietów narzędzi wielorazowego użytku z aktualną datą ważności w gabinecie stomatologicznym, wyposażenia poczekalni w meble wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję, dokumentowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz poprawy stanu sanitarno-technicznego ścian, sufitów, stolarki drzwiowej pomieszczeń.

W wyniku przeprowadzonych remontów, modernizacji bądź przeniesienia do nowych pomieszczeń oraz wyposażenia w nowy sprzęt i urządzenia, poprawę uzyskano podobnie jak w roku ubiegłym w 10 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 ścienne ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk.

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 wystarczające. Preparaty dezynfekcyjne dobrane były właściwie ze względu na spektrum, czas i zastosowanie. Środki dezynfekcyjne do dużych powierzchni 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 15 jednostkach podobnie jak w roku ubiegłym, 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 wewnątrzszkolowej 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, przydzielo-

ne 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 przeprowadzono badania czystości mikrobiologicznej powierzchni, głównie na blokach operacyjnych. Ponadto w jednym z toruńskich szpitali przeprowadzono badania czystości mikrobiologicznej mopów. W omawianym okresie w dwóch placówkach stwierdzono nieprawidłowości w utrzymaniu czystości: w „Nowym Szpitalu” Sp. z o.o. w Świeciu oraz w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy. Osoby odpowiedzialne za ten stan ukarano mandatami karnymi.

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.

Sprzątaniem i utrzymaniem czystości w tej grupie obiektów zajmowali się pracownicy, lub firmy zewnętrzne; dotyczyło to głównie czterech Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych, jednego ZPO oraz w większości przychodni zlokalizowanych w Bydgoszczy, w kilku przychodniach w Toruniu, we Włocławku i Grudziądzu, a także jednej w Mogilnie. 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 i w bieżącym roku sprawozdawczym nie stwierdzono nieprawidłowości w tym

zakresie.

W 2016 r. w dwóch placówkach: w Klinice Uzdrawiskowej „St. Georgie” w Ciechocinku oraz w Gabinetce Okulistycznym Spółki „VISION EXPRESS” w Toruniu stwierdzono nieprawidłowości w zakresie utrzymania czystości, a w NZOZ Poradni Stomatologicznej w Inowrocławiu odnotowano brak środka higieny, co skutkowało nałożeniem mandatów karnych.

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

Zaopatrzenie w wodę

Szpitalne

Na 55 skontrolowanych szpitali 48 (87%) korzystało z sieci wodociągów publicznych, a siedem (13%) z wodociągów lokalnych. Jakość wody podawanej z przebadanych podstawowych źródeł zaopatrzenia, pod względem mikrobiologicznym nie budziła zastrzeżeń, poza dwoma przypadkami, gdzie wystąpiło chwilowe pogorszenie jakości wody krodowej (stwierdzono obecność bakterii grupy coli w liczbie 4 jtk w 100 ml) dostarczanej dla Szpitala Specjalistycznego dla Dzieci i Dorosłych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu oraz w wodzie sieci wewnętrznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radziejowie (stwierdzono obecność bakterii grupy coli w liczbie 33 jtk w 100 ml). Skład fizykochemiczny wody w jednym wodociągu, dostarczanej do SPZOZ Szpitala w Łasinie, odbiegał od obowiązujących wymagań sanitarnych w zakresie przekroczeń parametrów manganu i jonu amonowego. 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 2016 roku ze względu na przekroczenia para-

metrów mętności, barwy, żelaza i manganu w wodzie z wodociągów lokalnych oraz 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), cztery placówki szpitalne: Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii (przy ul. Meysnera 9), Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Biziela w Bydgoszczy oraz Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Żninie podłączono do wodociągów publicznych. W Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim w Bydgoszczy nadal trwa modernizacja stacji uzdatniania wody; szpital korzysta z wody wodociągu publicznego Bydgoszcz, źródłem awaryjnego zaopatrzenia w wodę do spożycia są dwa zbiorniki retencyjne.

W omawianym okresie sprawozdawczym siedem obiektów szpitalnych (9 w uobr.) nie posiadało rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę. W 2016 roku, podobnie 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 jej składu fizykochemicznego wymaganiom określonym w obowiązujących przepisach. Niemniej jednak odnotowano przekroczenia parametrów, niemających istotnego wpływu na zdrowie, takich jak: żelazo, mangan, jon amonowy, a także zwiększoną mętność oraz w jednym przypadku siarczany.

Jedynie w wodociągu Gostkowo gm. Łysomice wystąpiło chwilowe pogorszenie jakości wody w zakresie bakteriologicznym (stwierdzono obecność bakterii grupy coli w liczbie 1 i 5 jtk w 100 ml oraz paciorkowców kałowych w ilości 4 jtk w 100 ml). Wodociąg został unieruchomiony, a dostawa wody do gminnej sieci wodociągowej odbywała się z wodociągu publicznego Toruń.

Postępowanie z odpadami ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych

Szpital

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). Odpady medyczne zbierane były selektywnie w miejscach ich powstawania z zachowaniem zasady, iż worki w których zostały zgromadzone, posiadały odpowiednią kolorystykę i 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 72 h. Pojemniki i worki były odpowiednio oznakowane (kod odpadów, siedziba wytwórcy oraz data zamknięcia). Następnie odpady były transportowane do pomieszczeń magazynowania odpadów medycznych. Z właściwą częstotliwością były odbierane przez firmy zewnętrzne posiadające odpowiednie 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, 41 (w 2015 r. - 36), tj. 74,5% unieszkodliwiała odpady medyczne w Zakładzie Utylizacji Odpadów Me-

dycznych przy Centrum Onkologii i 10 (w 2015 r. - 9), tj. 18,2% w MD-Proeco Sp. z o.o. w Bydgoszczy. Pozostałe 4 (w 2015 roku - 10) szpitale utylizowały odpady medyczne w spalarniach poza województwem kujawsko-pomorskim.

Pomieszczenia, w których były gromadzone i przechowywane odpady, wyposażone były właściwie. W wyniku przeprowadzonych kontroli odnotowano jedynie w jednej placówce nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi - brak właściwej segregacji odpadów medycznych i niewłaściwie opracowana oraz niewdrożona procedura - SPZOZ w Mogilnie.

W 2016 roku w trzech jednostkach szpitalnych (SPZOZ w Rypinie, Powiatowy Szpital Sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu, NOVUM-MED Sp. z o.o. Szpital Powiatowy im. dr A. Gacy i dr J. Łaskiego NZOZ w Więcborku) uzyskano poprawę w postępowaniu z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 04, w jednym szpitalu (ZOZ w Chełmnie) uzyskano poprawę dotyczącą magazynowania odpadów medycznych o kodzie 18 01 03 i 18 01 06 w właściwej temperaturze. 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 jednostki 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 były one 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 i zamknięte a następnie przewożone w specjalnych pojemnikach (tak zwanych torbach wyjazdowych) do macierzystych jednostek, gdzie były odpowiednio zagospodarowywane. W szkolnych gabinetach pielęgniarskich, 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 zakresie w pięciu jednostkach:

1. brak selektywnej zbiórki odpadów medycznych - Indywidualna Ginekologiczna Praktyka Lekarska w Inowrocławiu,
2. zniszczona i skorodowana lodówka do przechowywania odpadów medycznych w pomieszczeniu magazynowania odpadów medycznych - Przychodnia w powiecie lipnowskim,
3. niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitu w pomieszczeniu magazynowania odpadów medycznych - Przychodnia w powiecie lipnowskim,
4. gromadzenie ostrych odpadów medycznych o kodzie 18 01 03 w kartonowych pojemnikach - Przychodnia Stomatologiczna i Praktyka Lekarska Stomatologiczna w Toruniu,
5. przechowywanie leków w lodówce przeznaczonej do przechowywania odpadów medycznych - Przychodnia Stomatologiczna w Toruniu.

Postępowanie z bielizną

Szpitalne

Proces prania bielizny szpitalnej, podobnie jak w latach ubiegłych, wykonywany był we własnym zakresie w pięciu (9%) placówkach dysponujących pralniami; w pozostałych 50 (91%) zlecany był zewnętrznym jednostkom usługowym, również tym zlokalizowanym poza obszarem województwa.

Wszystkie pralnie przyszpitalne posiadały barierę higieniczną. W 2016 r. oddano do użytku pralnię należącą do „Uzdrowiska Wieniec” Sp. z o.o. w Wieńcu Zdroju gm. Brześć Kujawski. 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, prześcierań, 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 czystej oraz brudowniki 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 (w ubr. 11) szpitalach 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 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 prowadzących 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

Szpitalne opracowały i wdrożyły systemy

zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Oceniane było ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, co było udokumentowane. Podejmowano i dokumentowano działania zapobiegawcze. W celu ograniczenia ryzyka wystąpienia zakażeń związanych z wykonywaniem zabiegów medycznych, w tym inwazyjnych zabiegów diagnostycznych oraz zachowania właściwych standardów higieny, przeprowadzano regularnie kontrolę wewnętrzną, zgodnie z opracowanymi harmonogramami oraz doraźnie w razie potrzeb. Zalecenia z przeprowadzanych kontroli wewnętrznych były wdrażane i sprawdzano ich realizację. Ponadto w szpitalach powołano zespoły do spraw opracowania polityki antybiotykowej lub wyznaczano do tego zadania konkretne osoby. Opracowane były i aktualizowane standardy farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych. We wszystkich szpitalach działały zespoły i komitety kontroli zakażeń szpitalnych, które realizowały zadania w zakresie zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, monitorowania środowiska szpitalnego w zakresie przestrzegania zasad reżimu sanitarnego, prowadzenia nadzoru nad przestrzeganiem procedur sanitarno-higienicznych, aktualizowania już istniejących oraz wdrażania nowych. 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 prewencyjne w zakresie kontroli powyższych zakażeń, warunki izolacji pacjentów zakażonych, przestrzeganie procedur sanitarno-higienicznych oraz badania przesiewowe w oparciu o wytyczne prof. dr hab. med. W. Hryniewicz. Edukowano personel w zakresie zapobiegania zakażeniom. Zespoły kontroli zakażeń szpitalnych w podmiotach świadczących usługi w zakresie chirurgii jednego dnia zostały powołane lub są w trakcie organizacji.

Dezynfekcja narzędzi, sprzętu medycznego i powierzchni

W szpitalach stosowano narzędzia

i sprzęt medyczny jednorazowego użycia, który był fabrycznie pakowany oraz sprzęt wielorazowego użycia, który poddawano dezynfekcji wstępnej i właściwej, bądź też w zależności od przyjętej w danej placówce technologii tylko dezynfekcji właściwej. Część podmiotów, które podpisały umowę na dezynfekcję i sterylizację z firmą zewnętrzną, aby osiągnąć żądany efekt dezynfekcji wstępnej przeprowadza ten proces w myjniach automatycznych. W placówkach, w których dezynfekcja właściwa narzędzi i sprzętu odbywała się na oddziałach, przeprowadzana była w profesjonalnych, opisanych, stabilnych i zamkniętych pojemnikach. Pojemność ich była odpowiednio dostosowana do potrzeb. Po procesie dezynfekcji transport narzędzi do sterylizacji odbywał się w zamkniętych kontenerach. W podmiotach zwracano szczególną uwagę na zachowanie odpowiedniego ciągu technologicznego w procesach dekontaminacji. Narzędzia medyczne podlegały bieżącej kontroli jakości w celu wyeliminowania zużytego sprzętu. Wprowadzano do użytkowania również nowe, wyższej klasy narzędzia medyczne oraz urządzenia służące do dekontaminacji sprzętów medycznych, co podnosiło jakość wykonywanych świadczeń medycznych. 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 nie tylko na oddziałach intensywnej opieki medycznej, ale również na innych oddziałach. Metoda ta wykazuje najwyższą możliwość redukcji bakterii wywołujących spory.

Wszystkie meble i sprzęty medyczne w szpitalach wykonane były z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych umożliwiających ich mycie i dezynfekcję. 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 jednorazowe-

go użytku, a także w środki myjące i dezynfekujące podobnie jak w roku ubiegłym było wystarczające.

W nadzorowanych placówkach dekontaminacja endoskopów odbywała się w wydzielonych zmywalniach wyposażonych w myjnie automatyczne z zastosowaniem środków dezynfekcyjnych zalecanych przez producentów urządzeń oraz dodatkowo, w niektórych placówkach w myjniach ultradźwiękowe. Do badań i zabiegów endoskopowych używane były wyłącznie endoskopy ze szczelną optyką, co umożliwiało ich mycie i dezynfekcję w pełnym zanurzeniu. Po procesie dekontaminacji endoskopy przechowywane były w szczelnych szafach w pozycji wiszącej, zabezpieczone jednorazowymi sterylnymi pokrowcami. W pracowniach endoskopowych sterylizacji poddawane były akcesoria naruszające ciągłość tkanek oraz endoskopy sztywne.

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

Podobnie jak w latach ubiegłych dezynfekcję powierzchni dotykowych i bezdotykowych, zgodnie z opracowanymi procedurami, przeprowadzały ekipy sprzątające lub salowe i pielęgniarki. Preparaty dezynfekcyjne stosowano zgodnie z zaleceniami producenta oraz dobierano odpowiednio pod względem zdefiniowanego poziomu ryzyka.

Komory dezynfekcyjne

W roku 2016, podobnie jak w roku ubiegłym, w 10 szpitalach działało 12 komór dezynfekcyjnych. Coraz więcej podmiotów zleca usługi dezynfekcji komorowej jednostkom zewnętrznym. Są to zlecenia stałe lub doraźne.

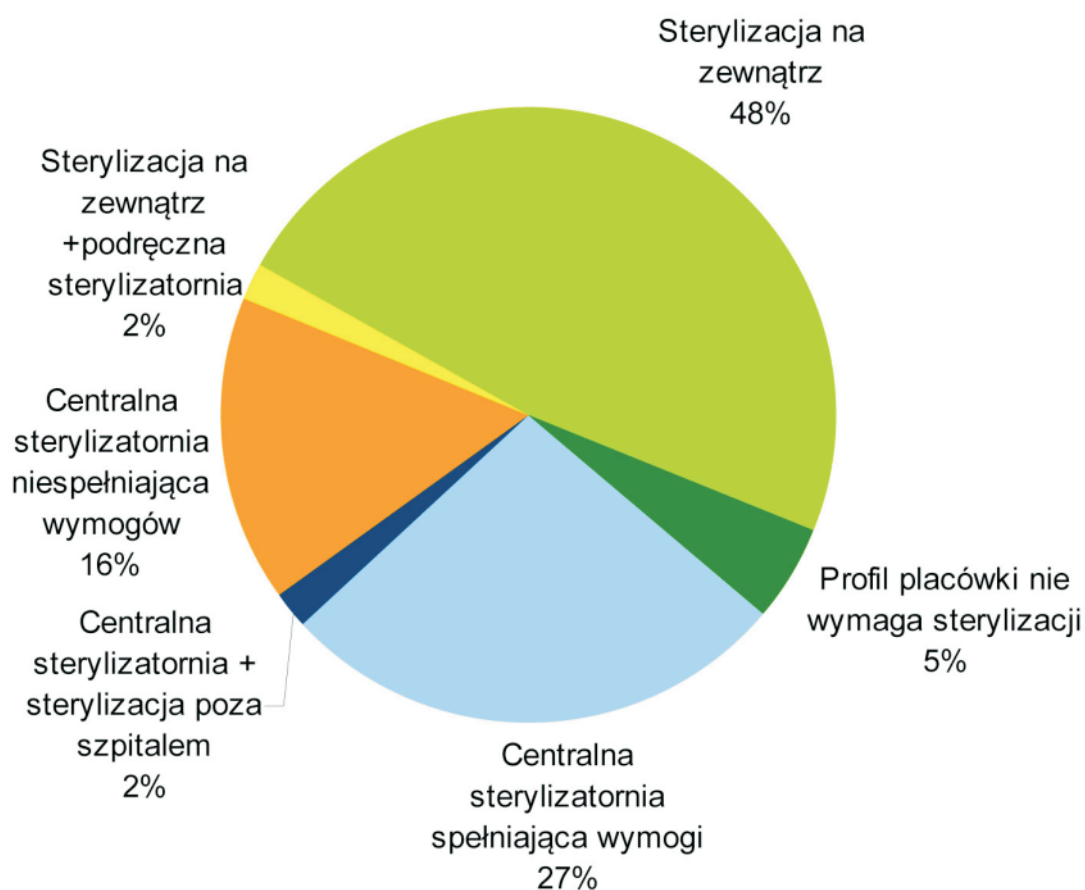
Dezynfekcja komorowa w szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego.

Lata	Liczba szpitali	Liczba komór
2009	17	22
2010	16	21
2011	15	19
2012	14	18
2013	14	18
2014	10	12
2015	10	12
2016	10	12

W większości szpitali dezynfekcja łóżek i materacy przeprowadzana jest w salach chorych. W województwie działa sześć stacji przygotowywania łóżek, pięć w szpitalach powiatu bydgoskiego jedna w szpitalu w powiecie toruńskim.

Sterylizacja

W szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego w roku 2016 nastąpiły niewielkie zmiany w funkcjonowaniu centralnych steryli-
zacji



Organizacja sterylizacji w szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego (stan na 31.12.2016 roku).

torni. Jeden szpital w powiecie toruńskim zrezygnował ze sterylizacji własnej w niespełniającej wymogów prawa sterylizatorni i podpisał umowę na tę usługę z innym podmiotem. Przeprowadzono częściową modernizację sterylizatorni w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku.

W 2016 roku w 44 obiektach szpitalnych działało 19 centralnych sterylizatorni, 12 (27%) z nich spełniało wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, 7 (16%) nie spełniało wymagań, 21 (48%) szpitali zlecało usługę sterylizacji jednostkom zewnętrznym (15 firmie CitoNet, dla 6 usług te świadczyły inne szpitale), 1 (2%) szpital sterylizował sprzęt i narzędzia medyczne we własnej sterylizatorni nie spełniającej wymagań oraz zlecał usługę jednostce zewnętrznej, 1 (2%) szpital zlecał usługę jednostce zewnętrznej i sporadycznie sterylizował drobny sprzęt w podręcznej sterylizatorni, w 2 (5%) szpitalach profil placówki nie wymagał sterylizacji sprzętu.

W szpitalach sterylizacja narzędzi przeprowadzana była głównie w autoklawach. Sprzęt ten każdego roku jest sukcesywnie wymieniany

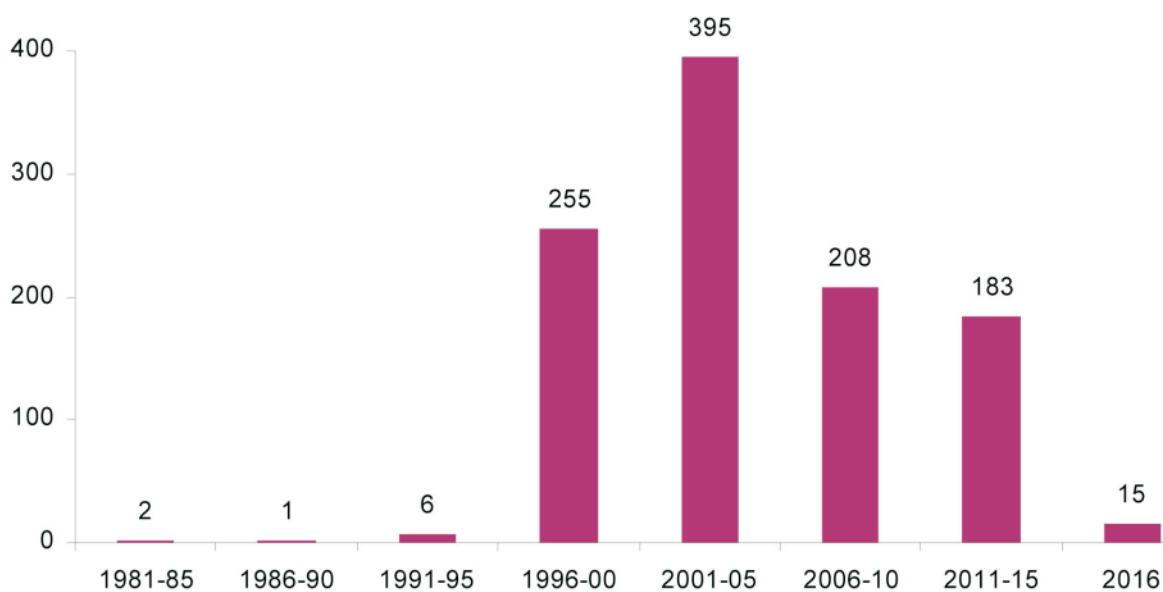
na nowy z lepszymi parametrami technicznymi. We wszystkich zakładach leczniczych w użytkowaniu jest obecnie 1065 autoklawów.

Ogólną liczbę autoklawów we wszystkich zakładach leczniczych według lat produkcji przedstawia wykres.

Narzędzia medyczne wielorazowego użytku przed procesem sterylizacji pakowane były w profesjonalne opakowania jedno lub wielorazowego użytku. Nadal zwiększa się liczba podmiotów znakujących pakiety w taki sposób, aby umożliwić identyfikację procesu sterylizacji sprzętu z konkretnym pacjentem, u którego wykonywano zabieg.

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.

W podmiotach leczniczych, w których czas pobytu pacjenta nie przekraczał 24 godzin wykonywane były tylko zabiegi planowe. Placówki te,



Liczba autoklawów w województwie kujawsko-pomorskim wg daty produkcji (stan na 31 grudnia 2016 roku).

podobnie jak w roku ubiegłym, wyposażone były w punkty sterylizacji przy blokach operacyjnych lub zlecały usługi sterylizacji sprzętów i narzędzi innym podmiotom leczniczym lub firmie CitoNet.

W trakcie kontroli sanitarnych przeprowadzanych w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego większość stwierdzonych nieprawidłowości dotyczyła stanu technicznego powierzchni i sprzętów.

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

W podmiotach tych opracowano i wdrożono procedury higieniczno-sanitarne, które były w miarę potrzeb aktualizowane. Podejmowano działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Zasady przeprowadzania procesów dezynfekcji w podmiotach leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne innych niż szpitale nie uległy zmianie. Preparaty dezynfekcyjne stosowano zgodnie zaleceniami producentów. W celu poprawy bezpieczeństwa epidemiologicznego w jednej placówce w powiecie toruńskim wprowadzono dezynfekcję pomieszczeń metodą zamglawiania. Wanny do kąpieli oraz urządzenia wykorzystywane podczas zabiegów rehabilitacyjnych poddawano dezynfekcji po każdym pacjencie. Do zabiegów stosowano sprzęt i materiały medyczne jednorazowego użytku. Procesy sterylizacyjne przeprowadzane były w ograniczonym zakresie. W przypadku konieczności stosowania sprzętu wielokrotnego użycia, sterylizacja ich odbywała się 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 oraz pojemniki na zużyte ręczniki.

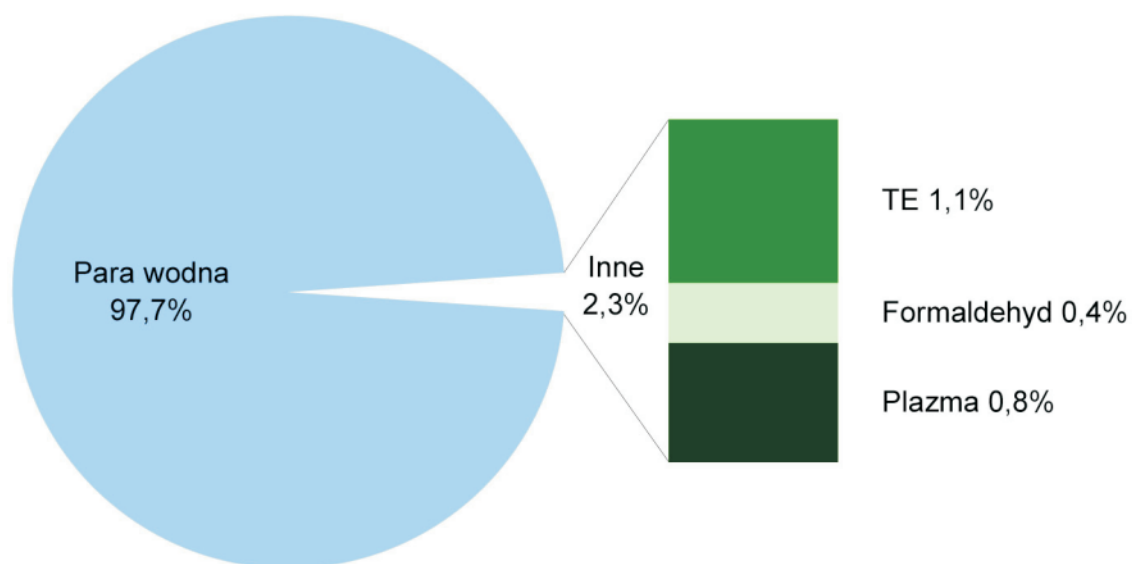
W trakcie kontroli sanitarnych przeprowadzanych w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nieprzestrzegania procedury dezynfekcji powierzchni oraz niewłaściwego stanu technicznego powierzchni i sprzętów.

Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

W podmiotach wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne podobnie jak w roku ubiegłym przeprowadzano kontrolę wewnętrzną w obszarze działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Było to w większości placówek 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 coraz częściej przy użyciu myjek ultradźwiękowych. Uwzględniając zasadę nie krzyżowania się dróg czystych i brudnych, wydzielano ciąg technologiczny gwarantujący ruch postępowy od materiałów skażonych do sterylnych. Coraz więcej podmiotów wydzielalo osobne pomieszczenia do dekontaminacji narzędzi i sprzętu medycznego. Stosowano środki dezynfekcyjne nowej generacji, wprowadzano wyroby medyczne o lepszych parametrach użytkowych. Dopuszczenie zakładów leczniczych w coraz nowocześniejszy, bezpieczniejszy sprzęt spełniający europejskie standardy poprawia bezpieczeństwo pacjentów i personelu oraz zapobiega szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. We wszystkich skontrolowanych placówkach zaopatrzenie w sprzęt jednorazowego użycia, środki indywidualnej ochrony osobistej oraz środki czystości było wystarczające.

Wszystkie placówki należące do tej grupy obiektów posiadały właściwie wyposażone stanowiska higienicznego mycia rąk.

W trakcie kontroli sanitarnych przeprowadzanych w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nieprzestrzegania procedur dotyczących dezynfekcji i sterylizacji narzędzi i powierzchni, niewłaściwego stanu technicznego powierzchni i sprzętów, przeterminowanego sprzętu jednorazowego użycia, nieprawidłowego wykorzystywania urządzenia chłodniczego do przechowywania preparatów szczepionkowych i magazynowania odpadów medycznych oraz braku dokumentacji pot-



Metody sterylizacji w województwie kujawsko-pomorskim, w 2016 roku.

wierdzającej prowadzenie kontroli wewnętrznej.

Stacje Dializ, które funkcjonowały jako odrębne podmioty lecznicze stosowały głównie materiały i narzędzia medyczne jednorazowego użycia. Niewielka liczba narzędzi wielorazowego użycia sterylizowana była poza podmiotami. Przy łóżku chorego utrzymywany był wzmożony reżim sanitarny. W tej grupie obiektów od kilku lat obserwuje się systematyczną poprawę przestrzegania procedur sterylizacji narzędzi medycznych. Zakłady lecznicze, których zakres świadczonych usług obejmował tylko podstawową opiekę zdrowotną stosowały wyłącznie sprzęt i materiały medyczne jednorazowego użycia. Procesy sterylizacji wykonywane były w aparatach parowych będących na wyposażeniu placówki lub korzystano z usług sterylizatorni zewnętrznych.

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 w wyodrębnionej strefie „brudnej” gabinetu diagnostyczno-zabiegowego lub w pomieszczeniach do tego celu przeznaczonych, manualnie lub z użyciem myjek ultradźwiękowych. Dobór preparatów do dezynfekcji narzędzi i sprzętów medycznych był prawidłowy, podobnie jak i środków czyszczących do dentystycznych instalacji ssących oraz ich przewodów odpływowych. Sterylizacja odbywała się we własnych autoklawach lub na podstawie umowy z usługodawcami w zakresie sterylizacji. Narzędzia medyczne wielokrotnego użycia zastępowano sprzętem i narzędziami jednorazowego użycia, podobnie jak w latach ubiegłych trend ten obserwowano głównie w praktykach ginekologicznych i laryngologicznych. W większości obiektów prowadzona była kontrola wewnętrzna z realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Kontrole przeprowadzane były zgodnie z harmonogramami, nie rzadziej niż dwa razy w roku. Stan sanitarno-techniczny indywidualnych praktyk lekarskich ulega systematycznej poprawie. Zwiększa się liczba gabinetów o wysokim standardzie wyposażenia, przeprowadzana jest modernizacja pomieszczeń.

W trakcie kontroli sanitarnych przeprowadzanych w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły

nie przestrzegania procedur dotyczących dezynfekcji powierzchni, sterylizacji sprzętów i narzędzi medycznych, braku procedury oraz dokumentacji potwierdzającej prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz niewłaściwego gromadzenia odpadów zakaźnych.

Bloki żywienia w szpitalach

W 2016 roku skontrolowano 37 bloków żywienia w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych. Ogółem w ww. zakładach przeprowadzono 70 kontroli sanitarnych, które wykazały, iż warunki sanitarno-higieniczne i techniczne uległy poprawie w porównaniu z latami poprzednimi. Wyżej wymienione 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 zostały 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 wdro-

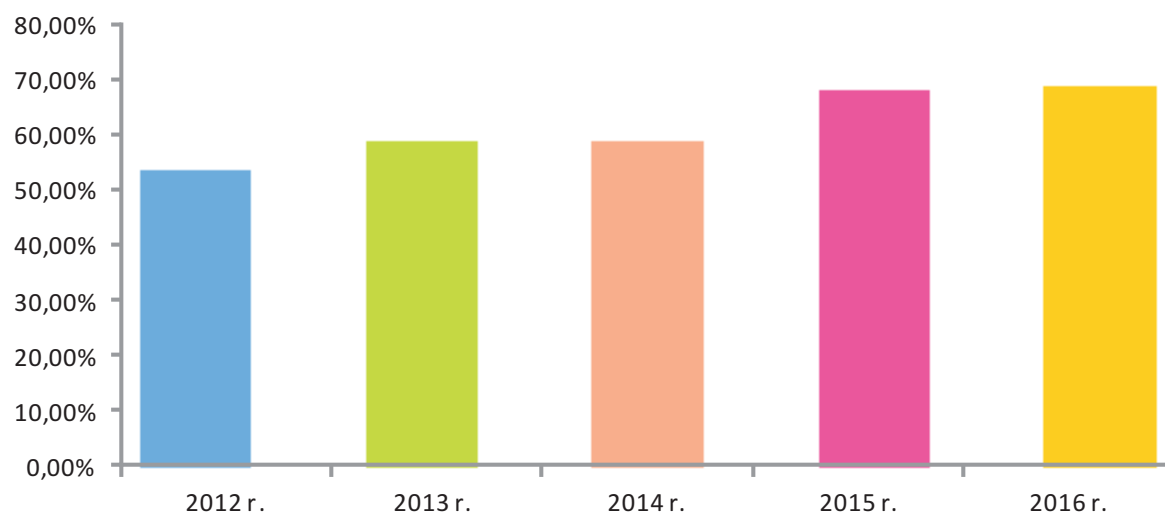
żono w pełni system HACCP.

W opisywanej grupie obiektów, w roku 2016 odnotowano jedno ognisko zbiorowego zatrucia/zakażenia pokarmowego, w którym czynnikiem etiologicznym był najprawdopodobniej nośnik pokarmowy.

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 zapobiegały zanieczyszczeniu przewożonych posiłków oraz naczyń stołowych i sztućców. Transport posiłków na oddziały odbywał się głównie w pojemnikach umieszczonych w wózkach bemarowych 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



Liczba placówek organizujących żywienie pacjentów przy pomocy firm zewnętrznych w stosunku do liczby obiektów w latach 2012-2016.

nie budził większych zastrzeżeń. Były one również prawidłowo wyposażone w sprzęt i urządzenia.

Placówki, w których środki finansowe nie pozwoliły na poczynienie niezbędnych inwestycji i utrzymanie właściwych standardów dla zachowania bezpieczeństwa żywności, zrezygnowały z utrzymania kuchni, zlecając żywienie pacjentów firmom zewnętrznym.

W roku sprawozdawczym w województwie kujawsko-pomorskim 68,1% 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 prób pokarmowych, a niekiedy również odbiór odpadków pokonsumpcyjnych czy układanie jadłospisów - zgodnie z zawartymi umowami.

Nadal istniało zróżnicowanie stawek finansowych przeznaczonych na codzienne wyżywienie pacjenta w woj. kujawsko-pomorskim. Zawierały się one w przedziale: od 4,80 zł do 28,00 zł.

W skład diety ogólnej wchodziły 3 posiłki codzienne, a niekiedy również II śniadanie i podwieczorek. Analiza sposobu żywienia w placówkach nie budziła 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 2016 roku kontrole wykazały, że stan sanitarno-techniczny i higieniczny kuchynek mlecznych nie budził większych zastrzeżeń, a tym samym zapewniał bezpieczeństwo przygotowywanych pokarmów.

Bloki żywienia w sanatoriach

W roku sprawozdawczym na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowa-

ło 26 sanatoriów. Skontrolowano 25 bloków żywienia w przedmiotowych obiektach i 24 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 49 kontroli sanitarnych, w trakcie których stwierdzano nieprawidłowości natury techniczno-sanitarnej (m.in. zły stan ścian, sufitów w pomieszczeniach kuchennych, brudny i zniszczony sprzęt pomocniczy i kuchenny) oraz nieprawidłowości natury higienicznej (m.in. wilgotne, niedomyte naczynia stołowe, brudne urządzenia chłodnicze, brak segregacji oraz niewłaściwe magazynowanie żywności, brak środków dezynfekcyjnych oraz do higienicznego mycia i osuszania rąk).

W celu poprawy warunków sanitarno-higienicznych i technicznych, na ww. zakłady wydano 9 decyzji administracyjnych oraz nałożono 4 mandaty karne na łączną kwotę 800 zł.

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

W roku sprawozdawczym na terenie województwa kujawsko-pomorskiego nie odnotowano ogniska zbiorowego zatrucia pokarmowego w sanatorium.

Nadal obserwuje się znaczne zróżnicowanie stawek finansowych przeznaczonych na codzienne wyżywienie kuracjuszy. W 2016 roku przedmiotowe stawki zawierały się w przedziale od 5,00 zł do 17,00 zł.

Bloki żywienia w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych

W roku 2016 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: 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 oraz Dom Pomocy Społecznej im. Brata Alberta w Toruniu.

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

Wszystkie samodzielnie funkcjonujące zakłady prowadziły żywienie zgodnie z zasadami GHP/GMP. W przedmiotowych obiektach wdrożono również system HACCP.

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, utrzymywał się na tym samym poziomie. Negatywnie pod tym względem oceniono 14 obiektów (0,89%).
2. Placówki podmiotów leczniczych nadal zlecały usługi w zakresie prac pomocniczych: sprzątania, prania bielizny, unieszkodliwiania odpadów medycznych, wyspecjalizowanym podmiotom zewnętrznym.
3. Zwiększyła się liczba szpitali (o dwie placówki) posiadających rezerwowe zbiorniki wody, które w przypadku awarii zasilania podstawowego gwarantowałyby jej dostawę.
4. Utylizacja odpadów medycznych odbywała się w specjalistycznych spalarniach. Podobnie jak w roku ubiegłym, zwiększyła się liczba szpitali utylizujących odpady medyczne w spalarniach województwa kujawsko-pomorskiego.
5. Obserwowano poprawę stanu sanitarno-technicznego placówek związaną między innymi ze wzmożoną 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 grupie szpitali w porównaniu z rokiem ubiegłym.
7. W placówkach prowadzono ocenę ryzyka wystąpienia zakażeń związanych z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych oraz kontrolę wewnętrzną w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.
8. Opracowane i wdrożone procedury sanitarno-higieniczne były uaktualniane na bieżąco i dostosowane do obowiązujących wymogów prawa ze szczególnym uwzględnieniem zasad postępowania w przypadku identyfikacji szczepów Enterobacteriaceae wytwarzających karbapenemazy typu KPC i OXA-48.
9. We wszystkich szpitalach powołane były zespoły i komitety kontroli zakażeń szpitalnych, które realizowały zadania w zakresie zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz ograniczenia narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych.
10. W szpitalach wdrażano zasady polityki antybiotykowej powołując zespoły lub stanowiska do spraw antybiotykoterapii.
11. Procesy dezynfekcji wykonywano przy użyciu preparatów dezynfekcyjnych o spektrum działania dobranym odpowiednio do potencjalnego zagrożenia, zgodnie z zaleceniami producentów.
12. W zakładach leczniczych coraz częściej wprowadzano zautomatyzowane systemy dekontaminacji sprzętu i narzędzi medycznych, co odgrywało ważną rolę w aspekcie zapobiegania zakażeniom oraz poprawy bez-

- pieczeństwa pacjentów.
13. Sterylizację narzędzi i sprzętu medycznego prowadzono wyłącznie metodami gwarantującymi ich skuteczność, w których czynnikami sterylizującymi była para wodna, plazma lub tlenek etylenu. Podmioty świadczące usługi medyczne przy zastosowaniu sprzętu wielorazowego użycia prowadziły systematyczny monitoring skuteczności procesów sterylizacji.
 14. Ulegały poprawie warunki bezpieczeństwa epidemiologicznego podczas wykonywania zabiegów medycznych poprzez wprowadzanie nowych i nowoczesnych sprzętów oraz wdrażanie nowych technologii.
 15. Zaopatrzenie w sprzęt jednorazowego użycia, materiał opatrunkowy oraz środki ochrony osobistej było wystarczające do potrzeb.
 16. We wszystkich nadzorowanych zakładach leczniczych zwracano szczególną uwagę na najprostszy, a jednocześnie najskuteczniejszy sposób zapobiegania transmisji zakażeń, tj. na prawidłową higienę rąk.
 17. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczące przestrzegania procedur wynikały w większości przypadków z błędów i zaniedbań personelu. Eliminacja tego typu nieprawidłowości to główne zadanie właścicieli bądź kierowników zakładów leczniczych.
 18. Ze względu na specyfikę grupy osób żywnych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych, produkcja i dystrybucja żywności w tego typu obiektach powinna odbywać się w sposób higieniczny z zachowaniem najwyższych standardów sanitarnych. Placówki, w których środki finansowe nie pozwoliły na poczynienie niezbędnych inwestycji i utrzymanie przedmiotowych standardów, zrezygnowały z utrzymania kuchni, zlecając żywienie pacjentów firmom zewnętrznym.
 19. Zwiększona liczba kontroli w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych spowodowana była skoordynowanymi działaniami Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Inspekcji Handlowej, których celem było przeprowadzenie działań kontrolnych w placówkach szpitalnego żywienia zbiorowego pacjentów ze szczególnym uwzględnieniem firm cateringowych, które świadczą usługi żywieniowe na rzecz tych szpitali. Państwowa Inspekcja Sanitarna skontrolowała 15 placówek, w których prowadzone jest zamknięte żywienie zbiorowe we własnym zakresie. W czterech obiektach stwierdzono nieprawidłowości w zakresie wymagań higieniczno-sanitarnych, a w dwóch przypadkach wątpliwości kontrolujących budziła jakość żywienia.
 20. Zagrożenia wynikające z braku funkcjonalności zaplecza kuchennego zminimalizowane zostały poprzez rozdzielenie w czasie czynności „czystych” i „brudnych” oraz przestrzeganie określonych procedur i instrukcji systemowych.
 21. 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

Wstęp

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. 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 ulegała systematycznej poprawie. Wykonywanie badań w ramach opracowanych i zaakceptowanych przez powiatowych inspektorów sanitarnych harmonogramów w większości przypadków było zadawalające. Wszyscy przedsiębiorcy sporządzili wewnę-



rzne 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 2016 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 410 wodociągów zbiorowego zaopatrzenia w wodę, w tym 93 urządzenia produkujące poniżej 100 m³ wody na dobę, 270 produkujących od 101 do 1000 m³ wody na dobę, 42 o produkcji od 1001 do 10000 m³ wody na dobę oraz 5 wodociągów o produkcji od 10001 do 100000 m³ wody na dobę. Obowiązujące w 2016 roku przepisy dotyczące jakości wody do spożycia przez ludzi, obejmowały także swym zakresem podmioty, które zajmowały się dystrybucją wody. W 2016 roku w ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicz-

ne znajdowały się 72 takie podmioty. 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 także podmioty, które produkowały wodę nie tylko na potrzeby własne, ale też sprzedawały ją innym odbiorcom.

Zaopatrzenie ludności w wodę

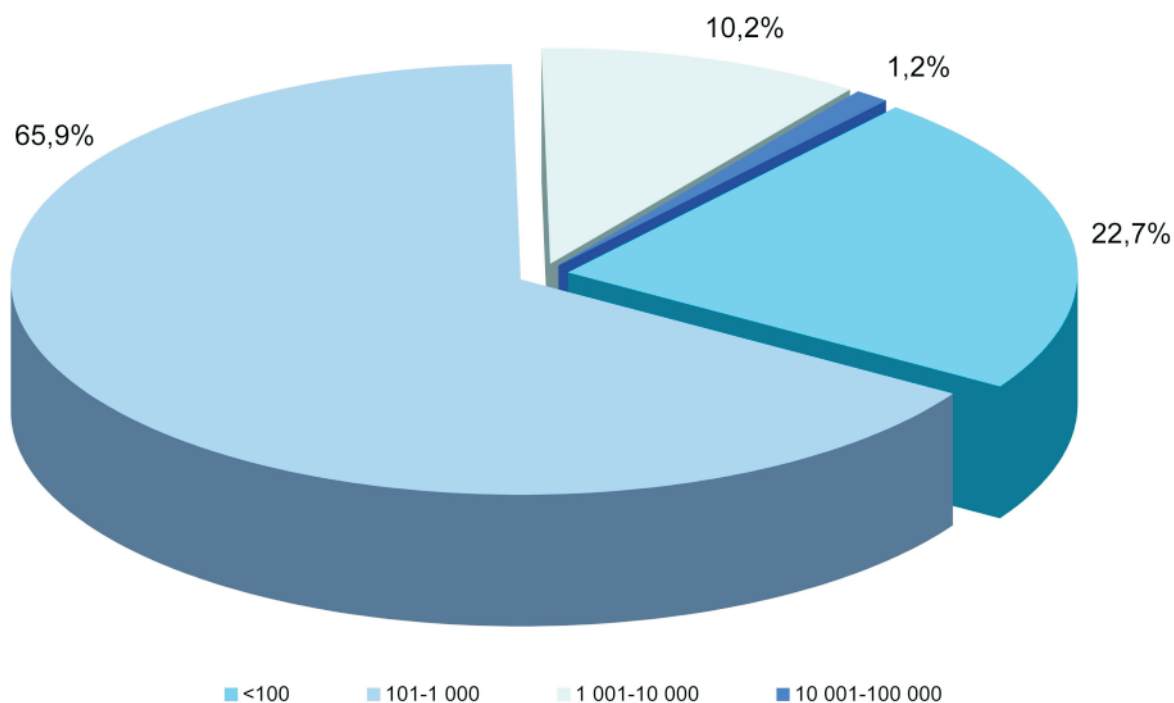
Podstawowymi urządzeniami zaopatrzenia ludności miast i wsi w wodę przeznaczoną do spożycia były wodociągi publiczne. W 2016 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, realizując bieżący nadzór sanitarny nad tymi obiektami, skontrolowały na terenie województwa 409 urządzeń wodociągowych, co stanowiło 99,8% wszystkich urządzeń ujętych w ewidencji, a także 59 innych podmiotów zaopatrujących w wodę (83,3%).

W omawianym okresie dostęp do wody miało około 95,5% mieszkańców województwa. Przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne sukcesywnie dokonywały wymiany sieci z rur

stalowych i żeliwnych na rury z PE i PVC.

W 2016 roku w regionie nie odnotowano większego deficytu wody wynikającego ze spadku wydajności studni. W przypadku wystąpienia niedoboru, dokonywano zakupu wody z innego wodociągu. Sytuacja taka miała miejsce (podobnie jak w roku ubiegłym) w przypadku wodociągu w Białych Błotach w powiecie bydgoskim (od maja do października), który korzysta 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).

Wodociągi o produkcji powyżej 10000 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 około 855,6 tys. mieszkańców, czyli dla 43% mieszkańców całego woje-



Odsetek wodociągów o danej produkcji dobowej, [m³/dobę], zaopatrujących mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w 2016 roku.

wództwa. 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 w październiku 2016 roku wprowadzono nową technologię uzdatniania - dezynfekcję wody za pomocą lamp UV.

Wodociągi o produkcji od 1001 do 10 000 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 482,1 tys. mieszkańców. Ich liczba w stosunku do ubiegłego roku (41) nieznacznie uległa zmianie i wynosiła 42, w związku ze zwiększeniem swojej produkcji.

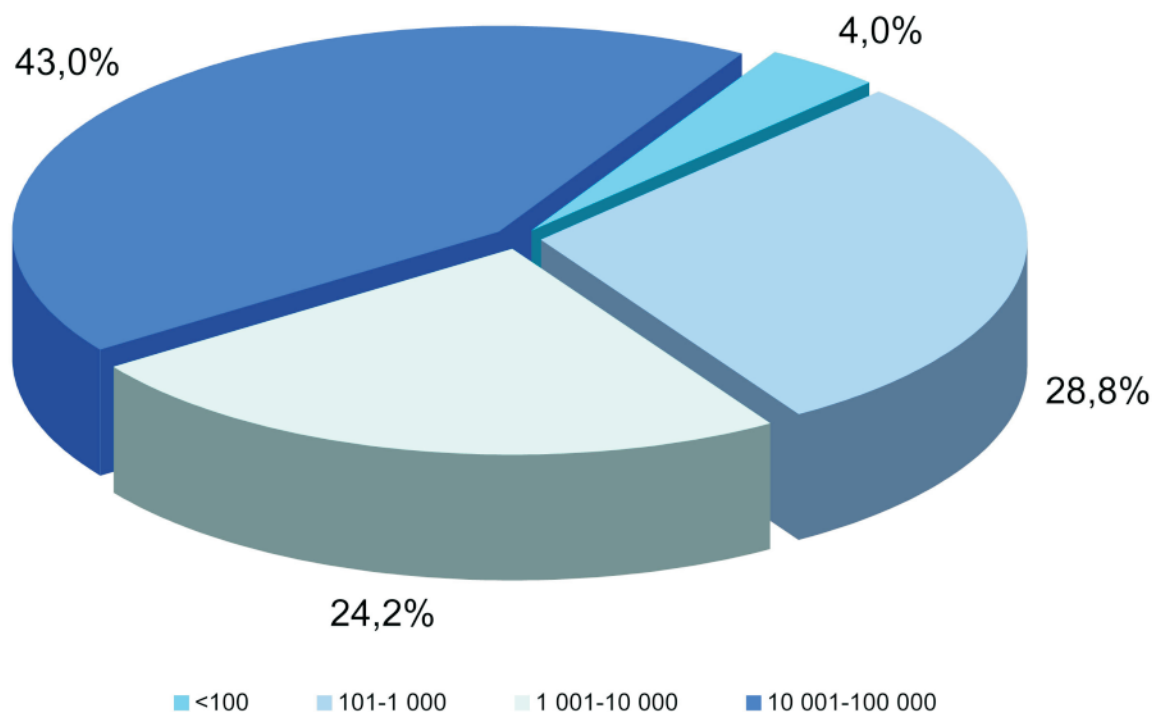
Trzecią grupę wodociągów stanowiły wodociągi o produkcji od 101 do 1000 m³/dobę. Była to najliczniejsza grupa (270) obejmująca 65,9% wszystkich wodociągów ujętych w ewiden-

cji stacji sanitarno-epidemiologicznych. W 2016 roku skontrolowano wszystkie obiekty tej grupy. Z wody dostarczanej przez te wodociągi korzystało 573,2 tys. mieszkańców województwa.

W 2016 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zewidencjonowano 93 wodociągi o produkcji mniejszej niż 100 m³/dobę. W stosunku do 2015 roku ich liczba (100) uległa zmniejszeniu o siedem obiektów, przy czym 1 wodociąg włączono do eksploatacji, 6 zlikwidowano (mieszkańców podłączono do większych wodociągów), 2 obiekty zwiększyły swoją produkcję wody i przeszły do grupy wodociągów od 101-1000 m³/dobę.

Z wody wodociągowej korzystało ogółem 1990,19 tysięcy mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Wodę dobrą, spełniającą wymogi sanitarne dostarczało 99,02% skontrolowanych wodociągów (w roku 2015 - 99,80%).

Woda niespełniająca wymagań określonych w przepisach prawnych dostarczana była przez 4 wodociągi (0,98% skontrolowanych wo-



Odsetek ludności województwa kujawsko-pomorskiego zaopatrywanej przez wodociągi o danej produkcji dobowej [m³/dobę] w 2016 roku.

dociągów, w 2015 roku - 0,20%) i zaopatrywała 0,20% (w roku 2015 - 0,05%) mieszkańców województwa. Związane jest 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. W przypadku braku możliwości wykonania przez podmiot poprawy jakości wody, organ PIS wystawiał decyzje o braku przydatności wody do spożycia.

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

Wodę nieodpowiadającą wymaganiom pod względem fizykochemicznym miały 2 wodociągi: 1 w powiecie sępoleńskim (od 101 do 1000 m³/d) ze względu na przekroczoną utlenialność i 1 w powiecie włocławskim (od 101 do 1000 m³/d) ze względu na ponadnormatywną wartość manganu.

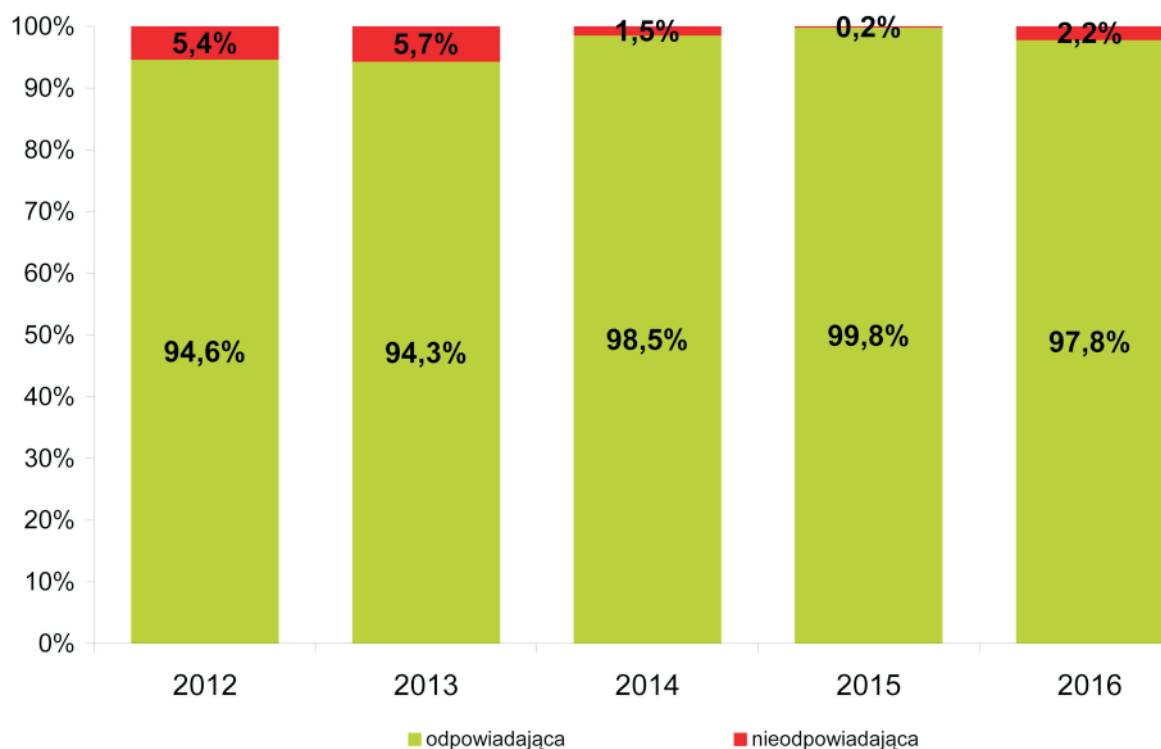
W celu zapewnienia zaopatrzenia miesz-

kańców 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 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), warunki ekonomiczne (podwyżki cen wody i związane z tym mniejsze zużycie) oraz budowa indywidualnych ujęć (np. przez gospodarstwa rolne) na własne potrzeby.

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



Jakość wody w skontrolowanych urządzeniach w latach 2012-2016.

- 10 001 do 100 000 m³/dobę wynosił 100%
- 1 001 do 10 000 m³/dobę wynosił 100%
- 101 do 1 000 m³/dobę wynosił 99,4%
- ≤ 100 m³/dobę wynosił 99,6%.

Z powyższego zestawienia wynika, 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.

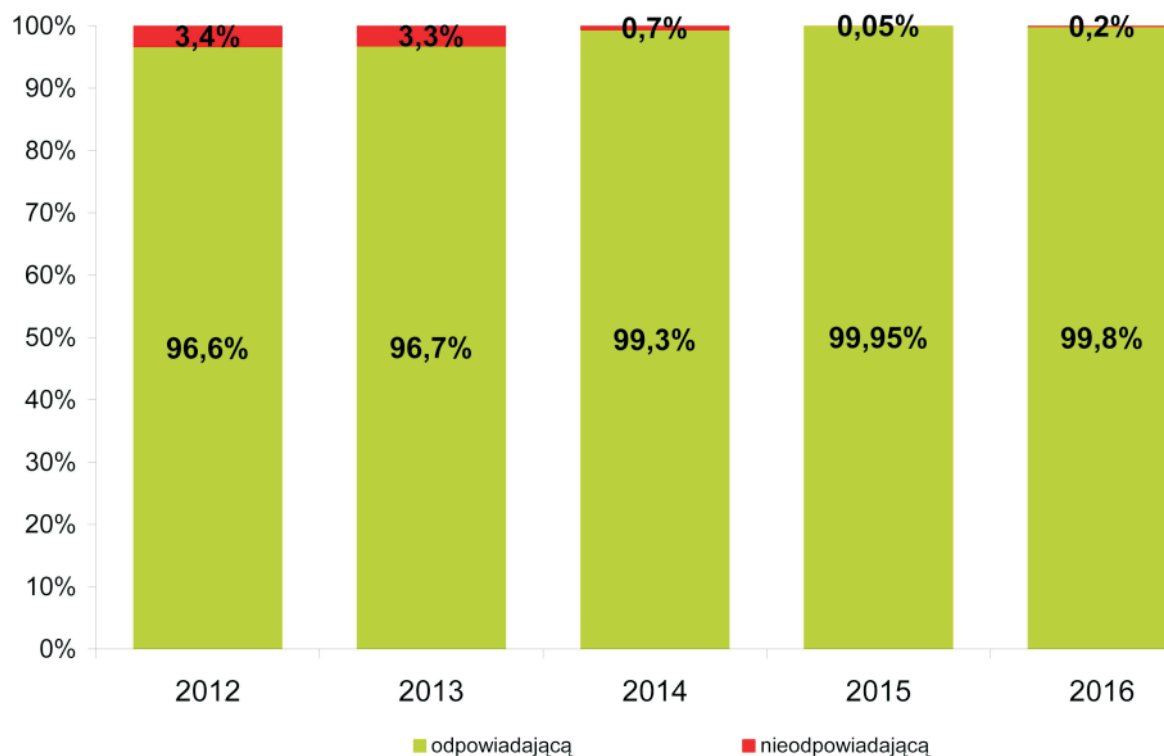
Analizując zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia na terenie poszczególnych powiatów województwa kujawsko-pomorskiego należy zauważyć, że z wody dobrej jakości w 100% korzystali mieszkańcy 15 powiatów.

Najwyższy odsetek ludności zaopatrywa-

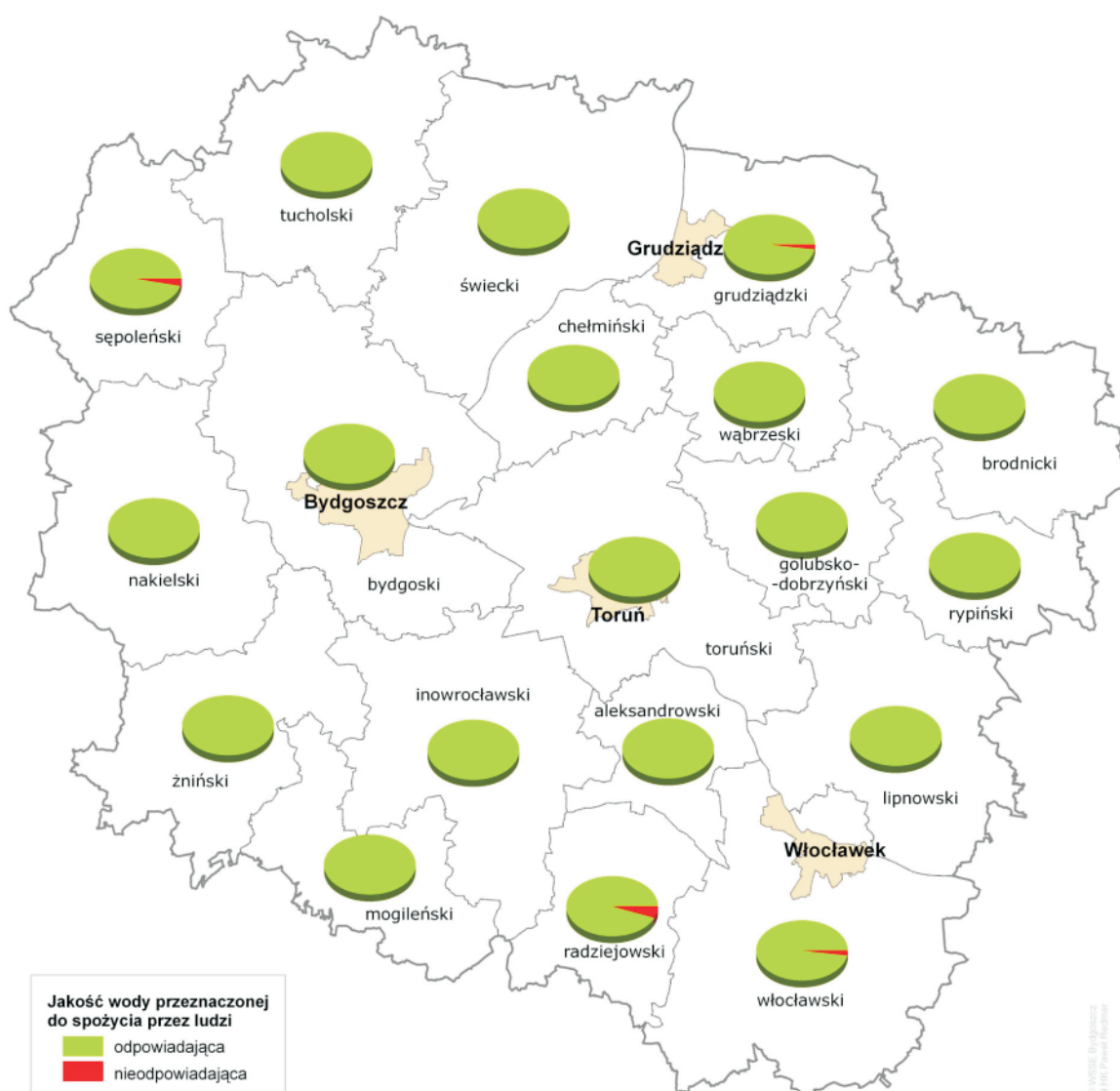
nej w wodę kwestionowaną pod względem sanitarnym odnotowano w powiecie radziejowskim (przekroczenie parametru utlenialność) oraz sępoleńskim (przekroczenie parametru bakterii grupy coli).

Jakość wody z wodociągu publicznego w Chełmcach (w powiecie inowrocławskim) została doprowadzona do zgodnej z obowiązującymi przepisami, poprzez zmieszanie wody z dwóch ujęć i tym samym zakończona została derogacja na parametr bor, trwająca od 2011 roku.

Podstawą prowadzonego nadzoru jakości wody dostarczonej konsumentom była ocena jej zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. W celu określenia czy spożywana woda była bezpieczna dla zdrowia ludzkiego w 2016 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach monitoringu kontrolnego i przeglądowego, pobrały do badań laboratoryjnych 2883 próbek wody.



Odsetek ludności zaopatrywanej w wodę w latach 2012-2016.



Odsetek mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego, korzystających z wody odpowiadającej i nieodpowiadającej wymaganiom sanitarnym w 2016 roku.

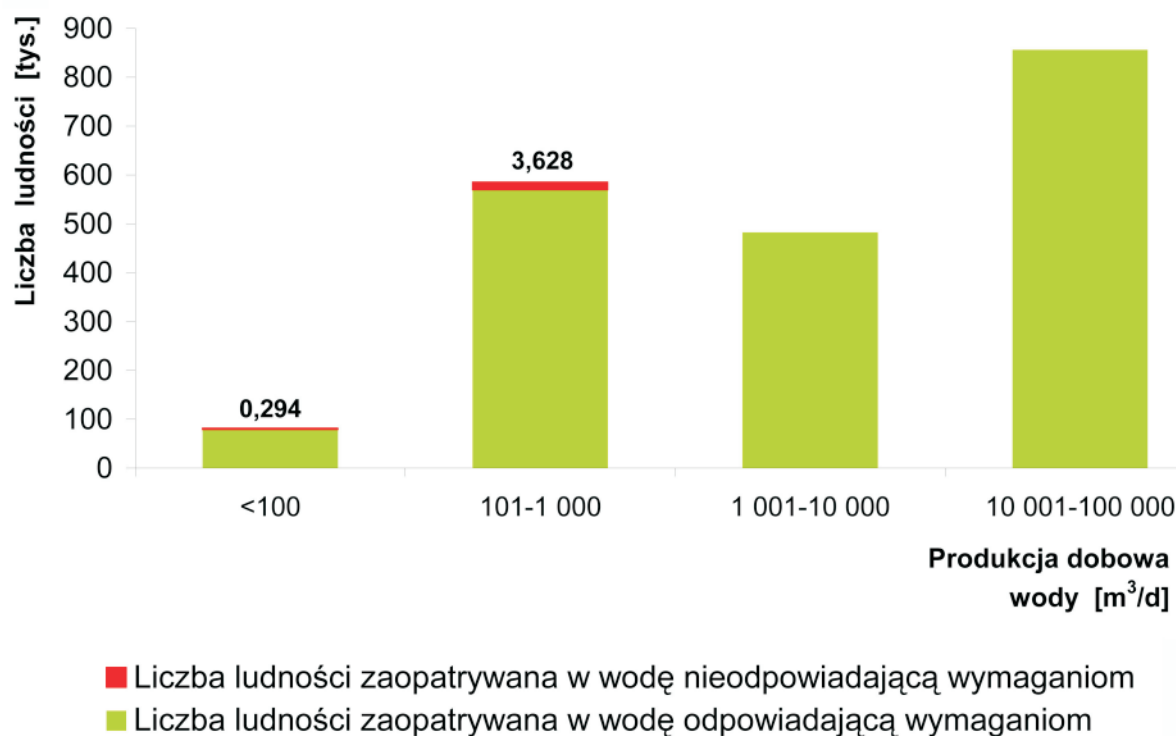
Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

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*, en-

terokoki).

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 stwierdzono tylko okresowe przekroczenia, które nie wpłynęły na negatywną ocenę końcową, jednakże wskazywały na nieod-



Liczba ludności województwa kujawsko-pomorskiego zaopatrywanej przez wodociągi o danej produkcji dobowej w wodę odpowiadającą i nieodpowiadającą wymaganiom sanitarnym w 2016 roku.

powiednio prowadzone procesy uzdatniania wody, wtórne zanieczyszczenia po uzdatnianiu lub inne przyczyny, wpływające na skażenie mikrobiologiczne. Przeprowadzone w roku 2016 badania wykazały przekroczenia bakterii grupy coli w dwóch wodociągach (Kłódki powiat grudziądzki i Orle powiat radziejowski), których nie dało usunąć się w krótkim okresie czasu, wskutek czego te dwa ujęcia zostały wyłączone z użytkowania na czas napraw, a ludność została przełączona na zasilanie w wodę z wodociągów ościennych gmin.

W pozostałych przypadkach, z uwagi na stwierdzone przekroczenia mikrobiologiczne (krótkotrwałe przekroczenia parametrów: bakterii grupy coli i Enterokoków), wprowadzono natychmiastowe działania naprawcze przez zarządzającymi wodociągami (płukanie i dezynfekcja sieci wodociągowej oraz urządzeń uzdatniających - filtrów), które doprowadziły jakość wody pochodzącej z tych wodociągów do obowiązujących wyma-

gań w tym zakresie.

Każdorazowo właściwi inspektorzy sanitarni wydawali decyzje administracyjne z rygiorem natychmiastowej wykonalności na doprowadzenie jakości wody do obowiązujących norm. Stwierdzone zanieczyszczenia mikrobiologiczne stwarzały jednak pewne ryzyko zdrowotne, wobec czego konieczne było wprowadzenie ograniczenia w korzystaniu z wody, polegające na jej gotowaniu przed spożyciem. 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 komunikowania odbiorców wody o pogorszeniu jakości i ograniczeniach w użytkowaniu.

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 wynikają głównie z ich zdolności do wywoływania niepożądanych skutków zdrowotnych po dłuższym okresie spożywania zanieczyszczonej wody. Zanieczyszczenia mogą również wpływać na wygląd, zapach, czy smak 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 2016 roku nie udzielono żadnego odstępstwa na przekroczenie jakiegokolwiek parametru chemicznego z załącznika nr 2. Natomiast w lipcu 2016 roku została wykonana decyzja Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy z 20 października 2014 roku, dotycząca drugiej zgody na odstępstwo (przekroczenia boru w wodzie do spożycia pochodzącej z wodociągu publicznego w Chełmcach gmina Kruszwica, powiat inowrocławski). Pierwsze odstępstwo wydane zostało w 2011 r. przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Inowrocławiu i obowiązywało do 15 września 2014 roku.

Z uwagi na przekroczenia pestycydów (1,2-dichloropropan, Σ Pestycydów) w 2015 roku, zostało wyłączone z eksploatacji jedno ujęcie

wody do spożycia (Cekcyn, powiat tucholski), które zaopatrywało wodociąg publiczny w Cekcynie powiat tucholski. Sieć wodociągu została spięta z siecią wodociągową w Wielkich Budziskach (powiat tucholski) i mieszkańcy cały czas korzystają z wody pochodzącej z tego ujęcia.

W wodociągu zaopatrującym miasto Inowrocław pod koniec roku pojawiły się problemy z ponadnormatywną ilością siarczanów z ujęcia w Trzaskach - obecnie trwa postępowanie administracyjne.

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.

Stwierdzane przekroczenia związków manganu wahały się w granicach od 57 do 530 µg/l, natomiast żelaza w granicach od 205 do 1888 µg/l. Najczęściej przekroczenia manganu stwierdzono w powiatach: toruńskim, bydgoskim, lipnowskim. W przypadku mętności największą liczbę przekroczeń odnotowano w powiatach: toruńskim, grudziądzkim i nakielskim. W pozostałych powiatach przekroczenia występowały pojedynczo bądź wcale. Najwięcej przekroczeń wartości żelaza stwierdzano w powiatach: bydgoskim, 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 pobudzić wzrost bakterii, dlatego utrzymanie jej na niskim poziomie ma duże znaczenie dla jakości wody pod względem mikrobiologicznym. 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.

Z przeprowadzonych w 2016 roku analiz laboratoryjnych wynikało, że w mniejszym stopniu jakość wody była niezadowolająca, z uwagi na zmienioną barwę. Był to parametr ściśle związany z obecnością w wodzie żelaza i manganu, które są naturalnymi składnikami wody. Barwa wody zależała też od produktów korozji, a także mogła być ubocznym wynikiem uzdatniania wody.

Analiza badań ciepłej wody na obecność pałeczek Legionella sp.

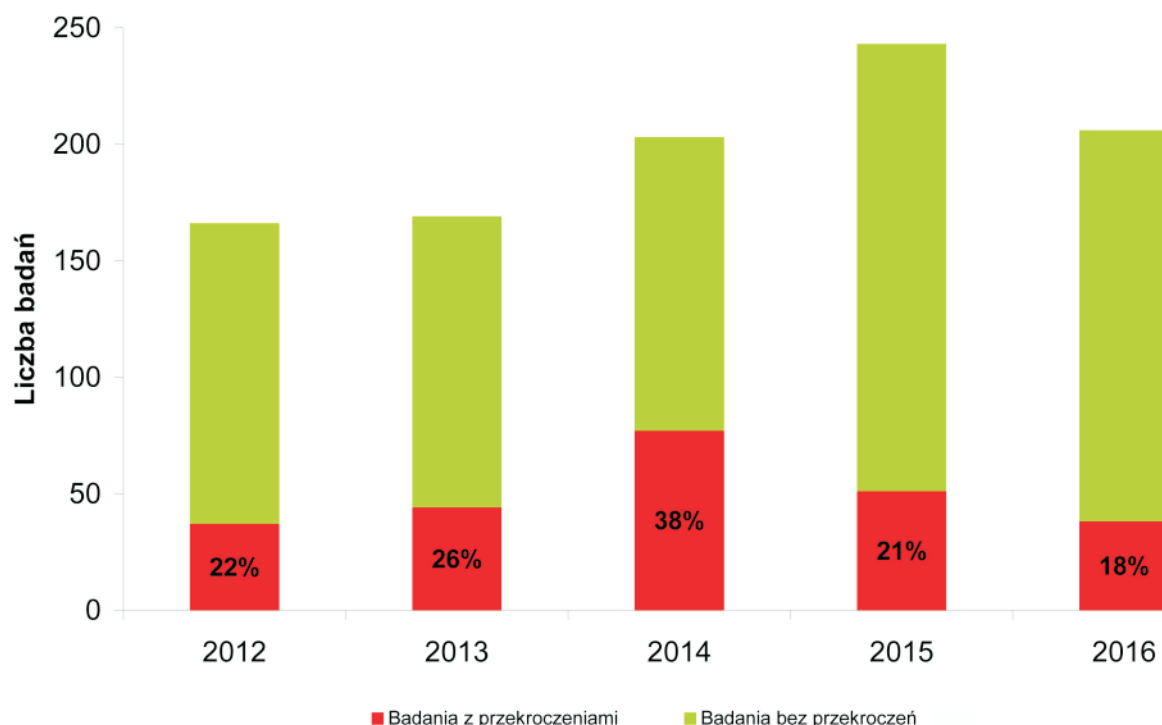
W związku z zagrożeniami, jakie niesie ze sobą występowanie bakterii Legionella sp. w wodzie ciepłej, pochodzącej z instalacji wewnętrznych i użytkowanej do celów higienicznych, wykonano badania kontrolne na obecność pałeczek Legionella sp.

W 2016 roku badaniami takimi objęto 51

obiektów (szpitali i budynków zamieszkania zbiorowego) pobierając w nich 206 próbek wody. Po przeprowadzeniu badań laboratoryjnych zakwestionowano 18% próbek (w 2015 r. - 21%). 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.

Wnioski

1. Z wody wodociągowej korzystało ogółem 1990,19 tys. (95,5%) mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.
2. W 2016 roku skontrolowano 409 wodociągów zbiorowego zaopatrzenia w wodę (99,8%). Woda niespełniająca wymagań określonych w przepisach dostarczana była przez 4 wodociągi. Nadzorem objęto 72 inne podmioty zaopatrujące mieszkańców



Badania na obecność Legionelli sp. w latach 2012-2016.

- województwa w wodę.
3. Wodę dobrej jakości dostarczało 97,8% skontrolowanych wodociągów, zaopatrując w nią około 99,8% mieszkańców województwa korzystających z wody wodociągowej. Pozostała część odbiorców tj. 0,2% (4 tys.) otrzymywała wodę niespełniającą wymagań określonych w obowiązujących przepisach prawnych.
 4. Przyczyną nieodpowiedniej jakości wody produkowanej w województwie kujawsko-pomorskim przez wodociągi 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, jednakże w związku ze zmianą przepisów wydano więcej decyzji administracyjnych dotyczących jakości wody.
 5. Konieczne jest dalsze unowocześnianie technologii uzdatniania wody przede wszystkim w wodociągach o mniejszej produkcji, aby zapewnić jej właściwą jakość zgodną z obowiązującymi przepisami.
 6. Z przeprowadzonych w 2016 roku badań ciepłej wody w szpitalach i budynkach zamieszkania zbiorowego na obecność pałeczek *Legionella* sp. wynikało, że odsetek (18%) przekroczeń dopuszczalnej liczby bakterii w skontrolowanych obiektach był niższy niż w roku 2015 (21%).

HIGIENA KOMUNALNA 3

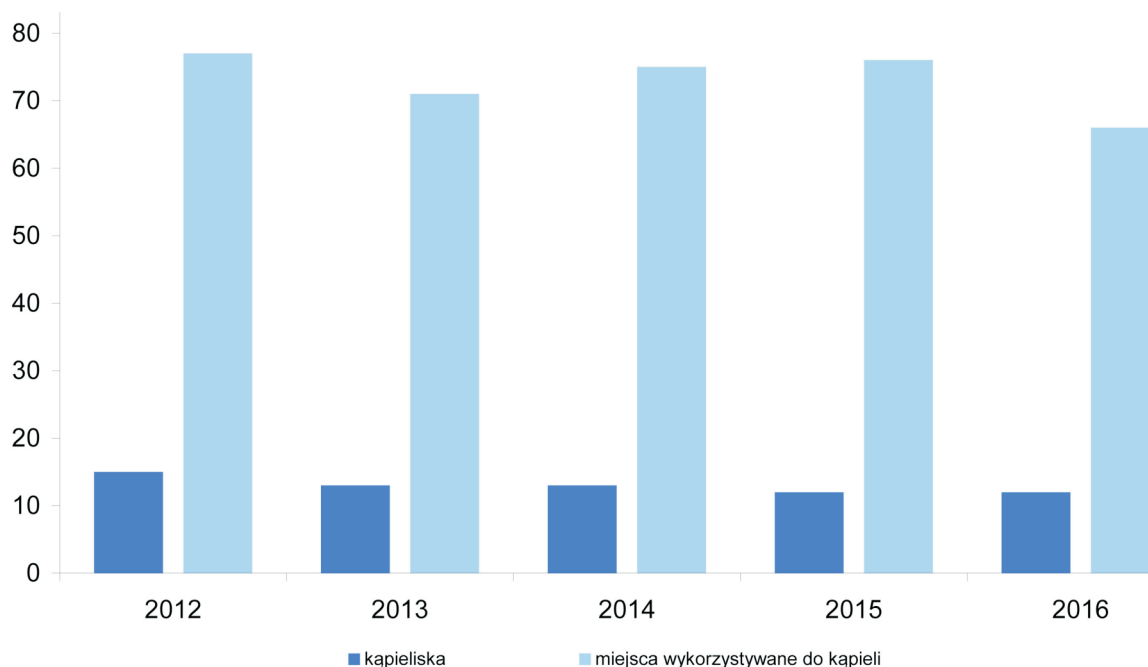


Kąpieliska i miejsca wykorzystywane do kąpiel.

Tegoroczny sezon kąpielowy był pierwszym, w którym obowiązywały nowe uregulowania prawne wynikające z implementacji Dyrektywy kąpieliskowej 2006/7/WE. Wnosiły one dwie istotne zmiany w zakresie przepisów dotyczących kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpiel. Znowelizowane przepisy (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpiel Dz. U. poz. 1510 oraz

rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ewidencji kąpielisk oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpiel), wprowadziły obowiązek aktywnego rozpowszechniania i niezwłocznego udostępniania informacji o klasyfikacji wody w kąpielisku i zakazie kąpiel poprzez oznakowanie kąpieliska ujednoliconym symbolem umieszczanym przez organizatora kąpieliska. Zmieniła się także koncepcja prowadzenia nadzoru nad kąpieliskami i miejscami wykorzystywanymi do kąpiel, a tym samym obowiązki Państwowej Inspekcji Sanitarnej

W wyżej wymienionych rozporządze-



Liczba kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpiel na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2012-2016.

niach wprowadzono do oceny kontroli wewnętrznej wykonywanej przez organy PIS, ocenę prawidłowego oznakowania kąpieliska przez organizatora. Ponadto zmianie uległ zakres punktów pobierania próbek wody do badań. W bieżącym sezonie pobór próbek wody do badań odbywał się z jednego stałego punktu na kąpielisku lub miejscu wykorzystywanym do kąpeli, gdzie spodziewana jest większość osób kąpiących się lub jest największe ryzyko zanieczyszczenia, zgodnie z informacjami zawartymi w profilu wody w kąpielisku.

W 2016 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego nadzorem sanitarnym objęto 12 kąpielisk, wyznaczonych uchwałami rad gmin i objętych raportowaniem do KE oraz 66 miejsc wykorzystywanych do kąpeli, zgłoszonych przez organizatorów organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Jednakże część spośród tych miejsc ze względów finansowych jeszcze w trakcie sezonu formalnie zakończyło działalność: (j. Bachotek - pow. brodnicki; j. Orłowskie - pow. lipnowski; j. Mochel - pow. sępoleński; j. Smerzyńskie, j. Rogowskie, j. Wolskie - pow. żnińskim).

W porównaniu z rokiem ubiegłym liczba kąpielisk nie uległa zmianie, natomiast liczba miejsc wykorzystywanych do kąpeli zmniejszyła się o 11 obiektów, co niewątpliwie spowodowane było wysokimi kosztami ich utrzymania, związanymi przede wszystkim z koniecznością zapewnienia sprzętu ratowniczego i zaplecza medycznego oraz trudnościami w pozyskaniu wykwalifikowanych ratowników wodnych.

W 2016 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 kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpeli. Przeprowadzona pod koniec 2016 r. klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach wykazała 12 kąpielisk o doskonałej jakości wody.

W ramach urzędowej kontroli, zarówno w kąpieliskach, jak i miejscach wykorzystywanych do kąpeli, w oparciu zarówno o badania własne, jak i te przekazane przez organizatorów, właściwi państwowi powiatowi inspektorzy sani-

tarni dokonywali bieżącej oceny jakości wody.

W ocenie przydatności wody do kąpeli uwzględniano przede wszystkim wskaźniki mikrobiologiczne kałowego zanieczyszczenia wody i bakterii *Escherichia coli* oraz zakwity sinic.

W 2016 r. wydano 9 (na 128) negatywnych ocen o nieprzydatności wody do kąpeli, które dotyczyły wyłącznie miejsc wykorzystywanych do kąpeli (7% wszystkich miejsc). Ze względu na przekroczenie parametru mikrobiologicznego (*E. coli*, Enterokoki) oceny o nieprzydatności wody do kąpeli dotyczące j. Służewskiego były wydane przed sezonem kąpielowym i w trakcie sezonu. Pozostałe 7 ocen o nieprzydatności wody do kąpeli wydano w związku z brakiem czasowego spełnienia wymagań jakości wody: incydentalny rozwój sinic na j. Kłoczek, na j. Stobno, na j. Raciąż, na j. Biała, na j. Tuchółka i na j. Kęsowo w powiecie tucholskim oraz pogorszenie jakości wody związku z wystąpieniem ponadnormatywnej liczby enterokoków na j. Ostrowąs w powiecie aleksandrowskim.

W bieżącym okresie sprawozdawczym zagospodarowanie terenów wokół miejsc wyznaczonych do kąpeli było 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 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 gastro-nomicznych. 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 również 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 niektórych miejscach wykorzystywanych do kąpieli nad bezpieczeństwem osób kąpiących się czuwali ratownicy wodni.

Podsumowując można stwierdzić, iż na terenie województwa kujawsko-pomorskiego wypoczynek nad kąpieliskiem i miejscem wykorzystywanym do kąpieli w sezonie letnim 2016 r., biorąc pod uwagę jakość wody, był bezpieczny. Wyjątek stanowi 8 miejsc zwyczajowych (na j. Służewskim, j. Ostrowąs w powiecie aleksandrowskim oraz j. Kłoczek, j. Stobno, j. Raciąż, j. Biała, j. Tuchółka i j. Kęsowo w powiecie tucholskim).

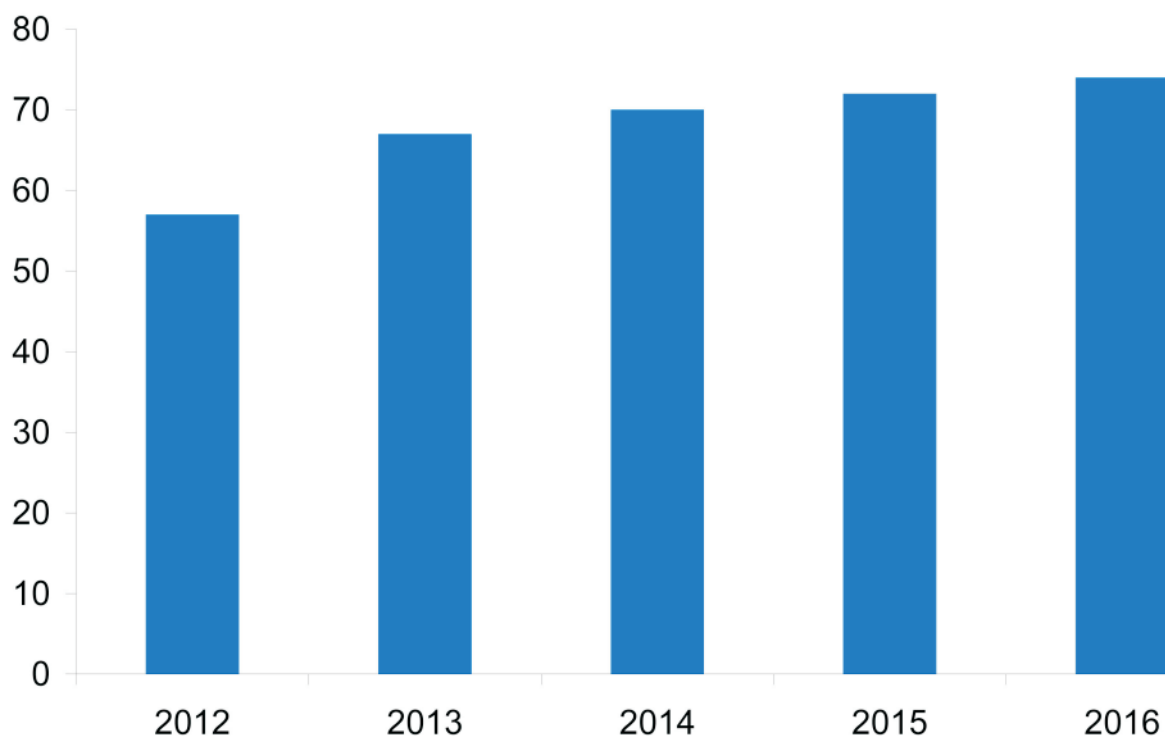
Pływalnie

Po kilkunastu latach braku regulacji prawnych dot. jakości wody przeznaczonej do pływania, w grudniu 2015 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. Nr 2015, poz. 2016). Rozporządzenie określa wymagania, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach,

częstotliwość pobierania próbek wody, metodyki referencyjne analiz i sposób oceny, czy woda ta odpowiada wymaganym warunkom oraz sposób informowania ludności o jakości wody na basenach. Ponadto z uwagi na długo trwającą lukę prawną w rozporządzeniu wyznaczono zarządzającym pływalniami okres 6-miesięczny na dostosowanie się do określonych wymogów.

W 2016 r. na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się łącznie 74 pływalnie. Skontrolowano stan sanitarny 71 obiektów. Najliczniejszą grupę obiektów basenowych stanowią pływalnie kryte (w tym parki wodne), których ogółem jest 66, co stanowi 89% wszystkich obiektów. Pływalni odkrytych zewidencjonowano 5 (7%), zaś pływalnie mieszane (kryto-odkryte) stanowiły najmniej liczną grupę - 3 (4%).

W porównaniu do lat ubiegłych stan liczbowy basenów w dalszym ciągu utrzymuje tendencję wzrostową. Liczba wszystkich pływalni w województwie zwiększyła się o 1 nowy obiekt - Park Wodny w powiecie świeckim, natomiast 2 podmioty z grupy obiektów hotelarskich po wej-



Liczba pływalni na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2012-2016.

ściu w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. Nr 2015, poz. 2016) zostały wyodrębnione jako oddzielne funkcjonujące obiekty i zakwalifikowane do grupy pływalni (basen przy Hotelu Atos w powiecie toruńskim, basen przy Herbarium Hotel & SPA w Chomiąży Szlacheckiej gm. Gąsawa, powiat żniński). W grupie pływalni odkrytych przekwalifikowany został basen letni Ośrodka Rekreacji i Wypoczynku w Grudziądzu, który nie spełniał ustawowej definicji pływalni z uwagi na brak wody przepływowej, w związku z powyższym w 2016 r. został zakwalifikowany do grupy terenów rekreacyjnych.

Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej

Wprowadzenie

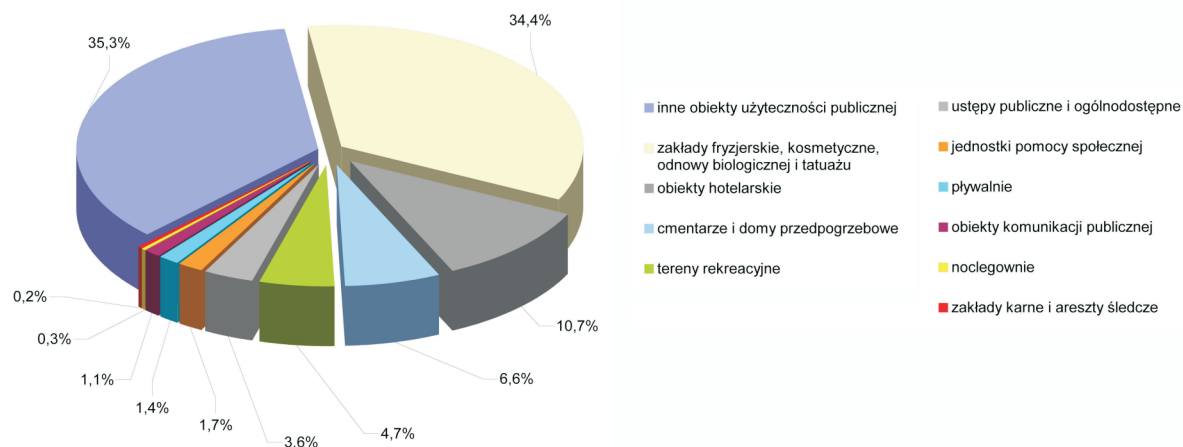
W roku 2016 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego, skontrolowały na terenie województwa kujawsko-pomorskiego 5086 obiektów użyteczności publicznej.

Najliczniejszą skontrolowaną grupą (34,4%) były zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej oraz zakłady świadczące łącznie powyższe usługi. Kolejne 10,7% obiektów stanowiły hotele, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe i inne obiekty świad-

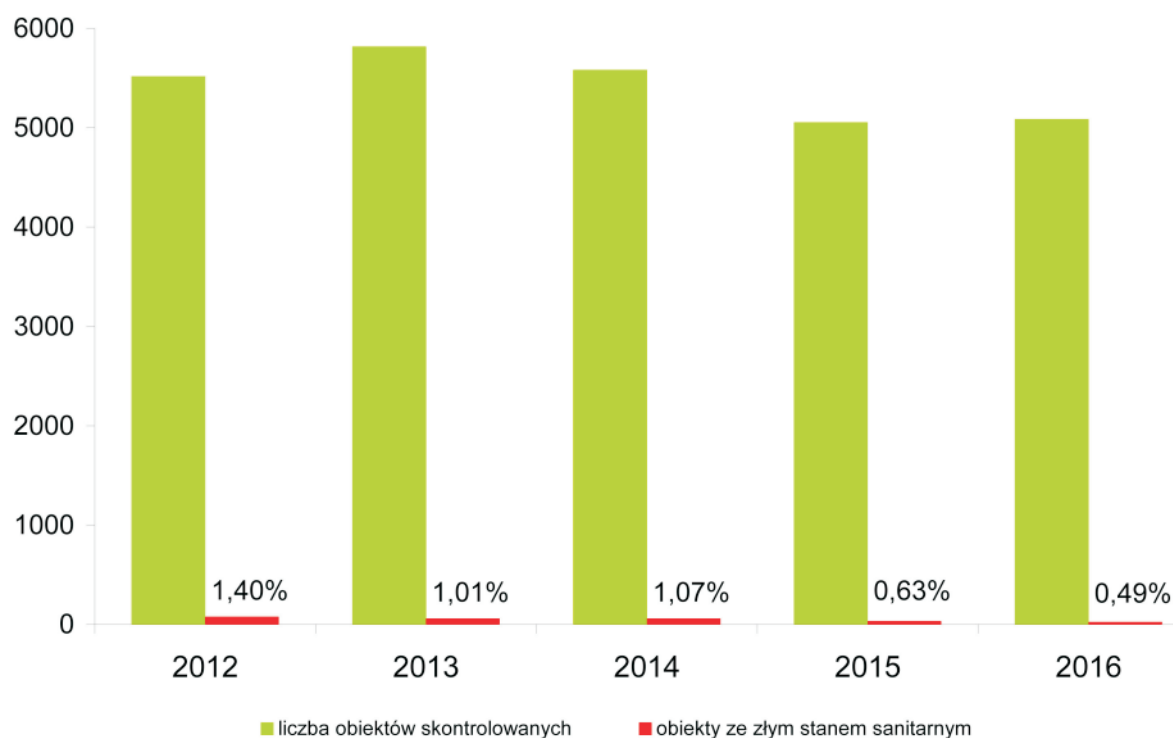
czące usługi hotelarskie, a 6,6% cmentarze i domy przedpogrzebowe. Udział pozostałych placówek wśród ogółu skontrolowanych, takich jak: tereny rekreacyjne, ustępy publiczne, obiekty komunikacji publicznej, domy pomocy społecznej i inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej, pływalnie, zakłady karne i areszty śledcze, noclegownie był odpowiednio mniejszy (4,7% - 0,2%). W bieżącym okresie sprawozdawczym kontrolami stanu sanitarnego objęto również znaczną, zróżnicowaną grupę obiektów (35,3% ogółu skontrolowanych) niezaliczanych do żadnej z wymienionych kategorii, określaną jako „inne obiekty użyteczności publicznej”, takie 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 25 (0,49% wszystkich obiektów poddanych kontroli), o 7 mniej niż w roku 2015.

W okresie kilku ostatnich lat w województwie kujawsko-pomorskim obserwuje się sukcesywną poprawę stanu sanitarnego obiektów użyteczności publicznej, wyrażoną przez malejącą z roku na rok liczbę placówek negatywnie ocenianych pod tym względem.



Obiekty użyteczności publicznej objęte kontrolą w 2016 roku, w poszczególnych grupach rodzajowych.



Obiekty użyteczności publicznej na terenie województwa kujawsko-pomorskiego objęte nadzorem sanitarnym w latach 2012-2016.

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 (182 na 201 zewidencjonowanych, co stanowi 90%). Analizując dane statystyczne można zauważyć, iż liczba ustępów publicznych pozostaje na zbliżonym poziomie, co w roku poprzednim, przybyły bowiem jedynie 2 toalety. O kolejne 10 obiektów (87) wzrosła natomiast w stosunku do roku ubiegłego liczba nadzorowanych toalet ogólnodostępnych w centrach handlowych, pasażach oraz supermarketach.

Ustępy publiczne należały do obiektów prezentujących zróżnicowane warunki techniczne i standard wyposażenia. Jednakże spośród obiektów skontrolowanych w 2016 roku negatyw-

nie nie oceniono żadnej toalety publicznej lub ogólnodostępnej. Za brak czystości bieżącej nałożono 2 mandaty karne na łączną kwotę 300 zł oraz prowadzono 3 postępowania administracyjne, wykonane w całości w wyznaczonych terminach.

Niezmienne 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 innych obiektach użyteczności publicznej, 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 - 39 ustępów publicznych tj. 34% i 62 ustępy

ogólnodostępnej tj. 71%.

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 zaspokajaniu niezbędnych potrzeb bytowych, zdrowotnych lub terapeutycznych.

W bieżącym okresie sprawozdawczym, z uwagi na złe warunki techniczne, analogicznie do 2015 roku, negatywną ocenę sanitarną uzyskał jeden basen przy Zespole Szkół Ogólnokształcących nr 2 w Grudziądzu (ze względu na przedłużające się w czasie wykonanie obowiązku doprowadzenia do właściwego stanu technicznego niecki basenowej i sanitariatów). W trakcie kontroli pozostałych basenów kąpielowych stwierdzano także nieprawidłowości związane z przekroczeniami fizykochemicznymi (chloroformu, chloru związanego, chloru wolnego i Σ THM), które usuwane były na bieżąco lub w terminach określanych w decyzjach administracyjnych oraz wystąpieniach. W związku ze złą jakością wody basenowej (*Pseudomonas aeruginosa*, *E. coli*) wydano 6 decyzji administracyjnych nakazujących czasowe wyłączenie niecek z eksploatacji z uwagi na realne zagrożenie dla zdrowia użytkowników (1 decyzja dla krytej pływalni przy Zespole Szkół Nr 8 w Toruniu, 2 decyzje dla krytej pływalni przy Zespole Szkół Nr 24 w Toruniu, 1 decyzja dla krytej pływalni przy Zespole Szkół Nr 16 w Toruniu, 1 decyzja dla krytej pływalni MOSiR w Lipnie, 1 decyzja dla Ośrodka Sportu i Rekreacji w Inowrocławiu).

Na skutek wejścia rozporządzenia dotyczącego wody na pływalniach, rozpoczęto badania wody w kierunku występowania pałeczki *Legionella* sp. w nieckach basenowych przy temperaturach $\geq 30^{\circ}\text{C}$ oraz w instalacjach wody ciepłej. W ramach sprawowanego nadzoru z uwagi na przekroczenia bakterii *Legionella* sp. wydano 1 decyzję administracyjną nakazującą czasowe wyłączenie natrysków w szatniach pływalni Plusk w Radziejowie przy Zespole Szkół Mechanicznych w Radziejowie w związku z wysoką oceną

skażenia pałeczkami *Legionella* sp. oraz 2 wystąpienia wydane w okresie dostosowania się zarządzających basenami do wymogów ww. rozporządzenia (kryta pływalnia „Wodny Park” i kryta pływalnia „Delfin” w Inowrocławiu). Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 2 mandaty karne na sumę 700 zł („Wodny Park” w Inowrocławiu - niezachowanie bieżącej czystości, Park Wodny w Świeciu - brak informowania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o krótkotrwałych zanieczyszczeniach mikrobiologicznych).

Na terenie województwa znajdowały się 53 domy pomocy społecznej. Ich liczba wzrosła w porównaniu do roku poprzedniego o 3 obiekty: 2 nowopowstałe (w powiecie toruńskim i żnińskim) oraz jeden (przeznaczony dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie), który został dodany do ewidencji. Należy podkreślić, iż wszystkie domy pomocy społecznej na terenie województwa charakteryzowały się dobrym stanem technicznym, będącym wynikiem realizacji wymogów ich standaryzacji. W 2016 roku skontrolowano 40 z nich, co stanowiło 75,5% zewidencjonowanych obiektów. Wszystkie na koniec roku otrzymały ocenę pozytywną. Placówki poddane kontroli zaopatrywane były w wodę do spożycia przez ludzi o odpowiedniej jakości, za wyjątkiem krótkotrwałego zanieczyszczenia mikrobiologicznego (bakterie grupy coli) wody z ujęcia własnego Domu Pomocy Społecznej w Siemionkach. Nie odnotowano nieprawidłowości w gospodarowaniu odpadami, również odpadami medycznymi, powstającymi w gabinetach medycznej pomocy doraźnej. Większość domów do czasu odbioru ich przez wyspecjalizowane firmy gromadziła i przechowywała wytwarzane odpady w odpowiednich warunkach. Część domów 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 6 domów

pomocy społecznej, prowadzonych w ramach działalności gospodarczej, dysponujących ogółem 126 miejscami. W 2016 roku powstały 2 kolejne takie obiekty (w powiecie inowrocławskim i mogileńskim) przeznaczone dla osób niepełnosprawnych, przewlekłe chorych lub w podeszłym wieku.

Ponadto w ewidencji znajdowało się 57 innych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, takich jak Środowiskowe Domy Samopomocy (40), Domy Dziennego Pobytu (12) oraz Ośrodek 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 z omawianej grupy zostało skontrolowanych 41 obiektów, tj. 72%. Wszystkie prezentowały dobry stan sanitarny i techniczny, jedynie w dwóch przypadkach wydane zostały decyzje administracyjne dotyczące stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń oraz nieprawidłowo funkcjonującej wentylacji, które zostały wykonane w wyznaczonym terminie.

Noclegownie

W 2016 roku na terenie województwa infrastruktura pomocowa dla osób bezdomnych obejmowała 19 noclegowni. W skontrolowanych w omawianym okresie obiektach (13) 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 i sanitarnych, prezentowały zasadniczo niski standard. Przeprowadzone kontrole wykazały, iż bieżąca czystość w noclegowniach była zachowana.

Obiekty świadczące usługi hotelarskie

Grupa ta obejmowała obiekty znacznie różnicowane, zarówno pod względem warunków technicznych i standardu wyposażenia, jak i zakresu oraz poziomu świadczonych usług.

W roku sprawozdawczym w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwie kujawsko-pomorskim znajdowało się łącznie 712 obiektów, do których należały: hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska, pola biwakowe oraz inne obiekty świadczące usługi hotelarskie. Kontrole stanu sanitarnego przeprowadzono w 544 (76,4%) 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, 160 (22,5%) z nich posiadało ustaloną kategorię, przy czym w liczbie tej przeważały hotele (138). Pozostałe podgrupy obiektów obejmowały: 4 motele, 4 pensjonaty, 4 kempingów, 10 schronisk młodzieżowych i pól biwakowych. Stan sanitarny został skontrolowany w 118 obiektach, co stanowi 73,8%. Zdecydowana większość otrzymała ocenę pozytywną. Jedynie z uwagi na zły stan sanitarno-techniczny podłóg w ciągach komunikacyjnych jeden hotel, podobnie jak w roku ubiegłym, zlokalizowany we Włocławku uzyskał w analizowanym okresie ocenę negatywną. Ponadto wszczęto 2 postępowania administracyjne, dotyczące niewłaściwego stanu sanitarno-technicznego ścian i sufitów w pokojach, ciągach komunikacyjnych i pomieszczeniu magazynowym, zakończone w roku sprawozdawczym, a w jednym przypadku z uwagi na rażące zaniedbania bieżące w obiekcie ukarano jego właściciela mandatem.

Najliczniejszą grupę rodzajową (552) 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 2016 roku skontrolowano 426 obiektów tej grupy, co stanowi 77,2%, przy czym niezadowolający stan sanitarny uzyskały jedynie 2 obiekty (Ośrodek Wypoczynkowy i obiekt hotelarski - hotelik sportowy). Przyczyną negatywnej oceny był zły stan techniczny ścian, sufitów i podłóg pomieszczeń mieszkalnych, sanitarno-higienicznych oraz ciągów komunikacyjnych. W 4 przypadkach, w sytuacjach rażących zaniedbań higienicznych wystawiono 4 mandaty karnena łączną kwotę 500 zł.

W trakcie roku sprawozdawczego wszczęto 10 postępowań administracyjnych, z których 4 zakończono, 3 umorzono z uwagi na realizację uchybień w krótkim terminie, uzyskując tym samym poprawę, a w 3 przypadkach realizacja obowiązków wyznaczona jest na rok bieżący.

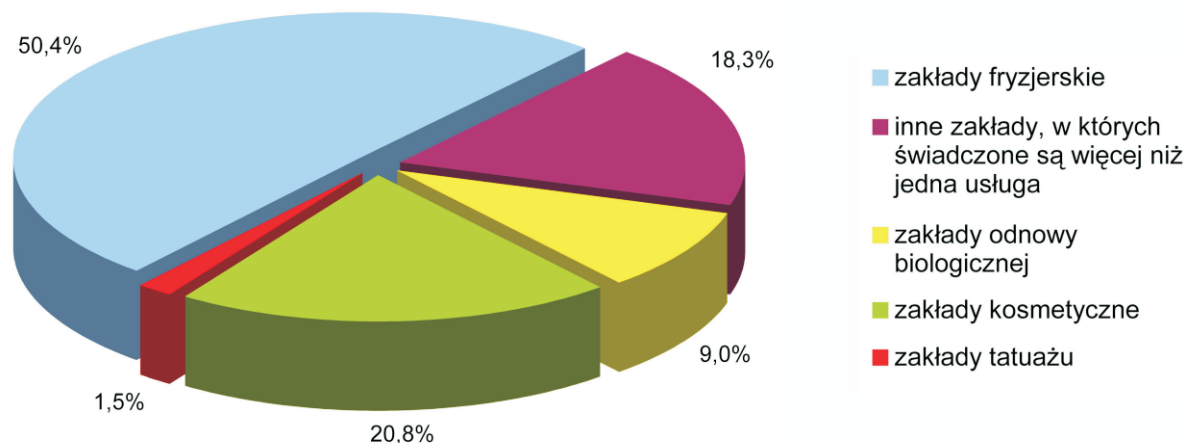
Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej i tatuażu oraz świadczące łącznie powyższe usługi

Jak co roku zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej i tatuażu oraz świadczące łącznie powyższe usługi stanowiły najlicz-

niejszą grupę obiektów użyteczności publicznej (2832 zakłady) objętych ewidencją Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Była to dynamicznie rozwijająca się na przestrzeni ostatnich lat grupa obiektów usługowych.

W 2016 roku przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego w 1750 zakładach, co stanowiło 61,8% objętych ewidencją. Wśród skontrolowanych obiektów przeważały zakłady fryzjerskie (881, tj. 50,4%) oraz kosmetyczne (363 tj. 20,8%). Działania przeprowadzono również w zakładach świadczących łącznie więcej niż jedną usługę (321, tj. 18,3%), zakładach odnowy biologicznej (158, tj. 9,0%) oraz tatuażu (27, tj. 1,5%).

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. Kontrolujący posiłkowali się innymi przepisami, głównie zapisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaź-



Obiekty usługowe w poszczególnych grupach rodzajowych, objęte kontrolą stanu sanitarnego w 2016 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

Wśród skontrolowanych w 2016 roku obiektów, nieprawidłowości stwierdzono w 31 (1,8%). Poprzez wykonanie 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 2016 roku jedynie w 8 (0,5%) zakładach niniejszy stan nadal budził zastrzeżenia. Wśród nieprawidłowości stwierdzano najczęściej zły stan sanitarno-techniczny ścian i podłóg pomieszczeń usługowych oraz w 1 przypadku brak ciepłej wody w toalecie.

Zakres kontroli obejmował również 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. Coraz częściej gabinety kosmetyczne zlecały sterylizację narzędzi podmiotom zewnętrznym lub stosowały wyłącznie sprzęt jednorazowy, rzadziej natomiast wykonywały zabiegi sterylizacji przy użyciu własnych autoklawów (ok. 25% gabinetów).

W przypadkach stosowania płynów dezynfekcyjnych i farb do włosów z nieaktualnym terminem przydatności, braku przeprowadzania systematycznych procesów sterylizacji narzędzi wielokrotnego użytku, a także w sytuacjach rażących zaniedbań w utrzymaniu bieżącej czystości, zostało nałożonych 16 mandatów karnych na łączną kwotę 2700 zł.

Obiekty i urządzenia komunikacji publicznej

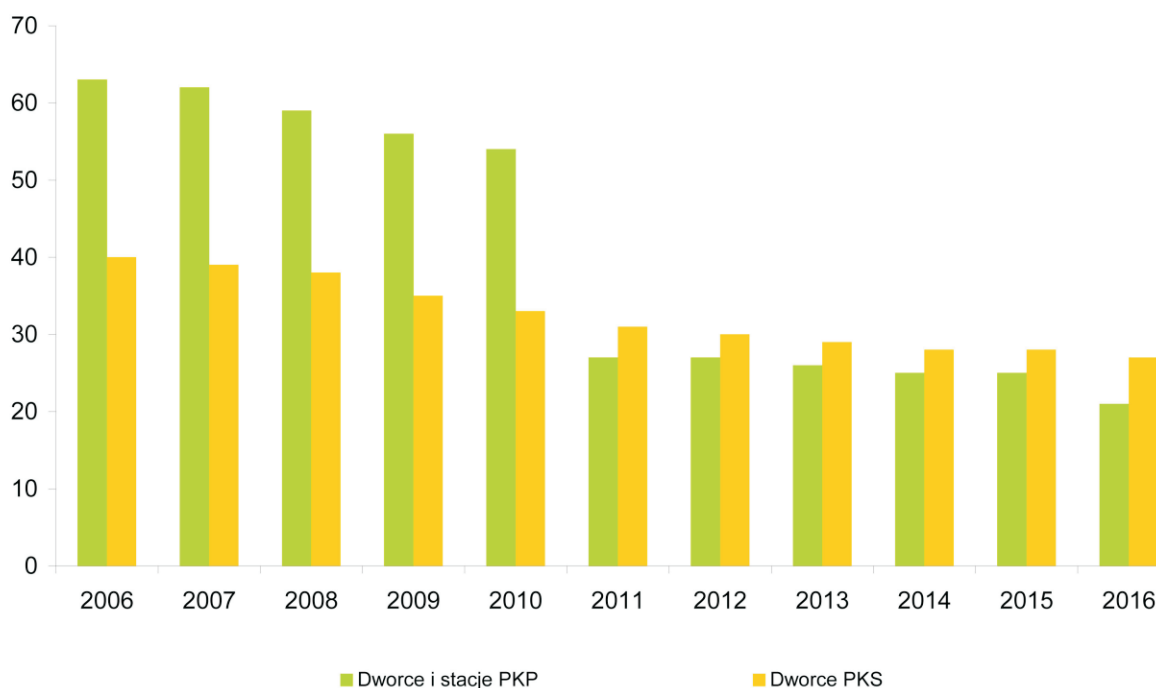
W tej grupie obiektów użyteczności pub-

licznej spośród 61 obiektów ujętych w ewidencji, skontrolowano łącznie 54 (88,5%), w tym: 26 dworców autobusowych, 17 dworców i stacji kolejowych, jeden port lotniczy z przejściem granicznym oraz 9 przystani jednostek pływających pasażerskich, rekreacyjnych i sportowych.

Najliczniejszą grupę obiektów komunikacji publicznej stanowiły dworce autobusowe - 27 (44,3%). Ich liczba w porównaniu z rokiem 2015 zmniejszyła się o kolejny obiekt (dworzec autobusowy w Barcinie w powiecie żnińskim został przeklasyfikowany na przystanek autobusowy). Przeprowadzone kontrole wykazały, iż dworce autobusowe prezentowały dobry stan sanitarny i porządkowy; żaden obiekt w bieżącym roku sprawozdawczym nie został oceniony negatywnie.

Drugą co do liczebności grupą obiektów komunikacji publicznej były dworce i stacje kolejowe (21), stanowiące 34,4% ww. obiektów. Ich liczba zmniejszyła się o 4 (kolejne 4 obiekty zostały przeklasyfikowane na przystanki kolejowe: w powiecie grudziądzkim - Grudziądz Mniszek, Grudziądz Owczarki, Mełno gm. Gruta oraz w powiecie bydgoskim - Solec Kujawski). Analizując liczbę tych obiektów zauważyć należy, iż od roku 2006 zmniejszyła się ona trzykrotnie - z 63 w 2006 roku do 21 w roku 2016. Od lat obiekty kolejowe niezmiennie charakteryzowały się zaledwie dostatecznym stanem sanitarnym i często nie zapewniały podróżnym odpowiednich warunków w trakcie podróży. Mimo to w roku 2016 nie oceniono negatywnie żadnego z nich. Na uwagę zasługuje fakt oddania do użytku nowego, zmodernizowanego obiektu - Stacja Bydgoszcz Leśna, która obok oddanych w roku 2015 dworców Bydgoszcz Główna i Toruń Główny reprezentuje obecnie wysoki standard obsługi klienta. Natomiast w dwóch obiektach - na dworcu głównym w Aleksandrowie Kujawskim i Inowrocławiu - nadal prowadzone są generalne prace remontowe.

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



Liczba zewidencjonowanych obiektów komunikacji publicznej na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2006-2016.

postępowania.

Pozostałe obiekty komunikacji publicznej (krajowy port lotniczy z przejściem granicznym, 9 przystani jednostek pływających pasażerskich, rekreacyjnych i sportowych) funkcjonowały bez większych zastrzeżeń.

W bieżącym roku na terenie województwa przeprowadzono 438 kontroli środków transportu publicznego. Działaniami objęto autobusy komunikacji publicznej (141), autobusy turystyczne (13), tramwaje (22), wagony w pociągach pasażerskich (5), 233 samochody, w tym: 43 do przewozu chorych, 5 do przewozu bielizny, 185 autokarawanów do przewozu zwłok i szczątków ludzkich oraz dodatkowo 24 inne środki transportu (busy, taksówki, tramwaje wodne, samochód do przewozu leków, 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 (326 w ewidencji), takie jak parki i skwery, place zabaw i piaskownice dla dzieci, ogrody zoobotaniczne, plaże, tężnie oraz inne tereny służące rekreacji.

W roku sprawozdawczym skontrolowano ogółem 241 obiektów, co stanowi 73,9% ogółu. Żadnego nie oceniono negatywnie.

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 499 cmentarzy. W stosunku do lat poprzednich ich liczba wzrosła o 3 obiekty (powstał nowy cmentarz komunalny w powiecie wąbrzeskim w miejscowości Książki oraz dodano do ewidencji 2 cmentarze ewangelickie - w powiecie grudziądzkim i świeckim). Skontrolowano łącznie 296 z nich, co stanowiło 59,3% 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 roku sprawozdawczym 2 oceniono negatywnie, ze względu na zły stan techniczny ścian w kaplicy cmentarnej oraz niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ogrodu cmentarza i nieprawidłową gospodarkę odpadami.

W ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 46 domów przedpogrzebowych; w okresie sprawozdawczym skontrolowanych zostało 40 z nich (87%). 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-higienicznych, zatem żaden dom przedpogrzebowy nie został oceniony pod tym względem negatywnie.

Należy zwrócić uwagę, iż w województwie nadal były powiaty, na terenie których nie funkcjonował żaden dom przedpogrzebowy. Sytuacja taka miała miejsce w powiatach: nakielskim, sępoleńskim, świeckim, tucholskim i wąbrzeskim. W powyższych powiatach funkcję domów przedpogrzebowych spełniały prosektoria przyszpitalne lub inne przystosowane do tego celu miejsca (np. kostnice i kaplice).

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

W bieżącym roku sprawozdawczym Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni wydali 900 decyzji zezwalających na ekshumacje i przewiezenie zwłok oraz uczestniczyli w 312 z nich, nie odnotowując żadnych nieprawidłowości w ich przebiegu.

Zakłady karne i areszty śledcze

Na terenie województwa znajduje się 10 zakładów karnych i 2 areszty śledcze, z których 11 skontrolowano, oceniając je pozytywnie. Zakończono postępowania administracyjne z lat ubiegłych uzyskując poprawę warunków sanitarno-technicznych w 1 Areszcie Śledczym i 1 Zakładzie Karnym, natomiast w dwóch kolejnych zakładach, w roku sprawozdawczym, prowadzone były remonty generalne całych obiektów.

Inne obiekty użyteczności publicznej

Grupę tę stanowiły zarówno obiekty, będące w ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych, jak i inne niezewidencjonowane, pełniące różne funkcje, 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, kostnice i inne. W 2016 roku skontrolowano łącznie 1799 obiektów z tej grupy, przy czym zły stan sanitarny odnotowano w 11 z nich, co stanowiło jedynie 0,61% ogólnej liczby placówek poddanych kontroli. Wśród obiektów ocenionych w bieżącym roku negatywnie znalazły się: obiekty sportowe (4), kostnice (2), świetlica wiejska (1), pralnia (1) oraz obiekty zgłoszone w ramach interwencji (3).

Wnioski

1. W grupie skontrolowanych w 2016 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego obiektów użyteczności publicznej procentowy udział placówek, które otrzymały ocenę negatywną, wyniósł jedynie 0,49% (25) ogółu skontrolowanych i jest niższy niż w roku

ubiegłym (0,63%). Obserwujemy sukcesywną poprawę stanu sanitarnego kontrolowanych obiektów.

2. Pozytywną ocenę sanitarną spośród ogółu placówek skontrolowanych w 2016 roku otrzymały wszystkie obiekty, należące do takich grup rodzajowych, jak: ustępy publiczne i ogólnodostępne, domy pomocy społecznej i inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej, noclegownie, dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, przystanie żeglugi śródlądowej, tereny rekreacyjne, 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. W związku z odbywającymi się w Polsce Światowymi Dniami Młodzieży przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczyli w pracach zespołów przygotowujących i nadzorujących przebieg tego wydarzenia. Ponadto wzmożony został nadzór sanitarny nad obiektami i urządzeniami komunikacji publicznej, bazą hotelową i miejscami przebywania pielgrzymów w czasie trwania ich pobytu na terenie województwa.
5. 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 2016 powstały jedynie 2 obiekty tego typu.

ŻYWNOSĆ, ŻYWIENIE I PRZEDMIOTY UŻYTKU



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

W 2016 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna województwa kujawsko-pomorskiego obejmowała nadzorem 23576 obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz 194 zakłady produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

Spośród obiektów ujętych w ewidencji skontrolowano w minionym roku łącznie 10217 zakładów, z czego 10154 dotyczyło obiektów żywnościowych oraz obiektów działających na rynku materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, a 63 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

W przypadku 7122 obiektów dokonano oceny ich stanu sanitarnego, w oparciu o aktu-

alnie 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, 5 obiektów w zakresie dokumentacji, 7 obiektów 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 109 zakładów, co stanowi 1,1% ogółu skontrolowanych.

Bardziej szczegółowe dane na ten temat przedstawiają dwie poniższe tabele.

Stan sanitarny obiektów produkcji, obrotu środkami spożywczymi, żywienia zbiorowego, materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością w latach 2013-2016.

L.p.	Grupa obiektów	Liczba obiektów skontrolowanych				Liczba obiektów niezgodnych z wymaganiami			
		2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Obiekty produkcji żywności									
1	Wytwórnice lodów	19	18	18	23	0	1	0	0
2	Automaty do lodów	160	162	149	140	0	1	1	0
3	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	5	5	5	7	1	0	0	0
4	Piekarnie	246	233	195	192	4	10	8	5
5	Ciastkarnie	129	129	119	118	1	3	3	1
6	Przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe	67	72	55	74	0	1	0	0
7	Browary i słodownie	3	2	3	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	6	5	6	6	0	0	0	0

10	Zakłady garmazeryjne	24	23	23	25	0	0	0	1
11	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	30	29	19	23	1	0	0	0
12	Wytwórnie makaronów	6	6	3	5	0	0	0	0
13	Wytwórnie wyrobów cukierniczych	36	36	32	37	1	0	1	1
14	Wytwórnie koncentratów spożywczych	15	15	16	17	0	0	0	0
15	Wytwórnie octu, majonezu i musztardy	3	2	3	2	0	0	0	0
16	Wytwórnie chrupek, chipsów i prażynek	1	1	1	1	0	0	0	0
17	Wytwórnie suplementów diety	4	4	4	5	0	0	0	0
18	Wytwórnie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	0	0	0	0	0	0	0	0
19	Wytwórnie substancji dodatkowych	2	1	0	2	0	0	0	0
20	Cukrownie	3	3	2	3	0	0	0	0
21	Inne wytwórnie żywności	83	113	160	215	0	0	1	0
Obiekty obrotu żywnością									
22	Sklepy spożywcze w tym, supermarkety, hipermarkety	4 709	4 479	4 474	4 395	44	59	65	63
23	Kioski w tym: kioski na targowiskach sprzedające mięso	289	234	202	201	2	1	1	3
	kioski na targowiskach sprzedające inne środki spożywcze	37	33	23	29	0	0	0	0
		59	40	43	37	0	0	1	3
24	Magazyny hurtowe w tym: hurtownie suplementów diety	326	363	312	325	0	9	2	3
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	7	9	3	5	0	0	0	0
		96	123	124	133	0	0	0	0
26	Środki transportu	311	208	230	198	0	0	0	0
27	Inne obiekty obrotu żywnością	231	220	295	296	0	0	0	0
Obiekty żywienia zbiorowego									
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte w tym: zakłady małej gastronomii	2 364	2 330	2 191	2 172	15	26	22	31
	wagony gastronomiczne (restauracyjne i barowe)	1 553	1 495	1 374	1 284	7	16	7	11
		0	0	0	0	0	0	0	0
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	1 492	1 511	1 406	1 443	2	9	9	1
a)	stołówki pracownicze	27	23	17	20	0	0	2	0
	b) bufety przy zakładach pracy	40	45	47	43	0	0	0	0
c)	stołówki w domach wczasowych	35	33	33	34	0	0	3	0
	d) bloki żywienia w szpitalach	33	34	35	37	0	0	0	0
e)	w tym: żywienie w systemie cateringowym	17	20	23	22	0	0	0	0
	kuchnie niemowlęce	11	7	7	6	0	0	0	0
f)	bloki żywienia w sanatoriach i prewentoriach	30	25	25	25	0	1	0	0
	w tym: żywienie w systemie cateringowym	0	0	0	1	0	0	0	0
g)	bloki żywienia w domach opieki społecznej	29	30	31	38	0	1	0	0
	w tym: żywienie w systemie cateringowym	5	7	5	7	0	0	0	0
h)	stołówki w żłobkach, domach małego dziecka	30	32	34	36	0	0	0	0
	i) stołówki szkolne	478	478	417	441	1	2	1	0
j)	w tym: żywienie w systemie cateringowym	201	192	179	192	0	0	0	0
	stołówki w bursach i internatach	31	22	25	22	0	0	0	0
k)	stołówki na koloniach, półkoloniach, obozach i zimowiskach	164	151	156	130	0	0	1	0
	l) stołówki w przedszkolach	395	440	382	407	0	3	0	0
m)	w tym: żywienie w systemie cateringowym	127	153	140	177	0	0	0	0
	stołówki w domach dziecka i młodzieży	6	8	5	7	0	0	0	0
n)	stołówki studenckie	8	7	6	6	0	0	0	0
	o) stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych	24	29	24	32	0	0	0	0
p)	zakłady usług cateringowych	36	43	46	47	1	0	0	0
	inne zakłady żywienia	115	104	116	112	0	2	2	0
30	Razem (wiersze 1-29)	10 663	10 330	10 050	10 065	71	120	113	109
31	Wytwórnie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	40	37	32	36	0	0	0	0
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	59	43	49	53	0	0	0	0
	w tym: hurtownie	18	19	20	19	0	0	0	0
	sklepy	41	4	29	34	0	0	0	0
33	Razem (wiersze 31-32)	99	80	81	89	0	0	0	0
34	Ogółem (wiersze 30-33)	10 762	10 410	10 131	10 154	71	120	113	109

Odsetek grup obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku o złym stanie sanitarnym w latach 2012-2016 (stosunek liczby obiektów niezgodnych do liczby obiektów skontrolowanych w poszczególnych grupach obiektów).

Rodzaj obiektu	2012	2013	2014	2015	2016
Zakłady garmazeryjne	0	0	0	0	4
Wytwórnie wyrobów cukierniczych	0	2,8	0	3,1	2,7
Piekarnie	1,8	1,6	23,3	4,1	2,6
Kioski	0,9	0,7	0,4	0,5	1,5
Sklepy spożywcze	1,0	0,9	1,3	1,5	1,4
w tym: supermarkety, hipermarkety	0	0	0,9	0,6	0,3
Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	0,6	0,6	1,1	1,0	1,4
Magazyny hurtowe	0,5	0	2,5	0,6	0,9
w tym: hurtownie suplementów diety	0	0	0	0	0
Ciastkarnie	0	0,8	2,3	2,5	0,8
Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,07	0,1	0,6	0,6	0,1
Automaty do lodów	0	0	0,6	0,7	0
Inne wytwórnie żywności	0	0	0	0,6	0
Wytwórnie lodów	0	0	5,6	0	0
Przetwórnie owocowo-warzywne i grzybowe	1,6	0	1,4	0	0
Obiekty ruchome i tymczasowe	0,9	0	0	0	0
Inne obiekty obrotu żywnością	0,2	0	0	0	0
Browary i słodownie	0	0	0	0	0
Wytwórnie tłuszczów roślinnych i mieszanin	0	20,0	0	0	0
Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	0	3,3	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 chrupków, 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
Cukrownie	0	0	0	0	0

W 2016 roku grupami obiektów o najgorszym stanie sanitarnym były: zakłady garmazeryjne, w których stwierdzono najwyższy odsetek obiektów niezgodnych (4%); wytwórnie wyrobów cukierniczych (2,7%) oraz piekarnie (2,6%).

W porównaniu z rokiem ubiegłym znacznej poprawie uległy ciastkarnie. Dość niski odsetek obiektów niezgodnych, utrzymujący się od 2012 roku odnotowano w grupie zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego.

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

W roku sprawozdawczym 2016 na tere-

nie województwa kujawsko-pomorskiego pobrano do badań laboratoryjnych 4376 próbek, w tym pobór 4100 próbek wynikał z realizacji „Planu pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rok 2016” oraz interwencji konsumenckich. Pozostała liczba pobranych próbek związana była z zatruciami pokarmowymi (276 próbek). Pobór próbek realizowany zgodnie z ww. planem obejmował zarówno środki spożywcze (4019 próbek), jak i materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością (talerze, miski, kubki, kieliszki, czajniki, pojemniki do przechowywania żywności itp. - 81 próbek).

Znaczna część próbek pobrana do badań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego



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.

Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku (162 próbki). Oprócz tego 41 próbek zostało poddanych wyłącznie ocenie znakowania.

Poza strukturą województwa kujawsko-pomorskiego w roku 2016 zbadano 681 próbek środków spożywczych oraz 62 próbki materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Przedmiotowe próbki środków spożywczych zostały przebadane w następujących kierunkach: metale szkodliwe dla zdrowia, azotany, GMO, gluten, izomery trans, pozostałości pestycydów, 3-MCPD, metanol, cyjanowodór i karbaminian etylu, napromienianie żywności promieniami 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).

Z przedstawionych w tabelach danych wynika, iż większość środków spożywczych oraz

Liczba próbek suplementów diety, żywności wzbogacanej i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego pobranych i zdyskwalifikowanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2012-2016.

Asortyment	Liczba próbek									
	Zbadanych i/lub poddanych ocenie znakowania					Zdyskwalifikowanych				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Suplementy diety	15	14	80	88	125	1	1	10	16	15
Żywność wzbogacana	30	27	36	37	37	2	2	2	0	0
ŚSSPŻ	15	10	21	30	41	6	3	4	2	3

została przebadana przez laboratoria stacji sanitarno-epidemiologicznych w Bydgoszczy, Toruniu, Włocławku i Grudziądzu (3633).

Pozostała liczba próbek (743) 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 Oddziale

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 40 próbek, tj. 1,1% ogółu zbadanych. Badania fizykochemiczne prowadzono w kierunkach oznaczania: mykotoksyn, wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych, furanu, jo-

Liczba próbek pobranych i zdyskwalifikowanych w wybranych kierunkach badań, zbadanych poza strukturą województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2012-2016.

Kierunek badań	Liczba próbek									
	pobranych					zdyskwalifikowanych				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Metale szkodliwe dla zdrowia	308	332	289	294	305	0	3	1	0	0
Azotany	41	41	35	35	35	0	0	0	0	1
GMO	35	34	35	36	38	2	0	1	1	1
Gluten	12	12	10	15	20	0	0	0	0	0
Izomery trans	4	4	4	6	6	0	0	0	0	0
Pestycydy	135	135	135	137	135	4	2	0	1	1
3-MCPD	6	7	16	17	19	0	2	0	0	0
Metanol i cyjanowodór	5	16	5	5	5	0	0	1	0	0
Napromienianie	14	20	24	20	22	0	1	0	1	0
Akryloamid	10	11	9	9	9	0	0	0	0	0
Przedmioty Użytku	78	73	65	66	62	2	5	1	1	1
Oleje mineralne	-	6	6	7	7	-	0	0	0	0
Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe u bakterii zoonotycznych i komensalnych	-	-	-	40	20	-	-	-	0	0
Żywność wzbogacana w kw. tłuszcz. omega 3	-	-	-	2	2	-	-	-	-	0
Alkaloidy tropanowe	-	-	-	-	7					0
Alkaloidy sporyszu	-	-	-	-	7					0
Razem	650	692	635	689	699	8	13	6	4	4

Liczba oraz rodzaj zbadanych i zdyskwalifikowanych próbek w 2016 r. w porównaniu z 2015, zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego.

Rodzaj próbki	Liczba próbek				Odsetek próbek zdyskwalifikowanych	
	zbadanych		zdyskwalifikowanych		zdyskwalifikowanych	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Środki spożywcze krajowe i z innych krajów unii europejskiej	2 725	3 212	24	39	0,9	1,2
Środki spożywcze z importu	72	145	1	0	1,4	0
Próbki związane z ogniskami zatruć pokarmowych	130	276	7	1	5,4	0,4
Razem	2 927	3 633	32	40	1,1	1,1

du w soli spożywczej, histaminy, dozwolonych substancji dodatkowych i ich czystości, skażenia promieniotwórczego, witamin, składników mineralnych, błonnika w suplementach diety i środkach spożywczych wzbogaczonych, związków polarnych w tłuszczach przeznaczonych do smażenia oraz innych parametrów (jakość organoleptyczna, parametry jęczenia tłuszczów, kwas eru-

kowy). Badania mikrobiologiczne obejmowały drobnoustroje niebezpieczne dla zdrowia, które mogą występować w żywności i próbkach pobranych w przypadku wystąpienia zatrucia pokarmowego.

Odsetek próbek zdyskwalifikowanych był w 2016 r. taki sam, jak w roku 2015. Wszystkie próbki zdyskwalifikowane dotyczyły środków

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

Kierunek badań	Procent zdyskwalifikowanych próbek				
	2012	2013	2014	2015	2016
Metale szkodliwe dla zdrowia	0	0,9	0,3	0	0
Azotany	0	0	0	0	2,9
GMO	5,7	0	2,9	2,8	2,6
Gluten	0	0	0	0	0
Izomery trans	0	0	0	0	0
Pestycydy	3,0	1,5	0	0,7	0,7
3-MCPD	0	29	0	0	0
Metanol i cyjanowodór	0	0	20	0	0
Napromienianie	0	5	0	5	0
Akryloamid	0	0	0	0	0
Przedmioty Użytku	2,6	6,8	1,5	1,5	1,6
Oleje mineralne	-	0	0	0	0
Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe u bakterii zoonotycznych i komensalnych	-	-	-	0	0
Żywność wzbogacana w kwasy tłuszczowe omega 3	-	-	-	0	0
Alkaloidy tropanowe	-	-	-	-	0
Alkaloidy sporyszu	-	-	-	-	0
Razem	1,2	1,9	0,9	0,6	0,6

Liczby próbek zbadanych i zdyskwalifikowanych w 2016 r. w poszczególnych kierunkach badań, zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego.

Środki spożywcze	Liczba próbek			
	zbadanych		zdyskwalifikowanych	
	mikrobiologicznie	fizykochemicznie	mikrobiologicznie	fizykochemicznie
krajowe i z innych krajów UE	2 495	717	29	10
z importu	30	115	0	0
Razem	2 525	832	29	10

spożywczych krajowych i z innych państw UE, z czego większość - 37 próbki stanowiły produkty krajowe.

Z danych przedstawionych w tabeli wynika, że głównymi czynnikami dyskwalifikującymi środki spożywcze są ponadnormatywne zanieczyszczenia mikrobiologiczne, które stwierdzono w 29 próbkach na 2525 próbek zbadanych, co stanowi 1,1%. Probki, w których zanotowano przekroczenia parametrów mikrobiologicznych stanowią 74% wszystkich próbek zdyskwalifikowanych. Dyskwalifikacje dotyczyły środków spożywczych zbadanych w kierunku: Salmonella - 13

próbek, Escherichia coli - 5 próbek, Enterobacteriaceae - 10 próbek, ogólnej liczby drobnoustrojów - 1 próbka.

W przypadku badań fizykochemicznych zdyskwalifikowanych zostało 10 próbek, co stanowi 16% wszystkich próbek zdyskwalifikowanych i 1,2% wszystkich próbek zbadanych fizykochemicznie. Dyskwalifikacje dotyczyły produktów spożywczych badanych w kierunku: mykotozyn - 1 próbka, poziomu jodu w soli - 2 próbki, zanieczyszczeń biologicznych i fizycznych - 4 próbki, związków polarnych w tłuszczach przeznaczonych do smażenia - 3 próbki.

Z analizy danych zawartych w tabeli wynika, że w pięciu grupach produktów nastąpił niewielki wzrost procentowy próbek zdyskwalifikowanych w porównaniu z 2015 r. W pozostałych grupach asortymentowych odsetek się nieznacznie zmniejszył.

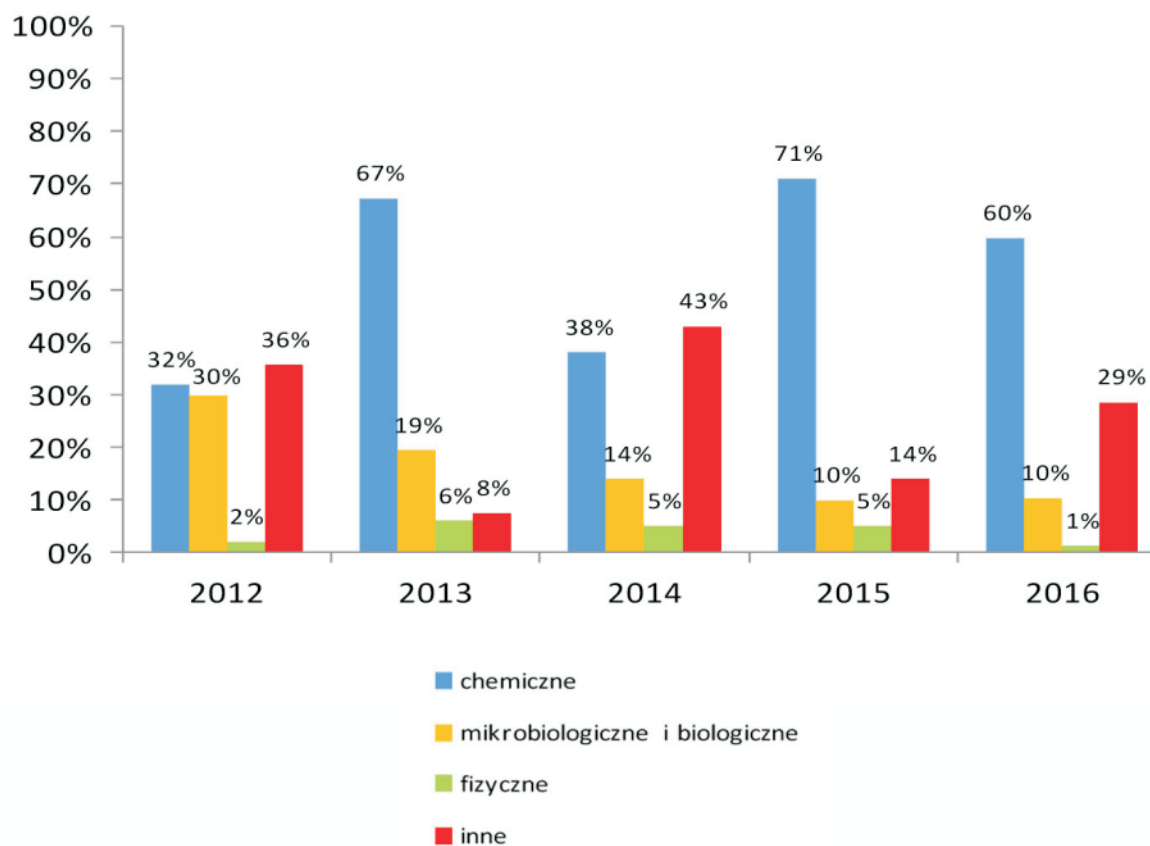
RASFF - System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach

W 2016 roku w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszcy w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (RASFF) odnotowano 77 powiadomień. Spośród łącznej liczby powiadomień 32 stanowiły powiadomienia o charakterze alarmowym, 45 zostało zarejestro-

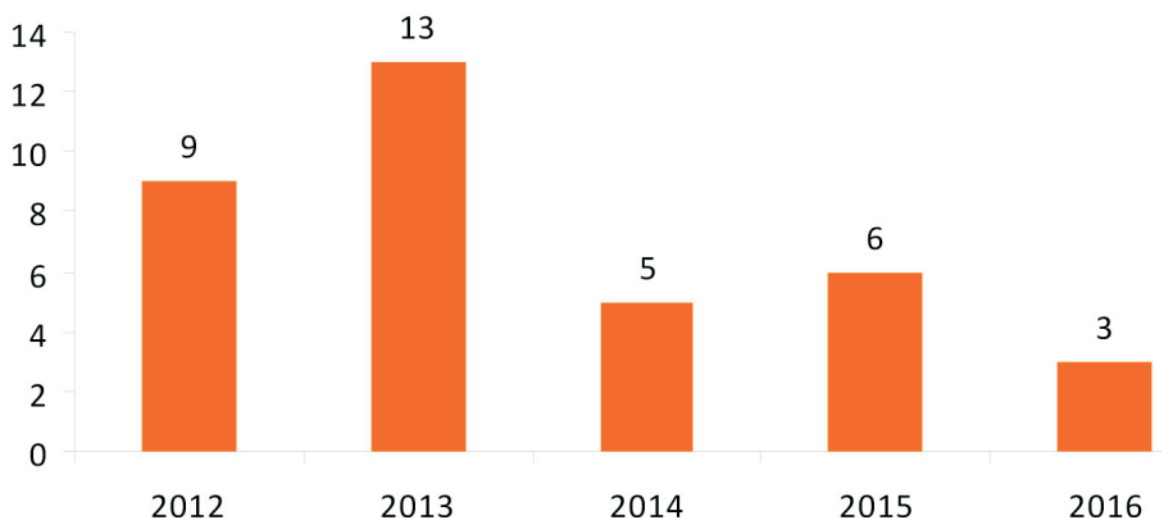
wanych jako powiadomienia informacyjne. Postępowania wyjaśniające prowadzone na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w ramach przedmiotowego systemu dotyczyły w 6 przypadkach (8% odnotowanej liczby powiadomień RASFF) materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. Pozostałe działania związane były z kwestionowaną żywnością. Produkty kwestionowano z uwagi na następujące zanieczyszczenia:

- chemiczne - 46 powiadomień
- inne - 22 powiadomienia biologiczne i mikrobiologiczne - 8 powiadomień
- fizyczne - 1 powiadomienie

W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających z sieci RASFF wycofano 1 powiadomienie.



Kategorie zanieczyszczeń w powiadomieniach alarmowych i informacyjnych dot. woj. kujawsko-pomorskiego, w latach 2012-2016, przedstawione w procentach.



Liczba zgłoszonych przez WSSE w Bydgoszczy do systemu RASFF potencjalnie niebezpiecznych produktów w latach 2012-2016.

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego zgłosili do Krajowego Punktu Kontaktowego RASFF w GIS 3 potencjalnie niebezpieczne produkty.

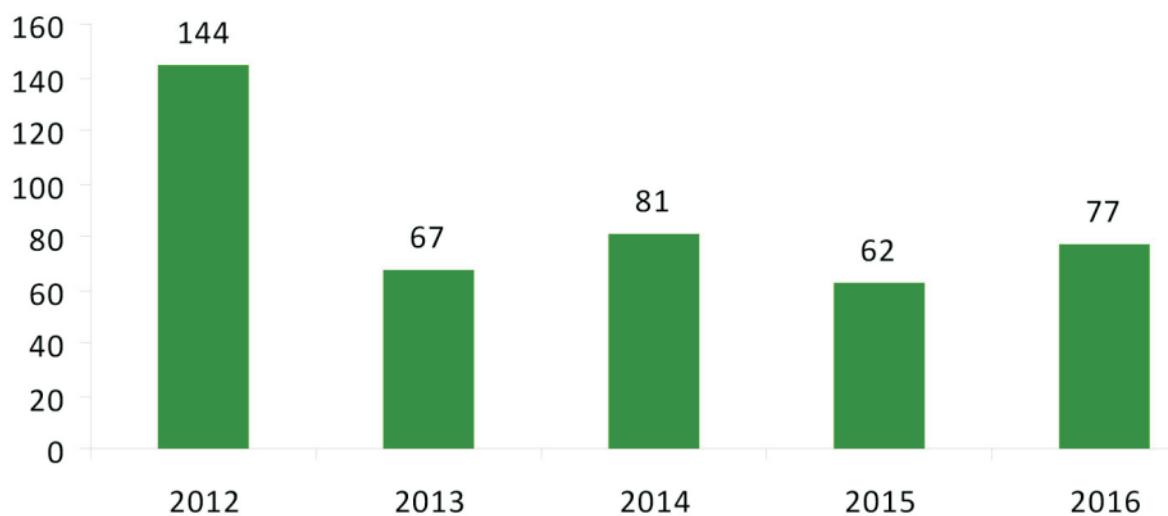
Trudno dokładnie przewidzieć na dany rok kalendarzowy ilość, rodzaj oraz przyczyny kwestionowania produktów zgłaszanych do Systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach. Powyższe elementy uzależnione są od wielu czynników, m.in. od ukierunkowania planu poboru próbek w ramach urzędowej 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 2016 roku utrzymał się duży wskaźnik zanieczyszczeń chemicznych, stanowiących jedną z przyczyn kwestionowania produktów. Do najczęściej występujących przyczyn kwestionowania wyrobów z uwagi na zanieczyszczenia chemiczne należą: przekroczenie dopuszczalnego poziomu siarczynów, mykotoksyn oraz amin pierwszorzędowych. Duży odsetek ww. zanieczyszczeń związany jest ze specyfiką strategii przedsiębiorstw, które w obliczach kryzysu gospodarczego nastawione są jedynie na zys. Zmniejszenie kosztów produkcji żywności oraz

Odsetek próbek zdyskwalifikowanych w poszczególnych grupach produktów w latach 2015 - 2016 (dot. próbek zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego).

Grupa produktu	Pochodzenie próbki	Procent próbek zdyskwalifikowanych	
		2015	2016
Mięso, podroby i produkty mięsne	kraj	1,1	5,4
Drób, podroby, produkty drobiarskie, jaja i produkty jajeczne	kraj	0,8	1,5
Mleko i przetwory mleczne	kraj	2,4	1,9
Ziarna zbóż i przetwory zbożowo-mączne	kraj	5,6	4,2
Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	kraj	0,8	0,7
Owoce	Import/kraj	0,5	0,5
Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	kraj	1,1	0
Tłuszcze roślinne	kraj/UE	2,6	9,5
Sól spożywcza	kraj	0	11,8
Inne	kraj	0	4,2



Liczba powiadomień w systemie RASFF, w stosunku do których podejmowano działania na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2012-2016.

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.



HIGIENA PRACY 1



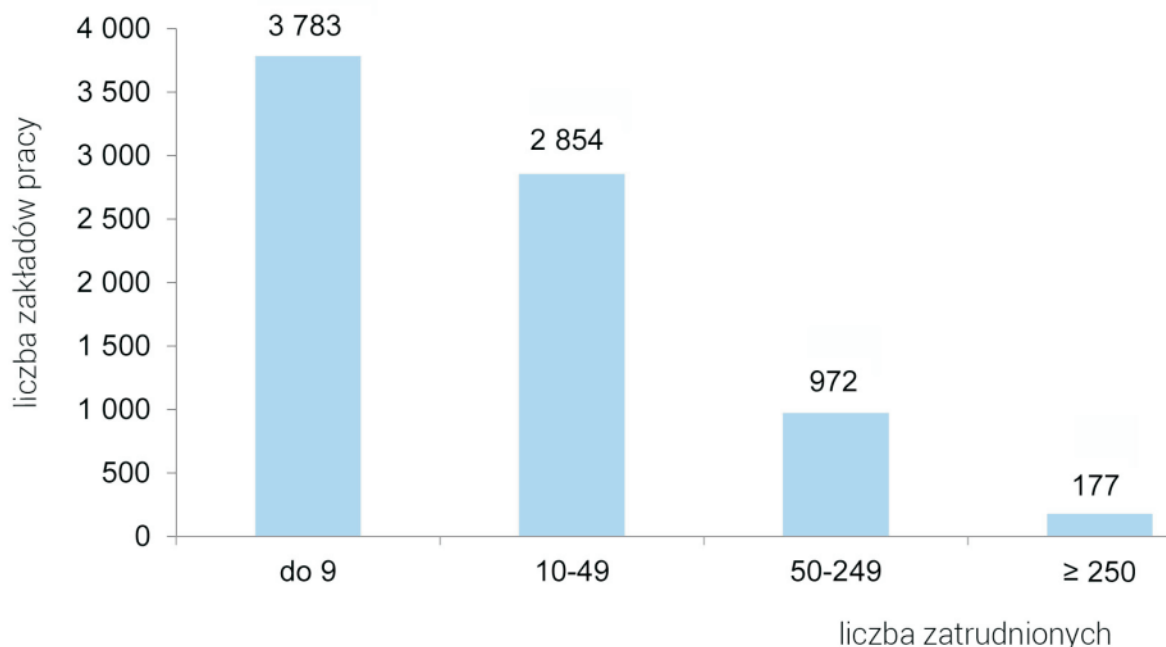
Środowisko pracy

Bieżący nadzór sanitarny nad warunkami pracy w zakładach pracy znajdujących się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego sprawowało 59 pracowników pełnozatrudnionych

oraz 7 niepełnozatrudnionych. Działalność nadzoru ukierunkowana była na poprawę warunków pracy. Przeprowadzane kontrole koncentrowały się przede wszystkim na głównych zagrożeniach dla zdrowia pracowników, mając za cel szeroko pojętą profilaktykę chorób zawodowych i innych

Liczba zakładów objętych ewidencją oraz liczba osób zatrudnionych w 2016 roku, w województwie kujawsko-pomorskim wg SSE

Stacja sanitarno-epidemiologiczna	Liczba	
	zakładów w ewidencji	osób zatrudnionych
PSSE w Aleksandrowie Kuj.	142	4 073
PSSE w Brodnicy	429	12 974
PSSE w Bydgoszczy	1 210	67 536
PSSE w Chełmnie	339	5 833
PSSE w Golubiu-Dobrzyniu	176	4 539
PSSE w Grudziądzu	600	25 091
PSSE w Inowrocławiu	563	16 948
PSSE w Lipnie	168	3 340
PSSE w Mogilnie	218	3 594
PSSE w Nakle	425	10 365
PSSE w Radziejowie	190	2 622
PSSE w Rypinie	170	4 286
PSSE w Sępólnie Krajeńskim	216	4 641
PSSE w Świeciu	792	16 674
PSSE w Toruniu	846	37 680
PSSE w Tucholi	178	4 522
PSSE w Wąbrzeźnie	228	4 461
PSSE we Włocławku	453	22 119
PSSE w Żninie	221	4 897
WSSE (I instancja)	236	13 345
RAZEM:	7 800	269 540



Struktura zakładów w ewidencji pionu higieny pracy w 2016 r. wg liczby zatrudnionych pracowników.

chorób związanych z warunkami pracy. Ewidencją pionu higieny pracy objętych zostało 7800 zakładów, zatrudniających 269540 pracowników.

Wśród zewidencjonowanych zakładów pracy 48,5 % stanowiły firmy małe zatrudniające do 9 pracowników (3783 zakłady). Tak jak w la-

tach ubiegłych dominowały zakłady pracy należące do PKD 45 - handel hurtowy i detaliczny pojazdami samochodowymi, naprawa pojazdów samochodowych, następnie PKD 47 - handel detaliczny, z wyłączeniem handlu detalicznego pojazdami samochodowymi.

Zakres kontroli przeprowadzanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną województwa kujawsko-pomorskiego w 2016 roku.

Zakres kontroli	Liczba skontrolowanych zakładów	Liczba kontroli
stosowanie substancji chemicznych i ich mieszanin	1 143	1440*
narażenie na czynniki biologiczne w środowisku pracy	686	792
obróć substancjami chemicznymi i ich mieszaninami	141	*
wprowadzanie do obrotu produktów biobójczych	149	389
narażenie na substancje, mieszaniny, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym	141	166
obróć prekursorami kategorii 2 i 3	24	138**
nadzór nad detergentami	8	14

* kontrole w zakresie wprowadzania i stosowania substancji chemicznych i mieszanin

** kontrole w zakresie obrotu i stosowania prekursorów

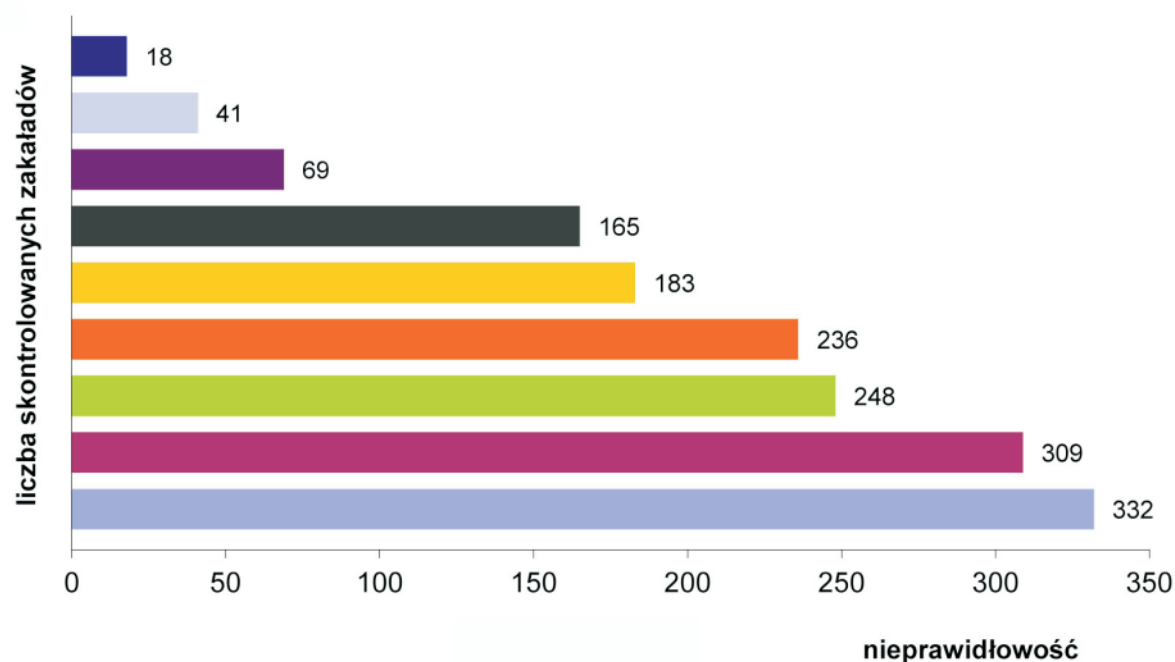
Ogółem skontrolowano 2164 zakłady (28% zewidencjonowanych), zatrudniające 123382 pracowników. Podczas 2887 przeprowadzonych kontroli ocenie poddano warunki bezpieczeństwa i higieny pracy, stan higieniczno-sanitarny obiektu, pomieszczenia higieniczno-sanitarne, dokumentację pracowników i sprawozdania z badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy. Przedmiotem kontroli było także przestrzeganie zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Podczas kontroli inspektorzy sanitarni zwracali uwagę przede wszystkim na:

- przestrzeganie w zakładach pracy przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz profilaktykę chorób zawodowych,
- ekspozycję pracowników na szkodliwe dla zdrowia czynniki,
- stosowanie i dystrybucję substancji chemicznych i ich mieszanin,
- warunki pracy pracowników ekspozowanych na czynniki rakotwórcze.

W 2016 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła również kontrole sprawdzające, w zakresie realizacji nakazów decyzji administracyjnych, wydanych w latach poprzednich.

W wyniku przeprowadzonych kontroli sa-



- w zakresie czynników rakotwórczych lub mutagennych
- brak badań lekarskich
- brak rejestru czynników szkodliwych
- w zakresie czynników biologicznych
- w zakresie substancji chemicznych i ich mieszanin
- brak lub nieprawidłowa ocena ryzyka zawodowego
- zakłady pracy z przekroczeniami NDN/NDS
- brak aktualnych pomiarów czynników szkodliwych
- zły stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń

Liczba zakładów pracy, w których stwierdzono nieprawidłowości w 2016 roku.

nitarnych Państwowa Inspekcja Sanitarna wydała 791 decyzji administracyjnych, zawierających 2936 nakazów. Zdecydowanie najwięcej nakazów dotyczyło poprawy stanu pomieszczeń pracy i pomieszczeń higienicznosanitarnych oraz przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy. Pracodawców obligowano również do sporządzenia spisu stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin, zapewnienia aktualnych kart charakterystyk i zapoznania z nimi pracowników, oznakowania oraz zagwarantowania odpowiedniego miejsca do składowania substancji chemicznych i ich mieszanin, a także opracowania dokumentacji oceny ryzyka zawodowego uwzględniającej narażenie na czynniki chemiczne oraz zapewnienia stanowiskowych instrukcji BHP przy pracy z substancjami chemicznymi i ich mieszaninami.

W wyniku prowadzonych postępowań administracyjnych pracownicy pionu higieny pracy nakładali również obowiązki dotyczące: opracowania oceny ryzyka zawodowego z uwzględnieniem zagrożeń występujących na stanowisku pracy, sporządzenia rejestru pracowników i prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 grupy zagrożenia, opracowania planu postępowania na wypadek awarii z udziałem

szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 3 zagrożenia, przeprowadzenia szkoleń dla pracowników mających kontakt ze szkodliwym czynnikiem biologicznym, umieszczenia na drzwiach znaku ostrzegającego przed zagrożeniem biologicznym, opracowania oceny ryzyka zawodowego z uwzględnieniem klasyfikacji i wykazu szkodliwych czynników biologicznych na stanowisku pracy, okazania dokumentu potwierdzającego zaproponowanie pracownikom narażonym na czynniki biologiczne grupy 3 zagrożenia szczepień ochronnych. Ponadto wydawane nakazy dotyczyły zapewnienia instrukcji stanowiskowych BHP przy urządzeniach i maszynach.

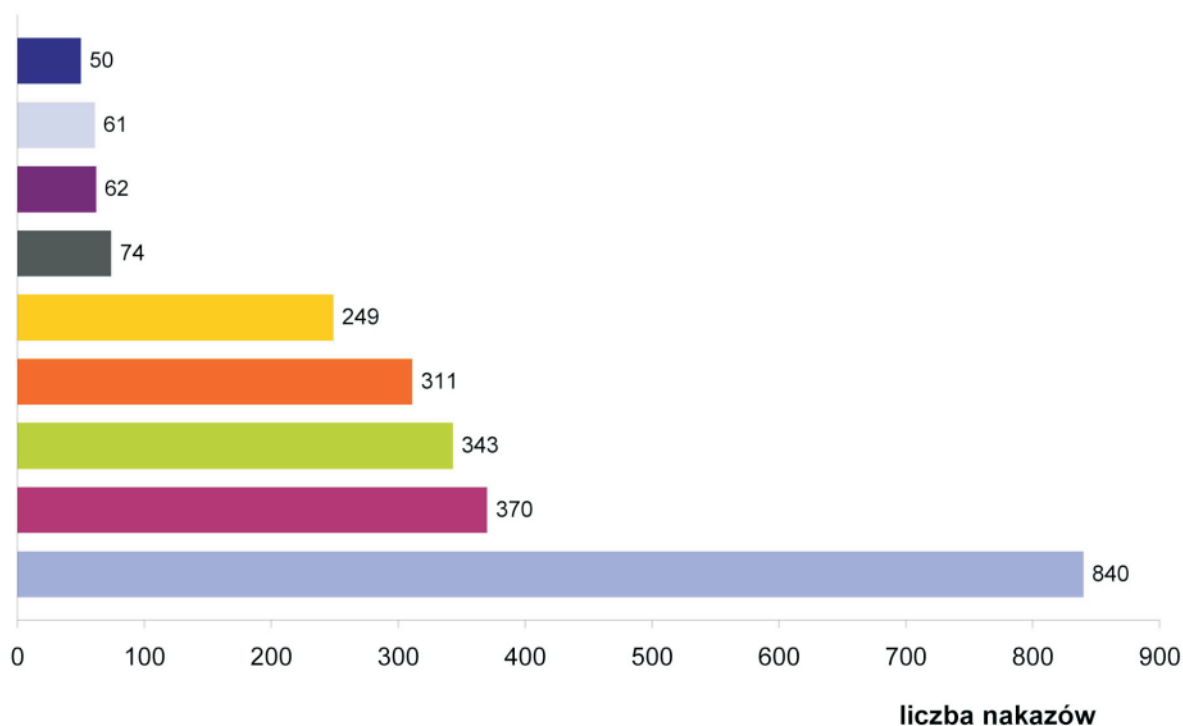
W 2016 r. z uwagi na brak wykonania nakazów decyzji wydano: 73 upomnienia, 24 tytuły wykonawcze, 41 postanowień o nałożeniu grzywny na kwotę 27588 zł oraz 2 wnioski o ukaranie. W roku 2016 ściągnięto 35 grzywien, które były nałożone w 2016 r. oraz 4 z lat poprzednich.

W trakcie kontroli nałożono 4 mandaty na kwotę 850 zł.

Najczęściej występującym zagrożeniem dla zdrowia pracowników zatrudnionych w zakładach produkcyjnych w dalszym ciągu było szkodliwe działanie hałasu. Łącznie w 299 zakładach pracy stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń/natężeń czynników szkodliwych (NDS/NDN).

Liczbowe zestawienie skontrolowanych obiektów, przeprowadzonych kontroli, wydanych decyzji i nakazów w latach 2012-2016.

Rok	Liczba			
	skontrolowanych obiektów	kontroli	decyzji	nakazów
2012	2813	3880	957	2124
2013	2596	3450	862	2492
2014	2214	3033	778	2496
2015	2246	2945	760	2825
2016	2164	2887	791	2936



- obniżenie stężeń i natężeń czynników szkodliwych
- zaprowadzenie rejestru czynników szkodliwych
- zapewnienie apteczek wraz z instrukcją i wykazem osób wyznaczonych do udzielania pomocy
- zapewnienie instrukcji stanowiskowych BHP przy urządzeniach i maszynach
- dot. czynników biologicznych w środowisku pracy
- sporządzenie oceny ryzyka zawodowego
- dot. substancji chemicznych i ich mieszanin
- przeprowadzenie badań i pomiarów czynników szkodliwych
- doprowadzenie do właściwego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń pracy i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych

Najczęściej wydawane nakazy w województwie kujawsko-pomorskim, w 2016 roku.

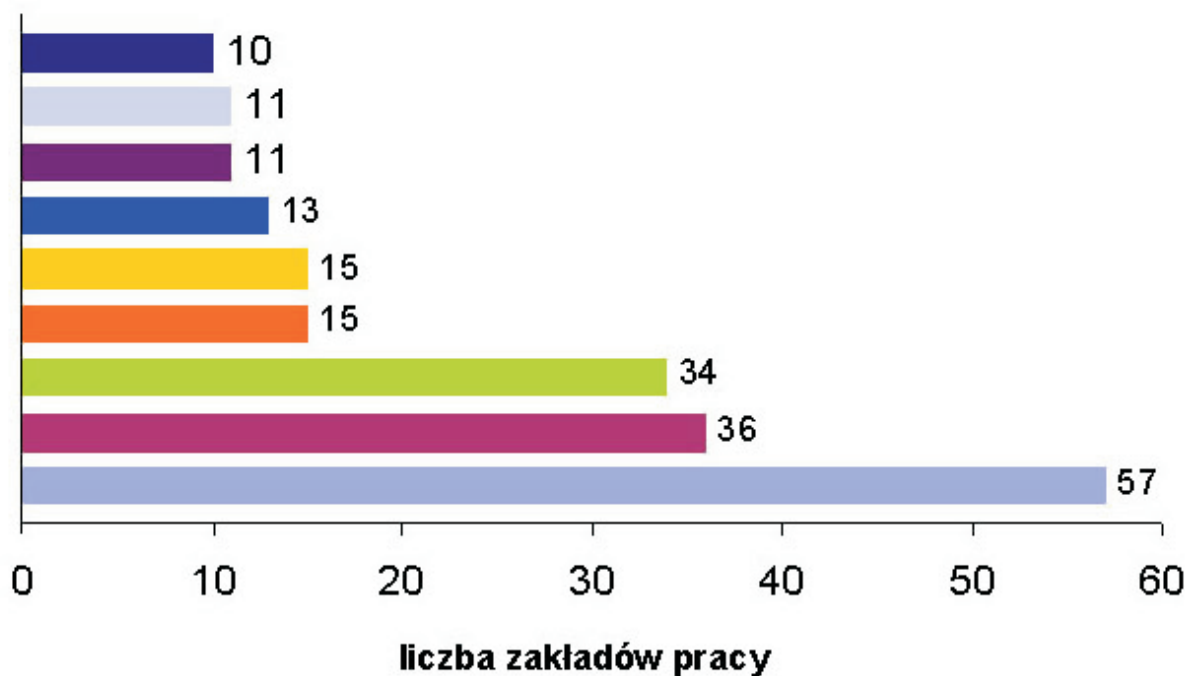
Działania prowadzone przez państwową inspekcję sanitarną w zakresie narażenia pracowników na czynniki szkodliwe w 2016 r. ukierunkowane były na egzekwowanie od pracodawców obowiązku przeprowadzania badań i pomiarów środowiska pracy, kontrolowania poziomu natężenia czynnika szkodliwego, zapewnienia środków ochrony indywidualnej, opracowania i wdrożenia w życie programów działań organizacyjno-technicznych zmierzających do obniżenia poziomu natężenia hałasu i drgań mechanicz-

nych. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego wydały 86 decyzji na obniżenie wysokości stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w miejscu pracy. Powyższe działania wpłynęły na poprawę warunków pracy 921 pracowników. Pracodawcy podejmowali różne działania zmierzające do wyeliminowania lub obniżenia stężenia/natężenia czynnika szkodliwego. Udostępniano pracownikom odpowiednie środki ochrony indywidualnej, wprowadzono rotację na stanowiskach pracy,

stosowano układy izolujące i tłumiące hałas, wymieniano park maszyn, montowano naścienne mierniki poziomu hałasu. W celu obniżenia natężeń czynników szkodliwych w środowisku pracy, przedstawiciele zakładów pracy sporządzali i wprowadzali w życie programy działań organizacyjno-technicznych zmierzające do ograniczenia narażenia na hałas, znakowali strefy zagrożenia hałasem oraz informowali pracowników o ryzyku

zawodowym. Zdecydowanie największa liczba nakazów dotycząca przeprowadzenia badań i pomiarów środowiska pracy zawarta była w następujących decyzjach: PPIS w Bydgoszczy - 87 nakazów, PPIS w Toruniu - 61 nakazów, PPIS w Grudziądzu - 59 nakazów, PPIS w Świeciu - 32 nakazy.

Z związku z przekroczeniem stężenia czynnika chemicznego - tlenu węgla na środo-



- PKD 17 produkcja papieru i wyrobów z papieru
- PKD 02 leśnictwo i pozyskiwanie drewna
- PKD 28 produkcja maszyn i urządzeń
- PKD 31 produkcja mebli
- PKD 23 produkcja wyrobów z pozostałych mineralnych surowców niemetalicznych
- PKD 10 produkcja artykułów spożywczych
- PKD 16 produkcja wyrobów z drewna oraz korka, z wyłączeniem mebli
- PKD 22 produkcja wyrobów z gumy i tworzyw sztucznych
- PKD 25 produkcja wyrobów gotowych z wyłączeniem maszyn i urządzeń

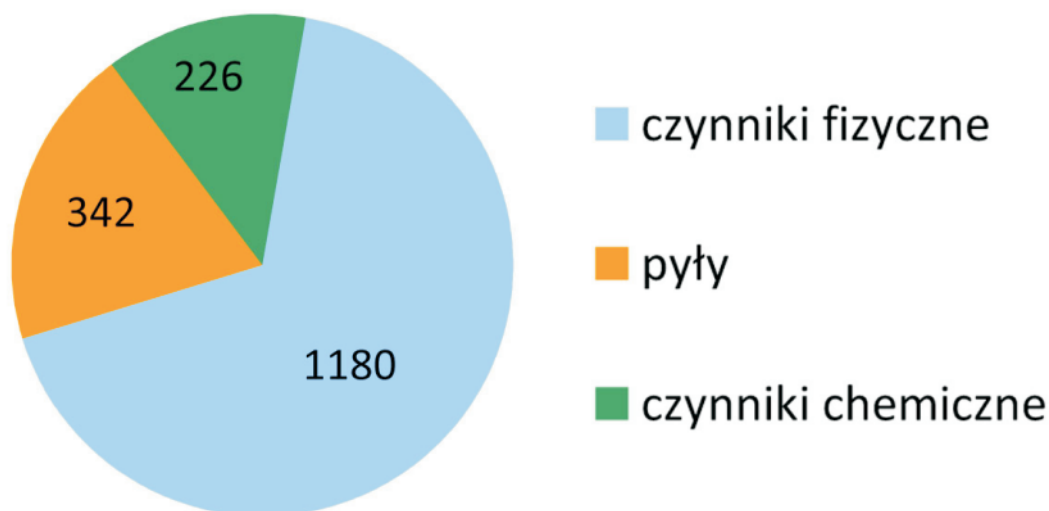
Liczba skontrolowanych zakładów o największej liczbie przekroczeń wg branży.

wisku pracy obsługi wózków widłowych gazowych, państwowy powiatowy inspektor sanitarny unieruchomił stanowisko pracy, do czasu zapewnienia bezpiecznych warunków pracy. Poprzez modernizację maszyn i usprawnienie systemu wentylacyjnego obniżono stężenie czynnika chemicznego. Stanowisko pracy zostało ponownie uruchomione.

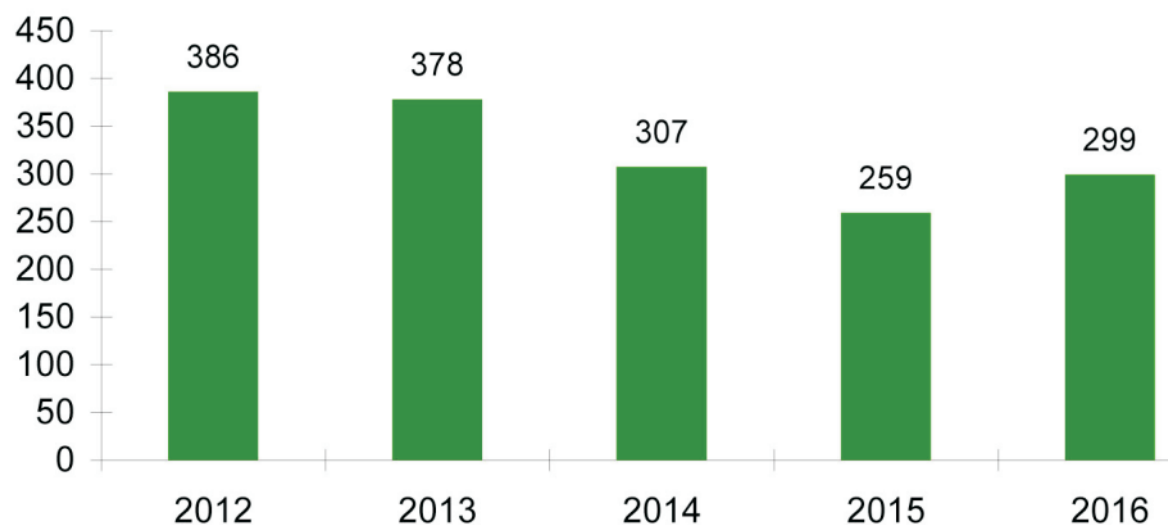
Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń NDS i najwyższych dopuszczalnych natężeń NDN czynników szkodliwych środowiska pracy w 2016 r. odnotowano w branżach o następującym profilu produkcji:

- PKD 25 produkcja wyrobów gotowych z wyłączeniem maszyn i urządzeń,
- PKD 22 produkcja wyrobów z gumy i tworzyw sztucznych,
- PKD 16 produkcja wyrobów z drewna oraz korka, z wyłączeniem mebli.

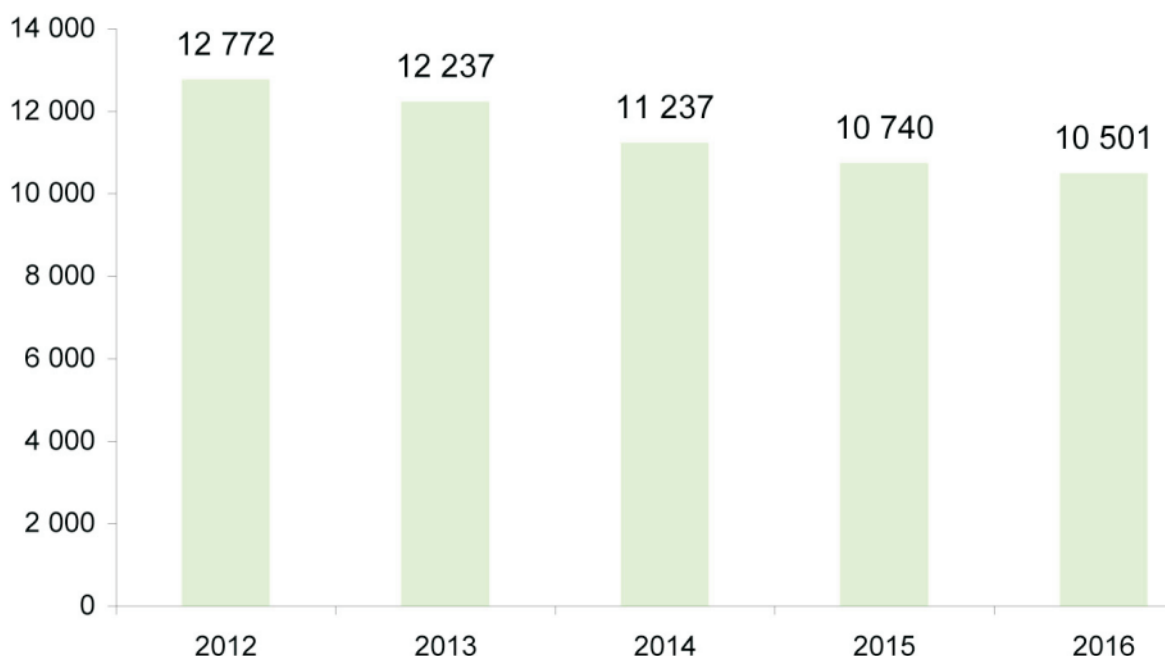
Ogółem w 2016 r. w warunkach przekroczeń NDS i NDN czynników szkodliwych dla zdrowia zatrudnionych było 10501 pracowników, z czego najwięcej w powiecie bydgoskim - 2474, toruńskim - 1988 oraz w brodnickim - 1084. Na terenie woj. kujawsko-pomorskiego zewidencjonowane były także zakłady pracy, gdzie przekrocze-



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



Liczba zakładów pracy, w których stwierdzono przekroczenia NDN/NDS, w latach 2012-2016.



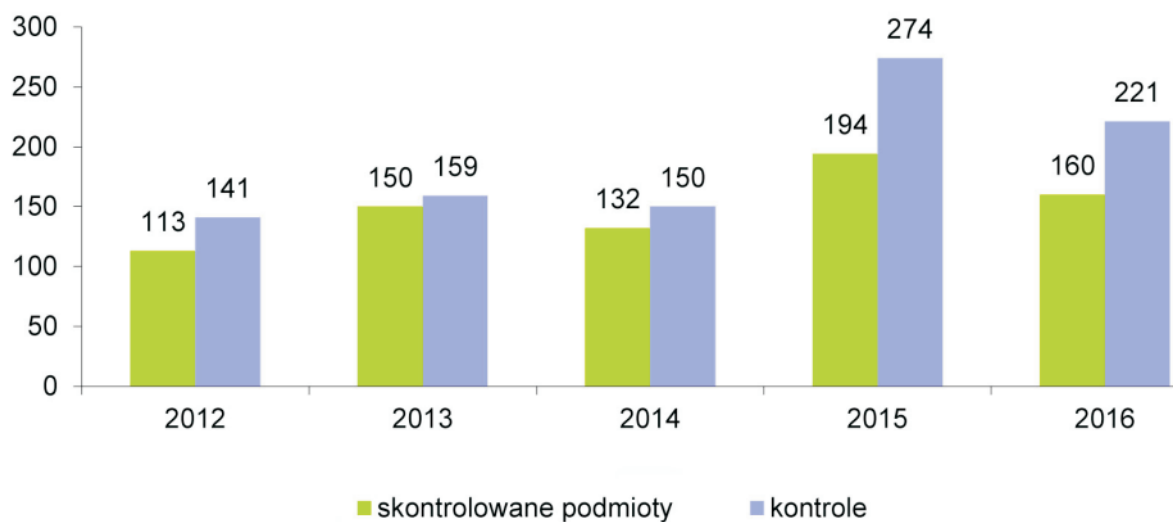
Liczba zatrudnionych na stanowiskach, na których stwierdzono przekroczenia NDN/NDS.

nia wartości ekspozycji na drgania mechaniczne i hałas utrzymują się od wielu lat. Decyzje obligujące pracodawców do obniżenia ww. wartości wydawano w latach wcześniejszych, jednakże brak było możliwości obniżenia przekroczeń do obowiązującej normy z powodu specyfiki produkcji oraz stosowanych maszyn i urządzeń. W tych zakładach pracy opracowany został program działań organizacyjno-technicznych zmierzających do ograniczenia narażenia na hałas i drgania mechaniczne oraz pouczono pracowników o obowiązkowym stosowaniu odpowiednich ochron indywidualnych.

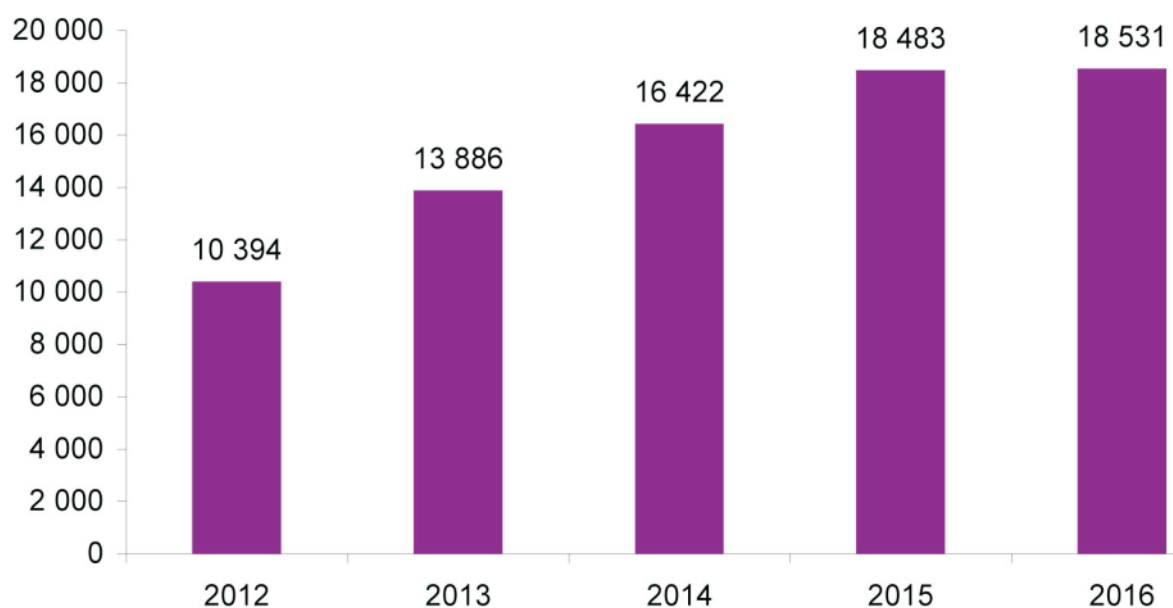
Nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych

W 2016 r. kontynuowano nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych. Zakres kontroli obejmował: czynniki chemiczne, biologiczne, rakotwórcze i mutagenne oraz przestrzeganie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

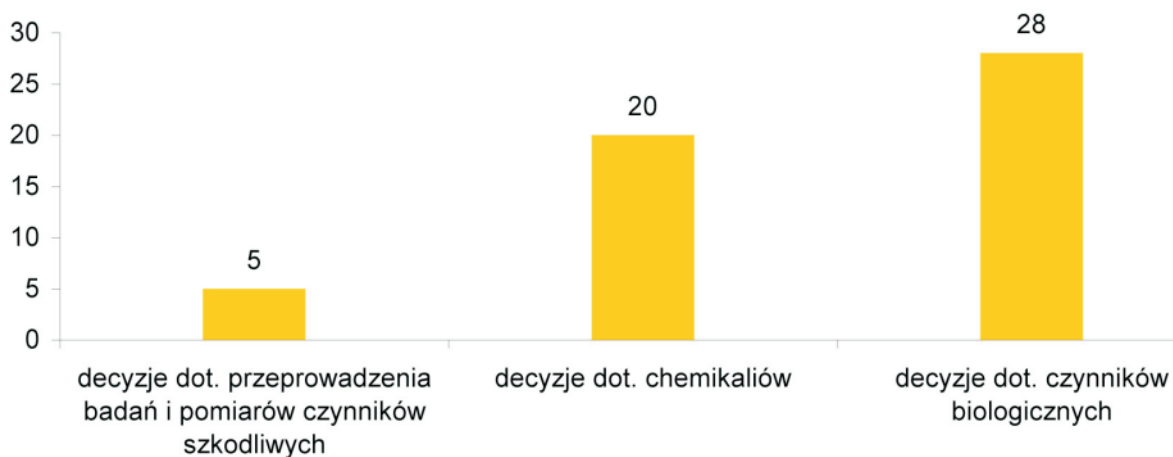
Kontrolą zostały objęte zarówno niewielkie placówki opieki doraźnej (świadczące usługi w zakresie porad lekarskich, wykonujące iniekcje domięśniowe, opatrunki, pobór krwi, badania w poradniach), jak i szpitale sprawujące opiekę specjalistyczną nad mieszkańcami województwa. Ewidencją pionu higieny pracy objęto 544 podmioty. Kontrole przeprowadzono w 160 zakładach, zatrudniających łącznie 18531 osób. W związku z prowadzonym nadzorem nad podmiotami leczniczymi w roku sprawozdawczym przeprowadzono 221 kontroli, które skutkowały wydaniem 62 decyzji administracyjnych. Największa liczba decyzji (32) została wydana przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. Nieprawidłowości stwierdzono w 59 zakładach. 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 i wykazów wynikających z przepisów prawa w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń



Liczba skontrolowanych podmiotów leczniczych i przeprowadzonych kontroli w latach 2012-2016.



Liczba zatrudnionych pracowników w skontrolowanych podmiotach leczniczych, w latach 2012-2016.



Liczba wydanych decyzji w podmiotach leczniczych, w województwie kujawsko-pomorskim, w 2016 roku.

zdrowotnych.

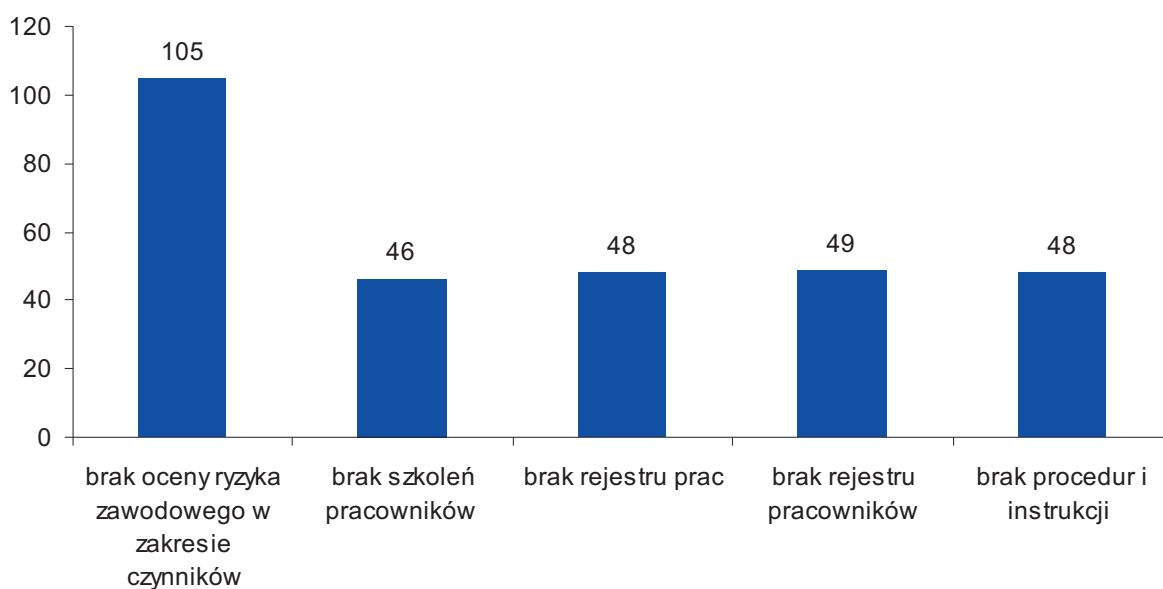
W 2016 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego prowadzono także nadzór nad zakładami ochrony zdrowia stosującymi cytostatyki. W roku sprawozdawczym skontrolowanych zostało łącznie 5 placówek.

W wyniku przeprowadzonych działań kontrolnych Państwowa Inspekcja Sanitarna wydała 62 decyzje administracyjne, 8 upomnień

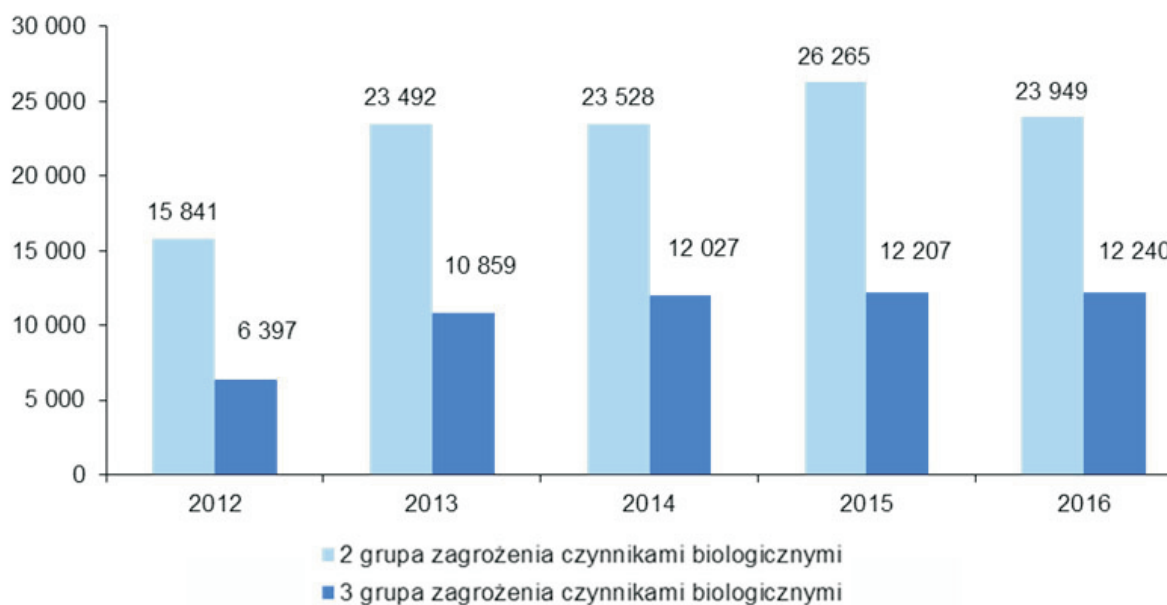
i 4 tytuły wykonawcze.

Narażenie na czynniki biologiczne szkodliwe dla zdrowia

W województwie kujawsko-pomorskim w 2016 r. w 2853 zakładach stwierdzono występowanie szkodliwych czynników biologicznych. Działaniami kontrolnymi objęto 686 zakładów,



Uchybienia w zakładach pracy, w których występują szkodliwe czynniki biologiczne.



Zatrudnienie pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne w latach 2011-2015, w województwie kujawsko-pomorskim.

głównie podmioty lecznicze, w których na szkodliwe biologiczne narażonych było 23970 pracowników. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wydano 123 decyzje administracyjne, zawierające m.in. 249 nakazów w zakresie czynników biologicznych. Stwierdzono następujące uchybienia:

- w 105 zakładach - brak oceny ryzyka dotyczącego czynników biologicznych,
- w 49 zakładach - brak rejestru pracowników pracujących w narażeniu na czynniki biologiczne z grupy 3,
- w 48 zakładach - brak procedur i instrukcji,
- w 46 zakładach - brak szkoleń pracowników.

W 2016 r. odnotowano 38 przypadków chorób zawodowych w grupie chorób zakaźnych lub pasożytniczych.

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

W 2016 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowało 65 firm zatrudniających 133 pracowników, zajmujących się rozbiórką, zabezpieczaniem, transportem elementów zawierających azbest. Firmy posiadały wymagane zezwolenia Starosty na transport odpadów azbestowych, a także decyzje Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego 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 uniesz-

- kodliwiania odpadów zawierających azbest, jakoś 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 zagadnienia 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 21 kontroli oraz 25 kontroli w miejscu wykonywania prac powodujących kontakt z azbestem. W pojedynczych przypadkach stwierdzono nieprawidłowości polegające na braku 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, brak orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku, brak dokumentu potwierdzającego zaproponowanie przez pracodawcę szczepień ochronnych wskazanych na stanowisku pracy, na którym wykonywane są czynności wymagające kontaktu z glebą. Stwierdzono również nieodpowiednie warunki i stan sanitarno-techniczny pomieszczeń higienicznosanitarnych.

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami, właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny, wydał 1 decyzję administracyjną nakazującą usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

ci. Podczas przeprowadzonych kontroli udostępniono kontrolującą badania środowiska pracy w zakresie ekspozycji na azbest. W wyniku przeprowadzonych badań nie stwierdzono przekroczeń normatywów higienicznych. Ponadto po kontroli sprawdzającej zapewnienie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia przy pracach związanych z usuwaniem i zabezpieczaniem azbestu stwierdzono niewykonanie ww. obowiązku. Z uwagi na brak wykonania w ustalonym terminie nakazu ujętego w decyzji administracyjnej, wydane zostało upomnienie. Łącznie w woj. kujawsko-pomorskim wydano 2 upomnienia.

Konsekwencją zatrudnienia w warunkach narażenia na czynnik szkodliwy było stwierdzenie 1 choroby zawodowej (międzybłoniaka opłucnego) u mężczyzny zatrudnionego na stanowisku ślusarz-spawacz.

Warunki pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników narażonych na kontakt z rtęcią i jej związkami

Działalnością kontrolną w latach 2015-2016 objęto 3 zakłady wykorzystujące odczynniki chemiczne zawierające rtęć lub jej związki. Kontrole przeprowadzone w szkołach gimnazjalnych oraz w zespołach szkół wykluczyły stosowanie w ww. placówkach związków chemicznych zawierających rtęć.

Łącznie przeprowadzonych zostało 7 kontroli, w tym: 5 sanitarnych i 2 sprawdzające. Wykazały one uchybienia, w tym m.in.:

- zły stan sanitarno-techniczny pomieszczeń higieniczno-sanitarnych oraz pomieszczeń pracy,
- brak oznaczenia znakiem ostrzegawczym miejsca przechowywania substancji chemicznych,
- nieodpowiedni stan techniczny umywalki w stacji odwadniania osadów,
- brak właściwie wydzielonego i oznakowanego miejsca przechowywania chemikaliów żrących,
- brak zapewnienia wszystkich instrukcji

- bhp/stanowiskowych,
- brak udokumentowanych procedur działania w celu zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników w razie wypadku lub awarii z użyciem czynnika chemicznego stwarzającego zagrożenie,
- brak urządzeń ratunkowych do obmycia całego ciała oraz oddzielnego natrysku do przemywania oczu,
- brak spisu mieszanin chemicznych niebezpiecznych stosowanych w stacji uzdatniania wody,
- brak części kart charakterystyki stosowanych mieszanin chemicznych,
- uchybienia w ocenie ryzyka polegające na braku lub niewłaściwej klasyfikacji szkodliwych czynników biologicznych oraz braku uwzględnienia wszystkich czynników chemicznych i o działaniu rakotwórczym,
- brak rejestru prac i pracowników narażających na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 grupy zagrożenia,
- brak rejestru prac i pracowników, 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,
- brak wyników badań i pomiarów czynnika chemicznego o działaniu rakotwórczym - związków chromu (VI).

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wydano 1 decyzję administracyjną. Część nieprawidłowości usunięto przed zakończeniem postępowania administracyjnego. Nie nakładano mandatów karnych.

W latach 2015-2016 nie odnotowano podejrzeń chorób zawodowych w wyniku narażenia na rtęć i jej związki.

Warunki pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach pogrzebowych

W związku z prowadzonym nadzorem nad zakładami pogrzebowymi na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, w 2016 r. Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni przeprowadzili łącznie 110 kontroli (w tym 87 kontroli sanitarnych, 21 kontroli sprawdzających oraz 2 kontrole interwencyjne) w zakresie oceny warunków pracy i narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w ww. zakładach.

W wyniku przeprowadzonych kontroli stwierdzono, że spośród 87 skontrolowanych zakładów, w 80 stosowane są substancje chemiczne i ich mieszaniny sklasyfikowane jako niebezpieczne i 71 zakładów podlega ocenie realizacji wymogów w zakresie szkodliwych czynników biologicznych.

Spośród 87 skontrolowanych obiektów, w 21 stwierdzono nieprawidłowości, które dotyczyły m.in.:

- braku informowania pracowników o narażeniu na szkodliwe czynniki biologiczne,
- braku rejestru prac i pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych,
- braku udokumentowanej oceny ryzyka zawodowego,
- braku kart charakterystyki stosowanych substancji i mieszanin chemicznych,
- braku instrukcji stanowiskowych bhp,
- w jednym ze skontrolowanych zakładów pogrzebowych stwierdzono przekroczenia wartości najwyższego dopuszczalnego natężenia hałasu na stanowisku pracy (krotność NDN-4,06),
- ponadto w ośmiu zakładach pogrzebowych odnotowano, że pracownicy nie posiadali aktualnych orzeczeń lekarskich o braku przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku.

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami, właściwi Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego wydali 19 decyzji administracyjnych zawierających łącznie 114 nakazów. Z uwagi na stwier-

dzenie podczas przeprowadzonych kontroli sprawdzających niewykonanie części obowiązków zawartych w prawomocnych decyzjach, Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni wydali 2 upomnienia. Nie wszczynano postępowań egzekucyjnych, natomiast nałożono jeden mandat karny w wysokości 200 zł.

Postępowania prowadzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego przyczyniły się do poprawy warunków pracy w zakładach poprzez wydanie decyzji administracyjnych nakładających na strony postępowania obowiązki dotyczące m. in.: zapewnienia właściwych pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, proponowania pracownikom uodpornienia przy użyciu dostępnych szczepień, aktualizacji dokumentacji z zakresu narażenia na czynniki szkodliwe w miejscu pracy. Ponadto, na skutek wydanych rozstrzygnięć, przeprowadzono szkolenia dla pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych oraz opracowano procedury dotyczące transportu materiałów pochodzenia ludzkiego i postępowania ze szkodliwym czynnikiem biologicznym. Pracowników zapoznano z kartami charakterystyki substancji i mieszanin niebezpiecznych stosowanych w zakładach, a także opracowano i zaktualizowano ocenę ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy.

Wydane nakazy mogły spowodować zmniejszenie wypadków przy pracy oraz ryzyka wystąpienia choroby zawodowej poprzez zwiększenie wiedzy i świadomości pracowników na temat zagrożeń występujących na stanowiskach pracy, wynikających z charakteru wykonywanych czynności.

W trakcie prowadzonych kontroli informowano pracodawców o ryzyku zawodowym związanym z prowadzoną działalnością, w szczególności o ryzyku zawodowym związanym z czynnościami przygotowywania zwłok do pochówku oraz o sposobach zmniejszania tego ryzyka, co poprawiło świadomość pracodawców i pracowników w tym zakresie.

Dodatkowo podczas przedmiotowych kontroli udzielano informacji i pozostawiano materiały promocyjne kampanii informacyjnej: „Bez-

pieczni na starcie, zdrowi na mecie”, prowadzono rozmowy na temat szkodliwości palenia tytoniu oraz przekazywano informację o uruchomieniu przez ZUS programu dofinansowania przedsiębiorstw, dającego możliwość poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy w firmie.

Choroby zawodowe

W 2016 r. do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego wpłynęło łącznie 211 zgłoszeń podejrzeń chorób zawodowych (w 2015 r. - 249). W ramach prowadzonych postępowań administracyjnych pracownicy pionu higieny pracy opracowali 359 kart oceny narażenia zawodowego, z czego PPIS w Bydgoszczy (179), PPIS w Toruniu (43) oraz PPIS w Nakle (33).

W wyniku przeprowadzonych 240 postę-

powań wyjaśniających, organ I instancji wydał:

- 110 decyzji stwierdzających chorobę zawodową,
- 75 decyzji o braku podstaw do jej stwierdzenia,
- 21 decyzji umarzających wszczęte postępowanie administracyjne,
- 33 postanowienia w sprawach chorób zawodowych.

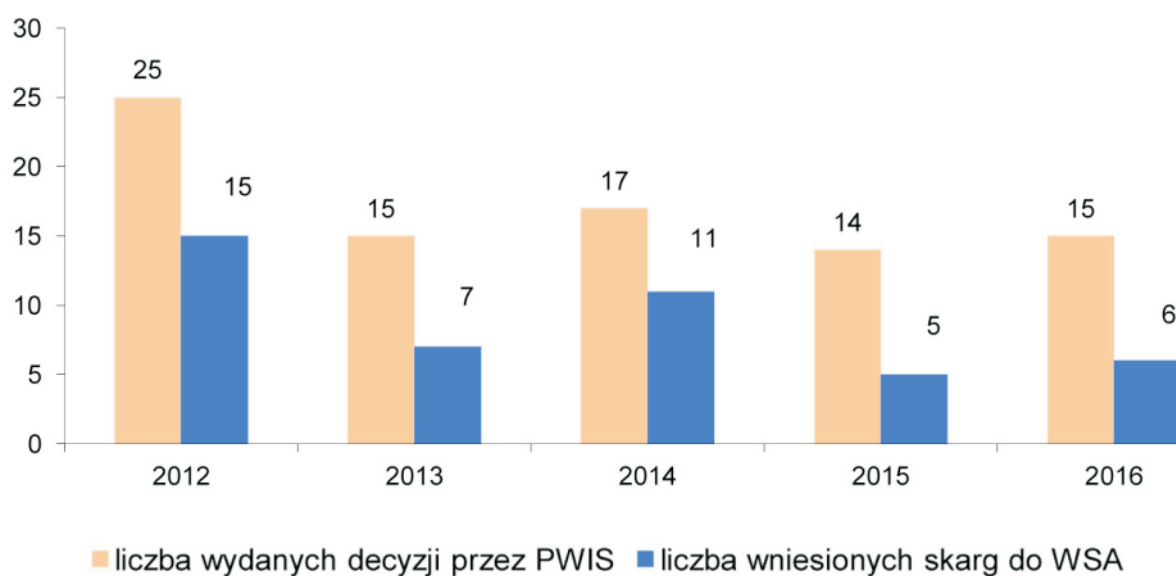
Do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy wniesionych zostało 18 odwołań od decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, natomiast do Głównego Inspektora Sanitarnego w Warszawie - 1 odwołanie od decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. W związku z powyższym organ II instancji wydał 15 decyzji administracyjnych, z czego 6 zostało zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy.



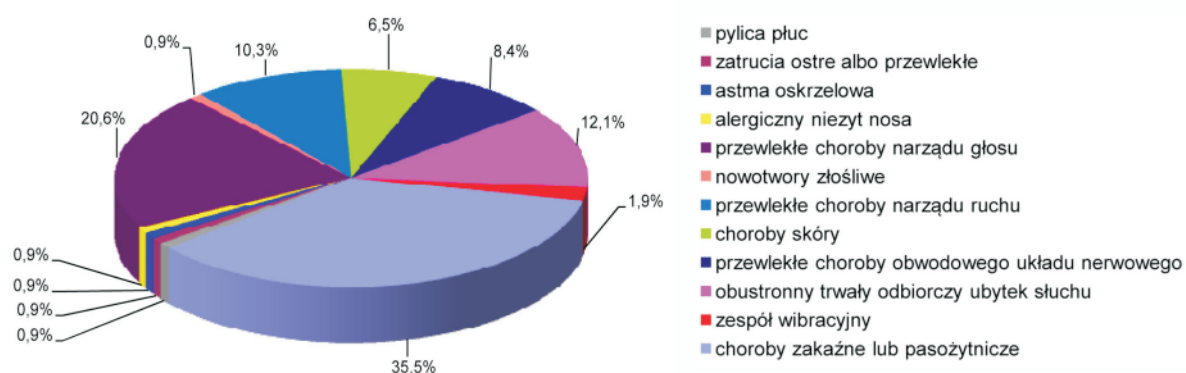
Liczba podejrzeń i przeprowadzonych postępowań w sprawie chorób zawodowych.

Liczba wydanych decyzji w sprawie chorób zawodowych, w 2016 r., w województwie kujawsko-pomorskim wg SSE.

Stacja sanitarno-epidemiologiczna	decyzje:	
	stwierdzenie choroby zawodowej	brak podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej
PSSE w Bydgoszczy	40	24
PSSE w Toruniu	26	20
PSSE Nakło	11	6



Liczba wydanych decyzji administracyjnych przez organ II instancji i liczba wniesionych skarg do WSA w sprawie chorób zawodowych w latach 2012-2016.



Struktura chorób zawodowych w 2016 roku.

Choroby zawodowe stwierdzone w latach 2012-2016.

Nr* wykazu	Nazwa choroby zawodowej	Liczba stwierdzonych przypadków w latach				
		2012	2013	2014	2015	2016
1	zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne	0	1	0	0	1
3	pylice płuc	1	0	5	2	1
4	choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu	1	0	2	0	0
5	przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli	0	0	0	0	0
6	astma oskrzelowa	3	2	5	1	1
7	zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	2	0	3	0	0
12	alergiczny nieżyt nosa	3	2	1	0	1
15	przewlekłe choroby narządu głosu	9	19	31	21	22
17	nowotwory złośliwe	2	1	4	2	1
18	choroby skóry	5	0	3	1	7
19	przewlekłe choroby układu ruchu	10	4	4	2	11
20	przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego	10	1	11	9	9
21	obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu	11	15	11	13	13
22	zespół wibracyjny	2	1	0	0	2
25	choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi	1	1	1	1	0
26	choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa	27	31	23	33	38
Razem		87	78	104	85	107

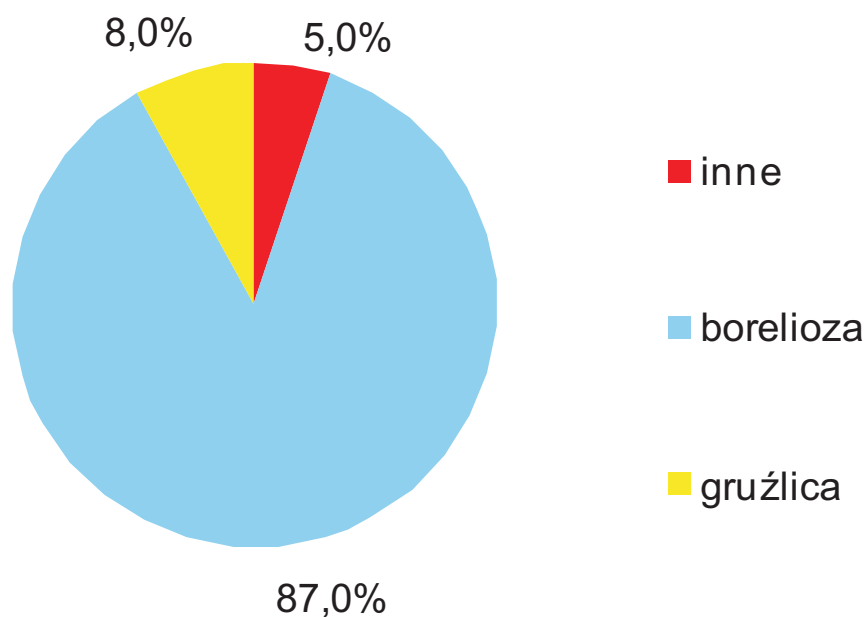
W wyniku uprawomocnienia decyzji administracyjnych wystawiono 107 kart stwierdzenia choroby zawodowej. Liczba stwierdzonych w 2016 r. chorób zawodowych w porównaniu do 2015 r. zwiększyła się o 22 przypadki. Wśród stwierdzonych chorób zawodowych dominowały choroby zakaźne lub pasożytnicze - 38 przypadków (36%). Na kolejnym miejscu znalazły się przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym - 22 i obustron-

ny trwały odbiorczy ubytek słuchu - 13 przypadków.

Wśród chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw w 2016 roku znaczący udział stanowiła borelioza - 87 % (w 2015 r. - 76 %). Rozpoznawana była najczęściej wśród pracowników leśnictwa oraz pracowników gospodarstw rolnych. W 2016 r. nie odnotowano zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C.

Liczba chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw w latach 2012-2016.

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



Struktura chorób zakaźnych i pasożytniczych w 2016 roku.

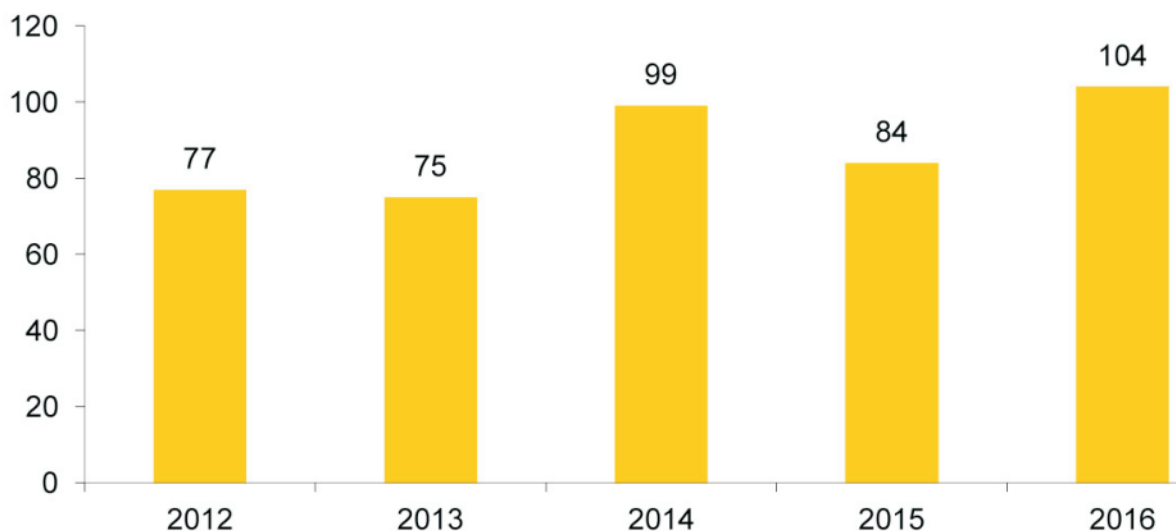
Ogółem w województwie kujawsko-pomorskim chorobę zawodową stwierdzono u 104 osób. Więcej niż jedna choroba zawodowa wystąpiła u 1 osoby (2 jednostki chorobowe) oraz u 1 osoby (3 jednostki chorobowe).

Środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne

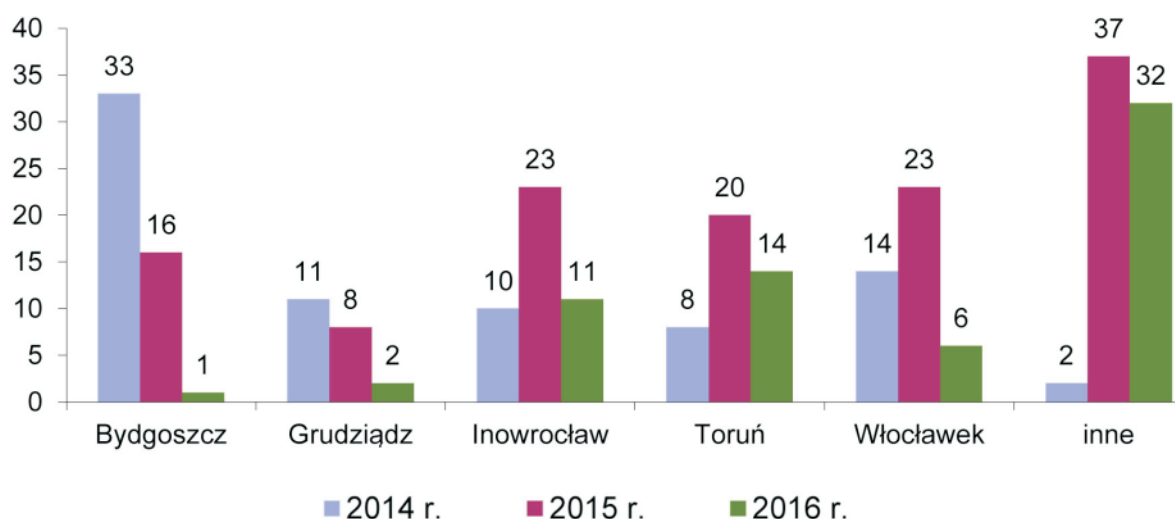
Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sani-

tarni województwa kujawsko-pomorskiego w ramach nadzoru nad środkami zastępczymi i nowymi substancjami psychoaktywnymi w 2016 r. przeprowadzili 66 kontroli (liczba obejmuje wyłącznie działania zakończone protokołem kontroli) oraz 431 działań monitoringowych.

Zmniejszenie liczby kontroli obiektów podejrzanych o wprowadzanie do obrotu „dopalaczy” w 2016 r. wiąże się z brakiem sygnałów wskazujących na istnienie procederu handlu ww.



Liczba osób ze stwierdzoną chorobą zawodową w latach 2012-2016.



Liczba przeprowadzonych kontroli w ramach nadzoru nad środkami zastępczymi, w województwie kujawsko-pomorskim wg powiatów.

substancjami w punktach stacjonarnych zlokalizowanych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

Dystrybucja środków zastępczych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w 2016 r. prowadzona była przez 1 podmiot gospodarczy, prowadzący działalność na terenie powiatu włocławskiego. W toku kontroli zabezpieczono 22 produkty, co do których zachodziło podejrzenie, że są środkami zastępczymi. Działalność podmiotu została wstrzymana przez organ

Państwowej Inspekcji Sanitarnej i ostatecznie zlikwidowana.

Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego wydali na podstawie art. 44c ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii 47 decyzji (na podstawie art. 27c ust. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej - 1 decyzję), 35 decyzji działając w oparciu o art. 44c ust. 4 ww. ustawy (7 decyzji w oparciu o art. 27c ust. 6 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej) oraz 13 decyzji na podsta-

wie art. 52a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Łączna kwota kar pieniężnych nałożonych w 2016 r. przez organ I instancji wyniosła 575000,00 zł, z czego wyegzekwowano 3293,47 zł (w tym koszty komornicze).

Do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy w 2016 r. wpłynęło łącznie 7 odwołań od decyzji organu I instancji. W związku z powyższym, organ II instancji wydał 3 decyzje utrzymujące w mocy rozstrzygnięcia Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych oraz 4 postanowienia.

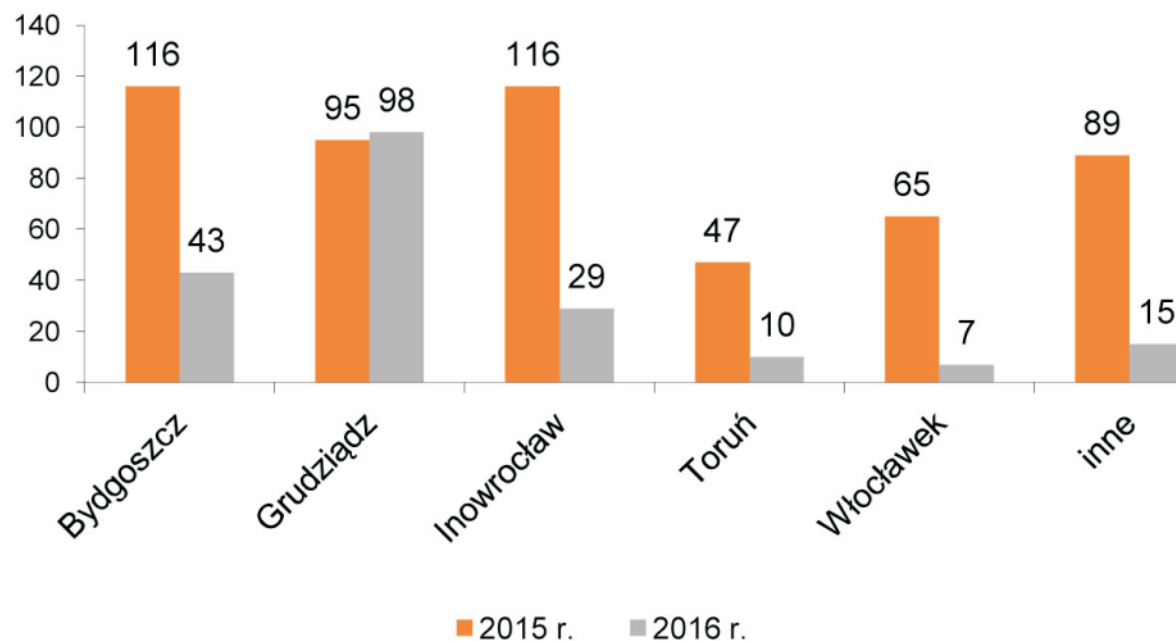
W 2016 r. zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy zostało 7 decyzji oraz 1 postanowienie Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy.

Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy oraz Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego kontynuowali współpracę ze szpitalami w województwie kujawsko-pomorskim w zakresie zgłaszania zatruc środków zastępczymi i innymi środkami psychoaktywnymi. Do Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Bydgoszczy w 2016 r. wpłynęły 202 zgło-

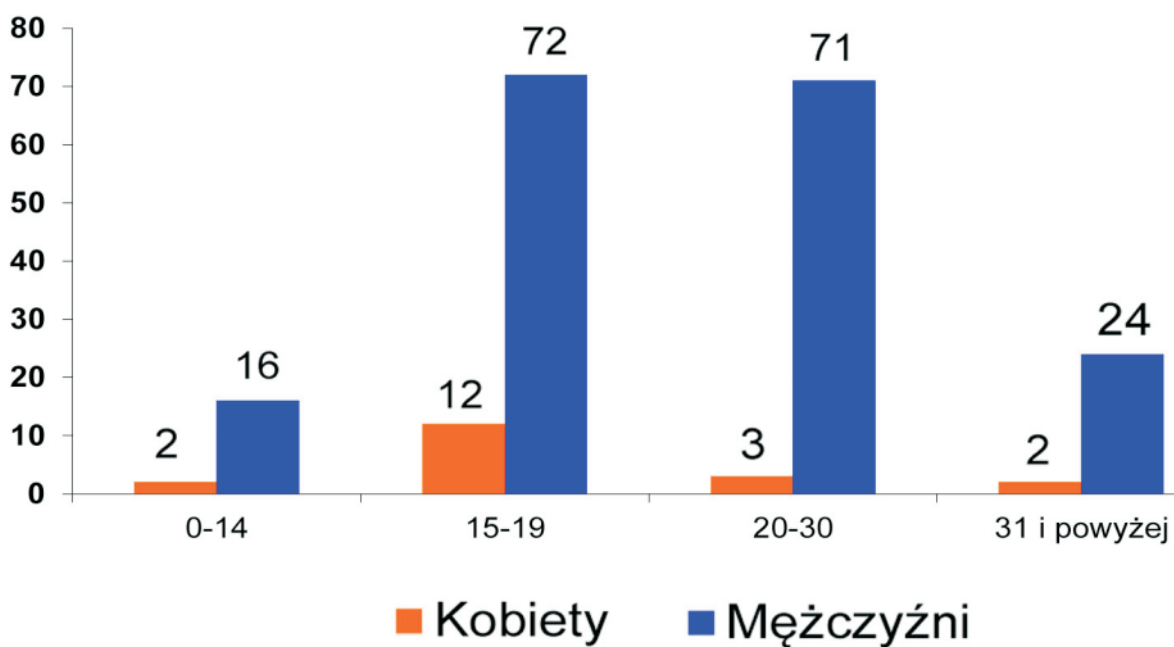
szenia podejrzeń zatruc „dopalaczami” (w 2015 r. - 528 zgłoszeń zatruc). Najwięcej zatruc odnotowano w grupie osób w wieku od 15 do 19 roku życia (84 przypadki zatruc), następnie w grupie osób w wieku od 30 do 30 roku życia (74 przypadki zatruc). Znaczny spadek liczby zatruc/podejrzeń zatruc w porównaniu do ubiegłego roku stanowi odzwierciedlenie zmniejszenia skali zagrożenia związanego z dostępnością środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych.

Z uwagi na odnotowanie w 2016 r. wyłącznie jednego obiektu prowadzącego handel „dopalaczami”, wzmożono działania kontrolne wobec osób prywatnych, a także zintensyfikowano monitoring środowisk lokalnych i Internetu w zakresie rozprowadzania środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych.

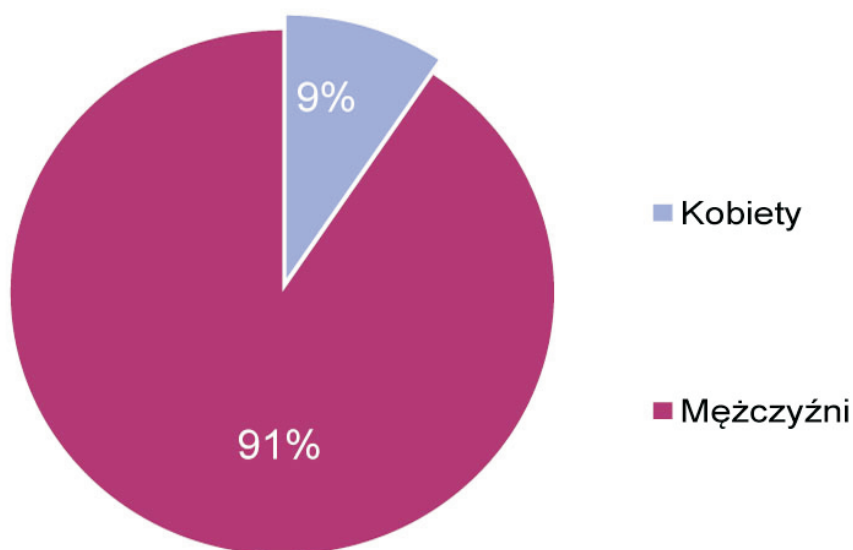
Dzięki intensywnej współpracy Policji, Prokuratury oraz Służby Celnej z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego dokonywano wszczęcia postępowań w przedmiocie wstrzymania wprowadzania do obrotu/wycofania z obrotu domniemych środków zastępczych/nowych substancji psychoaktywnych w stosunku do osób prywatnych, w posiadaniu których znajdowały się



Liczba przypadków zatruc środkami zastępczymi w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2015-2016.



Zatrucia środkami zastępczymi według grup wiekowych w województwie kujawsko-pomorskim, w 2016 roku.



Zatrucia środkami zastępczymi według płci w województwie kujawsko-pomorskim, w 2016 roku.

ww. produkty.

W 2016 r. organy ścigania przekazały do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych województwa kujawsko-pomorskiego 233

opakowania produktów zabezpieczonych w toku kontroli. W stosunku do 381 próbek (w tym otrzymanych w 2015 r.) wystąpiono o opinię do Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego Policji.

ji w Warszawie.

W ramach działań profilaktycznych, Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni organizowali kampanie oraz zajęcia edukacyjne dotyczące przeciwdziałania uzależnieniom od alkoholu, tytoniu oraz innych środków psychoaktywnych, m.in. środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. Programy profilaktyczne skierowane były głównie do dzieci i młodzieży. Udostępniano ulotki oraz materiały edukacyjne dotyczące tematyki „dopalaczy”.

W 2016 r. Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego przeprowadzili we współpracy z Okręgowymi Inspektoratami Służby Więziennej cykl szkoleń dla kadry kierowniczej oraz funkcjonariuszy Służby Więziennej z zakresu postępowania ze środkami zastępczymi. Beneficjentami przedmiotowych szkoleń było 550 pracowników Zakładów Karnych i Aresztów Śledczych województwa kujawsko-pomorskiego. Ponadto w 2016 r. zrealizowano 25 szkoleń dla pracowników zatrudnionych w Młodzieżowych Ośrodkach Wychowawczych, Młodzieżowych Ośrodkach Socjoterapii, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych w zakresie ryzyka związanego z używaniem „dopalaczy”.

Dodatkowo we wrześniu 2016 r. pracownicy powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych województwa kujawsko-pomorskiego przeprowadzili badania ankietowe pn. „Młodzież, a dopalacze - postawy i zachowania” wśród uczniów drugich klas gimnazjów oraz drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Powyższe działania stanowiły element akcji ogólnopolskiej, której rezultaty mają posłużyć dokonaniu analiz, określeniu wielkości i charakterystyki populacji używającej tzw. „dopalacze”, jak i sprecyzowaniu kanałów dystrybucji środków zastępczych, celem dopasowania działań edukacyjnych do zwalczania tych zagrożeń.

Zintensyfikowanie działań kontrolnych w 2015 r. oraz prowadzone na szeroko zakrojoną

skale działania profilaktyczne pozwoliły w znaczącym stopniu ograniczyć dostępność środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych, a w konsekwencji zmniejszyć zagrożenie związane z używaniem ww. środków.

Wnioski

1. W 2016 r. kontrolą objęto 2164 zakłady pracy, przeprowadzając w nich 2887 kontroli (w 2015 - 2246 zakładów pracy i odpowiednio 2945 kontroli).
2. Odnotowano wzrost liczby wydanych decyzji administracyjnych obligujących kontrolowanych do zapewnienia wymogów określonych prawem (w 2015 r. - 760 decyzji, w 2016 r. - 791 decyzji).
3. Najczęściej kontrolowanych obligowano do zapewnienia właściwego stanu sanitarno-technicznego i higienicznego pomieszczeń pracy i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych (wydano 840 nakazów).
4. Odnotowano wzrost liczby zakładów pracy, w których występowało przekroczenie najwyższych dopuszczalnych stężeń/natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia (w 2015 roku - 259 zakładów, w 2016 r. - 299 zakładów).
5. W 2016 r. w porównaniu z rokiem 2015 zmniejszeniu uległa liczba pracowników zatrudnionych na stanowiskach pracy, na których stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych (o 239 zatrudnionych).
6. Dominującym czynnikiem szkodliwym występującym w zakładach pracy prowadzących działalność na terenie woj. kujawsko-pomorskiego był hałas, na jego ekspozycję zatrudnionych było 9326 pracowników.
7. Z uwagi na przekroczenie normatywów higienicznych dla czynnika chemicznego unieruchomiono stanowisko pracy, do czasu zapewnienia bezpiecznych warunków pracy.
8. W województwie kujawsko-pomorskim systematycznie spada liczba zgłaszanych podej-

rzeń chorób zawodowych (w 2013 r. - 183, w 2014 r. - 216, w 2015 r. - 249, w 2016 r. - 211).

9. W porównaniu z rokiem 2015 odnotowano wzrost liczby zachorowań na choroby zawodowe - o 22 przypadki.
10. Najwięcej chorób zawodowych zostało rozpoznanych w grupie chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw - 38 przypadków (36 % ogółu stwierdzonych chorób zawodowych).
11. Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego w roku 2016 przeprowadzili w zakresie środków zastępczych 66 kontroli (liczba obejmuje wyłącznie działania zakończone protokołem kontroli).
12. W wyniku kontroli przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i organy ścigania zabezpieczone zostały 253 opakowania produktów, co do których zachodziło podejrzenie, że są środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
13. Kwota nałożonych kar pieniężnych przez organy I instancji województwa kujawsko-pomorskiego w 2016 r. na podmioty oraz osoby fizyczne wprowadzające do obrotu środki zastępcze wyniosła 575000,00 zł.
14. W 2016 r. odnotowano znaczny spadek liczby podejrzeń zatrucć środkami zastępczymi (w 2015 r. - 528 zgłoszeń, w 2016 r. - 202 zgłoszenia).
15. W 2016 r. najwięcej zatrucć „dopalaczami” odnotowano w grupie chłopców w wieku od 15 do 19 roku życia (72 zgłoszenia) oraz w grupie mężczyzn w wieku od 20 do 30 roku życia (71 zgłoszeń).
16. W 2016 r. zlikwidowany został jedyny funkcjonujący podmiot wprowadzający do obrotu środki zastępcze.
17. 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



Działalność laboratoryjna higieny pracy

W 2016 r. wykonano 7298 oznaczeń laboratoryjnych na 2148 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na czynniki szkodliwe (w tym czynniki biologiczne) i uciążliwe dla zdrowia oraz 327 oznaczeń czynników chemicznych w próbkach dostarczonych przez klienta zewnętrznego. Ponadto wykonano 138 oznaczeń w 6 punktach pomiarowych w celu oceny zagrożeń czynnikami chemicznymi w powietrzu pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi.

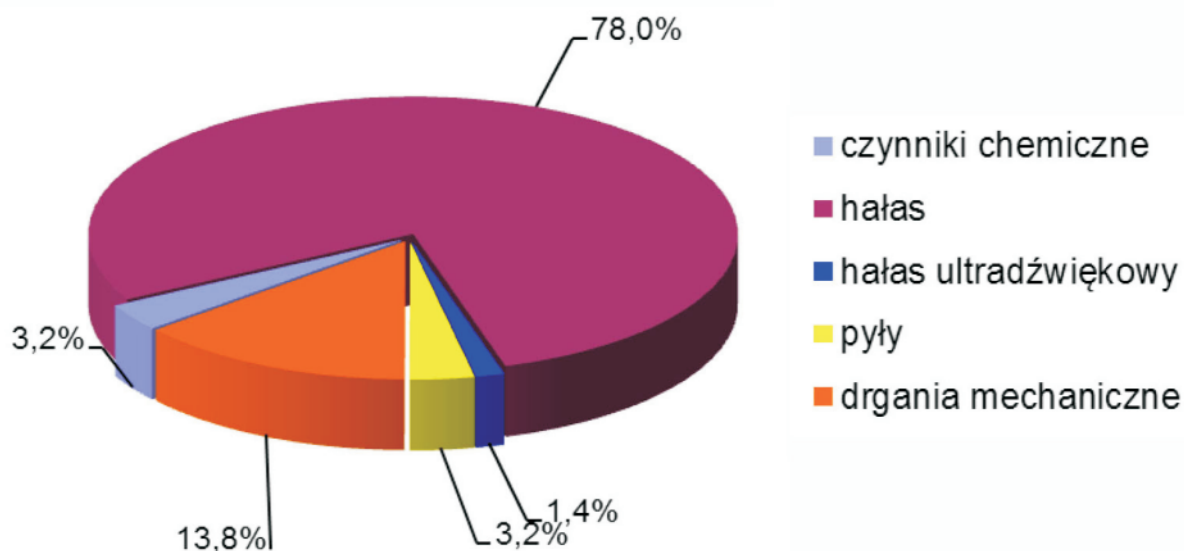
W minionym roku najwięcej przekroczeń NDS i NDN (najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń) czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy stwierdzono dla hałasu, czynników chemicznych, drgań mechanicznych

oraz zapylenia.

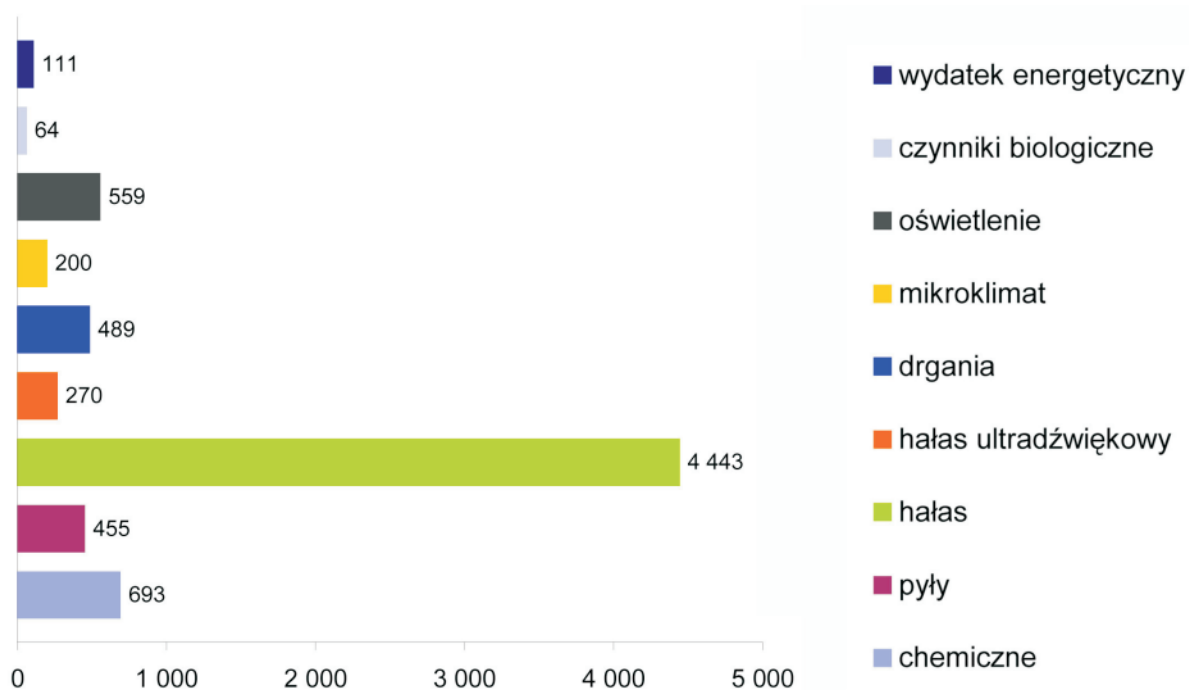
Procentowy udział stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenia NDN lub NDS na przestrzeni lat 2011-2016 obrazuje kolejny wykres.

Narażenie na czynniki szkodliwe dla zdrowia

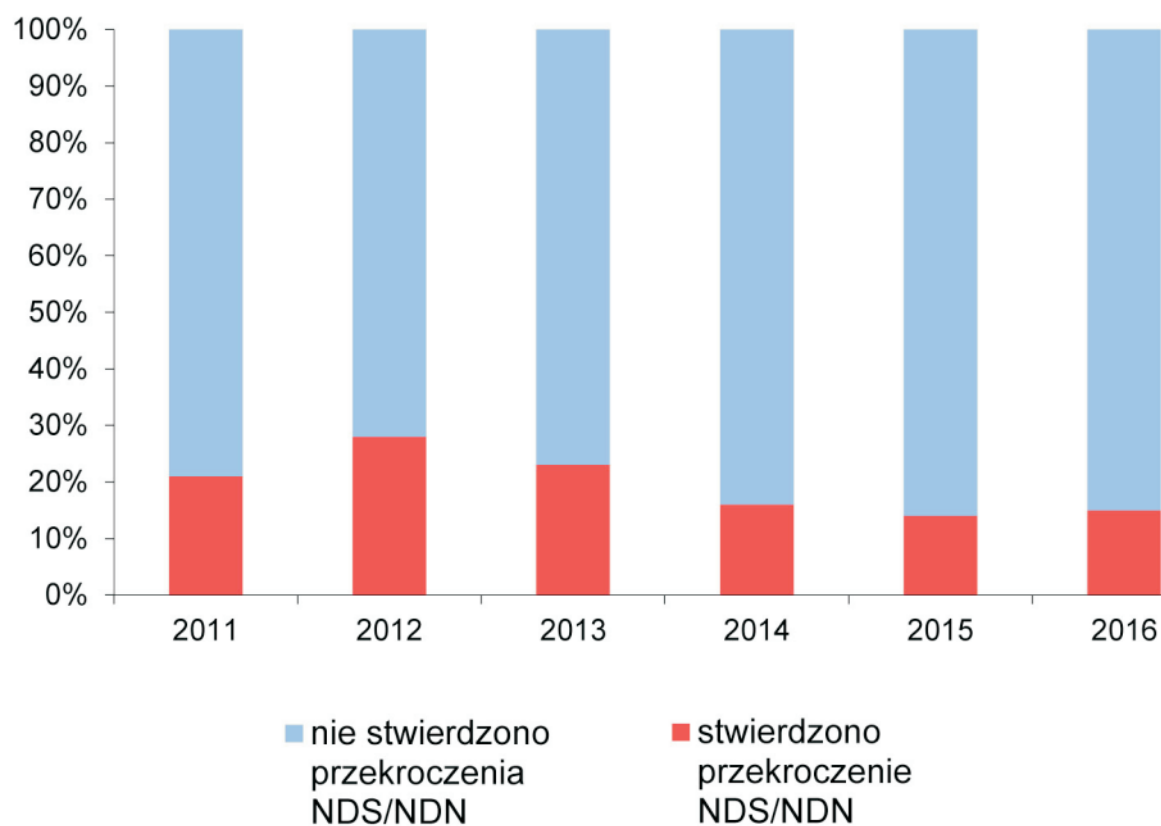
W 2016 r. wykonano 6383 oznaczenia laboratoryjne na 1492 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na chemiczne i fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia. W wyniku przeprowadzonej oceny zagrożeń czynnikami szkodliwymi dla zdrowia na stanowiskach pracy stwierdzono wystąpienie przekroczeń obowiązujących normatywów na 218 stanowiskach pracy, co stanowi 14,6% objętych pomiarami stanowisk



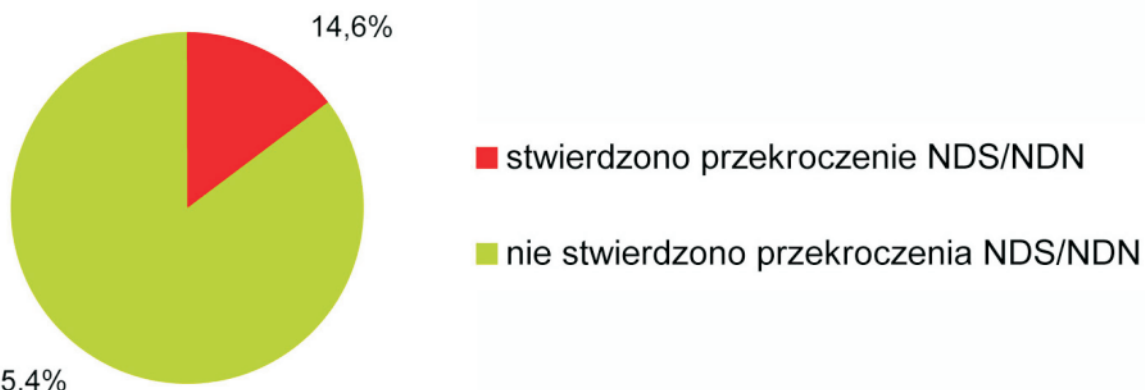
Udział procentowy przekroczeń NDS i NDN.



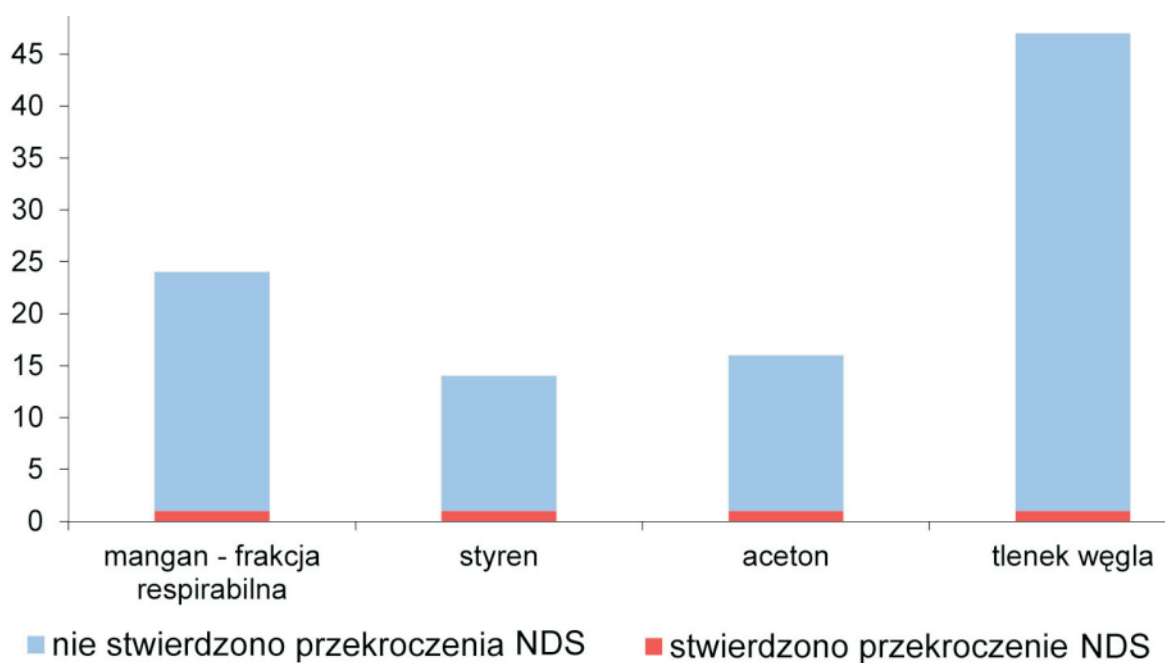
Oznaczenia wykonane na stanowiskach pracy w 2016 roku.



Udział przekroczeń NDS/NDN na stanowiskach pracy w latach 2012-2016.



Stanowiska pracy opomiarowane pod kątem narażenia na czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2016 roku.



Stanowiska pracy opomiarowane w celu oceny narażenia na wybrane chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2016 roku.



Stanowiska pracy opomiarowane pod kątem narażenia na chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2016 roku.

pracy.

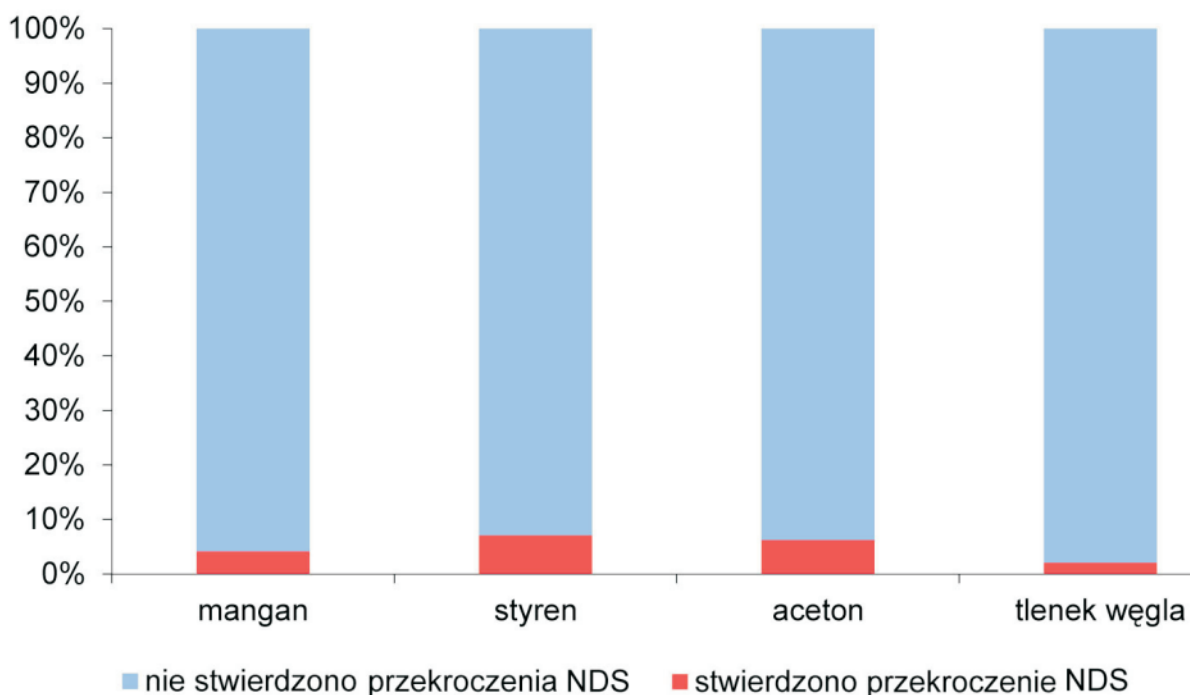
Przekroczenie najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) stwierdzono na 7 z 270 badanych stanowisk pracy, na których pracownicy byli narażeni na chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia.

W 2016 roku podobnie jak w 2015 roku normatyw higieniczny (NDS) najczęściej przekroczony był dla manganu - frakcji respirabilnej i styrenu, a dodatkowo także stwierdzono przekroczenie dla acetonu i tlenku węgla. Na stanowiskach,

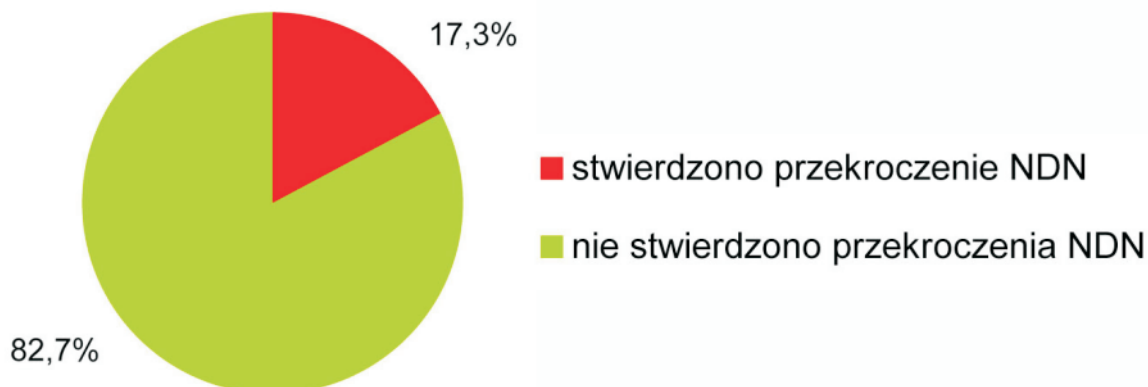
na których pracownicy narażeni byli na te czynniki przekroczenie NDS dla manganu - frakcji respirabilnej zarejestrowano na 1 z 24 stanowisk pracy (4%), na 1 z 14 stanowisk dla styrenu (7%), na 1 z 16 stanowisk dla acetonu (6%) i na 1 z 47 dla tlenku węgla (2%).

Na następnym wykresie przedstawiono procentowy udział stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenia NDS dla czynników chemicznych w latach 2011-2016.

Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych



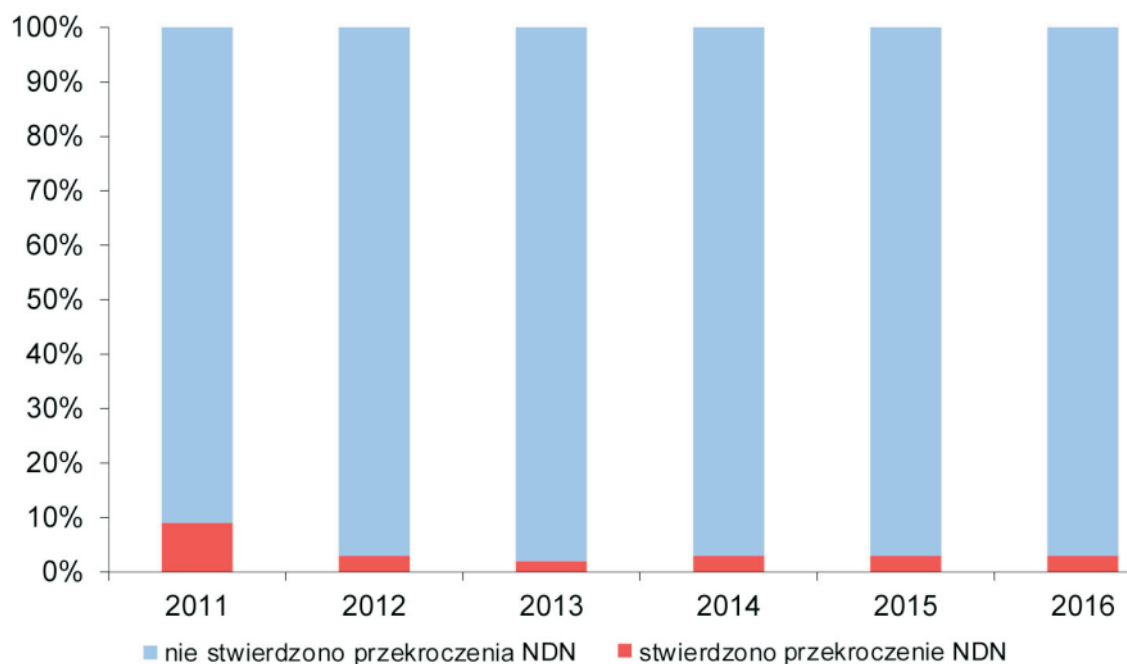
Udział przekroczeń na stanowiskach pracy opomiarowanych pod kątem oceny narażenia na wybrane chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2016 roku.



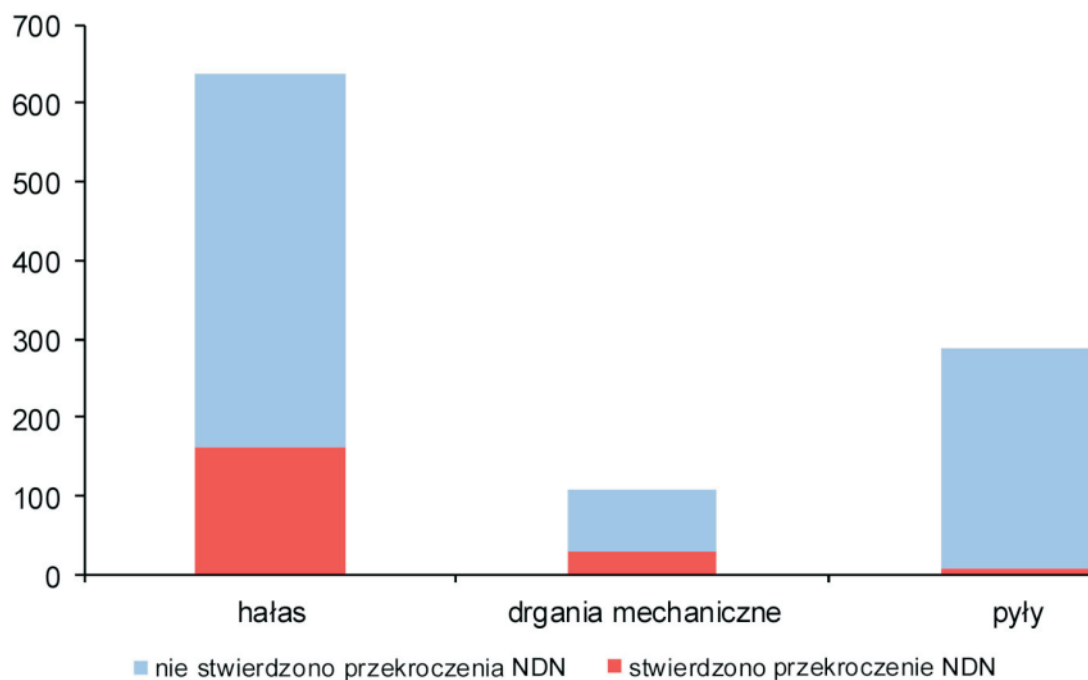
Stanowiska pracy opomiarowane pod kątem oceny narażenia na fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2016 roku.

nych natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia (NDN) wystąpiły na 211 z 1222 opomiarowanych stanowiskach pracy, co stanowi 17,3% stanowisk pracy, na których wykonano pomiary.

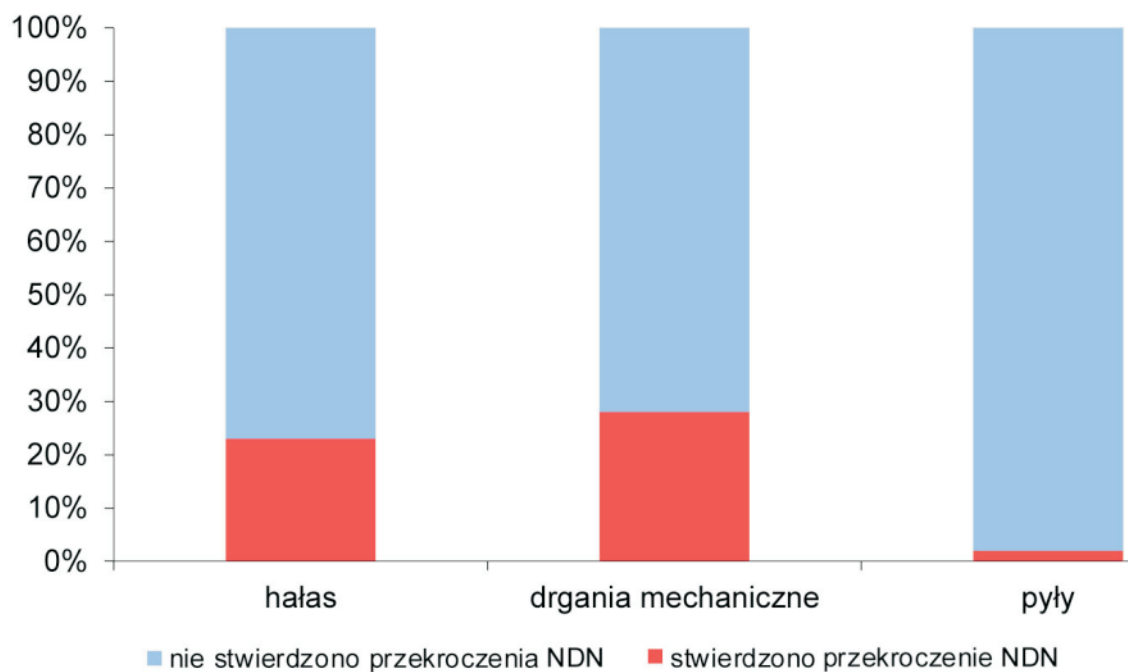
W 2016 r. stwierdzone przekroczenia najwyższych dopuszczalnych natężeń najczęściej dotyczyły hałasu, drgań mechanicznych i pyłów. Przekroczenie NDN dla hałasu stwierdzono na



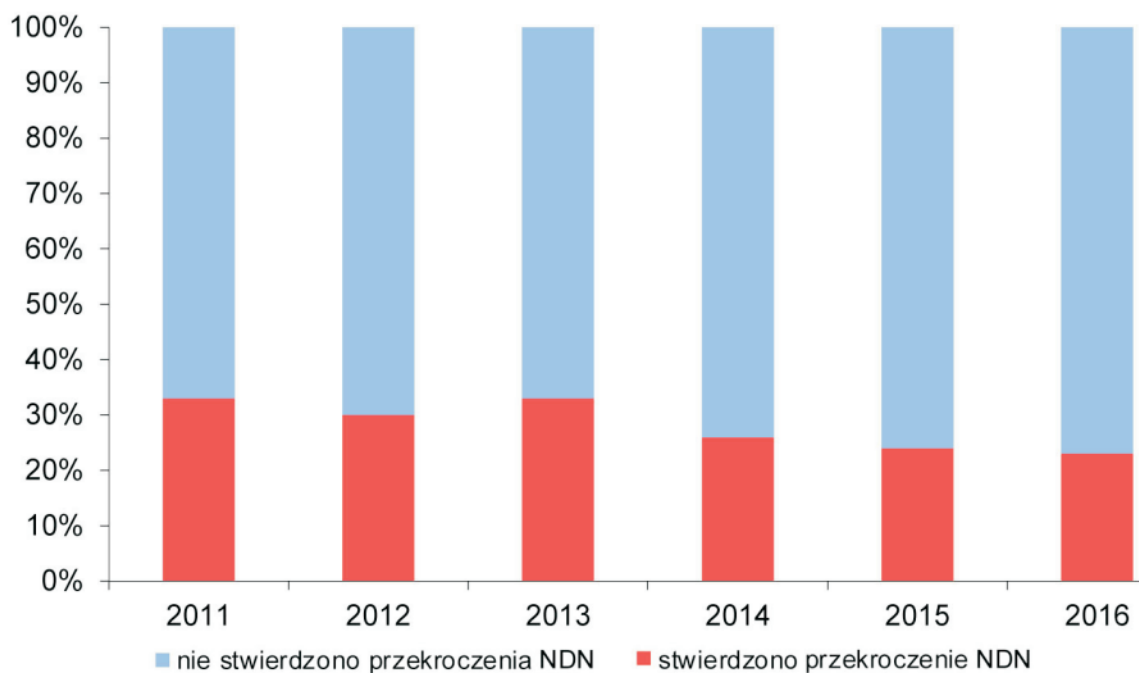
Udział przekroczeń NDS na stanowiskach pracy dla czynników chemicznych w latach 2011-2016.



Stanowiska pracy opomiarowane w celu oceny narażenia na wybrane fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2016 roku.



Udział przekroczeń na stanowiskach pracy opomiarowanych pod kątem oceny narażenia na fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2016 roku.



Udział przekroczeń NDN na stanowiskach pracy dla hałasu w latach 2011-2016.

30 (27,5%) z 109 stanowisk pracy, na których pracownicy narażeni byli na ten czynnik, zaś dla pyłów na 7 (2,1%) stanowiskach z 337 poddanych ocenie w tym zakresie

Dane dotyczące stwierdzonych przekroczeń NDN dla hałasu oraz drgań mechanicznych na stanowiskach pracy w latach 2011-2016 przedstawiono na następujących wykresach.

W 2016 r. przeprowadzono pomiary ogólnej liczby drobnoustrojów (bakterii i grzybów) m.in. w zakładach: usług komunalnych, samochodowych i archiwach. Na kilku opomiarowanych stanowiskach pracy pod kątem zagrożeń szkodliwych 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 zawarto w tabeli.

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.).

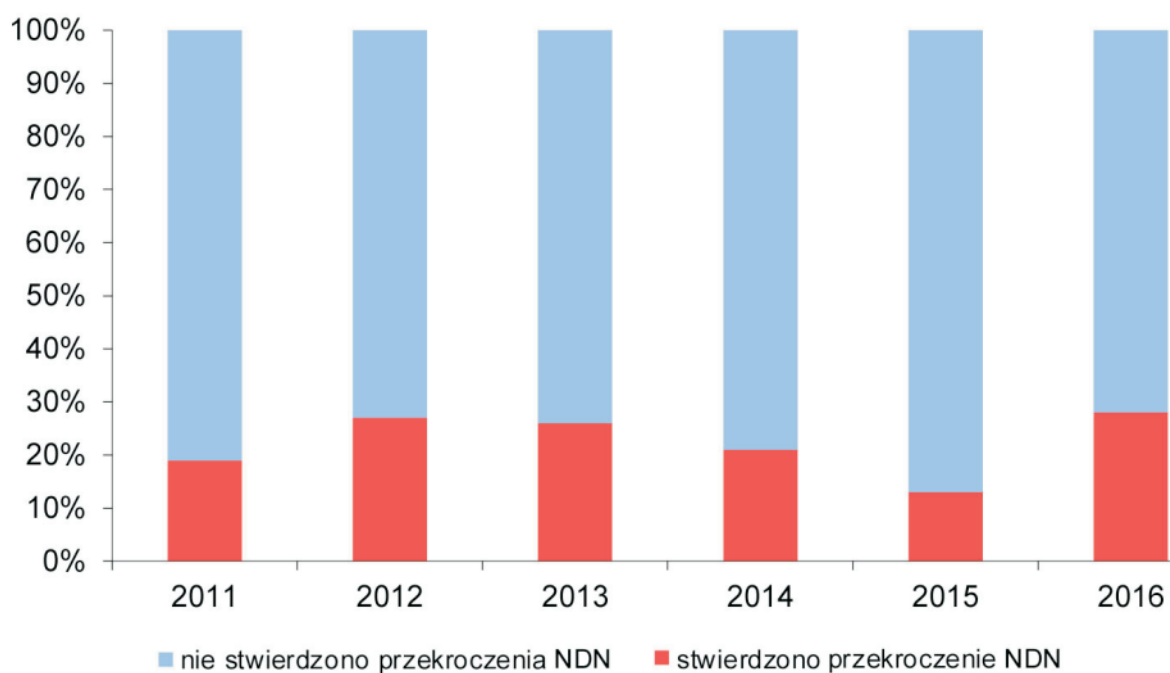
Narażenie na czynniki uciążliwe dla zdrowia

W 2016 r. wykonano 1086 oznaczeń laboratoryjnych na 656 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na czynniki uciążliwe dla zdrowia.

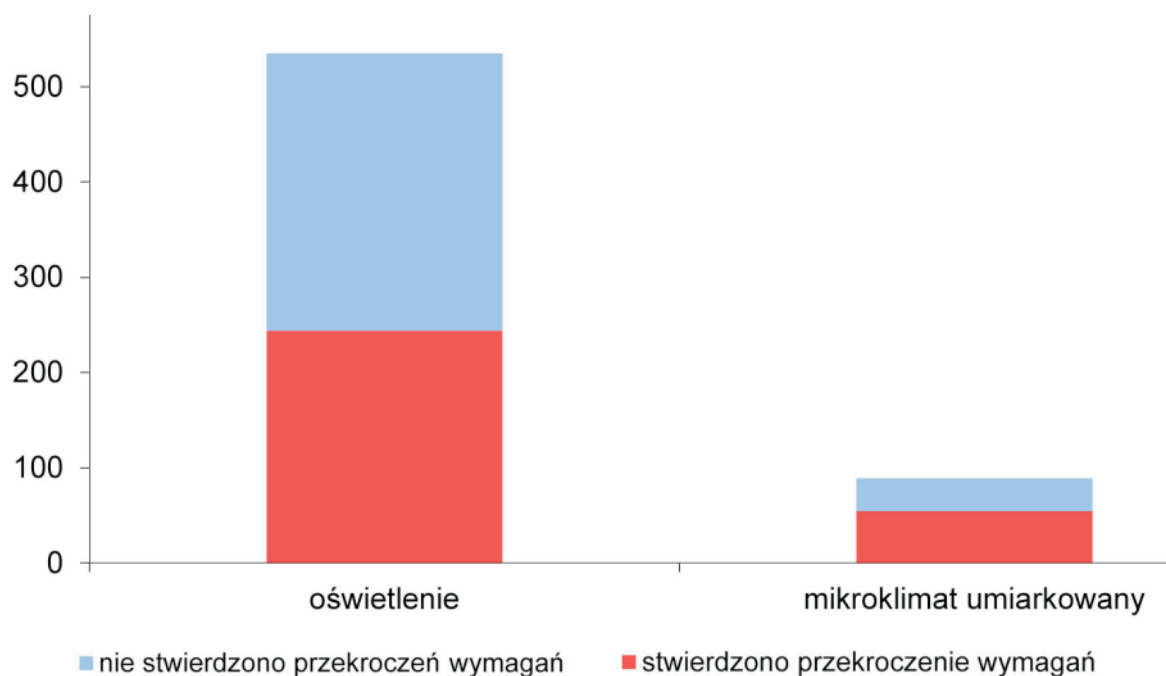
Niespełnienie wymagań w zakresie czynników uciążliwych dla zdrowia stwierdzono na 299, tj. 45,6 % stanowisk pracy poddanych ocenie w tym zakresie. Przekroczenie stwierdzono dla oświetlenia oraz mikroklimatu umiarkowanego.

Zidentyfikowane bakterie należące do drugiej grupy zagrożenia biologicznego.

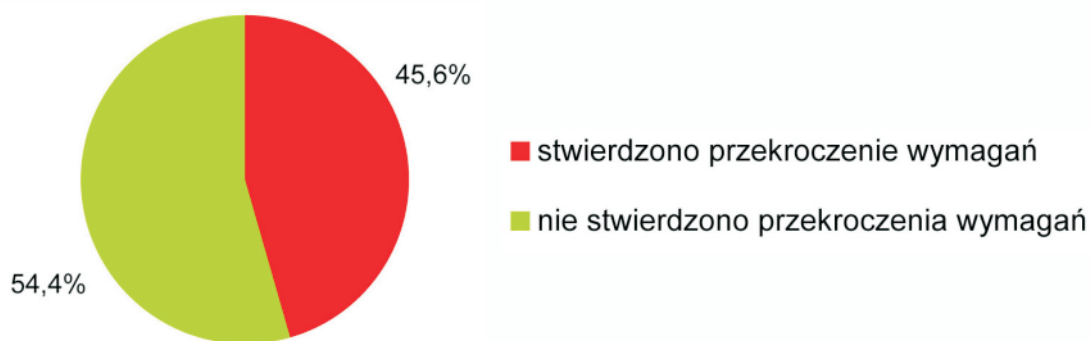
Bakterie zidentyfikowane	Skontrolowane zakłady pracy		
	archiwa	zakłady usług komunalnych	zakłady samochodowe
1	2	3	4
Pantoea spp.		+	
Corynebacterium spp.		+	
Enterococcus durans		+	
Bacillus spp	+	+	+
Enterococcus faecium	+		
Pseudomonas spp.		+	+
Acinetobacter spp.		+	+
Enterobacter spp.			+
Klebsiella pneumoniae			+
Proteus mirabilis			+
Pseudomonas aeruginosa		+	+
Enterococcus casseliflavus		+	+
Enterococcus faecalis			+
Enterococcus gallinarum			+
Aeromonas spp.			+
Enterococcus faecalis			+
Brevibacterium spp.			+



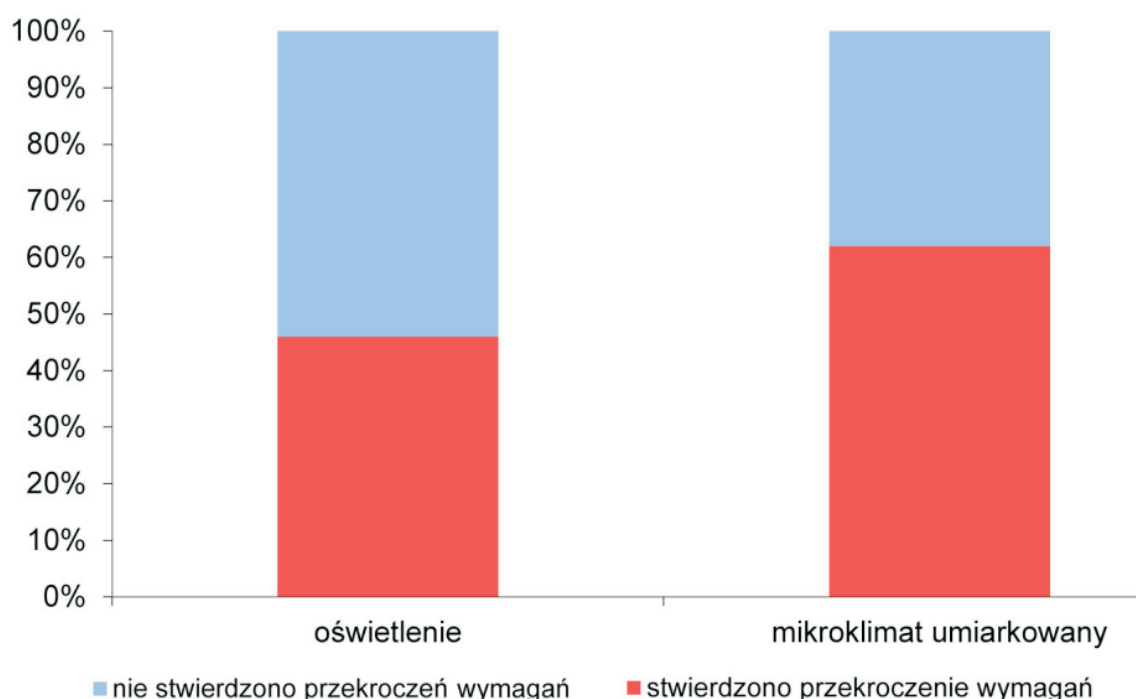
Udział przekroczeń NDN na stanowiskach pracy dla drgań mechanicznych w latach 2011-2016.



Stanowiska pracy opomiarowane w celu oceny narażenia na czynniki uciążliwe dla zdrowia w 2016 roku.



Stanowiska pracy opomiarowane pod kątem oceny narażenia na czynniki uciążliwe dla zdrowia w 2016 roku.



Udział przekroczeń na stanowiskach pracy opomiarowanych pod kątem oceny narażenia na czynniki uciążliwe dla zdrowia w 2016 roku.

Zapewnienie właściwych warunków środowiska termicznego oraz oświetlenia na stanowiskach pracy jest wymaganiem w znacznym stopniu nieprzestrzeganym przez pracodawców w zakresie uciążliwości zawodowych.

Wnioski

1. W 2016 r. na 45,6% zbadanych stanowisk pracy, pracownicy narażeni byli na działanie

czynników szkodliwych dla zdrowia w stężeniach/natężeniach przekraczających normatywy higieniczne (NDS/NDN).

2. W 2016 r. podobnie jak w latach poprzednich, hałas obok drgań mechanicznych i zapylenia jest najczęściej występującym zagrożeniem na stanowiskach pracy.
3. W 2016 r. w stosunku do 2015 r. stwierdzono wzrost przekroczenia normatywu NDN dla drgań mechanicznych, zmniejszenie zaś dla

- pyłów występujących na środowisku pracy.
4. W 2017 r. zakres realizacji badań, powinien być w znacznym stopniu ukierunkowany na ocenę stanu zagrożeń szkodliwymi czynnikami dla zdrowia takimi jak: hałas, drgania mechaniczne oraz zapylenie.
 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 liczba stanowisk, na których stwierdzono występowanie drobnoustrojów należących do drugiej grupy zagrożenia biologicznego wskazuje na konieczność wzmocnienia działań prewencyjno-oświatowych oraz monitorowania stanu zagrożenia czynnikami biologicznymi na stanowiskach pracy.
 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 2011-2016 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 eliminacji.



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 2016 roku nie budził zastrzeżeń.

Nadzorem objęto w minionym roku 330 jednostek organizacyjnych, w których użytkowano ponad 710 aparatów rtg. W województwie kujawsko-pomorskim w 2016 r. liczba pracowników zatrudnionych w narażeniu na promieniowanie jonizujące, objętych pomiarem dawki indywidualnej wynosiła około 2500 osób. Pracownicy stosowali odpowiednie ochrony osobiste oraz przes-

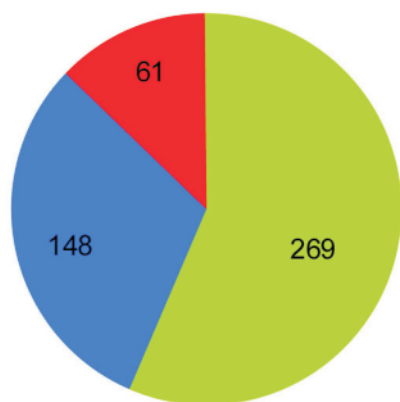
trzegli pozostałych wymogów ochrony radiologicznej. W roku sprawozdawczym na terenie naszego województwa nie zanotowano przekroczeń dopuszczalnych limitów dawek.

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.

Ochrona radiologiczna pacjentów

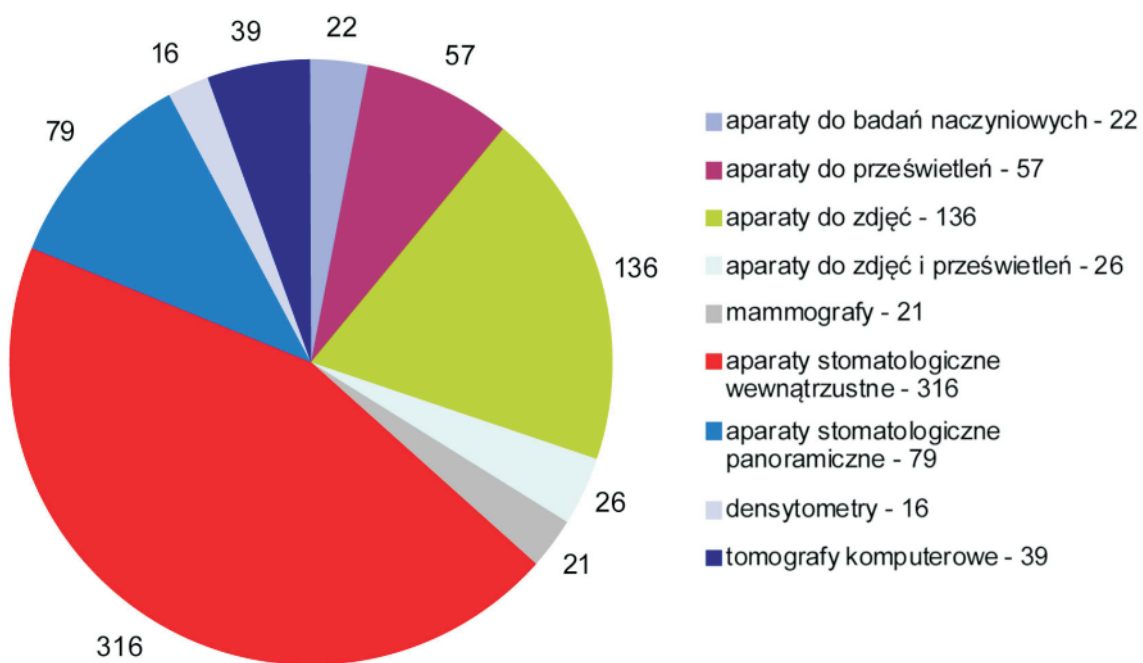
W 2016 roku w trakcie czynności nadzorowych nad zakładami opieki zdrowotnej dużą wagę przykładano do oceny stanu ochrony radiologicznej pacjenta poprzez kontrolę i ocenę m.in.:

- wykonania testów specjalistycznych i testów podstawowych przy aparatach rtg,

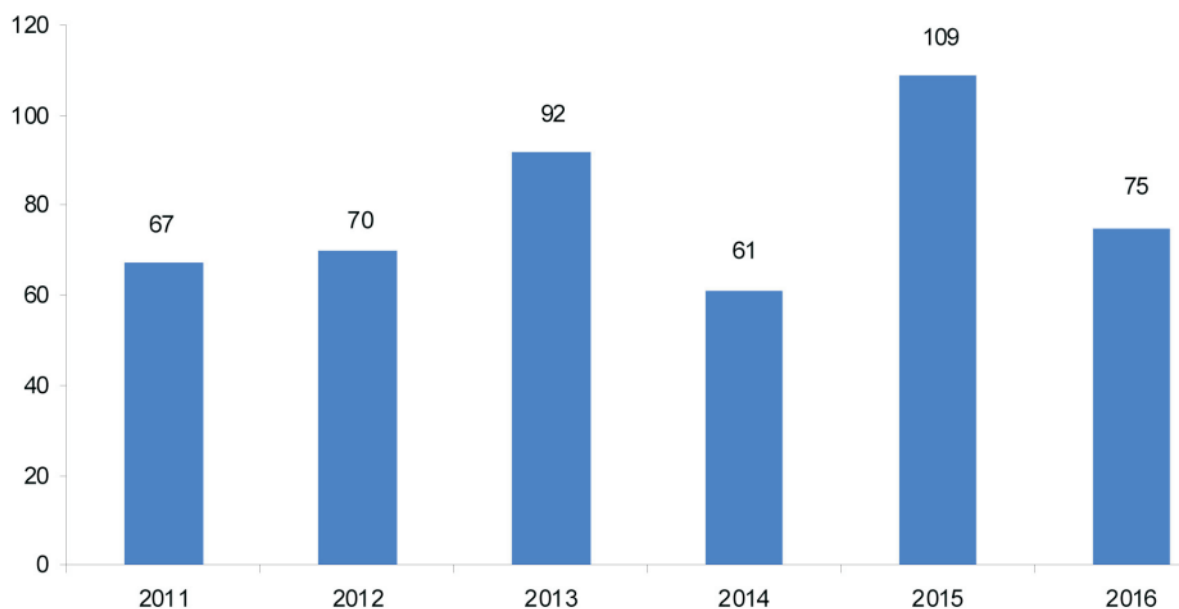


- Jednostki w których znajdują się wyłącznie źródła promieniowania jonizującego
- Jednostki w których znajdują się wyłącznie źródła PEM
- Jednostki w których znajdują się zarówno źródła promieniowania jonizującego oraz PEM

Liczba jednostek znajdujących się pod nadzorem Oddziału Higieny Radiacyjnej.

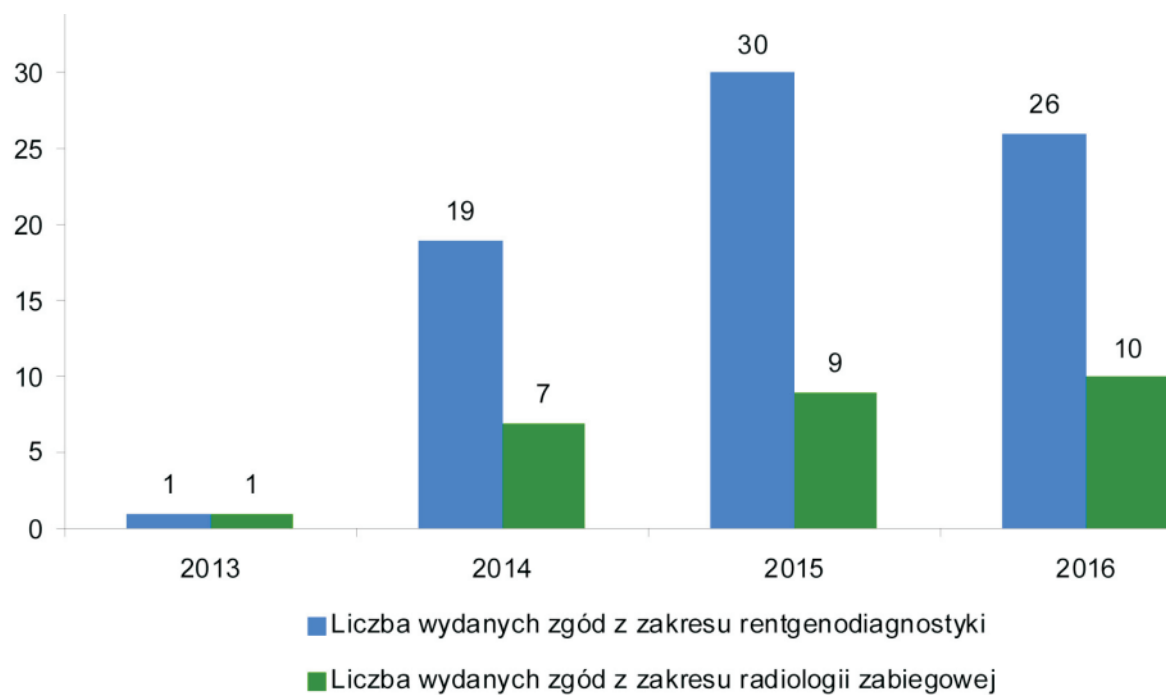


Liczba i rodzaj aparatury rentgenowskiej.

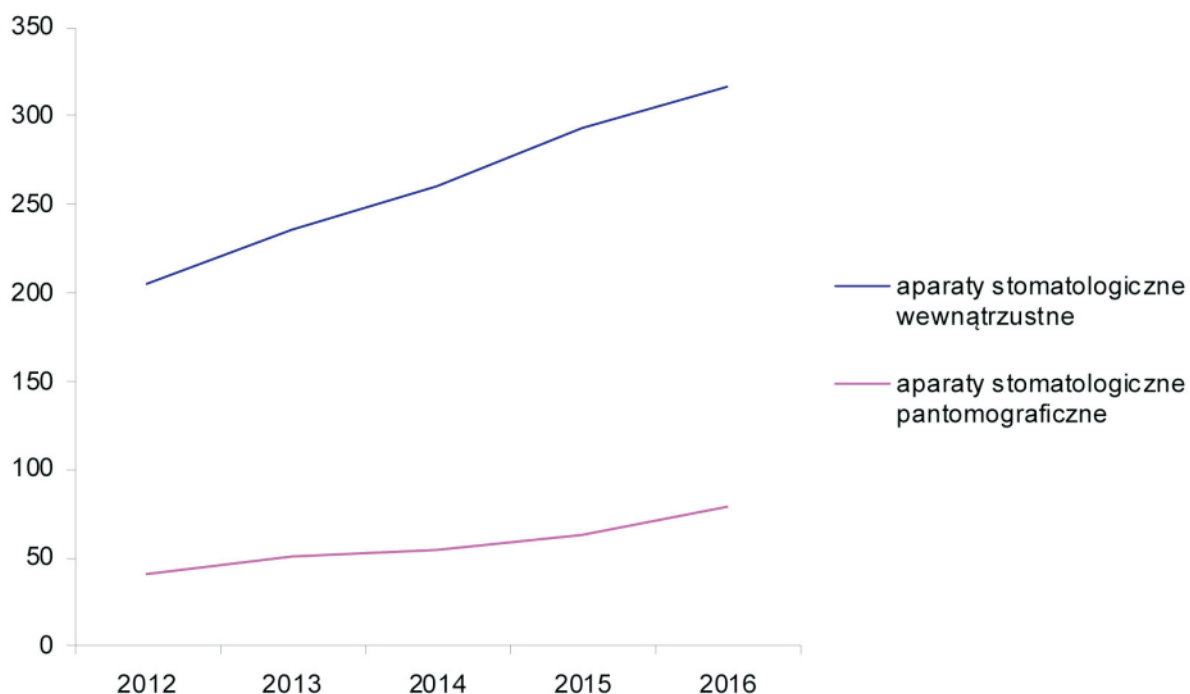


Liczba wydanych zezwoleń na aparaty rtg w latach 2011-2016.

- 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 wew-



Liczba wydanych zgód na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu badań rentgenodiagnostycznych oraz radiologii zabiegowej w latach 2013-2016.



Wzrost liczby aparatów rentgenowskich stosowanych w stomatologii.

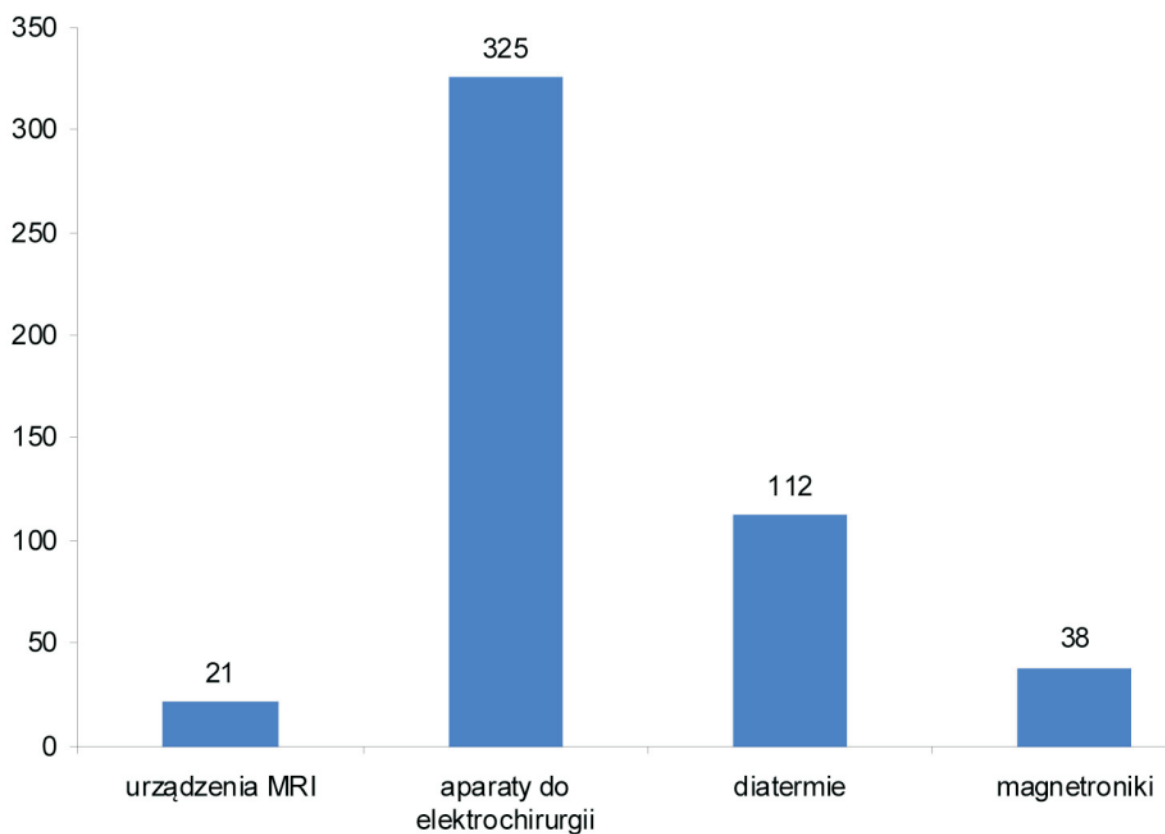
- nętrnych,
- opracowania i wdrożenia roboczych medycznych procedur radiologicznych,
- wiedzy personelu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta, w tym dopełnienia obowiązku przejścia szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta,
- stosowania prawidłowych wzorów skierowań na badanie rtg,
- 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.

Proces wymiany sprzętu rentgeno-diagnostycznego 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.

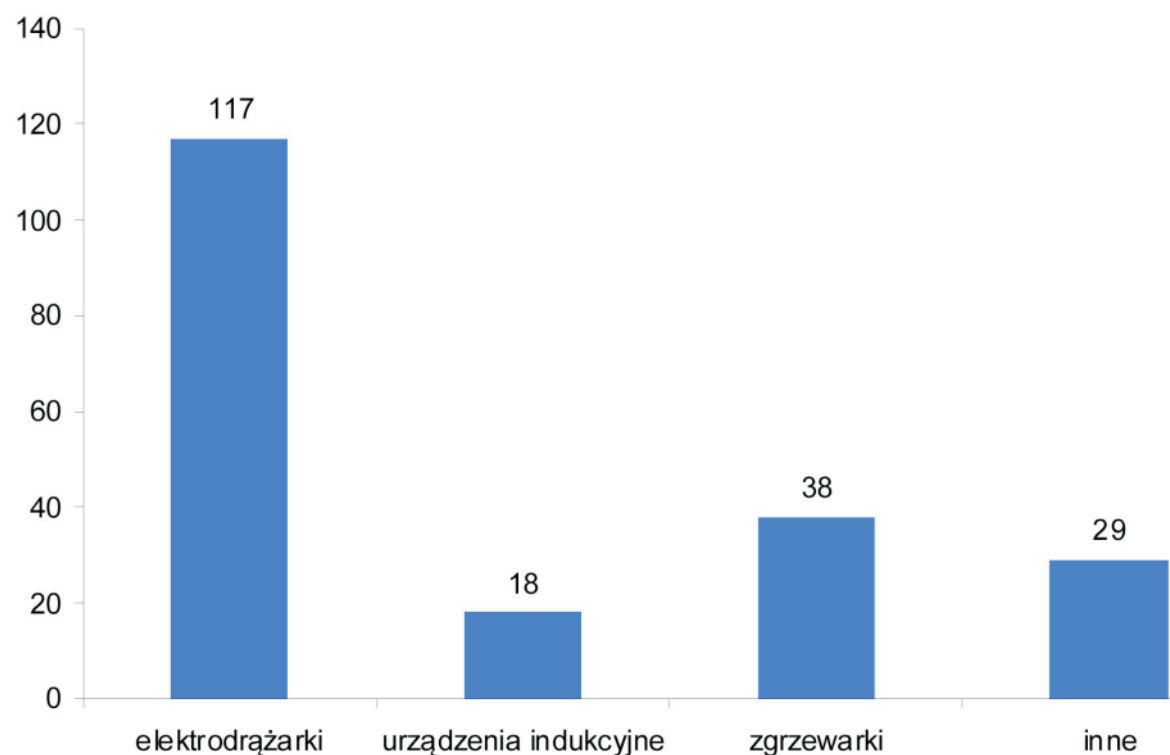


Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w ochronie zdrowia.

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	21	119	0
	aparaty do elektrochirurgii	2406	961	1445	0
	diatermie	454	147	307	0
	inne				
Przemysł	urządzenia do spawania	3	0	3	0
	elektrodrażarki	22	22	0	0
	urządzenia indukcyjne	59	59	0	0
	zgrzewarki	74	28	46	0
	inne	18	18	0	0
Radiokomunikacja i łączność	radiofoniczne	27	13	14	0
	telewizyjne				
	inne	320	320	0	0
Nauka	spektrometry EPR, NMR	4	4	0	0
	inne	17	17	0	0

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



Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w przemyśle.

Ochrona przed promieniowaniem elektromagnetycznym z zakresu 0-300 GHz

Ochrona personelu przed polami elektromagnetycznymi

W 2016 roku nadzorem objętych było 209 jednostek organizacyjnych, w których użytkowano ponad 700 urządzeń wytwarzających promieniowanie elektromagnetyczne oraz ponad 350 instalacji radiokomunikacyjnych w tym stacji bazowych telefonii komórkowej. W narażeniu na pole elektromagnetyczne pracowało około 3190 osób, przy instalacjach radiokomunikacyjnych było zatrudnionych około 350 osób.

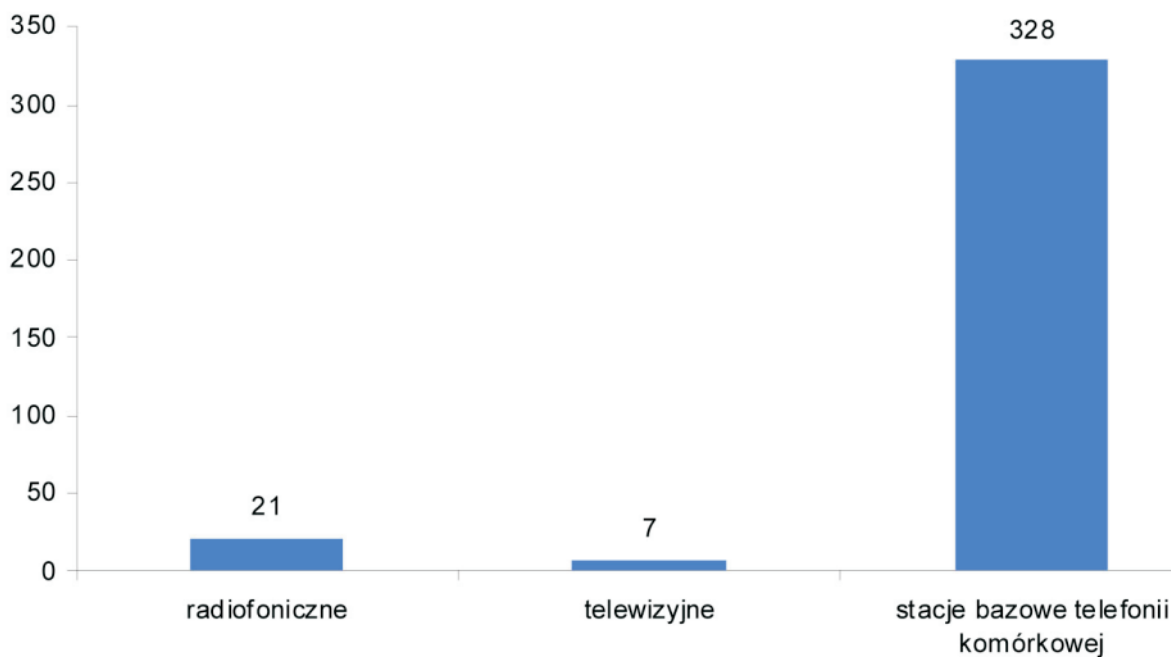
Na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2016 r. w zakładach użytkujących urządzenia wytwarzające promieniowanie elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości można stwierdzić, że badania okresowe pracowników zawodowo narażonych na promieniowanie elektromagnetyczne były przeprowadzane terminowo. Podobnie szkolenia w zakresie BHP przy stosowaniu urządzeń wysokiej częstotliwości były przeprowadzane systematycznie i w pełnym zakresie. Występowały natomiast przypadki nie do-

trzymywania 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.

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 elek-



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

elektromagnetycznym wysokiej częstotliwości z zakresu 0 do 300 GHz można uznać za bardzo dobry.

Badania rozkładu pola elektromagnetycznego - PEM

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

Prowadzone badania 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, tj. substancji możliwie rakotwórczych dla człowieka.

W celu zapewnienia, że występujące narażenie na pole elektromagnetyczne pozostaje na bezpiecznym, zgodnym z przepisami poziomie, w 2016 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 dwóch urządzeniach medycznych i przy jednym urządzeniu przemysłowym.

W 2016 roku na wniosek mieszkańców wykonano badania w 12 lokalizacjach. W trzech przypadkach wnioski dotyczyły obaw mieszkań-

ców w związku z sąsiedztwem instalacji elektroenergetycznych, w siedmiu przypadkach w związku z usytuowaniem stacji bazowych telefonii komórkowych oraz w dwóch przypadkach wniosek dotyczył bliżej niesprecyzowanego zagrożenia. W wyniku przeprowadzonych badań nie stwierdzono przekroczeń granicznych poziomów natężenia pola elektromagnetycznego.

W 2016 roku wykonano badania przy 192 urządzeniach wytwarzających pola elektromagnetyczne w środowisku pracy. Zaobserwowano niewielki wzrost liczby przekroczeń na stanowiskach pracy w porównaniu do ostatnich dwóch lat.

Wszystkie obserwowane przekroczenia wystąpiły w pierwszym półroczu 2016 roku. W drugim półroczu po zmianie przepisów i dopuszczalnych poziomów natężenia pola elektromagnetycznego nie zarejestrowano żadnego przekroczenia.

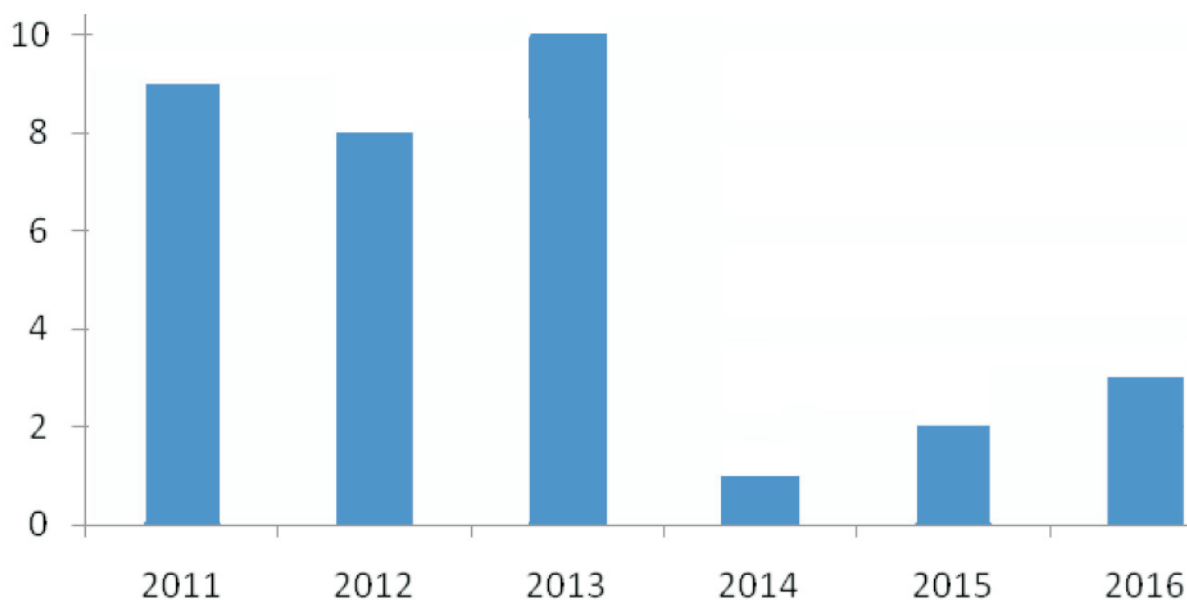
Badania skażeń promieniotwórczych żywności i wody pitnej

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 (cez-137) i Sr-90 (strontu-90) w wodzie, żywności i paszach.

W 2016 roku wykonano oznaczenia stężenia promieniotwórczego izotopu Cs-137 w 80 próbkach i Sr-90 w 2 próbkach.

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



Liczba przekroczeń na stanowiskach pracy w latach 2011-2016.

W kolejnych tabelach przedstawiono maksymalne zarejestrowane poziomy stężenia Cs-137 i Sr-90 dla poszczególnych produktów

z odniesieniem do wartości interwencyjnych dla danego rodzaju produktu.

Rodzaj próbki	Stężenie promieniotwórcze Cs-137 [Bq/kg]	Odniesienie do wartości interwencyjnych [%]
Grzyby (kurki)	52,34	4,19%
Ryby	1,93	0,15%
Mleko w proszku	1,33	0,33%
Mleko	0,26	0,03%
Ziemniaki	0,20	0,02%
Wieprzowina	< 0,63	-
Pszenica	< 0,70	-
Woda wodociągowa	< 0,20	-
Woda powierzchniowa	< 0,60	-
Drób	< 0,62	-
Jaja	< 0,61	-
Jabłka	< 0,60	-
Porzeczka	< 0,60	-
Kapusta	< 0,20	-
Marchew	< 0,65	-
Ogórki	< 0,65	-
Lucerna (pasza)	< 1,68	-

Maksymalne zarejestrowane stężenie promieniotwórcze Sr-90 w próbkach żywności.

Rodzaj próbki	Stężenie promieniotwórcze Sr-90 [Bq/kg]	Odniesienie do wartości interwencyjnych [%]
Mleko w proszku	< 3,08	-
Woda powierzchniowa	< 0,35	-

W 2016 roku prowadzony był również monitoring całodobowy mocy dawki promieniowania gamma w Bydgoszczy i Włocławku. W ramach tego monitoringu prowadzone były automatyczne pomiary przestrzennej mocy dawki promieniowania gamma w powietrzu oraz rejestr spektrum promieniowania w celu identyfikacji izotopów promieniotwórczych mających wkład w rejestrowany poziom promieniowania. Wyniki mocy dawki prezentowane były na ogólnodostępnych dla ludności tablicach (Bydgoszcz) i wyświetlaczu (Włocławek). Rejestrowane poziomy mocy dawki pozostawały na bezpiecznym poziomie i oscylowały w granicach naturalnego tła od 0,105 do 0,116 $\mu\text{Sv/h}$.

Zdarzenia radiacyjne

15 stycznia 2016 r. na terenie Zakładu Termicznego Przekształcania Odpadów Komunalnych w Bydgoszczy (tzw. „spalarni śmieci”) miało miejsce zdarzenie radiacyjne.

Źródłem alarmu był pojazd transportujący odpady komunalne. Jego wjazd na teren Zakładu wzbudził czujniki izotopowe znajdujące się przy bramie, służące do wykrywania tego rodzaju zagrożeń. Czujniki te wykrywają jedynie obecność źródła promieniowania, nie mierzą mocy dawki promieniowania i nie pozwalają też na identyfikację izotopu promieniotwórczego. W związku z tym, zgodnie z założeniami wojewódzkiego planu postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych, Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Urzędu Wojewódzkiego zlecił dokonanie stosownych pomiarów

służbom, dysponującym odpowiednim do tego celu sprzętem - w tym Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy. Na zabezpieczone miejsce zdarzenia, w ciągu kilkunastu minut dotarł, wyposażony w urządzenia pomiarowe, pracownik Oddziału Badań Radiacyjnych WSSE. Przeprowadzone zgodnie z obowiązującą procedurą badawczą pomiary nie wykazały obecności podwyższonego promieniowania w pobliżu badanego samochodu; badanie burt pojazdu wykazało natomiast wyższy niż naturalnie występujący poziom promieniowania gamma. Natężenie tego promieniowania okazało się jednak bardzo niskie i nie przekraczało 0,5 $\mu\text{Sv/h}$ (mikrosiwert na godzinę), podczas gdy za poziom niebezpieczny uznaje się natężenie powyżej 100 $\mu\text{Sv/h}$, czyli ponad dwieście razy większy. Dla porównania, naturalny poziom promieniowania występujący na co dzień w otaczającym nas środowisku, wynosi około 0,15 $\mu\text{Sv/h}$. Nie zaistniała więc konieczność ewakuacji ani wyznaczenia strefy awaryjnej. Nie pojawiło się również ryzyko rozprzestrzenienia się skażenia promieniotwórczego, gdyż jego źródło pozostawało zamknięte w beczce pojazdu. Dodatkowe badania wykazały, że izotopem promieniotwórczym znajdującym się w odpadach komunalnych jest jod-131, wykorzystywany głównie podczas leczenia chorób tarczycy. W trakcie terapii w naturalny sposób wydalany jest on z organizmu i prawdopodobnie tą drogą trafił do zbiornika z odpadami.

Zdarzenie to nie stworzyło zagrożenia, natomiast okazało się świetnym sprawdzianem skuteczności procedur kryzysowych i szybkości reagowania zaangażowanych służb.

Kontrola jakości medycznych aparatów rentgenowskich oraz badanie dawki dla pacjenta

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.

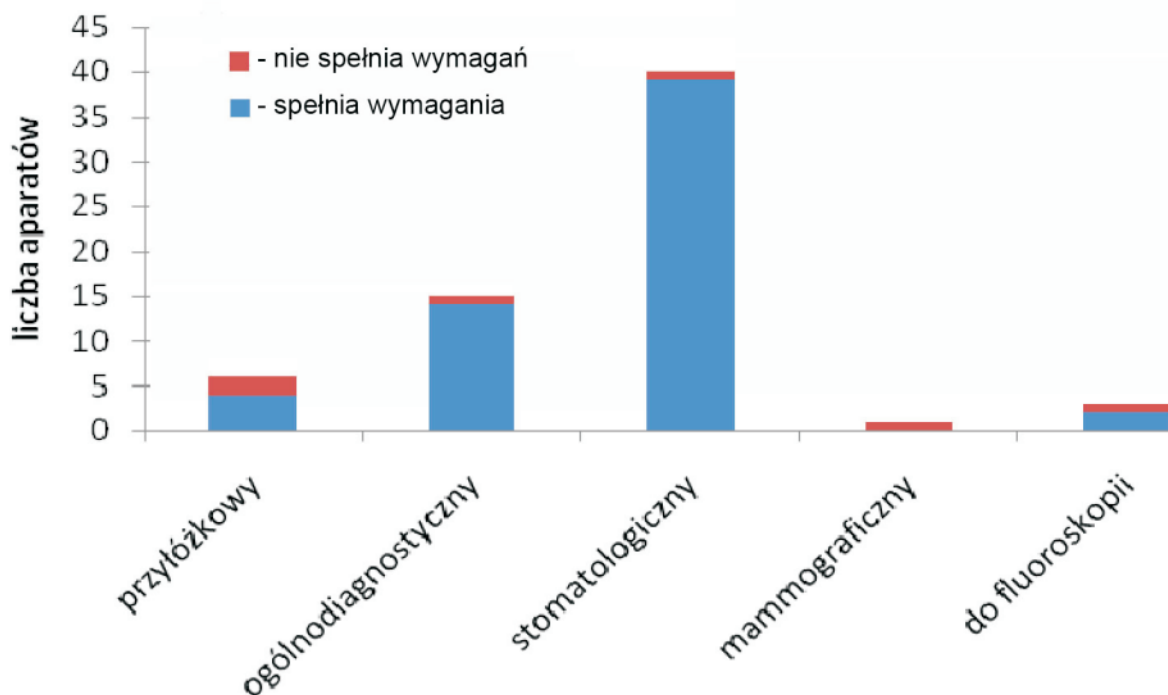
W 2016 roku wykonano testy specjalistyczne dla 33 aparatów rentgenowskich, z czego 6 aparatów nie spełniło wymagań i musiały zostać poddane naprawie lub likwidacji.

W tabeli i na wykresie przedstawiono liczbę kontrolowanych aparatów z podziałem na rodzaj aparatu i liczbę aparatów niespełniających wymagań.

W 2016 roku zaobserwowano niewielki spadek liczby aparatów niespełniających wymagań.

Rok	Procent aparatów niespełniających wymagań
2015	13 %
2016	9 %

Rodzaj aparatu rtg	Liczba skontrolowanych aparatów	Liczba aparatów niespełniających wymagań
przyłóżkowy	6	2
ogólnodiagnostyczny	15	1
stomatologiczny	40	1
mammograficzny	1	1
do fluoroskopii	3	1



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 higieny pracy w zakresie ustalo-

nym 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. sanitarnehigienicznych posiadający odpowiednie uprawnienia nadane przez Głównego Inspektora Sanitarnego.

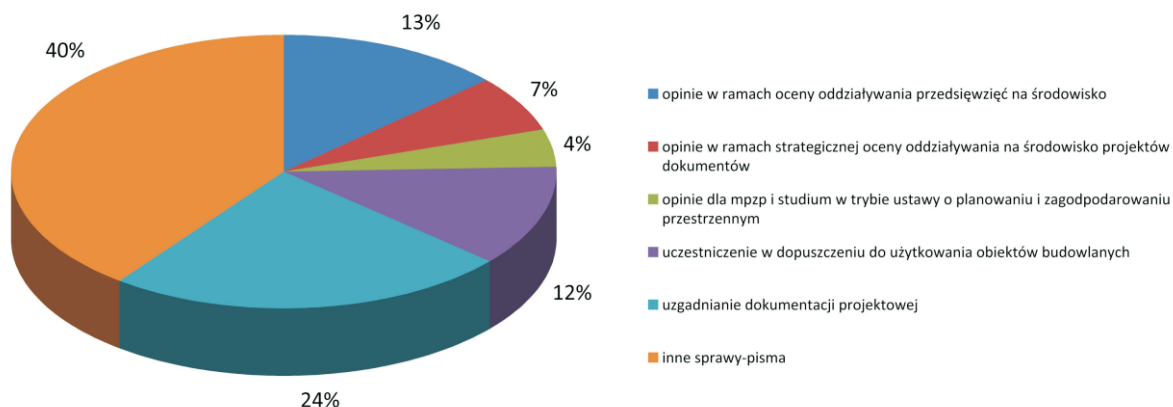
Z tego zakresu w 2016 roku wydane zostało ogółem 8279 opinii, co jest wartością nieznacznie niższą o około 5% w stosunku do roku 2015.

Znaczącą liczbę ogółem wydanych opinii stanowiły stanowiska zajęte w ramach procedury oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko - 1 095.

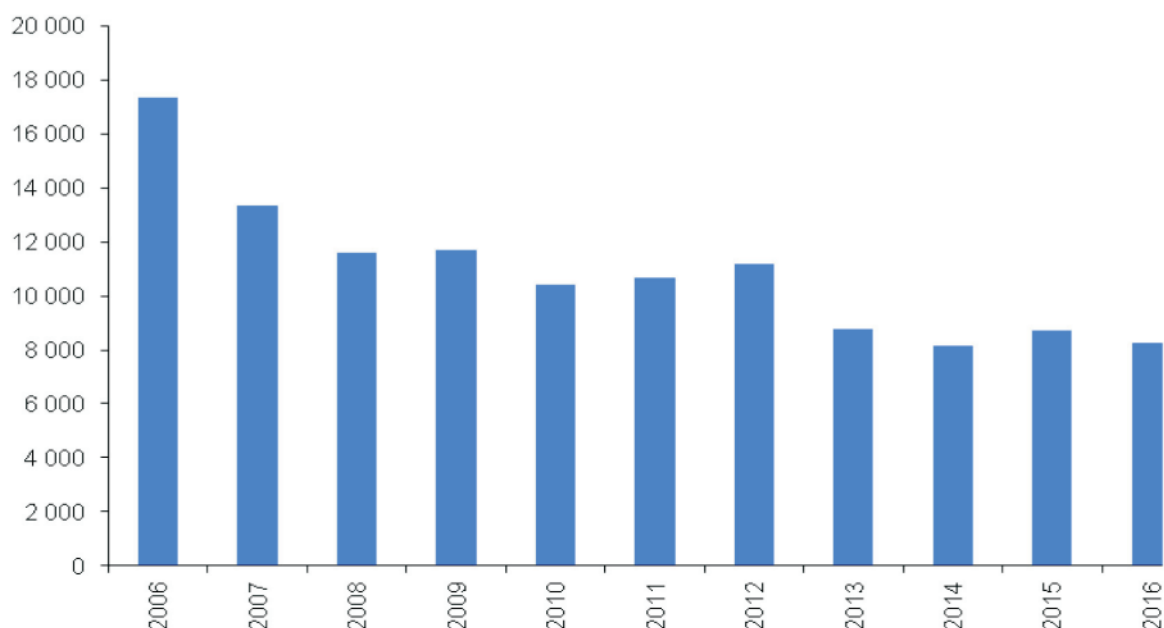
W roku 2016 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko wydały ogółem 564 opinie.

W zakresie projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego oraz studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w minionym roku 368 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



Odsetek i rodzaje opinii wydanych w 2016 roku.



Liczba opinii wydanych w latach 2006-2016.

zakresu wydano 1993 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 220 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 978 opinii.

Wnioski

W porównaniu z latami ubiegłymi zauważalna była niewielka tendencja malejąca ogólnej liczby prowadzonych spraw. Spadek ten w porównaniu z minionym rokiem był niewielki, może jednak świadczyć o stabilizacji gospodarczej.

HIGIENA DZIECI I MŁODZIEŻY



Warunki sanitarno-higieniczne w szkołach i innych placówkach oświatowo- wychowawczych w 2016 roku

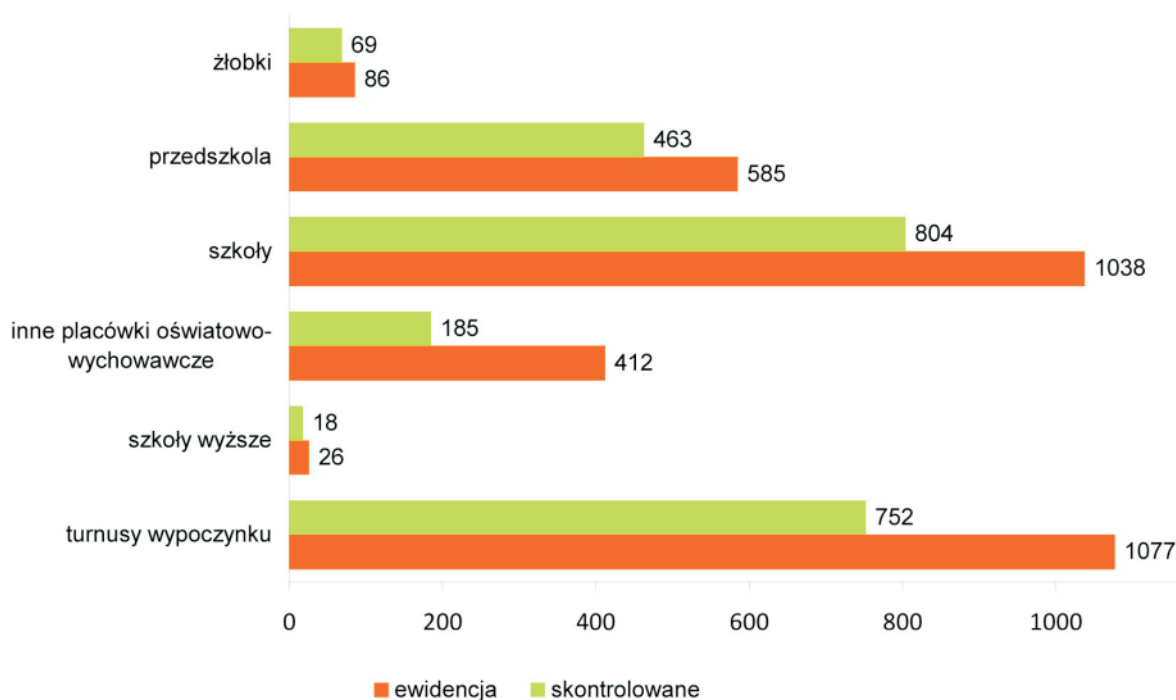
Środowisko dzieci i młodzieży jest przedmiotem szczególnej uwagi w zakresie ochrony zdrowia publicznego, w związku z tym działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej ukierunkowana była na poprawę stanu sanitarno-higienicznego miejsc nauki, pobytu, wypoczynku i rekreacji. Bieżący nadzór sanitarny obejmował kontrole przestrzegania przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny w szkołach, placówkach i tur-

nusach 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 2016 r. Państwowi Inspektorzy Sanitarni w województwie kujawsko-pomorskim objęli nadzorem 2147 stałych placówek oświatowo-wychowawczych i 1077 turnusów wypoczynku. Łącznie kontroli zostało poddanych 2291 placó-

Liczba placówek pod nadzorem stacji sanitarno-epidemiologicznych w 2016 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	53	44	5 997	14	3	52
Brodnicy	73	73	11 231	65	57	2 852
Bydgoszcz	411	353	114 696	180	176	7 234
Chełmnie	50	46	6 644	14	7	172
Golubiu-Dobrzyniu	45	45	5 612	8	6	479
Grudziądzu	124	105	19 776	35	25	1 124
Inowrocławiu	147	89	18 307	55	47	2 049
Lipnie	70	69	8 789	16	15	793
Mogilnie	46	41	5 639	48	31	1 508
Nakle	117	51	7 433	18	9	583
Radziejowie	31	31	4 460	3	3	95
Rypinie	42	42	5 304	10	10	230
Sępólnie Krajeńskim	43	41	6 251	53	49	1 395
Świeciu	87	47	7 503	62	37	1 874
Toruniu	336	120	23 171	159	70	2 295
Tucholi	69	66	11 662	162	62	2 486
Wąbrzeźnie	35	33	4 198	8	8	219
Włocławku	165	152	31 306	54	44	2 081
Żninie	62	62	9 098	113	93	4 688
WSSE w Bydgoszczy	141	29	9 297	0	0	0
RAZEM:	2 147	1 539	316 374	1 077	752	32 209



Liczba placówek objętych nadzorem w 2016 roku.

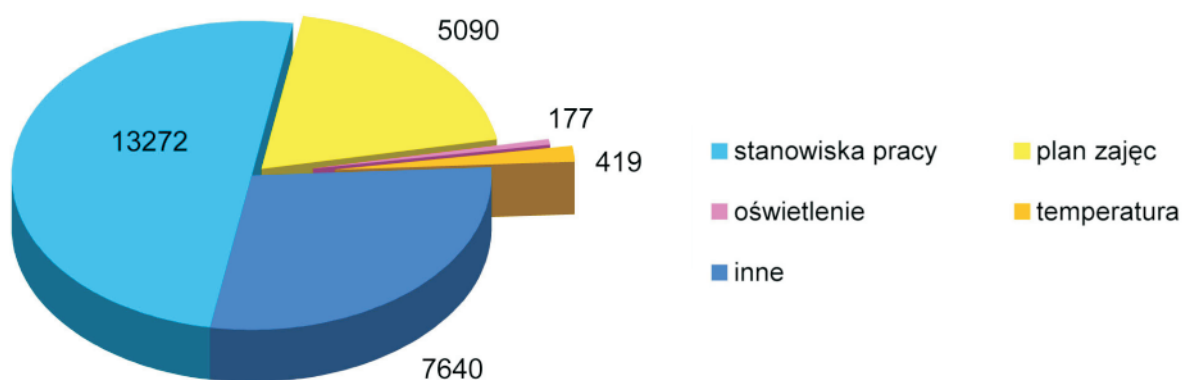
wek.

Ocenę stanu sanitarnego nadzorowanych obiektów prowadzono w oparciu o obowiązujące procedury i instrukcje. W ramach oceny stanu sanitarno-technicznego i warunków pobytu w placówkach przeprowadzono 3105 kontroli, w tym: 2.344 kontrole w placówkach stałych i 752 w placówkach sezonowych oraz 9 kontroli związanych m.in. z wydaniem opinii, czy podjęciem działań interwencyjnych. Skontrolowano 2291 placówek: 69 żłobków, 463 przedszkola, 804 szkoły, 18 szkół wyższych, 185 innych placówek oświatowo-wychowawczych i 752 turnusy wypo-

czynku, co stanowiło 71,1 % ujętych w ewidencji. W skontrolowanych placówkach uczyło się i przebywało 316374 dzieci i młodzieży oraz 32209 uczestników wypoczynku. W toku postępowań administracyjnych prowadzonych w sprawach zapewnienia uczniom bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu w szkole lub placówce wydano 248 decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

Badania środowiska fizycznego

Środowisko fizyczne szkoły ma istotny



Badania wybranych elementów środowiska szkolnego.

Liczba badań fizycznych wykonanych w latach 2014-2016.

Rok	Liczba badań					
	Ogółem	w tym:				
		natężenie oświetlenia sztucznego	tygodniowy rozkład lekcji	stanowisko pracy	temperatura pomieszczeń	inne
2016	26 598	177	5 090	13 272	419	7 640
2015	23 151	301	5 250	17 129	471	0
2014	22 558	274	5 168	16 552	501	63

wpływ na zdrowie, samopoczucie uczniów i efektywne uczenie się oraz bezpośrednio wpływa na aktywność życiową, jak i zawodową każdego człowieka. Ma ono charakter stymulujący, uke-
runkowujący i organizujący naszą działalność. Powinno także chronić przed występowaniem za-
burzeń układu ruchu, wzroku oraz innymi nie-
korzystnymi dla zdrowia zjawiskami. Przedmio-
tem analizy pracowników Państwowej Inspekcji
Sanitarnej były wybrane elementy środowiska fi-
zycznego, które pozwoliły na szczegółową ocenę
warunków pobytu i nauki w placówkach naucza-
nia i wychowania.

W ramach nadzoru nad warunkami higie-
ny procesów nauczania łącznie wykonano 26598
badań fizycznych.

Tygodniowy rozkład lekcji oceniono
w 5090 oddziałach. Niewłaściwy plan zajęć dy-
daktyczno-wychowawczych stwierdzono w 199
oddziałach (3,9%), w tym: w 111 oddziałach 17
szkół podstawowych, w 6 oddziałach 3 gimnaz-
jów i w 82 oddziałach 7 zespołów szkół.

W roku sprawozdawczym w ramach oce-
ny warunków pracy badaniu poddano 13272 sta-
nowiska pracy ucznia/przedszkolaka. Niedosto-
sowane do wzrostu użytkowników były 364 sta-
nowiska (2,7%). W ramach oceny środowiska
ciepłego w pomieszczeniach do nauki wykona-
no 419 badań temperatury powietrza. Ocenę na-
tężenia oświetlenia stanowisk pracy w polu zada-
nia przeprowadzono w 177 salach lekcyjnych.

Stan sanitarno-techniczny budynków

W placówkach oświatowo-wychowaw-
czych należy zapewnić uczniom i wychowankom

bezpieczne i higieniczne warunki nauki i zabawy
poprzez przestrzeganie obowiązujących przepi-
sów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy.
Budynki w złym stanie higieniczno-sanitarnym
i technicznym stwierdzono w 1,1 % placówek. Bu-
dynki wymagały przeprowadzenia prac remonto-
wych w szerokim zakresie, tj. doprowadzenia do
właściwego stanu stolarki okiennej lub drzwio-
wej, podłóg oraz instalacji sanitarnej. Niezbęd-
nymi elementami warunkującymi utrzymanie hi-
gieny jest wyposażenie budynku w instalację wo-
dociągową, kanalizację oraz zapewnienie odpo-
wiedniej liczby urządzeń sanitarnych w stosunku
do liczby dzieci. Wszystkie skontrolowane pla-
cówki oświatowo-wychowawcze czerpały wodę
z wodociągów publicznych. Nieczystości płynne
w 257 placówkach odprowadzane były do bezod-
pływowych zbiorników (szambo) lub do własnych
oczyszczalni ścieków. Skontrolowane placówki
nie posiadały ustępów zewnętrznych. Ponadto
15 placówek nie zachowało standardów dostęp-
ności do urządzeń sanitarnych. W związku z ko-
niecznością zapewnienia uczniom i wychowan-
kom dostępu do bieżącej ciepłej wody oraz obo-
wiązku utrzymania urządzeń sanitarno-higienicz-
nych w stanie pełnej sprawności technicznej
i czystości, w trakcie kontroli oceniano stan tech-
niczny sanitariatów oraz wyposażenie w środki
do utrzymania higieny osobistej, tj.: papier toale-
towy, mydło, suszarki do rąk lub ręczniki jednora-
zowe. Niewłaściwe warunki do utrzymania higie-
ny osobistej stwierdzono w 35 placówkach
(2,3 %), w tym: w 29 placówkach pomieszczenia
i urządzenia sanitarne były w niewłaściwym
stanie

Warunki do utrzymania higieny osobistej w szkołach w latach 2014-2016 roku.

	2016 r.		2015 r.		2014 r.	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Brak wodociągu	0	0	0	0	0	0
Kanalizacja własna/szambo	257	16,7	288	17,9	318	19,2
Ustępy zewnętrzne	0	0	0	0	0	0
Ponadnormatywna liczba uczniów na urządzenie ustępowe	15	1,0	18	1,1	20	1,2
Niewłaściwy stan techniczny urządzeń/pomieszczeń sanitarnych	29	1,9	34	2,1	35	2,1
Brak ciepłej wody	5	0,3	7	0,4	10	0,6
Brak wyposażenia w środki higieny osobistej	2	0,1	2	0,1	5	0,3

technicznym, 5 placówek nie zapewniło dostępu do ciepłej bieżącej wody przy wszystkich umywalkach w sanitariatach, a 2 placówki nie zapewniły właściwego wyposażenia w środki higieny osobistej. W celu usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości wydano 28 decyzji administracyjnych. Właściwy stan higieniczno-sanitarny i techniczny zapewniło 98,9% placówek. Na podstawie przeprowadzonych kontroli można stwierdzić, że w wielu badanych kategoriach stan higieniczno-sanitarny szkół i placówek edukacyjnych ulega systematycznej poprawie.

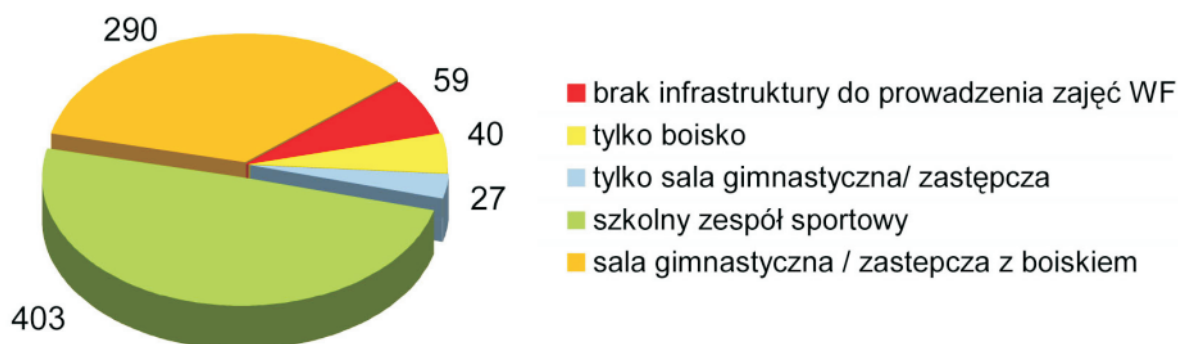
Infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

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 dorosły człowiek będzie umiał 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 59 placówek (7,2%) nie posiadało zaplecza sportowego umożliwiającego

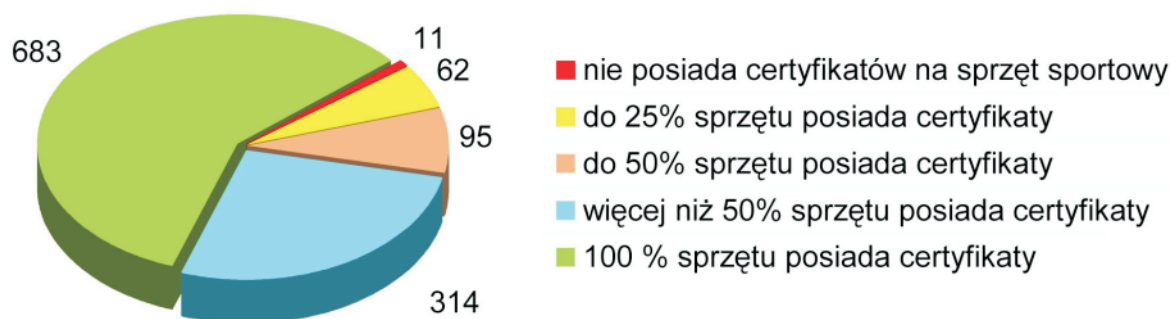
prowadzenie zajęć wychowania fizycznego. Lekcje WF tylko na boisku mogło realizować 40 (4,9 %) szkół. 7 szkół miało tylko salę gimnastyczną, a 20 (2,4 %) szkół posiadało jedynie salę zastępczą.

Szkolne zespoły sportowe, wyposażone w natryskownie, posiadały 403 szkoły (49% skontrolowanych). Niezależnie od posiadanej infrastruktury w 3,5 % skontrolowanych szkół zajęcia wychowania fizycznego były prowadzone na korytarzach szkolnych. Pomimo braku dostatecznej infrastruktury, szkoły w ramach wychowania fizycznego stwarzały uczniom możliwość korzystania z basenu (23,2%), boisk innych szkół (12%), sal gimnastycznych (4,1%), hal sportowych (8,8%) i siłowni (5%). Sale gimnastyczne i tereny sportowe w 683 (54,7%) skontrolowanych placówkach wyposażone były w bezpieczny sprzęt i urządzenia. 11 placówek nie posiadało certyfikatów/atestów na 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. Bramki, kosze do gry i inne urządzenia, których przemieszczenie mogłoby stanowić zagrożenie dla zdrowia ćwiczących były przymocowane na stałe do podłoża.



Warunki do realizacji zajęć wychowania fizycznego w szkołach.



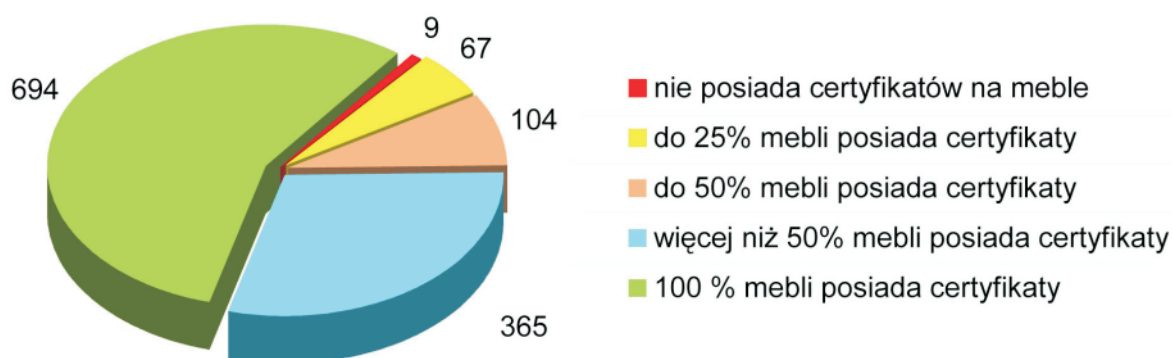
Wyposażenie placówek w certyfikowane urządzenia i sprzęt sportowy.

Mebłe 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. Przestrzeganie zasad higieny procesu nauczania służy ochronie zdrowia ucznia 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 roku sprawozdawczym w ramach oceny warunków pracy badaniu poddano 13.272 stanowiska pracy ucznia/przedszkolaka. Niedostosowane do wzrostu użytkowników były 364 stanowiska (2,7%), w tym: 18 stanowisk w 5 grupach przedszkolnych, 317 stanowisk w 30 klasach szkół podstawowych oraz 29 stanowisk w 14 klasach gimnazjalnych.

W trakcie doposażenia szkół w meble edukacyjne 1230 (99,3%) placówek wymagało od handlowców stosownych zaświadczeń na oferowane wyroby. Certyfikatów na meble szkolne nie posiadało 9 placówek, jednak będące na wyposażeniu meble spełniały obowiązujące wymagania ergonomii, a ich stan sanitarno-higieniczny i techniczny był prawidłowy.



Wyposażenie placówek w certyfikowane meble.

Tornistry szkolne

Badania ciężaru tornistrów przeprowadzono w II semestrze roku szkolnego 2015/2016. Objęto nimi losowo-celową grupę uczniów szkół podstawowych i gimnazjów. Do badań wybrano 3561 uczniów z 19 szkół podstawowych i 2136 uczniów z 19 gimnazjów.

Biorąc pod uwagę najbardziej optymalne założenia higieniczne mówiące o dopuszczalnym 10% stosunku ciężaru plecaka do ciężaru ciała ucznia stwierdzono, że w województwie kujawsko-pomorskim ogółem 32,1% dzieci ze szkół podstawowych nosiło tornistry o odpowiednim ciężarze. U około połowy uczniów tj. 47% ciężar tornistrów również uznano za właściwy, gdyż mieścił się w granicach 10-15% ciężaru ciała. Natomiast aż 21% uczniów miało tornister przekraczający 15% ciężaru ciała. Ten problem najbardziej widoczny był w szkole podstawowej. W klasie I aż 204 uczniów (29,9%), a w IV klasie 160 uczniów (28,6%) nosiło zbyt ciężkie tornistry. Na poziomie klasy I w rozbiu na poszczególne powiaty za ciężkie tornistry najwięcej dzieci nosiło w powiecie nakielskim (54,5%), wąbrzeskim (48,6%), rypińskim (47,7%) i aleksandrowskim (45,7%). Tylko na terenie powiatu inowrocławskiego nie odnotowano przekroczeń ocenianych parametrów. Analogicznie oceniając klasę III sytuacja przedstawiała się następująco: w powiecie tucholskim aż 63,6% dzieci dźwigało za ciężkie tornistry, w powiecie nakielskim i świeckim problem dotyczył połowy uczniów, a w powiecie żnińskim 49%.

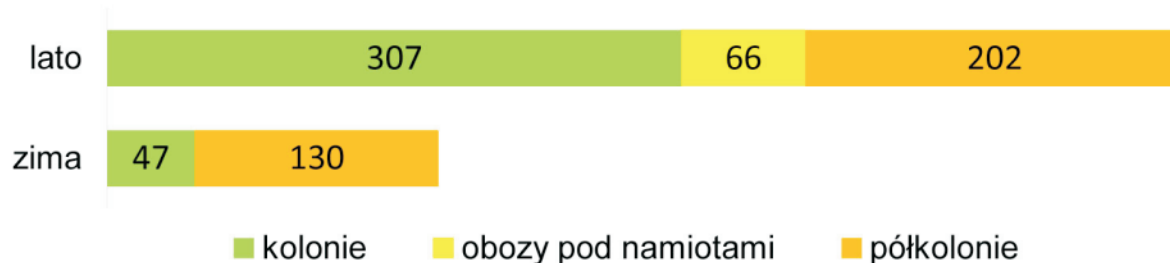
Szkoły wyższe

Państwowa Inspekcja Sanitarna skontrolowała 8 publicznych i 10 niepublicznych szkół wyższych. W ocenionych szkołach kształciło się ogółem 40705 studentów, w tym: 28617 w szkołach publicznych i 12088 w szkołach niepublicznych. W ramach nadzoru nad warunkami nauczania w szkołach wyższych przeprowadzono 54 kontrole sanitarne.

W obiektach, w których stwierdzono niewłaściwy stan sanitarno-higieniczny, wydano 16 decyzji administracyjnych. Stwierdzone nieprawidłowości najczęściej dotyczyły nawierzchni drogi wokół budynku, niewłaściwego stanu sanitarno-higienicznego korytarza oraz braku właściwej wentylacji w salach ćwiczeń.

Wypoczynek dzieci i młodzieży

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 2016 r. łącznie skontrolowano 752 turnusy, w tym 177 zimowych i 575 turnusów letnich. Z wypoczynku



Liczba skontrolowanych turnusów wypoczynku.

skorzystało 32209 uczestników.

W wyniku przeprowadzonych kontroli stwierdzono niedostateczną liczbę urządzeń sanitarnych na jednym turnusie letnim. Nie odnotowano tzw. „dzikich” turnusów, które nie zostały zgłoszone do Kuratorium Oświaty i nie znajdowały się w elektronicznej bazie wypoczynku Ministerstwa Edukacji Narodowej. Najczęstsza lokalizacja turnusów, wynikająca z walorów krajobrazowych i posiadanej bazy turystycznej, obejmowała powiaty: żniński, tucholski, brodnicki, mogileński, sępoleński i świecki. Z wypoczynku w miejscu zamieszkania najwięcej dzieci i młodzieży skorzystało w Bydgoszczy, Toruniu, Inowrocławiu i Żninie. 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.

cze były podłączone do wodociągu.

3. Właściwe warunki do utrzymania higieny osobistej zapewniło 97,7% szkół.
4. Standardy dostępności do urządzeń sanitarnych zapewniło 99% placówek.
5. Dostępu do bieżącej ciepłej wody we wszystkich umywalkach w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych nie zapewniło 0,3% placówek.

Wnioski

1. Właściwy stan higieniczno-sanitarny i techniczny stwierdzono w 98,9% placówek.
2. Wszystkie placówki oświatowo-wychowaw-



OŚWIATA ZDROWOTNA



Promocja zdrowia jest obszarem strategii działań praktycznych na rzecz zdrowia jednostek i społeczności. Łączy elementy wielu dziedzin i dyscyplin naukowych - głównie socjologii, psychologii społecznej, medycyny, pedagogiki, ekonomii i nauk politycznych.

Obecnie teoria i praktyka promocji zdrowia nie ogranicza się już do oddziaływania na jednostki, by zmienić ich styl życia, lecz zajmuje się także środowiskowym, instytucjonalnym i społecznym poziomem zdrowia. Jej koncepcja i strategia stanowią podstawę polityki zdrowotnej państw Unii Europejskiej, w tym także Polski.

Państwowa Inspekcja Sanitarna jako jeden z realizatorów polityki zdrowotnej naszego kraju systematycznie realizuje jej założenia i cele.

W 2016 roku Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy realizowała wiele inicjatyw o charakterze prozdrowotnym, zarówno ogólnopolskich, jak i wojewódzkich. Wiodące kierunki działań dotyczyły takich obszarów tematycznych jak:

- profilaktyka uzależnień (tytoń, alkohol, dopalacze i inne środki psychoaktywne),
- profilaktyka nadwagi i otyłości,

- profilaktyka chorób zakaźnych.

Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce

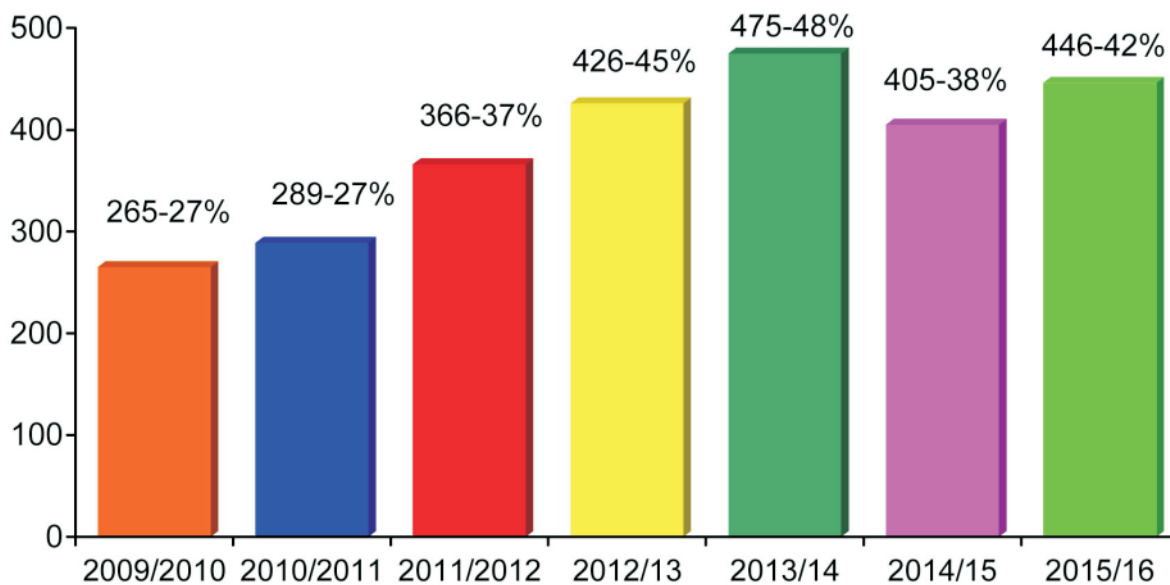
Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu (POZNPT) realizowany jest przez Państwową Inspekcję Sanitarną od wielu lat. W jego skład wchodzi m.in. 4 programy edukacyjne oraz 2 kampanie społeczne. W 2016 roku były kontynuowane następujące inicjatywy:

- 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 sobie w sytuacjach, gdy przebywają w zadymionych pomieszczeniach lub gdy dorośli palą przy nich tytoń; łącznie w programie w roku szkolnym 2015/2016 udział wzięło 10746 dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym z 446 placówek.

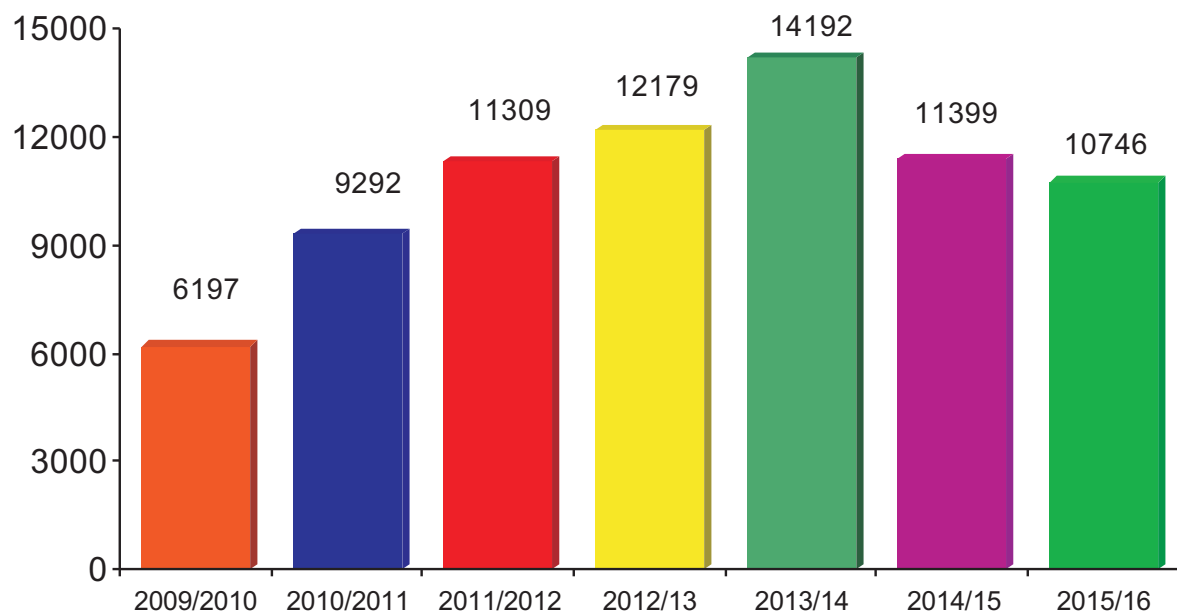
WOJEWÓDZKA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W BYDGOSZCZY



Dobry adres dla zdrowia



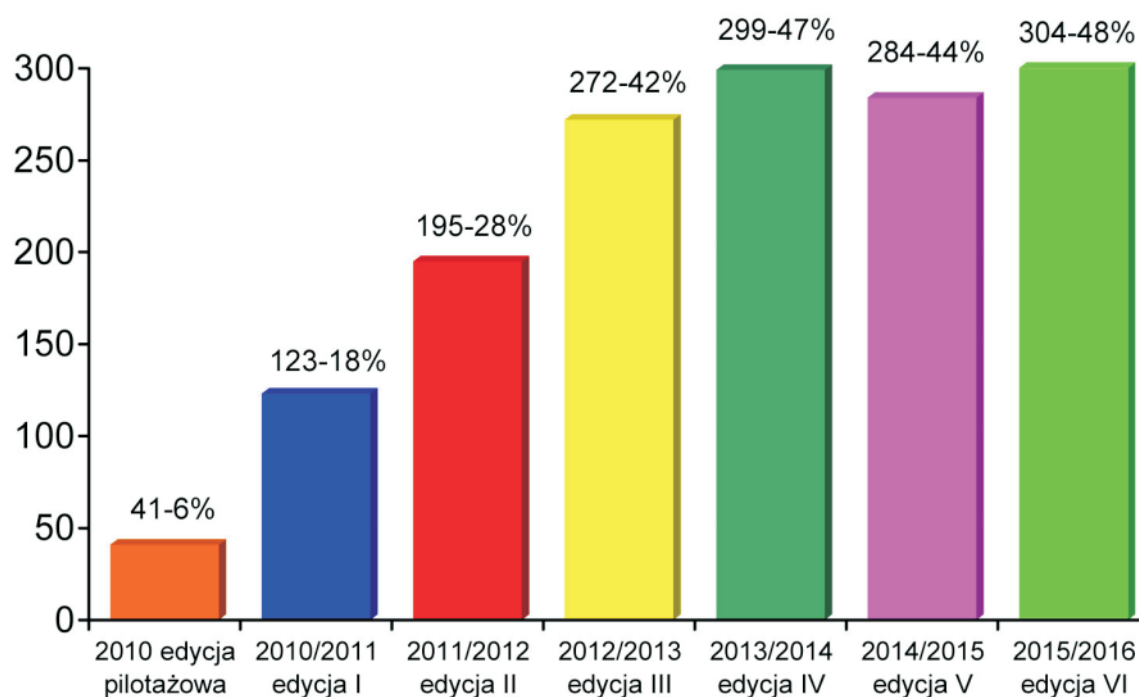
Liczba przedszkoli, oddziałów przedszkolnych oraz innych form wychowania przedszkolnego biorących udział w programie "Czyste powietrze wokół nas".



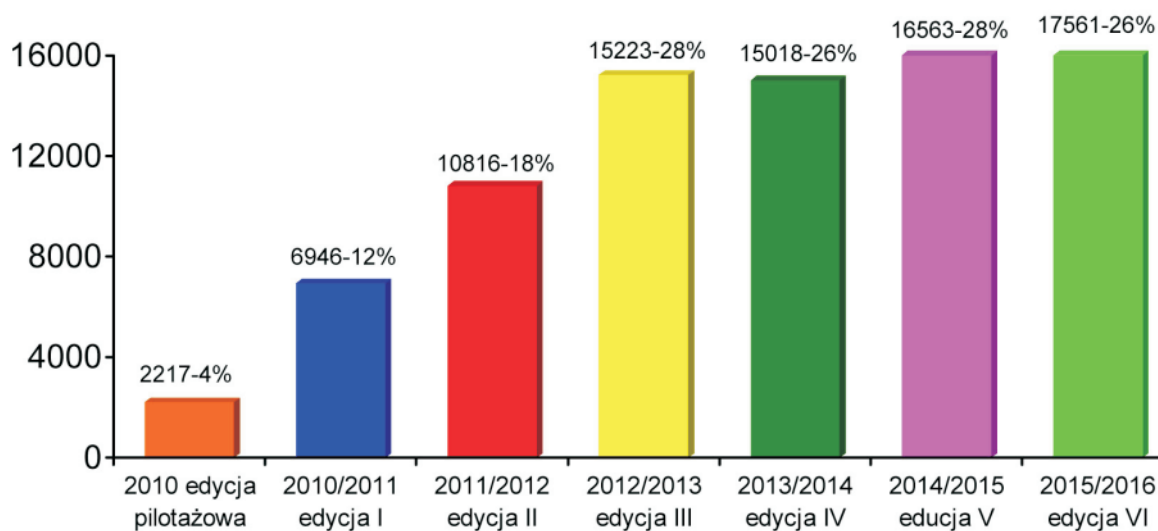
Liczba dzieci w wieku przedszkolnym - adresatów programu "Czyste powietrze wokół nas".

- 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, uświadamienie, 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 2015/2016 edukacją objęto 17561 uczniów z 304 szkół podstawowych.



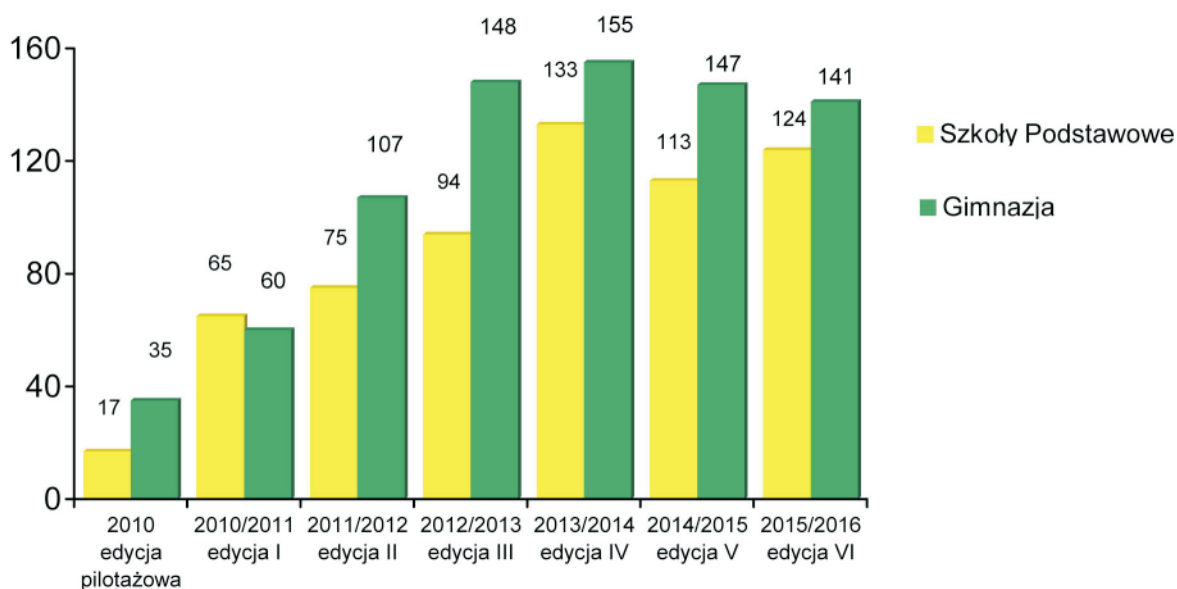
Liczba placówek (szkół podstawowych) realizujących program „Nie pal przy mnie, proszę” w kolejnych edycjach.



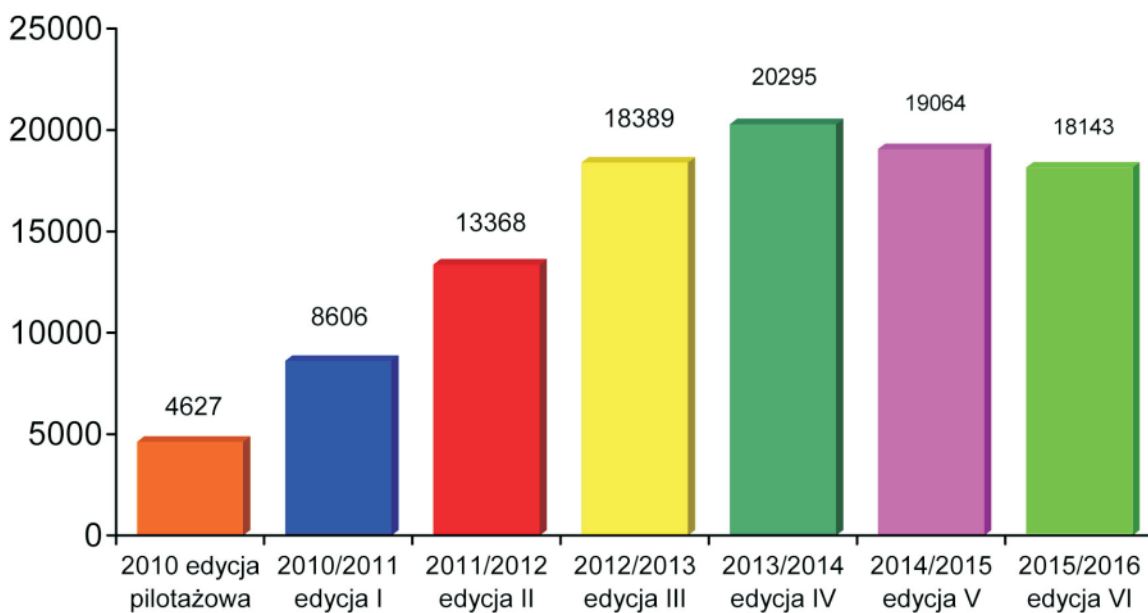
Liczba uczniów szkół podstawowych, uczestniczących w kolejnych edycjach programu „Nie pal przy mnie, proszę”.

- Program profilaktyki palenia tytoniu „Znajdź właściwe rozwiązanie” przeznaczony dla starszych klas szkół podstawowych i szkół gimnazjalnych; realizowany w formie 5 warsztatów, które mają na celu kształtowanie wśród uczniów postaw zobowiązujących do niepalenia, dumy z faktu niepalenia, wspierania innych osób w decyzje nie podejmowania palenia i odpowiedzialności za własne zdrowie; w roku szkolnym 2015/2016 w programie uczestniczyło 12144 uczniów szkół gimnaz-

nia, dumy z faktu niepalenia, wspierania innych osób w decyzje nie podejmowania palenia i odpowiedzialności za własne zdrowie; w roku szkolnym 2015/2016 w programie uczestniczyło 12144 uczniów szkół gimnaz-



Liczba placówek (szkół podstawowych i gimnazjalnych) biorących udział w programie „Znajdź właściwe rozwiązanie”.



Liczba uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych, biorących udział w programie „Znajdź właściwe rozwiązanie”.

jalnych i 5999 uczniów szkół podstawowych, odpowiednio z 141 szkół gimnazjalnych i 124 szkół podstawowych.

Program „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 nowy ogólnopolski program; jako pilotaż realizowany był w okresie od marca do czerwca 2016 roku na terenie 6 wybranych województw, w tym w województwie kujawsko-pomorskim przez 4 PSSE (Bydgoszcz, Włocławek, Aleksandrów Kujawski, Inowrocław); program skierowany jest 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 pilotażowej edycji programu uczestniczyło 284 uczniów i rodziców z 4 szkół podstawowych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego.
- Światowy Dzień bez Tytoniu - 31 maja.
W 2016 roku obchody Światowego Dnia bez Tytoniu obchodzone były pod hasłem „Jednolite opakowania wyrobów tytoniowych - Fakty i wyzwania”. Światowa Organizacja Zdrowia dąży do przygotowania państw członkowskich na wprowadzenie nowych jednolitych, wystandaryzowanych opakowań wyrobów tytoniowych. Specjaliści uważają, że, jednolite opakowania są ważnym środkiem do zmniejszenia popytu na wyroby tytoniowe - zmniejszają atrakcyjność papierosów, ograniczają stosowanie opakowań jako form reklamy i promocji wyrobów tytoniowych, a także

zwiększają skuteczność profilaktyki i ostrzeżeń zdrowotnych. Pod hasłem tegorocznych obchodów Państwowa Inspekcja Sanitarna zorganizowała szereg inicjatyw o charakterze prozdrowotnym. Na okoliczność Światowego Dnia bez Tytoniu w dniu 31 maja Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy zaprosił mieszkańców do zabytkowego tramwaju HERBRAND, który kursował po wyznaczonej trasie w centrum miasta. W tramwaju pracownicy WSSE w Bydgoszczy, PSSE w Bydgoszczy, a także specjaliści z Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia Centrum Onkologii udzielali zainteresowanym pasażerom porad na temat zdrowego stylu życia oraz informowali o skutkach zdrowotnych i ekonomicznych wynikających z palenia tytoniu i e-papierosów. Zainteresowane osoby mogły zbadać poziom tlenu w wydychanym powietrzu, wziąć udział w quizie wiedzy z zakresu profilaktyki uzależnień oraz otrzymać materiały informacyjno-edukacyjne (ok. 300 osób). We wszystkich działaniach edukacyjnych podjętych na okoliczność Światowego Dnia bez Tytoniu w województwie kujawsko-pomorskim uczestniczyło ok. 12000 osób.

- 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 ob-

chodów, w 2016 roku Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny oraz Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy przygotowali konferencję skierowaną do uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Motywem przewodnim konferencji było zachęcenie młodych ludzi do nie rozpoczynania palenia lub do zerwania z nałogiem. Konferencja odbyła się 17 listopada 2016 roku w sali kinowo-widowiskowej Pałacu Młodzieży w Bydgoszczy. Głównym elementem konferencji były wykłady specjalistów, wystawa plakatów profilaktycznych ph.: „Profilaktyka tytoniowa wczoraj i dziś” oraz stoisko edukacyjne, w którym pracownicy WSSE i PSSE udzielali porad nt. kształtowania zdrowego stylu życia bez używek, dokonywali pomiaru tlenu w wydychanym powietrzu oraz przeprowadzili quiz nt. profilaktyki uzależnień. We wszystkich działaniach edukacyjnych podjętych w ramach Światowego Dnia Rzucania Palenia w województwie kujawsko-pomorskim uczestniczyło ok. 14381 osób.

- Kontrole przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej, prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną w ramach sprawozdania bieżącego nadzoru, w zakresie warunków i wymogów higieniczno-sanitarnych. W roku 2016 r. skontrolowano 13617 obiektów; stwierdzono, że przestrzeganie zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych realizowane jest w 13609 zakładach, natomiast w 8 obiektach ustawa nie była przestrzegana. Łącznie nałożono 7 mandatów, 1 za złamanie zakazu palenia oraz 6 za nieumieszczenie znaku zakazu palenia w miejscach objętych zakazem.

Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS

Działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie profilaktyki HIV/AIDS sięga początku lat 90 - tych, a więc pierwszego okresu epidemii w Polsce, który zarówno z klinicznego, jak

i społecznego punktu widzenia nie należał do łatwych. Zakażenie HIV, jako nowy problem zdrowotny (określane mianem dżumy XX wieku), rodziło wielki niepokój społeczny, którego konsekwencją był brak tolerancji i agresja wobec osób żyjących z wirusem HIV. Dopiero lata działań edukacyjno-profilaktycznych podejmowanych na rzecz walki z HIV/AIDS oraz fobiami i mitami dotyczącymi tego zagadnienia, przyczyniły się do zmiany stanu-wiska Polaków.

W 2016 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna zaangażowana była w realizację Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, którego podstawę prawną stanowiło rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

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

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

Państwowa Inspekcja Sanitarna jako realizator powyższego programu, w 2016 roku koncentrowała się głównie na takich działaniach jak: udział w kampaniach ogólnopolskich, edukacja różnych grup odbiorców (warsztaty, prelekcje), akcje informacyjno-edukacyjne prowadzone w centrum miast i siedzibach instytucji współpracujących z PIS, organizacja konkursów i olimpiad z zakresu HIV/AIDS, punktów informacyjno-edukacyjnych połączonych z ekspozycją materiałów o tematyce HIV/AIDS w siedzibach PSSE, instytucji partnerskich oraz podczas imprez masowych. Większość tych działań podejmowana była w związku z obchodami Międzynarodowego Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS (trzecia niedziela maja) oraz Światowego Dnia AIDS (1 grudnia).

Na okoliczność Międzynarodowego Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy przeprowadziła szkolenie z zakresu profilaktyki HIV/AIDS dla 35 funkcjonariuszy komisariatów Komendy Miejskiej Policji w Bydgoszczy oraz

warsztaty dla uczestników Bydgoskiego Festiwalu Nauki, który odbywał się w dniach 18-26 maja 2016 r. na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.

W ramach Światowego Dnia AIDS przeprowadzona została akcja informacyjno-edukacyjna pn. „Czerwona Kokardka”. Akcja zainicjowana została przez WSSE w Bydgoszcz w 2006 roku i realizowana jest do chwili obecnej przy współpracy z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IFMSA - Poland Oddział Bydgoszcz. W 2016 roku partnerem inicjatywy była również PSSE w Bydgoszczy oraz Kujawsko-Pomorski Oddział Okręgowy PCK w Bydgoszczy (wolontariat). Akcja zgodnie z tradycją przeprowadzona została 1 grudnia w godzinach popołudniowych na Starym Rynku w Bydgoszczy. Poza działaniami informacyjno-edukacyjnymi skierowanymi do przechodniów, organizatorzy wydarzenia ułożyli z płonących zniczy czerwoną kokardkę - symbol solidaryzowania się z osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS.

Inną inicjatywą podjętą w ramach profilaktyki uzależnień oraz HIV/AIDS była konferencja zorganizowana wspólnie z PSSE w Bydgoszczy. Konferencja odbyła się 17 listopada 2017 r. w Pałacu Młodzieży w Bydgoszczy. Towarzyszyła jej debata na temat HIV/AIDS, którą poprzedził wykład pt. „Ryzyko zakażeń HIV, a używanie substancji psychoaktywnych” wygłoszony przez Andrzeja Olczyka - przewodniczącego Stowarzyszenia Wolontariuszy „Razem” w Toruniu. W wydarzeniu uczestniczyło 160 osób (młodzież bydgoskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych wraz z opiekunami).

W działaniach edukacyjnych w zakresie profilaktyki HIV/AIDS na terenie województwa kujawsko-pomorskiego uczestniczyło ponad 50 tys. osób.

Wzorem lat ubiegłych w siedzibie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy działał Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny HIV/AIDS. Obecnie Punkt funkcjonuje na zasadzie Porozumienia w sprawie współpracy zawartego pomiędzy Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Bydgoszczy a Stowarzyszeniem „Razem” w Toruniu. W PKD można

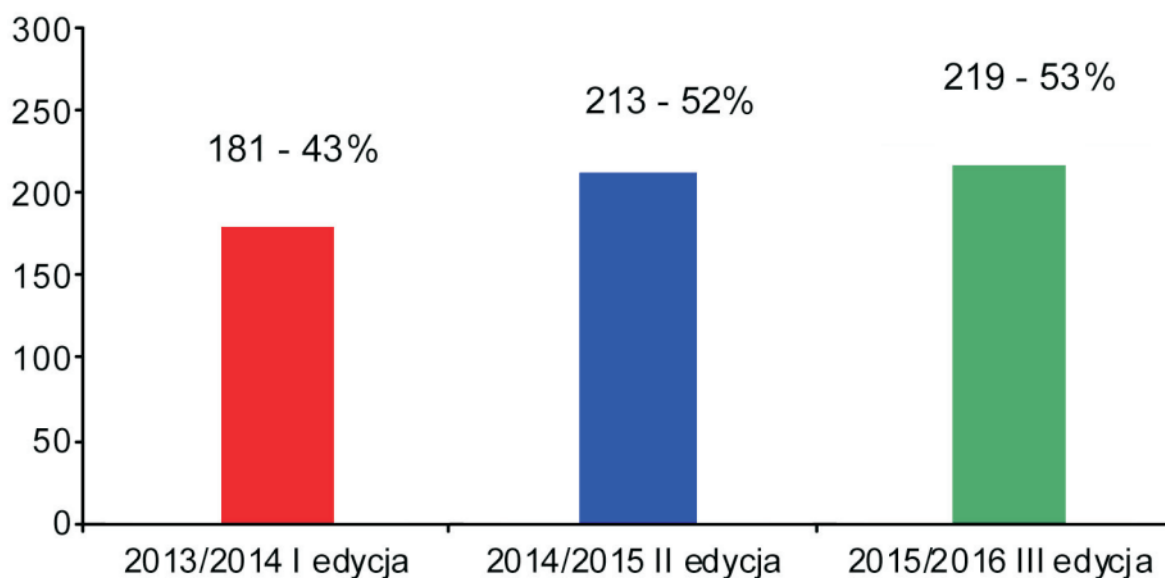
było wykonać bezpłatnie i anonimowo badania w kierunku HIV oraz zasięgnąć porady specjalisty zarówno przed jak i po teście. W 2016 do Punktu zgłosiło się 440 osób. Test w kierunku HIV wykonano 436 osobom (156 kobiet, 280 mężczyzn), a 4 skorzystały jedynie z poradnictwa. Wykryto 4 nowe, wcześniej nie zdiagnozowane przypadki zakażenia HIV.

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

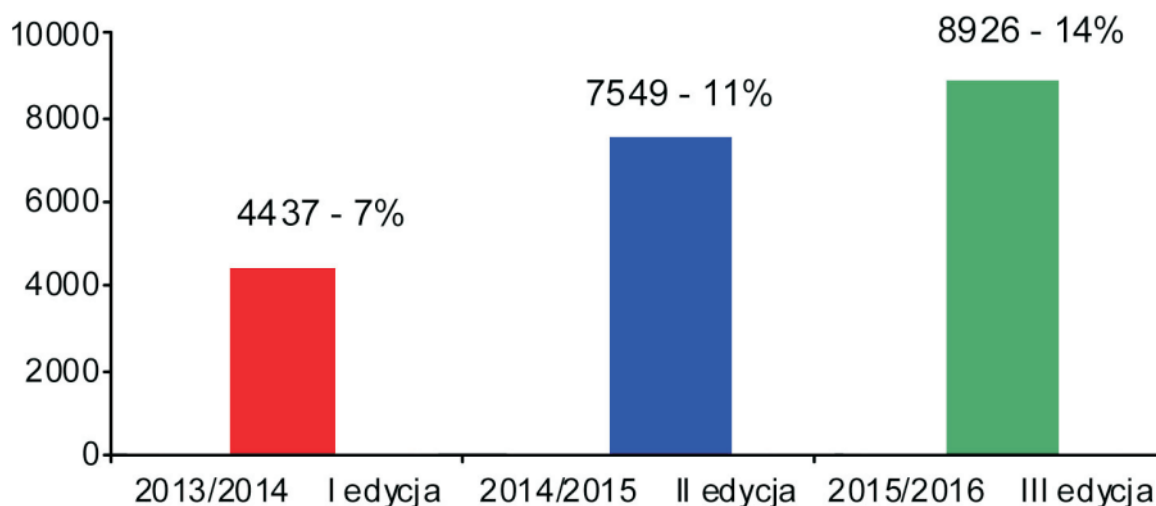
Projekt KIK /68 pt. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” realizowany jest przez Państwową Inspekcję Sanitarną od 2012 roku (Projekt współfinansowany przez Szwajcarię w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy). Partnerami inicjatywy na poziomie krajowym są: Państwowa Agencja Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi oraz Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie.

Głównym celem Projektu jest ograniczenie używania tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym, tj. między 15 a 49 rokiem życia. W jego ramach realizowane są m.in. takie inicjatywy jak program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?” oraz ogólnopolska kampania społeczna „Nie pozwól odlecieć swojemu szczęściu!”.

- Program „ARS, czyli jak dbać o miłość?” realizowany jest pod patronatem Ministra Edukacji Narodowej. Jego zasadniczym celem jest 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 2015/2016 działaniami edukacyjnymi objęto 8926 uczniów z 219 szkół ponadgimnazjalnych.



Liczba szkół ponadgimnazjalnych realizujących program „ARS - czyli jak dbać o miłość” w kolejnych edycjach.



Liczba uczniów szkół ponadgimnazjalnych biorących udział w programie „ARS - czyli jak dbać o miłość”.

- W 2016 roku realizowano również ogólnopolską kampanię społeczną „Nie pozwól odlecieć swojemu szczęściu!”. Pracownicy PIS na poziomie wojewódzkim i powiatowym organizowali liczne przedsięwzięcia, takie jak konferencje, seminaria, akcje informacyjno-edukacyjne w szkołach rodzenia, ZOZ-ach, instytucjach współpracujących z PIS, wystawy materiałów informacyjno-edukacyjnych, stoiska edukacyjne podczas imprez środo-

wiskowych, w których osoby zainteresowane mogły uzyskać poradę nt. kształtowania zdrowego stylu życia. W działaniach edukacyjnych podjętych w ramach kampanii w województwie kujawsko-pomorskim uczestniczyło niemal 62 tys. osób.

Trzymaj formę!

Ogólnopolski program edukacyjny „Trzy-

„Trzymaj Formę!” (realizowany od roku szkolnego 2006-2007 przez 10 kolejnych edycji), jest (w ramach realizacji strategii WHO, dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia) 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. Patronat nad programem sprawują: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Instytut Żywności i Żywienia, Federacja Konsumentów. Partnerami programu są: Instytut Medycyny Wsi i Agencja Rynku Rolnego.

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, lokalne.

Program realizowany jest przede wszystkim metodą projektu edukacyjnego (w 10 edycji nauczyciele wraz z uczniami opracowali 174 projekty) z zastosowaniem wielu różnorodnych, interaktywnych form, zmierzających do zwiększenia aktywności fizycznej i poprawy nawyków żywieniowych społeczności szkolnej, takich m.in. 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 nauczycieli,

- 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.

Rezultaty projektów uczniowie prezentują publicznie na forum szkolnym, międzyszkolnym i środowiskowym. O środowiskowym charakterze działań programowych świadczy liczba współpracujących podmiotów - 1053, tj. samorządów, instytucji, organizacji, firm, placówek kultury, ośrodków sportowych i innych oraz liczba współpracujących osób - 2183, w tym m.in. specjalistów z zakresu odżywiania i aktywności fizycznej.

Dziesiąta edycja programu, przebiegająca pod hasłem „Teraz Polska Trzyma Formę”, objęła edukacją 37553 uczniów z 460 szkół (212 gimnazjalnych, 248 podstawowych) województwa kujawsko-pomorskiego (42%) oraz 11456 rodziców.

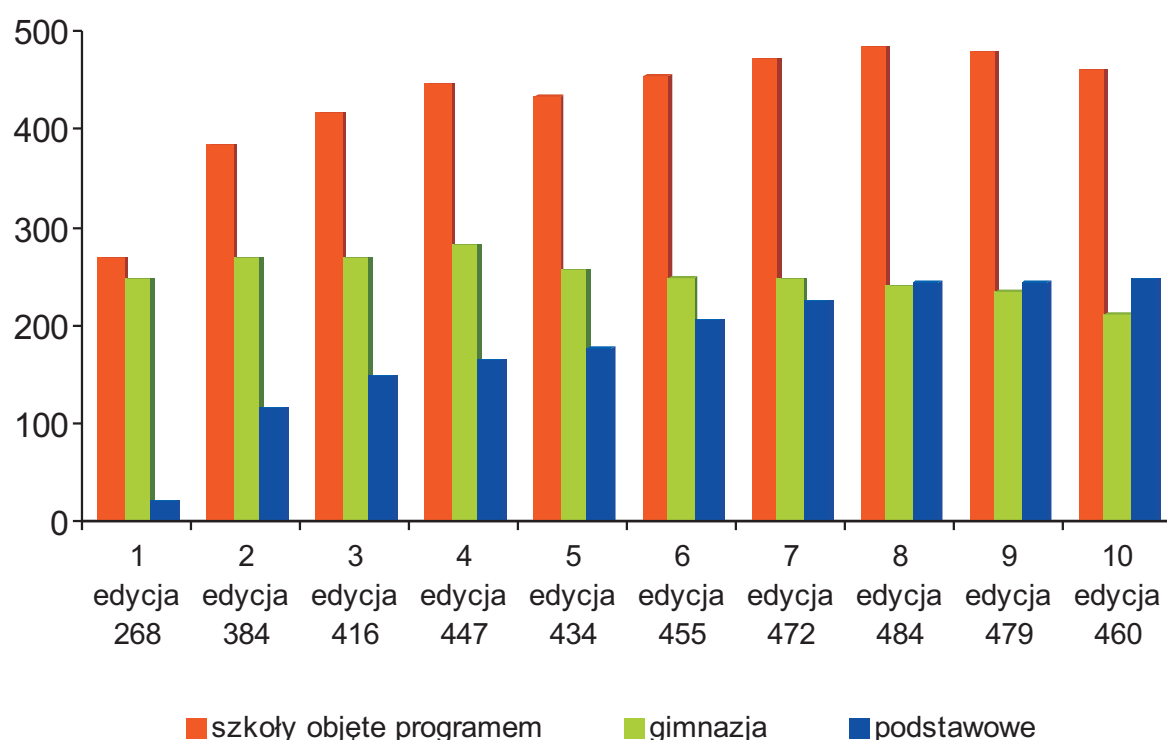
Wzmocnieniem zaangażowania uczestników, intensyfikacją działań edukacyjnych w środowisku szkolnym i pozaszkolnym, a tym samym zwiększeniem efektywności oddziaływań programowych były dwa ogólnopolskie konkursy ogłoszone przez organizatorów programu: konkurs wiedzy o zdrowym stylu życia (5 edycja) oraz konkurs na projekt edukacyjny promujący zmianę zachowań w zakresie stylu życia w środowisku lokalnym.

W konkursie wiedzy o zdrowym stylu życia spośród 167 gimnazjalistów z powiatu bydgoskiego i chełmińskiego do etapu II zakwalifikowało się najwięcej uczniów (17) spośród wszystkich województw w kraju.

W konkursie na projekt edukacyjny w województwie kujawsko-pomorskim uczestniczyło 328 osób (77 nauczycieli, 251 uczniów) z 12 powiatów. W krajowym finale konkursu zwyciężył, reprezentujący województwo kujawsko-pomorskie, projekt edukacyjny pt. „Aktywnie po zdrowie”, opracowany i zrealizowany przez pedagoga i gim-

Program „Trzymaj Formę!” w województwie kujawsko-pomorskim.

edycje programu	liczba szkół w programie		liczba uczniów	liczba realizatorów	liczba rodziców
	szkoły	gimnazja / podstawowe			
1 edycja 2006-07	268	248 / 20	57.120	1,3 tys.	14,9 tys.
2 edycja 2007-08	384	268 / 116	5.0814	1,8 tys.	17,4 tys.
3 edycja 2008-09	416	268 / 148	44.070	1,8 tys.	15,5 tys.
4 edycja 2009-10	447	283 / 164	53.745	2,0 tys.	17,7 tys.
5 edycja 2010-11	434	257 / 177	47.416	1,5 tys.	13,7 tys.
6 edycja 2011-12	455	249 / 206	43.377	1,6 tys.	17,1 tys.
7 edycja 2012-13	472	247 / 225	40.811	1,6 tys.	13,3 tys.
8 edycja 2013-14	484	240 / 244	40.576	1,5 tys.	15,4 tys.
9 edycja 2014-15	479	235 / 244	38.946	1,4 tys.	14,6 tys.
10 edycja 2015-16	460	212 / 248	37.553	1,6 tys.	11,4 tys.



Liczba szkół realizujących program „Trzymaj Formę!” w kolejnych edycjach.

nauczycieli Zespołu Placówek Oświatowych w Tucznie w powiecie Inowrocław.

Koordynatorzy PIS przekazali do szkół 29371 materiałów dydaktycznych, a w ramach monitoringu programu przeprowadzili 324 wizytacje w placówkach szkolnych (tj. 70%).

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 też rodzice uczniów.

W 9 edycji program realizowany był na terenie 6 powiatów województwa kujawsko-pomorskiego: Brodnica, Chełmno, Golub-Dobrzyń, Grudziądz, Rypin, Toruń.

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, z największą liczbą dodatków E), grupowe wyjścia do sklepów spożywczych, scenki rodzajowe, wystawy, konkursy (np. na najzabawniejszą etykietę, turnieje wiedzy), debaty, diagram „Etykieta - łamię główka większa niż krzyżówka”.

Edukacją bezpośrednią objęto 909 uczniów z 17 szkół (33 klas) i 15 realizatorów, a pośrednią 123 osoby (rodzice, uczniowie innych klas,

personel szkolny) - łącznie 1032 osoby. Zajęcia poprzedzono i zakończono badaniem ankietowym uczniów (647, tj. 71%), które wykazało znaczny wzrost wiedzy. Koordynatorzy PSSE zwizytowali 13 szkół (77%).

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,
- narady koordynatorów powiatowych (pracowników oświaty zdrowotnej PSSE) oraz szkolenie koordynatorów/realizatorów w placówkach szkolno-wychowawczych (nauczy-

Program wojewódzki „Etykieta rozszyfrowana - wiem, co kupuję i jem”.

edycja programu rok szkolny	liczba PSSE powiatów	liczba szkół	liczba klas	liczba odbiorców: uczniowie + rodzice, młodzież, personel szkolny
edycja pilotaż. 2004-2005	18	30	73	2328 (2104 uczniów + 224)
1 programowa 2007-2008	19	48	103	6302 (2524 uczniów + 3778)
2 programowa 2008-2009	18	58	87	4933 (2233 uczniów + 2700)
3 programowa 2009-2010	14	45	79	3655 (1938 uczniów + 1717)
4 programowa 2010-2011	10	36	66	2766 (1534 uczniów + 1232)
5 programowa 2011-2012	5	24	51	2128 (1162 uczniów + 966)
6 programowa 2012-2013	7	23	49	2101 (1133 uczniów + 968)
7 programowa 2013-2014	6	27	59	2396 (1353 uczniów + 1043)
8 programowa 2014-2015	7	23	38	1632 (913 uczniów + 719)
9 programowa 2015-2016	6	17	33	1032 (909 uczniów + 123)

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 - 1592/2.411	180 - 76/104	1702 - 722/980
2 ed. 2015-16	93 - 45/48	404 - 138/266	8043 - 3032/5.011	313 - 139/174	2596 - 1502/1094

- cieli wychowania przedszkolnego i nauczycieli szkół podstawowych),
- zaopatrzenie placówek w materiały edukacyjne,
- 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?”

Druga edycja programu w roku szkolnym 2015-2016, pod nadzorem merytoryczno-metodycznym koordynatorów PIS (19 PSSE oraz WSSE), została zrealizowana

- w 93 placówkach oświatowo-wychowawczych (45 przedszkolach, 48 szkołach podst.),
- wśród 8043 dzieci (3032 przedszkolaków, 5011 uczniów),
- w 404 oddziałach (w 138 grupach przedszkolnych, w 266 klasach),
- przez 313 realizatorów (139 w przedszkolach, 174 w szkołach)
- z poinformowaniem i niekiedy też udziałem 2596 rodziców (1502 w przedszkolach, 1094 w szkołach).

Światowy Dzień Zdrowia - 7 kwietnia

Tegoroczny Światowy Dzień Zdrowia przebiegał pod hasłem „Pokonaj cukrzycę”. Hasło to wskazuje główne obszary, w których poszczególne państwa mogą prowadzić działania w celu zmniejszenia czynników ryzyka cukrzycy (m.in. promowanie aktywności fizycznej i zdrowego sposobu żywienia).

Obchody Światowego Dnia Zdrowia w 2016 r. zbiegły się z ogłoszeniem przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) nowego rapor-

tu na temat cukrzycy. Z informacji zawartych w profilu krajowym Polski, który jest jego częścią wynika, że cukrzyca powoduje 2% wszystkich zgonów w naszym kraju, rozpowszechnienie jej sięga 9,5%, natomiast nadwagi (która jest czynnikiem ryzyka choroby) - 64%.

W ramach powyższego święta Państwa Inspekcja Sanitarna na terenie województwa kujawsko-pomorskiego podjęła szereg działań edukacyjnych.

7 kwietnia 2016 r. w siedzibie WSSE w Bydgoszczy przeprowadzona została akcja profilaktyczna ph.: „Pokonaj cukrzycę”, której odbiorcami byli klienci/petenci WSSE w Bydgoszczy. Akcję przeprowadzili pracownicy Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia we współpracy z Bydgoską Przychodnią Medyczną „Centrum”. W ramach wydarzenia zainteresowane osoby mogły zbadać poziom cukru we krwi oraz ciśnienia tętniczego, a także otrzymać materiały informacyjno-edukacyjne nt. cukrzycy. Łącznie działaniami edukacyjno-profilaktycznymi, podejmowanymi w ramach obchodów Światowego Dnia Zdrowia objęto ok. 30 tysięcy mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.

Lekki tornister

W listopadzie 2016 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego została podjęta do realizacji ogólnopolska interwencja nieprogramowa pn. „Lekki Tornister”. Jej głównym celem jest profilaktyka wad postawy wśród najmłodszych uczniów szkół podstawowych, klas I-III.

Fundacja Rosa oraz Fundacja Sensora to główni organizatorzy przedsięwzięcia, którzy od 2016 roku realizują je w partnerstwie z Głównym Inspektorem Sanitarnym. Kampania ta obejmuje działania prozdrowotne, zmierzające w kierunku profilaktyki wad postawy wśród naj-

młodszych uczniów. Kampania zwraca uwagę na problem przeciążonych plecaków szkolnych i niekorzystny wpływ ich noszenia na dziecięce kręgosłupy.

Projekt powstał w 2011 roku. W latach 2012-2015 przeprowadzono badania, którymi objęto 3058 uczniów klas I-III szkół podstawowych w całej Polsce. Wyniki badań wyraźnie wskazują na zbyt duży ciężar tornistrów, który nie powinien przekraczać 10%-15% wagi ciała dziecka.

Zakres tematyczny kampanii obejmuje wskazówki praktyczne dla dziecka, rodzica i nauczyciela w trosce o zdrowy kręgosłup dotyczące cech odpowiedniego tornistra, sposobu jego pakowania, zasad kształtowania prawidłowej postawy ciała podczas lekcji w szkole, czy odrabiania ich w domu oraz podejmowania odpowiedniej aktywności fizycznej.

W województwie kujawsko-pomorskim do przedsięwzięcia włączyło się 40 szkół. Akcją objętych zostanie ok. 4000 uczniów.

Akademia Zdrowego Życia

Inicjatywa Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Bydgoszczy zapoczątkowana w 2013 roku. Przedsięwzięcie powstało z myślą o mieszkańcach naszego regionu (klientach/petentach WSSE w Bydgoszczy) by promować wśród nich zdrowy styl życia. Od 2013 roku w siedzibie stacji przeprowadzane są akcje o charakterze prozdrowotnym. Akcje te tematycznie nawiązują do aktualnych problemów zdrowotnych bądź wyznaczanych przez WHO specjalnych dni w roku, podczas których organizacja stara się zwrócić uwagę społeczeństwa na ważne problemy zdrowotne. Organizatorem tych działań jest Oddział Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia. W roku 2016 w ramach „Akademii Zdrowego Życia” podjęte zostały m.in. takie inicjatywy jak:

- akcja pn. „Postaw na zdrowie” w ramach, której udzielano porad dotyczących kształtowania zdrowego stylu życia, prowadzono pomiar ciśnienia tętniczego i poziomu cukru we krwi oraz tlenu węgla w wydychanym powietrzu u osób palących tytoń; współorganizatorem inicjatywy było Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny

IFMSA Poland Oddział Bydgoszcz,

- obchody „Europejskiego Tygodnia Profilaktyki Raka Szyjki macicy” oraz „Światowego Dnia Walki z Rakiem”; na tę okoliczność w siedzibie Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Bydgoszczy przeprowadzone zostały profilaktyczne badania ginekologiczne; badania oraz poradnictwo w zakresie profilaktyki nowotworów prowadzili specjaliści z Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia Centrum Onkologii w Bydgoszczy,
- obchody „Światowego Dnia Zdrowia” - na tę okoliczność Wojewódzka Stacja Sanitarnej-Epidemiologiczna w Bydgoszczy we współpracy z Bydgoską Przychodnią Medyczną „Centrum” przeprowadziła akcję pn. „Pokonaj cukrzycę”; w ramach wydarzenia zainteresowane osoby mogły zbadać poziom cukru we krwi oraz ciśnienia tętniczego, a także otrzymać materiały informacyjno-edukacyjne nt. cukrzycy udostępnione przez Bydgoskie Centrum Diabetologii i Endokrynologii,
- akcja pn. „W trosce o zdrowie podczas wakacji” z udziałem przedstawicieli Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy, którzy wydawali dostępy do Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP) oraz przyjmowali wnioski o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ),
- quiz wiedzy dotyczący profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych; uczestnicy quizu, którzy udzielili poprawnej odpowiedzi na zadawane pytania otrzymali upominki zakupione ze środków „Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”,
- akcja we współpracy z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IFMSA Poland, Oddział Bydgoszcz dotycząca zaburzeń słuchu (porady nt. higieny narządu słuchu, ekspozycja materiałów informacyjno-edukacyjnych, badania w celu wstępnego rozpoznania niedosłuchu).

W roku 2016 ramach Akademii Zdrowego Życia działaniami edukacyjno-profilaktycznymi objęto 472 osoby.

Profilaktyka chorób pasożytniczych - wszawica, owsica, świerz

Choroby pasożytnicze to nadal aktualny problem zdrowotny. Najbardziej narażone na pasożyty są małe dzieci, u których nie zostały jeszcze ukształtowane prawidłowe nawyki higieniczne. Dostrzegając wagę problemu Wojewódzka Stacja Sanitarno Epidemiologiczna w Bydgoszczy opracowała w 2014 r. przedsięwzięcie edukacyjne pt. „Profilaktyka chorób pasożytniczych - wszawica, owsica, świerz”, którego głównym celem jest ukształtowanie właściwych nawyków higienicznych wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Przedsięwzięcie stanowi zbiór informacji i pomocy dydaktycznych służących nauczycielowi do celów edukacyjnych. W I edycji przedsięwzięcia opracowane zostały ulotki i prezentacje multimedialne nt. wszawicy, owsicy i świerzu, natomiast w II jego edycji (w 2016 roku) scenariusz zajęć pt. „Higiena osobista, a zdrowie człowieka” dla uczniów klas I - III szkół podstawowych wraz ze środkami dydaktycznymi takimi jak: kolorownka pt. „Higiena ważna sprawa”, opowiadanie pt. „Przyjaciółki”, historyjki obrazkowe na temat higieny osobistej i otoczenia, emotikony oraz list do rodziców. Materiały edukacyjne zostały opracowane przy współpracy z Kujawsko-Pomorskim Centrum Edukacji Nauczycieli w Bydgoszczy.

W roku szkolnym 2015/2016 w interwencji wzięło udział 3984 dzieci (ok. 11%) z 48 przedszkoli (ok. 10%) i 3957 ich rodziców oraz 10259 uczniów klas I-III (ok. 10%) z 57 szkół podstawowych (ok. 9%) i 6782 ich rodziców.

Stop dopalaczom!

Państwowa Inspekcja Sanitarna od wielu lat odgrywa zasadniczą rolę w zwalczaniu tzw. „dopalaczy”. Podejmowanie działań wspólnie z innymi służbami sprawia, że osoby, które wprowadzają do obrotu środki zastępcze nie czują się bezkarni. Od 2013 roku z inicjatywy Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego na terenie województwa kujawsko-pomorskiego realizowana jest interwencja nieprogramowa

pt. „Stop dopalaczom!”. Celem tej inicjatywy jest ograniczenie używania środków zastępczych „dopalaczy” wśród ogółu społeczeństwa.

W 2016 roku została zakończona realizacja IV edycji przedsięwzięcia, w ramach, którego podjęte zostały następujące działania:

- spotkania/narady z partnerami/realizatorami działań mające na celu wypracowanie efektywnych strategii działań,
- zajęcia edukacyjne (prelekcje wykłady warsztaty) z zakresu profilaktyki uzależnień ze szczególnym uwzględnieniem środków zastępczych - „dopalaczy” dla młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych województwa kujawsko-pomorskiego (m. in. dla Młodzieżowych Liderów Zdrowia z Zespołu Szkół Mechanicznych Nr 2 w Bydgoszczy, uczniów Zasadniczej Szkoły Zawodowej nr 5 w Bydgoszczy, uczestników Bydgoskiego Festiwalu Nauki),
- realizacja ogólnopolskiego konkursu na plakat pt. „Stop dopalaczom”(inicjatywa Głównego Inspektora Sanitarnego w Warszawie), którego celem było m.in. popularyzowanie zdrowego stylu życia wolnego od nałogów oraz zwrócenie uwagi na problem dopalaczy i wynikających z nich konsekwencji zdrowotnych i prawnych; adresatami konkursu byli uczniowie szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych; uczestniczyło w nim 92 uczniów z 46 szkół województwa kujawsko-pomorskiego.
- udział w akcji redakcyjnej Gazety Pomorskiej pod hasłem „Stop dopalaczom”, w ramach której organizowane były spotkania z młodzieżą szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych (konferencje, debaty, zajęcia edukacyjne); przedstawiciele PIS jako partnerzy inicjatywy aktywnie uczestniczyli w tych wydarzeniach; podczas spotkań z uczniami przedstawiali dane statystyczne dotyczące zatrucia środkami zastępczymi - „dopalaczami” oraz informacje nt. negatywnego wpływu dopalaczy na zdrowie i życie człowieka; każdy uczestnik spotkania otrzymał komiks pt. „Mocarz” autorstwa Wojciecha Stefańca, przedstawiający historię chłopaka, który zażył dopalacz „Mocarz”; powodzenie akcji zależało od wsparcia finanso-

wego władz samorządowych, dlatego też nie we wszystkich powiatach miała ona miejsce; przedsięwzięcie zostało zrealizowane na terenie 6 powiatów (Aleksandrów Kujawski, Brodnica, Golub-Dobrzyń, Lipno, Mogilno, Włocławek); w szkołach objętych inicjatywą został ogłoszony konkurs redakcyjny pt. „Mocarz część II”; jego rozstrzygnięcie nastąpi w I kwartale 2017 roku;

- organizacja i prowadzenie punktu informacyjno-edukacyjnego przez WSSE w Bydgoszczy podczas XVII Festiwalu Rodzinnego w Bydgoszczy - osiedle Czyżkówko; w ramach punktu prowadzone było m.in. poradnictwo i rozmowy indywidualne nt. środków zastępczych - „dopalaczy”; zainteresowane osoby mogły wziąć udział w quizie wiedzy nt. profilaktyki uzależnień,
- 17 listopada 2017 roku z okazji obchodów Światowego Dnia Rzucania Palenia w Pałacu Młodzieży w Bydgoszczy odbyła się konferencja poświęcona problematyce uzależnień; jej organizatorami była WSSE i PSSE w Bydgoszczy; do udziału w niej zaproszeni zostali uczniowie bydgoskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych wraz z opiekunami; w ramach konferencji odbyła się również debata poświęcona problematyce uzależnień od środków psychoaktywnych oraz HIV/AIDS. W wydarzeniu uczestniczyło 160 osób (młodzież szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych wraz z opiekunami).
- 3 listopada 2016 r. w Hotelu City w Bydgoszczy odbyła się konferencja pn. „Dopalacze - dlaczego są tak niebezpieczne”, organizowana w ramach działań edukacyjnych Głównego Inspektoratu Sanitarnego związanych ze zwalczaniem zagrożeń wynikających z używania nowych narkotyków; konferencje tego typu odbyły się na terenie całego kraju; w województwie kujawsko-pomorskim jej organizatorem był Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy; mając na uwadze wagę problemu, jaką dziś stanowią nowe narkotyki przedsięwzięcie zostało objęte patronatem honorowym Wojewody Kujawsko-Pomorskiego; celem konferencji było

przedstawienie zagrożeń zdrowia publicznego stwarzanych przez nowe narkotyki; podkreślając fakt, iż zwalczanie tzw. „dopalaczy” tylko wówczas jest skuteczne, jeśli profesjonalny system nadzoru jest powiązany z działaniami edukacyjnymi do udziału w konferencji zaproszeni zostali przedstawiciele samorządu terytorialnego szczebla wojewódzkiego i powiatowego, przedstawiciele podmiotów medycznych i służb mundurowych, władze oświatowe, dyrektorzy szkół i nauczyciele, pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego; w konferencji uczestniczyło 220 osób.

- akcje, debaty, apele w różnych typach szkół, inscenizacje, punkty informacyjno-edukacyjne, wystawy materiałów oświatowo-zdrowotnych nt. uzależnień w tym dopalaczy.

W 2016 roku łącznie edukacją objętych zostało 50 tys. osób z terenu województwa kujawsko-pomorskiego.

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 2016 roku.

Grupę docelową działań stanowiły: dzieci i młodzież w wieku szkolnym, osoby związane z obrotem produktami spożywczymi, 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 30 tys. osób.

Uroczystości komunijne bez zatruć pokarmowych

Interwencja informacyjno-edukacyjna o charakterze ostrzegawczo-przypominającym, realizowana corocznie 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 oraz pionem higieny dzieci i młodzieży szkolnej PIS. Przekaz edukacyjny trafia 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), sklepów (ulotki), lokalnych mediów, portali internetowych.

W 2016 roku akcja realizowana była na terenie 7 powiatów: Brodnica, Chełmno, Golub-Dobrzyń, Nakło, Sępólno Krajeńskie, Toruń, Wąbrzeźno. W akcji uczestniczyły przynajmniej 4532 osoby i 327 jednostek (w tym 89 parafii rzymsko-katolickich, 138 szkół podstawowych, 71 lokali gastronomicznych). Na terenie wymienionych powiatów nie odnotowano ognisk zatruć pokarmowych.

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:
 - * „Woda daje życie”,
 - * „...żeby życie miało smaczek - raz jabłuszko, raz buraczek...”,
 - * „Czy kleszcze na nas polują?...”,
 - * „Talerz zdrowia - grupy produktów w codziennej diecie”,
 - * „Królowa witamin w beczce z kiszoną kapustą”,
 - * „Wszawica, czyli jak pokonać mity, wstyd i pasożyty”,
 - * „Zdrowie - od czego zależy?”

W 2016 roku działaniami edukacyjnymi objęto 241 osób (dzieci i młodzież - 82, dorośli - 14, seniorzy - 145) z 5 placówek: Dom Kultury, Kujawsko-Pomorski Uniwersytet Trzeciego Wieku, Technikum Weterynarii, Technikum Architektury Krajobrazu - w Bydgoszczy, Szkoła Podstawowa w Białych Błotach.

Akcja edukacyjna dotycząca grzyboznawstwa i profilaktyki zatruć grzybami

Akcja wojewódzka, kierowane są do społeczności lokalnej, podejmowana jest od wielu lat 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.

Akcja została przeprowadzona w oparciu o dwa elementy: stoisko informacyjno-edukacyjne podczas VII Targów Myśliwskich oraz zajęcia edukacyjne dla dzieci, połączone z mini-wystawą grzybów naturalnych i modeli („mini” - z uwagi na suszę oraz remont w WSSE).

Podczas VII Targów Myśliwskich 1-2.10.2016 w Bydgoskim Centrum Targowo-Wystawienniczym w Bydgoszczy-Myśliczynie działało stoisko informacyjno-edukacyjne Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy, funkcjonujące po raz siódmy (od 2010 roku), prowadzone przez pracowników oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia, grzyboznawców z pionu higieny żywności, pracowników laboratorium, oferujące:

- poradnictwo i pogadanki przez mikrofon dotyczące zasad bezpiecznego grzybobrania oraz w zakresie profilaktyki chorób przenoszonych przez kleszcze
- informacje odnośnie diagnostycznych badań laboratoryjnych w kierunku boreliozy oraz chorób pasożytniczych przewodu pokarmowego
- porady/informacje na temat innych zagadnień związanych z ochroną zdrowia
- bezpłatne materiały informacyjno-edukacyjne.

Z oferty stoiska Wojewódzkiej Stacji skorzystało około 370 uczestników Targów (osób zwiedzających i wystawców).

W dniach 4-7.10.2016 w WSSE, w specjalnie stworzonej „leśnej” scenerii, odbywały się zajęcia edukacyjne dla uczniów młodszych klas

szkół podstawowych, prowadzone przez edukatora z Oddziału Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia WSSE oraz przez mykologa z Instytutu Biologii Środowiska Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Dzieci mogły poszerzyć wiedzę nt. grzybów, porównać grzyby jadalne z ich trującymi „sobowtórami”, obejrzeć grzyby i grzybowe modele, a pod mikroskopem - zarodniki.

W zajęciach aktywnie uczestniczyło 201 osób (183 uczniów i 18 nauczycieli/opiekunów). Łącznie w akcji WSSE uczestniczyło 571 osób.

Działania edukacyjne dotyczące profilaktyki zatruc grzybami prowadzone były również przez 9 PSSE - Brodnica, Inowrocław, Mogilno, Nakło, Rypin, Sępólno, Toruń, Tuchola, Wąbrzeźno - obejmując 4912 osób. Ogółem w województwie kujawsko-pomorskim w akcji uczestniczyły 5483 osoby.

W województwie kujawsko-pomorskim oprócz w/w interwencji oświatowo-zdrowotnych realizowane były przedsięwzięcia m.in. w zakresie profilaktyki nowotworów, zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym, z uwzględnieniem profilaktyki HCV, HBV, higieny jamy ustnej, zapobiegania wypadkom komunikacyjnym, czy ochrony środowiska naturalnego.

Powyższe przedsięwzięcia służyły ochronie i umacnianiu zdrowia społeczeństwa województwa kujawsko-pomorskiego.

Wnioski

1. Podjęte w 2016 roku interwencje oświatowo-zdrowotne realizowane były z wykorzystaniem różnorodnych form edukacyjnych, odpowiednio dobranych do potrzeb ich odbiorców.
2. Z uwagi na rangę problemu, który stanowią skutki zdrowotne palenia tytoniu wszystkie interwencje w ramach Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce w woj. kujawsko-pomorskim były kontynuowane (mimo, że programy: „Nie pal przy mnie, proszę”, „Znajdź właściwe rozwiązanie” decyzją Głównego Inspektora Sanitarnego nie były realizowane na poziomie

- ogólnopolskim).
3. Działania podejmowane w ramach profilaktyki uzależnień ze szczególnym uwzględnieniem środków zastępczych, „dopalaczy” w 2016 r. stanowiły nie tylko priorytet, ale też były podejmowane we współpracy z licznymi podmiotami w celu dotarcia z przekazem edukacyjnym do jak najszerszego grona adresatów.
 4. W 2016 roku w ramach Akademii Zdrowego Życia zorganizowano akcje w szerszym zakresie tematycznym niż w latach poprzednich (m.in. akcję dotyczącą bezpiecznych wakacji przy współpracy z NFZ, akcję dotyczącą profilaktyki zaburzeń słuchu przy współpracy z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IFMSA Poland Oddz. w Bydgoszczy).



