



2012

Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny
w Bydgoszczy

Wojewódzka Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna
w Bydgoszczy

Stan
Bezpieczeństwa
Sanitarnego
Województwa
Kujawsko-
Pomorskiego



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

STAN BEZPIECZEŃSTWA SANITARNEGO
WOJEWÓDZTWA
KUJAWSKO-POMORSKIEGO
W 2012 ROKU

BYDGOSZCZ 2013

SPIS TREŚCI

Wstęp	4
Ocena sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i zakażeń w 2012 roku	5
Ocena sanitarna placówek ochrony zdrowia	28
Stan sanitarny urzędów do zaopatrywania w wodę, jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi	36
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej, kąpielisk i basenów kąpielowych	40
Jakość zdrowotna środków spożywczych, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	43
Stan sanitarny obiektów żywienia zbiorowego, produkcji i obrotu środkami spożywczymi i kosmetykami	45
Środowisko pracy	55
Choroby zawodowe	59
Warunki sanitarno - higieniczne w placówkach nauczania, wychowania i wypoczynku	65
Stan bezpieczeństwa sanitarnego w zakresie ochrony radiologicznej	69
Zapobiegawczy nadzór sanitarny	75
Oświata zdrowotna i promocja zdrowia	77



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

Szanowni Państwo

Przekazujemy już kolejną edycję "Stanu Bezpieczeństwa Sanitarnego województwa kujawsko-pomorskiego". Podobnie jak w latach poprzednich zostały w nim przedstawione działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmujące nadzór epidemiologiczny nad chorobami zakaźnymi, szeroko rozumianą higienę środowiska, bezpieczeństwo żywności i wody oraz higienę dzieci i młodzieży. Przedstawiono również liczne programy prowadzone w zakresie edukacji zdrowotnej, jak i promocji zdrowia.

Bardzo duży nacisk został położony w minionym roku na dalszy rozwój potencjału badawczego i bazy laboratoryjnej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy, dzięki między innymi wydatnej pomocy wojewody kujawsko-pomorskiego Pani Ewy Mes.

Należy również wspomnieć, że została zakończona rewitalizacja ściany wschodniej i północnej pięknego, zabytkowego budynku wchodzącego w skład kompleksu budynków Państwowej Inspekcji Sanitarnej w Bydgoszczy przy ul. Kujawskiej 4. Jest to nasz wkład w program upiększania miasta Bydgoszczy. Należy podkreślić, że to przedsięwzięcie, przynajmniej w takim zakresie, nie byłoby możliwe bez znaczącego wsparcia finansowego ze strony marszałka województwa kujawsko-pomorskiego Pana Piotra Całbeckiego.

Za okazaną pomoc wyżej wymienionym serdecznie dziękuję, natomiast Państwu życzę miłej lektury.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Jerzy Kasprzak".

OCENA SYTUACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ CHOROÓB ZAKAŻNYCH I ZAKAŻEŃ W 2012 ROKU



Ocenę sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych w województwie kujawsko-pomorskim opracowano na podstawie danych z nadzoru nad chorobami zakaźnymi prowadzonego przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dane te dotyczą przypadków zachorowań zgłoszonych przez lekarzy w związku z ustawowym obowiązkiem zgłaszania zachorowań na niektóre choroby zakaźne.

W omawianym okresie sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych była zróżnicowana, ale ocenić ją można jako względnie stabilną. Nie wystąpiły nietypowe wzrosty zachorowań w stosunku do lat poprzednich, a cykliczne zmiany zapadalności na niektóre choroby zakaźne związane są z sezonowością ich występowania (szczególnie tzw. choroby wieku dziecięcego) lub zgodne z wieloletnimi trendami obserwowanymi wcześniej. Nie zostały przywleczone do naszego województwa żadne z najgroźniejszych gorączek krwotocznych, czy inne choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne, jak cholera czy dżuma. Nie odnotowano również przypadków malarii. Monitorowanie zachorowań na grypę i zachorowania grypopodobne odbywało się przez cały rok, ze szczególnym uwzględnieniem okresu typowego dla wzrostu wymienionych zachorowań tj. wrzesień-marzec.

W związku z ogłoszeniem przez WHO 10.08.2010 roku zakończenia pandemii grypy A/H1N1 pdm09 oraz uznaniem wirusa pandemicznego za szczep o charakterze grypy sezonowej, od końca 2011 r. zaprzestano sporządzania raportów indywidualnych przypadków zachorowań na grypę A/H1N1 pdm09.

W ramach przygotowań do organizacji Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej

EURO 2012 i w trakcie ich trwania podjęto szereg działań mających na celu zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne turnieju. Prowadzono wzmożony nadzór epidemiologiczny nad chorobami zakaźnymi, bieżącą analizę sytuacji epidemiologicznej w województwie i obserwację zjawisk mogących mieć wpływ na przebieg turnieju. Pozostawano w gotowości do reagowania na zagrożenia zdrowotne. W województwie kujawsko-pomorskim nie odnotowano w trakcie turnieju zagrożeń dla zdrowia publicznego, a sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych nie uległa pogorszeniu. Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych zostały przedstawione w formie tabelarycznej.

Umieralność z powodu chorób zakaźnych utrzymuje się na stosunkowo niskim poziomie. W województwie kujawsko-pomorskim w 2012 roku wynosiła 4,88 na 100 tys. ludności i była o 21,1% niższa od ubiegłorocznej. Zarejestrowano 101 zgonów, których przyczyną były choroby zakaźne. Dominowały, podobnie jak w latach ubiegłych, posocznica (55,4%), gruźlica (16,8%), zapalenie płuc (9,9%) oraz zakażenia jelitowe (7,9%).

Najwięcej zgonów odnotowano wśród osób starszych powyżej 60 roku życia (67% zarejestrowanych zgonów).

Wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności:

	Jednostka chorobowa	2008		2009		2010		2011		2012	
		zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.
1	Inne salmonelozy (zakażenia pozajelitowe)	20	0,97	7	0,34	9	0,43	15	0,72	11	0,52
2	Dur brzuszny	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3	Dury rzekome A, B, C	0	0,00	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4	Czerwonka bakteryjna	1	0,05	0	0,00	11	0,53	0	0,00	0	0,00
5	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	823	65,60	601	29,05	635	30,68	582	28,12	577	27,50
6	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - salmonelozowe	745	36,06	509	24,60	613	29,62	534	25,80	551	26,26
7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem	261	12,63	412	19,91	457	22,08	455	21,99	515	24,54
8	Wirusowe zakażenia jelitowe - ogółem	2370	114,71	1606	77,62	1744	84,27	3024	146,12	2938	140,01
9	Meningokokowe i inne bakteryjne zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	57	2,76	51	2,46	67	3,24	59	2,85	50	2,38
10	Wirusowe zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	72	3,48	49	2,37	65	3,14	82	3,96	65	3,10
11	Łącznica (szkarlatyna)	726	35,14	1052	50,84	920	44,45	1156	55,86	1608	76,63
12	Odra	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,14	1	0,05
13	Różyczka	385	18,63	340	16,43	208	10,05	257	12,42	323	15,39
14	Ospa wietrzna	9641	466,62	9610	464,46	12941	625,30	10363	500,74	15882	756,87
15	Wirusowe zapalenie wątroby - ogółem	312	15,10	277	13,39	337	16,28	282	13,63	316	15,06
16	Wirusowe zapalenie wątroby – typu A	2	0,10	18	0,87	5	0,24	4	0,19	4	0,19
17	Wirusowe zapalenie wątroby – typu B	127	6,15	99	4,78	113	5,46	89	4,30	105	5,00
18	Wirusowe zapalenie wątroby – typu C wg definicji z 2009r.	0	0,00	89	4,30	190	9,18	177	8,55	193	9,20
19	Wirusowe zapalenie wątroby – typu C wg definicji z 2005r.	181	8,76	131	6,33	153	7,39	151	7,30	174	8,29
20	Wirusowe zapalenie wątroby – typu B + C (zakażenie mieszane)	1	0,05	3	0,14	2	0,10	0	0,00	0	0,00
21	Wirusowe zapalenie wątroby inne i nie określone	1	0,05	4	0,19	0	0,00	0	0,00	0	0,00
22	Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)	220	10,65	199	9,62	174	8,41	162	7,83	201	9,58
23	Krzusiec	257	12,44	168	8,12	43	2,08	145	7,01	260	12,39
24	Tęžec	1	0,05	1	0,05	0	0,00	0	0,00	1	0,05
25	Borelioza	265	12,83	378	18,27	356	17,20	327	15,80	349	16,63
26	Malaria (zimnica)	0	0,00	3	0,14	0	0,00	0	0,00	0	0,00
27	Włośnica	0	0,00	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00
28	AIDS	7	0,34	5	0,24	6	0,29	6	0,29	3	0,14
29	Nowo wykryte zakażenia HIV	29	1,40	46	2,22	31	1,50	46	2,22	24	1,14
30	Grypa i podejrzenia grypy - ogółem	3249	157,25	40621	1963,24	15647	756,05	24057	1162,43	19847	945,83
31	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	1332	400,65	23633	7293,08	5968	1848,12	8698	2705,86	8527	2634,78
32	Grypa - ogółem (przyp. potw. laboratoryjnie)	8	0,39	132	6,38	16	0,77	137	6,62	8	0,38
33	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	5	1,50	48	14,81	0	0,00	20	6,22	3	0,93
34	Gruźlica	335	19,00	437	21,14	419	20,26	406	19,63	428	20,40

Przyczyny zgonów z powodu chorób podlegających rejestracji wg płci:

	posocznica		zapalenie płuc		wzw		neuroinfekcje		gruźlica		AIDS		grypa		zakażenia jelitowe		pozostałe		RAZEM:	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Kobiety	22	28	12	3	3	0	2	1	3	6	1	0	5	0	1	3	0	1	50	42
Mężczyźni	31	28	14	7	5	2	6	0	5	11	6	2	8	0	2	5	1	4	78	59
Razem:	53	56	26	10	8	2	8	1	8	17	7	2	13	0	3	8	1	5	128	101

Przyczyny zgonów z powodu chorób podlegających rejestracji wg miejsca zamieszkania:

	posocznica		zapalenie płuc		wzw		neuroinfekcje		gruźlica		AIDS		grypa		zakażenia jelitowe		pozostałe		RAZEM:	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Miasto	44	45	10	5	7	2	7	1	8	14	7	2	7	0	3	8	1	4	94	81
Wieś	9	11	16	5	1	0	1	0	0	3	0	0	6	0	0	0	0	1	34	20
Razem:	53	56	26	10	8	2	8	1	8	17	7	2	13	0	3	8	1	5	128	101

Przyczyny zgonów z powodu chorób podlegających rejestracji wg wieku:

Rok Grupy wiekowe	posocznica		zapalenie płuc		wzw		neuroinfekcje		gruźlica		AIDS		grypa		zakażenia jelitowe		pozostałe		RAZEM:	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
0								1												1
1																				
2-4																				
5-9							1												1	
10-14																				
15-19		1																		1
20-29												1								1
30-39		2	1								2		2		1				6	2
40-49	2	7	1		1		2		1	3	4	1	2						13	11
50-59	13	10	1	1	2	1	2		4	1		6					1	1	26	17
60 i więcej	38	36	23	9	5	1	3		7	10		3		2	8		4	82	68	
Razem:	53	56	26	10	8	2	8	1	8	17	7	2	13	0	3	8	1	5	128	101

CHOROBY ZAKAŻNE OBJĘTE PROGRAMEM OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Choroby zakaźne, którym zapobiega się za pomocą szczepień stanowią nadal realne zagrożenie zwłaszcza dla dzieci i są objęte szczególnym nadzorem epidemiologicznym. Sytuacja epidemiologiczna takich chorób, jak: błonica, poliomyelitis, tężec, odra, krztusiec, świnka i różyczka zależna jest w znacznym stopniu od poziomu realizacji szczepień ochronnych.

Wykonanie szczepień ochronnych w województwie od wielu lat utrzymuje się na wysokim poziomie. W 2012 roku odnotowano obniżenie odsetka dzieci zaszczepionych w 13-14 miesiącu życia przeciw odrze, śwince i różyczce o 1,3 w stosunku do roku ubiegłego, z powodu pogorszenia wykonawstwa szczepień w kilku powiatach,

porność zbiorowiskowa zaniknie, a tym samym wzrośnie zagrożenie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych.

W związku z powyższym działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwie ukierunkowane są na utrzymanie akceptacji społecznej szczepień, która pozwoli na osiągnięcie wysokiego poziomu uodpornienia populacji.

W 2012 roku w województwie kujawsko-pomorskim nie wystąpiły zachorowania na błonicę i poliomyelitis. W ramach nadzoru i monitoringu ostrych porażień wiotkich u dzieci do lat 14, mającego na celu potwierdzenie lub wykluczenie występowania dzikich szczepów wirusa polio, w 2012 roku zgłoszono 5 przypadków ostrego porażenia wiotkiego, co świadczy o poprawie czułości nadzoru epidemiologicznego.

Zgłoszono 1 przypadek tężca rozpoznany u osoby dorosłej.

Liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień w poszczególnych kwartałach w latach 2008-2012:

Rok	2008	2009	2010	2011	2012
I kwartał	27	25	36	76	125
II kwartał	29	33	40	63	118
III kwartał	31	32	32	67	118
IV kwartał	40	48	68	110	125

a zwłaszcza bydgoskim, sępoleńskim i włocławskim. Poziom realizacji szczepień winien jednak zapewnić w tej grupie wiekowej ochronę populacyjną przed zakażeniami. Z roku na rok rozszerza się skala problemu rodziców uchylających się lub odmawiających poddaniu swoich dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Rozpowszechniane przez ruchy antyszczepionkowe nierzetelne informacje o szczepionkach i następstwach ich stosowania budzą niepokój wśród rodziców, nawet niektórych realizatorów szczepień. Skutkuje to rosnącą liczbą osób uchylających się od szczepień. To zjawisko, tak niekorzystne dla realizacji szczepień ochronnych, może być przyczyną, że w najbliższej przyszłości od-

Z grupy chorób zakaźnych objętych wieloletnimi programami szczepień ochronnych wystąpiły zachorowania na odrę i krztusiec.

W ramach aktywnego uczestnictwa w programie eliminacji odrzy, koordynowanego przez WHO zgłoszono w województwie 6 przypadków podejrzeń o zachorowanie na odrę, które poddano diagnostyce laboratoryjnej. Jeden przypadek spełnił kryteria kliniczne i laboratoryjne przypadku potwierdzonego.

W 2012 roku nastąpił prawie dwukrotny wzrost zapadalności na krztusiec i nieznacznie przewyższył zapadalność krajową. Zarejestrowano o 44% więcej przypadków zachorowań niż w roku ubiegłym.

Utrzymywał się obserwowany od kilku lat

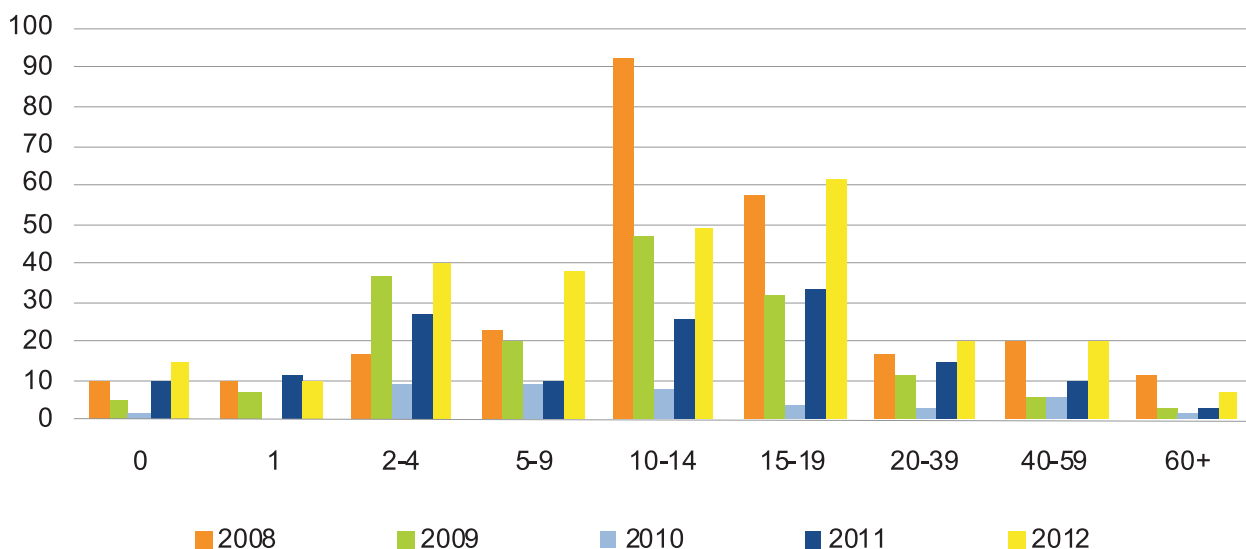
trend przesunięcia zachorowań na krztusiec na starsze dzieci i osoby dorosłe. Związane to jest ze spadkiem odporności pozaszczepiennej. Duże znaczenie w ograniczeniu szerzenia się zakażeń od osób dorosłych, które są rezerwuarem drobnoustroju, na nieuodpornione dzieci ma diagnostyka

chorób kaszlowych i odpowiednia ich terapia. Na efekt wprowadzonej dawki przypominającej szczepień przeciw krztuscowi w 2003 roku u dzieci w 6 roku życia należy jeszcze poczekać, gdyż trudno dzisiaj ocenić jej działanie w tych grupach wiekowych, w których zapadalność jest największa.

Krztusiec w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012. Zachorowania i udział procentowy zachorowań wg wieku:

Wiek w latach	2008		2009		2010		2011		2012	
	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%
0	10	3,9	5	3,0	2	4,6	10	6,9	15	5,8
1	10	3,9	7	4,2	-	-	11	7,6	10	3,8
2-4	17	6,6	37	22,0	9	20,9	27	18,6	40	15,4
5-9	23	8,9	20	11,9	9	20,9	10	6,9	38	14,6
10-14	92	35,8	47	28,0	8	18,7	26	17,9	49	18,8
15-19	57	22,2	32	19,0	4	9,4	33	22,8	61	23,5
20-39	17	6,6	11	6,5	3	7,0	15	10,3	20	7,7
40-59	20	7,8	6	3,6	6	13,9	10	6,9	20	7,7
60+	11	4,3	3	1,8	2	4,6	3	2,1	7	2,7
Ogółem:	257	100	168	100	43	100	145	100	260	100

Krztusiec w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012. Odsetek zachorowań wg wieku:



Odnotowano również wzrost zapadalności na świnkę i różyczkę tj. na typowe choroby wieku dziecięcego, w stosunku do których program szczepień został w ostatnich latach uzupełniony. Zapadalność na świnkę przewyższyła zapadalność krajową, natomiast zapadalność na różyczkę była nieznacznie niższa od zapadalności krajowej. Cykliczna zmienność liczby zachorowań występuje nie tylko w przypadku świnki i różyczki czy krztuśca, ale również dotyczy takich chorób jak ospa wietrzna.

W 2012 r. nastąpił 1,5-krotny wzrost zapadalności w stosunku do roku ubiegłego i była ona wyższa od zapadalności krajowej.

Najwięcej zachorowań zarejestrowano u dzieci i młodzieży do 14 roku życia - 91,4% ogółu zachorowań. Najskuteczniejszym działaniem profilaktycznym jest szczepienie.

Efektom wprowadzonych w 2007 roku obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw *Haemophilus influenzae* typu b jest korzystna sytuacja epidemiologiczna inwazyjnych zakażeń wywołanych przez ten patogen. Wprawdzie w 2012 roku zarejestrowano 7 przypadków zachorowań (2011 r. - 1), ale nadal zapadalność utrzymuje się na niskim poziomie. W ogólnej liczbie zarejestrowanych przypadków stwierdzono 1 przypadek neuroinfekcji, 1 przypadek posocznicy i 5 przypadków zapalenia płuc wywołanego przez *Haemophilus influenzae*.

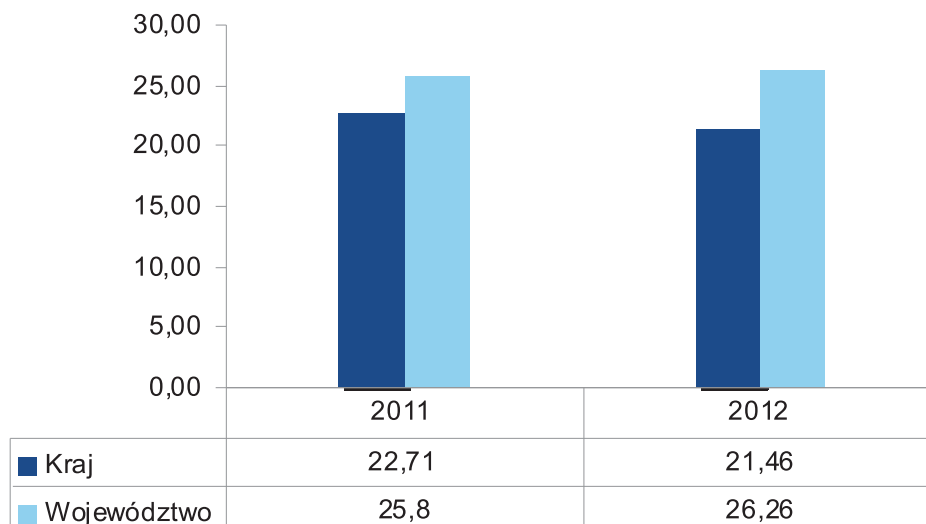
ZATRUCIA I ZAKAŻENIA POKARMOWE WYWOŁANE PRZEZ CZYNNIKI BIOLOGICZNE

Zatrucia i zakażenia pokarmowe to grupa chorób niejednorodna pod względem etiologicznym i klinicznym, wyodrębniona w nadzorze epidemiologicznym ze względu na ważną rolę w zdrowiu publicznym.

Zapadalność na te jednostki chorobowe jest wykładnikiem stanu higieny żywności, zarówno, jeśli chodzi o jej przygotowywanie, transport i składowanie, jak i higienę przyrządzenia i spożywania potraw.

Mimo obserwowanej w ostatnich latach poprawy w tym zakresie, zachorowania na zatrucia pokarmowe nadal stanowią poważny problem. Wymaga to czujności i podejmowania działań prewencyjnych, mających na celu podniesienie standardów sanitarnych w placówkach żywienia zbiorowego i kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych w środowiskach rodzinnych, na rzecz zwiększenia higieny osobistej i higieny przygotowywania posiłków. W 2012 roku zanotowano nieznaczny spadek zapadalności na bakteryjne zatrucia pokarmowe w stosunku do 2011 roku. W omawianym okresie zapadalność na bakteryjne zatrucia pokarmowe ogółem w naszym regionie spadła o 2,2% w stosunku do 2011 roku i nieznacznie przewyższała zapadalność krajową. W 2012

Zatrucia pokarmowe wywołane pałeczkami *Salmonelli* w kraju i w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2011-2012. Zapadalność na 100 tys. ludności:



roku ośmiokrotnie spadła liczba zatruc pokarmowych o nieustalonej etiologii. Jest to pozytywne zjawisko świadczące o lepszej diagnostyce laboratoryjnej, pozwalające na ustalenie czynnika etiologicznego odpowiedzialnego za wystąpienie zachorowań.

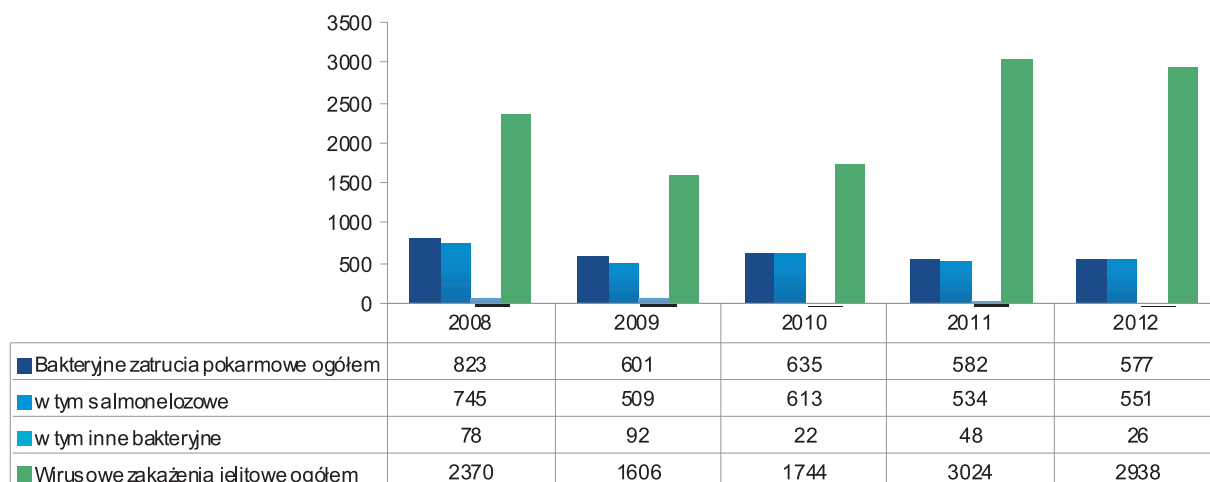
W województwie kujawsko-pomorskim, podobnie jak w kraju, od wielu lat dominującym czynnikiem etiologicznym bakteryjnych zatruc pokarmowych są odzwierzęce typy pałeczek Salmonella, wśród których dominuje Salmonella Enteritidis. W 2012 roku zgłoszono 562 przypadki zakażeń wywołanych tymi drobnoustrojami, z których 11 przypadków dotyczyło zakażeń pozajelitowych. Zapadalność na zatrucia pokarmowe o etiologii salmonelozowej była o 1,8% wyższa

w stosunku do ubiegłego roku i o 22,4% przewyższała zapadalność krajową.

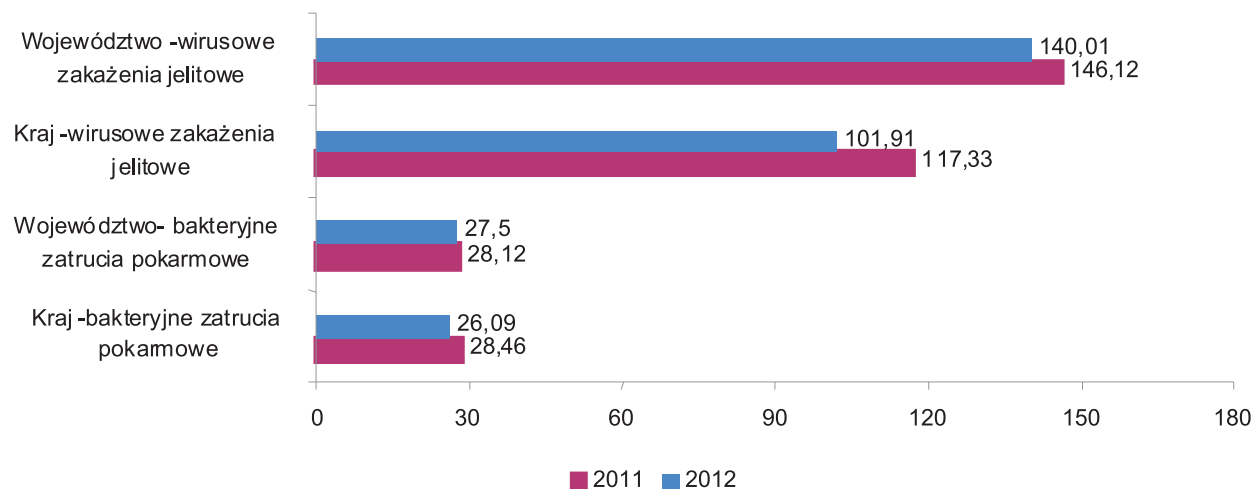
Korzystnym zjawiskiem był brak zachorowań na czerwonkę bakteryjną. W ostatnich latach obserwuje się stosunkowo dużą liczbę zgłaszanych zakażeń pokarmowych wywołanych przez enteropatogenne wirusy, wśród których poza rotawirusami i adenowirusami coraz większą rolę odgrywają norowirusy. To efekt szerszej diagnostyki wirusowych zakażeń jelitowych, pozwalającej na lepsze rozeznanie w etiologii zakażeń przewodu pokarmowego.

W 2012 roku zgłoszono 2938 wirusowych zakażeń jelitowych ogółem (zapadalność na 100 tys. ludności - 140,01), tj. o 2,8% mniej niż w roku ubiegłym, co świadczy

Bakteryjne zatrucia pokarmowe i wirusowe zakażenia jelitowe w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012. Liczba przypadków:



Bakteryjne zatrucia pokarmowe i wirusowe zakażenia jelitowe w kraju i w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2011-2012. Zapadalność na 100 tys. ludności:

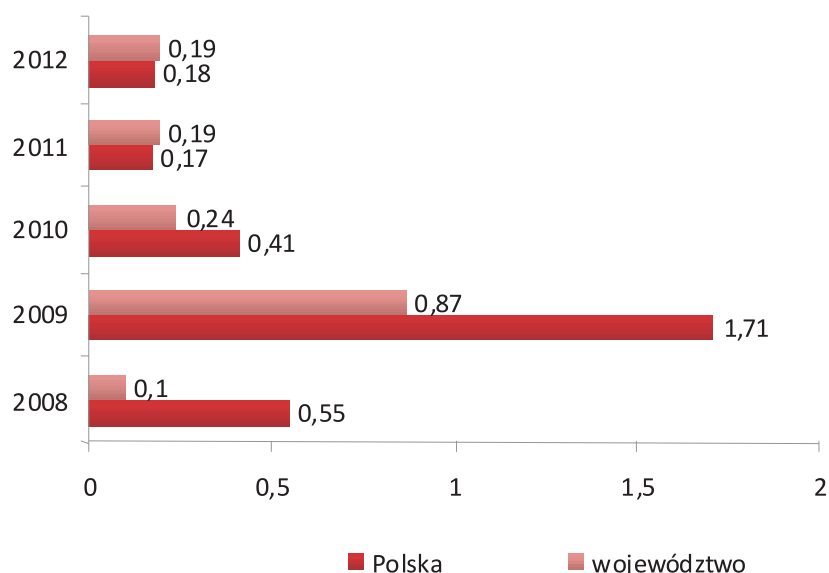


o pewnym wyhamowaniu trendu wzrostowego, notowanego w ostatnich latach. Nadal jednak zapadalność jest wyższa o 37,4% od krajowej. W 2012 roku 55% zgłoszonych przypadków wywołanych było przez rotawirusy. To nadal najczęstsza przyczyna ostrych biegunek u dzieci do lat 2. Zachorowania w tej grupie wiekowej stanowiły 44% wszystkich zakażeń wirusowych, zarejestrowanych w województwie kujawsko-pomorskim.

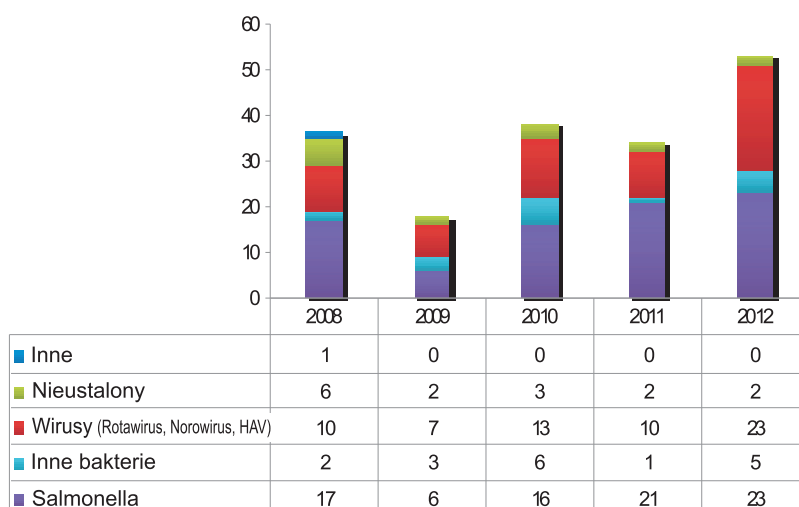
Biegunki i zapalenia żołądkowo-jelitowe u dzieci do lat 2 o etiologii nieokreślonej, z uwagi na często burzliwy przebieg

i zagrożenie dla życia oraz ze względu na zaburzenia w gospodarce wodnoelektrolitowej ustroju, od wielu lat podlegają raportowaniu i analizie. W 2012 roku zgłoszono 681 przypadków biegunek w grupie dzieci do lat 2, zapadalność zwiększyła się o 57,3% w stosunku do roku 2011. Wzrost zapadalności na biegunki w tej grupie wiekowej utrzymuje się od 2010 roku. Mniejszy wzrost o 8,39% obserwowano w kraju. Wprowadzone w 2009 roku zmiany w raportowaniu tych zachorowań pozwalają na analizę zgłoszonych przypadków pod kątem przeprowadzonych badań laboratoryjnych w kie-

Wirusowe zapalenie wątroby typu A w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012. Zapadalność na 100 tys. ludności:



Liczba ognisk zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012 według czynnika etiologicznego:



runku biologicznych czynników chorobotwórczych. Wykazała ona, że w 75% zgłoszonych przypadków nie wykonano żadnych badań laboratoryjnych w celu ustalenia etiologii zachorowań. Duży odsetek ostrych biegunek u dzieci o nieokreślonym czynniku etiologicznym, to zjawisko niekorzystne. W pozostałych 25% zgłoszonych przypadków podstawą do rozpoznania zachorowań poza objawami klinicznymi były wyniki badań laboratoryjnych, głównie w kierunku wirusów i bakterii. Wśród czynników etiologicznych innych bakteryjnych zakażeń/zatruc pokarmowych dominowały bakterie z rodzaju Klebsiella i Yersinia oraz bakterie z rodzaju Pseudomonas Proteus, toksynotwórcze szczepy Clostridium difficile, biegunkotwórcza Escherichia coli, Campylobacter.

Zatrucia gronkowcowe występowały nieznacznie i nie stanowiły problemu dla zdrowia publicznego.

W 2012 roku zarejestrowano 1 przypadek zatrucia jadem kiełbasianym, potwierdzony badaniami laboratoryjnymi - stwierdzono toksynę typu B.

W województwie kujawsko-pomorskim w 2012 roku nie odnotowano żadnego przypadku włośnicy, duru brzuszego i rzekomego oraz zatrucia grzybami.

Od wielu lat w województwie kujawsko-pomorskim notuje się bardzo małą liczbę zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A. W 2012 r. zgłoszono 4 przypadki, w tym jeden jako zachorowanie kontaktowe w ognisku rodzinnym (zakażenie od przypadku przywleczonego w roku 2011 z Etiopii). Trzy pozostałe to przypadki przywlezione z Indii i Bułgarii. Żadna z osób nie była szczepiona przeciw WZW typu A.

Mała liczba notowanych zachorowań skutkuje niską odpornością naturalną populacji, co może być powodem, w przypadku tej choroby, poważniejszych zagrożeń epidemicznych.

W 2012 roku w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano i opracowano 53 ogniska zatruc/zakażeń pokarmowych, o 18 więcej niż w 2011 roku. Jest to zjawisko niekorzystne, zwłaszcza, że ponad 11% to szpitalne ogniska choroby przenoszonej drogą pokarmową. Na zachorowanie narażonych było ogółem 1676 osób; z tej liczby 438 osób (w tym 98 dzieci do lat 14) zachorowało; 173 osoby wymagały leczenia szpitalnego, a spośród nich 8 zmarło. Połowa ognisk to małe dwu- (19) i trzyosobowe (8), pozostałe to ogniska obejmujące cztery i więcej zachorowań (26).

W 15 ogniskach epidemia szerzyła się dro-

Ogniska zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012:

Czynnik etiologiczny	2008				2009				2010				2011				2012			
	Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Salmonella typy odzwierzęce	17	45,9	223	47,7	6	33,3	61	30,2	16	40,0	183	46,5	21	60	148	36,6	23	43,40	111	25,34
Clostridium botulinum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Staphylococcus aureus	1	2,7	23	4,9	0	0	0	0	1	2,5	8	2,0	0	0	0	0	0	0	0	0
E.coli, pałeczki z grupy coli	1	2,7	4	0,9	1	5,6	4	2,0	1	2,5	2	0,5	0	0	0	0	1	1,89	2	0,46
Inne bakterie	0	0	0	0	2	11,1	54	26,7	4	10,0	13	3,3	1	2,8	11	2,7	4	7,55	25	5,71
Wirusy (Rotawirus, Norowirus, HAV)	10	27,1	104	22,3	7	38,9	78	38,6	13	32,5	162	41,2	10	29	210	52	23	43,40	282	64,38
Grzyby trujące	1	2,7	2	0,42	0	0	0	0	2	5,0	6	1,5	1	2,8	3	0,7	0	0	0	0
Trichinella spp.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nie ustalony	6	16,2	109	23,3	2	11,1	5	2,5	3	7,5	19	4,8	2	5,6	32	7,9	2	3,77	18	4,11
Inne	1	2,7	3	0,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ogółem:	37	100	468	100	18	100	202	100	40	100	393	100	35	100	404	100	53	100	438	100

gą kontaktową, w tym 6 to zakażenia szpitalne.

Na podstawie zebranych danych ustalono, czynniki etiologiczne ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych: Salmonella Enteritidis, Salmonella Typhimurium, E. coli, Norowirus, Rotawirus, wirus HAV oraz Clostridium difficile. W dwóch ogniskach nie ustalono czynnika etiologicznego. Pałeczki Salmonella wywołały zachorowania w 23 ogniskach (43,4%), 4 ogniska wywołane były przez laseczki Clostridium difficile-szczep toksynotwórczy. W 1 ognisku czynnikiem etiologicznym była E. coli. W pozostałych 23 ogniskach czynnikiem etiologicznym były wirusy: Norowirusy (w 11 ogniskach) i Rotawirusy (10 ogniskach), wirus zapalenia wątroby typu A (w 2 ogniskach). W latach 2008-2012 liczba ognisk wywołanych przez wirusy wykazywała tendencję wzrostową i wynosiła od 7-29. W 2012 roku wzrosła ponad dwukrotnie w stosunku do 2011 roku i zrównała się z liczbą ognisk wywołanych przez pałeczki Salmonella. Sytuacja epidemiologiczna zakażeń norowirusowych w Polsce potwierdza, że mają one istotne znaczenie, jako czynnik etiologiczny zakażeń jelitowych.

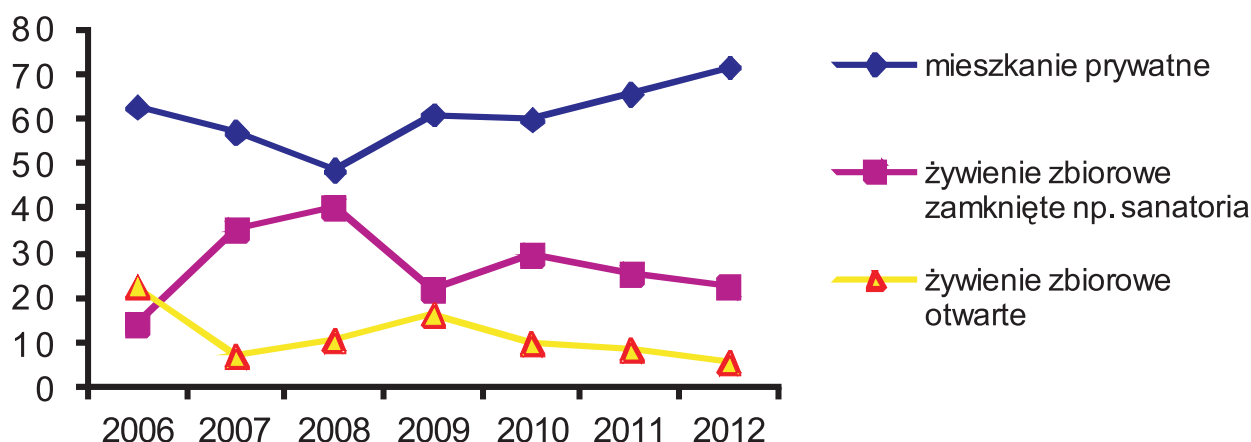
W 2012 roku w województwie kujawsko-pomorskim zanotowano wzrost liczby ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową, jako szpitalne zakażenia kontaktowe, tj. 6 ognisk, w tym: 4 wywołane laseczką Clostridium difficile i 2 Rotawirusami. Dużym problemem są ogniska choroby przenoszonej drogą pokarmową, którymi są zakażenia szpitalne, wywołane przez zarodnikującą laseczkę Clostridium difficile, wytwarzającą toksyny A i B, ze względu na ciężki przebieg zachorowań u osób starszych (osoby powyżej 65 r.ż.), osób z obniżoną odpornością i obciążeniami wynikającymi z chorób przewlekłych. W trzech (na cztery) ogniskach o tej etiologii 8 osób zmarło. W wyniku prowadzonych dochodzeń epidemiologicznych ustalono, że prawdopodobnymi drogami szerzenia się zakażeń były zanieczyszczone ręce personelu, kontakt ze skażonymi powierzchniami dotykowymi lub kontakt bezpośredni z osobami zakażonymi. W szpitalach podjęto działania zapobiegawcze i przeciwepidemiczne w celu wy-

gaszenia ognisk. Szpitalne ogniska epidemiczne o etiologii Clostridium difficile stanowiły w 2012 r. 40% wszystkich zgłoszonych w województwie ognisk. Trend wzrostowy w tym zakresie (w 2011 roku zanotowano 1 ognisko) odzwierciedla trudności w zwalczaniu i zapobieganiu transmisji tego patogenu w środowisku szpitalnym. Problem ma szerszy wymiar, związany z powszechnym nadużywaniem antybiotyków, rosnącą liczbą pacjentów wymagających długotrwałej hospitalizacji, z licznymi czynnikami ryzyka zakażenia Clostridium difficile. Podmioty prowadzące działalność leczniczą powinny prowadzić działania minimalizujące ryzyko szerzenia się zakażeń szpitalnych, w tym wywołanych przez ten patogen. W 37 ogniskach, w toku dochodzenia epidemiologicznego, ustalono nośnik pokarmowy zatruc/zakażeń pokarmowych, w 15 ogniskach drogą szerzenia się zakażenia była droga kontaktowa i w 1 ognisku nie ustalono nośnika pokarmowego. Najczęstszym nośnikiem zakażeń/zatruc pokarmowych, podobnie jak w poprzednich latach, były potrawy z dodatkiem surowych jaj kurzych (32%).

Liczba ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w naszym województwie w latach 2006-2012 roku wahała się od 18 do 53. W 2012 roku zanotowano największą liczbę (53) ognisk.

W 72% ognisk w omawianym okresie wskazano na miejsce skażenia żywności - mieszkanie prywatne. Pozostałe ogniska związane były z żywieniem zbiorowym: w restauracjach (2 ogniska), domach pomocy społecznej (2 ogniska), w sanatorium (1 ognisko), w przedszkolu (1 ognisko), w ośrodku wczasowym (1 ognisko) oraz zorganizowane imprezy (1 ognisko). Siedem ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową wystąpiło w szpitalu: 6 jako - zakażenie kontaktowe, a jedno z ustalonym nośnikiem pokarmowym zakażenia. Występowanie ognisk zatruc pokarmowych związanych z żywieniem zbiorowym wymaga nadal wzmożonego nadzoru sanitarnego nad jakością zdrowotną produkowanych i wydawanych do spożycia potraw i stanem higienicznym w tych obiektach.

Odsetek ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych wg wybranych miejsc występowania w latach 2006-2012:



CHOROBY PRZENOSZONE PRZEZ NARUSZENIE CIĄGŁOŚCI TKANEK

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

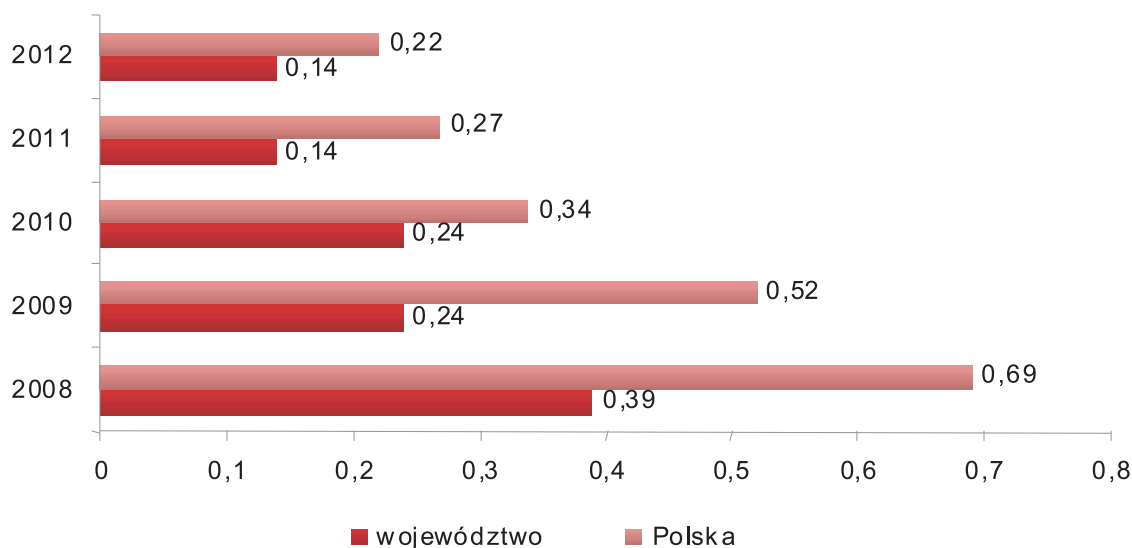
W roku 2012 r. zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim ogółem 105 przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu B, w tym 102 zachorowania przewlekłe (zapadalność 4,86, w roku 2011 - 4,16) i 3 zachorowania ostre (zapadalność, podobnie, jak w roku 2011-0,14).

Od lat przeważają w województwie kujawsko-pomorskim zachorowania o charakterze przewlekłym - ponad 98% przypadków. Najwięcej zachorowań (ponad 50% ogółu) stwierdzono w grupie wiekowej młodych dorosłych (20 - 39 lat). Dwukrotnie częściej chorują mężczyźni. Podobnie jak w kraju, spada liczba zachorowań o przebiegu ostrym. Zapadalność na ostre WZW typu B od kilku lat utrzymuje się w województwie kujawsko-pomorskim na niskim poziomie, co jest zjawiskiem korzystnym.

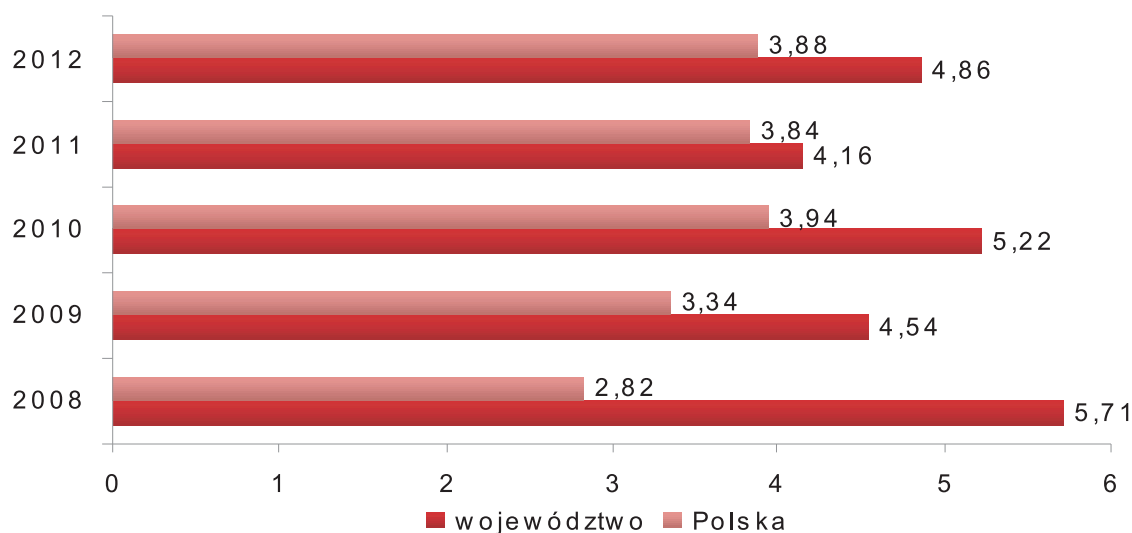
Nie notujemy zachorowań na WZW typu B u dzieci, w grupie wiekowej 0-9 lat, co jest efektem prowadzonej od wielu lat czynnej profilaktyki choroby. Mimo uodporniania populacji młodzieży, zdarzają się zachorowania u młodych, szczepionych osób w wieku 17-19 lat. Przyczyną tego zjawiska może być wykonanie szczepienia u osoby już zakażonej lub niekompetencja układu immunologicznego.

Od wielu lat obserwuje się różnice terytorialne w liczbie zgłaszanych zachorowań w powiatach, co można powiązać z różnym dostępem do świadczeń medycznych, a także niedostatkami w zgłaszalności wykrywanych przypadków. Stąd trudno oszacować wielkość rozpowszechnienia zakażeń HBV w województwie. W roku 2012 najwięcej nowych przypadków zachorowań odnotowano w powiecie bydgoskim i inowrocławskim. Nie zgłoszono natomiast żadnego zachorowania na WZW typu B w powiecie chełmińskim, golubsko-dobrzyńskim, radziejowskim, rypińskim, sępoleńskim i wąbrzeskim.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ostre, w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012. Zapadalność na 100 tys. ludności:



Wirusowe zapalenie wątroby typu B - przewlekłe, w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012. Zapadalność na 100 tys. ludności:

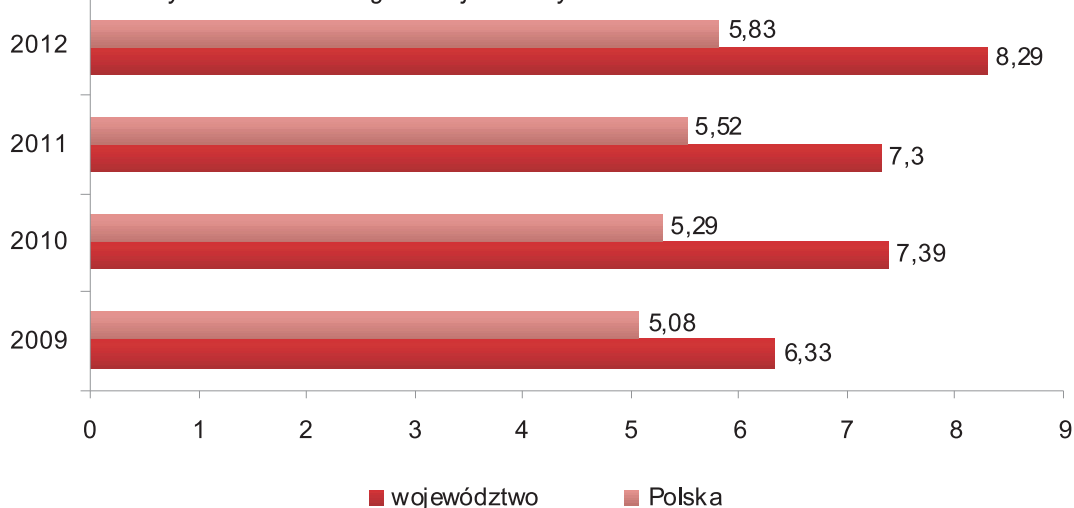


Wirusowe zapalenie wątroby typu C

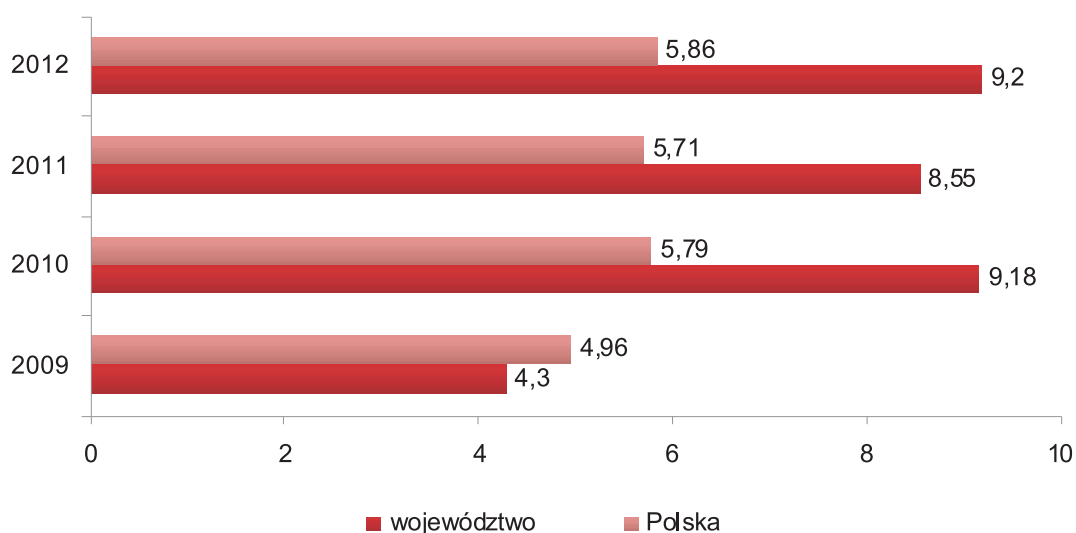
Zmniejszenie zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby typu C jest jednym z priorytetów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom. Dla potrzeb nadzoru epidemiologicznego, od roku 2009, każdy przypadek wirusowego zapalenia wątroby typu C jest w Polsce kwalifikowany równocześnie w oparciu o dwie definicje choroby. Ze względu na konieczność zapewnienia porównywalności danych z danymi z lat wcześniejszych - według

definicji 2005 i według definicji 2009, która do kwalifikacji przypadku wymaga jedynie spełnienia kryterium laboratoryjnego. W roku 2012, na podstawie zgłoszonych rozpoznań, wirusowe zapalenie wątroby typu C odnotowano u 207 pacjentów województwa kujawsko-pomorskiego (o 18 więcej niż w roku 2011), z czego 193 osoby zakwalifikowano jako WZW typu C def. 2009, a 174 - jako WZW typu C def. 2005. Jedna osoba, jeśli spełnia kryteria, może być wykazana według dwóch definicji choroby jed-

Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012. Zapadalność na 100 tys. ludności według definicji choroby 2005:



Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012. Zapadalność na 100 tys. ludności według definicji choroby 2009:



nocześnie. Dane z ostatnich czterech lat pokazują, że zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu C w województwie kujawsko-pomorskim, przewyższa wskaźnik krajowy (poza rokiem wprowadzenia def. 2009).

Zmiany w nadzorze epidemiologicznym nad wirusowym zapaleniem wątroby typu C, utrudniają interpretację wahań, różnic, a nawet wzrostu liczby zgłaszanych zachorowań. Przyczyną jest być może niepełna zgłaszalność (różnice terytorialne w liczbie zgłaszanych zachorowań w powiatach) lub dobra zgłaszalność (wyższe wskaźniki zapadalności dla województwa kujawsko-pomorskiego). W zgłoszonych w roku 2012

zachorowaniach przeważają zakażenia HCV z objawami zapalenia wątroby (ponad 76%), w ogromnej większości w przewlekłej fazie choroby (98%). Obserwuje się różnice terytorialne w liczbie zgłaszanych zachorowań w poszczególnych powiatach - od braku zachorowań do kilkudziesięciu w roku. Najwięcej zachorowań stwierdzono w grupach wiekowych 20-29 i 50-59 lat (blisko 47% ogółu zgłoszeń w roku 2012).

Analiza potencjalnych narażeń, których skutkiem jest zakażenie HCV wskazuje na ich dużą różnorodność, z przewagą narażeń o charakterze medycznym, a ustalenie drogi zakażenia jest bardzo trudne.

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 2012r. i zostały poddane weryfikacji, która obejmuje ustalenie spełnienia kryteriów definicji do celów nadzoru epidemiologicznego i wykluczenie powtórnych zgłoszeń tego samego przypadku.

W 2012 roku w województwie kujawsko-pomorskim zgłoszono niemal o połowę mniej nowo wykrytych zakażeń HIV i zachorowań na AIDS niż w roku 2011, tj. 24 przypadki HIV (w 2011 r. - 46) i 3 zachorowania na AIDS (odpowiednio w 2011 r. - 6).

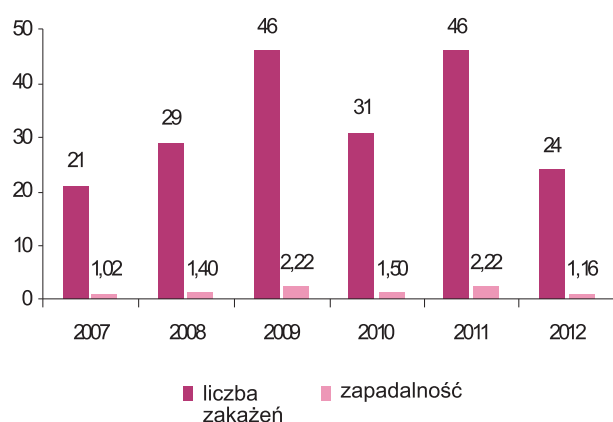
Ogółem od początku rejestracji (tj. od 1985 roku) do końca 2012 r. w województwie odnotowano 657 osób zakażonych HIV i 174 zachorowania na AIDS. Z powodu choroby zmarło 89 osób. Dominują zakażenia HIV mężczyzn.

Pomimo podejmowanych działań w celu uzyskania jak najwięcej informacji o zakażeniach HIV, ich rejestracja w większości przypadków (w 2011 r. - 91%, w 2012 - 65%) opiera się wyłącznie na podstawie dodatnich wyników HIV zgłaszanych przez laboratoria medyczne, które nie mają wiedzy o potencjalnej drodze zakażenia bada-

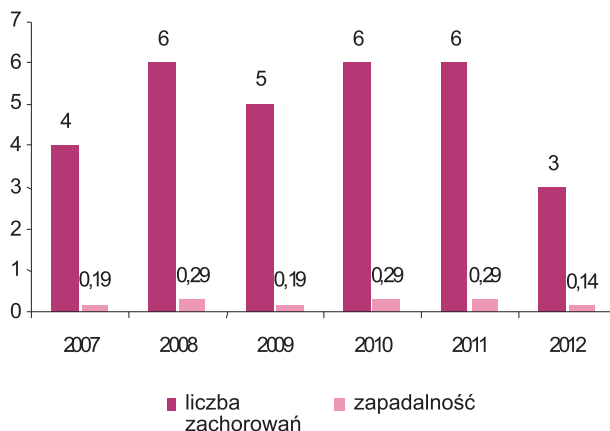
nych osób.

Brak zgłoszeń od lekarzy kierujących na badania w kierunku HIV, niepełny wywiad lekarski oraz obawa pacjentów o ochronę ich danych osobowych, to główne przyczyny tego stanu. W 2011 roku tylko w dwóch na 46 przypadków nowo wykrytych zakażeń HIV podano przypuszczalny sposób zakażenia. W 2012 r., w żadnym z 24 zgłoszonych przypadków HIV nie podano rodzaju ryzykownych zachowań zakażonych pacjentów. Jest to sytuacja bardzo niekorzystna, która wymaga podjęcia działań ze strony wszystkich osób współpracujących przy monitorowaniu sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS, gdyż problem ten dotyczy nie tylko naszego województwa. Brak wiedzy dotyczącej transmisji zakażeń HIV, ogranicza możliwość odpowiedniego ukierunkowania działań profilaktycznych i tym samym zmniejszenia ryzyka rozprzestrzeniania się zakażeń.

Zakażenia HIV w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2007-2012. Liczba zakażeń i zapadalność na 100 tys. ludności:



AIDS w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2007-2012. Liczba zakażeń i zapadalność na 100 tys. ludności:



CHOROBY INWAZYJNE

Choroby wywołane przez *Streptococcus pyogenes*

System nadzoru epidemiologicznego nad chorobami wywołanymi przez *Streptococcus pyogenes* obejmuje rejestrację płonicy oraz inwazyjnych postaci zakażeń tym czynnikiem chorobotwórczym takich, jak: róża, wstrząs toksyczny i gorączka połogowa.

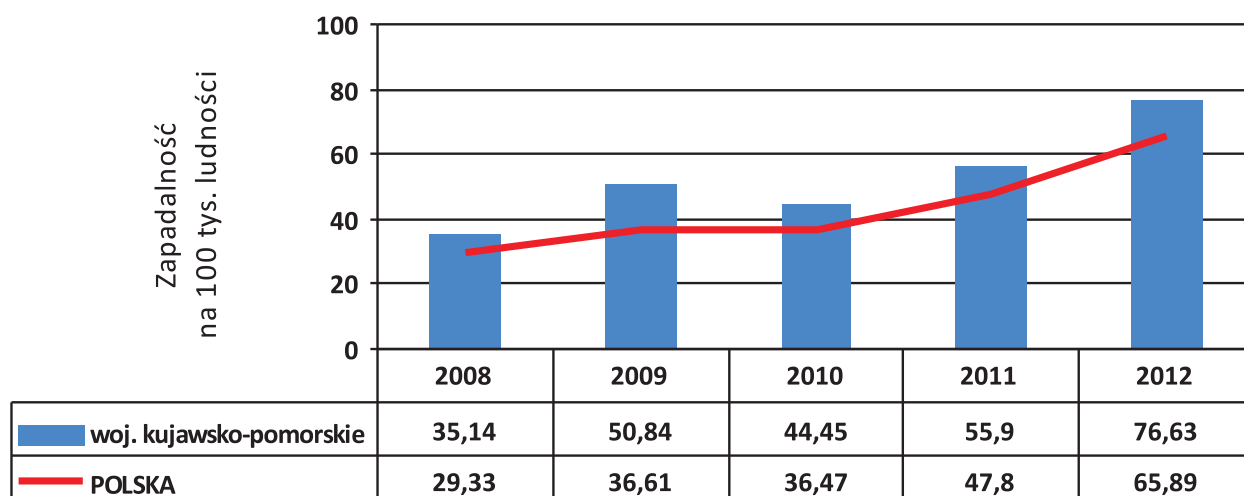
W 2012 roku w województwie kujawsko-pomorskim zgłoszono 1608 przypadków płonicy (76,63/100 tys.), tj. o 452 przypadki więcej niż w roku poprzednim. Od kilku lat zapadalność na płonicę utrzymuje się na wysokim poziomie i wykazuje tendencję wzrostową. W związku z możliwością epidemicznego szerzenia się choroby, często występującym ciężkim przebiegiem klinicznym oraz groźbą występowania poważnych powikłań, istnieje konieczność wzmożenia działań zapobiegawczych.

Dominującą postacią kliniczną inwazyjnych chorób wywołanych przez *Streptococcus pyogenes* jest róża. W 2012 roku odnotowano 461 przypadków tej choroby (zapadalność 21,97/100tys.), tj. o 109 przypadków więcej niż w roku poprzednim. Róża rozpoznawana jest wyłącznie na podstawie objawów klinicznych i żadne zachorowanie na tę chorobę nie było potwierdzone badaniem mikrobiologicznym.

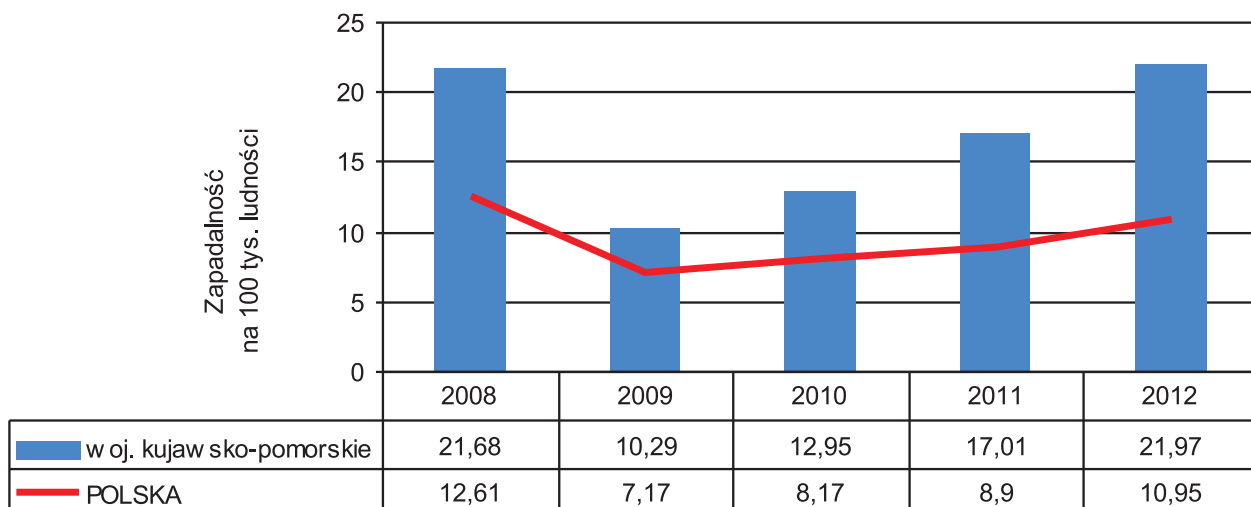
Wskaźnik zapadalności na różę rośnie wraz z wiekiem pacjentów i jest największy u osób powyżej 70 roku życia. Przyczyn tej zależności należy dopatrywać się w obniżającym się wraz z wiekiem poziomie odporności organizmu na zakażenia i osłabieniu funkcji ochronnych skóry przy jednocześnie wzrastającym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

Pozostałe postaci inwazyjnej choroby wywołanej paciorkowcami ropotwórczymi, takie jak zespół wstrząsu toksycznego (0) lub gorączka połogowa (0), zgłaszane są bardzo rzadko i nie stanowią w ostatnich latach problemu epidemiologicznego.

Zapadalność na płonicę w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012:



Zapadalność na różę w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012:

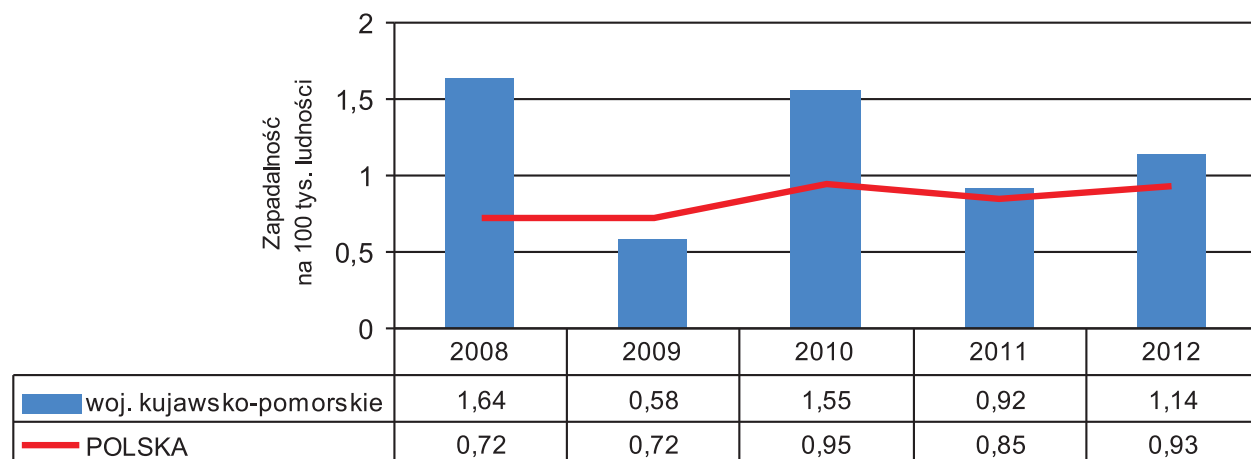


Choroby wywołane przez *Streptococcus pneumoniae*

W 2012 roku w woj. kujawsko-pomorskim zarejestrowano 24 (1,14/100 tys.) przypadki inwazyjnej choroby pneumokokowej. Najczęściej rejestrowaną postacią kliniczną tych zakażeń była posocznica (13). Ponadto odnotowano 5 przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i 9

przypadków zapalenia płuc. U 3 osób przebieg choroby miał więcej niż jedną postać kliniczną. Zakażenia pneumokokowe dotyczyły głównie osób dorosłych powyżej 40 roku życia i nie wykazywały ilościowego zróżnicowania ze względu na płeć.

Zapadalność na choroby wywołane przez *Streptococcus pneumoniae* w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012:

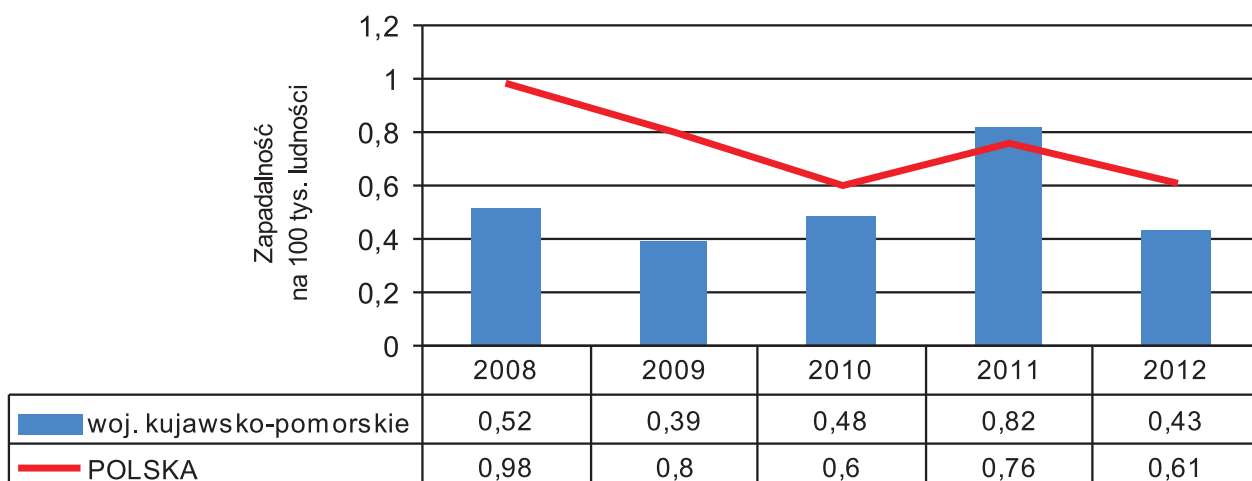


Choroby wywołane przez meningokoki

Od kilku lat zapadalność na chorobę meningokokową w woj. kujawsko-pomorskim utrzymuje się na niskich poziomach i nie przekracza 1 przypadku na 100 tys. ludności. W 2012 roku odnotowano 9 przypadków zachorowań, w tym 6 przypadków zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych i 6 przypadków posocznicy. U 3 osób z ogólnej liczby chorych wystąpiły obie ww. postacie kliniczne choroby. Nie obserwowano znaczących różnic w częstotliwości zachorowań

mężczyzn (5) i kobiet (4). Utrzymuje się typowy dla tych drobnoustrojów rozkład zachorowań w poszczególnych grupach wiekowych. Stwierdzono 2 zachorowania u dzieci do 4 roku życia, 3 zachorowania w przedziale wiekowym od 15-20 roku życia, 1 przypadek w przedziale wiekowym 30-35 lat i trzy przypadki zachorowań u osób powyżej 60 roku życia.

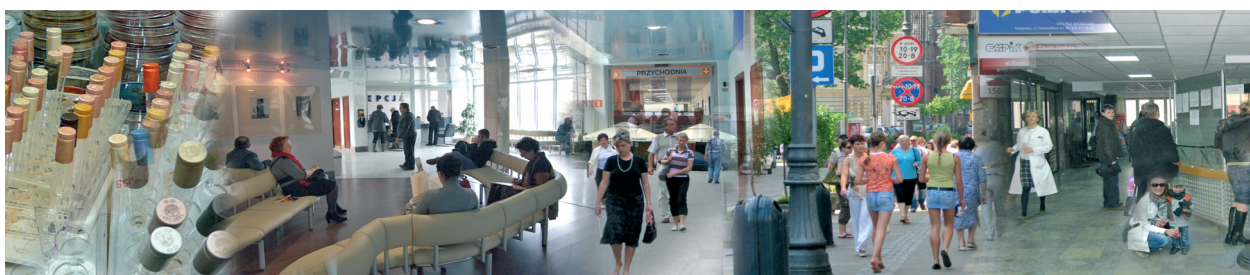
Zapadalność na chorobę meningokokową w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012:



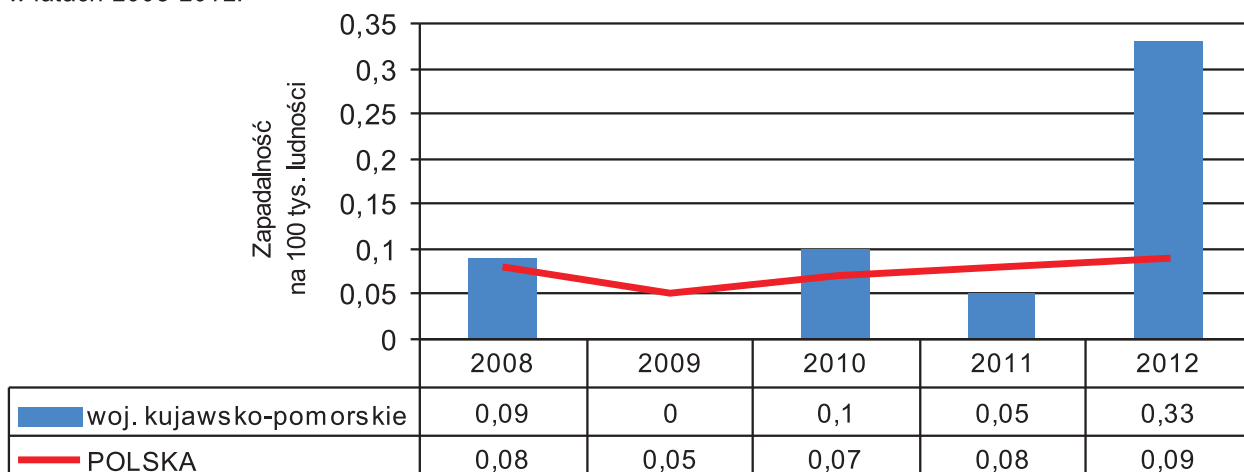
Choroby wywołane przez Haemophilus influenzae

Po wprowadzeniu szczepień ochronnych przeciwko Haemophilus influenzae od kilku lat odnotowuje się pojedyncze, sporadyczne zachorowania wywołane tym czynnikiem chorobotwórczym. W 2012 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 1 przypadek posocznicy, 1 zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz 5

przypadków zapalenia płuc wywołanych tym drobnoustrojem. Statystyczny wzrost zachorowań w ostatnim roku spowodowany jest objęciem rejestracji klinicznych postaci zapaleń płuc wywołanych tym drobnoustrojem.



Zapadalność na choroby wywołane *Haemophilus influenzae* w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012:



Neuroinfekcje

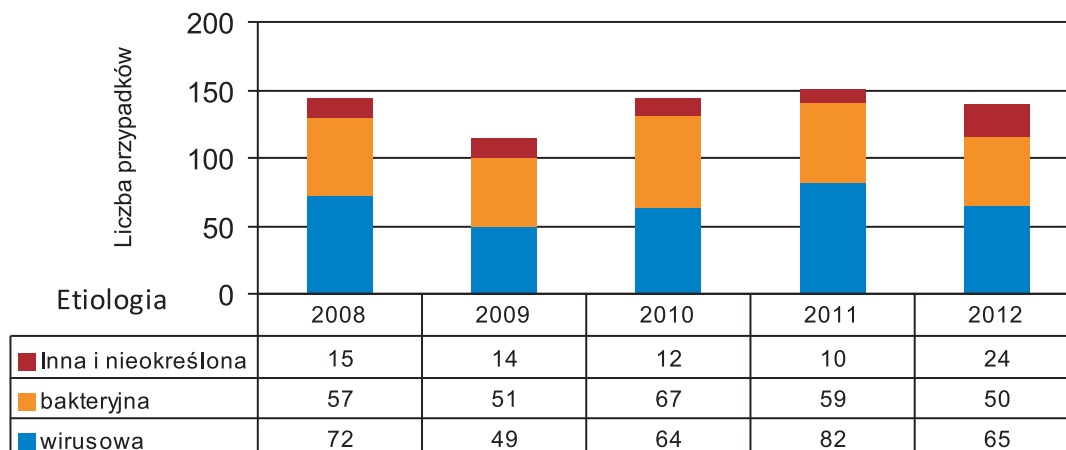
W województwie kujawsko-pomorskim zapadalność na choroby infekcyjne ośrodkowego układu nerwowego od kilku lat utrzymuje się na podobnych, niskich poziomach. W 2012 roku zgłoszono łącznie 139 przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu, z czego 65 przypadków o etiologii wirusowej (zapadalność 3,00/100 tys.), 50 przypadków o etiologii bakteryjnej (zapadalność 2,38/100 tys.), a w 24 przypadkach nie określono rodzaju czynnika chorobotwórczego. Hospitalizacja pacjentów w tej grupie chorób wynosi 100%.

Wśród infekcji wirusowych najczęściej zgłaszaną postacią kliniczną było zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (ZOMR) - 55 przypadków. Zapalenie mózgu o etiologii wirusowej rozpoznano u 10 osób.

Kliniczne rozpoznanie wirusowego zakażenia ośrodkowego układu nerwowego stosunkowo rzadko opiera się na wynikach szczegółowej diagnostyki laboratoryjnej. Zaledwie 5% rozpoznań klinicznych w tej grupie neuroinfekcji udokumentowanych było dodatnimi wynikami badań serologicznych i dotyczyły one wyłącznie etiologii opryszczkowej.

Swoiste, bakteryjne czynniki chorobotwórcze wykryto w 58% przypadków zakwalifikowanych jako bakteryjne zapalenie OUN. W 6 przypadkach czynnikiem zakaźnym były meningokoki, w 5 przypadkach pneumokoki, w 1 *Haemophilus influenzae*. Pozostałych 16 klinicznych zespołów neurologicznych odnotowano w przebiegu listeriozy, boreliozy oraz w przebiegu zakażeń wywołanych przez paciorkowce i gronkowce.

Liczba przypadków chorób OUN w latach 2008 - 2012 wg grup czynników etiologicznych.



CHOROBY PRZENOSZONE PRZEZ KLESZCZE

Borelioza (Choroba z Lyme)

Spośród chorób zakaźnych przenoszonych przez kleszcze w 2012 roku wystąpiły w województwie tylko zachorowania na boreliozę. Nie odnotowano zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu.

Rejestracja boreliozy w Polsce prowadzona jest od 1996 roku.

Borelioza zwana w Polsce krętkowicą kleszczową charakteryzuje się częstymi remisjami i nawrotami. Jako schorzenie wielonarządowe spowodowane przez krętka z rodzaju *Borrelia* - *Borrelia burgdorferii* przenieszonego przez kleszcze z rodzaju *Ixodes*, może objawiać się zmianami skórnymi o typie rumienia wędrującego, bądź cięższym przebiegiem obejmującym układ nerwowy, krwionośny i kostno-stawowy. Po raz pierwszy w 2012 roku, w województwie zarejestrowano przypadek boreliozy wywołanej przez krętka *Borrelia garinii*. Chociaż zakażenie zależy od pokłucia przez kleszcza, które aktywne są od kwietnia do października (w zależności od panującej temperatury i wilgotności powietrza), to choroba z Lyme może wystąpić o każdej porze roku. Zależy to od czasu, jaki upłynie od zakażenia do pierwszych objawów klinicznych. Wrażliwość populacji na zakażenie krętkiem z rodzaju *Borrelia* jest powszechna, a przechorowanie boreliozy nie chroni przed ponownym zachorowaniem.

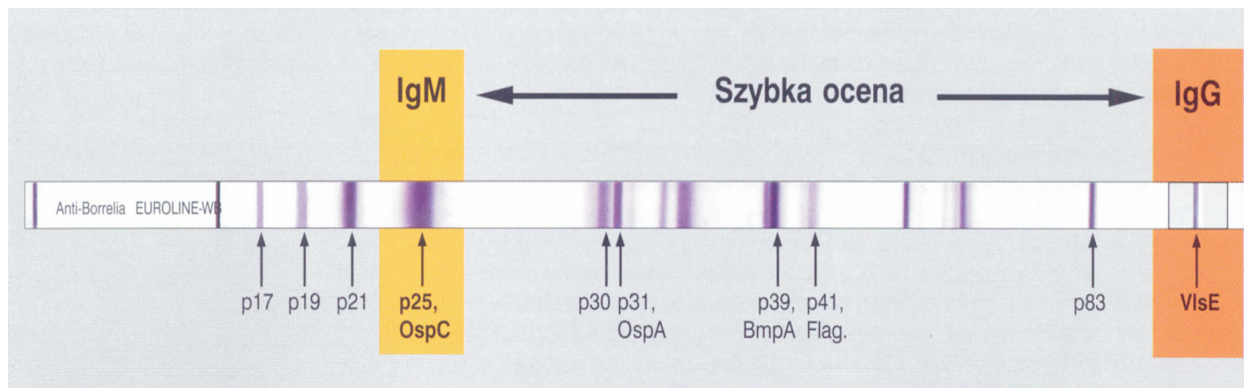
W województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012 zapadalność na chorobę z Lyme wahała się od 12,83 do 18,27 na 100 tys. mieszkańców. W roku 2012 współczynnik zapadalności wyniósł 16,63 i był wyższy o 5,3% od współczynnika z 2011 roku, ale był niższy o 26% od krajowego.

W analizowanym okresie w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano 349 przypadków tej choroby. Według obowiązującej klasyfikacji wyodrębniono 336 przypadków potwierdzonych i 13 przypadków prawdopodobnych. Rejestrowane przypadki boreliozy można powiązać z ekspozycją na zakażone kleszcze w czasie pobytu w lasach, na działkach, terenach rekreacyjnych, w parkach miejskich i innych miejscach bytowania kleszczy. Z analizowanych raportów jednostkowych wynika, że połowa pacjentów, u których występuje rumień wędrujący, pamięta o kontakcie z kleszczem, a w przypadku późnego stadium choroby odsetek ten jest znacznie niższy.

Niewielki odsetek zgłoszonych zachorowań związany był z ekspozycją na zakażone kleszcze z racji wykonywanego zawodu (leśnicy, rolnicy).

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

Diagnostyka boreliozy - test potwierdzenia Western-blot:

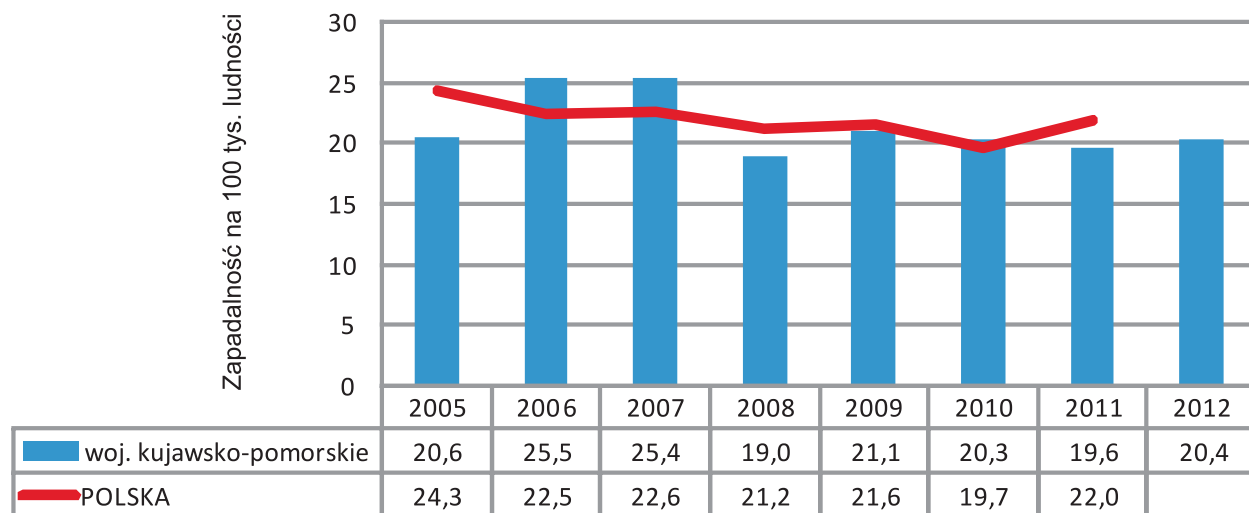


GRUŻLICA

Od kilkunastu lat w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność na gruźlicę utrzymuje się na stałym poziomie 19-25 przypadków na 100 tys. ludności z widoczną, powolną tendencją malejącą. Według danych zgłoszonych przez Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgosz-

czy w 2012 roku odnotowano 428 przypadków nowych zachorowań na gruźlicę (zapadalność 20,4/100 tys.), z czego 395 przypadków dotyczyło gruźlicy płuc, a 33 przypadki pozapłucnych postaci tej choroby. Najczęściej na gruźlicę zapadają mężczyźni w przedziale wiekowym pomiędzy 40-64 rokiem życia. Zapadalność mężczyzn jest ponad dwukrotnie większa niż kobiet.

Zapadalność na gruźlicę w Polsce i woj. kujawsko-pomorskim w latach 2000-2012:



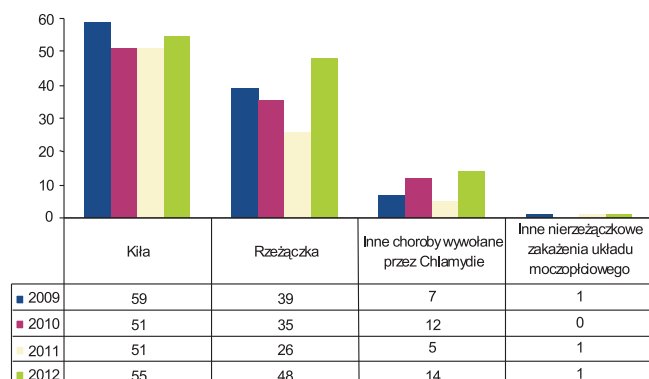
CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ

W 2009 r. wprowadzone zostały do obowiązkowego raportowania przez nadzór przeciwepidemiczny takie choroby, jak: kiła, rzeżączka, ziarnica weneryczna wywołana przez chlamydie, inne choroby wywołane przez chlamydie oraz inne nierzęączkowe

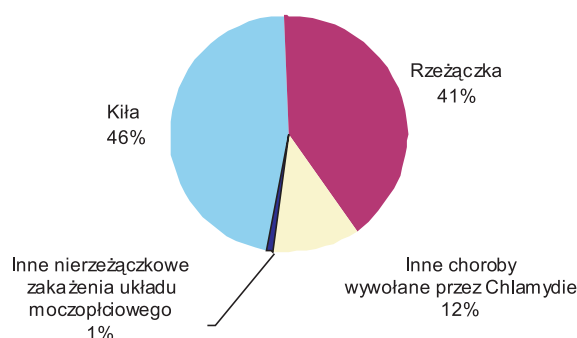
zakażenia układu moczopłciowego.

W roku 2012 zgłoszono 118 przypadków zachorowań na wymienione jednostki chorobowe. Największy odsetek tych zachorowań stanowiła kiła - 46,6% rejestrowanych przypadków (55 zachorowań). Odnotowano 7 przypadków kiły wrodzonej. Zachorowania na rzeżączkę (48 przypadków) stanowiły - 40,6% zarejestrowanych chorób.

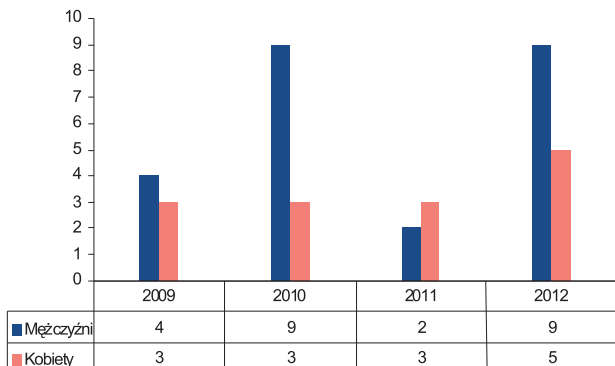
Choroby przenoszone drogą płciową w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2009-2012:



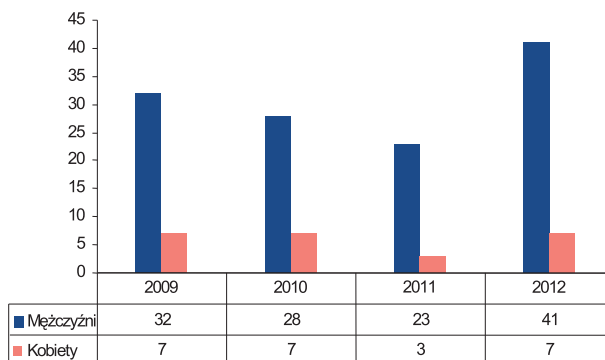
Choroby przenoszone drogą płciową w województwie kujawsko-pomorskim w 2012 roku:



Choroby wywołane przez Chlamydie w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2009-2012. Liczba zachorowań według płci:



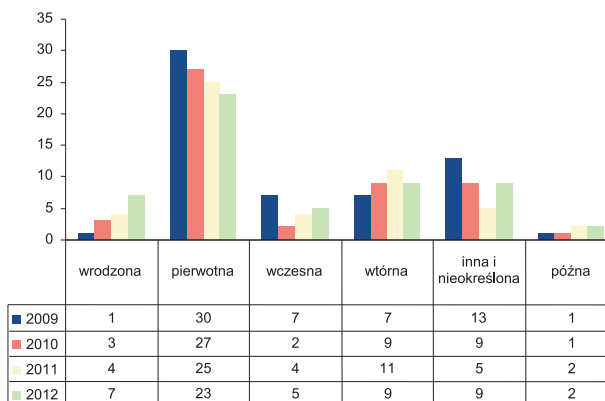
Rzeżączka w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2009-2012. Liczba zachorowań według płci:



Liczba zachorowań na kiłę w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2009-2012 według płci:



Liczba zachorowań na kiłę w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2009-2012:



GRYPA I ZACHOROWANIA GRYPopodobNE

W roku 2012 r. zarejestrowano w województwie kujawsko-pomorskim ogółem 19847 zachorowań na grypę i zachorowania grypopodobne (zapadalność ogółem 945,83 na 100 tys. ludności, prawie czterokrotnie niższa od krajowej). To o ponad 17% mniej zachorowań niż w roku 2011. Zachorowania dzieci i młodzieży w wieku 0-14 lat stanowiły blisko 43% ogółu zachorowań (zapadalność 2 634,78/100 tys. populacji 0-14 lat).

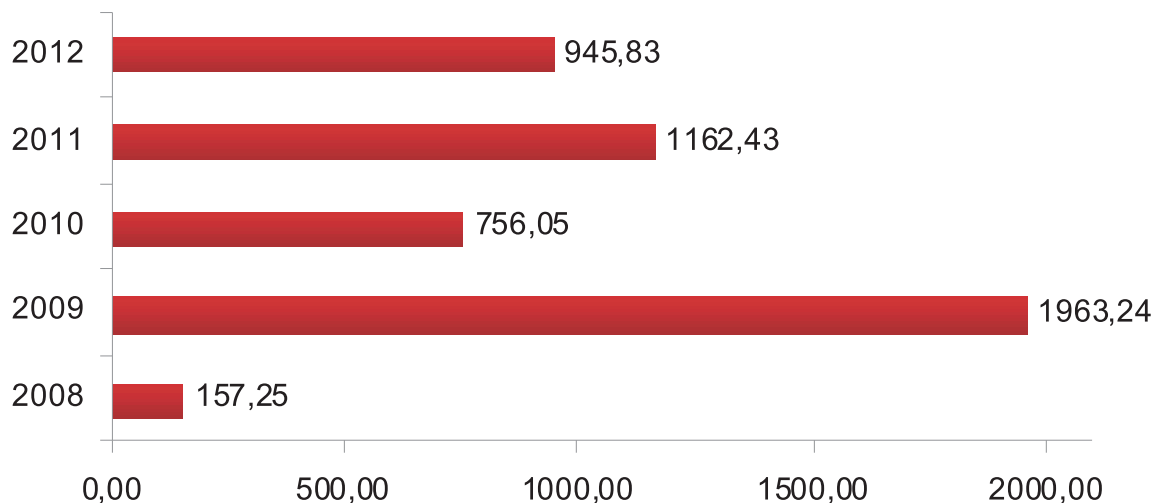
Maksymalną liczbę zachorowań okresu sprawozdawczego, z zapadalnością ogółem 94,88/100 tys. mieszkańców, odnotowano w ostatnim tygodniu grudnia. Najwięcej zachorowań w roku rejestrowano w po-

wiecie toruńskim - 11919 przypadków, najmniej - w powiecie sępoleńskim - 22 przypadki.

Grypę potwierdzono laboratoryjnie u ośmiu chorych, zidentyfikowano wirus grypy A i B. W zakresie wzmożonego nadzoru nad grypą, kontynuowano zintegrowany nadzór epidemiologiczny i wirusologiczny, oparty na systemie *SENTINEL*. W obszarze uczestnictwa w projektach badawczych finalizowano działania europejskiego projektu badawczego ECDC pn. *I-MOVE*, oceniającego skuteczność szczepień przeciw grypie.

W związku z uznaniem przez WHO szczepu A/H1N1 pdm09 za szczep o charakterze grypy sezonowej, zrezygnowano z wyodrębniania w sprawozdaniach zachorowań wywołanych tym wirusem.

Grypa i zachorowania grypopodobne w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2012. Zapadalność na 100 tys. ludności ogółem.



WNIOSKI

1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych w 2012 r. była zróżnicowana, ale względnie stabilna.
2. Nie stwierdzono nietypowych wzrostów zachorowań na żadną ze zgłaszanych chorób zakaźnych.
3. Nie zostały przywleczone do naszego województwa żadne z najgroźniejszych gorączek krwotocznych czy inne choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne, jak cholera czy dżuma.
4. W trakcie Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej EURO 2012, w naszym regionie nie wystąpiły zagrożenia dla zdrowia publicznego, a sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych nie uległa pogorszeniu.
5. Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych objętych programem obowiązkowych szczepień ochronnych cechowała, podobnie, jak w latach poprzednich, cykliczność ich występowania. Zaznaczył się wzrost zapadalności na krztusiec, świnkę, różyczkę i ospę wietrzną.
6. Szczepienia ochronne w omawianym okresie wykonane były zgodnie z obowiązującymi zasadami, w odsetkach porównywalnych do wartości uzyskanych w latach ubiegłych, zapewniających odporność zbiorowiskową, mimo pogorszenia wykonawstwa szczepień w kilku powiatach.
7. Niepokojącym zjawiskiem jest dalszy wzrost liczby rodziców uchylających się lub odmawiających poddawania swoich dzieci obowiązkowym szczepieniom, na co duży wpływ mają działania ruchów antyszczepionkowych. To może skutkować w przyszłości szkodliwymi następstwami dla zdrowia publicznego.
8. Utrzymanie akceptacji społecznej szczepień i wysokiego odsetka uodpornienia populacji, to ważny element działania PIS, ale wskazane byłoby zwiększenie aktywności lekarzy i pielęgniarek w tym zakresie.
9. Niekorzystnym zjawiskiem był znaczny wzrost liczby ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych (o 18 ognisk) w tym szpitalnych ognisk epidemicznych. Choroby przenoszone drogą pokarmową wymagają ciągłej czujności i podejmowania działań prewencyjnych, zarówno przez organy PIS, jak i podmioty prowadzące działalność leczniczą.
10. Liczba rejestrowanych wirusowych zakażeń jelitowych w stosunku do bakteryjnych jest nadal wysoka, to efekt rozszerzonej diagnostyki tych zakażeń.
11. Nieznacznie wzrosła zapadalność na przewlekłe WZW typu B oraz odnotowano o 9% więcej nowo wykrytych zakażeń HCV. Od lat w naszym regionie utrzymuje się dobra diagnostyka i zgłaszalność tych zakażeń.
12. Choroby infekcyjne ośrodkowego układu nerwowego od kilku lat nie stanowią

- problemu epidemiologicznego - zapadalność utrzymuje się na niskim poziomie.
13. Wśród chorób przenoszonych przez kleszcze dominowała borelioza, w omawianym okresie odnotowano wzrost zapadalności. Wobec braku możliwości czynnego uodpornienia przeciw tej chorobie, podnoszenie świadomości w społeczeństwie w zakresie stosowania odpowiednich zabezpieczeń chroniących przed kleszczami, ma istotne znaczenie w profilaktyce tej choroby.
 14. Odnotowano 20% spadek liczby przypadków zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę. Zachorowania na grypę i infekcje grypopodobne podlegają stałemu monitorowaniu.
 15. Zapadalność na gruźlicę utrzymuje się od kilkunastu lat w województwie na poziomie ok. 20 przypadków na 100 tys. ludzi, z widoczną powolną tendencją malejącą. Zmniejszenie zapadalności na tę chorobę to cel wprowadzonego w województwie programu reorganizacji nadzoru epidemiologicznego nad gruźlicą.
 16. W 2012 r. z raportowanych chorób przenoszonych drogą płciową nadal największy odsetek stanowiła kiła.

OCENA SANITARNA PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA

W województwie kujawsko-pomorskim działalność lecznicza wykonywana jest przez podmioty lecznicze oraz praktyki zdrowotne. W ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajduje się ogółem 966 podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, a także 2319 praktyk.

Spośród 1681 skontrolowanych w 2012 r. obiektów, w ciągu roku negatywnie pod względem sanitarnym oceniono 35 obiekty tj. 2,0%, w tym pod względem technicznym 30 tj. 1,8%. Jednakże w wyniku realizacji obowiązków nałożonych decyzjami organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej na koniec okresu sprawozdawczego uzyskano poprawę stanu sanitarnego w 16 obiektach, w tym pod względem technicznym w 13.

Szpitala

Omawiając stan techniczny szpitali, w tym 7 szpitali uzdrowiskowych, należy stwierdzić, że jest on nadal bardzo zróżnicowany. Od kilku już lat wysoką ocenę w tym zakresie otrzymują 4 obiekty - Centrum Onkologii w Bydgoszczy, NZOZ Szpital Specjalistyczny „Matopat” w Toruniu, Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Sp. z o.o. Szpital Specjalistyczny „Barska” i Specjalistyczny Szpital Rehabilitacyjny „Barska” Sp. z o.o. we Włocławku. Dodatkowo pozytywnie oceniono również Szpital ESKULAP Centrum Leczenia Chorób Serca i Naczyń w Osiełsku gm. Bydgoszcz, który rozpoczął działalność w omawianym roku sprawozdawczym. Negatywnie pod tym względem oceniono Katedrę i Klinikę Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa



Psychiatrycznego w Toruniu, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych oraz NZOZ Nowy Szpital Sp. z o.o. w Świeciu. W okresie sprawozdawczym negatywnie oceniono również SPZOZ w Mogilnie (szpitale w Mogilnie i Strzelnie). W jednostkach tych zakres prac remontowych był niewielki, nie realizowano też zaleceń wynikających z wydanych wcześniej decyzji administracyjnych. W stosunku do roku 2011 znaczącą poprawę stanu technicznego odnotowano w przypadku Szpitala Dziecięcego wchodzącego w skład Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu. Większość placówek szpitalnych w mniejszym lub większym stopniu realizuje zadania wynikające z opracowanych wcześniej programów dostosowania obiektów do wymogów obowiązujących przepisów prawnych. Jednakże częste zmiany tych przepisów wydłużają każdorazowo terminy przeprowadzenia prac dostosowawczych, tym samym opóźniając czas ich dostosowania do określonych wymogów.

Utrzymaniem bieżącej czystości w szpitalach zajmują się w przeważającej większości placówek zespoły wewnętrzne, tylko w nielicznych firmy zewnętrzne. Tendencją taką obserwuje się już od dłuższego czasu, przy czym chętniej z zewnętrznych ekip korzystają szpitale zlokalizowane w dużych miastach województwa np. w Bydgoszczy czy Toruniu. We wszystkich jednostkach sprzątanie i utrzymanie czystości odbywa się z zachowaniem norm higienicznych, określonych w opracowanych i wdrożonych procedurach.

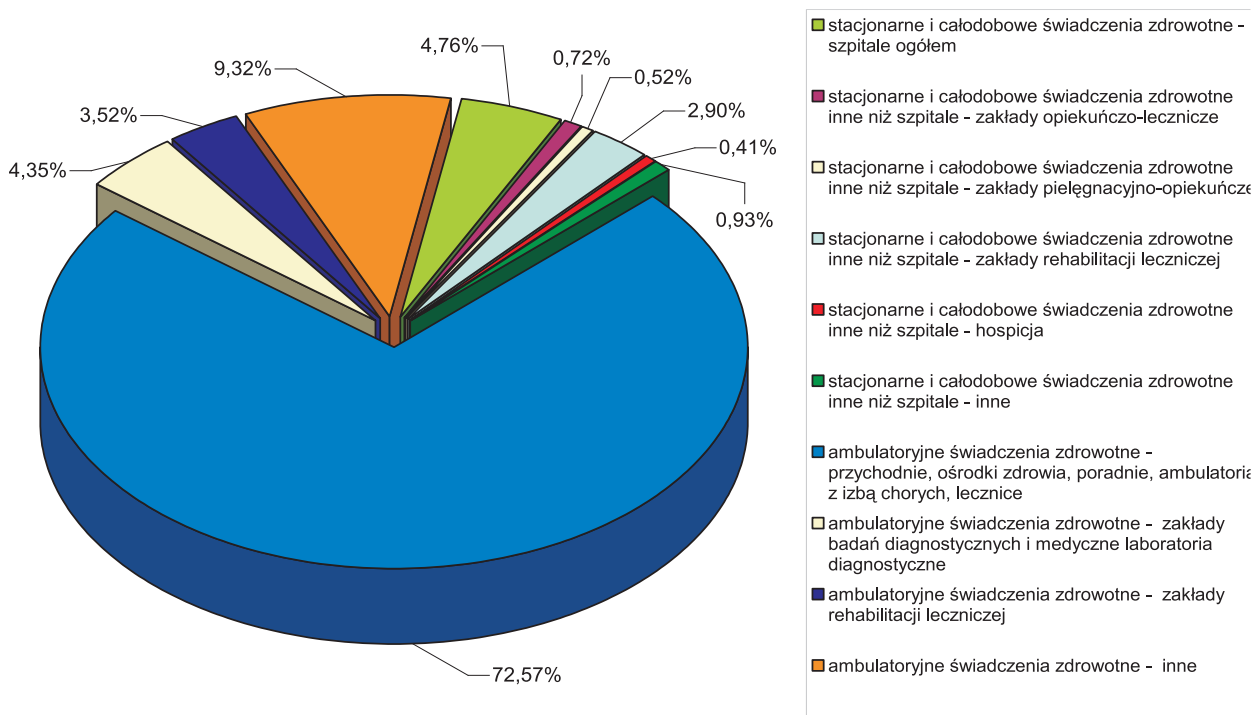
Jakość wody przeznaczonej do spożycia, podawanej z podstawowych źródeł zaopatrzenia, pod względem mikrobiologicznym nie budziła zastrzeżeń. Jedynie w 4 przypadkach jej skład fizykochemiczny

odbiegał od wymagań sanitarnych w zakresie przekroczeń parametrów manganu, jonu amonowego, chlorków i sodu. Ich obecność w wodzie nie ma jednak istotnego znaczenia dla zdrowia, wobec czego można było korzystać z wody tych ujęć bez ograniczeń. Nadal znaczny odsetek szpitali nie posiada awaryjnego zaopatrzenia w wodę i wciąż warunkiem tego nie spełnia 10 (21,7%) placówek.

We wszystkich podmiotach prowadzących działalność leczniczą, postępowanie przeciwepidemiczne polegało na przestrzeganiu procedur określających jednolite zasady w zakresie mycia i odkażania rąk, stosowania środków ochrony osobistej, dekontaminacji, postępowania z odpadami oraz procedur stanowiskowych dotyczących wykonywania zabiegów medycznych związanych z przerwaniem ciągłości tkanek. Proces ten podlegał stałym modyfikacjom przez stosowanie doskonalszych środków dezynfekcyjnych, wprowadzanie wyrobów medycznych o lepszych parametrach użytkowych oraz zastępowanie narzędzi wielokrotnego użycia sterylnym sprzętem dostępnym w handlu. Kierownicy podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zobowiązani są do opracowania ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, aktywnego nadzorowania procedur oraz podejmowania i dokumentowania działań zapobiegawczych. W szpitalach posiadających dobrze zorganizowane centralne sterylizatornie, narzędzia i sprzęt medyczny po dezynfekcji wstępnej lub z pominięciem tego etapu, pakowane są w kontenery i przekazywane do sterylizacji. Narzędzia po użyciu trafiają do kontenerów oznakowanych „brudne” i transportowane są do sterylizatorni według wyznaczonego harmonogramu godzinowego lub w zależności od potrzeb. Transport narzędzi wielokrotnego użytku tzw. „brudnych” z oddziałów szpitalnych odbywa się w zamkniętych wózkach lub plastikowych szczelnych kontenerach. W szpitalach, które procesy dekontaminacji zleciły firmom zewnętrznym, narzędzia i sprzęt medyczny po użyciu transportowany jest do pomieszczeń ekspedycji, skąd przekazywany jest do centralnych sterylizatorni, gdzie poddawany jest mechanicznym procesom mycia i dezynfekcji. Transport sterylnych narzędzi na poszczególne oddziały odbywa się w kontenerach z oznakowaniem „czyste”. W centralnych sterylizatorach materiał i sprzęt medyczny wielokrotnego użycia,

wiązani są do opracowania ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, aktywnego nadzorowania procedur oraz podejmowania i dokumentowania działań zapobiegawczych. W szpitalach posiadających dobrze zorganizowane centralne sterylizatornie, narzędzia i sprzęt medyczny po dezynfekcji wstępnej lub z pominięciem tego etapu, pakowane są w kontenery i przekazywane do sterylizacji.

Narzędzia po użyciu trafiają do kontenerów oznakowanych „brudne” i transportowane są do sterylizatorni według wyznaczonego harmonogramu godzinowego lub w zależności od potrzeb. Transport narzędzi wielokrotnego użytku tzw. „brudnych” z oddziałów szpitalnych odbywa się w zamkniętych wózkach lub plastikowych szczelnych kontenerach. W szpitalach, które procesy dekontaminacji zleciły firmom zewnętrznym, narzędzia i sprzęt medyczny po użyciu transportowany jest do pomieszczeń ekspedycji, skąd przekazywany jest do centralnych sterylizatorni, gdzie poddawany jest mechanicznym procesom mycia i dezynfekcji. Transport sterylnych narzędzi na poszczególne oddziały odbywa się w kontenerach z oznakowaniem „czyste”. W centralnych sterylizatorach materiał i sprzęt medyczny wielokrotnego użycia,



który zgodnie z zaleceniami producenta nie może być myty i dezynfekowany w urządzeniach mechanicznych, poddawany jest dezynfekcji przez zanurzenie w środku dezynfekcyjnym. Pozostały sprzęt i narzędzia medyczne trafiają bezpośrednio do myjni-dezynfektorów. W pozostałych szpitalach dezynfekcja właściwa narzędzi i sprzętu przeprowadzana jest na oddziałach, w gabinetach zabiegowych, salach opatrunkowych, dyżurkach pielęgniarek i pomieszczeniach przy blokach operacyjnych. Pomieszczenia te oprócz umywalek do rąk wyposażone są w dwukomorowe zlewozmywaki, które sukcesywnie wyposaża się w armaturę czerpalną bez kontaktu z dłonią. Roztwory preparatów dezynfekcyjnych przygotowywane są na bieżąco. Narzędzia po procesie dezynfekcji, poddawane są procesowi mycia i osuszania. Zapakowane narzędzia i sprzęt medyczny dostarczany jest, przeznaczonymi do tego celu wózkami lub kontenerami, do punktów centralnego sterylizowania. Narzędzia medyczne podlegają bieżącej kontroli jakości, zużyte ulegają kasacji. W miarę możliwości finansowych nabywano nowy i nowoczesny sprzęt i narzędzia medyczne. Wpływało to na poprawę wykonywanych świadczeń medycznych. W szpitalach, które zawarły umowę z firmą „CitoNet” Centrum Usług Sterylizacyjnych w Bydgoszczy lub innymi szpitalami na przeprowadzanie dezynfekcji właściwej i sterylizację, przeprowadza się tylko dezynfekcję wstępną, która ma na celu zapobieganie wysychaniu zanieczyszczeń organicznych i zapewnienie bezpieczeństwa personelu. Stosowano preparaty dezynfekcyjne odpowiednio dobrane pod względem zdefiniowanego poziomu ryzyka, zarejestrowane i dopuszczone do obrotu przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, posiadające ważny termin przydatności do użycia. Stanowiska do higienicznego mycia rąk w gabinetach zabiegowych, lekarskich wyposażone były właściwie w dozowniki z mydłem w płynie, środkiem antyseptycznym, w ręczniki jednorazowego użytku oraz pojemniki na zużyte ręczniki. Zaopatrzenie w środki antyseptyczne do rąk, mydło w płynie, ręczniki jednorazowego

użytku było dostosowane do potrzeb podobnie, jak w roku ubiegłym. Nadal modernizowano pracownie endoskopowe, wydzielając pomieszczenia do badań, czyszczenia i dezynfekcji sprzętu, wyposażając je w myjnie automatyczne. W roku 2012 do obowiązujących przepisów dostosowano Pracownię Endoskopii w SPZOZ w Rypinie oraz w Szpitalu Tucholskim Sp. z o.o. Dekontaminacja endoskopów odbywa się w wydzielonych zmywalniach wyposażonych w myjnie automatyczne oraz dodatkowo, w niektórych placówkach, w myjnie ultradźwiękowe. Nadal jednak dezynfekcja sprzętu wykonywana była ręcznie w pomieszczeniu gabinetu badań NZOZ Nowy Szpital w Wąbrzeźnie. Zautomatyzowanie procesu mycia i dezynfekcji endoskopów przyczynia się w znacznej mierze do bezpiecznego dla pacjentów wykonywania tych badań diagnostycznych. Stosowane były wyłącznie endoskopy ze szczelną optyką, co umożliwiała ich mycie i dezynfekcję w pełnym zanurzeniu. Wszystkie szpitale, które wykonują badania endoskopowe poddają procesom sterylizacji akcesoria endoskopowe. W Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu dezynfekcja powietrza prowadzona jest przy użyciu urządzeń Nocosprey, które przy zastosowaniu preparatu Nocolyse wytwarzają suchą mgłę z nadtlenu wodoru i kationów srebra. Preparat w krótkim czasie dociera do wszystkich powierzchni szczególnie tych niedostępnych przy użyciu metod tradycyjnych. Procesowi dezynfekcji komorowej podlegają materace, poduszki, koce w przypadku chorób zakaźnych lub po zgonach. Kompletne wyposażenie łóżek, po każdym pacjencie, dezynfekowane komorowo jest w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym oraz w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, (jeśli ruch w jednostce jest bardzo duży to dezynfekcja przeprowadzana jest środkami chemicznymi). W szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonują centralne lub lokalne sterylizatornie, większość z nich nie spełnia wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Odstęp-

stwa od rozporządzenia są zróżnicowane, od bardzo poważnych wymagających całkowitej modernizacji i dużych nakładów finansowych do drobnych, które pozwalają dobrze funkcjonować i mogą zostać usunięte w miarę możliwości finansowych. W roku 2012 do obowiązujących przepisów dostosowano centralną sterylizatornię w SPZOZ w Rypinie. Najgorsze pod względem technicznym oraz zabezpieczeń przeciwepidemicznych punkty centralnego sterylizowania znajdują się w NZOZ Nowym Szpitalu w Wąbrzeźnie Sp. z o.o. oraz w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim. W obiektach tych narzędzia z sal operacyjnych sterylizowane są w pomieszczeniach przy bloku operacyjnym. W Aleksandrowie Kujawskim w tym samym pomieszczeniu sterylizowany jest materiał i sprzęt medyczny dla całego szpitala. Pomimo istniejących w obu obiektach planów dostosowawczych, przeprowadzono rozmowy i wystosowano wystąpienie do dyrekcji szpitala w Aleksandrowie Kujawskim o podjęcie działań zmierzających do wyeliminowania zagrożeń. W obu przypadkach uzyskano zapewnienie na zlecenie w 2013 r. usług sterylizacyjnych podmiotom zewnętrznym. W ubiegłym roku znacznie pogorszył się stan sanitarno-techniczny Centralnej Sterylizatorni przy Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy. Odcinek chemiczny został zamknięty, ze względu na zagrożenie, z rygiem natychmiastowej wykonalności do czasu doprowadzenia pomieszczeń do właściwego stanu sanitarno-technicznego. Ponadto w Centralnej Sterylizatorni Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, w trakcie kontroli sanitarnej przeprowadzonej w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego stwierdzono resterylizację sprzętu, wydano nakaz zaprzestania reprocesowania sprzętu jednorazowego użytku. Szpitale, które z uwagi na niewłaściwie zorganizowaną sterylizację nie spełniają wymagań sanitarno-technicznych zlecają sterylizację jednostce zlokalizowanej poza zakładem, posiadającej system zarządzania jakością (ISO lub GMP) i gwarantującej wyrób sterylny. Coraz więcej podmiotów stara się o znakowanie pakietów w taki sposób, aby umo-

żliwić identyfikację procesu sterylizacji sprzętu z konkretnym pacjentem, u którego wykonywano zabieg. Obecnie w podmiotach prowadzących działalność leczniczą województwa kujawsko-pomorskiego nie stosuje się niespecjalistycznych opakowań do procesu sterylizacji. Proces sterylizacji w celu potwierdzenia jego efektywności musi być walidowany, przebieg procesu rutynowo monitorowany, a urządzenia muszą znajdować się pod stałą kontrolą. Skuteczność sterylizacji była systematycznie weryfikowana przez użytkowników urządzeń w ramach kontroli wewnętrznej, poprzez stosowanie testów chemicznych, bioindykatorów oraz wskaźników fizycznych. Centralne sterylizatornie prowadzą od wielu lat systematyczną, udokumentowaną kontrolę procesów sterylizacji. W szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego do procesów sterylizacji narzędzi medycznych, stosowano wyłącznie autoklawowanie.

W podmiotach leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - innych niż szpitale, do zabiegów stosowano sprzęt i materiały medyczne jednorazowego użytku. Procesy sterylizacyjne przeprowadzane były w ograniczonym zakresie. Sterylizacji poddawane były tylko kieliszki do leków, zestawy do zmiany opatrunków, w przypadku konieczności stosowania sprzętu wielokrotnego użycia, płacówki te zlecały usługi centralnym sterylizatorniom. W podmiotach leczniczych, w których wykonywane są zabiegi planowane, po których czas pobytu pacjenta w oddziale nie przekracza 24 godzin, sprzęt i narzędzia medyczne sterylizowane były w wydzielonych pomieszczeniach lokalnych sterylizatorni lub podmioty te podpisały umowę na dezynfekcję właściwą i sterylizację z firmą zewnętrzną. Stanowiska do higienicznego mycia rąk w gabinetach zabiegowych oraz lekarskich wyposażone były właściwie w dozowniki z mydłem w płynie, środkiem antyseptycznym, ręczniki jednorazowego użytku, pojemniki na zużyte ręczniki. W obiektach będących w strukturach szpitali istnieje możliwość dezynfekcji komorowej.

W 2012 roku poddano ocenie na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego

27 bloków żywienia w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych (z wyłączeniem szpitali uzdrowiskowych). Wszystkie skontrolowane zakłady uzyskały ocenę zgodną z wymaganiami.

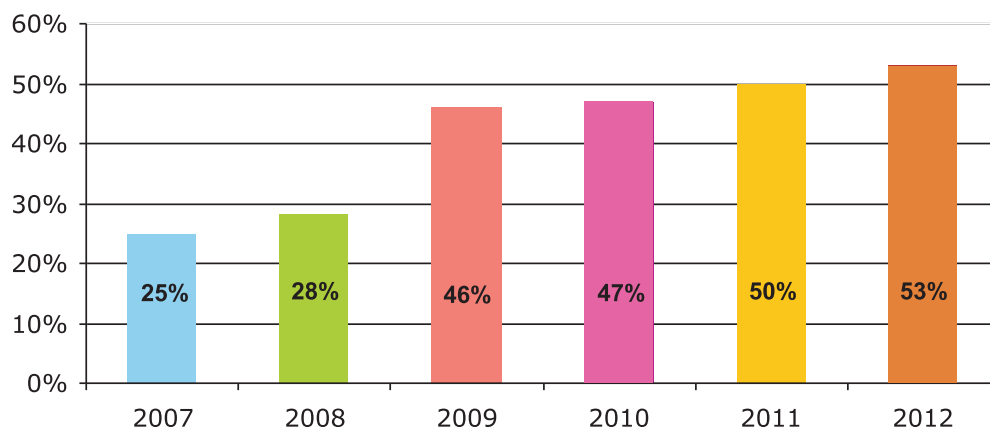
Kontrole bloków żywienia w szpitalach wykazały, iż warunki sanitarno-higieniczne i techniczne wciąż ulegają sukcesywnej poprawie w porównaniu z latami poprzednimi. Wyżej wymienione bloki wyposażono w nowy sprzęt i urządzenia produkcyjne, przeprowadzono remonty malarskie oraz trwają prace modernizacyjne pomieszczeń kuchennych, polegające na ich przebudowie i rozbudowie. Nie mniej jednak zagrożenia wynikające z braku funkcjonalności zaplecza kuchennego nadal można zaobserwować w części szpitali. Sposobem na ich zminimalizowanie jest

rozdzielenie w czasie czynności „czystych” i „brudnych” oraz przestrzeganie określonych procedur i instrukcji systemowych.

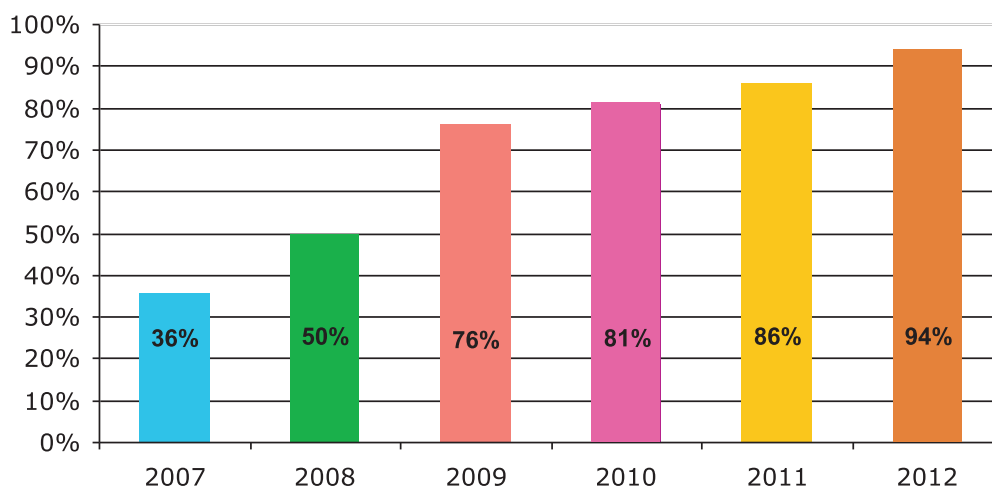
Ograniczone środki finansowe wielu placówek nie pozwalają na poczynienie niezbędnych inwestycji tak, aby zakład spełniał wszystkie wymogi prawa żywnościowego. W związku z powyższym corocznie coraz więcej szpitali rezygnuje z utrzymywania kuchni i odchodzi od tradycyjnej formy żywienia pacjentów.

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

Liczba placówek organizujących żywienie pacjentów przy pomocy firm zewnętrznych w stosunku do liczby obiektów w latach 2007-2012:



Liczba placówek, które wdrożyły, utrzymują i wykonują procedury na podstawie zasad HACCP w stosunku do liczby obiektów według ewidencji w latach 2007-2012:



HACCP.

W porównaniu z latami ubiegłymi można stwierdzić sukcesywny wzrost liczby obiektów, które wdrożyły, utrzymują i wykonują procedury na podstawie zasad HACCP.

We wszystkich jednostkach zasady postępowania z odpadami, w tym medycznymi, określone zostały przez odpowiednie procedury, dostosowane do obowiązujących przepisów prawnych. Pomieszczenia, w których gromadzi się i przechowuje odpady są na ogół właściwie wyposażone. Wszystkie placówki mają uregulowane formalności w zakresie wytwarzania i unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych. Wszystkie też unieszkodliwiają swoje odpady medyczne w specjalistycznych jednostkach, przy czym na terenie województwa funkcjonuje tylko jedna spalarnia zlokalizowana przy Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Konsekwencją takiego stanu jest transportowanie części odpadów niebezpiecznych poza teren województwa, często na znaczne odległości. Ogółem w szpitalach (z wyłączeniem szpitali uzdrowiskowych) w 2012 r. wytworzono 1832231,0 kg (w 2010 r. - 1796732,1 kg, w 2009 r. - 1685405,0 kg) odpadów medycznych o kodach 18 01 02 i 18 01 03. Na przestrzeni ostatnich lat ilość tych odpadów wzrasta ze względu na stosowanie coraz większej ilości sprzętu jednorazowego użytku oraz zwiększenie liczby świadczeń zdrowotnych w tych obiektach. W roku 2012 w szpitalach uzdrowiskowych wytworzono ogółem 861 kg odpadów medycznych.

Proces prania bielizny szpitalnej, podobnie jak w latach ubiegłych, wykonywany jest we własnym zakresie w 6 placówkach, w pozostałych (32) zlecany zewnętrznym jednostkom usługowym, również tym zlokalizowanym poza obszarem województwa. We wszystkich skontrolowanych obiektach postępowanie z bielizną szpitalną było na ogół prawidłowe, zgodne z opracowanymi i wdrożonymi procedurami.

Pozostałe podmioty wykonujące działalność leczniczą

Podobna sytuacja jak w szpitalach, miała miejsce w pozostałych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, tak w zakresie stanu technicznego, jak i funkcjonalnego. Bardziej korzystnie na tym tle przedstawiały się nowo powstające podmioty wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz praktyki zawodowe. Do poprawy warunków sanitarno-technicznych w przychodniach, ośrodkach, poradniach i ambulatoriach przyczyniają się także prowadzone prace remontowo-modernizacyjne, wynikające z realizacji programów dostosowawczych. Tym samym sukcesywnie wzrasta liczba placówek spełniających wymagania obowiązujących przepisów prawnych.

W podmiotach wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w województwie kujawsko-pomorskim, dezynfekcja sprzętu i narzędzi medycznych przeprowadzana była, podobnie jak w latach ubiegłych, najczęściej metodą tradycyjną - ręczną, w gabinetach zabiegowych, gabinetach specjalistycznych (stomatologicznych, chirurgicznych, laryngologicznych, ginekologicznych) lub innych pomieszczeniach. Starano się uwzględnić zasadę nie krzyżowania się dróg czystych i brudnych. Większość świadczeniodawców wprowadziła do użytku profesjonalne wanny wyposażone w sita, przeznaczone do dezynfekcji narzędzi. Dobór preparatów dezynfekcyjnych był odpowiedni, zgodny z przypuszczalnym skażeniem oraz ogólnie przyjętymi zasadami, zarówno do dezynfekcji narzędzi, sprzętu medycznego, jak i powierzchni czystych oraz skażonych materiałem biologicznym. Coraz więcej placówek posiada na wyposażeniu myjki ultradźwiękowe oraz korzysta ze sprzętu jednorazowego użytku. Wszystkie placówki należące do tej grupy obiektów posiadały stanowiska higienicznego mycia rąk zaopatrzone w mydło w płynie, środek antyseptyczny do rąk, ręczniki jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki. W tej grupie obiektów od kilku lat obserwuje się systematyczną poprawę dotyczącą przestrzegania procedur sterylizacji narzę-

dzi medycznych, procesu warunkującego stosowanie sprzętu medycznego o najwyższym stopniu czystości mikrobiologicznej. Podmioty lecznicze, których zakres świadczonych usług obejmował wyłącznie podstawową opiekę zdrowotną, nie prowadzili procesu sterylizacji - stosowały wyłącznie sprzęt i materiały medyczne jednorazowego użycia. Z narzędzi i materiałów sterylizowanych korzystały podmioty, które świadczyły usługi medyczne w zakresie stomatologii, ginekologii, laryngologii czy chirurgii. Procesy te wykonywane były w aparatach parowych typu grawitacyjnego lub próżniowego. Znaczna część placówek korzystała z usług sterylizatorni w szpitalach lub zlecała usługi firmie „CitoNet” w Bydgoszczy. Tylko jeden podmiot leczniczy w powiecie inowrocławskim korzystał ze sterylizatorów na suche, gorące powietrze. Podmiot ten świadczy usługi lecznicze w kilkunastu obiektach, między innymi w czterech gabinetach stomatologicznych w szkołach. Sterylizatory te (obecnie 8 sztuk) zostaną niebawem zastąpione aparatami nowego typu. Z końcem 2012 r. podmiot ten sporządził program dostosowania, który przewiduje całkowite usunięcie sterylizatorów do końca czerwca 2014 roku.

Pogotowia ratunkowe pracują stosując głównie sprzęt medyczny jednorazowego użytku. Narzędzia medyczne wielokrotnego użytku będące na wyposażeniu karet pogotowia ratunkowego, sterylizowane były w sterylizatorniach szpitalnych. Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy posiada własną centralną sterylizatornię, która zaopatruje w sprzęt sterylny wszystkie podległe podstacje.

Lekarze wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej, jako praktykę zawodową opracowali procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami zakładowymi. Dekontaminacja narzędzi w tej grupie podmiotów, nadal najczęściej odbywa się w pomieszczeniach, w których wykonywane są zabiegi medyczne lub w pomieszczeniach do tego celu przeznaczonych. Dobór preparatów dezynfekcyjnych był prawidłowy (spektrum, czas działania, zastosowanie). Coraz częściej do mycia i dezynfekcji sprzętu wykorzystuje się myjki ultradźwiękowe, jednak

przeważającym sposobem przeprowadzania tych zabiegów jest metoda manualna. Stosowaną metodą sterylizacji była para wodna w nadciśnieniu. Na potrzeby gabinetów, które nie posiadały autoklawów, sterylizację narzędzi medycznych, na podstawie umowy zlecenia, przeprowadzały sterylizatornie należące do podmiotów leczniczych lub firma CitoNet w Bydgoszczy. Coraz częściej sprzęt i narzędzia medyczne wielokrotnego użycia zastępowano sprzętem i narzędziami jednorazowego użycia.

Stan sanitarno-techniczny bloków żywienia zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych funkcjonujących samodzielnie jest lepszy niż obiektów działających przy szpitalach. Kontrole wyżej wymienionych zakładów nie wykazały nieprawidłowości.

Obiekty działające przy szpitalach posiadają jedno wspólne zaplecze kuchenne, a żywienie odbywa się na tych samych zasadach. Wszelkie nieprawidłowości natury sanitarno-technicznej realizowane są zgodnie z wystawionymi decyzjami.

Skontrowano wszystkie bloki żywienia w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych, a analizie na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego poddano 30 z nich. Wszystkie obiekty zostały sklasyfikowane jako zgodne z wymaganiami. Przeprowadzone kontrole bloków żywienia w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych, wykazały nieprawidłowości natury technicznej oraz sanitarno-higienicznej. W przedmiotowej grupie obiektów odnotowano na terenie powiatu inowrocławskiego jedno ognisko zbiorowego zatrucia pokarmowego.

WNIOSKI

1. Nadal placówki podmiotów leczniczych zlecają usługi w zakresie prac pomocniczych tj. sprzątnięcia, prania bielizny, unieszkodliwiania odpadów medycznych wyspecjalizowanym podmiotom zewnętrznym. Zjawiska tego nie można ocenić jednoznacznie, gdyż jak wynika z obserwacji, z jednej strony są to działania przynoszące pozytywne efekty, z drugiej budzą poważne zastrzeżenia organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

2. Nie wszystkie szpitale posiadają awaryjne źródła zaopatrzenia w wodę lub rezerwowe zbiorniki wody, które w przypadku awarii zasilania podstawowego gwarantowałyby jej ciągłą dostawę.
3. Utylizacja odpadów medycznych ze znacznej części placówek odbywa się co prawda w specjalistycznych spalarniach, jednak na terenie innych województw, co wiąże się z koniecznością transportu odpadów na znaczne odległości. Sytuacja ta wynika z faktu, iż na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonuje tylko jedna spalarnia odpadów medycznych.
4. Utrzymujące się od lat niedobory finansowe w zakładach opieki zdrowotnej, stwarzają organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej określone kłopoty z terminowym wykonywaniem zaleceń decyzji administracyjnych, wydawanych w toku prowadzonego nadzoru sanitarnego oraz realizacją programów dostosowawczych.
5. W podmiotach leczniczych województwa kujawsko-pomorskiego opracowane są i wdrożone procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami. Placówki prowadzą kontrolę wewnętrzną zgodnie z zasadami określonymi w obowiązujących przepisach prawa.
6. We wszystkich kontrolowanych w 2012 roku obiektach stosowane były środki dezynfekcyjne zarejestrowane przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.
7. W pracowniach endoskopowych dekontaminacja prowadzona jest w sposób powtarzalny (bezpieczny), w automatycznych myjkach-dezynfektorach. Gabinety zabiegowe, zwłaszcza w prywatnych praktykach zawodowych, wyposażano w myjki ultradźwiękowe, co podniosło jakość dekontaminacji narzędzi.
8. Obserwuje się poprawę w zakresie ilości i jakości stosowanych narzędzi w tym narzędzi stomatologicznych. Sprzęt i narzędzia wielokrotnego użycia coraz częściej zastępowano sprzętem i narzędziami jednorazowego użycia, dotyczyło to głównie praktyk ginekologicznych i laryngologicznych.
9. Podobnie jak w roku ubiegłym stwierdza się wystarczające zaopatrzenie obiektów w sprzęt jednorazowego użytku do obsługi chorych, materiały opatrunkowe, rękawiczki jednorazowego użytku oraz mydło w płynie.
10. Ze względu na specyfikę grupy osób żywionych w zakładach opieki zdrowotnej, produkcja i dystrybucja żywności w tego typu obiektach powinna odbywać się w sposób higieniczny z zachowaniem najwyższych standardów sanitarnych. Niestety ograniczone środki finansowe wielu placówek nie pozwalają na poczynienie niezbędnych inwestycji, tak aby zakład spełniał wszystkie wymogi prawa żywnościowego. W związku z powyższym corocznie coraz więcej szpitali rezygnuje z utrzymywania kuchni i odchodzi od tradycyjnej formy żywienia pacjentów. Natomiast w placówkach, w których istnieje taka możliwość, zagrożenia wynikające z nieprawidłowości natury sanitarno-technicznej minimalizowane są dzięki wdrożeniu, utrzymaniu i wykonywaniu procedur na podstawie zasad HACCP.
11. Corocznie stopień wdrożenia systemu dla bezpieczeństwa żywności - HACCP ulega poprawie. Jednakże nadal istnieje konieczność dalszego dostosowywania zakładów do standardów higienicznych i organizacyjnych, określonych przez zasady GHP, GMP i systemu HACCP.

STAN SANITARNY URZĄDZEŃ DO ZAOPATRYWANIA W WODĘ, JAKOŚĆ WODY PRZEZNACZONEJ DO SPOŻYCIA PRZEZ LUDZI

Woda wykorzystywana do zbiorowego zaopatrzenia ludności w 99,5% pochodzi z ujęć podziemnych, a tylko w 0,5% z ujęć powierzchniowych. Z ujęć powierzchniowych wodę pobierają duże wodociągi, zaopatrujące 2 największe aglomeracje miejskie województwa, tj. Bydgoszcz i Toruń.

W 2012 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały na terenie województwa 426 wodociągów zbiorowego zaopatrzenia w wodę, co stanowi 99,8% wszystkich urządzeń ujętych w ewidencji oraz 43 urządzenia wodociągowe należące do innych podmiotów zaopatrujących w wodę, czyli 70,5% objętych ewidencją.

Infrastruktura zaopatrzenia w wodę

W skali województwa od lat utrzymuje się podobna infrastruktura zbiorowego zaopatrzenia ludności w wodę. Zdecydowanie najwyższy odsetek urządzeń mają wodociągi o produkcji od 101 do 1000 m³/dobę - 66,7% oraz o produkcji mniejszej niż 100m³/dobę - 24,1%. Mniejszy udział procentowy stanowią wodociągi o większej produkcji, bowiem dla wodociągów o produkcji od 1001 do 10000 m³/dobę wynosi on 8,0%, a w przypadku urządzeń produkujących od 10001 do 100000 m³/dobę kształtuje się on na poziomie 1,2%. Należy jednak podkreślić, że z punktu widzenia liczby ludności zaopatrywanej w wodę sytuacja przedstawia się odwrotnie. To największe wodociągi dostarczają wodę do 63,2 % mieszkańców województwa objętych zbiorowym zaopatrzeniem w wodę (1270001). Ma to istotne znaczenie w przypadkach nieprzewidzianych zdarzeń, bowiem mogą one dotyczyć znaczącej liczby ludności zaopatrywanej przez jeden wodociąg.

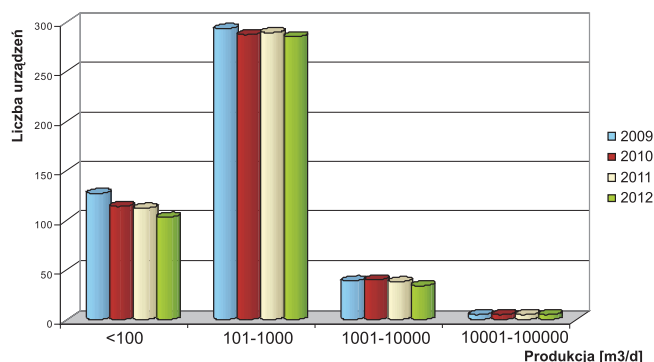
Z własnych ujęć, w tym ze studni przydomowych, w 2012 r. korzystało 89459 (4,3%) mieszkańców województwa, przy ogólnej liczbie 2097818 mieszkańców.

Ocena jakości wody przeznaczonej do spożycia

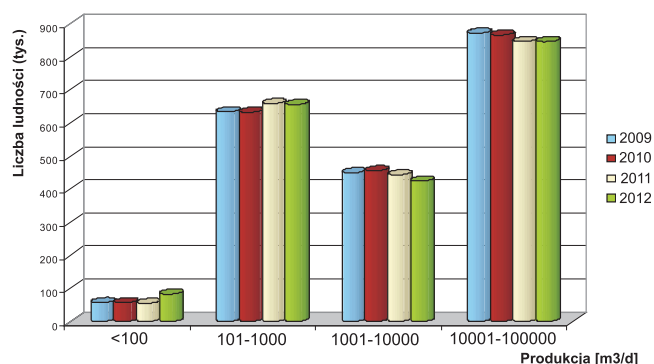
W 2012 r. z wody wodociągowej korzystało ogółem 2008359 tys. (95,7%) mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.

Wodę dobrą, spełniającą wymogi sanitarne dostarczało blisko 94,6% (w 2011 r. - 93,6%) skontrolowanych wodociągów, zao-

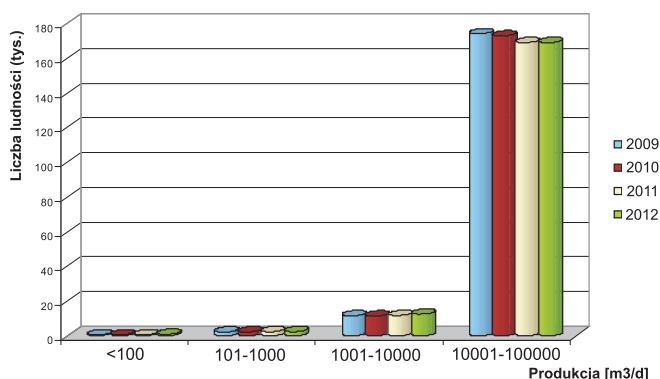
Infrastruktura poszczególnych grup wodociągów w latach 2009-2012:



Infrastruktura zaopatrzenia w wodę ludności przez poszczególne grupy wodociągów w latach 2009-2012:



Liczba ludności przypadająca na jeden wodociąg z poszczególnych grup rodzajowych:



patrując w nią 96,6% mieszkańców województwa (w 2011 r. - 96,9%) i w porównaniu z rokiem ubiegłym odsetek ten był zbliżony.

Woda nie spełniająca wymagań określonych w przepisach prawnych dostarczana była przez 5,4% (w 2011 r. w 6,4%) skontrolowanych wodociągów i zaopatrywała 3,4% ludności w 2011 r. 3,1%. Oceniając jednakże charakter stwierdzonych przekroczeń, które nie stwarzały istotnego zagrożenia dla zdrowia ludzi, woda ta dopuszczona była do spożycia warunkowo lub na zasadzie czasowego odstęstwa.

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

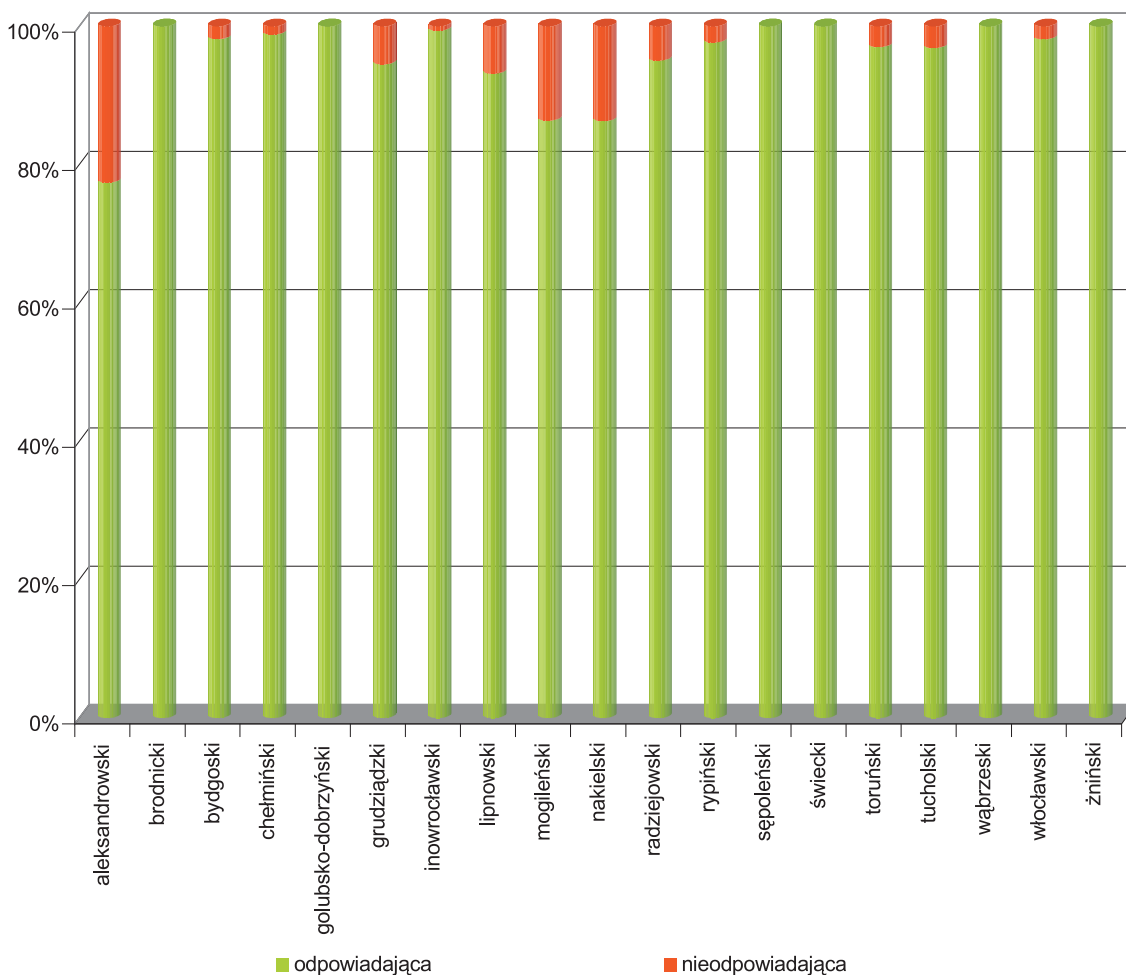
- 10001 do 100000 m³/dobę wynosił 100%
- 1001 do 10000 m³/dobę wynosił 92,62%
- 101 do 1000 m³/dobę wynosił 94,5%
- < 100 m³/dobę wynosił 98,1%.

Jak wynika z powyższych danych wodę dobrej jakości produkują największe wodociągi. Przyczyn takiego stanu należy upatrywać w większych możliwościach finansowych dużych przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, zapewnieniu przez nie fachowej obsługi oraz właściwej eksploatacji urządzeń, a także stosowaniu bardziej zaawansowanych procesów uzdatniania wody.

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

Najwyższy odsetek ludności zaopatrywanej w wodę kwestionowaną pod względem sanitarnym odnotowano w po-

Odsetek ludności zaopatrywanej w wodę przeznaczoną do spożycia w poszczególnych powiatach województwa kujawsko-pomorskiego w 2012 roku:



wiatach: aleksandrowskim (22%), nakiel-
skim (13,7%), mogileńskim (13%), lipnow-
skim (6,8%) i radziejowskim (5%).

Podstawą prowadzonego nadzoru jakości wody dostarczanej konsumentom jest ocena jej zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. W celu określenia czy spożywana woda jest bezpieczna dla zdrowia ludzkiego organy Państwowe Inspekcji Sanitarnej pobrały w 2012 r. 3359 próbek wody do badań laboratoryjnych.

Największe ryzyko niesie za sobą spożycie wody zanieczyszczonej odchodami ludzkimi i zwierzęcymi. Niewystarczająca ochrona zasobów wodnych i nieskuteczne uzdatnianie wody naraża konsumenta na ryzyko chorób układu pokarmowego i innych chorób zakaźnych. Występowanie w wodzie mikroorganizmów bytujących zwykle w odchodach ludzi i zwierząt stałocięplnych wskazuje na zanieczyszczenia typu kałowego, takich jak *Escherichia coli* i enterokoki (paciorkowce kałowe). Od tych parametrów nie może być żadnych odstępstw, ponieważ ich przekroczenie stanowi bezpośrednio zagrożenie dla zdrowia ludzi. Przeprowadzone w roku 2012 badania wykazały przekroczenia tych wskaźników w 3 wodociągach (w dwóch w zakresie *Escherichia coli* oraz w jednym enterokoki). Ponadto w ciągu roku sprawozdawczego w 18 wodociągach stwierdzono przekroczenie wskaźnika bakterii grupy coli, a w 6 przekroczenia ogólnej liczby mikroorganizmów w 22°C po 72 h. W tych przypadkach, po przeanalizowaniu ryzyka zdrowotnego, państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni stwierdzali brak przydatności wody do spożycia (5 przypadków) lub jej warunkową przydatność i zobowiązywali właścicieli urządzeń wodociągowych do podjęcia działań naprawczych celem doprowadzenia jej do obowiązujących norm w tym zakresie. Odbiorcy informowani byli o tym fakcie niezwłocznie i w razie konieczności zapewniało im zastępcze źródła zaopatrzenia w wodę. W zaistniałych sytuacjach kryzysowych Państwowa Inspekcja Sanitarna współpracowała ściśle z jednostkami samorządo-

wymi oraz podmiotami zarządzającymi urządzeniami wodociągowymi.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, w załączniku nr 2 określone są 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 mogą 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 2012 r. nie udzielono żadnego odstępstwa na przekroczenie jakiegokolwiek parametru chemicznego z tego załącznika, natomiast w 2011 r. udzielono dwóch odstępstw na przekroczenie parametrów chemicznych.

Na podstawie prowadzonych badań laboratoryjnych stwierdzano również przekroczenia dopuszczalnych norm fizykochemicznych i organoleptycznych w wodzie pochodzącej z 15 (3,5%) wodociągów, w 2011 r. było ich 28 (13,9%). Nieodpowiednia jakość wody była najczęściej kwestionowana ze względu na ponadnormatywną zawartość manganu i żelaza oraz związaną z tym podwyższoną mętność, co w większości przypadków nie przekładało się na istotne zagrożenie dla zdrowia konsumentów. Najwięcej (9) urządzeń dostarczających wodę o nieodpowiednich parametrach fizykochemicznych znajdowało się w grupie wodociągów o produkcji wody do 1000 m³/dobę i w porównaniu z rokiem ubiegłym liczba ta uległa istotnemu zmniejszeniu o 17 urządzeń. W ciągu roku notowano także przekroczenia dopuszczalnych norm zawartości amonowego jonu, barwy, chlorków, utlenialności nadmanganianowej, zapachu oraz sodu. Z powyższych względów wodę dopuszczano do spożycia warunkowo, poprzedzając te decyzje oceną ryzyka dla zdrowia ludzi.

Od roku 2008 prowadzone są, zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, w zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej i budynkach zamieszkania zbiorowego, badania kontrolne na obecność bakterii *Legionella* sp. w ciepłej wodzie użytkowanej do celów higienicznych. W 2012 roku badaniami tymi objęto ogółem 41 obiektów pobierając w nich 166 próbek do badań laboratoryjnych i po ich przeprowadzeniu zakwestionowano 22,3% z nich. Po przeanalizowaniu stopnia skolonizowania przez pałeczki *Legionella* sp. instalacji ciepłej wody, w wielu przypadkach na właścicieli obiektów nakładano obowiązek podjęcia działań naprawczych, mających na celu wyeliminowanie zagrożenia spowodowanego obecnością tej bakterii w wodzie. W omawianym roku statystycznym w związku ze stwierdzonymi trzema przypadkami zachorowania na legionelozę w toku prowadzonego dochodzenia epidemiologicznego pobrano dodatkowo 7 próbek ciepłej wody do badań w kierunku *Legionella* sp. z Regionalnego Szpitala Specjalistycznego w Grudziądzu (2 zachorowania) oraz sanatorium „Przy Tężni” w Inowrocławiu. Przeprowadzone badania wykazały średnie skolonizowanie instalacji ciepłej wody pałeczkami *Legionella* sp. w placówce w Grudziądzu, natomiast przekroczeń w tym zakresie nie stwierdzono w obiekcie w Inowrocławiu.

WNIOSKI

1. W 2012 r. w województwie kujawsko-pomorskim nadzorem sanitarnym, podobnie jak w roku ubiegłym, objęto 427 wodociągów zbiorowego zaopatrzenia w wodę oraz 61 innych podmiotów zaopatrujących w wodę.
2. Z wody wodociągowej korzystało ogółem 2008,359 tys. (96,6%) mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.
3. Wodę dobrej jakości dostarczało 94,6% skontrolowanych wodociągów, zaopatrując w nią około 96,6% odbiorców (1939,531 tys.), pozostała część odbiorców tj. 3,4% (68,828 tys.) otrzymywała

- wodę niespełniającą wymagań określonych w obowiązujących przepisach prawnych.
4. Przyczyną nieodpowiedniej jakości wody produkowanej przez wodociągi był odbiegający od wymagań skład fizykochemiczny, a w szczególności ponadnormatywne wartości takich parametrów, jak: mangan, mętność, żelazo, jon amonowy rzadziej barwa, a w dwóch przypadkach chlorków.
 5. W roku 2012 na skontrolowanych 43 innych podmiotów zaopatrujących mieszkańców województwa w wodę, jej jakość nie odpowiadała wymaganiom sanitarnym w 8 przypadkach.
 6. Z przeprowadzonych w 2012 r. badań ciepłej wody w szpitalach i budynkach zamieszkania zbiorowego na obecność pałeczek *Legionella* sp., wynikało, że odsetek (22,3%) przekroczeń dopuszczalnej liczby bakterii w skontrolowanych obiektach był nieco niższy (43,7%) niż w roku 2011.



STAN SANITARNY OBIEKTÓW UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ

W roku 2012 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego, skontrolowały na terenie województwa kujawsko-pomorskiego 5517 obiektów użyteczności publicznej (3553 w miastach i 1964 na terenach wiejskich), należących do różnorodnych grup rodzajowych, o zróżnicowanych też wymaganiach sanitarnych.

Najliczniejszą grupą (35,7%) spośród obiektów objętych nadzorem sanitarnym były zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej oraz zakłady świadczące łącznie wyżej wymienione usługi. Kolejne 10,9% skontrolowanych obiektów stanowiły hotele, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe i inne obiekty świadczące usługi hotelarskie, a 6,7% tych obiektów to cmentarze i domy przedpogrzebowe. Liczebny udział pozostałych placówek wśród ogółu skontrolowanych, takich jak: tereny rekreacyjne, ustępy publiczne, obiekty komunikacji publicznej, domy pomocy społecznej i noclegownie, był znacznie mniejszy.

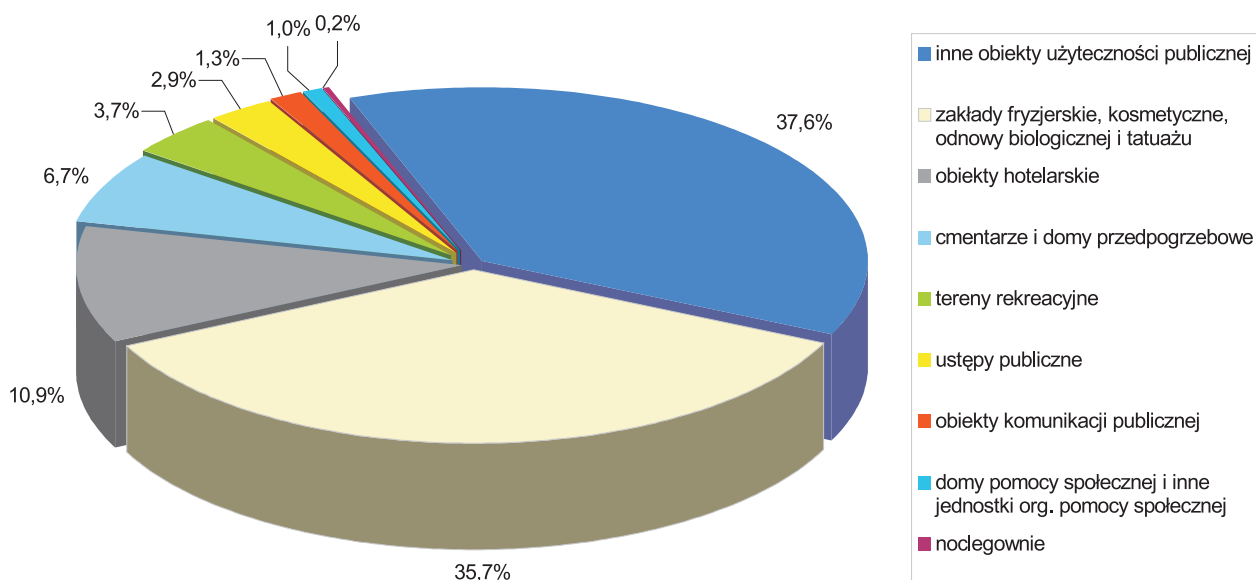
W okresie sprawozdawczym kontrolami sanitarnymi objęto również znaczną grupę obiektów (37,6% ogółu skontrolowanych) nie zaliczanych do żadnej z wymie-

nionych kategorii, określaną jako „inne obiekty użyteczności publicznej”. Należały do niej różnorodne ogólnodostępne obiekty, będące w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jak i te nieewidencjonowane, których stan sanitarny był istotny dla bezpieczeństwa zdrowotnego osób z nich korzystających. Przy czym 52,5% ogółu tych obiektów znajdowało się w miastach.

Spośród skontrolowanych w 2012 r. obiektów użyteczności publicznej, uznano jako niezadowolający stan sanitarny 187 (3,39%) z nich. Po wykonaniu obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi i usunięciu nieprawidłowości w większości obiektów, liczba tych ocenionych negatywnie ukształtowała się na poziomie 77, co stanowiło 1,40% ogółu obiektów poddanych kontroli.

W okresie kilku ostatnich lat, w województwie kujawsko-pomorskim obserwowano sukcesywną poprawę stanu sanitarnego obiektów użyteczności publicznej, wyrażoną poprzez malejącą z roku na rok liczbę placówek negatywnie ocenianych pod tym względem. Natomiast w roku 2012 odsetek obiektów, w których stwierdzano nieprawidłowości w zakresie stanu sanitarnego, wyniósł jak podano wyżej 1,40% i był na tym samym poziomie jak w roku ubiegłym. Przy czym, korzystniejszej sytuacja przed-

Obiekty użyteczności publicznej objęte kontrolą sanitarną w 2012 r., w poszczególnych grupach rodzajowych:



stawiała się w przypadku obiektów zlokalizowanych na terenach wiejskich, gdzie odsetek obiektów ze złym stanem sanitarnym w 2012 roku był niższy i wynosił 1,37%, a w roku 2011 - 1,57%, tymczasem w miastach wskaźnik ten przyjmował wartość odpowiednio: 1,49% (w roku 2012) i 1,37% (w roku 2011).

Istotnym problemem w prowadzeniu bieżącego nadzoru sanitarnego jest brak uregulowań prawnych dotyczących wymagań sanitarnych dla obiektów świadczących usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej, bowiem stanowią one jedną z liczniejszych grup - 35,7% wszystkich obiektów użyteczności publicznej.

Brak precyzyjnego określenia wymagań dotyczących między innymi zapewnienia odpowiedniej sterylizacji sprzętu naruszającego ciągłość tkanek, zasad prowadzenia dezynfekcji narzędzi itp. przy utrzymującej się luce prawnej w tym zakresie, może przekładać się na zwiększenie zagrożenia bezpieczeństwa osób korzystających z usług tych zakładów.

STAN SANITARNY KĄPIELISK I BASENÓW KĄPIELOWYCH

Nowe uregulowania prawne, wynikające z implementacji Dyrektywy kąpieliskowej (2006/7/WE), wniosły istotne zmiany dotyczące zarządzania jakością wody w kąpieliskach. Znowelizowane przepisy ustawy Prawo wodne wprowadziły podział na kąpieliska i miejsca wykorzystywane do kąpiei.

W 2011 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowało 17 kąpielisk, wyznaczonych uchwałami rad gmin i objętych raportowaniem do KE, natomiast w roku 2012 było ich 15. Różnica ta spowodowana była niewątpliwie zwiększonymi wymaganiami, w odniesieniu do organizacji kąpielisk. Jednakże organy gmin, uwzględniając potrzeby lokalnych społeczności w zakresie kultury fizycznej, wypoczynku i rekreacji, powinny dążyć do zwiększenia liczby obiektów bezpiecznej kąpiei, o odpowiednich standardach. Tym bardziej,

że nadal licznie występują miejsca, które przez mieszkańców i wczasowiczów zwyczajowo traktowane są jako kąpieliska, a pozostają bez jakiegokolwiek nadzoru.

W ramach urzędowej kontroli w kąpieliskach właściwi państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni dokonywali - w oparciu o badania własne oraz przekazane przez organizatorów - oceny bieżącej jakości wody, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpiei z dnia 8 kwietnia 2011 r. (Dz. U. Nr 86, poz. 478), w celu określenia przydatności wody do kąpiei. W trakcie sprawowanego nadzoru sanitarnego nad warunkami kąpiei, zwracano również uwagę na kwestię właściwego oznakowania wyznaczonych obszarów wodnych, zapewniających czytelną informację, jaką organizator obowiązany był udostępnić osobom korzystającym z tych obiektów.

W ocenie przydatności wody do kąpiei uwzględniano przede wszystkim wskaźniki mikrobiologicznego zanieczyszczenia wody oraz zakwity sinic, mogących stanowić zagrożenie zdrowia dla kąpiących się osób. Mając powyższe na względzie, w oparciu o wyniki przeprowadzonych badań oraz wizualną ocenę jakości wody, przed rozpoczęciem i w trakcie sezonu, stwierdzono, iż woda we wszystkich kąpieliskach odpowiadała obowiązującym wymaganiom, wydano zatem orzeczenia o jej przydatności do kąpiei.

Dodatkowo przed sezonem kąpielowym do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej organizatorzy zgłosili 77 miejsc wykorzystywanych do kąpiei na terenie województwa. Jednakże część spośród tych miejsc formalnie zakończyła działalność jeszcze w trakcie sezonu, niekiedy organizatorzy ograniczali czas ich funkcjonowania tylko do dni świątecznych i wolnych od pracy. Oceniając przydatność wody do kąpiei w tych miejscach jedynie w przypadku miejsca wykorzystywanego do kąpiei na Jeziorze Służewskim w powiecie aleksandrowskim, jeszcze przed rozpoczęciem sezonu kąpieliskowego, odnotowano krótkotrwałe przekroczenie wskaźników mikrobiologicznych w wodzie. Następane badanie pobra-

nych próbek wody z tego miejsca nie wykazało uprzednio stwierdzonego zanieczyszczenia.

Zagospodarowanie terenów wokół kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli było zróżnicowane i zdecydowanie lepiej sytuacja ta przedstawiała się w przypadku kąpielisk, posiadających zaopatrzenie w pełną infrastrukturę wodno-kanalizacyjną oraz urządzenia do gromadzenia odpadów. Natomiast w grupie miejsc wykorzystywanych do kąpieli funkcjonowały i takie, które nie posiadały stałego zaplecza sanitarnego.

Ze względu na zwiększone ryzyko zakażeń związane z korzystaniem z basenów kąpielowych, nadzorem sanitarnym objęte zostało 57 funkcjonujących na terenie województwa obiektów. Podobnie jak w latach poprzednich, kontrolę i pełną ocenę sanitarną basenów utrudniał brak szczegółowych uregulowań prawnych w tym zakresie. Tym niemniej, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej z uwagi na swoje zadania statutowe, a głównie zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych oraz ochronę osób korzystających z pływalni, sprawowały nadzór prewencyjny nad tymi obiektami, zgodnie z przepisami ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Przedmiotem oceny sanitarnej basenów kąpielowych była jakość wody w niecce basenowej, a także warunki higieniczne panujące w obiekcie, zwłaszcza w hali basenowej, pomieszczeniach sanitarnych i pod natryskami oraz stan techniczny niecki basenowej, zaplecza oraz innych urządzeń służących wodnej rekreacji. W kompleksowej ocenie pływalni uwzględniano również sposób uzdatniania wody i jej dezynfekcję, gospodarkę ściekową i postępowanie z odpadami komunalnymi, zaopatrzenie oraz sposób przechowywania środków czystości, preparatów do uzdatniania i dezynfekcji wody.

W toku sprawowanego nadzoru pobrano 625 próbek wody do badań laboratoryjnych, obejmujących głównie wskaźniki mikrobiologiczne - E. coli, bakterie grupy coli, gronkowce koagulazo-dodatnie, ogólną liczbę mikroorganizmów w temp. 36°C,

a ponadto parametry fizykochemiczne, w tym: zapach, odczyn, chlorki, chlor wolny i związany, amonowy jon oraz utlenialność. W przypadkach nieodpowiedniej jakości wody basenowej, głównie z powodu wykazywanej obecności gronkowców koagulazo-dodatnich, bakterii grupy coli lub zwiększonej zawartości chloru, organ nadzorujący, za przyczyną omówionej wyżej luki prawnej, kierował do podmiotów zarządzających basenami jedynie wystąpienia o podjęcie działań, zmierzających do wyeliminowania stwierdzonych nieprawidłowości, bez możliwości podejmowania kroków restrykcyjnych. Jednocześnie, zarządzającym basenami zwracano uwagę na konieczność prowadzenia kontroli wewnętrznej jakości wody i powiadamiania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o każdorazowym jej pogorszeniu.

WNIOSKI

1. W grupie skontrolowanych w 2012 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego obiektów użyteczności publicznej, procentowy udział placówek, które otrzymały ocenę negatywną pozostawał na tym samym poziomie jak w roku ubiegłym, stanowiąc 1,40% ogółu skontrolowanych. Przy czym, nieznacznie gorszy stan sanitarny obiektów tej grupy odnotowano tym razem w miastach, podczas gdy w latach poprzednich to zwykle obiekty użyteczności publicznej z terenów wiejskich prezentowały się mniej korzystnie pod tym względem.
2. Brak uregulowań prawnych dotyczących wymagań sanitarnych dla obiektów świadczących usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej oraz jakości wody w basenach.
3. Z uwagi na stosunkowo niewielką liczbę kąpielisk w województwie samorządy gminne, uwzględniając potrzeby lokalnych społeczności w zakresie kultury fizycznej, wypoczynku i rekreacji, powinny dążyć do zwiększania liczby obiektów bezpiecznej kąpieli o odpowiednich standardach.

JAKOŚĆ ZDROWOTNA ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH, MATERIAŁÓW I WYROBÓW PRZEZNACZONYCH DO KONTAKTU Z ŻYWNOŚCIĄ



W analizowanym okresie laboratorium Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej - Epidemiologicznej w Bydgoszczy wspólnie z laboratoriami stacji powiatowych w Grudziądzu, Toruniu i Włocławku działającymi w ramach zintegrowanego systemu badania żywności, zbadały w 2012 roku 3615 próbek. Na podstawie uzyskanych wyników zdyskwalifikowano za przekroczenia dopuszczalnych poziomów zanieczyszczeń 119 próbek, tj. 3,3% ogółu zbadanych. Kierunki badań określone zostały w „Planie pobierania próbek do badania żywności w ramach monitoringu i urzędowej kontroli dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej”, opracowanym przez Głównego Inspektora Sanitarnego, opartym na ustawodawstwie obowiązującym w krajach Unii Europejskiej.

Plan ten obejmował ocenę laboratoryjną pod kątem parametrów mikrobiologicznych, chemicznych i fizycznych poszczególnych grup środków spożywczych produkcji krajowej, pochodzących z innych krajów należących do Unii Europejskiej oraz z importu spoza obszaru Unii. Przewidziano w nim również próbki żywności i próbki sanitarne pobierane do badań w trakcie prowadzenia dochodzenia epidemiologicznego w przypadkach ognisk zbiorowych zatruc pokarmowych. Badania były również prowadzone na podstawie bieżących zaleceń i wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego.

Badania fizyko-chemiczne wykonywane przez laboratoria stacji w Bydgoszczy, Toruniu, Włocławku i Grudziądzu obejmowały następujące kierunki: mykotoksyny, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, furan, jod i inne parametry w soli spożywczej, histaminę, dozwolone substancje dodatkowe i ich czystość, alkohol metylowy, pozostałe parametry (np. znako-

wanie, jakość organoleptyczną, parametry jęlczenia tłuszczów). Badania mikrobiologiczne obejmowały drobnoustroje niebezpieczne dla zdrowia, które mogą występować w żywności.

Na podstawie uzyskanych wyników badań można stwierdzić, że jakość zdrowotna środków spożywczych krajowych, środków pochodzących z krajów Unii Europejskiej oraz importowanych spoza obszaru unii nie uległa w porównaniu z rokiem 2011 istotnym zmianom.

Zmniejszyła się liczba próbek zbadanych i zdyskwalifikowanych związanych z zatruciami pokarmowymi.

Z danych przedstawionych w tabeli wynika, że nadal głównymi czynnikami dyskwalifikującymi środki spożywcze produkcji krajowej oraz pochodzące z krajów UE są ponadnormatywne zanieczyszczenia mikrobiologiczne, które stwierdzono w 43 próbkach na 2417 próbek zbadanych, co stanowi 1,8%.

W przypadku próbek kwestionowanych w wyniku badań chemicznych, 77% stanowiły próbki soli badane w kierunku zgodności z parametrami dla soli spożywczej.

Z analizy danych zawartych w tabeli wynika, że w części grup środków spożywczych nastąpiła w roku 2012 poprawa ich jakości zdrowotnej, natomiast w pozostałych grupach wystąpił wzrost procentowego udziału próbek zdyskwalifikowanych. W innych grupach asortymentowych, które były objęte badaniami, a które nie zostały uwzględnione w powyższej tabeli nie stwierdzono próbek kwestionowanych.

W związku z wystąpieniem na terenie kraju przypadków świadczących o możliwości fałszowania soli spożywczej, laboratorium wojewódzkiej stacji w Bydgoszczy

zbadano 54 próbki soli. Były one pobierane w zakładach przetwórstwa spożywczego, piekarniach, hurtowniach i w obrocie detalicznym. W 17 próbkach badane parametry fizyko-chemiczne nie odpowiadały wymaganiom ustalonym dla soli spożywczej. Żadna z tych próbek nie pochodziła z obrotu detalicznego.

Liczba oraz rodzaj zbadanych i zdyskwalifikowanych próbek w latach 2011-2012:

Rodzaj próbki	Liczba próbek				Procent zdyskwalifikowanych próbek	
	zbadanych		zdyskwalifikowanych		2011	2012
	2011	2012	2011	2012		
Środki spożywcze krajowe + UE	3449	3270	66	83	1,9	2,5
Środki spożywcze z importu	221	152	1	6	0,4	2,7
Badania sanitarne	74	100	47	17	63,5	23,0
Próbki z ognisk zatruc pokarmowych	189	93	29	13	15,3	6,9
Razem:	3941	3615	143	119	3,6	3,3

Jakość zdrowotna środków spożywczych zbadanych w 2012 roku:

Środki spożywcze	Liczba próbek środków spożywczych									
	zbadanych					zdyskwalifikowanych				
	mikrobiologicznie	chemicznie	w kierunku oznakowań	organoleptycznie	na obecność zanieczyszczeń	mikrobiologicznie	chemicznie	w kierunku oznakowań	organoleptycznie	na obecność zanieczyszczeń
krajowe + UE	2417	540	1028	2666	45	43	19	9	2	3
z importu	84	52	74	132	2	4	3	0	4	1
Razem:	2501	592	1102	2798	47	47	22	9	6	4

Odsetek próbek zdyskwalifikowanych w latach 2011-2012:

Rodzaj próbki	Pochodzenie próbek zdyskwalifikowanych	Procent próbek zdyskwalifikowanych	
		2011	2012
Sól spożywcza	kraj	0	20,7
Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	kraj	4,0	3,5
Mleko i przetwory mleczne	kraj	5,5	4,1
Mięso, podroby i przetwory mięsne	kraj	2,1	1,8
Ziarno zbóż i przetwory zbożowo - mączne	kraj	0	1,4
Wyroby garmażeryjne	kraj	0,6	1,4
Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	kraj	1,2	0,8
Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	kraj	4,3	2,1
Owoce	kraj/import	1,5	4,8
Tłuszcze roślinne	kraj	0	2,3

Z uwagi na przypadki zatruc alkoholowym metylowym laboratorium Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Toruniu zbadało 27 próbek napojów alkoholowych wyprodukowanych w kraju i za granicą. W żadnej z badanych próbek zawartość alkoholu metylowego nie przekraczała dopuszczalnych poziomów.

Zgodnie z zintegrowanym systemem badań laboratoryjnych żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu wprowadzonym dla całego kraju w roku 2011 przez Głównego Inspektora Sanitarnego, część

pobranych próbek na terenie województwa została zbadana w laboratoriach Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdujących się na terenie innych województw. W tym systemie zostało zbadanych 650 próbek środków spożywczych, z czego 8 próbek zostało zakwestionowanych.

Dane przedstawione w tabeli świadczą, że większość środków spożywczych oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, które zostały zbadane w ww. kierunkach nie budziła zastrzeżeń.

Liczba próbek pobranych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego i zbadanych w innych laboratoriach Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

Próbki	Liczba próbek w danym kierunku badań					
	metale szkodliwe dla zdrowia	pozostałość pestycydów	azotany	GMO	gluten	materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością
próbki zbadane	308	135	41	37	12	76
próbki zdyskwalifikowane	0	4	0	2	0	2

STAN SANITARNY OBIEKTÓW ŻYWIENIA ZBIOROWEGO, PRODUKCJI I OBROTU ŚRODKAMI SPOŻYWCZYMI ORAZ KOSMETYKAMI

W 2012 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna województwa kujawsko-pomorskiego obejmowała nadzorem 18611 obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz 204 zakłady produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

Spośród obiektów ujętych w ewidencji skontrolowano łącznie 12169 zakładów, z czego 12027 dotyczyło obiektów żywnościowych oraz obiektów działających na rynku materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, a 142 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

W przypadku 8119 obiektów dokonano oceny ich stanu sanitarnego, w oparciu o aktualnie obowiązujące arkusze, które

stanowią jednolite w skali kraju kryterium oceny zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku.

W przypadku obiektów produkujących i konfekcjonujących kosmetyki oceniono 9 obiektów w zakresie warunków produkcji. Nie stwierdzono w tym zakresie zakładów niespełniających wymagań. W zakresie dokumentacji oceniono 10 zakładów, z czego 1 obiekt uznano za niezgodny. W zakresie oznakowania opakowań jednostkowych oceniono 62 zakłady, z których 2 uznano za niezgodne z wymaganiami.

Na podstawie przeprowadzonych kontroli stanu sanitarnego w zakładach produkcji i obrotu środkami spożywczymi oraz materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością uznano 85 zakładów jako obiekty niezgodne z obowiązującymi wymaganiami, co stanowiło 0,7% ogółu skontrolowanych.

Bardziej szczegółowe dane na ten temat przedstawiają poniższe tabele.

Stan sanitarny obiektów żywienia zbiorowego, produkcji i obrotu środkami spożywczymi i kosmetykami w latach 2011-2012:

Lp.	Grupa obiektów	Liczba obiektów skontrolowanych		Liczba obiektów niezgodnych z wymaganiami	
		2011	2012	2011	2012
1	2	3	4	5	6
Obiekty produkcji żywności					
1	Wytwórnice lodów	18	19	0	0
2	Automaty do lodów	151	158	0	0
3	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	6	4	0	0
4	Piekarnie	269	270	3	5
5	Ciastkarnie	131	132	2	0
6	Przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe	55	62	0	1
7	Browary i słodownie	1	2	0	0
8	Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	4	4	0	0
9	Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych stołowych	6	5	0	0
10	Zakłady garnażeryjne	19	24	0	0
11	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	31	29	0	0
12	Wytwórnice makaronów	7	7	0	0
13	Wytwórnice wyrobów cukierniczych	35	38	4	0
14	Wytwórnice koncentratów spożywczych	16	16	0	0
15	Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	2	1	0	0
16	Wytwórnice chrupek, chipsów i prażynek	1	1	0	0
17	Wytwórnice suplementów diety	3	4	0	0
18	Wytwórnice środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	0	0	0	0
19	Wytwórnice substancji dodatkowych	1	2	0	0
20	Cukrownie	2	2	0	0
21	Inne wytwórnice żywności	75	86	0	0
Obiekty obrotu żywnością					
22	Sklepy spożywcze w tym, supermarkety, hipermarkety	5343	5491	113	55
23	Kioski - w tym:	374	318	1	3
	- kioski na targowiskach sprzedające mięso	42	36	0	0
	- kioski na targowiskach sprzedające inne środki spożywcze	85	87	0	1
24	Magazyny hurtowe	388	394	4	2
	w tym, hurtownie suplementów diety	8	6	0	0
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	100	109	0	1
26	Środki transportu	260	217	0	0
27	Inne obiekty obrotu żywnością	309	387	1	1
Obiekty żywienia zbiorowego					
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	2567	2640	18	16
	w tym, zakłady małej gastronomii	1719	1749	13	10
	Wagony gastronomiczne (restauracyjne i barowe)	0	0	0	0
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	1360	1494	6	1
	a) stołówki pracownicze	24	23	0	1
	b) bufety przy zakładach pracy	53	48	0	0
	c) stołówki w domach wczasowych	38	38	0	0
	d) bloki żywienia w szpitalach	32	29	0	0
	w tym, żywienie w systemie cateringowym	14	17	0	0
	e) kuchnie niemowlęce	11	9	0	0
	f) bloki żywienia w sanatoriach i prewentoriach	29	30	0	0
	w tym, żywienie w systemie cateringowym	0	1	0	0
	g) bloki żywienia w domach opieki społecznej	49	51	0	0
	w tym, żywienie w systemie cateringowym	7	6	0	0
	h) stołówki w żłobkach, domach małego dziecka	17	25	0	0
	i) stołówki szkolne	417	468	1	0
	w tym, żywienie w systemie cateringowym	147	187	0	0
	j) stołówki w bursach i internatach	24	21	1	0
k) stołówki na koloniach, półkoloniach, obozach i zimowiskach	123	149	0	0	
l) stołówki w przedszkolach	344	395	1	0	
w tym, żywienie w systemie cateringowym	84	113	0	0	

cd. tabeli:

	l) stołówki w domach dziecka i młodzieży	9	7	0	0
	m) stołówki studenckie	7	8	0	0
	n) stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych	28	27	0	0
	o) zakłady usług cateringowych	21	31	2	0
	p) inne zakłady żywienia	134	135	1	0
30	Razem (wiersze 1-29)	11534	11916	152	85
31	Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	41	27	0	0
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością w tym: - hurtownie - sklepy	63	84	0	0
		18	22	0	0
		45	62	0	0
33	Razem (wiersze 31-32)	104	111	0	0
34	Ogółem (wiersze 30-33)	11638	12027	152	85
Obiekty produkcji i obrotu kosmetykami					
35	Zakłady produkujące i konfekcjonujące kosmetyki	8	9	0	0
37	Zakłady produkcji kosmetyków (bez konfekcjonowania)	0	0	0	0
38	Zakłady konfekcjonujące kosmetyki (bez produkcji)	1	1	0	0
39	Obiekty obrotu kosmetykami	185	132	0	0
40	Obiekty obrotu kosmetykami w tym: hurtownie	13	11	0	0
41	Obiekty obrotu kosmetykami w tym: sklepy	172	121	0	0
42	Razem (wiersze 35-39)	194	142	0	0
43	Ogółem (wiersze 34+42)	11832	12169	152	85

Odsetek grup obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku o złym stanie sanitarnym w latach 2009-2012:

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

WNIOSKI

W latach 2009-2012 największą dynamikę poprawy stanu sanitarno-higienicznego wykazały następujące grupy obiektów: zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego, ciast-

karnie oraz sklepy spożywcze. W porównaniu z rokiem ubiegłym znacznej poprawie uległy wytwórnice wyrobów cukierniczych. Dość niski odsetek obiektów niezgodnych, utrzymujący się od 2009 roku, odnotowano także w grupie zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego.

OCENA WDRAŻANIA REALIZACJI ZASAD GHP/GMP ORAZ SYSTEMU HACCP W ZAKŁADACH ŻYWIENIA ZBIOROWEGO, PRODUKCJI I OBROTU ŻYWNOSCIĄ



Analogicznie do ubiegłych lat Państwowa Inspekcja Sanitarna nadzorowała przestrzeganie przez producentów i dystrybutorów środków spożywczych przepisów w zakresie wdrażania i realizacji wymagań

higienicznych oraz zasad systemu HACCP określonych w rozporządzeniu (WE) nr 852/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie higieny środków spożywczych (Dz. U. UE L 139).

Realizacja zasad GHP/GMP oraz wdrożony system HACCP w zakładach żywienia zbiorowego, produkcji i obrotu środkami spożywczymi w roku 2012:

Lp.	Rodzaj obiektu wg MZ-48	Liczba obiektów wg rejestru zakładów	Liczba obiektów z wdrożonymi zasadami GHP/GMP	Liczba obiektów z wdrożonym systemem HACCP
OBIEKTY PRODUKCJI ŻYWNOSCI		1038	902	717
1.	Wytwórnice lodów	19	19	16
2.	Automaty do lodów	177	164	101
3.	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	5	5	5
4.	Piekarnie	279	274	228
5.	Ciastkarnie	143	136	109
6.	Przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe	63	60	54
7.	Browary i słodownie	2	2	1
8.	Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	5	4	4
9.	Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i stołowych	6	6	6
10.	Zakłady garmazeryjne	27	26	25
11.	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	38	34	29
12.	Wytwórnice makaronów	7	7	7
13.	Wytwórnice wyrobów cukierniczych	38	38	32
14.	Wytwórnice koncentratów spożywczych	17	16	15
15.	Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	3	2	1
16.	Wytwórnice chrupków, chipsów i prażynek	1	1	-
17.	Wytwórnice suplementów diety	4	4	4
18.	Wytwórnice środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	-	-	-
19.	Wytwórnice substancji dodatkowych	3	3	3
20.	Cukrownie	3	3	3
21.	Inne wytwórnice żywności	198	98	74
OBIEKTY OBROTU ŻYWNOSCIĄ		11984	9905	7152
22.	Sklepy spożywcze	8600	7671	5887
22a.	w tym: Super, Hipermarkety	292	280	258
23.	Kioski	679	568	368
23a.	w tym: Kioski na targowiskach sprzedające mięso	57	49	30
23b.	Kioski na targowiskach sprzedające inne środki spożywcze	186	119	82
24.	Magazyny i hurtownie	541	474	355
24a.	w tym: hurtownie suplementów diety	9	9	5
25.	Obiekty ruchome i tymczasowe	250	184	76
26.	Środki transportu	760	426	140
27.	Inne obiekty obrotu żywnością	1154	582	326
28.	OBIEKTY ŻYWIENIA ZBIOROWEGO OTWARTE	3580	3133	2297

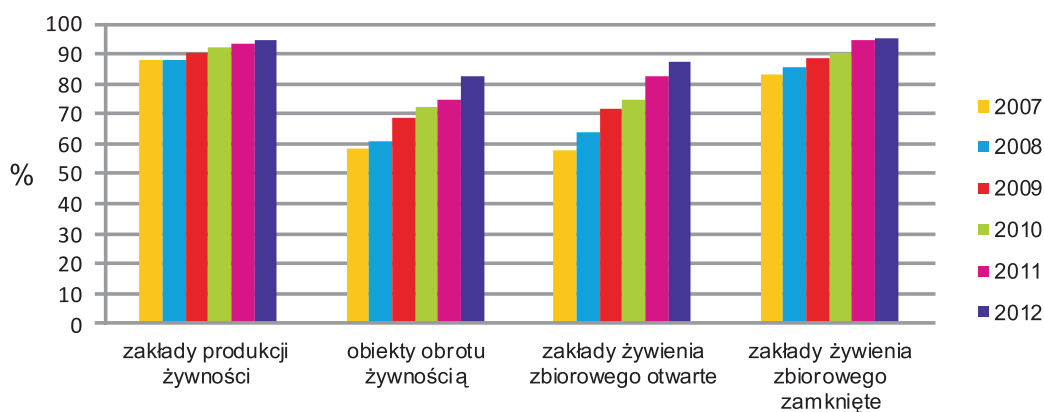
cd. tabeli:

28a.	w tym: zakłady małej gastronomii	2518	2163	1548
28b.	Wagony gastronomiczne (restauracyjne i barowe)	-	-	-
29.	OBIEKTY ŻYWIENIA ZBIOROWEGO ZAMKNIĘTE	1791	1700	1326
29a	Stołówki pracownicze	29	29	25
29b.	Bufety przy zakładach pracy	56	52	38
29c.	Stołówki w domach wczasowych	45	44	36
29d.	Bloki żywienia w szpitalach	36	36	34
29d1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	19	19	17
29e.	Kuchnie niemowlęce	10	10	9
29f.	Bloki żywienia w sanatoriach i prewentoriach	32	32	32
29f1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	1	1	1
29g.	Bloki żywienia w domach opieki społecznej	68	68	65
29g1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	6	6	4
29h.	Stołówki w żłobkach i domach małego dziecka	29	28	27
29i.	Stołówki szkolne	554	540	387
29i1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	229	210	114
29j.	Stołówki w bursach i internatach	56	56	54
29k.	Stołówki na koloniach/półkoloniach/obozach/zimowiskach	152	126	97
29l.	Stołówki w przedszkolach	437	420	330
29l1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	124	113	71
29l.	Stołówki w domach dziecka i młodzieży	8	8	8
29m.	Stołówki studenckie	8	8	6
29n.	Stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych	42	42	42
29o.	Zakłady usług cateringowym	35	30	19
29p.	Inne zakłady żywienia	194	171	117
30.	RAZEM	18393	15640	11492
31.	Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	60	53	16
32.	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	158	46	8
32a.	w tym: Hurtownie	36	22	6
32b.	Sklepy	122	24	2

Odsetek obiektów żywnościowo-żywnieniowych funkcjonujących zgodnie z zasadami GHP/GMP:

Rodzaj obiektu	Odsetek obiektów (%), w których wdrożono zasady GHP/ GMP					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Zakłady produkcji żywności	87,7	88,0	90,4	91,9	93,4	94,5
Obiekty obrotu żywnością	58,3	60,5	68,9	72,5	75,0	82,7
Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	57,5	64,0	71,5	74,7	82,4	87,5
Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	83,0	85,5	88,8	90,6	94,6	94,9

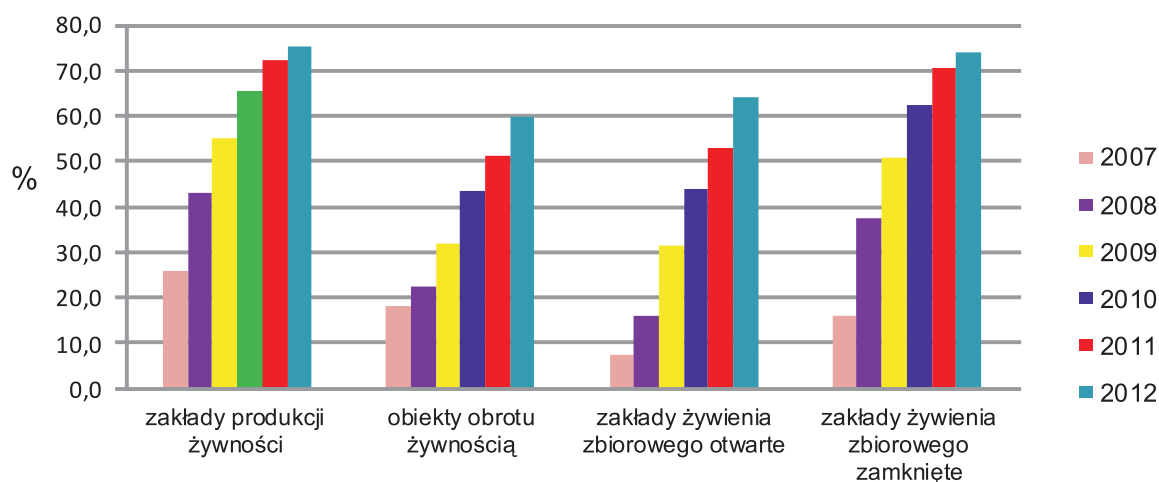
Stopień wdrażania zasad GHP/GMP w latach 2007-2012:



Odsetek obiektów żywnościowo-żywniowych posiadających wdrożony system HACCP:

Rodzaj obiektu	Odsetek obiektów (%), w których wdrożono zasady HACCP					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Zakłady produkcji żywności	25,6	43,2	55,1	65,2	72,5	75,1
Obiekty obrotu żywnością	17,9	22,3	31,7	43,4	51,1	59,7
Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	7,3	16,1	31,2	43,9	52,9	64,2
Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	15,9	37,6	50,7	62,5	70,6	74,0

Stopień wdrożenia systemu HACCP w latach 2007-2012:



WNIOSKI

W latach 2007-2012 zauważa się progresywny wzrost stopnia wdrażania systemów kontroli wewnętrznej w zakładach produkcji i obrotu żywnością. Uwzględniając wszystkie rodzaje obiektów związanych z żywnością w roku 2012 odsetek wdrażania zasad GHP/GMP wzrósł średnio o 5 punktów procentowych w stosunku do roku ubiegłego, natomiast w przypadku systemu HACCP zanotowano wzrost o 6 punktów procentowych. Na taki rezultat wpływa skuteczna działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego, która nieustannie egzekwuje od producentów i przedsiębiorców wprowadzanie, wdrażanie i ulepszanie zasad dobrej praktyki produkcyjnej i dobrej praktyki higienicznej oraz systemu HACCP. Do danych statystycznych nie wliczono gospodarstw rolnych zajmujących się w ramach

produkcji pierwotnej uprawą produktów roślinnych, a które zgodnie z art. 63 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. Nr 136, poz. 914), zobowiązane są do złożenia wniosku o wpisanie do rejestru, jednak nie podlegają zatwierdzeniu przez organy państwowej inspekcji sanitarnej.

Zapewnienie bezpieczeństwa i wysokiej jakości zdrowotnej żywności podczas jej produkcji i przetwarzania powinno być zadaniem priorytetowym każdego producenta lub dystrybutora żywności. W związku z powyższym istnieje konieczność intensyfikacji działań ukierunkowanych na wdrożenie oraz doskonalenie wprowadzonych już systemów związanych z bezpieczeństwem i higieną żywności. W konsekwencji przyczyni się to do poprawy stanu sanitarnego zakładów produkcji i obrotu środkami spożywczymi oraz wzrośnie poziom ochrony zdrowia konsumenta.

RASFF - SYSTEM WCZESNEGO OSTRZEGANIA O NIEBEZPIECZNEJ ŻYWNÓŚCI I PASZACH



W 2012 r. w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy odnotowano 144 powiadomień w ramach systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (RASFF), z czego 73 stanowiły powiadomienia o charakterze alarmowym, a 71 zarejestrowane zostały jako powiadomienia informacyjne.

Produkty kwestionowano z uwagi na następujące zanieczyszczenia:

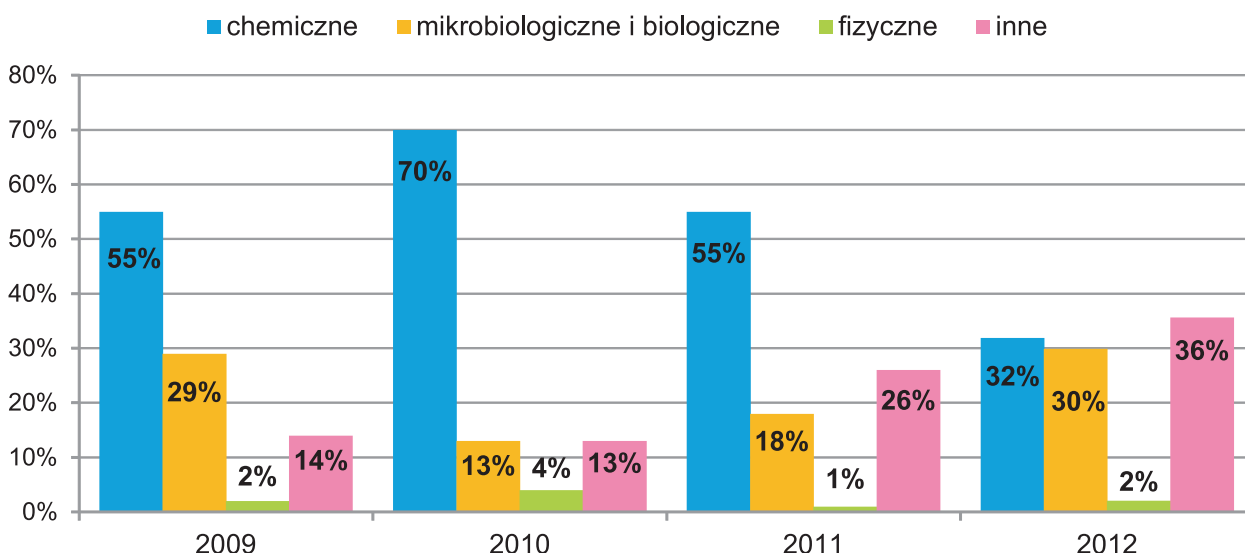
- chemiczne - 46 przypadków
- fizyczne - 3 przypadki
- biologiczne i mikrobiologiczne - 43 przypadki,
- inne, wyżej niesklasyfikowane - 52 przypadki.

W kontekście zanieczyszczeń chemicznych najczęściej pojawiły się zagrożenia związane z migracją kadmu i ołowiu z wyrobów szklanych i ceramicznych, przekroczeniem dopuszczalnego poziomu ochratoxyny A w kaszy gryczanej, rodzynekach i mące oraz przekroczeniem pozostałości pestycydów w świeżych owocach i warzywach. Bakterie z rodzaju *Salmonella*

w produktach spożywczych, takich jak surowe wyroby mięsne, przyprawy, herbata ziołowa, *Cronobacter sakazaki* w mleku dla dzieci czy *Listeria monocytogenes* występująca najczęściej w metce, należą do grupy zanieczyszczeń mikrobiologicznych, natomiast zanieczyszczenia biologiczne związane były z obecnością żywych i martwych szkodników w grochu, rodzynekach, figach oraz kaszy jęczmiennej. Do innych przyczyn kwestionowania zaliczono zmiany organoleptyczne występujące m.in. w rodzynekach, kaszy jęczmiennej, dżemie, ciastkach owsianych. Przedmiotowa niewłaściwa ocena organoleptyczna związana jest także ze zmianą smaku i zapachu wody przegotowanej w czajniku elektrycznym. Do innych zanieczyszczeń zaliczono obecność niedozwolonego związku 1,3-dimetyloaminy (DMAA) w suplementach diety.

W aspekcie zanieczyszczeń fizycznych odnotowano obecność metalowych i drewnianych elementów w ozdobach cukierniczych, nierozpuszczalne cząstki mineralne w sosie pomidorowym oraz obecność szkła w produkcie spożywczym przeznaczonym dla dzieci.

Kategorie zanieczyszczeń w powiadomieniach alarmowych i informacyjnych dotyczących województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2009-2012 przedstawione w %:



Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego zgłosili do przedmiotowego systemu 9 produktów niebezpiecznych. W wyniku procesu zarządzania ryzykiem powiadomienia zostały zakwalifikowane jako powiadomienia informacyjne.

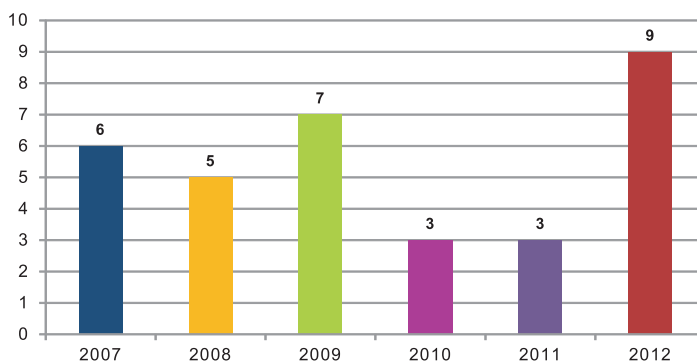
Trudno dokładnie przewidzieć na dany rok kalendarzowy ilość, rodzaj oraz przyczyny kwestionowania produktów zgłaszanych do Systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach. Powyższe elementy uzależnione są od wielu czynników, m.in. od ukierunkowania planu poboru próbek w ramach urzędowej kontroli i monitoringu, a także interwencji konsumentów w sprawie produktów, które stwarzają zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi.

Podobnie jak w latach ubiegłych utrzymuje się duży wskaźnik zanieczyszczeń chemicznych, stanowiących jedną z przyczyn kwestionowania produktów. Związane jest to ze specyfiką strategii przedsiębiorstw, które w obliczu kryzysu gospodarczego nastawione są jedynie na zysk. Zmniejszenie kosztów produkcji żyw-

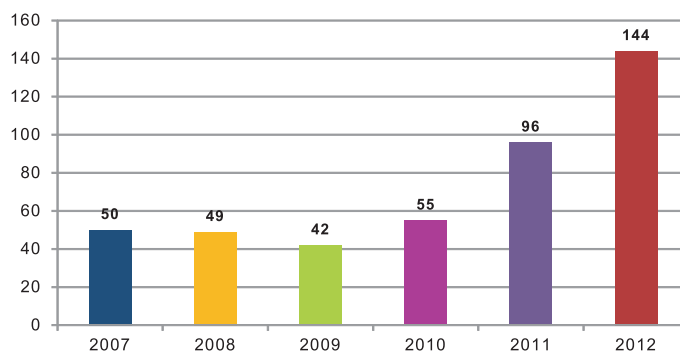
ności oraz wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością opiera się głównie na pozyskiwaniu tańszych, często gorszych jakościowo surowców. Z uwagi na fakt, że jakość surowca w dużej mierze decyduje o jakości wyrobu gotowego, aby podnieść jego walory organoleptyczne i przedłużyć trwałość, a tym samym zapewnić jego zbyt, przedsiębiorcy decydują się na stosowanie coraz większej ilości substancji dodatkowych. W wyniku takiego działania może dojść do zwiększenia migracji szkodliwych związków do żywności. Celowe lub przypadkowe użycie do produkcji w zbyt dużych ilościach lub w niewłaściwy sposób ww. substancji jest główną przyczyną powstania zanieczyszczeń chemicznych żywności.

Zestawienie kategorii zanieczyszczeń obrazuje, że największy odsetek w minionym roku stanowiły inne zanieczyszczenia niż chemiczne, fizyczne, mikrobiologiczne czy biologiczne. Związane jest to z tym, że rynek żywnościowy nieustannie się rozwija, co sprzyja także powstaniu nowych, wcześniej niezidentyfikowanych zagrożeń.

Ilość zgłoszonych powiadomień do systemu RASFF przez WSSE w Bydgoszczy w latach 2007-2012:



Ilość przypadków produktów niebezpiecznych, w stosunku do których podejmowano działania na terenie województwa kujawsko-pomorskiego:



RAPEX - UNIJNY SYSTEM WCZESNEGO OSTRZEGANIA O PRODUKTACH NIEBEZPIECZNYCH



System RAPEX funkcjonuje w Polsce od dnia wejścia do Unii Europejskiej (1 maja 2004 r.). W systemie tym gromadzone i wymieniane są dane o produktach stwarzających zagrożenie dla zdrowia lub życia konsumentów, z wyłączeniem farmaceutyków, urządzeń medycznych oraz żywności i pasz. Głównym i bezpośrednim celem funkcjonowania systemu jest zapewnienie szybkiej wymiany informacji między państwami członkowskimi i komisją Europejską na temat produktów stwarzających zagrożenie oraz środków podjętych w danym kraju, by wykluczyć lub ograniczyć ich wprowadzanie na rynek, a także ewentualne użytkowanie.

W 2012 roku zarejestrowano 7 przypadków kwestionowanych kosmetyków pochodzących z Niemiec, Irlandii, Grecji, Chin, Malezji oraz Stanów Zjednoczonych. Podobnie jak w latach ubiegłych analiza zarejestrowanych zgłoszeń wykazała, że niebezpieczne produkty zanieczyszczone były mikrobiologicznie (57%) oraz zawierały w swym składzie niedozwolone substancje chemiczne (43%).

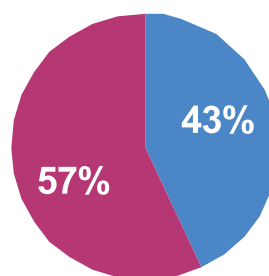
Ze względu na funkcje kosmetyku największy udział w zarejestrowanych produktach niebezpiecznych w 2012 r. stanowiły notyfikacje dotyczące produktów pielęgnacyjno-ochronnych (żel fizjologiczny, serum przeciwzmarszczkowe, maść z sadła świstaka) oraz kosmetyków pełniących funkcję czyszczącą (szampon/żel, płyn do kąpieli dla dzieci, mydło). W przeciwieństwie do lat ubiegłych odnotowano jedynie pojedynczy przypadek zgłoszenia do systemu RAPEX kosmetyku przeznaczonego do zmiany wyglądu (paleta do makijażu-błyszczyc/cienie do powiek).

W porównaniu do lat ubiegłych, w 2012 r. nastąpił spadek powiadomień dotyczących kosmetyków umieszczanych w systemie, co spowodowane jest głównie lepszym systemem kontroli. Mniejsza liczba

notyfikacji w latach 2011 - 2012 potwierdza, że celem wszystkich producentów jest większe zaangażowanie w zagwarantowanie bezpieczeństwa wyrobów w zwykłych i możliwych do przewidzenia warunkach stosowania. Niemniej jednak kwestionowane produkty wymuszają potrzebę zachowania higieny w zakładach produkcji kosmetyków oraz zagwarantowania odpowiedniego zabezpieczenia wyrobu przed wzrostem drobnoustrojów w celu zapewnienia bezpieczeństwa produktu. Obecnie rynek kosmetyczny kształtują innowacje, nowe palety kolorów, terapie dla różnych rodzajów skóry oraz specjalne formuły odpowiadające różnym potrzebom, a Europejski przemysł jest jednym z liderów światowych i dominujących eksporterów kosmetyków.

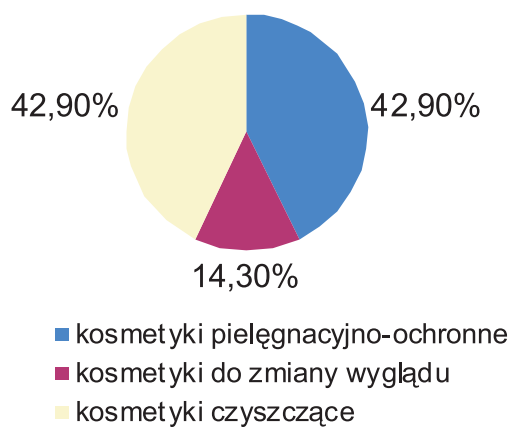
Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego przeprowadzono 129 kontroli, które nie wykazały obecności kwestionowanych kosmetyków w kontrolowanych obiektach. Kontrole przeprowadzono w sklepach, hurtowniach, kioskach oraz stoiskach kosmetycznych. W okresie sprawozdawczym Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy nie zgłaszała do systemu RAPEX niebezpiecznych produktów.

Podział kosmetyków ze względu na ich funkcję w notyfikacjach systemu RAPEX dot. województwa kujawsko-pomorskiego w roku 2012:

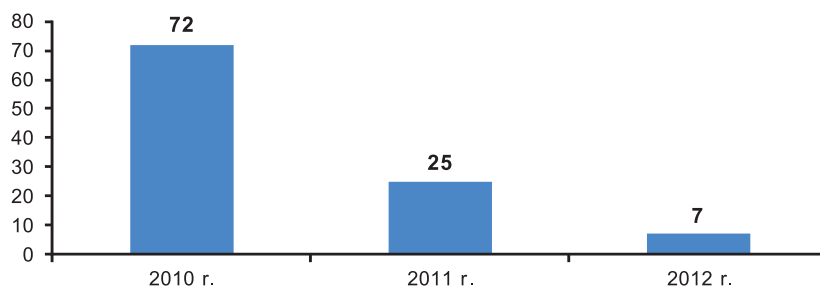


- zanieczyszczenia chemiczne
- zanieczyszczenia mikrobiologiczne

Kategorie zanieczyszczeń w notyfikacjach systemu RAPEX dot. województwa kujawsko-pomorskiego w roku 2012:



Liczba notyfikacji zgłoszonych w systemie RAPEX dot. województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2010-2012:



ŚRODOWISKO PRACY



Nadzór nad warunkami pracy w województwie kujawsko-pomorskim sprawowało łącznie 55 pracowników (w 2011 r. 54). Właściwi państwowi inspektorzy sanitarni w województwie kujawsko-pomorskim w 2012 r. ewidencją objęli 7269 zakładów

pracy, zatrudniających łącznie 244267 pracowników. Zdecydowaną większość stanowiły zakłady małe (37 %), zatrudniające do 5 pracowników. W porównaniu z rokiem 2011 liczba zakładów objętych ewidencją wzrosła o 444 objekty.

Liczba zakładów objętych ewidencją oraz liczba osób zatrudnionych w 2012 r. w województwie kujawsko-pomorskim według SSE:

Stacja sanitarno-epidemiologiczna	Liczba zakładów w ewidencji	Liczba osób zatrudnionych
PSSE w Aleksandrowie Kuj.	138	4 217
PSSE w Brodnicy	392	11 106
PSSE w Bydgoszczy	1191	56 599
PSSE w Chełmnie	291	5 794
PSSE w Golubiu-Dobrzyniu	165	3 087
PSSE w Grudziądzu	193	12 898
PSSE w Inowrocławiu	613	17 858
PSSE w Lipnie	173	2 845
PSSE w Mogilnie	170	2 960
PSSE w Nakle	407	7 857
PSSE w Radziejowie	206	2 877
PSSE w Rypinie	182	3 696
PSSE w Sępólnie Krajeńskim	243	4 411
PSSE w Świeciu	749	15 542
PSSE w Toruniu	920	48 509
PSSE w Tucholi	158	4 219
PSSE w Wąbrzeźnie	262	4 678
PSSE we Włocławku	464	23 795
PSSE w Żninie	230	5 271
WSSE (I instancja)	122	6 048
RAZEM:	7269	244 267

Najwięcej obiektów zostało objętych ewidencją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy (1191 zakładów), kolejno Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Toruniu (920) oraz Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Świeciu (749).

Działania kontrolne właściwych

państwowych inspektorów sanitarnych ukierunkowane były w 2012 roku przede wszystkim na podmioty, w których:

- występowały czynniki szkodliwe,
- stwierdzano choroby zawodowe,
- pracownicy narażeni byli na substancje, mieszaniny, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mu-

tagennym,
- stosowano substancje chemiczne i ich mieszaniny.

Ponadto istotny odsetek skontrolowanych podmiotów stanowiły podmioty zajmujące się obrotem chemikaliami (12%).

Podstawowym elementem kontroli było sprawdzenie warunków bezpieczeństwa i stanu higieniczno-sanitarnego stanowisk pracy. Ponadto ocenie poddano pomieszczenia higieniczno-sanitarne, dokumentację pracowników, sprawozdania z badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.

W 2012 r. skontrolowanych zostało łącznie 2813 zakładów pracy (39% objętych ewidencją), zatrudniających 112008 pracowników, z czego m.in. w zakresie:

- stosowania substancji chemicznych i mieszanin - 1327 zakładów;
- szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy - 607 zakładów;
- obrotu substancjami chemicznymi i mieszaninami - 327 zakładów;
- substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy - 147 zakładów;
- wprowadzania do obrotu produktów biobójczych - 130 zakładów;
- obrotu prekursorami kategorii 2 i 3 - 39 zakładów;
- nadzoru nad detergentami - 23 zakłady.

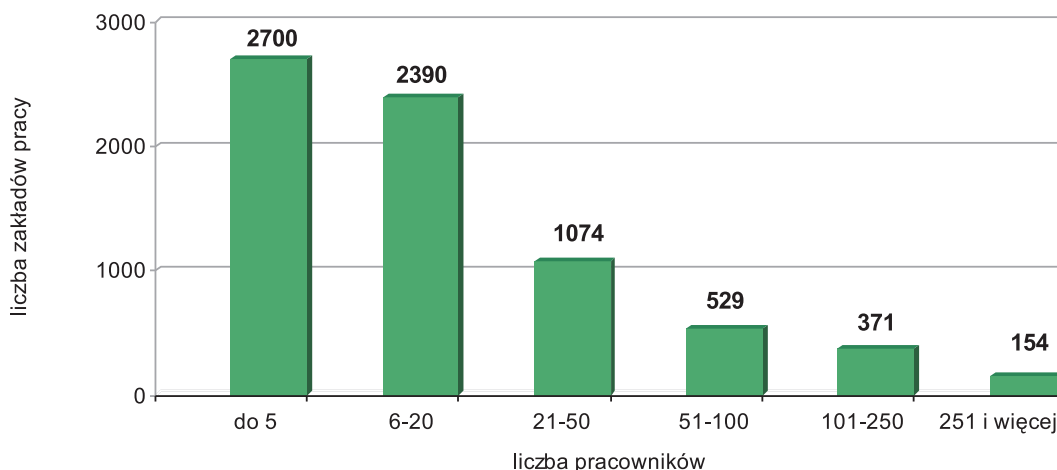
Podczas przeprowadzania rutynowych działań kontrolnych zwracano przede wszystkim uwagę na:

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

W województwie kujawsko-pomorskim pracownicy pionu nadzoru higieny pracy przeprowadzili w 2012 r. łącznie 3880 kontroli, które wykazały w części zakładów pracy następujące nieprawidłowości:

- brak aktualnych pomiarów czynników szkodliwych - w 483 zakładach;
- przekroczenia NDS i NDN - w 386 zakładach;
- zły stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń - w 206 zakładach;
- uchybienia w zakresie substancji chemicznych i ich mieszanin - w 177 zakładach;
- brak lub nieprawidłową ocenę ryzyka zawodowego - w 169 zakładach;
- brak rejestru czynników szkodliwych - w 112 zakładach;
- uchybienia w zakresie szkodliwych dla zdrowia czynników biologicznych - w 72 zakładach;
- nieaktualne badania lekarskie pracowników - w 41 zakładach;
- uchybienia w zakresie czynników rakotwórczych lub mutagennych - w 27 zakładach;
- uchybienia w zakresie produktów biobój-

Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w 2012 r. według liczby zatrudnionych pracowników:



czych - w 18 zakładach.

W wyniku prowadzonych postępowań administracyjnych w 2012 r. w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wydanych zostało 957 (w 2011 r. - 1077) decyzji administracyjnych, zawierających 2224 - nakazy m.in. w zakresie:

- badań i pomiarów czynników szkodliwych - 654 nakazy;
- substancji chemicznych i ich mieszanin - 268 nakazów;
- oceny ryzyka zawodowego - 179 nakazów;
- czynników biologicznych w środowisku pracy - 123 nakazy;
- dotyczących obniżenia stężeń i natężeń czynników szkodliwych - 90 nakazów;
- substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy - 52 nakazy;
- produktów biobójczych - 8 nakazów.

Zdecydowanie najwięcej wydawanych w decyzjach nakazów, podobnie jak w ubiegłym roku, dotyczyło przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodli-

wych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy. Na drugim miejscu pod względem ilościowym znalazły się nakazy z zakresu substancji chemicznych i ich mieszanin. Dotyczyły one m.in. zapewnienia wymaganego spisu stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin, zapewnienia aktualnych kart charakterystyk, oznakowania oraz zagwarantowania odpowiedniego miejsca do składowania substancji chemicznych i ich mieszanin. Istotny odsetek stanowiły zalecenia dotyczące sporządzenia lub uaktualnienia oceny ryzyka zawodowego, z uwzględnieniem faktycznego stopnia i czynnika narażenia występującego w środowisku pracy. Ponadto wydawane nakazy obowiązywały do założenia, bądź uzupełnienia rejestrów badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia oraz kart badań i pomiarów. W wyniku prowadzonego postępowania administracyjnego pracownicy pionu higieny pracy wydawali także nakazy dotyczące:

- uzyskania pozwolenia na wprowadzanie do obrotu produktów biobójczych lub wycofania z obrotu wyżej wymienionych pro-

Liczba nakazów w decyzjach PSSE i WSSE:

Stacja sanitarno-epidemiologiczna	Liczba nakazów
PSSE w Aleksandrowie Kuj.	30
PSSE w Brodnicy	48
PSSE w Bydgoszczy	303
PSSE w Chełmnie	160
PSSE w Golubiu-Dobrzyniu	23
PSSE w Grudziądzu	187
PSSE w Inowrocławiu	77
PSSE w Lipnie	38
PSSE w Mogilnie	11
PSSE w Nakle	137
PSSE w Radziejowie	39
PSSE w Rypinie	41
PSSE w Sępólnie Krajeńskim	82
PSSE w Świeciu	322
PSSE w Toruniu	246
PSSE w Tucholi	56
PSSE w Wąbrzeźnie	21
PSSE we Włocławku	148
PSSE w Żninie	41
WSSE (I instancja)	214
RAZEM:	2 224

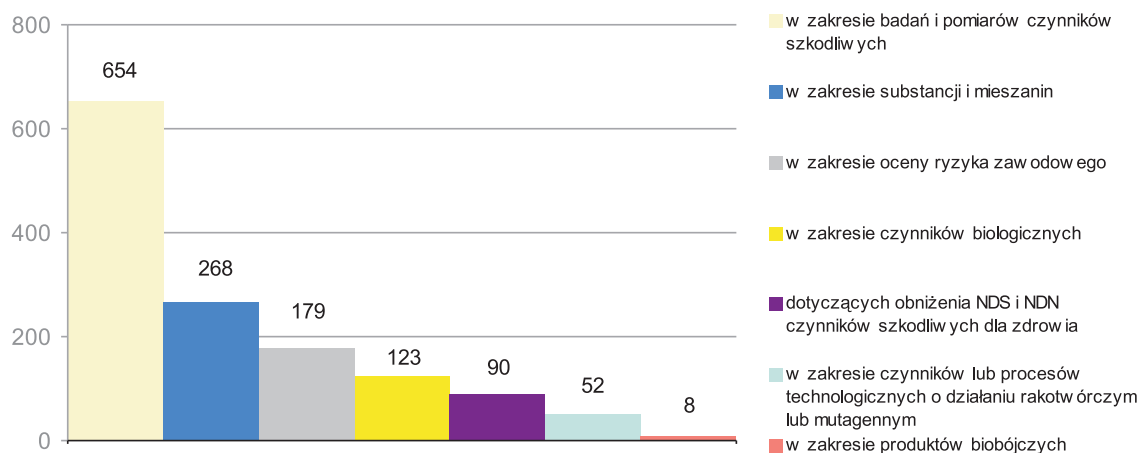
- duktów,
- założenia lub uzupełnienia rejestrów związanych ze stosowaniem czynników rakotwórczych, biologicznych,
 - właściwego oznakowania detergentów,
 - wyposażania pracowników w odpowiednio dobrane środki ochrony indywidualnej,
 - przeprowadzania koniecznych prac malarskich i remontowych,
 - uaktualnienia badań profilaktycznych pracowników.

W województwie kujawsko-pomorskim w 386 nadzorowanych zakładach pracy stwierdzono przekroczenia krotności NDS/NDN. Ogólna liczba pracowników zatrudnionych w warunkach przekroczeń dopuszczalnych normatywnych higienicznych w 2012 r. wyniosła 12772 osoby. Państwowi inspektorzy sanitarni wydali łącznie 85 decyzji dotyczących obniżenia stężeń i natężeń czynników szkodliwych.

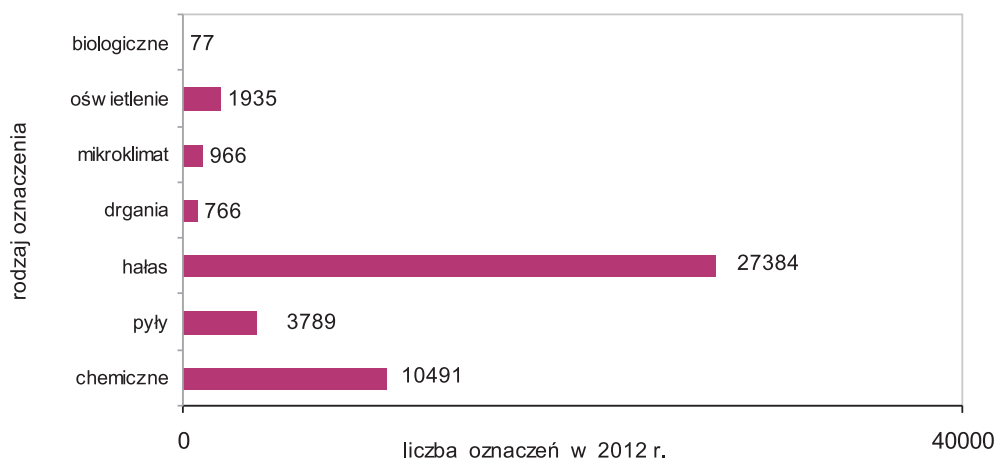
W 386 zakładach pracy, w których

stwierdzono przekroczenia dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia osoby kontrolujące przeprowadziły rozmowy z pracodawcami oraz pracownikami służb BHP w celu omówienia poprawy warunków pracy na tych stanowiskach. Pracodawcy podejmowali różne działania zmierzające do zmniejszenia lub wyeliminowania czynnika szkodliwego. Udostępniano pracownikom odpowiednio dobrane środki ochrony indywidualnej, stosowano rotację pracowników na stanowiskach pracy, wprowadzano urządzenia, układy izolujące i tłumiące hałas, wymieniano park maszyn, montowano naścienne mierniki poziomu hałasu. W celu obniżenia stężeń i natężeń czynników szkodliwych w środowisku pracy przedstawiciele zakładów pracy sporządzali i wprowadzali w życie programy działań organizacyjno-technicznych zmierzające do ograniczenia narażenia na hałas, stosowali oznakowanie stref

Najczęściej wydawane nakazy w województwie kujawsko-pomorskim w 2012 roku:



Czynniki szkodliwe i uciążliwe w 2012 roku:



zagrożonych hałasem oraz informowali pracowników o ryzyku zawodowym.

Najwięcej nakazów dotyczących przeprowadzenia badań i pomiarów środowiska pracy zawartych było w decyzjach:

- PPIS w Toruniu - 146 nakazów,
- PPIS w Bydgoszczy - 122 nakazy,
- PPIS w Grudziądzu - 75 nakazów.

CHOROBY ZAWODOWE

W 2012 r. do Państwowej Inspekcji Sanitarnej wpłynęły łącznie 192 zgłoszenia podejrzeń chorób zawodowych (w 2011 r. - 180). W wyniku przeprowadzonych 210 postępowań wyjaśniających organ I instan-

cji wydał 87 decyzji stwierdzających choroby zawodowe, 75 decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

Do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy wniesionych zostało 19 odwołań od decyzji organu I instancji.

W 2012 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego stwierdzono 87 chorób zawodowych. W porównaniu z rokiem 2011 odnotowano spadek liczby zachorowań 49 przypadków (36%).

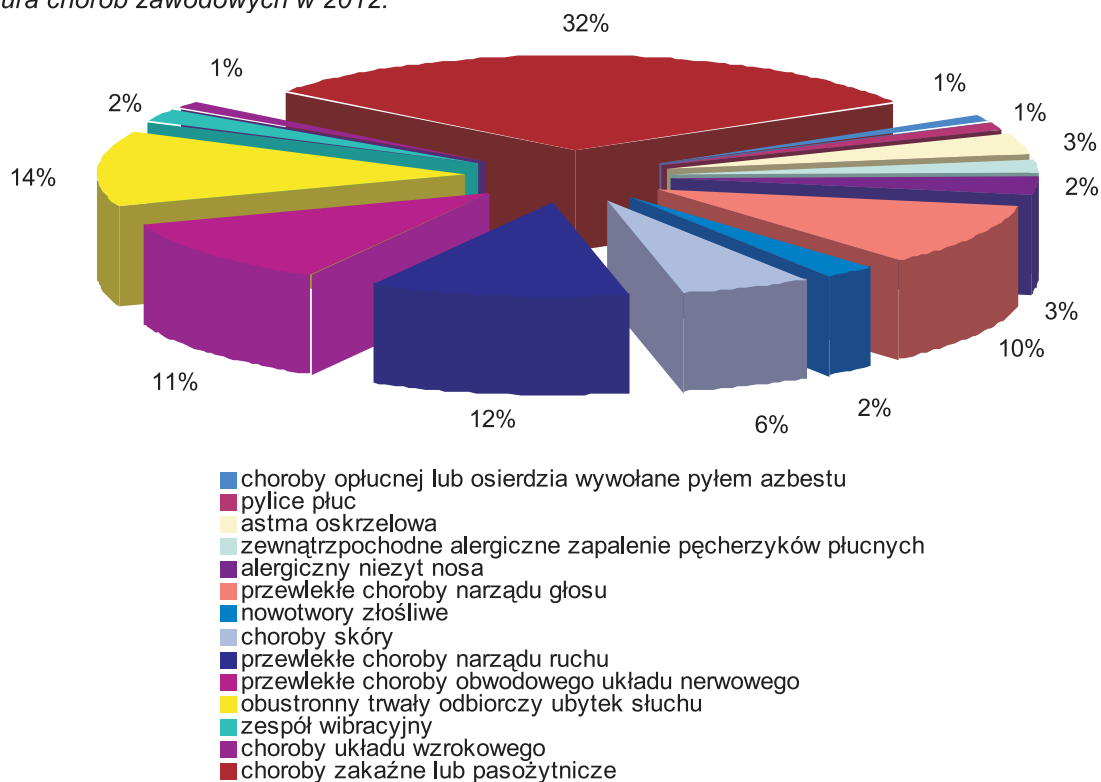
Zdecydowanie największą grupę chorób zawodowych stanowiły choroby zakaźne lub pasożytnicze - 27 przypadków. W porównaniu do roku ubiegłego stwierdzono

Choroby zawodowe stwierdzone w latach 2007-2012:

Nr* wykazu	Nazwa choroby zawodowej	Liczba stwierdzonych przypadków w latach					
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne	1	0	2	0	3	0
3	pylice płuc	0	2	0	3	3	1
4	choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu	0	1	1	0	0	1
5	przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli	1	0	0	1	0	0
6	astma oskrzelowa	7	4	3	0	4	3
7	zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	2	3	1	0	0	2
11	choroby płuc wywołane pyłem metali twardych	0	1	0	0	0	0
12	alergiczny nieżyt nosa	6	3	2	0	3	3
14	przedziurawienie przegrody nosa wywołane substancjami o działaniu żrącym lub drażniącym	0	0	0	0	0	0
15	przewlekłe choroby narządu głosu	37	49	38	29	22	9
17	nowotwory złośliwe	2	2	2	1	1	2
18	choroby skóry	6	8	1	5	2	5
19	przewlekłe choroby układu ruchu	9	12	10	11	7	10
20	przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego	3	4	2	9	10	10
21	obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu	17	19	10	16	12	11
22	zespół wibracyjny	1	4	0	3	2	2
25	choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi	0	0	0	0	1	1
26	choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa	14	26	63	82	66	27
Razem:		106	138	135	160	136	87

* wg Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. Nr 105 poz. 869 z późn. zm.)

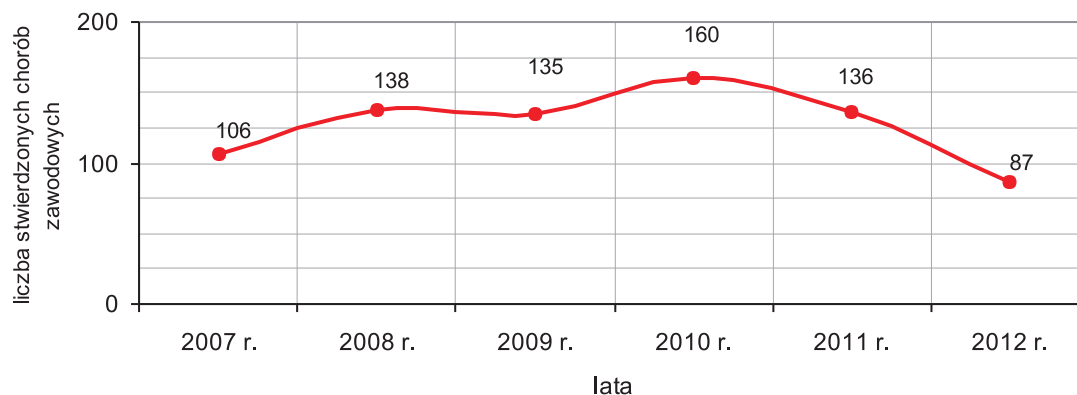
Struktura chorób zawodowych w 2012:



Liczba chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw w latach 2007-2012:

Rok	wirusowe zapalenie wątroby		borelioza	gruźlica	brucelloza	Inne choroby zakaźne lub pasożytnicze	RAZEM
	typu B	typu C					
2007	3	3	5	3	0	0	14
2008	0	8	12	6	0	0	26
2009	1	2	57	2	1	0	63
2010	1	5	72	4	0	0	82
2011	1	3	57	4	0	1 (toksokaroza)	66
2012	1	3	20	1	0	1 (toksokaroza) 1 (bąblowica)	27

Graficzne przedstawienie liczby chorób zawodowych w latach 2007-2012:



spadek o 39 chorób. Na drugim miejscu znalazł się obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu, który został rozpoznany w 11 przypadkach (13%). Trzecie miejsce stanowiły: przewlekłe choroby układu ruchu i przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego (rozpoznano po 10 przypadków).

Wśród chorób zakaźnych lub pasożytniczych w 2012 roku znaczący udział stanowiła borelioza - 74% (w 2011 r. - 86,3%). Rozpoznana została w grupie zawodowej pracowników leśnictwa oraz pracowników gospodarstw rolnych.

Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C o etiologii zawodowej stanowiły w 2012 r. - 14,8% chorób zakaźnych lub pasożytniczych. W porównaniu z rokiem 2011 ich liczba nie uległa zmianie. Ogółem w województwie kujawsko-pomorskim choroby zawodowe stwierdzono u 77 osób. Więcej niż jedna choroba zawodowa wystąpiła u 8 osób (po 2 jednostki chorobowe) i u 1 osoby (3 jednostki).

WNIOSKI

1. W 2012 roku nastąpił wzrost ilości zakładów pracy objętych ewidencją Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zarejestrowano 7269 zakłady pracy - porównując z rokiem 2011 liczba ta zwiększyła się o 444 obiekty;
2. Większość przedsiębiorstw będących w ewidencji stanowiły zakłady zatrudniające do 5 pracowników - 2700 zakładów (w 2011 r. - 2382 zakłady);
3. W 2012 roku kontrolą objęto 2813 zakładów pracy - w wyniku prowadzonych działań kontrolnych wydanych zostało 957 decyzji administracyjnych o naruszeniu przepisów higieniczno-sanitarnych;
4. Brak aktualnych badań i pomiarów czynników szkodliwych stwierdzono w 483 zakładach (17% zakładów skontrolowanych). Tak duża liczba zakładów nie posiadających aktualnych wyników badań czynników szkodliwych jest skutkiem uregulowań prawnych w tym zakresie, zgodnie z którym pracodawca sam wyznacza stanowiska do badań i nie ma

- obowiązku przesyłania wyników badań do PIS. W konsekwencji tych uregulowań, najczęściej podczas kontroli sanitarnej zakładu można stwierdzić, czy pracodawca posiada aktualne badania środowiskowe i w przypadku stwierdzenia przekroczeń normatywów higienicznych wszcząć postępowanie administracyjne, mające na celu wyeliminowanie tych przekroczeń oraz wyegzekwowanie od pracodawcy przeprowadzanie badań i pomiarów z częstotliwością określoną w rozporządzeniu;
5. W porównaniu z 2011 r. zmniejszeniu uległa liczba zakładów, w których stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia o 41 zakładów;
 6. Zły stan sanitarno-higieniczny odnotowano w 206 zakładach, tj. w ok. 7,3% skontrolowanych zakładów. W stosunku do roku 2011 stan ten uległ poprawie, co świadczy o coraz lepszym egzekwowaniu nakazów nałożonych w decyzjach;
 7. W 2012 roku w porównaniu z rokiem 2011 nastąpił spadek stwierdzonych chorób zawodowych - o 49 przypadków (36%);
 8. Najwięcej chorób zawodowych zostało rozpoznanych w grupie chorób zakaźnych lub pasożytniczych - 27 przypadków, z czego 20 przypadków - 74 % stanowiła borelioza.



NARAŻENIE NA CZYNNIKI SZKODLIWE DLA ZDROWIA

W 2012 r. wykonano 7279 oznaczeń laboratoryjnych na 2596 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia, wydatku energetycznego oraz doboru ochronników słuchu.

Równocześnie wykonano 498 oznaczeń czynników chemicznych w próbkach dostarczonych przez klienta zewnętrznego oraz 342 oznaczeń w 45 punktach pomiarowych w celu oceny zagrożeń czynnikami chemicznymi w powietrzu pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi.

W 2012 r. wykonano 6412 oznaczeń laboratoryjnych na 2183 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na chemiczne i fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia. Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono na 607 stanowiskach pracy, co stanowi 28% objętych pomiarami stanowisk pracy. Przekroczenie najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) stwierdzono na 22 (3%) z 714 stanowisk pracy, na których pracownicy byli narażeni na chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia.

Normatyw higieniczny (NDS) najczęściej przekroczony był dla formaldehydu oraz tlenu węgla. Na stanowiskach, na których pracownicy narażeni byli na te czynniki przekroczenie NDS formaldehydu stwierdzono na 6 z 20 stanowiskach pracy (30%) oraz tlenu węgla na 7 z 61 stanowiskach pracy (11%).

Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia (NDN) występowały na 396 z 1472 stanowiskach pracy, co stanowi 27% stanowisk pracy, na których pracownicy narażeni są na fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia. Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych natężeń najczęściej dotyczyły hałasu, drgań mechanicznych oraz zagrożeń pyłowych. Przekroczenie NDN dla hałasu stwierdzono na 266 stanowiskach z 886 poddanych (30%) ocenie w tym zakresie, dla drgań mechanicznych na 40

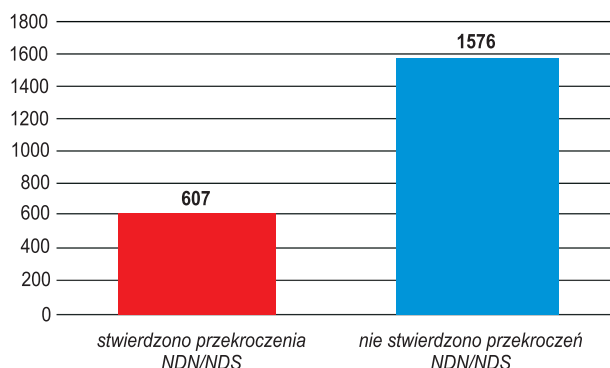
z 149 stanowiskach pracy (27%) oraz na pyły na 90 z 407 stanowiskach pracy (22%).

W 2012 r. pomiary mikroorganizmów zawieszonych w powietrzu przeprowadzono na 28 stanowiskach pracy. Pomiary wykonano w zakładach: wodociągów i kanalizacji, hodowli drobiu, odpadów komunalnych, usług pogrzebowych oraz elektrociepłowniach.

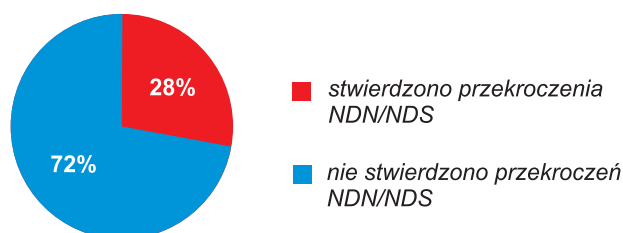
W powietrzu na 23 z 28 stanowisk pracy (82%) zidentyfikowano bakterie należące do drugiej grupy zagrożenia biologicznego. Nie zidentyfikowano bakterii należących do klas wyższych. Rodzaje zidentyfikowanych w powietrzu na stanowiskach pracy bakterii przedstawiono poniżej.

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 póź.zm.).

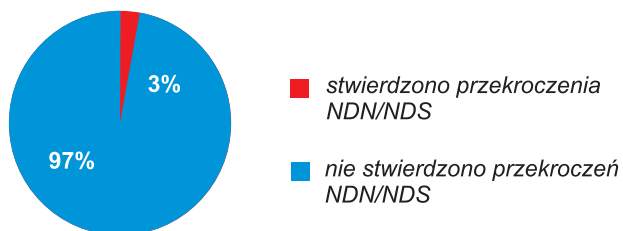
Liczba stanowisk pracy opomiarowanych pod kątem narażenia na czynniki szkodliwe dla zdrowia:



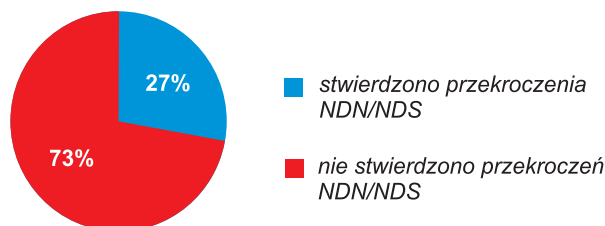
Procentowy udział stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych:



Procentowy udział stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych chemicznych czynników szkodliwych dla zdrowia:



Procentowy udział stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych dla szkodliwych dla zdrowia czynników fizycznych:

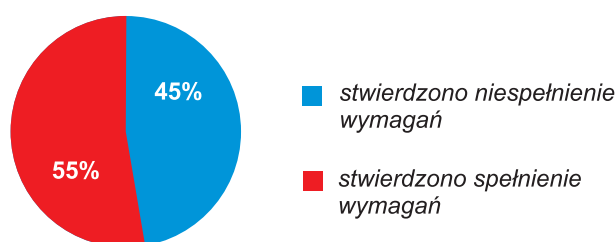


Bakterie zidentyfikowane	Zakłady pracy				
	zakłady wodociągów i kanalizacji	zakłady hodowli drobiu	zakłady odpadów komunalnych	elektrociepłownie (wykorzystanie biomasy)	zakłady usług pogrzebowych
1	2	3	4	5	6
Bacillus spp.	+	+	+	+	
Brevibacterium spp.			+	+	
Corynebacterium spp.		+			
Enterobacter aerogenes					+
Enterobacter cloacae			+		
Enterobacter spp.		+			
Enterococcus faecalis		+	+		
Enterococcus spp.			+		
Gardnerella vaginalis			+		
Klebsiella pneumoniae		+	+		
Pantoea agglomerans	+	+	+		
Pantoea spp.		+		+	+
Proteus mirabilis		+			
Proteus penneri		+			
Pseudomonas aeruginosa		+	+	+	
Staphylococcus aureus					+

NARAŻENIE NA CZYNNIKI UCIAŻLIWE DLA ZDROWIA

W 2012 r. wykonano 867 oznaczeń laboratoryjnych na 413 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego czynniki uciążliwe dla zdrowia. Niespełnienie wymagań w zakresie czynników uciążliwych dla zdrowia stwierdzono na 187 stanowiskach pracy.

Procentowy udział stanowisk pracy, na których stwierdzono niespełnienie wymagań higienicznych dla czynników uciążliwych dla zdrowia:



WNIOSKI

1. W 2013 r. zakres realizacji badań powinien w znacznym stopniu ukierunkowany być na ocenę stanu zagrożeń czynnikami szkodliwymi dla zdrowia, tj. hałas, drgania mechaniczne oraz zapylenie.
2. W 2012 r. nieprawidłowe oświetlenie było dominującym czynnikiem w grupie czynników uciążliwych dla zdrowia, dla których stwierdzono niespełnienie wymagań higienicznych.
3. Wyniki przeprowadzonej analizy zagrożeń czynnikami szkodliwymi oraz uciążliwymi dla zdrowia wskazują, na ukierunkowanie działań prewencyjno-oświatowych w zakresie najliczniej występujących zagrożeń, tj. negatywnych skutków narażenia na hałas, drgania mechaniczne, zapylenie oraz oświetlenie.
4. Wysoki odsetek stanowisk pracy, na których stwierdzono występowanie drobnoustrojów należących do drugiej grupy zagrożenia biologicznego, może wskazywać na potrzebę wzmocnienia działań w zakresie realizacji pomiarów w tym zakresie oraz podjęcia stosownych działań mających charakter informacyjno-edukacyjny.



STAN BEZPIECZEŃSTWA SANITARNEGO W PLACÓWKACH NAUCZANIA, WYCHOWANIA I WYPOCZYNKU

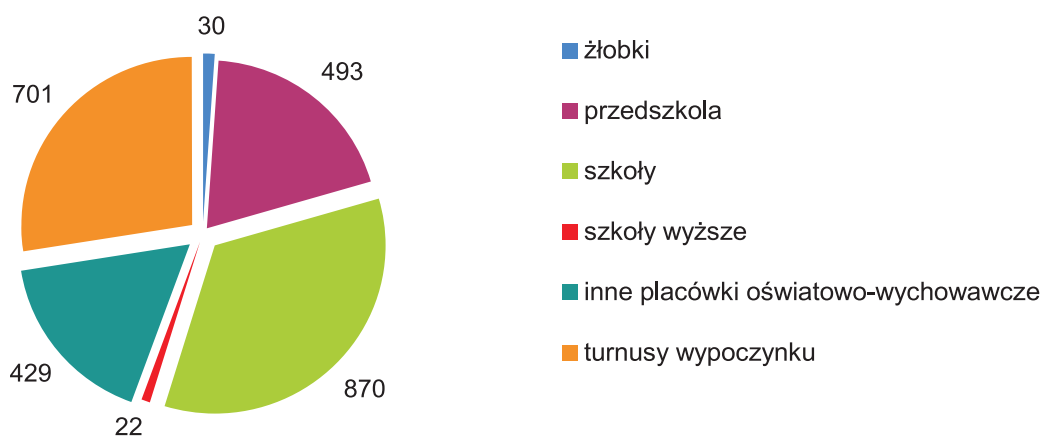


W 2012 roku pracownicy pionu higieny dzieci i młodzieży objęli nadzorem łącznie 2902 placówki nauczania, opiekuńczo-wychowawcze, wypoczynku dzieci i młodzieży oraz szkoły wyższe, w tym: 2080 placówek nauczania i wychowania, 27 szkół wyższych oraz 795 placówek sezonowych. Oceniając stan sanitarno-higieniczny i warunki pobytu w placówkach przeprowadzono 3701 kontroli sanitarnych, wydano 503 decyzje administracyjne nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości. Kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 2365 placówkach, co stanowiło 81,5% ujętych w ewidencji. Szkoły i turnusy wypoczynku były najliczniejszą skontrolowaną grupą, stanowiącą blisko 2/3 ogółu placówek. Skontrolowano 701 turnusów wypoczynku zimowego i letniego (88,2%) - spośród 795 wykazanych w elektronicznej bazie wypoczynku oraz 870 szkół (82,5%) - spośród 1055 będących w ewidencji. W skontrolowanych placówkach uczyło się i przebywało 390331 dzieci i młodzieży oraz 28651 uczestników wypoczynku. Przestrzeganie zasad ergonomii sprzyja tworzeniu jak najlepszych warunków nauki.

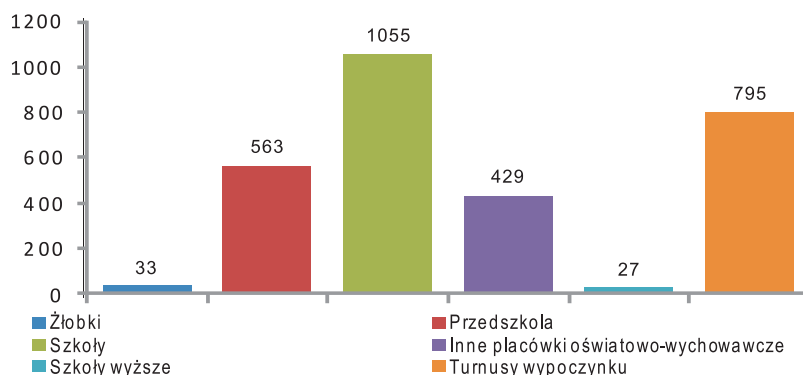
Stosowanie w placówkach mebli właściwie dobranych do wysokości ciała przedszkolaka/ucznia posiadających certyfikaty zgodności, oznakowanych i prawidłowo zestawionych jest podstawowym czynnikiem promującym zachowanie prawidłowej postawy ciała.

W ramach higienicznej oceny rozkładów zajęć lekcyjnych sprawdzano czy zajęcia rozpoczynają się o stałej porze oraz czy liczba godzin lekcyjnych pomiędzy kolejnymi dniami tygodnia jest nie większa od 1 godziny. Badania środowiska szkolnego pozwoliły na szczegółową ocenę warunków pobytu i nauki w placówkach nauczania i wychowania. Łącznie wykonano 20147 badań, w tym: 5140 badań tygodniowego rozkładu lekcji w 624 szkołach (stwierdzono niewłaściwy w 12 szkołach podstawowych, 1 liceum ogólnokształcącym, 12 zespołach szkół), 13755 badań dostosowania mebli do wzrostu przedszkolaków/uczniów (stwierdzono niedostosowanie 695 stanowisk), 559 badań temperatury, 323 badania natężenia oświetlenia sztucznego oraz 370 badań ciężaru tornistrów.

Liczba placówek skontrolowanych w 2012 r.:



Ewidencja placówek w 2012 r:



Stan techniczny i sanitarny budynków

Oceniając stan sanitarno-techniczny i warunki pobytu w placówkach stwierdzono, że 96,5% placówek posiadało budynki w dobrym stanie sanitarno-technicznym, a 96,7% placówek zapewniło właściwe warunki do utrzymania higieny. Wszystkie placówki były podłączone do wodociągów. Skontrolowane placówki nie posiadały ustępów zewnętrznych. Dostępność do bieżącej ciepłej wody we wszystkich umywalkach w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych, ręczników jednorazowego użytku/suszarek do rąk, mydła w płynie zapewniło 92,3% placówek oświatowo-wychowawczych. Standardy dostępności do urządzeń sanitarnych wszystkim uczniom zapewniło 98 % placówek.

Warunki do utrzymania higieny w szkołach w 2012:

	Liczba placówek	%
Brak wodociągu	0	0
Brak kanalizacji	186	11,2
Niezachowanie standardów dostępności do urządzeń sanitarnych	33	1,98

Infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

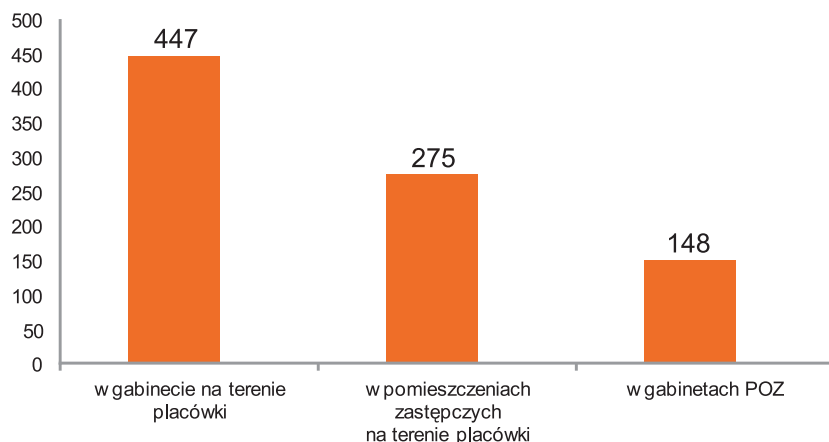
W ramach oceny infrastruktury do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego stwierdzono, że 712 placówek (81,8%) miało wystarczające warunki do realizacji wf. Warunków do prowadzenia zajęć wychowa-

nia fizycznego nie posiadało 38 (4,4%) placówek. Bazę do prowadzenia zajęć wf stanowiły szkolne zespoły sportowe, sale gimnastyczne, sale gimnastyczne z boiskiem, sale zastępcze/rekreacyjne lub tylko boiska. Szkolne zespoły sportowe, wyposażone w natryskownie posiadało 429 szkół (48,1%). Natryskownie czynne z bieżącą, ciepłą wodą posiadało 97,4% szkół, co zapewniało uczniom/studentom właściwe warunki do utrzymania higieny osobistej. Uczniowie wielu szkół mieli możliwość korzystania z hal sportowych, boisk, basenów, siłowni zlokalizowanych poza szkołą.

Opieka medyczna

Kolejnym elementem oceny warunków pobytu i nauki było zapewnienie opieki medycznej w szkołach. Stwierdzono, że 447 skontrolowanych placówek nauczania i wychowania (51,4%) zapewniło uczniom możliwość korzystania z gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, funkcjonujących na terenie szkół. Uczniowie 275 placówek (31,6 %) mieli zapewnioną opiekę profilaktyczną w pomieszczeniach zastępczych na terenie szkół. Natomiast dzieci i młodzież z pozostałych 148 szkół (17,0%) korzystali z podstawowej opieki zdrowotnej poza obiektem szkoły. W 445 placówkach (99,5%) funkcjonowały gabinety bez zastrzeżeń sanitarnych i technicznych.

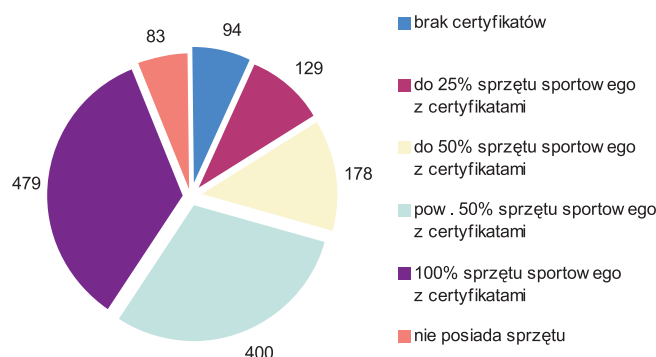
Opieka medyczna dzieci i młodzieży w 2012:



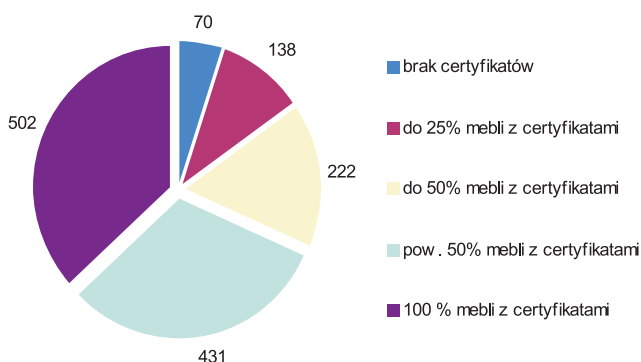
Meble i sprzęt sportowy

Dyrektorzy placówek w celu zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu w szkole lub placówce mają obowiązek wyposażania sal gimnastycznych i terenów sportowych wyłącznie w bezpieczne wyroby, które muszą spełniać warunki techniczne wynikające z obowiązujących norm. W salach i na boiskach oraz w miejscach wyznaczonych do uprawiania ćwiczeń fizycznych, gier i zabaw powinny znajdować się tablice informacyjne określające zasady bezpiecznego użytkowania urządzeń i sprzętu sportowego. W trakcie kontroli stwierdzono, że 1186 placówek oświatowo-wychowawczych (92,6%) posiadało certyfikaty na urządzenia i sprzęt sportowy.

Placówki posiadające urządzenia i sprzęt sportowy z certyfikatami w 2012:



Placówki posiadające meble z certyfikatami w 2012:



Dożywianie dzieci i młodzieży

Sytuację dotyczącą dożywiania oceniono we wszystkich 870 skontrolowanych szkołach. Ciepłe posiłki wydawało 661 placówek dla 60083 uczniów, w tym: z pełnych obiadów skorzystało 28671 uczniów, a z posiłków jednodaniowych 31412 uczniów. Śniadania szkolne organizowały 103 placówki dla 4864 uczniów, napój wydawały 373 placówki dla 52050 uczniów. Z posiłków dofinansowanych skorzystało 35521 uczniów.

Szkoły wyższe

Na terenie województwa nadzorem objęto 27 szkół wyższych. Skontrolowano 22 w tym: 8 szkół wyższych publicznych i 14 niepublicznych, w których kształciło się 58398 studentów. W szkołach wyższych publicznych 37865 studentów, a w szkołach wyższych niepublicznych 20533 studentów. Przeprowadzono 53 kontrole sanitarne. W obiektach, w których stwierdzono nieprawidłowości sanitarno-higieniczne wydano 24 decyzje administracyjne. Nieprawidłowości dotyczyły stanu pomieszczeń sanitarnych, szatni, klatek schodowych, sal wykładowych, sal ćwiczeń i laboratoriów.

Wypoczynek dzieci i młodzieży

Podczas zimowego wypoczynku przeprowadzono 711 kontroli sanitarnych, w trakcie których oceniano spełnienie wymagań sanitarno - higienicznych przez organizatorów wypoczynku w odniesieniu do stanu i wyposażenia pomieszczeń, miejsc przebywania uczestników, zaopatrzenia w wodę, zaplecza sanitarnego, gromadzenia odpadów stałych i odprowadzania ścieków. Skontrolowano 701 turnusów, 549 letnich i 152 zimowe. Z wypoczynku skorzystało 28651 uczestników, w tym 23007 latem i 5644 podczas ferii zimowych. Stan sanitarno-higieniczny placówek nie budził zastrzeżeń, a organizatorzy zapewнили uczestnikom bezpieczne i higieniczne warunki pobytu i rekreacji.

5. Certyfikaty zgodności na meble przedszkolne/szkolne posiadało 94,9% placówek, a 92,6 % na urządzenia i sprzęt sportowy.
6. Dzieciom i młodzieży zapewniono właściwe i higieniczne warunki pobytu w trakcie zimowego/letniego wypoczynku (99.3% turnusów).

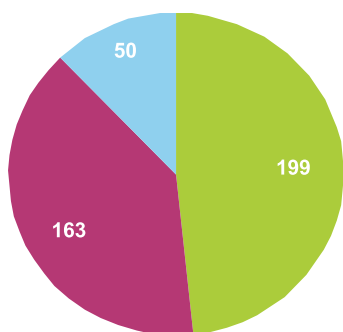


WNIOSKI

1. W dobrym stanie sanitarnym/technicznym było 96,5 % placówek nauczania i wychowania.
2. Wszystkie placówki oświatowo-wychowawcze były podłączone do wodociągu.
3. Właściwe warunki do utrzymania higieny osobistej zapewniło 92,3% placówek.
4. Standardy dostępności do urządzeń sanitarnych wszystkim uczniom zapewniło 98% placówek.

STAN BEZPIECZEŃSTWA SANITARNEGO W ZAKRESIE OCHRONY RADIOLOGICZNEJ

Liczba jednostek znajdujących się pod nadzorem Oddziału Higieny Radiacyjnej:



- 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

OCHRONA PRZED PROMIENIOWANIEM JONIZUJĄCYM

Ochrona radiologiczna personelu

Na podstawie prowadzonych w 2012 roku 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 nie budzi zastrzeżeń.

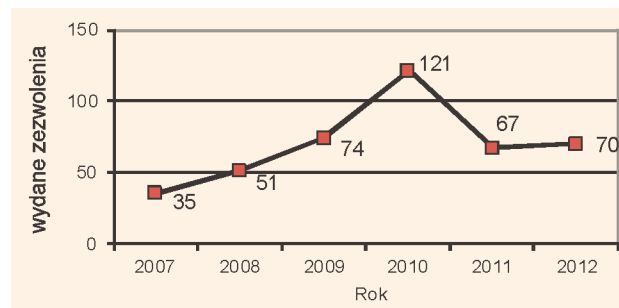
Nadzorem jest objętych 249 jednostek organizacyjnych, w których użytkowanych jest ponad 550 aparatów rtg. W województwie kujawsko-pomorskim w 2012 r. liczba pracowników zatrudnionych w narażeniu na promieniowanie jonizujące, objętych pomiarem dawki indywidualnej wynosiła około 1800 osób. Pracownicy stosują odpowiednie ochrony osobiste oraz przestrzegają pozostałych wymogów ochrony radiologicznej. W roku sprawozdawczym na terenie naszego województwa nie zano-



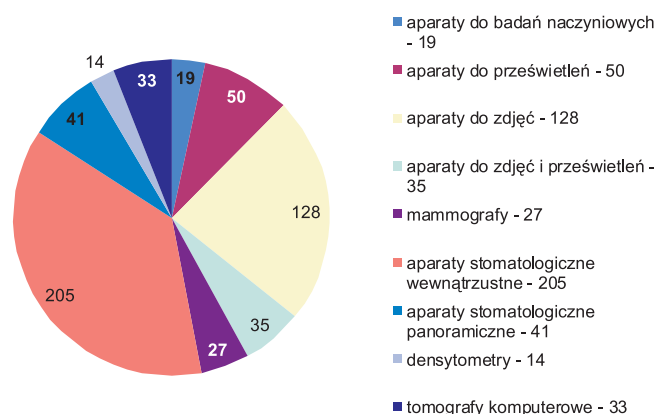
owano przekroczeń dopuszczalnych limitów dawek.

W stosunku do osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące większość zakładów opieki zdrowotnej dopełnia obowiązków związanych z dozymetrią indywidualną oraz rozszerzoną opieką lekarską (badania wstępne i okresowe) pracowników.

Zmiana liczby wydanych zezwoleń na aparaty rtg w latach 2007-2012.



Liczba i rodzaj aparatury rentgenowskiej:



Ochrona radiologiczna pacjentów

W roku 2012 w trakcie czynności nadzorowych nad zakładami opieki zdrowotnej dużą wagę przykładano do oceny stanu ochrony radiologicznej pacjenta po-

przez kontrolę i ocenę m.in.:

- wykonania testów eksploatacyjnych przy aparatach rtg,
- wyników testów eksploatacyjnych aparatów rtg pod kątem spełniania przez te aparaty kryteriów jakości parametrów technicznych określonych w aktach prawnych,
- stanu wdrożenia systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce w zakresie zarówno zgodności opracowania dokumentacji systemu z przepisami prawnymi, jak i właściwego wykonywania testów eksploatacyjnych,
- 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 wydaniem decyzji administracyjnych nakazujących ich usunięcie w trybie określonym dla postępowania administracyjnego. W odniesieniu do pracowni użytkujących aparaty rtg, których parametry techniczne zmierzone w trakcie testów eksploatacyjnych nie odpowiadały kryteriom jakości określonym w przepisach prawnych są wydawane każdorazowo decyzje nakazujące usunięcie tych uchybień w terminie od 1 do 3 miesięcy.

WNIOSKI

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.

Proces wymiany sprzętu rentgenodiagnostycznego na nowy, odpowiadający wymogom przepisów unijnych, powinien być kontynuowany w latach następnych i będzie

podlegał ścisłemu monitoringowi ze strony Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

OCHRONA PRZED PROMIENIOWANIEM ELEKTROMAGNETYCZNYM Z ZAKRESU 0-300 GHZ

Ochrona personelu przed polami elektromagnetycznymi

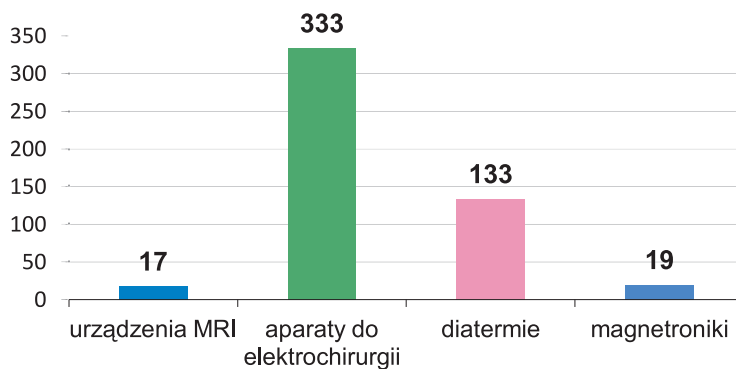
Nadzorem objętych jest 213 jednostek organizacyjnych, w których użytkowanych jest ponad 800 urządzeń wytwarzających promieniowanie elektromagnetyczne oraz ponad 1850 instalacji radiokomunikacyjnych w tym stacji bazowych telefonii komórkowej. W narażeniu na pole elektromagnetyczne pracuje około 3200 osób, przy instalacjach radiokomunikacyjnych jest zatrudnionych około 1120 osób.

Na podstawie kontroli przeprowadzonych w roku 2012 w zakładach użytkujących urządzenia wytwarzające promieniowanie elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości można stwierdzić, że użytkownicy urządzeń wysokiej częstotliwości dbają o terminowe przeprowadzanie badań środowiska pracy, a oprócz nielicznych przypadków, badania okresowe pracowników zawodowo narażonych na promieniowanie elektromagnetyczne są przeprowadzane terminowo. Podobnie szkolenia w zakresie BHP przy stosowaniu urządzeń wysokiej częstotliwości są przeprowadzane w zasadzie systematycznie i w pełnym zakresie.

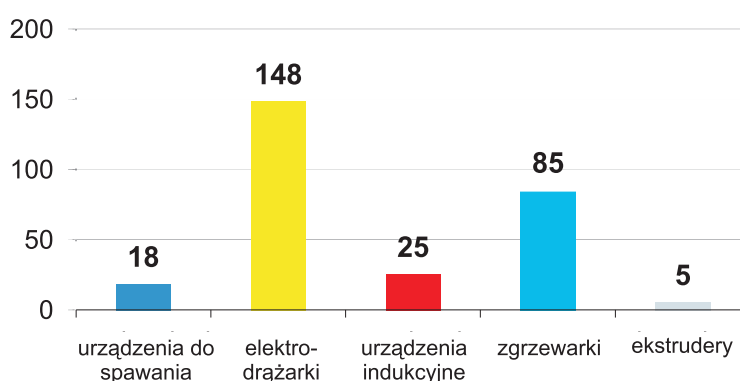
W odniesieniu do zakładów stosujących urządzenia wytwarzające pola elektromagnetyczne z zakresu częstotliwości 0-300 GHz wszystkie stwierdzone podczas kontroli uchybienia skutkowały wydaniem decyzji administracyjnych nakazujących ich usunięcie w trybie określonym dla postępowania administracyjnego.



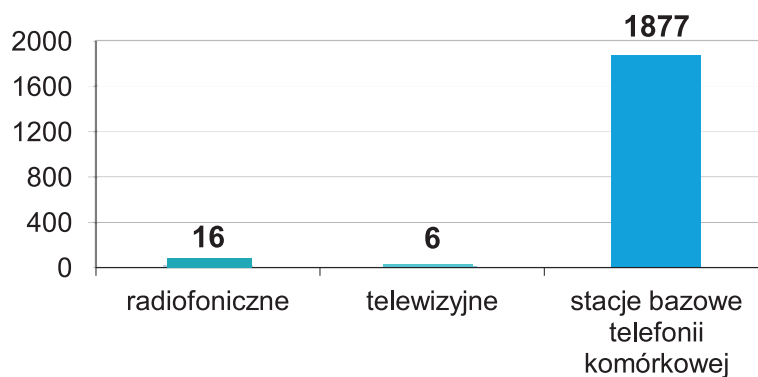
Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w ochronie zdrowia:



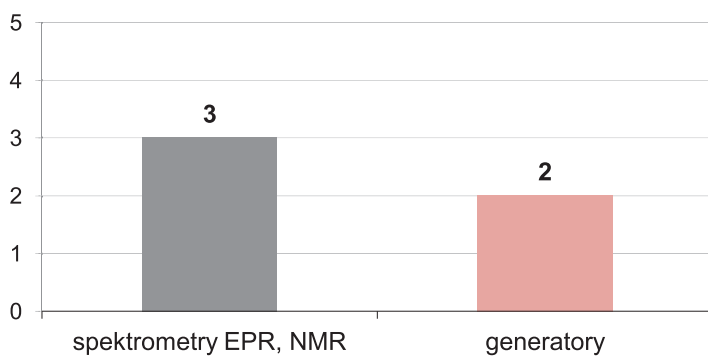
Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w przemyśle:



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



Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w jednostkach naukowych:



Ochrona ludności przed polami elektromagnetycznymi

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

ocenę poprawności wykonywania pomiarów pól elektromagnetycznych w środowisku.

WNIOSKI

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

Liczba osób narażonych na działanie promieniowania niejonizującego:

Dziedzina zastosowań	Urządzenia i instalacje	Liczba osób	Wskaźnik ekspozycji*		
			$W < 0,5$	$0,5 \leq W \leq 1$	$W > 1$
Ochrona zdrowia	urządzenia MRI	139	0	139	0
	aparaty do elektrochirurgii	2237	608	1629	0
	diatermie	460	385	75	0
	inne				
Przemysł	urządzenia do spawania	33	29	4	0
	elektrodrażarki	98	98	0	0
	urządzenia indukcyjne	109	109	0	0
	zgrzewarki	133	98	35	0
	inne	17	17	0	0
Radiokomunikacja i łączność	radiofoniczne	25	9	16	0
	telewizyjne				
	inne	1121	1121	0	0
Nauka	spektrometry EPR, NMR	4	4	0	0
	inne	23	23	0	0

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

Badania rozkładu pola elektromagnetycznego - PEM

W 2012 roku badania rozkładu pól i promieniowania elektromagnetycznego wykonano na wniosek jednego z mieszkańców. Prosił on o interwencję i o sprawdzenie poziomu promieniowania elektromagnetycznego w jego mieszkaniu, zlokalizowanym w sąsiedztwie stacji telefonii komórkowej na terenie Bydgoszczy. W wyniku przeprowadzonych badań nie stwierdzono przekroczeń wartości granicznych składowej elektrycznej i magnetycznej/gęstości mocy charakteryzujących dopuszczalny poziom

elektromagnetycznego promieniowania dla zakresu częstotliwości 0,3-38 GHz we wszystkich punktach pomiarowych. Uzyskane wyniki wykazały, że przebywanie w mieszkaniu dozwolone jest bez żadnych ograniczeń i przyczyniły się do zmniejszenia obaw mieszkańca.

W wyniku pomiarów w środowisku pracy stwierdzono natomiast 8 przypadków przekroczeń normatywów na stanowiskach pracowników przy obsłudze urządzeń wytwarzających pola elektromagnetyczne. Wszystkie przekroczenia dotyczyły urządzeń stosowanych w medycynie.

Badania skażeń promieniotwórczych żywności i wody pitnej

W 2012 roku badania obejmowały oznaczenia aktywności Cs-137 we wszystkich pobieranych zgodnie z harmonogramem próbkach. Ogółem zbadano 92 próbki, poziom zawartości w nich Cs-137 przedstawiono w tabeli. Poziom interwencyjny wynosi dla Sr-90: 125 Bq/kg w mleku, przetworach mlecznych, wodzie pitnej i innych płynach spożywczych, 750 Bq/kg w innych środkach spożywczych i 75 Bq/kg w środkach spożywczych przeznaczonych dla niemowląt, a dla Cs-137 odpowiednio: 1000 Bq/kg, 1250 Bq/kg i 400 Bq/kg.

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

komy udział w rocznej dawce promieniowania dla ludności. W badanych na terenie województwa środkach spożywczych nie stwierdzono obecności cezu - 137 powyżej 1,2 Bq/kg lub Bq/l, tak więc w wodzie pitnej i większości środków spożywczych zawartość tych dwóch radionuklidów nie przekracza 1% poziomów interwencyjnych.

Także w grzybach ich aktywność w 1 zbadanej próbce nie przekracza poziomu interwencyjnego. Na terenie województwa wykonuje się także pomiary i prowadzi rejestry wyników mocy dawki promieniowania gamma.

Moc dawki ekspozycyjnej promieniowania gamma w Bydgoszczy i Włocławku w ciągu 2012 wahała się od 0,3 do 0,6 pA/kg, co jest sytuacją normalną na terenie naszego województwa. Taki poziom mocy dawki promieniowania gamma spowodowany jest głównie występowaniem w środowisku naturalnych izotopów promieniotwórczych. Nie stwierdzono żadnych gwałtownych zmian mocy dawki, które świadczyłyby o powstaniu sytuacji awaryjnej.

Rodzaj próbki	Liczba próbek	Zakres aktywności Bq/kg, Bq/l	
		Cs-137	Sr-90
Mleko	18	0,1-1,0	< 0,2
Mięso	11	0,1-0,7	-
Ryby	8	0,3-1,2	-
Drób	8	0,1-0,6	-
Jaja	8	0,1-0,4	-
Zboża	2	0,2	< 0,1
Ziemniaki	2	0,1	-
Warzywa	2	0,1	-
Owoce	2	0,1	-
Woda wodociągowa	12	≤ 0,01	
Woda powierzchniowa	4	≤ 0,04	< 0,04
Środki żywienia zwierząt	2	0,4	-
Grzyby świeże	7	35,5-195,8	-
Ogórek	2	0,3	-
Porzeczka czerwona	4	0,2-0,4	-

Kontrola jakości medycznych aparatów rentgenowskich oraz badanie dawki dla pacjenta

Oddział Badań Radiacyjnych WSSE w 2012 roku wykonał 45 badań testów kontroli jakości przy ogólnodiagnostycznych aparatach rtg, 93 badania przy aparatach stomatologicznych i 23 badania przy mamografach.

Negatywne wyniki testów otrzymano dla 6,6% wykonanych badań.

Pomiary DAP - Dose Area Produkt. W 2012 roku wykonano ogółem 153 badania DAP przy 17 ogólnodiagnostycznych aparatach rentgenowskich, 1 aparacie jeżdżym Movix 4.0 i w 13 jednostkach ochrony zdrowia. Niezgodność z poziomem referencyjnym DAP i powierzchniowej dawki wejściowej stwierdzono dla 1 badania klatki piersiowej PA.

W radiografii pediatrycznej przeprowadzono 85 badań DAP, głównie podczas najczęściej wykonywanej radiografii klatki piersiowej oraz podczas radiografii jamy brzusznej, miednicy oraz czaszki. Niezgodność z poziomem referencyjnym DAP stwierdzono w 8 przypadkach radiografii klatki piersiowej i 1 przypadku radiografii miednicy.

Właściciele urządzeń radiologicznych zobowiązani są do optymalizacji wszelkich dawek wynikających z narażenia pacjenta na działanie promieniowania jonizującego w celach medycznych do celów radiologicznych.



ZAPOBIEGAWCZY NADZÓR SANITARNY



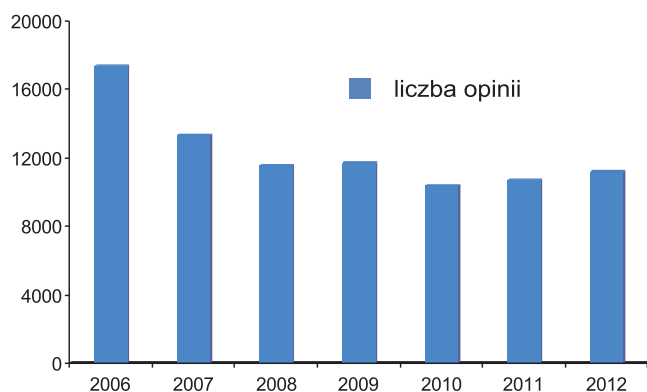
Jednym z istotnych zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej z zakresu zdrowia publicznego jest eliminowanie nieprawidłowości natury sanitarnej już na etapie planowania, projektowania, realizacji i dopuszczania do użytkowania obiektów budowlanych. Zadania te realizowane są w ramach zapobiegawczego nadzoru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

1. 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, polityki, 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.

2. Uzgadnianie:

- dokumentacji projektowej inwestycji, w szczególności projektów budowlanych, projektów tworzenia stref przemysłowych.



3. Udzielanie zgód:

- na odstępstwa od warunków technicznych i ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie ustalonym przepisami szczególnymi,

- na zastosowanie nowej technologii uzdatniania wody.

4. Udział w procedurach dopuszczania do użytkowania obiektów budowlanych.

5. Wydawanie opinii w sprawach przedsięwzięć wspomaganych ze środków Unii Europejskiej.

Zadania z tym związane wykonywali państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni, Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny oraz rzeczoznawcy ds. sanitarno-higienicznych posiadający odpowiednie uprawnienia nadane przez Głównego Inspektora Sanitarnego.

Z tego zakresu w 2012 roku wydano ogółem 11175 opinii.

WNIOSKI

W porównaniu z latami ubiegłymi widać tendencję malejącą ogólnej liczby załatwianych w oddziale spraw, co wynika ze zmian przepisów prawa oraz sytuacji gospodarczej w kraju m.in. zmniejszającej się liczby przedsięwzięć inwestycyjnych, choć liczba załatwionych spraw w 2012 roku w porównaniu z 2011 rokiem nieznacznie wzrosła.

Odsetek i rodzaj wydanych opinii w 2012 roku

Znaczącą liczbę ogółem wydanych opinii stanowią stanowiska zajęte w ramach procedury oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko - 1161.

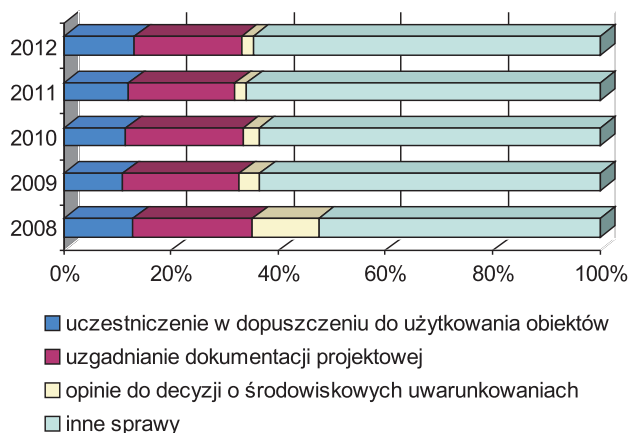
W roku 2012 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko wydały ogółem 446 opinii.

W procesie inwestycyjnym przedsięwzięć organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa uzgadniały projekty budowlane i z tego zakresu wydano 2239 takich uzgodnień.

Znaczącą pozycją w działalności nadzoru zapobiegawczego były decyzje wyrażające zgodę na odstępstwa od warunków technicznych i wymagań dotyczących ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy odnoszących się do usytuowania pomieszczeń na pobyt ludzi, znajdujących się poniżej poziomu terenu, o zaniżonej wysokości lub pozbawionych oświetlenia dziennego. Kompetencje z tego zakresu spraw należą do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy, który w 2012

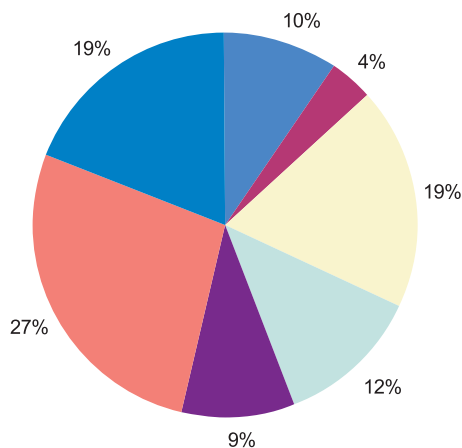
roku wydał 151 takich zgód. Decyzje te wydawane były w porozumieniu i po uzyskaniu opinii Okręgowego Inspektora Pracy w Bydgoszczy. Ponadto w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczyli w przekazywaniu obiektów do użytkowania. W 2012 roku wydano 1463 opinie w tej sprawie.

Odsetek wydanych opinii w latach 2008-2012:



WNIOSKI

W porównaniu z latami ubiegłymi stwierdza się spadek liczby opinii związanych z wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach. Związane jest to bezpośrednio ze zmianą przepisów prawa w tym zakresie. Odnotowano też nieznaczne zmniejszenie liczby uzgadnianych dokumentacji projektowych i opinii związanych z uczestniczeniem w dopuszczeniu do użytkowania obiektów budowlanych co może być odzwierciedleniem sytuacji ekonomicznej w kraju i na świecie. Należy jednak zauważyć, że w porównaniu z rokiem ubiegłym odnotowano nieznaczny wzrost wydanych opinii w tym zakresie.



- opinie w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięć na środowisko
- opinie w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko projektów dokumentów
- uzgadnianie dokumentacji projektowej
- uczestniczenie w dopuszczeniu do użytkowania obiektów budowlanych
- postanowienia - ekspertyzy techniczne, uzgodnienia odległości zbiorników i inne
- decyzje merytoryczne i płatnicze
- inne sprawy - pisma

PROGRAM OGRANICZANIA ZDROWOTNYCH NASTĘPSTW PALENIA TYTONIU W POLSCE



W ramach POZNPT realizowane są trzy programy ogólnopolskie skierowane do dzieci i młodzieży oraz dwie ogólnopolskie kampanie społeczne:

1. "Czyste powietrze wokół nas" - program przedszkolny.
2. "Nie pal przy mnie, proszę" - program wczesnoszkolny kl. I-III.
3. "Znajdź właściwe rozwiązanie" - program gimnazjalny.
4. "Światowy Dzień Bez Tytoniu" - 31.V - ogólnopolska kampania społeczna.
5. "Rzuć palenie razem z nami" - 3 czwartek listopada - ogólnopolska kampania społeczna.

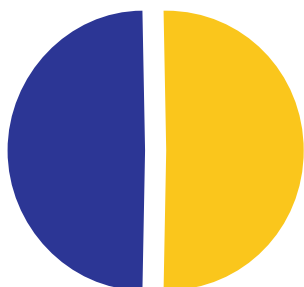
Czyste powietrze wokół nas

Program edukacji przedszkolnej w zakresie profilaktyki tytoniowej (2011/2012 - III edycja).

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

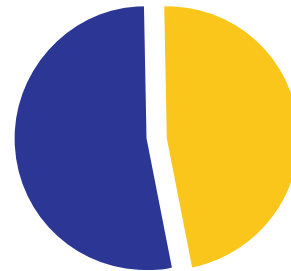
Odsetek placówek biorących udział w programie:

2010/2011



- klasy 0 w szkołach podstawowych 28%
- przedszkola 28%

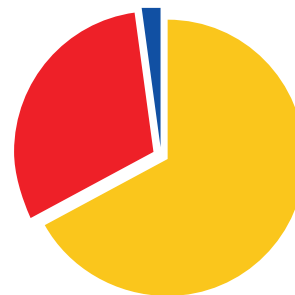
2011/2012



- klasy 0 w szkołach podstawowych 28%
- przedszkola 32%

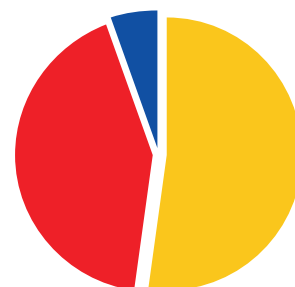
Odsetek dzieci - adresatów programu - w grupie wiekowej 4-6 lat:

2010/2011



- 6-latki 32%
- 5-latki 15%
- 4-latki 0,9%

2011/2012



- 6-latki 28%
- 5-latki 23%
- 4-latki 3%

Nie pal przy mnie, proszę

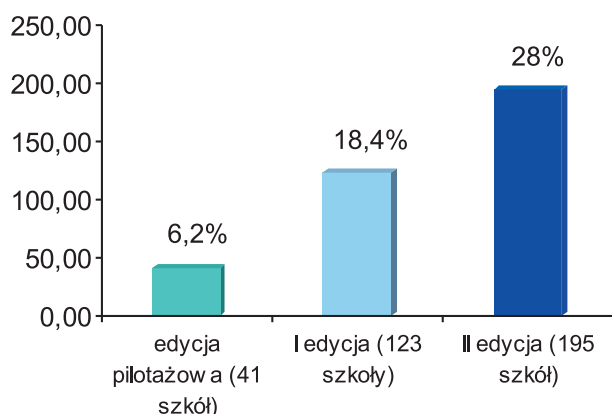
Program edukacji antytytoniowej dla uczniów klas I-III szkoły podstawowej (2011/2012 - II edycja).

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

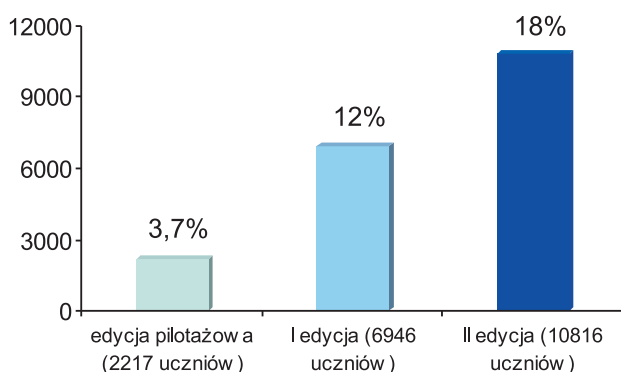
Cele szczegółowe:

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

Liczba placówek realizujących program w latach 2010-2012:



Liczba dzieci uczestniczących w programie w latach 2010-2012:



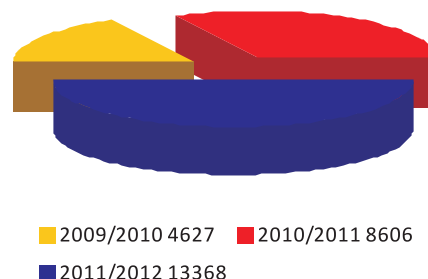
Znajdź właściwe rozwiązanie

Program profilaktyki palenia tytoniu dla uczniów starszych klas szkoły podstawowej i uczniów gimnazjum 2011/2012 - III edycja.

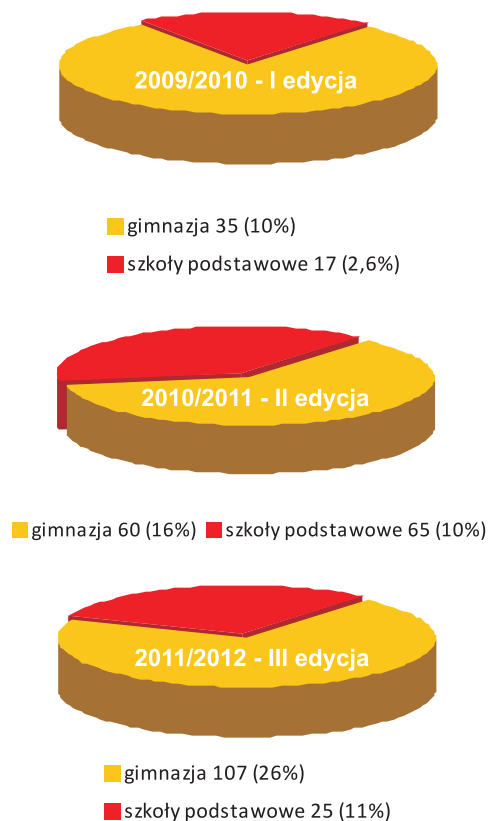
Cel główny programu: zapobieganie paleniu tytoniu wśród uczniów starszych klas szkół podstawowych i gimnazjum.

Program profilaktyki tytoniowej jest skorelowany ze Szkolnym Programem Profilaktyki. Z opinii realizatorów programu wynika, że nastąpił wzrost wiedzy wśród adresatów programu w temacie uzależnień i umiejętności w obszarze asertywności.

Liczba uczniów - adresatów programu - 3 edycje:



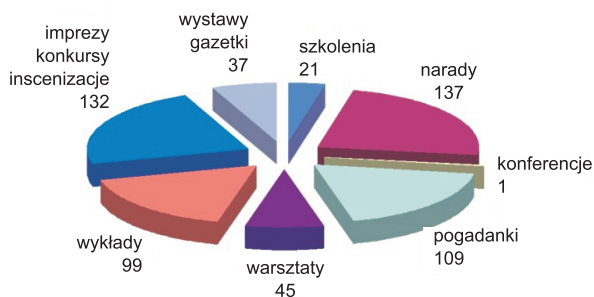
Liczba i odsetek placówek biorących udział w programie - 3 edycje:



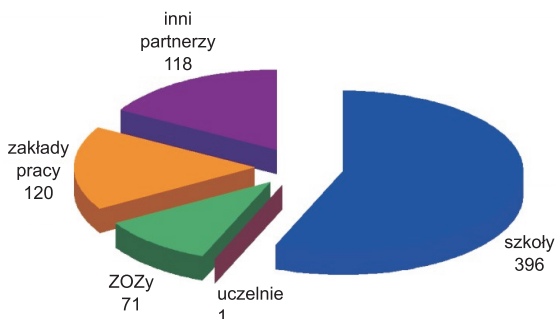
Światowy dzień bez tytoniu - 31 maja.

Ogólnopolska kampania społeczna realizowana wiosną na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

Liczba działań w ramach kampanii skierowanej do grup docelowych wytypowanych w danym roku:



Liczba podmiotów biorących udział w kampanii majowej:



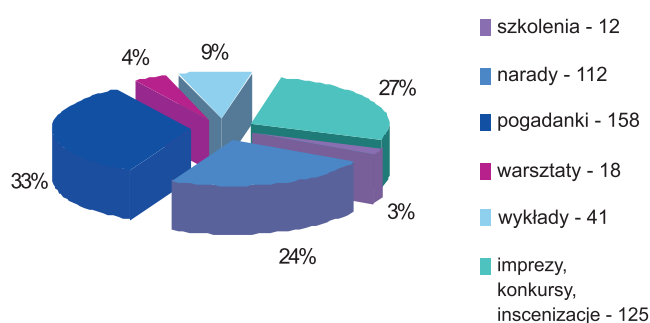
Liczba odbiorców działań kampanijnych w województwie kujawsko-pomorskim:



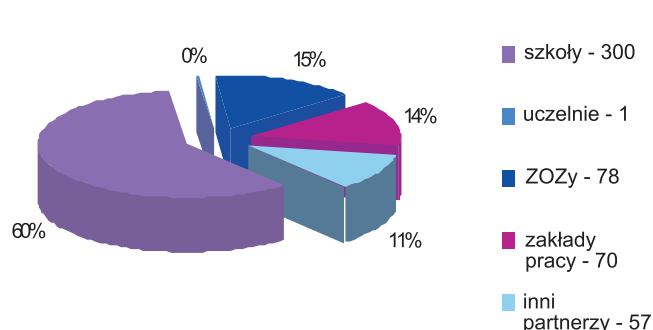
Światowy dzień rzucania palenia - trzeci czwartek listopada

Ogólnopolska kampania społeczna realizowana jesienią na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

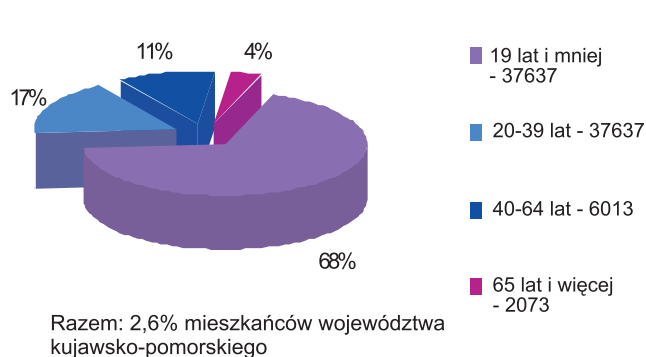
Liczba działań w ramach kampanii skierowanej do grup docelowych wytypowanych w danym roku:



Liczba podmiotów biorących udział w kampanii listopadowej:



Liczba odbiorców działań kampanijnych w województwie kujawsko-pomorskim:



ODŚWIEŻAMY NASZE MIASTA TOB3CIT (TOBACCO FREE CITIES)

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

Cele Szczegółowe projektu:

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

Ramy czasowe: 01.10.2011 - 30.09.2013

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

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

Partnerzy i realizatorzy projektu na terenie województwa kujawsko-pomorskiego:

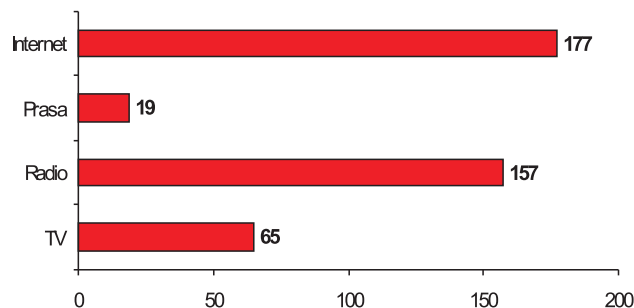
- Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy Urząd Miasta w Bydgoszczy,
- Straż Miejska w Bydgoszczy,
- Straż Miejska 13 miast powiatowych,
- Komenda Wojewódzka Policji w Bydgoszczy oraz podległe jej jednostki,
- Powiatowe i gminne władze samorządowe - 19 jednostek,
- Stowarzyszenia i organizacje pozarządowe (IFMSA - Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny - Oddział w Bydgoszczy),
- wyższe uczelnie - Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Kujawsko-Pomorska Szkoła Wyższa w Bydgoszczy.

Działania podjęte w ramach projektu:

- nawiązanie współpracy z lokalnymi partnerami projektu w celu zawiązania koalicji lokalnych - WSSE Bydgoszcz, 19 PSSE,

- współpraca z mediami lokalnymi - 19 PSSE,
- kwartalne spotkania koalicji lokalnych - WSSE Bydgoszcz, 12 PSSE,
- szkolenia dla koordynatorów powiatowych projektu - WSSE Bydgoszcz,
- szkolenia dla strażników miejskich oraz funkcjonariuszy policji odpowiedzialnych za wdrażanie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych - WSSE Bydgoszcz, 13 PSSE,
- opracowanie graficzne i wydruk materiałów informacyjno-edukacyjnych oraz gadżetów (torby reklamowe, baloniki, notesy patrolowe, kartki pocztowe, długopisy z nadrukiem),
- monitoring przestrzegania zakazu palenia oraz oznakowania stref bezdymnych w województwie prowadzony przez funkcjonariuszy PIS,
- dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych oraz szkoleniowych,
- monitoring mediów lokalnych (prasa, tv, radio, internet).

Liczba informacji na temat projektu opublikowanych w środkach masowego przekazu:



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

Kwartał projektu	Liczba upomnień	Liczba grzywien	Kwota grzywien	Uwagi
X-XII 2011	707	566	33400 + 3 wnioski do Sądu Rejonowego	90 procent wyników dotyczy kontroli przystanków komunikacji publicznej, pozostałe to sprzedaż papierosów nieletnim, palenie w miejscu zakazu i sprzedaż papierosów luzem.
I-III 2012	556	812	49820 + 13 wniosków do Sądu Rejonowego	
IV-VI 2012	401	337	20490 + 17 wniosków do Sądu Rejonowego	
VII-IX 2012	384	309	4690 + 3 wnioski do Sądu Rejonowego	
X-XII 2012	538	372	22630 + 8 wniosków do Sądu Rejonowego	
Razem:	2586	2396	131030 z + 44 wnioski do Sądu	

Trzymaj formę!

Ogólnopolski program edukacyjny promujący zbilansowaną dietę i aktywność fizyczną wśród młodzieży szkolnej - 6 edycja. Program w 2009 roku został wpisany do prowadzonego przez Europejską Platformę ds. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia rejestru (pod nr 1113) działań promujących prozdrowotny styl życia. Patronat nad programem sprawuje Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Instytut Żywności i Żywienia].

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

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

Realizacja programu odbywała się głównie metodą projektu. Rezultaty opracowanych projektów edukacyjnych uczniowie prezentowali publicznie na forum szkolnym, mię-

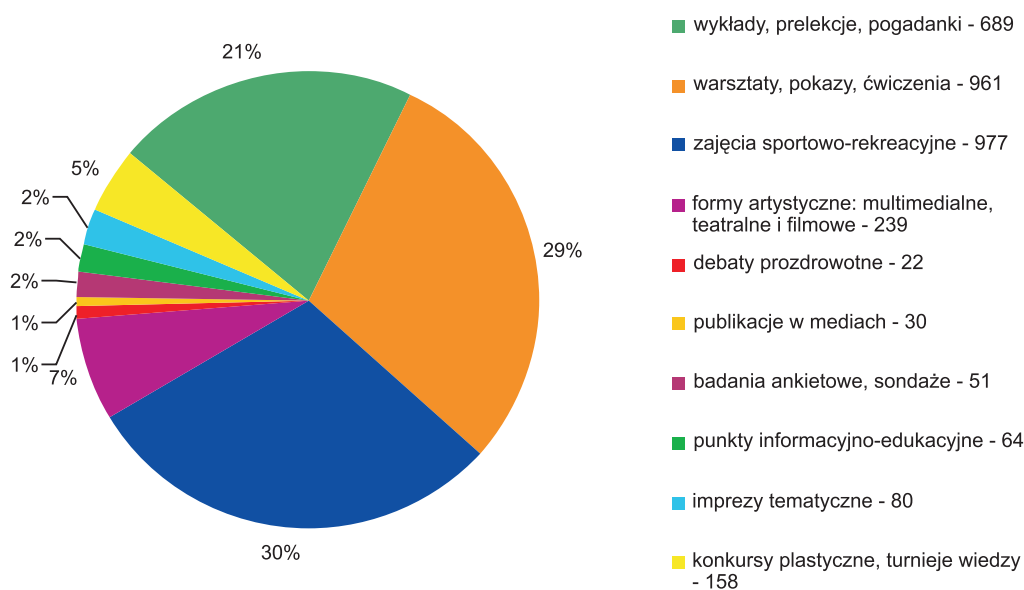
dzyszkolnym i środowiskowym.

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

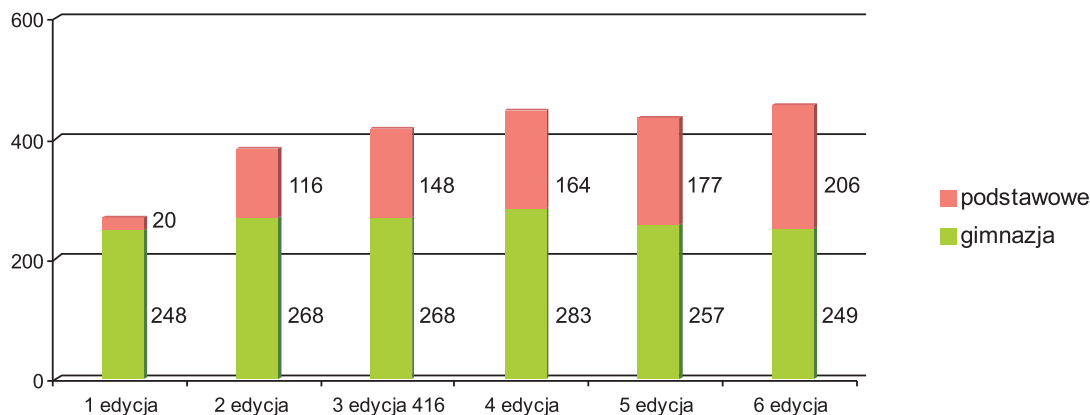
VI edycja przebiegała pod hasłem "Rodzino - trzymaj formę" z priorytetowym ukierunkowaniem działań na środowisko rodzinne. Z uwagi na powyższe ogłoszony został konkursu na projekt aktywizujący rodziców. Program realizowany był na terenie 19 powiatów województwa kujawsko-pomorskiego, w 455 szkołach (45% w województwie), w tym 249 gimnazjalnych (68%) i 206 podstawowych (32%), w których za pośrednictwem 1,6 tys. realizatorów edukacją objęto 43377 uczniów (tj. 40% populacji uczniów ostatnich klas V, VI szkół podstawowych oraz gimnazjów). Z założeniami programu zapoznano 17097 rodziców. Program będzie kontynuowany w roku szkolnym 2012/2013.



Formy realizacji 6 edycji programu "Trzymaj formę!" w roku szkolnym 2011/2012:



Liczba szkół przystępujących do realizacji programu w kolejnych edycjach:



KRAJOWY PROGRAM ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV I ZWALCZANIA AIDS

Program w zakresie profilaktyki HIV/AIDS realizowany jest przez wiele podmiotów, w tym od 1996 roku Państwową Inspekcję Sanitarną. Obecnie podstawę prawną działań stanowi rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS. Na potrzeby realizacji programu opracowany został "Harmonogram działań na latach 2012-2016".

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

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

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

Państwowa Inspekcja Sanitarna w województwie kujawsko-pomorskim w roku 2012 była koordynatorem/realizatorem/organizatorem:

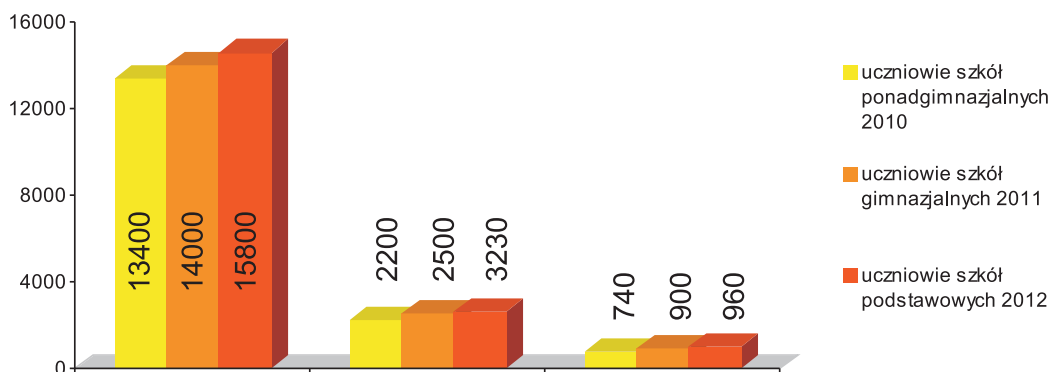
- działań w ramach kampanii medialnej „FAIR PLAY” podczas Mistrzostw Europy w piłce nożnej,

- szkoleń różnych grup odbiorców: młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, nauczycieli i pedagogów, pracowników Straży Miejskiej w Grudziądzu, osadzonych w Zakładzie Karnym w Bydgoszcy,
- konferencji naukowo-szkoleniowej w ramach profilaktyki HIV/AIDS w Toruniu,
- akcji w ramach Dnia Osób Zmarłych na AIDS oraz Światowego Dnia AIDS,
- olimpiad i konkursów (np. XIII Powiatowa Olimpiada Wiedzy o AIDS w Tucholi, konkurs wiedzy „Mity i prawda o HIV/AIDS”

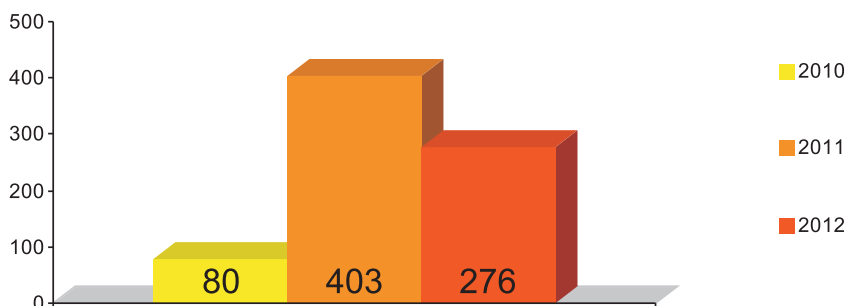
w Brodnicy).

W 2012 roku (wzorem lat ubiegłych) działał przy WSSE w Bydgoszcy Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny HIV/AIDS, który swą działalność prowadził na zasadzie porozumienia partnerskiego zawartego pomiędzy WSSE w Bydgoszcy, a Stowarzyszeniem „Razem” w Toruniu. Diagram przedstawia liczbę osób korzystających z usług PKD w latach 2010 - 2012. Widoczny spadek frekwencji w 2012 r. spowodowany był tym, iż PKD nie działał pełen rok (7 miesięcy).

Liczba odbiorców systematycznych działań edukacyjnych prowadzonych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2010-2012:



Liczba osób, które skorzystały z Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego w WSSE w Bydgoszcy w roku 2012 (okres 7 miesięcy):



AKCJA EDUKACYJNA DOTYCZĄCA GRZYBOZNAWSTWA ORAZ PROFILAKTYKI ZATRUĆ GRZYBAMI

Cel:

- spopularyzowanie idei „grzybobrania bez pomyłek”,
- upowszechnienie i pogłębienie wiedzy o grzybach jadalnych i trujących oraz uświadomienie zagrożeń zdrowia i życia

- wskutek zbierania nieznanych grzybów,
- podkreślenie ważnej roli lasów i grzybów w przyrodzie oraz ich znaczenia dla Ziemi, człowieka i jego zdrowia,
- zwrócenie uwagi na konieczność poszanowania i nie zaśmiecania lasu.

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

Elementy tegorocznej akcji	Liczba odbiorców
<p>Stoisko informacyjno-edukacyjne podczas Targów Myśliwskich 6-7 X 2012 w Leśnym Parku Kultury i Wypoczynku w Myśliczynie, w Bydgoszczy, prowadzone przez pracowników pionu oświaty zdrowotnej oraz pionu higieny żywności WSSE, oferowało:</p> <ul style="list-style-type: none"> - profesjonalne poradnictwo grzyboznawców, - bezpłatne rozdawnictwo materiałów nt. grzybobrania, - konkurs wiedzy o lesie i grzybach, z nagrodami książkowymi i dyplomami Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. 	103
<p>Wystawa Grzyboznawcza w WSSE 16-20 X 2012 W „leśnej” scenarii eksponowane były naturalne okazy grzybów, a także prace plastyczne z różnych edycji wojewódzkiego konkursu „Jesień w lesie grzyby niesie”. Poradnictwo, prelekcje, głównie dla grup zorganizowanych, prowadzili grzyboznawcy z pionu higieny żywności oraz edukator z pionu oświaty zdrowotnej. Wystawę zwiedziło ponad tysiąc osób, w tym edukacją objęto 901 przedszkolaków, uczniów, opiekunów z 44 klas/grup z 19 bydgoskich placówek szkolno-wychowawczych. Pamiątkowa księga wystawy zawiera wpisy (opinie i podziękowania) 971 osób.</p>	1000
<p>Zajęcia edukacyjne dla uczniów, prowadzone 6-8 XI 2012 w WSSE przez edukatora z Oddziału Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia WSSE oraz metodyka z Kujawsko-Pomorskiego Centrum Edukacji Ekologicznej w Bydgoszczy. W zajęciach wzięło udział 147 uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych oraz 10 nauczycieli/opiekunów.</p>	157
Łącznie	1260 os.

ŚWIATOWY DZIEŃ ZDROWIA - 7 KWIETNIA

Światowy Dzień Zdrowia w 2012 r. poświęcony był zagadnieniom starzenia się i zdrowia, a temat przewodni brzmiał „Więcej życia, więcej lat w zdrowiu”. Ubiegłoroczna kampania skupiała się na tym, w jaki sposób zachowanie dobrego stanu zdrowia w czasie trwania całego życia może pomóc starszym osobom cieszyć się pełnym i produktywnym życiem.

W województwie kujawsko-pomorskim Światowy Dzień Zdrowia obchodzony był przez PIS w połączeniu z obchodami „Roku Korczakowskiego” ogłoszonego przez Sejm RP na 2012 rok. W ramach powyższych przedsięwzięć WSSE w Bydgoszczy ogłosiła wojewódzki konkurs fotograficzny pt. „Chwile aktywnie spędzone z dziadkami”, którego celem było propagowanie wspólnej aktywności fizycznej dziadków i wnuków. Konkurs realizowało 19 PSSE. Wpłynęło 158 prac spełniających wymogi formalne i cele konkursu. Jury przyznało 3 nagrody główne dla laureatów z terenu PSSE: Nakło, Świecie, Włocławek oraz 14 wyróżnień. Fundatorem nagród był Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy. Inne działania realizowa-

ne w ramach obchodów Światowego Dnia Zdrowia przez PSSE:

- wystosowanie listów intencyjnych do władz samorządowych, placówek oświatowo-wychowawczych i ZOZ propagujących idee Światowego Dnia Zdrowia (570) - 19 PSSE,
- opracowanie informacji prasowych dla mediów propagujących idee Światowego Dnia Zdrowia oraz zamieszczenie ich na stronach internetowych PSSE (20) - 16 PSSE,
- organizowanie wystaw tematycznie nawiązujących do hasła Światowego Dnia Zdrowia (8) - 3 PSSE,
- nagłaśnianie idei Światowego Dnia Zdrowia podczas imprez masowych (11) - 6 PSSE,
- prowadzenie punktów informacyjno-edukacyjnych (11) - 9 PSSE.

ETYKIETA ROZSZYFROWANA - WIEM, CO KUPUJĘ I JEM

Piąta edycja wojewódzkiego, autorskiego programu edukacyjnego - w 2006 roku zaakceptowanego, a w 2007 rekomendowanego przez GIS.

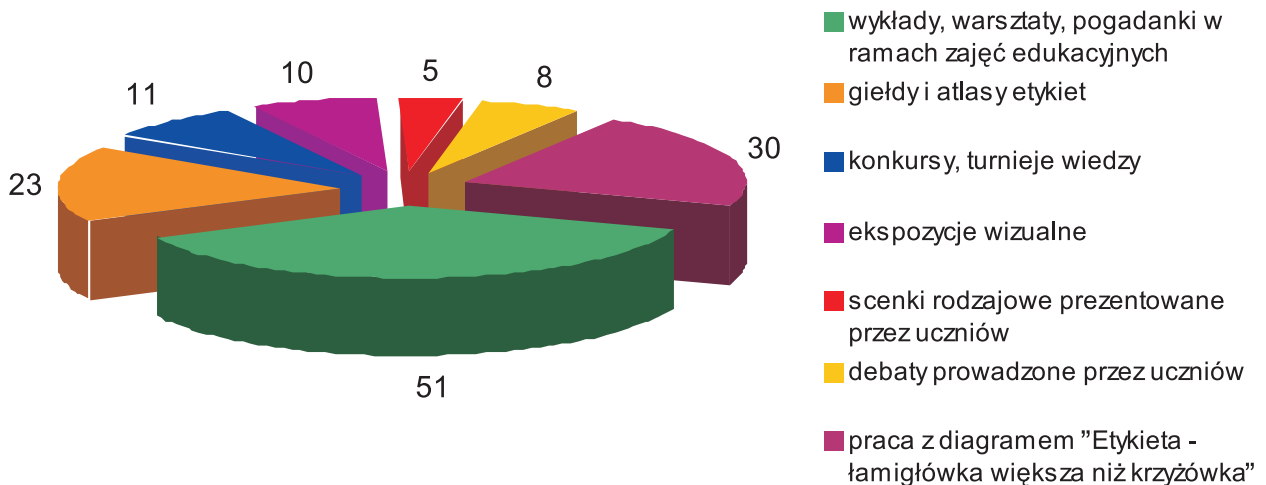
Cel: zwiększenie świadomości konsumentów w kierunku potrzeb czytania etykiet spożywczych, wzbogacenie wiedzy z zakresu informacji zawartych na opakowaniach żywnościowych.

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

Program w V edycji realizowany był na terenie 5 powiatów: Brodnicy, Chełmna, Grudziądz, Torunia i Włocławka. Zajęcia prowadzono w oparciu o pakiety edukacyjne opracowane przez koordynatora wojewódzkiego („Przewodnik po etykietce spożywczej” i załączniki stanowiące opracowania na temat odżywiania).

Edukacją bezpośrednią objęto 1162 uczniów z 24 szkół (51 klas), a pośrednią 966 osób: rodziców uczniów, młodzież innych klas, personel szkolny. Zajęcia poprzedzono i zakończono badaniem ankietowym, wykazującym znaczny wzrost wiedzy uczniów. W ramach monitoringu koordynatorzy powiatowi odbyli wizytacje we wszystkich placówkach uczestniczących w programie.

Formy realizacji 5 edycji programu:



WNIOSKI

W 2012 roku Oddział Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia realizował programy, projekty, kampanie i akcje w obszarze tematyki:

- profilaktyki tytoniowej
- profilaktyki racjonalnego odżywiania
- profilaktyki chorób zakaźnych (HIV/AIDS, Grypy)

Najwięcej programów i kampanii społecznych realizowanych było z zakresu profilaktyki tytoniowej (6) ponieważ palenie tytoniu uznane zostało za jeden z głównych czynników zwiększających ryzyko rozwoju chorób nowotworowych i przedwczesnej miażdżycy, a w efekcie za jedną z głównych przyczyn umieralności. Profilaktyka racjonalnego odżywiania znalazła odbicie w realizacji programu: ogólnopolskiego „Trzymaj Formę!” oraz wojewódzkiego „Etykieta rozszyfrowana - wiem co kupuję i jem”. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS” realizowany był poprzez prowadzenie systematycznej edukacji wśród wybranych grup odbiorców oraz kampanii medialnej „FAIR PLAY” prowadzonej podczas Mistrzostw Europy w piłce nożnej.

Największe zagrożenia zdrowotne, jakie niosą za sobą uzależnienia, choroby metaboliczne oraz choroby przenoszone drogą płciową znalazły odzwierciedlenie w programach realizowanych przez Oddział Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia.

1. W 2012 r. wzrosła liczba realizowanych programów i kampanii antytytoniowych z 5 do 6.
2. W programach edukacyjnych przed-szkolnych i szkolnych w zakresie profilaktyki tytoniowej systematycznie wzrosła liczba placówek i uczniów - adresatów programów. Średni przyrost placówek wzrósł o 8%.
3. Realizacja projektu „Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT” spowodowało wzmocnienie przestrzegania ustawy poprzez kampanię społeczną informującą o obowiązujących regulacjach w zakresie miejsc wolnych od dymu tytoniowego oraz konsekwencjach zdro-

wotnych używania tytoniu (czynne i bierne palenie). Z kwartalnych raportów przesyłanych przez Straż Miejską i Komendę Wojewódzką Policji w Bydgoszcy wynika, że systematycznie spada kwota grzywien, natomiast liczba upomnień od I kwartału realizacji projektu (707) do V kwartału (538) była zróżnicowana, ale generalnie z tendencją spadkową w stosunku do I kwartału o 169 upomnień mniej.

4. Ogólnopolski program „Trzymaj Formę!” - VI edycja realizowany jest na terenie 19 PSSE i zwiększył liczbę placówek od I edycji (268) do VI edycji (455) o 187 placówek (32% szkoły podstawowe i 68% szkoły gimnazjalne).
5. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS - wzorem lat ubiegłych przy WSSE w Bydgoszcy działał Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny HIV/AIDS, który swą działalność prowadził na zasadzie porozumienia partnerskiego zawartego pomiędzy WSSE w Bydgoszcy a Stowarzyszeniem Wolontariuszy „Razem” w Toruniu. W 2012 r. punkt działał tylko przez 7 miesięcy i przyjął 276 osób. W porównaniu z 2011 rokiem, kiedy to przebadano 403 osoby różnica wynosi - 127 osób. Ważne jest, aby działalność punktu była całoroczna.



Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny
w Bydgoszczy

Wojewódzka Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna
w Bydgoszczy



2012

85-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4
tel. centrali: 52 376-18-00
fax: 52 345-98-40
e-mail: org@pwisbydgoszcz.pl
<http://www.pwisbydgoszcz.pl>

