

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

STAN BEZPIECZEŃSTWA SANITARNEGO
WOJEWÓDZTWA
KUJWSKO-POMORSKIEGO
W 2014 ROKU

BYDGOSZCZ 2015

Wstęp	7
--------------------	----------

EPIDEMIOLOGIA	9
----------------------------	----------

Ocena sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i zakażeń w roku 2014	9
Choroby zakaźne objęte programem obowiązkowych szczepień ochronnych	12
Zatrucia i zakażenia pokarmowe wywołane przez czynniki biologiczne	17
Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową	19
Choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek	21
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	21
Wirusowe zapalenie wątroby typu C	22
Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS	23
Choroby inwazyjne	25
Neuroinfekcje	26
Choroby przenoszone przez kleszcze	26
Borelioza	26
Kleszczowe zapalenie mózgu	28
Gruźlica	28
Choroby przenoszone drogą płciową	29
Grypa i zachorowania grypopodobne	30
Choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne	31
Wykonawstwo szczepień ochronnych	32
Wnioski	36

HIGIENA KOMUNALNA 1	38
----------------------------------	-----------

Ocena sanitarna podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa kujawsko-pomorskiego	38
Działalność kontrolno-represyjna	38
Stan techniczny i funkcjonalny	39
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	39
Szpitala	39
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitale	39
Zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja, inne podmioty lecznicze	39
Sanatoria	39
Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	40
Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice	40
Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne	40
Zakłady rehabilitacji leczniczej	40
Inne podmioty lecznicze, w tym uzdrowiskowe	40
Praktyki lekarskie, pielęgniarские i inne	41
Utrzymanie czystości	41
Szpitala	41
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	41
Dezynfekcja i sterylizacja	42
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitale, w tym szpitale jednodniowe, szpitale uzdrowiskowe	42
Dezynfekcja narzędzi i sprzętu medycznego oraz powierzchni	42
Komory dezynfekcyjne	43
Sterylizacja	43
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitale	45
Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	45
Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową	46
Zaopatrzenie w wodę	46
Szpitala	46
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	47
Bloki żywienia w szpitalach	47

Bloki żywieniowe w sanatoriach	48
Bloki żywieniowe w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych	49
Postępowanie z odpadami ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych	49
Szpitala	49
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	50
Postępowanie z bielizną	51
Szpitala	51
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	51
Wnioski	51

HIGIENA KOMUNALNA 253

Stan sanitarny wód i urządzeń wykorzystywanych do zaopatrzenia ludności w wodę	53
Wstęp	53
Zaopatrzenie ludności w wodę	54
Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi	56
Analiza przekroczeń parametrów fizykochemicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi	57
Analiza badań ciepłej wody na obecność pałeczek Legionella sp.	58
Wnioski	58

HIGIENA KOMUNALNA 359

Stan sanitarny kąpielisk i basenów kąpielowych	59
Kąpieliska	59
Baseny kąpielowe	60
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej	60
Wprowadzenie	60
Stan sanitarny wybranych grup obiektów użyteczności publicznej	61
Ustępy publiczne i ogólnodostępne	61
Domy pomocy społecznej i inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej	62
Noclegownie	62
Obiekty świadczące usługi hotelarskie	62
Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej i tatuażu oraz świadczące łącznie powyższe usługi	63
Obiekty i urządzenia komunikacji publicznej	64
Tereny rekreacyjne	64
Cmentarze i domy pogrzebowe	65
Inne obiekty użyteczności publicznej	65
Wnioski	65

ŻYWNOŚĆ, ŻYWIENIE I PRZEDMIOTY UŻYTKU68

Stan sanitarny obiektów produkcji i obrotu środkami spożywczymi, kosmetykami i żywienia zbiorowego	68
Ocena wdrażania realizacji zasad GHP/GMP oraz systemu HACCP w zakładach żywienia zbiorowego, produkcji i obrotu żywnością	71
Jakość zdrowotna środków spożywczych, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	75
RASFF - system wczesnego ostrzegania o niebezpiecznej żywności i paszach	78
RAPEX - system wczesnego ostrzegania o produktach niebezpiecznych	80

HIGIENA PRACY 182

Środowisko pracy	82
Nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych	85
Narażenie na czynniki biologiczne szkodliwe dla zdrowia	86
Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest z województwa kujawsko-pomorskiego	87
Warunki pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w przemyśle drzewnym	87
Warunki pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach produkujących artykuły spożywcze	88

Choroby zawodowe	88
Środki zastępcze	90
Wnioski	92
HIGIENA PRACY 2	93
Narażenie na czynniki szkodliwe dla zdrowia	94
Narażenie na czynniki uciążliwe dla zdrowia	98
Wnioski	98
HIGIENA RADIACYJNA	100
Ochrona przed promieniowaniem jonizującym. Ochrona radiologiczna personelu	100
Ochrona radiologiczna pacjentów	101
Ochrona przed promieniowaniem elektromagnetycznym z zakresu 0-300 Ghz. Ochrona personelu przed polami elektromagnetycznymi.....	101
Ochrona ludności przed polami elektromagnetycznymi	102
Badania rozkładu pola elektromagnetycznego - PEM	103
Badania skażeń promieniotwórczych żywności, wody pitnej oraz paszy	103
Kontrola jakości medycznych aparatów rentgenowskich oraz badanie dawki dla pacjenta	104
NADZÓR ZAPOBIEGAWCZY	106
Wnioski	107
HIGIENA DZIECI I MŁODZIEŻY	108
Badania środowiska fizycznego	109
Stan sanitarno-techniczny budynków	110
Infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego	110
Meble przedszkolne i szkolne	111
Szkoły wyższe	112
Wypoczynek dzieci i młodzieży	112
Wnioski	113
OŚWIATA ZDROWOTNA	114
Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce	114
Realizacja ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych	114
Czyste powietrze wokół nas	114
Nie pal przy mnie, proszę	115
Znajdź właściwe rozwiązanie	115
Ogólnopolskie kampanie antytytoniowe (Światowy Dzień Bez Tytoniu - 31 maja, Światowy Dzień Rzucania Palenia - trzeci Czwartek listopada.....	116
Projekt kik/68 - profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych	117
Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS	117
Trzymaj Formę!	118
Etykieta rozszyfrowana - wiem, co kupuję i jem	119
Akcja letnia Bezpieczne Wakacje	120
Akcja informacyjno-edukacyjna służąca profilaktyce używania narkotyków, w tym środków zastępczych	120
Światowy Dzień Zdrowia 7 kwietnia	120
Akademia Zdrowego Życia	121
Akcja edukacyjna dotycząca grzyboznawstwa oraz profilaktyki zatruć grzybami	121
Chroń się przed kleszczami wszystkimi sposobami (program edukacyjny)	122
Profilaktyka chorób pasożytniczych - owsica, wszawica, świerz (przedsięwzięcie edukacyjne)	122
Wnioski	123





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

Szanowni Państwo

Wzorem lat ubiegłych mam zaszczyt zaprezentować Państwu raport dotyczący oceny stanu sanitarno-epidemiologicznego województwa kujawsko-pomorskiego.

Niniejszy opracowanie jest efektem pracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z województwa kujawsko-pomorskiego, które sprawując bieżący i zapobiegawczy nadzór sanitarny czuwają każdego dnia nad bezpieczeństwem zdrowotnym ludności w naszym regionie.

Działalność organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej opiera się na realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.) oraz założeń Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.

Inspekcja Sanitarna w województwie kujawsko-pomorskim podobnie jak w latach ubiegłych prowadziła działania w zakresie: zapobiegania powstawaniu chorób, w szczególności zakaźnych i zawodowych, monitoringu wód do spożycia, żyw-

ności, higieny nauczania, wychowania, rekreacji i wypoczynku, spełniania warunków higienicznych w obiektach użyteczności publicznej, ze szczególnym uwzględnieniem obiektów, w których udzielane są świadczenia zdrowotne.

Państwowa Inspekcja Sanitarna działająca w województwie kujawsko-pomorskim każdego roku poszerza zakres swoich działań i możliwości badawczych poprzez korzystanie z nowoczesnego, specjalistycznego sprzętu.

Zatrudnieni w Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwie kujawsko-pomorskim to wykwalifikowani pracownicy posiadający doskonałe umiejętności i olbrzymią wiedzę specjalistyczną. Każdego roku personel inspekcji uczestniczy w wielu szkoleniach oraz podnosi swoje kwalifikacje na licznych studiach podyplomowych pogłębiając tym samym swoją wiedzę, zdobywając nowe doświadczenia i nabywając kolejnych umiejętności.

Wykwalifikowana kadra wraz ze specjalistycznymi i nowoczesnymi urządzeniami daje Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwie kujawsko-pomorskim coraz większe możliwości zapewniania bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego całego regionu.

W celu niwelowania negatywnych zjawisk sanitarno-epidemiologicznych, które również zostały wskazane w niniejszym raporcie, niezbędna jest współpraca Państwowej Inspekcji Sanitarnej z innymi jednostkami kontrolującymi, organami administracji rządowej i samorządowej, instytucjami działającymi na rzecz zdrowia ludności oraz podmiotami gospodarczymi i mieszkańcami naszego województwa.

Jestem głęboko przekonany, że niniejszy raport przyczyni się do lepszego poznania zadań i roli Państwowej Inspekcji Sanitarnej zapisując jednocześnie w świadomości czytelnika, że bezpieczeństwo sanitarne województwa kujawsko-pomorskiego jest naszym wspólnym dobrem.

EPIDEMIOLOGIA



Ocena sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i zakażeń w roku 2014

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

W 2014 roku zarejestrowano 28 750 chorób zakaźnych i zakażeń podlegających obowiązkowi zgłoszenia i rejestracji (2013 rok – 28 879). Z powodu choroby hospitalizowano łącznie 7 989 osób (2013 rok – 7 680).

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

Podobnie, jak w latach poprzednich obserwowane cykliczne zmiany zapadalności na niektóre choroby zakaźne związane były z sezonowością ich występowania lub były kontynuacją obserwowanych wcześniej wieloletnich trendów.

Nie przywleczono na teren naszego województwa żadnych z groźnych gorączek krwotocznych czy innych chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych, jak cholera czy dżuma.

Odnotowano 1 przypadek malarii, przywle-

czony z Sudanu.

W związku z dynamicznie rozwijającą się sytuacją dotyczącą epidemii gorączki Ebola w krajach Afryki Zachodniej zintensyfikowano działania, na wszystkich szczeblach organizacyjnych, mające na celu przygotowanie się do potencjalnego przywleczenia przypadków zachorowań również na teren Polski. Organy inspekcji sanitarnej naszego regionu prowadziły szeroko zakrojoną akcję informacyjno-edukacyjną skierowaną do wszystkich podmiotów leczniczych i innych służb. Weryfikacji i modyfikacji zostały poddane plany działania, procedury i algorytmy postępowania na wypadek wystąpienia epidemii lub przywleczenia choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej. Pozostawano w gotowości do podjęcia działań w przypadku pojawienia się osób, potencjalnie zakażonych wirusem Ebola.

W ramach nadzoru epidemiologicznego monitorowano sytuację epidemiologiczną grypy i zachorowań grypopodobnych. W omawianym okresie nastąpił prawie 2-krotny wzrost zapadalności.

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

Wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010 - 2014:

Lp.	Jednostka chorobowa	2010		2011		2012		2013		2014	
		zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.
1	Inne salmonellozy (zakażenia pozajelitowe)	9	0,43	15	0,72	11	0,52	15	0,72	11	0,53
2	Dur brzuszny							1	0,05		
3	Dury rzekome A, B, C										
4	Czerwonka bakteryjna (szigelozą)	11	0,53							5	0,24

5	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	635	30,68	582	28,12	577	27,50	573	27,36	510	24,39
6	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - salmonellozowe	613	29,62	534	25,80	551	26,26	528	25,21	474	22,67
7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem	457	22,08	455	21,99	515	24,54	690	32,95	652	31,18
8	Wirusowe zakażenia jelitowe - ogółem	1744	84,27	3024	146,12	2938	140,01	3309	158,02	3301	157,88
9	Meningokokowe i inne bakt. zap. opon mózgowych i mózgu ogółem	67	3,24	59	2,85	50	2,38	54	2,58	45	2,15
10	Wirusowe zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	65	3,14	82	3,96	65	3,10	93	4,44	124	5,93
11	Płonica (szkarlatyna)	920	44,45	1156	55,86	1608	76,63	1727	82,47	1819	87,00
12	Odra			3	0,14	1	0,05				
13	Różyczka	208	10,05	257	12,42	323	15,39	2472	118,05	287	13,73
14	Ospa wietrzna	12941	625,30	10363	500,74	15882	756,87	12648	603,99	14130	675,81
15	Wirusowe zapalenie wątroby ogółem	337	16,28	282	13,63	316	15,06	342	16,33	612	29,27
16	Wirusowe zapalenie wątroby typu A	5	0,24	4	0,19	4	0,19	1	0,05		
17	Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ogółem	113	5,46	89	4,30	105	5,00	106	5,06	261	12,48
18	Wirusowe zapalenie wątroby typu C - ogółem	217	10,49	189	9,13	207	10,00	231	11,16	347	16,60
19	Wirusowe zapalenie wątroby typu C wg definicji z 2009 / 2014 r.	190	9,18	177	8,55	195	9,29	214	10,22	344	16,45
20	Wirusowe zapalenie wątroby typu C wg definicji z 2005r.	153	7,39	151	7,30	175	8,34	196	9,36	260	12,44
21	Wirusowe zapalenie wątroby typu B + C (zakażenie mieszane)	2	0,10					4	0,19	4	0,19
22	Wirusowe zapalenie wątroby inne i nie określone										
23	Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)	174	8,41	162	7,83	201	9,58	180	8,60	177	8,47
24	Krztusiec	43	2,08	145	7,01	260	12,39	120	5,73	300	14,35
25	Tęžec					1	0,05				
26	Borelioza	356	17,20	327	15,80	349	16,63	430	20,53	413	19,75
27	Malaria (zimnica)							2	0,10	1	0,05
28	Włośnica									22	1,05
29	AIDS	6	0,29	6	0,29	3	0,14	4	0,19	2	0,10
30	Nowo wykryte zakażenia HIV	31	1,50	46	2,22	24	1,14	50	2,39	31	1,48
31	Grypa i podejrzenia grypy - ogółem	15647	756,05	24057	1162,43	19847	945,83	107783	5147,01	206197	9861,94
32	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	5968	1848,12	8698	2705,86	8527	2634,78	52700	16504,08	106894	33702,32
33	Grypa – ogółem (przyp. potw. laboratoryjnie)	16	0,77	137	6,62	8	0,38	100	4,77	20	0,96
34	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat			20	6,22	3	0,93	8	2,49	2	0,63
35	Gruźlica	419	20,26	406	19,63	428	20,40	351	16,76	267	12,77

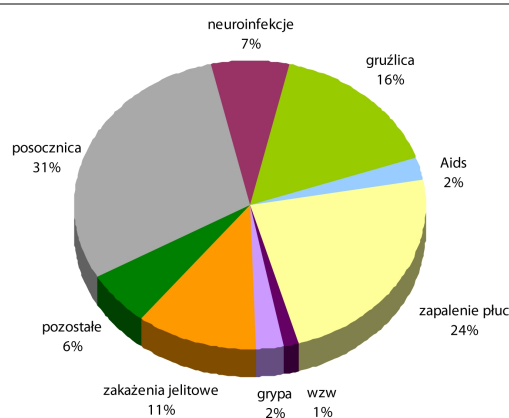
Porównanie zapadalności na wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim i w kraju zawarto w następnej tabeli.

Wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2013 – 2014. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności:

Lp.	Jednostka chorobowa	woj. kujawsko-pomorskie				Polska			
		2014		2013		2014		2013	
		zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.
1	Inne salmonelozy (zakażenia pozajelitowe)	11	0,53	15	0,72	204	0,53	171	0,44
2	Dur brzuszny	0	0,00	1	0,05	3	0,01	2	0,01
3	Dury rzekome A, B, C	0	0,00	0	0,00	1	0,00	5	0,01
4	Czerwonka bakteryjna (szigelozja)	5	0,24	0	0,00	44	0,11	19	0,05
5	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	510	24,39	573	27,36	9 707	25,21	9053	23,52
6	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - salmonelozowe	474	22,67	528	25,21	8200	21,30	7407	19,24
7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem	652	31,18	690	32,95	11344	29,47	9624	25,00
8	Wirusowe zakażenia jelitowe - ogółem	3301	157,88	3309	158,02	51549	133,89	42699	110,90
9	Meningokokowe i inne bakt. zap. opon mózgowych i mózgu ogółem	45	2,15	54	2,58	926	2,41	1108	2,87
10	Wirusowe zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	124	5,93	93	4,44	2170	5,63	1476	3,85
11	Płonica (szkarlatyna)	1819	87,00	1727	82,47	22 900	59,48	25115	65,23
12	Odra	0	0,00	0	0,00	110	0,29	84	0,22
13	Różyczka	287	13,73	2472	118,05	5 899	15,32	38546	100,11
14	Ospa wietrzna	14130	675,81	12648	603,99	221 577	575,49	178501	463,61
15	Wirusowe zapalenie wątroby - ogółem	612	29,27	342	16,33			3933	10,20
16	Wirusowe zapalenie wątroby typu A	0	0,00	1	0,05	76	0,20	48	0,12
17	Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ogółem	261	12,48	106	5,06	2740	7,12	1541	4,00
18	Wirusowe zapalenie wątroby typu C - ogółem	347	16,60	231	11,16			2292	5,95
19	Wirusowe zapalenie wątroby typu C wg definicji z 2009 / 2014r.	344	16,45	214	10,22	3 550	9,22	2644	6,87
20	Wirusowe zapalenie wątroby typu C wg definicji z 2005r.	260	12,44	196	9,36	3 078	7,99	2706	7,03
21	Wirusowe zapalenie wątroby typu B + C (zakażenie mieszane)	4	0,19	4	0,19	35	0,09	35	0,09
22	Wirusowe zapalenie wątroby inne i nie określone	0	0,00	0	0,00	29	0,08	27	0,07
23	Świnka (nagminne zapalenie przyusznicy)	177	8,47	180	8,60	2 511	6,52	2436	6,33
24	Krztusiec	300	14,35	120	5,73	2 098	5,45	2183	5,67
25	Tęžec	0	0,00	0	0,00	13	0,03	14	0,04
26	Borelioza	413	19,75	430	20,53	13 866	36,01	12760	33,14
27	Malaria (zimnica)	1	0,05	2	0,10	19	0,05	36	0,09
28	Włośnica	22	1,05	0	0,00	32	0,08	9	0,02
29	AIDS	2	0,10	4	0,19	154	0,40	191	0,50
30	Nowo wykryte zakażenia HIV	31	1,48	50	2,39	1151	2,99	1159	3,01
31	Grypa i podejrzenia grypy - ogółem	206197	9861,94	107783	5147,01	3 134 408	8140,81	3164405	8218,72
32	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	106894	33702,32	52700	16504,08	1 528 768	26439,91	1400947	24229,26
33	Grypa - ogółem (przyp. potw. laboratoryjnie)	20	0,96	100	4,77			133	0,35
34	w tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	2	0,63	8	2,49				
35	Gruźlica	267	12,77	351	16,76			7371	19,10

Umieralność z powodu chorób zakaźnych w regionie utrzymywała się na stosunkowo niskim poziomie. W 2014 roku wynosiła 3,87 na 100 tys. ludności (2013 – 3,72) i była zbliżona do ubiegłorocznej. Zarejestrowano 81 zgonów, których przyczyną były choroby zakaźne. Dominowały, podobnie jak w latach ubiegłych, posocznica (29,6%), zapalenia płuc (23,5%), gruźlica (16%). Na uwagę zasługuje wzrost liczby zgonów z powodu zapalenia jelita cienkiego i grubego wywołanego przez *Clostridium difficile* (11,1%) w 2013 roku – 3,8%.

Podobnie jak w latach poprzednich najwięcej zgonów zarejestrowano w grupie osób powyżej 60 roku życia co stanowiło, około 69% zgłoszonych zgonów z powodu chorób zakaźnych.



Umieralność z powodu chorób zakaźnych w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 roku.

Przyczyny zgonów z powodu chorób podlegających rejestracji wg wieku:

Rok Grupy wiekowe	posocznica		zapalenie płuc		wzw		neuroinfekcje		gruźlica		AIDS		grypa		zakażenia jelitowe		pozostałe		RAZEM	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
0		1																		1
1																				
2-4																				
5-9	1												1						2	
10-14																				
15-19									1										1	
20-29	2						1										1		3	1
30-39		1															1		2	
40-49	1	1	1	1			1		1	4		1			1				4	8
50-59	5	3	1	5		1			5	1	1	1		1			1		12	13
60 i więcej	27	18	7	13	2		1	6	9	8			6	1	3	8	1	2	56	56
Razem	36	24	9	19	2	1	3	6	16	13	1	2	7	2	3	9	1	5	78	81

Choroby zakaźne objęte programem obowiązkowych szczepień ochronnych

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

Sytuacja epidemiologiczna takich chorób,

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

Obowiązkowe szczepienia ochronne w regionie w 2014 roku wykonane zostały na dobrym poziomie, w odsetkach zapewniających odporność populacyjną.

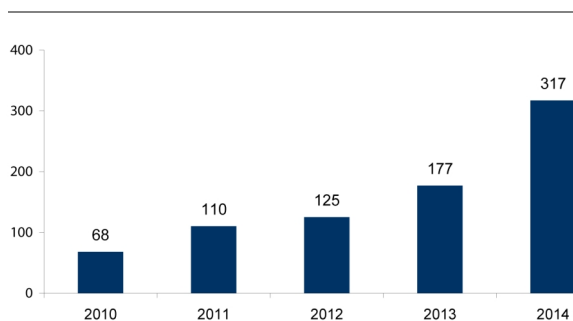
Wskaźniki wykonania szczepień u dzieci w 1 roku życia i w 2 roku życia pozostawały na pozio-

mie zbliżonym do roku poprzedniego. Jedynie niższe o 3,4% w porównaniu do roku ubiegłego było wykonawstwo szczepień przeciw odrze, śwince i różyczce u dzieci w 13 – 14 miesiącu życia. To wynik rozpowszechnianych przez ruchy antyszczepionkowe nieprawdziwych informacji, które nigdy nie zostały w żaden sposób potwierdzone.

Szczepienia dzieci i młodzieży szkolnej wykonane zostały na poziomie zbliżonym do 2013 r.

Zagrożeniem dla realizacji szczepień ochronnych są nasilające się w ostatnich latach działania ruchów antyszczepionkowych. Posługują się one nieprawdziwymi danymi, przekłamanymi teoriami naukowymi, wzbudzając strach rodziców, czym poważnie szkodzą społeczeństwu. Skutki działań tych ruchów obserwujemy od kilku lat w postaci wzrastającej liczby rodziców (opiekunów) uchylających się od poddania swoich dzieci szczepieniom ochronnym.

W roku 2014 z tego powodu nie zaszczepiono 317 osób co stanowiło około 0,1% populacji podlegającej szczepieniom.



Liczba osób niepoddanych obowiązkowym szczepieniom ochronnym w związku z uchylaniem się od w/w obowiązku w latach 2010 – 2014.

To niekorzystne dla realizacji szczepień ochronnych zjawisko wymaga od służb sanitarnych dalszej zwiększonej aktywności w zakresie nadzoru nad realizacją szczepień obowiązkowych i ciągłej współpracy z lekarzami i pielęgniarkami prowadzącymi szczepienia. Fachowy personel medyczny powinien zintensyfikować swoje działania edukacyjne mające na celu zmianę postaw rodziców odmawiających zaszczepienia swoich dzieci.

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim nie wystąpiły zachorowania na błonicę, tężec i poliomyelitis. W związku z uczestnictwem naszego kraju w koordynowanym przez WHO programie eradykacji poliomyelitis prowadzono nadzór

i monitoring ostrych porażek wiotkich u dzieci do lat 14 mający na celu potwierdzenie lub wykluczenie występowania dzikich szczepów wirusa polio. Ma to istotne znaczenie wobec sytuacji epidemiologicznej poliomyelitis na świecie

W roku 2014 potwierdzone przypadki poliomyelitis wywołane dzikim szczepem wirusa polio stwierdzono m. in. w Syrii, Pakistanie, Afganistanie, Kamerunie, Gwinei Równikowej. Transgraniczne rozprzestrzenianie się dzikiego wirusa polio w roku 2014 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała za wydarzenie nadzwyczajne, stanowiące zagrożenie zdrowia publicznego. Wzrosło ryzyko rozprzestrzeniania się dzikiego wirusa polio do krajów Unii Europejskiej, gdzie wielu uchodźców z Syrii prosi o azyl. W 2014 roku zgłoszono 3 przypadki ostrych porażek wiotkich (zgodnie z kryterium WHO – liczba wymagana dla naszego regionu), co świadczy o właściwym poziomie czułości nadzoru epidemiologicznego.

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

W roku 2015 zgłoszono w regionie jedynie 1 podejrzenie o zachorowanie na odrę, które wykluczono laboratoryjnie.

Niekorzystnym zjawiskiem był wzrost zapadalności na krztusiec, która przeszła 2,5 krotnie przewyższała zapadalność krajową. Odnotowano 25 ognisk środowiskowych (22 rodzinne, 2 szkolne i 1 przedszkolne, w których zachorowało łącznie 70 osób). W przypadku krztuśca obserwuje się cyklicznie pojawiające się (co kilka lat) epidemiczne wzrosty zachorowań o charakterze wyrównawczym. Wskazuje to na krążenie pałeczek krztuśca w środowisku oraz na dużą wrażliwość populacji na zakażenie.

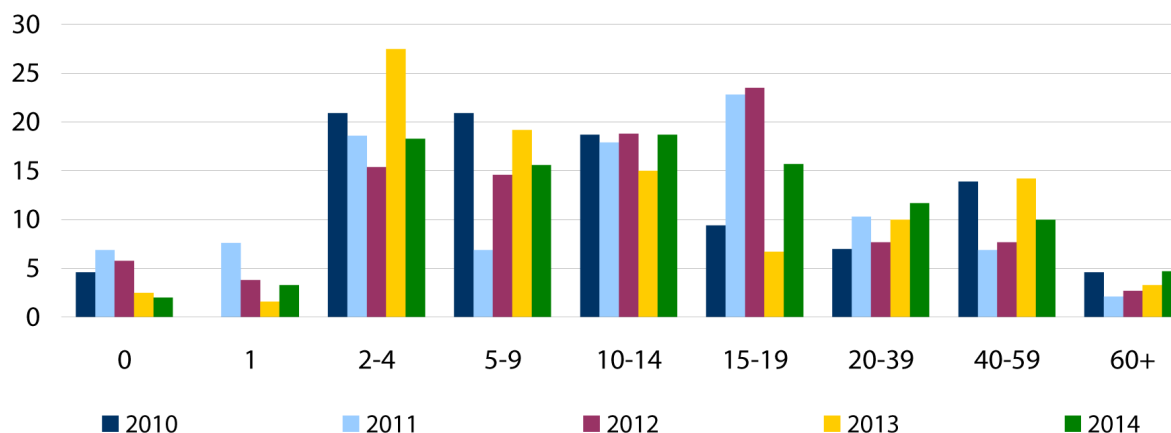
W omawianym okresie utrzymywał się obserwowany od kilku lat trend przesunięcia zachorowań na krztusiec na starsze dzieci i osoby dorosłe, u których najczęściej objawem infekcji był przewlekający się kaszel.

W ograniczeniu transmisji zachorowań olbrzymią rolę odgrywa diagnostyka chorób kaszlowych u osób dorosłych i odpowiednia terapia. Najlepszą strategią zapobiegania zachorowaniom pozostaje realizacja szczepień zgodnie z obowiązującym kalendarzem.

Zachorowania na krztusiec w latach 2010 – 2014, zachorowania i udział procentowy zachorowań wg wieku:

Wiek w latach	2010		2011		2012		2013		2014	
	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%
0	2	4,6	10	6,9	15	5,8	3	2,5	6	2
1			11	7,6	10	3,8	2	1,6	10	3,3
2-4	9	20,9	27	18,6	40	15,4	33	27,5	55	18,3
5-9	9	20,9	10	6,9	38	14,6	23	19,2	47	15,6
10-14	8	18,7	26	17,9	49	18,8	18	15	56	18,7
15-19	4	9,4	33	22,8	61	23,5	8	6,7	47	15,7
20-39	3	7,0	15	10,3	20	7,7	12	10,0	35	11,7
40-59	6	13,9	10	6,9	20	7,7	17	14,2	30	10,0
60+	2	4,6	3	2,1	7	2,7	4	3,3	14	4,7

Krztusiec w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010 - 2014, odsetek zachorowań wg wieku:



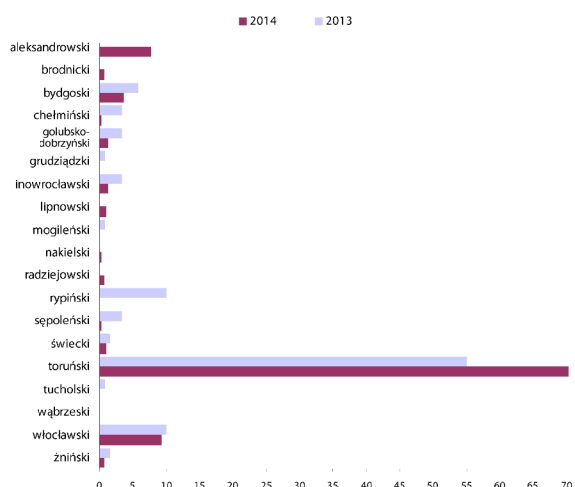
Zachorowania na krztusiec w 2014 roku wg grup wiekowych i liczby otrzymanych dawek szczepionki przeciwkrztuscowej:

Liczba dawek szczepionki p/krztuscowej	Grupy wiekowe															ogółem
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-74	75+	
0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	5	7	2	23
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
3	9	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	12
4	53	9	12	33	5	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	116
5	5	37	44	14	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	101
brak dokumentacji szczepień	0	0	0	0	4	8	9	4	9	7	6	0	0	0	0	47
ogółem	71	47	56	47	9	10	11	5	11	7	7	5	5	7	2	300

Wskaźniki zaszczepienia dzieci przeciw krztuścowi w 2014 roku w regionie utrzymywały się na dobrym poziomie. Z raportów jednostkowych zachorowań na krztusiec wynikało, że w grupie 300 osób chorych, 23 osoby nie zostały zaszczepione a w przypadku 47 osób nie była znana historia szczepień.

Wśród pozostałych chorych, 116 osób otrzymało szczepienie podstawowe (4 dawki), a 101 osób (5 dawek, szczepienie podstawowe i uzupełniające), 12 osób otrzymało 3 dawki szczepionki, 1 osoba – 2 dawki szczepionki. Zachorowania na krztusiec w grupie osób szczepionych mogą być wynikiem stopniowej utraty odporności poszczepiennej.

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



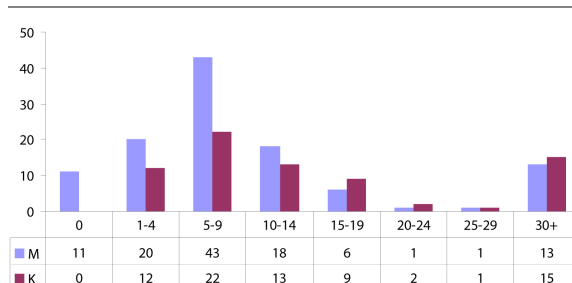
Krztusiec w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2013 - 2014, odsetek zachorowań wg powiatów.

Od wprowadzenia w 2003 roku powszechnych szczepień przeciw odrze, śwince i różyczce z użyciem szczepionki trójwalentnej u dzieci w 13 – 15 miesiącu życia, a od 2005 roku szczepień przypominających w 12 roku życia, które obecnie wykonywane są w 10 roku życia, zarysowała się tendencja spadku zachorowań na świnkę. W ostatnich latach dynamika tego procesu uległa spowolnieniu.

W 2014 roku zapadalność na świnkę nieznacznie spadła, ale przewyższała zapadalność krajową. Analiza grup wiekowych zachorowań wykazała, że najczęściej zachorowań wystąpiło w grupie wieku 5 – 9 lat (37% ogółu zachorowań) i w grupie wieku 1 – 4 lata (18% ogółu zachorowań).

Częściej chorowali chłopcy i młodzi mężczyźni, około 58% ogółu zachorowań.

Terytorialny rozkład zachorowań na krztusiec przedstawiał się następująco:

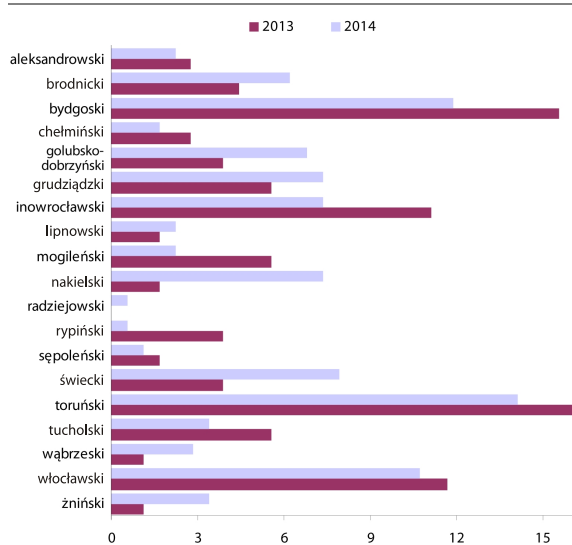


Świnka w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 roku, zachorowania wg płci i wieku (ukończone lata).

Po epidemii wyrównawczej różyczki w 2013 roku, odnotowano 9-krotny spadek zapadalności na tę chorobę. Zjawisko 6-krotnego spadku zapadalności obserwowano również w kraju. Zapadalność dla naszego regionu była niższa od zapadalności krajowej.

Analiza grup wiekowych zgłoszonych w 2014 roku zachorowań na różyczkę wykazała, że najczęściej wystąpiło w grupie wieku 5 – 9 lat (przeszło 27% ogółu zachorowań), 1 – 4 lata (przeszło 22% ogółu zachorowań) i 15 – 19 lat (przeszło 16% ogółu zachorowań).

Osoby nie szczepione przeciw różyczce stanowiły 41% ogółu zachorowań. Wśród chorych nie



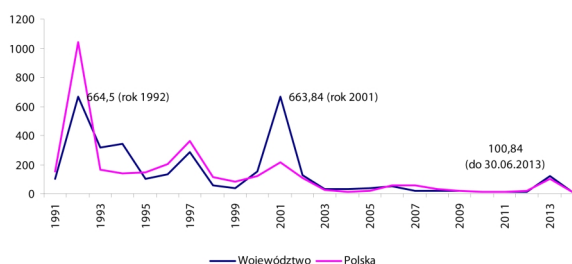
Świnka w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2013 - 2014, odsetek zachorowań wg powiatów.

szczepionych dominowali chłopcy/mężczyźni, którzy stanowili przeszło 75% zachorowań w grupie nie szczepionych.

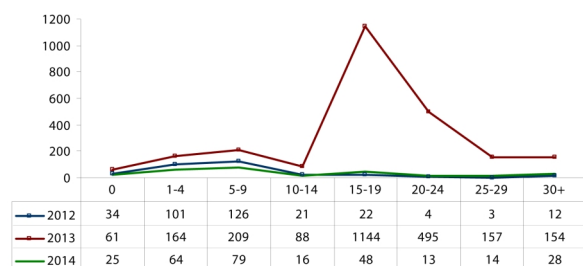
Głównym celem Programu Eliminacji Różyczki koordynowanym przez WHO jest przerwanie transmisji wirusa różyczki w środowisku, eliminacja zakażeń kobiet w ciąży i zapobieganie zespołowi różyczki wrodzonej u dzieci.

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

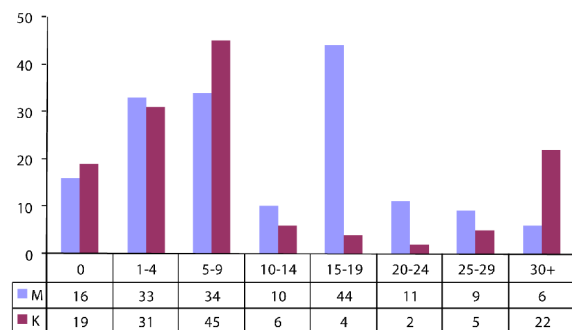
Wciąż istnieje ryzyko zachorowania na różyczkę dla kobiet w wieku rozrodczym z uwagi na



Różyczka w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 1991 – 2014, zapadalność na 100 tys. ludności.



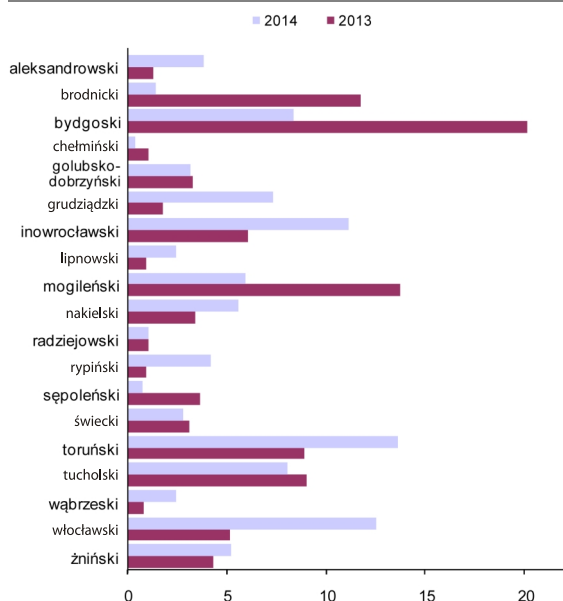
Różyczka w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2012-2014, liczba zachorowań wg wieku (ukończone lata).



Różyczka w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 roku, zachorowania wg płci i wieku (ukończone lata).

najwyższą zachorowalność wśród mężczyzn nie szczepionych oraz fakt, że ok. 50% zakażeń wirusem różyczki przebiega subklinicznie.

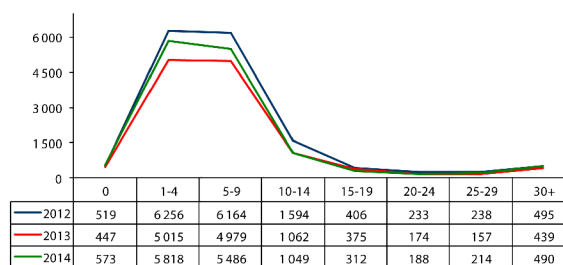
Terytorialny rozkład zachorowań na różyczkę przedstawia poniższy wykres.



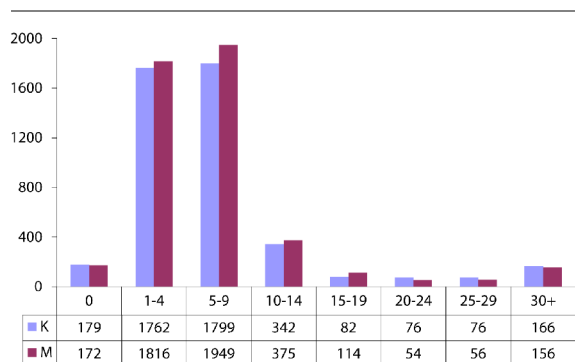
Różyczka w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2013-2014, odsetek zachorowań wg powiatów.

W 2014 roku nastąpił wzrost zapadalności na ospę wietrzną o około 12% w stosunku do roku ubiegłego i przewyższała ona zapadalność krajową. Odnotowany jest trend występowania największej liczby zachorowań na ospę wietrzną u dzieci i młodzieży do 14 roku życia – 91% ogółu zachorowań.

Nieznacznie częściej chorowali chłopcy/mężczyźni – 51% ogółu zachorowań. Dziewczęta/kobiety stanowiły 49% ogółu zachorowań. Najskuteczniejszym działaniem profilaktycznym są szczepienia.

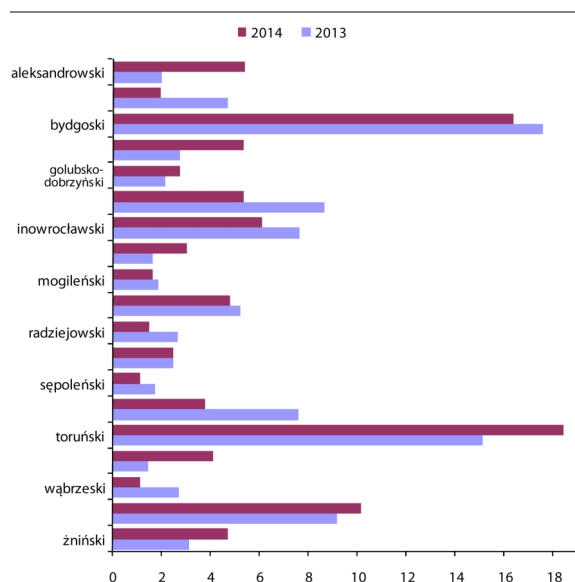


Ospa wietrzna w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2012 - 2014, liczba zachorowań wg wieku (ukończone lata).



Ospa wietrzna w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 r., zachorowania wg płci i wieku (ukończone lata).

Terytorialny rozkład zachorowań na ospę wietrzną w regionie przedstawia poniższy wykres.



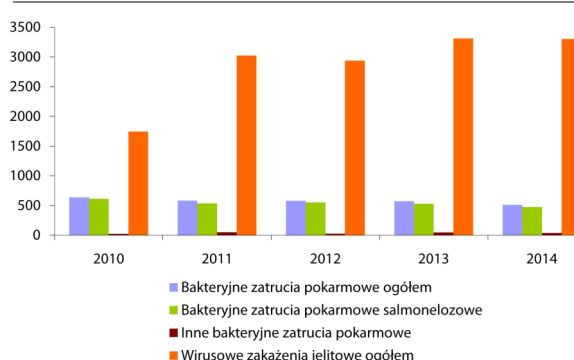
Ospa wietrzna w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2013-2014, odsetek zachorowań wg powiatów.

Nadal utrzymywała się korzystna sytuacja inwazyjnych zakażeń wywołanych przez *Hemophilus influenzae* typu b, co jest efektem wprowadzonych w 2007 roku obowiązkowych szczepień ochronnych. W 2014 roku zgłoszono tylko 2 przypadki neuroinfekcji wywołanej przez ten patogen u osób dorosłych.

Zatrucia i zakażenia pokarmowe wywołane przez czynniki biologiczne

Zatrucia i zakażenia pokarmowe to grupa chorób niejednorodna pod względem etiologicznym.

nym, wyodrębniona w nadzorze epidemiologicznym ze względu na ważną rolę w zdrowiu publicznym. Zapadalność na te jednostki chorobowe jest związana ze stanem sanitarno-higienicznym obiektów produkcji i obrotu żywnością, a także higieną przyrządzania i spożywania potraw w środowiskach domowych. W województwie kujawsko-pomorskim obserwuje się powolną tendencję spadku zapadalności na zatrucia pokarmowe o etiologii bakteryjnej ogółem, w tym salmonelozowe oraz kilkunrotnie większą, względnie ustabilizowaną (w latach 2013 – 2014) zapadalność na zakażenia jelitowe o etiologii wirusowej.



Liczba bakteryjnych zatruc pokarmowych i wirusowych zakażeń jelitowych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010–2014.

W roku 2014 odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim 510 zachorowań na bakteryjne zatrucia pokarmowe ogółem. To mniej o 11% niż w roku 2013 (2013 r. – 573; 27,36). Zapadalność 24,39 była nieco niższa od krajowej – 25,21.

Od wielu lat, podobnie jak w kraju, głównym czynnikiem etiologicznym bakteryjnych zatruc pokarmowych są odzwierzęce typy pałeczek *Salmonella*, wśród których dominuje *Salmonella Enteritidis*. Udział zatruc o etiologii salmonelozowej wyniósł w 2014 r. 92,9%. Odnotowano także 11 salmonelozowych zakażeń pozajelitowych (zapadalność 0,53). Zapadalność na zatrucia pokarmowe o etiologii salmonelozowej w regionie była niższa w stosunku do roku ubiegłego i nieznacznie niższa od zapadalności krajowej.

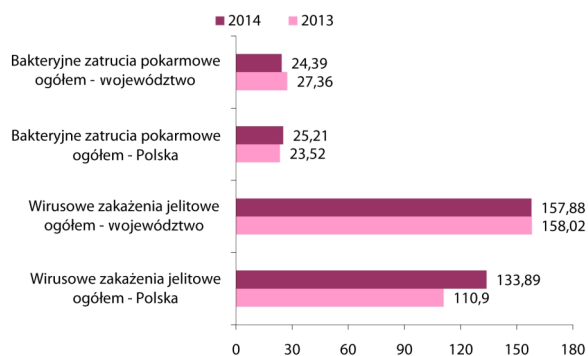
Zgłoszono jeden, niepotwierdzony laboratoryjnie przypadek zatrucia jadem kiełbasianym. Prawdopodobnym źródłem zakażenia był domowy wyrób mięsny.

Nadal rejestrowano stosunkowo dużą liczbę zakażeń jelitowych o etiologii wirusowej. W 2014 roku zgłoszono 3 301 wirusowych zakażeń jelito-

wych ogółem (zapadalność – 157,88, u 2013 (3 309). Zapadalność wojewódzka była wyższa od krajowej o 15%. Podobnie jak w kraju, najwięcej zgłoszonych przypadków dotyczyło zakażeń wywołanych przez rotawirusy (ponad 60%). Ponad 40% wirusowych zakażeń jelitowych wystąpiło u dzieci do lat 2.



Zatrucia pokarmowe o etiologii salmonelozowej w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2013 – 2014, zapadalność na 100 tys. ludności.



Bakteryjne zatrucia pokarmowe i wirusowe zakażenia jelitowe w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2013 – 2014, zapadalność na 100 tys. ludności.

W roku 2014, w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano 5 zachorowań na czerwonkę bakteryjną – 4 przypadki (w tym 3 w ognisku) można było powiązać z podróżą zagraniczną. W jednym nie udało się ustalić źródła zakażenia. Przypadki rejestrowane w woj. kujawsko-pomorskim stanowiły 11,5% przypadków zarejestrowanych w kraju.

Nie zgłoszono żadnego przypadku zatrucia toksynami grzybów trujących, wirusowego zapalenia wątroby typu A oraz duru brzuszego i duru rzekomego. Brak zachorowań na wzw typu A skutkuje niską odpornością naturalną populacji, co może

być powodem, w przypadku tej choroby, poważniejszych zagrożeń epidemicznych.

Nadzorem epidemiologicznym objęte są biegunki i zapalenia żołądkowo-jelitowe u dzieci do lat 2 o etiologii nieokreślonej, o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu. W roku 2014 zgłoszono 551 takich zachorowań (w 2013 r. 578), zapadalność 1 393,8 (w grupie dzieci do lat 2) była niższa od ubiegłorocznej i niższa od zapadalności krajowej (2 362,3). Wprowadzone w 2009 roku zmiany w raportowaniu tych zachorowań pozwalają na analizę zgłaszanych przypadków pod kątem wykonanej diagnostyki laboratoryjnej, w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych. Z danych za rok 2014 wynika, że w ponad 70% przypadków nie wykonano żadnych badań w celu ustalenia etiologii zachorowań. To niekorzystne zjawisko utrzymuje się w województwie kujawsko-pomorskim od 2009 roku. W pozostałych 30% zgłoszonych przypadków podstawą do rozpoznania poza objawami klinicznymi były wyniki badań laboratoryjnych, głównie w kierunku wirusów i bakterii.

W 2014 r. odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim 652 zachorowania na inne bakteryjne zakażenia jelitowe, z zapadalnością ogółem na 100 tys. ludności – 31,18 (kraj 29,47); to mniej o 5,5% niż w roku 2013 (odpowiednio 690; 32,95). Dominującym czynnikiem etiologicznym tych zakażeń była laseczka *Clostridium difficile* – blisko połowa wszystkich zachorowań, zapadalność – 15,5. Wzrost liczby rejestrowanych przypadków, w stosunku do roku 2013, wyniósł 8%.

Od roku 2012 systematycznie wzrastała liczba zgłaszanych zakażeń wywołanych przez bakterię *Escherichia coli* – od 35 do 125 w ciągu roku. Przypadki te jednak nie były potwierdzane laboratoryjnie szczegółowo, w zakresie określenia typu serologicznego bakterii. Zapadalność wyniosła 5,98 i była wyższa niż w 2013 roku (4,20). Zgłoszono jeden przypadek ciężkiego zespołu hemolityczno-mocznikowego w przebiegu zakażenia *E. coli* enterokrowtyną u dziecka w wieku do lat 2.

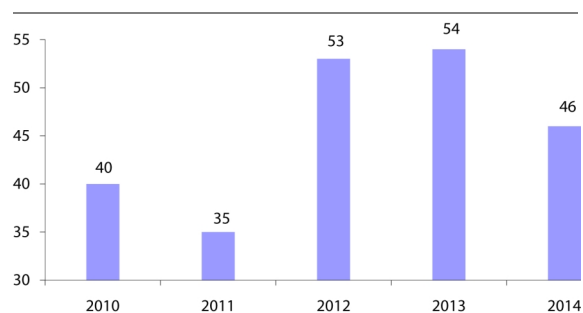
Z każdym rokiem zwiększa się liczba rozpoznawanych i zgłaszanych przypadków kamylo-bakteriozy i jersiniozy, co jest najprawdopodobniej efektem większej liczby badań laboratoryjnych w kierunku wykrywania pałeczek z rodzaju *Campylobacter* i *Yersinia* w materiale klinicznym. W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim zgłoszono 21 przypadków jersiniozy jelitowej, to ponad dwukrotnie więcej niż przed rokiem. Współczynnik zapadalności wyniósł 1, przy zapadalności krajowej

– 0,56. Ponad połowę zachorowań stwierdzono u dzieci do lat 2. Od roku 2012 nie rejestrowano przypadków jersiniozy pozajelitowej.

Liczba zachorowań na bakteryjne zakażenia jelitowe, wywołane przez *Campylobacter*, po utrzymującym się od 2010 r. poziomie 12–13 zachorowań rocznie, wzrosła do 19. Zapadalność na 100 tys. mieszkańców wyniosła 0,91 i była prawie 3-krotnie niższa od zapadalności krajowej – 1,48. Zachorowało 19 dzieci, w tym do pierwszego roku życia – 16, tj. 84%.

Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową

Liczba zgłoszonych ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010–2014 wahała się od 35 do 54 w ciągu roku. W 2014 r. zgłoszono 46 ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową, co w stosunku do roku 2013 stanowiło spadek o ok. 15% (2013 r. – 54 ogniska).



Liczba zgłoszonych ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2010–2014.

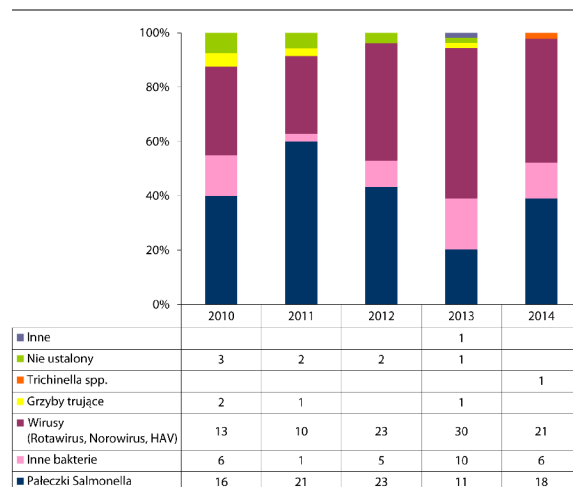
Ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych stanowiły blisko 22% ogółu (10 ognisk), ponad 60% – to ogniska odnotowane w mieszkaniach prywatnych (28 ognisk). Zarejestrowano jedno ognisko czerwonki bakteryjnej (przypadki przywleczone) oraz jedno ognisko włośnicy. Najwięcej ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową zgłoszono w powiecie bydgoskim i toruńskim (łącznie 27 ognisk – blisko 59% wszystkich; odpowiednio 12 i 15).

Wystąpiło ognisko włośnicy, w którym zachorowały 22 osoby. Badania próbek krwi od chorych i narażonych wykazały obecność nicieni z rodzaju *Trichinella*. Do prowadzenia czynności dochodzenia epidemiologicznego włączono służby weterynaryjne oraz służby sanitarne województwa dolnośląskiego i wielkopolskiego. Ustalono, że źród-

łem zarażenia było mięso z dzika pochodzące z prywatnego odstrzału, nie poddane kontroli weterynaryjnej przed dopuszczeniem do spożycia. Zachorowania na włośnicę w województwie kujawsko-pomorskim stanowiły blisko 69% przypadków zgłoszonych w kraju. W latach ubiegłych, ostatnie pojedyncze zachorowanie na włośnicę w regionie zano-towano w roku 2009, a ognisko – w 2007 r.

Odnótowano jedno ognisko czerwonki bakteryjnej. Zachorowały trzy osoby, uczestnicy wycieczki do Indii. Prawdopodobnym nośnikiem zakażenia były surowe owoce spożywane w hotelowej restauracji.

Łącznie w 2014 r., w ogniskach chorób przenoszonych drogą pokarmową, narażonych na zachorowanie było 1 836 osób (w tym 352 dzieci do lat 14), zachorowało 320 osób (w tym 105 dzieci do lat 14), a hospitalizowano 103 osoby (w tym 47 dzieci do lat 14). Zgonów nie odnotowano.



Odsetek ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010–2014 według czynnika etiologicznego.

Systematycznie, w latach 2010–2013, malała liczba ognisk z nieustalonym czynnikiem etiologicznym. W roku 2014 we wszystkich ogniskach ustalono czynnik etiologiczny, a najczęstszymi czynnikami chorobotwórczymi były wirusy (21 ognisk, 45,7% wszystkich): rotawirusy (14) i norowirusy (7) oraz pałeczki *Salmonella* (18 ognisk, 39,1% wszystkich). Zachorowania w ogniskach spowodowanych czynnikami wirusowymi stanowiły ponad połowę wszystkich zachorowań w ogniskach.

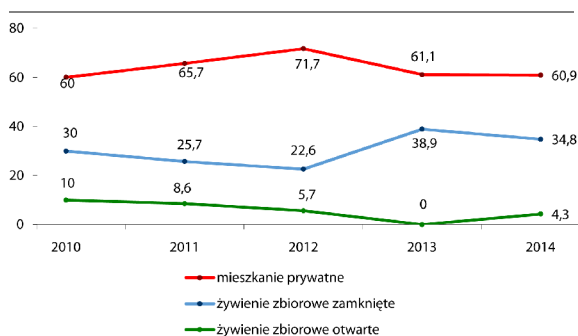
Coraz większego znaczenia w epidemiologii ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową nabiera kontaktowa droga szerzenia się zakażeń.

Szczególnie dotyczy to takich patogenów, jak: norowirusy i rotawirusy oraz zarodnikująca laseczka *Clostridium difficile*. W toku prowadzonych dochodzeń epidemiologicznych ustalono, że liczba ognisk, w których zakażenie szerzyło się drogą kontaktową wyniosła 20 (ponad 40% wszystkich zgłoszonych), w tym 10 - to ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych. Czynniki etiologicznymi w ogniskach zakażeń szpitalnych były: laseczka *Clostridium difficile* – szczep toksynotwórczy (5 ognisk), rotawirusy (4 ogniska) i norowirusy (1 ognisko).

Ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych wywołane przez zarodnikującą laseczkę *Clostridium difficile* są dużym problemem i wyzwaniem dla zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, zarówno ze względu na ciężki przebieg zachorowań (zwłaszcza u osób starszych, z obniżoną odpornością), antybiotykoterapię jako czynnik ryzyka zakażeń, jak i trudności w wyeliminowaniu patogenu ze środowiska szpitalnego. W pięciu, zgłoszonych w 2014 r., szpitalnych ogniskach zakażeń, wywołanych przez *Clostridium difficile* – szczep toksynotwórczy (A i B), drogami szerzenia się zakażenia były zanieczyszczone ręce personelu, kontakt ze skażonymi powierzchniami dotykowymi lub kontakt bezpośredni z oso-

W 25 ogniskach chorób przenoszonych drogą pokarmową ustalono nośniki pokarmowe. Najczęstszymi były potrawy z jaj i z dodatkiem surowych jaj (13 ognisk; 28%) oraz warzywa i owoce (5 ognisk; 10,9%).

W ponad 60% ognisk (podobnie jak w roku ubiegłym), wskazano na miejsce wystąpienia zachorowań – mieszkanie prywatne (28 ognisk). Duża liczba ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w środowiskach domowych, wymaga w dalszym ciągu kształtowania i utrwalania zachowań prodro-



Odsetek ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2010 – 2014 według wybranych miejsc występowania.

Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010-2014, według czynnika etiologicznego:

CZNNIK ETIOLOGICZNY	2010				2011				2012				2013				2014			
	Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
<i>Salmonella</i> typy odzwierzęce	16	40,0	183	46,5	21	60	148	36,6	23	43,4	111	25,3	11	20,4	92	11,1	18	39,1	111	34,7
<i>Clostridium botulinum</i>													1	1,9	2	0,24				
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	2,5	8	2,0																
<i>E. coli</i> , pałeczki z grupy coli	1	2,5	2	0,5					1	1,89	2	0,46	1	1,9	2	0,24				
Inne bakterie	4	10,0	13	3,3	1	2,8	11	2,7	4	7,55	25	5,71	8	14,8	43	5,18	6	13	23	7,2
Wirusy (Rotawirus, Norowirus, HAV)	13	32,5	162	41,2	10	29	210	52	23	43,4	282	64,3	30	55,6	685	82,5	21	45,7	164	51,2
Grzyby trujące	2	5,0	6	1,5	1	2,8	3	0,7					1	1,9	2	0,24				
<i>Trichinella</i> spp.																	1	2,2	22	6,9
Nie ustalony	3	7,5	19	4,8	2	5,6	32	7,9	2	3,77	18	4,11	1	1,9	2	0,24				
Inne													1	1,9	2	0,24				
OGÓŁEM	40	100	393	100	35	100	404	100	53	100	438	100	54	100	830	100	46	100	320	100

bami zakażonymi.

Kontaktowa droga szerzenia się zakażeń w szpitalnych ogniskach epidemicznych chorób przenoszonych drogą pokarmową, mimo podejmowania szeregu działań przeciwepidemicznych, świadczyć może o niedostatecznym przestrzeganiu procedur higieny rąk i higieny środowiska szpitalnego.

wotnych ludności.

Pozostałe ogniska związane były z pobytem w różnych obiektach użyteczności publicznej, takich jak: szpital, przedszkole, hotel za granicą, dom pomocy społecznej, sanatorium, dom kultury, restauracja.

Występowanie ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych związanych z żywieniem zbiorowym

zamkniętym i otwartym wymaga nadal wzmożonego nadzoru sanitarnego nad warunkami zdrowotnymi produkowanych i wydawanych do spożycia potraw oraz stanem sanitarno-higienicznym tych obiektów.

Na przestrzeni lat obserwowane jest różnicowanie terytorialne w liczbie zgłaszanych ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową przez jednostki państwowej inspekcji sanitarnej naszego regionu.

padków, zakażenia te stanowią istotny problem zdrowia publicznego.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

W roku 2014 odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim ogółem 261 przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu B, w tym 4 – z koinfekcją HBV/HCV. W porównaniu z rokiem 2013, to wzrost prawie 2,5-krotny. Zapadal-

Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2006 – 2014, liczba ogółem według powiatów:

Powiat	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
aleksandrowski	1	3	-	-	1	1	-	1	-
brodnicki	3	1	2	-	-	1	3	-	1
bydgoski	3	-	7	-	12	1	9	13	12
chełmiński	2	2	-	1	-	-	-	-	-
golubsko-dobrzyński	2	1	-	1	-	-	1	1	1
grudziądzki	1	-	-	-	1	2	2	2	1
inowrocławski	1	2	4	2	3	5	6	3	3
lipnowski	-	-	2	1	-	2	1	1	2
mogileński	1	-	1	-	1	1	1	2	1
nakielski	-	2	-	-	-	-	3	1	-
radziejowski	-	-	1	1	1	-	-	1	-
rypiński	1	1	1	-	-	2	1	1	-
sępoleński	2	1	1	-	1	-	-	1	2
świecki	1	1	-	-	-	3	4	2	3
toruński	13	9	10	6	14	11	19	22	15
tucholski	-	2	2	-	1	1	-	1	1
wąbrzeski	1	-	1	-	-	-	-	-	-
włocławski	2	2	5	2	5	3	2	-	2
żniński	1	1	-	4	-	2	1	2	2
Razem	35	28	37	18	40	35	53	54	46

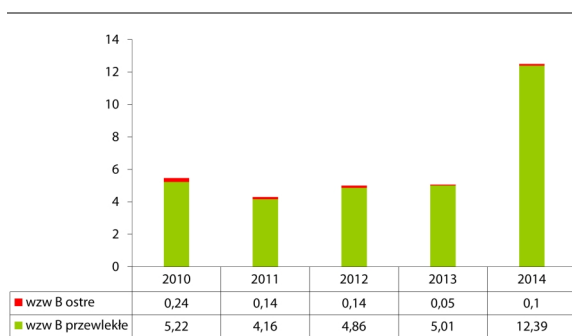
Choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek

W roku 2014, w nadzorze epidemiologicznym nad wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C wprowadzono w Polsce kolejne zmiany definicji przypadku, dostosowane do przyjętych przez Komisję Europejską – nowe definicje dla wzv B oraz zmodyfikowane – dla wzv typu C.

W dalszym ciągu, ze względu na uznawanie zakażeń HBV i HCV za najważniejsze czynniki ryzyka raka pierwotnego wątroby (HCC) i utrzymywanie się ogólnej tendencji wzrostu liczby wykrywanych przy-

ność 12,48/100 tys. ludności była wyższa od notowanej w kraju (7,12/100 tys.). Podstawową przyczyną wzrostu liczby rejestrowanych przypadków wzv typu B było wprowadzenie prawnego obowiązku zgłaszania przez laboratoria dodatknych wyników badań w kierunku wirusa zapalenia wątroby typu B. W województwie kujawsko-pomorskim przypadki rejestrowane na podstawie zgłoszeń z laboratoriów stanowiły blisko 75% wszystkich zgłoszeń.

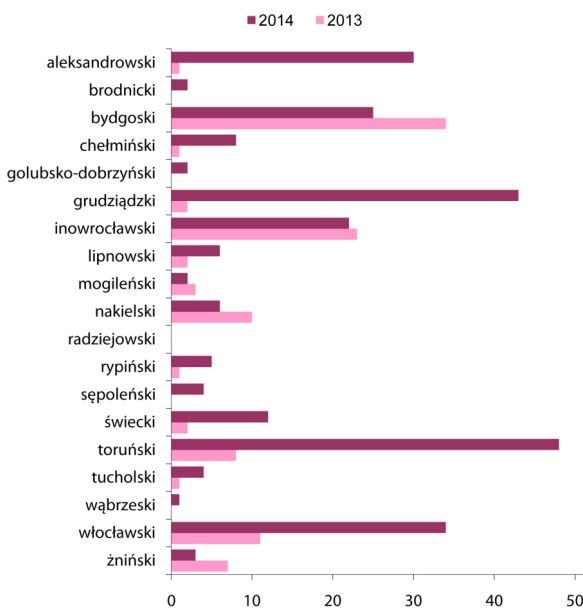
Zastosowanie kryteriów laboratoryjnych, określających fazy choroby, pozwoliło zakwalifikować zgłoszone przypadki jako ostre – 2 przypadki (0,8% ogółu zachorowań), przewlekłe – 59 (22,6%)



Wirusowe zapalenie wątroby typu B w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2010 – 2014, zapadalność na 100 tys. ludności.

oraz BNO („bliżej nieokreślone”, co do fazy choroby) – 200 przypadków (76,6%). Zachorowania ostre wzw B pozostają w województwie kujawsko-pomorskim od wielu lat na podobnym, niskim poziomie, co świadczy o małej transmisji zakażeń. Zachorowało 118 kobiet i 143 mężczyzn. Zgłaszane przypadki częściej dotyczyły mieszkańców miast niż wsi. Ponad 60% zachorowań zidentyfikowano w grupach wiekowych pomiędzy 20 a 39 lat.

Efektom wprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych noworodków przeciwko wzw typu B, jest brak zachorowań w najmłodszych grupach wiekowych i pojedyncze zachorowania w grupie wiekowej 10 – 19 lat.



Wirusowe zapalenie wątroby typu B w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2013 – 2014, liczba zachorowań według powiatów.

W dalszym ciągu obserwowane są różnice terytorialne w liczbie zgłaszanych zachorowań w powiatach. Sytuację tę można powiązać z niedostatkami w zgłaszalności wykrywanych przypadków. Potwierdzają to prowadzone przez nadzór epidemiologiczny województwa kujawsko-pomorskiego weryfikacje danych o zachorowaniach, sporządzanych przez NFZ na podstawie raportów świadczących.

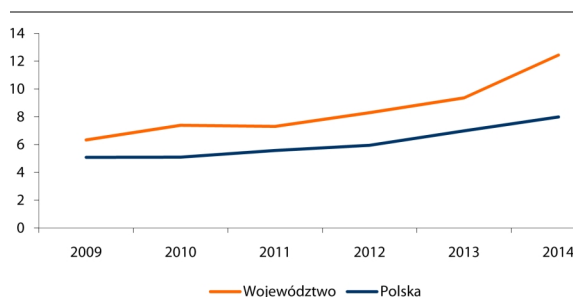
Wirusowe zapalenie wątroby typu C

W roku 2014 zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim wirusowe zapalenie wątroby typu C u 347 osób (zap. 16,45/100 tys. mieszkańców); w roku 2013 – u 231, zap. 11,16/100 tys. Zakażenie wykryto u 181 kobiet i 166 mężczyzn. Zarejestrowano 4 zachorowania o przebiegu ostrym (1,1%). Bezobjawowy przebieg choroby odnotowano u 45% osób. Podobnie jak w przypadku wzw typu B, najwięcej zachorowań stwierdzono w grupach wiekowych pomiędzy 20 a 39 lat (blisko 45% ogółu). U ponad 12% chorych zakażenie ujawniono podczas badań kandydata na dawcę krwi. Analiza dostępnych informacji o potencjalnych narażeniach w przeszłości, których skutkiem mogło być zakażenie HCV, wskazywała na różne narażenia o charakterze medycznym, wśród nich najczęściej: małe zabiegi chirurgiczne (58% chorych), duże operacje chirurgiczne (45% chorych), transfuzja krwi (33% chorych).

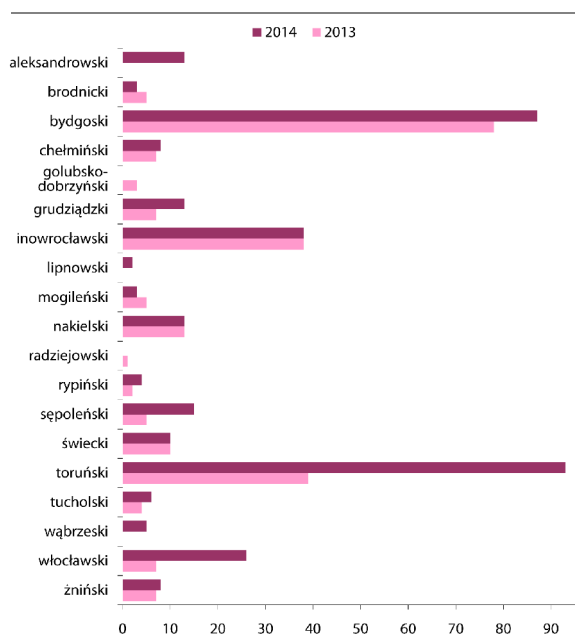
Występowały różnice terytorialne w liczbie zgłaszanych zachorowań, od braku do kilkudziesięciu w ciągu roku. Najwięcej zgłoszono w powiecie bydgoskim, inowrocławskim i toruńskim – łącznie ponad 62% ogółu zachorowań. Największy wzrost zgłaszanych przypadków odnotowano w powiecie toruńskim, co było prawdopodobnie związane ze zgłaszaniem przez laboratoria dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych. Przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu C rejestrowane na podstawie zgłoszeń z laboratoriów stanowiły 40 % wszystkich zgłoszeń. W ostatnich latach wprowadzano w systemie nadzoru nad wirusowym zapaleniem wątroby typu C częste zmiany. Ze względu na konieczność porównywalności danych z danymi z lat wcześniejszych, w latach 2009 – 2014 przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu C klasyfikowane były w oparciu o dwie definicje choroby – poza definicją polską (def. 2005), według definicji Unii Europejskiej. Klasyfikacja przypadków zgodnie z definicją 2014,

obejmuje wszystkie przypadki potwierdzone laboratoryjnie, również zakażenia bezobjawowe.

Według danych definicji 2005, uwzględniającej objawy kliniczne lub podwyższony poziom enzymów wątrobowych, zapadalność na wzv typu C od 2009 r. wykazywała, podobnie jak w kraju, tendencję wzrostową, jednak tempo wzrostu w województwie kujawsko-pomorskim było dużo bardziej widoczne. Na przestrzeni tego okresu zapadalność w województwie przewyższała zapadalność krajową. Wpływ na taką sytuację mogła mieć dobra dostępność do diagnostyki w zakresie zakażeń HCV, również realizowana w ramach regionalnych programów zdrowotnych, oraz rzetelność zgłaszania.



Wirusowe zapalenie wątroby typu C (def. 2005) w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2009 – 2014, zapadalność na 100 tys. ludności.



Wirusowe zapalenie wątroby typu C w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013 – 2014, liczba przypadków według powiatów.

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

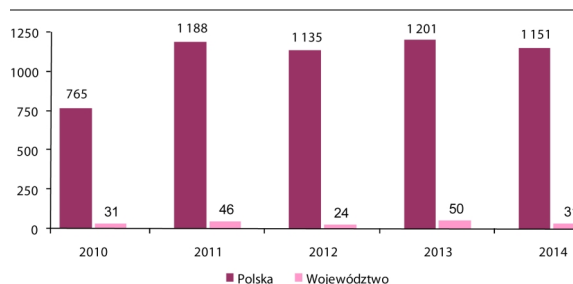
W aspekcie zapobiegania zakażeniom, w tym zakażeniom krwiopochodnym, poprawy bezpieczeństwa pacjentów, ważną rolę odgrywa zjawisko coraz szerszego stosowania w podmiotach leczniczych, zautomatyzowanych systemów dekontaminacji sprzętu i narzędzi medycznych.

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 2014 r. i zostały poddane weryfikacji, w celu ustalenia spełnienia kryteriów definicji do celów nadzoru epidemiologicznego oraz wykluczenia powtórnych zgłoszeń tego samego przypadku.

W województwie kujawsko-pomorskim utrzymywała się względnie korzystna sytuacja epidemiologiczna zakażeń HIV i zachorowań na AIDS. W 2014 r. zgłoszono 31 nowo wykrytych zakażeń HIV, 2 zachorowania na AIDS oraz 2 zgony z powodu AIDS. Ogółem od początku rejestracji (tj. od 1985 r.) do końca 2014 r. w województwie odnotowano 736 osób zakażonych HIV i 180 zachorowań na AIDS. Z powodu choroby zmarły 92 osoby.

W Polsce od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 listopada 2014 r. ogółem zarejestrowano 18 483 zakażonych HIV i 3 179 zachorowań na AIDS. Zmarło 1 285 chorych.



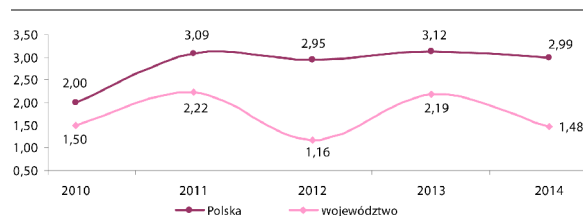
Zakażenia HIV w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010 – 2014, liczba nowo wykrytych zakażeń.

Nowo wykrywane przypadki HIV dotyczyły osób powyżej 30 roku życia. Dominowały zakażenia HIV mężczyzn.

Liczba zakażeń HIV i zapadalność na 100 tys. ludności:

HIV	2010		2011		2012		2013		2014	
	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.
Polska	765	2,00	1 188	3,09	1 135	2,95	1 201	3,12	1 151	2,99
województwo kujawsko-pomorskie	31	1,50	46	2,22	24	1,16	50	2,39	31	1,48

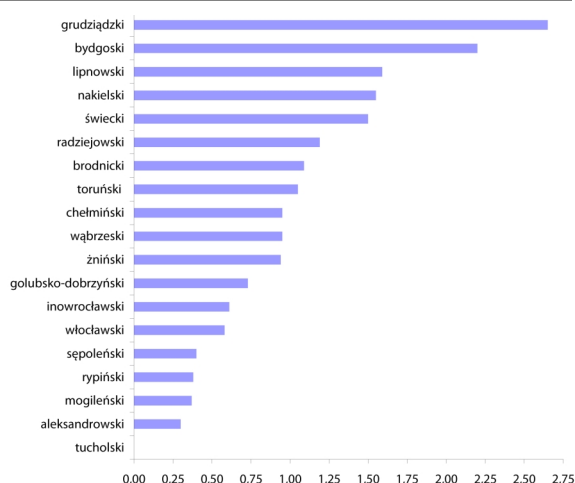
W porównaniu do lat ubiegłych, w dalszym ciągu utrzymywał się znikomy odsetek zgłoszeń, w których podano prawdopodobną drogę zakażenia. W 2014 roku – tylko 16% zgłoszeń zawierało te informacje, a wśród podanych dróg szerzenia dominowały kontakty seksualne homoseksualnych mężczyzn. Brak wiedzy dotyczącej transmisji zakażeń HIV, ogranicza możliwość odpowiedniego ukierunkowania działań profilaktycznych.



Zakażenia HIV w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2010 – 2014, zapadalność na 100 tys. ludności.

Średnia roczna zapadalność HIV w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010 –

wirusa w populacji. Późne rozpoznanie, a w rezultacie opóźnione wdrożenie terapii są czynnikami prowadzącymi do rozwoju chorób związanych



Średnia roczna zapadalność HIV na 100 tys. ludności w latach 2010 – 2014 wg powiatów.

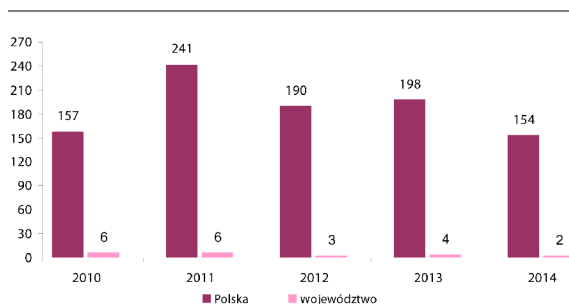
Liczba zachorowań na AIDS i zapadalność na 100 tys. ludności:

AIDS	2010		2011		2012		2013		2014	
	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.
Polska	157	0,41	241	0,63	190	0,49	198	0,51	154	0,40
województwo kujawsko-pomorskie	6	0,29	6	0,29	3	0,14	4	0,19	2	0,10

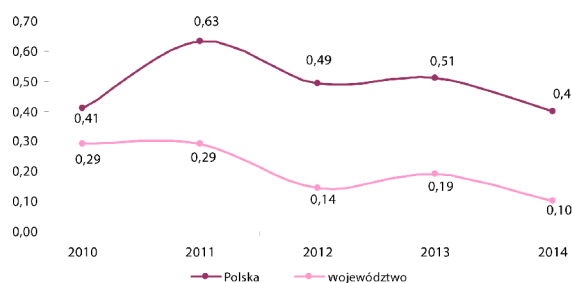
2014 utrzymała się na stosunkowo niskim poziomie - zakażeniu ulegały mniej niż 2 osoby na 100 tys. ludności.

Kluczową rolę w walce z epidemią HIV odgrywa wczesna diagnoza oraz natychmiastowe wdrożenie terapii, co minimalizuje ryzyko transmisji zakażenia, zmniejsza naturalny rezerwu

z AIDS oraz śmierci. Badanie kobiet ciężarnych i planujących ciążę, choć zdecydowanie zalecane – nie jest obowiązkowe, tymczasem wykrycie HIV u kobiety oczekującej dziecka oraz podjęcie odpowiedniego leczenia, daje dziecku szansę życia bez zakażenia HIV.



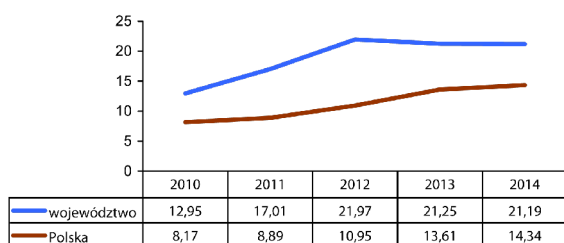
AIDS w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010 – 2014, liczba zachorowań.



Zachorowania na AIDS w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2010 – 2014, zapadalność na 100 tys. ludności.

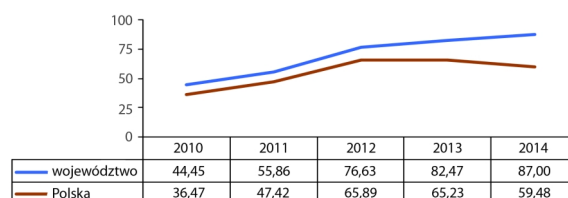
Choroby inwazyjne

Dominującą postacią kliniczną inwazyjnych chorób wywołanych przez *Streptococcus pyogenes* była róża. W 2014 roku zgłoszono 443 przypadki tej choroby. Zapadalność (21,19/100 tys.) kształtowała się na podobnym poziomie jak w 2013 roku (zap. 21,25/100 tys.). Choroba zgłaszana była głównie na podstawie rozpoznania klinicznego i tylko 2 przypadki zachorowania na różę były potwierdzone laboratoryjnym badaniem mikrobiologicznym. Z innych postaci inwazyjnej choroby wywołanej paciorkowcami ropotwórczymi odnotowano 4 przypadki zespołu wstrząsu toksycznego oraz 6 przypadków posocznicy.



Róża w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2010 – 2014, zapadalność na 100 tys. ludności.

Ważną chorobą wywoływaną przez *Streptococcus pyogenes* jest płonica. W ewidencji sprawozdawczej wyłączona została ona z grupy chorób inwazyjnych wywołanych tym czynnikiem, ale zasługuje w tym miejscu na wyszczególnienie z uwagi na wysoką i stale rosnącą zapadalność. W 2014 roku w regionie zgłoszono 1 819 przypadków płonicy (86,90/100 tys.) to jest o 92 przypadki więcej niż w roku 2013. Pod względem zapadalności płonica zajmuje jedną z czołowych pozycji na liście wszystkich rejestrowanych w woj. kujawsko-pomorskim chorób zakaźnych.



Płonica w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2010 - 2014, zapadalność na 100 tys. ludności.

Ze względu na wysoki stopień zakaźności chorób wywołanych przez *Streptococcus pyogenes*, ciężkość przebiegu tych chorób oraz bardzo wysokie poziomy zapadalności istnieje konieczność opracowania i prowadzenia w ramach oświaty zdrowotnej akcji edukacyjnych w populacjach najbardziej narażonych na zachorowania.

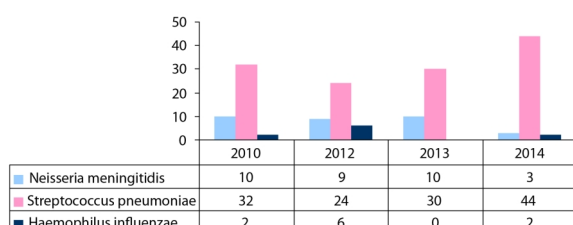
Zakażenia meningokokowe, pneumokokowe i wywołane przez *Haemophilus influenzae* wywołują poważne w skutkach zespoły chorobowe, do których należą między innymi zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub zapalenie mózgu oraz posocznica. W dużej mierze dzięki dostępności szczepionek ochronnych przeciwko tym czynnikom chorobotwórczym obserwuje się w ostatnich latach stosunkowo niskie poziomy zapadalności na te choroby.

W 2014 roku zgłoszono ogółem tylko 3 przypadki choroby meningokokowej (zap. 0,14 na 100 tys.), w tym 1 przypadek zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i 3 przypadki posocznicy (w 1 przypadku zgłoszono obie postaci kliniczne zakażenia).

Pneumokoki wywołały 44 przypadki inwazyjnych zakażeń (zap. 2,10 na 100 tys.), których dominującą postacią kliniczną była posocznica – 28 przypadków i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – 8 przypadków. U 18 chorych rozpoznano pneumokokowe zapalenie płuc. Prawie wszystkie zgłoszone przypadki choroby pneumokokowej do-

tyczyły osób dorosłych powyżej 50 roku życia.

W ocenianym okresie odnotowano tylko 2 przypadki inwazyjnej choroby wywołanej przez *Haemophilus influenzae*. Oba dotyczyły zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u osób dorosłych.

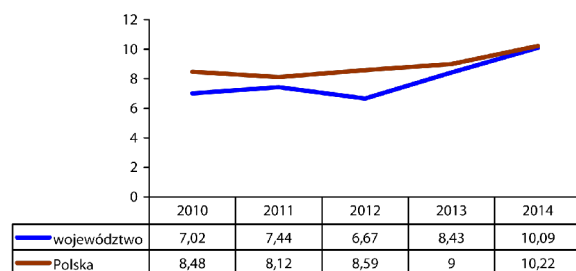


Liczba zachorowań na choroby inwazyjne w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2010 - 2014 wg czynnika etiologicznego.

Obecnie inwazyjne choroby wywołane przez meningokoki, pneumokoki i *Haemophilus influenzae* nie stanowią poważniejszego problemu epidemiologicznego. Dalsze popularyzowanie szczepień ochronnych przeciw tym zakażeniom, głównie wśród osób starszych, może przyczynić się do dalszej poprawy sytuacji epidemiologicznej.

Neuroinfekcje

W ostatnich latach w grupie infekcyjnych chorób ośrodkowego układu nerwowego zaobserwowano ogólny wzrost zapadalności. W porównaniu do 2013 roku, liczba zgłoszonych neuroinfekcji wzrosła o 17%. Zapadalność na neuroinfekcje ogółem w 2014 roku w regionie była zbliżona do zapadalności krajowej. Zgłoszono łącznie 211 przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu, z czego 124 przypadki o etiologii wirusowej (zap. 5,9/100 tys.), 45 przypadków o etiologii bakte-

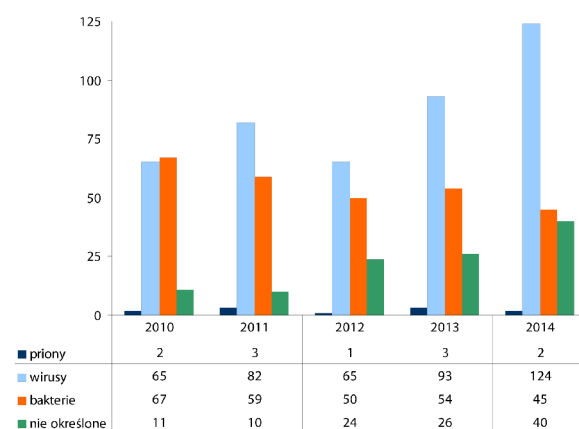


Neuroinfekcje ogółem w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2010 - 2014, zapadalność na 100 tys. ludności.

ryjnej (zap. 2,15/100 tys.), 2 przypadki encefalopatii gąbczastych, a w 40 przypadkach nie określono rodzaju czynnika chorobotwórczego. Hospitalizacja pacjentów w tej grupie chorób wynosiła 100%.

Wykrytymi w badaniach laboratoryjnych, bakteryjnymi czynnikami etiologicznymi zakażeń ośrodkowego układu nerwowego były meningokoki (1) i pneumokoki (8) oraz gronkowce (6) i paciorkowce (3). Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu boreliozy i listeriozy rozpoznano łącznie w 8 przypadkach.

Wśród infekcji wirusowych najczęściej zgłaszaną postacią kliniczną były zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych - 114 przypadków. Zapalenie mózgu o etiologii wirusowej rozpoznano u 10 chorych.



Liczba przypadków chorób OUN w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010 - 2014 wg czynników etiologicznych

Choroby przenoszone przez kleszcze

W województwie kujawsko-pomorskim, w 2014 roku zarejestrowano 413 zachorowań na boreliozę oraz 1 zachorowanie na kleszczowe zapalenie mózgu.

Borelioza (Choroba z Lyme)

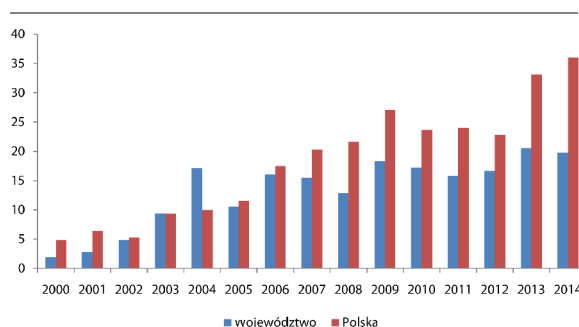
Borelioza z Lyme jest chorobą zakaźną o wielonarządowej symptomatologii klinicznej, wywołaną przez krętki *Borrelia burgdorferi*. Spośród jedenastu genogatunków, trzy są patogenne dla człowieka: *B. burgdorferi* sensu stricto, *B. afzelii* i *B. garinii*. Rezerwuarem tych bakterii są liczne gatunki zwierząt, głównie gryzonie, natomiast wek-

torem choroby są kleszcze z rodzaju Ixodes.

Choroba może mieć różną postać, a jej przebieg regulowany jest zarówno przez układ immunologiczny danej osoby jak i uwarunkowania genetyczne. Objawy mogą przybrać postać skórną (zwłaszcza w początkowej fazie choroby) oraz pozaskórną (neuroborelioza, układu kostno-stawowego oraz układu krążenia).

Jeszcze kilka lat temu brakowało dokładnego rozeznania co do regionów oraz częstości występowania zakażeń u ludzi. Sytuacja zmieniła się w 1996 roku, kiedy to wprowadzono obowiązek zgłaszania i rejestracji przypadków tej choroby. Zapadalność na boreliozę w kraju oraz na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w poszczególnych latach zestawiono w poniższej tabeli oraz na wykresie.

W naszym regionie, w latach 2000-2014 zapadalność na chorobę z Lyme wahała się od 1,95 do 20,53 na 100 tys. mieszkańców. W roku 2014 współczynnik zapadalności zmniejszył się nieznacznie (o 3,7%) w stosunku do roku ubiegłego i wyniósł dla województwa 19,80. Jednocześnie zaobserwowano, iż zapadalność dla województwa była prawie



Przypadki boreliozy w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2000 – 2014, zapadalność na 100 tys. ludności.

zakażenie w związku z wykonywaną pracą. W grupie tej dominowali leśnicy.

Liczba przypadków boreliozy w poszczególnych powiatach była zróżnicowana. W 2014 roku najwięcej zachorowań zarejestrowano w powiecie toruńskim – 79 przypadków (2013 r. – 62), bydgoskim – 68 przypadków (2013 r. – 98), oraz grudziądzkim – 60 przypadków (2013 r. – 51). Natomiast na terenie powiatu radziejowskiego nie odnotowano ani jednego przypadku. Zestawienie przypadków

Borelioza w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2000 – 2014, zapadalność na 100 tys. ludności:

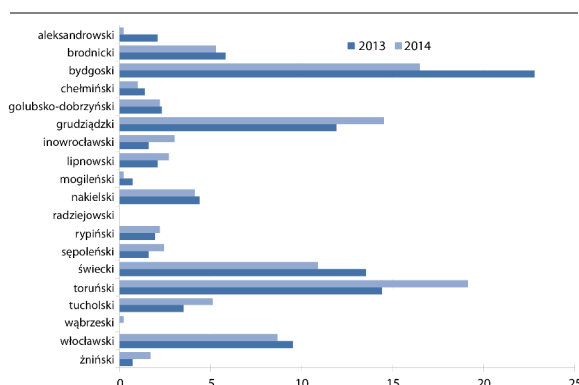
Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
województwo kujawsko-pomorskie	1,95	2,80	4,81	9,42	17,1	10,54	16,06	15,44	12,82	18,27	17,20	15,80	16,63	20,53	19,80
Polska	4,79	6,39	5,25	9,36	10,0	11,54	17,5	20,28	21,64	27,08	23,62	23,98	22,80	33,14	36,01

o połowę niższa od krajowej.

W analizowanym okresie na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zarejestrowano 413 przypadków boreliozy. Hospitalizowano 64 osoby, pozostali leczeni byli ambulatoryjnie. Zgodnie z obowiązującą klasyfikacją, wyodrębniono 398 przypadków potwierdzonych i 15 przypadków prawdopodobnych. U 330 pacjentów rozpoznano wczesną fazę choroby z typowym rumieniem wędrującym. W fazie późnej dominowała postać stawowa (68 przypadków). Dodatkowo zarejestrowano 14 przypadków neuroboreliozy (w tym 5 – zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych), oraz po raz pierwszy odnotowano 1 przypadek boreliozy układu krążenia.

Wśród chorych, 33 osoby były narażone na

choroby w poszczególnych powiatach przedstawiono na poniższym wykresie.



Przypadki boreliozy w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2013 – 2014, zachorowania wg powiatów.

Zapadalność na boreliozę od kilku lat utrzymuje się na stałym, wysokim poziomie. Spowodowane jest to niewątpliwie lepszą diagnostyką i dobrą zgłaszalnością przypadków.

Wobec braku możliwości czynnego uodpornienia przeciw chorobie, istotnym wydaje się podnoszenie świadomości społeczeństwa w zakresie profilaktyki. Szczególnie ważne jest unikanie narażenia poprzez stosowanie odpowiedniego ubioru oraz repelentów.

Kleszczowe zapalenie mózgu

Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM) jest wirusową chorobą wywołaną działaniem Flavivirusa z rodziny Togaviridae. Na człowieka przenoszą go kleszcze z rodzaju Ixodes.

W 2014 roku, podobnie jak w roku minionym, w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano 1 przypadek kleszczowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu (zap. 0,05). Do narażenia doszło na terenie Borów Tucholskich oraz lasów południowo-zachodniej Polski. Przypa-

dek potwierdzono badaniami laboratoryjnymi.

W tym samym roku na terenie kraju, zarejestrowano 196 przypadków tej choroby (zap. 0,51).

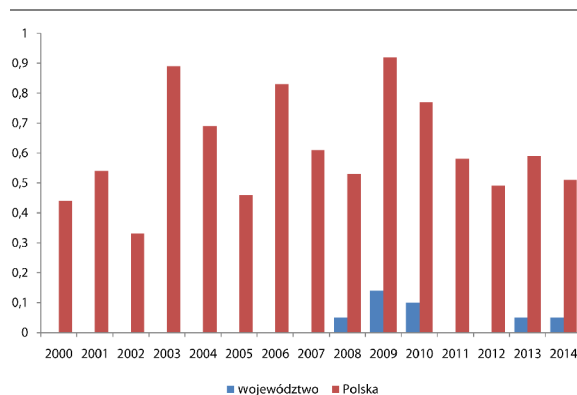
Wieloletnia analiza zachorowań na KZM w województwie kujawsko-pomorskim wskazuje, że ze względu na sporadyczne występowanie, choroba nie stanowi większego problemu. Być może związane jest to ze wzrostem świadomości społecznej, jeśli chodzi o profilaktykę czynną w postaci szczepień ochronnych przeciwko tej chorobie.

Gruźlica

Po dwóch latach funkcjonowania „Programu reorganizacji nadzoru epidemiologicznego nad gruźlicą w województwie kujawsko-pomorskim” prowadzonego przez pracowników jednostek organizacyjnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej regionu, wyraźnie zaznaczyła się tendencja spadkowa zachorowalności na tę chorobę. W 2014 roku zarejestrowano 267 przypadków zachorowań na gruźlicę, tj. o 24% mniej niż w 2013 roku (351) i aż o 37,4% mniej niż w 2012 roku (428). Zapadalność na wszys-

Kleszczowe zapalenie mózgu w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2000 – 2014, zapadalność na 100 tys. ludności:

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
województwo kujawsko-pomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0,05	0,14	0,10	0	0	0,05	0,05
Polska	0,44	0,54	0,33	0,89	0,69	0,46	0,83	0,61	0,53	0,92	0,77	0,58	0,49	0,59	0,51



Kleszczowe zapalenie mózgu w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2000 – 2014, zapadalność na 100 tys. ludności

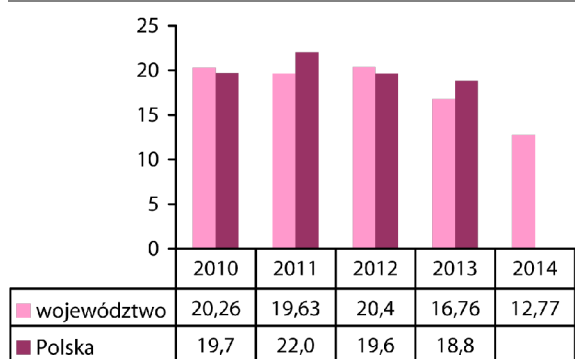
tkie postaci tej choroby w 2014 roku wyniosła 12,77 na 100 tys. ludności. Podobnie jak w poprzednich latach, dominowała gruźlica płuc, której odnotowano 250 przypadków. Ta postać kliniczna choroby stanowiła 93,6% wszystkich postaci zachorowań na gruźlicę.

Największy odsetek zachorowań (76,4% ogółu) odnotowano u osób dorosłych powyżej 40 roku życia, z czego aż 41 przypadków u osób mających więcej niż 70 lat. Zapadalność wśród mężczyzn była znacznie wyższa niż wśród kobiet.

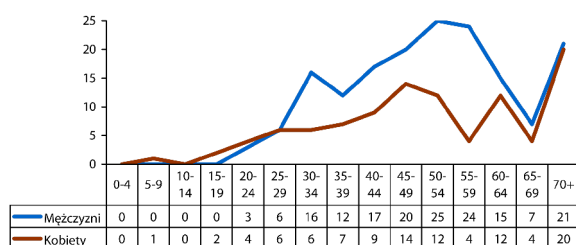
Zgromadzone dane wykazały znaczne różnice zapadalności na gruźlicę w poszczególnych powiatach regionu. Największą liczbę przypadków odnotowano w powiatach grodzkich: Bydgoszcz

(43), Grudziądz (25) i Włocławek (18) a najniższą liczbę w powiatach lipnowskim (1) i radziejowskim (0).

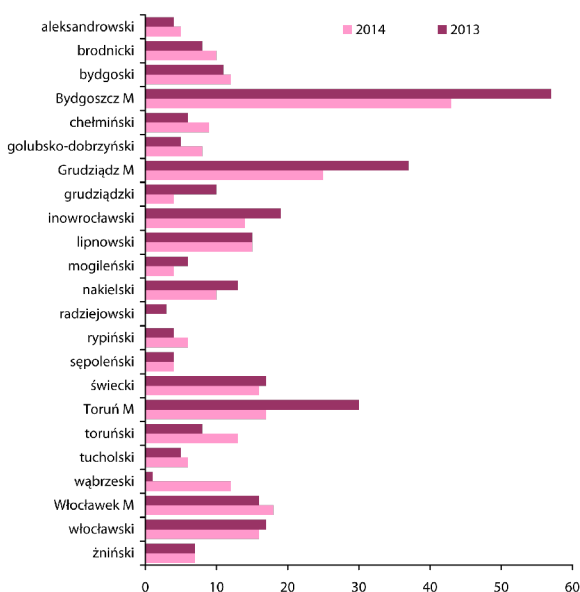
Systematycznie realizowany „Program reorganizacji nadzoru epidemiologicznego nad gruźlicą



Gruźlica w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce w latach 2010 – 2014, zapadalność na 100 tys. ludności.



Liczba zachorowań na gruźlicę w województwie kujawsko-pomorskim, w 2014 roku wg płci i wieku.

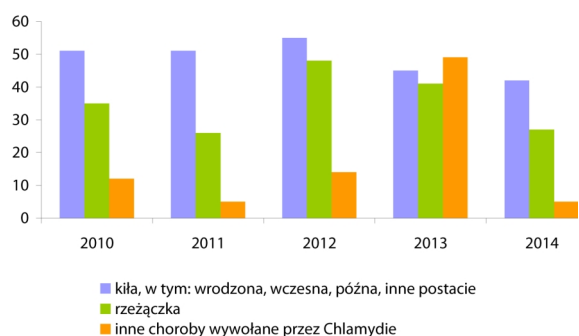


Liczba zachorowań na gruźlicę w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013 – 2014 wg powiatów.

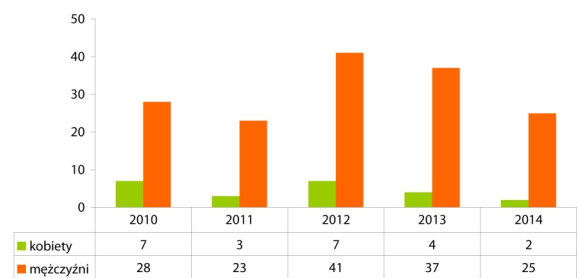
w województwie kujawsko-pomorskim” oraz wdrożony w 2014 roku i stale doskonalony „Program nadzoru epidemiologicznego nad osobami ze styczności z chorymi na gruźlicę” powinien przynieść w najbliższych latach dalszy spadek zachorowalności na tą chorobę w regionie. Duże znaczenie będzie odgrywać zacieśnianie współpracy z lekarzami POZ, podmiotami diagnostycznymi oraz podmiotami leczniczymi zaangażowanymi w zwalczanie gruźlicy.

Choroby przenoszone drogą płciową

W ramach nadzoru nad chorobami przenoszonymi drogą płciową, w 2014 roku zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim 74 przypadki chorób: 42 przypadki wszystkich postaci kiły, 27 przypadków rzeżączki oraz 5 przypadków innych chorób wywołanych przez Chlamydie. Wojewódzkie współczynniki zapadalności były niskie, niższe od krajowych i nie przekraczały wartości 1 dla poszczególnych chorób. Podobnie, jak w kraju, nie notowano ziarnicy wenerycznej wywołanej przez Chlamydie.



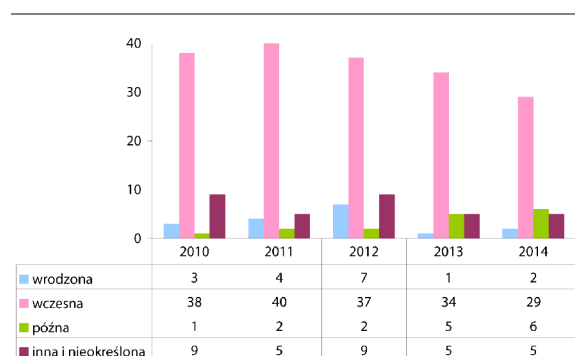
Choroby przenoszone drogą płciową w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2010 – 2014, liczba przypadków.



Rzeżączka w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010 – 2014, liczba przypadków według płci.

Od roku 2012 zauważalny był spadek zgłaszanych zachorowań na rzeżączkę. Analiza danych zachorowań na rzeżączkę wskazywała, że średnia wieku chorych przekraczała 34 lata, a rejestrowane przypadki rozpoznawano głównie u mężczyzn – blisko 93% wszystkich zgłoszonych zachorowań.

Zgłoszono 42 zachorowania na wszystkie postaci kiły, to najmniej od roku 2009. Odnotowano niewielki wzrost rejestrowanych przypadków kiły późnej. W stosunku do lat ubiegłych nastąpił spadek zgłaszanych zachorowań na kiłę okresu wczesnego (najmniej przypadków od 2009 roku). Zgłoszono 2 przypadki kiły wrodzonej. Zachorowania na kiłę częściej notowano u mężczyzn.



Kiła w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2010 – 2014, liczba przypadków według postaci choroby.

Chociaż zapisy ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi gwarantują bezpłatne diagnozowanie, a także leczenie chorych na kiłę i rzeżączkę, statystyki dotyczące zgłoszeń tych jednostek oraz chorób powodowanych przez Chlamydie są bardzo niskie i prawdopodobnie nie odzwierciedlają prawdziwej sytuacji epidemiologicznej, zwłaszcza tych zakażeń, które przebiegają bezobjawowo. Gromadzone dane są niepełne i konieczna jest dalsza poprawa nadzoru w tym zakresie, gdyż choroby przenoszone drogą płciową znalazły się w grupie chorób powracających, niebezpiecznych dla zdrowia publicznego.

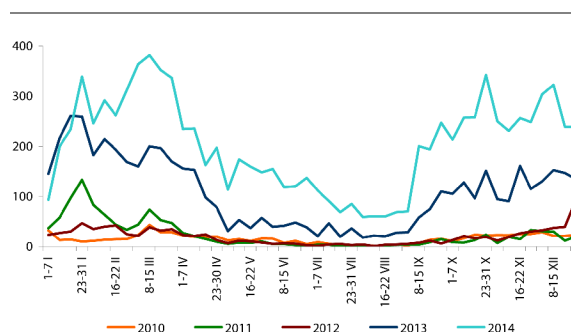
Grypa i zachorowania grypopodobne

W ramach monitorowania sytuacji epidemiologicznej grypy, zgodnie z definicją przyjętą na potrzeby nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi w krajach Unii Europejskiej, zgłaszaniu podlegają przypadki zachorowań i podejrzeń zachorowań na gripę (rozpoznaną klinicznie

i/lub laboratoryjnie) oraz wszystkie rozpoznane klinicznie zachorowania grypopodobne i ostre zakażenia dróg oddechowych.

W roku 2014 odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim 206 197 zachorowań na gripę, infekcje grypopodobne i ostre zakażenia dróg oddechowych. To prawie dwukrotnie więcej niż w roku poprzednim. Zapadalność na 100 tys. mieszkańców wyniosła 9 861,94 i była wyższa od zapadalności krajowej (8 140,81/100 tys.). Udział zachorowań odnotowanych na terenie województwa stanowił 6,6% ogółu zachorowań w kraju.

Zachorowania zgłaszano we wszystkich powiatach województwa kujawsko-pomorskiego. Notowano różnice terytorialne w liczbie zgłaszanych przypadków – od kilkudziesięciu do kilkudziesięciu tysięcy zachorowań w ciągu roku. Wskazuje to na niepełne zgłaszanie zakażeń górnych dróg oddechowych, chociaż w skali województwa obserwowana była znaczna poprawa w tym zakresie.



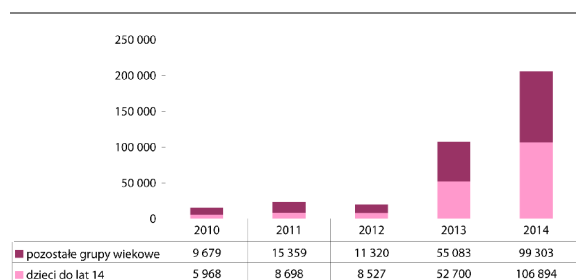
Grypa i zachorowania grypopodobne w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2010 – 2014, zapadalność okresu sprawozdawczego na 100 tys. ludności.

Najwięcej przypadków odnotowano w powiatach grudziądzkim i toruńskim – łącznie blisko 50% wszystkich zachorowań.

Ponad połowę zachorowań rejestrowano w grupie wiekowej 0 – 14 lat (zapadalność 33 702,3 na 100 tys. populacji w wieku 0 – 14 lat), zachorowania osób starszych (65 i więcej lat) stanowiły nieco ponad 7% ogółu zgłoszeń. Od roku 2011 obserwowany jest systematyczny wzrost liczby zachorowań na gripę i infekcje grypopodobne u dzieci i młodzieży do lat 14.

Zachorowania w niewielkim odsetku przypadków wymagały hospitalizacji (0,12%). Zmarły dwie osoby, u których jako wyjściową przyczynę zgonu wskazano gripę wywołaną zidentyfikowanym wirusem.

W roku 2014, w województwie kujawsko-pomorskim, zakażenie wirusem grypy potwierdzono laboratoryjnie u 20 osób. Próbkę materiału biologicznego do badań przysyłały szpitale (badania na zlecenie) oraz podmioty lecznicze podstawowej opieki zdrowotnej (w ramach zintegrowanego nadzoru epidemiologicznego i wirusologicznego, w systemie SENTINEL).



Grypa i zachorowania grypopodobne w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2010 - 2014, udział zachorowań wg wieku.

Typ wirusa	Grupy wiekowe				Razem
	0-4	5-14	15-64	65 i więcej	
typ A	1 (1)	0	8 (5)	1 (1)	10 (7)
podtyp A/H1N1/	0	0	2 (1)	1 (1)	3 (2)
podtyp A/H1N1/v	0	0	4(3)	0	4 (3)
typ B	1	0	1 (1)	1	3 (1)
Razem	2 (1)	0	15 (10)	3 (2)	20 (13)

(n)-liczba pacjentów skierowanych do szpitala

Grypa w województwie kujawsko-pomorskim w roku 2014, przypadki potwierdzone laboratoryjnie z uwzględnieniem wieku chorych.

W zakresie realizacji nadzoru nad grypą w systemie SENTINEL, nadal występują niedostatki spełniania założeń programu, zwłaszcza w obszarze pozyskiwania w podmiotach leczniczych podstawowej opieki zdrowotnej materiału biologicznego do badań wirusologicznych. Informacje dotyczące identyfikacji krążących w środowisku szczepów wirusa grypy są podstawą doboru odpowiednich szczepów, które znajdują się w składzie szczepionki przeciw grypie na dany sezon.

Dostrzegany w Polsce i na świecie problem związany z zachorowaniami na grypę i ich skutkami, z punktu widzenia zdrowia publicznego i kwestii ekonomicznych, znalazł odzwierciedlenie w społecznej inicjatywie Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy, którego celem jest poprawa wyszczepialności przeciw grypie w Polsce, zwłaszcza wśród pacjentów z grup ryzyka oraz informowa-

nie Polaków o zagrożeniach związanych z grypą i jej powikłaniami.

Choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne

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

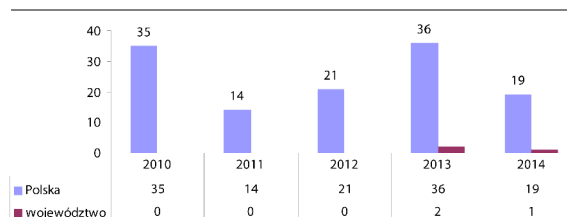
Nie odnotowano zachorowań na błonicę, poliomyelitis, cholerę, dżumę czy wirusowe gorączki krwotoczne.

W związku z zagrożeniem przywleczenia gorączki Ebola do Polski z krajów objętych epidemią tej choroby, podjęto działania mające na celu przygotowanie do ewentualnego pojawienia się na terenie województwa osób podróżujących z rejonu epidemii, potencjalnie zakażonych. Weryfikacji poddano funkcjonujące plany działania, procedury i algorytmy postępowania w przypadku wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

Do chorób importowanych z rejonów endemicznych należy malaria. Sytuacja epidemiologiczna malarii w województwie utrzymywała się na poziomie obserwowanym w ubiegłych latach i było to zachorowanie sporadyczne.

Wystąpiło 1 zachorowanie na malarię u osoby powracającej z Afryki o etiologii *Plasmodium falciparum*.

W kraju zarejestrowano 19 przypadków malarii. Zapadalność na malarię w regionie i w kraju była niższa od 1 na 100 tys. ludności. Na przestrzeni kilku lat wśród chorych z rozpoznaną malarią w województwie kujawsko-pomorskim dominowały osoby podróżujące turystycznie lub w związku z pracą zawodową, które zakaziły się za granicą na obszarach endemicznych malarii.



Malaria w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010 – 2014, liczba zachorowań.



Malaria w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010 – 2014, zapadalność na 100 tys. ludności.

Wykonawstwo szczepień ochronnych

Ocenę realizacji Programu Szczepień Ochronnych w roku 2014 przeprowadzono w oparciu o analizę danych uzyskanych ze sprawozdań z wykonania szczepień ochronnych przekazanych przez powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne województwa kujawsko-pomorskiego, na podstawie sprawozdań sporządzonych przez świadczących wykonujących szczepienia ochronne.

W omawianym okresie szczepienia ochronne realizowane były w 405 punktach szczepień dla dzieci i młodzieży, 26 oddziałach noworodkowych oraz 101 podmiotach wykonujących szczepienia ochronne u osób narażonych na zakażenie. Obowiązkiem szczepień ochronnych w roku 2014 objęta była populacja 410 648 osób w wieku od 0 – 20 lat,

tj. o 2,1% mniejsza niż w roku 2013.

Szczegółowa analiza przebiegu szczepień ochronnych w 1 roku życia wskazywała, że obowiązkowe szczepienia ochronne przeciwko gruźlicy, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis oraz Haemophilus influenzae typu b realizowane były na poziomie zbliżonym do roku poprzedniego (odchylenia od wartości rejestrowanych w roku 2013 nie przekraczały 1%). Wykonawstwo w/w szczepień w ostatnich 5 latach przewyższało nieznacznie średni poziom zaszczepienia w tej grupie wiekowej w kraju.

Stan wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych w 2 roku życia utrzymywał się od wielu lat na stałym, wysokim poziomie, przekraczającym średnie wartości krajowe. W 2014 roku nastąpiło pogorszenie realizacji szczepień przeciwko odrze, śwince i różyczce w 13 – 14 miesiącu życia. Odsetek terminowo zaszczepionych dzieci uległ zmniejszeniu o 3,4% w stosunku do roku poprzedniego. Tendencja spadkowa w tym zakresie obserwowana była w analizowanym okresie również na terenie kraju. Była ona zapewne wynikiem aktywnej działalności tzw. ruchów antyszczepionkowych, szerzących informacje, iż szczepionka skojarzona przeciwko odrze, śwince i różyczce podawana w tej grupie wiekowej może wywołać autyzm. Na skutek tych działań, coraz więcej rodziców unika podania w/w szczepionki swoim dzieciom. Podkreślić jednak należy, że nie ma dowodów naukowych na potwierdzenie zależności pomiędzy szczepieniem

Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych w 1 roku życia w latach 2010 – 2014:

Rodzaj szczepienia	2010 r.		2011 r.		2012 r.		2013 r.		2014 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
BCG szczepienie pierwotne	99,7	99,8	99,6	99,7	99,6	99,7	99,4	99,6	brak danych	99,5
WZW typu B	90,0	90,4	90,3	91,1	90,0	90,4	89,6	90,3	brak danych	91,1
DTP – błonica, tężec, krztusiec	60,5	62,1	60,3	62,3	60,1	62,3	59,8	61,3	brak danych	60,7
Poliomyelitis	60,5	62,1	60,3	62,3	60,1	62,3	59,8	61,3	brak danych	60,7
Haemophilus influenzae typu b	60,3	62,1	60,2	62,3	60,0	62,3	59,7	61,3	brak danych	60,7

przeciwko odrze, śwince i różyczce a występowaniem u dzieci autyzmu.

W prezentowanym przedziale czasowym, obowiązkowe szczepienia ochronne w grupie dzieci i młodzieży szkolnej wykonywane były w województwie kujawsko-pomorskim w odsetkach przekraczających nawet o kilkanaście procent poziom zaszczepienia w kraju.

W roku 2014 szczepienia w w/w populacji realizowane były na poziomie zbliżonym do roku 2013, a najwyższe odsetki uodpornienia uzyskano w przypadku szczepień przeciwko błonicy i tężcowi w 14 roku życia (97,1%) oraz przeciwko odrze, śwince i różyczce w 10 roku życia (96,6%).

Obowiązkowe szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B u uczniów i stu-

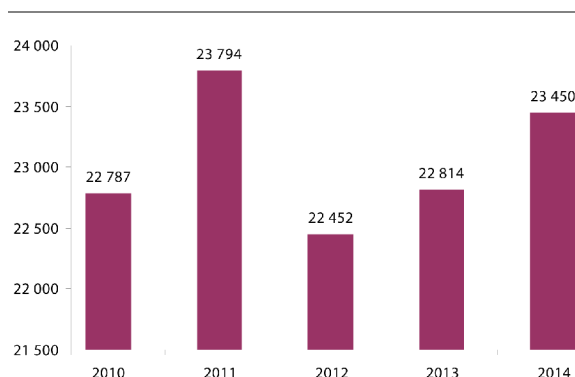
Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych w 2 roku życia w latach 2010 – 2014:

Rodzaj szczepienia	2010 r.		2011 r.		2012 r.		2013 r.		2014 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
WZW typu B	99,8	99,9	99,7	99,8	99,7	99,8	99,6	99,8	brak danych	99,7
DTP – błonica, tężec, krztusiec	99,0	99,5	98,8	99,6	98,7	99,4	98,6	99,4	brak danych	99,3
Poliomyelitis	99,0	99,5	98,8	99,6	98,7	99,4	98,6	99,4	brak danych	99,3
Haemophilus influenzae typu b	98,9	99,5	98,8	99,6	98,7	99,4	98,7	99,4	brak danych	99,3
MMR – odra, świnka, różyczka	84,9	87,7	84,4	88,4	83,6	87,1	82,8	89,5	brak danych	86,1

Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych w grupie dzieci i młodzieży szkolnej, w latach 2010 – 2014:

Rodzaj szczepienia	2010 r.		2011 r.		2012 r.		2013 r.		2014 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
DTaP – błonica, tężec, acelulany, krztusiec w 6 r.ż.	81,7	95,0	81,6	95,3	80,8	94,6	79,9	93,7	brak danych	92,9
OPV – poliomyelitis w 6 r.ż.	81,6	95,0	81,5	95,3	90,8	94,6	79,9	93,7	brak danych	92,9
Td – tężec, błonica w 14 r.ż.	86,7	97,8	86,4	97,7	85,6	97,0	85,0	97,5	brak danych	97,1
Td – tężec, błonica w 19 r.ż.	75,4	94,5	76,0	94,9	75,2	94,9	75,0	94,7	brak danych	94,5
MMR – odra, świnka, różyczka w 10 r.ż.	44,5	96,7	53,7	97,0	76,6	94,9	79,0	96,8	brak danych	96,6

dentów kształcących się na kierunkach medycznych oraz osób wykonujących zawody medyczne od kilku lat realizowane są na poziomie o kilka procent powyżej średnich wartości uzyskiwanych w kraju. Szczepienia w tych grupach wykonane były w 2014 roku na poziomie zbliżonym do roku 2013, chociaż w przypadku uczniów szkół medycznych uzyskano wzrost poziomu zaszczepienia o 1,4% w stosunku do roku poprzedniego. W przypadku osób z bliskiego otoczenia zakażonych HBV, wykonawstwo szczepień od kilku lat należy do najlepszych w kraju. W tej grupie ryzyka obserwowana jest tendencja wzrostowa wykonawstwa szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i w 2014 roku poziom zaszczepienia wyniósł 96,2%.



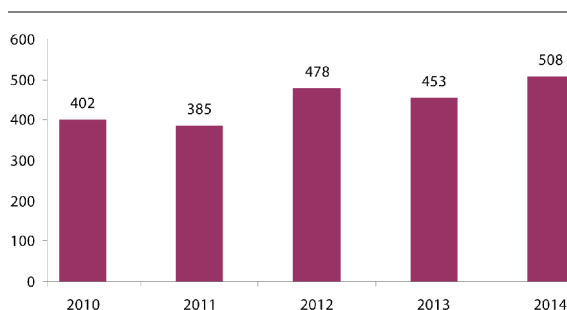
Liczba osób, u których wykonano poekspozycyjne szczepienia p/w tężcowi w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010–2014.

Realizacja szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w grupach ryzyka w latach 2010–2014:

Rodzaj szczepienia	2010 r.		2011 r.		2012 r.		2013 r.		2014 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
Uczniowie szkół medycznych	94,4	99,3	92,9	98,4	94,1	95,2	94,4	97,9	brak danych	99,3
Studenci kierunków medycznych	86,3	99,8	95,2	100,0	95,6	100,0	95,7	99,9	brak danych	99,9
Osoby wykonujące zawody medyczne	98,3	99,2	98,2	99,1	98,4	98,8	98,6	98,9	brak danych	98,7
Otoczenie zakażonych HBV	65,1	95,5	67,1	95,2	68,3	95,4	69,8	95,4	brak danych	96,2

Dzięki prowadzonej w województwie kujawsko-pomorskim intensywnej profilaktyce tężca, podejrzenia lub zachorowania na tężec zdarzają się sporadycznie. W 2014 roku, podobnie jak w roku poprzednim nie rejestrowano zachorowań na tężec. Szczepionka przeciwko tężcowi stosowana jest w celu indywidualnej ochrony przed zachorowaniem. W związku z powyższym każdego roku u ponad 20 tysięcy osób w województwie stosuje się swoiste zapobieganie tężcowi u osób zranionych w celu nie dopuszczenia do rozwoju zakażenia.

W analizowanym okresie ze względu na styczeń i narażenie na zakażenie wścieklizną wystąpiła konieczność podjęcia szczepień przeciwko wściekliznie u 508 osób. Najczęściej źródłem zakażenia były nieznane psy i koty, w nieznacznym procencie zwierzęta dziko żyjące. W 7 przypadkach do



Liczba osób, u których wykonano poekspozycyjne szczepienia przeciwko wściekliznie w latach 2010–2014.

narażenia doszło poza granicami kraju.

W związku z ponownym wzrostem liczby osób szczepionych przeciwko wściekliznie, sytuacja epidemiologiczna w tym zakresie wymaga nadal

ciągłego monitorowania oraz intensywnego edukowania w celu wzrostu wiedzy społeczeństwa na temat profilaktyki tej niebezpiecznej choroby odzwierciedlającej, cechującej się najwyższym wskaźnikiem śmiertelności ze wszystkich znanych zakażeń.

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

prawnie obowiązek zgłaszania i rejestracji niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP).

W roku 2014 zarejestrowano w województwie kujawsko-pomorskim 132 przypadki niepożądanych odczynów poszczepiennych, tj. o ok.18% więcej niż w roku poprzednim. Każdy zgłoszony przypadek niepożądanego odczynu poszczepiennego jest analizowany i kwalifikowany na podstawie kryteriów opracowanych przez światowych ekspertów. Przypuszczać należy, że rejestrowany od 2013 r. znaczny wzrost liczby stwierdzanych NOP, to między innymi wynik prowadzonego przez organy inspekcji sanitarnej nadzoru.

Wśród zgłoszonych w analizowanym okre-

Realizacja wybranych szczepień zalecanych w latach 2010 – 2014:

Szczepienia przeciwko	Liczba zaszczepionych				
	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.
Grypie	63 349	58 227	46 777	51 695	48 675
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu A	1 254	1 142	1 175	1 203	1 258
Kleszczowemu zapaleniu mózgu	1 833	1 341	930	1 032	1 051
Ospie wietrznej	1 669	2 147	3 117	2 901	2 682
Biegunce rotawirusowej	4 121	4 111	4 205	4 251	4 544
Streptococcus pneumoniae	8 678	9 708	9 924	11 083	10 982
Neisseria meningitidis	2 198	2 963	1 740	1 847	2 190
Brodawczakowi ludzkiemu	2 735	1 259	1 038	845	1 014

Corocznie zmienna jest liczba osób poddających się szczepieniom przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A, błonicy, tężcowi, durowi brzusznemu, żółtej gorączce, które związane są z podróżami do krajów o odmiennych warunkach klimatycznych, tym do krajów o niskim statusie sanitarno-higienicznym.

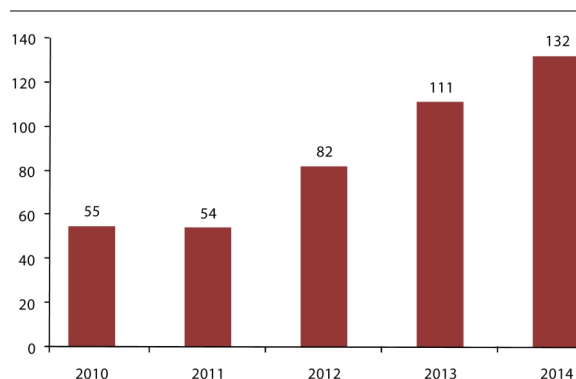
Korzystna sytuacja epidemiologiczna wielu chorób zakaźnych, którą osiągnięto dzięki prowadzeniu szczepień ochronnych powoduje, że społeczeństwo i realizatorzy szczepień coraz więcej uwagi poświęcają bezpieczeństwu szczepień i niepożądanym odczynom poszczepiennym – niekorzystnym reakcjom organizmu, mogącym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

W Polsce od wielu lat istnieje uregulowany

się przypadków NOP – 95,5% zakwalifikowano jako łagodne. Wszystkie osoby, u których wystąpił niepożądany odczyn poszczepienny, otrzymały stosowne do występujących objawów leczenie i objęte zostały indywidualnym nadzorem epidemiologicznym.

W celu utrzymania immunogenności szczepionek organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły również stały nadzór nad przechowywaniem, dystrybucją i transportem w zakresie zachowania oraz monitorowania łańcucha chłodniczego.

Zagrożeniem dla realizacji szczepień ochronnych są nasilające się w ostatnich latach oddziaływania ruchów antyszczepionkowych. Decydując się na rezygnację ze szczepień, rodzice bądź opiekunowie ryzykują zdrowiem i życiem swoich dzieci.



Liczba zgłoszonych niepożądanych odczynów poszczepiennych w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2010–2014.

Wnioski

1. Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych w 2014 roku była zróżnicowana ale można ją ocenić jako dobrą.
2. Pomimo potencjalnego zagrożenia nie przywleczono do naszego regionu gorączki Ebola i innych chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.
3. Z chorób importowanych z terenów endemicznych, odnotowano 1 przypadek malarii.
4. Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych objętych programem obowiązkowych szczepień ochronnych cechowała podobnie, jak w latach poprzednich cykliczność ich występowania. Zaznaczył się przeszło 2,5-krotny wzrost zapadalności na krztusiec i prawie 12% wzrost zapadalności na ospę wietrzną. Zapadalność na świnkę zbliżona była do poziomu z roku 2013. Nastąpił przeszło 9-krotny spadek zapadalności na różyczkę po epidemii wyrównawczej tej choroby w 2013 roku.
5. Szczepienia ochronne w ocenianym okresie wykonane były zgodnie z obowiązującymi zasadami, w odsetkach zapewniających odporność populacyjną.
6. Nadal dużym zagrożeniem dla realizacji szczepień ochronnych są nasilające się działania ruchów antyszczepionkowych. Skutkuje to obserwowaną od kilku lat rosnącą liczbą rodziców (opiekunów) uchylających się lub odmawiających poddania swoich dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Przyniesie to w przyszłości szkodliwe następstwa dla zdrowia publicznego.

7. Utrzymanie akceptacji społecznej szczepień i wysokiego odsetka uodpornienia populacji, to ważny element działania PIS, ale wymaga aktywnego włączenia się personelu medycznego prowadzącego szczepienia ochronne.
8. Zaobserwowano nieznaczny spadek z 54 do 46 tj. o 15% liczby zgłoszonych ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową, 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.
9. Pomimo obserwowanej tendencji wzrostu liczby wykrywanych przypadków wzw B i C, to przypadki o przebiegu ostrym stanowią w naszym województwie niski odsetek wszystkich zachorowań.
10. Nastąpił spadek o 38% nowo wykrytych zakażeń HIV. Odnotowano tylko 2 zachorowania na AIDS. Nadal problemem są niekompletne zgłoszenia od lekarzy, które nie zawierają danych istotnych do ustalenia transmisji zakażeń.
11. Zaobserwowano wzrost zapadalności w grupie infekcyjnych chorób ośrodkowego układu nerwowego w tym przeszło 41% o etiologii wirusowej – zapadalność wojewódzka utrzymywała się na poziomie zbliżonym do krajowej. Wymaga to dalszej obserwacji.
12. Z chorób przenoszonych przez kleszcze od lat dominuje borelioza – zapadalność nieznacznie spadła. Wobec braku czynnego uodpornienia przeciw tej chorobie należy podejmować działania edukacyjne w społeczeństwie w zakresie stosowania odpowiednich zabezpieczeń przed kleszczami.
13. Od chwili wdrożenia w 2013 roku „Programu reorganizacji nadzoru epidemiologicznego nad gruźlicą w województwie kujawsko-pomorskim” znacznie obniżyła się zapadalność na tę chorobę. Zarejestrowano 24% mniej zachorowań. Systematycznie realizowany program i stale doskonalony nadzór epidemiologiczny nad osobami ze styczności z chorymi na gruźlicę powinien przynieść w najbliższych latach dalszy spadek zachorowalności na gruźlicę w regionie.
14. Z raportowanych chorób przenoszonych drogą płciową największy odsetek stanowiła kiła.
15. Odnotowano 2-krotny wzrost zachorowań na grypę, infekcje grypopodobne i ostre zakażenia dróg oddechowych, co było kontynuacją wzrostu zachorowań obserwowanego w 2013 roku i poprawą zgłaszalności w regionie.



HIGIENA KOMUNALNA 1



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

Działalność kontrolno-represyjna

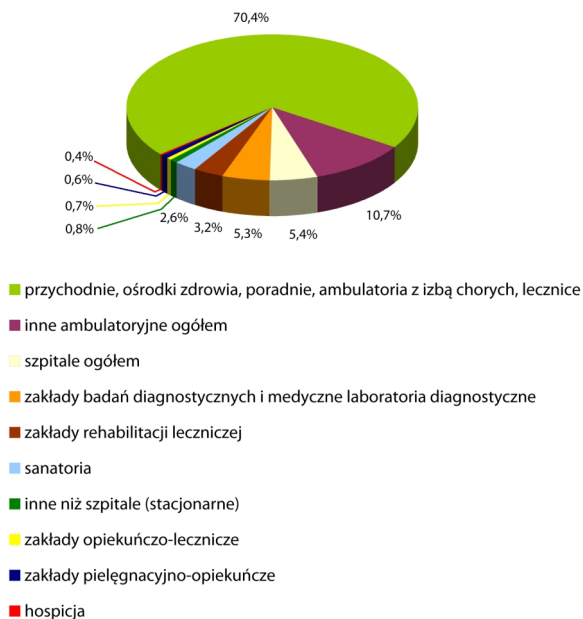
W województwie kujawsko-pomorskim w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 1 023 podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą oraz 2 400 praktyk zawodowych.

Podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą obejmowały:

- 107 podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
 - 55 szpitali, w tym 8 szpitali jednodniowych i 7 szpitali uzdrowiskowych,
 - 7 zakładów opiekuńczo-leczniczych,
 - 6 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych,
 - 27 sanatoriów,
 - 4 hospicja stacjonarne,
 - 8 innych,
- 916 podmiotów leczniczych wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne:
 - 720 przychodni, ośrodków zdrowia, poradni, ambulatoriów z izbą chorych, lecznic,
 - 54 zakładów badań diagnostycznych i medycznych laboratoriów diagnostycznych,
 - 33 zakładów rehabilitacji leczniczej,
 - 109 innych, w tym 2 uzdrowiskowe
- praktyki zawodowe, obejmujące:
 - 2 231 praktyk lekarskich,
 - 120 praktyk pielęgniarskich,
 - 49 innych.

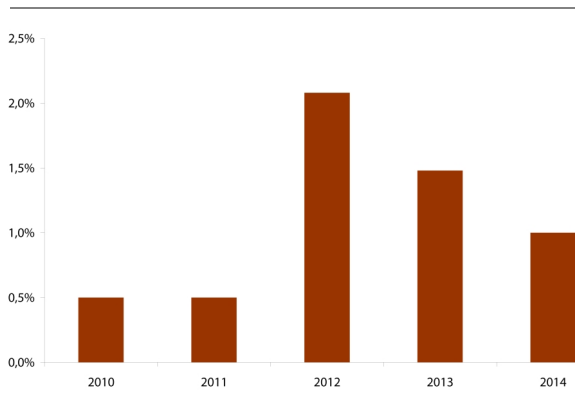
W roku 2014 r. skontrolowano ogółem 1 681 podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych, w tym 854 podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą, tj. 83,5% ujętych w ewidencji

oraz 827 tj. 34,5% praktyk zawodowych: lekarskich, pielęgniarskich i innych. W porównaniu z rokiem ubiegłym, poprawie uległ stan higieniczno-sanitarny i techniczny omawianych placówek, bowiem negatywnie pod tym względem oceniono 1% (17) obiektów, w tym 0,7% (12) obiektów tylko pod względem technicznym i tylko 0,1 % (2) placówek pod względem higieniczno-sanitarnym. Na przestrzeni ostatnich czterech lat odsetek ze złym stanem sanitarnym wynosił odpowiednio: 0,5% w 2010 r. i 0,5 % w 2011 r., 2,08 % w 2012 r. i 1,48 % w 2013 r.



W roku sprawozdawczym przeprowadzono łącznie 2 599 kontroli sanitarnych. Wydano 177 decyzji merytorycznych, 471 decyzji opiniujących spełnienie wymagań sanitarnych obowiązujących przepisów prawnych, 16 decyzji opiniujących pro-

gramy dostosowania, wystosowano 77 wystąpień. W ciągu roku wystawiono również 2 postanowienia. Za rażące zaniedbania sanitarno-porządkowe nałożono mandaty karne na kwotę 4 750,00 zł oraz nałożono 2 grzywny na sumę 200,00 zł.



Stan techniczny i funkcjonalny

Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Szpitala

W 2014 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zwiększyła się liczba szpitali – rozpoczął działalność nowy szpital Św. Łukasza w Bydgoszczy. Wobec czego w ewidencji było 55 placówek, w tym 8 szpitali jednodniowych oraz 7 szpitali uzdrowiskowych. W omawianym okresie sprawozdawczym wszystkie jednostki szpitalne objęte zostały kontrolami sanitarnymi. 2 placówki szpitalne zostały ocenione negatywnie tj. Szpital Uzdrowiskowy nr IV „Dom Zdrojowy” w Ciechocinku oraz ZOZ w Brodnicy.

Omawiając stan higieniczno-sanitarny i techniczny szpitali należy stwierdzić, że był on zróżnicowany: 13 placówek (12 w 2013 r.) spełniało wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Były to: Centrum Diagnostyczno-Lecnicze Sp. z o.o. Szpital Specjalistyczny „Barska”, Specjalistyczny Szpital Rehabilitacyjny „Barska” Sp. z o.o. we Włocławku, Szpital ESKULAP Centrum Leczenia Chorób Serca i Naczyń w Osielsku, Szpital Prywatna

Klinika Wident - Liliana Winiarska, ZOZ Szpital Aresztu Śledczego, Centrum Onkologii oraz Szpital Św. Łukasza w Bydgoszczy oraz 6 szpitali jednodniowych (4 w Bydgoszczy i po jednym w Toruniu i we Włocławku). Pozostałe jednostki szpitalne posiadały opracowane i zaopiniowane programy dostosowania. Zakres realizacji programów dostosowawczych był zróżnicowany i w dużej mierze zależny od ich sytuacji ekonomicznej. Najczęstszymi zastrzeżeniami dotyczącymi skontrolowanych obiektów były naruszenia higieniczno-sanitarne i techniczne. Dotyczyły one głównie złego stanu ścian, sufitów, podłóg, stolarki drzwiowej oraz wyposażenia. Znaczącą poprawę stanu technicznego uzyskał Wojewódzki Szpital Zespolony (Szpital Psychiatryczny) w Toruniu.

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

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

W stosunku do roku ubiegłego zmian liczbowych w tej grupie obiektów nie odnotowano. Były to obiekty o dobrym stanie higieniczno-sanitarnym i technicznym. Poza 3 obiektami: Hospicjum „Nadzieja” w Toruniu, Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym w Grudziądzu ZOZ Szpitala Aresztu Śledczego w Bydgoszczy oraz Oddziałem Uzdrowiskowej Rehabilitacji Szpitalnej „Hel” w Wieńcu Zdroju gm. Brześć Kujawski wszystkie spełniały wymagania obowiązującego rozporządzenia. Poprawę stanu technicznego uzyskano w 2 obiektach: w ZPO Centrum „Epimigren” w Osielsku poprzez uruchomienie Oddziału Rehabilitacji oraz w Hospicjum im. Bł. Ks. J. Popiełuszki w Bydgoszczy poprzez wybudowanie nowego budynku, w którym zlokalizowano nowy oddział stacjonarny. Tylko w 4 obiektach (ZOL w Raciążku i Suradówku gm. Wielkie oraz w 2 innych w Ciechocinku) kwestionowano stan sanitarno-techniczny pomieszczeń.

Sanatoria

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zewidencjonowanych było 27 obiektów (w Ciechocinku – 20, w Inowrocławiu – 5, w Wieńcu Zdroju gm. Brześć Kujawski – 2) i wszystkie zostały skontrolowane. W omawianym okresie sprawozdawczym 19 z nich spełniało wymagania obo-

wiązujących przepisów. Stan sanitarno-techniczny i funkcjonalny tych obiektów oceniono jako dobry lub dostateczny.

Ocenę negatywną pod względem higieniczno-sanitarnym otrzymało tylko jedno Sanatorium Uzdrawiskowe „Modrzew” w Inowrocławiu. Na 5 obiektów w drodze decyzji administracyjnej nałożono obowiązki dotyczące poprawy ich stanu sanitarno-technicznego.

W 2014 r. odnotowano polepszenie stanu sanitarno-technicznego w 5 obiektach (4 w Ciechoćniku i 1 w Inowrocławiu), poprzez wykonanie w nich remontów malarskich pokoi hotelowych, łazienek, pomieszczeń zabiegowych, klatek schodowych, basenów i pomieszczeń gospodarczych oraz zwiększenie liczby pokoi.

Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

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

Placówki te stanowiły najliczniejszą grupę wśród podmiotów leczniczych wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne i było ich w ewidencji 720 (w ubiegłym roku 710).

Obiekty tej kategorii cechowało duże różnicowanie stanu technicznego, funkcjonalnego i wyposażenia. Nowo powstałe placówki były prawidłowo urządzone i zorganizowane, oferowały szeroki zakres usług i badań medycznych. W porównaniu z rokiem 2013 stan sanitarny tych placówek uległ poprawie, gdyż negatywnie oceniono 13 jednostek, w tym tylko 1 pod względem higieniczno-sanitarnym, a 9 tylko pod względem technicznym. Najczęściej notowanymi nieprawidłowościami były: niedostosowanie pomieszczeń higieniczno-sanitarnych dla osób niepełnosprawnych, brak bezpośredniego połączenia pokoju badań lekarskich z kabiną higieniczną w poradni dla kobiet, zły stan techniczny ścian, sufitów i podłóg, niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny urządzeń i sprzętu, nieprawidłowa organizacja ciągów technologicznych w procesie sterylizacji narzędzi w gabinetach stomatologicznych, brak właściwej wentylacji i ciepłej wody w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych, nieprawidłowy sposób postępowania z narzędziami i sprzętem sterylnym, brak procedur higieniczno-sanitarnych. Sukcesywnie prowadzone prace remontowe i modernizacyjne związane m. in. z realizacją programów dostosowawczych, rozbudowywanie istniejących

budynków, jak również oddawanie do użytku nowych, zakup nowych urządzeń oraz sprzętu spowodowały poprawę w 32 placówkach. Spośród 19 powiatów województwa, w 7 omawiane obiekty w 100% spełniały wymagania, w 9 w 85-96%, w 3 pozostałych w 60-76%.

Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne

Na terenie woj. kujawsko-pomorskiego działało 54 tego rodzaju obiektów. W stosunku do roku ubiegłego przybyło 6 placówek (3 w Toruniu i po 1 w Bydgoszczy, Włocławku i Sępólnie Krajeńskim), w większości były to punkty pobrania materiału biologicznego do badań diagnostycznych. W omawianym okresie skontrolowano 40 obiektów, co stanowiło ok. 74% ich ogólnej liczby. W 2014 r. nie budziły one zastrzeżeń zarówno natury sanitarnej, jak i technicznej. Jedynie w 2 jednostkach stwierdzono następujące nieprawidłowości: brak dozowników z płynem dezynfekcyjnym w Laboratorium SYNEVO w Toruniu i zły stan techniczny pomieszczeń w Laboratorium Analiz Lekarskich ALAB w Tucholi. Większość tych obiektów tj. ok. 87% (w ubr. 75%) spełniała wymagania obowiązujących przepisów prawnych. Wyposażone były w nowoczesny sprzęt i urządzenia do diagnostyki laboratoryjnej, jak również dostosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych.

Zakłady rehabilitacji leczniczej

Na terenie woj. kujawsko-pomorskiego zewidencjonowanych było 33 takich placówek (w ub.r. 35). Omawiana grupa obiektów nie budziła zastrzeżeń zarówno natury sanitarnej, jak i technicznej, 88% z nich spełniała wymogi prawa. W stosunku do roku ubiegłego odnotowano poprawę stanu sanitarno-technicznego w 2 zakładach zlokalizowanych w Toruniu poprzez wyegzekwowanie nakazów decyzji administracyjnych.

Inne podmioty lecznicze, w tym uzdrowiskowe

Do tej bardzo zróżnicowanej grupy zaliczono Oddziały Terenowe Regionalnego Centrum Krwioudawstwa i Krwiolecznictwa, pracownie RTG, gabinety szkolne, stacje dializ, stacje pogotowia ratunkowego, poradnie logopedyczne, wyjazdową opiekę hospicyjno-paliatywną i inne. Stan techniczny i funkcjonalny większości tych obiektów był dobry.

W 2014 r. w 2 obiektach uzyskano poprawę stanu technicznego: w Zakładzie Przyrodolecznictw w Więńcu Zdroju gm. Brześć Kujawski i Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Oddziale Terenowym w Toruniu.

Praktyki lekarskie, pielęgniarskie i inne

Obiekty tej grupy nie budziły większych zastrzeżeń. Najliczniejsze z nich były indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie. Podobnie, jak w latach poprzednich, część praktyk lekarskich prowadziła swoją działalność w pomieszczeniach podmiotów leczniczych (przychodniach, sanatoriach, szpitalach uzdrowiskowych), część funkcjonowała w tym samym pomieszczeniu z zachowaniem rozdziału czasowego. W przypadku praktyk pielęgniarskich usługi medyczne świadczone były na miejscu, bądź w większości przypadków w domu chorego. Pozostałe praktyki to między innymi gabinety: logopedyczne, kinezyterapii, rehabilitacji, hirudoterapii, pracownie protetyczne i inne.

Omawiane obiekty prezentowały na ogół dobry stan higieniczno-sanitarny i techniczny, gdyż tylko jedną Indywidualną Praktykę Stomatologiczną w Rojewie oceniono negatywnie pod względem technicznym. W ciągu roku sprawozdawczego w kilku praktykach lekarskich z powiatu lipnowskiego wydano doraźne zalecenia pokontrolne dotyczące przedłożenia do wglądu umów na wywóz odpadów komunalnych. Ponadto w omawianej grupie obiektów wydano 32 decyzje administracyjne dotyczące, podobnie jak w roku ubiegłym, zorganizowania pomieszczeń porządkowych wyposażonych w zlew z baterią i dozowniki ze środkiem dezynfekcyjnym, zapewnienia jednokierunkowego ciągu technologicznego procesu sterylizacji w gabinetach stomatologicznych, wyposażenia gabinetów w stanowiska do higienicznego mycia rąk, wyposażenia w bidet pomieszczenia higieniczno-sanitarnego przy gabinetach ginekologicznych, realizacji i dokumentowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, zapewnienia właściwego stanu sanitarno-technicznego ścian, sufitów, podłóg oraz wyposażenia, opracowania procedur higieniczno-sanitarnych. Z uwagi na rażące uchybienia w zakresie niewłaściwego postępowania z odpadami medycznymi, braku wydzielonego pomieszczenia do przechowywania odpadów medycznych, nie pakietowania narzędzi, braku stanowiska do higienicznego mycia rąk oraz stosowania przeterminowanych środków dezynfekcyjnych, bra-

ku procedur higieniczno-sanitarnych, unieruchomiono Indywidualną Specjalistyczną Praktykę Stomatologiczną FORDENS w Bydgoszczy. W wyniku przeprowadzonych remontów, modernizacji bądź przeniesienia do nowych pomieszczeń oraz wyposażenia w nowy sprzęt i urządzenia poprawę uzyskano w 9 praktykach.

Utrzymanie czystości

Szpitala

Wyposażenie szpitali w sprzęt medyczny, w szczególności jednorazowego użytku, materiały opatrunkowe, rękawiczki jednorazowe, a także zaopatrzenie w środki myjące i dezynfekujące było na ogół wystarczające, a dostateczne w NZOZ „Nowym Szpitalu” Sp. z o.o. w Wąbrzeźnie.

Utrzymaniem czystości bieżącej w szpitalach zajmowały się w przeważającej większości placówek ekipy wewnętrzne, natomiast w 13 (w ubr. 14) tj. 24% firmy zewnętrzne. Tendencję taką obserwuje się już od dłuższego czasu, przy czym chętniej z zewnętrznych ekip korzystały szpitale zlokalizowane w dużych miastach województwa.

W większości szpitali na oddziałach wyznaczone były pomieszczenia, gdzie przechowywano sprzęt porządkowy, środki myjąco-czyszczące i dezynfekcyjne. Sprzęt ten wydzielony był w zależności od stref czystości mikrobiologicznej. Stosowane do sprzątnia mopy były odpowiednio oznakowane, przy czym osobne były do mycia i do dezynfekcji powierzchni. Jedynie w 2 placówkach stwierdzono pewne nieprawidłowości: w Toruniu nieprawidłowe miejsce i sposób sortowania czystych mopów, a także niewystarczający zapas mopów i ściereczek na oddziałach, w Bydgoszczy brak właściwego postępowania przy transporcie środków czystości i ręczników jednorazowego użytku przez ekipy sprząające. Coraz częściej do utrzymania czystości stosowano ściereczki jednorazowego użycia.

We wszystkich jednostkach sprzątnie i utrzymanie czystości odbywało się z zachowaniem norm higienicznych, określonych w opracowanych i wdrożonych procedurach.

Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą

W omawianej grupie obiektów nie stwierdzono braków w zakresie wyposażenia w sprzęt medyczny jednorazowego użytku oraz zaopatrzenia

w środki opatrunkowe, ręczniki jednorazowe, a także w środki myjące i dezynfekujące.

Sprzątaniem i utrzymaniem czystości w tej grupie obiektów zajmowali się pracownicy, bądź w nielicznych przypadkach firmy zewnętrzne, dotyczyło to głównie 5 placówek sanatoryjnych, 1 ZOL-u, 2 ZPO, 1 Laboratorium diagnostycznego, 1 Zakładu Przyrodoleczniczego oraz większych przychodni zlokalizowanych w Bydgoszczy, Toruniu i we Włocławku. W przypadku praktyk zlokalizowanych w budynkach podmiotów leczniczych, sprzątanie zagwarantowane było w ramach umowy najmu lokalu. Sprzęt porządkowy oraz środki myjąco-dezynfekcyjne przechowywane były w wydzielonych miejscach lub pomieszczeniach i w roku sprawozdawczym nie odnotowano problemów w ich zaopatrzeniu.

W 10 placówkach stwierdzono nieprawidłowości w zakresie utrzymania czystości, co skutkowało nałożeniem grzywnien w postaci mandatów karnych.

Należy podkreślić, że odnotowywane na przestrzeni ostatnich lat, szczególnie w dużych przychodniach, wspólne użytkowanie pomieszczeń gabinetów lekarskich przez jednostki organizacyjne o różnym charakterze (np. praktyki lekarskie, praktyki pielęgniarskie, pielęgniarki środowiskowe) nadal utrudniało organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowanie w nich bieżącego nadzoru sanitarnego.

Dezynfekcja i sterylizacja

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

Szpitalne opracowały i wdrożyły systemy zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. W oparciu o przepisy prawa opracowywane były procedury sanitarno-higieniczne, zmieniane i aktualizowane ze względu na zmiany w oddziałach szpitalnych i nowe doniesienia naukowe. Zarządzeniem wprowadzone do stosowania i przestrzegania zapisów w nich zawartych.

We wszystkich szpitalach powołano zespoły i komitety kontroli zakażeń szpitalnych. W obszarze działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych monitorowano środowisko szpitalne pod względem epidemiologicznym, spra-

wowano nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami. Oceniano ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych. Wprowadzono formularze lub karty oceny ryzyka zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, które okresowo podlegały przeglądowi i analizie. Wdrażano działania zapobiegawcze, prowadzono edukację personelu w tym zakresie. We wszystkich szpitalach prowadzona była kontrola wewnętrzna realizowania tych działań według ustalonych harmonogramów, co potwierdzone było stosowną dokumentacją. Ponadto w szpitalach powołano zespoły do spraw antybiotykoterapii lub wyznaczano do tego zadania konkretne osoby.

Przeprowadzone w roku 2014 kontrole w szpitalach wykazały niezgodny z przepisami prawnymi skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych w dwóch obiektach Nowy Szpital w Nakle i Szubinie i SP ZOZ w Mogilnie.

Dezynfekcja narzędzi i sprzętu medycznego oraz powierzchni

Podobnie jak w roku ubiegłym narzędzia i sprzęt wielorazowego użycia poddawano dezynfekcji zgodnie z obowiązującymi standardami. W placówkach posiadających dobrze zorganizowane centralne sterylizatornie, narzędzia we właściwie oznakowanych kontenerach transportowane były do sterylizatorni według wyznaczonego harmonogramu godzinowego lub w zależności od potrzeb. W szpitalach, które procesy dekontaminacji zleciły firmom zewnętrznym, narzędzia i sprzęt medyczny po wstępnej dezynfekcji, transportowany był do pomieszczeń ekspedycji, skąd przekazywany był do centralnych sterylizatorni, gdzie poddawany był mechanicznym procesom dekontaminacji. Z usług firmy zewnętrznej „CitoNet” korzystało 15 szpitali, z usług innego podmiotu leczniczego korzystało 7 szpitali. Obiekty, które w swojej strukturze organizacyjnej posiadały punkty sterylizacji lub sterylizatornię bez strefy brudnej, dezynfekcję właściwą narzędzi i sprzętu przeprowadzały na oddziałach. Narzędzia i sprzęt medyczny dezynfekowano w odpowiednich pojemnikach, oznaczonych: nazwą preparatu, stężeniem, datą przygotowania, podpisem osoby sporządzającej roztwór. Narzędzia medyczne podlegały bieżącej kontroli jakości, zużyte ulegały kasacji i w miarę możliwości finansowych nabywano nowy i nowoczesny sprzęt, co wpływało na jakość

wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Stosowano środki dezynfekcyjne dobrane właściwie o odpowiednim stężeniu i czasie działania, zarejestrowane i dopuszczone do obrotu przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, posiadające ważne terminy 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. Nie stwierdzono braków w zaopatrzeniu podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w sprzęt medyczny, materiały opatrunkowe, ręczniki jednorazowego użytku, w środki myjące i dezynfekujące.

Dekontaminacja endoskopów odbywała się w wydzielonych zmywalniach wyposażonych w myjnie automatyczne oraz dodatkowo, w niektórych placówkach w myjnie ultradźwiękowe. Do mycia kanałów endoskopu stosowano jałowe szczoteczki jednorazowe. Po procesie mycia i dezynfekcji endoskopy przechowywane były w pozycji wiszącej, dodatkowo zabezpieczone jałowymi pokrowcami w zamykanych szczelnych szafach. Stosowane były wyłącznie endoskopy ze szczelną optyką, co umożliwiała ich mycie i dezynfekcję w pełnym zanurzeniu. Testy szczelności endoskopów były przeprowadzane manualnie i maszynowo. Wszystkie szpitale, które wykonywały badania endoskopowe poddawały procesom sterylizacji akcesoria endoskopowe. Zautomatyzowanie procesu mycia i dezynfekcji oraz zastępowanie sprzętu wielorazowego użycia akcesoriami jednorazowego użycia zmniejszało ryzyko przenoszenia zakażeń i przyczyniało się w znacznej mierze do poprawy bezpieczeństwa pacjentów podczas wykonywania badań diagnostycznych.

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

Stosowano urządzenia do dezynfekcji powietrza metodą zamgławiania.

Komory dezynfekcyjne

W roku 2014 w 10 szpitalach działało 12 komór (rok 2013 w 14 szpitalach 18 komór dezynfekcyjnych). Liczba komór sukcesywnie maleje, szpitale wyłączają z użytkowania stary, zużyty sprzęt. Cztery szpitale zlikwidowały stare komory dezynfekcyjne, Szpital Uniwersytecki nr 1 w Bydgoszczy trzy stare komory dezynfekcyjne zastąpił jedną nową nowoczesną. Coraz więcej podmiotów zleca usługę dezynfekcji komorowej jednostkom zewnętrznym. Są to zlecenia stałe lub doraźne.

Dezynfekcja komorowa w szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego:

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

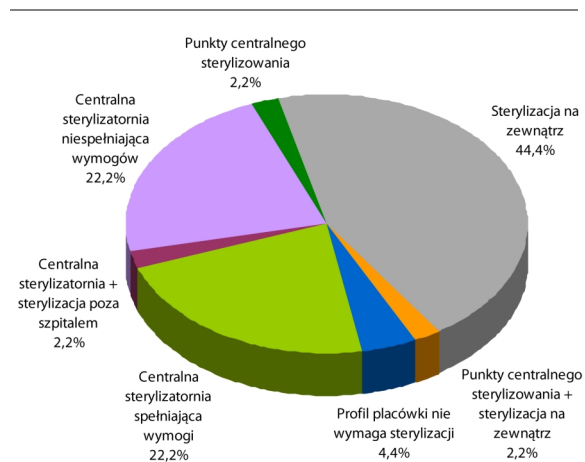
Podczas przeprowadzonych w 2014 roku kontroli w szpitalach najczęściej stwierdzano nieprawidłowości w zakresie przestrzegania procedur dezynfekcji powierzchni dotykowych i bezdotykowych a w jednym gabinecie lekarskim stwierdzono brak stanowiska do mycia rąk.

Sterylizacja

W szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego podobnie jak w roku ubiegłym funkcjonowały centralne lub lokalne sterylizatornie, część z nich nie spełniała wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Wszystkie niezgodności z przepisami prawa ujęte były w planach dostosowawczych. Obecnie obowiązujące przepisy dają możliwość dostosowania do właściwego stanu sanitarno-technicznego do roku 2016. Ze względów ekonomicznych większość podmiotów wyznacza termin ostateczny. W roku 2014 rozpoczęły działalność dwie centralne sterylizatornie: w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy oraz w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy, obie speł-

niają wymogi prawa. Nadal najgorsze pod względem technicznym oraz zabezpieczeń p/epidemicznych warunki były w punkcie centralnego sterylizowania w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim. Szpital przedstawił projekt przebudowy sterylizatorni, termin zakończenia inwestycji planowany jest na 31.03.2015 roku. Do tego czasu zmieniono organizację pracy (poprzez rozdział czasowy sterylizacji narzędzi z bloku operacyjnego i pozostałych jednostek organizacyjnych szpitala) celem zminimalizowania zagrożeń przeniesienia zakażenia z wyrobu niesterylnego na wyrób poddany sterylizacji. Coraz więcej szpitali zleca sterylizację jednostkom zlokalizowanym poza zakładem, posiadającym system zarządzania jakością (ISO lub GMP).

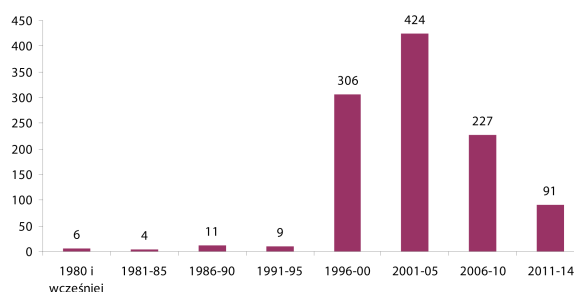
W roku 2014, 22 szpitale sterylizowały sprzęt i narzędzia w jednostce zewnętrznej, 15 w firmie CitoNet w Bydgoszczy lub Toruniu, dla 7 szpitali usługę tę świadczyły inne szpitale (2013 rok: 19 szpitali sterylizowało sprzęt i narzędzia w jednostce zewnętrznej, 13 w firmie CitoNet w Bydgoszczy lub Toruniu, dla 6 szpitali usługę tę świadczyły inne szpitale). Trzy szpitale zlecały tylko usługę sterylizacji niskotemperaturowej sprzętu termolabilnego. Podmioty lecznicze, w których czas pobytu pacjenta nie przekraczał 24 godzin wyposażone były w punkty sterylizacji przy blokach operacyjnych lub zlecały usługi sterylizacji sprzętów i narzędzi innym podmiotom leczniczym lub firmie CitoNet z Bydgoszczy.



Organizacja sterylizacji w szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego.

W 45 obiektach szpitalnych działało 20 centralnych sterylizatorni, 10 (22,22%) z nich spełniało wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, 10 (22,22%) nie spełniało wymagań, nadal funkcjonował 1 (2,22%) punkt centralnego sterylizowania, 20 (44,44%) szpitali zlecało usługę sterylizacji jednostkom zewnętrznym, 1 (2,22%) szpital sterylizował sprzęt i narzędzia medyczne we własnej sterylizatorni nie spełniającej wymagań oraz zlecał usługę jednostce zewnętrznej, 1 (2,22%) szpital posiadał punkt centralnego sterylizowania oraz zlecał usługę jednostce zewnętrznej, w 2 (4,44%) szpitalach profil placówki nie wymagał sterylizacji sprzętu.

W szpitalach sterylizacja narzędzi przeprowadzana była tylko w autoklawach. Sprzęt ten był sukcesywnie wymieniany na nowy, większość autoklawów w podmiotach leczniczych województwa kujawsko-pomorskiego zakupiona była w latach 1996-2010. Ogólną liczbę autoklawów we wszystkich podmiotach leczniczych według lat produkcji przedstawia wykres.



Liczba autoklawów w województwie kujawsko-pomorskim wg daty produkcji. Stan na 31 grudnia 2014 roku.

Coraz więcej podmiotów stara się o znakowanie pakietów w taki sposób, aby umożliwić identyfikację procesu sterylizacji sprzętu z konkretnym pacjentem, u którego wykonywano zabieg. Do sterylizacji stosowano tylko specjalistyczne opakowania. Opakowania opatrzone były datą przydatności sprzętu do użycia i datą sterylizacji. Skuteczność sterylizacji była systematycznie weryfikowana w ramach kontroli wewnętrznej, poprzez stosowanie testów chemicznych, bioindykatorów oraz wskaźników fizycznych. Wyniki kontroli wewnętrznej skuteczności sterylizacji archiwizowano.

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

W 2014 roku nie uległy zmianie zasady przeprowadzania procesów dezynfekcji w zakładach opieki hospicyjno-paliatywnej, zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz sanatoriach, zakładach rehabilitacji leczniczej. Stosowane preparaty dezynfekcyjne były zarejestrowane i dopuszczone do obrotu przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Zaopatrzenie w środki dezynfekcyjne było wystarczające, a środki dobrane prawidłowo. Opracowano i wdrożono procedury higieniczno-sanitarne, które były w miarę potrzeb aktualizowane. Podejmowano działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. W zakresie realizacji tych działań oraz przestrzegania procedur higieniczno-sanitarnych przeprowadzano kontrole wewnętrzne, co udokumentowano.

Do zabiegów stosowano sprzęt i materiały medyczne jednorazowego użytku. Procesy sterylizacyjne przeprowadzane były w ograniczonym zakresie. W przypadku konieczności stosowania sprzętu wielokrotnego użytku, prowadzone były one w autoklawie lub zlecano usługi centralnym sterylizatorniom.

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

1. brak lub nieaktualne procedury sanitarno-higieniczne,
2. brak dozowników ze środkiem antyseptycznym do rąk.

Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

W podmiotach wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne podobnie jak w roku ubiegłym przeprowadzano kontrolę wewnętrzną w obszarze działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Było to właściwie udokumentowane. Oceniano również ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Dezynfekcja sprzętu i narzędzi medy-

cznych przeprowadzana była podobnie, jak w latach ubiegłych, najczęściej metodą tradycyjną, ręcznie. Dodatkowo coraz częściej używano myjek ultradźwiękowych. Starano się uwzględniać zasadę nie krzyżowania się dróg czystych i brudnych, wydzielano ciąg technologiczny gwarantujący ruch postępowy od materiałów skażonych do sterylnych, zachowując rozdział czasowy pomiędzy wykonywaniem dekontaminacji a czynnościami związanymi z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Dobór preparatów dezynfekcyjnych był zgodny z przypuszczalnym skażeniem oraz ogólnie przyjętymi zasadami. Większość zabiegów inwazyjnych była wykonywana sprzętem jednorazowego użycia.

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

Pogotowia ratunkowe jako Działy Pomocy Doraźnej, najczęściej wyjazdowe zespoły pomocy, w wielu powiatach funkcjonują w strukturach szpitali. Posiadały opracowane i wdrożone procedury zapobiegające szerzeniu się zakażeń. Karetki dezynfekowane były przez pracowników pogotowia zgodnie z opracowanymi zasadami. Pogotowia ratunkowe pracowały, stosując głównie sprzęt medyczny jednorazowego użytku. Narzędzia medyczne wielokrotnego użytku będące na wyposażeniu karetek, sterylizowane były w sterylizatorniach szpitalnych. Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy posiada własną centralną sterylizatornię, która zaopatrzuje w sprzęt sterylny wszystkie podległe podstacje.

Stacje dializ będące wydzielonymi podmiotami leczniczymi podejmowały działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Procedury zapobiegające zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych podlegały kontroli wewnętrznej i aktualizacji. Dobór preparatów dezynfekcyjnych był prawidłowy, stosowano głównie materiały i narzędzia medyczne jednorazowego użycia. Niewielka ilość narzędzi wielorazowego użycia sterylizowana była poza podmiotami.

W tej grupie obiektów od kilku lat obserwuje się systematyczną poprawę dotyczącą przestrzegania procedur sterylizacji narzędzi medycznych. W drugiej połowie 2014 roku powiat inowrocławski jako ostatni w województwie kujawsko-pomorskim zaprzestał sterylizacji narzędzi medycznych w sterylizatorach na suche i gorące powietrze. Podmioty lecznicze, których zakres świadczonych usług obejmował tylko podstawową opiekę zdrowotną stosowa-

wały 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.

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

1. w zakresie przestrzegania procedur dezynfekcji powierzchni dotykowych i bezdotykowych,
2. nieprawidłowe procedury sanitarno-higieniczne,
3. w kilku obiektach nie zachowano ciągu technologicznego procesu sterylizacji,
4. nieprawidłowe przechowywanie sprzętu sterylnego,
5. brak kontroli wewnętrznej oraz dokumentacji realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych,
6. przeterminowany preparat dezynfekcyjny.

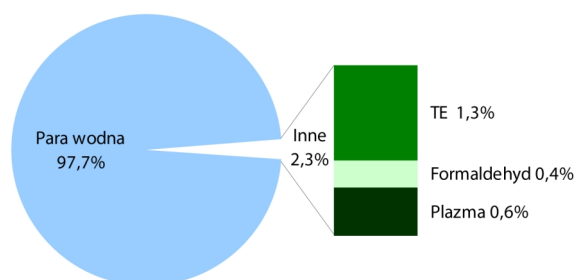
Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową

W większości obiektów prowadzona była kontrola wewnętrzna z realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Kontrole przeprowadzane były według sporządzonych harmonogramów, nie rzadziej niż dwa razy w roku. Dokumentacja z realizacji tych działań przechowywana była prawidłowo. Dekontaminacja narzędzi w tej grupie podmiotów, nadal najczęściej odbywała się w pomieszczeniach, w których wykonywane były 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 wykorzystywano myjki ultradźwiękowe, jednak przeważającym sposobem przeprowadzania tych zabiegów była metoda manualna. Stosowaną metodą sterylizacji była para wodna w podciśnieniu. Na potrzeby gabinetów, które nie posiadały autoklawów, sterylizację narzędzi medycznych, na podstawie umowy zlecenia, przeprowadzały sterylizatornie należące do innych podmiotów leczniczych lub firma CitoNet w Bydgoszczy. Coraz częściej sprzęt i narzędzia medyczne wielokrotnego użycia zastępowano sprzętem i na-

rzędziami jednorazowego użycia. Podobnie jak w latach ubiegłych trend ten obserwowany był głównie w praktykach ginekologicznych i laryngologicznych. Coraz częściej jednorazowe zestawy diagnostyczne stosowali stomatolodzy. Wstrzymała działalność jednego gabinetu stomatologicznego w Bydgoszczy ze względu na rażące zaniedbania w zakresie przestrzegania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami.

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

1. brak lub nieprzestrzeganie procedur sanitarno-higienicznych,
2. brak zachowania prawidłowego ciągu technologicznego procesu sterylizacji,
3. brak monitorowania poprawności procesu sterylizacji,
4. brak kontroli wewnętrznej oraz dokumentacji realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.



Metody sterylizacji w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 roku.

Sterylizacja w podmiotach leczniczych wykonujących świadczenia zdrowotne przeprowadzana była głównie metodą pary wodnej pod ciśnieniem. Do wyjaławiania narzędzi i sprzętu medycznego nie stosuje się sterylizatorów na suche i gorące powietrze.

Zaopatrzenie w wodę

Szpitala

Na 55 zewidencjonowanych szpitali 45 tj. 82% korzystało z sieci wodociągów publicznych, 10 (18%) z wodociągów lokalnych.

Jakość wody podawanej z przebadanych podstawowych źródeł zaopatrzenia pod względem

mikrobiologicznym nie budziła zastrzeżeń, natomiast skład fizykochemiczny wody w 3 wodociągach: SPZOZ Szpitala w Łasinie, SPZOZ Mogilno – szpitala w Strzelnie, Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. odbiegał od obowiązujących wymagań sanitarnych w zakresie przekroczeń parametrów manganu, jonu amonowego, sodu. Ich obecność w wodzie nie stanowiła jednak bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia, wobec czego można było korzystać z wody tych ujęć bez ograniczeń.

W omawianym okresie sprawozdawczym 9 placówek szpitalnych nie posiadało awaryjnego źródła zaopatrzenia w wodę. W 2014 r. podobnie jak w latach ubiegłych wyłączone z użytkowania, z uwagi na zły stan techniczny, było ujęcie awaryjne w szpitalu w Szubinie i w Strzelnie. Przebadana woda z części istniejących ujęć awaryjnych w zasadzie odpowiadała obowiązującym normom sanitarnym, poza przekroczeniem parametrów żelaza i manganu w Powiatowym Szpitalu Sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu. Poprawę stanu technicznego uzyskano natomiast w 5 szpitalach w Bydgoszczy m.in. poprzez budowę stacji uzdatniania, remont studni głębinowej, gruntowny remont i modernizację stacji uzdatniania.

Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą

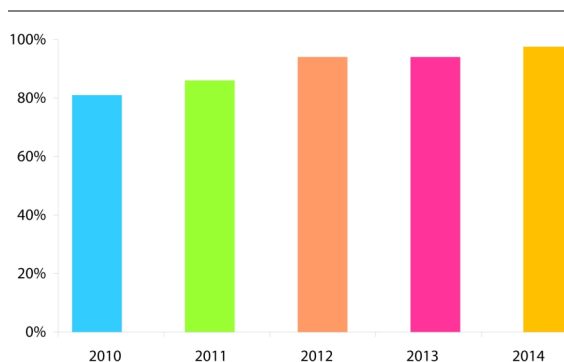
Placówki te zaopatrywane były w wodę z sieci wodociągów publicznych oraz w nielicznych przypadkach z ujęć własnych. 8 placówek posiadało ujęcia awaryjne. Jakość dostarczanej wody z tych ujęć odpowiadała pod względem jej składu mikrobiologicznego i fizykochemicznego wymaganiom określonym w obowiązujących przepisach. Niemniej jednak notowano w niej przekroczenia parametrów, nie mających istotnego wpływu na zdrowie, takich jak: żelazo, mangan, jon amonowy, bor, sód, sporadycznie azotany, a także zwiększoną utlenialność i barwę.

Bloki żywienia w szpitalach

W 2014 roku skontrolowano 34 bloki żywienia w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych. Przedmiotowe kontrole wykazały, iż warunki sanitarno-higieniczne i techniczne uległy poprawie w porów-

naniu z latami poprzednimi. Wyżej wymienione bloki wyposażono w nowy sprzęt i urządzenia produkcyjne, przeprowadzono remonty malarskie oraz prace modernizacyjne pomieszczeń kuchennych, polegające na ich przebudowie i rozbudowie. Zagrożenia wynikające z braku funkcjonalności zaplecza kuchennego zminimalizowanie zostało poprzez rozdzielenie w czasie czynności „czystych” i „brudnych” oraz przestrzeganie określonych procedur i instrukcji systemowych.

W roku sprawozdawczym wszystkie szpitale pracowały zgodnie z zasadami GHP/GMP. W 97,5% zakładów wdrożono w pełni system HACCP. W porównaniu z latami ubiegłymi można stwierdzić, że stopień wdrożenia systemu dla bezpieczeństwa żywności – HACCP uległ poprawie, co obrazuje wykres.



Liczba placówek, które wdrożyły, utrzymują i wykonują procedury na podstawie zasad HACCP w stosunku do liczby obiektów wg ewidencji w latach 2010-2014.

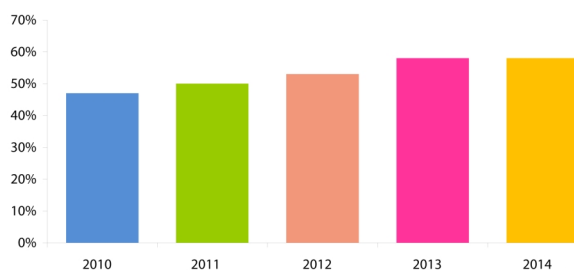
W opisywanej grupie obiektów, w roku 2014 nie odnotowano ogniska zbiorowego zatrucia/zakażenia pokarmowego, w którym nośnikiem zakażenia byłby nośnik pokarmowy.

Transport wewnętrzny posiłków był ściśle uzależniony od warunków technicznych obiektów. W wielu przypadkach nie było możliwości korzystania z wydzielonych wind, korytarzy oraz łączników. W Przedmiotowych przypadkach szpitale stosowały procedury i sprzęt, które uniemożliwiły zanieczyszczenie przewożonych posiłków oraz naczyń stołowych i sztućców. Transport posiłków na oddziały odbywał się głównie w pojemnikach umieszczonych w wózkach bemaowych oraz w termosach i termoportach. Kontrole środków transportu posiłków szpitalnych nie wykazały większych nieprawidłowości, wszystkie samochody były przystosowane i pozytywnie zaopiniowane przez Państwowych Po-

wiatowych Inspektorów Sanitarnych.

Podobnie jak w latach ubiegłych w wielu szpitalach kuchenki oddziałowe składały się z jednego pomieszczenia z wydzieloną częścią „czystą” i „brudną”, w którym odbywało się rozdzielanie posiłków oraz zmywanie brudnych naczyń stołowych. W przypadku kuchenek dwu i trzypomieszczeniowych zmywalnie naczyń stołowych stanowiły odrębne pomieszczenia. Stan sanitarny kuchenek oddziałowych nie budził większych zastrzeżeń. Były one również prawidłowo wyposażone w sprzęt i urządzenia.

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



Liczba placówek organizujących żywienie pacjentów przy pomocy firm zewnętrznych w stosunku do liczby obiektów w latach 2010-2014.

W roku sprawozdawczym w województwie kujawsko-pomorskim 58% obiektów prowadziło żywienie w sposób alternatywny do tradycyjnego. Firmy cateringowe, oprócz produkcji i transportu posiłków na oddziały, odpowiedzialne były za mycie i dezynfekcję pojemników transportowych, pobór prób pokarmowych, a niekiedy również odbiór odpadków pokonsumpcyjnych, czy układanie jadłospisów, zgodnie z zawartymi umowami.

Nadal istniało różnicowanie stawek finansowych przeznaczonych na codzienne wyżywienie pacjenta w woj. kujawsko-pomorskim. Zawierały się one w przedziale: od 4,80 zł do 28,68 zł.

W skład diety ogólnej wchodziły 3 posiłki codzienne, a niekiedy również II śniadanie i podwieczorek. Analiza sposobu żywienia w placówkach nie wykazała większych zastrzeżeń. Zdarzały się przypadki braku dodatków owocowo-warzywnych w zestawach śniadaniowych lub/ i kolacyjnych.

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

Przeprowadzone w 2014 roku kontrole wykazały, że stan sanitarno-techniczny i higieniczny kuchenek mlecznych nie budził większych zastrzeżeń, a tym samym zapewniał bezpieczeństwo przygotowywanych pokarmów.

Bloki żywienia w sanatoriach

W roku sprawozdawczym na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowało 27 sanatoriów. Wszystkie bloki żywienia w przedmiotowych obiektach zostały skontrolowane i poddane analizie zgodnie z arkuszem oceny stanu sanitarnego. Placówki sklasyfikowano jako zgodne z wymaganiami. W obiektach tych wprowadzone zostały zasady GHP/GMP oraz systemu HACCP.

Ogółem w ww. zakładach przeprowadzono 40 kontroli sanitarnych, w trakcie których stwierdzano nieprawidłowości natury techniczno-sanitarnej (m.in. zły stan ścian, sufitów w pomieszczeniach kuchennych oraz szatniach dla pracowników, brak siatek zabezpieczających przed dostępem owadów w oknach, brudny i zniszczony sprzęt pomocniczy i kuchenny) oraz nieprawidłowości natury higienicznej (m.in. wilgotne, niedomyte naczynia stołowe, brudne urządzenia chłodnicze, brak segregacji oraz niewłaściwe magazynowanie żywności, brak środków do higienicznego mycia i osuszania rąk). Sporadycznie w obiektach nie zachowywano czystości bieżącej w pomieszczeniach kuchni. W celu poprawy warunków sanitarno-higienicznych i technicznych, na ww. zakłady wydano 5 decyzji administracyjnych oraz nałożono 3 mandaty karne na łączną kwotę 900 zł.

W trakcie kontroli przeprowadzono również ocenę żywienia, podczas której nie stwierdzono nieprawidłowości. Jadłospisy dekadowe nie budziły większych zastrzeżeń. W roku sprawozdawczym na terenie województwa kujawsko-pomorskiego od-

notowano jedno ognisko zbiorowego zatrucia pokarmowego w uzdrowisku „Solanka” Sp. z o.o. w Inowrocławiu. W wyniku dochodzenia sanitarno-epidemiologicznego ustalono, że czynnikiem etiologicznym, który spowodował zatrucie były Norowirusy.

Nadal obserwujemy znaczne zróżnicowanie stawek finansowych przeznaczonych na codienne wyżywienie kuracjuszy. W 2014 roku przedmiotowe stawki zawierały się w przedziale od 6,80 zł do 15 zł.

Bloki żywienia w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych

W roku 2014 zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze funkcjonujące na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w większości przypadków samodzielnie realizowały żywienie korzystając z własnego zaplecza kuchennego. Z usług firm zewnętrznych korzystały: Hospicjum im. Ks. Jerzego Popiełuszki przy Parafii Św. Polskich Braci Męczenników NZOZ, Regionalny Zespół Opieki Paliatywnej Dom Sue Ryder w Bydgoszczy oraz NZOZ „WIMED” Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Surowadku.

Obiekty działające przy szpitalach funkcjonują jako ich część składowa. Posiadają jedno wspólne zaplecze kuchenne, a żywienie odbywa się na tych samych zasadach. Wszystkie samodzielnie funkcjonujące zakłady prowadziły żywienie zgodnie z zasadami GHP/GMP. W przedmiotowych obiektach wdrożono również system HACCP.

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

Postępowanie z odpadami ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych

Szpitala

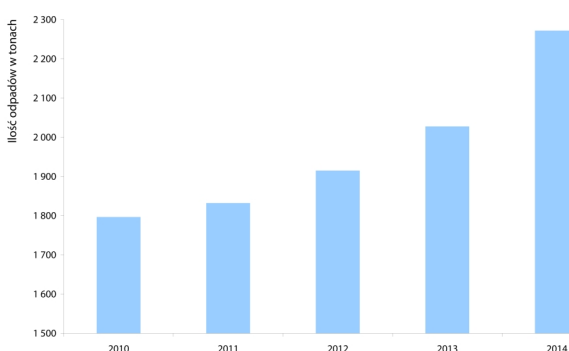
Szczegółowy sposób postępowania z odpadami medycznymi określało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 139, poz. 940). We wszystkich jednostkach zasady postępowania z odpadami określone zostały przez odpowiednie procedury, a za ich prawidłową realizację odpowiedzialne były wyzna-

czone osoby. W większości przypadków kontrolowane jednostki stosowały się do wymogów ww. rozporządzenia.

Wszystkie szpitale utylizowały swoje odpady medyczne w specjalistycznych jednostkach, przy czym na terenie województwa czynne były dwie spalarnie zlokalizowane w Bydgoszczy: jedna przy Centrum Onkologii, druga to MD-Proeco Sp. z o.o. Konsekwencją takiego stanu było transportowanie tego rodzaju odpadów niebezpiecznych poza teren województwa, często na duże odległości np. do spalarni ECO ABC Bełchatów Sp. z o.o., spalarni TPO w Łodzi, EMKA w Żyrardowie (spalarni odpadów w Chojnicach w województwie pomorskim).

Na 55 placówek, 35 (64%) unieszkodliwiała odpady medyczne w Zakładzie Utylizacji Odpadów Medycznych przy Centrum Onkologii i 4 (7%) w MD-Proeco Sp. z o.o. w Bydgoszczy. Pozostałe 16 (29%) szpitali utylizowało odpady medyczne w spalarniach poza województwem kujawsko-pomorskim.

Łącznie w szpitalach w 2014 r. wytworzono 2 272 026 kg (w 2013 r. - 2 027 650,80 kg (w 2012 r. - 1 915 137,00 kg, w 2011 r. - 1 832 231,00 kg, w 2010 - 1 796 732,10 kg) odpadów medycznych o kodach 18 01 02 i 18 01 03. Ilość tych odpadów wzrosła ze względu na stosowanie coraz większej ilości sprzętu jednorazowego użytku oraz zwiększenie liczby świadczeń zdrowotnych udzielanych w tych obiektach. W szpitalach uzdrowiskowych i jednodniowych wytworzono łącznie ok. 37 493,10 kg (w 2013 r. ok. 26 756,40 kg) odpadów medycznych.



Ilość odpadów medycznych o kodach 18 01 02 i 18 01 03 wytworzonych w placówkach szpitalnych poza szpitalami uzdrowiskowymi i jednodniowymi w latach 2010-2014.

Pomieszczenia, w których gromadziło się i przechowywało odpady były na ogół właściwie wyposażone.

W wyniku przeprowadzonych kontroli od-

notowano jednak następujące nieprawidłowości w zakresie ich gospodarowania:

1. nieprzestrzeganie czasu przechowywania odpadów medycznych o kodzie 18 01 02 (powyżej 72h) – Szpital Powiatowy w Golubiu-Dobrzyniu Sp.z.o.o.,
2. brak wydzielonego pomieszczenia do mycia i dezynfekcji wózków do transportu wewnętrznego odpadów medycznych – nadal Szpital Powiatowy Sp.z.o.o. w Chełmży,
3. brak odpowiedniej ilości zamykanych pojemników oraz brak umytych i zdezynfekowanych pojemników do gromadzenia odpadów medycznych w magazynie centralnym odpadów medycznych – Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Biziała w Bydgoszczy,
4. brak jednolitego sposobu postępowania z łóżyskami (18 01 02) na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz brak znajomości wśród personelu zasad opisanych w instrukcji dotyczącej transportu wewnętrznego i przechowywania odpadów – Wielospecjalistyczny Szpital Miejski w Bydgoszczy,
5. niewłaściwe postępowanie z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 04, polegające na wyrzucaniu worków z ww. odpadami do kontenera na odpady komunalne bez widocznego oznakowania identyfikującego, zawierającego: kod odpadu, siedzibę wytwórcy odpadu oraz datę zamknięcia – SPZOZ Mogilno – szpital w Strzelnie,
6. przekazywanie dwa razy w tygodniu do unieszkodliwiania odpadów medycznych o kodzie 18 01 02, przy czym karty przekazania odpadów medycznych o kodzie 18 01 02 wystawiane były dwa bądź raz w miesiącu – ZOZ w Brodnicy,
7. niewłaściwy stan techniczny ściany i sufitu w magazynie odpadów medycznych – Szpital Lipno Sp.z.o.o.

W 2014 r. w 4 jednostkach szpitalnych uzyskano poprawę w postępowaniu z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 02, w 4 szpitalach uzyskano poprawę dot. stanu technicznego pomieszczeń magazynowych, a w 1 przypadku szpital zaopatrzył się w wózek o zamkniętej przestrzeni ładunkowej do transportu wewnętrznego odpadów medycznych wykonanego z materiału uniemożliwiającego jego mycie i dezynfekcję.

Odpady komunalne gromadzone były w plastikowych pojemnikach, dodatkowo wyłożonych workami foliowymi, a następnie usuwane do zbiorczych pojemników, względnie kontenerów, ustawionych na ogół na wybetonowanej powierz-

chni zlokalizowanych na zapleczu gospodarczym szpitali. Stamtąd wywożone były, przez powołane do tego służby, na pobliskie składowiska.

Funkcjonujące na terenie województwa kujawsko-pomorskiego 4 szpitale zakaźne i 2 szpitale posiadające oddziały zakaźne dezynfekowały swoje ścieki, zgodnie z ustawą o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków. Dodatkowo ścieki poddawane były dezynfekcji w 2 szpitalach uniwersyteckich, 1 wojewódzkim oraz 1 szpitalu powiatowym.

Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą

Sposób postępowania z odpadami był podobny jak w szpitalach. We wszystkich prowadzona była segregacja odpadów medycznych i komunalnych.

Odpady były odbierane, transportowane i unieszkodliwiane przez specjalistyczne firmy. Część praktyk lekarskich z uwagi na fakt ich lokalizacji w przychodniach, czy też w obiektach sanatoryjnych przekazywała wytworzone odpady medyczne do wspólnego pomieszczenia przechowywania odpadów medycznych w tychże obiektach. W przypadku wizyt domowych, gdzie usługi zdrowotne świadczone były przy łóżku chorego, odpady medyczne przewożone były w specjalnych pojemnikach tzw. torbach wyjazdowych do gabinetu, gdzie były odpowiednio zagospodarowywane. W szkolnych gabinetach pielęgniarских, gdzie wytwarzane były znikome ilości odpadów medycznych, ich odbiór następował przez specjalistyczny podmiot w dniu ich wytworzenia.

Bieżące kontrole sanitarne wykazały jednak pewne nieprawidłowości w omawianym zakresie i tak:

1. niewłaściwe postępowanie z odpadami medycznymi (brak procedury postępowania z odpadami medycznymi, brak zgodnej z przepisami segregacji odpadów oraz brak wydzielonego pomieszczenia do przechowywania odpadów medycznych - Indywidualna Praktyka Stomatologiczna FORDENS w Bydgoszczy,
2. brak właściwego opisanie pojemników na odpady medyczne oraz brak zgodnej z przepisami segregacji odpadów – Indywidualna Praktyka Stomatologiczna w Janowcu Wielkopolskim,
3. niewłaściwy stan techniczny ścian i sufitów w magazynie odpadów medycznych – 2 Indywidualne Praktyki Stomatologiczne w Żninie,

4. brak kart przekazania odpadów medycznych o kodzie 18 01 03 – Indywidualna Praktyka Pielęgniarska w Sośnie.

Gospodarka ściekowa w omawianych placówkach była zróżnicowana. Ośrodki, znajdujące się na terenie wsi i małych miast, nieposiadające kanalizacji gromadziły nieczystości w zbiornikach bezodpływowych, opróżnianych systematycznie przez specjalistyczne firmy, które wywoziły je do punktów zlewnych pobliskich oczyszczalni ścieków. Natomiast obiekty w miejscowościach, w których pobudowana była sieć kanalizacyjna, odprowadzały ścieki bezpośrednio do niej.

Postępowanie z bielizną

Szpitala

Proces prania bielizny szpitalnej, podobnie jak w latach ubiegłych, wykonywany był we własnym zakresie w 4 placówkach dysponujących pralniami, w pozostałych (51) zlecano był zewnętrznym jednostkom usługowym, również tym zlokalizowanym poza obszarem województwa. Najwięcej szpitali - 22 (43%) korzystało z usług CitoNet – Bydgoszcz S.A. w Bydgoszczy, 9 (18%) z pralni „Hollywood Textille Service” Sp. z o.o. w Sierpcu, a 4 (8%) z Spółdzielni Pralniczej „Pralchem” w Bydgoszczy.

We wszystkich skontrolowanych obiektach postępowanie z bielizną szpitalną było prawidłowe, zgodne z opracowanymi i wdrożonymi procedurami. W przypadku kilku jednostek szpitalnych odnotowano fakt dzierżawienia od pralni zewnętrznych bielizny i odzieży szpitalnej tj. powłok, prześcieradeł, koszul operacyjnych, kompletów zabiegowych, fartuchów zabiegowych. W większości szpitali wydzielone były magazyny bielizny czystej i brudnej, a na oddziałach miejsca do przechowywania czystej oraz do gromadzenia brudnej. Poprawę stanu technicznego pomieszczeń pralni uzyskano w Szpitalu Położniczo – Ginekologicznym NZUM „BRA-MED” w Lipnie, pomieszczeń magazynów bielizny czystej i brudnej w SPZOZ w Mogilnie (w szpitalu w Strzelnie) oraz w NZOZ „Nowym Szpitalu” Sp. z o.o. w Nakle i Szubinie (w szpitalu w Nakle).

W omawianym okresie sprawozdawczym w 10 szpitalach, w ramach kontroli wewnętrznej, wykonano badania czystości mikrobiologicznej bielizny. Nie zakwestionowano żadnej z badanych próbek. Badania mikrobiologiczne pranej bielizny dla części placówek wykonywały również firmy zewnętrzne np. CitoNet–Bydgoszcz S.A. w Bydgoszczy,

„Hollywood Textille Service” Sp. z o.o. w Sierpcu.

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

Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą

Sposób postępowania z bielizną w tych placówkach był w omawianym okresie sprawozdawczym prawidłowy i zgodny z posiadanymi oraz wdrożonymi w tym zakresie procedurami. Jedynie w 2 przypadkach stwierdzono ich brak. Placówki korzystały z pralni szpitalnych lub komercyjnych. Nadal część obiektów wykonywała pranie we własnym zakresie, w wydzielonych do tego celu pomieszczeniach, z wykorzystaniem właściwego sprzętu. W omawianych jednostkach stosowana była głównie bielizna jednorazowego użytku (podkłady, serwety, ręczniki, prześcieradła), która po użyciu, jako odpad medyczny, przekazywana była do unieszkodliwienia. Zastrzeżeń Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie budził transport i warunki magazynowania bielizny, gdyż we wszystkich placówkach były wydzielone miejsca, bądź pomieszczenia do przechowywania bielizny czystej i brudnej.

Wnioski

1. Stan higieniczno-sanitarny i techniczny placówek podmiotów leczniczych województwa kujawsko-pomorskiego uległ poprawie w stosunku do roku ubiegłego, szczególnie w grupie szpitali i przychodni, bowiem negatywnie pod tym względem oceniono 17 obiektów tj. 1,0%, w tym pod względem technicznym 12 (0,7%) i tylko 2 obiekty (0,1%) pod względem higieniczno-sanitarnym.
2. Placówki podmiotów leczniczych nadal zlecały usługi w zakresie prac pomocniczych tj. sprzątanía, prania bielizny, unieszkodliwiania odpadów medycznych wyspecjalizowanym podmiotom zewnętrznym.
3. Nie wszystkie szpitale posiadały awaryjne źródła zaopatrzenia w wodę lub rezerwowe zbiorniki wody, które w przypadku awarii zasilania podstawowego gwarantowałyby jej dostawę.
4. Utylizacja odpadów medycznych odbywała się co prawda w specjalistycznych spalarniach, jednak często na terenie innych województw, co

- więzało się z koniecznością transportu odpadów na znaczne odległości.
5. Utrzymujące się od lat niedobory finansowe w podmiotach leczniczych, stwarzały organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej określone kłopoty z terminowym wykonywaniem zaleceń zarówno decyzji administracyjnych, wydawanych w toku prowadzonego nadzoru sanitarnego, jak i realizacji programów dostosowawczych.
 6. Obserwowano systematyczną poprawę stanu sanitarno-technicznego podmiotów wykonujących działalność leczniczą związaną z ich modernizacją i dostosowaniem pomieszczeń do obowiązujących przepisów prawa.
 7. We wszystkich szpitalach działały zespoły i komitety kontroli zakażeń szpitalnych.
 8. W podmiotach leczniczych sporządzone były i wdrożone procedury sanitarno-higieniczne zapewniające ochronę przed zakażeniami.
 9. Placówki opracowały ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, prowadziły kontrolę wewnętrzną w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.
 10. Stosowane były środki dezynfekcyjne zarejestrowane przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.
 11. W pracowniach endoskopowych dekontaminacja prowadzona była w sposób powtarzalny (bezpieczny) w automatycznych myjkach-dezynfektorach.
 12. W indywidualnych specjalistycznych praktykach lekarskich ręczne mycie narzędzi wielokrotnego użycia coraz częściej zastępowano myjkami ultradźwiękowymi.
 13. W roku 2014 oddano do użytku dwie centralne sterylizatornie spełniające wymogi przepisów prawa.
 14. W drugiej połowie 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim zaprzestano sterylizacji narzędzi medycznych metodą suchego i gorącego powietrza.
 15. Sprzęt i narzędzia wielokrotnego użycia coraz częściej zastępowano sprzętem i narzędziami jednorazowego użycia.
 16. Podobnie, jak w roku ubiegłym wystarczające było zaopatrzenie obiektów w sprzęt i materiały medyczne jednorazowego użytku do obsługi chorych, oraz środki ochrony osobistej personelu.
 17. Ze względu na specyfikę grupy osób żywionych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych, produkcja i dystrybucja żywności w tego typu obiektach powinna odbywać się w sposób higieniczny z zachowaniem najwyższych standardów sanitarnych. Placówki, w których środki finansowe nie pozwoliły na poczynienie niezbędnych inwestycji i utrzymanie przedmiotowych standardów, zrezygnowały z utrzymania kuchni, zlecając żywienie pacjentów firmom zewnętrznym.
 18. Zagrożenia wynikające z braku funkcjonalności zaplecza kuchennego zminimalizowanie zostało poprzez rozdzielenie w czasie czynności „czystych” i „brudnych” oraz przestrzeganie określonych procedur i instrukcji systemowych.
 19. 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.

HIGIENA KOMUNALNA 2

Stan sanitarny wód i urządzeń wykorzystywanych do zaopatrzenia ludności w wodę

Wstęp

Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi sprawowany był przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzeniu ścieków. Jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

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

Badania jakości wody do spożycia na nad-



zorowanym terenie wykonywały laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej (7) oraz inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości prowadzonych badań, zatwierdzone zgodnie z zapisami zawartymi w ustawie o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzeniu ścieków przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 2014 r. w województwie kujawsko-pomorskim zgodę na wykonywanie ww. badań otrzymało 16 laboratoriów zewnętrznych.

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

W minionym roku w ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych województwa znajdowało się 419 wodociągów zbiorowego zaopatrzenia w wodę, w tym 103 urządzenia produkujące poniżej 100m³ wody na dobę, 273 produkujących od 101 do 1 000m³ wody na dobę, 38 od 1 001 do 10 000m³ wody na dobę oraz 5 od 10 001 do 100 000m³ wody na dobę. Obowiązujące przepisy dotyczące jakości wody do spożycia przez ludzi, nie obejmują w pełni swym zakresem wszystkich podmiotów, które zajmowały się dystrybucją wody. Były wśród nich również takie, które produkowały wodę nie tylko na potrzeby własne, ale też sprzedawały ją innym odbiorcom. W 2014 r. stacje sanitarno-epidemiologiczne obejmowały ewidencją 52 takie podmioty. Były to między innymi: szpitale, zakłady zajmujące się wytwarzaniem lub przetwarzaniem żywności, a także spółki eksploatujące wodociągi np. po dawnych zakładach rolnych.

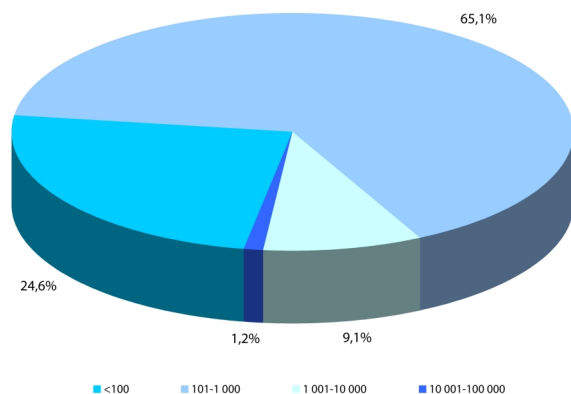
Zaopatrzenie ludności w wodę

Podstawowymi urządzeniami zaopatrzenia ludności miast i wsi w wodę przeznaczoną do spożycia były wodociągi publiczne. W 2014 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, realizując bieżący nadzór sanitarny nad tymi obiektami, skontrolowały na terenie województwa 418 urządzeń wodociągowych, co stanowiło 99,8% wszystkich urządzeń ujętych w ewidencji oraz 47 innych podmiotów zaopatrujących w wodę (90,4%).

W omawianym okresie odnotowano dalszą poprawę ilościowego zaopatrzenia ludności w wodę, wynikającą głównie z rozbudowy już istniejących sieci wodociągowych oraz podłączenia do nich nowych miejscowości i osad. Dostęp do wody miało 96,6% mieszkańców województwa (w 2013 roku 96,2%).

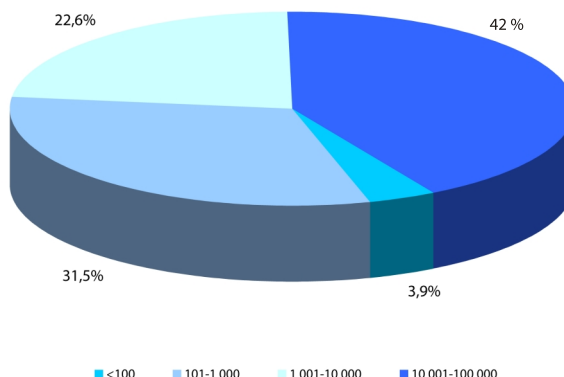
Przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne sukcesywnie dokonywały również wymiany sieci z rur stalowych i żeliwnych na rury z PE i PVC.

W 2014 r. w regionie nie odnotowano większego deficytu wody wynikającego ze spadku wydajności studni. W przypadku wystąpienia niedoboru, dokonywano zakupu wody z innego wodociągu. Sytuacja taka miała miejsce w przypadku Białych Błót w powiecie bydgoskim.



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

Wodociągi o produkcji powyżej 10 000m³/dobę miały największy udział w zaopatrzeniu w wodę i dotyczyło to głównie mieszkańców miast. Ewidencja obejmowała, analogicznie do lat ubiegłych, 5 wodociągów, które zaopatrywały największe miasta regionu (Bydgoszcz, Toruń, Włocławek, Gru-



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

dzdź oraz Inowrocław). Wyżej wymienione wodociągi dostarczały wodę dla ok. 848,5 tys. mieszkańców tj. 40,6% mieszkańców całego województwa. Ujmowały one głównie wody podziemne i tylko w 2 przypadkach w części powierzchniowe (ujęcia na rzece Brdzie dla wodociągu w Bydgoszczy i na rzece Drwęcy dla wodociągu w Toruniu).

Wodociągi o produkcji od 1001 do 10000m³/dobę spełniały natomiast najważniejszą rolę w zaopatrzeniu w wodę ludność małych i średnich miast oraz większych miejscowości na terenach wiejskich. Dostarczały one wodę dla ok. 456,0 tys. mieszkańców. Ich liczba w stosunku do ubiegłego roku (35) nieznacznie uległa zmianie i wynosiła 38, gdyż 3 wodociągi z grupy o niższej produkcji wody zewidencjonowane zostały w tej grupie obiektów.

Trzecią grupę wodociągów stanowiły wodociągi o produkcji od 101-1 000m³/dobę. Była to najliczniejsza grupa (273) obejmująca 65,1% wszystkich wodociągów w ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych. W 2014 r. skontrolowano wszystkie obiekty tej grupy. Z wody dostarczanej przez ww. wodociągi korzystało 621,2 tys. mieszkańców województwa.

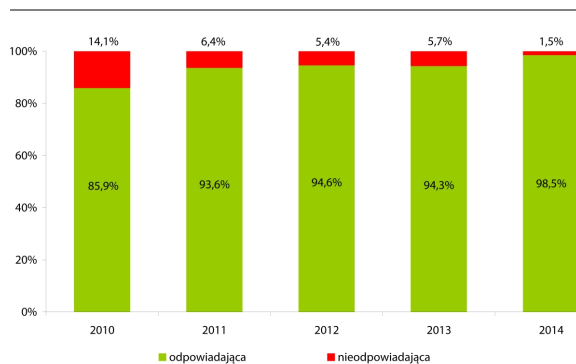
W 2014 r. na terenie woj. kujawsko-pomorskiego zewidencjonowano 103 wodociągi o produkcji mniejszej niż 100m³/dobę, w stosunku do 2013 roku ich liczba nie uległa zmianie.

Z wody wodociągowej korzystało ogółem 2 019,1 tys. (96,6%) mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego, przy ogólnej liczbie 2 090,7 mieszkańców.

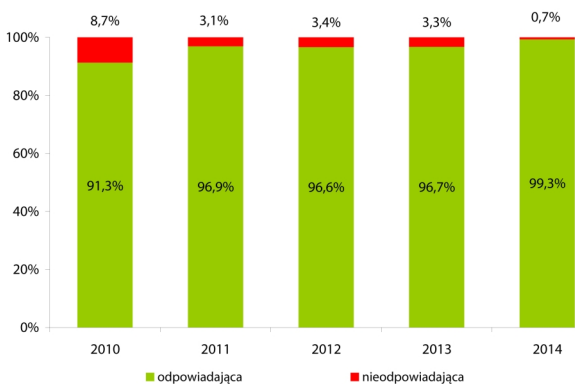
Wodę dobrą, spełniającą wymogi sanitarne dostarczało 98,5% (w 2013 r. – 94,3%) skontrolowa-

nych wodociągów, zaopatrując w nią 96,6% mieszkańców województwa, korzystających z wody wodociągowej i w porównaniu z rokiem ubiegłym odsetek ten był na zbliżonym poziomie.

Woda nie spełniająca wymagań określonych w przepisach prawnych dostarczana była przez 1,5% (w 2013 r. 5,7%) skontrolowanych wodociągów i zaopatrywała 0,7% (w 2013 r. 3,3%) mieszkańców województwa (tj. 14,9 tys.). Jednakże, z uwagi na charakter stwierdzonych przekroczeń, woda była warunkowo dopuszczona do spożycia lub na zasadzie czasowego odstępowstwa. Przekroczenia dotyczyły głównie parametrów manganu i żelaza, które nie miały bezpośredniego wpływu na zdrowie konsumentów i służyły przede wszystkim do określenia prawidłowości procesów uzdatniania oraz dystrybucji wody.



Odsetek skontrolowanych urządzeń dostarczających wodę, w latach 2010-2014.



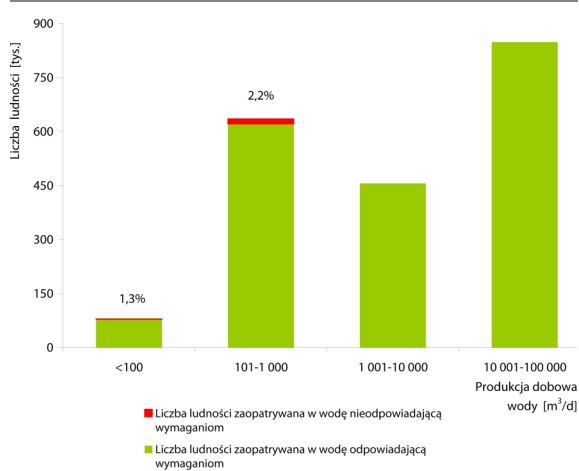
Odsetek ludności zaopatrywanej w wodę w latach 2010-2014.

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

- 10 001 do 100 000m³/dobę wynosił 100%,

- 1 001 do 10 000m³/dobę wynosił 100%,
- 101 do 1 000m³/dobę wynosił 97,8%,
- ≤100m³/dobę wynosił 98,7%.

Z powyższego zestawienia wynika, że wodę dobrej jakości produkowały przede wszystkim największe wodociągi (100%), nieco gorzej przedstawiała się jakość wody produkowana przez pozostałe (mniejsze) urządzenia wodociągowe. Wynikało to przede wszystkim z większych możliwościach finansowych dużych przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, zapewnienia fachowej obsługi oraz właściwej eksploatacji urządzeń, a także stosowania bardziej zaawansowanych procesów uzdatniania wody.

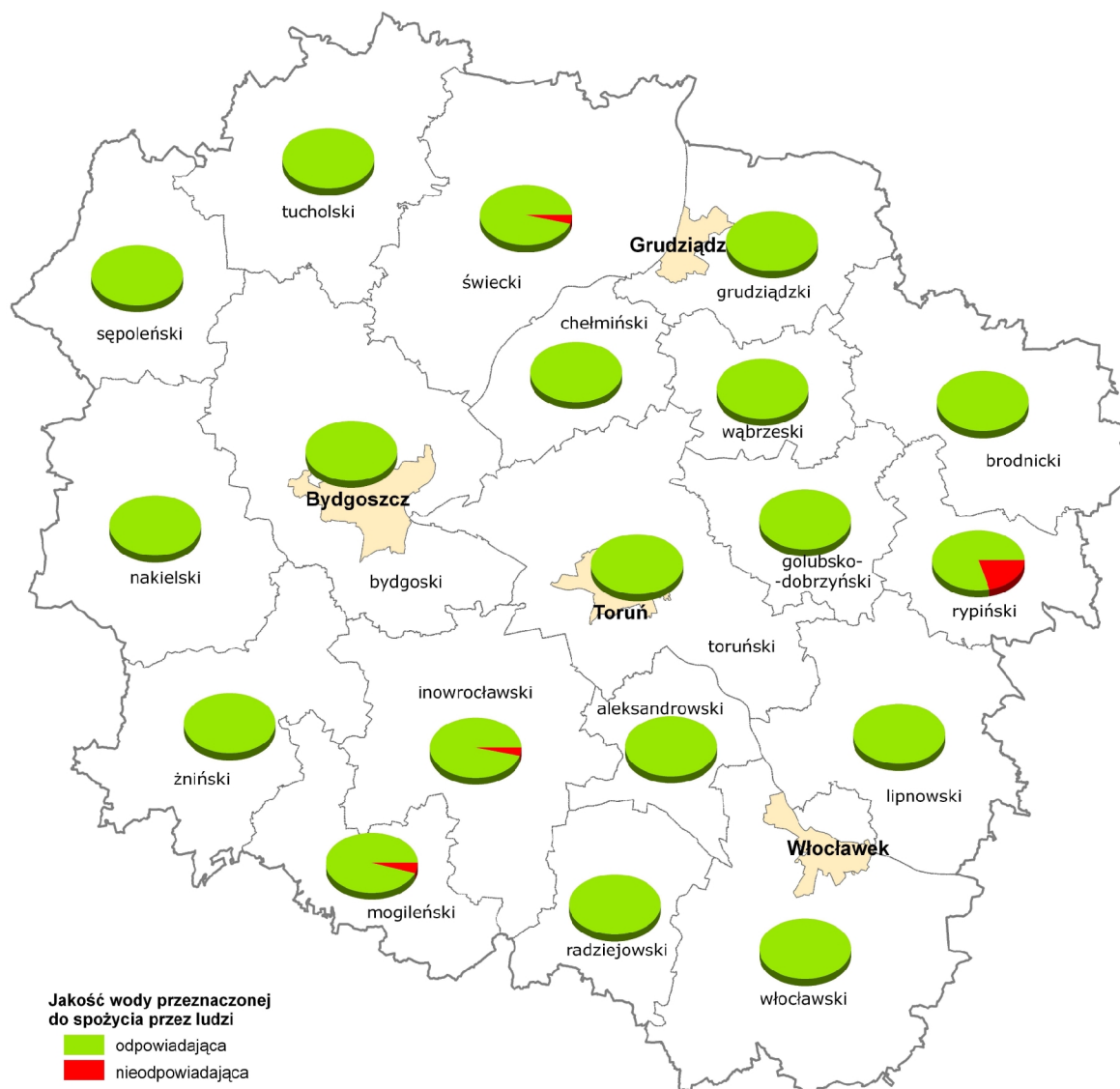


Liczba ludności województwa kujawsko-pomorskiego zaopatrywanej przez wodociągi o danej produkcji dobowej w wodę odpowiadającą i nieodpowiadającą wymaganiom sanitarnym.

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

Najwyższy odsetek ludności zaopatrywanej w wodę kwestionowaną pod względem sanitarnym odnotowano w powiatach: rypińskim, inowrocławskim, mogileńskim i świeckim.

Podstawą prowadzonego nadzoru jakości wody dostarczonej konsumentom była ocena jej zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. W celu określenia czy spożywana woda była bezpieczna dla zdrowia ludzkiego w 2014 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej pobrały do badań laboratoryjnych 2 790 próbek wody.



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

Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Z uwagi na poważne konsekwencje zdrowotne, woda przeznaczona do konsumpcji i używania w gospodarstwie domowym nie powinna zawierać organizmów chorobotwórczych przenoszonych drogą wodną, zwłaszcza mikroorganizmów, które wskazywałyby na obecność w niej zanieczyszczeń

typu kałowego (*Escherichia coli*, Enterokoki).

Dopuszczalne wartości wskaźników mikrobiologicznych zostały określone w załączniku Nr 1A i Nr 3A do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Dokonując oceny jakości wody przeznaczonej do spożycia stwierdzono tylko okresowe przekroczenia, które nie wpłynęły na negatywną ocenę końcową, jednakże wskazywały na nieodpowiednio

prowadzone procesy uzdatniania wody, wtórne zanieczyszczenia po uzdatnianiu lub inne przyczyny, wpływające na skażenie mikrobiologiczne. Przeprowadzone w roku 2014 badania wykazały niewielkie przekroczenia wskaźników *Escherichia coli* i enterokoków w 1 wodociągu (Sarbinowo), jednakże natychmiastowo przeprowadzone badania kontrolne wody nie potwierdziły przekroczeń.

W omawianym okresie miało miejsce 9 przypadków zanieczyszczenia mikrobiologicznego bakteriami z grupy coli wody pochodzącej z nadzorowanych urządzeń wodociągowych (3 w powiecie inowrocławskim, 2 w powiecie lipnowskim i po jednym w powiatach aleksandrowskim, mogileńskim, sępoleńskim, włocławskim) oraz 1 przypadek zanieczyszczenia bakteriami z grupy *clostridium perfringens*.

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

Odbiorcy informowani byli o tym fakcie niezwłocznie i w razie konieczności zapewniano im zastępcze źródła zaopatrzenia w wodę. W zaistniałych sytuacjach kryzysowych Państwowa Inspekcja Sanitarna współpracowała ściśle z jednostkami samorządowymi oraz podmiotami zarządzającymi urządzeniami wodociągowymi.

Analiza przekroczeń parametrów fizykochemicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

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

W załączniku Nr 2 do rozporządzenia Mini-

stra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi określone zostały najwyższe dopuszczalne stężenia parametrów chemicznych o istotnym znaczeniu bezpieczeństwa wody dla zdrowia konsumentów. W przypadku przekroczenia najwyższego dopuszczalnego stężenia któregośkolwiek z tych parametrów, podmioty produkujące wodę mogły wystąpić do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o wyrażenie zgody na udzielenie odstępstwa na przekroczonego parametru chemicznego, pod warunkiem, iż przekroczenie to nie będzie stanowić potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a podmiot przedstawi plan działań naprawczych. W 2014 r. na terenie województwa, Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy udzielił II odstępstwa dotyczącego przekroczenia boru w wodzie do spożycia pochodzącej z wodociągu publicznego w Chelmcach gmina Kruszwica, pierwsze odstępstwo wydane zostało w 2011 r. przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Inowrocławiu i obowiązywało do 15 września 2014 r.

W załączniku Nr 3B do ww. rozporządzenia określone są dodatkowe wymagania fizykochemiczne i organoleptyczne, które nie mają bezpośredniego wpływu na zdrowie człowieka. Jednakże z uwagi na możliwość ich negatywnego wpływu przy dłuższym czasie ekspozycji powinny być stale monitorowane. Nieodpowiednia jakość wody była najczęściej kwestionowana ze względu na ponadnormatywną zawartość manganu i żelaza oraz związaną z tym podwyższoną mętność.

Stwierdzone przekroczenia związków manganu wahały się w granicach od 51 do 192 µg/l, natomiast żelaza w granicach od 201 do 1 850 µg/l. Najczęściej przekroczenia manganu stwierdzono w powiatach: rypińskim, aleksandrowskim, inowrocławskim, toruńskim. W przypadku mętności największą liczbę przekroczeń odnotowano w powiatach: grudziądzkim i nakielskim, w pozostałych powiatach były to pojedyncze przekroczenia lub ich brak. Najwięcej przekroczeń wartości żelaza stwierdzano w powiatach: inowrocławskim, mogileńskim, świeckim i rypińskim.

Fakt ten stanowił istotny problem eksploatacyjny, gdyż związki manganu i żelaza mogły powodować powstawanie osadów w systemach wodociągowych. Wysoka mętność chroni mikroorganizmy występujące w wodzie przed działaniem dezynfekcyjnym i może pobudzić wzrost bakterii, dlatego utrzymanie jej na niskim poziomie miała

duże znaczenie dla jakości wody pod względem mikrobiologicznym. W większości przypadków nie przekładało się to na istotne zagrożenie dla zdrowia konsumentów. Najwięcej (4) urządzeń dostarczających wodę o nieodpowiednich parametrach fizykochemicznych znajdowało się w grupie wodociągów o produkcji wody do 1 000m³/dobę i w porównaniu z rokiem ubiegłym liczba ta uległa zmniejszeniu o 11 urządzeń. W ciągu roku odnotowano także przekroczenia dopuszczalnych norm zawartości amonowego jonu, barwy, utlenialności nadmanganianowej, chlorków, zapachu. W takich przypadkach oceniano ryzyko dla zdrowia ludzi i wodę warunkowo dopuszczano do spożycia.

Z przeprowadzonych w 2014 r. analiz laboratoryjnych wynikało, że w mniejszym stopniu jakość wody była niezadowolająca, z uwagi na zmienioną barwę. Był to parametr ściśle związany z obecnością w wodzie żelaza, manganu i innych metali, które są naturalnymi składnikami wody. Barwa wody zależała też od produktów korozji, a także mogła być ubocznym wynikiem uzdatniania wody, czy też efektem jej zanieczyszczenia przez ścieki przemysłowe.

Analiza badań ciepłej wody na obecność pałeczek Legionella sp.

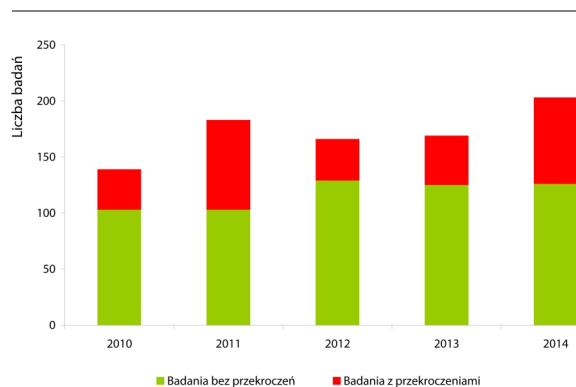
W związku z zagrożeniami, jakie niesie za sobą występowanie bakterii Legionella w wodzie przeznaczonej do spożycia i użytkowanej do celów higienicznych, wykonano badania kontrolne na obecność pałeczek Legionella sp. w ciepłej wodzie.

W 2014 roku badaniami kontrolnymi objęto 49 obiektów (szpitale i budynki zamieszkania zbiorowego) pobierając w nich 203 próbki wody. Po przeprowadzeniu badań laboratoryjnych zakwe-

stionowano 38,0% próbek. Po przeanalizowaniu stopnia skolonizowania przez pałeczki Legionella sp. instalacji ciepłej wody na właścicieli obiektów nałożono obowiązek podjęcia działań naprawczych, mających na celu wyeliminowanie zagrożenia spowodowanego obecnością ww. bakterii w wodzie.

Wnioski

1. Z wody wodociągowej korzystało ogółem 2 019,1 tys. (96,6%) mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Sukcesywna rozbudowa sieci rozdzielczej wodociągów, zwłaszcza na terenach wiejskich, zwiększa dostępność ludzi na tym terenie do wody wodociągowej spełniającej wymogi sanitarne dla wody przeznaczonej do spożycia.
2. Wodę dobrej jakości dostarczało 98,5% skontrolowanych wodociągów, zaopatrując w nią około 96,6% odbiorców województwa (2 019,1 tys.), pozostała część odbiorców tj. 1,5% (14,9 tys.) otrzymywała wodę niespełniającą wymagań określonych w obowiązujących przepisach prawnych.
3. Przyczyną nieodpowiedniej jakości wody produkowanej przez wodociągi był odbiegający od wymagań skład fizykochemiczny, a w szczególności ponadnormatywne wartości takich parametrów, jak: mangan, mętność i żelazo. W większości przypadków powyższe nie stanowiło istotnego zagrożenia dla zdrowia konsumentów.
4. W 2014 r. skontrolowano 418 wodociągów zbiorowego zaopatrzenia w wodę (99,8%), jakość wody nie spełniała wymogów w 6 przypadkach. Nadzorem objęto 47 innych podmiotów zaopatrujących mieszkańców województwa w wodę (90,4%), jej jakość nie odpowiadała wymaganiom sanitarnym w 4 przypadkach.
5. Z przeprowadzonych w 2014 r. badań ciepłej wody w szpitalach i budynkach zamieszkania zbiorowego na obecność pałeczek Legionella sp. wynikało, że odsetek (38%) przekroczeń dopuszczalnej liczby bakterii w skontrolowanych obiektach był nieco wyższy niż w roku 2013 (26%).



Badania na obecność Legionella sp. w latach 2010-2014.

HIGIENA KOMUNALNA 3



Stan sanitarny kąpielisk i basenów kąpielowych

Kąpieliska

W sezonie kąpielowym w 2014 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego znajdowało się 13 kąpielisk (wyznaczonych uchwałami rady gminy i objętych raportowaniem do Komisji Europejskiej) oraz 75 miejsc wykorzystywanych do kąpeli.

Na początku sezonu na terenie powiatu tucholskiego zgłoszone zostały dwa nowe miejsca wykorzystywane do kąpeli – nad jeziorem Kęsowo i nad jeziorem Żalno.

W tegorocznym okresie rozliczeniowym po raz pierwszy przeprowadzona została klasyfikacja kąpielisk dla czteroletniego okresu sprawozdawczego (w oparciu o wyniki z bieżącego sezonu oraz trzech poprzedzających sezonów kąpielowych) zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpeli. Wyjątkiem było kąpielisko w Przyjezierzu gm. Jeziora Wielkie, którego okres funkcjonowania obejmował 3 sezony kąpielowe. Przeprowadzona na podstawie wyników badań klasyfikacja wykazała 11 kąpielisk o doskonałej jakości wody, 1 kąpielisko o dobrej jakości oraz 1 kąpielisko o dostatecznej jakości.

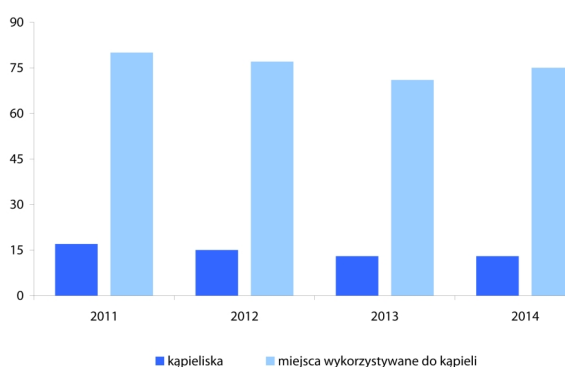
W ramach urzędowej kontroli, zarówno w kąpieliskach, jak i miejscach wykorzystywanych do kąpeli, w oparciu o badania własne i przekazywane przez organizatorów, właściwi Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni dokonywali oceny bieżącej jakości wody. W okresie rozliczeniowym na terenie kąpielisk miały miejsca incydentalne przekroczenia wskaźników mikrobiologicznych wody oraz zakwity sinic. Pod koniec sezonu kąpielowego wystąpił masowy zakwit sinic na terenie kąpieliska

w Piecyskach (powiat bydgoski), który trwał 11 dni.

W przypadku miejsc wykorzystywanych do kąpeli nad j. Służewskim oraz j. Ostrowąs w powiecie aleksandrowskim, odnotowano przekroczenie wskaźników mikrobiologicznych w wodzie (E. coli, Enterokoki), z tej przyczyny wydano ocenę bieżącą o nieprzydatności wody do kąpeli. Natomiast nadmierny rozwój sinic wystąpił na j. Białym (powiat tucholski).

Na koniec sezonu kąpielowego we wszystkich nadzorowanych miejscach wykorzystywanych do kąpeli jakość wody odpowiadała warunkom określonym ww. rozporządzeniu.

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



Liczba kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2010-2014.

organizatorzy, chcąc zapewnić podstawowe warunki sanitarne, w obrębie tych miejsc ustawiali przenośne kabiny ustępowe. W niektórych przypadkach istniała możliwość skorzystania z toalet i wody do spożycia w pobliskich punktach gastronomicznych. Podczas kontroli, przeprowadzonych w trakcie sezonu kąpieliskowego, nie stwierdzono istotnych zaniedbań w utrzymaniu bieżącej czystości plaż.

W porównaniu do lat ubiegłych liczba miejsc wykorzystywanych do kąpieli w 2014 r. wykazała lekką tendencję rosnącą, natomiast liczba kąpielisk na obszarze województwa nie zmieniła się.

Baseny kąpielowe

Na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w 2014 r. nadzorem sanitarnym objęte były wszystkie funkcjonujące baseny, tj. 70 obiektów.

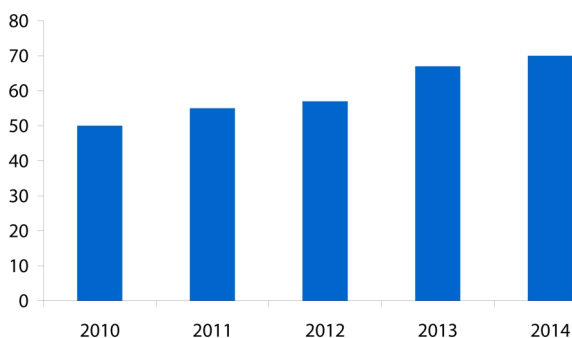
W roku sprawozdawczym oddano do użytku 3 nowe obiekty pływalni krytych w Golubiu-Dobrzyniu, Bydgoszczy i Sępólnie Krajeńskim, 1 obiekt przekwalifikowano z pływalni krytej na kryto-otwartą (gm. Włocławek), 1 obiekt rozbudowano o basen sezonowy (gm. Tuchola).

Przeważającą liczbę nadzorowanych obiektów basenowych nadal stanowiły pływalnie całoroczne (64), w tym 3 kompleksy rekreacyjne (tzw. parki wodne) zlokalizowane w Inowrocławiu, Solcu Kujawskim i Toruniu. Pozostałe pływalnie (6) to baseny sezonowe. Należy przy tym wskazać, iż wszystkie pływalnie zaopatrywane były w wodę z sieci wodociągowych, a większość obiektów posiadała automatyczny system monitorowania jakości wody, co niewątpliwie miało wpływ na bezpieczeństwo kąpieli.

Podobnie, jak w latach poprzednich, kontrolę i pełną ocenę stanu sanitarnego 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 i innych urządzeń służących wodnej rekreacji. W kompleksowej ocenie pływalni uwzględniano również sposób uzdatniania wody i jej dezynfekcję, gospodarkę ściekową, postępowanie z odpadami komunalnymi, zaopatrzenie oraz sposób przechowywania środków czystości, preparatów do uzdatniania i dezynfekcji wody.

W związku ze złą jakością wody (*Pseudomonas aeruginosa*, nieustabilizowany poziom chloru – Kryta Pływalnia w Lipnie) oraz stwierdzonymi w obiektach basenowych nieprawidłowościami (Basen Perła w Bydgoszczy oraz Basen w Grudziądzu) nałożone zostały 3 decyzje administracyjne. Pomimo braku przepisów prawnych normalizujących jakość wody w basenach, mając na uwadze zdrowie użytkowników prowadzono systematyczną kontrolę wewnętrzną jakości wody basenowej oraz monitoring poziomu chloru wolnego w nieckach basenowych.



Liczba basenów na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2010-2014.

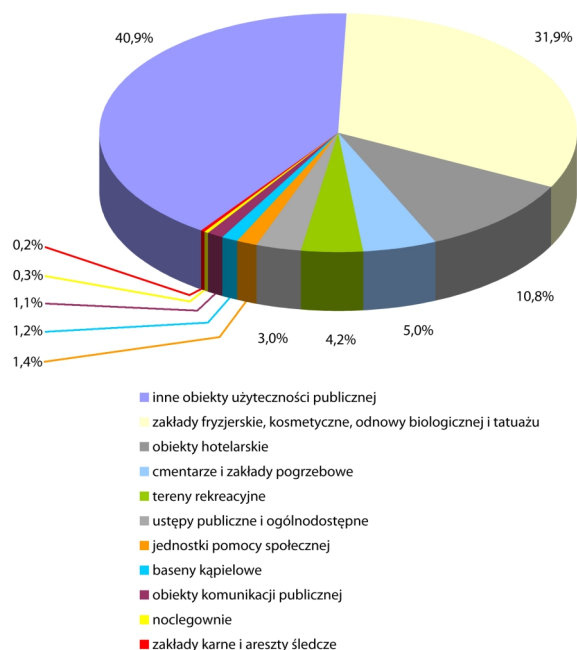
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej

Wprowadzenie

W roku 2014 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego, skontrolowały na terenie woj. kujawsko-pomorskiego 5 582 obiekty użyteczności publicznej.

Najliczniejszą skontrolowaną grupą (31,9%) były zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej oraz zakłady świadczące łącznie ww. usługi. Kolejne 10,8 % obiektów stanowiły hotele, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe i inne obiekty świadczące usługi hotelarskie a 5% cmentarze i domy przedpogrzebowe. Udział pozos-

tałych placówek wśród ogółu skontrolowanych, takich jak: tereny rekreacyjne, ustępy publiczne, obiekty komunikacji publicznej, domy pomocy społecznej i inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej, zakłady karne i areszty śledcze, noclegownie, był znacznie mniejszy (4,2% - 0,2 %).

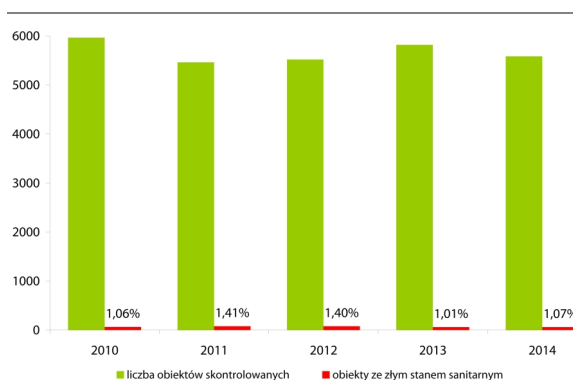


Obiekty użyteczności publicznej objęte kontrolą stanu sanitarnego w 2014 r. w poszczególnych grupach rodzajowych.

W okresie sprawozdawczym kontrolami stanu sanitarnego objęto również znaczną grupę obiektów (40,9% ogółu skontrolowanych) nie zaliczanych do żadnej z wymienionych kategorii, określaną jako „inne obiekty użyteczności publicznej” tj. apteki, stacje paliw, obiekty sportowe, kulturalno-widowiskowe, zakłady pogrzebowe, przystanki kolejowe i autobusowe, izby wytrzeźwień, świetlice, pralnie, targowiska, składowiska odpadów, parkingi.

Po usunięciu nieprawidłowości i wykonaniu obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi liczba obiektów ocenionych negatywnie ukształtowała się na poziomie 60 (1,07% wszystkich obiektów poddanych kontroli).

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



Obiekty użyteczności publicznej na terenie województwa kujawsko-pomorskiego objęte nadzorem sanitarnym w latach 2010-2014.

Stan sanitarny wybranych grup obiektów użyteczności publicznej

Ustępy publiczne i ogólnodostępne

W celu wyegzekwowania prawidłowego stanu sanitarno-higienicznego ustępów, a także dokonania oceny ich dostępności, poddano kontroli niemal wszystkie funkcjonujące i znajdujące się w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej obiekty tej grupy (168). Analizując dane statystyczne dotyczące ich ilości w latach 2011-2014 można zauważyć sukcesywnie zmniejszającą się liczbę ustępów publicznych, bowiem w roku 2011 było ich 154, a w omawianym okresie ich liczba spadła do 111. Podwoiła się natomiast w stosunku do roku ubiegłego liczba nadzorowanych toalet ogólnodostępnych w centrach handlowych, pasażach oraz supermarketach (63).

Podkreślenia wymaga fakt, że blisko połowa ustępów stałych, zwłaszcza tych zbudowanych w ostatnich latach oraz toalety ogólnodostępne usytuowane w innych obiektach użyteczności publicznej, posiadały rozwiązania odpowiadające potrzebom osób niepełnosprawnych.

Ustępy publiczne należały do obiektów prezentujących zróżnicowane warunki techniczne i standard wyposażenia. Spośród obiektów skontrolowanych w 2014 r. negatywnie oceniono stan sanitarny 2 stałych ustępów zlokalizowanych w Bydgoszczy (1 ustęp publiczny oraz 1 ustęp ogólnodostępny, zlokalizowany w markecie). Wśród nieprawidłowości stwierdzono m.in. zły stan techniczny ścian, sufitów, drzwi oraz ich wyposażenia.

Niezmiennie od lat, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazywały na niewystarczają-

cą w stosunku do potrzeb liczbę ustępów publicznych na terenie województwa, zarówno w miastach, jak i na obszarach wiejskich, zwłaszcza tych o charakterze turystycznym.

Domy pomocy społecznej i inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej

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

Na terenie województwa znajdowało się, podobnie jak w 2013 r. 49 domów pomocy społecznej. Należy podkreślić, iż wszystkie domy pomocy społecznej na terenie województwa charakteryzowały się dobrym stanem technicznym, będącym wynikiem realizacji wymogów ich standaryzacji. W 2014 r. skontrolowano 31 z nich tj. 63%. Wszystkie na koniec roku otrzymały ocenę pozytywną. Placówki poddane kontroli zaopatrywane były w wodę do spożycia przez ludzi o odpowiedniej jakości. Nie odnotowano również nieprawidłowości w gospodarowaniu odpadami, również odpadami medycznymi, powstającymi w gabinetach medycznej pomocy doraźnej. Większość domów do czasu odbioru ich przez wyspecjalizowane firmy gromadziła i przechowywała wytwarzane odpady w odpowiednich warunkach. Część domów nie przechowywała ww. odpadów, ponieważ zabierał je każdorazowo pracownik podmiotu, który sprawował opiekę medyczną nad mieszkańcami domu. W trakcie kontroli sanitarnych nie stwierdzono także istotnych zaniedbań w postępowaniu z bielizną, utrzymaniu bieżącej czystości obiektów i ich otoczenia.

W powiecie nakielskim powstał pierwszy w województwie, prywatny dom pomocy społecznej – „Pensjonat Seniora” w Rynarzewie, przeznaczony dla osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych lub osób w podeszłym wieku, dysponujący 24 miejscami.

Ponadto w ewidencji znajdowały się 53 inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej m.in. Środowiskowe Domy Samopomocy (31), Domy Dziennego Pobytu (18) oraz Ośrodek Wsparcia dla Bezdomnych, Ośrodek dla Uchodźców, Ośrodek Interwencji Kryzysowej, Dom dla Matek z Dziećmi. Liczba ta wzrosła w porównaniu z rokiem 2013 o 9 obiektów. Ww. placówki działały w większości w porze dziennej, zapewniając swym podopiecznym usługi opiekuńcze, edukacyjne, rozrywkowe

oraz wyżywienie. W roku sprawozdawczym z omawianej grupy zostało skontrolowanych 83% obiektów. Wszystkie prezentowały dobry stan sanitarny i techniczny.

Noclegownie

W 2014 r. na terenie województwa infrastruktura pomocowa dla osób bezdomnych, obejmowała 17 noclegowni. W skontrolowanych w omawianym okresie obiektach (15) stan sanitarny, przy uwzględnieniu specyfiki tych obiektów, był zadowalający.

Oprócz schronienia, pierwszoplanowymi zadaniami każdej z tych placówek było zapewnienie posiłku lub miejsca do jego przygotowania, umożliwienie prania odzieży, a także praca socjalna, w tym realizacja programów terapii uzależnień. Obiekty te wyposażone w podstawowy sprzęt zarówno w pomieszczeniach mieszkalnych i sanitarnych prezentowały zasadniczo niski standard. Przeprowadzone kontrole wykazały, iż bieżąca czystość w noclegowniach była zachowana.

Obiekty świadczące usługi hotelarskie

Grupa ta obejmowała obiekty znacznie zróżnicowane, zarówno pod względem warunków technicznych i standardu wyposażenia, jak i zakresu oraz poziomu świadczonych usług. W roku sprawozdawczym w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwie kujawsko-pomorskim znajdowało się łącznie 688 obiektów, do których należały: hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska, pola biwakowe oraz inne obiekty świadczące usługi hotelarskie. Kontrole stanu sanitarnego przeprowadzono w 605 (88%) obiektach.

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

Wśród wszystkich obiektów hotelarskich zaregistrowanych do różnych grup rodzajowych 146 (21%) z nich posiadało ustaloną kategorię, przy czym w liczbie tej przeważały hotele (128). Pozostałe podgrupy obiektów obejmowały: 4 motele, 1 pensjonat, 4 kempingi, 9 schronisk młodzieżowych i pól biwakowych. Stan sanitarny został skontrolowany

w 95% ww. obiektów. Zdecydowana większość otrzymała ocenę pozytywną. Jednakże z uwagi na zły stan sanitarno-techniczny sufitów oraz podłóg w ciągach komunikacyjnych 2 hotele zlokalizowane w Bydgoszczy i we Włocławku uzyskały w analizowanym okresie ocenę negatywną.

Najliczniejszą grupę rodzajową (542) stanowiły jednostki klasyfikowane jako inne obiekty świadczące usługi hotelarskie, obejmujące głównie hotele bez nadanej kategorii a także ośrodki wczasowo-turystyczne, kwatery agroturystyczne, pokoje noclegowe oraz hotele pracownicze. W 2014 r. skontrolowano 86% obiektów ww. grupy, przy czym niezadowolający stan sanitarny uzyskały jedynie 2 obiekty. Przyczyną negatywnej oceny był zły stan techniczny ścian i podłóg pomieszczeń mieszkalnych oraz sanitarno-higienicznych.

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

Jak co roku zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej i tatuażu oraz świadczące łącznie powyższe usługi stanowiły najliczniejszą grupę obiektów użyteczności publicznej (2 717 zakładów) objętych ewidencją Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Była to dynamicznie rozwijająca się na przestrzeni ostatnich lat grupa obiektów usługowych, w dużej mierze dzięki możliwości uzyskania dotacji ze środków Unii Europejskiej na rozpoczęcie działalności gospodarczej tego rodzaju.

W 2014 r. przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego w 1 781 zakładach, co stanowiło 64,4% objętych ewidencją. Wśród skontrolowanych obiektów przeważały zakłady fryzjerskie (51,7%) oraz kosmetyczne (18,5%). Działania przeprowadzono również w zakładach świadczących łącznie więcej niż jedną usługę (18,2%), zakładach odnowy biologicznej (10,4%) oraz tatuażu (1,2%). Podkreślenia wymaga fakt, iż bieżący nadzór nad omawianymi obiektami nadal utrudniał brak uregulowań prawnych, określających szczegółowe wymagania higieniczno-sanitarne, jakim powinny one odpowiadać. Stanowiło to przeszkodę w egzekwowaniu bezpiecznych dla zdrowia klientów warunków świadczenia usług fryzjerskich, kosmetycznych, odnowy biologicznej oraz tatuażu. Pomimo wskazanych wyżej trudności, ze względu na potencjalne zagrożenia i ryzyko zakażeń, na jakie narażeni byli klienci i pracownicy, bieżący nadzór sanitarny nad

przedmiotowymi zakładami był sprawowany. Kontrolujący posiłkowali się innymi przepisami, głównie zapisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.



Obiekty usługowe w poszczególnych grupach rodzajowych, objęte kontrolą stanu sanitarnego w 2014 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

Wśród skontrolowanych w 2014 r. obiektów nieprawidłowości stwierdzono w 39 (2,2%). Poprzez wykonanie obowiązków nałożonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w drodze decyzji administracyjnych, w części ww. obiektów stan techniczny i sanitarny uległ poprawie. Z uwagi na powyższe pod koniec 2014 roku jedynie w 15 zakładach niniejszy stan nadal budził zastrzeżenia. Wśród nieprawidłowości stwierdzano najczęściej zły stan sanitarno-techniczny ścian i podłóg, brudne i niedezynfekowane narzędzia, brak umywalek na salach usług, brak wyznaczonego miejsca na sprzęt porządkowy, nieprzestrzeganie wymogu segregacji odzieży wierzchniej i roboczej osób wykonujących usługi, brak lub przeterminowane środki dezynfekcyjne.

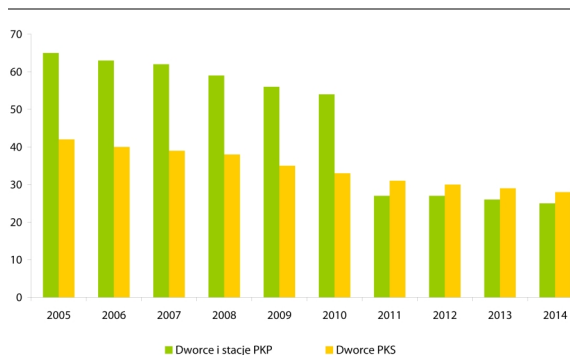
Zakres kontroli obejmował również sprawdzanie dostępności i stosowania procedur określających zasady utrzymania higieny i właściwego reżimu sanitarnego, zasady przeprowadzania dezynfekcji i sterylizacji, a także prawidłowego postępowania z odpadami, zwłaszcza niebezpiecznymi. W zakładach, w których wykonywano zabiegi związane z naruszeniem ciągłości tkanek ludzkich, szczególną wagę przykładano do kwestii postępowania z narzę-

dziami i sprzętem wykorzystywanymi przy świadczeniu usług w powyższym zakresie. Podkreślenia wymaga fakt, iż niemal wszystkie zakłady opracowały i wdrożyły procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi oraz instrukcje postępowania z odpadami niebezpiecznymi. Coraz częściej gabinety kosmetyczne zlecały sterylizację narzędzi podmiotom zewnętrznym, lub stosowały wyłącznie sprzęt jednorazowy, rzadziej natomiast wykonywały zabiegi sterylizacji przy użyciu własnych autoklawów.

W przypadkach braku wdrożonych procedur w podanym zakresie oraz braku oznaczeń informujących o zakazie palenia wyrobów tytoniowych, a także w sytuacjach rażących zaniedbań w utrzymaniu bieżącej czystości zostało nałożonych 12 mandatów karnych.

Obiekty i urządzenia komunikacji publicznej

W tej grupie obiektów użyteczności publicznej spośród 64 obiektów ujętych w ewidencji, skontrolowano łącznie 58 (90%), w tym: 27 dworców autobusowych, 21 dworców i stacji kolejowych, 1 port lotniczy z przejściem granicznym oraz 9 przystani jednostek pływających pasażerskich, rekreacyjnych i sportowych.



Liczba obiektów komunikacji publicznej na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2005-2014.

Najliczniejszą grupę obiektów komunikacji publicznej stanowiły dworce autobusowe – 28 (44%). Ich liczba w porównaniu z rokiem 2013 zmniejszyła się o kolejny obiekt (dworzec PKS w Sępólnie Krajeńskim), który został przekształcony w przystanek autobusowy. Przeprowadzone kontrole wykazały, iż dworce autobusowe prezentowały dobry stan sanitarny i porządkowy, żaden obiekt w roku sprawozdawczym nie został oceniony nega-

tywnie.

Drugą, co do liczebności grupą obiektów komunikacji publicznej były dworce i stacje kolejowe, stanowiące 39% ww. obiektów. Z ewidencji wykreślony został jeden obiekt tj. stacja kolejowa Nieszawa-Waganiec w powiecie aleksandrowskim.

Od lat obiekty kolejowe niezmiennie charakteryzowały się zaledwie dostatecznym stanem sanitarnym i często nie zapewniały podróżnym odpowiednich warunków w trakcie podróży. Mimo to w roku 2014 nie oceniono negatywnie żadnego z nich. Natomiast 2 obiekty ocenione źle w 2013 roku zostały poddane w omawianym okresie generalnej modernizacji (dworzec główny w Bydgoszczy i w Aleksandrowie Kujawskim). Podobnie na dworcu kolejowym w Inowrocławiu przeprowadzona generalna remonta.

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

Pozostałe obiekty komunikacji publicznej (krajowy port lotniczy z przejściem granicznym, 9 przystani jednostek pływających rekreacyjnych i sportowych, 1 przystań żegluga śródlądowej) funkcjonowały bez większych zastrzeżeń.

W bieżącym roku na terenie województwa przeprowadzono 509 kontroli środków transportu publicznego. Działaniami objęto autobusy komunikacji publicznej (150), autobusy turystyczne (12), tramwaje (29), wagony w pociągach (57), 256 samochodów, w tym: 42 do przewozu chorych, 3 do przewozu bielizny, 211 autokarawanów do przewozu zwłok i szczątków ludzkich oraz dodatkowo 5 innych środków transportu (4 busy, 1 krwiobus – mobilny punkt poboru krwi). Należy podkreślić, że środki transportu publicznego (autobusy i pociągi) kontrolowane były wyłącznie na stacjach początkowych, zatem ocenie podlegał przede wszystkim stan ich przygotowania do wyjazdu, a ten zasadniczo nie budził zastrzeżeń.

Tereny rekreacyjne

Grupa ta obejmowała obiekty przeznaczone do wypoczynku (319 w ewidencji), takie jak parki i skwery (43), place zabaw i piaskownice dla dzieci (250) oraz 26 innych terenów służących rekreacji. W roku sprawozdawczym skontrolowano ogółem 233 obiekty. Żaden teren rekreacyjny nie został oce-

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

Cmentarze i domy przedpogrzebowe

Na terenie województwa znajdowały się 494 cmentarze i ich liczba w stosunku do lat poprzednich utrzymała się na tym samym poziomie. Skontrolowano łącznie 249 z nich, co stanowiło 50% wszystkich znajdujących się w ewidencji. Utrzymane były one na ogół we właściwym stanie porządkowym i technicznym. Zakres działań obejmował sprawdzenie utrzymania porządku w obrębie cmentarza, postępowania w zakresie gromadzenia i odbioru odpadów komunalnych, a także kontrolę stanu punktów poboru wody i ogrodzenia. Ze względu na trwale zabrudzone ściany w pomieszczeniu kaplicy oraz brak bieżącej, ciepłej wody w ww. budynku, jeden skontrolowany cmentarz oceniono negatywnie.

W ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 40 domów przedpogrzebowych i w okresie sprawozdawczym skontrolowane zostały 32 domy. Obiekty te zlokalizowane były na cmentarzach komunalnych lub wyznaniowych, jednakże większość z nich funkcjonowała w strukturze zakładów pogrzebowych. Bieżące kontrole ww. obiektów nie wykazały nieprawidłowości z zakresu warunków sanitarno-higienicznych, zatem żaden dom przedpogrzebowy nie został oceniony pod tym względem negatywnie.

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

Inne obiekty użyteczności publicznej

Grupę tę stanowiły zarówno obiekty, będące w ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych, jak i inne niezewidencjonowane, pełniące różne funkcje, mające istotny wpływ na ogólny stan sanitarny województwa. Należą do nich: apteki, stacje paliw, obiekty sportowe, kulturalno-widowiskowe, zakłady pogrzebowe, przystanki kolejowe i autobusowe, izby wytrzeźwień, świetlice, pralnie, targowiska, składowiska odpadów, parkingi, itp.

W 2014 r. skontrolowano łącznie 2 283 obiekty tej grupy, przy czym zły stan sanitarny odnotowano w 34 z nich, co stanowiło jedynie 1,49% ogólnej liczby placówek poddanych kontroli.

Wśród obiektów ocenionych w bieżącym roku negatywnie znalazły się: obiekty sportowe (6), placówki kulturalno-widowiskowe (4), świetlice wiejskie (9), stacje paliw (3), apteka (1), zakład pogrzebowy (1), przejście podziemne (1) oraz budynki mieszkalne zgłoszone w ramach interwencji (9).

W 2014 roku skontrolowano również wszystkie będące w ewidencji zakłady karne i areszty śledcze (12), stwierdzając w 1 przypadku zły stan techniczny ścian i sufitów w celach, na klatkach schodowych i korytarzach.

Wnioski

1. W grupie skontrolowanych w 2014 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego obiektów użyteczności publicznej, procentowy udział placówek, które otrzymały ocenę negatywną wyniósł 1,07% ogółu skontrolowanych. Obserwujemy sukcesywną poprawę stanu sanitarnego ww. obiektów, wyrażoną poprzez malejącą z roku na rok liczbą placówek ocenionych negatywnie.
2. Pozytywną ocenę sanitarną spośród ogółu placówek skontrolowanych w 2014 r. otrzymały wszystkie obiekty, należące do takich grup rodzajowych, jak: pływalnie odkryte i mieszane, domy pomocy społecznej i inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej, noclegownie, dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, przystanie żeglugi śródlądowej, domy przedpogrzebowe. Znaczną poprawę uzyskano w przypadku ustępów publicznych, co można tłumaczyć efektem wzmożonego nadzoru sanitarnego nad tymi obiektami oraz konsekwen-

tnym kierowaniem przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wystąpień do władz samorządowych, dotyczących właściwego utrzymania obiektów istniejących i konieczności zwiększenia liczby toalet ogólnodostępnych.

3. Na zbliżonym do roku poprzedniego poziomie kształtował się natomiast odsetek obiektów złych pod względem sanitarnym w grupie zakładów usługowych: fryzjerskich, kosmetycznych, odnowy biologicznej i tatuażu oraz zakładów świadczących łącznie powyższe usługi. Należy wskazać, iż bieżący nadzór sanitarny nad tymi zakładami był utrudniony, z powodu braku przepisów prawnych określających szczegółowe wymagania higieniczno-sanitarne, jakim powinny one odpowiadać.
4. Dworce i stacje kolejowe od lat stanowią grupę obiektów o zaledwie dostatecznym stanie sanitarnym, co jest efektem ich niedofinansowania oraz braku wystarczającego dozoru ze strony podmiotów zarządzających nieruchomościami kolejowymi.





ŻYWNOŚĆ, ŻYWIENIE I PRZEDMIOTY UŻYTKU



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

W 2014 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna województwa kujawsko-pomorskiego obejmowała nadzorem 19 807 obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz 205 zakładów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

Spośród obiektów ujętych w ewidencji skontrolowano w minionym roku łącznie 10 548 zakładów, z czego 10 410 dotyczyło obiektów żywnościowych oraz obiektów działających na rynku materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, a 138 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

W przypadku 7 432 obiektów dokonano oceny ich stanu sanitarnego, w oparciu o aktualnie obo-

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

W przypadku obiektów produkujących i konfekcjonujących kosmetyki oceniono 7 obiektów w zakresie warunków produkcji, 8 obiektów w zakresie dokumentacji oraz 27 w zakresie oznakowania opakowań jednostkowych. Nie stwierdzono zakładów niespełniających wymagań.

Na podstawie przeprowadzonych kontroli stanu sanitarnego w zakładach produkcji i obrotu środkami spożywczymi oraz materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością, jako obiekty niezgodne z obowiązującymi wymaganiami, uznano 120 zakładów, co stanowi 1,2% ogółu skontrolowanych. Bardziej szczegółowe dane na ten temat przedstawia poniższa tabela.

Stan sanitarny w obiektach produkcji, żywienia zbiorowego, obrotu środkami spożywczymi oraz materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością w latach 2011-2014:

L.p.	Grupa obiektów	Liczba obiektów skontrolowanych				Liczba obiektów niezgodnych z wymaganiami			
		2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Obiekty produkcji żywności									
1	Wytwórnice lodów	18	19	19	18	0	0	0	1
2	Automaty do lodów	151	158	160	162	0	0	0	1
3	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	6	4	5	5	0	0	1	0
4	Piekarnie	269	270	246	233	3	5	4	10
5	Ciastkarnie	131	132	129	129	2	0	1	3
6	Przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe	55	62	67	72	0	1	0	1
7	Browary i słodownie	1	2	3	2	0	0	0	0

8	Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	4	4	3	3	0	0	0	0
9	Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródlanych stołowych	6	5	6	5	0	0	0	0
10	Zakłady garmazeryjne	19	24	24	23	0	0	0	0
11	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	31	29	30	29	0	0	1	0
12	Wytwórnice makaronów	7	7	6	6	0	0	0	0
13	Wytwórnice wyrobów cukierniczych	35	38	36	36	4	0	1	0
14	Wytwórnice koncentratów spożywczych	16	16	15	15	0	0	0	0
15	Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	2	1	3	2	0	0	0	0
16	Wytwórnice chrupek, chipsów i prażynek	1	1	1	1	0	0	0	0
17	Wytwórnice suplementów diety	3	4	4	4	0	0	0	0
18	Wytwórnice środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	0	0	0	0	0	0	0	0
19	Wytwórnice substancji dodatkowych	1	2	2	1	0	0	0	0
20	Cukrownie	2	2	3	3	0	0	0	0
21	Inne wytwórnice żywności	75	86	83	113	0	0	0	0
Obiekty obrotu żywnością									
22	Sklepy spożywcze	5 343	5 491	4 709	4 479	113	55	44	59
	w tym, supermarkety, hipermarkety	249	265	306	340	2	0	0	3
23	Kioski	374	318	289	234	1	3	2	1
	- w tym, kioski na targowiskach sprzedające mięso	42	36	37	33	0	0	0	0
	- kioski na targowiskach sprzedające inne środki spożywcze	85	87	59	40	0	1	0	0
24	Magazyny hurtowe	388	394	326	363	4	2	0	9
	w tym, hurtownie suplementów diety	8	6	7	9	0	0	0	0
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	100	109	96	123	0	1	0	0
26	Środki transportu	260	217	311	208	0	0	0	0
27	Inne obiekty obrotu żywnością	309	387	231	220	1	1	0	0
Obiekty żywienia zbiorowego									
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	2 567	2 640	2 364	2 330	18	16	15	26
	w tym, zakłady małej gastronomii	1 719	1 749	1 553	1 495	13	10	7	16
	Wagony gastronomiczne (restauracyjne i barowe)	0	0	0	0	0	0	0	0
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	1 360	1 494	1 492	1 511	6	1	2	9
	a) stołówki pracownicze	24	23	27	23	0	1	0	0
	b) bufety przy zakładach pracy	53	48	40	45	0	0	0	0
	c) stołówki w domach wczasowych	38	38	35	33	0	0	0	0
	d) bloki żywienia w szpitalach	32	29	33	34	0	0	0	0
	- w tym, żywienie w systemie cateringowym	14	17	17	20	0	0	0	0
	e) kuchnie niemowlęce	11	9	11	7	0	0	0	0

	f) bloki żywienia w sanatoriach i prewentoriach	29	30	30	25	0	0	0	1
	w tym, żywienie w systemie cateringowym	0	1	0	0	0	0	0	0
	g) bloki żywienia w domach opieki społecznej	49	51	29	30	0	0	0	1
	w tym, żywienie w systemie cateringowym	7	6	5	7	0	0	0	0
	h) stołówki w żłobkach, domach małego dziecka	17	25	30	32	0	0	0	0
	i) stołówki szkolne	417	468	478	478	1	0	1	2
	w tym, żywienie w systemie cateringowym	147	187	201	192	0	0	0	0
	j) stołówki w bursach i internatach	24	21	31	22	1	0	0	0
	k) stołówki na koloniach, półkoloniach, obozach i zimowiskach	123	149	164	151	0	0	0	0
	l) stołówki w przedszkolach	344	395	395	440	1	0	0	3
	w tym, żywienie w systemie cateringowym	84	113	127	153	0	0	0	0
	ł) stołówki w domach dziecka i młodzieży	9	7	6	8	0	0	0	0
	m) stołówki studenckie	7	8	8	7	0	0	0	0
	n) stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych	28	27	24	29	0	0	0	0
	o) zakłady usług cateringowych	21	31	36	43	2	0	1	0
	p) inne zakłady żywienia	134	135	115	104	1	0	0	2
30	Razem (wiersze 1-29)	11 534	11 916	10 663	10 330	152	85	71	120
31	Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	41	27	40	37	0	0	0	0
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością w tym:	63	84	59	43	0	0	0	0
	- hurtownie	18	22	18	19	0	0	0	0
	- sklepy	45	62	41	4	0	0	0	0
33	Razem (wiersze 31-32)	104	111	99	80	0	0	0	0
34	Ogółem (wiersze 30-33)	11 638	12 027	10 762	10 410	152	85	71	120

Odsetek grup obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku o złym stanie sanitarnym w latach 2010-2014 (stosunek liczby obiektów niezgodnych do liczby obiektów skontrolowanych w poszczególnych grupach obiektów):

Rodzaj obiektu	2010	2011	2012	2013	2014
Piekarnie	0,7	1,1	1,8	1,6	23,3
Wytwórnice lodów	0	0	0	0	5,6
Magazyny hurtowe w tym: hurtownie suplementów diety	0,8 0	1,0 0	0,5 0	0 0	2,5 0
Ciastkarnie	0,7	1,5	0	0,8	2,3
Przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe	0	0	1,6	0	1,4
Sklepy spożywcze w tym: supermarkety, hipermarket	1,4 0	2,1 0,8	1,0 0	0,9 0	1,3 0,9
Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	0,5	0,7	0,6	0,6	1,1
Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,2	0,4	0,07	0,1	0,6

Automaty do lodów	0,6	0	0	0	0,6
Kioski	1,2	0,3	0,9	0,7	0,4
Obiekty ruchome i tymczasowe	0	0	0,9	0	0
Inne obiekty obrotu żywnością	0	0,3	0,2	0	0
Browary i słodownie	0	0	0	0	0
Wytwórnie tłuszczów roślinnych i mieszanin	0	0	0	20,0	0
Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	0	0	0	3,3	0
Wytwórnie wyrobów cukierniczych	0	11,4	0	2,8	0
Wytwórnie napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	0	0	0	0	0
Wytwórnie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych stołowych	0	0	0	0	0
Zakłady garmazeryjne	0	0	0	0	0
Wytwórnie makaronów	0	0	0	0	0
Wytwórnie koncentratów spożywczych	0	0	0	0	0
Wytwórnie octu, majonezu i musztardy	0	0	0	0	0
Wytwórnie chrupków, chipsów i prażynek	0	0	0	0	0
Wytwórnie suplementów diety	0	0	0	0	0
Wytwórnie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	0	0	0	0	0
Wytwórnie substancji dodatkowych	0	0	0	0	0
Cukrownie	0	0	0	0	0
Inne wytwórnie żywności	0	0	0	0	0

W latach 2010-2014 poprawę stanu sanitarno-higienicznego wykazywały m.in.: kioski i inne obiekty obrotu żywnością. W porównaniu z rokiem ubiegłym znacznej poprawie uległy wytwórnie tłuszczów roślinnych i mieszanin oraz zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego. Dość niski odsetek obiektów niezgodnych, utrzymujący się od 2010 roku odnotowano także w grupie zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego i otwartego.

Ocena wdrażania realizacji zasad GHP/GMP oraz systemu HACCP w zakładach żywienia zbiorowego, produkcji i obrotu żywnością

Analogicznie do lat ubiegłych 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 853/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie higieny środków spożywczych (Dz. U. UE L 139 z 30.04.2004 r.).



Realizacja zasad GHP/GMP oraz wdrożony system HACCP w zakładach produkcji i obrotu środkami spożywczymi oraz żywienia zbiorowego w roku 2014:

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		1 783	1 316	1 011
1.	Wytwórnie lodów	19	19	17
2.	Automaty do lodów	181	176	142
3.	Wytwórnie tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	5	5	5
4.	Piekarnie	250	246	235
5.	Ciastkarnie	140	137	125
6.	Przetwórnie owocowo warzywne i grzybowe	75	73	67
7.	Browary i słodownie	3	3	3
8.	Wytwórnie napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	4	4	3
9.	Wytwórnie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródlanych i stołowych	6	6	6
10.	Zakłady garmażeryjne	30	30	28
11.	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	31	31	29
12.	Wytwórnie makaronów	6	6	6
13.	Wytwórnie wyrobów cukierniczych	39	39	37
14.	Wytwórnie koncentratów spożywczych	17	17	17
15.	Wytwórnie octu, majonezu i musztardy	3	3	3
16.	Wytwórnie chrupek, chipsów i prażynek	1	1	1
17.	Wytwórnie suplementów diety	4	4	4
18.	Wytwórnie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	-	-	-
19.	Wytwórnie substancji dodatkowych	3	3	3
20.	Cukrownie	3	3	3
21.	Inne wytwórnie żywności	963	510	277
OBIEKTY OBROTU ŻYWNOSCIĄ		12 303	10 680	9 239
22.	Sklepy spożywcze	8 369	7 900	7 384
22a.	w tym: super, hipermarkety	348	348	315
23.	Kioski	558	460	375
23a	w tym: kioski na targowiskach sprzedające mięso	50	48	44
23b	Kioski na targowiskach sprzedające inne środki spożywcze	134	128	92
24.	Magazyny i hurtownie	540	520	463
24a.	w tym: hurtownie suplementów diety	14	14	10
25.	Obiekty ruchome i tymczasowe	321	237	132
26.	Środki transportu	936	640	309

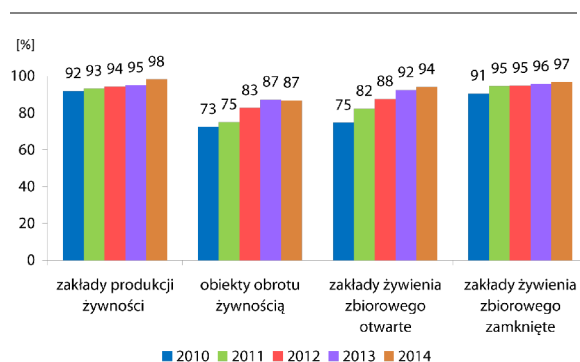
27.	Inne obiekty obrotu żywnością	1 579	923	576
28.	OBIEKTY ŻYWIENIA ZBIOROWEGO OTWARTE	3 594	3 390	2 771
28a.	w tym: zakłady małej gastronomii	2 475	2 347	2 029
28b.	Wagony gastronomiczne(restauracyjne i barowe)	1	1	1
29.	OBIEKTY ŻYWIENIA ZBIOROWEGO ZAMKNIĘTE	1 897	1 837	1 652
29a.	Stołówki pracownicze	27	27	26
29b.	Bufety przy zakładach pracy	53	53	39
29c.	Stołówki w domach wczasowych	43	43	40
29d.	Bloki żywienia w szpitalach	40	40	39
29d1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	23	23	22
29e.	Kuchnie niemowlęce	7	7	7
29f.	Bloki żywienia w sanatoriach i prewentoriach	25	25	25
29f1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	-	-	-
29g.	Bloki żywienia w domach opieki społecznej	67	66	66
29g1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	7	7	7
29h.	Stołówki w żłobkach i domach małego dziecka	41	39	34
29i.	Stołówki szkolne	630	606	549
29i1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	299	277	247
29j.	Stołówki w bursach i internatach	25	25	24
29k.	Stołówki na koloniach/półkoloniach/obozach/zimowiskach	154	147	123
29l.	Stołówki w przedszkolach	512	504	465
29l1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	197	189	182
29ł.	Stołówki w domach dziecka i młodzieży	9	8	8
29m.	Stołówki studenckie	7	7	7
29n.	Stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych	42	42	42
29o.	Zakłady usług cateringowym	54	54	45
29p.	Inne zakłady żywienia	161	144	113
30.	RAZEM	19 577	17 223	14 673
31.	Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	63	59	7
32.	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	167	61	14
32a.	w tym: hurtownie	38	14	-
32b.	sklepy	129	47	14

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

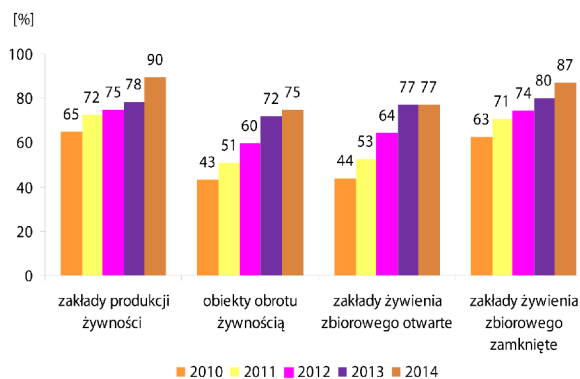
Rodzaj obiektu	Odsetek obiektów (%), w których wdrożono zasady GHP/ GMP				
	2010	2011	2012	2013	2014
Zakłady produkcji żywności	92	93	94	95	98
Obiekty obrotu żywnością	73	75	83	87	87
Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	75	82	88	92	94
Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	91	95	95	96	97

Odsetek obiektów żywnościowo-żywnościowych posiadających wdrożony system HACCP:

Rodzaj obiektu	Odsetek obiektów (%), w których wdrożono zasady HACCP				
	2010	2011	2012	2013	2014
Zakłady produkcji żywności	65	72	75	78	90
Obiekty obrotu żywnością	43	51	60	72	75
Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	44	53	64	77	77
Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	63	71	74	80	87



Stopień wdrażania zasad GHP/ GMP w latach 2010-2014.



Stopień wdrożenia systemu HACCP w latach 2010-2014.

W stosunku do lat ubiegłych w roku 2014 nastąpił wzrost stopnia wdrażania systemów kontroli wewnętrznej w zakładach produkcji i obrotu żywnością. W omawianym okresie, uwzględniając wszystkie rodzaje obiektów związanych z żywnością, odsetek wdrażania zasad GHP/GMP wzrósł średnio o 1,5 procent w stosunku do roku ubiegłego, natomiast w przypadku systemu HACCP zanotowano wzrost o 5,5 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 dobrej praktyki higienicznej oraz systemu HACCP. Do danych statystycznych nie wliczono gospodarstw rolnych (patrz: tabela 3, wiersz 21, inne wytwórnie żywności, dot. realizacji zasad GHP/GMP oraz wdrożonego systemu HACCP w zakładach produkcji i obrotu środkami spożywczymi oraz żywienia zbiorowego w roku 2014), które zgodnie z art. 63 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2010 r. Nr 136, poz. 914 z późn. zm.), 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.

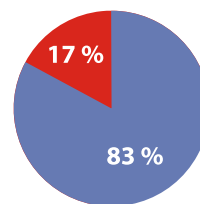
Jakość zdrowotna środków spożywczych, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością

W roku sprawozdawczym 2014, na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, pobrano do badań laboratoryjnych 3 769 próbek, w tym pobór 3 577 próbek wynikał z realizacji „Planu pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rok 2014” oraz interwencji konsumenckich. Pozostała liczba pobranych próbek związana była z zatruciami pokarmowymi (192 próbki). Pobór próbek realizowany zgodnie z ww. planem obejmował zarówno środki spożywcze (3 498 próbek), jak i materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością (talerze, miski, kubki, kieliszki, czajniki, itp. – 79 próbek).

Znaczna część próbek pobrana do badań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego została przebadana w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego (3 122), w skład którego wchodzi: Laboratorium WSSE w Bydgoszczy, Laboratorium PSSE w Toruniu, Laboratorium PSSE w Grudziądzu oraz laboratorium PSSE we Włocławku. Dodatkowo 10 próbek pobranych w kierunku glutenu zostało zbadanych wspólnie z Laboratorium WSSE w Szczecinie. Ponadto część próbek została poddana ocenie poprawności znakowania, która została wykonana w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku.

Pozostała liczba próbek (647), zgodnie z zintegrowanym systemem badań laboratoryjnych żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu wprowadzonym dla całego kraju w roku 2011 przez Głównego Inspektora Sanitarnego, została zbadana w laboratoriach Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdujących się na terenie innych województw.

Poza strukturą województwa kujawsko-pomorskiego w roku 2014 zostały zbadane 582 próbki środków spożywczych oraz 65 próbek materia-



■ Probki zbadane w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego

■ Probki zbadane w innych województwach

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

łów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Przedmiotowe próbki środków spożywczych zostały przebadane w następujących kierunkach: metale szkodliwe dla zdrowia, azotany, GMO, gluten, izomery trans, pozostałości pestycydów, 3-MCPD, metanol i cyjanowodor, napromienianie żywności promieniowaniem jonizującym, zanieczyszczenie olejami mineralnymi oraz akryloamidem.

Z przedstawionych w tabelach danych wynika, iż większość środków spożywczych oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, które zostały zbadane w wyżej wymienionych kierunkach badań, nie budziła zastrzeżeń.

Wśród próbek przebadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego, na podstawie uzyskanych wyników, zdyskwalifikowano za przekroczenia dopuszczalnych poziomów - 81 próbek, tj. 2,6 % ogółu próbek zbadanych. Badania wykonywane były przez laboratoria stacji sanitarno-epidemiologicznych w Bydgoszczy, Toruniu, Włocławku i Grudziądzu. Oznaczenia fizykochemiczne obejmowały następujące kierunki: mikotoksyny, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, furan, jod w soli spożywczej, histaminę, dozwolone substancje dodatkowe zawarte w żywności, parametry czystości substancji dodatkowych, skażenia promieniotwórcze, witaminy, składniki mineralne, białko, tłuszcz (w wybranych grupach środków spożywczych) oraz inne parametry (np. ocena znakowania, jakość organoleptyczna, parametry jełczenia tłuszczów). Badania mikrobiologiczne obejmowały drobnoustroje niebezpieczne dla zdrowia, które mogą występować w żywności oraz w próbkach pobranych w przypadku zatruc pokarmowych.

Liczba próbek pobranych i zdyskwalifikowanych w wybranych kierunkach badań (dot. próbek zbadanych poza strukturą województwa kujawsko-pomorskiego):

Kierunek badań	Liczba próbek							
	pobranych				zdyskwalifikowanych			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Metale szkodliwe dla zdrowia	331	308	332	289	0	0	3	1
Azotany	43	41	41	35	0	0	0	0
GMO	35	35	34	35	0	2	0	1
Gluten	12	12	12	10	0	0	0	0
Izomery trans	4	4	4	4	0	0	0	0
Pestycydy	116	135	135	135	1	4	2	0
3-MCPD	7	6	7	16	0	0	2	0
Metanol i cyjanowodór	5	5	16	5	0	0	0	1
Napromienianie	14	14	20	24	0	0	1	0
Akryloamid	8	10	11	9	0	0	0	0
Przedmioty Użytku	80	78	73	65	1	2	5	1
Oleje mineralne	-	-	6	6	-	-	0	0
Związki polarne w tłuszczach	-	-	1	2	-	-	0	2
Razem	655	650	692	635	2	8	13	6

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

Kierunek badań	Procent zdyskwalifikowanych próbek			
	2011	2012	2013	2014
Metale szkodliwe dla zdrowia	0	0	0,9	0,3
Azotany	0	0	0	0
GMO	0	5,7	0	2,9
Gluten	0	0	0	0
Izomery trans	0	0	0	0
Pestycydy	0,9	3,0	1,5	0
3-MCPD	0	0	29,0	0
Metanol i cyjanowodór	0	0	0	20,0
Napromienianie	0	0	5	0
Akryloamid	0	0	0	0
Przedmioty Użytku	1,3	2,6	6,8	1,5
Oleje mineralne	-	-	0	0
Związki polarne w tłuszczach	-	-	0	100,0
Razem	0,3	1,2	1,9	0,9

Liczba oraz rodzaj zbadanych i zdyskwalifikowanych próbek w 2014 r. w porównaniu z rokiem 2013 (dot. próbek zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego):

Rodzaj próbki	Liczba próbek				Odsetek próbek zdyskwalifikowanych	
	zbadanych		zdyskwalifikowanych			
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Środki spożywcze krajowe i z innych krajów unii europejskiej	2 963	2 826	54	61	1,8	2,2
Środki spożywcze z importu	73	104	2	6	2,7	5,8
Próbki związane z ogniskami zatruc pokarmowych	184	192	1	14	0,5	7,3
Razem	3 220	3 122	57	81	1,8	2,6

Jakość zdrowotna środków spożywczych wyrażona liczbą próbek zbadanych i zdyskwalifikowanych w roku 2014, w poszczególnych kierunkach badań (dot. próbek zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego):

Środki spożywcze	Liczba próbek									
	zbadanych					zdyskwalifikowanych				
	mikrobiologicznie	chemicznie	znakowanie	organoleptycznie - oznaczenia fizyczne	obecność zanieczyszczeń biologicznych i fizycznych	mikrobiologicznie	chemicznie	znakowanie	organoleptycznie - oznaczenia fizyczne-chemiczne	obecność zanieczyszczeń biologicznych i fizycznych
Krajowe i z innych krajów UE	2 199	576	1 155	1 895	45	39	1	12	5	4
z importu	39	44	57	58	2	0	0	4	0	2
Razem:	2 238	620	1 212	1 953	47	39	1	16	5	6

Na podstawie danych ujętych w tabeli można stwierdzić, że pomimo nieznacznego wzrostu liczby próbek zdyskwalifikowanych jakość zdrowotna środków spożywczych krajowych, środków pochodzących z krajów Unii Europejskiej oraz importowanych spoza obszaru unii nie uległa w porównaniu z rokiem 2013 znacznemu pogorszeniu.

Zwiększyła się natomiast liczba próbek zbadanych i zdyskwalifikowanych pobranych w przypadkach wystąpienia zatruc pokarmowych.

Z danych przedstawionych w tabeli wynika też, że nadal głównymi czynnikami dyskwalifikującymi środki spożywcze produkcji krajowej oraz pochodzące z krajów UE są ponadnormatywne zanieczyszczenia mikrobiologiczne, które stwier-

dzono w 39 próbkach na 2 238 próbek zbadanych, co stanowi 1,7%. Próbki, w których zanotowano przekroczenia parametrów mikrobiologicznych, stanowią 58% wszystkich zdyskwalifikowanych próbek.

W pozostałych kierunkach badań zanotowano pojedyncze przypadki dyskwalifikacji próbek.

Z analizy danych wynika, że w ośmiu grupach produktów w porównaniu z rokiem ubiegłym nastąpił niewielki wzrost procentowy próbek zdyskwalifikowanych.

W pozostałych grupach asortymentowych odsetek próbek zdyskwalifikowanych uległ zmniejszeniu. Większość produktów, które zostały zdyskwalifikowane były produktami pochodzenia krajowego.

Odsetek próbek zdyskwalifikowanych w latach 2013-2014 (dot. próbek zbadanych w zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego):

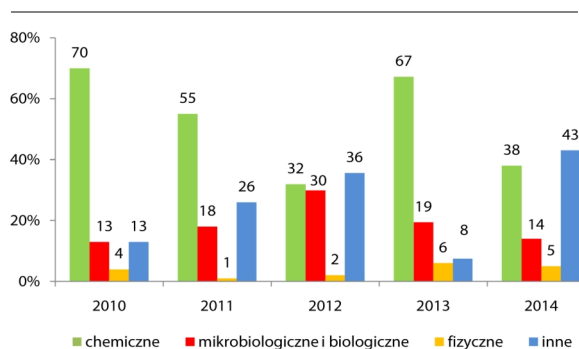
Grupa produktu	Pochodzenie próbki	Procent próbek zdyskwalifikowanych	
		2013	2014
Mięso, podroby i produkty mięsne	kraj	0,6	5,1
Drób, podroby, produkty drobiarskie, jaja i produkty jajeczne	kraj	0,9	2,2
Mleko i przetwory mleczne	kraj	4,1	2,9
Ziarna zbóż i przetwory zbożowo-mączne	kraj/UE	4,3	2,9
Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	kraj	0,6	0,6
Warzywa, w tym strączkowe	kraj	0,9	0,7
Owoce	kraj/import	0,8	0
Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	kraj	0,7	2,3
Koncentraty spożywcze	kraj	0	3,6
Zioła i przyprawy	import	1,9	0
Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	import	0	5,7
Wyroby garmażeryjne i kulinarne	kraj	1,9	4,3
Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	kraj	1,4	1,7
Suplementy diety	kraj/import	1,4	7,4

RASFF- System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach

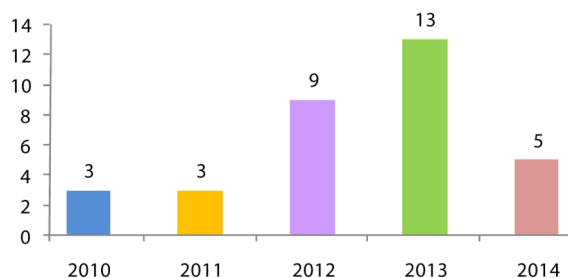
W 2014 roku w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy w ramach systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (RASFF) odnotowano 81 powiadomień, z czego 55 stanowiły powiadomienia o charakterze alarmowym, a 26 zostało zarejestrowanych jako powiadomienia informacyjne. Postępowania wyjaśniające prowadzone na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w ramach przedmiotowego systemu dotyczyły w 8 przypadkach (10% odnotowanej liczby powiadomień RASFF) materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. Pozostałe działania związane były z kwestionowaną żywnością. Produkty kwestionowano z uwagi na następujące zanieczyszczenia:

- chemiczne – 31 powiadomień, np. migracja kadmu i ołowiu z obszaru obrzeża kubków/szklanek, przekroczenie najwyższych dopuszczalnych poziomów mikotoksyn w mące, płatkach kukurydzydzianych,
- fizyczne – 4 powiadomienia, np. obecność cząstek metalicznych pochodzących z obudowy młynka, powstałych podczas użytkowania,
- biologiczne i mikrobiologiczne – 11 powiadomień, np. obecność bakterii *Listeria monocytogenes*, *Salmonella* w wyrobach mięsnych,
- inne – 35 powiadomień, np. występowanie substancji alergennej – glutenu w mące, chrupkach kukurydzydzianych, występowanie niedozwolonych substancji w suplementach diety.

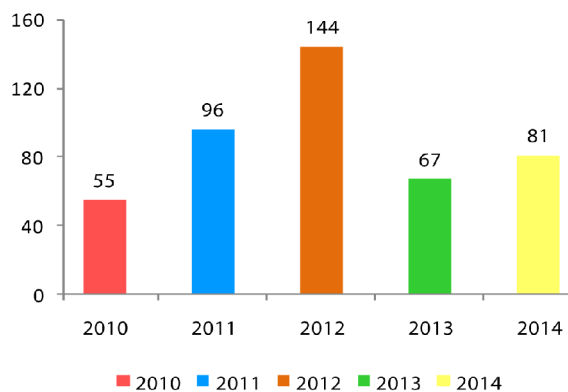
Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego zgłosili do przedmiotowego systemu 5 produktów, z czego 1 powiadomienie zostało wycofane z uwagi na wyniki postępowania wyjaśniającego.



Kategorie zanieczyszczeń w powiadomieniach alarmowych i informacyjnych dot. woj. kujawsko-pomorskiego, w latach 2010-2014, przedstawione w %.



Ilość zgłoszonych powiadomień do systemu RASFF przez WŚSE w Bydgoszczy w latach 2010-2014.



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

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 zdro-

wia i życia ludzi.

W minionym roku duży odsetek produktów kwestionowany był z uwagi na zanieczyszczenia inne niż chemiczne, fizyczne, mikrobiologiczne czy biologiczne. Do przedmiotowej grupy kwalifikowane były powiadomienia dotyczące m.in. obecności substancji alergennej – glutenu w produktach potencjalnie bezglutenowych oraz obecności niedozwolonych substancji w suplementach diety. W wielu produktach np. chrupkach kukurydzianych stwierdzano gluten w ilościach stanowiących zagrożenie dla osób chorujących na celiakię.

W celu ochrony zdrowia wrażliwej grupy konsumentów ww. produkty wycofywano z obrotu handlowego. Stwierdzanie glutenu w produktach bezglutenowych najczęściej związane było z zanieczyszczeniem krzyżowym na etapie produkcji oraz zastosowaniem surowców niewłaściwej jakości. Pośrednio uwarunkowane to było także nieprzestrzeganiem zasad GHP/GMP, systemu HACCP przez podmioty sektora spożywczego.

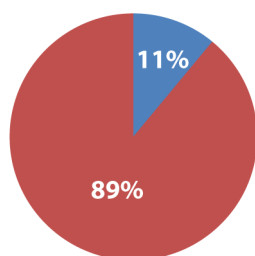
Podobnie jak w latach ubiegłych, również w 2014 roku utrzymał się duży wskaźnik zanieczyszczeń chemicznych, stanowiących jedną z przyczyn kwestionowania produktów. Związane jest to ze specyfiką strategii przedsiębiorstw, które w obliczu kryzysu gospodarczego nastawione są jedynie na zysk. Zmniejszenie kosztów produkcji żywności oraz wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością opiera się głównie na pozyskiwaniu tańszych, często gorszych jakościowo surowców. Z uwagi na fakt, że jakość surowca w dużej mierze decyduje o jakości wyrobu gotowego, aby podnieść jego walory organoleptyczne i przedłużyć trwałość, a tym samym zapewnić jego zbyt, przedsiębiorcy decydują się na użycie większej ilości substancji dodatkowych. W wyniku takiego działania może dojść do wzrostu migracji szkodliwych związków do żywności. Celowe lub przypadkowe użycie do produkcji ww. substancji w zbyt dużych ilościach lub w niewłaściwy sposób jest główną przyczyną powstania zanieczyszczeń chemicznych żywności.

Skróty:

- 1) RASFF (ang. Rapid Alert System for Food and Feed) – System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach.
- 2) GHP (ang. Good Hygienic Practice) – dobra praktyka higieniczna.
- 3) GMP (ang. Good Manufacturing Practice) – dobra praktyka produkcyjna.

RAPEX – unijny system wczesnego ostrzegania o produktach niebezpiecznych

W 2014 roku w systemie RAPEX zarejestrowano 18 kwestionowanych produktów kosmetycznych. Podobnie jak w latach ubiegłych większość zarejestrowanych zgłoszeń dotyczyła produktów zawierających w swym składzie niedozwolone substancje chemiczne (m.in. barwniki, hydrochinon, IPBC, formaldehyd, antymony, chrom) oraz mikrobiologiczne (m.in. bakterie).



- zanieczyszczenia mikrobiologiczne
- zanieczyszczenia chemiczne

Kategorie zanieczyszczeń w notyfikacjach systemu RAPEX dot. woj. kujawsko-pomorskiego w roku 2014, przedstawione w %.

Najwyższy udział w zarejestrowanych produktach niebezpiecznych ze względu na funkcje produktów kosmetycznych stanowiły notyfikacje dotyczące produktów do zmiany wyglądu – czyli kosmetyków kolorowych (78%), co może być spowodowane dużym zapotrzebowaniem i zainteresowaniem wśród konsumentów, jak i znaczną produkcją tych wyrobów na rynku światowym. Kwestionowane były:

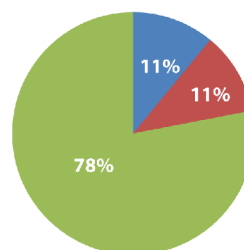
- preparaty przeznaczone do paznokci (7 produktów),
- kremy do rozjaśniania skóry (4 produkty),
- preparaty do makijażu (2 produkty),
- farba do włosów (1 produkt).

Pozostałe zgłoszenia dotyczyły produktów pielęgnacyjno-ochronnych (11%) oraz czyszczących i zapachowych (11%):

- preparat do pielęgnacji włosów (1 produkt),
- żel pod prysznic (2 produkty),
- chusteczki nawilżane (1 produkt).

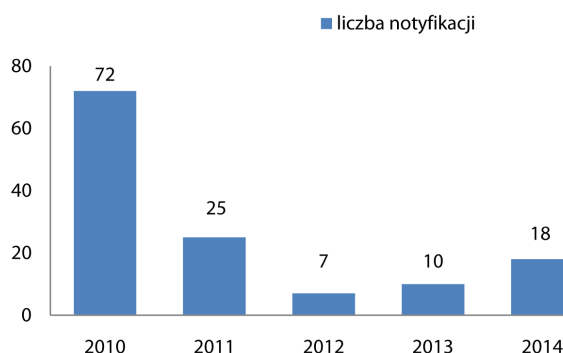
Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego przeprowadzono 473 kontrole, które nie wykazały obecności kwestionowanych produk-

tów kosmetycznych w skontrolowanych obiektach. Kontrole przeprowadzono w sklepach, hurtowniach, kioskach, punktach obrotu kosmetykami, stoiskach wolnostojących, salonach fryzjerskich oraz gabinetach kosmetycznych. W okresie sprawozdawczym Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy nie zgłaszała do systemu RAPEX niebezpiecznych produktów. Wzrost liczby notyfikacji w latach 2012-2014 spowodowany jest głównie lepszym systemem kontroli oraz potwierdza, że celem wszystkich producentów jest większe zaangażowanie w zagwarantowanie bezpieczeństwa wyrobów.



- kosmetyki pielęgnacyjno-ochronne
- kosmetyki czyszczące i zapachowe
- kosmetyki do zmiany wyglądu

Podział kosmetyków ze względu na ich funkcję w zgłoszeniach RAPEX dot. woj. kujawsko-pomorskiego w roku 2014, przedstawiony w %.



Liczba notyfikacji zgłoszonych w systemie RAPEX dot. woj. kujawsko-pomorskiego, w latach 2010-2014.

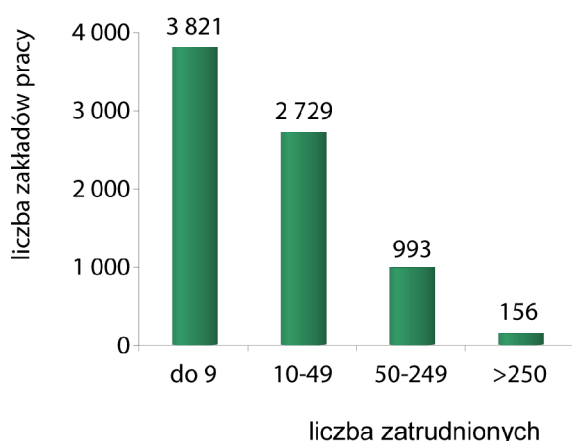


HIGIENA PRACY 1



Środowisko pracy

W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim nadzór nad warunkami pracy sprawowało 59 pracowników (w 2013 – 56). Ewidencją objętych zostało 7 699 zakładów pracy, zatrudniających 253 766 pracowników. Zdecydowaną większość stanowiły zakłady małe o zatrudnieniu do 9 pracowników.



Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w 2014 r. wg liczby zatrudnionych pracowników.

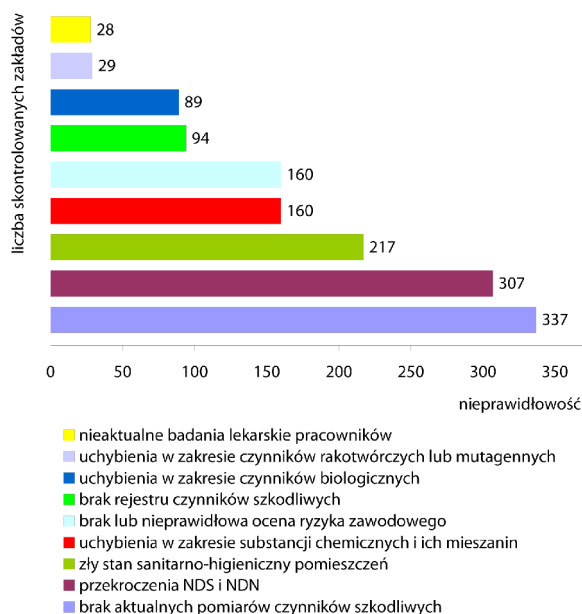
Najwięcej zakładów objętych zostało ewidencją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy (1 171 zakładów), kolejno Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Toruniu (859) oraz Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Świeciu (764).

Łącznie w 2014 r. skontrolowanych zostało 2 214 zakładów pracy (29% zewidencjonowanych), zatrudniających ogółem 104 096 pracowników. Zakres działań kontrolnych obejmował:

- przestrzeganie przepisów higieniczno-sanitarnych,

Liczbowe zestawienie skontrolowanych zakładów, przeprowadzonych kontroli i wydanych decyzji w latach 2010-2014:

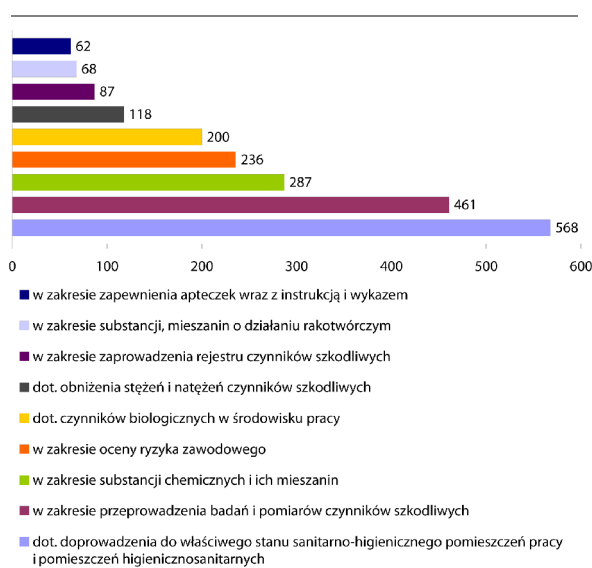
Rok	Liczba		
	skontrolowanych zakładów	kontroli	decyzji
2010	2 332	3 165	910
2011	2 822	4 007	1 077
2012	2 813	3 880	957
2013	2 596	3 450	862
2014	2 214	3 033	778



Liczba zakładów pracy, w których stwierdzono w 2014 roku nieprawidłowości.

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

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 778 decyzji administracyjnych, zawierających 2 496 nakazów. Pracodawców obligowano do przeprowadzenia badań i pomiarów środowiska pracy, sporządzenia spisu stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin, zapewnienia aktualnych kart charakterystyk, oznakowania oraz zagwarantowania odpowiedniego miejsca do składowania substancji chemicznych i ich mieszanin, a także opracowania dokumentacji oceny ryzyka zawodowego uwzględniającej narażenie na czynniki chemiczne. Właściwi państwowi inspektorzy sanitarni nakładali również obowiązki dotyczące sporządzenia rejestru prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 grupy zagrożenia oraz rejestru pracowników narażonych na ich działanie, opracowania planu postępowania na wypadek awarii z udziałem szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 3 zagrożenia, przeprowadzenia szkoleń dla pracowników mających kontakt ze szkodliwym czynnikiem biologicznym, umieszczenia na drzwiach znaku ostrzegającego przed zagrożeniem biologicznym, opracowania dokumentacji oceny ryzyka zawodowego z uwzględnieniem klasyfikacji i wykazu szkodliwych czynni-



Najczęściej wydawane nakazy w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 r.

ków biologicznych na stanowisku pracy, okazania dokumentu potwierdzającego zaproponowanie pracownikom narażonym na czynniki biologiczne gr. 3 szczepień ochronnych. Ponadto, wydawane nakazy dotyczyły założenia lub uzupełnienia rejestrów pracowników narażonych na działanie substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym oraz przekazania właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu informacji o substancjach, mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym.

Liczba wydanych nakazów w decyzjach PPIS i PWIS w latach 2010-2014:

PSSE	Liczba nakazów				
	2010	2011	2012	2013	2014
w Aleksandrowie Kuj.	38	70	30	38	24
w Brodnicy	32	92	48	22	42
w Bydgoszczy	260	360	303	235	204
w Chełmnie	53	82	160	132	134
w Golubiu-Dobrzyniu	50	31	23	33	41
w Grudziądzu	120	132	187	102	121
w Inowrocławiu	140	171	77	197	123
w Lipnie	26	35	38	18	30
w Mogilnie	21	13	11	15	47
w Nakle	156	286	137	189	167

w Radziejowie	60	87	39	93	131
w Rypinie	165	82	41	46	15
w Sępólnie Krajeńskim	90	108	82	106	56
w Świeciu	226	507	322	535	477
w Toruniu	257	432	246	218	244
w Tucholi	20	43	56	90	67
w Wąbrzeźnie	33	29	21	40	8
we Włocławku	309	180	148	80	85
w Żninie	52	24	41	52	35
WSSE (I instancja)	46	147	114	251	445
Razem:	2 154	2 911	2 124	2 492	2 496

Zdecydowanie najwięcej wydawanych w decyzjach nakazów dotyczyło doprowadzenia do odpowiedniego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń pracy i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych. Podobnie, jak w ubiegłym roku na drugim miejscu znalazły się nakazy dotyczące obowiązku przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy. Największa liczba nakazów dotyczących przeprowadzenia badań i pomiarów środowiska pracy zawarta była w decyzjach: PPIS w Toruniu – 108 nakazów, PPIS w Świeciu – 61 nakazów oraz PPIS w Grudziądzu – 46 nakazów.

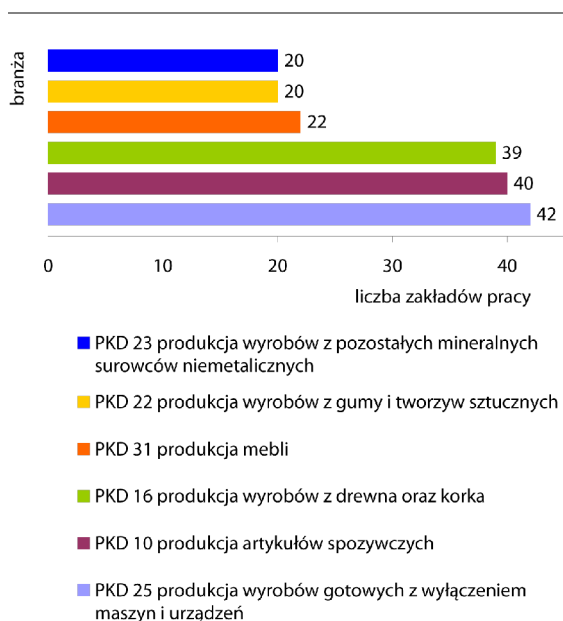
Na trzecim miejscu pod względem ilościowym zaklasyfikowały się zalecenia z zakresu substancji chemicznych i ich mieszanin. Dotyczyły one m.in. sporządzenia spisu stosowanych substancji niebezpiecznych i ich mieszanin, zapewnienia kart charakterystyk oraz właściwych warunków przechowywania chemikaliów i oznakowania pomieszczeń ich przechowywania, zapoznania pracowników z kartami charakterystyki stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin oraz opracowania procedury postępowania w przypadku wystąpienia awarii z udziałem czynnika chemicznego.

W wyniku kontroli przeprowadzonych w minionym roku przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego w 307 nadzorowanych zakładach pracy stwierdzono przekroczenia NDS/NDN. Łączna liczba pracowników zatrudnionych w warunkach przekroczeń dopuszczalnych normatywów higienicznych w 2014 r. wyniosła 11 237 osób. Właściwi państwowi inspektorzy sanitarni wydali łącznie 91 decyzji dotyczących obniżenia stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w miejscu pracy.

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

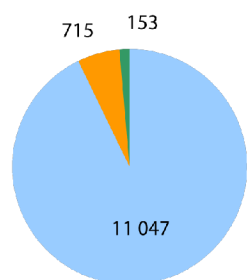
Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy w wyniku stwierdzenia przekroczeń stężenia NDSch formaldehydu wydał decyzję nakazującą obniżenie do obowiązujących norm stężenia chwilowego formaldehydu na stanowisku starszego specjalisty naukowo-technicznego oraz specjalisty naukowo-technicznego. Stanowiska pracy zostały czasowo unieruchomione. Podjęte przez pracodawcę działania doprowadziły do obniżenia wartości czynnika szkodliwego do poziomu bezpiecznego dla zdrowia. Ponownie przeprowadzone pomiary czynników szkodliwych dla zdrowia przeprowadzone przez wyspecjalizowane laboratorium potwierdziły bezpieczne warunki pracy. W związku z powyższym prace w zakładzie zostały wznowione.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy w wyniku prowadzonych czynności kontrolnych wydał również decyzję nakazującą obniżenie do obowiązujących norm stężenia chwilowego styrenu na stanowisku formierza tworzyw sztucznych. Prace zostały również wznowione.



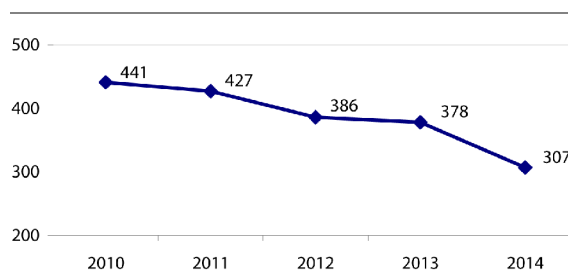
Liczba skontrolowanych zakładów o największej liczbie przekroczeń wg branży.

Dominującym czynnikiem szkodliwym w środowisku pracy w 2014 r. był hałas. W narażeniu na jego ponadnormatywne wartości zatrudnionych było 10 186 pracowników, z czego najwięcej w powiecie bydgoskim (2 404), toruńskim (2 230) oraz brodnickim (1 264).

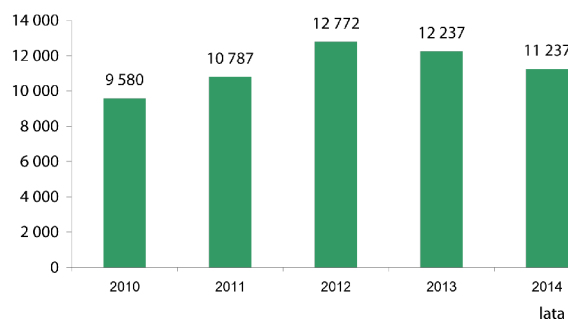


Liczba pracowników zatrudnionych w przekroczeniach NDS/NDN wg rodzaju czynnika szkodliwego.

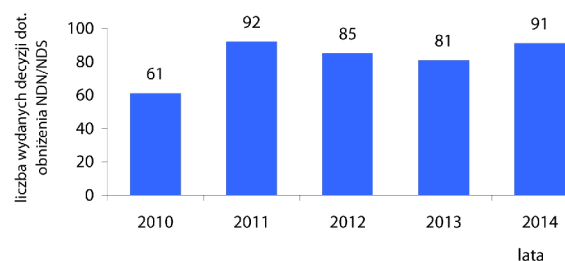
Działania kontrolne przeprowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną w latach 2010-2014 ukierunkowane były przede wszystkim na zakłady pracy, w których występowały przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia, w tym m.in. hałas i drgania mechaniczne.



Liczba zakładów pracy z przekroczeniami NDN/NDS w latach 2010-2014.



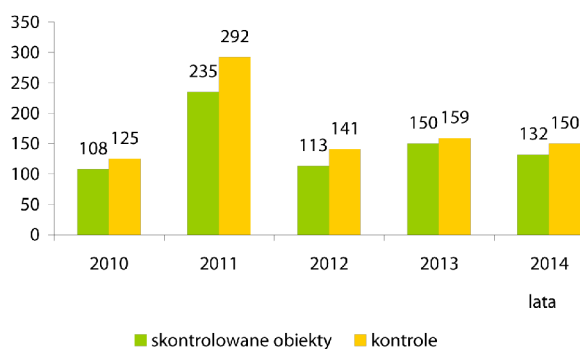
Liczba zatrudnionych na stanowiskach, na których odnotowano przekroczenia NDN/NDS.



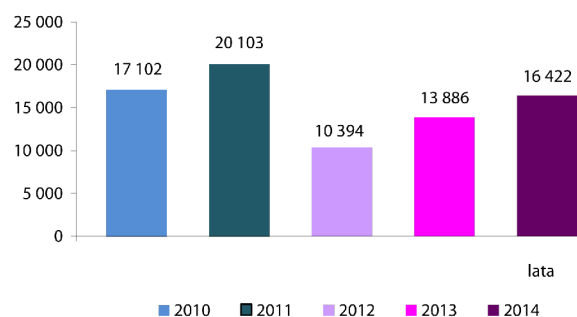
Decyzje dotyczące obniżenia stężeń i natężeń czynników szkodliwych.

Nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych

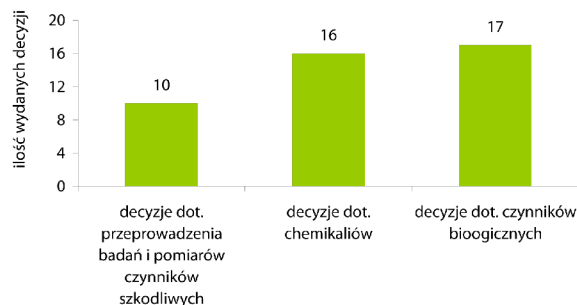
W 2014 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego prowadzono nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych w zakresie zagrożeń chemicznych, biologicznych oraz rakotwórczych i mutagennych. Kontrolą zostały objęte zarówno niewielkie placówki opieki doraźnej (świadczące usługi w zakresie porad lekarskich, wykonujące iniekcje domięśniowe, opatrunki, pobór krwi, badania w poradniach), jak i szpitale sprawujące opiekę specjalistyczną nad mieszkańcami województwa. Ogółem skontrolowano 132 zakłady, zatrudniające łącznie 16 422 osoby.



Liczba skontrolowanych podmiotów leczniczych i przeprowadzonych kontroli w latach 2010-2014.



Liczba zatrudnionych pracowników w skontrolowanych podmiotach leczniczych w latach 2010-2014.



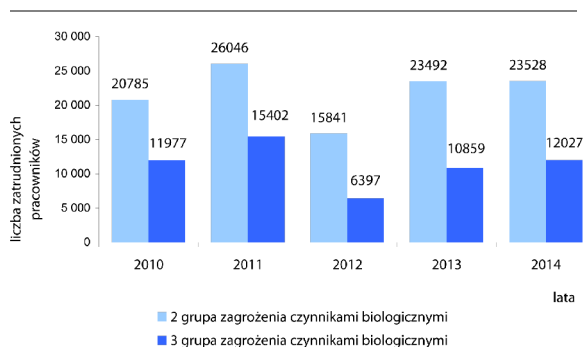
Nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych w województwie kujawsko-pomorskim - wydane decyzje w 2014 roku.

Na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w roku 2014 przeprowadzono łącznie 150 kontroli. W ich wyniku wydano 36 decyzji administracyjnych. Największa liczba decyzji (28) została wydana przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. Nakazy decyzji dotyczyły m.in. czynników biologicznych, chemikaliów oraz przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych. W 2014 r. na terenie województwa

kujawsko-pomorskiego prowadzono także nadzór nad zakładami ochrony zdrowia stosującymi cyto-statyki. Skontrolowano w tym zakresie 6 placówek.

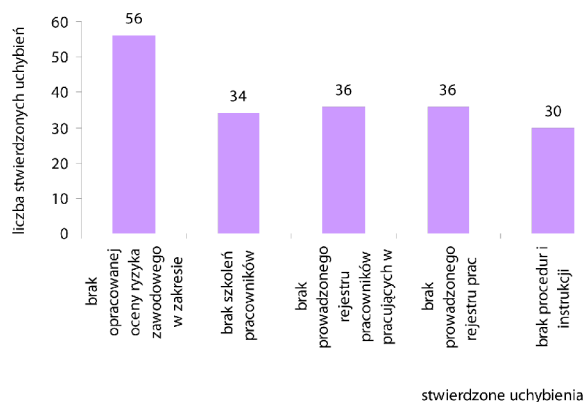
Narażenie na czynniki biologiczne szkodliwe dla zdrowia

W województwie kujawsko-pomorskim w 2 638 zakładach występowały szkodliwe czynniki biologiczne. Działaniami kontrolnymi objętych zostało 709 zakładów, zatrudniających 23 615 pracowników, w tym 23 528 osób narażonych na czynniki biologiczne zaliczane do grupy 2 zagrożenia oraz 12 027 do grupy 3 zagrożenia.



Zatrudnienie pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne w latach 2010-2014 w woj. kujawsko-pomorskim.

Kontrolami objęto przede wszystkim podmioty zajmujące się opieką zdrowotną i pomocą społeczną. W roku 2014 przeprowadzono łącznie 792 kontrole, w wyniku których wydano 87 decyzji.



Uchybienia z zakresu szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia.

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

W 2014 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowały 73 firmy zajmujące się rozbiórką elementów zawierających azbest, zatrudniające łącznie 170 pracowników przy zabezpieczaniu/usuwaniu/transportie wyrobów zawierających azbest. Posiadały one wymagane zezwolenia Starosty na transport odpadów azbestowych, a także decyzje Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego zatwierdzające program gospodarki odpadami, w zakresie m.in. wytwarzania odpadów zawierających azbest.

Przeprowadzono 33 kontrole w siedzibach firm oraz 29 kontroli w miejscu wykonywania prac powodujących kontakt z azbestem w zakresie:

- zabezpieczania wyrobów zawierających azbest – 6,
- usuwania wyrobów zawierających azbest – 20,
- transportu wyrobów zawierających azbest – 5.

Kontrole wykazały przestrzeganie ogólnych wymogów prawa w miejscu wykonywania prac powodujących kontakt z pyłem azbestu. W pojedynczych przypadkach stwierdzono uchybienia polegające na braku aktualnej dokumentacji w siedzibach firm, brak odizolowania obszaru prac oraz umieszczenia w strefie prac w widocznym miejscu tablic informacyjnych „Uwaga! Zagrożenie azbestem”, brak wyposażenia pracowników w środki ochrony indywidualnej oraz odzież roboczą, brak oznakowania i opakowania wyrobów zawierających azbest oraz przeszkolenia pracowników.

Dwie firmy nie dysponowały wynikami badań czynników szkodliwych dla zdrowia występującymi na stanowisku pracy. W 5 przypadkach w związku z wystąpieniem przekroczeń normatywów higienicznych w zakresie pyłów azbestu organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały decyzje administracyjne

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami właściwi państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni wydali łącznie 6 decyzji administracyjnych. Z uwagi na brak wykonania w ustalonym terminie nakazów ujętych w decyzji administracyjnej wydane zostało 1 upomnienie. Ponadto wystawiono 1 tytuł wykonawczy oraz wydano 1 postanowienie o nałożeniu grzywny. Nałożono także 2 mandaty karne.

W 2014 r. zostało wydanych 5 decyzji stwierdzających choroby zawodowe w wyniku narażenia pracowników na azbest. Stwierdzono następujące jednostki chorobowe:

- 2 przypadki międzybłoniaka opłucnej albo otrzewnej,
- 2 przypadki choroby opłucnej lub osierdza wywołane pyłem azbestu pod postacią rozległych zgrubień opłucnej,
- 1 przypadek pylicy płuc.

Warunki pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w przemyśle drzewnym

Przeprowadzone w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego kontrole sanitarne (645) w 373 zakładach przemysłu drzewnego miały na celu ocenę warunków pracy i narażenia zawodowego pracowników.

W wyniku działań kontrolnych prowadzonych w latach 2013-2014 stwierdzono:

- w 119 zakładach brak przeprowadzonych badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
- w 49 zakładach niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny pomieszczeń,
- w 36 zakładach brak opracowanej oceny ryzyka zawodowego,
- w 18 zakładach brak zapewnienia pracownikom niezbędnych środków ochrony zbiorowej.

W związku z powyższym 114 pracodawców zobligowano do przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych, które wykazały w 116 zakładach pracy przekroczenia obowiązujących normatywów higienicznych. Ogółem w warunkach przekroczeń NDS/NDN zatrudnionych było 1 868 pracowników.

Ponadto w wyniku przeprowadzonych kontroli stwierdzono brak przekazania przez pracodawców do PWIS w Bydgoszczy wymaganych prawem informacji o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy (w 12 zakładach) oraz w 17 zakładach stwierdzono brak prowadzenia rejestru prac i pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy.

W 2014 r. kontrolą objęto także stosowanie substancji chemicznych i ich mieszanin (w 196 zakładach). Stwierdzono szereg uchybień m.in.: brak aktualnego spisu stosowanych chemikaliów, niewłaściwy sposób przechowywania ww. substancji, brak zapoznania pracowników z kartami charak-

terystyk stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin sklasyfikowanych jako niebezpieczne oraz brak opracowania procedur działania na wypadek awarii lub wypadku.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni wydali 190 decyzji administracyjnych, w tym:

- 159 nakazujących usunięcie nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli,
- 22 zmieniające termin wykonania nakazów,
- 5 umarzających postępowanie,
- 2 uchylające nakazy,
- 1 o odmowie zmiany terminu wykonania nakazów,
- 1 nakazującą obniżenie poziomu hałasu.

Do końca 2014 r. zostały wykonane nakazy ze 130 decyzji. Z uwagi na brak wykonania w ustalonych terminach obowiązków ujętych w decyzjach administracyjnych wystawiono 18 upomnień oraz 5 tytułów wykonawczych. Ponadto wydanych zostało 7 postanowień o nałożeniu grzywny.

W 2014 r. stwierdzonych zostało 5 chorób zawodowych wśród pracowników przemysłu drzewnego.

Warunki pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach produkujących artykuły spożywcze

W roku 2014 państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego przeprowadzili 171 kontroli w 136 zakładach przemysłu spożywczego. Ich zakres obejmował ocenę warunków pracy i narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach produkujących artykuły spożywcze. Kontrole wykazały w 31 zakładach pracy przekroczenia obowiązujących normatywów higienicznych. Ponadto 29 pracodawców nie przeprowadziło badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy. Stwierdzono również braki wymaganej dokumentacji w zakresie czynników biologicznych tj. rejestru prac obejmujących narażonych pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 grupy zagrożenia, rejestru pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 grupy zagrożenia oraz opracowanych procedur działania na wypadek awarii lub wypadku spowodowanego czynnikiem biologicznym. W 108 skontrolowanych zakładach stwierdzono stosowanie substancji chemicznych i ich mieszanin sklasyfiko-

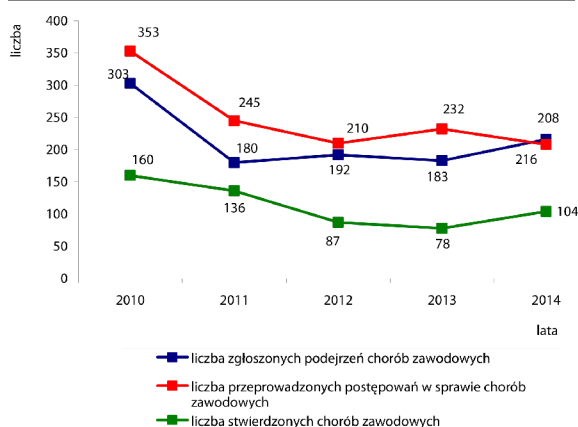
wanych, jako niebezpieczne. Kontrole wykazy brak aktualnych spisów stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin, niewłaściwy sposób ich przechowywania, brak zapoznania pracowników z kartami charakterystyk oraz opracowanych procedur działania na wypadek awarii lub wypadku spowodowanego czynnikiem chemicznym.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami organ I instancji wydał 39 decyzji administracyjnych, z czego wykonanych zostało 19.

W 2014 r. została wydana 1 decyzja stwierdzająca chorobę zawodową na stanowisku ciastkarz, pomoc piekarska, piekarz – poz. 20.1 wykazu chorób zawodowych.

Choroby zawodowe

W 2014 r. do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wpłynęło łącznie 216 zgłoszeń podejrzeń chorób zawodowych (w 2013 r. – 183).



Graficzne przedstawienie liczby podejrzeń chorób zawodowych i przeprowadzonych postępowań.

W wyniku przeprowadzonych 208 postępowań wyjaśniających organ I instancji wydał 105 decyzji stwierdzających choroby zawodowe oraz 69 decyzji o braku podstaw do ich stwierdzenia.

Do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy wniesionych zostało 14 odwołań od decyzji organu I instancji. Organ II instancji łącznie wydał 17 decyzji administracyjnych, z czego 11 zostało zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy.

W wyniku uprawomocnienia decyzji administracyjnych w 2014 r. stwierdzono 104 choroby zawodowe.

Zdecydowanie największą grupę chorób

zawodowych stanowiły przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym - 31 przypadków (30%). Na drugim miejscu znalazły się choroby zakaźne lub pasożytnicze – 23 przypadki (22%) oraz kolejno obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu oraz przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy (po 11 przypadków).

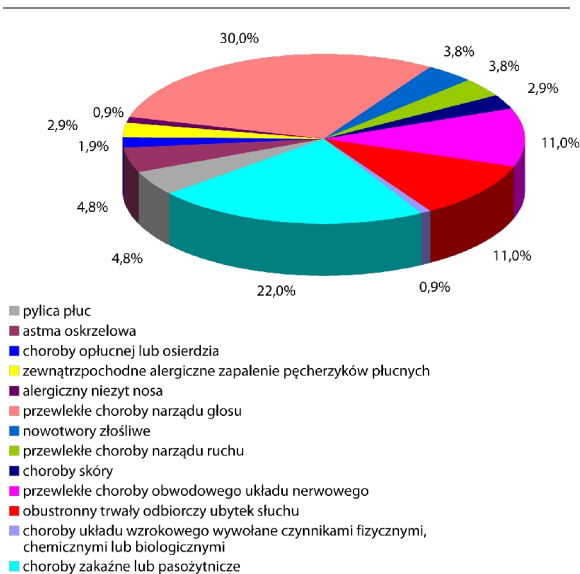
Wśród chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw w 2014 roku znaczący udział stanowiła borelioza – 87% (w 2013 r. – 90%). Rozpoznawana była najczęściej w grupie zawodowej pracowników leśnictwa oraz pracowników gospodarstw rolnych.

Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C o etiologii zawodowej stanowiło w 2014 r. – 4% chorób zakaźnych lub pasożytniczych.

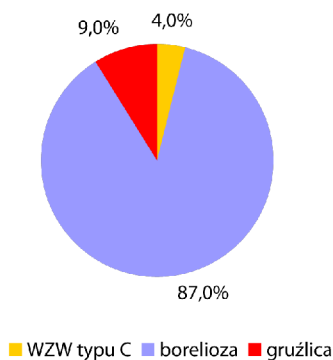
Choroby zawodowe stwierdzone w latach 2010-2014:

Nr* pozycji w wykazie	Nazwa choroby zawodowej	Liczba stwierdzonych przypadków w roku				
		2010	2011	2012	2013	2014
1	zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne	0	3	0	1	0
3	pylice płuc	3	3	1	0	5
4	choroby opłucnej lub osierdza wywołane pyłem azbestu	0	0	1	0	2
5	przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli	1	0	0	0	0
6	astma oskrzelowa	0	4	3	2	5
7	zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	0	0	2	0	3
12	alergiczny nieżyt nosa	0	3	3	2	1
15	przewlekłe choroby narządu głosu	29	22	9	19	31
17	nowotwory złośliwe	1	1	2	1	4
18	choroby skóry	5	2	5	0	3
19	przewlekłe choroby układu ruchu	11	7	10	4	4
20	przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego	9	10	10	1	11
21	obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu	16	12	11	15	11
22	zespół wibracyjny	3	2	2	1	0
25	choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi	0	1	1	1	1
26	choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa	82	66	27	31	23
Razem		160	136	87	78	104

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



Graficzne przedstawienie liczby podejrzeń chorób zawodowych i przeprowadzonych postępowań.

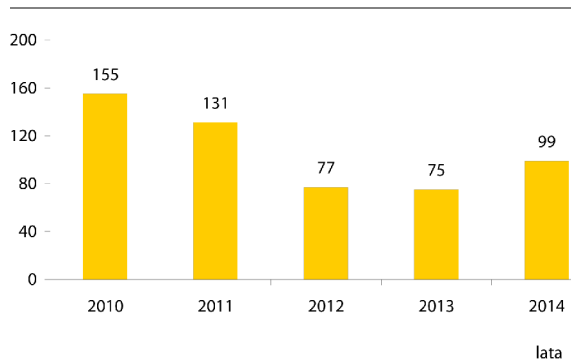


Struktura chorób zakaźnych i pasożytniczych w 2014 roku.

Liczba chorób zakaźnych/pasożytniczych albo ich następstw w latach 2010-2014:

Rok	wirusowe zapalenie wątroby		borelioza	gruźlica	brucelloza	inne choroby zakaźne lub pasożytnicze	RAZEM
	typu B	typu C					
2010	1	5	72	4	0	0	82
2011	1	3	57	4	0	1 (toksokaroza)	66
2012	1	3	20	1	0	1 (toksokaroza) 1 (bąblowica)	27
2013	1	1	28	1	0	0	31
2014	0	1	20	2	0	0	23

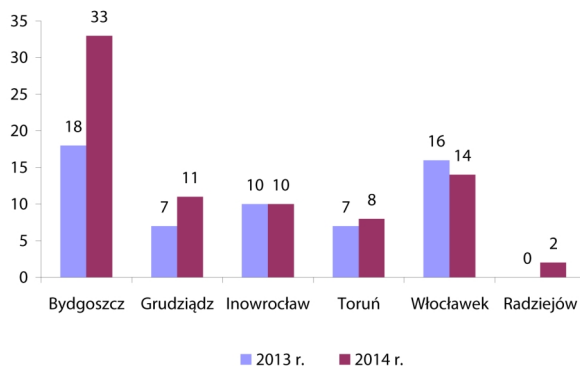
Ogółem w województwie kujawsko-pomorskim choroby zawodowe stwierdzono u 99 osób. Więcej niż jedna choroba zawodowa wystąpiła u 5 osób (po 2 jednostki chorobowe).



Liczba osób ze stwierdzoną chorobą zawodową w latach 2010-2014.

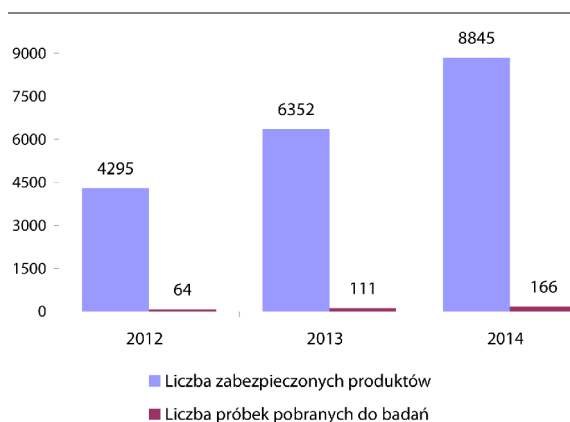
Środki zastępcze

Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego w ramach nadzoru nad środkami zastępczymi w 2014 r. przeprowadzili 78 kontroli (liczba obejmuje kontrole sanitarne oraz sprawdzające, bez uwzględniania monitoringu i kontroli lombardów, w wyniku których nie stwierdzono wprowadzania do obrotu „dopalczy”).

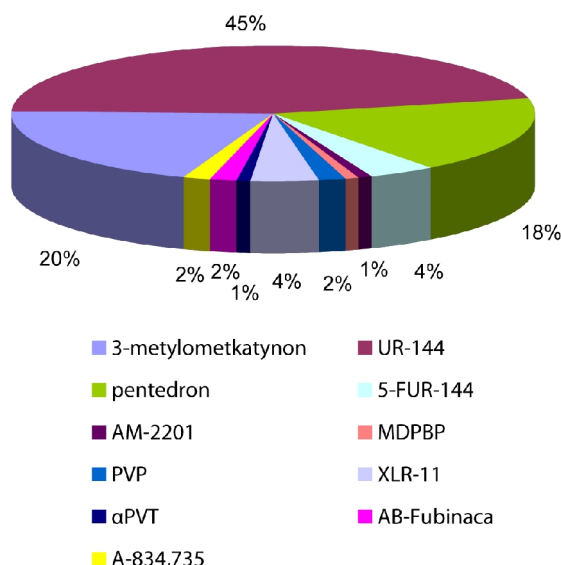


Liczba przeprowadzonych kontroli w zakresie nadzoru nad środkami zastępczymi.

W toku działań inspekcyjnych zabezpieczono 8 845 opakowań produktów, co do których zachodziło podejrzenie, że są środkami zastępczymi w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Do badań pobranych zostało 166 próbek, przebadano 145 próbek (125 próbek pobranych w 2014 r. oraz 20 próbek pobranych w 2013 r.). Kwota wydatkowania na badania laboratoryjne wyniosła w 2014 roku - 57 195 zł. Najczęściej identyfikowanymi związkami w próbkach poddanych analizom były: UR-144, 3-metylometkatynon oraz pentedron.



Liczba zabezpieczonych produktów oraz próbek pobranych do badań.



Procentowe zestawienie zidentyfikowanych związków w przebadanych próbkach w 2014 r.

Dystrybucja środków zastępczych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w 2014 r. prowadzona była przez 27 podmiotów gospodarczych, prowadzących 10 sklepów (Bydgoszcz – 4 lokalizacje, Inowrocław – 2 lokalizacje, Grudziądz – 2 lokalizacje, Włocławek 1 lokalizacja, Toruń – 1 lokalizacja, Radziejów – 1 lokalizacja).

Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego wydali na podstawie art. 27c ust. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej 37 decyzji, 43 decyzje w oparciu o art. 27c ust. 6 ww. ustawy oraz 40 decyzji na podstawie art. 52a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Łączna kwota kar pieniężnych nałożonych

Liczba decyzji wydanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych województwa kujawsko-pomorskiego:

Rok	Liczba decyzji wydanych na podstawie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej		Kwota kar pieniężnych
	art. 27c ust. 1	art. 27c ust. 6	
2013	33	21	1 150 000
2014	37	43	1 672 000

w 2014 r. przez organ I instancji wyniosła 1 672 000 zł.

W 2014 r. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy otrzymał 78 odwołań od decyzji Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych oraz 34 zażalenia na postanowienia organu I instancji wydanych w związku z prowadzonym nadzorem nad środkami zastępczymi. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy wydał 57 decyzji oraz 49 postanowień.

W 2014 r. do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy wpłynęły 1 173 zgłoszenia zatruc substancjami psychoaktywnymi, w tym 202 zgłoszenia dotyczyły przypadków zatruc „dopalaczami”. Najwięcej przypadków zatruc zarejestrowano w grupie mężczyzn między 20, a 30

Decyzje wydane przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy w 2014 r., w zakresie środków zastępczych:

Decyzje PWIS w Bydgoszczy	Liczba decyzji wydanych przez PWIS w Bydgoszczy
uchylające zaskarżone decyzje PPIS	13
utrzymujące zaskarżone decyzje w mocy decyzje PPIS	35
uchylające zaskarżone decyzje i umarzające postępowanie PPIS	2

Liczba zatruc „dopalaczami” w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 r. z podziałem na wiek i płeć:

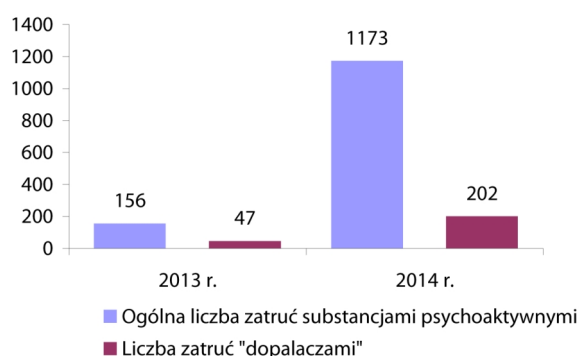
Wiek	Kobiety	Mężczyźni	Razem
0-14	5	10	15
15-19	22	59	81
20-30	9	78	87
>30	5	14	19
Razem	41	161	202

rokiem życia (78 przypadków).

Najczęstszymi objawami towarzyszącymi zatruciom środkami zastępczymi były: pobudzenie psychoruchowe, agresja, halucynacje, drżenie kończyn, niepokój.

Liczba zatruc substancjami psychoaktywnymi w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 r. według miejsca hospitalizacji:

Miejsce hospitalizacji	liczba zatruc „dopalaczami”
Inowrocław	46
Bydgoszcz	23
Grudziądz	84
Toruń	8
Świecie	30
Włocławek	8
Radziejów	1
Wąbrzeźno	1
Nakło	1



Liczba zgłoszonych zatruc substancjami psychoaktywnymi w województwie kujawsko-pomorskim.

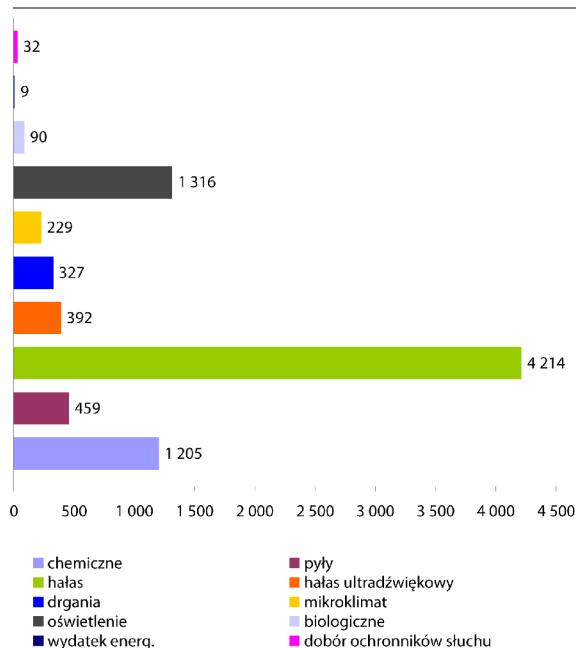
Wnioski

1. W 2014 r. odnotowano wzrost liczby zakładów pracy objętych ewidencją Państwowej Inspekcji Sanitarnej (o 45 zakładów).
2. Działalnością kontrolną objętych zostało 2 214 zakładów pracy, tj. 28,7%.
3. Najczęściej zastrzeżenia inspektorów budził stan sanitarno-techniczny i higieniczny kontrolowanych zakładów. W tym zakresie wydano 568 nakazów.
4. W porównaniu do 2013 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały o 150 więcej decyzji administracyjnych obligujących pracodawców do poprawy warunków pracy (w 2014 r. – 470, w 2013 r. – 318).
5. W 2014 r. odnotowano spadek liczby osób zatrudnionych w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych (o 1 000 zatrudnionych).

6. W 2014 roku w porównaniu z rokiem 2013 nastąpił wzrost stwierdzonych chorób zawodowych – o 26 przypadków (33%).
7. Najwięcej chorób zawodowych zostało rozpoznanych w grupie chorób przewlekłej choroby narządu głosu spowodowanej nadmiernym wysiłkiem głosowym - 31 przypadków (30%).
8. W porównaniu do roku ubiegłego nieznacznie wzrosła liczba zgłoszeń podejrzeń chorób zawodowych (w 2013 r. – 183, w 2014 r. – 216).
9. Wzmocniono działania kontrolne w zakresie środków zastępczych. Państwowi Powiatowi Inspektorzy sanitarni województwa w 2014 r. przeprowadzili 78 kontroli (w 2013 r. – 58).
10. W wyniku kontroli Państwowi Powiatowi Inspektorzy sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego zabezpieczyli 8 845 opakowań produktów, co do których zachodziło podejrzenie, że są środkami zastępczymi w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz pobrali 166 próbek do badań (w 2013 r. – 6 352 opakowań produktów, odpowiednio 111 próbek).
11. W porównaniu do roku 2013 r. zwiększeniu uległa kwota nałożonych kar pieniężnych przez organy I instancji województwa kujawsko-pomorskiego na podmioty wprowadzające do obrotu środki zastępcze (w 2014 r. – 1 672 000 zł, w 2013 r. – 1 150 000 zł).
12. W związku z poprawą zgłaszalności zatruc środków zastępczych przez podmioty lecznicze województwa kujawsko-pomorskiego w 2014 r. odnotowano znaczny wzrost liczby zatruc środkami zastępczymi (w 2013 r. – 47 zgłoszeń, w 2014 r. – 202 zgłoszenia).
13. W 2014 r. najwięcej zatruc „dopalaczami” odnotowano w grupie mężczyzn w wieku od 20 do 30 lat.
14. Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego prowadzili działania mające na celu pogłębianie wiedzy społeczeństwa nt. szkodliwości środków zastępczych.

HIGIENA PRACY 2

W 2014 r. wykonano 8 275 oznaczeń laboratoryjnych na 3 102 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na czynniki szkodliwe (w tym czynniki biologiczne) i uciążliwe dla zdrowia (takie jak: wydatek energetyczny, dobór ochronników słuchu, wentylacja) co zostało zobrazowane na wykresie 1 oraz 323 oznaczenia czynników chemicznych oraz respirabilnych włókien azbestu w próbkach dostarczonych przez klienta zewnętrznego. Ponadto, wykonano 552 oznaczenia w 22 punktach pomiarowych w celu oceny zagrożeń czynnikami chemicznymi w powietrzu pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi.

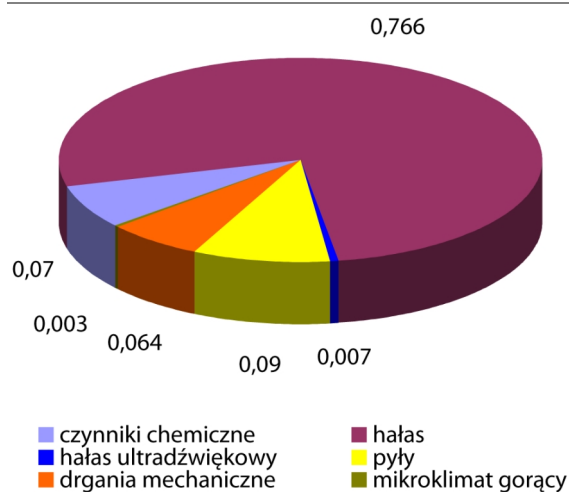


Wykonane oznaczenia na stanowiskach pracy w 2014 r.

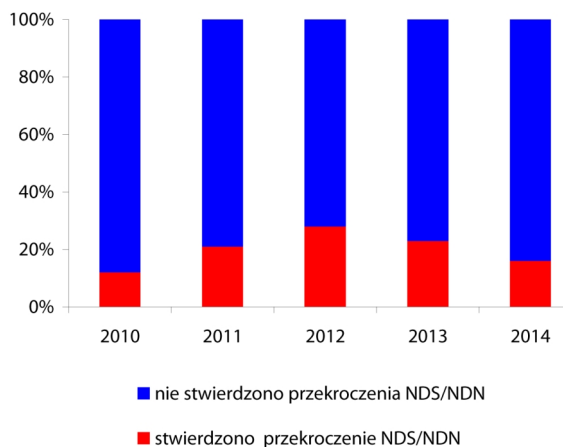
W minionym roku najwięcej przekroczeń NDS i NDN (najwyższych dopuszczalnych stężeń



i natężeń) czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy stwierdzono dla hałasu, czynników chemicznych, drgań mechanicznych oraz zapylenia.



Udział przekroczeń NDS i NDN.

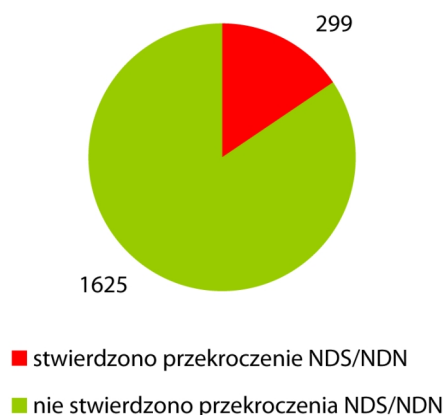


Udział przekroczeń NDS/NDN na stanowiskach pracy w latach 2010 – 2014.

Zaprezentowane w formie graficznej dane obrazują procentowy udział stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenia NDN lub NDS na przestrzeni lat 2010–2014.

Narażenie na czynniki szkodliwe dla zdrowia

W 2014 r. wykonano 6 630 oznaczeń laboratoryjnych na 1 924 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na chemiczne i fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia. W wyniku przeprowadzonej oceny zagrożeń czynnikami szkodliwymi dla zdrowia na stanowiskach pracy stwierdzono wystąpienie przekroczeń obowiązujących normatywów na 299 stanowiskach pracy, co stanowi 15,5% objętych pomiarami stanowisk pracy.



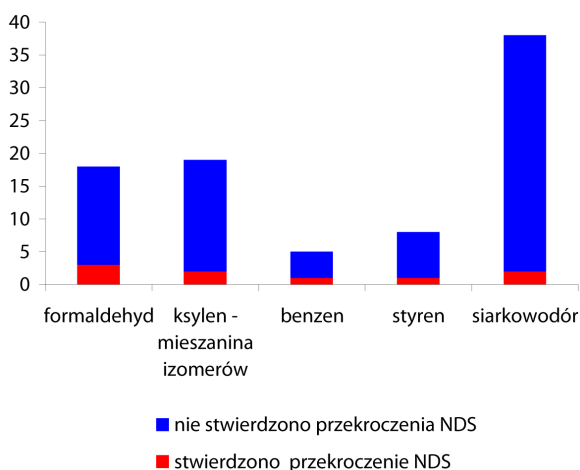
Stanowiska pracy opomiarowane pod kątem narażenia na czynniki szkodliwe dla zdrowia.



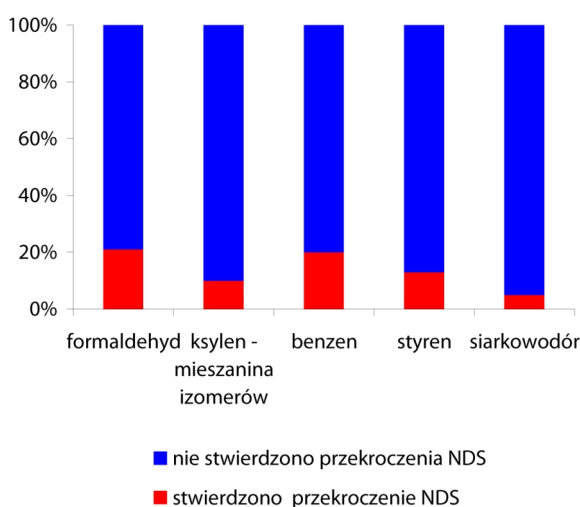
Stanowiska pracy opomiarowane pod kątem narażenia na chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia.

Przekroczenie najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) stwierdzono na 21 z 622 stanowisk pracy, na których pracownicy byli narażeni na chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia.

Przekroczenie normatywu higienicznego (NDS) najczęściej stwierdzono dla formaldehydu, ksyleny - mieszaniny izomerów, benzenu, styrenu i siarkowodoru. Na stanowiskach, na których pracownicy narażeni byli na te czynniki przekroczenie NDS dla formaldehydu zarejestrowano na 3 z 18 stanowisk pracy (17%), na 2 z 19 stanowisk dla ksyleny - mieszaniny izomerów (11%), na 1 z 5 stanowisk dla benzenu (20%), na 1 z 9 stanowisk dla styrenu (11%) oraz na 2 z 38 stanowisk dla octanu butylu (5%).

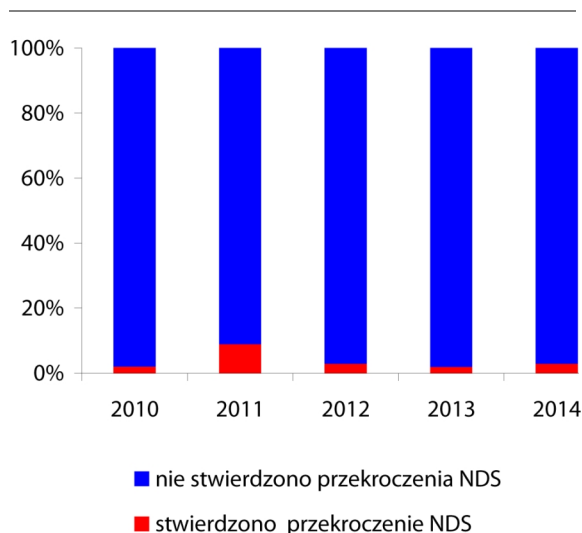


Stanowiska pracy opomiarowane w celu oceny narażenia na wybrane chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia.



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

Na poniższym wykresie przedstawiono procentowy udział stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenia NDS dla czynników chemicznych w latach 2010 – 2014.



Udział przekroczeń NDS na stanowiskach pracy dla czynników chemicznych w latach 2010 – 2014.

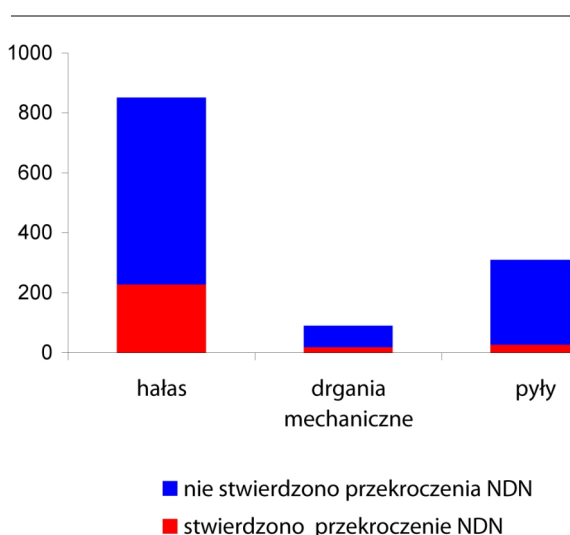
Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia (NDN) wystąpiły na 278 z 1 302 opomiarowanych stanowiskach pracy, co stanowi 21,4% stanowisk pracy, na których wykonano pomiary.



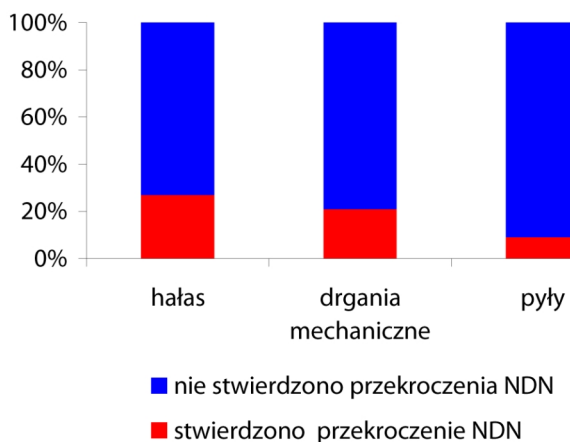
Stanowiska pracy opomiarowane pod kątem oceny narażenia na fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia.

W 2014 r. stwierdzone przekroczenia najwyższych dopuszczalnych natężeń najczęściej doty-

czyły hałasu, drgań mechanicznych i pyłów. Przekroczenie NDN dla hałasu stwierdzono na 229 (26,9%) stanowiskach z 852 poddanych ocenie w tym zakresie, dla drgań mechanicznych na 19 (21,1%) z 90 stanowisk pracy, na których pracownicy narażeni byli na ten czynnik zaś dla pyłów na 27 (8,7%) stanowiskach z 459 poddanych ocenie w tym zakresie.

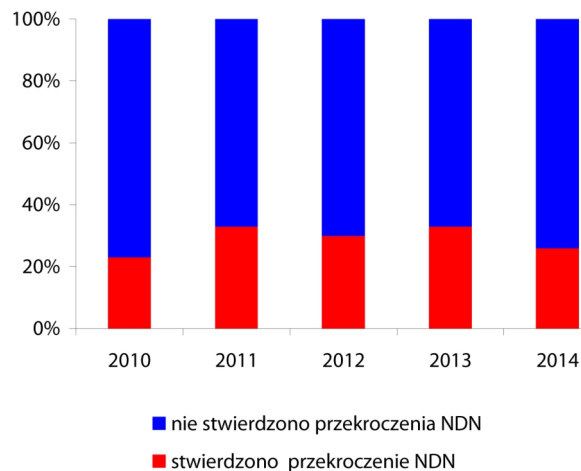


Stanowiska pracy opomiarowane w celu oceny narażenia na wybrane fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia.

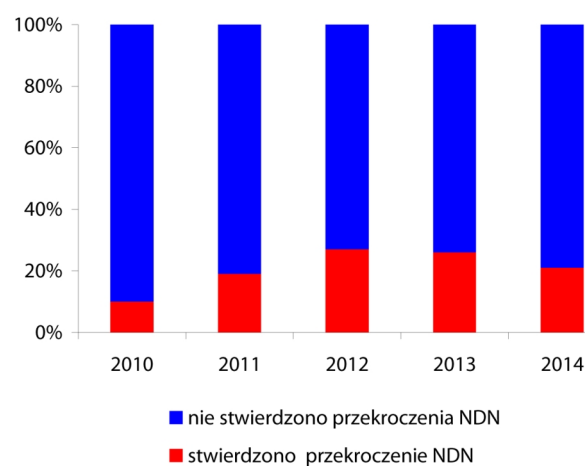


Udział przekroczeń na stanowiskach pracy opomiarowanych pod kątem oceny narażenia na fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia.

Dane dotyczące stwierdzonych przekroczeń NDN dla hałasu oraz drgań mechanicznych na stanowiskach pracy w latach 2010 – 2014 przedstawiono na dalszych wykresach.



Udział przekroczeń NDN na stanowiskach pracy dla hałasu w latach 2010 – 2014.



Udział przekroczeń NDN na stanowiskach pracy dla drgań mechanicznych w latach 2010 – 2014.

W 2014 r. przeprowadzono pomiary m. in. w zakładach: kartonowych, papierniczych, wodociągów i kanalizacji, usług komunalnych. Na kilku opomiarowanych stanowiskach pracy pod kątem zagrożeń szkodliwymi dla zdrowia czynnikami biologicz-

nymi zidentyfikowano bakterie należące do drugiej grupy zagrożenia biologicznego. Nie zidentyfikowano bakterii należących do klas wyższych. Rodzaje zidentyfikowanych w powietrzu na stanowiskach pracy bakterii przedstawia tabela.

Bakterie zidentyfikowane na badanych stanowiskach pracy:

Bakterie zidentyfikowane	Skontrolowane zakłady pracy				
	zakłady kartonowe	zakłady papierowe	zakłady wodociągów i kanalizacji	zakłady usług komunalnych	sanatoria
1	2	3	4	5	6
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (2 grupa)		+			
<i>Pseudomonas putida</i>		+			
<i>Pseudomonas luteola</i>		+			
<i>Ochrobactrum anthropi</i>		+			
<i>Pantoea agglomerans</i> (2 grupa)	+	+			
<i>Pantoea spp.</i> (2 grupa)		+			
<i>Klebsiella spp.</i> (2 grupa)		+			
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (2 grupa)		+			
<i>Rahnella aquatilis</i>		+	+		
<i>Staphylococcus spp. koagulazoujemny</i>		+		+	+
<i>Bacillus megaterium</i>		+		+	
<i>Bacillus spp.</i> (2 grupa)	+	+		+	
<i>Enterococcus hirae</i> (2 grupa)		+			
<i>Enterococcus faecium</i> (2 grupa)		+			
<i>Enterococcus faecalis</i> (2 grupa)				+	
<i>Enterococcus durans</i> (2 grupa)			+	+	
<i>Enterococcus avium</i> (2 grupa)				+	
<i>Streptococcus mutant</i> (2 grupa)		+			
<i>Streptococcus spp.</i> (2 grupa)	+				
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	+				

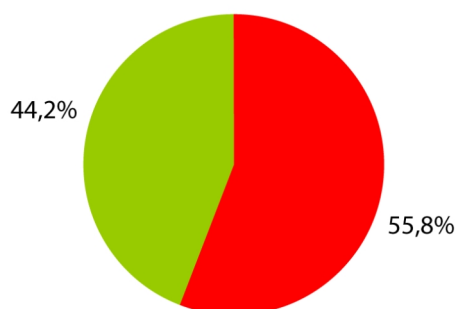
Alicyclobacillus spp.		+	+		
Enterobacter amnigenus (2 grupa)		+			
Enterobacter cloacae (2 grupa)		+	+		
Providencia alalfaciens (2 grupa)		+			
Bacillus smithii		+			
Escherichia coli		+			
Rhizobium radiobacter		+			
Stenotrophomonas maltophilia		+			
Acinetobacter spp.		+			
Ochrobactrum anthropi		+			
Serratia fonticola		+			
Sphingomonas paucimobilis		+			
Micrococcus spp.	+	+		+	
Micrococcus luteus/lylae				+	
Bacillus lentus		+			
Elizabethkingia meningoseptica		+			
Niezidentyfikowane pałeczki Gram (+)	+				+
Sphingomonas paucimobilis		+			
Aeromonas hydrophila/caviae		+		+	
Cronobacter sakazakii		+			
Serratia spp.		+			
Arcanobacterium hemolyticum (2 grupa)		+			
Bacillus vallismortis		+			
Bacillus pumilus		+			
Lysinibacillus spp.		+	+		
Raoultella planticola		+			
Burkholderia cepacia		+			
Leuconostoc pseudomesenteroides		+			
Corynebacterium jeikeium		+	+		
Pseudomonas luteola				+	
Pseudomonas stutzeri				+	
Serratia plymuthica				+	
Brevibacillus choshnensis			+	+	
Corynebacterium urealyticum				+	
Bacillus simplex			+		
Corynebacterium minutissimum (2 grupa)			+		
Micrococcus hydrophila/caviae (2 grupa)				+	
Klebsiella oxytoca (2 grupa)				+	
Sphingobacterium thalpophilum				+	
Leuconostoc mesenteroides spp. cremoris				+	
Staphylococcus xylosus	+				
Aerococcus viridans	+				
Staphylococcus warneri	+				
Staphylococcus hominis	+				
Staphylococcus cohnii	+				
Geobacillus spp.	+				
Paenibacillus polymyxa	+				
Ralstonia mannitolilytica					+
Staphylococcus quorum					+
Corynebacterium pseudodiphtheriticum					+
Lysinibacillus spp					+
Bacillus sporothermodurans				+	

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

Narażenie na czynniki uciążliwe dla zdrowia

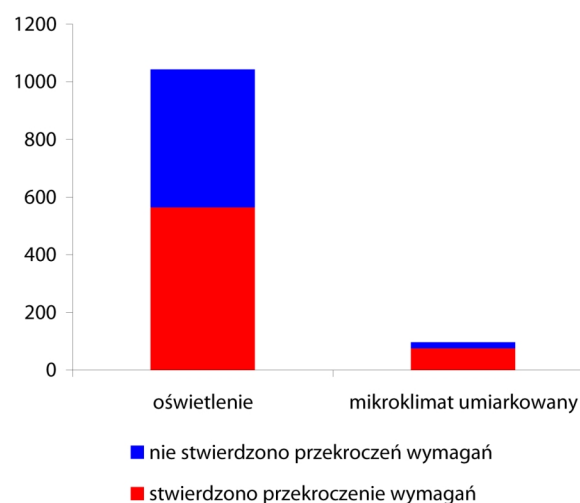
W 2014 r. wykonano 1 555 oznaczeń laboratoryjnych na 1 149 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na czynniki uciążliwe dla zdrowia.

Niespełnienie wymagań w zakresie czynników uciążliwych dla zdrowia stwierdzono na 641



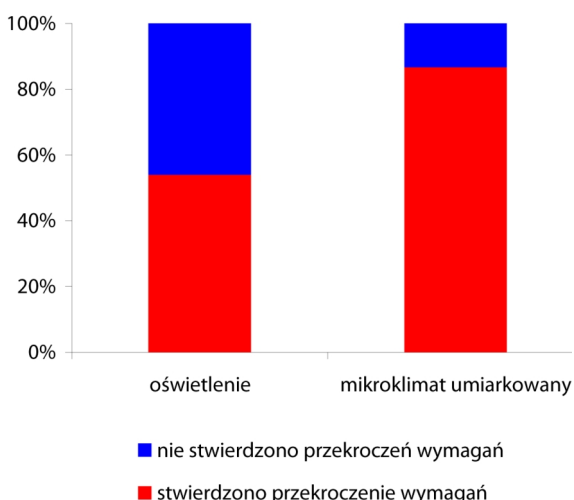
- stwierdzono przekroczenie wymagań
- nie stwierdzono przekroczenia wymagań

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



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

tj. 55,8% stanowisk pracy poddanych ocenie w tym zakresie i dotyczyło dwóch czynników tj. oświetlenia oraz mikroklimatu umiarkowanego. Zapewnienie właściwych warunków środowiska termicznego oraz oświetlenia na stanowiskach pracy jest wymaganiem w znacznym stopniu nieprzestrzegającym przez pracodawców w zakresie uciążliwości zawodowych.



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

Wnioski

1. W 2014 r. na 15,5% poddanych ocenie narażenia stanowiskach pracy, pracownicy narażeni byli na działanie czynników szkodliwych dla zdrowia w stężeniach/natężeniach przekraczających normatywy higieniczne (NDS/NDN).
2. W 2014 r. podobnie jak w latach poprzednich hałas obok drgań mechanicznych i zapylenia jest najczęściej występującym zagrożeniem na stanowiskach pracy.
3. W 2015 r. zakres realizacji badań, powinien być w znacznym stopniu ukierunkowany na ocenę stanu zagrożeń szkodliwymi czynnikami dla zdrowia takimi jak: hałas, drgania mechaniczne oraz zapylenie.
4. Większość stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenie NDN, wskazuje na konieczność wzmocnienia działań prewencyjnych mających na celu ograniczenie negatywnego wpływu fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia.
5. Znacząca ilość stanowisk, na których stwierdzo-

no występowanie drobnoustrojów należących do drugiej grupy zagrożenia biologicznego, wskazuje na konieczność wzmocnienia działań prewencyjno-oświatowych oraz monitorowania stanu zagrożenia czynnikami biologicznymi na stanowiskach pracy.

6. Zapewnienie właściwych warunków środowiska termicznego oraz oświetlenia na stanowiskach pracy jest wymaganiem w znacznym stopniu nieprzestrzeganym przez pracodawców w zakresie uciążliwości zawodowych.
7. Obserwowana w latach 2010 – 2014 dynamika zmian w zakresie zmian profilu narażenia na hałas i drgania mechaniczne na stanowiskach pracy wskazuje na umiarkowaną skuteczność dotychczas podejmowanych działań w zakresie ich redukcji.



HIGIENA RADIACYJNA

Ochrona przed promieniowaniem jonizującym

Ochrona radiologiczna personelu

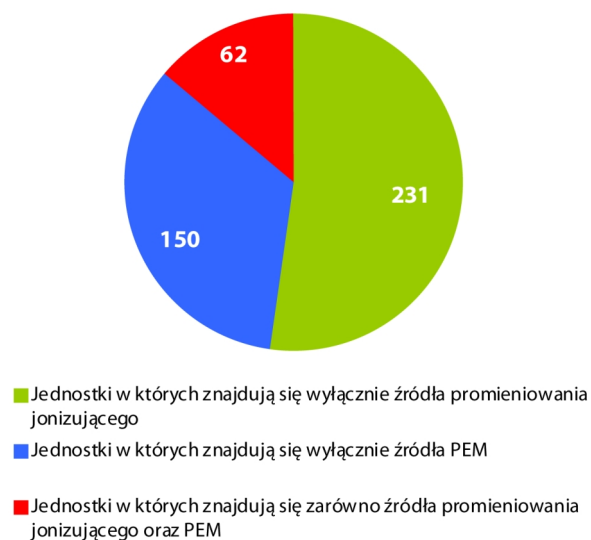
Na podstawie prowadzonych przez Oddział Higieny Radiacyjnej WSSE w Bydgoszczy czynności kontrolnych i wykonanych w ramach nadzoru pomiarów dozymetrycznych można stwierdzić, że stan ochrony radiologicznej pracowników w zakładach użytkujących aparaty rtg do celów medycznych w 2014 roku nie budził zastrzeżeń.

Nadzorem objęto w minionym roku 293 jednostki organizacyjne, w których użytkowano ponad 650 aparatów rtg. W województwie kujawsko-pomorskim w 2014 r. liczba pracowników zatrudnionych w narażeniu na promieniowanie jonizujące, objętych pomiarem dawki indywidualnej wy-

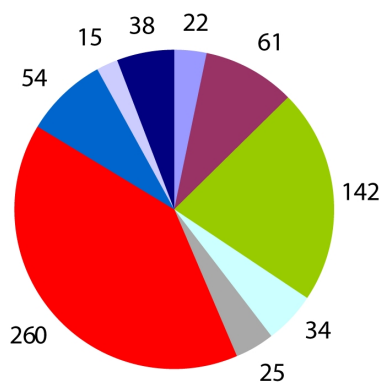


nosiła około 1900 osób. Pracownicy stosowali odpowiednie ochrony osobiste oraz przestrzegali pozostałych wymogów ochrony radiologicznej. W roku sprawozdawczym na terenie naszego województwa nie zanotowano przekroczeń dopuszczalnych limitów dawek.

W stosunku do osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące większość zakładów opieki zdrowotnej dopełniała obowiązków związanych z dozymetrią indywidualną (pomiar dawki na całe ciało oraz na skórę dłoni) oraz rozszerzoną opieką lekarską (badania wstępne i okresowe) pracowników.

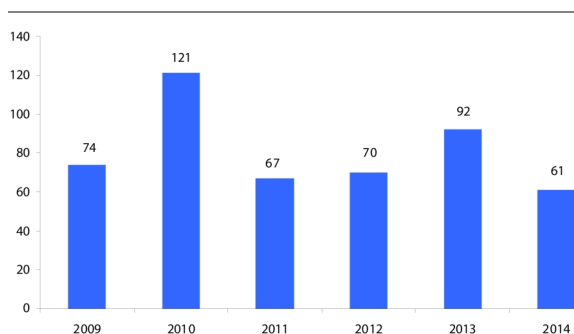


Liczba jednostek znajdujących się pod nadzorem Oddziału Higieny Radiacyjnej.



- aparaty do badań naczyniowych - 22
- aparaty do prześwietleń - 61
- aparaty do zdjęć - 142
- aparaty do zdjęć i prześwietleń - 34
- mammografy - 25
- aparaty stomatologiczne wewnątrzustne - 260
- aparaty stomatologiczne panoramiczne - 54
- densytometri - 15
- tomografy komputerowe - 38

Liczba i rodzaj aparatury rentgenowskiej.



Liczba wydanych zezwoleń na aparaty rtg w latach 2009-2014.

Ochrona radiologiczna pacjentów

W 2014 roku w trakcie czynności nadzorowych nad zakładami opieki zdrowotnej dużą wagę przykładano do oceny stanu ochrony radiologicznej pacjenta poprzez kontrolę i ocenę m.in.

- wykonania testów eksploatacyjnych przy aparatach rtg,
- wyników testów eksploatacyjnych aparatów rtg pod kątem spełniania przez te aparaty kryteriów jakości parametrów technicznych określonych w aktach prawnych,
- stanu wdrożenia systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce w zakresie zarówno zgodności opracowania dokumentacji systemu z przepisami prawnymi jak i zakresu oraz właściwego wykonywania testów wewnętrznych,
- opracowania i wdrożenia roboczych medycznych procedur radiologicznych,
- wiedzy personelu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta, w tym dopełnienia obowiązku przejścia szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta,
- stosowania prawidłowych wzorów skierowań na badanie rtg,
- obowiązku rejestracji fizycznych parametrów ekspozycji,
- posiadania odpowiedniej liczby środków ochrony osobistej dla pacjentów.

Wszystkie stwierdzone podczas kontroli uchybienia skutkowały wydawaniem decyzji administracyjnych nakazujących ich usunięcie w trybie określonym dla postępowania administracyjnego.

Na przełomie ostatnich lat działalność kontrolno – nadzorowa Oddziału Higieny Radiacyj-

nej 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, w dalszym ciągu postępuje. Proces ten powinien być kontynuowany w latach kolejnych, co będzie podlegało ścisłemu monitoringowi ze strony Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Ochrona przed promieniowaniem elektromagnetycznym Z zakresu 0 - 300 ghz

Ochrona personelu przed polami elektromagnetycznymi

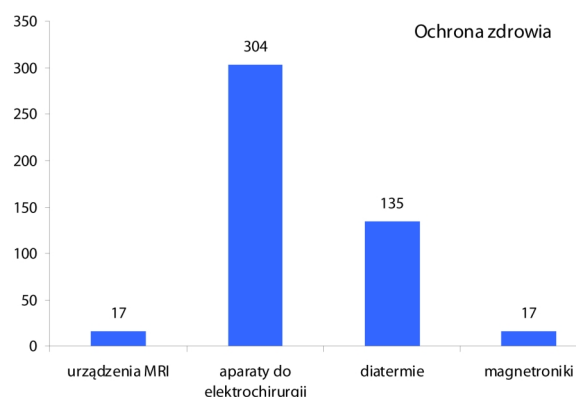
W 2014 roku nadzorem objętych było 212 jednostek organizacyjnych, w których użytkowano 705 urządzeń wytwarzających promieniowanie elektromagnetyczne oraz 1470 instalacji radiokomunikacyjnych w tym stacji bazowych telefonii komórkowej. W narażeniu na pole elektromagnetyczne pracowało około 2870 osób, przy instalacjach radiokomunikacyjnych było zatrudnionych około 980 osób.

Na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2014 r. w zakładach użytkujących urządzenia wytwarzające promieniowanie elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości można stwierdzić, że badania okresowe pracowników zawodowo narażonych na promieniowanie elektromagnetyczne były przeprowadzane terminowo. Podobnie szkolenia w zakresie BHP przy stosowaniu urządzeń wysokiej częstotliwości były przeprowadzane systematycznie i w pełnym zakresie. Występowały natomiast przypadki nie dotrzymywania przez użytkowników urządzeń wysokiej częstotliwości terminów przeprowadzania badań rozkładu pola elektromagnetycznego wokół tych urządzeń. W odniesieniu do zakładów stosujących urządzenia wytwarzające pola elektromagnetyczne z zakresu częstotliwości 0 - 300 GHz, wszystkie stwierdzone podczas kontroli uchybienia skutkowały wydawaniem decyzji administracyjnych nakazujących ich usunięcie w trybie określonym dla postępowania administracyjnego, nie dłuższym niż okres 1 miesiąca.

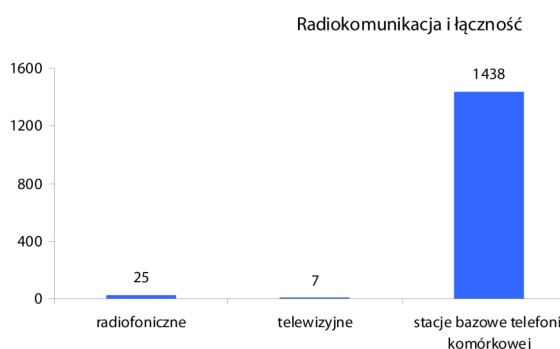
Liczba osób narażonych na działanie promieniowania niejonizującego:

Dziedzina zastosowań	Urządzenia i instalacje	Liczba osób	Wskaźnik ekspozycji *		
			$W < 0,5$	$0,5 \leq W \leq 1$	$W > 1$
Ochrona zdrowia	urządzenia MRI	175	0	175	0
	aparaty do elektrochirurgii	1987	637	1350	0
	diatermie	441	369	72	0
	inne				
Przemysł	urządzenia do spawania	35	33	2	0
	elektrodrażarki	84	84	0	0
	urządzenia indukcyjne	54	54	0	0
	zgrzewarki	80	53	27	0
	inne	18	18	0	0
Radiokomunikacja i łączność	radiofoniczne	25	9	16	0
	telewizyjne				
	inne	980	980	0	0
Nauka	spektrometry EPR, NMR	0	0	0	0
	inne	23	23	0	0

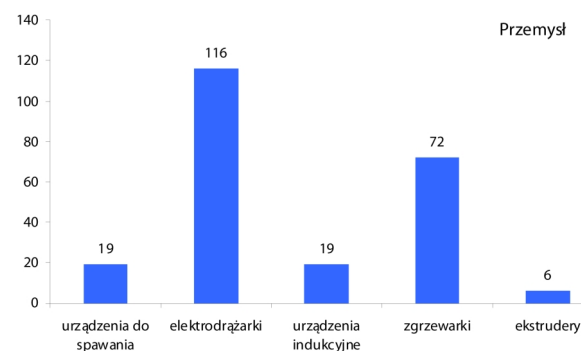
*) Natężenie czynnika szkodliwego dla zdrowia stwierdzone w trakcie ostatniego pomiaru.



Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w ochronie zdrowia.



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



Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w przemyśle.

Ochrona ludności przed polami elektromagnetycznymi

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

Stan ochrony radiologicznej pracowników

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

Badania rozkładu pola elektromagnetycznego - PEM

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

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

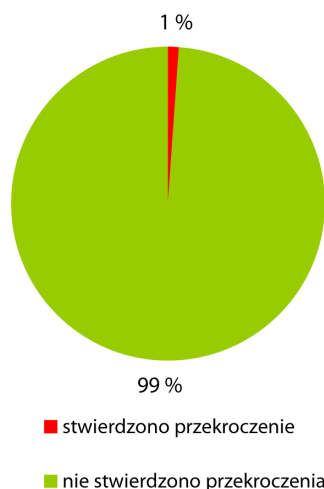
W 2014 roku do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w woj. kujawsko-pomorskim wpłynęło 6 wniosków o przeprowadzenie badań rozkładu pól i promieniowania elektromagnetycznego. Interwencje dotyczyły sprawdzenia poziomu promieniowania elektromagnetycznego w mieszkaniach, zlokalizowanych w sąsiedztwie stacji telefonii komórkowej oraz od źródeł nie zidentyfikowanych. W wyniku przeprowadzonych badań nie stwierdzono przekroczenia wartości granicznych charakteryzującej dopuszczalny poziom elektromagnetycznego promieniowania tzn. wyniki wykazały, że przebywanie w mieszkaniach dozwolone jest bez żadnych ograniczeń i przyczyniły się do zmniejszenia obaw mieszkańców.

W dniach 15-17 października 2014 roku braliśmy udział w Warsztatach Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, gdzie pracownik Michał Radczuk wygłosił referat nt. „Badania nad narażeniem na pole elektromagnetyczne pochodzące od diatermii chirurgicznych pracujących na blokach operacyjnych” a cały artykuł został zamieszczony w Hygeia Public Health 2013, 48(4): 545-552. W artykule przeanalizowano wyniki pomiarów przeprowadzonych przez Oddział Badań Radiacyjnych Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Bydgoszczy w la-

tach 2010-2012.

Na podstawie wyników z 239 protokółów pomiarowych i ocen 1241 stanowisk pracy wykazano zwiększenie narażenia personelu o 100% w ciągu 3 lat. Stwierdzono, że przyczynami zaobserwowanych trendów mogą być: zwiększenie obciążenia bloku operacyjnego pracą, a przede wszystkim malejąca świadomość personelu wynikająca z braku specjalistycznych szkoleń dotyczących ochrony przed polem elektromagnetycznym. Wielkość występującego na stanowisku pracy pola elektromagnetycznego zależy od: rodzaju stanowiska pracy, producenta i wieku sprzętu do diatermii.

W wyniku pomiarów w 2014 roku w środowisku pracy stwierdzono 1 przypadek przekroczenia normatywów na stanowiskach pracowników przy obsłudze urządzeń wytwarzających pola elektromagnetyczne. Przekroczenie dotyczyło urządzenia stosowanego w medycynie.



Procent zakładów, w których stwierdzono przekroczenia.

Badania skażeń promieniotwórczych żywności, wody pitnej i paszy

W 2014 roku badania obejmowały oznaczenia stężeń promieniotwórczych cezu Cs-137 w próbkach pobieranych zgodnie z planem. Ogółem pobrano 84 próbki. Oznaczone stężenia promieniotwórcze Cs-137 przedstawiono w tabeli na następnej stronie.

Po awarii elektrowni jądrowej w Fukushima, Komisja Europejska 25 marca 2011 r. wprowadziła specjalne warunki regulujące przywóz paszy i żywności pochodzących lub wysyłanych z Japonii

Rodzaj próbki	Ilość próbek	Zakres stężenia promieniotwórczego
		Cs-137 Bq/kg (Bq/l)
Mleko płynne i w proszku	15	< 0,20 ÷ < 0,6
Woda z sieci wodociągowej Bydgoszczy, Torunia i Włocławka	12	< 0,20
Woda powierzchniowa przy ujęciach wody pitnej w Bydgoszczy i Toruniu	4	< 0,20
Mięso i ryby	26	< 0,20 ÷ 0,67
Jaja	8	< 0,20 ÷ < 0,6
Zboża	2	< 0,20 ÷ < 0,6
Pasze	2	0,20 ÷ 0,25
Grzyby leśne świeże	4	6,67 ÷ 112,68
Warzywa i owoce	9	< 0,20
Ziemniaki	2	< 0,20

ograniczające poziom izotopów I -131, Cs - 134 i Cs-137 w przywożonej żywności. Poziomy te Komisja Europejska obniżyła rozporządzeniem wykonawczym Nr 322/2014 z dnia 28 marca 2014 r. do wartości: 50 Bq/kg dla sumy izotopów cezu w żywności dla niemowląt i dzieci, mleku i napojach na bazie mleka, oraz 100Bq/kg w pozostałej żywności z wyjątkiem wody mineralnej. W wodzie mineralnej i napojach podobnych oraz w herbacie parzonej z niesfermentowanych liści do 10Bq/kg. Są to najniższe wartości ograniczające poziom radiocezu zapisane w aktach prawnych Unii Europejskiej, obowiązujących także w Polsce.

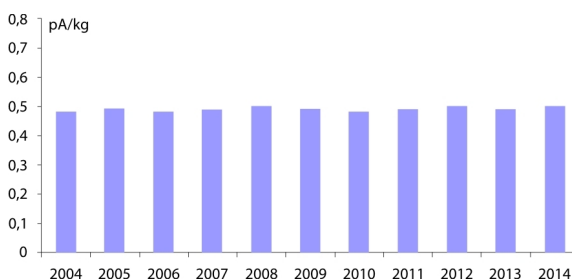
Istniejące skażenia promieniotwórczymi izotopami cezu są pozostałością zdarzeń wcześniejszych, w szczególności awarii elektrowni jądrowej w Czarnobylu w 1986 r. Wyniki oznaczeń potwierdzają, że poziom tych skażeń w badanych próbkach nie odbiega od tego, którego należało się spodziewać, na podstawie badań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

W badanych w 2014 r. próbkach wody pitnej i środków spożywczych nie stwierdzono stężenia promieniotwórczego Cs-137 powyżej 1Bq/kg lub Bq/l, tak więc nie przekraczają one 1% poziomów interwencyjnych.

Stężenia promieniotwórcze Cs-137 powyżej 1,0Bq/kg stwierdzono natomiast w grzybach: od 6,67 – 112,68Bq/kg, które są m.in. wynikiem oddziaływania runa leśnego, kumulującego Cs-137.

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

promieniowania gamma mierzona we Włocławku w ciągu 2014 wahała się od 0,4 do 0,5pA/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.



Poziomy mocy dawki promieniowania gamma w środowisku w latach 2004-2014.

Kontrola jakości medycznych aparatów rentgenowskich oraz badanie dawki dla pacjenta

1. Oddział Badań Radiacyjnych Laboratorium Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy w 2014 roku wykonał 200 testów kontroli jakości przy aparatach rentgenowskich. Dla aparatów stosowanych do badań ogólnodiagnostycznych negatywne wyniki testów otrzymano dla 1 aparatu rtg dla testów odległości ognisko-rejestrator obrazu, ekranów wzmacniających i warunków oceny zdjęć rentgenowskich. Dla aparatów dentystycznych wszystkie wyniki testów były pozytywne. Dla mammografów negatywne wyniki testów otrzymano dla 1 aparatu rtg dla testu kompresji piersi.

2. Pomiary DAP – Dose Area Produkt.

W 2014 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna w woj. kujawsko-pomorskim kontynuowała badania dawek promieniowania jonizującego, jakie może otrzymać standardowy pacjent dorosły o wzroście 170cm i masie 70kg podczas dokonywania diagnostycznych badań rentgenowskich oraz rozpoczęte w 2012 roku pilotażowe badania spełniania wymagań w zakresie zgodności z poziomami referencyjnymi dla procedur w radiografii pediatrycznej. Badania DAP wykonywano w 5 grupach wiekowych określonych w Załączniku nr 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

18 lutego 2011 roku w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Tekst jednolity Dz.U.2013 poz. 1015 - punkt B. Radiografia pediatryczna) - dla diagnostycznych badań klatki piersiowej AP/PA, jamy brzusznej AP/PA, miednicy AP i czaszki AP oraz LAT.

W 2014 roku wykonano ogółem 65 badań DAP przy 6 ogólnodiagnostycznych aparatach rentgenowskich i przy 2 aparatach jezdnych Polymobil, w 5 jednostkach ochrony zdrowia.

Dla standardowego dorosłego pacjenta wykonano 33 badania DAP dla podstawowych diagnostycznych badań rentgenowskich określonych w w/w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku: czaszka AP/PA i LAT, klatka piersiowa PA i LAT, kręgosłup lędźwiowy AP i LAT, kręgosłup piersiowy AP i LAT, miednica AP i jama brzuszna. Na podstawie zmierzonych wartości DAP określono również wejściową dawkę powierzchniową. W wyniku porównania wartości średnich z odpowiednimi poziomami referencyjnymi stwierdzono przekroczenie poziomu referencyjnego powierzchniowej dawki wejściowej w jednym przypadku, dla radiografii klatki piersiowej AP oraz wartości średniej DAP - dla radiografii klatki piersiowej AP i radiografii miednicy AP.

W radiografii pediatrycznej przeprowadzono 32 badania DAP głównie dla najczęściej wykonywanej radiografii klatki piersiowej oraz dla radiografii jamy brzusznej i miednicy oraz czaszki w 4 pracowniach rentgenowskich.

Niezgodność z poziomami referencyjnymi DAP stwierdzono w 2 jednostkach ochrony zdrowia: w 1 przypadku radiografii klatki piersiowej noworodka oraz w 1 przypadku radiografii klatki piersiowej PA u pacjenta 10 ± 2 lata.

Ze względu na dużą wagę problemu ograniczania narażenia na promieniowanie jonizujące najmłodszych pacjentów i spełniania wymagań w zakresie zgodności z poziomami referencyjnymi dla procedur w radiografii pediatrycznej efektem badań wykonanych w 2012-2013 roku było opracowanie artykułu: „Dawki promieniowania otrzymywane przez dzieci podczas wykonywania zdjęć rentgenowskich” opublikowanego w Problemach Higieny i Epidemiologii 2014, 95(4): 956-963. Zawarto w nim szereg wniosków m.in.:

- największa liczba przekroczeń poziomów referencyjnych występowała dla projekcji klatki piersiowej AP/PA a częstość ich była tym większa im

dziecko młodsze,

- przyczyną przekroczeń było w dużej mierze niewłaściwe postępowanie personelu medycznego odpowiedzialnego za wykonanie procedury,
- nie były spełniane w pełni wymagania przepisów polskich i dyrektywy EURATOM oraz innych wytycznych organizacji międzynarodowych,
- przyczyną występowania nieprawidłowości był brak procedur wzorcowych i przeprowadzania auditów klinicznych.

Ze względu na ogłoszenie w dniu 31.12.2014 r. w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia poz. 85, wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radiologii - diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej, należy mieć przekonanie, iż nastąpi poprawa w zakresie optymalizacji wszelkich dawek wynikających z narażenia pacjenta na działanie promieniowania jonizującego dla wszystkich ekspozycji medycznych.



NADZÓR ZAPOBIEGAWCZY



Do zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej z zakresu zdrowia publicznego należy również eliminowanie nieprawidłowości natury sanitarnej już na etapie planowania, projektowania, realizacji i dopuszczania do użytkowania obiektów budowlanych. Zadania te realizowane były w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego poprzez:

- zajmowanie stanowiska w ramach
 - strategicznej oceny oddziaływania na środowisko dla projektów: miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy, strategii rozwoju regionalnego, polityk, planów i programów w dziedzinie przemysłu, energetyki, transportu, telekomunikacji, gospodarki wodnej, odpadami, leśnictwa, rolnictwa, rybołówstwa, turystyki i wykorzystywania terenu, wyznaczających ramy dla późniejszej realizacji przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko,
 - oceny oddziaływania przedsięwzięć na środowisko,
- uzgadnianie
 - dokumentacji projektowej inwestycji, w szczególności projektów budowlanych,
 - projektów tworzenia stref przemysłowych,
- udzielanie zgody
 - na odstąpienie od warunków technicznych i ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie ustalonym przepisami szczególnymi,
 - na zastosowanie nowej technologii uzdatniania wody,
- udział w procedurach dopuszczania do użytkowania obiektów budowlanych,
- wydawanie opinii w sprawach przedsięwzięć wspomaganych ze środków Unii Europejskiej.

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

Z przedstawionego powyżej zakresu wydane zostały ogółem 8 134 opinie, co jest wartością niższą o około 7% w stosunku do roku 2013.

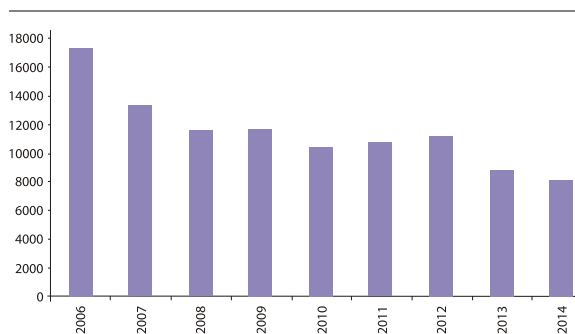
Znaczącą liczbę spośród wszystkich wydanych opinii (904) stanowiły stanowiska zajęte w ramach procedury oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko.

W roku 2014 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko wydały ogółem 397 opinii.

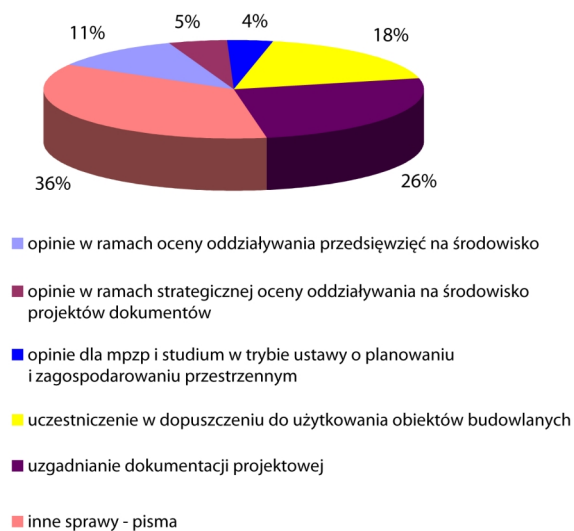
W zakresie projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego oraz studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w minionym roku 340 razy zajęły stanowisko w trybie ustawy o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym.

W procesie inwestycyjnym przedsięwzięć organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa uzgadniały projekty budowlane i z tego zakresu wydano 2 119 takich uzgodnień.

Znaczącą pozycją w działalności nadzoru zapobiegawczego były decyzje wyrażające zgodę na odstąpienie od warunków technicznych i wymagań dotyczących ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy odnoszących się do usytuowania pomieszczeń na pobyt ludzi, znajdujących się poniżej poziomu terenu, o zaniżonej wysokości lub oświetlonych wyłącznie światłem sztucznym. Kompetencje z tego zakresu spraw należały do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy, który w minionym roku wydał 138



Liczba opinii wydanych w latach 2006-2014.



Odsetek i rodzaje wydanych opinii w 2014 roku.

takich zgód. Decyzje te wydawane były w porozumieniu i po uzyskaniu opinii Okręgowego Inspektora Pracy w Bydgoszczy. Ponadto, w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczyli w przekazywaniu obiektów do użytkowania, w sprawie których wydano łącznie 1 203 opinie.

Wnioski

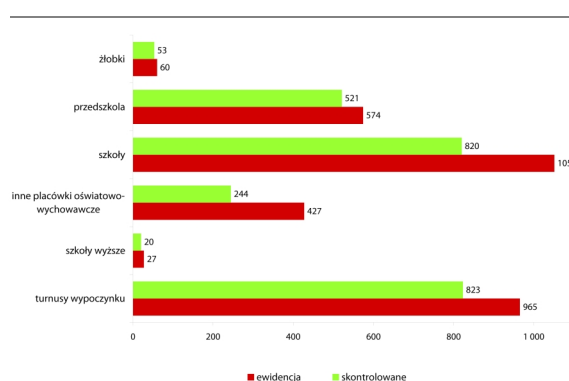
W porównaniu z latami ubiegłymi w zakresie liczby prowadzonych spraw w dalszym ciągu zauważalna jest tendencja spadkowa, co wynika ze zmian przepisów prawa oraz sytuacji gospodarczej w kraju – zmniejszającej się liczby przedsięwzięć inwestycyjnych. Jednak spadek ten w porównaniu z rokiem 2013 był niewielki, co może świadczyć o powolnej stabilizacji w tym zakresie.

HIGIENA DZIECI I MŁODZIEŻY



Warunki sanitarno-higieniczne w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych w 2014 roku

W 2014 roku państwowi inspektorzy sanitarni w województwie kujawsko – pomorskim objęli nadzorem 3 104 placówki oświatowo-wychowawcze, w tym: 2 112 placówek nauczania i wychowania, 27 wyższych uczelni i 965 turnusów wypoczynku. Bieżący nadzór sanitarny obejmował kontrole przestrzegania przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny w szkołach, placówkach i turnusach wypoczynku dzieci i młodzieży, spełnienia wymagań dla urządzeń i sprzętu stanowiących wyposażenie oraz



Liczba placówek pod nadzorem w 2014 r.

Liczba placówek pod nadzorem stacji sanitarno-epidemiologicznych:

Stacja sanitarno-epidemiologiczna	Placówki oświatowo-wychowawcze			Turnusy wypoczynku	
	w ewidencji	skontrolowane	liczba dzieci /młodzieży	liczba turnusów	liczba uczestników
PSSE w Aleksandrowie Kujawskim	47	41	6774	12	140
PSSE w Brodnicy	68	68	10 945	62	2 449
PSSE w Bydgoszczy	352	307	105 254	216	6 949
PSSE w Chełmnie	50	50	6 544	15	356
PSSE w Golubiu-Dobrzyniu	46	46	5 632	4	253
PSSE w Grudziądzu	109	106	22 045	24	786
PSSE w Inowrocławiu	150	133	22 676	48	1 795
PSSE w Lipnie	74	74	9 319	16	741
PSSE w Mogilnie	46	35	4 650	48	1 364
PSSE w Nakle	116	61	11 683	14	456
PSSE w Radziejowie	32	30	4 831	3	103

PSSE w Rypinie	44	44	5 244	7	195
PSSE w Sępólnie Krajeńskim	44	44	5 735	17	650
PSSE w Świeciu	88	55	8 041	58	2 444
PSSE w Toruniu	338	172	44 692	158	3 579
PSSE w Tucholi	65	65	10 690	133	3 350
PSSE w Wąbrzeźnie	36	36	4 237	11	390
PSSE we Włocławku	201	179	35 786	25	1 641
PSSE w Żninie	60	60	9 132	94	4 219
WSSE w Bydgoszczy	173	52	14 332	0	0
RAZEM:	2 139	1 658	348 242	965	31 860

higieny procesu nauczania. W trakcie kontroli dokonywano oceny stanu sanitarnego budynków, sal lekcyjnych i pracowni szkolnych, pomieszczeń sportowych, sanitarnych, a także ciągów komunikacyjnych i terenu wokół placówek. Pod nadzorem pionu higieny dzieci i młodzieży było: 60 żłobków, 574 przedszkola, 438 szkół podstawowych, 140 gimnazjów, 44 licea ogólnokształcące, 20 ponadgimnazjalnych szkół zawodowych, 3 szkoły specjalne, 28 szkół policealnych, 378 zespołów szkół, 27 wyższych uczelni, 427 innych placówek oświatowo-wychowawczych oraz 965 turnusów wypoczynku.

W ramach oceny stanu sanitarno-technicznego i warunków pobytu w placówkach przeprowadzono 3 605 kontroli, w tym: 2 782 w placówkach stałych i 823 w placówkach sezonowych. Skontrolowano 2 481 placówek, co stanowiło 79,9% ujętych w ewidencji tj.: 53 żłobki, 521 przedszkoli,

820 szkół, 20 szkół wyższych, 244 inne placówki oświatowo-wychowawcze i 823 turnusy wypoczynku. W skontrolowanych placówkach uczyło się i przebywało 348 242 dzieci i młodzieży oraz 31 860 uczestników wypoczynku. Wydano 330 decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

Badania środowiska fizycznego

Środowisko fizyczne szkoły ma istotny wpływ na zdrowie, samopoczucie uczniów oraz efektywne uczenie się. Powinno także chronić przed występowaniem zaburzeń układu ruchu, wzroku oraz innymi niekorzystnymi dla zdrowia zjawiskami. Przedmiotem analizy były wybrane elementy środowiska fizycznego, które pozwoliły na szczegółową ocenę warunków pobytu i nauki w placówkach nau-

Liczba badań wykonanych w latach 2012 - 2014:

Rodzaj		Liczba	2012	2013	2014
tygodniowy rozkład lekcji	plan lekcji	ocenionych	5 140	5 611	5 168
		nieprawidłowych	235	45	119
dostosowanie mebli do zasad ergonomii	stanowiska	ocenionych	13 755	17 481	16 552
		nieprawidłowych	695	543	559
natężenie oświetlenia sztucznego	pomieszczenia	ocenionych	323	443	274
		nieprawidłowych	55	59	6
temperatura pomieszczeń	pomieszczenia	ocenionych	559	479	501
		nieprawidłowych	0	10	3

czania i wychowania. W ramach nadzoru nad higieną procesu nauczania wykonano 22 558 badań fizycznych. Tygodniowy rozkład lekcji oceniono w 5 168 oddziałach. Niewłaściwy stwierdzono w 119 oddziałach (2,3%), w tym: w 5 szkołach podstawowych (28 oddziałach), 1 gimnazjum (3 oddziały) i w 10 zespołach szkół (88 oddziałów). Oceniono 16 552 stanowiska pracy ucznia/przedszkolaka. Stwierdzono niedostosowanie 559 stanowisk (3,4%), w tym: w 5 przedszkolach (140 stanowisk), 12 szkołach podstawowych (241 stanowisk), 1 gimnazjum (2 stanowiska) i w 7 zespołach szkół (176 stanowisk). W pomieszczeniach do nauki wykonano 501 badań temperatury, w 3 przypadkach stwierdzono nieprawidłowości. Badania natężenia oświetlenia sztucznego przeprowadzono w 274 salach lekcyjnych, nieprawidłowości stwierdzono w 6 pomieszczeniach do nauki. Ponadto wykonano 63 badania ciśnaru tornistrów szkolnych.

Stan sanitarno-techniczny budynków

Zadaniem dyrektorów placówek oświatowo-wychowawczych jest zapewnienie uczniom i wychowankom bezpiecznych i higienicznych warunków nauki i zabawy poprzez przestrzeganie obowiązujących przepisów dotyczących bezpieczeń-

stwa i higieny pracy. W ramach działań kontrolnych oceniano dostępność do bieżącej ciepłej wody w pomieszczeniach sanitarnohigienicznych, stan i sprawność techniczną armatury sanitarnej oraz wyposażenie w środki higieny osobistej tj. papier toaletowy, mydło w dozownikach, suszarki do rąk lub ręczniki jednorazowe. Oceniając stan sanitarno-techniczny i warunki pobytu w placówkach wykazano, że 98,6% skontrolowanych placówek posiadało budynki w dobrym stanie technicznym. Również w dobrym stanie higieniczno-sanitarnym było 98,0% placówek.

Wszystkie skontrolowane placówki oświatowo – wychowawcze czerpały wodę z wodociągów publicznych. Do sieci kanalizacyjnej miejskiej lub gminnej nie było podłączonych 318 placówek, a nieczystości płynne odprowadzano do bezodpływowych zbiorników (szambo) lub do własnych oczyszczalni ścieków.

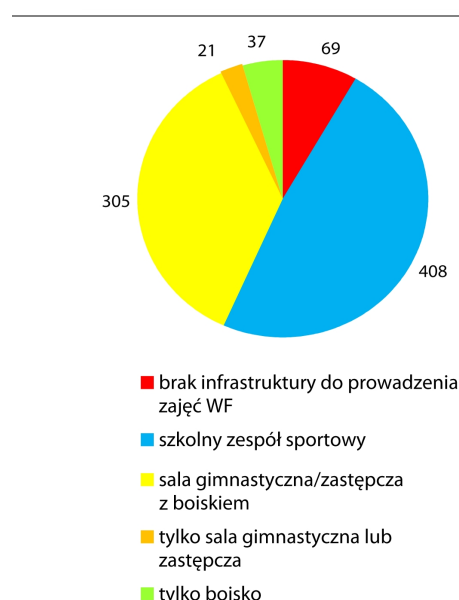
Infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

Odpowiednia infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego wpływa na skuteczność i efektywność pracy nauczyciela, zabezpiecza realizację programu nauczania, zapewnia bez-

Warunki do utrzymania higieny osobistej w szkołach:

Rodzaj placówek	Liczba placówek					
	skontrolowanych	w tym, w których stwierdzono:				
		brak bieżącej, ciepłej wody przy wszystkich umywalkach	brak wyposażenia w środki higieny osobistej	zaniedbania czystości i porządku	niezachowane standardy dostępności do urządzeń sanitarnych	niewłaściwy stan techniczny pomieszczeń sanitarnych
szkoły podstawowe	383	2	0	1	5	7
gimnazja	128	0	1	0	0	4
licea ogólnokształcące	30	1	0	0	0	0
ponadgimnazjalne szkoły zawodowe	12	0	0	0	0	0
szkoły specjalne	1	0	0	0	0	0
szkoły policealne	14	0	0	0	0	0
zespoły szkół	252	6	3	1	12	13

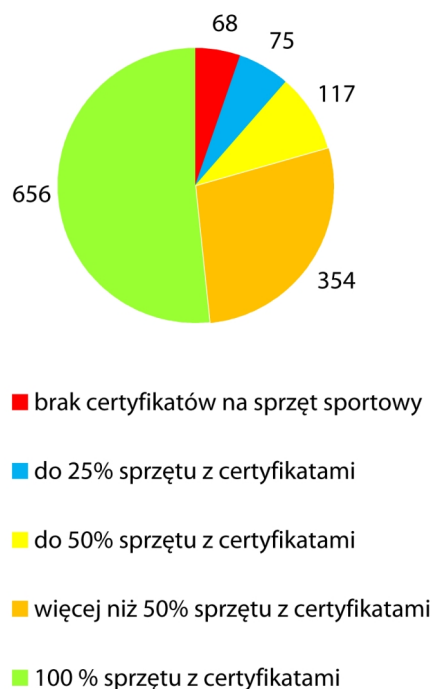
pieczeństwo użytkownikom, a także kształtuje wśród uczniów pozytywne postawy i zachowania, dzięki którym dorosły człowiek będzie umiał dbać o swoje zdrowie i sprawność fizyczną. Bazę do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego stanowiły szkolne zespoły sportowe, sale gimnastyczne/zastępcze i boiska. W ramach oceny infrastruktury sportowej, urządzeń i sprzętu stwierdzono, że zapleczem sportowym umożliwiającym prowadzenie zajęć wychowania fizycznego nie dysponuje 69 placówek (8,2%).



Warunki do realizacji zajęć wychowania fizycznego w szkołach.

Szkolne zespoły sportowe, wyposażone w natryskownię posiadało 408 szkół (48,6% skontrolowanych). Niezależnie od posiadanej infrastruktury w 4,2% skontrolowanych szkół zajęcia wychowania fizycznego były prowadzone na korytarzach szkolnych. Wiele szkół, które nie posiadały warunków do prowadzenia zajęć WF zapewniło uczniom możliwość korzystania z infrastruktury sportowej innych szkół i obiektów sportowych (hale widowiskowo-sportowe, stadiony, boiska, baseny, siłownie/fitness). Dyrektorzy placówek z uwagi na konieczność przestrzegania wymagań ergonomii mają obowiązek wyposażania sal gimnastycznych i terenów sportowych wyłącznie w bezpieczne wyroby posiadające odpowiednie atesty lub certyfikaty. Na podstawie przeprowadzonych kontroli stwierdzono, że w salach i na boiskach oraz w miejscach wy-

naczonych do uprawiania ćwiczeń fizycznych, gier i zabaw były umieszczone tablice informacyjne określające zasady bezpiecznego użytkowania urządzeń i sprzętu sportowego. Ponadto bramki i kosze do gry oraz inne urządzenia, których przemieszcza-



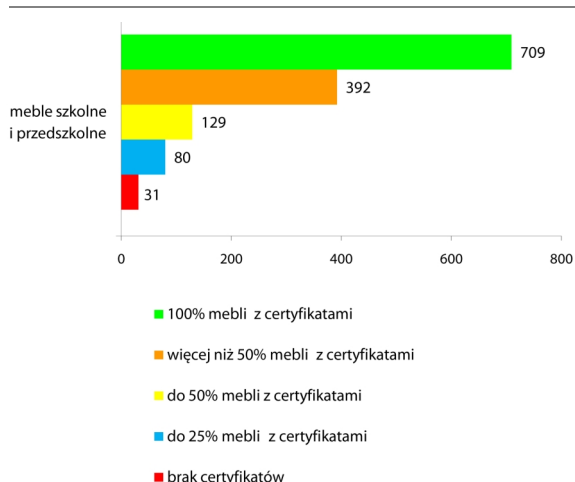
Wyposażenie placówek w urządzenia i sprzęt sportowy posiadające certyfikaty.

nie się mogło stanowić zagrożenie dla zdrowia ćwiczących były przymocowane na stałe do podłoża. Wyposażenie w certyfikowane urządzenia i sprzęt sportowy zapewniło 1 270 placówek, co stanowi 95,0%, a certyfikatów nie posiadało 68 placówek.

Meble przedszkolne i szkolne

Zdrowie dzieci i młodzieży w każdym społeczeństwie jest przedmiotem szczególnej troski i stanowi problem o kluczowym znaczeniu. Stosowanie zasad ergonomii sprzyja tworzeniu jak najlepszych warunków nauki. Podstawowym czynnikiem wpływającym na zachowanie prawidłowej postawy ciała jest wyposażanie placówek w meble właściwie dobrane do wysokości ciała przedszkolaka/ucznia. Z kolei przestrzeganie zasad higieny procesu nauczania służy ochronie zdrowia ucznia przed wpływem niekorzystnych czynników występujących w środowisku szkolnym. W trakcie przeprowadza-

nych kontroli pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawdzali wyposażenie placówek w ergonomiczne meble posiadające atesty lub certyfikaty, ich oznakowanie oraz prawidłowe zestawienie.



Wyposażenie placówek w meble posiadające certyfikaty.

Wyposażenie w certyfikowane meble przedszkolne/szkolne zapewniło 1 310 placówek (97,7% skontrolowanych). Certyfikatów nie posiadało 31 placówek, niemniej będące na wyposażeniu meble spełniają obowiązujące wymagania ergonomii, a ich stan sanitarno - higieniczny i techniczny jest prawidłowy.

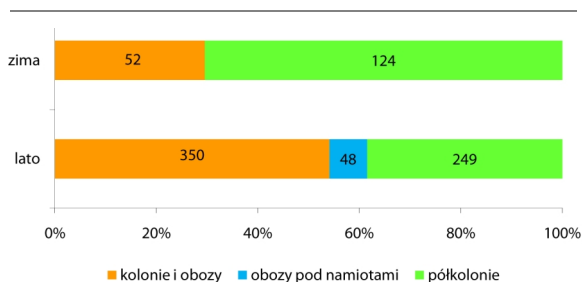
Szkoły wyższe

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawując bieżący nadzór sanitarny skontrolowała 20 szkół wyższych, w tym 8 publicznych i 12 niepublicznych. W ocenionych szkołach kształciło się ogółem 40 900 studentów, w tym: 27 932 w szkołach publicznych i 12 968 w szkołach niepublicznych. W ramach nadzoru nad szkołami wyższymi przeprowadzono 52 kontrole sanitarne. W obiektach, w których stwierdzono niewłaściwy stan sanitarno-higieniczny wydano 20 decyzji administracyjnych. Stwierdzone nieprawidłowości najczęściej dotyczyły niewłaściwego stanu sanitarno-higienicznego ścian i podłóg pomieszczeń do nauki, niesprawnych urządzeń sanitarnych, nierównej nawierzchni dróg i przejść oraz wyposażenia w środki higieniczne.

Wypoczynek dzieci i młodzieży

Okres ferii zimowych i wakacji letnich stwa-

rza dzieciom i młodzieży możliwość korzystania ze zorganizowanych form wypoczynku. W ramach sprawowanego bieżącego nadzoru sanitarnego w okresie sprawozdawczym łącznie skontrolowano 823 turnusy. Z wypoczynku skorzystało 31 860 uczestników.



Liczba turnusów wypoczynku dla dzieci i młodzieży.

W trakcie kontroli oceniano spełnienie przez organizatorów wymagań w odniesieniu do stanu i wyposażenia miejsc pobytu uczestników, zaopatrzenia w wodę, zaplecza sanitarnego, gromadzenia odpadów stałych i odprowadzania ścieków oraz warunków do prowadzenia żywienia. W wyniku prowadzonych kontroli na 3 turnusach stwierdzono nieprawidłowości w zakresie stanu higienizacji sanitarnego, skierowano jeden wniosek do Kujawsko-Pomorskiego Kuratora Oświaty o zlikwidowanie placówki. W pozostałych skontrolowanych turnusach organizatorzy zapewnili uczestnikom bezpieczne i higieniczne warunki wypoczynku i rekreacji. W trakcie przebiegu wypoczynku współpracowano z przedstawicielami Kuratorium Oświaty, Państwowej Straży Pożarnej, Policji, WOPR i leśnictwa.

Środowisko dzieci i młodzieży jest przedmiotem szczególnej uwagi w zakresie ochrony zdrowia publicznego, w związku z tym działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej ukierunkowana była na poprawę stanu sanitarno-higienicznego miejsc nauki, pobytu, wypoczynku i rekreacji. W ramach kompleksowej oceny placówek nauczania, wychowania i wypoczynku kontrole prowadzono wspólnie z pracownikami higieny żywności i żywienia, zapobiegawczego nadzoru sanitarnego i nadzoru nad obiektami komunalnymi. Z pionem oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia podejmowano działania w zakresie profilaktyki HIV/AIDS, grypy, zatruc pokarmowych oraz wsławicy i świerzb. Prowadzono wspólne działania w zakresie profilaktyki uzależnień (tytoń, alkohol i inne środki psychoaktywne). Propagowano właściwe zachowania zdrowotne takie jak:

aktywność fizyczna, zdrowe odżywianie, dbałość o higienę osobistą i higienę jamy ustnej. Prowadzono rozmowy z organizatorami i opiekunami wychowanków dzieci i młodzieży w zakresie wyżej wymienionej problematyki. Przekazywano materiały edukacyjne (plakaty, ulotki, broszury).

Wnioski

1. Właściwy stan higieniczno-sanitarny i techniczny stwierdzono w 99,2% placówek.
2. Wszystkie placówki oświatowo-wychowawcze były podłączone do wodociągu.
3. Właściwe warunki do utrzymania higieny osobistej zapewniło 96,8% szkół.
4. Standardy dostępności do urządzeń sanitarnych zapewniło 98,8% placówek.
5. Dostępu do bieżącej ciepłej wody we wszystkich umywalkach w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych nie zapewniło 0,6% placówek.



OŚWIATA ZDROWOTNA



Inicjatywy zrealizowane w 2014 r. zostały podjęte w oparciu o wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego, Założenia Narodowego Programu Zdrowia, propozycji Światowej Organizacji Zdrowia oraz w oparciu o sytuację epidemiologiczną i aktualne potrzeby zdrowotne społeczeństwa woj. kujawsko-pomorskiego. W związku z powyższym faktem pion Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia zrealizował 7 programów ogólnopolskich, 2 programy wojewódzkie, 6 akcji ogólnopolskich (w tym obchody Światowego Dnia Zdrowia, Światowego Dnia bez Tytoniu, Światowego Dnia AIDS) oraz przedsięwzięcia i akcje lokalne. Wiodące kierunki działań dotyczyły takich obszarów tematycznych jak:

- profilaktyka uzależnień (tytoń, alkohol i inne środki psychoaktywne),
- profilaktyka chorób zakaźnych i pasożytniczych,
- profilaktyka nadwagi i otyłości.

Realizacja powyższych inicjatyw służyła kształtowaniu właściwych umiejętności i postaw prozdrowotnych wśród określonych grup odbiorców. Podjęte wielokierunkowe działania w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia wpisały się w zadania mające na celu ochronę zdrowia przed współczesnymi zagrożeniami oraz stanowiły element polityki państwa w obszarze zdrowia publicznego.

Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce

Realizacja inicjatyw na rzecz ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu wynika ze zobowiązań nałożonych zapisami ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 Nr 10, poz. 55, z późn. zm.). Do

egzekucji tej ustawy uprawniona jest między innymi Państwowa Inspekcja Sanitarna, która przez cały rok w ramach sprawowania bieżącego nadzoru w zakresie warunków i wymogów higieniczno-sanitarnych prowadziła systematyczne kontrole w zakresie przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej.

Realizacja ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych

W roku 2014 zostało przeprowadzonych łącznie 15 355 kontroli, w trakcie których sprawdzano przestrzeganie zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. W wyniku przeprowadzonych kontroli stwierdzono, że ustawa realizowana jest w 15 344 zakładach, w 175 zakładach wykorzystywane są miejsca wyznaczone do palenia, natomiast w 11 przypadkach ustawa nie była przestrzegana. Łącznie nałożono 9 mandatów, w tym 5 za łamanie zakazu palenia i 4 za nie umieszczenie znaku zakazu palenia w miejscach objętych zakazem.

Częścią działań w ramach ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu były programy edukacyjne realizowane w placówkach nauczania i wychowania, takie jak:

- „Czyste powietrze wokół nas”,
- „Nie pal przy mnie proszę”,
- „Znajdź właściwe rozwiązanie”,

oraz ogólnopolskie kampanie antytytoniowe: Światowy Dzień Bez Tytoniu 31 Maja (kampania wiosenna) i Światowy Dzień Rzucania Palenia – trzeci czwartek listopada (kampania jesienna).

Czyste powietrze wokół nas

Program przedszkolnej edukacji antytytoniowej z udziałem rodziców i opiekunów realizowa-

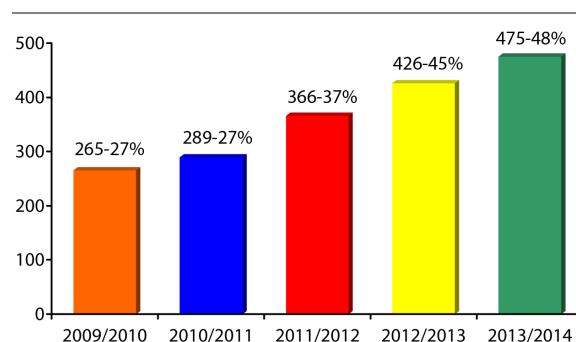
ny w roku szkolnym 2013/2014 - VI edycja programu.

Cele ogólne programu:

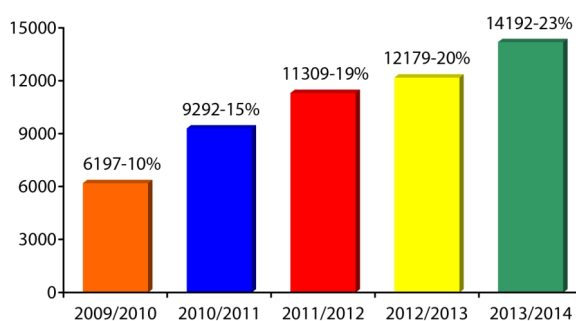
- wzrost kompetencji rodziców w zakresie ochrony dzieci przed ekspozycją na dym tytoniowy,
- zwiększenie umiejętności dzieci w zakresie radzenia sobie w sytuacji, gdy przebywają w zadytmionym pomieszczeniu lub gdy dorośli palą przy nich papierosy.

Cele szczegółowe programu:

- wykształcenie umiejętności rozpoznawania różnych źródeł dymów,
- wykształcenie umiejętności rozpoznawania różnych dymów, "wydobycie" dymu papierosowego,
- zwiększenie wrażliwości dzieci na szkodliwość dymu papierosowego,
- zwiększenie wiedzy na temat skutków palenia papierosów,
- zwiększenie wrażliwości dzieci na miejsca, w których mogą być narażone na dym.



Liczba placówek (przedszkoli) biorących udział w programie.



Liczba dzieci w wieku przedszkolnym - adresatów programu.

Nie pal przy mnie, proszę

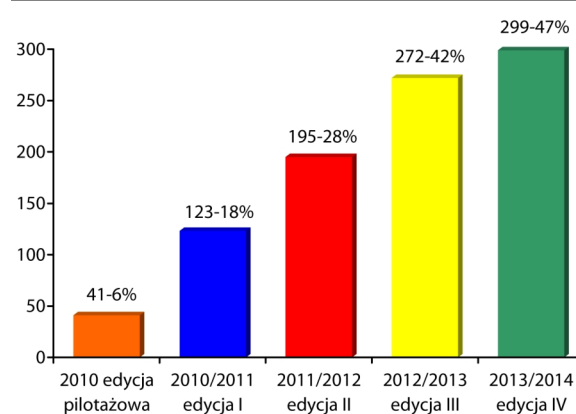
Program edukacji antytytoniowej dla uczniów klas I-III szkoły podstawowej (2013/2014 - IV

edycja).

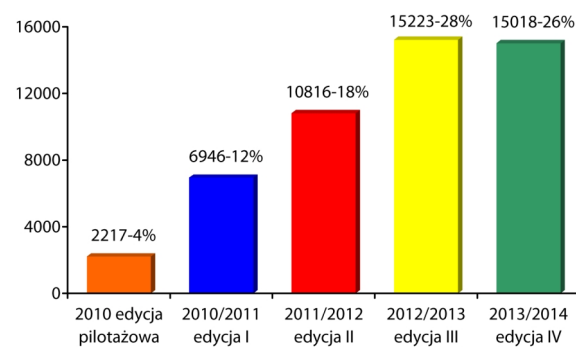
Cel główny programu: zmniejszenie narażenia dzieci na bierne palenie tytoniu.

Cele szczegółowe programu:

- 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 kolejnych edycjach.



Liczba uczniów uczestniczących w kolejnych edycjach programu.

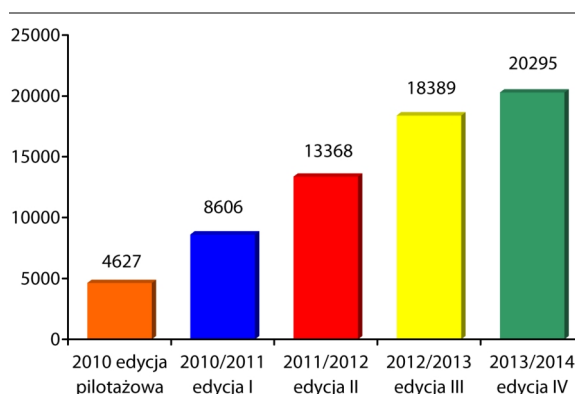
Znajdź właściwe rozwiązanie

Program profilaktyki palenia tytoniu dla uczniów starszych klas szkoły podstawowej i uczniów gimnazjum 2013/2014 - IV edycja.

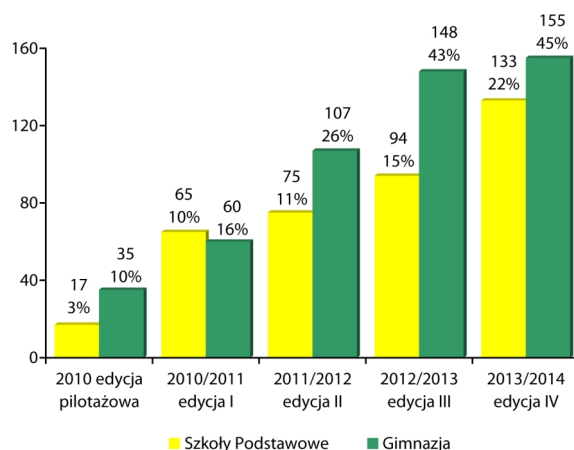
Cel główny programu: zapobieganie paleniu tytoniu wśród uczniów starszych klas szkół podstawowych i gimnazjów.

Cele szczegółowe programu:

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



Liczba uczniów (szkół podstawowych i gimnazjalnych) biorących udział w programie.



Liczba i odsetek placówek (szkół podstawowych i gimnazjalnych) biorących udział w programie.

Ogólnopolskie kampanie antytytoniowe (Światowy dzień bez tytoniu – 31 maja, Światowy dzień rzucania palenia – trzeci czwartek listopada)

Cel kampanii antytytoniowych:

- zwrócenie uwagi społeczeństwa na kwestie zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych skutków palenia tytoniu,
- ochrona obecnych i przyszłych pokoleń przed niekorzystnymi skutkami zdrowotnymi spowodowanymi paleniem tytoniu.

Na terenie woj. kujawsko-pomorskiego co roku wzrasta liczba i atrakcyjność działań, a także odsetek osób uczestniczących w kampaniach antytytoniowych. Zasadnicze działania podjęte przez PIS na terenie województwa kujawsko-pomorskiego obrazuje poniższa tabela.

Działania	Światowy Dzień bez Tytoniu – 31.V		Światowy Dzień Rzucania Palenia – trzeci czwartek listopada	
	Liczba działań	Liczba odbiorców	Liczba działań	Liczba odbiorców
Narady, szkolenia, konferencje naukowe	48	1 010	62	1 729
Konkursy, wystawy	34	3 292	63	8 141
Imprezy środowiskowe o charakterze informacyjno-edukacyjnym	32	10 241	30	13 353
Punkty informacyjno-edukacyjne	164	6 640	248	14 003

Kampanie w mediach (artykuły, audycje, spoty, informacje w internecie)	79	szacunkowo ok. 5 007	83	szacunkowo ok. 26 450
RAZEM	357	26 190	486	63 676

Ogółem w kampaniach antytytoniowych (wiosenna i jesienna) uczestniczyło 89 866 osób, co stanowi ok. 4% populacji województwa kujawsko-pomorskiego. W stosunku do ubiegłego 2013 roku (w kampaniach ogółem uczestniczyło 55 523 osoby, ok. 3% populacji), zanotowano wzrost o 1 punkt procentowy.

Projekt kik/68 - profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych

Program współfinansowany jest w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej. Cel główny programu: ograniczenia używania tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Adresaci programu: kobiety w wieku prokreacyjnym tj. między 15 a 49 rokiem życia.

Projekt składa się z kilku komponentów. Jednym z nich jest realizowany pod patronatem Ministra Edukacji Narodowej program edukacyjny pn. „ARS, czyli jak dbać o miłość?”, adresowany do młodzieży szkół ponadgimnazjalnych.

Bezpośredni realizatorzy programu uczestniczyli w szkoleniu zorganizowanym przez Główny Inspektorat Sanitarny z udziałem autora przedsięwzięcia Pana dr Krzysztofa Wojcieszka. Łącznie do realizacji programu zostało przygotowanych 158 nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych województwa kujawsko-pomorskiego. W I edycji programu w roku szkolnym 2013-2014 uczestniczyło 4437 uczniów ze 181 szkół ponadgimnazjalnych.

Ważnym elementem projektu była też kampania społeczna, w której uczestniczyło ok. 50 tys. osób. W ramach kampanii odbyły się m.in.:

- konferencje naukowe (np. wojewódzka konferencja naukowa pn. „Zamień uzależnienie na twórcze spełnienie”, pod honorowym patronatem Wojewody Kujawsko-Pomorskiego, powiatowa konferencja: „Zachowania ryzykowne a zdrowie” we Włocławku),
- seminaria (np. seminarium pn. „Wpływ alkoholu

na zdrowie i życie człowieka”, połączone z mini festiwalem piosenki abstynenckiej w Aleksandrowie Kujawskim),

- szkolenia, zajęcia warsztatowe prowadzone z udziałem terapeutów uzależnień dla młodzieży szkół ponadgimnazjalnych, rodziców, opiekunów,
- punkty edukacyjne podczas uroczystości plenerowych (np. Kujawsko-Pomorskiej Podróży po Zdrowie, zorganizowanej przez Urząd Marszałkowski w Toruniu, 15-lecia Starostwa Powiatowego w Gołubiu Dobrzyniu),
- akcje informacyjno-edukacyjne (podczas np. Targów Edukacyjnych w Mogilnie, konferencji naukowo-szkoleniowej w Centrum Kultury „Browar B” we Włocławku, w ZOZ pn. „Żyję bez zagrożeń, jestem szczęśliwa” w Brodnicy),
- audycje radiowe (Radio PiK w Toruniu, Radio ESKA w Grudziądzu, Radio GRA w Inowrocławiu)
- emisje spotu (autorstwa WSSE w Bydgoszczy), promującego Projekt oraz zdrowy styl życia bez używek w Radiu Rock oraz na monitorach autobusów komunikacji miejskiej w Bydgoszczy,
- wystawy materiałów informacyjno-edukacyjnych w siedzibach PSSE oraz instytucji współpracujących z Państwową Inspekcją Sanitarną.

Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS

Program realizowany jest przez wiele podmiotów, w tym przez Państwową Inspekcję Sanitarną a koordynowany przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Obecnie podstawę prawną działań stanowi rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (na lata 2012-2016).

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

- zapobieganiu zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa, osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych,
- wsparciu i opiece zdrowotnej osób zakażonych

i chorych na AIDS,
- współpracy międzynarodowej, monitoringu.
W 2014 roku grupę wiodących działań w zakresie profilaktyki HIV/AIDS stanowiły konferencje, seminaria, szkolenia różnych grup odbiorców, akcje, punkty informacyjno-edukacyjne i ekspozycje materiałów w siedzibach PSSE oraz instytucji współpracujących z PIS.

Państwowa Inspekcja Sanitarna uczestniczyła w ogólnopolskiej akcji informacyjno-edukacyjnej ogłoszonej przez KC ds. AIDS z okazji święta zakochanych – Walentynek.

Akcja zachęcała młode, ale pełnoletnie osoby do wykonania testu w kierunku HIV. W 2014 roku PIS włączyła się również w realizację ogólnopolskiej kampanii społecznej o charakterze edukacyjno-profilaktycznym pn. „Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka” (2014-2015), kierowanej do kobiet w wieku prokreacyjnym, które nie odnoszą ryzyka zakażenia HIV do siebie, a także do tych lekarzy ginekologów, którzy niechętnie kierują swoje pacjentki na badania w kierunku HIV. Honorowy patronat nad projektem przyjął Ministerstwo Zdrowia.

Na okoliczność Światowego Dnia AIDS w szkołach różnego typu zostały zorganizowane zajęcia poświęcone problematyce HIV/AIDS. Na Starym Rynku w Bydgoszczy odbyła się akcja informacyjno-edukacyjna adresowana do mieszkańców miasta (podjęta wspólnie z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IFMSA Poland, Oddział w Bydgoszczy).

Wzorem lat ubiegłych w siedzibie WSSE w Bydgoszczy działał Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny HIV/AIDS (PKD), funkcjonujący na zasadzie porozumienia partnerskiego, zawartego po-

między WSSE w Bydgoszczy a Stowarzyszeniem „Razem” w Toruniu. W roku 2014 z usług PKD w Bydgoszczy skorzystały 454 osoby, spośród których na wykonanie testu zdecydowały się 442 osoby (191 kobiet i 251 mężczyzn). W 2014 roku w PKD wykryto 7 nowych, wcześniej nie zdiagnozowanych przypadków zakażeń HIV.

Trzymaj formę!

Ogólnopolski program edukacyjny promujący zbilansowaną dietę i aktywność fizyczną wśród młodzieży szkolnej (realizowany od roku szkolnego 2006-2007, obecnie 2013-2014 8 edycja). Program, w 2009 roku został wpisany (pod nr 1113) do prowadzonego przez Europejską Platformę ds. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia rejestru działań promujących prozdrowotny styl życia. Patronat nad programem sprawuje Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Instytut Żywności i Żywienia. Cel programu: 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, podobnie jak w latach ubiegłych odbywała się głównie metodą projektu edukacyjnego. Stosowano wiele różnorodnych metod i form, zwłaszcza interaktywnych, m.in.:

- układanie jadłospisów zgodnie z zasadami zbilansowanej diety, obliczanie BMI,
- wykłady, prelekcje, pogadanki, debaty prozdrowotne, spotkania ze specjalistami,
- warsztaty kulinarne - przyrządzanie potraw (sałatek, surówek, kanapek itp.),
- konkursy, wystawy, prezentacje multimedialne, inscenizacje teatralne,
- biegi uliczne, zawody sportowe i sprawnościowe, rajdy, wycieczki,
- pokazy i zajęcia ruchowe i taneczne, ćwiczenia śródlekcyjne, testy wysiłkowe,
- dni zdrowego jedzenia, wybranego produktu - owocu, warzywa, sałatki, soku,

Rezultaty opracowanych projektów edukacyjnych uczniowie zaprezentowali publicznie na forum szkolnym, międzyszkolnym i środowiskowym. Środowiskowy charakter działań programowych

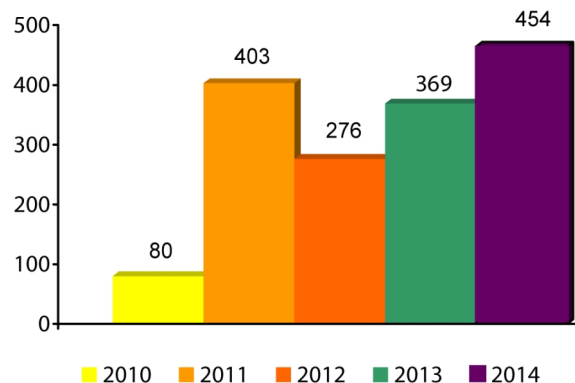
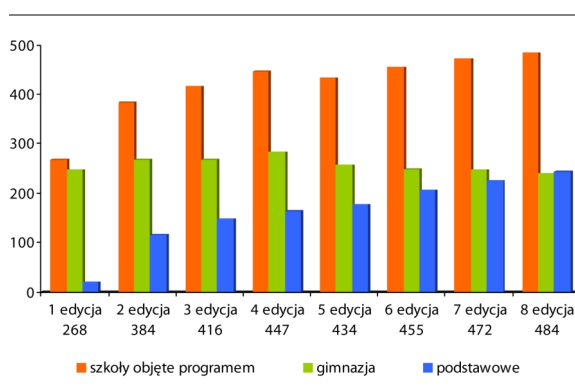


Diagram przedstawiający liczbę osób korzystających z usług Punktu w latach 2010-2014.

Program „Trzymaj Formę!” w województwie kujawsko-pomorskim:

edycje programu	liczba szkół w programie		liczba uczniów	liczba realizatorów	liczba rodziców
	szkoły	gimnazja/podstawowe			
1 edycja 2006-07	268	248 / 20	57120	1,3 tys.	14,9 tys.
2 edycja 2007-08	384	268 / 116	50814	1,8 tys.	17,4 tys.
3 edycja 2008-09	416	268 / 148	44070	1,8 tys.	15,5 tys.
4 edycja 2009-10	447	283 / 164	53745	2,0 tys.	17,7 tys.
5 edycja 2010-11	434	257 / 177	47416	1,5 tys.	13,7 tys.
6 edycja 2011-12	455	249 / 206	43377	1,6 tys.	17,1 tys.
7 edycja 2012-13	472	247 / 225	40811	1,6 tys.	13,3 tys.
8 edycja 2013-14	484	240 / 244	40576	1,5 tys.	15,4 tys.



potwierdziła ogromna liczba (ponad pół tysiąca) współpracujących jednostek - samorządów, instytucji, organizacji, firm, placówek kultury, klubów sportowych i innych. Ósma edycja programu przebiega pod hasłem „Trzymaj Formę! Bądź aktywny”.

Program został zrealizowany na terenie 19 powiatów województwa kujawsko-pomorskiego w szkołach podstawowych i gimnazjalnych.

Etykieta rozszyfrowana - wiem, co kupuję i jem

Siódma edycja 2013/2014 wojewódzkiego autorskiego programu edukacyjnego (opracowanego przez pracownika OZ WSSE). W 2006 r. program otrzymał akceptację, a w 2007 rekomendację Głównego Inspektoratu Sanitarnego w Warszawie. Cel: zwiększenie świadomości konsumentów w kierunku potrzeb czytania etykiet spożywczych, wzbogacenie wiedzy z zakresu informacji zawartych na opakowaniach żywnościowych.

Grupa docelowa: uczniowie i nauczyciele szkół po-

nadgimnazjalnych, pośrednio rodzice uczniów.

Program w 7 edycji realizowany był na terenie 6 powiatów województwa kujawsko-pomorskiego: Brodnica, Chełmno, Golub-Dobrzyń, Grudziądz, Toruń, Włocławek.

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

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

Odbiorcami 7 edycji było 2 396 osób. Edukacją bezpośrednią objęto 1 353 uczniów z 27 szkół (59 klas), a pośrednią 1 043 osób - rodziców uczniów, młodzież innych klas, personel szkolny. Zajęcia poprzedzono i zakończono badaniem ankietowym, wykazującym znaczny wzrost wiedzy uczniów.

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



Program wojewódzki „Etykieta rozszyfrowana - wiem, co kupuję i jem”				
edycja programu rok szkolny	liczba PSSE powiatów	liczba szkół	liczba klas	liczba odbiorców: uczniowie + rodzice, młodzież, personel szkolny
edycja pilotaż. 2004-2005	18	30	73	2328 (2104 uczniów + 224)
1 programowa 2007-2008	19	48	103	6302 (2524 uczniów + 3778)
2 programowa 2008-2009	18	58	87	4933 (2233 uczniów + 2700)
3 programowa 2009-2010	14	45	79	3655 (1938 uczniów + 1717)
4 programowa 2010-2011	10	36	66	2766 (1534 uczniów + 1232)
5 programowa 2011-2012	5	24	51	2128 (1162 uczniów + 966)
6 programowa 2012-2013	7	23	49	2101 (1133 uczniów + 968)
7 programowa 2013-2014	6	27	59	2396 (1353 uczniów + 1043)

Akcja letnia - bezpieczne wakacje

Wojewódzka interwencja nieprogramowa z uwagi na swoje założenia dot. zdrowego i bezpiecznego wypoczynku została zrealizowana w okresie od czerwca do września 2014 roku.

Cel interwencji:

- zwrócenie uwagi na bezpieczeństwo podróży i wakacyjnych form wypoczynku,
- zmniejszenie ryzyka zakażeń i zatruc pokarmowych.

Grupa docelowa: właściciele i kierownicy ośrodków wypoczynkowych, uczestnicy obozów, półkolonii, kolonii i ich opiekunowie, pracownicy i klienci biur podróży, konsumenci.

Osiągnięciu wytyczonych celów służyły takie formy edukacyjne jak: prelekcje i pogadanki, instruktaże, konkursy, gry i zabawy dla dzieci, punkty informacyjne i ekspozycje materiałów edukacyjnych w miejscach wypoczynku, placówkach oświatowo-wychowawczych, lokalach gastronomicznych, itp. W akcji uczestniczyło ok. 22 tys. osób.

Akcja informacyjno-edukacyjna służąca profilaktyce używania narkotyków, w tym środków zastępczych

Cel akcji:

- pogłębienie wiedzy nt. nowych substancji psychoaktywnych (dopalaczy) oraz zdrowotnych skutków ich stosowania,

- podniesienie poziomu świadomości społecznej (ze szczególnym uwzględnieniem rodziców dzieci i młodzieży) nt. zagrożeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.

Grupa docelowa: ogół społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.

W celu utrwalenia i usystematyzowania wiedzy w zakresie substancji psychoaktywnych, WSSE w Bydgoszczy zorganizowała szkolenie z udziałem terapeuty uzależnień z „Akademii Pozytywnych Zmian” z Torunia dla koordynatorów powiatowych – pracowników pionu OZ 19 PSSE.

W ramach akcji na terenie województwa odbyły się liczne działania edukacyjne: wykłady, prelekcje, pogadanki w szkołach, prowadzone często we współpracy z terapeutami uzależnień, punkty informacyjne podczas uroczystości plenerowych, itp. Łącznie w działaniach edukacyjnych uczestniczyło 28 tys. osób.

Światowy dzień zdrowia 7 kwietnia

Tematem przewodnim tegorocznego Światowego Dnia Zdrowia były choroby przenoszone przez wektory (wektory - organizmy, będące przenosicielami patogenów, w tym pasożytów, bakterii, wirusów). Jak co roku Państwowa Inspekcja Sanitarna włączyła się w realizację obchodów Światowego Dnia Zdrowia, podejmując szereg działań.

Działania podjęte przez PIS w ramach Światowego Dnia Zdrowia:

Formy realizacji	Liczba działań	Grupa docelowa	Liczba odbiorców
Narady	18	Dyrektorzy szkół, nauczyciele, uczniowie, lekarze, pielęgniarki, policja, prezesi klubów sportowych, pracownicy samorządów	107
Szkolenia	3	Pracownicy PSSE w Grudziądzu	49
Wykłady, pogadanki, prelekcje	143	Nauczyciele, młodzież szkolna, personel medyczny, pacjenci ZOZ	6534
Konkursy	7	Uczniowie szkół podstawowych i gimnazjalnych, uczestnicy imprez środowiskowych	552
Wystawy	47	Personel PSSE, pracownicy szkół, uczniowie, personel medyczny, pacjenci ZOZ	8037
Instruktaże	130	Dyrektorzy, nauczyciele i uczniowie różnych typów szkół, pielęgniarki środowiska szkolnego, rodzice, pracownicy samorządów	1038
Imprezy prorodzinne	4	Społeczność lokalna	400
Punkty konsultacyjne	42	Ogół społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży szkolnej	400
Dystrybucja materiałów	1658	Nauczyciele, młodzież szkolna, personel medyczny, pacjenci ZOZ	Liczba trudna do określenia
Media	58	Przedstawiciele lokalnych mediów, ogół społeczeństwa	Liczba trudna do określenia

Akademia zdrowego życia

Oddział Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia WSSE w Bydgoszczy organizuje w siedzibie Stacji cykliczne przedsięwzięcie pn. „Akademia Zdrowego Życia”, które od 2013 roku odbywa się raz w miesiącu i nawiązuje tematycznie do obchodów dni związanych ze zdrowiem. Celem tej inicjatywy jest promocja zdrowego stylu życia, a jej adresatami są mieszkańcy woj. kujawsko-pomorskiego, ze szczególnym uwzględnieniem klientów/petentów WSSE w Bydgoszczy.

Wydarzenia w ramach Akademii Zdrowego Życia w 2014 roku skupiły się m.in. na obchodach takich dni jak:

- Światowy Dzień Walki z Rakiem: poradnictwo w zakresie profilaktyki nowotworów oraz badania cytologiczne skierowane do kobiet w przedziale wiekowym 25-59 lat,
- Światowy Dzień Zdrowia: poradnictwo nt. profilaktyki chorób odkleszczowych i diagnostyki borelioz,
- Europejski Dzień Walki z Otyłością: poradnictwo w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości oraz badanie składu ciała i proporcji pomiędzy tkanką tłuszczową a mięśniową,

- Światowy Dzień Honorowego Dawcy Krwi: punkt informacyjno-edukacyjny na temat potrzeby oddawania krwi, która ratuje zdrowie i życie osobom chorym oraz poszkodowanym w wypadkach,
- Światowy Dzień FAS (Alkoholowy Zespół Płodowy) mający na celu uświadomienie przyszłym matkom skutków picia alkoholu w czasie ciąży oraz jego wpływu na rozwój płodu,
- Światowy Dzień Walki z Cukrzycą - stoisko informacyjno-edukacyjne (zorganizowane przy współpracy studentów Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny): pomiar poziomu cukru we krwi, ciśnienia tętniczego, a także tkanki tłuszczowej w organizmie.

W 2014 roku z propozycji Akademii Zdrowego Życia skorzystało 365 osób.

Akcja edukacyjna dotycząca grzyboznawstwa oraz profilaktyki zatruc grzybami

Cel akcji:

- 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:

1. Wystawa grzyboznawcza w WSSE w Bydgoszczy 23-27.09.2014. W „leśnej” scenerii WSSE zostały wyeksponowane naturalne okazy grzybów, a także prace plastyczne z różnych edycji (1998-2008) wojewódzkiego konkursu: „Jesień w lesie grzyby niesie”. Poradnictwo, głównie prelekcje dla grup zorganizowanych, prowadzili grzyboznawcy z pionu higieny żywności oraz edukator z pionu oświaty zdrowotnej. Wystawę zwiedziło ponad tysiąc osób, w tym edukacją objęto 45 grup zorganizowanych (950 osób) z bydgoskich placówek szkolno-wychowawczych. Pamiątkowa księga wystawy zawiera wpisy (pozytywne opinie i podziękowania) 1 021 osób.
2. Stoisko informacyjno-edukacyjne WSSE podczas Targów Myśliwskich 4-5.10.2014, w Leśnym Parku Kultury i Wypoczynku „Myślęcinek” w Bydgoszczy (funkcjonujące po raz piąty). Prowadzone przez pracowników oświaty zdrowotnej, grzyboznawców z pionu higieny żywności oraz pracowników laboratorium (mikrobiologii i parazytologii) WSSE, stanowisko oferowało:
 - profesjonalne poradnictwo dotyczące zasad bezpiecznego grzybobrania,
 - poradnictwo w zakresie profilaktyki chorób przenoszonych przez kleszcze,
 - informacje odnośnie diagnostycznych badań laboratoryjnych w kierunku boreliozy,
 - bezpłatne tematyczne materiały informacyjno-edukacyjne.

Z oferty stoiska skorzystało około 400 uczestników Targów.

Oprócz WSSE w Bydgoszczy (1 421 odbiorców) działania w zakresie profilaktyki zatruć grzybami prowadzone były przez PSSE na terenie 8 powiatów - Brodnica, Grudziądz, Inowrocław, Radziejów, Rypin, Toruń, Tuchola, Wąbrzeźno (2 501 odbiorców).

Łącznie w działaniach akcyjnych uczestniczyły w województwie 3 922 osoby. Akcja dotycząca profilaktyki zatruć grzybami, z uwagi na konsekwencje (zdarzające się przypadki zatruć) oraz zaintereso-

wanie odbiorców tematyką, wciąż jest bardzo potrzebnym działaniem informacyjno-edukacyjnym, mającym wpływ na bezpieczeństwo społeczeństwa.

W roku 2014 zostały też przyjęte do realizacji dwie poniższe interwencje.

Chroń się przed kleszczami wszystkimi sposobami (program edukacyjny)

W roku szkolnym 2014-2015 w województwie kujawsko-pomorskim za zgodą organizatora - Fundacji „Aby Żyć” została podjęta do realizacji I edycja programu.

Cel programu: uświadomienie wagi problemu ugryzień przez kleszcze oraz podniesienie poziomu wiedzy o chorobach odkleszczowych i sposobach ich zapobiegania.

Grupa docelowa: dzieci w wieku przedszkolnym, uczniowie klas I-III szkoły podstawowej, rodzice i opiekunowie, kadra pedagogiczna, pielęgniarki szkolne

W roku 2014 grono zasadniczych zadań stanowiły:

- szkolenia koordynatorów powiatowych (pracowników oświaty zdrowotnej PSSE),
- rekrutacja placówek uczestniczących w programie,
- szkolenie koordynatorów/realizatorów w placówkach szkolno-wychowawczych (nauczycieli wychowania przedszkolnego i nauczycieli szkół podstawowych),
- zaopatrzenie placówek w materiały edukacyjne.

Profilaktyka chorób pasożytniczych - owsica, wszawica, świerzb (przedsięwzięcie edukacyjne)

Wojewódzka interwencja nieprogramowa została opracowana w związku z ciągle aktualnym problemem szerzenia się chorób pasożytniczych wśród dzieci. W roku szkolnym 2014-2015 przedsięwzięcie zostało zrealizowane jako pilotażowe w wybranym przedszkolu i szkole podstawowej w poszczególnych powiatach województwa kujawsko-pomorskiego.

Cel: ograniczenie szerzenia się chorób pasożytniczych wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.

Grupa docelowa: dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, ich rodzice i opiekunowie.

Zadania w ramach interwencji:

- szkolenia koordynatorów powiatowych,
- szkolenia realizatorów szkolnych,
- edukacja dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, ich rodziców i opiekunów,
- opracowanie i zamieszczenie na stronie internetowej PWIS w Bydgoszczy ulotek informacyjnych i prezentacji multimedialnych.

Wnoski

1. Systematyczny wzrost liczby odbiorców programów edukacyjnych dot. zdrowego stylu życia, w tym profilaktyki uzależnień, potwierdza zainteresowanie społeczeństwa tą tematyką i wskazuje potrzebę kontynuacji tego typu interwencji.
2. W roku 2014 zwiększyła się liczba prozdrowotnym działań (ze 178 do 476), realizowanych w plenerze (punkty informacyjno-edukacyjne podczas uroczystości środowiskowych, targów, festynów, pikników).
3. Od lat wzrasta liczba osób korzystających z usług Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego HIV/AIDS, działającego przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej (369 osób w roku 2013, 454 osób w roku 2014).
4. W roku 2014, biorąc pod uwagę potrzeby środowiska lokalnego, na terenie woj. kujawsko-pomorskiego została podjęta realizacja dwóch dodatkowych interwencji oświatowo-zdrowotnych:
 - program edukacyjny „Chroń się przed kleszczami wszystkimi sposobami”
 - przedsięwzięcie edukacyjne „Profilaktyka chorób pasożytniczych – owsica, wszawica, świerzby”.



